



Teija-Kaisa Aholaakko & Tiina Mäkelä (toim.)

**Oppimista, opettamista ja tutkivaa
kehittämistä
- sairaanhoitajan työn kaksi vuosisataa**



**Copyright © tekijät ja
Laurea-ammattikorkeakoulu 2020**

Tekstit CC BY-SA 4.0

**Taulukot ja kuvat CC BY-SA 4.0, jollei
toisin mainittu.**

Kannen kuva: Natata on Shutterstock, Shutterstock basic license

Sivun 9 kuva: Teija-Kaisa Aholaakko, all rights reserved

Sivun 11 ja 13 kuvat: Museovirasto, historian kuvakokoelma CC BY 4.0

Sivun 13 kuva: Henry Söderlund,

Laurea-ammattikorkeakoulu 2015, all rights reserved

Sivun 20 kuva: Luke Jones on Unsplash

Sivun 32 kuva: Olli-Pekka Heikkinen,

Laurea-ammattikorkeakoulu, all rights reserved

Sivun 43 kuva: Tarja Paukkeri, all rights reserved

Sivun 44 kuva: Anna-Kaisa Hankaniemi, all rights reserved

Sivujen 52 ja 53 kuvat: Henry Söderlund,

Laurea-ammattikorkeakoulu 2017 all rights reserved

Sivun 63 kuva 1: Sharon McCutcheon on Unsplash

Sivun 63 kuva 2: Jair Lazaro on Unsplash

Sivun 71 kuva: Sblöb, CC BY-SA 4.0

Sivun 73 kuva: Sara Bakshi on Unsplash

Sivun 77 kuva: Stux on Unsplash

Sivun 91 kuvat: Unsplash

Sivun 95 kuva: Marcus Roider on Pixabay

Sivun 104 ja 110 kuvat: CDC on Unsplash

Sivun 123 kuva: National Cancer Institute on Unsplash

Sivun 130 kuva: Vladimir Fedorov on Unsplash

Unsplashin lisenssi: <https://unsplash.com/license>

Pixabayn lisenssi: <https://pixabay.com/fi/service/license/>

Taitto: Maija Merimaa, Laurea-ammattikorkeakoulu

ISSN-L 2242-5241

ISSN 2242-5225 (verkko)

ISBN: 978-951-799-594-8 (paino)

ISBN: 978-951-799-595-5 (verkko)

Teija-Kaisa Aholaakko & Tiina Mäkelä (toim.)

**Oppimista, opettamista ja
tutkivaa kehittämistä**
-
**sairaanhoidajan työn kaksi
vuosisataa**

SISÄLLYSLUETTELO

Esipuhe	7
----------------------	----------

Teija-Kaisa Aholaakko

1 Katsaus modernin sairaanhoitajakoulutuksen historiaan	10
--	-----------

Teija-Kaisa Aholaakko

ISAIRAAHOITAJAN TYÖN OPPIMINEN JA OPETTAMINEN

1 Sairaanhoitajaopiskelijoiden osaaminen näkyväksi valtakunnallisilla kokeilla	22
---	-----------

Mika Alastalo, Reija Korhonen & Sanna Partamies

2 Laurea Degree Programme in Nursing (DPN) – työelämän tarpeisiin vastaamassa	31
--	-----------

Jonna Vierula, Anna Niskanen, Riikka Mulder, Emmaculate Tamankag & Mika Alastalo

3 Uudenlaisia pedagogisia ratkaisuja hoitotyön koulutuksessa	41
---	-----------

Pirjo Huikko, Pia Lahtinen, Minna Nikula, Anna Ojala & Anna-Kaisa Hankaniemi

4 Verkkopainotteisen monimuoto-opiskelun kehittäminen sairaanhoitajakoulutuksen toisella lukukaudella	50
--	-----------

Minna Nikula & Pirjo Huikko

5 Realistisen simulaation ja verkkosimulaation yhtäläisyydet ja erot loppuvaiheen hoitotyön opetuksessa	56
--	-----------

Jorma Jokela, Anne Makkonen & Sanna Mikkola

6 Kehittämistä ja kehittymistä – matka sairaanhoitajasta sosiaali- ja terveydenhuoltoalan konsultiksi	69
--	-----------

Susanne Rosenqvist

II SAIRAANHOITAJAN JA TERVEYDENHOITAJAN TYÖN TUTKIVA KEHITTÄMINEN

7 Laajavastuuisen sairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittyminen..... 80

Jaana Kotila

8 Terveystenhoitotyö ja työterveyshuolto työelämän murroksessa 88

Tarja Meristö

9 Päivystyksen hoitohenkilökunnan monipotilastilannekoulutuksen kehittäminen..... 94

Liisa Toivanen & Piia Silvennoinen

10 Vuorovaikutus sairaanhoitajan profession pysyvänä ydinosaamisena..... 101

Mikko Häkkinen & Irene Latva-Korpela

11 Aseptisen toiminnan kehittäminen näyttöön perustuvana hoitotyön toimintana.....111

Teija-Kaisa Aholaakko

12 Sairaanhoitaja tiedon valtatiellä..... 120

Outi Ahonen & Elina Rajalahti

Kirjoittajat..... 131

Esipuhe

Tänä vuonna vietetään sairaanhoitajakoulutuksen ja Florence Nightingalen syntymän 200-vuotisjuhlavuotta. Tämän julkaisun välityksellä me laurealaiset hoitotyön entiset ja nykyiset opiskelijat, opettajat ja hoitotyön kehittämisen monialaiset asiantuntijat kunnioitamme länsimaisen sairaanhoidon kehittäjän, Florence Nightingalen (1820–1910) muistoa ja osoitamme arvostuksemme ja kiitoksemme maailman kaikille sairaanhoitajille, terveydenhoitajille ja kättilöille heidän tekemästään vaativasta ja arvokkaasta työstä. Tässä kirjassa muistamme myös ensimmäisen suomalaisen sairaanhoitaja-tutkijan Aili Lemisen elämäntyötä ja kunnioitamme hänen muistoaan heinäkuisen poismenon johdosta.

Tämän juhlakirjan artikkelit käsittelevät sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työtä, koulutusta ja johtamista sekä niiden tutkimuksellista kehittämistä Laurea-ammattikorkeakoulun näkökulmasta. Artikkelit esitellään Aili Lemisen piirtämän käsitteellisen viitekehysten mukaisesti hoitamiseen, johtamiseen ja kouluttamiseen liittyvinä katsauksina. Heinäkuussa 2020 edes mennyt Aili Leminen oli ensimmäinen suomalainen hoitotieteilijä, Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen tutkija ja Sairaanhoidon Vuosikirjan päätoimittaja.

Julkaisun aluksi ja historialliseksi perustaksi luon katsauksen modernin sairaanhoitajakoulutuksen historiaan. Ensimmäisessä luvussa matkaamme ajassa Florence Nightingalen, hänen aikalaistensa ja jälkeensä tulleiden suomalaiskollegoittensa viitoittamalla tiellä sairaalakoulusta ammattikorkeakouluun.

Sairanhoitajan työn oppimista ja opettamista kuvaavan kirjan ensimmäisen osan aloittaa Mika Alastalon, Reija Korhosen ja Sanna Partamiehen sairaanhoitajakoulutuksen arvioinnin kehittämishanketta kuvaava artikkeli. Valtakunnallisen yleSHarvointi-hankkeen tavoitteena on yhdenmukaistaa sairaanhoitajaopiskelijoiden arviointia osaamisen tasalaatuistamiseksi. Artikkelissa kuvataan hankkeen kehittämistyötä ja Laurea-ammattikorkeakoulun roolia siinä.

Hoitotyön lehtorit, Jonna Vierula, Anna Niskanen, Riikka Mulder, Emmaculate Tamankag ja Mika Alastalo kuvaavat artikkelissaan kansainvälisen sairaanhoitajatutkimuksen kehittämistä Laureassa vuodesta 1996 tähän päivään. Ajankohtaisten EU-direktiivien mukaisten osaamisvaatimusten pohjalle päivitetyn englanninkielisen sairaanhoitajakoulutuksen tavoitteena on tuottaa suomenkielisen koulutuksen kanssa yhdenmukaista osaamista. Englanninkielisessä koulutuksessa ammatillisen osaamisen rinnalla merkittävänä tavoitteena suomea toisena kielenään puhuvilla opiskelijoilla on suomen kielen taidon kehittyminen koulutuksen aikana.

Uudenlaisia pedagogisia ratkaisuja hoitotyön koulutukseen ja kehittämiseen työstäneiden lehtoreiden, Pirjo Huikon, Pia Lahtisen, Minna Nikulan, Anna Ojalan ja Anna-Kaisa Hankaniemen, artikkelissa kuvataan ajankohtaista koulutusmurrosta ja esittelee virtual reality (VR)-lasien käyttökokemuksia erilaisissa oppimistilanteissa. He esittelevät eri opintojaksojen aikana keräämiään opiskelijoiden pääosin positiivisia kokemuksia ja kehittämisehdotuksia. Opiskelijat ja opettajat kokivat VR-lasien käytön lisänneen toden tuntua opetukseen niin luokkatiloissa kuin autenttisissa työtilanteissakin.

Minna Nikulan ja Pirjo Huikon artikkelissa kuvataan verkkopainotteisen monimuotosairaanhoitajakoulutuksen toteutumista opintojen toisella lukukaudella Laurea-ammattikorkeakoulussa. Artikkelissa verrataan verkkopainotteisten monimuotoryhmien ja päiväryhmien opiskelijoiden opintojen edistymistä ja opintomenestystä toisiinsa. Artikkelin tuo lisää tietoa verkko-opetuksessa käytettävien menetelmien, käänteisen oppimisen (flipped learning) ja verkko- ja kontaktiopetusta yhdistämällä (blended learning) oppimisen soveltamisesta jokapäiväiseen korkeakoulutyöhön.

Jorma Jokela, Anne Makkonen ja Sanna Mikkonen jakavat artikkelissaan tutkimusnäyttöä ja omia kokemuksiaan simulaatiokouluttajina. He esittelevät artikkelissaan yhteiskunnallisia, sisällöllisiä ja menetelmällisiä ja vaatimuksia terveydenhuollon simulaatio-opetukselle ja oppimisympäristöille. He havainnollistavat simulaatio-opetusta opetuksensa perustana käyttämiensä skenaarioitten avulla. Simulaatio-opetuksen kolmivaiheisen mallin lisäksi he kuvaavat ja arvioivat korona-epidemian aikana toteuttamaansa simulaatio-opetusta ja esittävät kehittämiskohteita tulevaisuuden simulaatio-opetukselle.

Susanne Rosenqvist kuvaa artikkelissaan: "Kehittämistä ja kehittymistä – matka sairaanhoitajasta sosiaali- ja terveydenhuoltoalan konsultiksi" - omakohtaisesti sairaanhoitajan ammattitutkimuksen tuomia mahdollisuuksia työskennellä ja kehittyä useissa erilaisissa tehtävissä. Susannen tie sairaanhoitajasta sosiaali- ja terveysalan konsultiksi on kulkenut monia polkuja. Työkokemusta hänelle on HUS:n Lastenlinikalta, kansainvälisestä rokotetutkimuksesta, koulu- ja opiskeluhoollon terveydenhoidosta ja hallinnosta, viimeksi analyytikkona ja konsulttina suomalaisessa konsulttiyrityksessä.

Kirjan toisessa osassa paneudutaan sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työn tutkivaan kehittämiseen. Jaana Kotila kuvaa artikkelissaan sairaanhoitajan ammattiuralla kehittymistä edesauttavien mallien toteuttamista kolmella vuosikymmenellä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä sairaanhoitajan tehtävänkuvien näyttöön perustuva kehittäminen on edennyt AURA-mallista kohti laajavastuista sairaanhoitajuutta, jossa sairaanhoitajien rooli on muuttunut, kansainvälistä kehitystä seuraten, aiempaa itsenäisemmäksi.

Yliopettaja Tarja Meristö kuvaa Työke-hankkeen tuloksia esittelevässä artikkelissaan neljää tulevaisuuden hoitotyön skenaariota. Ennakoivan hoidon ja sairauksien hoidon konteksteissa skenaariot eroavat toisistaan. Lisäksi skenaarioon vaikuttaa se, onko työterveyshuolto terveydenhoitoon keskittyvä oma erillinen sektorinsa vai onko se integroituna muuhun sosiaali- ja terveyssektoriin. Kunkin skenaarion osalta on tarkasteltu myös sitä, mitä osaamista kussakin skenaariossa työskentely vaatii terveydenhoito- ja hoitotyötä tekevilä.

Ylemmästä ammattikorkeakoulusta valmistuneen sairaanhoitajan, Liisa Toivasen ja yliopettaja Piia Silvennoisen artikkelissa kuvataan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Haartmanin sairaalan päivystyksen työyhteisön kanssa vuosina 2019 - 2020 kehitettyä hoitohenkilökunnalle suunniteltua monipotilasti-

lannekoulutusmallia ja sen kehittämiproessia. Toimintatutkimuksellisen työn suunnittelussa hyödynnettiin Meilahden, Jorvin, Turun alueen ja Oulun yliopistollisten keskussairaaloiden päivystysten monipotilastilannekoulutuksista, niiden onnistumisista ja haasteista.

Terveydenhoitaja-taustaiset opettajat, lehtori Irene Latva-Korpela ja yliopettaja Mikko Häkkinen kuvaavat artikkelissaan vuorovaikutusta sairaanhoitajan ammatin pysyvänä ydinosaamisena eri aikoina. He aloittavat pohtimalla Florence Nightingalen kirjoitusten välittämiä vuorovaikutukseen liittyviä merkityksiä. Seuraavaksi he tarkastelevat sairaanhoitajan vuorovaikutusosaamista viimeaikaisissa ammatillisissa osaa-miskuvauksissa. Lopuksi he pohtivat sitä, millaista vuorovaikutusosaamista sairaanhoitajalta edellytetään tulevaisuuden muuttuvassa toimintaympäristössä.

Teija-Kaisa Aholaakko kuvaa artikkelissaan aseptisen toiminnan käsitteen kehittämistä yhteistyössä Laurean opiskelijoiden ja työelämäkumppaneiden kanssa. Hän esittää aiemmin julkaisemaansa käsitteen alan laajentamista ja testaamista hoitotyössä yleisemmällä tasolla soveltaen käsiteanalyysimenetelmänä Aili Lemisen vuonna 1975 esittelemiä ja Hayakawan vuonna 1966 julkaisemia abstraktiotikkaita. Aili Leminen kuoli 95-vuotiaana heinäkuun 22. päivänä sairaanhoitajan ja kättilön juhluvuonna 2020. Analyysi on kunnianosoitus tämän suomalaisen pioneerin ja sairaanhoitaja-tutkijan elämäntyölle.

Sairaanhoitajatutkijat Outi Ahonen ja Elina Rajalahti kuvaavat artikkelissaan ”Sairaanhoitaja tiedon valta-tiellä”, tiedon merkityksen ja hyödyntämisen ymmärtämistä ja sairaanhoitajan toimimista ammattinsa kehittäjänä. He pohtivat sairaanhoitajien olevan rohkeita toimintatapojen uudistajia, joilla on osaamista käyttää ja kehittää sähköisiä terveyspalveluita moniammatillisesti yhteistyössä asiakkaan ja muiden toimijoiden kanssa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tarvitsevat kehittäjiä, asiantuntijoita ja johtamisen ammattilaisia, joten sairaanhoitajakoulutuksen tulee varmistaa sairaanhoitajien digitaalisten taitojen osaaminen.



Katsaus modernin sairaanhoitajakoulutuksen historiaan

Teija-Kaisa Aholaakko

FLORENCE NIGHTINGALE SAIRAANHOIDON KEHITTÄJÄNÄ

Tänä vuonna 2020 arvostamme Florence Nightingalea sairaanhoidon tiennäyttäjänä ja juhlistamme hänen työnsä saavutuksia. Florence Nightingale edisti sairaanhoitajan työtä professiona. Hän keräsi aineistoja, laati tilastoja, kehitti infektio-potilaiden hoitoa ja terveellistä hoitoympäristöä sekä uudisti brittiläistä terveydenhuoltoa. Nightingale oli kansainvälinen sairaanhoitaja. Omaa osaamistaan hän kehitti muun muassa opiskellessaan Kaiserwerthin Diakonia Instituutissa Saksassa. Tuo Düsseldorfin ulkopuolella oleva laitos oli yksi ensimmäisistä sairaanhoidon koulutuskeskuksista aikansa Euroopassa. (McEnroe 2020.)

Nightingale työskenteli uransa aikana useissa Euroopan kaupungeissa, kuten Lontoossa ja Pariisissa. Krimin sodan aikana hän johti ja kehitti sotilassairaala Konstantinopolin lähistöllä vahvan vakaumuksensa ja taloudellisesti vakaan asemansa turvin. Florence Nightingalen lamppu palaa yhä. Hänen oppinsa ovat tänä päivänä yhtä relevanttia kuin ne olivat hänen aktiivisina työvuosinaan. Tänä päivänä hänen nimeään kantavassa sairaalassa, NHS Nightingale Hospitalsissa Lontoossa, hoidetaan COVID-19 potilaita. Näiden potilaiden hoidossa tutkitulla tiedolla ja hoitoympäristön puhtaudella on suuri merkitys. Nightingalen vaatimus: "It may seem a strange principle to enunciate as the very first requirement in a Hospital that it should do the sick no harm" on pandemian myötä säilyttänyt tässäkin ajassa elävän merkityksensä. (McEnroe 2020.)

SUOMALAISEN SAIRAANHOITAJATARKOULUTUKSEN ALKUVAIHEET

Suomessa koulutus hoiva- ja huolenpitytyöhön alkoi uskonnollisten yhteisöjen ja rouvasväen yhdistysten, yksityisten henkilöiden, yhteisöjen ja teollisuuslaitosten perustamina ja ylläpitäminä 1860-luvulla (Borgman & Henriksson 2000). Vuodesta 1867 alkaen Helsingin Diakonissalaitoksella sairaanhoitajia koulutettiin Kai-

serwerthin teoriaopintoja ja käytännöllistä työskentelyä sisältävän opetuksen esimerkin mukaan. Professori Estlander ja hänen assistenttinsa suunnittelivat 1880 alkaneen Punaisen Ristin seitsemän viikon mittaisen kirurgisen sairaanhoidon kurssin sairaanhoitajien kouluttamiseksi sodan varalle. Eurooppalaiseen tietope- rustaan pohjautuva sairaanhoitajakoulutus alkoi Helsingin Kirurgisessa Sairashuoneessa vuonna 1888 ja Ylei- sessä sairaalassa vuonna 1889. Vuonna 1891 koulutusta pidennettiin kolmesta kuukaudesta vuoteen. Tuolloin mahdollistui kuukauden mittainen harjoittelu leikkaussalissa. Opetuksesta vastasivat ylilääkäri ja ylihoitaja. (Havanto 1977, 21; Tallberg 1983; Seppänen 1998; Koski, Koistinen & Ruuskanen-Parrukoski 1999).

Buurisotien (1880–1902) aikana suomalainen Sophie Mannerheim opiskeli, toimi sairaanhoitajana ja hankki johtamiskokemusta lontoolaisissa sairaaloissa toimiakseen myöhemmin Suomessa ylihoitajana ja sai- raanhoidon koulutuksen johtajana ”Kirurgilla” (Mannerheim 1920). Mannerheim yhdisti opetuksessaan käy- tännön ja teorian ja hankki ulkomaanmatkoiltaan lisää tietoa ja opetuksessa käytettävää havaintomateriaalia. Mannerheim valvoi ja tarkasti henkilökohtaisesti hoitotaitojen opetusta. Tarkan pedagogisen mallinsa mukai- sesti hän edellytti oppilaita opastavien sairaanhoitajattarien demonstroivan oppilaille hoitotoimet, valvoen oppilaiden itsenäistä suoritusta ja onnistuneen suorituksen jälkeen merkitsevän suorituksen työkorttiin. Hän korosti asteittain lisääntyvän vastuun antamista oppilaalle. (Tallberg 1983.) Sairanhoitajattarien koulutus pidentyi myöhemmin kolmivuotiseksi. Koulutuksen viimeiset kuusi kuukautta muodostivat jatko-opetuksen, jonka aikana oppilaat saivat muun muassa 3-6 tuntia teoriaopetusta nukutuksesta (Havanto 1977, 21). Man- nerheim aloitti valtion avun turvin toteutettavat ”kasvatusopilliset kurssit hallinto-, opetus- ja työnjohtoteh- tävissä toimiville sairaanhoitajattarille” vuonna 1924 (Sinkkonen, Lammintakanen & Taskinen 2018). Ammatil- lisesta kehittämisestä huolimatta sairaanhoitajien toiminta nähtiin vielä myöhään 1900-luvulla lääkärin työtä avustavana tai korvaavana toimintana, jonka tuli perustua vahvaan kutsumukseen (Julkunen 2000).



Kuva 1. Sophie Mannerheim ja sairaanhoitajataroppilaita opetuksen uudistuksen jälkeen. Kuva otettu aikaisin- taan 1906. Lähde: Museovirasto, historian kuvakokoelma, CC BY 4.0.

Vuonna 1896 sairaanhoitajattareksi valmistunut Naima Kurvinen oli sairaanhoidon ja sairaanhoitajien koulutuksen kehittäjä. Perustutkintonsa lisäksi hän kouluttautui Saksassa viiden viikon röntgenkursilla, tustusti opintomatallaan englantilaiseen koulutukseen ja aloitti kolmatta vuotta kestäneen opintomatansa Amerikkaan vuonna 1902. Naima Kurvinen oli aktiivi ja naisasianainen. Palattuaan Suomeen vuonna 1904, kutsuttuna Ouluun ylihoitajattareksi, hän perusti Suomen Ylihoitajayhdistyksen vuonna 1917. Ahkerana kirjoittajana hän avusti Keisarillisen senaatin helmikuun 28. päivänä 1898 hyväksymän Sjuksköterskeföreningen i Finlandin Epione-lehteä. Myöhemmin Kurvinen oli yksi suomenkielisen Suomen Sairaanhoitajaliiton perustajista. Naima Kurvinen aloitti Lääkintöhallituksen määräyksen mukaisesti sairaanhoitajattarien koulutuksen Oulun Läänisairaalassa. Hän korosti opetuksessaan potilaan huomioon ottamista. Teoria palveli tehokkaan opetuksen kulmakivenä. Oppilaat kopioivat Kurvisen 45:tä valmiiksi kirjoitettua luentoa valmistautuessaan kolmasti viikossa pidetyille luennoille. Muun ajan oppilaat palvelivat työharjoittelussa työvoimana. (Seppänen 1998).

ERIKOISTUNUTTA SAIRAANHOITOA JA EHKÄISEVÄÄ TERVEYDENHUOLTOA OPPIMASSA

Vielä 1950-luvulla useissa Euroopan maissa, pois lukien Jugoslavia, Puola ja Suomi, sairaanhoitajat koulutettiin sairaaloissa, joissa opiskelijat olivat tärkeässä roolissa työvoimana. Itsenäistymisen myötä suomalainen sairaanhoitajakoulutus oli siirtynyt valtion ja kuntien vastuulle. Suomessa vuonna 1930 voimaan tulleen lain mukaan koulutusvastuu kuului valtion kuudelle ja yhdelle Helsingin kaupungin omistamalle sairaanhoitaja(tar)koululle. Valtion kouluissa aloitettiin ehkäisevän terveydenhuollon erikoistumiskoulutus kunnissa toimiville sairaanhoitajille. Vuoden 1944 aikaansa edellä ollut lainsäädäntö kunnallisti kättilöiden ja terveydenhoitajien toiminnan äitiys- ja lastenneuvoloissa ja erotti sosiaalihoitajan koulutuksen sairaanhoitajakoulutuksesta. (Heikinheimo-Lindholm 2000, 136-137; Borgman & Henriksson 2000.) Sairaanhoitajien koulutussäätiö aloitti toimintansa oppikirjojen kustantajana ja julkaisijana vuonna 1944. (Lukana 2016).

Keskussairaalain myötä sairaanhoitajakoulutus aloitettiin 1950- ja 1960-luvuilla useissa kaupungeissa eri puolilla Suomea. Koulutuksen lyheneminen 2,5-vuotiseksi synnytti tarpeen sairaanhoitajien erikoistumiskoulutuksen aloittamiselle. Vuonna 1968 aiemmin aloitetut lääkäntävoimistelijoiden, laboratorio- ja röntgenhoitajien kurssit yhdistettiin sairaanhoito-oppilaitosten hallintaan. Kättilökoulutuksen opetussuunnitelmatyölle perustettiin oma toimikuntansa. 1970-luvulla uusien henkilökuntaryhmien koulutus toteutettiin sairaanhoito-oppilaitoksissa, edistyksellisenä tavoitteenaan tiimityöhön totuttaminen. (Heikinheimo-Lindholm 2000, 136-137; Borgman & Henriksson 2000.)

SAIRAANHOITAJAN JA TERVEYDENHOITAJAN AMMATTIEN KEHITTÄMINEN KOHTI PROFESSIOTA

Ritva Raatikainen (1995) tarkastelee kehittämänsä mallin avulla sairaanhoitajan työtä ja koulutusta kehitysvaiheittain. Mallia voidaan soveltaa sairaanhoitajan osaamisen arviointiin sekä hoitotyön ja hoitotyön opetuksen toteuttamiseen ja arvioimiseen. Mallin ensimmäisessä, *biofyysisen hoitotyön* vaiheessa, koulutuksessa ja hoitotyössä sairaanhoitajan toiminta on työtehtävä- ja tekniikkakeskeistä. Siinä korostuvat lääketieteelliset perustiedot. Tällöin hoitotyön opetuksessa painottuvat miten-tiedot (*know-how*). Opiskelijaa tai aloittelijaa ei kannusteta miksi-kysymysten tekoon eikä oman alan tiedon kartuttamiseen. Sairaanhoitajat saavat työssään tyydytystä tehtävien suorittamisesta. Työtä arvioidaan ulkopuolelta tulevalta valvonnalla.



Kuva 2. Sairaanhoito-opetusta Turun yliopistollisessa keskussairaалassa 1960-70 -luvulla.
Kuva: Welin, P. O. Museovirasto, historian kuvakokoelma, CC BY 4. o.

Sairaanhoidajien koulutus ja tutkimus perustuivat 1970-luvulle saakka pitkälti luonnontieteelliseen paradigmaan (Tuomi 1997, 154-176). 1980- ja 1990-luvuilla suomalainen hoitotiede ja lääketiede kehittivät voimakkaasti kumpikin omaan suuntaansa, lääketiede luonnontieteellisenä tieteenä ja suomalaiset hoitotieteet humanistisina ja yhteiskunnallisina tieteinä (Alanen 1989, 3; Eriksson 2001a). Lauri Rauhalan filosofinen ajattelutyö terveyden ja sairauden käsitteiden parissa selkeytti käsitteiden merkitystä ja käyttöä sekä lääketieteessä (Alanen 1989, 3) että hoitotieteissä. Raatikaisen (1995) hoitotyön kehitysvaiheiden luokitus perustuu Rauhalan (1983) malliin ihmisestä kehollisena, tajunnallisena ja situationaalisena olentona.

Vähitellen kansainvälinen potilaskeskeinen akateeminen hoitotyön kehittäminen löysi tiensä Suomeen. Akateemisen hoitotyön kehittämisen kohteena olivat potilaan inhimilliset tarpeet ja hoitotyön prosessi (Yura & Walsh 1978; 1982; 1983; Krause 1983; Katz 1984). Maailman terveysjärjestön, WHO:n, hoitotyön kehittämisohjelmia testattiin ja sovellettiin suomalaisen terveydenhuoltoon (Perälä 1985). Kansainvälisesti tarkasteltuna sairaanhoidajien tieteellinen koulutus alkoi varhain, ensimmäiset akateemiset sairaanhoidajat valmistuivat 1900-luvun alussa "B. Sc. in Nursing" -tutkinnosta Columbian yliopiston Teachers Collegesta New Yorkissa. Ensimmäinen sairaanhoidaja väitteli tohtoriksi vuonna 1927 ja ensimmäinen hoitotieteellinen julkaisu, *Nursing Research*, perustettiin USA:ssa vuonna 1952. (Eriksson 2001a, 7.) Suomessa sairaanhoidajien yliopistokoulutuksen aloittamista saatiin odottaa 1970-luvulle (Academy of Finland 2003). Ensimmäinen suomalainen hoitotieteellinen julkaisu, *Hoitotiede*, alkoi ilmestyä vuonna 1989. (Lukana 2016). Ensimmäinen suomalainen hoitotieteen professori, johtava ylihoitaja Katie Eriksson, nimitettiin 3.9.1996 virkaansa Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan. Virkaanastujaisluennossaan Eriksson määritteli hoitotyön ja hoitotieteen tehtäväksi potilaan kärsimyksen lievittämisen, lohduttamisen ja hoitomaailman parantamisen (Uutiskehykset 1996).

Raatikaisen (1995) mukaan hoitotyön kehittyneempää kehitysvaihetta voidaan kutsua *persoonallisen hoitotyön* vaiheeksi, jossa koulutus keskittyi oppialaan ja korosti vuorovaikutusta. Hoitotyön opetuksessa keskittyttiin hoitotyön yleisen arvoperustan, hoitotyön lähtökohtien ja toiminnan kuvaukseen. Psykologia ja "sosiaaliaineet" olivat tärkeitä oppiaineita. Keskustelut koskivat persoonallisia arvoja. Hoitotyöhön etsittiin mitä-tietoa (*know-what*). Sairaanhoidajan toteuttamaa "hoitoa" kuvattiin yksinkertaisesti ja selkeästi välttämättä teknistä kuvausta ja painottaen potilaan merkitystä hoitotapahtumassa. Mallin mukaan sairaanhoitajat saavat työssään tyydytystä antoisista hoitosuhteista ja työyhteisöstä. Työssä arvioitiin tavoitteiden saavuttamista. Itsearviointi oli kehittyntä, palautetta haettiin ja saatiin myös työyhteisöltä. Sairaanhoidajaliitto (1995) kantoi ammatillista vastuuta Lääkintöhallituksen (Pelkonen 1984) aloittaman hoitotyön laadun varmistuksen kehittämisestä. 1980-luvulla terveydenhuolto-oppilaitoksissa alkaneen itsearvioinnin soveltaminen ja kehittäminen jatkuivat ammattikorkeakouluissa pitkälle 1990-luvulle (Leino-Kilpi 1993). Hoitotieteellisen keskustelun keskiöön nousivat itsehoidon ja kokonaishoidon käsitteet. Katie Eriksson kuvasi 1990-luvulla terveyden- ja sairaanhoidon sekä hoitoympäristön kokonaisuuden käsittävän hoitotapahtuman ja edisti kliinisen hoitotyön teoreettista määrittelyä hoitotaidon näkökulmasta. (Tuomi 1997, 154-176; Nordman & Eriksson 1997.)

1990-luvun alussa suomalaisen hoitotieteen kehityksessä oli vaikeaa erottaa ammatillista ja tieteellistä kehitystä toisistaan (Eriksson 2001b, 4) ja hoitotieteen piirissä pohdittiinkin teoreettisen ja käytännöllisen hoitotyön erottamista (Tuomi 1997, 154-176). Hoitotyön tutkimuksessa tehtiin tietoinen valinta keskittyä potilaan kokemusten kuvaamiseen ja analysointiin (Vehviläinen 1998). Erikssonin (2001b, 4) mukaan hoitotieteen (vårdandet) teoreettinen ja sisällöllinen kehittäminen oli tuolloin vaikeampaa kuin muodollinen ja rakenteellinen kehittäminen. Erityisen vaikeaksi hän kuvasi eron tieteellisen kehittämisen ja traditionaalisen ammatillisen toiminnan välillä.

Keskiasteen koulunuudistuksessa 1980-luvulla poliittinen ohjaus lisäsi sosiaali- ja terveysalan koulutukseen sivistyksellisiä sisältöjä. Opetussuunnitelmat olivat eriytettyjä ja koulutus oli palvelujärjestelmälähtöistä. Hoito-oppi muodosti sairaanhoitajakoulutuksen pääaineen ja hoitotyön prosessi sen keskeisen rakenteen (Hentinen & Janhonen 1990; Wilskman & Partinen 1996; Taival 1984). Sairaanhoidajakoulutus piteni ammatillisen perus- ja erikoistumiskoulutuksen yhdistämisen myötä 3,5 vuoteen. Päätös- ja toimivallan siirtyessä keskusjohdolta kouluille opettajat osallistuivat aiempaa enemmän opetuksen suunnitteluun ja kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysalan koulutuskeskusteluissa kiisteltiin asiantuntijuudesta ja asiantuntijan statuksesta. (Borgman & Henriksson 2000.)

Suomalaisissa terveydenhuolto-oppilaitoksissa hoitotieteellisen opetuksen keskeisenä tietoperustana ja rakenteena toimivat tuolloin usein amerikkalaiset hoitotyön mallit (The Nursing Theories Conference Group 1986). Opiskelijoilla oli vaikeuksia soveltaa malleja, eivätkä opettajat hallinneet niiden soveltamista suomalaisen hoitotyöhön. Vantaan terveydenhuolto-oppilaitoksissa ratkaistiin tämä ongelma ottamalla opetussuunnitelman viitekehyyksi Royn adaptaatiomallin (Roy 1984). Mallin avulla koettiin päästävän irti lääketieteen ohjauksesta ja tautikeskeisestä ajattelusta (Raj & Tainio 1991). Malli eli vahvana opetussuunnitelman rakenteissa ja ohjasi sairaanhoitaja-opiskelijoiden harjoittelua Vantaan väliaikaisessa ammattikorkeakoulussa vielä vuonna 1995. Keskiasteen koulutuksen uudistaja ja hoitotyön teoreetikko Katien Eriksson (2001b), painotti suomalaisen kulttuuriperustan mukaista hoitotieteen kehittämistä ja vaati kriittistä asennetta amerikkalaisen tradition mukaiseen kehittämiseen.

1980- ja 1990-luvuilla hoitotiede oli kovan, joskus aiheellisen, joskus aiheettomankin ulkoisen kritiikin kohteena. Erityisesti lääkärit suhtautuivat hoitotieteen teoreettisten, usein puutteelliseen empiriseen testaukseen pohjautuvien mallien käyttöön kriittisesti. Erityisen julkisen kritiikin kohteeksi joutuivat Parsen

teoria ja hoitoyön koulutukseen markkinoitu vaihtoehtohoito, New Age-ajatteluun perustuva terapeuttinen kosketus. Terapeutista kosketusta käsittelevä hoitotyön oppikirja sai vuonna 1996 Skepsiksen Huuhaa-palkinnon. Hoitotieteen tekijät osoittivat tieteensä kykenevän itsensä korjautuvuuteen ja aloittivat kriittisen keskustelun tietoperustastaan. (Pauonen 1997, 46-47.)

SAIRAAHOITAJAKOULUTUS SIIRTYY AMMATTIKORKEAKOULUUN

Kehittyneimmässä, yhteisöllisen hoitotyön vaiheessa Raatikainen (1995) kuvasi koulutuksen perustuvan tieteelliseen ajatteluun, jossa korostetaan kriittistä ajattelua, kansallisen ja kansainvälisen tiedon tärkeyttä sekä tutkimus- ja yhteistyötaitoja. Kiinnostuksen ja keskustelun kohteina ovat filosofia ja kollektiiviset päämäärät. Tieto on mistä-tietoa (know-where-to). Sisäistynyt ammattieettisyys, laaja ja syvä asiantuntemus turvaavat sairaanhoitajan joustavan toiminnan. Hoitotyössä on nähtävissä kriittisen tiedonintressin tilansidonnaisuus ja entistä parempien vaihtoehtojen etsintä tieteellisestä näytöstä. Koulutuksen siirtymävaiheessa Kiikkala (1998) määritteli, kansainvälisiin lähteisiin nojaten, hoitotieteen vakiintuneeksi tieteenalaksi, ”jonka mielenkiinto kohdistuu ihmisiin, erityisesti ihmisten vointiin ja terveyteen, ihmisen ja ympäristöön välisiin terveyden kannalta merkityksellisiin suhteisiin ja niihin prosesseihin, joilla voidaan edistää hyvää vointia ja lievittää kärsimystä”. Kiikkalan mukaan hoitotiede käytännön tieteenä tarvitsee yhteiskunnan antaman oikeutuksen olemassaolleen. Oikeutuksen se voi saavuttaa tuottamalla omasta paradigmastaan nousevaa informaatiota yhteiskunnalliseen päätöksentekoon, edistämällä kansalaisten, perheiden ja yhteisöjen terveyttä ja hyvää vointia ja auttamalla kärsiviä vapautumaan kärsimyksensä. Päätöksenteko oli läsnä niin hoitotieteellisenä tutkimuskohteena kuin sairaanhoitajan ammatillisena osaamisalueenakin (Lauri & Salanterä 1994).



Kuva 3. Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-opiskelijoita. Kuva: Henry Söderlund, Laurea-ammattikorkeakolu. All rights reserved.

Vuonna 1991 käynnistyneessä ammattikorkeakoulukokeilussa käynnistettiin ammatillisen koulutuksen kehittäminen korkeakoulutukseksi. Nykyisen Laurea-ammattikorkeakoulun edeltäjästä Vantaan terveydenhoito-oppilaitos aloitti sairaanhoitajakoulutuksen ammattikorkeakoulukokeiluna vuonna 1992. Sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelman perusteet muodostuivat ammattikorkeakoululain vaatimuksista, yhteiskunnallisista tarpeista, sairaanhoitajien ammattikunnan paradigmasta ja arvoperustasta. Hoitotyön metaparadigman peruskäsitteet olivat eksplisiittisesti läsnä opetussuunnitelman käsitteistössä. Ammattikorkeakoulujen opettajien koulutustasoa nostettiin opetuksen perustamiseksi tutkitulle tiedolle ja pedagogisesti vahvalle taitojen opettamiselle (Salminen 2000:18-20; Sosiaali- ja terveysministeriö 2000:17). Hoitotieteelliset akateemiset koulutusohjelmat painottivat moniammatillisuutta yhteistyötaitojen kehittämisessä. (Tuomela, Heikkilä, Kortekangas-Savolainen & Salminen 2017.) Yleisen tieteenfilosofian piirissä (Niiniluoto 1996) esitettiin sairaanhoitajien korkeakoulutuksen tehtäväksi tutkimuksiin perustuvien ”amatillisten normien” tuottamista hoitotyöhön.

1990-luvun lopulta lähtien ammattikorkeakoulujen tuottamaa osaamista ovat ohjanneet kansallisen lainsäädännön lisäksi Euroopan Unionin sairaanhoitajakoulutusta koskevat direktiivit. Niin sanottu Bolognan prosessi on edistänyt direktiivien toimeenpanemista, korkeakoulujen henkilökunnan, opiskelijoiden ja työvoiman liikkuvuutta eurooppalaisissa maissa. Euroopan Unionissa laaditut koulutuksen tasalaatuisuutta ja työvoiman liikkuvuutta turvaavat Kansalliset tutkintojen viitekehykset on viimeisen vuosikymmenen aikana otettu vakiintuneeseen käyttöön. Ne helpottavat Euroopan Unionissa hankitun osaamisen tunnistamista ja tunnustamista. (Vuorinen 2009; EACEA/Eurydice 2012.) Tänä juhlavuonna 2020 sairaanhoitajakoulutus on uusien haasteiden edessä: ”Sairaanhoitajaliiton opettajakyselyssä nousee yksi asia ylitse muiden: opettajat kritisoivat ammattikorkeakoulujen rahoitusmallia. Se ohjaa opettajien mielestä toimintaa väärään suuntaan. Opettajat ilmaisevat mielipiteensä myös siitä, että opetussuunnitelmat vaihtelevat ammattikorkeakouluittain liikaa. Toivomus kansallisesti yhtenäisestä opetussuunnitelmasta nousee kyselyssä selkeästi.” (Sairaanhoitajaliitto 2020.)

Lähteet

Academy of Finland 2003. Nursing and Caring Science Evaluation Report. Publications of the Academy of Finland 12/03. Viitattu 28.10.2020. https://www.aka.fi/globalassets/awanhat/documents/tiedostot/julkaisut/12_03-hoitotieteen-arviointi.pdf

Alanen, P. Luonnontiede, lääketiede, tieteenteoria. 1989. Helsinki: Gaudeamus.

Borgman, M. & Henriksson, L. 2000. Laaja-alaista vai eriytyvää ammattikasvatusta? – Sosiaali- ja terveysalan ammatillisia kohtaamisia. Teoksessa: Toim. Raitaniemi, V., Rajaniemi, A. & Ruohotie, P. & Harra, K. 2000. Suomalaisen ammattikasvatuksen historia.

Eriksson, K. 2001a. Hoitotieteen tulevaisuus. Ylihoitajalehti 29(8): 4-7.

Eriksson, K. 2001b. Vårdforskning. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi. Vasa.

EACEA/Eurydice: Crosier, D., Horvath, A., Kerpanova, V., Kocanova, D., Parveva, T. & Dalferth, S. 2012. The European Higher Education Area in 2012: Bologna Process Implementation Report. Brussels.

Havanto, A-M. 1977. Anestesiologisen sairaanhoidon kehittyminen Suomessa. Historiikki. Suomen Anestesia- ja sairaanhoitajat ry. Helsinki.

Heikinheimo-Lindholm, A. 2000. Terveystieteiden koulutus. Teoksessa: Toim. Raitaniemi, V., Rajaniemi, A. & Ruohotie, P. & Harra, K. 2000. Suomalaisen ammattikasvatuksen historia.

Hentinen, M. & Janhonen, S. 1990. Hoitotyön prosessin oppiminen sairaanhoitajakoulutuksessa. Hoitotiede 2 (4), 255-262.

Julkunen, M. 2000. Hoitotyön ihmiskäsitys. Sairaanhoitajalehdet 1925-1949. Sairaanhoitaja 73 (6), 16-18.

Kiikkala, I. 1998. Hoitotieteen perusteista ja merkityksestä käytännön hoitotyössä. Sairaanhoitaja 71 (2), 36-38, 47.

Koski, A., Koistinen, P. & Ruuskanen-Parrukoski, P. 1999. Sairaanhoitajakoulutus muutoksessa. Historia ja tulevaisuus kohtaavat. Sairaanhoitaja. 72 (6), 14-15.

Krause, K. 1983. Hoitotyön prosessi teoriassa ja käytännössä. Arvioiva tutkimus prosessi-ajattelun toteutumisesta. WHO:n keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämissuunnitelman julkaisuja N:o 18. Lääkintöhallitus. Helsinki.

Lauri, S. & Salanterä, S. 1994. Suomalaisen sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien päätöksentekomallit ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja . Tutkimuksia ja raportteja A:7.

Leino-Kilpi, H. 1993. Kehittävän opiskelija-arvioinnin kokeilu. Oppimispäiväkirja itsearvioinnin tukena. Loppuraportti II. Opetushallitus. Ammatillisen koulutuksen Linja. Helsinki.

Lukana, A. 2016. Sairaanhoitajien koulutussäätiö 1990-2014 - Toiminnan murroksesta uuteen aikakauteen, Hoitotiede 28 (2), 150 – 162.

Mannerheim, S. 1920. Sairaanhoitajan maailmasta. 2. painos. 1993. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Otava. Keuruu.

McEnroe, N. 2020. The art of medicine - Celebrating Florence Nightingale's bicentenary. Lancet 395:1475-1478. Viitattu 26.10.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7252134/>

Nordman, T. & Eriksson, K. 1997. Näyttöön perustuva hoitava hoitotyö HYKSissä – visio ja todellisuus. Kehykset 8, 21.

Paunonen, M. 1997. Tiede versus pseudotiedehoitamisen ja sen opetuksen perustana. Hoitotiede 9(1):46-47.

Perälä, M-L. 1985. Omahoitajamallin toteutettavuus. – Kokeilu Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa. Lääkintöhallitus. Julkaisuja 85. Helsinki.

Raatikainen, R. 1995. Hoitotyön kehitysvaiheiden luokitus. Sairaanhoitaja 68 (9), 31-34.

Raij, K. & Tainio, T. 1991. Opintomatka Kaliforniaan Royn mallin alkulähteille. Sairaanhoitaja 6, 40 – 42.

Rauhala, L. 1983. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Gaudeamus. Helsinki.

Roy, C. 1984. Introduction to nursing. An adaptation model. 2nd edition. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey.

Sairaanhoitajaliitto 2020. Sairaanhoitajaliiton opettajakyselyn karut tulokset: Taloudelliset arvot ohjaavat sairaanhoitajakoulutusta. Viitattu 28.10.2020. <https://sairaanhoitajat.fi/sairaanhoitajaliiton-opettajakyselyn-karut-tulokset-taloudelliset-arvot-ohjaavat-sairanhoitajakoulutusta/>

Salminen, H. 2000. Yleiset koulutuspoliittiset tavoitteet ammattikorkeakoulu-uudistuksen taustalla. Ammattikasvatuksen vuosikirja 1, 8-22.

Seppänen, A. 1998. Säkeitä sairaanhoitajan elämästä. Helsingin Sanomien Kuukausiliite. Syyskuu 1998.

Sinkkonen, S., Lammintakanen, J. & Taskinen, H. 2018. Hoitotyön johtamiskoulutus Suomessa 1900-luvun alusta vuoteen 1965. *Hoitotiede*. 30 (2), 91-105.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2000. Terveystieteiden ammattihenkilöstön neuvottelukunta. Sairaanhoidon, terveydenhoidon ja kättilöiden osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön monisteita 15. Helsinki.

Taival, A. 1984. Hoitotyön prosessi. *Sairaanhoitaja* 2, 4-8.

Tallberg, M. 1983. Sjuksköterske utbildningens första 60 år i Finland 1867-1927. *Forskningar*. Helsingfors Svenska Sjukvårdsinstitut. Forskningsrapport 1. Helsingfors.

The Nursing Theories Conference Group. 1986. Hoitotyön teoriat. WSOY. Juva.

Tuomela, K., Heikkilä, K., Kortekangas-Savolainen, O. & Salminen, L. 2017. Moniammatillinen oppiminen yhteistyöosaamisen edistäjänä terveydenhuollossa. *Hoitotiede* 2017, 29 (4), 264–275.

Tuomi, J. 1997. Suomalainen hoitotiedekeskustelu. Akateeminen väitöskirja. *Studies in sport, physical education and health* 51. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Uutiskehyykset 1996. Professori Katie Eriksson ensimmäinen hoitotieteen sivuviran hoitaja Hyksissä. 15, 1.

Vehviläinen, K. 1998. Wake up Finnish Nursing. *Reflections* 2 (4), 28-29.

Vuorinen, B. 2009. Bolognan prosessin tuomat haasteet AMK:lle vuoteen 2020. Opettamisesta osaamiseen – kehittämissuunnitelman avausseminaari. Metropolia Ammattikorkeakoulu, 21.9.2009

Wilkman, K. & Partinen, H. 1996. Uudet opetussuunnitelmat käyttöön. *Sairaanhoitaja* 69 (6) 14-15.

Yura, H. & Walsh, M.B. 1978. *Human needs and the nursing process*. Appleton-Century-Crofts. New York.

Yura, H. & Walsh, M.B. 1982. *Human Needs 2 and the Nursing Process*. Appleton-Century-Crofts. Norwalk, Connecticut.

Yura, H. & Walsh, M.B. 1983. *Human Needs 3 and the Nursing Process*. Appleton-Century-Crofts. Norwalk, Connecticut.



