



Heli Kähkönen

PÄIVYSTYSHOITOTYÖN OSAAMINEN – TARKASTELUSSA KAKSI ETELÄ- SUOMALAISTA PÄIVYSTYSTÄ

Opinnäytetyö

Akuutin hoitotyön koulutus YAMK

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

2021





Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu

Tutkintonimike	Ensihoitaja YAMK
Tekijä	Heli Kähkönen
Työn nimi	Päivystyshoitotyön osaaminen – tarkastelussa kaksi eteläsuomalaista päivystystä
Toimeksiantaja	Kohdeorganisaatio
Vuosi	2021
Sivut	41 sivua, liitteitä 22 sivua
Työn ohjaaja(t)	Niina Eklöf

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien itsearvioitua päivystyshoitotyön osaamista kahdessa eteläsuomalaisessa erikoissairaanhoidon päivystyksessä ennen näiden päivystysten yhdistymistä. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää päivystyshoitotyön osaaminen ennen yhdistymistä ja saada tietoa, jolla kehitetään yhdistyvien päivystysten sairaanhoitajien päivystyshoitotyön osaamista.

Tämä opinnäytetyö kohdennettiin kahden erikoissairaanhoidon päivystyksen sairaanhoitajille ja siinä käytettiin Lira Lankisen (2013, 115–120) väitöskirjassaan luomaa päivystyshoitotyön osaaminen -mittaria. Osaamisalueisiin oli 93 kysymystä, joissa vastaajan oli tarkoitus VAS-janalle merkitä oma osaamisensa. VAS-janan asteikko oli 0–100. Opinnäytetyön otoksena olivat eteläsuomalainen päivystys 1 (n = 86) ja eteläsuomalainen päivystys 2 (n = 32) ja näissä päivystyksissä listoilla olevat sairaanhoitajat (N = 118). Aineisto analysoitiin SPSS Statistics -ohjelmalla. Aineisto kuvailtiin tarkastelemalla muuttujia yleisimmillä tunnusluvuilla: frekvensseillä ja prosenttijakaumilla. Niiden lisäksi tarkasteltiin keskiarvoa ja keskihajontaa.

Päivystyshoitotyön osaaminen -mittariin vastasi yhteensä 32 sairaanhoitajaa. Kokonaisvastausprosentti oli 27 %. Tutkimustulokset raportoitiin tutkimuskysymysten mukaisesti. Päivystyshoitotyön itsearvioidun osaamisen keskiarvo oli 80,16. Päätöksenteko-osaamisen keskiarvo oli 80,92, kliinisen osaamisen keskiarvo oli 80,85, vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisen keskiarvo oli 84,35, ohjausosaamisen keskiarvo oli 75,79 ja eettisen osaamisen keskiarvo oli 78,66. Tässä opinnäytetyössä tavoiteltava taso oli 80, joten osaaminen jäi alle tavoitellun tason ohjaus- ja eettisessä osaamisessa. Näihin olisikin eniten tarve saada lisäkoulutusta.

Asiasanat: päivystys, osaaminen, sairaanhoitaja

Degree	Master of Health Care
Author	Heli Kähkönen
Thesis title	Emergency nursing competence – analysis of two Southern Finnish EDs
Commissioned by	the Trust
Time	April 2021
Pages	41 pages, 22 pages of appendices
Supervisor	Niina Eklöf

ABSTRACT

The purpose of this study was to describe the emergency nursing competence of the Staff Nurses in two tertiary referral center emergency departments in Southern Finland before these two emergency departments merge. The aim of this study was to examine the self-evaluated competence before the merger and to get information to enhance the staff nurses' emergency nursing competence.

This study was targeted at staff nurses in two tertiary referral center emergency departments. The emergency nursing competence survey designed by Iira Lankinen (2013, 115–120) was used. There were 93 questions where the respondent had to self-evaluate their competence on a VAS scale 0–100. The population included two emergency departments in Southern Finland: emergency department 1 (n = 86) and emergency department 2 (n = 32) and the staff nurses (N = 118) in these two emergency departments. Data were analysed using SPSS. Demographic data and individual survey items were summarised using descriptive statistics (i.e. frequency, mean, standard deviation).

There were 32 staff nurses that completed the emergency nursing competence survey. The response rate was 27 %. The results were reported as per study question. The mean for self-evaluated emergency nursing competence was 80,16. The mean for competence in decision making was 80,92, the mean for clinical competence was 80,85, the mean for interaction and collaboration was 84,35, the mean for guiding competence was 75,79 and the mean for ethical competence was 78,66. In this study, the level was 80. The study showed that the guiding competence and ethical competence were under the aimed level which is why it would be important to get some more training in these.

Keywords: emergency department, competence, nurse

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	7
2.1	Viitekehysten tiedonhaku	9
2.2	Sairaanhoitajan päivystysoitotyön osaamisen osa-alueet	11
2.2.1	Päätöksenteko-osaaminen	11
2.2.2	Kliininen osaaminen	13
2.2.3	Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen	15
2.2.4	Ohjausosaaminen	16
2.2.5	Eettinen osaaminen	17
3	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS	18
4	MENETELMÄT	18
4.1	Aineiston keruu	18
4.2	Aineiston analyysi	19
5	TULOKSET	20
5.1	Päätöksenteko-osaaminen	22
5.2	Kliininen osaaminen.....	22
5.3	Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen	23
5.4	Ohjausosaaminen.....	24
5.5	Eettinen osaaminen	25
6	POHDINTA.....	26
6.1	Tulosten pohdinta	26
6.1.1	Päätöksenteko-osaaminen	27
6.1.2	Kliininen osaaminen	28
6.1.3	Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen	29
6.1.4	Ohjausosaaminen	30
6.1.5	Eettinen osaaminen	31
6.2	Luotettavuus	31

6.3	Eettisyys	33
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	34
6.5	Tulosten hyödynnettävyys	35

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Työkokemus terveydenhuoltoalalla ja osaamisen osa-alueittain

1 JOHDANTO

Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) 50. §:ssä tarkoitettua kiireellistä hoitoa on saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina joko kiireettömän hoidon yhteydessä tai erillisessä päivystyksen toteuttamista varten suunnitellussa ympäri vuorokauden toimivassa päivystyksyksikössä. Kunnan tai kuntayhtymän tehtäviin kuuluu huolehtia tästä. Jos potilaan terveydentila ja toimintakyky sekä sairauden tai vamman ennakoitavissa oleva kehitys huomioiden ei hoitoa voi kiireellisyyden vuoksi siirtää seuraavaan päivään tai viikonlopun yli tai jos kiireellisen hoidon toteutuminen muualla on epävarmaa, on potilas otettava hoidettavaksi päivystyksyksikössä. Moniammatillisen henkilökunnan, jolla on riittävä koulutus ja työkokemus ja joka tuntee alueen olosuhteet ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuden, on oltava päivystyksyksikön käytössä. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja erikoisalakohtaisista edellytyksistä 2017.)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta (Valvira) haetaan oikeutta harjoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön kuten sairaanhoitajan ammattia. Terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuus on ylläpitää ja kehittää ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtyä ammattitoimintansa säännöksiin ja määräyksiin. Terveydenhuollon ammattihenkilön työnantajan puolestaan tulee seurata ammattihenkilöiden ammatillista kehittymistä ja luoda edellytykset sille, että terveydenhuollon ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen ja muilla ammatillisen kehittymisen menetelmillä ylläpitää ja kehittää tietojaan ja taitojaan harjoittaakseen ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 15. § ja 18. §; Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.)

Päivystyksen sairaanhoitajan kliinistä osaamista kartoitettiin Paakkosen (2008, 54, 185) väitöskirjassa. Siinä tuotiin esille erityiset kehittämiskohteet patofysiologian tunteminen, hoidontarpeen arvio sekä päivystyspoliklinikan tilanneosaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän raportti yhtenäisistä päivystyshoidon perusteista ehdottaakin päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan erityispätevyysohjelmaa, jonka tavoitteena on antaa valmiuksia päivys-

tyspoliklinikan hoidon tarpeen arvioon, potilaiden seurantaan ja hoitoon sekä päivystyksen potilastilanteen hallintaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 31). Griffin ja Melby (2006) raportoivat tutkimuksessaan sairaanhoitajien oikean päivystyshoitotyön osaamisen olevan hyödyllistä. Se muun muassa lyhentää odotusaikaa, hoito on jatkuvaa ja vakioitua ja kustannustehokkuus säilyy. (Dag ym. 2019, 308.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien päivystyshoitotyön osaamista kahdessa eteläsuomalaisessa erikoissairaanhoidon päivystyksessä ennen näiden yhdistymistä. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää päivystyshoitotyön osaaminen ennen yhdistymistä ja saada tietoa, jolla kehitetään yhdistyvien päivystysten sairaanhoitajien päivystyshoitotyön osaamista.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Viitekehystä varten tehtiin tiedonhaku. Viitekehys esitetään rakenteellisesti käyttäen lra Lankisen väitöskirjassaan määrittämiä osa-alueita. Nämä päivystyshoitotyön osaamisen osa-alueet ovat päätöksenteko, kliininen, vuorovaikutus- ja yhteistyö, ohjaus ja eettinen. (Lankinen 2013, 35–36.) Tämä viitekehys sisältää käsitteen määrittelyn, perusteet, lainsäädännöt ja muut ohjeet sekä aikaisemmat tutkimukset aiheesta.

Osaamisen perustana terveydenhuollossa on jatkuvasti uusiutuva, laaja-alainen, monitieteinen tietoperusta sekä käytännöllinen osaaminen ja sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset taidot (Opetusministeriö 2006, 63). Sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu osaamisista, joita ovat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö ja sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus (Eriksson ym. 2014, 35). Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY on asettanut vaatimukset yleissairaanhoitajan koulutukselle ja ammattipätevyyden tunnustamiselle. Sairaanhoitajan koulutuksessa on otettu tämä huomioon (Opetusministeriö 2006, 71).

Sairaanhoidaja hoitotyön asiantuntijana työskentelee erilaisissa toimintaympäristöissä kuten perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalihuollossa sekä yksityisen ja kolmannen sektorin alueilla (Opetusministeriö 2006, 63). Suomessa kaikille sairaanhoitajatutkinnon suorittaville varmistetaan yhteisten opintopistemäärien (180 op) ja ammatillisen osaamisen kuvauksen myötä yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan pätevyys. Suomalaisen sairaanhoitajatutkinnon laajuus on 210 opintopistettä, jossa sairaanhoitajaksi opiskeleva laajentaa osaamistaan 30 opintopisteen opintokokonaisuudella valitsemaltaan hoitotyön erityisalueella. (Eriksson ym. 2014, 73.)

Yleistä sairaanhoitajan osaamista on tutkittu esimerkiksi Meretojan (2003, 38) Nurse competence scalen (sairaanhoitajan osaaminen mittari) avulla. Joissain maissa, esimerkiksi Uudessa Seelannissa, Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa, on sairaanhoitajalle luotu päivystyshoitotyön osaamisen standardit. Päivystyshoitotyön osaamisvaatimukset kuitenkin vaihtelevat maittain. (College of emergency nurses 2016, 12; Faculty of emergency nursing 2019; Emergency nurses association s.a.) Valtioneuvoston asetuksen (583/2017) mukaan kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä kiireellisen hoidon antamista varten tulee olla tarvittava määrä osaavaa terveydenhuollon ammattihenkilöstöä. Anderssonin ym. tutkimuksen mukaan terveydenhuollon johtajien täytyy olla tietoisia vastuustaan luoda edellytykset klinisen työn tekijöille oppia jokapäiväisessä työssään vaaditut osaamiset (Andersson ym. 2014, 86).

Päivystyksessä usein tarvittavat käytännöt pitäisi määritellä. Määritellyt käytännöt toimivat ohjenuorana, mitä taitoja ja tietoa päivystyksen sairaanhoitaja tarvitsee. Sitä kautta voidaan luoda myös päivystyksen sairaanhoitajille toimen standardit ja osaaminen. (Dag ym. 2019, 313.) Koska päivystyksen sairaanhoitaja on kansainvälisesti tunnistettava ammatti, on joissain maissa (mm. Uusi Seelanti, Australia, Iso-Britannia, Yhdysvallat ja Kanada) luotu heille oma yhdistys, joka tukee potilaiden turvallista hoitoa päivystyksessä (Jones ym. 2015, 200).

Osaamisen tason määrittely on aiemmissa tutkimuksissa vaihdellut. Hoidon tarpeen arviointi (= triage) arvioitiin korkeaksi, jos tulos oli yli 80 % (Duko 2019). Päivystyksen perustietouden arviointityökalussa (ED-BKAT2) peruspe-

rehdytyksen jälkeen odotettiin keskimääräisiä tuloksia, jos arviointityökalusta sai 81–82 % (Toth 2013, 241). 80 % tai korkeampaa tulosta pidettiin riittävänä osaamisena kivunhoidosta (Moceri 2014, 8).

Lankinen on väitöskirjassaan määritellyt päivystyshoitotyön osaamisen. Määrittelyn mukaan päivystyshoitotyön osaamiseen kuuluvat päätöksenteko-, kliininen, vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen, ohjaus- sekä eettinen osaaminen. (Lankinen 2013, 35–36.) Näitä osaamisen alueita myös Nummelin (2009, 15) käytti tutkiessaan päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon- tarvetta ja Puhtimäki (2007, 7) tutkiessaan sairaanhoitajan tarvitsemaa hoitotyön ammatillista osaamista päivystyspoliklinikalla. Jokela (2014, 16) oli korvannut ohjausosaamisen tiedollisella osaamisella määrittäessään hätätilapoti- laan hoitotyön osaamisalueet päivystyshoitotyössä. Hänellä oli lisänä vielä kirjaamis- ja raportointiosaaminen viiden edellä mainitun osaamisalueen lisäksi. Lång (2013, 8) puolestaan huomioi aiemmissä tutkimuksissa mainitun vain päätöksenteko-, kliinisen, ohjaus- ja eettisen osaamisen ja jätti vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisen kokonaan pois. Hänen tutkimuksensa tarkoitus oli kuva- vata sairaanhoitajien käsityksiä ammatillisesta osaamisesta yhteispäivystyk- sessä. Kaikki edellä mainitut tutkimukset on tehty somaattisesti sairaiden ai- kuispotilaiden päivystyshoitotyöstä.

2.1 Viitekehyksen tiedonhaku

Viitekehyksen kirjallisuuskatsausta varten tehtiin alustavaa tiedonhakua tam- mikuussa 2020 ja lopullinen tiedonhaku tammikuussa 2021. Kotimainen Medic ja kansainväliset Cinahl ja MedLine ovat yleisimpiä hoitotieteellisiä julkaisuja sisältäviä tietokantoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 96). Tiedon- hakuja tehtiin tietokannoista Cinahl ja Medic sekä PubMed. Viimeisin on Med- Line-tietokannan ylläpitäjän oma vapaasti käytettävissä oleva käyttöliittymä (Stolt ym. 2015, 45). Tiedonhakuun apua saatiin myös Terveystieteiden kes- kuskirjaston informaattikolta.

Cinahlista hakuja tehtiin sanoilla “emergency department” AND nurs* AND competence vuosien 2011–2021 välillä ja englanninkielisiä tekstejä. Näillä hakusanoilla tuloksia löytyi 240, joista pelkän otsikon jälkeen valikoitui 32 teks- tiä. Moni artikkelista otsikon perusteella koski lapsipotilaita, mielenterveyspo-

tilaita tai osaamista, joka ei Suomessa kuulu sairaanhoitajan tehtäviin, esimerkiksi ultraäänen käyttö kanyloinnissa tai edistyneempää hoitotyötä, esimerkiksi nurse practitioner, jota toimenkuvaa ei Suomessa ainakaan toistaiseksi ole. Tämän vuoksi ne karsiutuivat. Tiivistelmien lukemisen jälkeen jäljellä oli 13 artikkelia. Koko tekstin jälkeen jäljellä oli yhdeksän artikkelia. Samoja hakusanoja käytettiin myös PubMedissä. Aikarajana pidettiin 10 vuotta ja kielenä englantia. Siellä tulokset olivat vastaavia. Hakusanoilla artikkeleita löytyi 331, joista pelkän otsikon jälkeen valikoitui 39 ja tiivistelmän jälkeen jäljellä oli 23 artikkelia. Koko tekstin jälkeen jäljelle jäi 13 artikkelia, joista kuusi oli samaa kuin Cinahl kautta. Medicissä valittiin alkuun englanninkielisiä vaihtoehtoja ("emergency department", nurs* ja competence) vastaavat sanat päivystys AND hoit* AND osaaminen. Sitten lisättiin vielä englanninkieliset vastineet "emergency department", nurs* ja competence. Näillä sanoilla saatiin 29 osumaa. Myös Medicissä haut olivat viimeiseltä 10 vuodelta. Medicistä otsikon ja tiivistelmän jälkeen oli kolme osumaa, joista kaksi oli artikkeleja ja yksi loppu-töitä (väitöskirja). Koko tekstin jälkeen jäljelle jäi väitöskirja. Lisäksi suoritettiin manuaalista hakua valittujen artikkelien lähdeluetteloista (Stolt ym. 2015, 27). Opinnäytetyöhön valikoidut artikkelit käsittelivät päivystyksen sairaanhoitajien osaamista hoitajien, hoitotyön johtajien ja potilaiden arvioimana. (Taulukko 1.) Liitteessä 1 on kuvattu tiedonhaku tarkemmin.