I

**Sairaanhoidajan
työn oppiminen ja
opettaminen**

1 Sairaanhoidajaopiskelijoiden osaaminen näkyväksi valtakunnallisilla kokeilla

Mika Alastalo, Reija Korhonen & Sanna Partamies

Valmistuvien sairaanhoitajien osaamisen tasalaatuisuus voitaisiin varmistaa valtakunnallisesti yhdenmukaisella arvioinnilla, jota Suomessa ei kuitenkaan toistaiseksi ole ollut käytössä. Riittävän ammatillisen perusosaamisen tuottaminen on sairaanhoitajakoulutuksen keskeinen tehtävä, joten sen laadun tulisi olla samalla tasolla kautta maan. Arvioinnin tarpeeseen vastaamiseksi käynnistettiin yleisharvointi-hanke, jonka tarkoituksena on tuottaa menetelmät kliinisen ydinosaamisen jatkuvaan arviointiin sekä yleissairaanhoitajan ydinosaamisen valtakunnallinen koe. Artikkelissa kuvataan hankkeen kehittämistyötä ja Laurea-ammattikorkeakoulun roolia siinä.

SAIRAANHOITAJAOPISKELIJAN OSAAMISEN ARVIOINNIN KEHITTÄMISELLE ON TARVETTA

Sairaanhoitajat ovat maailmanlaajuisesti suurin terveysalan ammattilaisten ryhmä, joten osaavilla sairaanhoitajilla on keskeinen rooli toimivien ja laadukkaiden terveyspalveluiden toteutumisessa (WHO, 2020). Sairaanhoitajakoulutuksen tehtävänä on kehittää ja varmistaa valmistuvan sairaanhoitajan riittävä osaaminen asiakkaan ja potilaan laadukkaan ja turvallisen hoidon turvaamiseksi (Kajander-Unkuri ym. 2013). Koulutuksen aikana saavutetulla riittävällä ammatillisella osaamisella on tärkeä merkitys myös vastavalmistuneen sairaanhoitajan voimaantumisen kokemukselle ja sen myötä työhön sitoutumiselle (Kuokkanen ym. 2016).

Suomessa sairaanhoitajakoulutusta säätelee EU-direktiivi (2013/55/EU), jonka sisältö on implementoitu kansalliseen lainsäädäntöön. Direktiivi määrittää yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan opintojen laajuudeksi 180 opintopistettä ja se kuvaa tutkinnon teoreettisten opintojen (90op) tuottaman osaamisen sekä terveysalan toimintaympäristöt, joihin kliinisen osaamisen (90op) tulee kohdentua. Euroopan alueella sairaanhoitajatutkinnon kokonaislaajuus vaihtelee (Lahtinen, Leino-Kilpi & Salminen, 2014) ja Suomessa sen laajuus on 210 opintopistettä.

Valtakunnallisen Terveysalan verkoston helmikuussa 2017 toteuttaman kyselyn mukaan suomalaisissa ammattikorkeakouluissa ei ollut käytössä yleissairaanhoitajan ammatillisen perusosaamisen systemaattista arviointimenetelmää. Jokainen ammattikorkeakoulu arvioi tutkinnon aikana kertyvää osaamista omalla tavallaan. Sairaanhoitajakoulutuksen tuottama osaaminen ei näin ollen ollut läpinäkyvää eikä koulutuksen tuottamaa osaamista voitu kansallisesti vertailla tai osoittaa.

Sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamisen arviointi on tärkeää sekä tutkinnon osaamistavoitteiden saavuttamisen että koulutuksen laadun varmistamisen näkökulmista (Ammattikorkeakoululaki 14.11.2014/932; Kajander-Unkuri ym. 2016). Erityisesti sairaanhoitajaopiskelijan kliinisen osaamisen laajemmalle arvioinnille on kansainvälisestäkin tunnustettu tarve (Pijl-Zieber ym. 2014).

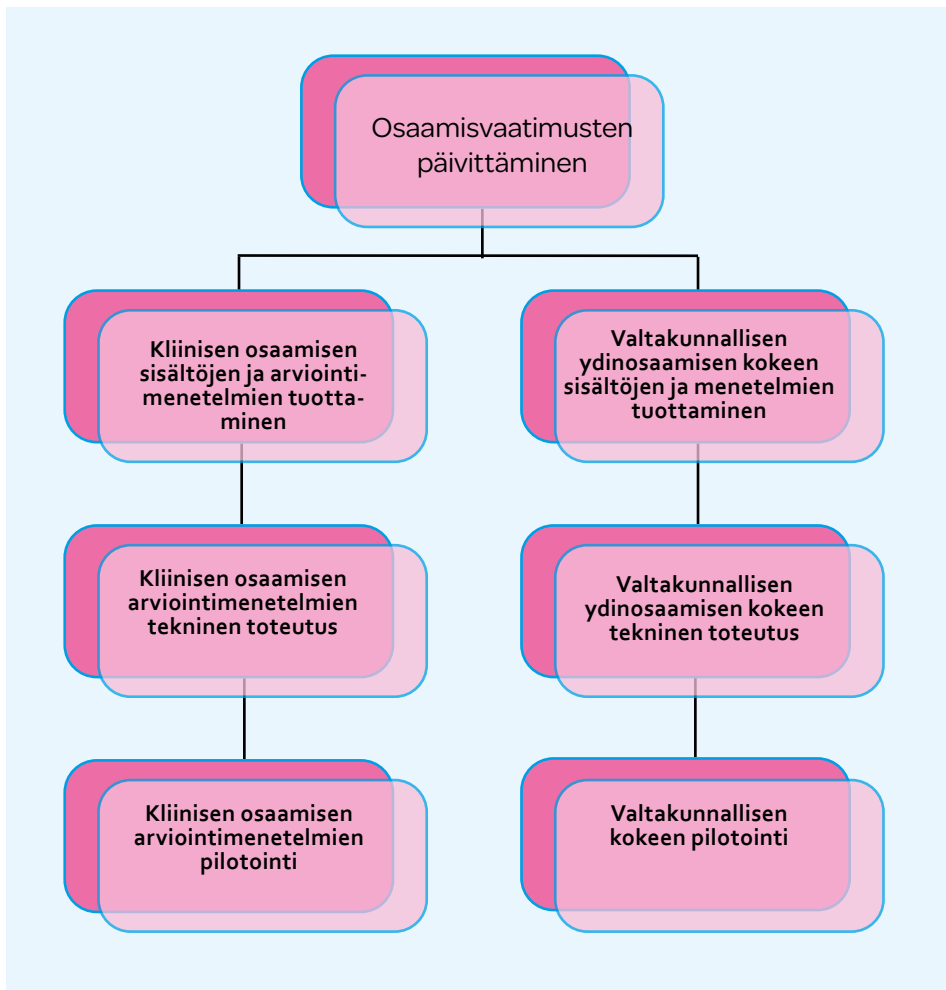
Tehdyn havainnon perusteella kaikki terveysalan ammattikorkeakoulut osoittivat halukkuutensa osallistua valtakunnalliseen osaamisen arvioinnin kehittämiseen. Osaamisen arvioinnin kehittämiseksi alettiin suunnitella kansallista hanketta, jolle haettiin yhdessä rahoitusta Opetus- ja kulttuuriministeriöltä. (Seppänen, 2017.) Rahoitus myönnettiin vuosille 2018-2020. Rahoituksessa edellytettiin, että hankkeessa tehdään tiivistä yhteistyötä muiden Opetus- ja kulttuuriministeriön kärkihankerahoitusta saavien lääketieteen ja sosiaali- ja terveysalan hankkeiden kanssa (SOTE PEDA 24/7, EduPal, MEDigi -Lääketieteen alojen opetuksen digitoiminen ja harmonisointi, Joustavia polkuja kohti työelämää – Bio- ja lääkealan koulutusyhteistyön kehittäminen Jobitti). (OKM/257/523/2017.)

Hanke aloitettiin käytössä olevien arviointimenetelmien selvityksellä, jonka mukaan Suomessa on aiemmin kehitetty muun muassa lääkehoidon osaamiseen kohdentuva lääkehoitopassi, jonka avulla voidaan varmistaa ja todentaa sairaanhoitajakoulutuksen tuottama osaaminen lääkehoidon osalta. Ensihoitajakoulutuksessa on valtakunnallisesti ollut käytössä niin kutsuttu loppukoe, jolla voidaan todentaa tarvittava osaaminen ennen valmistumista. Vain harvoissa maissa on käytössä yhtenevät loppukokeet ennen tutkinnon valmistumista eikä yhtenäistä tutkinnon aikaista osaamisen kehittymisen arviointimenetelmää ei ole raportoitu olevan käytössä. (Mäkeläinen, 2019.)

Sairaanhoitajakoulutuksen valtakunnallinen kehittäminen nähtiin tärkeänä paitsi opiskelijoiden osaamisen varmistamiseksi niin myös eri ammattikorkeakoulujen tuottaman osaamisen vertailtavuuden vuoksi, mikä edelleen mahdollistaa tasalaatuisen ja entistä paremman koulutuksen kehittämisen valtakunnallisesti. Sairaanhoitajan kliinisen osaamisen ohjauksen ja arvioinnin menetelmiä voidaan käyttää koulutuksen aikana tunnustamaan ja todentamaan opiskelijan erilaista osaamista sekä ohjaamaan ja nopeuttamaan hänen opin-tojaan. Valtakunnallisen kokeen avulla voidaan taata EU-direktiivin ja sairaanhoitajan tutkinnon edellyttämä tasalaatuinen osaaminen. (Mäkeläinen, 2019.)

YLESHARVIOINTI-HANKE JA OSAAMISEN ARVIOINTIMENETELMÄT

Yleissairaanhoitajan (180 op) ammatillisen perusosaamisen arvioinnin kehittäminen-hanke (yleSHarviointi) käynnistyi keväällä 2018. Hankkeessa ovat mukana kaikki Suomessa sairaanhoitajakoulutusta tarjoavat ammattikorkeakoulut (n=20). Hankkeen koordinoitavastuu on Savonia-ammattikorkeakoululla, ja hanke on jaettu seitsemään toiminnalliseen työpakettiin. Laurea-ammattikorkeakoululla (jatkossa Laurea) oli vetovastuullaan kliinisen ydinosaamisen kokeiden pilotointiin keskittyvä työpaketti. Hankkeen tavoitteina oli päivittää yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja kehittää menetelmät kliinisen ydinosaamisen jatkuvaan ja ohjaavaan arviointiin sekä yleissairaanhoitajan ydinosaamisen arviointiin (valtakunnallinen ydinosaamisen koe). Hankkeen työ käynnistyi osaamisvaatimusten päivittämisellä, mikä toimi pohjana myös seuraaville työvaiheille (Kuvio 1).



Kuvio 1. yleSHarvointi-hankkeen vaiheet (mukaihen Silén-Lipponen, 2018).

Hankkeessa tehtävän kehittämisen perustana oli sairaanhoitajan valtakunnallisten osaamisvaatimusten päivittäminen. Valtakunnalliset sairaanhoitajan osaamisvaatimukset oli tarpeen päivittää, sillä terveydenhuollon toimintaan kohdistuu jatkuva muutospainne, ja toimintoja tulee kehittää entistä kustannustehokkaammaksi ja asiakaslähtöisemmäksi. Asiakkaiden ja potilaiden hyvällä ja oikein kohdistuvalla hoidolla on suomalaisessa yhteiskunnassa korkea arvo. Terveydenhuollon muutos ja laajeneva sairaanhoitajan työnkuva edellyttävät uudenlaista osaamista. Ammatillinen perusosaaminen laajenee muun muassa digitaalisiin terveyspalveluihin, ja terveydenhuollon kantokyvyn säilyttäminen edellyttää painopistettä terveyden edistämiseen ja erilaisiin ohjauspalveluihin. (Kotila ym. 206; Salminen & Leino-Kilpi, 2018.)

Sairanhoitajan osaamisvaatimukset oli laadittu valtakunnallisessa yhteistyössä vuonna 2015 (Erikson ym. 2015), ja ne toimivat pohjana myös osaamisvaatimusten päivittämisessä. Osaamisvaatimusten päivitys tuotettiin laajan kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntija-arviointien perusteella vuosina 2018-2019. Osaamisvaatimusten arviointiin osallistui kolmella kierroksella 244 asiantuntijaa edustaen mm. kliinistä hoitotyötä, hoitotyön johtamista, hoitotyön koulutusta, hoitotieteen tutkimusta ja järjestötoimintaa. Uudet osaamisvaatimukset julkaistiin ensimmäisen kerran tammikuussa 2019 ja ne olivat avoimesti kommentoitavissa useiden

kuukausien ajan. Loppuvuodesta 2019 osaamisvaatimukset valmistuivat. Päivitetyt yleissairaanhoidajan osaamisvaatimukset ovat jaoteltu 13 osa-alueeseen, joihin määriteltiin myös sisällöt. (yleSHarviointi, 2019.)



YLEISSAIRAANHOITAJAN OSAAMISVAATIMUKSET

1. Ammatillisuus ja eettisyys
2. Asiakslähtöisyys
3. Kommunikointi ja moniammatillisuus
4. Terveyden edistäminen
5. Johtaminen ja työntekijyysosaaminen
6. Informaatioteknologia ja kirjaaminen
7. Ohjaus- ja opetusosaaminen sekä omahoidon tukeminen
8. Kliininen hoitotyö
9. Näyttöön perustuva toiminta, tutkimustiedon hyödyntäminen ja päätöksenteko
10. Yrittäjyys ja kehittäminen
11. Laadun varmistus
12. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä
13. Potilas- ja asiakasturvallisuus.

KLIINISENYDINOSAAMISEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN

Kliinisen ydinosaamisen jatkuvan ja ohjaavan arvioinnin kehittäminen alkoi kliinisen osaamisen sisällön määrittelyllä sekä erilaisten käytössä olevien arviointimenetelmien kartoittamisella. Kliinisen osaamisen sisältöjen määrittely perustui hankkeessa päivitettyihin osaamisvaatimuksiin, ja menetelmien valinnan tueksi toteutettiin kirjallisuuskatsaus (ei vielä julkaistu) sekä kysely ammattikorkeakouluille.

Tämän työn pohjalta rakennettiin malli kliinisen ydinosaamisen kehittymiselle, joka alkaa heti opintojen alussa ja jatkuu koko ydinosaamisen opintojen ajan. Kliininen osaaminen kehittyy kuitenkin vielä ydinosaamisen opintojen jälkeenkin täydentävissä opinnoissa ja edelleen työelämässä. Mallissa keskeisenä lähtökohtana oli arvioinnin ohjaava luonne; arviointi ei kohdistu ainoastaan sairaanhoitajaopiskelijan oppimistulokseen vaan se auttaa opiskelijaa tunnistamaan kehittymistarpeitaan ja suuntaamaan oppimistavoitteitaan sen mukaan (Ruotsalainen & Kääriäinen, 2016). Saadessaan järjestelmällisesti palautetta osaamisestaan opiskelija voi kehittää itsearviointitaitojaan (Kajander-Unkuri ym. 2016).

Kliiniselle ydinosaamiselle määriteltiin kahdeksan osa-alueetta päivitettyjen osaamisvaatimusten perusteella, ja jokaiselle osa-alueelle valittiin arviointimenetelmät. Arviointimenetelmiksi valittiin tietotestejä, näyttökokeita, simulaatiota sekä strukturoitu videoarviointi (OSVE, Objective Structured Video Evaluation). Erilaisten arviointimenetelmien käyttäminen mahdollistaa tiedollisen osaamisen lisäksi laaja-alaisen taitojen arvioinnin esimerkiksi näyttökokeissa (Traynor ym. 2016) ja videoarvioinnissa (Selim & Dawood, 2015). Näin muodostettuihin kliinisen ydinosaamisen kokeisiin laadittiin ohjeet ja arviointikriteerit. Arviointimenetelmien

laatimisessa kiinnitettiin huomiota ohjaavaan arviointiin, jotta tehtyään kokeen opiskelija saa palautetta omasta osaamisestaan. Kokeet vietiin Digi Campuksen Moodle-alustalle, johon kaikilla ammattikorkeakouluilla on pääsy.

Kliinisen ydinosaamisen kokeita pilotoitiin 11 ammattikorkeakoulussa. Pilotoinnissa opiskelijat testasivat kokeita osana opintojaan ja heiltä kerättiin sekä määrällistä että laadullista palautetta kokeista. Lisäksi ammattikorkeakoulujen opettajat antoivat palautetta kokeiden sopivuudesta opintojen osana ja kokeiden kehittämistarpeista. Pilotoinnin perusteella kokeiden sisältöihin ja ohjeistuksiin tehtiin muutoksia. Pilotoinnissa huomattiin simulaation olevan haasteellinen osaamisen arvioinnissa muun muassa riittävän objektiivisten arviointikriteerien ja toteutukseen kuluvan ajan näkökulmista, joten se päädyttiin jättämään pois ja korvaamaan muilla menetelmillä. Kokonaisuudessaan kliinisen ydinosaamisen kokeet saivat hyvän vastaanoton, ja piloteissa saatiin paljon kehittämisessä hyödynnettävää palautetta. Kehittämisen ja pilotoinnin tuloksena käytössä on kahdeksan kliinisen ydinosaamisen koetta integroitavaksi osaksi opiskelijoiden opintoja vuodesta 2021 alkaen, kuten kaikki ammattikorkeakoulut ovat yhteisesti sopineet (Taulukko 1).

Taulukko 1. Kliinisen ydinosaamisen kokeet

ARVIOINNIN OSA-ALUEET	ARVIOINTIMENETELMÄ
1. Kliinisen hoitotyön perusteiden osaaminen	Tietotesti (sähköinen)
2. Sisätautien hoitotyön osaaminen	Tietotesti (sähköinen)
3. Kirurgisen ja perioperatiivisen hoitotyön osaaminen	Näyttökoe
4. Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyön osaaminen	Näyttökoe
5. Mielenterveys- ja päihdehoitotyön osaaminen	OSVE (Objective Structured Video Evaluation) ja tietotesti (sähköinen)
6. Ikääntyneen hoitotyön osaaminen	Tietotesti (sähköinen)
7. Hoitotyön osaaminen erilaisissa palveluympäristöissä	Näyttökoe (puhelin- ja chat-ohjaus)
8. Erityistä tukea tarvitsevan henkilön hoitotyön osaaminen	Tietotesti (sähköinen, neljä erillistä osaa)

VALTAKUNNALLISEN YDINOSAAMISEN KOKEEN KEHITTÄMINEN

Valtakunnallisen ydinosaamisen kokeen kehittäminen perustui niin ikään päivitettyihin osaamisvaatimuksiin. Suunnittelussa tehtiin benchmarkingia kansainvälisesti (mm. muut Pohjoismaat, useat Euroopan maat sekä Yhdysvallat ja Kanada) ja kartoitettiin erilaisia käytössä olevia vaihtoehtoja. Lisäksi tietoa käytössä olevista arviointimenetelmistä kerättiin kyselyllä suomalaisille ammattikorkeakouluille. Selvitystyön perusteella voitiin todeta, että suoraan suomalaiseen sairaanhoitajakoulutukseen sovellettavaa mallia ei ollut saatavilla.

Valtakunnallisen ydinosaamisen (180 op) kokeen sisällöt kattavat kaikki aiemmin mainitut kliinisen ydinosaamisen alueet (Taulukko 1) sekä muut yleissairaanhoidajan osaamisvaatimuksissa mainitut osa-alueet. Menetelmäksi valittiin sähköinen tietotesti. Tietotesti sisältää erilaisia tosi-epätosiväittämiä ja monivalinta-tehtäviä, ja osa tehtävistä on laadittu potilastapauksen muotoon, jolloin opiskelijan täytyy soveltaa tietoaan ja tehdä päätelmiä vastatakseen oikein (McDonald, 2018). Valtakunnallisen ydinosaamisen koe sisältää myös lääkelaskujen osuuden.

Valtakunnallista ydinosaamisen koetta on pilotoitu kahdessa eri vaiheessa yhdeksässä ammattikorkeakoulussa. Kuten kliinisen ydinosaamisen kokeiden kohdalla, myös valtakunnallisesta kokeesta kerättiin palautetta sekä opiskelijoilta että opettajilta. Siihen tehtiin muokkauksia ja tarkennuksia palautteen pohjalta. Valtakunnallinen ydinosaamisen koe on saanut niin ikään hyvän vastaanoton piloteissa, ja se on valmis otettavaksi käyttöön vuoden 2021 alusta. Tarkoitus on, että opiskelija voi osallistua kokeeseen, kun hän on suorittanut lähes kaikki vaadittavat 180 op ydinosaamisen opinnot, ja on suorittanut hyväksytysti kaikki kahdeksan kliinisen ydinosaamisen koetta.

LAUREALLA KESKEINEN ROOLI YLESHARVIOINTI-HANKKEESSA

Laurealla Suomen suurimpana sairaanhoitajien kouluttajana on ollut yleSHarvointi-hankkeessa merkittävä rooli. Laurea toimi yhtenä hankkeen seitsemästä vetovastuullisesta ammattikorkeakoulusta ollen näin mukana yleSHarvointi-hankkeen kokonaisuuden suunnittelussa ja koordinoinnissa. Laurealla oli keskeinen rooli jo hankkeen suunnittelu- ja hakuvaiheessa. Laureasta hankkeeseen on ollut nimettynä projektipäällikkö, kaksi asiantuntijaa ja talousvastaava.

Laurea osallistui valtakunnallisten osaamiskuvausten päivittämiseen yhteistyössä eri ammattikorkeakoulujen kanssa. Kliinisen ydinosaamisen kokeiden suunnittelussa ja laatisemisessa Laurea oli vahvasti mukana erityisesti kliinisen hoitotyön perusteiden osaamisen ja kirurgisen ja perioperatiivisen hoitotyön osaamisen kokeiden osalta. Laurean vastuulla on ollut kliinisen ydinosaamisen kokeiden pilotoinnin koordinointi ja syn-tyneen pilottiaineiston analysointi. Laurea toteutti kaikkien kahdeksan kokeen pilotoinnin yhteistyössä 10 muun ammattikorkeakoulun kanssa kevään 2019 – talven 2020 aikana.

Laurean sairaanhoitajaopiskelijat osallistuivat pilotointiin kolmessa eri kliinisen ydinosaamisen kokeessa osana opintojaan. Opiskelijat testasivat kliinisen hoitotyön perusteiden sähköistä tietotestiä, sisätautien hoitotyön sähköistä tietotestiä ja kirurgisen ja perioperatiivisen hoitotyön näyttökoetta. Opiskelijat antoivat sekä laadullista että määrällistä palautetta kokeista. Palautetta saatiin opiskelijoiden näkökulmasta kokeen sisällöstä, teknisestä käytettävyydestä, kehittämiskohteista ja merkityksellisistä oppimiskokemuksista. Opintojaksojen opettajat antoivat palautetta kokeiden soveltuvuudesta osana arviointia ja koetuista kehittämis-tarpeista. Opiskelijoiden ja opettajien antamaa palautetta hyödynnettiin kokeiden edelleen kehittämisessä. Laureassa osa opettajista kiinnostui mahdollisuudesta ottaa kliinisen ydinosaamisen kokeita käyttöön jo ennakkoon syksyllä 2020.

YLESHARVIOINTI-HANKKEEN MERKITYS SAIRAANHOITAJAKOULUTUKSELLE

Hankkeen tuottamat arviointimenetelmät otetaan käyttöön kaikissa ammattikorkeakouluissa vuoden 2021 alusta. Kliinisen ydinosaamisen kokeet ja valtakunnallisen ydinosaamisen koe kuuluvat siis jatkossa kaikkien yleissairaanhoidajan (180 op) pätevyuden antamien tutkintojen opintoihin: Ensihoitaja, Kättilö, Sairaanhoidaja, Sairaanhoidaja-Diakonissa ja Terveydenhoitaja.

Käyttöönotto edellyttää ammattikorkeakouluilta huolellista suunnittelua. Tuotetut kokeet integroidaan osaksi ydinosaamisen opintojaksoja, ja niillä korvataan joitain aikaisemmin käytössä olevia arviointimenetelmiä. Integroinnin suunnittelun tukena toimii hankkeessa tuotettu kuvaus kokeiden sisällöistä, toteutuksista ja kokeelle suositellusta opintojen vaiheesta. Hankkeessa tuotetut kliinisen ydinosaamisen kokeet kohdentuvat keskeisiin sairaanhoitajan osaamisalueisiin, mutta eivät kuitenkaan kata kaikkea sairaanhoitajalta vaadittavaa osaamista. Jatkossakin siis tarvitaan myös muita osaamisen arviointimenetelmiä.

Vuosille 2021-2024 on tehty suunnitelma hankkeessa tuotettujen kokeiden edelleen kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi. Hankeajan jälkeen on edelleen tarpeen tuottaa uusia tehtäviä kokeisiin ja muokata aiemmin laadittuja tehtäviä tulevien vuosien tarpeeseen. Kokeiden käytöstä kerätään systemaattisesti tietoa ja palautetta niiden edelleen kehittämiseksi. Kehittämis- ja ylläpitotyötä koordinoi seitsemän ammattikorkeakoulun ryhmä, jossa myös Laurea on mukana.

Hankkeen tuottamilla arviointimenetelmillä voidaan tutkinnon aikana varmistaa riittävä kliininen osaaminen sekä koko tutkinnon tuottama EU-direktiivin edellyttämä osaaminen. Läpi opintojen tapahtuva arviointi auttaa tunnistamaan haasteet osaamisen kehittämisessä ja antaa opiskelijalle palautetta hänen osaamisensa kehittämisestä ja kehitystarpeista. Hankkeen tuottamien arviointimenetelmien avulla varmistetaan tulevaisuudessa suomalaisten sairaanhoitajien riittävä ja tasalaatuinen osaaminen, ja sen myötä vahvistetaan sairaanhoitajan professiota.

Hankkeessa on tehty tiivistä ja hedelmällistä yhteistyötä ammattikorkeakoulujen kesken yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Kiihtämme kaikkia hankkeeseen osallistuneita henkilöitä eri ammattikorkeakouluista sekä Opetus- ja kulttuuriministeriötä hankkeen rahoituksesta.

Lähteet

Ammattikorkeakoululaki 14.11.2014/932. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20140932>

Erikson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Bookwell Oy, Porvoo.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55 ammattipätevyyden tunnustamisesta. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=HU>

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* 23, 303–312.

Kajander-Unkuri, S., Salminen, L., Saarikoski, M., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. 2013. Competence areas of nursing students in Europe. *Nurse Education Today* 33, 625–632.

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Mertoja, R. & Suutarla, A. 2016. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat –laatusuorituksen sote-palveluihin. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>

Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Isoaho, H., Flinkman, M. & Meretoja, R. 2016. Newly graduated nurses' empowerment regarding professional competence and other work-related factors. *BMC Nursing* 15:22

Lahtinen, P., Leino-Kilpi, H. & Salminen, L. 2014. Nursing education in the European higher education area—Variations in implementation. *Nurse Education Today* 34, 1040–1047.

McDonald, M. 2018. *The Nurse Educator's Guide to Assessing Learning Outcomes*. 4th edition, Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Mäkeläinen, P. 2019. Sairaanhoidajan ydinosaamisen 180 op valtakunnallinen koe mullistaa sairaanhoitajakoulutuksen arviointia. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2019/05/06/sairaanhoitajan-ydinosaamisen-180-op-valtakunnallinen-koe-mullistaa-sairaanhoitajakoulutuksen-arviointia/>

OKM/257/523/2017. Rahoituspäätös 2018. Yleissairaanhoidajan ammatillisen perusosaamisen arvioinnin kehittäminen.

Piji-Zieber, EM., Barton, S., Konkin, J., Awosoga, O. & Caine, V. 2014. Competence and competency-based nursing education: finding our way through the issues. *Nurse Education Today* 34, 676–678.

Ruotsalainen, H. & Kääriäinen, M. 2016. Opiskelijan arviointi. Teoksessa: Koivula, M., Wärnå-Furu, C., Saaranen, T., Ruotsalainen, H. & Salminen, L. (toim.). *Terveysalan opettajan käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma.

Salminen, L. & Leino-Kilpi, H. 2018. Fokuksessa sairaanhoitajan osaaminen. *PRO terveys* 4/2018, 8–9.

Selim, A. & Dawood, E. 2015. Objective Structured Video Examination in Psychiatric and Mental Health Nursing: A Learning and Assessment Method. *Journal of Nursing Education* 54: 87–95.

Seppänen S. 2017. Terveysalan verkoston seminaari.

<https://amkterveysala.files.wordpress.com/2017/12/30112017-salla-seppc3a4nen.pdf>

Silén-Lipponen, M. 2018. Valtakunnallinen sairaanhoitajan (180 op) ammatillisen perusosaamisen arvioinnin kehittäminen (yleSHarviointi) käynnistyi. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2018/05/08/historiallinen-valtakunnallinen-sairaanhoitajan-180-op-ammattillisen-perusosaamisen-arvioinnin-kehittaminen-ylesharviointi-kaynnistyi/>

Traynor, M., Galanouli, D., Rice, B. & Lynn, F. 2016. Evaluating the objective structured long examination record for nurse education. *British Journal of Nursing* 25, 681–687.

WHO 2020. State of the world's nursing. <https://www.who.int/publications/i/item/nursing-report-2020>

yleSHarviointi-hanke. 2019. Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2019/01/31/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>

2 Laurea Degree Programme in Nursing (DPN) – työelämän tarpeisiin vastaamassa

Jonna Vierula, Anna Niskanen, Riikka Mulder, Emmaculate Tamankag & Mika Alastalo

KOULUTUS KANSAINVÄLISTYVÄN HOITOTYÖN MURROKSESSA

Hoitotyön koulutus on yksi suosituimpia aloja ammattikorkeakoulussa Suomessa (OSF 2015). Kansainvälisesti tarkasteltuna sairaanhoitajat ja kätilöt muodostavat jopa 50 % koko terveysalan työvoimasta (WHO 2017). Hoitajapula on kuitenkin kansallisesti ja kansainvälisesti tunnistettu ongelma. Arviolta jopa 40 miljoonaa uutta terveysalan ammattilaista tarvitaan vuoteen 2030 mennessä (WHO 2016). Terveys- ja sosiaalialan ammattien osuus on Suomessa pula-ammattien top-15 listalla (Työ- ja elinkeinoministeriö 2018).

Väestön ikääntyessä, ratkaisuna työmarkkinoiden ongelmiin pidetään työperäistä maahanmuuttoa (Sisäministeriö n.d.). Ulkomaalaistaustaisten määrä Suomessa onkin kasvanut viimeisen parinkymmenen vuoden ajan. Vuonna 2018 Suomessa oli reilut 400 000 ulkomaalaistaustaista (Tilastokeskus 2020). Suuri osa Suomeen muuttaneista suunnittelee asuvansa täällä pysyvästi ja integraatio suomalaiseen yhteiskuntaan ja työelämään on tärkeää (Nieminen ym. 2014). Suomalainen hoitotyö onkin muuttunut yhä monikulttuurisemmaksi niin ulkomaalaistaustaisten potilaiden ja asiakkaiden kuin myös työntekijöiden myötä. Sairaanhoitajan kyky kohdata eri kulttuuritaustoista tulevia ihmisiä on osa ammatillisia osaamisvaatimuksia (Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt 2020) ja kollegiaalisuutta (Sairaanhoitajien kollegiaalisuusohjeet 2014).

DEGREE PROGRAMME IN NURSING – ENSIMMÄINEN KANSAINVÄLINEN SAIRAANHOITAJA-KOULUTUS SUOMESSA

Kansainvälistyminen on ollut keskeinen osa myös suomalaista koulutuspolitiikkaa viime vuosikymmenien ajan. Työikäisen väestön väheneminen on tunnistettu haasteeksi korkeatasoisen ja pätevän ammattikunnan varmistamiseksi. Hoitotyön muuttuessa monikulttuurisemmaksi, myös hoitotyön koulutuksen tulisi varmistaa, että työntekijät ovat osa tätä monimuotoisuutta.

Kansainväliset elementit korkeakoulutuksessa alkoivat näkyä erityisesti 1990-luvulle siirryttäessä. Ensimmäisen kansainvälisen sairaanhoitajakoulutuksen Suomessa käynnisti vuonna 1993 Laurea ammattikorkeakoulu, silloiselta nimeltään Espoon-Vantaan Ammattikorkeakoulu. Koulutusohjelma "the International Nursing Education Program (INE Program)" oli perusta DPN-koulutukselle. Koulutusohjelma oli ensimmäinen sairaanhoitajakoulutuksen kokeilu, mikä käytti opetuskielenään englantia ja edellytti opetuksen jatkuvaa seuranta- ja arviointia. (Kansainvälinen sairaanhoitajakoulutuskokeilu 1993, teoksessa Parviainen 1999, 3.) Koulutusohjelman tavoitteena oli edistää monikulttuurisuutta ja kolmannes koulutusohjelmaan hyväksytyistä opiskelijoista oli maahanmuuttajataustaisia (Curriculum Foundations of International Nursing Education 1996, teoksessa Parviainen 1999, 3). Koulutusohjelma koostui 140:stä opintoviikosta ja opetussuunnitelman perustana olivat hoitotieteen keskeiset käsitteet: ihminen, terveys, ympäristö ja hoitotyö (Taulukko 1).

Ensimmäisestä INE-koulutuksesta valmistuttiin 20.12.1996 opistotasoisella sairaanhoitajan tutkinnolla (Nursing Diploma). Vuodesta 1997 lähtien, INE-tutkinnosta valmistuneet saivat ammattikorkeakoulutasoisen (sairaanhoitaja AMK) tutkinnon opistotason sijaan (Parviainen 1999, 3). Myöhemmin koulutuksesta alettiin käyttää nimeä Degree Programme in Nursing (DPN).



Kuva: Olli-Pekka Lehtinen
Laurea-ammattikorkeakoulu 2015. All rights reserved

Taulukko 1. INE-koulutuksen (mukaihen Parviainen 1999, 9) ja DPN-koulutuksen (Laurea DPN opetussuunnitelma 2020) opetussuunnitelmien sisällöt.

THE INTERNATIONAL NURSING EDUCATION PROGRAM (INE)	THE DEGREE PROGRAMME IN NURSING (DPN)
MODUULIT JA OSIOT	MODUULIT, OPINTOJAKSOT JA OPINTOJAKSOJEN OSAT
140 OPINTOVIKKOA	180 OPINTOPISTETTÄ*
<p>THE PERSON</p> <ul style="list-style-type: none"> • The person as a holistic being • The person as a biological being • The person as a conscious being • The person as a situational being • The person as a spiritual being 	<p>BASICS OF NURSING CARE</p> <p>Basics Of Nursing Care 1. Part 1. Basics of nursing care 1. Part 2. Evidence based nursing</p> <p>Basic Nursing skills – practice Part 1. Basics of nursing interventions 1, Workshop Part 2. MAPA Part 3. LbD-project</p> <p>Structure and Functioning of the Human Body Part 1. Anatomy and physiology on-line Part 2. Microbiology on-line Part 3. Bio-analytics Part 4. Investigating human body on-line</p> <p>Basics Of Nursing Care 2. Part 1. Basics of Nursing Care 2. Part 2. Basics of Medication treatment Part 3. Medication Calculations I</p> <p>Professional Development in Practice I Part 1. Basics of nursing interventions 2, Workshops Part 2. First Aid Part 3. Bioanalytics Workshop Part 4. Injection workshops Part 5. Clinical practice Part 6. Nursing documentation</p> <p>Mathematics Entrance Level Test</p> <p>Initial Test in Swedish</p>

* Ei sisällä vapaavalintaisia opintoja

THE INTERNATIONAL NURSING EDUCATION PROGRAM (INE)	THE DEGREE PROGRAMME IN NURSING (DPN)
MODUULIT JA OSIOT	MODUULIT, OPINTOJAKSOT JA OPINTOJAKSOJEN OSAT
<p>THE ENVIRONMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> • The learning environment • Computer and multimedia in learning • The transcultural learning approach • The nursing environment • The social environment • The physical environment • The symbolic environment 	<p>HEALTH PROMOTION AND NURSING OF NON-COMMUNICABLE DISEASES</p> <p>Care of Clients with Chronic Illnesses</p> <p>Part 1. Medical Nursing</p> <p style="padding-left: 20px;">a) theory</p> <p style="padding-left: 20px;">b) medication calculations II</p> <p>Part 2. Internal Medicine on-line course</p> <p>Part 3. Pharmacology on-line course</p> <p>Part 4. Basics of Vaccinations</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Theory</p> <p style="padding-left: 20px;">b) Vaccinations workshops</p> <p>Intercultural Communication Competences in Multicultural Nursing Environment</p> <p>Professional Development in Practice II</p> <p>Part 1. Workshops ECG, iv-cannulation</p> <p>Part 2. ECG & IV treatment theory</p> <p>Part 3. Simulation workshop</p>
<p>HEALTH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Health as a value and as a subjective experience • Health as a status • Health promotion • Health as a process 	<p>DECISION-MAKING IN CLINICAL NURSING</p> <p>Decision-Making in Acute Nursing Care</p> <p>Part 1. Acute Care Nursing theory</p> <p>Part 2. ALS-online course</p> <p>Part 3. Perioperative and surgical nursing</p> <p>Part 4. Acute Care medication and calculations III</p> <p>Part 5. Transfusion and infusions therapy</p> <p>Part 6. Anesthesiology / surgical studies – online</p> <p>Mental Health, Crisis Care and Substance Abuse Nursing</p> <p>Part 1. Mental health nursing</p> <p>Part 2. Psychiatry</p> <p>Part 3. Substance abuse nursing</p> <p>Part 4. Medication therapy in mental health nursing</p> <p>V1611 Professional Development in Practice III</p> <p>Part 1. ALS-workshop</p> <p>Part 2. Perioperative and surgical workshops</p> <p>Part 3. Simulation workshops</p> <p>Part 4. Infusion and transfusion workshops</p> <p>Part 5. Clinical practice III</p>

THE INTERNATIONAL NURSING EDUCATION PROGRAM (INE)	THE DEGREE PROGRAMME IN NURSING (DPN)
MODUULIT JA OSIOT	MODUULIT, OPINTOJAKSOT JA OPINTOJAKSOJEN OSAT
<p>NURSING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction to nursing • Philosophical foundations in nursing care • Theoretical foundations in nursing • Interaction in nursing <ul style="list-style-type: none"> • English • Finnish • The nursing process • Primary nursing as a philosophy • Community nursing as an approach • Nursing therapeutics <ul style="list-style-type: none"> • clinical skills • in the social services and health services environment • in the hospital environment • in different cultures • Transition in nursing • Philosophical foundations in nursing • Scientific foundations of nursing • Leadership in nursing • Entrepreneurship in nursing 	<p>NURSING CARE IN THE PROMOTION OF CLIENT’S PARTICIPATION AND WELL-BEING AT DIFFERENT LIFE STAGES</p> <p>Participation and Well-Being at Different Life Stages</p> <ul style="list-style-type: none"> Part 1. Family nursing Part 2. Adult and elderly care Part 3. Pediatrics on-line course Part 4. Gynecology and obstetrics on-line course Part 5. Geriatrics Part 6. Medication calculations IV <p>Svenska i vården</p> <p>Advanced Finnish</p> <ul style="list-style-type: none"> Part 1. Suomen kielen kirjallinen taito Part 2. Suomen kielen suullinen taito <p>Professional Development in Practice IV</p> <ul style="list-style-type: none"> Part 1. Vulnerable groups and service integration Part 2. Maternity care practice Part 3. Professional Development in Practice IV
<p>NURSING RESEARCH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction to research process • The research process in nursing • Nursing research as a project 	<p>INNOVATIVE AND EFFECTIVE NURSING</p> <p>Leadership, Entrepreneurship and innovative nursing Decision making in seriously ill patient’s care</p> <ul style="list-style-type: none"> Part 1. Clinical Nursing Skills & Simulations Part 2. Medication calculation V Part 3. MAPA 8 hours Part 4. National Nursing exam <p>Professional Development in Practice V</p>

DEGREE PROGRAMME IN NURSING – KOULUTUSOHJELMAN NYKYTILA

Laurean DPN-koulutusohjelmaan hyväksytään vuosittain opiskelemaan 25-30 sairaanhoitajaopiskelijaa. Koulutukseen pyrkijöiden määrä on pysynyt melko tasaisena vuodesta 2015 alkaen, ollen korkeimmillaan (576 hakijaa) keväällä 2020 (Vipunen 2020). Aikaisempaan verrattuna, suoraan ulkomailta koulutukseen hakevien määrä on vähentynyt, sillä nykyisin yhtenä hakukriteerinä on vähintään B1-tason suomen kielen osaaminen.

Laureaan, kuten myös muihin ammattikorkeakouluihin, tuli muutama vuosi sitten käyttöön lukukausimaksu, joka peritään EU/ETA alueen ulkopuolisilta opiskelijoilta. Lukukausimaksu saattaa myös osaltaan vaikuttaa hakijamääriin. Tyypillisesti koulutukseen pyrkivät ovat jo vähintään muutaman vuoden Suomessa asuneita tai toisen polven maahanmuuttajia, osa kantasuomalaisia. Vuosittain Laurean DPN-koulutusohjelmaan hakee ja pääsee myös muutamia EU-maiden ulkopuolelta tulevia, valmiita sairaanhoitajia, jotka pätevätyötutkintoaan EU-kelpoiseksi.

Englanninkielisen sairaanhoitajakoulutuksen tavoitteena on tuottaa yhtäläinen sairaanhoitajan osaaminen kuin suomenkielisenkin koulutuksen. Opetussuunnitelma rakentuu sairaanhoitajan osaamisvaatimusten pohjalle EU-direktiivien mukaisesti (Taulukko 1). Englanninkielisessä koulutuksessa ammatillisen osaamisen rinnalla merkittävänä tavoitteena suomea toisena kielenään puhuvilla opiskelijoilla on suomen kielen taidon kehittyminen koulutuksen aikana. Tämä tavoite tuo koulutukseen erityispiirteensä mm. runsaan kielipinto-tarjonnan muodossa, joka opetussuunnitelmassa näkyy täydentävien opintojen tarjonnassa sekä opintojen jaksottamisessa niin, että suomen kielen lisäopetus mahtuu lukujärjestyksiin. Kielitaidon vahvistamiseksi on käynnistetty myös OKM:n rahoittama hanke Hoida simuloiden Suomeksi (HoitoSisu), jossa suomen kielen taitoa vahvistetaan simulaatiopedagogiikan keinoin. Opettajina HoitoSisu-hankkessa toimivat kaksi hoitotyön lehtoria sekä S2-suomen kielen opettaja.

Valmistuessaan DPN-ohjelmasta sekä opiskelijan ammatillisen osaamisen että suomen kielen tason tulee olla riittävä työskentelemään sairaanhoitajana Suomessa. Englanninkielisen sairaanhoitajatutkinnon suorittaneet opiskelijat hakevat Valviralta ammatinharjoittamisoikeutta samalla tavalla kuin suomenkielisen koulutusohjelman suorittaneet opiskelijat. Valvira tarkistaa kielitaidon kaikilta hakijoilta, joiden ammatillinen koulutus on suoritettu jollain muulla kuin suomen tai ruotsin kielellä tai hakija ei ole suorittanut yleissivistäviä opintojaan suomeksi tai ruotsiksi. (Valvira 2015.) Myös työnantajilla on velvollisuus tarkistaa työntekijöidensä riittävä kielitaito.

Riittävä suomen kielen taito on merkittävä edistävä tekijä sitoutumisessa sairaanhoitajan työhön Suomessa. Suurin osa valmistuneista työllistyy Suomeen, mikä on hyvä, sillä sairaanhoitajien asiakas- ja potilasaines on muuttunut kulttuuritaustaltaan yhä monimuotoisemmaksi. Ulkomaista syntyperää olevien sairaanhoitajina työskentelevien osuus on 3,4 % työssä käyvien sairaanhoitajien määrästä eli noin 2455 sairaanhoitajaa (Sairaanhoitajaliitto 2020).

DEGREE PROGRAMME IN NURSING – ENGLANNINKIELISTEN OPISKELIJOIDEN HAASTEET JA MAHDOLLISUUDET

Englanninkielisen sairaanhoitajakoulutuksen opiskelijoiden taustat ovat huomattavasti moninaisemmat kuin suomenkielisessä koulutuksessa. Luonnollisesti opiskelijat tulevat monista eri kulttuuritaustoista, mutta vaihtelua on myös taustakoulutuksessa sekä suomen että englannin kielen taidossa. Opiskelijoilla saattaa olla ulkomailla suoritettu korkeakoulututkinto joltain muulta alalta, mikä voidaan nähdä rikkautena myös

sairaanhoitajan ammatin näkökulmasta. Opiskelijat, joilla on ulkomailta hankittu sairaanhoitajan tutkinto ja työkokemusta, halutaan valmistaa työelämään sujuvasti tunnustamalla aiemmin hankittu osaaminen.

Kansainväliset tutkinto-opiskelijat kohtaavat kuitenkin haasteita opintojensa aikana monella eri saralla. Koulutusohjelmassamme haasteiksi on tunnistettu opiskelijoiden puutteet akateemisissa taidoissa, kuten asiatekstin kirjoittamisessa ja lähdeviitteiden hallinnassa. Ongelma on tunnistettu myös kansainvälisessä kirjallisuudessa (Malecha ym. 2012, McKenna ym. 2017). Myös matemaattisten taitojen oppiminen aiheuttaa ajoittain haasteita sekä meillä että muualla (Malecha ym. 2012). Lisäksi on huomattu, että kansainväliset opiskelijat eivät juuri ystävysty paikallisten opiskelijoiden kanssa (McKenna ym. 2017). Valitettavasti myös Laureassa näyttää siltä, että erikielisten koulutusohjelmien opiskelijat eivät kohtaa. Tähän myös me opettajat voisimme panostaa tulevaisuudessa, jotta opiskelijakunta tuntisi olonsa entistä yhtenäisemmäksi.

Kliiniseen harjoitteluun liittyvät kansainvälisten opiskelijoiden haasteet on tunnistettu kansainvälisesti (Mikkonen et al. 2016). Kliinisten harjoitteluiden aikana puutteellinen suomen kielen taito saattaa johtaa jopa syrjintään tai sosiaaliseen eristäytymiseen (Kehus ym. 2019; Mikkonen et al. 2016). Lisäksi kansainvälisten opiskelijoiden harjoittelukokemukset poikkeavat suomenkielisten tutkinto-opiskelijoiden harjoittelukokemuksesta (Mikkonen et al. 2017).

Harjoittelun ohjaajalta vaaditaan kykyä kohdata eri kulttuuritaustoista olevia opiskelijoita ja erityistä kykyä kohdata kansainvälinen opiskelija niin, että hän kokee olonsa tervetulleeksi (Mikkonen et al. 2016). Opettajalta taas vaaditaan hyvää ja avointa yhteistyötä opiskelijan ja harjoitteluorganisaation kanssa. Opettajan rooli harjoittelussa on todettu aktiivisemmaksi kansainvälisten opiskelijoiden kuin suomenkielisten opiskelijoiden harjoittelussa (Mikkonen et al. 2017). Myös Laureassa on huomattu opettajan roolin merkityksellisyys degree-opiskelijoiden harjoittelussa. Ensisijaista hyvän harjoittelun varmistamiseksi on kuitenkin opiskelijan riittävä suomen kielen taito (Mikkonen et al. 2017), mihin Laureassa on kiinnitetty huomiota erityisesti opintojen jaksotuksessa ja HoitoSisu-hankkeen avulla.

Monet kansainväliset opiskelijat sopeutuvat opiskeluidensa aikana sekä uuteen koulutusjärjestelmään että terveydenhuollon organisaatioihin (McKenna ym. 2012). Vaikka opittavaa on paljon, kansainväliset opiskelijamme opiskelevat ahkerasti ja suhtautuvat opintoihinsa määrätietoisesti ja kunnianhimoisesti. Heidän työllistymisensä valmistumisen jälkeen on hyvää. Luokkatilanteissa kansainvälisten ryhmien kanssa korostuvat mutkaton ilmapiiri ja mielipiteiden avoin vaihtaminen. Opiskelijaryhmissä ollaan avuliaita toisia kohtaan sekä esiinnyttäen ja osallistutaan rohkeasti. Kun aloitusryhmät ovat pienempiä, opettajat ja opiskelijat tulevat paremmin tutuiksi toisilleen, mikä helpottaa yhteistyötä. Vaikka kansainvälisten opiskelijoiden kanssa kohdataan haasteita, on opettajille ilo olla mukana seuraamassa heidän integroitumistaan suomalaisen hoitotyöhön ja yhteiskuntaan.