Taulukko 1. Tiedonhaku

Tieto- kanta	Hakusanat	Rajauk- set	Hakutu- lokset	Otsi- kon jälkeen	Tiivistel- män jäl- keen	Koko tekstin jälkeen
Cinahl	"emergency department" AND nurs* AND com- petence	2011- 2021	240	32	13	9
Pubmed	"emergency department" AND nurs* AND com- petence	Publica- tion da- tes 10 years	331	39	23	13
Medic	"emergency department" päiv* AND nurs* sai- raanhoit* AND competence osaaminen	2011- 2021	29	3	3	1

2.2 Sairaanhoitajan päivystyshoitotyön osaamisen osa-alueet

2.2.1 Päätöksenteko-osaaminen

Tässä opinnäytetyössä päätöksenteko-osaamisella tarkoitetaan potilaan hoitoon liittyviä valmisteluja ennakoilmoitukseen perusteella, potilaan tilan arvioimista hänen saavuttuaan päivystykseen ja odottaessaan hoitoa, potilaan sijoittamista päivystyksessä ja tietojen keräämistä potilasta haastatteleamalla, havainnoimalla sekä erilaisilla apuvälineillä. Lisäksi päätöksenteko-osaamisella tarkoitetaan toimimista erilaisissa poikkeustilanteissa ja hoitoa koskevien näätösten tekoa itsenäisesti yhdessä potilaan kanssa yhdessä

kollegan kanssa tai lääkärin määräyksiin perustuen. (Lankinen 2013, 115–116.)

Sairaanhoitaja on Itsenäinen hoitotyön asiantuntijana, joka toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Hoitoa koskevassa päätöksenteossa hän käyttää tutkimustietoon perustuvia hoitosuosituksia sekä muuta parasta saatavilla olevaa ajantasaista tietoa. Kriittistä ajattelua sekä ongelmanratkaisu- ja dokumentointitaitoja edellytetään päätöksenteossa. Näyttöön perustuva hoitotyö, vuorovaikeus hoitotyössä, kriittinen ajattelu, hoitotyön päätöksentekoprosessi ja dokumentointi sekä keskeiset tieto- ja viestintätekniikan perustaidot sekä tietosuoja- ja -turvan mukainen toiminta ja tietous ovat keskeisinä sisältöinä päätöksenteossa. (Opetusministeriö 2006, 65.)

Bennerin (2004) mukaan aloitteleva sairaanhoitaja luottaa käytänteisiin ja toimintaperiaatteisiin, jolloin päätökset tehdään loogisesti ja sääntöjen mukaan. Kokeneet hoitajat puolestaan näkevät potilaan kokonaisuutena ja ottavat huomioon vain olennaisen tiedon, jonka mukaan toimivat. (Noon 2014, 43.) Sairaanhoidolle on tyypillistä monimuotoisuus ja epävarmuus. Tällöin kokeneiden sairaanhoitajien osaaminen ja tietotaito, jossa otetaan huomioon eri mahdollisuudet, on tärkeää, jotta haluttu optimaalinen päätös tehdään ja potilas saa parhaan lopputuloksen. Sosiaaliset, psykologiset ja ympäristölliset tekijät voivatkin vaikuttaa sairaanhoitajien tietoihin päätöksiin. Hoidon tarpeen arvioivan sairaanhoitajan edellytetään tekevän virheettömiä päätöksiä suhteellisen lyhyessä ajassa hektisessä ympäristössä. (Noon 2014, 42–43.)

Hoidon tarpeen arvioinnissa sairaanhoitajilla on valittavanaan kolme lähdettä tiedoilleen: visuaalinen, verbaalinen ja elintoiminnot. Sairaanhoitajat luottivat näistä eniten visuaaliseen tietoon. Hoidon tarpeen arvioinnissa on tärkeää keskittyä olennaiseen ja sairaanhoitajat tavoittelivatkin kontekstia tehdäkseen päätöksen ja yrittivät aktiivisesti vältellä harhautumista tarpeettomista tai harhaanjohtavista tiedoista. Tämä narratiivinen osaaminen saattaa vaikuttaa hoidon tarpeen arvioinnissa päätöksentekoon. (Roscoe ym. 2016, 1158, 1162.) Hoidon tarpeen arviointijärjestelmä aikuisille, METTS-A (Medical Emergency Triage and Treatment System Adult) otettiin käyttöön. Sen sisältämän kiireellisyden arvio oireiden ja ennusmerkkien mukaan huomattiin tukevan sairaan-

hoitajan arviointia ja mahdollisesti parantavan sairaanhoitajan osaamista kii-reellisyyden arviossa. (Vatnøy ym. 2013, 90, 95.)

Sairaanhoitajat kokivat itsensä itsevarmemmiksi voidessaan käyttää talon oh-jeita. Niiden koettiin tarjoavan sairaanhoitajille kyvyn toimia sekä vahvistavan ja tukevan itseluottamusta. Jos haluamme edistää tehokasta kliinistä päätök-sentekoa, on se otettava huomioon jo koulutusvaiheessa, jotta huomioidaan tavat, joilla tukea ja edistää itseluottamusta. Itseluottamus myös ylläpitää sai-raanhoitajan ongelmanratkaisukykyä ja kriittistä ajattelua, jotta tämä voi ottaa käyttöön kaikki käytettävissä olevat resurssinsa potilaan hyväksi. (Fry & Mac-Gregor 2014, 94.)

Päivystyksen sairaanhoitajan tärkeimmät tehtävät olivat diagnoosin osaami-nen ja hoitosuunnitelman toimeenpano. Toimenpiteet kivunhoidoksi ja lääk-keiden antaminen olivat puolestaan sairaanhoitajan useimmiten toteuttamia toimintoja päivystyksessä. Huomattiin myös, että päivystyshoitotyön osaamis-ta hallitsee lääketieteellinen esimerkki. Tämä onkin linjassa päivystyksen toi-mintaan, jossa keskitytään henkeä pelastaviin toimenpiteisiin ja lääketieteelli-seen osaamiseen. (Dag ym. 2019, 311.)

Katastrofit koskettavat yhä useampaa ihmistä ja päivystys on ensimmäinen paikka, johon potilaat hakeutuvat. Päivystyksessä työskentelevillä sairaanhoi-tajilla on valtava vaikutus katastrofien koskettamiin ihmisiin. (Hammad ym. 2012, 243.) Park ym. huomasivatkin sairaanhoitajien tarvitsevan jatkuvaa kou-lutusta ja harjoittelua säilyttääkseen suuronnettomuuksiin liittyvän osaamisen-sa (Park ym. 2017, 4).

2.2.2 Kliininen osaaminen

Kliinisellä osaamisella tarkoitetaan elintoimintoihin liittyvien hoitotoimenpitei-den toteuttamista, hoitotoimenpiteissä avustamista ja näihin valmistelua. Li-säksi kliinisellä osaamisella tarkoitetaan elintoimintojen tarkkailua, päivystys-tutkimusten tilaamista ja tulkitsemista oman vastuun mukaisesti sekä jatkohoi-dosta huolehtimista. (Lankinen 2013, 117–118.)

Sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön osaaminen perustuu vahvaan teoreettiseen osaamiseen. Keskeisinä sisältöinä kliinisessä osaamisessa pidetään erikäisten, erilaisia sairauksia sairastavien ja erilaisten terveysongelmien hoitotyötä. Painopisteenä ovat keskeiset kansansairaudet, peruselintoimintojen tarkkailu ja ylläpito, mielenterveys- ja päihdehoitotyö sekä kriisihoito, kivun hoitotyö, aseptinen toiminta, kuolevan hoitotyö, ensiapu, perus- ja hoitoelvytys, toimintavalmius normaaliolojen, häiriötilateiden ja poikkeusolojen varalta sekä niiden aikana, potilasturvallisuus, työergonomia ja työturvallisuus. Lisäksi keskeisinä sisältöinä pidetään potilaan perus- ja kokonaishoitoa, johon kuuluvat haavan hoidot, hapen anto, infuusioautomaatilla toteutettavat hoidot, inhalatiohoidot, injektion antaminen ihonalaisesti, ihonsisäisesti ja lihaksensisäisesti. Lisäksi liman imeminen ylä- ja alahengitysteistä, nenä-mahaletkun asettaminen, peräruiskeen anto, sidonnat ja lastoitukset ja virtsarakon katetrointi kuuluvat keskeisinä sisältöinä potilaan perus- ja kokonaishoitoon. Sairaanhoitajan kuuluisi hallita myös keskeiset tutkimus- ja hoitotoimenpiteet ja niissä käytettävät välineet ja laitteet, esimerkiksi alkometri, EKG, eritetutkimukset, kapillaari- ja suoniverinäytteet, uloste- ja virtsatutkimukset sekä säteilysuojelun perusteet. (Opetusministeriö 2006, 68–69.)

Andersson ym. (2014, 85) tutkivat, mikä koettiin tärkeimpänä osaamisalueena päivystyksessä ammatinharjoittajien ja heidän johtajiensa mukaan. Potilaan oireiden tunnistamista ja hoitamista pidettiin tärkeimpänä osaamisalueena. Vastaavasti Australian, Yhdysvaltojen ja Iso-Britannian päivystysten sairaanhoitajien yhdistyksissä pidettiin ydinalueena potilaan tilan huononemisen tunnistamista, mutta kyky priorisoida, arvioida, koordinoida ja toteuttaa näyttöön perustuvia käytäntöjä oli myös merkittävä. Australian, Uuden Seelannin, Iso-Britannian, Yhdysvaltojen ja Kanadan päivystyksen sairaanhoitajien yhdistyksissä kliinisellä ammattitaidolla viitattiin potilaan tilan arvioon, siihen puuttumiseen ja monitorointiin näyttöön perustuen. Myös potilasturvallisuus koettiin tärkeäksi. (Jones ym. 2015, 193.) Toisaalta Murphy ym. tutkivat, että perus sairaanhoitajan osaaminen tunnistettiin oleelliseksi katastrofiosaamiseksi, mutta myös sairaanhoitajan kyky huomata ja hoitaa harvinaisia tilanteita oli tärkeää (Murphy ym. 2019, 88).

2.2.3 Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen

Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisella tarkoitetaan ymmärrettävien käsitteiden käyttämistä vuorovaikutustilanteessa, potilaan tilan huomioimista, potilaan ja hänen läheisten kuuntelemista. Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisella tarkoitetaan myös kollegan, lääkärin tai muiden ammattiryhmien konsultoimista sekä ammatillista vuorovaikutusta näiden kanssa ja yhteistyötä eri tahojen kanssa. (Lankinen 2013, 118–119.)

Yhteistyö potilaan, asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa kuuluu sairaanhoitajan työhön. Sairaanhoitaja toimii yhteistyössä kollegoiden ja moniammatillisen tiimin kanssa. Keskeisinä sisältöinä yhteistyöosaamisessa ovat vuorovaikutus, yhteistyötaidot, tiimi-, projekti- ja verkostotyö, konsultointi, vertaistyydytys, moniammatillisuus ja kollegiaalisuus sekä esiintymis-, neuvottelu- ja kokoustaidot. (Opetusministeriö 2006, 66.)

Eryteisesti vaativissa ympäristöissä kuten päivystyksissä tehokas vuorovaikutus on elintärkeää, sillä ilman hyvää vuorovaikutusta päivystyksen hoitavalla tiimillä ei välttämättä ole elintärkeitä tietoja. Hoidon kannalta onkin tärkeää osata vuorovaikutusta turvallisen ja tehokkaan hoidon tarjoamiseksi. (Andersson ym. 2014, 84; Jones ym. 2015, 193.) Hoidontarjoajien kommunikaatiotaidot paransivat myös potilaiden ymmärrystä hoidostaan ja siten mielletystä hoidon laadusta (Orcajada Muñoz ym. 2020, 5).

Yhteistyö lääkärin kanssa oli huomioitu yhdeksi useimmiten tapahtuvaksi toimenpiteeksi päivystyksessä (Dag ym. 2019, 309). Andersson ym. mainitsevat päivystyksen työntekijöiden täytyvän kommunikoida keskenään käyttäen erilaista osaamistaan niin, että potilaalle saadaan paras hoito. Haasteena kuitenkin koettiin hierarkia lähihoitajien ja sairaanhoitajien erilaisen osaamisen vuoksi. Niin sairaanhoitajat, lähihoitajat kuin lääkäritkin painottivat olevan jokaisen vastuulla, että yhteistyö toimii. Tällöin potilaan tarpeisiin voidaan nopeasti vastata. Tutkimuksessa klinisen työn tekijät ja johtajat olivat sitä mieltä, että ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet lisäisivät päivystyksen terveydenhuollon laatua. Kuitenkaan sairaanhoitajat eivät koe asian olevan näin, sillä työpaikkakohtainen koulutus esimerkiksi elvytyksessä ja monivammoissa koettiin tärkeäksi. (Andersson ym. 2014, 84–85.) Onkin tärkeää kouluttautua

yhteistyössä, sillä se liittyy tietoon, itseluottamukseen kliinisessä arvioinnissa, tiimin suoritukseen, potilaan lopputulemaan ja hoidon laatuun (Peters ym. 2018, 24). Katastrofitilanteessa simulaation huomattiin voivan huomattavasti parantaa vuorovaikutusta (Jung ym. 2016, 67).

2.2.4 Ohjausosaaminen

Ohjausosaamisella tarkoitetaan hoidon etenemisestä kertomista potilaalle ja hänen läheisilleen potilaan luvalla. Lisäksi ohjausosaamisella tarkoitetaan ohjaamista terveyskasvatukseen, lääkehoitoon, kotihoitoon ja jatkohoitoon liittyen sekä ohjattaessa erilaisen ohjausmateriaalin käyttämistä. (Lankinen 2013, 119.)

Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu tukea potilaan omaa terveysriskien tunnistamista, omaa terveysongelman hallintaa sekä hoitoon sitoutumista. Lisäksi edellytetään, että sairaanhoitaja ohjaa potilasta ja hänen läheisiään hoitotyön suunnitelman mukaisesti sekä tuntee sähköisen potilasohjauksen. Henkilöstön ja opiskelijoiden ohjaus ja opetus sisältyvät sairaanhoitajan työhön. Keskeisinä sisältöinä ohjaus- ja opetusosaamisessa on hoitopedagogiikka, joka sisältää oppimis- ja ohjaustarpeen tunnistamisen, ohjausmenetelmien hallinnan ja oppimisen arvioinnin. Myös perusohjausmateriaalin tuottaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän käytön ohjaus, henkilöstön koulutus ja opiskelijaohjaus kuuluvat hoitopedagogiikkaan. (Opetusministeriö 2006, 65; Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.)

Potilaan ja häneen omaistensa huomioiminen hoidossa oli huomioitu tärkeänä Australian, Uuden Seelannin, Iso-Britannian ja Yhdysvaltojen päivystyksen sairaanhoitajien yhdistysten päivystyksen sairaanhoitajan standardeissa (Jones ym. 2015, 193). Virtanen (2014, 80) puolestaan tuli tulokseen, että päivystyspoliklinikan hoitotyötä tulisi kehittää entistä perhelähtöisemmäksi nykyisen tehtäväkeskeisen hoitotyön toimintatavan sijaan tutkimuksessaan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedonsaannista päivystyspoliklinikalla.

Vuorovaikutus ja potilaiden ohjaus onkin haaste päivystyksessä toimiville johtuen päivystyksen monimuotoisuudesta ja ennalta-arvaamattomuudesta

(Coombs ym. 2016, 133). Potilaiden hoidossa kommunikaatiota pidettiin oleellisenä osa-alueena, vaikkakin se koettiin vaikeaksi ja haastavaksi. Oli tärkeää keskittyä, jotta lyhyissä potilaskontakteissa potilaille saatiin tarvittava informaatio. (Andersson ym. 2014, 84–85.)

Päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat joutuvat toteuttamaan sekä kliinisiä toimenpiteitä että ohjaamaan potilasta, jotta tämän on turvallista kotiutua. Coombs ym. huomasivat pilottitutkimuksessaan sairaanhoitajien ohjausosaamisesta, että käyttäessään strukturoitua mallia ohjaukseen sairaanhoitajien asenteessa, itseluottamuksessa ja käytännössä oli parannusta. Kun ohjaus purettiin kolmeen osaan, tekniikka, resurssit ja ympäristö, sairaanhoitajan itsevarmuus ohjauksessa lisääntyi. Pilottitutkimuksessa huomattiin strukturoidun, systemaattisen lähestymisen tärkeys, sillä se johti potilastyytyväisyyteen, ymmärrykseen ja parempaan hoidon laatuun. (Coombs ym. 2016, 133–137.)

2.2.5 Eettinen osaaminen

Eettisellä osaamisella tarkoitetaan hoitotyön periaatteiden ja vaitiolovelvollisuuden noudattamista, monikulttuurisuuden huomioimista, kuolevan tai kriisissä olevan potilaan ja tämän läheisten kohtaamista. Lisäksi *eettisellä* osaamisella tarkoitetaan potilaan puolesta puhumista, oman ammattiroolin tunnistamista, kollegiaalisuutta, omien arvojen ja asenteiden tunnistamista sekä oman oppimistarpeen tunnistamista ja ammattitaidon ylläpitämistä. (Lankinen 2013, 120.)

Ihmisoikeudet, sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ja hoitotyön eettiset ohjeet ohjaavat sairaanhoitajan toimintaa. Näissä keskeisinä sisältöinä ovat hoitotyön filosofia ja etiikka, ihmisoikeudet ja ihmisarvo sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö. Näiden lisäksi muu ammattitoimintaa ohjaava lainsäädäntö sekä sairaanhoitajan ammatin oikeudet ja velvollisuudet on otettava huomioon. (Opetusministeriö 2006, 64.)

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoitaja on ensisijaisesti vastuussa niille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän kohtaa potilaan ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, joka huomioi yksilön arvot, vakaumuksen ja

tavat. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja potilaalle järjestetään mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Lisäksi sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti ja kohtelee jokaista potilasta yhtä hyvin. Päivystyksen sairaanhoitajien oletetaan tuntevan työhönsä liittyvät käytännöt ja toimintamallit sekä olevan tietoisia toimintaa ohjaavista laeista (Jones ym. 2015, 200).

3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kahden eri päivystyksen sairaanhoitajien päivystyshoitotyön osaamista.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää päivystyshoitotyön osaaminen ennen yhdistymistä ja saada tietoa, jolla kehitetään yhdistyvien päivystysten sairaanhoitajien osaamista.

Tällä opinnäytetyöllä haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälaista päätöksenteko-osaamista päivystysten sairaanhoitajilla on?
2. Minkälaista kliinistä osaamista päivystysten sairaanhoitajilla on?
3. Minkälaista vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamista päivystysten sairaanhoitajilla on?
4. Minkälaista ohjausosaamista päivystysten sairaanhoitajilla on?
5. Minkälaista eettistä osaamista päivystysten sairaanhoitajilla on?

4 MENETELMÄT

Kvantitatiivinen tutkimus voi olla kuvailevaa, jolla todetaan nykyinen asiantila (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 57). Opinnäytetyöhön valittiin kvantitatiivinen tutkimus, sillä opinnäytetyön tarkoitus on kuvata päivystyshoitotyön osaamista mitattavassa muodossa.

4.1 Aineiston keruu

Tämä opinnäytetyö kohdennettiin kahteen eteläsuomalaiseen erikoissairaanhoidon päivystykseen. Opinnäytetyössä käytettiin lira Lankisen (2013) väitöskirjassaan luomaa päivystyshoitotyön osaaminen -mittaria (Lankinen 2013, 115–120). Mittarin käyttöön saatiin lupa mittarin kehittäjältä. Väitöskirjassaan

Lankinen määritteli päivystyshoitotyön osaamisen alueet. Osaamisalueisiin on 93 kysymystä, joissa vastaajan on tarkoitus VAS-janalle merkitä oma osaamisensa. VAS-janan asteikko on 0–100, jossa arvo 100 on pyrittävä optimaalinen taso. (Lankinen 2013, 35–36.) Opinnäytetyön otoksena ovat eteläsuomalainen päivystys 1 (n = 86) ja eteläsuomalainen päivystys 2 (n = 32) ja näiden päivystysten listoilla olevat sairaanhoitajat (N = 118). Päivystykset 1 ja 2 ovat potilasryhmiltään ja luonteeltaan erilaiset. Tehtävästä opinnäytetyöstä lähetettiin saatekirje (liite 2) sähköpostiin ja lisäksi opinnäytetyöstä kerrottiin osastotunneilla. Niillä kerrottiin myös aineiston keruusta ja annettiin mahdollisuus osastotunnille osallistuville osallistua kyselyyn. Aineisto kerättiin paperisella kyselylomakkeella. Päivystysten hoitajat saivat täyttää kyselylomakkeen halumanaan ajankohtana. Kyselylomakkeet löytyivät kahvihuoneesta päivystyksessä 1 ja sairaanhoitajien omasta lokerosta päivystyksessä 2. Kyselylomakkeen täyttämisen jälkeen ne laitettiin kirjekuoreen ja keräyslaatikkoon päivystysten kahvihuoneessa. Päivystyksessä 1 kyselylomakkeeseen oli mahdollista vastata 1.10–31.10.2020 ja päivystyksessä 2 vastausaika oli 27.8–27.9.2020. Päivystyksestä 1 vastauksia saatiin 13. Listoilla olevia sairaanhoitajia siellä on 86. Päivystyksestä 2 vastauksia saatiin 19. Listoilla olevia sairaanhoitajia siellä puolestaan on 32. Näin ollen päivystyksen 1 vastausprosentti oli 15 % ja päivystyksen 2 vastausprosentti oli 59 % ja kokonaisvastausprosentti oli 27 %.

4.2 Aineiston analyysi

Paperisella lomakkeella olleet vastausjanat mitattiin ja syötettiin SPSS-ohjelmaan. Tämän jälkeen aineisto analysoitiin SPSS Statistics 27 (for Mac) -ohjelmalla. Aineisto kuvaillaan tarkastelemalla muuttujia yleisimmillä tunnusluvuilla: frekvensseillä ja prosenttijakaumilla. Niiden lisäksi tarkastellaan keskiarvoa ja keskihajontaa.

Tällä opinnäytetyöllä saatiin tietoa päivystyshoitotyön itsearvioidusta osaamisesta ja tarkasteltiin, mihin on tarve saada lisäkoulutusta. Taustakysymyksissä ei kysytty, kummassa päivystyksessä vastaaja työskentelee, joten vertailua päivystysten sairaanhoitajien osaamisesta ei tehty vaan tuloksia tarkasteltiin yhdessä suhteessa uuteen osastoon.

5 TULOKSET

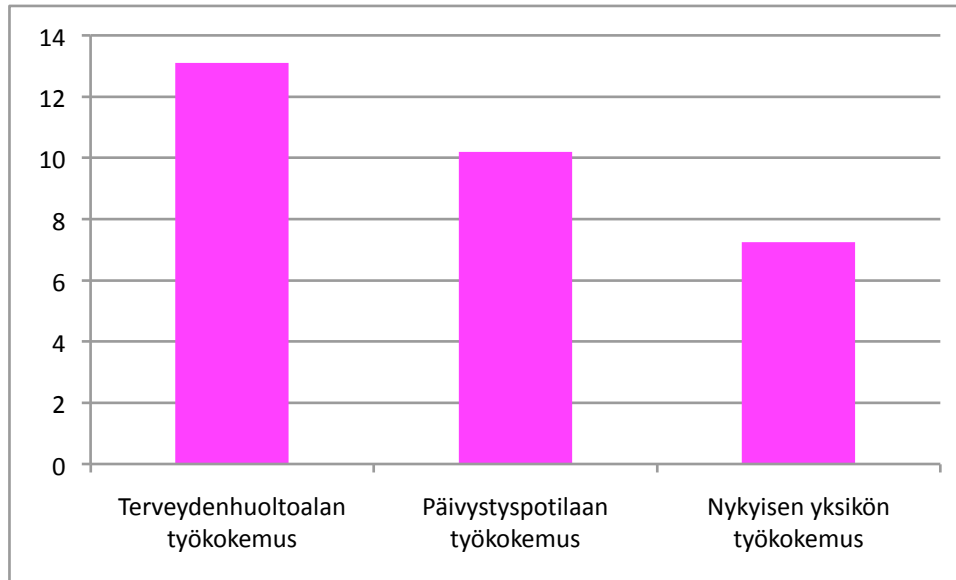
Päivystyshoitotyön osaaminen -mittariin vastasi yhteensä 32 sairaanhoitajaa kohteena olevissa eteläsuomalaisissa päivystyksissä. Taulukossa 2 esitellään taustamuuttujat. Vastaajista 25 (78 %) oli naisia, miehiä 5 (16 %) ja kaksi (6 %) ei ollut vastannut kysymykseen sukupuolestaan. Vastaajista suurin osa 25 (78 %) oli sairaanhoitaja AMK -taustaisia. Vastaajissa oli myös opistotason sairaanhoitajia, erikoissairaanhoitajia ja ensihoitaja AMK -tutkinnon suorittaneita. Vastaajat olivat valmistuneet 1984–2019. Vastaajista melkein puolet 15 (47 %) ei ollut osallistunut täydennyskoulutukseen, noin kaksi viidesosaa 13 (41 %) oli osallistunut täydennyskoulutukseen, esimerkiksi päivystyspoliklinikan erikoistumisopintoihin, terveystieteiden kandidaatti tai ylempi ammattikorkeakoulututkinto ja neljä (12 %) ei ollut vastannut kysymykseen jatko- tai erikoistumisopinnoistaan mitään. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Taustamuuttujat

	n	%
Sukupuoli		
Nainen	25	78
mies	5	16
Vastaamatta	2	6
Nykyinen tutkinto		
Sairaanhoitaja (opistoaste)	3	9
Sairaanhoitaja (AMK)	25	78
Sairaanhoitaja (YAMK)	1	3
Erikoissairaanhoitaja	1	3
Muu	2	6
Jatko- tai erikoistumisopinnoja		
Ei	15	47
Kyllä	13	41
Vastaamatta	4	12

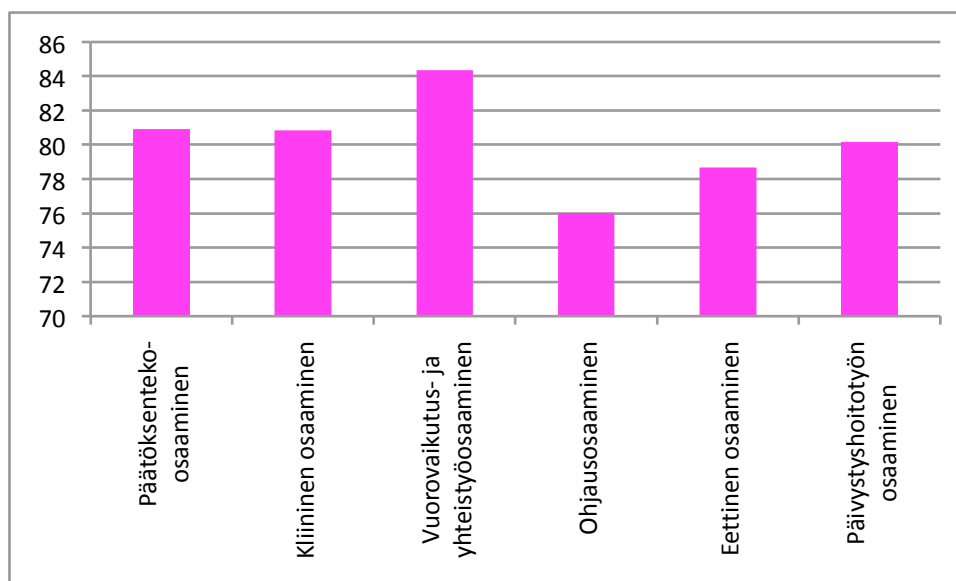
Kuvassa 1 esitellään työkokemus terveydenhuollossa, päivystyspotilaan hoitotyössä ja nykyisessä yksikössä. Työkokemusta terveydenhuollossa vastaajille oli kertynyt keskimäärin 13 vuotta ja päivystyshoitotyöstä hieman päälle 10

vuotta. Nykyisessä työyksikössään vastaajat olivat työskennelleet hieman päälle seitsemän vuotta.



Kuva 1. Työkokemus

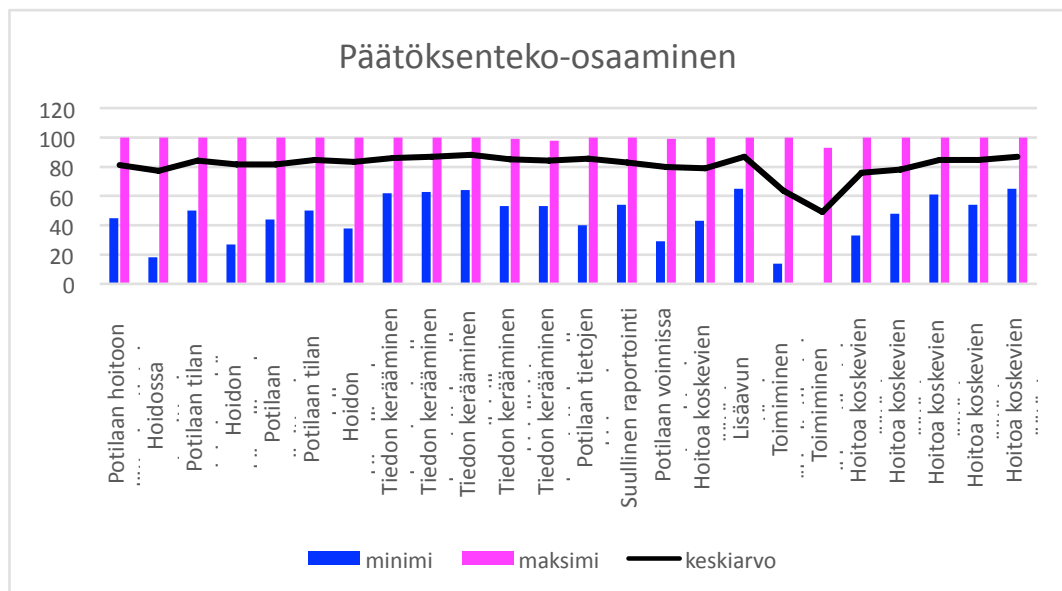
Seuraavaksi tutkimustulokset raportoidaan tutkimuskysymysten mukaisesti. Analysointi tehdään rakenteellisesti Lankisen päivystyshoitotyön osaaminen -mittarin osa-alueiden mukaan (Lankinen 2013, 35–36). Kuvassa 2 on kaikkien osa-alueiden osaamisen keskiarvo sekä kaikista osa-alueista laskettu päivystyshoitotyön osaaminen, jonka keskiarvo oli 80,16. Tuloksissa tarkasteltiin lisäksi työskentelyaikaa terveydenhuoltoalalla. Aineiston pienen otannan vuoksi vain tätä arvioidaan.



Kuva 2. Päivystyspotilaan hoitotyön osaaminen

5.1 Päätöksenteko-osaaminen

Kuvassa 3 on päätöksenteko-osaaminen väittämittäin. Sinisellä näkyy vastaajien pienin vastattu arvo ja sinipunaisella vastaajien suurin vastattu arvo. Mustalla näkyy kunkin väittämän osalta vastaajien itsearvioidun osaamisen keskiarvo. Päätöksenteko-osaamisen keskiarvo oli 80,92. Päätöksenteko-osaamisessa vastaajien osaaminen oli vahvinta tiedon keräämisessä erilaisilla apuvälineillä (esimerkiksi RR-mittarilla). Sen keskiarvo oli 88,30 ja keskihajonta 9,7. Heikoimmin vastaajat kokivat osaavansa toimia poikkeustilanteessa (esimerkiksi suuronnettomuustilanteessa). Tässä vastaajien osaamisen keskiarvo oli 49,10. Myös keskihajonta, 24,2, oli siinä suurinta.