DEGREE PROGRAMME IN NURSING – MITÄ DPN VOITARJOTA TYÖELÄMÄLLE

Suomalainen yhteiskunta on entistä kansainvälisempi ja monikulttuurisempi eivätkä terveydenhuollon toimintaympäristöt ole poikkeus. Terveyspalveluiden käyttäjät edustavat taustaltaan eri kansallisuuksia ja kulttuureja, joten on luontevaa, että myös terveydenhuollon ammattilaisten joukko on taustoiltaan vaihtelevaa. DPN-ohjelmasta valmistuneiden sairaanhoitajien ensisijaisena tehtävänä on luonnollisesti toteuttaa hoitotyötä kuten muidenkin sairaanhoitajien, mutta he tuovat sen lisäksi runsaasti monikulttuurisessa maailmassa tarvittavaa osaamista. Monet heistä hallitsevat useita kieliä, ja monilla heistä on kokemusta elämisestä ja sopeutumisesta vieraaseen kulttuuriin ja yhteiskuntaan. Tämä osaaminen voi olla merkittävä voimavara

hoitotyön tilanteissa. Heidät voidaan näin ollen nähdä jopa kulttuuritulkkina (Heino, Kärmeniemi & Veistilä 2014) näissä tilanteissa. Vaikka osa DPN-opiskelijoista onkin ns. kantasuomalaisia ovat hekin kulttuurista osaamistaan ja ymmärtämystään kartuttaneet opiskellessaan kansainvälisessä ja monikulttuurisessa opiskelijaryhmässä. Olisi toivottavaa, että tämä osaaminen pystyttäisiin tunnistamaan ja hyödyntämään työelämässä tehokkaammin, ja ennen kaikkea, nähtäisiin kulttuurinen monipuolisuus aidosti voimavarana.

DPN-koulutusohjelma vastaa työelämän tarpeisiin tuottamalla sairaanhoitajia suomalaisten terveyspalveluiden käyttäjien palvelukseen. On hyvin tärkeää, että hoitotyöstä kiinnostuneille ja motivoituneille henkilöille on väylä lähteä opiskelemaan sairaanhoitajaksi, vaikka heidän suomen kielen taitonsa ei vielä kovin korkealla tasolla olisikaan. Tämä mahdollistaa vähemmänkin aikaa maassa olleiden integroitumisen opiskeluun ja työelämään, mikä on alan työvoimatarpeen näkökulmasta ensiarvoisen tärkeää.

Koulutuksen aikana tulee huomioida niin opettajien kuin koulutuksen järjestäjien taholta DPN-opiskelijaryhmien heterogeenisyys ja erilaiset oppimistarpeet. On tärkeää, että opettajilla on riittävä osaaminen opettaa englanniksi ja mahdollisuudet huomioida opiskelijaryhmien erityispiirteet. DPN-opiskelijoiden kouluttamiseen tarvitaan monialaista yhteistyötä niin koulutuksen sisällä (hoitotyön opettajat, suomen kielen opettajat jne.) kuin myös harjoitteluorganisaatioiden ja ammattikorkeakoulun välillä. Kouluttamalla entistä laadukkaammin, voidaan vahvistaa DPN-opiskelijoiden osaamista ja näin ollen mahdollisuuksia työllistyä terveydenhuollon kentälle monikulttuurisen hoitotyön edistäjinä.

Lähteet

Curriculum Foundations of International Nursing Education. 1996. Espoo College of Health Care and Social Welfare. Teoksessa Parviainen U. 1999. Partnership Between the Student Nurse and Patient.

Heino E., Kärmeniemi N. & Veistilä M. 2014. Kulttuuritulkki. Toimintamallin kuvaus. Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia.

Kansainvälinen sairaanhoitajakoulutuskokeilu. 1993. Päätös 114/504/92. Opetushallitus. Teoksessa Parviainen U. 1999. Partnership Between the Student Nurse and Patient.

Kehus E., Kyngäs H., Kääriäinen M. & Mikkonen K. 2019. Hoitotyön opettajien kokemuksia kansainvälisten tutkinto-opiskelijoiden kliinisestä harjoittelusta. Hoitotiede 31 (3), 167-179.

Malecha A., Tart K. & Junious D. 2012. Foreign-Born Nursing Students in the United States: A Literature Review. Journal of Professional Nursing 28 (5), 297-305.

McKenna L., Robinson E., Penman J. & Hills D. 2017. Factors impacting on psychological wellbeing of international students in health professions: A scoping review. International Journal of Nursing Studies 74, 85-94.

Mikkonen K., Elo S., Tuomikoski A.-M. & Kääriäinen M. 2016. Mentor experiences of international healthcare students' learning in a clinical learning environment: A systematic review. Nurse Education Today 40, 87-94.

Mikkonen K., Elo S., Miettunen J., Saarikoski M. & Kääriäinen M. 2017. Clinical learning environment and supervision of international nursing students: A cross-sectional study. Nurse Education Today 52, 73-80.

Nieminen T., Sutela H. & Hannula U. 2015. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Viitattu 15.5.2020. http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisu-uettelo/vyvti-uso_201500_2015_16163_net.pdf

Official Statistics of Finland OSF 2015. Polytechnic education 2015. Statistics Finland. Viitattu 15.5.2020. http://www.stat.fi/til/akop/2015/akop_2015_2016-04-19_en.pdf

Parviainen U. 1999. Partnership Between the Student Nurse and Patient.

Sairaanhoitajien kollegiaalisuusohjeet. 2014. Viitattu 15.5.2020. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2019/10/Sairaanhoitajien-kollegiaalisuusohjeet.pdf>

Sairaanhoitajaliitto. 2020. Tilastoja sairaanhoitajista. Viitattu 15.5.2020.

<https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/tilastoja-sairaanhoitajista-2/>

Sisäministeriö. n.d. Suomi panostaa työvoiman maahanmuuttoon. Viitattu 15.5.2020. <https://intermin.fi/maahanmuutto/tyovoiman-maahanmuutto>

Tilastokeskus 2020. Ulkomaalaistaustaiset. Viitattu 15.5.2020. <https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa/ulkomaalaistaustaiset.html>

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2019. Ammattibarometri: Työvoimapula vaivaa yhä useampaa ammattia. Viitattu 15.5.2020. https://tem.fi/artikkeli/-/asset_publisher/ammattibarometri-tyovoimapula-vaivaa-ya-useampaa-ammattia

Valvira 2015. Laillistettavat. Viitattu 15.5.2020. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/hakemusohjeet/eu_eta-valtioissa_koulutetut/laillistettavat

Vipunen 2020. Ammattikorkeakoulujen hakeneet ja paikan vastaanottaneet. Viitattu 15.5.2020. https://vipunen.fi/fi-fi/_layouts/15/xlviewer.aspx?id=/fi-fi/Raportit/Haku-%20ja%20valintatiedot%20-%20korkeakoulu%20-%20amk%20-%20ammattikorkeakoulu.xlsb

World Health Organization WHO 2017. Global Health Observatory (GHO) data. Density of nursing and midwifery personnel (total number per 1000 population, latest available year). Viitattu 15.5.2020. http://www.who.int/gho/health_workforce/nursing_midwifery_density/en/

World Health Organization WHO. 2016. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Viitattu 15.5.2020. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250047/1/9789241511308-eng.pdf?ua=1>

Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. 2020. Viitattu 15.5.2020. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2020/01/15/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>

3 Uudenlaisia pedagogisia ratkaisuja hoitotyön koulutuksessa

Pirjo Huikko, Pia Lahtinen, Minna Nikula, Anna Ojala & Anna-Kaisa Hankaniemi

Koulutus ja hoitotyö ovat suuressa murroksessa, jotka lisäävät tarvetta kehittää koulutusta ja tarttumaan digitaalisuuden tuomiin haasteisiin. Sitran selvityksessä on määritelty yhdeksi megatrendiksi vuodelle 2020 ”Teknologia sulautuu kaikkeen” (Dufva 2020). Sosiaali- ja terveydenhuollon lisääntyvät digitaaliset palvelut haastavat tulevat alan ammattilaiset. Digitalisaation myötä hoitohenkilökunnan osaamista on vahvistettava erilaisten teknologioiden hyödyntämiseen, jotta heidän osaamisensa vastaa uusiin vaatimuksiin. Uusille sukupolville digitaalisuus on oletusarvo (STM 2016).

Digitalisaatio vaikuttaa kaikilla koulutuksen aloilla peruskoulutuksesta korkeakouluihin (Kampylis ym. 2015). Suomalaisista ammattiin opiskelevista keskimäärin puolet kokee, että opetuksessa ja ohjauksessa tulee hyödyntää enemmän digitaalisia ratkaisuja. Opiskelijat toivovat enemmän digitaalista oppimateriaalia. Opiskelijat kokevat digitalisaation myötä oppimisen helpottuvan, opintojen joustavoituvan, motivaatioon opiskeluun paranevan ja ammatillisen osaamisen kehittyvän sekä osaamisen hyödyntämisen käytäntöön tehostuvan. Näiden tulosten perusteella voidaan todeta, että uusien digitaalisten ratkaisujen hyödyntäminen on perusteltua pedagogisissa ratkaisuissa. (Koramo ym. 2018.) Digitalisaatio edellyttää uusien opetusmenetelmien ja oppimisympäristöjen uusimista (Aho 2015). Digitaalisilla oppimisympäristöillä on tulevaisuudessa keskeisempi rooli osaamisperusteisen ja työelämälähtöisen koulutuksen kehittämisessä (Koramo ym. 2018).

Teknologian käyttö hoitotyön opetuksessa mahdollistaa innovatiivisen tavan edistää hoitotyön koulutusta ja sitä kautta potilaiden hoitoa. Virtuaalitodellisuus (virtual reality, VR) tarjoaa uusia työvälineitä terveydenhoitoon ja sitä on jo hyödynnetty maailmalla mm. kirurgiassa, psykiatriassa, kivunhallinnassa ja kuntoutuksessa (Takala 2017). Tällä hetkellä Suomessa on niukasti saatavilla hoitotyön koulutukseen hyödynnettäviä VR-sovelluksia, jotka noudattelevat kansallisia hoitosuosituksia. Tämä johtuu siitä, että tuotetut VR-sovellukset eivät ole yleisessä jaossa, vaan ne ovat yksittäisten oppilaitosten ja terveydenhuollon organisaatioiden omaan käyttöön tuottamia. Tarve saada VR-sovelluksia laajasti käyttöön, koska virtuaali-

opetus osana suomalaista hoitotyön koulutusta tarjoaisi opiskelijoille autenttisia kokemuksia eri hoitotyön toimintaympäristöistä. Lisäksi heillä olisi valmistuessaan osaamista ja kokemusta käyttää uusia teknologisia välineitä potilaiden kanssa työskentelyssä.

Virtuaaliodellisuuden keinoin toteutettu simulaatio-opetus tarjoaa hoitotyön opiskelijoille turvallisen (Hayden ym. 2014; Nelson 2016), tehokkaan (Ulrich ym. 2014; Verkuyl ym. 2017) ja realistisen oppimislustan (De Gagne ym. 2013; Irwin ym. 2015; Schaffer ym. 2016; Verkuyl ym. 2017). Virtuaalisen todellisuuden hyödyntäminen hoitotyön opetuksessa lisää opiskelijoiden kiinnostusta opetettavaan aiheeseen (Duff ym. 2016) sekä tiedonsaannin, ongelmanratkaisun ja kliinisen päätöksenteon kykyä (Duff ym. 2016; De Gagne ym. 2013; Irwin ym. 2015; Schaffer ym. 2016; Verkuyl ym. 2017).

Videon käyttö hoitotyön opetuksessa on lupaava, relevantti, ja lisääntyvästi käytetty opetusmenetelmä, jolla on mahdollisuus lisätä kliinisten taitojen opetuksen laatua (Forbes ym. 2016). Videoita sisältävät opetusmenetelmät tarjoavat oikeaa tilannetta lähellä olevan demonstraation kliinisistä taidoista (Hansen 2011). Videoiden käytöllä opetuksessa on mahdollisuus tukea psykomotoristen kliinisten taitojen kehittymistä (Holland ym. 2013). Lisäksi simulaatiovideot parantavat opiskelijoiden sitoutumista ja oppimista (Coyne ym. 2018). Opiskelijat suosivat interaktiivisia oppimateriaaleja, joihin he voivat paneutua kotona ja joita he voivat katsoa useita kertoja (Coyne ym. 2018).

360-videoihin perustuva virtuaalinen todellisuus on innovatiivinen digitaalinen tekniikka, joka edistää aktiivista oppimista (Freeman 2014). 360-kameroiden avulla tehdyt videot mahdollistavat katselun kaikista suunnista. Yhdistettynä ääneen opiskelijalle välittyy tunne, että hän on 3D -tilassa, mikä tarjoaa mukaansa-tempaavan kokemuksen tavalliseen videoon verrattuna. (Pieterse ym. 2018.)

Hollannissa tehdyssä tutkimuksessa lääketieteen opiskelijat pääsivät 360-videon keinoin havainnoimaan todentuntuisesti munuaissirtoa. Opiskelijat kokivat videon katsomisen inspiroivaksi ja oppimista tukevaksi sekä tunsivat itsensä paremmin valmistautuneeksi osallistumaan autenttiseen tilanteeseen. Lisäksi opiskelijat kokivat 360-videon tarjoavan realistisen näkemyksen työstä. (Pieterse ym. 2018.) Herault ym. (2018) tutkimuksessa opiskelijat arvioivat 360-videoiden käyttöä opetuksessa ja kokivat niiden sisällön arvokkaaksi sekä autenttiseksi. Opiskelijoiden ja opettajien mielestä 360-videoiden käyttö toi lisäarvoa hoitotyön opetukseen. Videoiden käytön ei nähty korvaavan nykymenetelmiä, vaan parantavan ja rikastavan opetusta.

Laurean Otaniemen kampuksella on otettu käyttöön uudenlaisina pedagogisina ratkaisuin hoitotyön koulutuksessa VR-lasit (HTC-VivePro), 360-kamerat (GoPro Max) sekä puheohjattava älykamera (RealWear HMT-1).

VR-LASIEN, 360-KAMEROIDEN JA PUHEOHJATTAVAN KAMERAN HYÖDYNTÄMINEN HOITOTYÖN OPETUKSESSA

Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden opetuksessa on hyödynnetty VR-laseilla katsottavia eri sovelluksia (3D Organon VR Anatomy ja ShareCare VR) useilla opintojaksoilla. Anatomian ja fysiologian opinnoissa opiskelijat ovat perehtyneet ihmisen elimistön rakenteeseen ja toimintaan. Pitkäaikaissairaana hoitotyön opintojaksolla opiskelijat pääsivät tutustumaan astmapotilaan keuhkoihin ja astman eri vaikeusasteisiin, tupakoitsijan keuhkoihin sekä erilaisiin sydämen rytmihäiriöihin. Akuuttihoitotyön opintojaksolla opiskelijoilla on mahdollisuus katsoa akuuttia hengitysvajausta, sydämen erilaisia johtumishäiriöitä ja sydäninfarktipotilaan sepelvaltimon sisään asetettua stenttiä. Perhehoitotyön opintojaksolla opiskelijat perehtyvät naisen rinnoissa oleviin kasvaimiin ja niiden eri levinneisyysasteisiin.

Kansallisiin suosituksiin perustuvista 360-videoista on suuri pula hoitotyön koulutuksessa. Laurea-ammattikorkeakoulussa tähän haasteeseen tartuttiin kuvaamalla 360-kameroilla ensimmäiset videot leikki-ikäisen lapsen näön ja kuulon tutkimisesta neuvolassa. Käsikirjoitukset ja kuvaukset toteutettiin osana terveydenhoitotyön opiskelijoiden opinnäytetyötä. Videot kuvattiin Espoon kaupungin Tapiolan neuvolassa. Videot perustuvat kansallisiin suosituksiin ja ne ovat katsottavissa VR-laseilla. 360-videoita voidaan katsoa myös normaalisti tietokoneella, jolloin näkymää voidaan siirtää hiirellä. Videoita tuotetaan jatkossa lisää eri hoitotyön tilanteista myös moniammatillisessa yhteistyössä.

Puheohjattavalla älykameralla kuvattiin videoita, joita hyödynnettiin bioanalytiikan ja työikäisen terveydenhoitotyön opinnoissa. Tuotetuista videoista kolme käsitteli laskimoverinäytteenoton eri tekniikoita. Lisäksi yksi video kuvattiin kahdella eri rakennustyömaalla, joissa kartoitettiin työikäisen terveyden riskitekijöitä. Ennen bioanalytiikan harjoitusten alkua opiskelijat katsoivat tuotetut videot. Rakennustyömailla kuvattua videota käytettiin harjoituksena osana työpaikkaselvityksen tekemistä.

HOITOTYÖN OPISKELIJOIDEN KOKEMUKSIA VR-LASIEN JA PUHEOHJATTAVALLA ÄLYKAMERALLA TUOTETUN VIDEOMATERIAALIN KÄYTÖSTÄ OPETUKSESSA

Laurean Otaniemen kampuksella kerättiin aineistoa käyttökokemuksista syksyllä 2019 ja keväällä 2020. Kyselyiden tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyön opiskelijoiden käyttökokemuksia VR-lasien ja älykameralla tuotetun videomateriaalin käytöstä. Kyselyiden tavoitteena oli arvioida käyttökokemuksien pohjalta uuden teknologian hyödyntämistä hoitotyön koulutuksessa.

VR-lasien käyttökokemuksia kerättiin Pitkäaikaissairaalan hoitotyön -opintojaksolla keuhkosairauksia sairastavan potilaan harjoitusten yhteydessä. Opiskelijat tarkastelivat VR-laseilla terveen ihmisen sekä astmaa



Kuva 1. VR-lasit. Kuva: Tarja Paukkeri. All rights reserved.

ja keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan keuhkoja. Puheohjattavalla älykameralla tuotetut videot (4 videoa) olivat kestoiltaan 3:15 min – 6:00 min. Palaute kerättiin Bioanalytiikan ja Työikäisen terveydenhoitotyön opetusten yhteydessä. Kyselylomakkeet olivat strukturoituja lomakkeita, jotka sisälsivät yhdeksän 4-portaista Likert-asteikollista väittämää. Lisäksi oli mahdollista antaa avointa palautetta.

VR-lasien käyttökokeuskyselyyn vastasi 21 toisen lukukauden sairaanhoitajaopiskelijaa. Kyselyn vastaamisprosentti oli 100. Vastaajat olivat iältään 19-42-vuotiaita, keski-ikä oli 24 vuotta. Vastanneet olivat päivätoteutukseen kuuluvia opiskelijoita. Vastaajista itse VR-laseja käytti 11 opiskelijaa, yhdeksän opiskelijaa seurasi TV-ruudulta vierestä ja yksi opiskelija ei vastannut kysymykseen. Syiksi VR-lasien käyttämättömyyteen raportoitui tekniset ongelmat, aika-

taululliset haasteet tai laseja oli käytetty aiemmin ja haluttiin antaa muille mahdollisuus. Puheohjattavalla älykameralla tuotetun videomateriaalin käyttökokeusten kyselyyn vastasi 81 opiskelijaa, joista lopulliseen tutkimukseen mukaan luettiin 79 opiskelijaa. Kyselyyn vastaajat olivat iältään 19-54 vuotiaita. Kyselyyn vastanneista verkkopainotteiseen monimuotototeutukseen kuului 32 ja päivätoteutukseen 47 opiskelijaa.

Tulosten perusteella opiskelijat kokivat uuden teknologian käytön hyödylliseksi. Uudet teknologiset ratkaisut edistivät oppimista ja lisäsivät kiinnostusta opiskeltavaan aiheeseen. Vastausten mukaan uuden teknologian käyttö oli mukaansatempaavaa ja miellyttävää. Lisäksi ne havainnollistivat teoriassa opittua ja mahdollistivat todentuntuisen oppimiskokemuksen. Lähes kaikki opiskelijat halusivat tulevilla opintojaksoilla hyödyntää uusia teknologisia ratkaisuja opiskelussa. VR-lasien käyttö koettiin turvalliseksi. Opiskelijat, jotka katsoivat etukäteen puheohjattavalla älykameralla tuotetut videot, kokivat itsensä paremmin valmistautuneeksi tuleviin työpajajärjestyksiin. Taulukossa 1. on esitetty kummankin kyselyn tulokset vastausvaihtoehdoittain.



Kuva 2. Puheohjattava Android älylaite HD-kameralla kiinnitettynä suojakypärään. Kuva: Anna-Kaisa Hankaniemi. All rights reserved.

Taulukko 1. Hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia VR-lasien ja puheohjattavalla älykameralla tuotetun videomateriaalin käytöstä opetuksessa

	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ	OSITTAIN SAMAA MIELTÄ	OSITTAIN ERI MIELTÄ	TÄYSIN ERI MIELTÄ
VR-lasien käyttö edisti oppimistani	76 %	24 %		
	(n=16)	(n=5)		
Videoiden katsominen edisti oppimistani	81 %	14 %	5 %	
	(n=64)	(n=11)	(n=4)	
Koin VR-lasit hyödyllisiksi	81 %	19 %		
	(n=17)	(n=4)		
Koin videot hyödyllisiksi	84 %	11 %	5 %	
	(n=66)	(n=9)	(n=4)	
VR-lasien käyttö lisäsi kiinnostusta opiskeltavaan aiheeseen	81 %	19 %		
	(n=17)	(n=4)		
Videot lisäsivät kiinnostusta opiskeltavaan aiheeseen	75 %	19 %	6 %	
	(n=59)	(n=15)	(n=5)	
VR-lasien käyttö oli mukaansa tempaava kokemus	76 %	19 %	5 %	
	(n=16)	(n=4)	(n=1)	
Videoiden katsominen oli mukaansa tempaava kokemus	49 %	41 %	9 %	1 %
	(n=39)	(n=32)	(n=7)	(n=1)
Koin VR-lasien käytön miellyttävänä	74 %	21 %	5 %	
	(n=14)	(n=4)	(n=1)	

	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ	OSITTAIN SAMAA MIELTÄ	OSITTAIN ERI MIELTÄ	TÄYSIN ERI MIELTÄ
Koin videoiden katsomisen miellyttävänä	73 %	20 %	6 %	
	(n=58)	(n=16)	(n=5)	
VR-lasit havainnollistaa teoriassa opittua	86 %	14 %		
	(n=18)	(n=3)		
Videot havainnollistavat teoriassa opittua	89 %	11 %	8 %	
	(n=70)	(n=9)	(n=6)	
VR-lasien käyttö mahdollisti minulle todentuntuisen oppimiskokemuksen	86 %	10 %	5 %	
	(n=18)	(n=2)	(n=1)	
Videoiden katsominen mahdollisti minulle todentuntuisen oppimiskokemuksen	72 %	20 %	8 %	1 %
	(n=57)	(n=16)	(n=6)	(n=1)
Haluan tulevilla opintojaksoilla hyödyntää VR-laseja opiskelussa	95 %	5 %		
	(n=20)	(n=1)		
Haluan opiskeltavaan aihealueeseen liittyvää videomateriaalia hyödynnettävän tulevilla opintojaksoilla	87 %	11 %	1 %	
	(n=69)	(n=9)	(n=1)	
Koin VR-lasien käytön turvalliseksi	95 %	5 %		
	(N=20)	(N=1)		
Koen itseni paremmin valmistautuneeksi tuleviin työpajajärjestyksiin (videoiden katsomisen jälkeen)	75 %	16 %	8 %	1 %
	(N=58)	(N=12)	(n=6)	(n=1)

Avoimen palautteen perusteella uuden teknologian käytön todettiin edistävän oppimista. Esimerkiksi opiskelija, joka oli aiemmin suhtautunut VR-lasien käyttöön skeptisesti, kertoi nyt ymmärtävänsä, miten VR-laseilla pystytään edistämään oppimista. Opiskelijat arvostivat sitä, ettei kenenkään tarvinnut kokeilla VR-laseja, jos ei itse halunnut. Vastauksissa toivottiin myös enemmän VR-lasien käyttöä opetuksessa ja kehityssuuntaa pidettiin hyvänä. Opiskelijat kokivat puheohjattavalla älykameralla tuotetut videot autenttisina, ne antoivat todentuntuisen kuvan opiskeltavasta asiasta. Videoita on mahdollista katsoa uudestaan, joka toimi oppimista edistävänä. Videot helpottivat opintoihin liittyvän verkkotyökirjan täyttämistä ja työpajajärjestyksiin valmistautumista. Palautetta annettiin myös siitä, että videot toivat kivaa vaihtelua opetukseen. Videoiden katsominen koettiin miellyttäväksi.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Opiskelijoiden kokemusten perusteella voidaan todeta, että uusien teknologisten ratkaisujen käyttö edisti oppimista hoitotyön opetuksessa. Uusi teknologia tuo yhden lisämahdollisuuden opiskeluun huomioiden erilaiset oppijat. Uuden teknologian hyödyntämiseen kannattaa panostaa ja tulevaisuudessa ottaa laajemmin mukaan opetukseen. Uusi teknologia on positiiviseksi koettu lisä opetuksessa sekä opiskelijoiden että opettajien näkökulmasta. Uuden teknologian etuja oppimisen edistämisen lisäksi ovat turvallisuus, toistettavuus, autenttisuus ja kokemuksellisuus. Suomalaisiin hoitosuosituksiin perustuvia 360-videoita tulee jatkossa tuottaa osaksi hoitotyön koulutusta.

Lähteet

Aho, M. 2015. Osaaminen ja kasvu. Elinkeinoelämän keskusliitto. Luettu 2.4.2020.

<https://ek.fi/wp-content/uploads/Digitalous-ja-korkeakoulutus-yhteenveto-EK-2.pdf>

Coyne, E., Frommolt, V., Rands, H., Kain, V. & Mitchell, M. 2018. Simulation videos presented in a blended learning platform to improve Australian nursing students' knowledge of family assessment. *Nurse Education Today* 66, 96-102.

De Gagne, J.C., Oh, J., Kang, J., Vorderstrasse, A.A. & Johnson, C.M. 2013. Virtual worlds in nursing education: A synthesis of the literature. *Journal of Nursing Education* 52 (7), 391-396.

Duff, E., Miller, L. & Bruce, J. 2016. Online virtual simulation and diagnostic reasoning: A scoping review. *Clinical Simulation in Nursing* 12 (9), 377-384.

Dufva, M. 2020. Megatrendit 2020. Sitran selvityksiä, 162. Sitra, Helsinki. Luettu 2.4.2020.

<https://www.sitra.fi/julkaisut/megatrendit-2020/>

Forbes, H, Oprescu, F.I., Downer, T., Phillips, N. M., McTier, L., Lord, B., Barrb, N., Alla, K., Bright, P., Dayton, J., Simbag, V. & Visser, I. 2016. Use of videos to support teaching and learning of clinical skills in nursing education: A review. *Nurse Education Today*, 53-56.

Freeman, S., Eddy, S.L., McDonough, M., Smith, M.K., Okoroafor, N., Jordt, H. & Wenderoth, M.P. 2014. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 111 (23), 8410-8415.

Hansen, M. M. 2011. Are nursing students' clinical skills competency and self-confidence levels improved via video iPods? A randomized controlled pilot study. *Journal of Nursing Education and Practice* 1 (1), 32-41.

Hayden, J.K., Smiley, R.A., Alexander, M., Kardong-Edgren, S. & Jeffries, P.R. 2014. The NCSBN national simulation study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. *Journal of Nursing Regulation* 5 (2), 3-40.

Herault, R.C., Lincke, A., Milrad, M., Forsgårde, E-S. & Elmqvist, C. 2018. Using 360-degrees interactive videos in patient trauma treatment education: design, development and evaluation aspects. *Smart Learning Environments*.

Holland, A., Smith, H., McCrossan, G., Adamson, E., Watt, S. & Penny, K. 2013. Online video in clinical skills education of oral medication administration for undergraduate student nurses: A mixed methods, prospective cohort study. *Nurse Education Today* 33 (6), 663-670.

Irwin, P. & Coutts, R. 2015. A systematic review of the experience of using Second Life in the education of undergraduate nurses. *Journal of Nursing Education* 54 (10), 572-577.

Kampylis, P. Punie, Y. & Devine, J. 2015. Promoting Effective Digital-Age Learning. A European Framework for Digitally-Competent Educational Organisations. European Union, 2015. Luettu 12.2.2020.
https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC98209/jrc98209_r_digcomporg_final.pdf

Koramo, M., Brauer, S. & Jauhola, L. 2018. Digitalisaatio ammatillisessa koulutuksessa. Raportit ja selvitykset 2018:9. Opetushallitus. Luettu 12.2.2020. https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/191033_digitalisaatio_ammattillisessa_koulutuksessa.pdf

Nelson, R. 2016. Replicating real life: Simulation in nursing education and practice. *American Journal of Nursing* 116 (5), 20-21.

Pieterse, A., Huurman, V., Hierck, B. & Reinders, M. 2018. Introducing the innovative technique of 360° virtual reality in kidney transplant education. *Transplant Immunology* 49, 5-6.

Schaffer, M., Tiffany, J., Kantack, K. & Anderson, L. 2016. Second Life virtual learning in public health nursing. *Journal of Nursing Education* 55 (9), 536-540.

STM 2016. Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016:5, Helsinki.

Takala, T. 2017. Virtuaalitodellisuus tuo uusia työvälineitä terveydenhoitoon. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 133 (11), 1031-1032.

Ulrich, D., Farra, S., Smith, S. & Hodgson, E. 2014. The student experience using virtual reality simulation to teach decontamination. *Clinical Simulation in Nursing* 10 (11), 546-553.

Verkuyl, M., Hughes, M., Tsui, J., Betts, L., St-Amant, O. & Lapum, J.L. 2017. Virtual Gaming Simulation in Nursing Education: A Focus Group Study. *Journal of Nursing Education* 56 (5), 274-280.

4 Verkkopainotteisen monimuoto-opiskelun kehittäminen sairaanhoitajakoulutuksen toisella lukukaudella

Minna Nikula & Pirjo Huikko

Artikkelin tarkoituksena on kuvata verkkopainotteisen monimuotosairaanhoitajakoulutuksen toteutumista opintojen toisella lukukaudella Laurea-ammattikorkeakoulussa, Otaniemen kampuksella. Lisäksi artikkelissa verrataan verkkopainotteisten monimuotoryhmien ja päiväryhmien opiskelijoiden opintojen edistymistä ja opintomenestystä toisiinsa. Artikkelin tavoitteena on saada lisää tietoa koulutuksen kehittämiseksi.

VERKKOPAINOTTEINEN MONIMUOTO-OPISKELU

Laurea-ammattikorkeakoulu on Suomen suurin sairaanhoitajien koulutusorganisaatio. Sairaanhoitajien verkkopainotteinen monimuotokoulutus käynnistyi Laurea-ammattikorkeakoulun kahdella kampuksella syksyllä 2018 ensimmäisenä Suomessa. Kummallekin kampukselle otettiin yksi verkkopainotteisesti opiskeleva sairaanhoitajaryhmä, yhteensä 65 opiskelijaa. Keväällä 2019 verkkopainotteisia ryhmiä aloitti neljällä kampuksella yhteensä 195 opiskelijaa. Syksyllä 2019 Laureassa aloitti ensimmäinen terveydenhoitajakoulutuksen verkkopainotteinen monimuotoryhmä.

Verkkopainotteisen monimuotokoulutuksen tutkintovaatimukset ovat samat kuin muissakin tutkintoon johtavissa monimuoto- ja päiväkoulutuksissa. Toteutustapa näissä on vain erilainen. Verkkopainotteisten monimuotoryhmien opetus toteutetaan käyttämällä ns. käänteistä oppimista (flipped learning) sekä yhdistämällä verkko- ja kontaktiopetusta (blended learning). Flipped learning on oppimisen ideologia, jossa opettaja valmentaa opiskelijat omaehtoiseen ja itseohjautuvaan oppimiseen. Käänteinen oppiminen edellyttää opiskelijoiden sitoutumista, autonomiaa ja opiskelijakeskeisyyttä. (Toivola, Peura & Humaloja 2017, 21-23.) Käytännössä käänteinen oppiminen tarkoittaa sitä, että opiskelijat perehtyvät opiskeltavan asian perusteisiin itsenäisesti ennakotehtävien avulla ennen koululla tapahtuvaa opetusta (Herreid & Schiller, 2013; Toivola ym. 2017). Lähiopetuspäiviin, joita on kaksi kuukaudessa, opiskelijat tulevat valmistautuneena. Lähiopetuspäivinä on luokassa tapahtuvia käytännön harjoituksia, simulaatioita, tenttejä ja seminaareja.

Tutkimusten mukaan yhdistetyn verkko- ja lähiopetuksen on todettu olevan oppimistuloksiltaan vähintään yhtä tehokas tapa oppia kuin perinteinen opetus (Albert & Beatty 2014; Thai, De Wever & Valcke 2017). Voutilaisen, Saarasen ja Sormusen (2017) tekemän meta-analyysin mukaan verkko-oppimisen oppimistulokset ovat perinteistä luokkahuoneesta tapahtuvaa oppimista parempia. Verkko-opetuksen yhdistäminen kontaktiopetukseen on todettu olevan pelkkää verkko-opetusta tehokkaampaa ja sen on todettu myös lisäävän opiskelijoiden motivaatiota ja tyytyväisyyttä (McCutcheon, O'Halloran & Lohanin 2018).

Verkko-oppimisympäristönä käytettiin Optima-työtilaa. Optimassa oli ohjeet opintojen etenemisestä, tehtävät, nauhoitetut videoluennot, lähdeaineistot, verkkotentit ja ennen lähipäiviä tehtävät Testaa tietosi –testit sekä opintojen ohjaukseen keskustelualue. Verkkokokoustyökaluina käytettiin Microsoft Teamsia ja Zoomia. Nämä mahdollistivat monipuolisen etäosallistumisen muun muassa ryhmätyöt, keskustelut, videopuhelut ja tiedostojen jakamisen. Lisäksi verkkokokoustyökaluja hyödynnettiin opintojen ohjauksessa, luennoissa ja lääkelaskuharjoituksissa. Verkossa toteutettava opetus ja ohjaus pyrittiin nauhoittamaan opiskelijoiden ja opettajien luvalla.

Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelman mukaan (Laurea 2018) toisen lukukauden opintoja ovat Pitkäaikaissairaahan hoitotyö 10 opintopistettä (op), English for Health Care 5 op ja Ammattitaitoa edistävä harjoittelu II 15 op. Pitkäaikaissairaahan hoitotyön opintojakso koostuu Terveiden edistämisen, Rokotusosaamisen, Pitkäaikaissairaahan hoitotyön, Sisätautien ja Farmakologian opinnoista. Ammattitaitoa edistävä harjoittelu II sisältää klinisen hoitotyön harjoittelun 10 op lisäksi koululla tapahtuvia harjoituksia ja simulaatioita sekä yhteistyökumppanin kanssa toteutuvaa hanketyöskentelyä. Valtaosa opiskelijoista suorittaa harjoittelun sisätautien hoitotyön alaan liittyvissä harjoittelupaikoissa.

VERKKOPAINOTTEISTEN MONIMUOTO- JA PÄIVÄRYHMIEN OPINTOMENESTYS JA EDISTYMINEN OPINNOISSA

Opintomenestystä ja edistymistä opinnoissa selvitettiin kahdelta verkkopainotteiselta monimuotoryhmältä ja kahdelta päivätoteutusryhmältä. Yhteensä opiskelijoita ryhmissä oli 118. Avoimen ammattikorkeakoulun polkuopiskelijoita ei laskettu mukaan. Opintomenestystä selvitettiin laskemalla opintojakson Ro190 Pitkäaikaissairaahan hoitotyön arvosanojen keskiarvot. Verkkopainotteisten monimuotoryhmien opintojakson arvosanojen keskiarvo oli 3,2 (n=38) ja päiväryhmien keskiarvo oli 3,0 (n=80). Ryhmien opintojen edistymistä selvitettiin laskemalla opintojakson läpimenoprosentit. Verkkopainotteisten monimuotoryhmien läpimenoprosenttien keskiarvo oli 88 ja päiväryhmien keskiarvo oli 90. Opintomenestys ja edistyminen opinnoissa on esitetty ryhmittäin taulukossa 1.

Taulukko 1.

Opintomenestys (ka) ja edistyminen opinnoissa (läpimeno %) Pitkäaikaissairaahan hoitotyön opintojaksolla

RYHMÄ	VERKKOPAINOTTEINEN MONIMUOTO-RYHMÄ 1	VERKKOPAINOTTEINEN MONIMUOTO-RYHMÄ 2	PÄIVÄ-RYHMÄ 1	PÄIVÄ-RYHMÄ 2
Opintomenestys ka*	3,3	3,1	2,8	3,1
LÄPIMENO %*	93	83	82	97

*Opintomenestyksen keskiarvoon ja läpimenoprosenttiin on laskettu mukaan kaikki ne opiskelijat, jotka ovat osallistuneet kaikkiin opintojakson osiin kyseisellä toteutuksella.



Kuva 1. Työpajajarjoituksissa. Kuva: Henry Söderlund, Laurea ammattikorkeakoulu 2017. All rights reserved.

OPISKELIJOIDEN KOKEMUKSIA VERKKOPAINOTTEISESTA MONIMUOTO-OPISKELUSTA

Opiskelijoiden näkemyksiä koulutuksen kehittämiseksi saatiin toiselta verkkopainotteiselta ryhmältä moduulipalautteen (Laurea-ammattikorkeakoulu 2019) ja toiselta opintojakson reflektiotehtävän vastausten perusteella. Kokemusten mukaan toisen lukukauden opinnot oli rakennettu selkeäksi ja miellyttäväksi kokonaisuudeksi.

”Kyse ei ollut vain pienistä yksityiskohdista, vaan asiassa käytiin nimenomaan kokonaisvaltaista prosessia.”

”Oppimista edisti myös se, että ennen koulun tunteja oltiin jo itse valmistauduttu aiheeseen lukemalla materiaaleja sekä tekemällä testejä.”

”Terveystieteiden edistämisen kurssi on syventänyt ja laajentanut ajattelua terveyteen ja sen edistämiseen liittyvissä kysymyksissä. Kurssi nivoutuu hyvin yhteen pitkäaikaissairaanhoidon kurssin kanssa, jossa käsitellään useita kansantauteja. Sisätautiin työharjoittelun kautta nämä kaksi kokonaisuutta ovat nivoutuneet hyvin yhteen.”

Palautteen mukaan ohjauksen määrään ja sisältöön oltiin tyytyväisiä. Kokemusten mukaan opiskelijoiden tietoperusta vahvistui toteutuksella ja toi varmuutta tulevaan työhön. Oppimista edisti huolellinen valmistautuminen lähipäiviin, kuten itsenäinen teorian opiskelu, työkirjan ja testien tekeminen.

“Ohjaus on ollut riittävää ja on ollut tunne että aina voi kysyä.”

“Moni asia käsiteltiin laajemmin ja syvemmin kuin mitä etukäteen olisin edes osannut ajatella. Opin paljon uusia asioita, joista en ennen tiennyt yhtään mitään.”

Toisen lukukauden opintojen koettiin lähteneen hyvin käyntiin. Vastanneista opiskelijoista kaikki ilmoittivat palauttaneensa vähintään suurimman osan tehtävistä määräaikaan mennessä. Opiskelijat pitivät siitä, että lukukauden alussa ensimmäisen lähiopetuspäivän orientaatiossa ohjeistettiin kaikkiin tehtäväkonaisuuksiin ja annettiin koko lukukauden kattavat aikatauluraamit, jotka helpottivat oman työskentelyn aikatauluttamista.

“Orientaatiovideot sekä selkeä yhtenäinen aikataulu olivat iso plussa!”

Opintojaksolla tehtiin yksilötehtävien lisäksi myös ryhmätöitä pienryhmissä. Ryhmätöiden koettiin edistävän oppimista.

“Ryhmätöiden teko ja myös muiden ryhmien työt olivat mielestäni opettavaisia sekä erityisesti tykkäsin Learning cafe tyylistä, jolla yhdellä tunnilla ideoitiin ohjausta erilaisten käsitteiden kautta, mikä oli yllättävän haastavaa. Näissä oppi tosi paljon erilaisista sairauksien ohjausmenetelmistä.”

Palautteessa tuotiin esille myös kehittämisehdotuksia. Tehtävänannot toivottiin olevan yksiselitteisiä ja selkeitä. Tehtävien lähdemateriaaleihin kaivattiin vähemmän sivustoja ja linkkejä. Opetusta, harjoituksia ja

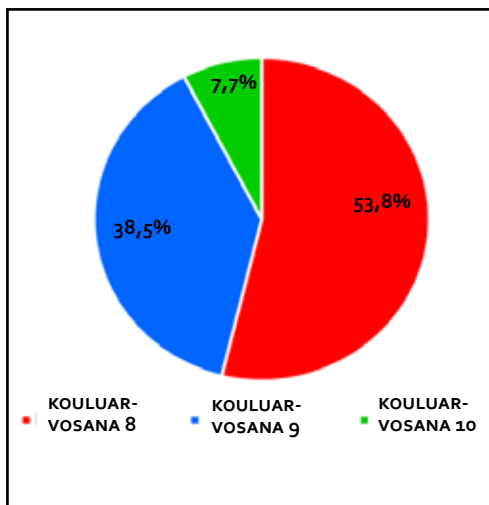
Kuva 2. Pienryhmätyöskentelyä. Kuva: Henry Söderlund, Laurea ammattikorkeakoulu 2017. All rights reserved.



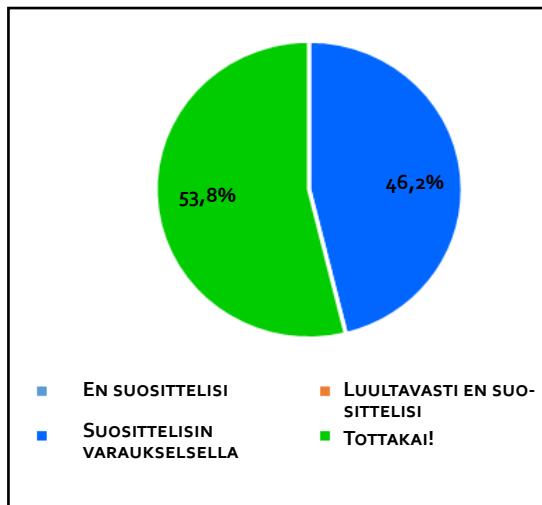
testejä kaivattiin enemmän. Työpaja- ja simulaatiopäiviin toivottiin vähemmän harjoituspisteitä. Pääsääntöiseksi työpaja- ja simulaatiopäivät koettiin tarpeellisina.

”Kurssialue oli erittäin kattava ja vaati paljon omatoimista opiskelua, käytännön harjoitteet lähipäiville lisäsivät motivaatiota ja jaksamista”.

Palautteen perusteella moduuli 2 kokonaisuus sai opiskelijoilta kouluarvosanaksi keskiarvon 8,5 (kuva 3). Kaikki opiskelijat suosittelisivat monimuoto-verkkopainotteista koulutusta kavereilleen (kuva 3).



Kuva 3. Verkkopainotteisen monimuotokoulutuksen kouluarvosana asteikolla 4-10 (Laurea-ammattikorkeakoulu 2019).



Kuva 4. Verkkopainotteisen monimuotokoulutuksen suosittelu kaverille (Laurea-ammattikorkeakoulu 2019.)

JOHTOPÄÄTÖKSET

Verkkopainotteinen monimuoto-opiskelu tuottaa vähintään yhtä hyviä oppimistuloksia verrattaessa päiväryhmiin. Opiskelijoiden opintomenetyksessä ja läpimenossa ei ollut merkittäviä eroja ryhmien välillä. Aikaisemmissa tutkimuksissa tulokset ovat olleet samansuuntaisia. Verkko-oppiminen tuottaa jopa hieman parempia oppimistuloksia kuin perinteinen opiskelu. (Toivola 2016; Voutilainen ym. 2017.)

Läpimenoprosesseihin tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota poistamalla etenemisen esteitä. Opiskelijoilla on mahdollisuus suorittaa varsinaisen tentin lisäksi kaksi uusintakertaa. Toisella verkkopainotteisella ryhmällä oli mahdollisuus suorittaa opintojakson uusintatentit vasta seuraavalla lukukaudella tammi- ja helmikuun yleisinä tenttipäivinä. Opintojakson uusinnat menivät päällekkäin kolmannen lukukauden opintojen kanssa, jolloin opiskelijat jättivät uusintamahdollisuudet käyttämättä. Vaikka syyslukukausi on lyhyempi, tulee opintojakson uusinnosta ainakin toinen mahdollistaa saman lukukauden aikana. Tämä parantaa opiskelijoiden opintojakson läpäisyä.

Verkkopainotteisen monimuotokoulutuksen toisen lukukauden opintoihin oltiin tyytyväisiä. Koulutusta voidaan sisällöllisesti kehittää lisäämällä nauhoitettuja luentoja, osaamista mittaavia testejä ja maksimoida harjoitukseen käytettävä aika lähiopetuspäivinä.

Lähteet

Albert, M., & Beatty, B. J. 2014. Flipping the Classroom Applications to Curriculum Redesign for an Introduction to Management Course: Impact on Grades. *Journal of Education for Business*, 89(8), 419–424.

Herreid, C.F., & Schiller, N.A. 2013. Case studies and the flipped classroom. *Journal of College Science Teaching*, 42(5), 62-67.

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2018. Opetussuunnitelma. Viitattu 9.4.2020.

<https://ops.laurea.fi/index.php/fi/212701/fi/209697/SHY219KY12/year/2018>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2019. Palaute verkkopainotteisesta monimuoto-sairaanhoitajakoulutuksesta toisen lukukauden aikana. Julkaisematon.

McCutcheon, K., O'Halloran, P. & Lohanin, M. 2018. Online learning versus blended learning of clinical supervisee skills with pre-registration nursing students: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 13-39.

Thai, N. T. T., De Wever, B. & Valcke, M. 2017. The impact of a flipped classroom design on learning performance in higher education: Looking for the best “blend” of lectures and guiding questions with feedback. *Computers & Education*, 107, 113–126.

Toivola, M., Peura, P. & Humaloja, M. 2017. Flipped Learning. Käänteinen oppiminen. Edita, Helsinki.

Toivola, M. 2016. Flipped learning – Why teachers flip and what are their worries? Experiences of teaching with Mathematics, Sciences and Technology, 2(1), 237-250.

Voutilainen, A., Saaranen, T. & Sorumunen, M. 2017. Conventional vs. e-learning in nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 50, 97-103.

5 Realistisen simulaation ja verkkosimulaation yhtäläisyydet ja erot loppuvaiheen hoitotyön opetuksessa

Jorma Jokela, Anne Makkonen & Sanna Mikkola

LÄHTÖKOHDAT

Suomalaisen hoitotyön koulutuksen tavoitteet ovat sekä ammatillisesti että yhteiskunnallisesti tarkasteltuna hyvin yhteneväiset. Hoitotyön koulutusta haastavat potilaiden lisääntynyt tietoisuus sairauksista ja hoidoista, opetuksen rajalliset resurssit, kuten opettavan henkilöstön puute, rajalliset kliinisen tutkimuksen mahdollisuudet ja hoitajien muuttuva rooli. Viimeksi mainittuun muutokseen kuuluvat tehtävien siirrot lääkäreiltä hoitajille. Lisäksi työelämän odotukset koulutuksesta valmistuneiden hoitajien työelämävalmiuksista ovat lisääntyneet. (Laakkonen 2004.)

Tämän artikkelin tavoitteena on kuvata lähiopetus- ja verkkosimulaation yhtäläisyyksiä ja eroja hoitotyön opetuksessa. Keväällä 2020 maailman laajuinen pandemia pakotti muuttamaan hoitotyön koulutuksen toteutuksia niin, että sairaanhoitajaopiskelijoiden oli opinnoissaan mahdollista edetä myös poikkeusoloissa ilman lähiopetusta. Artikkelissa kuvataan ensiksi terveydenhuollon lainsäädännön asettamia vaatimuksia sekä terveydenhuoltoalan henkilöstön oikeuksia ja velvollisuuksia, seuraavaksi tarkastellaan simulaation mahdollisuuksia hoitotyön kokonaisvaltaisessa ja potilasturvallisessa. Artikkelissa perustellaan simulaatio-opetuksen hyötyjä ja esittelee kaksi erilaista tapaa toteuttaa sitä – realistisena lähiopetuksena ja virtuaalisena verkko-opetuksena. Tästä esimerkkinä on lääketieteen opetuksessa käytetty verkkosimulaatio, jonka avulla on harjoiteltu turvallista potilashoitoa pandemian aikana (Patel, Miller, Schiavi, Toy & Schwengel 2020).

TERVEYDENHUOLTOA JA TERVEYSALAN KOULUTUSTA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ

Terveydenhuollon lainsäädäntö määrittää organisaatioiden tehtävät ja säätelee terveydenhuollon ammattiryhmien toimintaa. Myös potilaan oikeuksista on säädetty laeilla ja asetuksilla. Terveydenhuoltolailla

määritellään terveydenhuollon vastualueet ja terveydenhuollon ja sairaanhoidon järjestämisvastuut sekä niiden jakautuminen. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrittelee ammatinharjoittamisoikeuden terveydenhuollossa toimiville ammattiryhmille kuten sairaanhoitajille ja kätilöille. (Lakiterveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 262/2015.)

Terveydenhuoltoa koskevien lakien ensisijaisena tavoitteena on taata palveluja tarvitseville laadukkaat, turvalliset ja tasavertaiset terveyden- ja sairaanhoidon palvelut. Terveydenhuollon koulutuksen on turvattava lakien noudattamisen ja toteuttamisen mahdollistava kompetenssi koko hoitoon osallistuvalla henkilökunnalle. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Henkilökohtaisen osaamisen tulee perustua näyttöön ja sen on oltava todistettavissa (Oikarainen, Siltanen, Korhonen & Holopainen 2018). Tämä edellyttää osaamisen arviointia, kehittämistarpeiden tunnistamista ja järjestelmällistä koulutustoimintaa (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 77–95). Näihin vaatimuksiin voidaan vastata muun muassa sairaanhoitajakoulutuksessa käytössä olevalla simulaatio-opetuksella.

SIMULAATIO-OPETUKSEN MAHDOLLISUUDET TAIPUVAT MONEKSI

Simuloitujen oppimisympäristöjen käyttö ammattikorkeakouluissa ja sairaanhoidossa on lisääntynyt 2000-luvulla (Teräs & Jokela 2015). Simulaatioista on hyötyä opetuksessa, sillä sairaanhoidon hoitotilanteet ovat muuttuneet aiempaa teknisimmiksi, nopeaa päätöksen tekoa vaativiksi, moniammatillisen yhteistyön ja vahvaa vuorovaikutusosaamisen hallintaa edellyttäväksi (Laaksonen 2012). Simulaatioon perustuva opetus on hyväksytty sairaanhoitajakoulutukseen menetelmäksi opeteltaessa sairaanhoidossa tarvittavia tietoja ja taitoja sekä asenteita. Näkökulmia on laajennettu edellisestä sairaanhoitajan vuorovaikutukseen, eettisiin kysymyksiin ja potilaan ohjaamiseen. (Salminen-Tuomaala, Rouvala, Sankelo, Juntila & Vuorenmaa 2018, 311–323.)

Simulaatio-opetuksessa osaamistavoitteet liittyvät tilannetietoisuuteen, päätöksentekoon ja tiimityöhön. Simulaatio-opetuksen tavoitteena on kokonaisvaltainen, kokemuksellinen ja toiminnallinen oppiminen sekä erilaisten pätevyysien kehittyminen. Sen on todettu lisäävän luottamusta omiin taitoihin sekä parantavan myös potilasturvallisuutta. (Salminen-Tuomaala ym. 2018.) Potilasturvallisuuden paraneminen perustuu hoidon tarpeen arvioinnin, päätöksentekotaitojen sekä tiimityön kehittymiseen.

Suurinta edistymistä on tapahtunut moniammatillisten hoitotiimien yhteisessä simulaatiokoulutuksissa, esimerkkinä traumatiimisimulaatiokoulutukset (Puotiniemi, Tinnilä & Jokela 2017). Potilaan hoitaminen on ryhmätyötä, jossa hoitoon osallistuu lääkäreitä ja hoitajia erilaisine erityisosaamisineen. Tilanteet vaihtelevat äkillisistä, henkeä uhkaavista tilanteista suunnitelmallisen sairaanhoidon toteuttamiseen erilaisissa ympäristöissä. Hoitoon osallistuvilla on omat tehtävänsä, joita he toteuttavat parhaalla ammatillisella osaamisella. Pitkään yhdessä toimineella ryhmällä on vakiintuneet toimintatavat, jotka ovat kokemuksen myötä hioutuneet sujuviksi. Ryhmän sisäinen viestintä ja kokemuksen ja koulutuksen myötä kertynyt hiljainen tieto luo perustan tilannetietoisuuden hallinnalle.

SAIRAANHOITAJIEN SIMULAATIOKOULUTUS

Campellin ja Daleyn (2013, 3) mukaan simulaatio tarjoaa monipuolisia näkökulmia sairaanhoidon opettamiseen ja oppimiseen. Simulaatio-opetus koostuu kolmesta vaiheesta; valmistautumisvaihe, simulaatioharjoite ja jälkipuinti (kuvio 1). Ensimmäisessä vaiheessa valmistaudutaan käsiteltävään aiheeseen läpikäymällä aihealuetta yhdessä läpi. Tässä vaiheessa on mahdollista käyttää erilaisia tilanteeseen sopivia menetelmiä

miniluennosta tarinan kerrontaan. Tämän jälkeen toteutetaan varsinainen tavoitteellinen simulaatioharjoite.

Simulaatioharjoitteessa harjoitellaan laajasti eri hoitamiseen liittyviä tilanteita ja kohtaamisia. Käytännössä harjoitukset sisältävät hoidon tarpeen arviointia, potilaan tilanteen lääketieteellistä ja hoitotieteellistä hoitamista, potilaan ja läheisten kohtaamista, potilaan siirtoa, raportointia toisen osaston hoitajalle sekä potilaan kotiuttamista turvallisesti. Opiskelijaryhmästä muutama, yleensä 2-3 opiskelijaa, toteuttavat suunnitellun harjoituksen muun ryhmän tarkkaillessa toimintaa saamastaan näkökulmasta.

Simulaation kolmannessa vaiheessa eli jälkipuinti-osiossa käydään läpi hoitajien toiminta harjoituksessa ja siihen vaikuttaneiden tekijöiden merkitykset. Simulaatio-opetuksessa tämä skenaarion jälkipuinti kannustaa pohtimaan näkemyksiä, toimintaa ja toiminnan tuloksia ja johtaa siten parempiin tiedollisen oppimisen ja käytännön osaamisen tuloksiin (Teräs & Jokela 2015). Tämä osio edistää osaamista eniten, koska osallistujien on mahdollista reflektoida omaa osaamistaan ja sen kehittymistä (Tervaskanto-Mäentausta & Roivainen 2013, 51; Eteläpelto, Collin & Silvennoinen 2013). Simulaatio-opetus voidaan toteuttaa erilaisissa ympäristöissä aina luokkahuoneista simuloituihin oppimisympäristöihin ja nykyään myös erilaisissa virtuaalisissa etäoppimisympäristöissä.



Kuvio 1. Simulaatio-opetuksen eteneminen (Jokela & Makkonen 2020).

ESIMERKKINÄ SIMULATED HOSPITAL

Esimerkinä lähiopetus oppimisympäristöstä on Laurea-ammattikorkeakoulun Hyvinkäällä sijaitseva Simulated Hospital-simulaatiokeskus. Se on rakennettu sairaalan opetusympäristön mukaisesti ja käsittää vastaanottoaulan lisäksi traumahuoneen, tehohoitotilan, vuodeosaston ja muutoslaboratorion sekä valvonta- ja ohjaustilan. Simulaatiokeskuksen alueet kuvaavat potilaan hoitopolkua ensitilanteesta sairaalan ja vuodeosaston kautta kotiin. Lisäksi keskuksen yhteyteen kuuluu jälkipuinti- ja varastotila. Yhteensä simulaatiokeskus on n. 300 neliometriä. Keskuksessa on kaikki potilaan hoidossa tarvittavat hoitovälineet.

Ohjaus- ja valvontahuoneesta on suora näköyhteys harjoitustilaan yksipuolisen peililasin kautta. Valvontahuoneessa on myös tekniikan hallintaan liittyvät välineet, josta ohjataan potilassimulaattorin lisäksi myös videokuvaa ja ääntä simulaatioharjoituksen aikana. Huoneesta on mahdollista keskustella harjoitukseen osallistuvien kanssa harjoituksen aikana. Simulaatioharjoitteessa mukana oleville voidaan myös antaa erillinen henkilökohtainen korvakuuloke, joka mahdollista harjoitteen aikana tapahtuvan ohjauksen.

Tehohoitotila sijaitsee simulaatiokeskuksen takaosassa. Simulaatiokeskuksen oppimisympäristöissä on yhteensä 15 kameraa. Jälkipuintihuone on simulaatiokeskuksen välittömässä yhteydessä. Huoneessa on istumapaikat järjestelty pöydän ympärille niin, että jälkipuintiin osallistuvat opiskelijat ja ohjaaja pystyvät tasapuolisesti keskustelemaan.

SIMULAATION TOTEUTTAMINEN LÄHIOPETUS OPPIMISYMPÄRISTÖSSÄ

Kuvaamme seuraavaksi sairaanhoidon simulaatioharjoituksen lähiopetuksena toteutettuna. Seuraava esimerkki simulaatio-opetuksesta on esitetty kirjoittajan artikkelissa ”Teräs ja Jokela 2015. Simulaatio-opetuksen haasteet ja mahdollisuudet ammatillisessa koulutuksessa”. Opetusmenetelmät ovat pysyneet samanlaisina, joten ajantasaistettu kuvaus on edelleen pätevä.

Jos oppitunnilla on käsitelty vaikkapa hengitysvajauspotilaiden tukemista ja hoitoa, harjoitukseksi voidaan valita esimerkiksi keuhkopöhön tunnistaminen ja siihen kuuluvat hoitolinjat. Potilaalle etsitään keuhkovuorat, EKG-nauhat ja laboratoriovastaukset. Erillisten tutkimusten tulokset voidaan antaa paperilla tai näyttää tietokoneen monitorilla. Opiskelijan voidaan olettaa myös hankkivan potilaasta taustatietoja lavastetulta omaiselta. (Teräs & Jokela 2015.)

Valmistautumisvaiheessa opiskelijoille annetaan tilannetietoa harjoituspotilaasta ja he tutustuvat simulaatiotilaan ja sen välineistöön. Vaihe käsittää päivystyspoliklinikalla toimivan sairaanhoitajan tehtävät: harjoituspotilaasta tehdään tilannearvio, jonka perusteella hänet joko lähetetään suoraan lääkärin tutkittavaksi tai häntä pyydetään odottamaan vuoroaan. Simulaatioharjoituksen opetustavoite voi olla juuri päivystykseen tulleen potilaan hoidon tarpeen ja hoidon kiireellisyyden arviointi.

Ryhmässä kolme opiskelijaa toimii yhdessä, ja jokaiselle on jaettu jokin ABC-osa-alueista (A-, B- ja C-hoitaja). Potilas tutkitaan oppitunneilla aiemmin opetetun ABCDE-protokollan mukaan. ABCDE on lyhenne sanoista Airways (hengitystiet), Breathing (hengitys), Circulation (verenkierto), Disability (tajunnan taso) ja Exposure (paljastaminen). Lisäksi kerrataan ISBAR-raportoinnin ohjeistus. ISBAR on lyhenne sanoista Identify (tunnista), Situation (tilanne), Background (tausta), Assessment (tilanteen arviointi) ja Recommendation (toimintasuositus). Tarkkailijoina oleville opiskelijoille annetaan pareittain omat tarkkailtavat aiheet: Tilannetietoisuus, toiminnan johdonmukaisuus, lääketieteellinen hoito, ABCDE, poikkeaviin arvoihin vastaaminen, hoitovasteen kontrollointi, ISBAR, ääneen ajattelu, tiimityö ja potilaan ohjaus.

SIMULAATION ETENEMINEN

Esimerkkiharjoituksessa on 69-vuotias mies, jolla on diabetes, huomattava ylipaino ja verenpainetauti. Potilaan hengitys on päivän mittaan alkanut rahista, ja ennen sairaalaan tuloa hänen on ollut vaikea hengittää. Kotilääkelista on paperilla mukana.

Omaiselta saa kysyttäessä lisätietoja: Jalat ovat olleet viikon ajan turvonneet ja hengitys on käynyt raskaammaksi kolme päivää sitten. Päivystykseen lähdön syynä oli se, että potilas ei jaksanut enää aamulla puhua kunnolla ja oli muuttunut vähän sekavaksi. (Teräs & Jokela 2015.)

Harjoituksessa opiskelijoiden tulisi tutkia ja hoitaa potilas oppitunnilla tutuksi tulleella ABCDE-järjestelmällä sekä helpottaa tämän oloa hoitotoimenpiteiden avulla. Opiskelijoiden tulisi rauhoitella potilasta, laittaa hänet puoli-istuvaan asentoon hengityksen helpottamiseksi ja antaa hänelle happea sopivalla maskilla. Hengityksen mahdolliseen vaikeutumiseen tulisi varautua voimassa olevien hoitosuosituksen mukaisesti. Opiskelijan tulisi osata määrittellä potilaan hoidon tarve kiireelliseksi ja kutsua lääkäri paikalle. Jatkotoimia tehdään sen mukaisesti, mitä kyseinen toimintaympäristö mahdollistaa. (Teräs & Jokela 2015.)


Jälkipuinnissa simulaatiotilanteen osallistujat käyvät läpi, mikä toimi hyvin ja missä olisi voitu toimia tehokkaammin tai eri tavalla. Hengitysvaikeus on laaja oppialue, joten simulaatioharjoituksen yhteyteen voidaan myös liittää lyhyitä miniluentoja hengitykseen liittyvistä normaaliarvoista, keuhkojen kuuntelulöydöksiä eri sairaustiloissa ja pikakurssi keuhkokuvan tulkitsemisesta. (Teräs & Jokela 2015.)

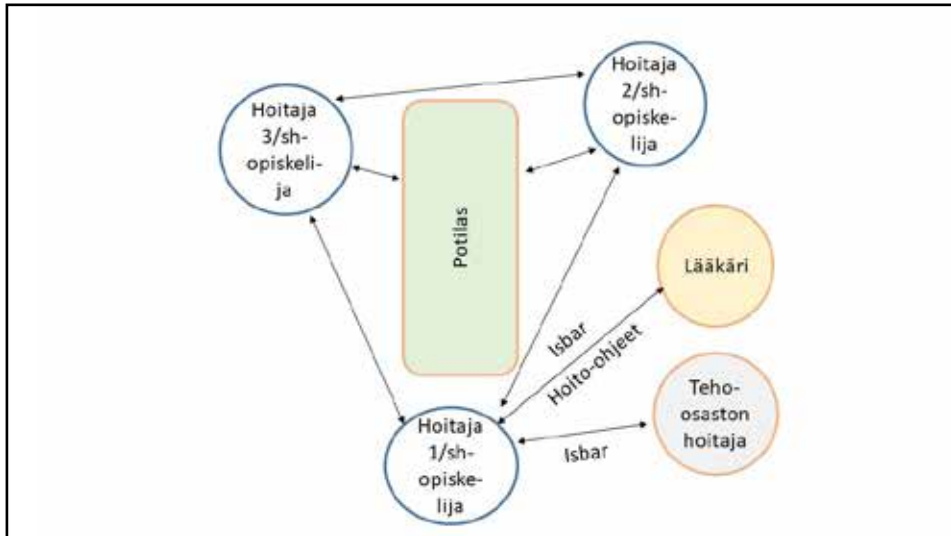
SIMULAATION TOTEUTTAMINEN VERKOSSA POIKKEUSAIKANA

Koronakriisi on synnyttänyt äärimmäisen lyhyellä varoitusajalla kokonaan uuden tarpeen pystyä ketterästi oppimaan ja opettamaan taitoja verkossa ja pitkäkestoisesti opintojen etenemisen, sairaanhoitajaopiskelijoiden opetuksen laatua vaarantumatta. Tähän ei ole olemassa hyviä, kokonaisvaltaisia ratkaisuja. Etäopetuksen tai ainakin hybridiopetuksen eli yhdistetyn etä- ja lähiopetuksen oletetaan jatkuvan korkeakouluissa pitkään.

Laurea-ammattikorkeakoulussa alkoi loppukeväällä 2020 sairaanhoitajakoulutuksen täydentävissä opinnoissa opintojakso, jonka loppuvaiheessa toteutettiin opintojaksolla opetetut asiat yhdistävä simulaatioharjoitus. Opintojaksolla mukana olleet opettajat päättivät toteuttaa simulaatioharjoituksen virtuaalisesti. Virtuaalisimulaatio toteutettiin Zoom-verkkotyökalulla. Simulaatioharjoituksen siirtäminen Zoomiin vaati opettajilta tarkkaa ja kattavaa käsikirjoitusta koko simulaatioprosessin kulusta, vaiheista ja rooleista. Seuraavaksi kuvaamme tämän virtuaalisen simulaatioharjoituksen (taulukko 1; kuvio 2).

Taulukko 1. Virtuaalisen simulaatioharjoituksen rakenne (Jokela, Makkonen & Mikkola 2020).

VALMISTAUTUMIS- VAIHE		SIMULAATIOHARJOITE			JÄLKIPUUNTI	LESSON LEARNED
		Valmistautuminen	Toteutus			
Simulaatioharjoitukseen liittyvän teorian (Sepsis/ spetinen sokki/ISBAR) kertaaminen	Case	Opiskelijoiden valinta	Tarkkailijat	Ohjeistus toimintaan verkossa (ks teksti)	Hoitajana olleet	
	Simulaatioharjoituksen kuvaus	Lisämateriaali: hoitotyön kirjaukset yöltä ja aamulta	Ohjeistus tarkkailijoille		Tarkkailijat antavat rakentavaa palautetta	"Mitä viet mukanas tästä harjoituksesta tulevaan sairaanhoitajuuteesi?" loppupalautte
	Simulaatioharjoituksen tavoitteet	Siirto omaan breakout-roomiin suunnittelemaan toteutusta	Tilannetietoisuus johdonmukaisuus Lääketieteellinen hoito ABCDE Miten vastataan poikkeaviin arvoihin & kontrolloidaanko vaikuttavuus ISBAR Ääneen ajattelu Tiimityö Potilaan ohjaus	Opettaja 1. lukee käsikirjoitetun kertomuksen Opettaja 2: potilaan ääni Opettaja 3: lääkäri Arvot monitorille tai kerrotaan mittauksen jälkeen	Keskustelu esiinnoukseista aiheista	



Kuvio 2. Roolit, roolien välinen vuorovaikutus ja niihin liittyviä harjoiteltavia asioita esitellyssä simulaatioharjoituksessa. Kuvio Jokela, Makkonen & Mikkola.

Simulaation eteneminen

Simulaatioharjoituksen aiheena oli potilaalle kehittyvän sepsiksen ja/tai septisen sokin tunnistaminen. Harjoituksen alussa käytiin yhdessä läpi keskeiset asiat sepsiksestä ja septisestä sokista: sepsiksen ja septisen sokin kehittyminen ja elimistössä tapahtuvat reaktiot, muutokset potilaan voinnissa ja potilaan tilan arviointi ABCDE-menetelmällä, hoidon tarpeen arviointi ja hoidon aloittaminen. Lisäksi kerrattiin ISBAR-raportoinnin ohjeistus. Tämä harjoitukseen valmistautumisen osio toteutettiin PowerPoint-esityksenä ja keskusteluna.

Simulaatioharjoitukseen pyydettiin kolmea vapaaehtoista opiskelijaa, kahta sairaanhoitajan rooliin ja yksi sairaanhoitajaopiskelijan rooliin. Näin opiskelijat joutuivat harjoituksen aikana miettimään tilannejohtamista ja tehtävien jakautumista. Harjoituksen tavoitteiksi asetettiin septisen sokin oireiden tunnistaminen, keskeisen alkuhoidon tietäminen, soittaminen lääkärille ISBAR:n mukaisesti potilaan muuttuneesta tilanteesta, tilannetietoisuus, tiimityö ja ääneen ajattelu. Tarkkailijoina oleville opiskelijoille annettiin pareittain omat tarkkailtavat aiheet: Tilannetietoisuus, toiminnan johdonmukaisuus, lääketieteellinen hoito, ABCDE, ISBAR, ääneen ajattelu, tiimityö ja potilaan ohjaus. Tarkkailijoiden roolien jakamisen ajaksi simulaatioharjoituksessa toimijoina olevat kolme opiskelijaa siirrettiin hetkeksi erilliseen virtuaalihuoneeseen Zoomin Breakout Room-toiminnolla suunnittelemaan toimintaansa ryhmänä.

SIMULAATIOHARJOITUKSEN POTILASTAPAU

Taru Lehtinen saapui eilen päivitöspoliklinikalle (PPKL) kuumeen ja hengenahdistuksen vuoksi. Hän sairastui kuumeeseen flunssaan noin viikko sitten. Lääkärin vastaanotolla viisi päivää sitten, hänen kehoitettiin lepäämään ja ottamaan kuumelääkettä, koska kyseessä virus-infektio. Nyt vointi huonontunut. PPKL:lla CRP 360 ja THX:ssa selkeät pneumoniaan viittaavat löydökset. Veriviljelyt otettu x2. Aloitettiin Kefuroksiimi 500mg iv x3. Sai ensimmäisen annoksen klo 00.30 ja toisen klo 8.00. Klo 8.00 OsSa 95%, Kuume 38,6, RR 130/76, p 90 säännöllinen. Hfr ei mitattu. Huonetoveri soittaa kelloa, koska huomannut potilaan olevan sekava.

Opiskelijoita ohjeistettiin käyttämään kohdennettua kommunikaatiota, sanoittamaan toimintaansa, ajattelemaan ääneen ja keskustelemaan, kuin olisivat keskenään potilaan hoitotilanteessa.

Tämän jälkeen yksi opettajista luki käsikirjoitetun, tilannetta kuvaavan kertomuksen aiheeseen viritäytymiseksi: *”Laurean sairaalassa sisätautien vuodeosastolla 5 on huoneessa 3 ensimmäisellä paikalla Taru Lehtinen. Hän makoilee vuoteessa sairaalapyjamassa, siistit hiukset läitistyneenä hikoilun vuoksi...”* (taulukko 1). Käsikirjoituksen ja tilanteen edetessä toinen opettaja toimi potilaan äänenä ja kolmas opettaja lääkärinä. Jokaiselle oli kirjoitettu valmiit vuorosanat, joita pystyi soveltamaan muuttuviin tilanteisiin. Harjoituksen aluksi suorittaville opiskelijoille lähetettiin Zoomin chat-toiminnon kautta sairaanhoidon kirjaukset kyseiseltä aamulta kyseisestä potilaasta. Zoomin näytön jakamistoiminnolla esitettiin Pixapayn kuva vuodepotilaasta herätteeksi (Kuva 1).

Harjoituksen edetessä opettaja esitti mobiililaitteelle ladatun monitorinäyttösovelluksen Simpl (Simulated Patient Monitor) ja Zoomin kameratoiminnon avulla opiskelijoiden potilaasta kuvitteellisesti mitattavia vitaaliarvoja (Kuva 2.)



Kuva 1. Potilas sairaalasängyssä. Kuva: Sharon McCutcheon on Unsplash.



Kuva 2. Monitori. Kuva: Jair Lazaro on Unsplash.

Mikäli jokin asia oli jäämässä huomiotta, potilaan äänenä oleva opettaja valitti tiettyä oiretta. Esimerkiksi, jos hänen jalkojaan ei oltu tarkastettu, hän valitti, miksi hänen jalkansa tuntuvat niin kiristäviltä. Ryhmän jäsen soitti lääkärille ja kertoi tilanteen, jonka he olivat ehtineet selvittämään alkuarvoista. Lääkäri meni käsikirjoituksen mukaisesti puhelun jälkeen katsomaan potilasta ja otti hänestä myös verikaasuanalyysi näytteen.

Lääkäri antoi tarkat ohjeistukset lääkityksestä ja hoitolinjoista ja pyysi ilmoittamaan edellisen näytteen arvot niiden valmistuttua. Haptoemästasapainon arvot liitettiin chatiin, josta hoitajina toimivat ne näkivät. Tilanne eteni niin, että potilas siirrettiin raportin kera teho-osastolle. Kun kaikki kriteerit harjoituksen päättymiselle oli saavutettu, simulaatioharjoitus päätettiin. Jälkipuinnin osiossa noudatettiin samaa toimintatapaa kuin lähiopetussimulaatioissa. Ensin sairaanhoitajina toimineet opiskelijat kertoivat, mitkä asiat oli menneet heidän toiminnassaan hyvin, ja sen jälkeen tarkkailijat kertoivat rakentavasti omat havaintonsa hoitotilanteesta tarkkailtavan aiheensa näkökulmasta. Keskustelua jatkettiin esiin tulleiden huomioiden reflektoinnilla.

TULOKSET

Lähiopetus- ja verkkosimulaatio eroavat toisistaan simulaatioon valmistautumisessa ja simulaatioharjoitteessa. Erot ja yhtäläisyydet ovat eritelty seuraavassa taulukossa (Taulukko 2). Taulukossa esitetyt huomiot on kerätty kirjoittajien omien havaintojen pohjalta.

Opiskelijoilta pyydettiin palautetta chatin kautta verkkosimulaatioharjoituksen päätyttyä. Opiskelijoiden palautteet verkkosimulaatiosta olivat pääosin myönteisiä. Heidän mukaansa simulaatio toimi hyvin etänä. Kehittämiskohteena opiskelijat mainitsivat, miten saisi potilaan monitorin ja mittauksen tulokset paremmin näkymään. Opiskelijat kokivat verkkosimulaation huomattavasti haastavampana kuin perinteisen tavan simuloida, koska konkreettista potilasta ei ole. Lisäksi he kokivat, että ei ole ryhmäpainetta simulaatioharjoitusten tekemisessä. Jälkipuinnissa otettiin kaikki kanssa olijat huomioon ja jokainen sai kertoa omia mielipiteitänsä tapahtuneesta. Lisäksi verkkosimulaation mukavana kokeneet kokivat sen vaihteluna ja heidän mielestään toteutus oli onnistunut.

Taulukko 2. Lähiopetus- ja verkkosimulaation erot ja yhtäläisyydet (Jokela & Makkonen 2020)

SIMULAATION VAIHEET	LÄHIOPETUS SIMULAATIO	VERKKOSIMULAATIO
Simulaation suunnittelu	<ul style="list-style-type: none"> • Käsikirjoitus • Toimintaympäristön valmistaminen skenaarion mukaisesti • Tarvittavat hoitovälineet ja niiden käyttäminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Yksityiskohtainen käsikirjoitus, jossa opettajien roolitus ja skenaarion eteneminen kuvattu tarkasti • Vaadittavien materiaalien valmistaminen • Toimintojen korvaukseen liittyvien sovellusten etsiminen (esim. potilasmonitori)
Valmistautumisvaihe	Miniluento/ tarinan kerronta/ keskustelu	Miniluento/ tarinan kerronta/ keskustelu
Simulaatioharjoite	<ul style="list-style-type: none"> • Opiskelijat suorittavat skenaarion roolien mukaisesti • Simulaatiotilassa toimiminen ja tiimityö • Verbaalinen ja nonverbaalinen kommunikaatio • Kohdennettu kommunikaatio • Tilannetietoisuuden kehittyminen • Hoitovälineiden varaaminen ja käyttäminen toiminnassa • Audiovisuaalisten (AV) välineiden ja peruselintoimintojen monitoroinnin käyttäminen simulaatiotilassa <p>Tarkkailijat: Etukäteen annetut tarkat tarkkailukohteet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opiskelijat suorittavat skenaarion roolien mukaisesti • Hoitajien ja potilaan toiminta sanoitetaan ainoastaan puheella • Tiimityö • Pällekkäin puhumisen välttäminen • Verbaalinen kommunikaatio • Kohdennettu kommunikaatio ainoastaan sanoitettuna • Tilannetietoisuuden kehittyminen sanoittamalla • Tarinan eri vaiheiden kuvaaminen ja elävöittäminen kertomalla; valmiiksi kirjoitettu tarina käsikirjoituksena kuvauksetloineen. • Kaikki tarvittavat materiaalit suunniteltu etukäteen tarkasti ja annetaan harjoituksissa olijolle esim. OneDrive-linkkeinä. • Päätelaitteiden sovellusten käyttäminen potilaan monitoroinnissa ja arvojen muuttaminen toiminnan ja käsikirjoituksen mukaisesti <p>Tarkkailijat: Etukäteen annetut tarkat tarkkailukohteet.</p>
Jälkipuinti	Jälkipuinti valitun mallin mukaan	<ul style="list-style-type: none"> • Jälkipuinti valitun mallin mukaan • Vaatii huolellisempaa valmistautumista, koska kuullaan vain verbaalinen kommunikaatio • vaatii päälle puhumisen välttämistä

JOHTOPÄÄTÖKSET

Simulaatioharjoituksia osataan nykyään hyödyntää monialaisesti ja moniammatillisesti. Hyvinkään Simulated Hospital- oppimisympäristöä hyödynnetään sairaanhoitajaopiskelijoiden lisäksi esimerkiksi sosiaali- ja liiketoiminta-alojen opetuksessa. Simulaatioita voidaan toteuttaa edellä mainitun siihen käyttöön suunnitellun oppimisympäristön lisäksi kuitenkin missä tahansa ympäristössä (in situ). Keskeistä on, että opettajat tuntevat simulaatio-opetuksen periaatteet.

Simulaatio tarjoaa sairaanhoitajaopiskelijoille turvallisen ympäristön harjoitella sairaanhoitoa ja oppia ammattiryhmien välistä yhteistyötä, sanallista ja sanatonta vuorovaikutusta, turvallisia toimintatapoja, tehtävien jakamista, kriittistä ajattelua ja muita sairaanhoidon keskeisiä taitoja. Opiskelijoiden perustaitojen arvioinnin lisäksi arviointiin kuuluu loppuvaiheen sairaanhoitaja--opiskelijoiden ammatillisen kasvun, kriittisen ajattelun ja ammatillisen osaamisen lisääntyminen sairaanhoidon opetuksen aikana.

Tämän raportin tulokset ovat samansuuntaisia Huczkowskiin ja Pekkalan (2020) tulosten kanssa. Lähiopetus simulaatio ja verkkosimulaatio ovat toteuttamisen idealtaan hyvin vastaavanlaisia. Näiden välillä on eroa simulaatioiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Opiskelijat kokivat verkkosimulaation haastavampana kuin lähiopetuksen tavan simuloida, kun ei ole simuloitua näkyvää potilasta. Toisaalta verkkosimulaatiossa ei ole ryhmäpainetta tehtävien tekemisessä.

Simulaatio-oppimisessa kaivataan lisää tietoa eri tavoilla toteutettujen simulaatioiden yhtäläisyyksistä ja eroista. Koulutuksen ei pitäisi kohdentua ainoastaan lähiopetus simulaatioon vaan myös verkkosimulaatio-osaamiseen. Pääsääntöisesti sairaanhoito-opiskelijat kokevat sekä lähiopetuksen että verkkosimulaation positiivisina ja mielekkäinä opetus- ja opiskelumuotoina. Ne vahvistavat heidän käytännön hoitotaitojen osaamistaan jäljittelemällä aitoja työssä kohdattuja vuorovaikutus- ja työtilanteita. Ne kuitenkin myös haastavat opiskelijaa ja opettajaa tarkastelemaan koko opetus- ja opiskelukulutturia uudella tavalla vaatimalla tilanteisiin heittäytymistä, nopeaa reagoitua ja aitojen työtilanteiden seuraamista sekä palautteen saamista ja antamista.

Lähteet

Campbell, H. S. & Karen, D. K. 2013. Simulation Scenarios for Nursing Educators, Second Edition: Making It Real. New York. Springer Publishing Company, 1- 3.

Eriksson E., Korhonen T., Merasto M. & Moiso E-L. (2015) Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Porvoo: Bookwell.

Eteläpelto A., Collin, K. & Silvennoinen, M. 2013. Simulaatiokoulutuksen pedagogiikka. Teoksessa Rosenberg, P., Silvennoinen, M., Mattila, M-M. ja Jokela, J. (toim.) Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Otavan kirjapaino.

Huczkowski, P. & Pekkala, T. 2020. Ensimmäisiä kokemuksia hoitotyön simulaatiosta verkkoympäristössä. SotePeda 24/7 – hanke. Lumen 2/2020 TEEMA-ARTIKKELI. Viitattu 23.9.20210. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/335217/Ensimm%C3%A4isi%C3%A4%20kokemuksia%20hoitoty%C3%B6n%20simulaatioista%20verkkoymp%C3%A4rist%C3%B6ss%C3%A4%20Pekkala%20ja%20Huczowsky%20Teema-artikkeli%20Lumen%202020.pdf?sequence=2>

Laakkonen A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Acta Universitatis Tampereensis, 996. Tampereen yliopisto.

Laaksonen M. 2012. Moniammatillisuus ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveys-alan opettajan silmin. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 262/2015. Viitattu 18.9.2020. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150262>

Patel, S. M. Miller, CR., Schiavi, A., Toy. & Schwengel, D.A. 2020. The sim must go on: adapting resident education to the COVID-19 pandemic using telesimulation. Advances in Simulation (2020) 5:26 <https://doi.org/10.1186/s41077-020-00146-w>

Puotiniemi, A., Tinnilä, S. & Jokela, J. 2017. Improving Multi-Professional Teamwork Through Trauma Simulation Training Feedback. HealthySimulation.com, published 27.12.2017. Viitattu 21.9.2020. <https://www.healthysimulation.com/14308/improving-multi-professional-teamwork-through-trauma-simulation-training-feedback/>

Salminen-Tuomaala, M., Rouvala, C., Sankelo, M., Junttila, T. & Vuorenmaa, K. 2018.

Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden käsityksiä moniammatillisen simulaatio-opetuksen tarpeista.

Hoitotiede 30 (4), 311–323. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/160076/Salminen-Tuomaala_Hoitohenkilokunnan.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tervaskanto-Mäentausta, T. & Roivainen, P. 2013. Simulaatio-ohjaajakoulutus. Teoksessa Rosenberg, P., Silvennoinen, M., Mattila, M. & Jokela, J. (toim.) Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Otavan kirjapaino.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 18.9.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Teräs, M. & Jokela, J. 2015. Simulaatio-opetuksen haasteet ja mahdollisuudet ammatillisessa koulutuksessa 145-146. Kirjassa Laukia, J., Isacsson, A., Mäki, K. ja Teräs, M. (toim.) Katu-uskottava ammatillinen koulutus – Uusia ratkaisuja oppimiseen. Helsinki: Haaga Helia ammattikorkeakoulu.

6 Kehittämistä ja kehittymistä – matka sairaanhoitajasta sosiaali- ja terveydenhuoltoalan konsultiksi

Susanne Rosenqvist

Tieni vuonna 1998 vastavalmistuneesta sairaanhoitajasta sosiaali- ja terveysalan konsultiksi on kestänyt noin 20 vuotta. Olen tänä aikana käynyt läpi vaiherikkaan koulutuksen ylioppilaspohjaisesta ammattiopiston sairaanhoitajasta, ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaksi ja sairaanhoitajaksi ja myöhemmin ylemmän korkeakoulun suorittaneeksi terveydenhoitajaksi. Työkokemusta minulle on kertynyt HUS:n Lastenklinikan osastoilta, kansainvälisten rokotetutkimusten tutkimushoitajana, koulu- ja opiskeluhuollon terveydenhoitajana sekä kehittäjäterveydenhoitajana opiskeluterveydenhuollon hallinnossa. Sittemmin olen toiminut sote-alan analytikkona ja konsulttina suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuoltoon keskittyneessä konsulttitalossa Nordic Healthcare Groupissa (NHG), jossa olen suuntautunut erityisesti lasten, nuorten ja perheiden palveluiden, terveydenhuoltopalveluiden sekä sosiaalihuollon palvelutehtävien eri osa-alueiden kehittämiseen. Matkallani olen osallistunut myös sekä sähköisten, että sittemmin digitaalisten ratkaisujen kehittämiseen ja ideoimiseen. Konsultintyössäni olen osallistunut lisäksi laaja-alaisesti myös erilaisiin projektikokonaisuuksien toteutuksiin kuten maakuntien strategiasuunnitteluun, vaikuttavuusperusteisen työskentelyn kehittämiseen sekä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä sosiaali- ja sivistystoimen palveluiden palvelumuotoiluprojekteihin unohtamatta suun terveydenhuollon kehittämisprosesseja.

Kuitenkin, jotta pääsemme urapolullani nykyhetkeen, meidän täytyy peruuttaa pari vuosikymmentä ajassa taaksepäin ja käydä tarkastelemassa mitä kaikkea matkan varrella on tapahtunut.

MATKA KOHTI SAIRAANHOITAJUUTTA – AMMATTIOPISTOAIKA

Kirjoitin ylioppilaaksi vuonna 1995 Helsingin kuvataidelukiosta. Lukion jälkeen en oikein tiennyt mitä halusin tehdä ja syksyn yhteishaun tulos oli pettymys. En saanut itselleni koulutuspaikkaa. Hakukohteissa oli liian paljon erilaisia hakuvaihtoehtoja, sillä kuka henkilö ei haluaisi 19-vuotiaana olla kosmetologi, matkai-

lualan ammattilainen, lasten sairaanhoitaja ja graafikko? En myöskään uskaltanut tavoitella pääsyä Taideteolliseen korkeakouluun, koska sisäänpääsy oli epätodennäköistä, enkä osannut pitää itseäni riittävän taitavana kyseiseen opinahjoon.

Seuraavan syksyn ja talven mietin mihin suuntaan halusin työurallani lähteä ja minkälaiseen työhön suuntautua. Kuvataiteet kiinnostivat ja tuntuivat luontevalta jatkolta aikaisempiin opintoihin, mutta epäilin mahdollisuutta luoda uraa kuvataiteen parissa. Toinen vaihtoehto oli lapsiin liittyvä hoitotyö. Kokemusta lastenhoitotyöstä olin jo saanut Mannerheimin lastensuojeluliiton lastenhoitajatyön kautta ja seurakunnan lastenkerhojen vetämisestä. Pian ajatus sairaanhoitajaksi kouluttautumisesta muuttui päätökseksi. Seuraavassa yhteishaussa hain vain ylioppilaspohjaisille lasten sairaanhoidon ja kättilöiden koulutuslinjoille.

Kutsu päivän mittaisiin soveltuvuuskokeisiin ja haastatteluihin saapui pian. Soveltuvuuskokeissa muistan jatkaneeni lauseita ja tehneeni musteläikkätestin. Haastatteluosioon kuului sekä ryhmä- että yksilöhaastattelut. Parin viikon jälkeen pääsykokeista posti toi kotiin ilmoituksen hyväksynnästä opiskelijaksi useampaan hoitoalan oppilaitokseen. Valitsin opiskelupaikakseni Kättilöopiston ja siellä alkavan 3,5 vuotisen ammattiopistopohjaisen lasten sairaanhoidon linjan.

Opinnot edistyivät hyvin ja käytännön harjoittelujaksoja tuli tehtyä useilla eri erityisaloilla. Me opiskelijat työskentelimme kentällä valkoisissa työmekoissamme, valkoisissa sukkahousuissamme ja valkoisissa työkenkissämme kuin todelliset ”sisar hento valkoiset”. Ajatus, joka jo silloin tuntui vanhanaikaiselta ja edelleen huvittaa minua suuresti. Viimeisimpiin harjoittelujaksoihin sentään jo uskalsimme laittaa jalkaamme värikkäitä työkenkiä. Taustalla taisi vaikuttaa halu nykyaikaistua. Niin kuin eräs opiskelutoverini osuvasti tuolloin totesi: ”ei kai sairaanhoitajien enää tarvitse olla hajuttomia, mauttomia ja värittömiä”. Kuinka oikeassa hän olikaan.

Sairaanhoitajakoulutuksen loppuvaiheella sairaanhoitajaopinnot muuntuivat ammattiopistopohjaisesta koulutuksesta ammattikorkeakoulupohjaisiksi (AMK) opinnoiksi. Ryhmämme koulutusta ei kuitenkaan enää pystytty päivittämään vastaamaan AMK-opintojen vaatimuksia, joten valmistuimme niin sanotusti viimeiseksi ”vanhan mallin sairaanhoitajiksi”. Ammatillisessa mielessä tämä ei ollut kuitenkaan huono asia, sillä saamaamme koulutusta arvostettiin siihen aikaan kentällä enemmän kuin alkanutta AMK-koulutusta. Tätä selitti koulussa kädestä pitäen oppimamme perustyöhön liittyvät käytännöntaidot ja se, että uudesta tutkimuksellisesta otteesta ja sen myötä opiskelijoiden saamasta käytännöntaitojen osaamisesta oltiin huolissaan. Uutuudenpelkona oli myös se, että uusi koulutus toisi tulevaisuudessa kentälle pelkkiä tutkijoita ja kehittäjiä tekijöiden sijaan.

Itselleni kipinä AMK-tutkinnon suorittamisesta jäi hautumaan, sillä juuri kehittäminen asiana kiinnosti minua. Tässä vaiheessa oli myös jo yleisesti tiedossa, että AMK-tutkinnon suorittaminen oli välttämättömyys, jotta voisin päästä tulevaisuudessa seuraavalle portaalle työurallani.

HUS:N LASTENKLINIKKA TUTUKSI

Jo ennen varsinaista valmistumistani sairaanhoitajaksi minua odotti työpaikka HUS:n Lastenlinikalla. Tämä oli seurausta viimeisestä hyvin menneestä käytännön harjoittelusta. Aloitin työt Pienten lasten kirurgisella osastolla (K6) olleessa erillisessä neljän lapsen tehovalvontayksikössä. Kun kyseisen yksikön toiminta loppui, siirryin Auroran sairaalasta Lastenklinikan tiloihin vähän aikaisemmin muuttaneelle päivystävälle Lasten sisätautien osastolle (K2). Sieltä urani jatkui lyhyelle jaksolle Lasten sydänosastolle (K4) ja myöhemmin pidemmälle työjaksolle Lasten syöpä- ja veritautien osastolle (K10). Lopulta palasin takaisin ”kotiin” Lasten sisätautien osastolle (K2).



Kuva 1. Lastenlinna. Kuva Sblöb 2015, CC BY-SA 4.0.

Kesäisin osastosulkujen tai potilaspaikkojen supistamisen seurauksena pääsin myös työskentelemään useana kesänä Vastasyntyneiden teho-osastolle (K7) keskosten pariin. Lisäksi autoimme tarvittaessa toisia osastoja, joten pääsin työskentelemään myös lasten Elinsiirto-osastolle (K3) ja Urologiselle osastolle (K5). Ehdinpä minä toimia joitakin kuukausia osastosihteerinkin roolissa raskaana ollessani, joten voikin sanoa, että Lastenlinna tuli minulle hyvin tutuksi kaikkiaan noin seitsemän siellä viettämäni vuoden aikana.

KIPINÄ KEHITTÄMISTÄ KOHTAAN SYNTYY

Uuden oppimisen ja kehittämisen tarve sekä haluni toimintatapojen tehostamiseen heräsi Lastenlinnan vuosien aikana. Aloittaessani sairaanhoitajan uraani 1999, potilaiden tiedot kirjattiin vielä pääosin paperisiin hoitokertomuksiin, mutta laboratoriokokeet tilattiin ja tulokset saatiin jo tietokoneilta. Lääketietojen haku tapahtui isoista Pharmacia Fennica opuksista ja muiden ohjeistusten haku pääasiassa kirjoista sekä taskuissa kulkevista muistivihkoista. Meillä ei vielä ollut hyödynnettävissä Internetin mahdollisia tietopalveluja, sillä pääsy hoitotieteellisiin julkaisuihin oli vielä rajattua. Hyviä käytäntöjä ja parhaita toimintamalleja piti kehittää itse oman työn ohella paremman tiedon puutteessa. Vielä ei AMK:n tutkimuksellisen tiedon kertyminen vaikuttanut tekemisiimme tai vaikuttanut työhömmö.

Perustyön tullessa tutuksi huomasin, että joissain toimintatavoissa ja tietyissä asiakasprosesseissa toimittiin tehottomasti ja tehtiin päällekkäistä työtä. Tämä johtui siitä yksinkertaisesta syystä, että silloiset työvälineemme eivät millään tavoin ohjanneet meitä työssämme tai auttaneet meitä esimerkiksi aikatauluttamaan toimintaamme järkevästi. Myös kaikenlaisen tiedon kirjaamiskäytännöt olivat vaihtelevia. Päätimmekin kehittää kollegoitteni kanssa työmme tueksi muun muassa paperille kopioitavia tarkastuslistoja, joista koimme

olevan hyötyä muistamista vaativien asioiden hoidossa. Teimme myös LAS-lehdelle suoraan tulostettavia tai kopioitavia hoitosuunnitelmapohjia mm. päiväkirurgisiin operaatioihin tuleville potilaille.

Hoitosuunnitelmapohjiin loimme yhteistä rakennetta otsikoilla, rästettävillä muistilistoilla ja ennen toimenpiteeseen lähtöä tehtävillä tarkastuslistoilla. Näiden hyöty tunnistettiin paitsi omalla osastolla, myös leikkausosastolla, sillä asiakkaiden pre-operatiivisten valmisteluiden laatu parani selkeästi ja inhimilliset muistin varassa olleet onohdukset saatiin poistettua. Enää leikkausosastolle ei lähtenyt lapsia, joilta puuttuivat halutut laboratorioarvot, lääkärin pre-operatiiviset konsultaatiot tai vaikkapa happipullo sängyn päädyssä. Huolessimme myös, että kotouttaminen tapahtui tasalaatuisesti operoiduilla asiakkailla.

Osoitimme kehityshalukkuuttamme myös työympäristön ja työolojen kehittämiseen. Yhdessä yövuorossa muun muassa järjestimme osaston kanslian sisustuksen ja toimistosta löytyvät työvälineet kokonaan uuteen järjestykseen. Lopputuloksena aikaansaatiin hoitajille toimivammat työpisteet. Uusista työpisteistä löytyi asiakaspapereiden hallitsemiseen liittyvät tarpeelliset lomakkeet ja ohjeet, mutta myös hiljalleen enemmän jalansijaa työssä saaneet tietokoneet. Muisto tästä muutoksesta on jäänyt hyvin mieleen, sillä tavatessani Lastenklinikan ajan kollegoitani, joku yleensä nostaa esiin muiston ”yöllisestä työleiristä”, jonka pääasiallisena toimeenpanijana sain kunnian toimia.