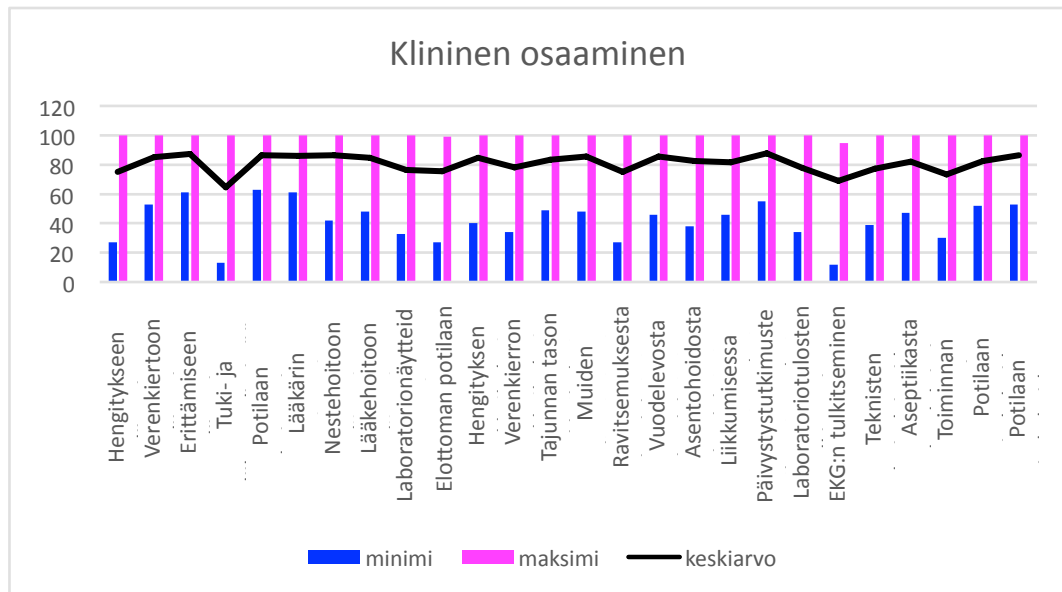
Kuva 3. Päätöksenteko-osaaminen

Terveystyökokemuksen karttuessa vastaajat kokivat osaavansa paremmin päätöksenteko-osaamisessa. 0–4 vuotta terveydenhuoltoalalla olleiden keskiarvo päätöksenteko-osaamisessa oli 69,64 ja 5–9 vuotta terveydenhuoltoalalla olleiden keskiarvo oli 79,00. 10–14 vuotta terveydenhuoltoalalla olleilla keskiarvo puolestaan oli 87,45. 15–19 vuotta terveydenhuoltoalalla olleet kokivat päätöksenteko-osaamisensa parhaaksi keskiarvon ollessa 93,77. Yli 20 vuotta terveydenhuoltoalalla olleiden vastaajien päätöksenteko-osaamisen keskiarvo puolestaan oli 85,10. (Liite 3.)

5.2 Kliininen osaaminen

Kuvassa 4 on kliininen osaaminen väittämittäin. Sinisellä näkyy vastaajien pienin vastattu arvo ja sinipunaisella vastaajien suurin vastattu arvo. Mustalla

näky kunkin väittämän osalta vastaajien itsearvioidun osaamisen keskiarvo. Kliinisen osaamisen keskiarvo oli 80,85. Vastaajat kokivat osaamisensa vahvimmaksi päivystystutkimusten tilaamisessa, esimerkiksi laboratorio- ja röntgentutkimukset. Sen keskiarvo oli 87,90 ja keskihajonta 10,3. Heikoimmin vastaajat kokivat osaavansa tuki- ja liikuntaelimestöön liittyvien hoitotoimintojen toteuttamisen, esimerkiksi vammautuneen raajan tukemisen. Siinä osaaminen oli 64,60. Myös keskihajonta oli siinä suurinta, 24,1.



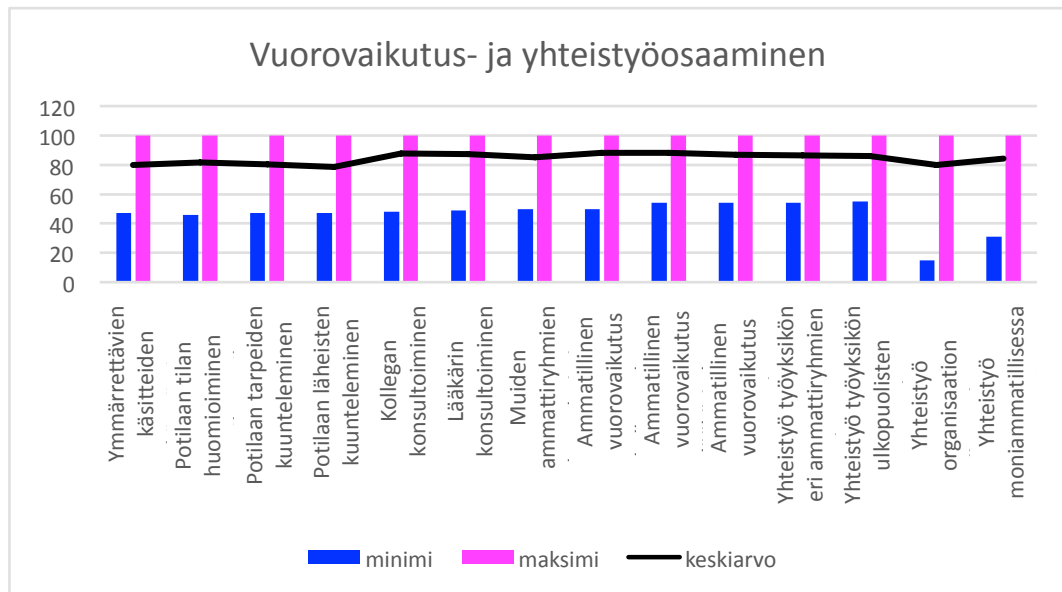
Kuva 4. Kliininen osaaminen

Myös kliinisessä osaamisessa vastaajat kokivat osaavansa paremmin terveydenhuoltoalan työkokemuksen karttuessa. 0–4 vuotta terveydenhuoltoalalla olleiden keskiarvo oli 70,01 ja 5–9 vuotta alalla olleilla keskiarvo oli 78,86. 10–14 vuotta ja 15–19 vuotta terveydenhuoltoalalla olleiden vastaajien osaaminen oli lähes sama keskiarvojen ollessa 90,26 ja 90,69. Yli 20 vuotta alalla olleiden vastaajien keskiarvo puolestaan oli 84,07. (Liite 3.)

5.3 Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen

Kuvassa 5 on vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen väittämittäin. Sinisellä näkyy vastaajien pienin vastattu arvo ja sinipunaisella vastaajien suurin vastattu arvo. Mustalla näkyy kunkin väittämän osalta vastaajien itsearvioidun osaamisen keskiarvo. Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisen keskiarvo oli 84,35. Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisessa vastaajien osaaminen oli vahvinta ammatillisessa vuorovaikutuksessa lääkärin kanssa. Sen keskiarvo oli 88,20 ja keskihajonta 9,9. Heikoimmin vastaajat kokivat osaavansa potilaan

läheisen kuuntelemisen. Sen keskiarvo oli 78,60 ja keskihajonta 14,3. Suurin keskihajonta (17,6) vastaajilla oli yhteistyössä organisaation ulkopuolisten ammattiryhmien kanssa (esim. poliisi).

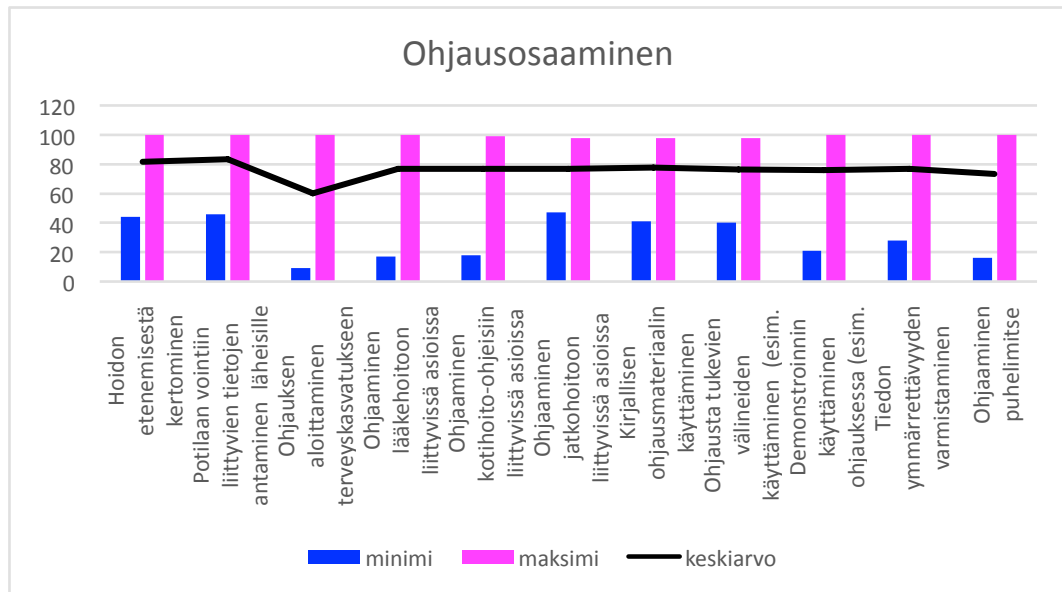


Kuva 5. Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen

Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisen vastaajien terveydenhuoltoalan työkokemus oli vastaavanlainen kuin päätöksenteko-osaamisessa ja kliinisessä osaamisessa. Vastaajat kokivat osaamisensa vahvemmaksi pidemmällä terveydenhuoltoalan kokemuksella: 0–4 vuotta (ka. 69,17), 5–9 vuotta (ka. 82,62), 10–14 vuotta (ka. 89,70), 15–19 vuotta (ka. 95,79) ja yli 20 vuotta (ka. 88,17). (Liite 3.)

5.4 Ohjausosaaminen

Kuvassa 6 on ohjausosaaminen väittämittäin. Sinisellä näkyy vastaajien pienin vastattu arvo ja sinipunaisella vastaajien suurin vastattu arvo. Mustalla näkyy kunkin väittämän osalta vastaajien itsearvioidun osaamisen keskiarvo. Ohjausosaamisen keskiarvo oli 75,79. Vastaajat kokivat osaamisensa vahvimaksi potilaan vointiin liittyvien tietojen antamisessa läheisille potilaan luvalla. Sen keskiarvo oli 83,30 ja keskihajonta 13,6. Heikoimmin vastaajat kokivat osavansa ohjauksen aloittamisen terveyskasvatukseen liittyvissä asioissa keskiarvon ollessa 60,20. Sen keskihajonta oli myös suurinta, 27,6.

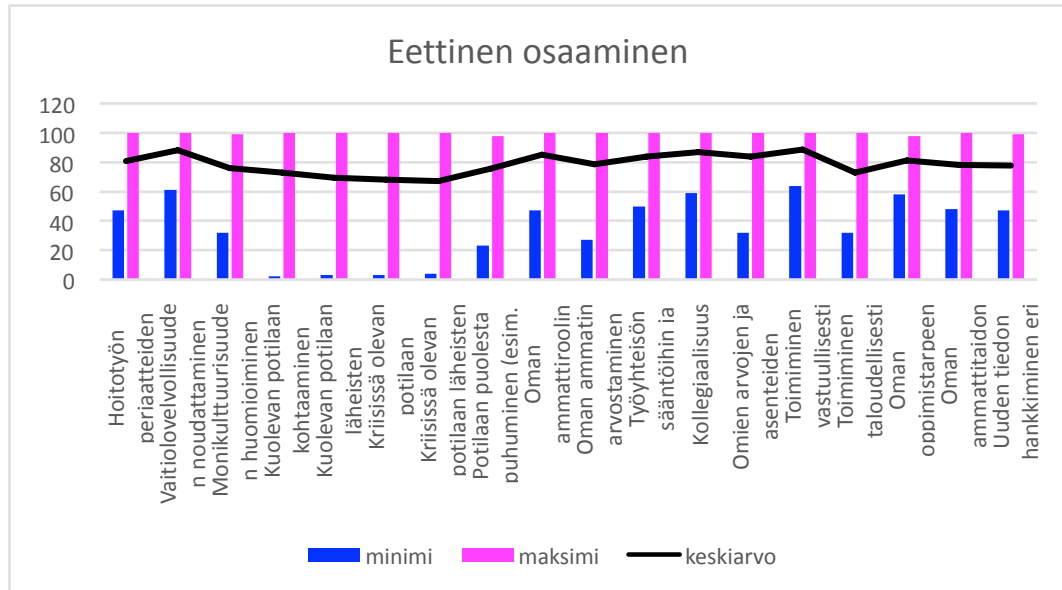


Kuva 6. Ohjausosaaminen

Ohjausosaamisessa terveydenhuoltoalan työkokemuksen keskiarvot olivat seuraavat: 0–4 vuotta (ka. 69,17), 5–9 vuotta (ka. 82,62), 10–14 vuotta (ka. 89,70), 15–19 vuotta (ka. 95,79) ja yli 20 vuotta (ka. 88,17) terveydenhuoltoalalla olleet. (Liite 3.)

5.5 Eettinen osaaminen

Kuvassa 7 on eettinen osaaminen väittämittäin. Sinisellä näkyy vastaajien pienin vastattu arvo ja sinipunaisella vastaajien suurin vastattu arvo. Mustalla näkyy kunkin väittämän osalta vastaajien itsearvioidun osaamisen keskiarvo. Eettisen osaamisen keskiarvo oli 78,66. Eettisessä osaamisessa vastaajat kokivat osaamisensa vahvimaksi vastuullisesti toimimisessa ja sen keskiarvo oli 88,80 ja keskihajonta 10,2. Heikoimmin vastaajat kokivat osaavansa kriisissä olevan potilaan läheisten kohtaamisen. Keskiarvo siinä oli 67,2 ja keskihajonta 25,0. Suurin keskihajonta eettisessä osaamisessa oli kuolevan potilaan läheisten kohtaamisessa. Keskihajonta siinä oli 27,3.



Kuva 7. Eettinen osaaminen

Eettisessä osaamisessa 0–4 vuotta terveydenhuoltoalalla olleiden keskiarvo oli 69,89. 5–9 vuotta alalla olleiden keskiarvo puolestaan 74,95. Terveydenhuoltoalan kokemuksen karttuessa 10–14 vuotta (ka. 85,71), 15–19 vuotta (ka. 90,58) ja yli 20 vuotta (ka. 83,27) myös vastaajien osaaminen nousi kuten muissakin päivystyshoitotyön osaamisen alueissa. (Liite 3.)