Kun asioita tarkastelee nyt jälkepäin ja vertaa pieniä kehitysaskeliamme Suomeen 2010-luvulla rantauneeseen Lean-malliin, voikin tyytyväisenä ajatella, että taisimme olla aikaamme edellä poistaessamme työskentelystämme hukkaa ja muokkaamalla parempia ja laadukkaampia asiakasprosesseja. Joka tapauksessa käytimme kehittämisen pohjalla työssä kertynyttä kokemusta ja kehitimme havaittuja epäkohtia parantaaksemme työolojamme ja vähentääksemme virheen mahdollisuuksia asioissa, joihin saatoimme vaikuttaa.

SÄHKÖISET POTILASTIETOJÄRJESTELMÄT SAAPUVAT ARKEEN

Aktiivisen sairaanhoitajaurani loppupuolella sähköiset potilastietojärjestelmät olivat jo arkipäivää ja asiakastiedot kirjattiin sähköisiin potilastietojärjestelmiin. Osallistuin järjestelmäkoulutuksiin etujoukoissa, koska olin innokas oppimaan mitä uudet työkalut mahdollistivat. Huomasimme pian kollegojen kanssa, että vanhaan tapaan narratiivisesti kirjatusta tekstistä oli hankalaa nopealla silmäyksellä löytää tärkeimmät potilastiedot. Halusimme yhtenäisen tekstidokumentin sijaan nähdä paremmin jäseneltyä tekstiä ja aloimme pohtia tähän ratkaisua.

Ei aikaakaan, kun loimme osastolle ohjeistuksen ja otsikkorungon sille, miten asiakassuunnitelmat ja päiväraportit tuli kirjata. Otsikkorakenne oli teipattu pöytään kiinni tietokoneiden viereen, jotta sen saattoi katsoa paperilta ja kopioida potilastietojärjestelmän lehdelle raporttia kirjoittaessaan. Uusi rakenne tietojen kirjaamisessa edesauttoi tietojen löytymistä asiakkaan teksteistä ja helpotti asiakkaan tilan kehittymisen seuranta. Jälleen kehittämisen tarve oli jälleen syntynyt siitä, että silloiset työvälineet eivät vastanneet tarpeeseen edesauttaa hoitajia työssään ja laadukkaan hoidon tarjoamisessa ja halusimme parantaa tätä. Omasta mielestäni luomamme otsikkorunko oli meidän alkeisversiomme sittemmin huomattavasti kehittyneeseen rakenteeseen kirjaamiseen.

Viimeisimpinä vuosinani Lastenlinikalla sairaanhoitotyö oli jo vahvasti sähköisten tietojärjestelmien kanssa toimimista ja paperisista asiakaskansioista oli luovuttu. Haaveemme entistä paremmista järjestelmätoiminnallisuuksista, kuten hoitolaitteiden ja näistä saatavien tietojen automaattisten tietojen siirtymisestä asiakastietoihin, olivat heränneet. Muun muassa tätä mahdollisuutta jouduttiin kuitenkin vielä jäädä odottamaan.

SAIRAAHOITAJASTA TERVEYDENHOITAJAKOULUUN JA TUTKIMUSHOITAJAKSI

Lastenlinikalla vietettyjen työskentelyvuosien ja äitiysloman jälkeen eteeni aukeni mahdollisuus päivittää aikaisempi sairaanhoitajan ammattiopistotutkinto ammattikorkeakoulututkinnoksi. Tämä tapahtui opiskelemalla jatkokoulutuksessa uusi AMK -pohjainen hoitoalan ammatti. Lähdin siis tavoittelemaan uutta ammattia terveydenhoitajana. Pääsykokeet, tällä kertaa vain kirjalliset, suoritin onnistuneesti ja pääsin opiskelemaan 1,5 vuoden pituiseen aikuiskoulutuslinjan jatkokoulutuksen. Uuden koulutuksen lopputuloksena työtodistuksessani oli nyt kaksi AMK-tutkintoa. Erilliset sekä sairaanhoidosta että terveydenhoidosta. Elettiin vuotta 2007.

Terveydenhoitajatutkinto mahdollisti päivätyöhön siirtymisen, joka pienen lapsen vanhempana ja vuorotyötä tekevän puolison yhtälössä oli helpotus. Urapolkuni ei kuitenkaan jatkanut suoraan terveydenhoitajaksi vaan tutkimushoitajaksi Tampereen yliopiston rokotetutkimuskeskukseen Espoon toimipisteeseen. Muutos sairaalassa työskentelyyn oli suuri. Kansainvälinen rokotetutkimus pyöri vahvasti erilaisten tietojärjestelmien varassa ja työ oli itsenäisempää.

Tutkimushoitajan tehtäviin kuului runsaasti raportointia, seurantaa ja tiedonsiirtoa useisiin erilaisiin tietojärjestelmiin, joista toiset olivat toimivampia kuin toiset. Asiakkaat tekivät omat seurantamerkintänsä paperisiin asiakasvihkoihin, joista me hoitajat siirsimme ne manuaalisesti järjestelmiin ja selvitimme ja korjasimme mahdollisia epäkohdoksia kirjauksissa sekä asiakkaiden, että CRO toimijoiden kanssa. Tietokoneelle siirrettyjen päiväkirjamerkintöjen tuli vastata tarkasti asiakkaiden kirjauksia, jotta tutkimuksen laadukkuudesta voitiin varmistua.

Itse työskentelytapa muuttui totutusta sairaanhoitajan työmallista terveydenhoitajavastaanoton tyyliksi. Asiakkaita tavattiin omissa vastaanottohuoneissa ja vastuu asiakkaiden tutkimusten edistämisestä



protokollien mukaisesti oli siten klinikan hoitajilla. Työkulttuuri nojasi vahvasti tutkimushoitajien osaamiseen, jota lääkärin työ tuki. Käytännössä klinikka näin ollen toimi hoitajavetoisesti asiakkaiden rekrytoimisesta ja tapaamisista aina tutkimusten loppuun asti suorittamiseen.

Asioiden paremman toimivuuden vuoksi klinikan kanslia tuli myös rokotetutkimuslinikalla järjestettyä toimivammaksi. Asiakasvastaanottojen hallitsemiseen kehitimme systeemin, jossa jokainen osasi antaa asiakasajat siten, että asiakkaiden mahdolliset odotusajat pysyivät maltillisena ja klinikka eri tutkimuslinjoiineen toimi hyvin. Asiaa hoidettiin paperisella ajanvarauskirjalla. Käytännössä tämä tarkoitti, että jokainen hoitaja tiesi omien asiakkaitensa tulot ja lääkäri sekä laboratoriohoitaja vastaanotot, joissa heitä tarvittiin. Voikin ajatella, että kehittämällä ajanvarauskäytäntöämme, saimme aikaan toimivan monihuonemallin, jossa asiakkaat saivat palvelunsa yhdestä huoneesta, kun ammattilaiset siirtyivät tarpeen mukaan asiakkaan luokse huoneesta toiseen. Mielestäni onnistuimme tiiminä hienosti toteuttamaan klinikalla tätä asiakaslähtöisempää toimintamallia.

Juuri ennen lähtöäni tutkimushoitajan työstä seuraavalle äitiyslomalle, erään rokotetutkimusta tekevän lääkeyhtiön järjestelmäkehittäjät tulivat kuulemaan tiimiltämme kehittämisehdotuksia omaan raportointijärjestelmäänsä. Koska oma mielenkiintoni toimivia järjestelmiä kohtaan oli tullut esiin, pääsin esittämään omat näkemykseni järjestelmän käytettävyydestä ja ammattilaisille näyttäytyvistä epäjohtonmukaisuuksista. Kehittämistyössä hyödynnettiin jälleen kertyneitä työntekijäkokemuksia, jonka ansiosta vieraamme saivat mukaansa ison nipun tietoa paremman järjestelmän kehittämiseksi. Vierailijat olivat tyytyväisiä tapaamiseen ja käteeni käynnistä jäi käyntikortti ja yhteydenottopyyntö järjestelmäkehittäjiin heti kun palaan takaisin äitiyslomalta. Uutta yhteydenottoa kehittäjiin ei kuitenkaan tullut, sillä äitiysloman jälkeen tieni johti jälleen uuteen suuntaan.

JOSPA KUITENKIN TERVEYDENHOITAJAKSI

Äitiysloman aikana rokoteklinikan toimistojen sijoittumisessa tapahtui muutoksia, joten kiitin tätäkin mukavaa työpaikkaa useamman vuoden työkokemuksesta ja hain ja pääsin kouluterveydenhoitajaksi Espooseen. Viihdyin työssäni ison yläkoulu-lukio -yhdistelmän terveydenhoitajana erinomaisesti. Työ nuorten kanssa oli monipuolista ja arvostin entistä enemmän sairaanhoitajana kerryttämäni kokemusta, josta oli valtava etu nuorten kanssa työskennellessä. Myöskään rokoteasioista saatu syvempi tietämys ei ollut terveydenhoitajatyössä haitaksi.

Terveydenhoitajatyön tultua tutummaksi alkoi itsensä kehittämisen kipinä jälleen kuiskutella korvaani kovaäänisemmin. Selailin aikani erilaisia työn ohessa toteutettavia YAMK-opintolinjoja. Punnitsin opiskeluun ryhtymisen etuja ja haittoja, sillä olihan minulla työni, kahden lapsen ja vuorotyötä tekevän mieheni kanssa jo melkoisesti organisoitavaa. Viimein kuitenkin eteeni ilmestyi koulutuslinja, josta en voinut kieltäytyä. Laitoin hakupaperit Lohjan Laureaan YAMK-koulutuslinjalle nimeltään Tulevaisuuden tietojohdaminen sosiaali- ja terveysalalla. Tiedon hyödyntäminen ja tiedolla johtaminen kuulosti omiin korviini täydelliseltä jatkokoulutautumislinjalta. Onnistuneen kirjallisen pääsykoesuorituksen jälkeen pääsin mukaan opiskelemaan ryhmään, joka oli ensimmäinen laatuaan Suomessa.

MITÄS TÄSSÄ OIKEIN OPISKELLAAN?

Liekö opettajat vaiko uudet opiskelijat olleet jännittyneempiä opintojen alkamispäivänä. Ryhmän koonpano oli vaikuttava. Opiskeluryhmässä oli pitkän linjan ammattilaisia sosiaali- ja terveydenhuollosta,

sairaanhoidosta sekä lääketeollisuuden parissa toimineista henkilöistä. Toisilla oli takanaan vahvaa osaamista järjestelmäpuolelta ja toisilla taas intoa kehittää tietojärjestelmien ja niihin kertyvien tietojen parempaa hyödynnettävyyttä.

Opiskellessamme tutustuimme entistä enemmän asiakaslähtöisyyteen ja asiakasymmärrykseen, tiedonhallinnan perusteisiin ja menetelmiin sekä tulevaisuuden ennakkointiin ja johtamiseen. Keskustelut aiheiden ympärillä olivat kiinnostavia ja eri ammattikuntien näkemysten käsitteleminen arvokasta. Erityisesti terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä kuuluu asiakkaisiin liittyvän yhteistyön tekemisen ja tiedolla johtamisen mahdollisuuksista tuntui vielä vaikeana ja jokseenkin ylitsepääsemättömänä rotkona, jota lait ja asetukset omilta tahoiltaan tukivat.

Sain suoritettua opiskeluni loppuun vuonna 2014 perustyöni ohessa ja muutaman kuukauden opintovapaalla tavoiteaikataulussa eli 1,5 vuodessa. Opinnäytetyöni ”Sähköisten palveluiden asiakaslähtöisten ratkaisujen kehittäminen Espoon lukiodien opiskeluterveydenhuoltoon Case SPARKEL-projekti” tein työnantajaleni Espoon kaupungille. Sain myös kunnian esitellä projektini posterina kolmannessatoista kansainvälisessä Nursing Informatics eHealth for all: Every level collaboration from project to realization -konferenssissa Genevessä. Matkani kyseiseen konferenssiin mahdollisti Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus ry:n myöntämä Tyne Luoma-stipendi, josta olen erittäin kiitollinen. Työstä myöhemmin kirjoitettu artikkeli palkittiin myös parhaan artikkelin stipendillä Finnish Journal of eHealth and eWelfare -tieteisjulkaisussa vol.8 nro 2-3 vuonna 2016. Mitään edellä mainituista ei olisi tapahtunut ilman ohjaajiamme TtT Elina Rajalahtea ja TtT Outi Ahosta, joille molemmille olen suuresti kiitollinen kaikesta kannustuksesta ja ohjaamisesta eteenpäin.

VALMISTUMISEN JÄLKEEN KEHITTÄJÄTERVEYDENHOITAJAKSI

YAMK:sta valmistumiseni jälkeen jatkoin työskentelyä kouluterveydenhoitajana, mutta piakkoin sain mahdollisuuden siirtyä osa-aikaisesti kehittäjäterveydenhoitajan rooliin koulu- ja opiskeluterveydenhuollon hallintoon. Rooli oli itselleni mieluisa, sillä olin vihdoin saavuttanut pitkäaikaisen unelmani päästä työskentelemään vahvemmin kehittämisen pariin.

Kehittäjäterveydenhoitajan roolissa, yhdessä muiden asiantuntijoiden kanssa, vahvistimme ja kuvasimme koulu- ja opiskeluhuollon toimintaprosesseja, paransimme ohjeistuksia sekä asiakkaille, että ammattilaisille sekä uudistimme internet-sivustojen sisällöt asiakaslähtöisiksi. Lisäksi kehitimme toimintatapojamme ja teimme työmme ohessa mm. asiakastietojärjestelmätestauksia. Espoo osallistui myös vahvasti kansalliseen Omat digiajan hyvinvointipalvelut eli ODA-projektiin, jonka tuotoksena syntyi koulu- ja opiskeluterveydenhuollon materiaalia nykyiseen OmaOlo-palveluun.

Kehittäjäterveydenhoitajana sain myös vastata Espoon kaupungin koululääkäreiden resurssien tasapuolisesta jaosta kaikkien alueen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toimipisteisiin (noin 100 pistettä) sekä seurata asetusten mukaisten terveyspalveluiden ajantasaista toteutumista. Työkalut myös tähän oli tehtävä itse, joten toteuttaminen tapahtui lähinnä excel-taulukoilla ja tietojen keräämisellä erilaisista tietolähteistä. Vastasin myös kyseisten tietojen raportoinnista eteenpäin esimiehelleni kouluterveydenhuoltopalveluiden toteutumisen näkökulmasta. Muihin tehtäviini kuului esimerkiksi uusien terveydenhoitajien perehdytystä, erilaisten materiaalien ja työntehtävien ohjeistusten tekoa sekä sähköisten palveluiden kehittämistä ja internet-sivujen päivittämistä.

Työnantajamme koulutti meidät myös ”Ketteriksi kehittäjiksi” ja Lean-osaajiksi. Ketterän kehittämisen kehittämisprosessista saimme Espoon sisäisessä arvioinnissa ryhmämme kanssa parhaan työn palkinnon asiakaslähtöisen vastaanottokäynnin kehittämisestä. Lean-opintojen seurauksena hallinnon käytäville alkoi

ilmestyä tietojohdantamiseen liittyviä tietotauluja kasvavalla tahdilla. Olimme kaikki koulutuksen jälkeen innostuneita asioiden näkyväksi tekemisestä. Vastuullani oli kerätä ja visualisoida osaan näistä tauluista erilaista tietoa, joilla saatoimme kuukausitasolla seurata omiin toimintoihimme liittyvää edistymistämme. Lisäksi kunnostauduimme seuraamaan kehitysprojektien edistymistä. Käyttöön otimme käytäväpalaverit, jossa kävimme säännöllisesti läpi tauluille kertynyttä tietoa. Pikkuhiljaa kertynyt tieto alkoi vaikuttamaan positiivisella tavalla toimintojen johtamiseen.

KUNNIAMAININTA INNOVAATIOKILPAILUSTA

Vuonna 2015 Espoossa julistettiin vuosittainen Espoon kaupunginjohtajan innovaatiokilpailu. Olimme aikaisemmin opiskeluaikana pohtineet YAMK-ajan opiskelukaverini Katariina Weberin ja Julia Wennosen kanssa asiakaslähtöisemmän ja leanatumman ilmaisivälinejakelun ja laboratorioden näytepakettien toimitusprosessin mallia ja tehneet tästä ryhmätyön. Koska idea sellaisenaan oli hyvä, parantelimme aikaisempaa työtämme ja päätimme laittaa ehdotuksemme mukaan kilpailuun. Iloksimme ehdotuksemme menestyä ja saimme työstämme kunniamaininnan potentiaaliset innovaatiot -sarjassa. Itse pidin suurimpana palkintona mahdollisuutta päästä kertomaan meidän ammattilaisten kehittämää ideaa eteenpäin kehittamisestä vastaaville tahoille, sekä palautetta siitä, että innovatiivinen prosessi nähtiin hyvänä. Kunniamaininnasta saatu taulu lisättiin hallinnon käytävälle muiden kunniamainintojen joukkoon ja taas minulla oli syytä olla iloinen saavutuksestamme.

SIIRTYMINEN SOTE-ALAN ANALYTIKOKSI

Noin viiden vuoden koulu- ja opiskeluterveydenhuoltouran jälkeen aloin jälleen kaivata uusia haasteita, mutta kehittämiseen liittyvää työtä oli yllättävän hankalaa löytää ilman yliopistotutkintoa. Hakemusten ja työnantajille tehtyjen puheluiden pohjalta kävi ilmi, että vielä vuonna 2017 YAMK- tutkintoa ei edelleenkään nähty yritysmailmassa tasavertaisena yliopisto-opintojen kanssa. Myös tutkinnon nimi Tulevaisuuden tietojohdantaminen sosiaali- ja terveysalalla tuntui olevan vaikeasti sisäistettävä. Moni työnantaja ajatteli tutkinnon liittyvän ainoastaan tietojärjestelmien kehittämiseen, sillä tiedolla johtaminen oli terminä ja työn johtamisen tapana vasta jäsentymässä.

Lopulta tietokoneen näytölle kuitenkin ilmestyi "se täydellinen" työnhakuilmoitus. En vielä tänäkään päivänä tiedä mistä työilmoitus löytyi tai oikeammin löysi minut. Hakemuksessa Nordic Healthcare Group haki lasten, nuorten- ja perheiden palveluiden asiantuntijaa, jolla oli työkokemusta mm. varhaiskasvatuksen ja sivistystoimen palveluista. Minulta löytyi myös vaadittu koulutustaso sekä hakemuksessa toivotut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelutuntemus. Lisänä minulla oli haluttua kehitystyöhön liittyvää projektityöskentelytaustaa sekä kiinnostusta luoda uusia innovatiivisia ratkaisuja.

Hakemuksen sain jätettyä viimeisenä hakupäivänä ja soitto haastatteluun tuli seuraavana päivänä. Useamman kuukauden ja kolmen haastattelukierroksen jälkeen ilokseni paikka oli minun. Oli aika siirtyä julkisen sektorin puolelta yksityiselle puolelle töihin.

ANALYTIKOKSTA KONSULTIKSI

Aloitin työt Nordic Healthcare Groupilla vuoden 2018 alussa analytikkona ja sittemmin olen edennyt konsultiksi. Aluksi työskentelin pääasiassa Lapsi- ja perhepalveluiden (LAPE) muutosohjelman kehittämis-

hankkeiden parissa, joissa pääsin luontevasti jatkamaan itselleni tutun toimintaympäristön parissa. Sittemmin olen ollut mukana kehittämässä ja mallintamassa muun muassa palvelupolkuja ja palveluprosesseja sivistystoimen, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon palveluissa.

Työssäni olen haastatellut satoja henkilöitä palveluita käyttävistä asiakkaista työntekijöihin ja sote-johtajiin, edesauttanut muutosprojektien läpivientejä, tehnyt erilaisia ja eri laajuisia nykytila- ja taustaselvityksiä ja osallistunut kehitysohjelmien valmisteluun ja käynnistämiseen. Lisäksi olen luonut esitteitä ja muuta käyttövalmista materiaalia ja fasilitoinut useita työpajoja mm. Leanin ja palvelumuotoilun periaattein. Konsultointityö siis on hyvin monimuotoista.

Innovointi-, suunnittelu- ja kehittämistyössä kehitetään nykyään enenevässä määrin myös palveluiden digitalisointia, joten kyseinen aihe on tullut myös minulle entistä tutummaksi asiakkaiden kanssa työskennellessä. Lisäksi kiinnostus palveluiden laadun ja vaikuttavuuden näkyväksi tekemiseen sekä tiedolla johtamiseen ovat lisääntyneet palveluidentarjoajien puolella. Kehittämistarpeet ovat ilahduttavan samansuuntaisia niin kuntien, kuntayhtymien, maakuntien, sairaanhoitopiirien, kuin yksityisten palvelutarjoajienkin tasolla. Suomi vaikuttaakin olevan valmis ottamaan käyttöön entistä edistyneempiä teknologisia ratkaisuja, jotka helpottavat tai automatisoivat nykyisiä työtehtäviä ja auttavat tiedolla johtamisen keinoin erilaisten asioiden johtamista. Näkisinkin, että olemme siirtymässä siihen tulevaisuuden vaiheeseen johon tulevaisuuden tietojohdamisen tutkimusni alkaa istua hyvin.

KATSE KOHTI TULEVAISUUTTA

Vuodesta 1998, jolloin valmistuin sairaanhoitajaksi, on kulunut jo yli kaksi vuosikymmentä. Sähköistämisen, kuten digitalisoinnista aikaisemmin puhuttiin, on kehittynyt tässä ajanjaksossa vauhdikkaasti. Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa entistä paremman tietojen keruun ja hyödyntämisen. Prosesseja ja toimintamalleja kehitetään ja tiedolla johtamista lisätään jatkuvasti. Silti edessämme on vielä ratkaistavia asioita, jotta pääsemme hyödyntämään olemassa olevaa sote-dataa laajemmin ja siten tarjoamaan asiakkaille kokonaisvaltaisempaa asiakasasioiden hallintaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä.

Kehittämisen painopiste on siirtymässä organisaatiolähtöisestä kehittämisestä kohti asiakaslähtöisempää kehittämistä. Palveluista halutaan asiakkaille vaikuttavampia ja laadukkaita. Palvelumuotoilu on saanut jalansijaa. Muutokset toimintatavoissa vaativat ammattilaisilta vanhoista työtavoista luopumista ja uusien tapojen oppimista ja asiakkaasta on tulossa entistä aktiivisempia omien asioidensa hoidossa. Digitaalisuuden lisääntyminen ja uudet etätyöskentelytavat luovat omat muutos- ja koulutustarpeet hoiva- ja hoitotyön tekoon. Toimintakulttuurin muuttuessa tarvitaan hyvää monitasoista viestintää ja osaavaa muutosjohtamista. Valmentavan esimiestyön ja verkostojohtamisen osaamisen roolit korostuvat entisestään. Uudet tuulet siis puhaltavat hoitoalalla edelleen eteenpäin.

Oma työurani on suurin piirtein puolivälissä ja mielenkiinnolla odotan mihin se johtaa. Itse olen jo kohdannut uusimman haasteeni asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönoton suunnitteluprosessissa kansainvälisessä tiimissä. Toistaiseksi siis jatkan uusien asioiden oppimista konsultin roolissa sairaanhoitajan ammattiympäristössä ja kehittämisen ilo sydämessäni sykkien. Ehkä tapaamme tulevaisuudessa – siihen asti uskaltakaa unelmoida, koulutautua ja tehdä haaveistanne totta!



II **Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työn tutkiva kehittäminen**

7 Laajavastuisten sairaanhoitajan tehtäväkuvan kehittyminen

Jaana Kotila

Laajavastuisilla tehtäväkuvilla on terveydenhuollossa selkeä tilaus. Yhdysvalloissa jo 1960-luvulla alkanut kehitystyö on jalkautunut Suomeenkin. Asiantuntijuuden laaja-alainen hyödyntäminen on nähty keskeisenä tekijänä näyttöön perustuvan hoitotyön edistämisessä.

Laajavastuinen hoitotyö –käsite (Advance Practice Nursing) on otettu käyttöön hoitotyön kansainvälisessä ja kansallisessa kirjallisuudessa 1980-luvulla (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004; Sheer & Wong 2008). Ammattihenkilöön *Advanced Practice Nurse* (APN) viitattaessa, käytetään usein suomenkielistä termiä laajavastuisten hoitotyön asiantuntija. Hän on rekisteröity sairaanhoitaja, joka pystyy vaatimaan itsenäiseen päätöksentekoon ja omaa maisteritasoiset tiedot, taidot sekä pätevyyden toimia terveydenhuollon vaativissa työtehtävissä (Sairaanhoitajaliitto 2016). Toimintaympäristö ja tehtävälle asetetut vaatimukset määrittelevät työn sisältöä. Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton (ICN, 2002) mukaan ylempi korkeakoulututkinto on suositeltava koulutuksellinen lähtötaso. Tätä määritelmää käytetään useissa maissa kliinisten asiantuntijatehtävien kehittämisessä (Taulukko 1).

Hoitotyön laajavastuisten tehtävien kehittäminen oli alkanut Yhdysvalloissa jo 1960-luvulla, josta se eteni Australiaan, Isoon-Britanniaan ja Kanadaan 1970- ja 1980-luvuilla. Vuosituhannen vaihteessa asiantuntijatehtävien kehittäminen laajentui globaalisti, myös Pohjoismaihin. (Sheer & Wong 2008; Delamair & Lafortune 2010). Työnkuvat ovat vaihtelevia, minkä vaikeuttaa näiden työnkuvien käytön arviointia eri maissa. Suomessa ensimmäiset kliinisen hoitotyön asiantuntijoiden toimet perustettiin yliopistosairaaloihin 2000-luvun alkupuolella, ensimmäinen Helsingin yliopistolliseen sairaalaan, HUSiin 2001 (Meretoja & Vuorinen 2000).

LAAJAVASTUISET TEHTÄVÄNKUVAT ORGANISAATION VOIMAVARANA

Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan alueen hoito- ja kättilötyön strategia nostaa esille laajavastuisten hoitotyön merkityksen tulevaisuuden väestökeskeisten palveluiden kehittämisessä. Suomessakin on

Taulukko 1. Edistyneen sairaanhoitajan lähikäsitteiden määrittelyt (Sairaanhoitajaliitto 2016)

EDISTYNEEN SAIRAANHOITAJAN LÄHIKÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYT

ICN uuden määritelmän mukaan **Laajavastuinen hoitotyön asiantuntija (APN)** on henkilö, joka on hankkinut lisäkoulutuksen kautta asiantuntevan tietopohjan, monimutkaiset päätöksentekovalmiudet ja kliiniset taidot laajennetulle hoitotyön osaamiselle (ICN, 2020).

Hoitotyön kliininen asiantuntija (**CNS**) ja asiantuntijasairaanhoitaja (**NP**) ovat kaksi kansainvälisesti tunnustettua erillistä toimenkuvaa.

(NP) nurse practitioner roolissa toimiva asiantuntijasairaanhoitaja voi itsenäisesti diagnosoida, tutkia ja hoitaa potilaita, joilla on akuutteja ja kroonisia tauteja ja sairauksia.

Hänellä on oma vastaanotto ja osa tehtävistä on sellaisia, joita lääkärit ovat perinteisesti tehneet.

(CNS) *clinical nurse specialist*, tehtävän ydintä on laadukkaan ja näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen ja juurruttaminen. Kliiniset asiantuntijat myös tuottavat uusia palveluita ja parantavat niiden laatua.

Eroava käsite on ”kliinisesti erikoistunut sairaanhoitaja (täydennyskoulutus 30–40 op)”, *nurse specialist*, joka käyttää yksilöityä tietoa hyväksi terveyden edistämässä ja ohjaa näin potilaita/asiakkaita käyttäytymisestä johtuvien terveysriskien minimointiin.

jo näyttöä siitä, että uudet työnkuvat helpottavat monia kriittisiä terveydenhuollon haasteita, kuten potilaan epäselviä tai katkeavia hoitopolkuja, sirpaloituneita työnkuvia, hoitoon pääsyn tai hoidon jatkuvuuden vaikeuksia ja riittämätöntä yhteistyötä eri sektorien välillä. Uusien asiantuntijatehtävien avulla tuotetaan kustannusvaikuttavia, asiakaskeskeisiä palveluita ja hyviä hoitotuloksia. (WHO 2015).

Hoidon laadussa on asiantuntijaraportin mukaan Suomessa eroja eri toimipisteiden välillä sen suhteen, kuinka hyvin niissä toteutetaan näyttöön perustuvia yhtenäisiä hoitotyön suosituksia (Karma ym. 2013). Hoitotyön tutkimussäätiön (2019) raportin mukaan johtajien ja asiantuntijasairaanhoitajien ja -kättilöiden tulisi varmistaa tiivistetyn tiedon saatavuus, jotta näyttöön perustuvaa toimintaa ylipäätään voidaan edistää. Terveydenhuollon asiantuntijoiden nimikkeet, roolit ja tehtävät, kuten asiantuntijasairaanhoitaja tai hoitotyön asiantuntija, vaihtelevat kansallisesti ja maailmanlaajuisesti. Kansallisella tasolla yhdenmukaisuuden puute vaikeuttaa osaamisen tunnistamista ja hyödyntämistä hoito- ja kättilötyössä. (HOTUS 2019).

Kuten edellä on todettu, laajavastuiset tehtäväkuvat, joilla voidaan vaikuttaa potilastyöhön sekä suoraan että välillisesti, tulevat olemaan tulevaisuudessa terveydenhuollon organisaatioiden keskeinen voimavara. Laajavastuisten hoitotyön asiantuntijat toimivat työyksikköä laajemmissa työtehtävissä ja heidän työpanoksensa lisää hoitotyön laatua koko organisaatiotasolla. Tarvitaan kansallisesti yhtenäiset ohjeistukset ja lainsäädäntö ohjaamaan laajavastuisten hoitotyön koulutusta, suunnittelua ja toteutusta organisaatioissa. Lisäksi hoitotyön asiantuntijatehtävien arvioinnin tulisi perustua niihin tavoitteisiin, joita organisaatio asettaa laajavastuisten hoitotyön asiantuntijatehtäville. (WHO 2015). Laajavastuisten hoitotyön asiantuntijatehtävillä edistetään näyttöön perustuvien toimintatapojen jalkauttamista, mitä terveydenhuoltolakikin meiltä edellyttää.

HISTORIAA -SAIRAANHOITAJAN AMMATTIURAMALLISTA KOHTI ASiantuntijuutta HUSin MALLIN MUKAAN

Sairaanhoitajien urasuunnittelua on tuettu ammattiuraohjelmalla (AURA) jo 25 vuotta (HUS 1995; 2007; 2015). AURA-mallin mukainen osaamisen varmistaminen sisältää osaamisen arvioinnin HYKSissä Riitta Meretojan kehittämän ammattipätevyysmittarin (NCS) mukaisesti. AURA-mallin taustalla oleva ammattiuramalli perustuu Bennerin (1984) määrittelemiin hoitotyön sisältöalueisiin ja niiden luokitteluun. HUSin mallissa tunnustetaan viisi ammatillisen pätevyyden tasoa Perehtyvä, Suoriutuva, Pätevä, Taitava ja Asiantuntija. Ammattiuramallin ideana on, että jokainen sairaanhoitaja saavuttaa pätevän tason noin 2–3 vuoden kuluessa ja myös säilyttää sen koko työuransa ajan, eteneminen taitava ja asiantuntijatasolle vaatii motivaation lisäksi pidempikestoiset täydennyskoulutukset. (Meretoja & Puumalainen 1999a).

AURAN lisäksi HUSissa myös muille ammattiryhmille on omat mallinsa, bionalytikoille LAURA, röntgenhoitajille RAURA, fysioterapeuteille FAURA ja toisen asteen koulutetuille perus- ja lähihoitajille TAURA. AURA-mallissa kuvattiin ensin tasot (1–3) aloittelijasta pätevälle tasolle. Urakehitysohjelmalla pidettiin tarpeellisenä, koska se tukee sairaanhoitajan ammatillista kehittymistä ja auttaa tiedostamaan omaa osaamistaan (Meretoja & Puumalainen 1999a). Sairaanhoitajien ammattiuramallin käyttäminen on eräs käytännön johtamisen väline. Osastonhoitajan on tärkeää tuntea mallin tavoitteet, edistymistä mittaava kriteeristö ja sen käyttö omassa yksikössä. Osastonhoitaja tulee tuntea oma roolinsa sairaanhoitajien tukijana, kehittymisen mahdollistajana ja palautteen antajana. Strategisen johtamisen tasolla hoitotyön johtamista koordinoivat johtavat ylihoitajat ja tulosyksiköiden ylihoitajat. (Meretoja & Puumalainen 1999a).

HOITOHENKILÖKUNNAN OSAAMISEN KEHITTYMINEN



Kuvio 1. AURA-mallil © HUS. All rights reserved.

Kliininen urapolku on osoittautunut tarpeelliseksi sairaanhoitajien, hoitotyön ja terveydenhuollon hallinnon kannalta, varsinkin kun erikoissairaanhoitajakoulutus oppilaitoksissa on loppunut. Tehtäväkuvan laajentamiseen syntynyt tarve voi olla potilas-, organisaatio- tai yhteiskuntalähtöinen. Henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako on ollut HUSin tavoitteena jo 2000-luvun alusta (Hukkanen ym 2005). Asiantuntijasairaanhoitajan toiminta 2000-luvun alussa oli vielä todella uutta ja HYKS/HUS on tehnyt tässä urauurtavaa kehittämistyötä myös valtakunnallisella tasolla.

Alkuvaiheessa mallissa kuvattujen asiantuntijatasojen (4–5 tasot, taitava ja asiantuntija) erot olivat lähinnä laadullisia (Ritmala-Castren & Meretoja 2004). Nykyisin Taitava-hoitajan työnkuva keskittyy potilashoidon kehittämiseen sairaanhoitajan omalla osastolla. Tätäkin koulutusta on kehitetty organisaation tarpeesta, kun esim. tehohoidon erikoistumiskoulutusta ei ole ollut saatavilla ammattikorkeakoulujen taholta. HUS alueella 2006 käynnistettiin myös hoitajavastaanottoa ja tehtävänsiirtoja STM (Hukkanen ym) ohjeen mukaan. Vuosina 2013–2014 uudistettiin ja selkeytettiin toimintaa, jolloin hoitajavastaanottojen kehittämien on laajentanut sairaanhoitajien työnkuvaa useilla eri sairaanhoidon alueilla. (Heino ym. 2013). Kliinisen asiantuntijan uraan ei ole ollut mallia, vaan se on pitänyt organisaatiossa luoda. Asiantuntijataso on AURA-mallin viides eli korkein taso. Vuosina 2001–2003 pilotointiin asiantuntijasairaanhoitajan toimintaa, jossa mukana oli viisi asiantuntijasairaanhoitajaa kirurgian ja sisätautien sekä neuro-, silmä- ja korvasairauksien toimialalta. Asiantuntijuuden laaja-alainen hyödyntämien nähtiin keskeisenä tekijänä näyttöön perustuvan hoitotyön edistämiseksi. (Meretoja 1999; Meretoja & Puumalainen 1999b; Meretoja ym. 2002).

Asiantuntijasairaanhoitajan työn vaatimuksia kuvattiin 2000-luvun alussa neljän työroolin avulla: kliininen hoitotyö, joko suorasti tai epäsuorasti, kouluttajan rooli, konsultti ja johtajuus toiminnassa, jolla tarkoitetaan kykyä olla visionäärinen (Meretoja ym. 2002; Kotila ym. 2018). HUS vakinaisti nimikkeen **hoitotyön kliininen asiantuntija** vuonna 2011 ja ammattijärjestöjen tuella saatiin myös palkoista sopimus, jossa asiantuntijat ovat omassa hintaluokassa. Osaamiskuvausta päivitettiin (2013–2016) vastaamaan kansallista ja kansainvälistä tutkimusta. Uusi osaamiskuvaus sisältää neljä kategoriaa: asiantuntijan kliinisen osaamisen, muutosten hallinnan, hoitohenkilökunnan osaamisen- ja tutkimuksellisen kehittämisen osa-alueet. Toiminnan vaatavuustaso edellyttää akateemista koulutusta, jotta tutkiva kehittäminen olisi mahdollista. (Kotila ym. 2018). Kliinisen asiantuntijan työkenttä koskettaa koko tulosyksikköä ja sisältää myös HUSissa organisaation tasoisia tehtäviä.

Vuodesta 2001 alkaen HUSin kliinisten asiantuntijojen määrä on noussut pilotin viidestä nykyiseen 26:ään. Kliinisiä asiantuntijoita toimii hoitotyön, fysio- ja toimintaterapian, kuvantamisen ja laboratoriotyön alueella. Kliinisten asiantuntijoiden tehtäväalue on laaja ja toiminta kattaa tulosyksikkötason lisäksi organisaatiotason erilaisia kehittämishankkeita ja koulutusinterventioita. Valtakunnallisesti kliinisten asiantuntijatehtävien käyttöönotto on seurannut HUSin mallia ja toimia on perustettu vauhdilla 2007 lähtien myös muualle. Kliinisiä asiantuntijoita toimii vuonna 2020 kyseisellä nimikkeellä Suomessa jo lähes 100, yliopistosairaaloiden lisäksi heitä on jo keskussairaaloissakin ja ensimmäiset nykyisin myös perusterveydenhuollossa. Kliinisen asiantuntijan toimeen, edellytetään ylempää korkeakoulututkintoa, ja toimiin haetaan normaalin hakumenettelyn kautta.

TULEVAISUUDEN SUUNTAVIIVAT

Sairaanhoitajien roolin muuttuminen itsenäisempään suuntaan on seurannut myös Suomessa kansainvälistä kehitystä. Uusimman ammattihenkilölain muutoksen myötä sairaanhoitajat voivat määrätä rajatusti lääkkeitä esimerkiksi kotisairaanhoidossa tai erikoissairaanhoidon poliklinikoilla (STM 2020). Tulevaisuudessa

eri organisaatioissa sairaanhoitajien kliinistä uramallia kannattaakin edelleen kehittää kaikkialla samansuuntaisesti. Suomessa asiantuntijuustyypit (STM 2009 & 2020) ovat: kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat, kliinisesti erikoistuneet hoitajat, kliinisen hoitotyön asiantuntijat (sis. asiantuntijasairaanhoitajan toimenkuvan) ja kliinisen hoitotieteen asiantuntijat.

Taulukko 2. Asiantuntijuustyypit ©STM 2009 & 2020; HOTUS 2019. All rights reserved.

ASIAANTUNTIJUUSTYYPPI	KLIINISESSÄ HOITOTYÖSSÄ TOIMIVAT	KLIINISESTI ERIKOISTUNEET HOITAJAT	KLIINISEN HOITOTYÖN ASIAANTUNTIJAT	KLIINISEN HOITOTIETEEN ASIAANTUNTIJAT
Osaamisen tavoite	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön ja tiedon soveltamisen osaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva erityisosaaminen Tiedon soveltamisen osaaminen Kehittämisosaaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Oman kliinisen alueen vahva osaaminen Vahva kehittämisosaaaminen Tutkimusosaaminen Järjestelmän tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen alueen tutkimus- ja kehittämisosaaaminen Johtamisosaaminen Järjestelmän tuntemus
Osaamisen painotus	<ul style="list-style-type: none"> Kliinisen hoitotyön osaaminen Asiakaskohtaisen tiedon käyttö ja soveltaminen 		Tutkimuksen kehittämisen osaaminen sekä näiden johtaminen Tiedon tuottaminen ja levittäminen toimintayksikössä ja alueella	
Toiminta näyttöön perustuvien (NP) Käytäntöjen käyttöönotossa	<ul style="list-style-type: none"> NP-tiedon käyttö ja soveltaminen hoitotyössä Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen 	<ul style="list-style-type: none"> NP-tiedon käyttö ja soveltaminen omalla erikoisalalla NP-käytäntöjen käyttöönoton ohjaus ja tuki työyksikössä Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen 	<ul style="list-style-type: none"> Tieteellisen tiedon soveltaminen Käytäntöjen yhtenäistämisen toimintayksikössä ja alueella NP-käytäntöjen kehittäminen ja käyttöönoton tuki Tiedon levittäminen ja käytön seuraaminen 	<ul style="list-style-type: none"> Hoitotyön suositusten laatiminen Arviointimenetelmien kehittäminen Interventio- ja vaikuttavuustutkimusten toteuttaminen NP-käytäntöjen toimeenpanon arviointi Kehittämisen ja tutkimushankkeiden johtaminen Asiantuntijuuden kehittämisen tuki
Vaikutusalue	Potilas / asiakas		Henkilökunta / organisaatio	

Asiantuntijuustyypit soveltuvat hoitotyön ohella kuntoutuksen, terapiatyön, bioanalytiikan ja kuvantamisen sekä opiskelijahoituksen tehtäviin. Vaikka asiantuntijarakennetta sovelletaan jo tällä hetkellä monissa erikoistason ja perustason terveyspalveluissa tehtävien, työnjaon ja uramallien kehittämisessä, rakenteen koordinoitu levittäminen antaisi yhtenäisen rakenteen kliinisen hoitotyön urakehitys- ja oppimispoluille. Asiantuntijarakenteen juurruttaminen auttaisi myös yhtenäistämään asiantuntijuustyypien mukaisia tehtäväkuvia eri organisaatioissa. (STM, 2020). Esiin on noussut tarvetta myös kliinisen hoitotieteen asiantuntijan toimille, koska tohtorikoulutettujen ja dosenttien tieteellinen asiantuntijuus näkyy hoitamisen teoreettisten ilmiöiden sekä kliinisen hoitotyön ja tieteenalan laaja-alaisena osaamisena ja lisäksi hoitotyössä tarvitaan vahvempaa tieteen ja käytännön välistä yhteistyötä (Sairaanhoitajaliitto 2016).

Alueellisesti yhtenäinen kliinisen hoitotyön urakehitysmalli vaatisi, että organisaatioissa toimenkuvat luodaan sosiaali- ja terveysministeriön (2009 & 2020) työryhmän laatiman kliinisen hoitotyön asiantuntijarakenteen pohjalta. Vastuutahoina tässä tulisi toimia yliopistosairaaloiden erityisvastuu (ERVA)-alueiden toimintayksiköt yhteistyössä tutkimus- ja koulutusorganisaatioiden kanssa. Tavoitteena tulevaisuudessa on määritellä kliinisen hoitotyön erikoisalat kansallisessa yhteistyössä tukemaan asiantuntijuuden kehittämistä kliinisen hoitotyön asiantuntijarakenteen mukaisesti. Erikoisalojen määrittelyssä voidaan hyödyntää STM:n ehdotusta kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämisen viitekehystä. (STM 2020)

ICN 2020 raportin mukaan laajavastuinen hoitotyö jatkaa vahvaa kehitystään ja ammattilaisilla tulisi olla muodollinen koulutus, joka vastaa laajenevia hoitotyön rooleja. Alueet ja aiheet, jotka edellyttävät vielä syvällisempää keskustelua, sisältävät johtamista, koulutusta ja meneillään olevaa tutkimusta kansainvälisesti eri maiden sisällä ja välillä. Lisäksi kliinisen asiantuntijan ja asiantuntijasairaanhoitajan työrooliin kiinnittyvän laajavastuisen hoitotyön tutkimusta on entisestään laajennettava. (ICN 2020) Hoitotyön tiedonhallinnan asiantuntijan roolin liittäminen laajavastuisten toimenkuvien kirjoon olisi suuntaus, johon myös Suomessa kannattaisi panostaa, sillä digitaalisuus valtaa alaa myös terveydenhuollossa. Hoitotyön ja ICT teknologian yhteensovittaminen tarvitsee ammattitaitoa ja tutkittua tietoa näistä molemmista näkökulmista.

Hyvää sairaanhoitajien juhluvuotta 2020 ja pidetään näyttöön perustuva toiminta keskiössä!

Lähteet

Bryant-Lukosius, D. & DiCenso, A. 2004. A framework for the introduction on evaluation of advance of practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (5), 530–540.

Delamair, M. G. & Lafortune, G. 2010. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. *OECD Health Working Papers*, No. 54, OECD Publishing, No. 54, 8.7.2010. Doi: 10.1787/18152015.

Heino, K. ym. 2013. Hoitajavastaanottoiminnan, terveydenhuoltohenkilöstön tehtäväsiirtojen ja laajennetun tehtäväkuvan järjestäminen HUS:ssa. Työryhmän loppuraportti 2013.

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako: hoitoon pääsyn turvaamisessa. *Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista*. Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.

HYKS/HUS AURA MALLI (1995; 2007 & 2015)

International Council of Nurses. 2002. Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network. Frequently Asked Questions of the ICN International NP/APN Network. <http://international.aanp.org/Home/FAQ>

International Council of Nurses. GUIDELINES ON ADVANCED PRACTICE NURSING 2020. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

Karma, P., Roine, R., Simonen, O., Himberg, J.-J., Iso-lahti, E. 2013. Näyttöön perustuvien suosituksien toteutuminen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. *Auditointiraportti* 12.9.2013. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Yhtymähallinto.

Kotila, J., Salonen, A. & Meretoja, R. 2018. Kompetenssiuitekehys selkeyttää tehtäväkuvia. *Pro Terveys* 1, 8-9.

Meretoja, R. 1999. Sairaanhoitajien urakehitysmalli. *Sairaanhoitaja* 6 (72), 6.

Meretoja, R., Kaira, A.-M., Puumalainen, A., Santala, I. & Vuorinen, R. 2002. Asiantuntijasairaanhoitaja -muutosten tekijä kliinisessä hoitotyössä. *Sairaanhoitaja* 12 (75), 8-9.

Meretoja, R., Puumalainen, A. 1999a. Sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden arviointi. *Sairaanhoitaja* 6 (72), 6-7.

Meretoja, R. & Puumalainen, A. 1999b. Sairaanhoitajien näkemyksiä ammattiuramallista. *Sairaanhoitaja* 8 (72), 9-10.

Meretoja, R. & Vuorinen, R. 2000. Asiantuntijasairaanhoitaja kliinisessä hoitotyössä. Sairaanhoitaja 7 (73), 24-27.

Jylhä, V., Oikarainen, A., Perälä, M.-L. & Holopainen, A. 2019. Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hoito- ja kättilötyössä Maailman terveysjärjestön Euroopan alueella. Raportti 2/2019 Hoitotyön tutkimussäätiö (7.10.2019, verkkojulkaisu). <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/10/nayttoon-perustuvan-toiminnan-edistaminen.pdf>

Pasternac, I., Isojärvi, J. & Mäkelä, M. 2018. Sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuden vaikutuksia teollisuusmaiden perusterveydenhuollossa. Summaryx Oy.

Ritmala-Castren, M., Meretoja, R. 2004. Nursing expertise (CNS) in critical care. Tehohoito 1 (22), 28-32.

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla, A. 2016. Sairaanhoitajan uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Sairaanhoitajaliitto, 2016. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>

Sheer B. & Wong F. 2008. The development of advanced nursing practice globally. Journal of Nursing Scholarship, 40 (3), 204–211.

STM. 2020. Uusia käytäntöjä ja rakenteita näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen kehittämiseen – ehdotukset työelämälle ja koulutukselle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:3.

World Health Organisation 2015. European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals. WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/274306/European-strategicdirections-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_en-REV1.pdf?ua=1

8 Terveystenhoitotyö ja työterveyshuolto työelämän murroksessa

Tarja Meristö

MUUTTUVA MAAILMA

Muuttuva työelämä ja työn murros vaikuttavat työn tekemisen tapoihin, mutta myös työn sisältöihin ja osaamisvaatimuksiin. Megatrendit muokkaavat yhteiskuntaa ja edellyttävät rakenteellisia ja toiminnallisia uudistuksia, jotka ottavat huomioon globalisaation, urbanisaation, digitalisaation ja ikääntymisen vaikutukset myös sosiaali- ja terveysalalla. Ennakoiva ote korostuu, samoin yhteistyö monitoimijaisessa ekosysteemissä (ks. Meristö & Laitinen 2020a ja 2020b).

Teknologia muuttaa kaikkien toimintaa ja luonnollista toimintaympäristöämme. Digitalisaatio tekee ajasta nanosekunnein mitattavaa. Kaiken pitäisi tapahtua silmänräpäyksessä ja ihmisten kohtaamiseen harvoin on oikeasti aikaa. Teknologian hyödyntäminen ja teknologisten ratkaisujen kehittäminen hoitotyötä tukemaan ei saa etäännyttää hoitohenkilöstöä potilaasta, mutta myöskään asiakkaan pääsy palveluiden ja hoidon pariin ei saa vaikeutua teknologian takia. Teknologian helppokäyttöisyys on tärkeä erityisesti teknologiaan tottumattomammille väestöryhmille esim. ikäihmisille (Meristö & Laitinen 2020c).

Teknologian käyttöönotto muuttaa toimintatapoja ja työtehtäviä (Heikkanen 2020). Kaikki mikä voidaan automatisoida, siirretään koneille, ja siinä tekoälyn tuki ja rooli ovat tärkeitä (ks. esim. Merilehto 2018). Ihmisen ei kannata pelätä teknologiaa, sillä oikein käytettynä se on ihmiselle hyvä apulainen. On muotoiltava työtä ja prosesseja tavalla, jossa teknologia ja ihminen tekevät yhteistyötä eivätkä ole kilpailijoita. Ihmisen osaaminen ja taidot ovat tarpeen yhteistyössä, vuorovaikutuksessa ja eettisissä valinnoissa. Tekoälyllä ei ole etiikkaa ja eettiset kysymykset jäävät ihmisten vastuulle ja ratkaistavaksi (Ollila 2019).

Globalisaation megatrendi on tehnyt maailmasta ihmisten kotipaikan. Liikkuminen maasta ja maanosasta toiseen on normaalia arkea, mikä on muuttanut yhteiskuntia, työyhteisöjä ja asiakaskuntia monikulttuuriseksi. Globaali liikkuvuus muuttaa väestörakennetta, se muuttaa totuttua valikoimaa kansansairauksista ja tuo

kokonaan uusia tauteja, joita ei tunneta, ei tunnisteta eikä osata välttämättä heti hoitaa. Samalla hoitotyössä kohdataan erilaisia arvoja ja kulttuureja, joilla on vaikutusta hoitomuotojen valintoihin.

Työke-hankkeessa työterveyshuollon toimijoiden keskuudessa v. 2018 toteuttamamme verkkokyselyn mukaan suurin osa yllätyksistä liittyy eläinperäisiin sairauksiin, zoonooseihin (esim. SARS, ebola ja lintuinfluenssa), jotka ovat tartuntatauteja, joiden aiheuttajat voivat siirtyä eläimistä ihmisiin tai päinvastoin (THL 2019). Kyselyn mukaan yllätykset voivat liittyä myös luonnonmullistuksiin ja sotiin. Näissä tapauksissa yllätykset muuttavat osaamisvaatimuksia ja työntekeymisen toimintaympäristöä nopeastikin ja erityisosaaminen korostuu (Meristö & Laitinen 2020a). Koronaviruksen aiheuttama pandemia on tästä juuri nyt ajankohtainen esimerkki. Tulevaisuus tuo lisää yllätyksiä, joita Taleb kutsuu mustiksi joutseniksi (Taleb 2007).

OSAAMISEN HAASTEET

Työikäisten terveyshuolto on keskeinen osa suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää. Valtakunnallisessa TYÖKE-hankkeessa (Hakulinen et al. 2020) tavoite oli saada koko työikäinen väestö yhdenvertaisten palveluiden piiriin nivoo työterveyshuoltoa ja perusterveydenhuoltoa kiinteämmäksi kokonaisuudeksi. Tämä asettaa uusia osaamisvaatimuksia kaikille sekä hoitotyössä että terveyshoitotyössä työskenteleville. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa on päivitettävä omat tiedot muuttuvan työelämän murroksesta ja työterveyshuollossa on osattava kohdata työikäinen, työelämän ulkopuolella syystä tai toisesta oleva asiakas. On osattava katsoa kokonaisuutta asiakkaan elämäntilanteen ja koko hoitopolun kannalta.

Hoitotyön osaamisen lähtökohtina ovat taitava ammatillinen osaaminen ja potilaan terveyden edistäminen. Ammatillinen osaaminen täydentyy eettisen osaamisen, terveyden edistämisen osaamisen ja sekä ohjauksellisen osaamisen kautta, ja kokonaisvaltainen osaaminen korostuu (Kassara et al. 2006). Hoitotyön osaaminen on kokonaisvaltaista osaamista, jossa hyvä perusammattitaito on ytimessä.

Olellaista osaamisen määrittelyssä ovat myös arvot ja asenteet sekä erilaiset verkostot, jotka yhdessä tietojen ja taitojen kanssa muodostavat ydinpätevyyspuun juuret (Hakulinen 2020). Ennakoiva ote sekä yksilön oma vastuu terveydestä ja hyvinvoinnista korostavat hoitotyössä motivointiosaamista ja valmentavaa työtöetta. Ymmärtäminen, tukeminen sekä rohkeus ja uskallus ovat ennakoivan ja ketterän toiminnan kulmakiviä (Meristö & Laitinen 2020a).

Teknologian ja tekoälyn avulla heikoista signaaleista muodostuu nopeammin kokonaiskuva tulossa olevista terveys- ja hyvinvointiriskeistä ja ennakoivan hoitotyön toimenpiteet voidaan aloittaa ajoissa. Nopea, proaktiivinen toiminta edellyttää työssä uusia organisoitumismalleja. Hierarkioiden tilalle tarvitaan verkostomaisia toimintatapoja ja luottamukseen perustuvaa kulttuuria, jossa uutta tietoa ja kokemuksia jaetaan monitoimijaisessa hoitotyössä eri ammattiryhmienkin kesken.

Ennakoiva ote pitää osajat työkykyisinä ja työelämässä pidempään ja varmistaa myös osajien saantia ikääntyvässä Suomessa. Tarkastelen seuraavassa neljän erilaisen skenaarion avulla tulevaisuuden työterveyshoitotyön vaatimuksia ja tehtäviä. Skenaarit on rakennettu osana valtakunnallista Työke-hanketta, jossa kohteena on tulevaisuuden työelämä ja työterveyshuollon tulevaisuus osana uudistuvaa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan sektoria (Meristö & Laitinen 2020a ja 2020b).

TULEVAISUUDEN SKENAARIOT

Skenarioita tulevaisuudesta on neljä ja ne eroavat toisistaan sen suhteen, onko painopiste ennakoivassa hoidossa vai sairauksien hoidossa ja onko työterveyshuolto terveydenhoitoon keskittyvä oma erillinen sekto-

rinsa vai integroituna muuhun sosiaali- ja terveyssektoriin. Kunkin skenaarion osalta on tarkasteltu myös, mitä osaamista kukin skenaario vaatii terveyshoito- ja hoitotyötä tekeville.

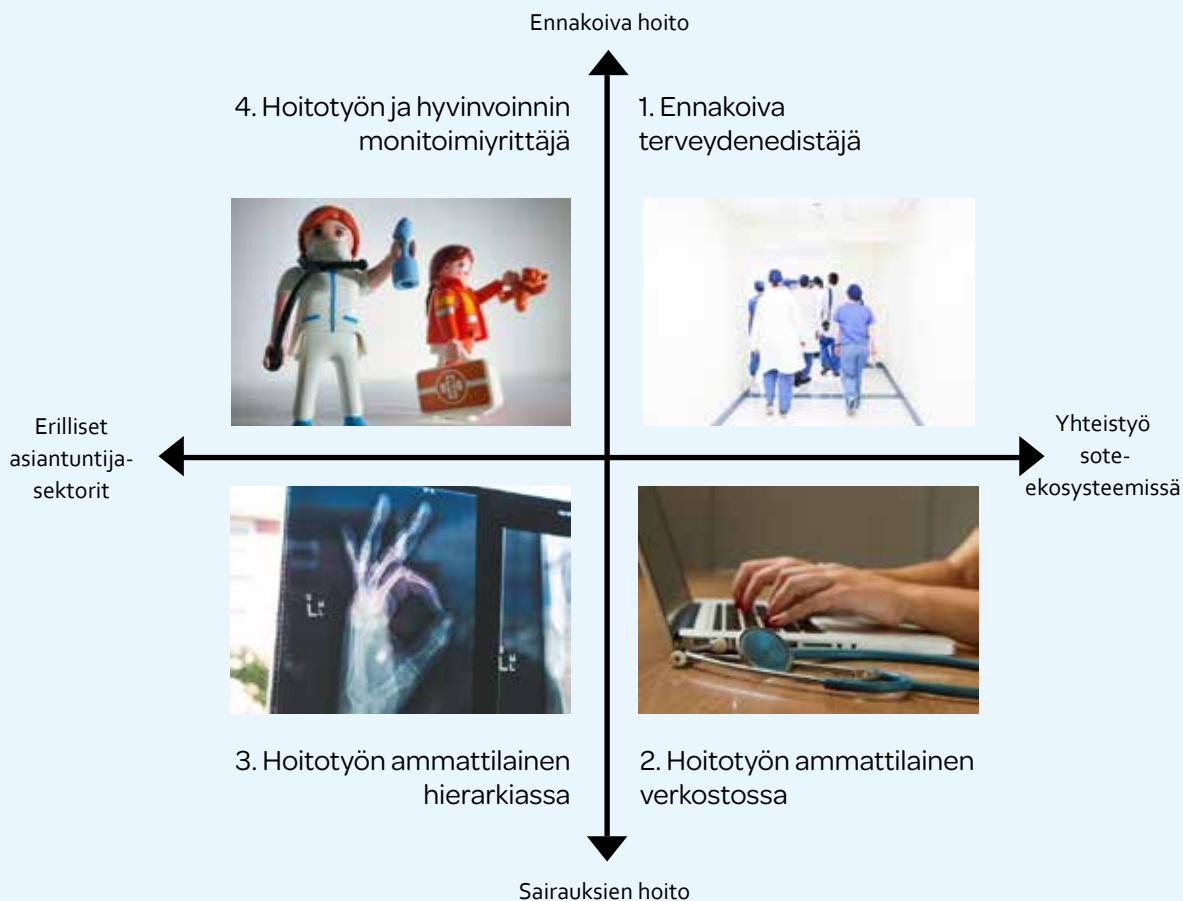
Skenaariot ovat lyhyesti kuvattu seuraavassa (perustuen Meristö & Laitinen 2020a):

1. **Terve väestö** (*työterveyshuolto työikäisten terveyden edistäjänä*) -**skenaariossa** työterveyshuolto on integroitunut muuhun sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja painopiste on ennaltaehkäisyssä ja sairauksien ennaltaehkäisyssä. Työterveyshuolto koskee koko työikäistä väestöä, ei vain työssä olevia. Työterveyshuolto on työikäisten terveydenedistäjä, jonka tehtävänä on auttaa työntekijöitä huolehtimaan terveydestään ja hyvinvoinnistaan niin, että sairastumisilta vältytään. Työelämässä työskennellään tässä skenaariossa tiimeissä, mutta nomadimaisesti muuttuvassa kontekstissa. Teknologia on työkalu, joka osittain myös korvaa ihmistä.
2. **Työelämässä yhdessä robottien kanssa** (*työikäisten sairauksien hoito*) -**skenaariossa** korostuu tehokas sairauksien lääketieteellinen hoito ja hoitotyö, jotta työikäinen saadaan mahdollisimman pian työkykyiseksi ja takaisin työelämään. Työterveyshuolto on integroitu muuhun sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja työterveyshuollon rooli on hoitaa työikäisten sairauksia. Työelämän osaajat työskentelevät pääasiassa yksin muuttuvassa kontekstissa. Teknologian rooli on olla osana koko ekosysteemiä läpileikkaavana, osin myös ihmistyötä korvaten (tekoäly).
3. **Hoidettu terve yksilö** (*työterveyshuollon ammattilaisten turvin*) -**skenaariossa** työterveyshuolto on integroitu työnantajan tietojärjestelmien kanssa ja toiminnan kohteena ovat työikäisen terveys ja hyvinvointi. Työterveyshuollon rooli on työssäkäyvien sairauksien hoito. Työelämässä ihmiset työskentelevät usein yksin, vaikka kiinteässä työpaikassa ja teknologia on työkalun roolissa ja tukee ihmistä työssään (tukiäly).
4. **Terve yksilö ja työyhteisö** (*työterveyshuolto työhyvinvoinnin edistäjänä*) -**skenaariossa** työterveyshuolto on työhyvinvoinnin edistäjä ei vain yksilöiden, vaan myös työyhteisöjen osalta. Painopiste on ennalta ehkäisevässä toiminnassa ja usein hoitohenkilöstö toimii myös tunteiden tulkkina, kun yksilöitä valmennetaan ottamaan vastuuta omasta ja työyhteisön hyvinvoinnista. Työelämässä työskennellään tiimeissä kiinteissä työpaikoissa ja teknologia on ihmisten tukena läpi koko ekosysteemin.

Hoitotyön ammattilaiset ovat kaikissa skenaarioissa keskeisessä roolissa, vaikka tehtäväkenttä ja vaadittava osaaminen vaihtelevatkin skenaariosta toiseen.

Ykköskenaariossa **Terve väestö** terveydenhoito- ja hoitotyötä tekevät saavat tukea työterveyshuollon ammattilaisilta hoitaessaan työikäistä väestöä perus- tai erikoissairaanhoidon parissa. Monitoimijaisessa hoitotyössä korostuu yhteistyö mm. työpaikan, työterveyshuollon ja kuntoutuksen kanssa, jotta työikäinen pysyy työkykyisenä ja saadaan työkykyiseksi. Työpaikan olosuhteita muokataan yhteistyössä niin, että työntekeminen on mahdollista. Terveydenhoitotyön ammattilainen työterveyshuollon termein on työikäisen ennakoiva terveydenedistäjä.

TULEVAISUUDEN HOITOTYÖN AMMATTILAISET



Kuvio 1: Tulevaisuuden hoitotyön ammattilaiset eri vaihtoehtoissa (kuva liitteessä erikseen) . Kuvat: Unsplash.

Kakkosskenaariossa **Työelämässä yhdessä robottien kanssa** korostuu tehokas sairauksien hoito monitoimijaisessa verkostossa, joka toimii virtuaalisesti verkossa ja jossa tekoäly avustaa työssä. Työympäristö on nomadi, muuttuva konteksti, jossa syiden juureen on vaikea päästä ajoissa kiinni. Hoitotyötä tekevä on sairauksia hoitava ammattilainen, joka voi keskittyä omaan erikoisosaamiseensa. Yhteydet ekosysteemin muihin toimijoihin on tärkeää, jotta terveydenhoitotyön ammattilainen pystyy tekemään työtä oikein ja oikea-aikaisesti.

Kolmosskenaariossa **Hoidettu terve yksilö** terveydenhoitotyötä tehdään työterveyshuollon organisaatiossa. Hoitotyön ammattilainen hoitaa sairauksia ja hyvinvointia osana työikäisten pikakaistaa lääkäriin. Yhteydet perusterveydenhoitoon ja erikoissairaanhoidon voivat olla katveessa, elleivät tietojärjestelmät ole kunnossa tai niitä ei haluta käyttää. Terveydenhoitotyön ammattilainen osana työterveyshuollon tiimiä keskittyy työssäkäyvien yksilöiden sairauksien hoitoon apunaan tukiäly.

Nelosskenaariossa **Terve yksilö ja työyhteisö** painopiste on ennakoivassa terveydenhoitotyössä ja terveydenedistämisessä. Tavoitteena on työyhteisön hyvinvointi, ei vain yksilön, vaan yksilö osana työyhteisöä. Toimijakenttä voi tässä laajentua hyvinvointialan itsenäisillä yrittäjillä, jotka huolehtivat kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista ja valmennuksesta varsinaisen terveyden- ja hoitotyön yrittäjien rinnalla.

TULEVAISUUDEN SAIRAANHOITAJA

Osaamistarpeet muuttuvat tulevaisuudessa ja ne vaihtelevat skenaariokohtaisesti, mutta digitalisaation kasvun myötä kaikissa skenaariossa vaaditaan mm. IT-osaamista, globalisaation myötä monikulttuurinen osaaminen korostuu ja ilmastomuutoksen myötä esim. ekologisten globaalien infektiosairauksien tunnistaminen ja ymmärtäminen ovat avainasemassa.

Tulevaisuuden sairaanhoitaja tekee töitä robottien kanssa ja käyttää digitaalisia työvälineitä arjessa, työskennelleen myös etänä yli aikavyöhykkeiden. Kaikissa tapauksissa keskiössä on ihminen ja hänen terveytensä ja hyvinvointinsa turvaaminen, sekä ennakoiden että sairauksia hoitaen. Monialayrittäjyys tulee tutuksi tulevaisuuden ja hoitotyön ammattilainen työskenteleekin monitoimijaisessa verkostossa yhtä hyvin kuin perinteisemmissä organisaatioissa.

Lähteet

Hakulinen, H., Kangas, P. ja Pesonen, S. (toim.) 2020. Yhteistyöllä toimivampi työikäisten terveydenhuolto: TYÖKE - Verkostoilla tehoa SOTEen, työkyvyn tukeen ja työikäisten terveyteen -hankkeen loppuraportti. Työterveyslaitos 2020. <https://www.julkari.fi/handle/10024/139411>

Heikkanen, S. 2020. Työn ja osaamisen murros, mitä se tuo tullessaan? <https://esignals.haaga-helia.fi/2019/11/10/tyon-ja-osaamisen-murros-mita-se-tuo-tullessaan/>

Kassara, H. Paloposki, S. Holmia, S. Murtonen, I. Lipponen, V. Ketola, M-L & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. ISBN:9789510261859, Sanoma Pro Oy, 2006.

Merilehto, A. 2018. Tekoäly – matkaopas johtajalle. Alma Talent, Helsinki 2018.

Meristö, T. & Laitinen, J. 2020a. Työterveyshuollon tulevaisuuskenaarioita. Laurea julkaisut 133, Laurea-ammattikorkeakoulu. <https://www.theseus.fi/handle/10024/333411>

Meristö, T. & Laitinen, J. 2020b. Tulevaisuuden näkymiä työterveyshuoltoon. Julkaisussa Hakulinen, H., Kangas, P. ja Pesonen, S. (Toim.) Yhteistyöllä toimivampi työikäisten terveydenhuolto: TYÖKE - Verkostoilla tehoa SOTEen, työkyvyn tukeen ja työikäisten terveyteen -hankkeen loppuraportti. Työterveyslaitos 2020. <https://www.julkari.fi/handle/10024/139411>

Meristö, T. & Laitinen, J. 2020c. Digital innovations for elderly people – sustainable solutions for the future. In: ISPIM Connects Bangkok: Partnering for an Innovative Community - Bangkok, Thailand, 1-4 March 2020. Eds. Iain Bitran; Steffen Conn; Chris Gernreich; Michelle Heber; K.R.E. Huizingh; Olga Kokshagina; Marko Torkkeli. LUT Scientific and Expertise Publications.

Ollila, M-R. 2019. Tekoälyn etiikkaa. Otava, 2019.

Taleb, N.N. 2007. Musta joutsen: Erittäin epätodennäköisen vaikutus. Terra Cognita, Helsinki 2007.

THL 2019. Suomessa on vähän ihmisten terveyttä uhkaavia eläintauteja. Uutinen THL:n verkkosivuilla 14.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/-/suomessa-on-vahan-ihmisten-terveytta-uhkaavia-elaintauteja>

9 Päivystyksen hoitohenkilökunnan monipotilastilannekoulutuksen kehittäminen

Liisa Toivanen & Piia Silvennoinen

Artikkelissa kuvataan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Haartmanin päivystyksen työyhteisön kanssa vuosina 2019 - 2020 kehitettyä ja hoitohenkilökunnalle suunniteltua monipotilastilannekoulutusmallia ja sen kehittämisen prosessia. Kehittämistoiminta toteutettiin ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opintojen opinnäytetyönä. (Toivanen 2020.) Kehittämistoiminnassa tutkimusstrategisena lähestymistapana hyödynnettiin toimintatutkimusta, jossa yhdistyy sekä tutkimus että kehittäminen dialogisena prosessina. Tutkimus- ja kehittämishankkeeseen osallistui Haartmanin päivystyksen lisäksi Meilahden, Jorvin, Turun alueen ja Oulun yliopistollisten keskussairaaloiden päivystykset siten, että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Haartmanin päivystyksen monipotilastilannekoulutusmallin suunnittelussa hyödynnettiin kokemuksia edellä mainittujen organisaatioiden monipotilastilannekoulutuksista, niiden onnistumisista ja haasteista. Kehittämiseen osallistuneet muut organisaatiot voivat myös hyödyntää kehitettyä koulutusmallia työssään.

Opinnäytetyön aihe perustuu työelämälähtöiseen tarpeeseen kehittää monipotilastilannekoulutusta Haartmanin päivystyksessä. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tuloksena syntyi tarveperusteinen ja prosessimainen monipotilastilannekoulutusmalli sisältäen suunnittelu-, toteutus- ja kehittämisvaiheet. Kehitetty työelämälähtöinen toimintamalli soveltuu myös muille terveydenhuollon päivystysyksiköille monipotilastilannekoulutuksen järjestämisen malliksi.

TERVEYDENHUOLLON VARAUTUMINEN POIKKEUSOLOIHIN – TARVE VARAUTUMISEEN LISÄÄNTYNYT

Terveydenhuollon tulee varautua toiminnassaan erilaisiin uhkiin ja riskeihin, sillä ne voivat olla toteutuessaan kohtalokkaita ihmisten ja yhteiskunnan toiminnan kannalta, kuten myös sairaanhoitojärjestelmän kannalta. Nyky-yhteiskunnassa erilaisten riskien ja uhkien määrä on lisääntynyt, esimerkiksi ilmastonmuu-

tokseen liittyvät riskit ja uhat kasvavat koko ajan, samoin terrorismi ja hybridiuhat ovat lisääntyneet. Elämme parhailaan keskellä COVID-19 pandemiaa ja näemme, millaisia vaikutuksia sillä on ollut suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään, yksittäisten ihmisten elämään ja talouteen.

Sairaalan ulkopuolinen onnettomuus, esimerkiksi suuronnettomuus synnyttää sairaalaan niin sanotun monipotilastilanteen, jossa sairaalaan tulee runsaasti potilaita hoidettavaksi yhtä aikaa. Tästä syystä terveydenhuollon yksiköiden on tärkeää varautua niihin sekä valmiussuunnitelmin, kuten myös suunnittelemalla ja toteuttamalla erilaisia koulutuksia taatakseen ja ylläpitääkseen henkilökunnan osaamista. Monipotilastilannekoulutus erilaisine harjoitteineen on tärkeää, koska näin taataan se, että häiriötilannetta on hoitamassa osaava henkilökunta. Monipuolinen ughiin ja riskeihin varautuminen edesauttaa häiriötilanteen hallintaa ja tukee hallittua paluuta normaaliin toimintaan. (Sisäasiainministeriö 2016.)

Hoitohenkilökunnan kouluttaminen monipotilastilanteita varten on tärkeää, koska he ovat suurin ammattiryhmä terveydenhuollossa ja heidän roolinsa katastrofitilanteessa on keskeinen. Tutkimuksien perusteella hoitohenkilökunnalle on tärkeää, että heille järjestetään monipotilastilannekoulutusta. Pakistanissa toteutetussa tutkimuksessa tutkittiin sairaanhoitajien katastrofiosaamisen tasoa eri näkökohdista, esimerkiksi paikalliseen toimintamalleihin ja sairaanhoitajien rooleihin monipotilastilanteessa sekä radiologisiin- ja biologisiin onnettomuuksiin liittyen. Tuloksien mukaan vain noin 10 prosentilla sairaanhoitajista oli katastrofitilanteiden vaatima osaaminen. Tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista 75 prosenttia pitikin ammattitaidon päivittämistä koulutuksen avulla erittäin tärkeänä. (Khan, Kausar & Ghani 2017.) Turkissa tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajien katastrofiosaaminen on vaihtelevaa. Katastrofiosaamisella tarkoitettiin sairaanhoitajan taitoja monipotilastilanteessa, joita olivat kriittinen ajattelu, erityinen ja yleinen potilaiden oireiden diagnosointi, tekniset asiat ja viestintä. Sairanhoitajilla, joilla ei ollut ammatillista kokemusta monipotilastilanteesta kokivat erityisesti osaamisensa tilanteessa riittämättömäksi. (Taskiran 2019.)



Kuva: Marcus Roider on Pixabay

TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISTOIMINNAN TUTKIMUSSTRATEGIANA

Haartmanin päivystys on yksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluva yhteispäivystys, jossa hoidetaan yli 16-vuotiaita potilaita. Yhteispäivystyksessä toimii virka-ajan ulkopuolinen terveyskeskuspäivystys ja ympärivuorokautisena pientraumapäivystys sekä psykiatrinen ja sisätautien päivystys. Haartmanin päivystyksen potilasmäärät olivat vuonna 2019 noin 73 000. Päivystyksessä työskentelee 69 sairaanhoitajaa, 2 mielenterveyshoitajaa, 11 lähihoitajaa ja 6 lääkintävahtimestaria. Heidän lisäksi yksikössä on hoitotyön sijaisia noin 30.

Kehittämistoiminta toteutettiin kyseisessä kohdeorganisaatiossa toimintatutkimuksena, jossa sekä tutkimus että kehittäminen yhdistyvät dialogisena prosessina. Toimintatutkimus soveltuu hyvin kliinisten käytännön ongelmien tunnistamiseen ja ratkaisujen kehittämiseen, jonka vuoksi sitä käytetäänkin yhä enemmän tutkimuksissa, jotka liittyvät terveydenhuollon ympäristöihin (Meyer 2000). Tutkimus- ja kehittämishankkeeseen osallistui Haartmanin päivystyksen lisäksi Meilahden, Jorvin, Turun alueen ja Oulun yliopistollisten keskussairaaloiden päivystykset siten, että he jakoivat kokemuksiaan haastattelujen muodossa monipotilastilannekoulutusmalleistaan. Saatuja kokemuksia hyödynnettiin Haartmanin päivystykseen suunnitellun monipotilastilannekoulutuksen kehittämisessä.

Toimintatutkimuksena toteutetun kehittämistoiminnan tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten Meilahden, Jorvin, Turun alueen ja Oulun yliopistollisten keskussairaaloiden päivystykset suunnittelevat, toteuttavat ja kehittävät hoitohenkilökunnan monipotilastilannekoulutusta?
2. Miten HUS:n Haartmanin päivystys hyödyntää edellä mainittujen organisaatioiden kokemuksia kehittäessään monipotilastilannekoulutustaan?

Kehittämistoiminnan toteutusta voidaan kuvata toimintatutkimuksellisesti eteneväksi syklimäisesti prosessiksi. Toimintatutkimus on syklinen prosessi, joka rakentuu ongelmien määrittelystä, ratkaisukeinojen etsimisestä ja niiden toteuttamisesta sekä toiminnan arvioinnista (Kananen 2017, 34). Opinnäytetyön toteutetun kehittämistoiminnan prosessi rakentui kolmesta syklistä, joita olivat suunnittelu-, toteutus- ja arviointi- ja implemointisykli.

Toimintatutkimuksena toteutettu kehittämistoiminta alkoi suunnittelusyklistä, jonka aikana luotiin tutkimuksen teoreettinen viitekehys ja suunniteltiin tutkimuksellista kehittämistoimintaa. Sykli oli kestoaltaan noin kuusi kuukautta, alkaen toukokuussa 2019 ja päättyen lokakuussa 2019. Tutkimus- ja kehittämishankkeen laajimmassa vaiheessa eli toteutussyklissä kartoitettiin teemahaastatteluin (n=4) sitä miten Meilahden, Jorvin, Oulun ja Turun alueen yliopistollisissa sairaaloissa toteutetaan monipotilastilannekoulutusta. Saatua aineistoa analysoitiin ja saadut tulokset toimivat pohjana Haartmanin päivystyksen monipotilastilannekoulutuksen suunnittelulle, kehittämiselle ja pilotoinnille. Toteutussyklin aikana kehittämistoiminta toteutettiin Haartmanin päivystyksestä valitun hoitohenkilökunnan kehittämisryhmän (n=6) toimesta. Toinen sykli oli kestoaltaan noin kuusi kuukautta alkaen lokakuussa 2019 ja päättyen helmikuussa 2020. Viimeisessä vaiheessa eli arviointi- ja implemointisyklissä käsiteltiin koulutuspilottista kerätyt arvoinnit ja uusi monipotilastilannekoulutuksen malli vakiinnettiin arjen toimintakäytännöiksi Haartmanin päivystyksen vastuuhenkilön eli opinnäytetyöntekijän toimesta. Kehittämistyön tulokset levitettiin tutkimus- ja kehittämistoimintaan osallistuville kohdeorganisaatioille. Viimeinen sykli kesti noin kaksi kuukautta päättyen huhtikuussa 2020.

OSALLISTAVAT MENETELMÄT KEHITTÄMISTOIMINNAN TUKENA

Kehittämistoiminnan aikana järjestettiin kaksi kehittämisen työpajaa, jotka toteutettiin hyödyntäen dialogisia yhteiskehittämisen menetelmiä, joihin opinnäytetyön tekijä (1. kirjoittaja) osallistui kehittäjän roolissa ja hän myös ohjasi työpajoja. Dialogiset menetelmät ovat menetelmiä, joissa keskeistä on toisen ihmisen tasavertainen kunnioittava kohtaaminen ja kuunteleminen sekä ratkaisuja etsivä ja tulevaisuuteen suuntaava työote. Niissä korostuvat vuoropuheluun sitoutuminen, vastavuoroisuus ja yhteinen oivaltaminen. (Arnkil 2006.)

Ensimmäinen työpaja toteutettiin lokakuussa 2019 ja siihen osallistui kaikki 6 kehittämistyöryhmän jäsentä. Työpajassa analysoitiin ja arvioitiin Haartmanin päivystyksen käytössä olevaa monipotilastilannekoulutuksen mallia SWOT-analyysiä hyödyntäen. SWOT-analyysi on arviointimenetelmä, jossa ryhmä voi päätellä tarkastelun kohteena olevan asian vahvuuksia, mahdollisuuksia sekä miten heikkouksia voidaan muuttaa vahvuuksiksi ja miten uhkia voidaan välttää (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinon 2017, 90).

Toinen työpaja järjestettiin marraskuussa 2019 ja siihen osallistui 5 kehittämistyöryhmän jäsentä. Työpajassa aloitettiin Haartmanin uuden monipotilastilannekoulutusmallin varsinainen suunnittelu ja siinä hyödynnettiin benchmarking-menetelmää pohdittaessa muiden kehittämistyössä mukana olevien organisaatioiden monipotilastilannekoulutuksien ja -mallien hyviä ja huonoja puolia. Opinnäytetyön tekijä teki muistiot ja koosteen kehittämisryhmän työpajatyöskentelystä. Näiden perusteella opinnäytetyön tekijä jäseni työpajojen tulokset käsitteelliseen muotoon. Kehittämisen prosessin aikana Haartmanin päivystyksen työyhteisöä tiedotettiin kehittämisprosessin vaiheista sekä heille annettiin mahdollisuus antaa palautetta kehittämis-toimintaan liittyen osaston osastotunneilla ja henkilökunnan sosiaalisessa tilassa olleen kehittämistaulun välityksellä.

Päivystyksen vuorovastaaville kehittämisen tuloksena suunniteltu päivän mittainen monipotilastilannekoulutus pilotoitiin vuorovastaavilla helmikuussa 2020. Vuorovastaavat ovat päivystyksen kokeneimpia sairaanhoitajia ja heidän tehtävänänsä on vuorokohtaisesti vastata päivystyksen päivittäisen toiminnan sujuvuudesta. Kanasen (2017, 62) mukaan kehitetyn suunnitelman ja sen toimivuuden testaus on oleellinen osa kehittämistoimintaa ja sen arviointia. Kokeilutoiminnan eli pilotin kautta opitaan kokemuksista ja niistä saatavaa tietoa voidaan käyttää päätöksien tekemisen pohjana (Järvinen 2013, 202). Pilotoidun koulutuksen syvällisempi suunnittelu toteutettiin opinnäytetyön tekijän (Haartmanin päivystyksen apulaisosastonhoitajan), Haartmanin päivystyksen opetushoitajan sekä Meilahden päivystyksen ETS-simulaatiokouluttajan toimesta. ETS-simulaatiokoulutus eli Emergo Train System on hätä- ja katastrofikoulutukseen käytettävä opetusmenetelmä, joka perustuu magneettisiin symboleihin ja tauluihin (Emergo Train System). Monipotilastilannekoulutuksen sisältö jäsenyi lopulliseen muotoonsa edellä mainitun kehittämisryhmän toimesta.

KEHITTÄMISTOIMINNAN TULOKSENA SYNTYI PROSESSIMAINEN MONIPOTILASTILANNEKOU- LUTUSMALLI

Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tuloksena syntyi tarveperusteinen ja prosessimainen monipotilastilannekoulutusmalli Haartmanin päivystykseen sisältäen suunnittelu-, toteutus- ja kehittämisvaiheet. Koulutusmalli mahdollistaa koulutuksen jatkuvan kehittämisen lisäksi myös monipotilastilannetoiminnan kehittämisen. Koulutuksen pääasialliseksi kohderyhmäksi valikoituivat päivystyksen vuorovastaavat, joiden rooli monipotilastilanteen johtamisessa on merkittävä.

Kehittämistoiminnan puitteissa suunniteltu uusi ja ajantasainen Haartmanin päivystyksen monipotilastilannekoulutusmalli sisältää hoitohenkilökunnan eri rooleissa olevien ammattilaisten jatkuvan ja ajantasaisen koulutuksen. Se koostuu vuorovastaavien koulutuksesta, osastotunneilla tapahtuvasta koulutuksesta, arjessa oppimisesta, itsenäisestä opiskelusta, perehdyttämisestä ja harjoittelusta. Nämä edellä mainitut koulutuksen osa-alueet vastaavat Haartmanin päivystyksen hoitohenkilökunnan monipotilastilanteiden osaamistarpeisiin. Monipotilastilannekoulutukseen sisältyvät pääteemat: johtaminen, hälyttäminen, valmistautuminen, potilaiden vastaanottaminen, yhteistyö monipotilastilanteessa, onnettomuustyyppit, psykososiaalinen tukeminen sekä Emergo Train System-simulaatio-opetuksen.

Vuorovastaaville suunnatun koulutuksen lisäksi hoitohenkilökunnan osastotunneilla käsitellään vähintään 4 kertaa vuodessa tiivistetysti Haartmanin päivystyksen monipotilastilanneprosessi, valmistilaohjeet ja tehtäväkortit sekä onnettomuustyyppit. Arjessa oppiminen tapahtuu, kun esimies muistuttaa työhöntulovelvoitteesta sekä yhteystietojen päivittämisen tärkeydestä niiden tarkastusvaiheessa. Itsenäinen opiskelu toteutuu, kun työntekijöitä veloitetaan lukemaan yksikön valmiusohjeet ja vahvistamaan toteutus omalla allekirjoituksellaan. Uudet vuorovastaavat ja triagehoitajat eli hoidon tarpeen arvioita tekevät hoitajat perehdytetään valmiusvastaavien toimesta monipotilastilanteisiin ja niihin muutoksiin, joita ne aiheuttavat arjen normaaliin työhön. Harjoittelun kautta taas opitaan, kun suuronnettomuusharjoitus hälytyksien yhteydessä harjoitellaan hälyttämistä ja toiminnan suunnittelua. Koulutusta kehitetään yhteisöllisesti jatkuvana prosessina kouluttajien sekä koulutettavien arviointien ja palautteiden perusteella, muutoksien yhteydessä sekä ajankohtaisten tarpeiden mukaisesti. Yksikön sisäisiä osaamistarpeita kartoitetaan esimerkiksi henkilöstökyselyillä. Kaiken kaikkiaan koulutuksen tavoitteena on oppimisen lisäksi arvioida ja kehittää monipotilastilanne-toimintoja koulutuksen aikana syntyneiden ajatuksien ja palautteiden perusteella. Yksityiskohtaisempi kuvaus Haartmanin päivystyksen monipotilastilannekoulutusmallista on kuvattu kuviossa 1.

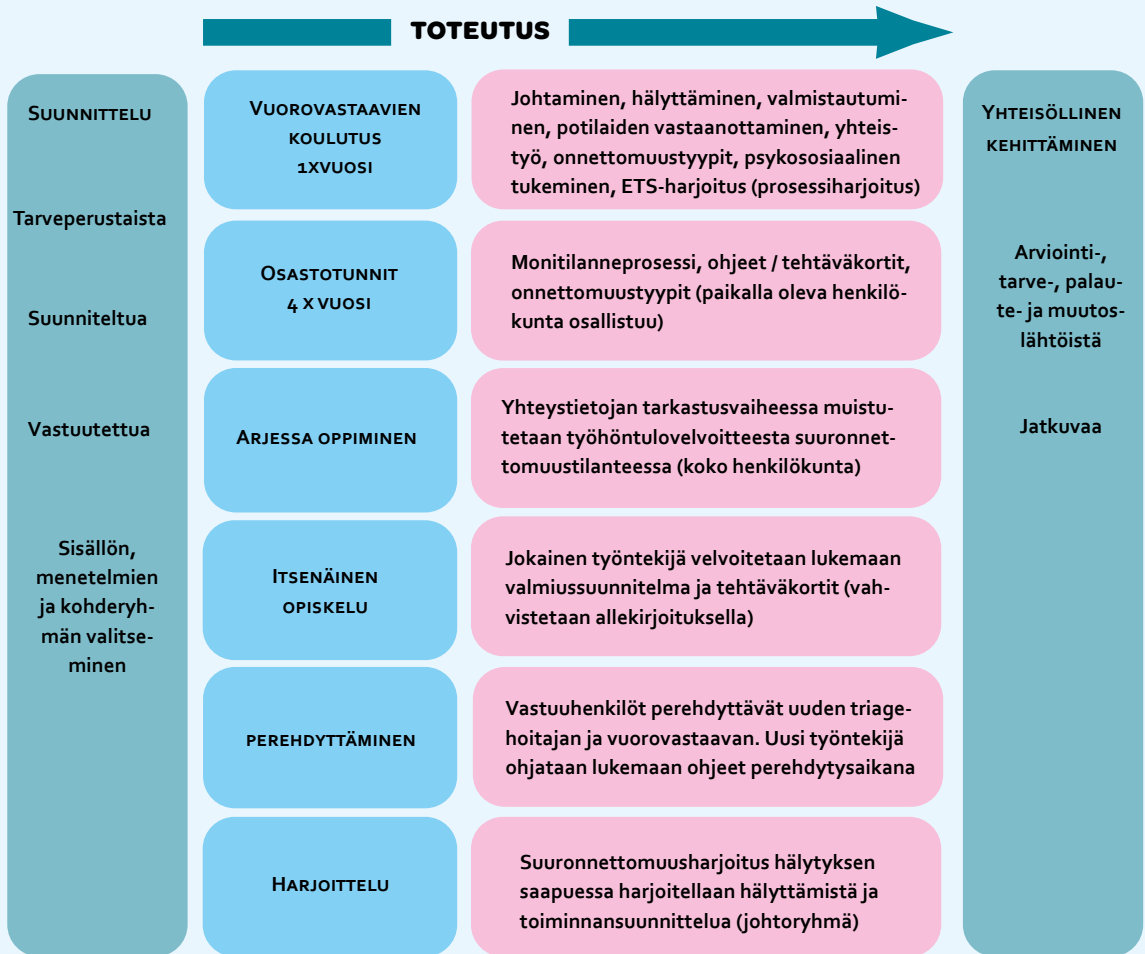
HOITOHENKILÖKUNNAN MONIPOTILASTILANTEeseen LIITTYVÄT OSAAMISTARPEET TÄSMENTYIVÄT

Tutkimus- ja kehittämishankkeen keskeisenä tuloksena voidaan pitää monipotilastilanteeseen liittyviä osaamistarpeiden täsmennyksiä, jotka huomioitiin kehittämistoiminnan pohjalta suunnitellussa monipotilastilannekoulutuksessa.

Tutkimus- ja kehittämishanke osoitti, että toimintatutkimus soveltuu työelämälähtöisten koulutuksien kehittämiseen, mutta kehittäminen on aikaa vievää ja vaatii resursseja, jonka vuoksi sen toteuttaminen voi olla haasteellista hektisessä työelämässä. Työelämässä voidaan kuitenkin hyödyntää toimintatutkimusta pienimuotoisena tai soveltaen sitä. Onnistuneen monipotilastilannekoulutuksen perusteella koulutuksien toteutus yhteisöllisesti ja prosessimaisesti sisältäen suunnittelu-, toteutus- ja kehittämisvaiheet mahdollistavat oikein kohdennetun sekä osaamistarpeita vastaavan koulutuksen. Työelämälähtöisten toimintaan liittyvien koulutuksien linkittäminen toiminnan kehittämiseen mahdollistaa yksikön toimintamallien jatkuvan ja toimintalähtöisen kehittymisen.

Opinnäytetyön työelämälähtöinen toimintamalli on implementoitavissa muille terveysalan päivystysyksiköille monipotilastilannekoulutuksen järjestämiseksi. Kehittämishankkeen tulokset antavat muille koulutuksen järjestäjille mallin hoitohenkilökunnalle järjestettävän monipotilastilannekoulutuksen sisällöstä erityisesti päivystyksen vuorovastaavien monipotilastilanneosaamisen edistämiseksi.

HAARTMANIN PÄIVYSTYKSEN MONIPOTILASTILANNEKOULUTUSMALLI



Koulutuksen tavoitteena on oppimisen lisäksi arvioida ja kehittää monipotilastilannetoimintaa

Kuvio 1. Haartmanin päivystyksen monipotilastilannekoulutusmalli Toivasen 2020 mukaan.

Lähteet

Arnkil, R. 2006. Tulevaisuusdialogi ja dialogin tulevaisuus. Aikuiskasvatus 28(2), 104–114.

Emergo Train System. Viitattu 29.5.2019. www.emergotrain.com

Järvinen, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. 4., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Kananen, J. 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona. Opas opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy.

Khan, S., Kausar, S. & Ghani, M. 2017. Knowledge of disaster preparedness among nurses at two tertiary care hospitals in Lahore. Biomedica 2017. Viitattu 20.5.2019.

<https://www.thefreelibrary.com/KNOWLEDGE+OF+DISASTER+PREPAREDNESS+AMONG+NURSES+AT+TWO+TERTIARY+CARE...-a0493907449>

Meyer, J. 2000. Using qualitative methods in health-related action research. British Medical Journal 320 (7228), 178-181.

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Tampere: Juvenes Print- Suomen Yliopistopaino Oy.

Sisäasiainministeriö 2016. Turvallinen ja kriisinkestävä Suomi - pelastustoimen strategia vuoteen 2025. Luettu 2.5.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75092/Pelastustoimen%20strategia_NETTI_270516.pdf

Taskiran, G. 2019. Nurses' disaster preparedness and core competencies in Turkey: a descriptive correlational design. International Nursing Review 66 (2), 165-175.

Toivanen, L. 2020. Päivystyksen hoitohenkilökunnan monipotilastilannekoulutuksen kehittäminen. Viitattu 18.5.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/336157/Toivanen_Liisa.pdf?sequence=3&isAllowed=y

10 Vuorovaikutus sairaanhoitajan profession pysyvänä ydinosaamisena

Mikko Häkkinen & Irene Latva-Korpela

Tarkastelemme tässä artikkelissa vuorovaikutusta sairaanhoitajan ammatin pysyvänä ydinosaamisena eri aikoina. Sairaanhoitajalla tarkoitamme tässä artikkelissa hoitotyön eri alueilla toimivia sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja kätilöitä. Aloitamme pohtimalla, millaisia vuorovaikutukseen liittyviä merkityksiä Florence Nightingalen kirjoitukset välittävät. Kuvaamme suomalaisen hoitotieteen edellä kulkijan, Katie Erikssonin näkemyksiä kärsimyksestä ja caritas-rakkaudesta hoitotyön lähtökohtana. Tarkastelemme myös sairaanhoitajan vuorovaikutusosaamista viimeaikaisissa ammatillisissa osaamiskuvauksissa. Lopuksi pohdimme, millaista vuorovaikutusosaamista sairaanhoitajalta edellytetään tulevaisuuden muuttuvassa toimintaympäristössä.

POTILAAN KOHTAAMINEN FLORENCE NIGHTINGALEN AJATTELUSSA

Tuulio (1937) kuvaa Florence Nightingalea nykyaikaisen sairaanhoidon luojana. Nightingalen käsitys sodassa vammautuneiden hoitamisesta oli kokonaisvaltainen. Hän kiinnitti huomiota paitsi toipumista edistävän fyysisen ympäristön luomiseen, myös sairaanhoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Erityisesti kunnioittava suhtautuminen ja totuudellisuus potilaan kohtaamisessa näyttäytyvät oleellisina. (Nightingale 1952.)

Nightingale toimi sairaanhoitajana, hoitotyön opettajana ja hoitotyön johtajana. Hän kirjoitti näkemyksistään ja hänen tekstinsä ovat edelleen luettuja puheenvuoroja hoitotyöstä ja yhteiskunnasta. Perustan vuorovaikutukselle niin sairaanhoitajana kuin hoitotyön johtajana muodostaa Nightingalen näkemys ihmisten yhdenvertaisuudesta. Jälkipolville säilyneissä kirjoituksissaan Nightingale ottaa kantaa muun muassa sosiaaliseen epätasa-arvoon, köyhyyteen ja naisten asemaan. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus ei tapahdu tyhjiössä. Nightingale osoittaa yhteiskuntarakenteiden ja yhteiskunnassa vallitsevien arvojen ja asenteiden vaikuttavan siihen, miten sairastuneet ihmiset kohdataan. (McDonald & Nightingale 2002.)

Vuonna 1859 ensimmäistä kertaa julkaistussa kirjassaan *Notes on nursing* Nightingale antaa ohjeita käytännön hoitotyöhön. Hän korostaa muun muassa tuuletuksen, lämmityksen, ravitsemuksen ja puhtauden merkitystä. Hänen kirjallisesta viestintätäyteistään välittyy näkemyksellisyys ja määrätietoisuus. Nightingale käsittelee havaitsemiaan epäkohtia suoraan ja rohkeasti, mutta ei jää surkuttelemaan, vaan osoittaa konkreettiset toimenpiteet, joilla olosuhteita voidaan korjata. Teoksen loppuosassa huomio kohdentuu vuorovaikutuksen teemaan. Nightingale antaa sairastuneen omaisille ja läheisille vuorovaikutukseen liittyviä ohjeita ja korostaa aitouden merkitystä. Sairaalta ei saa vaatia pirteyttä ja hänen tilaansa on suhteuduttava realiteetit huomioiden. Valheellisen toivon virittämistä on hänen näkemyksensä mukaan enemmän haittaa kuin hyötyä. (Nightingale 1952.)

VUOROVAIKUTUS SUOMALAISEN HOITOTIETEEN ALKUVAIHEEN TUTKIMUSKOHTENA

Vuorovaikutus ja sen kehittäminen ovat olleet sairaanhoitajien, heidän kouluttajiensa ja hoitotyön johtajien kiinnostuksen kohteena modernin sairaanhoitajan ammattin syntymisestä lähtien. Kun hoitotieteellinen tutkimus Suomessa alkoi lisääntyä 1980-luvulla tutkimuksen painopiste oli käsitteissä ihminen, terveys, ympäristö ja hoitotyö. Keskeinen tutkimuskohde oli sairaanhoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde. (Eriksson & Kyngäs 2016.) Kuvaava esimerkki tästä on Kalkkaan ja Sinkkosen (1984) toimittama Sairaanhoidon vuosikirja 1983-1984, jossa tarkastellaan hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta muun muassa vanhuksen yksinäisyyden, nuortenkirjoissa kuvatun potilaan ja sairaanhoitajan välisen vuorovaikutuksen sekä terapeutin kommunikaation näkökulmista.