6 POHDINTA

6.1 Tulosten pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kahden eri päivystyksen sairaanhoitajien päivystyshoitotyön osaamista. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää päivystyshoitotyön osaaminen ennen yhdistymistä ja saada tietoa, jolla kehitetään yhdistyvien päivystysten sairaanhoitajien osaamista. Iira Lankinen (2013, 36) oli väitöskirjassaan määritellyt osaamisen tavoiteltavaksi tasoksi 80 (asteikko 0–100) valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden osalta. Heillä oletettiin osaamisen kehittyvän työkokemuksen karttuessa. Vertailupeerustana valmistuville sairaanhoitajille käytettiin ammatissa toimivia sairaanhoitajia, joiden itsearvioitu päivystyshoitotyön osaamisen keskiarvo oli 79,8 (Lankinen 2013, 55). Myös tässä opinnäytetyössä tavoiteltavana tasona pidettiin tasoa 80. Vaikka päivystyshoitotyön osaaminen olikin itsearviointia, ei 100 % ole odotettavissa vastauksissa. Tulosten yleistettävyyttä kärsii, kun kyseessä oli itsearviointi jonkun muun tekemän arvion sijaan. Olisikin hyvä tutkia myös muiden arviointimenetelmien, esimerkiksi vertaisarvioinnin tai kollegan tai

esimiehen tekemän arvion soveltuvuutta arvioimaan päivystyshoitotyön osaamista. Toisaalta ei myöskään voi sanoa absoluuttisesti, mikä on riittävä osaamisen taso. Koska vastaajien itsearvioitu päivystyshoitotyön kokonaisosaaminen oli 80,16, olisi alkuun hyvä saada lisäkoulutusta alle tavoitellun taso 80 jääneisiin osioihin, jotta kehitettäisiin sairaanhoitajien päivystyshoitotyön osaamista. Itsearvioidun osaamisen olisi voinut olettaa olevan korkeampi, olihan terveydenhuoltoalan työkokemusta kertynyt keskimäärin 13 vuotta, päivystyshoitotyön kokemusta oli hieman päälle 10 vuotta ja nykyisessä yksikössä työskentelyäkin vastaajilla oli hieman päälle seitsemän vuotta. Kuitenkin pitkä työkokemus on saattanut vaikuttaa siihen, että vastaajat ovat arvioineet osaamistaan kriittisemmin, koska tietävät, mitä päivystyshoitotyössä pitäisi osata.

6.1.1 Päätöksenteko-osaaminen

Itsearvioitu päätöksenteko-osaaminen oli 80,92 eli yli tavoiteltavan tason (taso 80). Päätöksenteko-osaamisessa alle tavoiteltavan tason olivat hoidossa tarvittavien resurssien (esim. hoitovälineet) arvioiminen ennakoilmoituksen perusteella (ka. 77,44). Toimiminen väkivaltatilanteissa jäi myös alle tavoitellun tason 80. Siinä keskiarvo oli 63,88. Lisäksi hoitoa koskevien päätösten tekeminen nopeasti potilaan voinnin mukaan (ka. 79,13), hoitoa koskevien päätösten tekeminen oman vastuun mukaan (ka. 75,97) ja hoitoa koskevien päätösten tekeminen yhdessä potilaan kanssa (ka. 78,16) jäivät alle tavoiteltavan tason (taso 80).

Päätöksenteko-osaaminen oli vahvempaa, mitä enemmän oli työkokemusta (0–4 vuotta terveydenhuoltoalalla olleiden keskiarvo oli 69,64 ja yli 20 vuotta terveydenhuoltoalalla olleiden keskiarvo oli 85,10). Fry ja MacGregor huomaisivat sairaanhoidollisen työkokemuksen olevan tärkeää, sillä se loi itseluottamusta. Jotta voisi tukea kliinistä päätöksentekoa, tämä olisi hyvä huomioida jo koulutusvaiheessa. (Fry & MacGregor 2014, 96.)

Etenkin vastaajien heikoimmin osaamassa toimiminen poikkeustilanteessa (esimerkiksi suuronnettomuustilanteessa), jonka keskiarvo oli 49,10, olisi tarpeen nostaa osaamista. Pilottiprojektissa tarkasteltiin simulaation vaikutusta katastrofissa toimimiseen ja huomattiin, että simulaatio paransi merkittävästi

tietämystä ja paransi huomattavasti kommunikaatiota katastrofitilanteessa. Huomattiin kuitenkin, että käytännöllisempää olisivat pienemmän kaavan harjoitukset useammin vuoden aikana, jotta työntekijöiden tietämys ja taidot säilyisivät ja jotta kommunikaatio parantuisi kaikilla alueilla, joita katastrofi koskettaa. (Jung ym. 2016, 67.) Park ym. puolestaan huomasivat kokemuksen katastrofeista ja niihin liittyvän tietämyksen vaikuttavan eniten katastrofihoidotyön osaamiseen (Park ym. 2017, 3).

Kirjallisuuskatsauksessa katastrofiosaamisesta korostui kaksi aluetta, jolla osaamisessa oli puutetta. Ensimmäinen liittyi sairaanhoitajien valmiuteen heidän tunteestaan, että he ovat valmistautumattomia. Väite liittyi havaittuun rajalliseen tämänhetkiseen koulutukseen ja harjoitteluun. Kirjallisesta pohdinnasta huolimatta ei yksimielisyyttä ollut, mikä olisi katastrofitilanteiden sopivin koulutus ja harjoittelu. Toinen puolestaan liittyi muutoksiin, joita päivystyksessä tapahtui katastrofitilanteessa. Kirjallisuudessa pohdittiin muutoksia, mutta ei sitä, kuinka ne vaikuttivat sairaanhoitajiin tai kuinka he valmistautuivat näihin muutoksiin. Lisäksi huomattiin, että olisi vielä tarpeen tutkia lisää, miten katastrofi vaikuttaa päivystyksen työhön ja mitä muutoksia se tuo. (Hammad ym. 2012, 243.)

Murphy ym. tekivät pohjatyön siitä, mitä päivystyksessä tarvitsee tietää katastrofilääketieteestä. Jotta sen valmiutta voisi parantaa, täytyy ensin arvioida nykytila mitattavin osaamisin. He löysivätkin tutkimuksessaan mitattavat osaamiset ja sen avulla voi tunnistaa alueet, joilla parannusta tarvitaan ja näin kohdistaa koulutusta parantaakseen katastrofissa toimimista. (Murphy ym. 2019, 89–90.)

6.1.2 Kliininen osaaminen

Itsearvioitu kliininen osaaminen oli 80,85 eli yli tavoiteltavan tason (taso 80). Kliinisessä osaamisessa alle tavoiteltavan tason (taso 80) oli hengitykseen liittyvien hoitotoimintojen toteuttaminen (esim. hengityksen avustaminen hengityspalkeella) (ka. 75,28). Myös elottoman potilaan hoitaminen (ka. 75,48) jäi alle tavoiteltavan tason, laboratorionäytteiden ottaminen (esim. eritenäytteet) (ka. 76,47) kuten myös verenkierron tarkkailu (esim. sydämen rytmi) (ka. 78,28), ravitsemuksesta huolehtiminen (esim. diabetespotilas) (ka. 75,13),

laboratoriotulosten tulkitseminen (ka. 77,81) ja EKG:n tulkitseminen oman vastuun mukaisesti (ka. 69,19) jäivät kaikkia alle tavoiteltavan tason (taso 80).

On hyvä, että vastaajat kokivat vuodelevosta huolehtimisen (esim. rintakipu-potilas) (ka. 85,84), asentohoidosta huolehtimisen (esim. tajuton potilas) (ka. 82,38) ja liikkumisessa avustamisen (esim. vanhuspotilas) (ka. 81,56) yli tavoiteltavan tason (taso 80), sillä kuten Dag ym. olivat huomanneet, potilaan asennosta huolehtiminen oli yleisin hoitotyön toiminto päivystyksessä potilaan päivystykseen sisäänkirjaamisen kanssa (Dag 2019, 312).

Potilastietojärjestelmä vaihtui Apottiin lokakuun lopussa 2020 (Aalto 2020). Siinä lääkärien on helppo yhdeltä alustalta tilata tarvittavat laboratorio- ja röntgentutkimukset. Tulos voisi olla toisenlainen, mikäli vastaajat vastaisivat nyt uuden järjestelmän aikaan kysymykseen, jossa kokivat osaamisensa olevan vahvinta kliinisessä osaamisessa. Toki sairaanhoitajat edelleen tilaavat ajoittain päivystyksellisiä tutkimuksia, mutta koettaisiinko osaaminen siinä vahvimmaksi vai koettaisiinko keskiarvo-osaamiseltaan toiseksi tullut erittämiseen liittyvien hoitotoimintojen toteuttaminen (esim. katetrointi), jossa keskiarvo oli 87,28, vahvemmaksi.

Teknisten hoitolaitteiden turvallisessa käyttämisessä (esim. defibrillaattori) (ka. 77,25) vastaajien arvio osaamisestaan jäi alle tavoiteltavan tason (taso 80). Toiminnan perustaminen tutkimustietoon (esim. Elvytyksen Käypä Hoito – suositus) (ka. 73,41) on haastava, vaikkakin itsenäisenä hoitotyön asiantuntijana sairaanhoitaja toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja käyttää hoitoa koskevassa päätöksenteossa tutkimustietoon perustuvia hoitosuosituksia sekä muuta parasta saatavilla olevaa ajantasaista tietoa (Opetusministeriö 2006, 65).

6.1.3 Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen

Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisen vastaajat kokivat vahvimmaksi itsearvioidun osaamisen keskiarvon ollessa 84,35. Myös Lankisen tutkimuksessa ammatissa toimivat sairaanhoitajat kokivat vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisensa vahvimmaksi keskiarvon ollessa 82,5 (Lankinen 2013, 55). Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisessa alle tavoiteltavan tason (taso 80) jäi vain ymmär-

rettävien käsitteiden käyttäminen vuorovaikutustilanteessa (ka. 79,75), potilaan läheisen kuunteleminen (ka. 78,63) ja yhteistyö organisaation ulkopuolisten ammattiryhmien kanssa (esim. poliisi) (ka. 79,78). Kuten Orcajada Muñoz ym. olivat huomanneet, että kunnollinen vuorovaikutus päivittäisessä työssä auttaa potilasta ymmärtämään hoitoaan ja näin ollen koettua hoidon laatua. Heidän tuloksensa korostavatkin tarvetta vuorovaikutuksen harjoitteluun päivytyksissä, jotta parannettaisiin erityisesti koettua laatua. (Orcajada Muñoz ym. 2020, 5.)

Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisessa oli mielenkiintoista, että ammatillinen vuorovaikutus koettiin paremmaksi lääkärin kuin kollegan kanssa (88,2 vs. 88,1). Tämä voisi selittyä sillä, että oman ammattiryhmän henkilöiden kanssa ollaan tekemisissä vapaa-ajallakin ja saatetaan kokea ystävyttäkin, kun taas lääkärien kanssa vuorovaikutus on enemmän ammatillista. Joka tapauksessa ero on pieni.

6.1.4 Ohjausosaaminen

Itsearvioidun ohjausosaamisen vastaajat kokivat osaavansa heikoimmin ja keskiarvo oli 75,79 eli alle tavoiteltavan tason (taso 80). Myös Lankisen tutkimuksessa ammatissa toimivat sairaanhoitajat kokivat ohjausosaamisensa heikoimmaksi keskiarvon ollessa 76,6 (Lankinen 2013, 55). Ohjausosaamisessa alle tavoiteltavan tason 80 jäi ohjaaminen lääkehoitoon liittyvissä asioissa yhteistyössä lääkärin kanssa (ka. 77,09), ohjaaminen kotihoito-ohjeisiin liittyvissä asioissa (ka. 77,06), ohjaaminen jatkohoitoon liittyvissä asioissa (esim. tutkimuksiin valmistaminen) (ka. 76,88), kirjallisen ohjausmateriaalin käyttäminen (ka. 77,75), ohjausta tukevien välineiden käyttäminen (esim. injektionantovälineet) (ka. 76,35), demonstroinnin käyttäminen ohjauksessa (esim. injektion annon demonstrointi) (ka. 76,03), tiedon ymmärrettävyyden varmistaminen ohjaustilanteessa (ka. 76,72) ja ohjaaminen puhelimitse (ka. 73,28). Kuten Coombs ym. (2016, 137) huomasivat pilottitutkimuksessaan strukturoidun systemaattisen lähestymistavan potilasohjauksessa johtavan potilastyytyväisyyteen, ymmärrykseen ja parantuneeseen hoidon laatuun, olisi ohjausosaamiseen panostettava.

On mielenkiintoista, että ohjausosaamisessa vastaajat kokivat osaavansa heikoimmin kuunnella läheisiä. Myös Virtasen tutkimuksessa aivoverenkiertohäiriöpotilaiden ja heidän läheistensä tiedonsaannissa kokivat potilaiden läheiset saavansa huonommin tietoa päivystyspoliklinikalla kuin itse potilaat (Virtanen 2014, 80). Kuitenkin ohjausosaamisessa koettiin vahvimaksi antaa tietoa potilaan voinnista läheisille potilaan luvalla (ka. 83,34).

6.1.5 Eettinen osaaminen

Itsearvioidun eettisen osaamisen keskiarvo oli 78,66, eli se jäi alle tavoiteltavan tason (taso 80). Eettisessä osaamisessa alle tavoiteltavan tason 80 jäi monikulttuurisuuden huomioiminen (ka. 76,03), kuolevan potilaan kohtaaminen (ka. 73,16), kriisissä olevan potilaan kohtaaminen (ka. 68,34), potilaan puolesta puhuminen (esim. huonokuntoisen vanhuksen kotiuttamistilanne) (ka. 75,69), oman ammatin arvostaminen (ka. 78,47), toimiminen taloudellisesti (ka. 73,00), oman ammattitaidon ylläpitäminen (ka. 78,00) ja uuden tiedon hankkiminen eri lähteistä (ka. 77,94).

Eettinen osaaminen käsitteli potilaan kohtelun lisäksi hänen läheistensä kohtaamista ja näissä alle tavoiteltavan tason jäivät kriisissä olevan potilaan läheisen kohtaaminen (ka. 67,19) ja kuolevan potilaan läheisen kohtaaminen (ka. 69,50), jotka vastaajat kokivat osaavansa heikoimmin ja joissa keskihajonta oli suurinta. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet on luotu jo 1996. Niiden tarkoitus on tukea sairaanhoitajien eettistä päätöksentekoa päivittäisessä työssä. Sairaanhoidajan onkin tarve arvioida osaamistaan ottaessaan vastaan tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Lisäksi on tarpeen kehittää ammattitaitoaan jatkuvasti. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitaja kohtelee jokaista potilasta yksilöllisesti, oikeudenmukaisesti ja yhtä hyvin. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996.)

6.2 Luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta voi arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksella mitattu sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Käytännössä tämä tarkoittaa, onko teoreettiset käsitteet pystytyt luotettavasti operationalisoimaan muuttuiksi. On myös tärkeää arvioida kuinka hyvin tutkimus-

otos edustaa perusjoukkoa. Tämä puolestaan liittyy tulosten yleistettävyyteen. Reliabiliteetilla taas viitataan tulosten pysyvyyteen. Mittaamisen reliabiliteetissa se tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tätä voi arvioida mittarin sisäisen johdonmukaisuuden, pysyvyyden ja vastaavuuden näkökulmista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–194.)

Niin mittaamisen kuin tulosten luotettavuuden kannalta tulee arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tutkimuksen sisäisen ja ulkoisen validiteetin kannalta. Sisäinen validiteetti tarkoittaa, että tulokset johtuvat vain asetelmasta ei muista sekoittavista tekijöistä. Sisäistä validiteettia uhkaavat historia, valikoituminen, kypsyminen, testauksen vaikutus, poistumat ja kontaminaatio. Tulosten ulkoinen validiteetti puolestaan viittaa tulosten yleistettävyyteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195–196.)

Opinnäytetyön kysely on tutkimusluvan mukaisesti suoritettu päivystykseen 1 ja 2. Päivystyksestä 1 vastauksia saatiin 13. Listoilla olevia sairaanhoitajia siellä on 86. Päivystyksestä 2 vastauksia saatiin 19. Listoilla olevia sairaanhoitajia siellä puolestaan on 32. Näin ollen päivystyksen 1 vastausprosentti oli 15 % ja päivystyksen 2 vastausprosentti oli 59 % ja kokonaisvastausprosentti 27 %. Kyselylomake itsessään on ollut melko pitkä (93 kysymystä päivystyspotilaan hoitamisesta). Myös koronaviruspandemia saattoi osaltaan vaikuttaa, sillä siihen liittyviä kyselyitä oli täytettävänä henkilökunnalle opinnäytetyön kyselylomakkeen täyttöajankohtana. Nämä asiat ovat osaltaan saattaneet vaikuttaa vastausprosenttiin. Lisäksi vastausprosenttiin saattoi vaikuttaa kohdeorganisaation siirtyminen käyttämään Apotti-potilastietojärjestelmää (Aalto 2020). Molemmissa päivystyksissä hoitajia siirtyi uuden järjestelmän tukihenkilöiksi ja uuden järjestelmän koulutuksiin meni aikaa osastotunneilta. Lisäksi muunkin liikenevän ajan hoitajat käyttivät uuteen potilastietojärjestelmään tutustumiseen ja opetteluun verkkoympäristössä. Otoskoko on pieni, eivätkä vastaukset näin ollen ole luotettavia tai yleistettäviä. Tulosten yleistettävyys myös kärsii, koska kyseessä oli itsearviointi eikä arvioitu osaaminen.

Tutkimuksessa suositellaan käyttämään olemassa olevia, testattuja ja standardoituja mittareita. Kuitenkin hoitotyö ja terveydenhuolto kehittyvät jatkuvasti, joten esimerkiksi 20 vuotta vanha mittari ei välttämättä mittaisi oikeita asioi-

ta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190.) Lankinen on arvioinut päivystyshoitotyön osaaminen -mittarin sisältövaliditeettia. Sitä hankaloitti päivystyshoitotyön osaamisen vähäinen tutkimus. Juuri samasta syystä kirjallisuuskatsaukseen perustuvat alakategoriat oli arvioitu asiantuntijoilla delphi-menetelmää käyttäen. Kahden arviointikierroksen jälkeen yksimielisyysprosentti alakategorioiden suhteen oli ≥ 70 . Mittari myös testattiin. Testauksessa väittämien ymmärrettävyys ja yksiselitteisyys sekä loogisuus ja helppokäyttöisyys arvioitiin. Muutoksia ei esitestauksen jälkeen tehty, mutta saatekirjeisiin lisättiin mittarin tekemiseen kuluva aika. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta oli arvioitu Cronbachin alfa-kertoimella ja se oli todettu sisäisesti johdonmukaiseksi, joskin siinä voi olla samaa mittaavia väitteitä. Mittarin rakennevaliditeetti testattiin faktorianalyysillä. Se tuki päätöksenteko-, kliinistä ja vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamista melko hyvin. Ohjausosaaminen ja eettinen osaaminen saivat faktorianalyysistä hyvin tukea. (Lankinen 2013, 36, 69, 71–72.)

Maaliskuussa 2020 COVID-19 levisi myös Suomessa koronaviruspandemiaksi (Kanerva ym. 2020). Tämä asetti aluksi haasteita tutkimusluvan saamiseen. Tutkimuslupaa haettiin helmikuussa 2020, mutta koronaviruspandemia viivästytti tutkimusluvan saantia kesäkuun 2020 lopulle.

Koska kysely tehtiin paperisella kyselylomakkeella, tapahtui inhimillinen virhe. Kliiniseen osaamiseen kuuluva kysymys 41 oli virheellinen. Alkuperäisessä päivystyshoitotyön osaaminen -mittarissa kysymyksessä oli elottoman potilaan hoitaminen. Kyselylomakkeella oli kuitenkin pudonnut hoitaminen pois, joten kysymyksessä 41 luki vain elottoman potilaan. Tähän kysymykseen 41 oli vastannut 23 (72 %) vastaajaa, ja yhdeksän (28 %) oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

6.3 Eettisyys

Opinnäytetyö tehtiin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jolloin se voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava. Opinnäytetyössä noudatettiin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Opinnäytetyötä varten hankittiin vaadittava tutki-

muslupa. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6.)

Tutkimuslupa haettiin kohdeorganisaatiolta kohdeorganisaation ohjeiden mukaisesti ja lupa saatiin. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Saatekirjeessä oli opinnäytetyöntekijän yhteystiedot ja siinä käytiin läpi aineiston säilyttäminen ja tulosten julkistaminen. Kyselylomakkeeseen vastaaminen katsottiin tietoiseksi suostumukseksi. Tutkittavien anonymiteetti huomioitiin olemalla luovuttamatta tutkimustietoja kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Aineisto säilytettiin lukkojen takana ja se hävitetään asianmukaisella tavalla opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219–221.) Helsingin julistuksen (2013) periaatteita noudatettiin. Vaikka se onkin luotu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, se sopii hyvin myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. Opinnäytetyölle ei ole rahoitusta.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tässä opinnäytetyössä tavoiteltavana tasona pidettiin tasoa 80. Kokonaisuudessaan päivystyshoitotyön itsearvioidun osaamisen keskiarvo 80,16 oli sen yli. Kuitenkin päivystyshoitotyön osaaminen -mittarin osa-alueiden ohjausosaamisessa (ka. 76,0) ja eettisessä osaamisessa (ka. 78,6) keskiarvo oli alle tavoiteltavan tason (taso 80), joten näihin olisi hyvä suunnata lisäkoulutusta nyt ensimmäiseksi ennen uuteen sairaalaan siirtymistä.

Uuden sairaalan on tarkoitus avautua vuoden 2023 alussa. Kvantitatiivinen tutkimus voidaan toteuttaa pitkittäistutkimuksena, jolla voidaan tuottaa palvelujärjestelmää kehittävää tietoa ja ymmärrystä asioiden yhteyksistä syvällisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 57). Jatkossa tämän päivystyshoitotyön osaaminen -mittarin voisi tehdä strukturoidusti, esimerkiksi viiden vuoden välein ja hyödyntää vastauksia koulutuksia suunnitellessa tai esimerkiksi työvuorosuunnittelussa osaamisen mukaan. Toisaalta osaamista voisi myös arvioida perehdyttämisen aikana ja kehityskeskustelujen yhteydessä.

6.5 Tulosten hyödynnettävyys

Tällä hetkellä päivystys 2 on vastuussa suuronnettomuustilanteissa eteläisessä Suomessa. Uuden sairaalan valmistuessa vastuu siirtyy sinne. Päätöksenteko-osaamisessa vastaajien osaaminen poikkeustilanteessa (esimerkiksi suuronnettomuustilanteessa) toimimisessa oli heikointa. Olisikin ehdottoman tärkeää, että uudessa sairaalassa työskentelevä henkilökunta osaa toimia sellaisessa poikkeustilanteessa. Toimimista suuronnettomuustilanteessa voisi harjoitella Emergo Train System® karttajarjoittelumallin avulla (Emergo Train System® s.a.). Tätä voisi harjoitella jo etukäteen simulaatiolla.

Myös väkivaltatilanteissa toimiminen jäi alle tavoiteltavan tason. Sen osaamista voisi nostaa MAPA® (Management of Actual or Potential Aggression) eli haasteellisen käytöksen ennaltaehkäisykoulutus. Se antaa keinoja haasteellisen ja aggressiivisen käyttäytymisen hallintaan ja ennakointiin. (Mitä on MAPA®? s.a.)

Suurin osa vastanneista oli päivystysten 2 sairaanhoitajia, mutta kliininen osaaminen oli heikointa kaikkien vastanneiden osalta tuki- ja liikuntaelimestöön liittyvissä hoitotoimintojen toteuttamisessa (ka. 64,63). Tämä selittynee sillä, että vammautuneen raajan tukemisen päivystyksessä 2 hoitavat lääkintävahvistestarit/lähihoitajat sairaanhoitajien toimiessa lääkitsijöinä. Päivystyksessä 1 puolestaan ei hoideta ensisijaisesti raajoistaan vammautuneita potilaita. Tulevan päivystysten sairaanhoitajien olisi hyvä opetella vammautuneen raajan tukeminen.

Elottoman potilaan hoitaminen (ka. 75,48) jäi alle tavoiteltavan tason, joten elvytys­simulaatioita on ensiarvoisen tärkeää pitää säännöllisesti. Alle tavoiteltavan tason jääneet verenkierron tarkkailuun (esim. sydämen rytmi) (ka. 78,28), ravitsemuksesta huolehtimiseen (esim. diabetespotilas) (ka. 75,13), laboratoriotulosten tulkitsemiseen (ka. 77,81) tai EKG:n tulkitsemiseen oman vastuun mukaisesti (ka. 69,19) olisivat hyvä aihe esimerkiksi koulutuspäiville potilastapausten avulla läpikäytäväksi ja sitä kautta opittavaksi.

Teho-osastoilla on jo käytössä laiteajokortit. Nämä olisi hyvä ottaa myös päivystyksissä käyttöön. Tällöin teknisten hoitolaitteiden turvallisessa käyttämi-

sessä (esim. defibrillaattori) (ka 77,25) vastaajien arvio osaamisestaan voisi olla korkeampi. Oma ammattitaitoa voisi yksiköissä pitää yllä mahdollistamalla simulaatioita. Niissä voisi myös kertoa uusista suosituksista, esimerkiksi elvytys-suositukset, jotka tietyin väliajoin päivittyvät vastaamaan uusinta tietoa. Jo pilottiprojektissa huomattiin simulaation vaikutuksen katastrofissa toimimiseen; se paransi merkittävästi tietämystä ja paransi kommunikaatiota katastrofitilanteessa. Lisäksi huomattiin pienemmän kaavan harjoitusten useammin vuoden aikana auttavan säilyttämään tietämystä ja taitoja. (Jung ym. 2016, 67.)

Ohjausosaamisessa heikoimmin koettiin osatun ohjauksen aloittaminen terveyskasvatukseen liittyvissä asioissa (ka. 69,19). Kyselylomake täytettiin erikoissairaanhoidon päivystyspisteissä, joissa terveyskasvatus ei ole ensisijais- ta vaan pääpaino on hoitaa potilaan akuutti vaiva.

LÄHTEET

Aalto, M. 2020. Suomen suurin sairaalakeskittymä siirtyy ensi yönä Apotti-aikaan – Näin alkukaaoksen aiheuttanut järjestelmä on toiminut. Helsingin Sanomat. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hs.fi/kaupunki/art-2000006704986.html> [viitattu 25.3.2021].

Andersson, H., Sundström, B. W., Nilsson, K. & Jakobsson, E. 2014. Competencies in Swedish emergency departments – The practitioners' and managers' perspective. *International Emergency Nursing* 2, 81–87. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.1.2021].

College of emergency nurses s.a. Knowledge and skills framework. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.nzno.org.nz/Portals/0/Files/Documents/Groups/Emergency%20Nurses/KS%20framework%2023rd%20september%20final_1.pdf [viitattu 10.10.2019].

Coombs, N., Porter, J. & Beauchamp, A. 2016. ED-HOME: Improving educator confidence and patient education in the Emergency Department. *Australian Emergency Nursing Journal* 19, 133–137. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.1.2021].

Dag, G. S., Biskin, S. & Gozkaya, M. 2019. Determination of nursing procedures and competencies in emergency departments: A cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences* 3, 307–315. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.1.2021].

Duko, B., Geja, E., Oltaye, Z., Belayneh, F. Keidr, A. & Gebire, M. 2019. Triage knowledge and skills among nurses in emergency units of Specialized Hospital in Hawasa, Ethiopia: cross sectional study. *BMC Research Notes* 1, 1–4. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.xamk.fi/30642384/> [viitattu 17.1.2021].

Emergency nurses association s.a. Position statement. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/position-statements/encertification.pdf?sfvrsn=b3563eb6_12 [viitattu 10.10.2019].

Emergo Train System® s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.emergotrain.com/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=777 [viitattu 21.12.2020].

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E.-L. 2014. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>[viitattu 5.2.2021].

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY ammattipätevyysden tunnustamisesta.

Faculty of emergency nursing. 2019. Section 1. Knowledge. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://fen.uk.com/competency-framework/mfen-core-competencies/section-1-knowledge/> [viitattu 10.10.2019].

Fry, M. & MacGregor, C. 2014. Confidence and impact on clinical decision-making and behaviour in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal* 3, 91–97. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.1.2021].

Hammad, K., Arbon, P., Gebbie, K. & Hutton, A. 2012. Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: a review of the current literature. *Australasian Emergency Nursing Journal* 4, 235–244. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 21.1.2021].

Helsingin julistus. 2013. Lääkäriliitto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/helsingin-julistus/> [viitattu 2.10.2019].

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 2.10.2019].

Jokela, H. 2014. Hätätilapotilaan päivystyshoitotyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/84609/Jokela_Heidi.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 27.10.2019].

Jones, T., Shaban, R. & Creedy, D. 2015. Practice standards for emergency nursing: An international review. *Australasian Emergency Nursing Journal* 4, 190–203. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/>. [viitattu 15.1.2021].

Jung, D., Carman, M., Aga, R. & Burnett, A. 2016. Disaster preparedness in the emergency department using in situ simulation. *Advanced Emergency Nursing Journal* 1, 56-68. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 26.1.2021].

Kanerva, J., Kemppainen, I., Pietarinen, E. & Hämäläinen V-P. 2020. Missä vaiheessa koronavirusepidemia on Suomessa? Nämä 5 grafiikkaa näyttävät, mitä on tapahtunut ja mitä on vielä edessä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-11263866> [viitattu 3.12.2020].

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.4.1994/559.

Lankinen, I. 2013. Päivystyshoitotyön osaaminen valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden arvioimana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/90492/AnnalesC363Lankinen.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [viitattu 27.9.2019].

Lång, T. 2013. Sairaanhoidajien käsityksiä yhteispäivystyksessä tarvittavasta ammatillisesta osaamisesta. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130435/urn_nbn_fi_uef-20130435.pdf [viitattu 27.10.2019].

Meretoja, R. 2003. Nurse competence scale. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Mitä on MAPA®? s.a. Suomen MAPA®keskus. WWW-dokumentti. Saatavilla: <https://suomenmapakeskus.fi/mapa/> [viitattu 21.12.2020].

Moceri, J. & Drevdahl, D. 2014. Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 1, 6–12. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.1.2021].

Murphy, J. P., Rådestad, M., Kurland, L., Jirwe, M., Ahmadreza, D. & Rüter, A. 2019. Emergency department registered nurses' disaster medicine competencies. An exploratory study utilizing a modified Delphi technique. *International Emergency Nursing* 43, 84–91. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 21.1.2021].

Noon, A. 2014. The cognitive processes underpinning clinical decision in triage assessment: A theoretical conundrum? *International Emergency Nursing* 1, 40–46. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.1.2021].

Nummelin, M. 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa:

<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/52481/hoitotiede-gradu2009nummelin.pdf?sequence=4&isAllowed=y> [viitattu 26.10.2019].

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 24. WWW-dokumentti. Saatavissa:

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 26.10.2019].

Orcajada Muñoz, I., Amo Setien, F. J., Diaz Agea, J. L., Hernández Ruipérez, T., Adánez Martínez, M. & Leal Costa C. 2020. The communication skills and quality perceived in an emergency department: The patient's perspective. *International Journal of Nursing Practice* 3, 1–6. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 28.1.2021].

Paakkonen, H. 2008. The Contemporary and Future Clinical Skills of Emergency Department Nurses. Experts' Perceptions Using Delphi-Technique. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa:

https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/8990/urn_isbn_978-951-27-1073-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 2.12.2020].

Park, H.Y. & Kim, J.S. 2017. Factors influencing disaster nursing core competencies of emergency nurses. *Applied Nursing Research* 37, 1-5. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 21.1.2021].

Peters, K., Harvey, E., Wright, A., Bath, J., Freeman, D. & Collier, B. 2018. Impact of teamSTEPPS trauma nurse academy at level 1 trauma center. *Journal of Emergency Nursing* 1, 19–25. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.1.2021].

Puhtimäki, K. 2007. Sairaanhoidajan tarvitsema hoitotyön ammatillinen osaaminen päivystyspoliklinikalla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/52481/hoi-totiede-gradu2009nummelin.pdf?sequence=4&isAllowed=y> [viitattu 2.12.2020].

Roscoe L., Eisenberg, E. & Forde, C. 2016. The Role of Patients' Stories in Emergency Medicine Triage. *Health Communication* 9, 1155-1164. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 19.1.2021].

Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. 28.9.1996. Sairaanhoidajat. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoidajien-eettiset-ohjeet.pdf> [viitattu 5.2.2021].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72305> [viitattu 2.12.2020].

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä katsauksen tarkoitus ja tutkimusongelman määrittely. Turku: Turun yliopisto.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Toth, J. 2013. The participation of emergency nurses in the development of the basic knowledge assessment tool (BKAT) for the adult emergency department, the ED-BKAT2. *Journal of Emergency nursing* 3, 238-244. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.1.2021].

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 24.8.2017/583.

Vatnøy, T. K., Fossum, M., Smith, N. & Slettebø, Å. 2013. Triage assesment of registered nurses in the emergency department. *International Emergency Nursing*. 2, 89–96. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 21.1.2021].

Virtanen, P. 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedon-saanti päivystyspoliklinikalla. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. WWW-dokumentti. Saatavissa:

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/95190/978-951-44-9432-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 27.1.2021].