Katie Eriksson oli yksi Suomen ensimmäisistä, kansainvälisesti tunnetuista hoitotieteen opettajista ja tutkijoista. Laajassa kirjallisessa tuotannossaan hän käsittelee erityisesti kärsimystä ja sen lievittämistä hoitotyön kontekstissa. (Toivanen 2008.) Varsinkin hoitokärsimyksen käsite on hoitotyön kehittämisen kannalta kiinnostava. Eriksson esittää, että hoito voi aiheuttaa ihmiselle kolmenlaista kärsimystä: ruumiillista, sielullista ja hengellistä. Erityisesti sielullinen ja hengellinen hoitokärsimys voivat liittyä sairaanhoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Sielullinen hoitokärsimys tarkoittaa kaikkea sitä psyykkistä kärsimystä, jota hoito tai sen puute aiheuttaa potilaalle. Hengellistä hoitokärsimystä syntyy, kun potilasta ei kohdata kokonaisvaltaisesti ja hänen hengelliset tarpeensa ohitetaan tai ymmärretään väärin. (Eriksson 1995.)

Hoitavan vuorovaikutuksen perustana on Erikssonin ajattelussa *caritas*-rakkaus. *Caritas* näkyy hoitotyössä eettiseen ideaaliin pyrkivinä suhtautumisena potilaaseen. Käytännön hoitotyössä *caritas*-rakkaus ilmenee konkreettisina tekoina, kärsimystä lievittävinä käytänteinä ja lempeytenä vuorovaikutussuhteessa. Hoitotyön arjessa hoitajan *caritas*-ajattelu ilmentyy tietoisena, rakentavana asennoitumisena potilaaseen ja hoitotyöhön sekä rohkeutena potilaasta huolehtimisessa. (Eriksson & Sumelius 1989, ks. myös Ljungquist 2018.)

GLOBALISAATIO JA SIMULAATIO ESIMERKKEINÄ VIIMEAIKAISISTA TUTKIMUSINTRESSEISTÄ

Viime vuosikymmeninä kasvava joukko sairaanhoitajataustaisia tutkijoita on tarkastellut sairaanhoitajan ja asiakkaan tai potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta. Erityisen kiinnostuksen kohteena on ollut selvittää, mikä tässä vuorovaikutussuhteessa on hoitavaa ja miten vuorovaikutukseen liittyvää osaamista on mahdollista oppia ja opettaa. Esimerkiksi vuonna 2019 on julkaistu EBSCOhost-yhdistelmähaun (BSE, CINAHL, PsycARTICLES, SPORTDiscus) hakusanayhdistelmällä ”nurse ja interaction” lähes 4000 sairaanhoitajan vuorovaikutukseen liittyvää kansainvälistä, tieteellistä artikkelia (Tietokantahaku 2020). Tätä artikkelia varten on tarkasteltu hakutulosten määrää, artikkeleihin ei ole perehdytty sisällöllisesti. Vuorovaikutusosaamisen kes-

keisyys yhdistää sairaanhoitajia hoitotyön eri osaamisalueilla ja eri maissa. Se ilmenee hoitotyön oppikirjoissa, opetussuunnitelmissa ja sairaanhoitajan työn kuvauksissa ympäristöstä riippumatta. (Balzer-Riley 2012.)

Globalisaatio on synnyttänyt uuden osaamistarpeen ja tutkimusalueen, kun sairaanhoitajat eri puolilla maailmaa ovat kohdanneet työssään itselleen vieraista kulttuurisista ympäristöistä tulevia asiakkaita ja potilaita. Tämä on haastanut sairaanhoitajat pohtimaan vuorovaikutusta kulttuuristen kohtaamisten näkökulmasta. Erilaisten kulttuuristen taustojen tuntemuksesta on siirrytty tavoittelemaan syvempää kulttuurista osaamista, joka ei kohdennu niinkään kulttuurien tuntemukseen, kuin vuorovaikutustaitoihin kohdattaessa erilaisista ympäristöistä tulevia ihmisiä. (Appel & Giger, 2017.)

Vuorovaikutuksen osaamistarpeisiin liittyen on tutkimusten kautta havahduttu ymmärtämään, ettei esimerkiksi valtioiden sisällä ole vain yhtä kaikkia yhdistävää kulttuuria, vaan saman valtion sisällä on lukuisia erilaisia kulttuurisia ryhmiä. Näistä on käytetty käsitettä alakulttuuri, joka ei viittaa kyseisen kulttuurin alempaan asemaan, vaan kulttuuriin kulttuurin sisällä. (Eubanks, Mcfarland, Muñoz & Wenger 2010). Hoitotyön muuttuvassa toimintaympäristössä vuorovaikutuksen näkökulmasta keskeiseksi on osoittautunut kyky kulttuuriseen itsereflektioon, aidosti kunnioittavaan dialogiin erilaisten yksilöiden ja ryhmien kanssa sekä epävarmuuden sietämiseen (Jeffreys 2010).

Viime vuosina sairaanhoitajaopiskelijat ovat opiskelleet monien muiden taitojen ohella myös vuorovaikutusta yhä useammin erilaisissa simulaatioympäristöissä. Simulaatio-oppimisella tarkoitetaan todellisia työelämän tilanteita jäljittelevien tilanteiden tavoitteellista hyödyntämistä osana oppimista. Simulaatio-oppimisessa keskeistä on turvallisuus, reflektiivisyys ja kokemuksista oppiminen. Simulaatio-oppiminen on osoittautunut yhdeksi tulokselliseksi tavaksi oppia toimintaa vaativissa vuorovaikutustilanteissa. (Moran, Wunderlich & Cynthia 2018.)

Tuoretta tutkimusta vuorovaikutuksen simulaatio-oppimisesta edustaa esimerkiksi Noldin ja Deemin (2020) julkaisema tutkimus, jossa tarkasteltiin sairaanhoitajaopiskelijoiden vuorovaikutusosaamisen kehittymistä simuloidussa tilanteessa, jossa sairaanhoitaja kohtaa lapsensa rokotuksesta kieltäytyvän perheen. Tilanne on vuorovaikutusosaamisen näkökulmasta haasteellinen. Simulaatioharjoittelu johti sairaanhoitajaopiskelijoiden vuorovaikutusosaamisen vahvistumiseen; reflektiivinen tietoisuus omasta ajattelusta lisääntyi ja opiskelijat kokivat olevansa valmiimpia kohtaamaan perheitä, jotka epäröivät rokotuksen ottamista lapselleen. (Nold & Deem 2020.)

SAIRAANHOITAJAN AMMATILLINEN VUOROVAIKUTUSOSAAMINEN OSAAMISKUVAUKSISSA

Vuorovaikutus on keskeinen hoitotyön ydinosaamisalue, joka sisältää ohjaus-, opetus-, neuvonta- ja dialogisen vuorovaikutusosaamisen. Asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen kautta luodaan yhteys potilaaseen ja saadaan ymmärrys potilaan kokonaistilanteesta. Vuorovaikutusosaaminen sisältää myös avointen kysymysten hallintaa, kuuntelun taitoa sekä nonverbaalisen viestinnän havainnointia ja hyödyntämistä. (Koivisto 2019.)

Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuushankkeessa määriteltiin Suomen lainsäädännön ja Euroopan yhteisön ammattipätevyysdirektiivin (2013/55/EU) mukainen, yleissairaanhoidosta vastaavien sairaanhoitajien (180 op) ammatillinen vähimmäisosaaminen ja osaamisen keskeiset sisällöt. Hankkeen tavoitteena oli yhtenäistää valtakunnallisesti sairaanhoitajakoulutuksesta valmistuvien osaaminen ja tuottaa ammattikorkeakouluille tietoa sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmien kehittämiseksi. Suomalaisen sairaanhoitajatutkinnon laajuus on 210 opintopistettä, suomalaisesta sairaanhoitajakoulutuksesta valmistuva laajentaa osaamistaan 30 opintopisteen valinnaisilla, osaamista täydentävillä opinnoilla. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 12, 73.)



Kuva: CDC on Unsplash

Kaikkien ammattikorkeakoulututkintojen yhteisten, yleispätevien kompetenssien mukaan kuvataan tavoiteltavaa viestintä- ja vuorovaikutusosaamista muun muassa kuuntelemisen taitona, kykyinä asioiden kirjalliseen, suulliseen ja visuaaliseen esittämiseen. Lisäksi korkeakoulusta valmistuva osaa toimia oman alansa tyypillisissä viestintä- ja vuorovaikutustilanteissa sekä toimia monialaisissa työryhmissä. Vuorovaikutus ja kumppanuus on merkittävä osa sairaanhoitajan osaamista. Sairaanhoitajalta edellytetään taitoja, joiden avulla hän kykenee luomaan vastavuoroisen ja kumppanuuteen perustuvan, yksilöiden ja ryhmien voimavaroja vahvistavan yhteistyösuhteen asiakkaiden ja potilaiden kanssa. (Eriksson ym. 2015, 15, 31, 35.)

Tulevaisuushankkeessa yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan (180 op) vähimmäisosaamisen osaamiskuvaukset jaettiin yhdeksään osa-alueeseen, joista vuorovaikutukseen liittyvä osaaminen kuvataan pääasiallisesti osa-alueen asiakaslähtöisyys sisällöissä. Muita osa-alueita, jotka sisältävät osaamiskuvauksia ja sisältöjä vuorovaikutusosaamisesta olivat hoitoyön eettisyys ja ammatillisuus, kliininen hoitotyö sekä ohjaus- ja opetusosaaminen. (Eriksson ym. 2015, 36-46.)

Asiakaslähtöisyys sairaanhoitajan osaamiskuvauksessa sisältää osaamisalueet, joissa sairaanhoitaja osaa kohdata asiakkaan aktiivisena oman elämänsä ja hoitonsa asiantuntijana. Hän kykenee ammatilliseen, hoidolliseen ja dialogiseen vuorovaikutukseen eri ikäisten ja eri kulttuureista tulevien asiakkaiden ja omaisten kanssa, osaa tukea asiakasta ja hänen läheisiään hoidossa ja kohdata heidät voimavaralähtöisesti. (Eriksson ym. 2015, 35.)

Osaamiskuvauksen osassa hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus sairaanhoitajan ammatillisuus ja asiantuntijuus ilmenevät sairaanhoitajan kykyinä arvioida osaamistaan ja kehittymistään vuorovaikutussuhteissa. Kliinisen hoitotyön osaamiskuvauksissa vuorovaikutusosaamista kuvattiin potilaan psykososiaalisena tuke-

misena ja psykososiaalisten auttamismenetelmien hallintana potilaan tukemisessa. Mielen terveys- ja päihdetyön osaamisen sisältöjen kuvauksissa sairaanhoitaja osaa kohdata ja ylläpitää hoidollista vuorovaikutusta mielen terveys- ja päihdeongelmaisen ja tämän läheisten kanssa eri hoitoympäristöissä mielen terveyttä edistävasti, häiriöitä ehkäisevästi ja voimavaralähtöisesti. Osaaminen sisältää psykiatrisen hoitotyön menetelmät ja hoitosuhdetyöskentelyn. Ohjauksen ja opetuksen kontekstissa sairaanhoitaja kuvauksen mukaan hallitsee ohjauksen ja opetuksen sairaanhoitajan työmenetelmänä sisältäen mentoroinnin ja perehdytyksen. (Eriksson ym. 2015, 37-38, 40, 43.)

YLEISSAIRAANHOITAJAN VUOROVAIKUTUSOSAAMISEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN

Sairaanhoitajan osaamiskuvaukset on päivitetty vuonna 2018 käynnistyneessä Yleissairaanhoitajan (180 op) ammatillisen perusosaamisen arvioinnin kehittäminen -hankkeessa (Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt, 2019). Hankkeen tarkoituksena on laatia valmistuvan sairaanhoitajan osaamisen arviointikriteerit ja näytöt sekä näin varmistaa sairaanhoitajakoulutuksesta valmistuvien valtakunnallinen tasalaatuisuus. Lisäksi varmistetaan, että sairaanhoitajan työssä edellytettävä osaaminen vastaa terveysalalla tapahtuvaan muutokseen, esimerkiksi digitalisaation lisääntymiseen ja tulevaan sote-uudistukseen. (Silén-Lipponen, Mäkeläinen & Nurmela 2019, Silén-Lipponen 2018.)

Hankkeessa laaditut osaamisvaatimukset on jaettu kolmeentoista osaamisalueeseen, joita on tarkoitus käyttää ammattikorkeakouluissa opetussuunnitelmien perustana. Osaamisen arviointiin tulee käyttöön kahdeksan kliinisen ydinosaamisen arviointia, jotka toteutetaan opintojen kuluessa ja sairaanhoitajien ydinosaamisen valtakunnallinen koe, jonka opiskelija suorittaa noin 180 opintopisteen opintojen jälkeen ja joka otetaan käyttöön asteittain vuoden 2021 alusta lukien. (Yleissairaanhoitajan [180 op] osaamisvaatimukset ja sisällöt, 2019.)

Sairaanhoitajan vuorovaikutusosaamista kuvataan osaamisalueessa *Asiakaslähtöinen toiminta* asiakkaan ja potilaan arvostamisena sekä suhtautumisena häneen oman elämänsä asiantuntijana. Osaaminen ilmenee inhimillisenä ja arvostavana kohtaamisena sekä asiakkaan tai potilaan osallisuuden mahdollistamisena ja edistämisenä. Sairaanhoitajan vuorovaikutusosaamiseen kuvataan kuuluvan myös haavoittuvien asiakasryhmien ja monikulttuurisen taustan omaavien asiakkaiden ja potilaiden kohtaamisosaaminen. Osaamisessa korostuu yksilöllisyys, yhdenvertaisuus, tasa-arvo ja syrjimättömyys sekä kulttuuritaustan huomioiminen kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. (Yleissairaanhoitajan [180 op] osaamisvaatimukset ja sisällöt, 2019.)

Osaamisalueessa *Kommunikointi ja moniammatillisuus* kuvataan sairaanhoitajan ammatillista viestintäosaamista tavoitteellisena ja tilanteenmukaisena sekä asertiivisena viestintäosaamisena. Sairaanhoitaja kykenee ammatilliseen ja hoidolliseen vuorovaikutukseen eri-ikäisten ja eri taustaisten asiakkaiden ja potilaiden sekä heidän läheistensä kanssa. Sairaanhoitajan vuorovaikutusosaaminen sisältää kognitiiviset ja emotionaaliset viestintätaidot, asiakkaan kunnioittamisen sekä vuorovaikutuksen, joka herättää luottamusta ja on voimaannuttavaa. Lisäksi osaamisvaatimukseen kuuluvat asiakaslähtöinen vuorovaikutus, viestintä eri-ikäisten ja erilaisten asiakkaiden kanssa, kosketus osana vuorovaikutusta sekä potilasturvallisuutta ylläpitävä vuorovaikutus asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. (Yleissairaanhoitajan [180 op] osaamisvaatimukset ja sisällöt, 2019.)

Asiakas- ja potilasvuorovaikutuksen lisäksi sairaanhoitajan odotetaan osaavan työskennellä monialaisissa työryhmissä ja toimintaympäristöissä sekä verkostoissa hyvien työyhteisötaitojen mukaisesti sekä omaavan vuorovaikutuksessa emotionaalista älykkyyttä. *Johtaminen ja työtekijäosaaminen* -osa-alueella sairaanhoitajan osaaminen kuvataan työyhteisön jäsenten motivoimisena sekä palautteen antamisen ja vas-

taanottamisen osaamisena työyhteisössä. *Ohjaus- ja opetusosaaminen sekä omahoidon tukeminen*-osaamisalueessa vuorovaikutusosaamista kuvataan asiakkaan ja potilaan voimavarojen tunnistamisena sekä asiakas- ja potilaslähtöisten opetus- ja ohjausmenetelmien monipuolisena käytön osaamisena. (Yleissairaanhoidajan [180 op] osaamisvaatimukset ja sisällöt, 2019.)

Sairaanhoitajaopiskelijan kliinisen osaamisen arviointimenetelminä käytetään näyttökokeita, potilastapausten objektiivista strukturoitua videoarviointia ja simulaatiota. Videoita potilastilanteista voidaan hyödyntää arvioitaessa esimerkiksi asiakkaan kohtaamista ja tiimityöskentelyä. Arviointimenetelmiä voidaan hyödyntää koulutuksen kehittämisessä sekä osaamisen arviointiin koulutuksessa ja työelämässä. Osaamisen näyttöjen tavoitteena on edistää koulutuksen ja työelämän välistä vuorovaikutusta sekä siten jatkuvasti kehittää osaamisperustaista sairaanhoitajakoulutusta vastaamaan yhteiskunnan muuttuviin tarpeisiin. (Silén-Lipponen, Mäkeläinen & Nurmela 2019, Silén-Lipponen, Kinnunen & Seppänen 2018.)

Vuorovaikutusosaaminen tulisi nähdä perinteiset ammattirajat ylittävänä osaamisalueena, jonka kehittämiseen ja arviointiin tarvitaan uusia välineitä (Kangasniemi ym. 2018). Mielestämme vuorovaikutusosaamisen arviointiin tarvitaan vielä nyt kuvattujen sisältöjen avaamista ja osaamisen näyttöihin liittyvien arviointikriteerien laatimista, jotta voidaan taata yhteinen ymmärrys tavoiteltavasta osaamisesta. Lisäksi tarvitaan lisää tutkimusta vuorovaikutusosaamiseen liittyvistä vaikuttavista, monipuolisista opetusmenetelmistä.

VUOROVAIKUTUSOSAAMISEN HAASTEITA MUUTTUVASSA TOIMINTAYMPÄRISTÖSSÄ

Terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistäminen, ennaltaehkäisy ja osallisuuden vahvistaminen ovat sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeiset sisältöalueet. Sosiaali- ja terveysalan ammatillisen osaamisen sisältöalueisiin vaikuttavat väestön alueellisesti vaihtelevat sosiaali- ja terveystarpeet, ikääntyminen, lainsäädäntö, teknologinen kehitys sekä kansantalous. Yhteiskunnan muuttuvat tarpeet haastavat ammatteja kehittämään osaamista asiakkaiden tarpeiden tunnistamiseen ja niihin vastaamiseen. (Kangasniemi ym. 2018.)

Osaava henkilöstö takaa sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun ja vaikuttavuuden. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos vaikuttaa sairaanhoitajan osaamistarpeisiin. Uudistuksessa korostuvat sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio sekä asiakaslähtöisyyden ja asiakkaan valinnanvapauden lisääntyminen. Erityisiksi haasteiksi on tunnistettu vuorovaikutusosaamiseen sisältyvät ohjaus- ja neuvontatyö sekä palvelujärjestelmän tunteminen ja palveluohjaus. (Kangasniemi ym. 2018, OKM 2017.)

Terveydenhuollon digitalisaatio synnyttää uusia osaamistarpeita sairaanhoitajan vuorovaikutusosaamiselle. Digitalisaatiolla tarkoitetaan digitaalisen tietotekniikan yleistymistä yhteiskunnan eri alueilla ja kansalaisten käytössä heidän arjessaan. Digitalisaation myötä palvelut ovat aikaisempaa vähemmän tiettyyn paikkaan ja aikaan sidottuja; monet yhteiskunnan keskeisistä palveluista ovat kansalaisten käytettävissä älypuhelimien tai tablettitietokoneen välityksellä. (Ilmarinen & Koskela 2015.) Sosiaali- ja terveysalalla digitalisaatio on näkynyt muun muassa etävastaanottojen ja erilaisten omahoitoa tukevien palvelujen lisääntymisenä. Tarjonnan lisääntyminen ei kuitenkaan yksin riitä, vaan asiakkaiden on oltava motivoituneita digitaalisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön ja heillä on oltava riittävät tekniset taidot palveluiden hyödyntämiseen. Yli puolet kansalaisista kokee vaikeuksia erilaisten verkkovälitteisten palveluiden käytössä. Vaikeuksia kokevat muita enemmän ikäihmiset sekä he, joiden terveydentila on heikko. Vaikeimmissa asemassa ovat niin sanotut digisyrjäytyneet, jotka kokevat palveluiden tulleen digitalisaation myötä itselleen etäisiksi. (Hypönen & Ilmarinen 2019.) Taitavalla ohjauksellisella vuorovaikutuksella sairaanhoitaja voi osaltaan ehkäistä digitaalista syrjäytymistä ja auttaa syrjäytyneitä pääsemään palveluiden piiriin.

Sairaanhoidajan digitaalisten vuorovaikutustaitojen perusta on vuorovaikutuksen eettisissä periaatteissa, joita voidaan soveltaa kaikkeen sairaanhoidajan ja asiakkaan tai potilaan väliseen vuorovaikutukseen riippumatta toimintaympäristöstä. Mielestämme samalla kun suuntaudumme tulevaisuuden moninaisiin digitaalisiin mahdollisuuksiin, on viisasta palata sairaanhoidajan profession historiaan. Eettiseen hoitamiseen on profession syntyajoista lähtien kuulunut ihmisarvon kunnioittaminen, terveyden edistäminen, kärsimyksen lievittäminen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja jatkuvasta ammatillisesta kehitymisestä huolehtiminen. (ks. McCabe & Timmins 2013, Scott 2017.) Näiden periaatteiden tulee olla sairaanhoidajan vuorovaikutusosaamisen perusta myös tulevaisuudessa.

Lähteet

- Appel, S. J. & Giger, J. N.** 2017. Transcultural nursing: Assessment and intervention (Seventh edition.).
- Balzer-Riley, J. W.** 2012. Communication in nursing (7th ed.). St. Louis. Mosby.
- Eriksson, K.** 1995. Hoitokärsimys: Kärsivä ihminen hoidossa. Åbo Akademi, Yhteiskunta- ja hoitotieteellinen tiedekunta & Hoitotieteen laitos. Åbo Akademi, institutionen för vårdvetenskap.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E.** 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen: Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto; Suomen sairaanhoidajaliitto. Porvoo: Bookwell Oy. <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Eriksson, K. & Kyngäs, H.** 2016. Hoitotiede. SanomaPro.
- Eriksson, K. & Sumelius, B.** 1989. Caritas-idea. Helsinki. Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Eubanks, R. L., Mcfarland, M. R., Mixer, S. J., Muñoz, C., Pacquiao, D. F. & Wenger, A. F. Z.** 2010. Chapter 4: Cross-Cultural Communication. Journal of Transcultural Nursing, 21.
- Hypönen, H. & Ilmarinen, K.** 2019. Teoksessa Aalto, A., Kestilä, L. & Karvonen, S. Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ilmarinen, V & Koskela, K.** 2015. Digitalisaatio – Yritysjohdon käsikirja. Talentum.
- Jeffreys, M. R.** 2010. Teaching Cultural Competence in Nursing and Health Care, Second Edition, Springer Publishing Company.
- Kalkas, H. & Sinkkonen, S.** 1984. Sairaanhoidon vuosikirja XX 1983 - 1984: The yearbook of nursing XX 1983 - 1984. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Kangasniemi, M., Hipp, K., Häggman-Laitila, A., Kallio, H., Karki, S., Kinnunen, P., Pietilä, A-M., Saarnio, R., Viinämäki, L., Voutilainen, A. & Waldén, A.** 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2018. Viitattu 21.4.2020. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160883/39-2018-Optimoitu%20sote-osaaminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Koivisto, K.** 2019. Ohjaus ja dialoginen vuorovaikutus hoitotyössä. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 65. Viitattu 22.4.2020. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2019101132367>

- Ljungquist, M.** 2018. Vårdande gärningar och vanor för en caritativ hållning I den vårdande akten. Åbo Akademi University Press.
- McCabe, C. & Timmins, F.** 2013. Communication skills for nursing practice. New York: Palgrave MacMillan.
- McDonald, L. & Nightingale, F.** 2002. Collected Works of Florence Nightingale: An Introduction to Her Life and Family. Wilfrid Laurier University Press.
- Moran, V., Wunderlich, R. & Cynthia, R.** 2018 Simulation: Best Practices in Nursing Education, Springer, ProQuest Ebook Central.
- Nightingale, F.** 1952. Notes on nursing. London: Duckworth.
- Nold, L. & Deem, M.** 2020. A Simulation Experience for Preparing Nurses to Address Refusal of Childhood Vaccines. Journal of Nursing Education, 59(4), pp. 222-226.
- OKM** 2017. Sote-koulutuksen uudistaminen käynnistyy. Luettu 22.4.2020.
https://minedu.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sote-koulutuksen-uudistaminen-kaynnistyy
- Silén-Lipponen, M., Kinnunen, P. & Seppänen, S.** 2018. Sairaanhoidajien osaaminen varmistetaan valtakunnallisella kokeella. Tutkiva hoitotyö 2018, 16(2), 38-40.
- Silén-Lipponen, M., Mäkeläinen, P. & Nurmela, T.** 2019. Osaamisperustainen arviointi yhtenäistää suomalaista sairaanhoidajakoulutusta ja koulutuksen laatua. AMK-lehti / UAS Journal 1/2019. Viitattu 10.4.2020. <https://uasjournal.fi/1-2019/osaamisperustainen-arviointi/>
- Scott, A.** 2017. Nursing and the Ethical Dimensions of Practice. Teoksessa Key Concepts and Issues in Nursing Ethics. Springer. ProQuest Ebook Central.
- Tietokantahaku.** 2020. Viitattu 21.2.2020. EBSCOhost-yhdistelmähaku (BSE, CINAHL, PsycARTICLES, SPORTDiscus).
- Toivanen, K.** 2008. Käsite- ja argumentaatioanalyysi Katie Erikssonin kärsimystä koskevasta ajattelusta. Kuopio. Kuopion yliopisto.
- Tuulio, T.** 1937. Florence Nightingale: Nykyaikaisen sairaanhoidon luoja. Porvoo: WSOY.
- Laukkanen, A.** 2019. Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. Savonia: blogi. Luettu 15.3.2020. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2019/01/31/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>



11 Aseptisen toiminnan kehittäminen näyttöön perustuvana hoitotyön toimintana

Teija-Kaisa Aholaakko

Tarkastelen artikkelissani infektioiden torjuntaan ja kontrollointiin liittyvän aseptisen toiminnan näyttöön perustuvaa yhteistoiminnallista kehittämistä osana työtäni Laurea-ammattikorkeakoulun opettajana. Aseptista toimintaa toteutetaan sekä hoitotyön itsenäisenä toimintana että moniammatillisessa yhteistyössä. Sairaanhoidajien työssä infektioiden estämisellä ja kontrolloinnilla on vahvat historialliset perinteensä sekä moderneissa läntisissä että klassisissa itäisissä kulttuureissa. Laajana moniulotteisena käsitteenä ja moniammatillisena toimintana infektioiden ehkäisy ja kontrolloinnin oppiminen, opettaminen ja vaikuttavuuden mittaaminen ovat olleet haasteellisia. Kaikkia edellä mainittuja asioita voidaan parantaa kattavan ja sisällöllisesti ymmärrettävän käsitejärjestelmän avulla. Jatkossa kuvaan yhdessä sairaanhoitajaopiskelijoiden ja työelämäkumppaneitten kanssa tekemääni työtä aseptisen toiminnan oppimisen, opettamisen ja mitattavuuden parantamiseksi. Lisäksi arvioin yleisellä tasolla esittelemääni aseptisen toiminnan mallia kesällä 2020 edesmenneen suomalaisen sairaanhoidon tutkimuksen uranuurtajan, FM Aili Lemisen, vuonna 1975 kuvaaman käsitehierarkian avulla.

ASEPTISEN TOIMINNAN NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN OPETTAMISEN ALKUTAIVAL LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULUSSA

Vantaan väliaikainen ammattikorkeakoulu, nykyisin Laurea-ammattikorkeakoulu, toimi 1990-luvun puolivälissä yhtenä aktiivisimmista suomalaisista ammattikorkeakouluista kehittäessään näyttöön perustuvaa työelämälähtöistä opetusta. Vuosittaiset opetussuunnitelmien luomisprosessit pitivät yllä aktiivista yhteistä pedagogista keskustelua. Opettajat päivittivät koulutustaan opiskelemalla yhdessä ja hankkimalla ajankohdaisia työelämässä tarvittavia tietoja ja taitoja. Rehtori Pentti Rauhalan johdolla opettajat saivat mahdolli-

suuden kehittyä kriittiseksi omaa opettamistaan ja opiskelijoidensa oppimista filosofisista ja käytännöllisistä näkökulmista pohtiviksi oman alansa asiantuntijoiksi. Opetusministeriön rahoitus mahdollisti käytännöllisen tiedon luomisen ja työn kehittävän tutkimisen yhdessä työelämän asiantuntijoiden kanssa. Tuloksia levitettiin, niin ikään yhdessä, sekä kansallisella että kansainvälisillä areenoilla ammattikorkeakoulujen ja ammatien yhteiskunnallisen merkityksen kirkastamiseksi. Ennen kaikkea tämä edisti tutkimus- ja kokemusnäytön käyttöä eri aloilla, tässä tapauksessa sairaanhoitajien koulutuksessa ja hoitotyön yhteistoiminnallisessa kehittämisessä.

Aloitin Vantaan väliaikaisessa ammattikorkeakoulussa akuutti-perioperatiivisen hoitotyön opettajana aseptisen toiminnan opettamisen, kehittämisen ja tutkimisen vuonna 1995. Kehittämistyö on jatkunut Vantaan ammattiopistossa, Espoon-Vantaan ammattikorkeakoulussa ja edelleen Laurea-ammattikorkeakoulussa palkitsevana osana työtäni. Tutkimus- ja kehittämisinnoitukseni kumpusi käytännön tarpeista ja kokemuksista. Perioperatiivista hoitotyötä kuvaavien ajanmukaisten suomenkielisten käsitteiden selkiytymättömyys tai puuttuminen tekivät oppimisesta, opettamisesta ja tutkimuksellisesta kehittämisestä haastavaa. Perioperatiivista hoitotyötä tutkittiin 1990-luvulla vähän, erityisen vähän tutkittua tietoa oli julkaistu sairaanhoitajien työstä. Nivalaisen, Junntilan, Kiviniemen ja Leinosen (2009) mukaan Suomessa vuosina 1987–2007 perioperatiivisen hoitotyön opinnäytetöinä tehty tutkimus kohdistui potilaan kokemuksiin ja johtamiseen. Suomalaisessa hoitotyön tutkimuksessa keskityttiin tuolloin valitun paradigman mukaisesti potilaiden kokemusten ja potilaiden kokemaan hoidon laadun tutkimiseen (Leino-Kilpi & Vuoreneimo 1992; Leino-Kilpi & Vuoreneimo 1993; Leino-Kilpi, Walta, Helenius, Vuoreneimo & Välimäki 1994; Vehviläinen 1998).

Aloittelevana opettajana tarvitsin työkaluja erityisesti leikkauksenaikaisen hoitotyön näyttöön perustuvaan opettamiseen. Suurimman haasteen sekä opiskelijoille että omalle opettamiselleni muodosti ”aseptiikka”. Opiskelijat kokivat ”aseptiikan” oppimisen vaikeaksi ja stressaavaksi erityisesti harjoittelujaksonsa aikana. Käytännöt siitä, miten ”aseptiikkaa” tuli toteuttaa, saattoivat vaihdella eri ohjaajien välillä. Suomalaiset perioperatiiviset sairaanhoitajat tekivät tuolloin työtään ”aseptiikan” asiantuntijoina ”aseptisen omantuntonsa” ohjaamina. Tutkimusnäytön ja kattavien suositusten puutteesta johtuva vaihtelu kliinisessä aseptisessä toiminnassa oli maailmanlaajuinen haaste (Crow & Taylor 1983; Kasal 1985). Katz (1991) arvosteli leikkausosastojen hoitotyötä ritualistiseksi toiminnaksi.

ASEPTISEN TOIMINNAN MALLIN NÄYTTÖÖN PERUSTUVA KEHITTÄMINEN

Suomalaiset ”aseptiikan” suositukset oli kattavimmin kuvattu vanhentuneissa oppikirjoissa (Nieminen 1964; Schwank & Kokkonen 1973; Liljeblad 2003). 1990-luvulla voimassa olleet Association of periOperative Nurses (AORN) –yhdistyksen julkaisemat suositukset pohjautuivat perioperatiivisten sairaanhoitajien keskinäiseen hyväksyntään, eivät eksplisiittisesti tutkimuksiin (AORN 1991; Aholaakko 2018). AORN:n suositukset ja harvat niitä arvioivat tutkimukset (Crow & Taylor 1983; Radke & Ford 1993) toimivat kuitenkin lähtökohtana ensimmäisessä evaluatiivisessa havainnointitutkimuksessani, jonka tavoitteena oli kulttuurisesti validoida amerikkalaisia aseptisen tekniikan suosituksia suomalaisilla leikkausosastoilla (Liljeblad 1997).

Perioperatiivisten sairaanhoitajien (ja muutaman lääkärin) osallistuessa interventioihin arvioimme ja päivitimme kansainvälisiä suosituksia työkaluiksi aseptisen toiminnan näyttöön perustuvaan toteuttamiseen, oppimiseen, opettamiseen, kehittämiseen ja tutkimiseen (Liljeblad 1997; 2003; 2006; Aholaakko 2018; Aholaakko & Metsälä 2015). Julkaisimme tuloksia sekä ammattilehdissä että konferensseissa opiskelijoiden (Järmälä & Liljeblad 2007; Aholaakko 2011a), Helsingin Yliopistollisen Keskussairaalan Naistenklinikan ja Kätilöopiston sekä Peijaksen (Liljeblad, Rutanen, Tuppurainen, Vainionpää, Kalliokoski & Kari 2002) ja Jorvin

sairaaloiden leikkaus- ja päiväkirurgisten osastojen henkilökunnan kanssa tuottamistamme kansainvälisten suositusten (AORN 1991 & 2013) päivityksistä ja validoinneista. Yhdessä Uudenmaan Sairaalapesulan asian-
tuntijasairaanhoitajan kanssa levitimme tietoa VTT:n tutkimusryhmän tuloksista monikäyttöisten leikkaus-
tekstiilien käytöstä leikkauksissa. Ulkoisen rahoituksen puuttuessa aineisto kääntyi myös aseptisen tekniikan
hypoteettisen mallin testauksen kontekstiksi (Liljeblad 2003). EU-direktiivien päivittyminen ja opiskelijamme
laatima kirjallisuuskatsaus (Laitinen, Lintukorpi & Aholaakko 2015) olisivat mahdollistaneet kehittämistyön
jatkumisen, mikäli toiminnallamme olisi ollut oikea ”Momentum”.

Tultaessa 1990-luvulta 2010-luvulle opiskelijat etsivät ja esittelivät omiin rajattuihin opinnäytetöihinsä
liittyvää aseptisen toiminnan tutkimus- ja kokemusnäyttöä harjoitteluympäristöissään ja loivat paikallisia
työkaluja aseptisen toiminnan hypoteettisen mallin osien arvioimiseen. Henkilökunta antoi oman arvokkaan
panoksensa jakamalla kokemuksiaan, tekemällä näkyväksi hiljaista tietoaan ja arvioimalla opiskelijoiden
luomien suositusten soveltuvuutta kliiniseen toimintaan. Tuloksia ja työkaluja validoimme Meleisin (1991) ku-
vaamalla tavalla, esittelemällä niitä opinnäytetyö- ja tutkimusympäristöissä sekä kansainvälisissä konferens-
seissa. Pitkällisen kehittelyn tuloksena, vuonna 2018, julkaisin intraoperatiivisen aseptisen toiminnan mallin
(Aholaakko 2018). Mallin testaaminen ja levittäminen on siis vasta alussa.

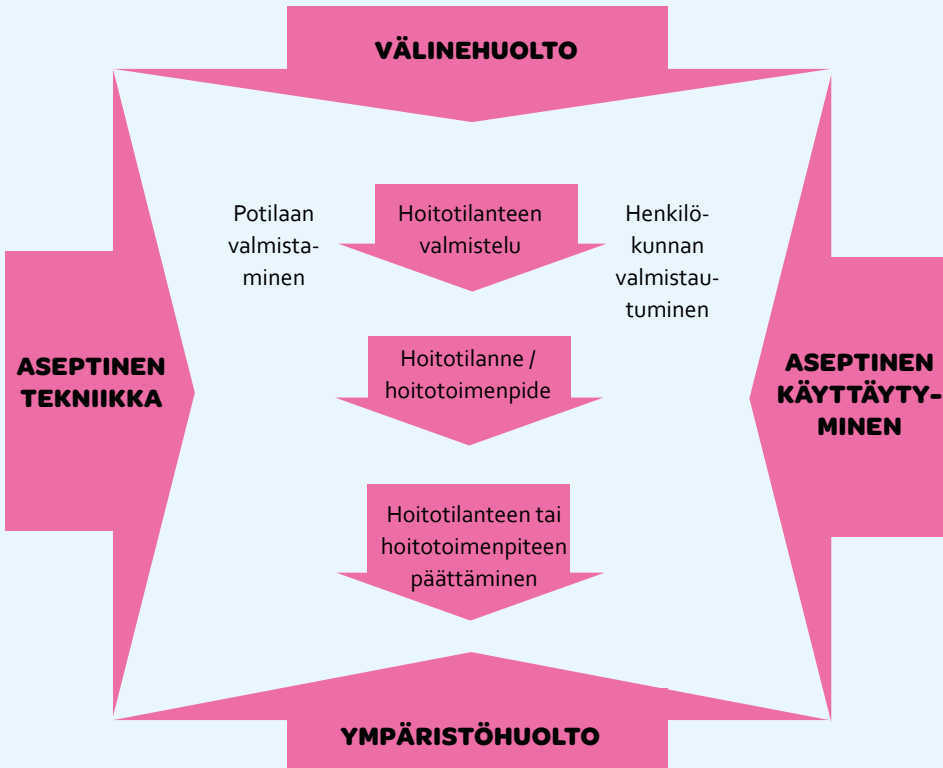
ASEPTINEN TOIMINTA ABSTRAKTIOIKKAILLA

Seuraavaksi analysoin leikkauksenaikaiseen infektioiden torjuntaan kehittämäni aseptisen toiminnan
”base-line”-mallia (Aholaakko 2018, 108) Lemisen (1975, 24) kuvaamia Hayakawan kahdeksanportaisia abst-
raktiotikkaita hyödyntäen. Tässä artikkelissa tarkastelen aseptisen toiminnan mallia (Kuvio 1) tasolla, joka
nykyistä paremmin voisi mahdollistaa aseptisen toiminnan näyttöön perustuvan toteuttamisen, oppimisen,
opettamisen ja kehittämisen myös muissa kuin perioperatiivisissa hoitoympäristöissä.

Leminen (1975, 24) kuvasi käsitteen konkreettisuus – abstraktisuus – tasojen eli kahdeksanportaisen abst-
raktiotikkaiden avulla 1970-luvun suomalaisen kokemusmaailmaan sopivalla tavalla lehmäyksilön matkaa
”tapahtumatasolta” kohti erittäin korkeaa abstraktiotasoa, vaurautta. Alhaalta ylöspäin edetessään tieteen
tuntema, lukemattomista atomeista, elektroneista jne. koostuva lehmäyksilö (I) muuttuu havaitsemaksemme
lehmäksi (II), Mansikiksi (III), lehmiiin (IV) kuuluvaksi yksilöksi, jolla on yhteisiä ominaispiirteitä muun hoitoa ja
huolenpitoa vaativan karjan (V) kanssa. Mansikin liittäminen maatalaan (VI) luo Mansikin olemisen kontekstin
ja viittaa yhteisiin piirteisiin, joita Mansikilla on muiden maatilalta myytäväksi kelpaavien tuotteiden kanssa.
Pidettäessä Mansikkia omaisuutena (VII), siitä on kadonnut yhä enemmän alkuperäisiä ominaisuuksia, mutta
se on alkanut edustaa arvokkaana pidettyä asiaa ja tavoiteltavaa tilaa. Ylimmällä, tikkaiden kahdeksannella
askelmalla konkreettinen Mansikki on muuttunut käsitteeksi, vauraudeksi (VIII). Käsitteestä vauraus puut-
tuvat melkein kaikki alkuperäisen Mansikin ominaispiirteet. Molekyylitasoisesta lehmäyksilöstä on tullut
kaikkien lehmien edustaja, karjan omistajalle arvokas asia, käsite, jota voidaan soveltaa erilaisiin yhteyksiin.
Mitattaessa karjanomistajan vaurautta on kuitenkin palattava vaurauden ja omaisuuden käsitteiden juurille,
mitattava niitä karjan suuruudella, lehmien lukumäärällä ja Mansikin tuottavuudella, maidon rasva- tai valku-
aispitoisuudella kulloistenkin ravitsemussuositusten mukaisesti. Vauraus ja omaisuus on operationalisoitava
kuhunkin osatekijäänsä sopivaksi.

Tässä yhteydessä analysoin korkealla abstraktiotasolla (VIII) olevan ”aseptinen toiminta”-käsitteen
käyttöä **hoitoyön kehittämisessä ja tutkimisessa**. Lemisen (1975, 25) mukaan käsitteen sisältö muodostuu
käsitteen olennaisten tunnusmerkkien kokonaisuudesta, ja käsitteen ala kaikista niistä lajikäsitteistä, joihin
käsite soveltuu. Laajentamalla leikkauksenaikaisen aseptisen toiminnan ”base-line”-mallin käsitteen alaa

ASEPTISEN TOIMINNAN YLEISEN TASON MALLI



Kuvio 1. Aseptisen toiminnan yleisen tason malli. Aholaakko © 2020. All rights reserved.

alkuperäistä (Aholaakko 2018, 108) korkeammalle abstraktiotasolle pyrin käsitteen alan mahdollisimman suureen hyödynnettävyyteen hoitotyön eri ympäristöissä.

Tarkasteltaessa aseptista toimintaa **kliinisen hoitotyön kontekstissa** (VII) koulutetun ammattikunnan toimintana, voidaan se nähdä historiallisesti hoitotyössä arvokkaana pidettynä asiana, hoitoon liittyvien infektioiden estämisenä ja kontrolloimisena, jonka tuloksena voidaan havaita tavoiteltava tila, hoitoon liittyvien infektioiden vähentyminen ja/tai estyminen. Aseptisen toiminnan liittäminen **kliinisessä hoitotyössä tehtäviin kajoaviin (invasiivisiin) hoitotoimenpiteisiin** (VI) voidaan aseptista toimintaa määrittää keinoina suojata potilasta, henkilökuntaa ja hoitoympäristöä invasiivisiin toimenpiteisiin liittyviltä infektioilta. Yhteistä näille kaikille on tarve kohdistaa aseptinen toiminta ilma-, kosketus-, pisara-, ja vektori- ja verivälitteisten infektioiden estoon tai kontrollointiin.

Aseptisen toiminnan kuusi alakäsitettä (Kuvio1) edustavat Lemisen (1975, 25) kuvaamaa aseptisen toiminnan käsitteen lukumääräistä kokonaisuutta. Ne kuvaavat seuraavia **eri tartuntateihin (kontaminaatio- reitteihin) kohdistuvia infektioita estäviä toimintoja** (V): 1) aseptinen tekniikkaa, 2) aseptinen käyttäytyminen, 3) potilaan valmistaminen hoitotyön toimintoon, 4) hoitohenkilökunnan valmistautuminen hoitotyön toimintoon, 5) välinehuolto ja 7) ympäristön huolto. Näissä osatekijöissä ovat läsnä hoitotyön metaparadigman osatekijät: ihminen, terveys, hoitaminen ja ympäristö (Kiikkala 1998). Hoitoympäristöstä ja potilaan

tarvitsemasta hoitotyön toiminnosta, interventiosta, riippumatta tällä abstraktiotasolla toteutettavien toimintojen aikana voidaan edellyttää noudatettavan taulukossa 1 esitettyjä aseptisen toiminnan periaatteita (Vrt. Aholaakko 2018, 107).



KLIINISEN ASEPTISEN TOIMINNAN PERIAATTEET:

1. Käytetään puhtaita moni- tai kertakäyttöisiä/desinfioituja/steriilejä hoitovälineitä vektorivälitteisen kontaminaation estämiseksi.
2. Valmistetaan puhdas/steriili/desinfioitu alue ajallisesti mahdollisimman lähellä hoitotyön alkamista kosketus-, pisara- ja ilmävälitteisen mikrobikontaminaation vähentämiseksi.
3. Suojataan hoitoympäristö kosketus-, pisara ja ilmävälitteisen mikrobikontaminaationa estämiseksi ja vähentämiseksi.
4. Suojataan sekä potilaan että hoitotyöntekijän iho kosketusvälitteisen mikrobikontaminaation vähentämiseksi.
5. Vältetään tarpeetonta liikkumista hoitotyön toimenpiteiden aikana kosketus-, pisara- ja ilmävälitteisen mikrobikontaminaation vähentämiseksi.
6. Toimenpiteessä noudatetaan "aseptista työjärjestystä" edeten "puhtaasta likaiseen" kosketus- ja vektorivälitteisen kontaminaation vähentämiseksi.
7. Vältetään tarpeetonta ilmävirtauksia aiheuttavaa toimintaa ilmävälitteisen kontaminaation vähentämiseksi.
8. Vältetään tarpeetonta hoitotarvikkeiden koskettelua kosketus- ja vektorivälitteisen kontaminaation vähentämiseksi.
9. Vältetään koskemasta teräviin ja pistäviin tarvikkeisiin tai käsitellään niitä instrumenttien avulla (hands-free-technique) verivälitteisen kontaminaation estämiseksi.
10. Pidetään käytetyt ("likaiset") ja puhtaat/desinfioidut/steriilit välineet erossa toisistaan toimenpiteen aikana kosketus-, vektori- ja veri- välitteisen kontaminaation vähentämiseksi.

Taulukko 1. Aseptisen toiminnan periaatteet. Aholaakko © 2020. All rights reserved

Edellistä yksityiskohtaisemmalla abstraktiotasolla aseptisen toiminnan alakäsite "aseptinen käyttäytyminen" (IV) sisältää osa-alueita, joista tutkituin ja kustannusvaikuttavin lienee käsihygienia (III). Käsihygienia sisältää erilaisia (vaihtoehtoisia) hoitoyön toimintoja, esimerkiksi käsienspesun vedellä ja saippualla käsin ollessa näkyvästi likaantuneet (II), suojakäsineiden käytön (II) ja käsidesinfektioaineen käyttämisen ennen ja jälkeen potilaskontakteja tai tarvikkeisiin koskemisen (II). (Intraoperatiivisessa hoitotyössä tavallinen toimenpide, kirurginen käsienspesu sisältyy alakäsitteeseen hoitohenkilökunnan valmistautuminen toimenpiteeseen.)

Käsihygieniaan (III) kuuluva käsidesinfektio (II) voidaan analysoida ja kuvata, operationalisoida, mitattavaksi kliiniseksi toiminnaksi. Esimerkiksi ennen potilaan pulssin tunnustelua ja non-invasiivista verenpaineen mittausta tehtävä käsidesinfektio voidaan kuvata seuraavien kriteereiden avulla: 1) tilanne: välittömästi ennen potilaan pulssin tunnustelua ja non-invasiivista verenpaineen mittausta; 2) käytön ehto: käsidesinfektio on asianmukainen infektioidentorjuntatoimenpide mikäli kädet eivät ole näkyvästi likaiset; 3) desin-

fektioaineen valinta: aine X, joka tehoaa non-invasiivisessa hoitotilanteessa tutkimusten mukaan esiintyviin mikrobeihin kyseessä olevassa hoitoympäristössä (esimerkiksi koti, kodinomainen hoivayksikkö, sairaalan vuodeosasto, leikkausosaston heräämö); 4) käsidesinfektioita edeltävät toimet: poistetaan kellot, käsikorut ja sormukset; 5) annostelu: otetaan desinfektioainetta automaattista x kertaa koskematta automaattiin; 5) hierotaan aine sormienpäihin, kämmenselkään ja kämmeniin ranteisiin saakka, huomioidaan erityisesti sormenpäät, sormien välit ja peukalo; 6) annetaan aineen vaikuttaa x minuuttia/kuivaa iholle; 7) desinfektioainetta ei pyyhitä tai huuhdella pois.