Ci- nahl 15.1. 21	Tekijät, tutkimusvuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset
1	Murphy, J. P., Rådestad, M., Kurland, L., Jirwe, M., Ahmadsreza, D. & Rüter, A. 2019. Emergency department registered nurses' disaster medicine competencies. An exploratory study utilizing a modified Delphi technique.	Tunnistaa päivystyksen sairaanhoitajien oleellinen katastrofilääketieteen osaaminen asiantuntijoiden yhteisymmärryksessä.	Delphi tekniikka. 40 asiantuntijaa, jotka valittu tarkoituksenmukaisesti ja lumipaloteltekniikalla-> 32 vastasi Kyselylomake-> SPSS	Eriytyinen osaaminen saattaa vaihdella maittain. 62 valitulla katastrofihoidotyön osaamisella voi olla kliinistä merkitystä erilaisissa ympäristöissä
2	Dag G. S., Biskin, S. & Gozkaya, M. 2019. Determination of nursing procedures and competencies in emergency departments: A cross-sectional study.	Määrittellä hoitotyön toimenpiteet, joita päivystyksessä tarvitaan.	Kuvaileva ja poikkileikkauksellinen tutkimus. 139 päivystyksen sairaanhoitajaa Emergency Nursing Procedures kyselylomake -> SPSS	Huomattiin, että päivystyksen sairaanhoitajat useammin suorittivat lääketieteellisiä diagnoosi- ja toimenpidekäytäntöjä.
3	Coombs, N., Porter, J. & Beauchamp, A. 2016. ED-HOME: Improving educator confidence and patient education in the Emergency Department.	Parantaa päivystyksen terveyskasvatuksen laatua ottamalla käyttöön strukturoitu koulutusmalli.	14 päivystyksen sairaanhoitajaa vastasi sekä ennen koulutusmallia että sen jälkeen kyselylomakkeeseen ja 33 päivystyksen sairaanhoitajaa vastasi ennen koulutusmallin käyttöönottoa Pilottitutkimus	Strukturoitu systemaattinen lähestymistapa potilasohjaukseen johtaa potilastyytyvyyteen, ymmärrykseen ja parantuneeseen hoidon laatuun.

			Kyselylomake-> SPSS	
4	Jones, T., Shaban, R. & Creedy, D. 2015. Practice standards for emergency nursing: An international review.	Esittää kattava analyysi saatavilla olevista kansainvälisistä käytännöistä ja osaamisen standardeista päivystyssairaanhoidon kurssilta valmistuville Australiassa, Kanadassa, Uudessa Seelannissa, Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa.	5 artikkelia Kirjallisuuskat-saus	Standardit olivat yhtäläisiä kliinissä ammattitaidossa, vuorovaikutuksessa, yhteistyössä, resursseissa ja ympäristössä. Mitkään eivät olleet erityisesti päivityksen sairaanhoitoon suunnattuja ja ammattitaidon tason vaatimukset vaihtelivat.
5	Andersson, H., Sundström, B. W., Nilsson, K. & Jakobsson, E. 2014. Competencies in Swedish emergency departments – The practitioners' and managers' perspective.	Tutkia, minkälaisista osaamista ammatinharjoittajien ja heidän johtajiensa mukaan ammatinharjoittajalla täytyy olla päivityksessä suoriutuakseen jokapäiväisistä töistään.	31 ammatinharjoittajaa ja seitsemän terveydenhuollon johtajaa Puolistrukturoitu ryhmähaastattelu ja yksilöhaastattelu Induktiivinen sisällönanalyysi	Ammatinharjoittajilla ja terveydenhuollon johtajilla on erilaiset näkemykset tarvittavasta osaamisesta. Erilainen osaaminen arvotetaan eri tavalla.
6	Fry, M. & MacGregor, C. 2014. Confidence and impact on clinical decision-making and behaviour in the emergency department.	Tutkia, kuinka päivityksen sairaanhoitajat kokivat itseluottamuksensa laajennetussa toimenkuvassa ja mitkä tekijät vaikuttavat itseluottamukseen kliinissä työssä.	36 haastattelua ja 16 havainnointia 18-osainen puolistrukturoitu kysely-> analysoitu teemotain. Viisikohtainen itseluottamuskysely->	Itseluottamuksen kehittymisen on tärkeää, jos halutaan tukea tehokasta kliinistä päätöksentekoa.

			SPSS ja lisäksi havainnointi	
7	Hammad, K., Arbon, P., Gebbie, K. & Hutton, A. 2012. Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: a review of the current literature.	Tutkia ajankoh- taista kirjallisuutta sairaanhoitajan toimimisesta päi- vystyksessä ka- tastrofin aikana.	18 artikkelia Kirjallisuuskat- saus	Kirjallisuuskat- saus korostaa huolta sairaan- hoitajien valmiu- desta työsken- nellä katastrofiti- lanteessa ja heidän kyvys- tään siirtyä työs- kentelemään katastrofitil- teessa.
8	Roscoe L., Eisenberg, E. & Forde, C. 2016. The Role of Patients' Stories in Emergency Medicine Triage.	Aloittaa selven- tämään päätök- sentekoa ja olen- naisimpia tieto- lähteitä hoidon tarpeen arvioin- nissa ja potilaan tarinan rooli hoi- don tarpeen arvi- oinnin päätöksen- teossa.	110 tuntia sai- raanhoitajien ja potilaiden ha- vainnointia hoi- don tarpeen arvioinnissa sekä 16 hoidon tarpeen arvioin- nin sairaanhoita- jan puolistruktu- roitua haastatte- lua.	Luotiin malli hoidon tarpeen arvioinnin pää- töksenteosta. Siinä vaikuttavat kolme lähdetä tiedolle: visuaa- linen (potilaan ulkonäöstä ja käytöksestä tehdyt havain- not), vitaalit (tieto tehdyistä kliinisistä mitta- uksista kuten kuumeen mitta- us ja verenpai- ne) ja sanallinen (potilaan kerto- mus syystä tulla päivystykseen).
9	Toth, J. 2013. The partici- pation of emergency nur- ses in the development of the basic knowledge as- sessment tool (BKAT) for the adult emergency de- partment.	Kuvailla päivys- tyksen sairaan- hoitajien osallis- tumisen ED- BKAT2 (Basic Knowledge As- sessment Tool)	Yhdeksänhenki- nen asiantunti- japaneeli analy- soi ED-BKAT1 koh- dat auttaakseen korjatun ED-	ED-BKAT2 on luotettava mittari testaamaan päivystyshoito- työn osaamista.

		luomiseen.	BKAT2 version teossa. Lisäsi- sältöä mittariin asiantuntija- paneeliilta ja kirjallisuuskat- sauksesta.	
Pub Med 17.1. 21	Tekijät, tutkimusvuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja me- netelmä	Keskeiset tu- lokset
1	Coombs, N., Porter, J. & Beauchamp, A. 2016. ED-HOME: Improving educator confidence and patient education in the Emergency Department.	Parantaa päivys- tyksen terveys- kasvatuksen laa- tua ottamalla käyttöön struktu- roitu koulutusmal- li.	14 päivystyksen sairaanhoidajaa vastasi sekä ennen koulu- tusmallia että sen jälkeen ky- selylomakkee- seen ja 33 päi- vystyksen sai- raanhoidajaa vastasi ennen koulutusmallin käyttöönottoa. Pilottitutkimus Kyselylomake-> SPSS	Strukturoitu systemaattinen lähestymistapa potilasohjauk- seen johtaa potilastytyväi- syyteen, ymmär- rykseen ja pa- rantuneeseen hoidon laatuun.
2	Fry, M. & MacGregor, C. 2014. Confidence and impact on clinical decision-making and behaviour in the emergency department.	Tutkia, kuinka päivystyksen sairaanhoidajat kokivat itseluot- tamuksensa laa- jennetussa toi- menkuvassa ja mitkä tekijät vai- kuttavat itseluot- tamukseen kliini- sessä työssä.	36 haastattelua ja 16 havain- nointia 18-osainen puo- listrukturoitu kysely-> analy- soitu teemoit- tain. Viisikohtai- nen itseluotta- muskysely-> SPSS ja lisäksi havainnointi.	Itseluottamuk- sen kehitty- minen on tärkeää, jos halutaan tukea tehokasta kliinistä päätök- sentekoa.

3	<p>Hammad, K., Arbon, P., Gebbie, K. & Hutton, A. 2012. Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: a review of the current literature.</p>	<p>Tutkia ajankoh- taista kirjallisuutta sairaanhoitajan toimimisesta päi- vityksessä ka- tastrofin aikana.</p>	<p>18 artikkelia Kirjallisuuskat- saus</p>	<p>Kirjallisuuskat- saus korostaa huolta sairaan- hoitajien valmiu- desta työsken- nellä katastrofiti- lanteessa ja heidän kyvys- tään siirtyä työ- kentelemään katastrofitil- teessa.</p>
4	<p>Vatnøy, T.K., Fossum, M., Smith, N. & Slettebø, Å. 2013. Triage assesment of registered nurses in the emergency department.</p>	<p>Arvioida hoidon tarpeen arvioinnin päätöksentekoa ennen ja jälkeen METTS-A (Medi- cal Emergency Triage and Treatment Sys- tem Adult) käyt- töönoton.</p>	<p>655 potilasta ennen ja 413 potilasta jälkeen intervention. Kyselylomake-> SPSS Tietokantahaku potilastietokan- nasta-> SPSS</p>	<p>Standardoidun hoidon tarpeen arvioinnin käyt- töönoton jälkeen vitaalielintoimin- not ja oireisto otettiin enem- män huomioon päätöksenteos- sa ja kiireelli- syyden arvioissa.</p>
5	<p>Park, HY. & Kim, JS. 2017. Factors influencing disaster nursing core competencies of emer- gency nurses.</p>	<p>Tunnistaa tekijät, jotka vaikuttavat päivityksen sairaanhoitajien katastrofihoi- työn ydinosaami- seen.</p>	<p>235 päivityk- sen sairaanhoi- tajaa 12 eri sai- raalassa Etelä- Koreassa. Kyselylomake-> SPSS</p>	<p>Kokemus kata- strofeista ja seuraavaksi katastrofiin liitty- vä tietämys vai- kuttivat eniten katastrofihoi- työn osaami- seen.</p>
6	<p>Murphy, J. P., Rådestad, M., Kurland, L., Jirwe, M., Ahmadsreza, D. & Rüter, A. 2019. Emergency depart- ment registered nurses' disaster medicine compe- tencies. An exploratory study utilizing a modified Delphi technique.</p>	<p>Tunnistaa päivy- tyksen sairaan- hoitajien oleelli- nen katastrofilää- ketieteen osaa- minen asiantunti- joiden yhteisym- märyksessä.</p>	<p>Delphi tekniikka. 40 asiantuntijaa, jotka valittu tar- koituksenmukai- sesti ja lumipal- lotekniikalla-> 32 vastasi Kyselylomake-> SPSS</p>	<p>Eriyinen osaa- minen saattaa vaihdella mait- tain. 62 valitulla katastrofihoi- työn osaamisella voi olla klinistä merkitystä erilai- sissa ympäris- töissä.</p>

7	Noon, A. 2014. The cognitive processes underpinning clinical decision in triage assessment: A theoretical conundrum?	Edistää tietoisuutta, miten hoidon tarpeen arvioinnin sairaanhoitajat tekevät päätöksensä hätätilanteissa.	Kliinisestä arvioinnista ja päätöksenteon teoriasta oleelliseen kirjallisuuteen tutustuminen Tiedonhakua ei kuvattu	Hoidon tarpeen arvioinnin sairaanhoitajan tärkein taito on tehdä korkealatuista päätöksiä oli se sitten strukturoidun arviointijärjestelmän kautta tai oman ammatillisen kokemuksen kautta.
8	Roscoe L., Eisenberg, E. & Forde, C. 2016. The Role of Patients' Stories in Emergency Medicine Triage.	Aloittaa selvittämään päätöksentekoa ja olennaisimpia tietolähteitä hoidon tarpeen arvioinnissa ja potilaan tarinan rooli hoidon tarpeen arvioinnin päätöksenteossa.	110 tuntia sairaanhoitajien ja potilaiden havainnointia hoidon tarpeen arvioinnissa sekä 16 hoidon tarpeen arvioinnin sairaanhoitajan puolistrukturoitua haastattelua.	Luotiin malli hoidon tarpeen arvioinnin päätöksenteosta. Siinä vaikuttavat kolme lähdettä tiedolle: visuaalinen (potilaan ulkonäöstä ja käytöksestä tehdyt havainnot), vitaalit (tieto tehdyistä kliinisistä mittauksista kuten kuumeen mittaus ja verenpaine) ja sanallinen (potilaan kertomus syystä tulla päivystykseen).
9	Jung, D., Carman, M., Aga, R. & Burnett, A. 2016. Disaster preparedness in the emergency department using in situ simulation.	Tutkia simulaatiomenetelmällä, paraneeko terveydenhuollon ammattilaisten tietämys katastrofissa toimimisessa, paraneeko	55 päivystyksen työntekijää Havainnointitutkimus (The Johns Hopkins Disaster Tool) ja kyselylomake	Simulaatio voi parantaa tietämystä ja vuorovaikutusta katastrofitilanteessa.

		siihen liittyvissä taidoissa ja parantaa vuorovai- kutusta tällaises- sa erikoistilan- teessa kuin kata- strofitilanne on päivystyksessä.	ennen ja jäl- keenx2 simulaa- tion (SPSS)	
10	Toth, J. 2013. The partici- pation of emergency nur- ses in the development of the basic knowledge as- sessment tool (BKAT) for the adult emergency de- partment.	Kuvailla päivys- tyksen sairaan- hoitajien osallis- tumisen ED- BKAT2 (Basic Knowledge As- sessment Tool) luomiseen.	Yhdeksänhenki- nen asiantunti- japaneeli analy- soi ED-BKAT1 koh- dat auttaakseen korjatun ED- BKAT2 version teossa. Lisäsi- sältöä mittariin asiantuntija- paneeliilta ja kirjallisuuskat- sausesta	ED-BKAT2 on luotettava mittari testaamaan päivystyshoito- työn osaamista.
11	Duko, B., Geja, E., Oltaye, Z., Belayneh, F. Keidr, A. & Gebire, M. 2019. Triage knowledge and skills among nurses in emer- gency units of Specialized Hospital in Hawasa, Et- hiopia: cross sectional study.	Tarkoitus arvioida hoidon tarpeen arvioinnin osaa- mistä ja taitoja ja siihen vaikuttavia tekijöitä Hawassa yliopistosairaalan päivystyksen sairaanhoitajilla.	Poikkileikkaus- tutkimus 101 sairaanhoitajaa -> SPSS	Hoidon tarpeen arviointitaidot olivat hyvät kun taas hoidon tarpeen arviointi- tiedot olivat ma- talat.
12	Mocer, J. & Drevdahl, D. 2014. Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency depart- ment.	Tarkoitus tutkia päivystyksen sairaanhoitajien tietämystä ja asennetta kipuun.	99 päivystyksen sairaanhoitajaa Kuvaileva tutki- mus. KASRP (Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain) -mittari -> PASW	Hyvä harkinta- kyky kivunhoi- dosta vaatii asi- antuntijatason tietoa opioideis- ta ja kyvystä tehdä kokonais- valtainen ki- vunarvio, joka ottaa huomioon sekä objektiiv-

				sen että potilaan subjektiivisen kokemuksen kivusta.
13	Orcajada Muñoz, I., Amo Setien, F. J., Diaz Agea, J. L., Hernández Ruipérez, T., Adánez Martínez, M. & Leal Costa C. 2020. The communication skills and quality perceived in an emergency department: The patient's perspective.	Tutkia terveydenhuollon henkilökunnan vuorovaiikutustaitojen vaikutusta hoidon laadun arvioon päivystyksen potilailla.	200 potilasta Sosio-demografinen, HCCQ (Health Care Communication Questionnaire) ja SERVQHOS (kysely potilaan kokemasta sairaalan hoidon laadusta) -> SPSS	Hoidon laatuun positiivinen yhteys hoidontarjoajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta.
Medic 18.1. 21	Tekijät, tutkimusvuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset
1	Virtanen, P. 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedonsaanti päivystyspoliklinikalla. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.	Kuvata avh-potilaan ja hänen läheisensä tiedonsaantia ppk:lilla ja verrata potilaan ja hänen läheisensä kokemuksia tiedonsaannista ennen koulutusinterventiota ja sen jälkeen.	362 avh-potilasta ja 157 heidän läheistään Kyselylomake -> SPSS Avokysymyksiin vähän lyhyitä vastauksia, jotka verrattiin strukturoiduista kysymyksistä saatuihin tuloksiin ja esitettiin suorina lainauksina.	Potilas ja läheinen pitäisi ottaa mukaan hoidon suunnitteluun ja antaa tietoa potilaan tilasta myös läheiselle
Manuaalinen	Tekijät, tutkimusvuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset

ha-ku				
1	Peters, K., Harvey, E., Wright, A., Bath, J., Freeman, D. & Collier, B. 2018. Impact of teamSTEPPS trauma nurse academy at level 1 trauma center.	Monitieteellinen lähestymistapa traumapotilaan hoitoon.	Traumayhteistyökurssi arvioidaan vuosittain virallisesti ohjelman ja tiedekunnan kautta Kirkpatrickin 4-tasoisella asteikolla I-taso osallistujien kurssiarviointi II-taso 22 kysymyksen monivaihtoehtoinen testitietotesti III-taso traumatimien tehokkuus arvioituna TTPOT (Trauma Team Performance Observation Tool) IV-taso laadun arvio käyttämällä traumarekisteriä arvioidakseen ennen ja jälkeen testin tehokkuutta	Kattava monitieteellinen yhteistyökurssi on edistänyt prosesseja ja potilaan hoidon lopputulemaan hätätilanteessa traumakeskuksessa.