ASEPTISEN TOIMINNAN KEHITTÄMINEN TILANNEKOHTAISENA MONIAMMATILLISEN HOITOTYÖN TEORIANA

Sairaanhoitajat ja lääkärit ovat vuosisatojen ajan kehittäneet "aseptiikkaa" infektioiden ehkäisyn ja kontrolloinnin keinona. 1800-luvulla läntisen kulttuurin piirissä Florence Nightingale edisti sairaalapotilaiden toipumista parantamalla ilmastointia ja ympäristön siisteyttä sekä kehittämällä hoidon laatua tilastoimalla infektioiden esiintymistä (McEnroe 2020). Lääkäreiden, Semmelweisin (Zoltán 2020), Listerin (1870a&b) ja Brewerin (1915) havainnot infektioiden tartuntateistä ja niiden katkaisemisesta levisivät Euroopassa ja Amerikassa lisäten sairaalahoidon vaikuttavuutta ja turvallisuutta. Itäisen kulttuurin piirissä pidettiin kunniaa Rufaida al-Asalmiyhin aiemmin islamilaisten uskonsotien aikana tekemää työtä haavoittuneiden sotilaiden hoitajana (Meleis 1991). Kunniaakkaasta historiastaan huolimatta "aseptiikkaa" ei ole terveystieteiden piirissä kehitetty moniammatillisissa tiimeissä toteutettavana kliinisenä toimintana.

Antibioottien käyttöön liittyvät haasteet, erityisesti resistenttien mikrobikantojen syntyminen, terveydenhuollon palveluiden ja tarvikkeiden kalleus ja saatavuusongelmat sekä ajankohtainen Covid-19 pandemia ovat osoittaneet aseptisen toiminnan merkityksen keskeisenä, mutta vähän tutkittuna, infektiolta suojautumisen ja infektioiden kontrolloinnin keinona. Aseptisen toiminnan teoreettisen mallin testaaminen on ajankohtaista.

Tässä artikkelissa yleisellä tasolla esitelty aseptisen toiminnan "base-line"-malli on rakennettu mahdollistamaan infektioiden estämisessä ja kontrolloinnissa käytettävien toimien tutkiva kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi erilaisissa tilanteissa ja hoitoympäristöissä. Sovelletun mallin hyvyttä voidaan arvioida Lemisen (1975, 25) esittämien kriteereitten avulla. Aseptisen toiminnan käsitettä voidaan sen osatekijöiden tasolla arvioida malliin valittujen **sisältöä** kuvaavien olennaisten tunnusmerkkien **kattavuuden** osalta. Tunnusmerkkejä voivat olla aseptisen toiminnan osatekijään kuuluvat erilaiset interventiot (käsien pesu, suojahansikkaiden käyttö jne.). Tunnusmerkkejä jäsentävinä tekijöinä voivat toimia tartuntatiet, hoitotilanteet tai toimenpiteet, hoitotilanteeseen osallistuvien hoitotyön ammattilaisten erilaiset roolit tai hoitotyöhön liittyvä aika. Käsitteen tulisi kattaa aseptinen toiminta kyseisessä hoitoympäristössä kokonaisuudessaan kattaen kaikki käsitteen alaan kuuluvat osatekijät, lajikäsitteet, joihin käsite soveltuu. Esimerkkinä käytetyn käsihygienian tulisi olla sovellettavissa kaikkiin hoitoympäristöissä toteutettaviin hoitotyön toimiin ja kuvata yksityiskohtaisesti, mitattavasti, käsihygienian eri vaihtoehtoisten toimintojen kulku. Yleisen tason aseptisen toiminnan mallin tulisi näin olla palautettavissa osatekijöihinsä ja osatekijöiden tulisi kattaa yleisen tason mallin ala ja sisältö. Parhaimmillaan aseptisen toiminnan yleisen tason malli voisi edistää hoitotyön tilannekohtaisten teorioiden kehittämistä (Im 2014) infektioiden torjunnan ja kontrolloinnissa sekä hoitotyön omana, että moniammatillisena toimintana.

Lähteet

Aholaakko, T.-K. 2018. Intraoperative aseptic practices and surgical site infections in breast surgery. Academic Dissertation. University of Helsinki. Viitattu 24.9.2020.
<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/249327>

Aholaakko, T.-K. & Metsälä, E. 2015. Intra-operative aseptic practice recommendations for circulating operating theatre nurses. *British Journal of Nursing*, 24 (13), 670,672,673,676–678.

Aholaakko, T.-K., Metsälä, E., Sihvonen, M. & Lyytikäinen, O. 2013. Risk factors for surgical site infection in breast surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 948-957.

Aholaakko, T.-K. 2011a. Learning in clinical development projects. *Interdisciplinary Studies Journal*, 1 (2), 59– 63.

Aholaakko, T.-K. 2011b. Reducing surgical nurses' aseptic practice–related stress. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (23-24), 3339–3350.

AORN. Recommended Practices 1991. Aseptic Technique. 1992. *AORN Journal*, 54 (4), 819-824.

AORN. Perioperative Standards and Recommended Practices for Inpatient and ambulatory settings. 2013. Denver, CO: AORN 2013.

Brewer, G.E. 1915. Studies in Aseptic technic with report of some recent observations at the Roosevelt hospital. *Deniston. JAMA*, 17, 1369-1372.

Crow, S. & Taylor, E. 1983. Nurses' compliance with aseptic technique. *AORN Journal*, 37 (6), 1066-1072.

Im, E.O. 2005. Development of Situation-specific Theories. An Integrative Approach. *Advanced Nursing Science*, 28 (2), 137-151.

Järmälä, K. & Liljeblad, T.-K. 2007. Aseptinen toiminta virtsateiden katetroinnin yhteydessä – Näyttöön perustuvat kriteerit. Posteriesitys Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin "Tutkimustieto hoitotaidoksi – hoitotyön tutkimuksen 6. vuosipäivä" –kongressissa Marina Congress Centerissä Helsingissä 23.5. 2007.

Kasal S.E. 1985. Infractions in aseptic technique. *AORN Journal*, 41 (3), 611-620.

Katz, P. 1991. How Surgical Rituals Enhance Surgical Science. *Today's O.R. Nurse*, 13 (7), 5–10.

Kiikkala, I. 1998. Hoitotieteen perusteista ja merkityksestä käytännön hoitotyössä. *Sairaanhoitaja*, 71 (2), 36–38, 47.

Laitinen, S., Lintukorpi, A. & Aholaakko, T.-K. 2015. Kestokäyttöisen leikkausliinan edut: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Suomen Sairaalahygienialehti*, 33, 194–197.

Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO-mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. STAKES Raportteja 151.

Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 68. Helsinki: VAPK-kustannus. 40–46, 70.

Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1993. Perioperative Nursing Care Quality. *AORN Journal*, 57 (5), 1061–1071.

Leminen, A. 1975. Käsitteistä ja niiden määrittämisestä. *Sairaanhoidon vuosikirja XII*. Helsinki: Sairaanhoidon koulutussäätiö. 22 – 37.

Liljeblad, T.-K. 2006. Clinical Needs and Current Standards for Operating Room Air. 37th R3-Nordic Contamination Control Symposium on R3 – Nordic. The Nordic Society of Cleanroom Technology. VTT Symposium 240. Espoo. 243–254, 255–265.

Liljeblad, T.-K. 2003. Aseptisen ammattitaidon arviointikriteerien luominen käytännön toimintaa havainnoimalla. Lisensiaatintyö. Tampereen yliopisto Kasvatustieteellinen tiedekunta. Hämeenlinna.

Liljeblad, T.-K. 1997. Aseptisen tekniikan toteuttaminen leikkauksissa steriiliin alueen luomisen ja ylläpitämisen aikana. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos; 1997, 11.

Liljeblad, T.-K., Rutanen S., Tuppurainen T., Vainionpää R., Kalliokoski J. & Kari T. 2002. Kokemuksia Peijaksen sairaalasta: Elektroninen kirjaaminen selkeyttää ja yhtenäistää käytäntöjä. *Pinsetti*, 2, 9–10.

Lister, J. 1870a. On the effects of the antiseptic system of treatment upon the salubrity of a surgical hospital. *The Lancet*, 1, 4–6.

Lister, J. 1870b. On the effects of the antiseptic system of treatment upon the salubrity of a surgical hospital. *The Lancet*, 8, 40-42.

McEnroe, N. 2020. Celebrating Florence Nightingale's bicentenary. *The Lancet*, 395 (10235), 1475-1478. Viitattu 24.9.2020. doi:[http://dx.doi.org/nelli.laurea.fi/10.1016/S0140-6736\(20\)30992-2](http://dx.doi.org/nelli.laurea.fi/10.1016/S0140-6736(20)30992-2)

Meleis, A. I. 1991. *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Second edition. Philadelphia: J.P. Lippincott Company.

Nieminen, T. 1964. *Aseptiikan tekniikka*. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiön kirjapaino.

Nivalainen, J., Junttila, K., Kiviniemi, K. & Leinonen, T. 2009. Katsaus perioperatiivista hoitotyötä koskeviin yliopistollisiin opinnäytetöihin Suomessa vuosina 1987–2007. *Hoitotiede*, 4, 304–316.

Radke S.R. & Ford, D. A. 1993. Aseptic Technique Monitoring. A Quality Improvement Tool in the OR. *AORN Journal*, 58 (2), 312–323.

Schwank, K. & Kokkonen, A. 1973. *Leikkausosaston käsikirja*. 2. uudistettu painos. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Sunnari, M. & Haara, H. 2020. Tutkija teki historiaa tutkimalla sairaanhoitajia. *HS VIIKKO*, 33/2020. Kuolleet. B 16.

Vehviläinen, K. 1998. Wake up to Finnish Nursing. *Reflections*, 2 (4), 28-29.

Zoltán, I. 2020. Ignaz Semmelweis. *Encyclopædia Britannica*. Viitattu 24.9.2020. <https://www.britannica.com/biography/Ignaz-Semmelweis>

12 Sairaanhoidaja tiedon valtatiellä

Outi Ahonen & Elina Rajalahti

JOHDANTO

Sairaanhoidaja toimii tänä päivänä yhteiskunnassa, jossa on samoja tavoitteellisia intressejä kuin Florence Nightingalella 1860-luvulla aikoinaan. Molemmille tiedon käyttö ja näyttö tiedosta on merkittävässä asemassa. Päätökset perustuvat parhaaseen saatavilla olevaan näyttöön. Olemmeko saavuttaneet tietopohjaisen toimintatavan sairaanhoidajan ammatin uudistamisessa? Tässä artikkelissa kuvataan tiedon merkityksen ja hyödyntämisen ymmärtämistä ja sairaanhoidajan toimimista ammattinsa kehittäjänä. Suomen sairaanhoidajaliiton strategian (2015) mukaan sairaanhoidajat ovat rohkeita toimintatapojen uudistajia, joilla on osaamista käyttää ja kehittää sähköisiä terveyspalveluita moniammatillisesti yhteistyössä asiakkaan ja muiden toimijoiden kanssa.

Uudistuvat työelämän osaamiset ja digitaalinen transformaatio edellyttävät koulutusorganisaatioilta, työelämältä ja yksittäiseltä ammattilaiselta valppautta ymmärtää tätä päivää, rakentaa arjen työtään, tulevaisuutta toimintaansa tiedon ja sen hallinnan kautta. Uudistuva tiedonhallinnan tietoperusta, tietotyökalut, tiedon integraattiorakenteet vaativat meiltä koulutuksen tuottajilta jatkuvaa vuoropuhelua hoitotyön käytännön ja hallinnon kanssa. Osaamisen määrittelyn yhtenäisyys ja käytännöt vaativat meiltä systemaattista työskentelyä.

Tämä digitalisaation tuoma muutos viimeisten vuosikymmenten aikana terveydenhuollossa on edellyttänyt sairaanhoidajan opetussuunnitelmien sisällöllistä tarkastelua. Staggersin, Gassertin ja Curranin (2002) mukaan sairaanhoidajan kokemuksen ja koulutuksen perusteella tiedonhallinnan voi jakaa neljään eri tasoon,



SAIRAANHOITAJAN TIEDONHALLINNAN OSAAMISTASOT STAGGERSIN, GASSERTIN JA CURRANIN (2002) MUKAAN

Taso 1: Aloittavalla sairaanhoitajalla on perustiedot ja -taidot tiedonhallinnasta ja terveydenlukutaidosta sekä erilaisen teknologian käytöstä.

Taso 2: Kokeneella sairaanhoitajalla on oman erikoisalansa asiantuntijuus ja hän on hyvin taitava tiedonhallinnassa. Hän käyttää tietotekniikkaa työnsä tukena ja yhteistyössä tiedonhallintaan erikoistuneen sairaanhoitajan kanssa eri menetelmien parantamiseksi.

Taso 3: Tiedonhallintaan erikoistunut sairaanhoitaja on tiedonhallinnan asiantuntija, jolla on sekä hoitotyön että tiedonhallinnan koulutus. Hän osallistuu organisaatiossaan tietojärjestelmien kehittämiseen omaa asiantuntijuuttaan hyödyntäen.

Taso 4: Tiedonhallinnan innovaattori on tiedonhallinnan kehittäjä, joka tutkii ja kehittää teorioita sekä johtaa tiedonhallinnan käytäntöjä ja tutkimusta.

Näiden Staggersin ym (2002). viitoittamien osaamistasojen ja sairaanhoitajaliiton visiota (2015) kohden on hyvä koulutuksen kulkea. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan tieteenala on yhä vahvistuva erikoisala. Samalla sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnasta on tullut yhä vahvistuvat tutkimusala, joka asettaa sairaanhoitajallekin osaamistavoitteet.

HOITOTYÖN TIEDONHALLINNAN TULEVAISUUDEN VAATEET

Florence Nightingalen Sairaanhoidosta teoksen (alkuper. 1860-luku, suom.1964) sisältö jo toi esiin tiedon ja kirjaamisen merkityksen hoitotyön kehittämisessä. Florence Nightingale, Lady with the Lamp, edelläkävijänä näki tiedon merkityksen toimintojen kehittämisessä. Hän keräsi tilastoja, dokumentoi ja loi myös tieteellisessä mielessä luotettavaa tieteellistä tietoa hyödyntävän ajattelumallin sairaanhoitajan ammatin ja hoitamisen lähtökohdaksi. Nightingalen ajatukset voisi tiivistää seuraavasti: Tieto ja sen hallinta ytimessä, tieto hyvinvoinnin tukena.

Hoitotyön tiedon ja tutkimuksen kehittyessä syntyi vaade tiedonhallinnasta itsenäisenä tieteenalana. Hoitotyön tiedonhallinta (Nursing informatics) käsitteen synty on saanut alkunsa yhdysvaltalaisen hoitotyön tutkimuksesta. Ensimmäisten määritelmien mukaan käsitteen alkuperä koostuu kolmen tieteenalan integraatiosta: hoito-, informaatio- sekä tietojenkäsittelytiede (Graves & Corcoran 1989). Määritelmän mukaan Nursing Informatics, (NI) tavoitteena on helpottaa hoitotyön tiedon hallintaa ja prosessointia hoitotyössä syntyvän datan, informaation ja tietämyksen avulla. Yleinen International Medical Informatics Assosiation (IMIA) monialaisena terveys- ja sosiaalialan tiedonhallintaa tutkivana ja ohjaavana organisaationa määrittelee

hoitotyön tiedonhallinnan "Hoitotyön ja siihen liittyvän tiedon sekä hoitotyön tiedonhallinnan yhdistämistä tietojenkäsittelyn ja viestintätekniikan avulla. Tavoitteena on maailmanlaajuisesti tukea sekä yksilöiden että koko väestön terveyttä." (Mantas, Ammenwerth, Demiris, Hasman, Haux, Hersh, Hovenga, Lun, Marin, Martin-Sanchez, Wright 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön luomat strategiset linjaukset pyrkivät antamaan suuntaviivat kulloisessakin yhteiskunnallisessa tilanteessa tulevaisuudelle terveyden ja hyvinvoinnin arjen toteuttamiseen palvelujärjestelmässä. Tietoyhteiskuntalinjaukset, kuten Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategia (1995), Sitran Suomen tietoyhteiskuntamalli (2001), Tikesos (2005-2011), Sote-tieto hyvinvoinnin tukena strateginen linjaus (2014-2020) sekä STM:n strategia (2030) tietoympäristöjen kehittämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa, ovat selkeitä meneillään olevaa digiloikkaa edeltäneitä viitekehyksiä ja suunnitelmia. Tiedonhallinta ja tiedolla johtaminen ovat näiden linjausten ytimenä niin ammattilaiselle, palvelujärjestelmälle, koulutukselle kuin kansalaisellekin. Nämä ovat olleet tärkeitä jalustoja, koska tieto ja tiedonhallinta ovat osaamisen ytimenä digitoituneessa sosiaali- ja terveydenhuollon arjen palvelujen ympäristöissä.

Sairaanhoitajaliiton sähköisten palvelujen (2015) strategiassa korostetaan potilaan roolia asiakkaana. Hoitotyössä on tärkeä arvostaa asiakkaan tuottamaa tietoa. Asiakkaan sitoutumista omaan hoitoon tukee ammattilaisten kyky hahmottaa asiakkaan tuottamaa tietoa ja ottaa se osaksi asiakkaan hoidon toteutusta ja arviointia tukien asiakkaan osallisuutta ja kumppanuutta. Sairaanhoitajan on myös tärkeä hallita erilaisiin seurantavälineisiin liittyvää tietoteknologiaa, jonka avulla ammattilaiset voivat hyödyntää asiakkaansa ja hänen läheistensä tuottamaa ja eri tietojärjestelmistä saatavilla olevaa tietoa hoitotyössä. Heidän on merkityksellistä löytää juuri tälle asiakkaalle oikeat välineet ja ohjata, tukea sekä kannustaa asiakkaita sähköisten terveyspalvelujen ja eri teknologioiden käytössä.

Näyttöön perustuva hoitotyö on keskeinen tiedon käyttöön ja tietopohjaisuuteen perustuva terveydenhuollon toimintatapa. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön yhdistyy saatavilla oleva paras mahdollinen tieto, asiantuntijuus, potilaan tarpeet yhdistettynä hoitavan organisaation käytössä oleviin resursseihin ja toimintaympäristöön. (Pearson, Wiechula, Court & Lockwood 2005.) Näytön käyttöönoton vaatimus on tällä hetkellä ajankohtainen, kun suunnitellaan suuria rakenteellisia muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Näytön käyttöönotto huomioidaan hoitotyön päätöksenteossa, näytön käyttö eli yhtenäiset käytänteet organisaatiotasolla uudistuksissa ja näytön käyttö muutosprosessissa koko sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudessa. Koulutuksessa on tärkeä hahmottaa tämä suosituspohjainen toimintatapa sosiaali- ja terveydenhuollon opetus-, tutkimus- ja kehittämistyössä. (Jordan, Lockwood, Aromataris & Munn 2016, Korhonen, Korhonen, Jylhä & Holopainen, 2018.)

Sairaanhoitajan ammatti on yksi ammattien joukosta, jonka osaamis pääoman arvioidaan muuttuvan tulevaisuuden mukana (Linturi & Kuusi 2018). Työelämäosaamisen merkityksen muutos vuoteen 2035 kasvaa nopeimmin seuraavilla osaamisen-alueilla: digitaalisten ratkaisujen ja alustojen hyödyntämisaaminen, digitaalisten toimintojen hallinta- ja ohjaustaidot, asiakaslähtöinen palvelujen kehittämissaaminen, innovaatio-osaaminen, henkilökohtaisen osaamisen kehittäminen ja johtaminen, etä- ja virtuaalipalveluiden hallinta, robotiikkateknologian käyttötaidot, automaatioiden hallintaosaaminen, asiakaspalvelunhallintataidot, verkosto-, kumppanuus- ja sidosryhmäosaaminen ja moniammatillinen osaaminen. Keskeinen muutosvaikuttaja työelämäosaamisessa on digitalisaatioon liittyvä muutos. (Opetushallitus 2019.) Ennakointiosaaminen on keskeistä muuttuvassa yhteiskunnassa kaikilla ammattiryhmillä. Tulevaisuuden muutososaamisessa ennakoinnin hallitseva ammattilainen kykenee kartoittamaan tulevaisuuden vaihtoehtoja monialaisesti (Lehtoaro, Juujärvi & Sinervo 2019).



Kuva: National Cancer Institute on Unsplash

Osaamisen määrittelyn päivitys edellyttää jatkuvaa tutkivaa otetta osaamisen tarkastelussa. Sairaanhoidajatutkinnon opetussuunnitelman uudistuvat ja saavat uudet sisällöt, jotka pyrkivät vastaamaan ajan ja uudistuvan terveydenhuollon vaatimuksiin. Sairaanhoidaja-tutkinnon 180 opintosisällön osaamisvaatimukset alkavalla 2020-luvulla on jaoteltu 13 osaamisalueiden mukaisesti: 1. Ammatillisuus ja eettisyys, 2. Asiakslähtöisyys, 3. Kommunikointi ja moniammatillisuus, 4. Terveyden edistäminen, 5. Johtaminen ja työntekijyysoosaaminen, 6. Informaatioteknologia ja kirjaaminen, 7. Ohjaus- ja opetusosaaminen sekä omahoidon tukeminen, 8. Kliininen hoitotyö, 9. Näyttöön perustuva toiminta, tutkimustiedon hyödyntäminen ja päätöksenteko, 10. Yrittäjyys ja kehittäminen, 11. Laadun varmistus, 12. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja 13. Potilas- ja asiakasturvallisuus. (SH180 2020.) Hoitotyön tiedonhallinta on osa jokaista mainittua osaamisaluetta eri näkökulmista.

OSAAMISEN JATKUVA KEHITTÄMINEN

Korkeakoulun opetuksella on lakisääteinen tehtävä palvella työelämää, edistää aluekehitystä ja toteuttaa soveltavaa, uudistavaa tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa. Lisäksi tulee tarjota mahdollisuuksia jatkuvaan oppimiseen (Finlex 2014/932). Opettajan osaamisen uudistuminen muuttuvassa terveydenhuollon kentässä vaatii jatkuvaa ammattitaidon ylläpitoa (Rajalahti 2014; Rajalahti, Heinonen, Eloranta, Ahonen, Hinkkanen, Tiainen & Kinnunen 2020). Ammattikorkeakouluopettajan haasteita tärkeän ydintoiminnon eli työelämäyhteistyön ylläpidossa ovat jatkuvat muutokset työelämysuhteissa, monipuolisten taitojen hallinta hoitotyön opetuksessa, verkostotyö sekä digipedagogiikan uudistuminen (vrt. Töytäri 2019).

Tiedonhallinta on asemoitu alkujaan erityisesti sosiaali- ja terveysalalla sairaanhoidajien koulutuksessa hoitotyön dokumentaation opetukseen. Tiedonhallinnan tietoyvälineiden hallinta, tiedonhankinnan osaa-

minen ja osaamisen integroiminen hoitotyön käytäntöön ovat edellyttäneet hoitotyön opetuksessa vahvaa syventymistä aihealueeseen. Etenkin tutkimustiedon ja hoitotyön dokumentaation vahva osaaminen edellyttää opetuksessa jatkuvaa tietojen päivittämistä. Potilastietojärjestelmien tietorakenteiden sekä jatkuvasti uudistuvan teknologian taitaminen ja muutosten päivittämisen haasteet ovat ajankohtaisia ja jatkuvia. (Rajalahti 2014; Saranto, Kinnunen, Koponen, Kyytsönen, Hyppönen & Vehko 2020.)

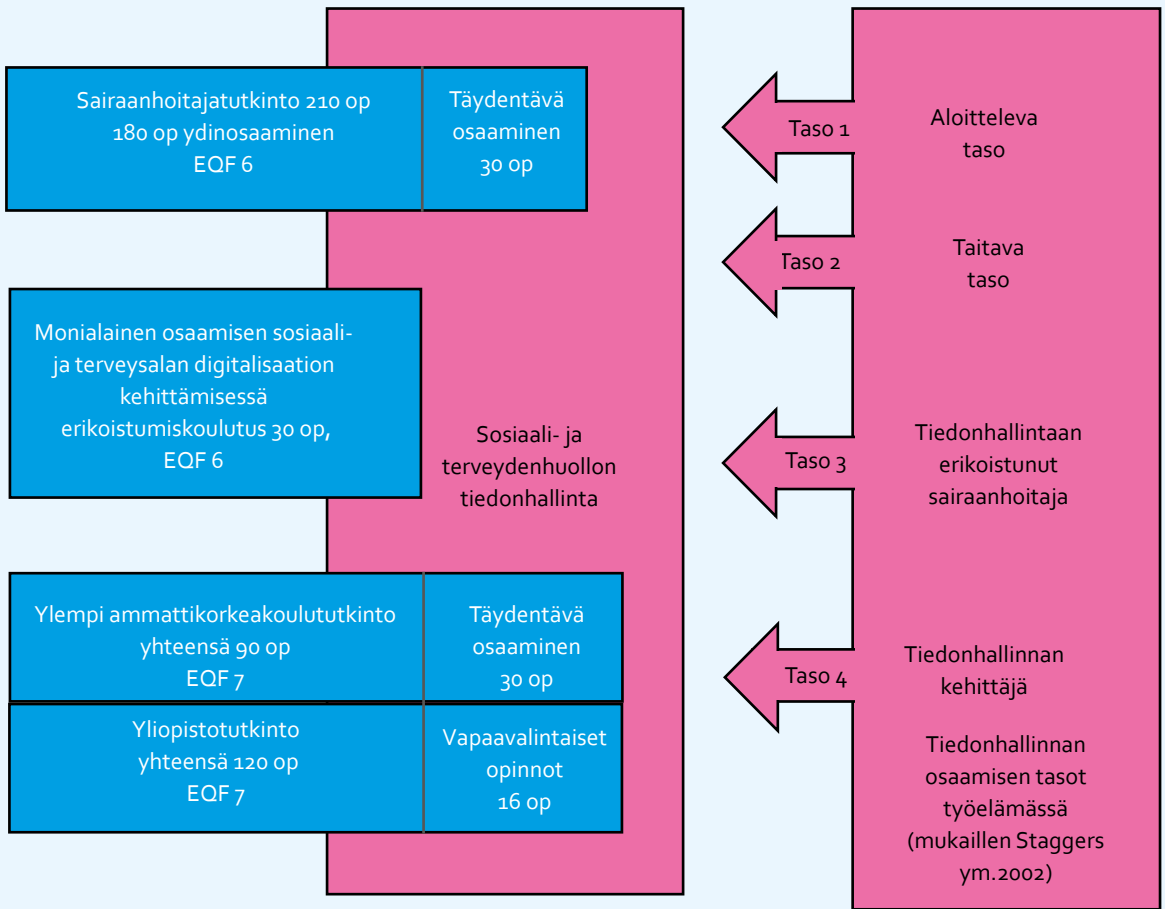
Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos on luonut uusia haasteita tiedonhallinnan opetukselle ja koulutukselle. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten palvelujen kehittäminen on osa sairaanhoitajan työtä. Sairaanhoitajien osallistuminen on siihen vähäistä eikä heillä ole ollut riittävästi osaamista. (Kinnunen ym. 2019.) Vaikuttavien ja asiakaslähtöisten sähköisten palvelujen kehittäminen vaatii uudenlaista osaamista ja työskentelyä monialaisissa ryhmissä. Koulutuksessa tulee kiinnittää huomio uudenlaisiin monialaisiin osaamisiin, joita palvelujen kehittäminen, palvelumuotoilu ja palvelujen uudistaminen edellyttävät hoitotyön käytännössä. (Ahonen 2020.)

Kansallisessa SotePeda 24/7 hankkeessa määriteltiin tiedonhallintaan painottuvia monialaisia soten digitalisaatioon liittyviä osaamisalueita. Nämä ovat: Perustieto- ja viestintätekninen osaaminen, verkkovuorovaikutusosaaminen, sähköinen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluosaaminen, ohjausosaaminen, terveyden ja hyvinvoinnin seurantaosaaminen, sosiaali- ja terveysalan tiedonhallinnan osaaminen, monitoimijuusosaaminen, eettinen osaaminen, palvelumuotoiluosaaminen, tiedolla johtamisosaaminen, tutkiva kehittävä työote ja yhteiskunnallinen osaaminen. (SotePeda-hanke 2020, Värri, Tiainen, Rajalahti, Kinnunen, Saarni & Ahonen 2020.) Tavoitteena on näiden osaamisalueiden sisällyttäminen sosiaali- ja terveysalan sekä sotepalveluja kehittävien Amk-koulutusten opetussuunnitelmiin.

Erikoistumisopintojen sisällöissä on myös tärkeää huomioida tiedonhallinnan monialainen osaaminen. Vallimies-Patomäki ryhmineen (2020) esittävät terveyden edistämisen, kuntouttavan työotteen, laadun ja potilasturvallisuuden, näyttöön perustuvan toiminnan, moniammatillisen verkostotyön, digitaaliset palvelut ja hoidon ohjauksen geneerisinä orientaatioina kuuluvan kaikille kliinisen hoitotyön erikoistumisaloille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

Kliinisten erikoistumisalojen lisäksi on mahdollisuus erikoistua sähköisten palvelujen kehittämiseen, missä tiedonhallinnan osaaminen on yksi keskeinen osaamisalue. Monialaisen erikoistumiskoulutuksen nimi on "Monialainen osaaminen sosiaali- ja terveysalan digitalisaation kehittämisessä", joka on 30 op. EQF6 tasolla. Erikoistumiskoulutuksen tavoitteena on, että opiskelijat saavuttavat tietoperustan, jolla he kykenevät toimimaan vaativissa asiantuntijatehtävissä monialaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen suunnittelu- ja kehittämistehtävissä. Tutkinto on suunniteltu myös sairaanhoitajien täydennyskoulutukseksi. (Erikoistumiskoulutus 2020.)

Sosiaali- ja terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon (YAMK) voi suorittaa asiantuntijuuteen (esimerkiksi kliininen asiantuntija) tai johtamiseen tähtäävällä suuntautumisella. Koulutusohjelmissa on vaihtelevasti sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan osaamista sisältäviä kokonaisia opintojaksoja. Tarjonta on lisääntymässä, koska aihepiiri ja työelämän osaamistarve on tunnistettu. Verkko-opetukseen on kiinnitetty huomioita avoimen ammattikorkeakoulun tarjonnassa ja erilaisissa hankkeissa. SotePeda 24/7 on tuotettu sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallintaan painottuvia uusia opintojaksoja, tiedonhallintaan suuntautuneita erikoistumisopintoja, joita voi jo hyödyntää henkilökohtaisessa opintopolun suunnittelussa. Tulevaisuudessa tarvitaan tälle alueelle erikoistuneita kehittäjiä ja tarve tällaisen opintopolun kehittämiseksi on selkeä. YAMK-koulutuksesta voi toivottavasti tulevaisuudessa valmistua maisteritason sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan kehittäjäksi (Kuvio1).



Kuvio 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan elinikäinen oppiminen sairaanhoitajakoulutuksen näkökulmasta (Staggars ym. (2002) mukailleen Ahonen & Rajalahti 2020).

POHDINTA

Sosiaali- ja terveydenhuolto on muuttunut vahvasti tietointensiiviseksi alaksi ja tämä vaatii myös henkilöstöltä erityisosaamista. Tiedonhallinnan osaamisen saavuttamiseksi terveysalalla jokaiselta edellytetään jatkuvaa itsensä ja osaamisensa kehittämistä. Tiedonhallinnan osaamisen opetusta on kaikissa eri tutkinnon tasoissa, mutta tämän päivän sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsee toimijoita, jotka ovat myös erikoistuneet tiedonhallinnan osaamiseen.

Hoitotyön kirjaaminen on ollut olennainen osa sairaanhoitajan työtä. Tietojärjestelmistä saatava kirjattu tieto on kehittänyt asiakkaan hoitoa ja hoidon suunnittelua. (Kinnunen ym. 2019, Saranto ym. 2020.) Kaikkien sairaanhoitajien viestintäteknologian ja tietojärjestelmien käytössä vaadittavaa osaamista on tärkeä vahvistaa, jotta he pystyvät hyödyntämään päätöksenteon tukea päättäessään sopivista ja tarkoituksenmukaisista menetelmistä hoitotyössä ja terveyden edistämisessä. Sairaanhoitajien rooli moniammatillisessa sähköisten terveyspalvelujen johtamisessa, koulutuksessa ja tutkimuksen kehittämisessä on merkityksellinen, koska sairaanhoitajat ovat laajin terveydenhuollon ammattiryhmä niiden käyttäjänä.

Opettajat ja opiskelijat uudistavat osaamistaan yhteisesti kehittämällä oppien Learning by Developing (LbD) vuorovaikutuksessa ympäristön ja eritasoisten verkostojen kanssa (Raij & Niinistö-Sivuranta 2011). Yhteisen kehittämisen kontekstissa perinteiset rajat ylittyvät ja osallistuja jäsentää tietoaan ja osaamistaan uudelleen (Carlile 2004). Hankeissa syntyy uutta tietoa, uuden tiedon luomisprosesseissa opetuksen, opetussuunnitelman sisältöjä, uudenlaista osaamista kuten tiedonhallinnan osaamista (Fawcett, & Desanto-Madeya 2013, Rajalahti 2014, Värri ym 2020). Tämän kaltainen oppiminen on merkityksellistä ja ammattikorkeakouluille ominainen tapa tuottaa osaamista.

Tiedonhallinnan osaamisen varmistaminen eri koulutustasoille on tärkeä tavoite opetustyössä toimiville. Sairaanhoidajan perustutkintoon on määritelty tiedonhallinnan osaamistavoitteet (180 op opetussuunnitelma) ja niiden päivittämisen tärkeys on hoitotyön tiedonhallinnan opetuksessa toimivien vastuulla. Tärkeää on luoda uusia urapolkuja ja vastata näin yhteiskunnan osaamisvaatimusten täyttymiseen luomalla koulutuksia, täydennyskoulutusta, erikoistumiskoulutusta ja mahdollisia uusia ammattiryhmiä YAMK-koulutuspolulla ja yliopistokoulutuksessa Staggerin mallin (2002) vaatimusten mukaisesti. Tiedonhallinta on yhä laajeneva osaamisalue uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukentässä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tarvitsevat kehittäjiä, asiantuntijoita tai johtamiseen painottuvia ammattilaisia ja sairaanhoitajakoulutuksen tulee varmistaa tiedonhallinnan osaamisalueelle uusia taitavia sairaanhoitajia.

Lähteet

Ahonen O, Kouri P, Liljamo P, Granqvist H, Junttila K, Kinnunen U-M, Kuurne S, Numminen J, Salanterä S, Saranto K. The eHealth Strategy for the Finnish Nursing Association 2015 [Internet] 2016 Jan. https://www.nurses.fi/@Bin/237208/eHealth_RAPORTTI+ ENGLANTI.pdf

Ahonen, O. 2020. Opiskelijan osaamisen arviointimittarin kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten palvelujen monialaisessa kontekstissa. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto, no 213. Väitöskirja. Kuopion kampus.

Ahonen, O., Kinnunen, U., Kouri, P., Liljamo, P., Saranto, K. & Laurea-ammattikorkeakoulu. 2016. Sähköisten terveyspalveluiden strategia hoitotyöhön: Nyt on sen implementoinnin aika. Suomen Telelääketieteen ja eHealth seura. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkäsittely-yhdistys.

Carlile P.R. 2004. Transferring, Translating, and Transforming: An Integrative Framework for Managing Knowledge Across Boundaries. *Organization Science*;15(5):555-568. doi:10.1287/orsc.1040.0094.

Castells, M., Himanen, P. & Kempainen, J. 2001. Suomen tietoyhteiskuntamalli. Helsinki: WSOY.

Fawcett, J & Desanto-Madeya, S. 2013. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. 3rd ed. F. A. Davis Co, Philadelphia, PA, USA.

Finlex. 2014. Ammattikorkeakoululaki. 932/2014 Luettu 23.4.2020. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20140932#a28.12.2018-1368>

Graves, J.R. & Corcoran, S. A. 1989. The Study of Nursing Informatics. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 21, No. 4, 227–231.

Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. 2016. The updated JBI model for evidence-based healthcare. The Joanna Briggs Institute.

Kinnunen UM, Heponiemi T, Rajalahti E, Ahonen, O, Hyppönen H. 2019. Factors Related to Health Informatics Competencies for Nurses-Results of a National Electronic Health Record Survey. *Comput Inform Nurs.* 2019 Feb 7. doi: 10.1097/CIN.0000000000000511.

Korhonen, A., Korhonen, T., Jylhä, V. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta: Tarpeesta tuloksiin. Helsinki: Skhole Oy.

Lehtoaro, S., Juujärvi, S & Sinervo, T. 2019. Sähköiset palvelut ja palvelujen integraatio haastavat osaamisen: Sote-ammattilaisten näkemyksiä tulevaisuuden osaamistarpeista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Linturi, R. & Kuusi, O. 2018. Suomen sata uutta mahdollisuutta 2018–2037. Yhteiskunnan toimintamallit uudistava radikaali teknologia. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 1/2018. Helsinki: Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta. Luettu 5.6.2020. https://www.eduskunta.fi/FI/tietoaeduskunnasta/julkaisut/Documents/tuvj_1%2B2018.pdf.

Mantas J, Ammenwerth E, Demiris G, Hasman A, Haux R, Hersh W, Hovenga E, Lun KC, Marin H, Martin-Sanchez F, Wright G. 2010. IMIA Recommendations on Education Task Force. Recommendations of the International Medical Informatics Association (IMIA) on Education in Biomedical and Health Informatics. First Revision. *Methods Inf Med.* 2010 Jan 7;49(2):105–120. Luettu 18.3.2020. <https://doi.org/10.3414/ME5119>

Nightingale, F. 1964. Sairaanhoidosta. Suomentanut Aune Brotherus. Kolmas painos. Porvoo: WSOY, SHKS.

Opetushallitus 2019. Osaaminen 2035. Osaamisen ennakoitifoorumien ensimmäisiä ennakoitintuloksia. Raportit ja selvitykset 2019:3. Luettu 05.06.2020. <https://www.oph.fi/fi/tilastot-ja-julkaisut/julkaisut/osaaminen-2035>

Pearson, A., Wiechula, R., Court, A. & Lockwood, C. 2005. The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 3(8): 207–215.

Raij K & Niinistö-Sivuranta, S. (toim.) Kehittämispohjaista oppimista: LbD-opas. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu; 2011.

Rajalahti, E. 2014. Terveysalan opettajien tiedonhallinnan osaamisen uudistaminen. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto, no 89. Väitöskirja. Kuopion kampus.

Rajalahti, E., Heinonen, J., Eloranta, S., Ahonen, O., Hinkkanen, L., Tiainen, M., & Kinnunen, U.-M. 2020. Ammattikorkeakouluopettajien monialainen sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan osaaminen. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 12(3), 198-211. <https://doi.org/10.23996/fjhw.91541>

Reponen, J., Kangas, M., Hämäläinen, P. & Keränen, N. 2015. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014: Tilanne ja kehityksen suunta. Helsinki : Oulu: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL ; Oulun yliopisto.

Saranto, K., Kinnunen, U.-M., Koponen, S., Kyytsönen, M., Hyppönen, H., & Vehko, T. 2020. Nurses' competences in information management as well as experiences in health and social care information system support for daily practice. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 12(3), 212-228. <https://doi.org/10.23996/fjhw.95711>

SH180 hanke 2019. Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. Luettu 09.06.2020. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2020/01/15/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1995. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategia. Työryhmämuistioita 1995:27

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Uusia käytäntöjä ja rakenteita näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen kehittämiseen. Ehdotukset työelämälle ja koulutukselle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:3 2020. Luettu 09.06.2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162120/STM_2020_3_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SotePeda 24/7 -hanke. Hankkeen www-sivut. Luettu 25.5.2020. Saatavilla: <http://sotepeda247.fi/hanke/>

Staggers N, Gassert CA, Curran C. A Delphi study to determine informatics competencies for nurses at four levels of practice. Nurs Res 2002;51:383–90.

Värri, A., Tiainen, M., Rajalahti, E., Kinnunen, U-M, Saarni, L. & Ahonen, O. 2020. The Definition of Informatics Competencies in Finnish Healthcare and Social Welfare Education in Pape-Haugaard, L.B. et al. (Eds.), Proceedings of MIE2020, Digital Personalized Health and Medicine. Pp. 1143-1147. Doi:10.3233/SHTI200341.



Kirjoittajat

Teija-Kaisa Aholaakko työskentelee Laureassa yliopettajana ja vastaa Masters' in Global Health and Crisis Management –tutkinnosta. Hänen tutkimusintressejään liittyvät infektioiden ehkäisyyn ja kontrollointiin sekä hoitotyössä tarvittavien kompetenssien kehittymiseen.

Outi Ahonen, yliopettaja, työskentelee Laureassa vastuualueenaan digitaalisten palveluiden sekä tiedonhallinnan opetus, tutkimus ja kehittäminen. Tällä hetkellä hän toimii mm. SotePeda 24/7 hankkeen projektipäällikkönä.

Mika Alastalo työskentelee hoitotyön lehtorina Laurea-ammattikorkeakoulun Tikkurilan kampuksella. Viime vuosina hän on kehittänyt valtakunnallisessa hankkeessa sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamisen arviointia.

Anna-Kaisa Hankaniemi työskentelee lehtorina Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen kampuksella. Hänen vastuullaan ovat hoitotyön ja terveydenhoitotyön koulutus.

Pirjo Huikko työskentelee lehtorina Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen kampuksella. Hänen vastuullaan ovat hoitotyön ja terveydenhoitotyön koulutus.

Mikko Häkkinen työskentelee yliopettajana Laurea-ammattikorkeakoulussa. Hänen erityisalaansa on vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä ja johtamisessa.

Jorma Jokela toimii yliopettajana Hyvinkää kampuksen TKI-yksikössä ja opettajana Masters in Global health and Crisis Management –kurssilla Tikkurila kampuksella. Hän on filosofian tohtori, terveydenhuollon liseniaatti ja maisteri sekä toimii osa-aikaisesti dosenttina Maanpuolustuskorkeakoulussa opetusalanana simulaatiopedagogiikka.

Reija Korhonen työskentelee hoitotyön lehtorina Laurea ammattikorkeakoulussa Otaniemen kampuksella. Työtehtävät painottuvat moniammatilliseen projektityöskentelyyn- ja ohjaukseen, hanketyöhön ja pedagogiseen kehittämiseen.

Jaana Kotila työskentelee hoitotyön kliinisenä asiantuntijana HUS Neurokeskuksessa ja on Laurea-ammattikorkeakoulun alumni. Hänen vastuullaan on näyttöön perustuvan toiminnan jalkauttaminen ja kehittävä tutkimustoiminta.

Pia Lahtinen työskentelee lehtorina Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen kampuksella. Hänen vastuullaan ovat hoitotyön ja terveydenhoitotyön koulutus.

Irene Latva-Korpela työskentelee Laurea-ammattikorkeakoulussa lehtorina sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksessa. Hän on terveyden edistämisen ja ohjauksen asiantuntija sekä toimii terveydenhoitajakoulutuksen tutkintovastaavana.

Anne Makkonen työskentelee hoitotyön lehtorina Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan kampuksella. Sanna Mikkola työskentelee Laureassa hoitotyön lehtorina

Tarja Meristö on yliopettaja (hyvinvointi ja liiketoimintaosaaminen) ja vetää Laurean FuturesLab CoFi –tutkimusryhmää. Tarja Meristö on erikoistunut tulevaisuuden tutkimukseen, ennakointiin ja skenaariotyöskentelyyn.

Riikka Mulder työskentelee Degree Programme in Nursing –tutkinnon tutkintovastaavana ja hoitotyön lehtorina Laurea-ammattikorkeakoulun Tikkurilan kampuksella. Hänen vastuullaan ovat Degree Programme in Nursing tutkintoon liittyvät asiat

Minna Nikula työskentelee lehtorina Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen kampuksella. Hänen vastuullaan ovat hoitotyön ja terveydenhoitotyön koulutus.

Anna Niskanen työskentelee sosiaali- ja terveysalan opettajana Espoon seudun koulutuskuntayhtymä Omniassa. Artikkelin kirjoittamisen aikaan hän työskenteli hoitotyön lehtorina Laurea-ammattikorkeakoulussa.

Anna Ojala työskentelee lehtorina Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen kampuksella. Hänen vastuullaan ovat hoitotyön ja terveydenhoitotyön koulutus.

Sanna Partamies työskentelee kehityspäällikkönä Laurea-ammattikorkeakoulussa. Hän on ollut alusta asti mukana sairaanhoitajaopiskelijoiden valtakunnallisessa hankkeessa kehittämässä sairaanhoitajakoulutusta.

Elina Rajalahti yliopettaja emerita on työskennellyt Laureassa pitkään vastuualueenaan digitaalisten palveluiden sekä tiedonhallinnan opetus, tutkimus ja kehittäminen. Viimeksi hän on toiminut näissä tehtävissä ylemmissä ammattikorkeakoulututkinnoissa

Susanne Rosenqvist työskentelee sosiaali- ja terveydenhuollon konsulttina Nordic Health Care Groupilla. Hänen työnkuvansa kattaa laaja-alaisesti kaikenlaisen sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvän kehittämissuorituksen.

Piia Silvennoinen työskentelee yliopettajana Laurea-ammattikorkeakoulussa. Hän toimii Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveysalan muutoksessa YAMK-koulutuksen vastuupettajana.

Emmaculate Tamankag työskentelee Lehtorina Laurea-ammattikorkeakoulussa. Hänen erikoisalaansa on hoitotyö.

Liisa Toivanen on koulutukseltaan sairaanhoitaja (ylempi AMK). Hän työskentelee apulaisosastonhoitajana Haartmanin päivystyspoliklinikalla, jossa hänen vastuullaan ovat kehittämiseen liittyvät asiat.”

Jonna Vierula työskentelee lehtorina terveysalalla Laurea-ammattikorkeakoulun Tikkurilan kampuksella. Tällä hetkellä hän työskentelee AMK-valintakokeen kehittämis- ja tutkimustehtävissä



AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences



TÄSSÄ SAIRAANHOITAJAN JA KÄTILÖN JUHLAVUODEN 2020 JULKAISUSSA Laurea-ammattikorkeakoulun entiset ja nykyiset opiskelijat ja opettajat esittelevät sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työn oppimista, opettamista ja tutkivaa kehittämistä käsitteleviä kehittämistöitä ja katsauksia. Artikkeleissaan kirjoittajat osoittavat asiantuntijuutta ja osoittavat sitoutuneisuutta hoitotyön ja terveydenhoitotyön ammattien tutkivaan kehittämiseen.

Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien työn ja koulutuksen kehittäminen kohdistuu sekä historiallisesti tärkeisiin että ajankohtaisiin hoitotyön haasteisiin. Vuosisataisina teemoina ovat olleet koulutuksen kehittäminen suhteessa yhteiskunnallisiin tarpeisiin, tietojen ja taitojen ja kartuttaminen, ja ihmisen kunnioittava kohtaaminen. Työssään sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat lisäävät potilaidensa ja asiakkaidensa hyvinvointia ja vähentävät heidän kärsimyksiään. He hyödyntävät laaja-alaista osaamistaan, ammatillista eetostaan ja nykyaikaista teknologiaa yksilöiden ja yhteiskunnan hyväksi.