Liite 2

Hyvä päivystyspoliklinikan sairaanhoitaja!

Suoritan ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintoa akuuttihoitotyöstä Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa XAMKissa. Opinnäytetyökseni teen osaamiskartoituksen kahden eteläsuomalaisen päivystykseen sairaanhoitajille. Opinnäytetyössä ei ole tarkoitus verrata osaamista vaan selvittää, mitä osaamista on ja miten kehittää päivystyshoitotyön osaamista ennen näiden kahden päivystyksen yhdistymistä.

Pyydän ystävällisesti Sinua vastaamaan kahvihuoneessa olevaan kyselyyn, jossa kartoitetaan sairaanhoitajien päivystyshoitotyön osaamista. Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin 20-30 minuuttia. Osallistuminen on vapaaehtoista ja kyselyyn vastaaminen tulkitaan tietoiseksi suostumukseksi. Aineistoa käytetään luottamuksellisesti. Vastaajan nimettömyys ja tunnistamattomuus taataan kaikissa vaiheissa. Lomake palautetaan oheisessa kirjekuoressa keräysastiaan.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja TtT Niina Eklöf (yhteystiedot poistettu)

Vastaa mielelläni opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiin.

Kiitos ajastasi ja osallistumisestasi kyselyyn!

Ystävällisin terveisin,

Heli Kähkönen

ensihoitaja YAMK-opiskelija, XAMK

yhteystiedot poistettu

Päätöksenteko- osaaminen kysymyk- sittäin ja työkoke- muksettain	0 – 4 vuot- ta	5 – 9 vuotta	10 – 14 vuotta	15 – 19 vuotta	Yli 20 vuotta	Kaik- kien kes- kiarvo
Potilaan hoitoon liittyvi- en tietojen kerääminen ennakkoilmoituksesta	65,67	81,82	88,25	97,00	83,67	81,06
Hoidossa tarvittavien resurssien (esim. hoi- tovälineet) arvioiminen ennakkoilmoituksen perusteella	58,17	75,18	89,00	97,00	83,56	77,44
Potilaan tilan arvioimi- nen hänen saapues- saan ppkl:lle	76,50	82,18	88,25	97,50	87,44	84,31
Hoidon kiireellisyyden arvioiminen potilaan saapuessa ppkl:lle	63,67	82,18	83,25	96,50	88,44	81,50
Potilaan sijoittaminen ppkl:lle potilaan tila huomioiden (esim. vuodelepoa vaativa tai istuva potilas)	74,33	75,64	86,75	97,00	88,33	81,69
Potilaan tilan uudelleen arvioiminen hänen odottaessaan hoitoa ppkl:lla	76,67	81,64	89,75	97,50	89,00	84,78
Hoidon kiireellisyyden uudelleen arvioiminen potilaan odottaessa hoitoa ppkl:lla	67,33	82,91	86,75	97,00	89,44	83,19
Tiedon kerääminen havainnoimalla potilas- ta	76,33	85,36	90,00	97,00	88,44	85,84
Tiedon kerääminen haastatteleamalla poti- lasta	78,33	86,73	92,50	97,50	87,33	86,72

Tiedon kerääminen erilaisilla apuvälineillä (esim. RR—mittari)	81,17	86,55	96,00	96,50	89,78	88,25
Tiedon kerääminen kirjallisista dokumenteista	78,83	83,36	91,75	97,50	86,33	85,28
Tiedon kerääminen haastatteleamalla potilaan saattajaa	73,00	83,18	85,25	97,00	90,38	84,23
Potilaan tietojen kirjaaminen	80,83	83,64	93,50	97,00	85,78	85,78
Suullinen raportointi	71,50	78,73	91,75	97,00	88,56	82,91
Potilaan voinnissa tapahtuvien muutosten tunnistaminen	66,33	77,73	88,00	96,00	84,78	80,00
Hoitoa koskevien päätösten tekeminen nopeasti potilaan voinnin mukaan	62,33	78,82	87,25	96,00	83,33	79,13
Lisäavun pyytäminen tilanteen vaatiessa (esim. potilaan voinnin äkillinen huononeminen)	77,17	86,36	91,75	96,50	89,22	86,75
Toimiminen väkivaltatilanteessa	46,67	61,91	78,25	57,00	72,89	63,88
Toimiminen poikkeustilanteessa (esim. suuronnettomuustilanteet)	31,50	44,00	53,75	65,50	61,33	49,09
Hoitoa koskevien päätösten tekeminen itsenäisesti oman vastuun mukaisesti	62,83	73,00	84,25	95,00	81,00	75,97
Hoitoa koskevien päätösten tekeminen yhdessä potilaan kanssa	67,33	75,55	85,00	95,00	81,78	78,16

Hoitoa koskevien päätösten tekeminen yhdessä kollegan/kollegojen kanssa	77,00	82,00	90,50	96,50	88,11	84,75
Hoitoa koskevien päätösten tekeminen yhdessä potilaan, kollegan ja lääkärin kanssa	77,50	81,91	93,00	96,50	86,33	84,63
Hoitoa koskevien päätösten tekeminen lääkärin määräyksiin perustuen	80,33	85,45	94,25	97,50	87,11	86,81

Kliininen osaaminen kysymyksittäin ja työkokemuksittain	0 – 4 vuotta	5 – 9 vuotta	10 – 14 vuotta	15 – 19 vuotta	Yli 20 vuotta	Kaikkien keskiarvo
Hengitykseen liittyvien hoitotoimintojen toteuttaminen (esim. hengityksen avustaminen hengityspalkeella)	62,83	70,09	82,50	97,00	81,89	75,28
Verenkiertoon liittyvien hoitotoimintojen toteuttaminen (esim. EKG:n ottaminen)	76,00	86,36	95,25	98,00	83,11	85,34
Erittämiseen liittyvien hoitotoimintojen toteuttaminen (esim. katetrointi)	77,83	86,27	95,50	97,50	88,89	87,28
Tuki- ja liikuntaelimiin liittyvien hoitotoimintojen toteuttaminen (esim. vammautuneen raajan tukeminen)	61,00	61,18	75,50	22,00	75,89	64,63
Potilaan valmistaminen lääkärin suorittamiin hoitotoimintoihin (esim. haavan ompelu)	78,33	85,00	94,50	88,50	89,89	86,53
Lääkärin suorittamissa hoitotoiminnoissa avustaminen	73,50	86,27	94,50	95,00	89,00	86,22
Nestehoitoon liittyvien hoitotoimintojen toteuttaminen (esim. suoniyhteyden avaaminen)	78,50	84,82	95,25	98,00	88,22	86,72

Lääkehoitoon liittyvien hoitotoimintojen toteuttaminen (esim. lääkeinfuusion sekoittaminen)	72,67	83,36	95,00	97,00	87,22	84,75
Laboratorionäytteiden ottaminen (esim. eritenäytteet)	70,83	69,73	93,25	83,50	79,44	76,47
Elottoman potilaan	50,00	72,71	82,00	99,00	85,25	75,48
Hengityksen tarkkailu (esim. hengitystajuus)	68,67	85,45	90,25	97,50	88,67	84,56
Verenkierron tarkkailu (esim. sydämen rytmi)	68,83	74,27	86,50	97,50	81,56	78,28
Tajunnan tason tarkkailu (esim. Glasgow'n Coma Scalen avulla)	66,50	83,91	88,00	97,00	88,78	83,34
Muiden elintoimintojen tarkkailu (esim. virtsamäärä)	72,17	84,73	90,75	96,50	90,67	85,53
Ravitsemuksesta huolehtiminen (esim. diabetespotilas)	61,83	70,64	87,25	88,00	82,00	75,13
Vuodelevosta huolehtiminen (esim. rintakipupotilas)	74,83	85,91	91,75	97,00	88,00	85,84
Asentohoidosta huolehtiminen (esim. tajuton potilas)	68,50	81,64	85,50	96,00	88,11	82,38
Liikkumisessa avustaminen (esim. vanhuspotilas)	70,00	77,82	95,25	85,50	86,89	81,56
Päivystystutkimusten tilaaminen (esim. laboratorio- ja röntgentutkimukset)	78,00	88,09	94,25	92,00	90,56	87,91
Laboratoriotulosten tulkitseminen	59,33	76,55	93,75	90,00	81,89	77,81

EKG:n tulkitseminen oman vastuun mukaisesti	64,50	66,91	85,00	85,50	64,44	69,19
Teknisten hoitolaitteiden turvallinen käyttäminen (esim. defibrillaattori)	68,83	72,27	87,50	97,50	79,89	77,25
Aseptiikasta huolehtiminen	72,83	77,91	92,25	95,50	85,67	82,03
Toiminnan perustaminen tutkimustietoon (esim. Elvytyksen Käypä Hoito – suositus)	72,50	73,55	87,75	81,00	65,78	73,41
Potilaan jatkohoidosta huolehtiminen hänen kotiutuessaan	73,67	80,73	93,00	87,50	85,44	82,69
Potilaan jatkohoidosta huolehtiminen hänen siirtyessään osastolle/toiseen organisaatioon	77,67	84,09	94,75	98,50	88,67	86,41

Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen kysymyksittäin ja työkokemuksettain	0 – 4 vuotta	5 – 9 vuotta	10 –14 vuotta	15 –19 vuotta	Yli 20 vuotta	Kaikkien keskiarvo
Ymmärrettävien käsitteiden käyttäminen vuorovaikutustilanteessa	67,33	75,45	88,00	96,00	86,00	79,75
Potilaan tilan huomioiminen vuorovaikutustilanteessa (esim. desorientoitunut potilas)	70,00	78,64	88,25	96,50	86,78	81,63
Potilaan tarpeiden kuunteleminen	68,50	74,64	91,50	97,50	86,11	80,25
Potilaan läheisten kuunteleminen	65,00	74,91	90,75	89,50	84,44	78,63
Kollegan konsultointi	77,83	90,27	90,25	97,00	88,67	87,91
Lääkärin konsultointi	78,00	88,00	91,75	97,50	89,44	87,59
Muiden ammattiryhmien konsultointi	72,50	85,64	88,75	97,00	88,67	85,13
Ammatillinen vuorovaikutus kollegan kanssa	80,00	88,45	93,00	97,00	89,00	88,10
Ammatillinen vuorovaikutus lääkärin kanssa	81,00	86,91	93,25	97,00	90,33	88,19
Ammatillinen vuorovaikutus muiden ammattiryhmien kanssa	81,00	85,91	88,50	97,00	89,78	87,09
Yhteistyö työyksikön eri ammattiryhmien kanssa	80,83	83,82	85,75	97,50	90,78	86,31
Yhteistyö työyksikön ulkopuolisten ammattiryhmien kanssa (esim. laboratorion henkilöstö)	77,00	84,27	91,50	97,00	89,00	86,23
Yhteistyö organisaation ulkopuolisten ammattiryhmien kanssa (esim. poliisi)	67,83	77,64	85,50	86,50	86,33	79,78

Yhteistyö moniammatillisessa tiimissä	73,50	82,09	89,00	98,00	89,00	84,28
---------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Ohjausosaaminen kysymyksittäin ja työkokemuksittain	0 – 4 vuotta	5 – 9 vuotta	10 – 14 vuotta	15 – 19 vuotta	Yli 20 vuotta	Kaikkien keskiarvo
Hoidon etenemisestä kertominen potilaalle	78,00	75,18	91,25	97,50	84,22	81,66
Potilaan vointiin liittyvi- en tietojen antaminen läheisille potilaan luval- la	75,83	81,18	91,25	96,50	84,56	83,34
Ohjauksen aloittami- nen terveystasvatuk- seen liittyvissä asioissa	48,00	59,45	65,50	64,50	65,89	60,19
Ohjaaminen lääkehoi- toon liittyvissä asioissa yhteistyössä lääkärin kanssa	72,67	71,09	90,50	88,50	78,89	77,09
Ohjaaminen kotihoito- ohjeisiin liittyvissä asi- oissa	64,17	71,27	91,75	88,50	83,67	77,06
Ohjaaminen jatkohoi- toon liittyvissä asioissa (esim. tutkimuksiin valmistaminen)	63,67	76,09	88,00	73,50	82,44	76,88
Kirjallisen ohjausmate- riaalin käyttäminen	69,33	75,27	88,00	82,50	80,78	77,75
Ohjausta tukevien väli- neiden käyttäminen (esim. injektionantovä- lineet)	66,60	70,36	88,25	94,00	79,89	76,35
Demonstroinnin käyt- täminen ohjauksessa (esim. injektion annon demonstrointi)	63,50	70,45	89,25	96,50	80,78	76,03
Tiedon ymmärrettä- vyyden varmistaminen ohjaustilanteessa	70,67	71,36	82,75	89,50	81,78	76,72

Ohjaaminen puhelimitse	52,33	72,64	80,25	96,50	79,78	73,28
------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Eettinen osaaminen kysymyksittäin ja työkokemuksittain	0 – 4 vuotta	5 – 9 vuotta	10 – 14 vuotta	15 – 19 vuotta	Yli 20 vuotta	Kaikkien keskiarvo
Hoitotyön periaatteiden noudattaminen	73,33	75,73	91,50	92,50	84,11	80,66
Vaitiolovelvollisuuden noudattaminen	84,83	84,10	93,00	96,00	90,67	88,06
Monikulttuurisuuden huomioiminen	72,00	72,73	86,00	64,50	80,89	76,03
Kuolevan potilaan koh- taaminen	50,83	69,64	86,75	85,00	83,67	73,16
Kuolevan potilaan lä- heisen kohtaaminen	44,67	61,64	86,50	85,00	84,67	69,50
Kriisissä olevan poti- laan kohtaaminen	49,17	63,55	75,50	84,50	80,22	68,34
Kriisissä olevan poti- laan läheisten kohtaa- minen	49,50	59,91	75,50	85,00	80,22	67,19
Potilaan puolesta pu- huminen (esim. huono- kuntoisen vanhuksen kotiuttamistilanne)	57,67	72,45	82,00	87,00	86,33	75,69
Oman ammattiroolin tunnistaminen	75,67	81,64	90,25	97,50	91,00	85,22
Oman ammatin arvos- taminen	77,00	72,64	76,75	97,50	83,11	78,47
Työyhteisön sääntöihin ja normeihin sitoutumi- nen	78,83	78,36	92,25	98,00	86,67	83,75
Kollegiaalisuus	82,00	85,09	92,25	97,50	87,67	86,91
Omien arvojen ja asen- teiden tunnistaminen	76,17	78,82	91,25	97,50	90,13	84,03
Toimiminen vastuulli- sesti	87,67	85,55	95,25	97,50	88,78	88,81
Toimiminen taloudelli- sesti	70,67	62,55	88,75	85,00	77,67	73,00

Oman oppimistarpeen tunnistaminen	80,00	81,64	74,25	92,50	81,78	81,13
Oman ammattitaidon ylläpitäminen	71,67	81,00	82,00	93,50	73,33	78,00
Uuden tiedon hankkiminen eri lähteistä	76,33	82,09	83,00	94,50	68,00	77,94