



**TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
ÅBO YRKESHÖGSKOLA**

**Opinnäytetyö  
HOITOHENKILÖSTÖN  
TÄYDENNYSKOULUTUKSEN  
KEHITTÄMINEN**

**Sanna-Mari Manninen**

**Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen  
2009**

# SISÄLTÖ

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>TOIMINTAYMPÄRISTÖN MUUTOSTRENDIT</b>	<b>8</b>
2.1	Ammatillinen osaaminen	9
2.2	Terveysalan osaaminen	12
2.2.1	Osaaminen kätilötyössä	14
2.2.2	Sairaanhoitajan työn tärkeimmät ammatilliset elementit	15
2.3	Lähihoitajan työ ja eettiset periaatteet	17
2.3.1	Perushoitajan työskentely	17
2.3.2	Lastenhoitajan työskentely	18
<b>3</b>	<b>AMMATILLISEN PÄTEVYYDEN MITTAAMINEN</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>TÄYDENNYSKOULUTUS</b>	<b>22</b>
4.1	Täydennyskoulutuksen määritelmä	22
4.2	Täydennyskoulutusta säätelevät lait ja asetukset	24
4.3	Täydennyskoulutuksen tavoite	26
<b>5</b>	<b>TÄYDENNYSKOULUTUS TERVEYDENHUOLLOSSA</b>	<b>27</b>
5.1	Täydennyskoulutuksen tarve ja tarjonta	27
5.2	Hoitohenkilöstön kokemuksia täydennyskoulutuksesta	28
<b>6</b>	<b>KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>31</b>
6.1	Taustaorganisaation kuvaus	32
6.2	Hankeorganisaatio	34
6.3	Kehittämishankkeen aikataulu	35

<b>7</b>	<b>TUTKIMUSONGELMAT</b>	<b>SEKÄ</b>	
	<b>OSAAMISKARTOITUKSEN</b>	<b>EMPIIRINEN</b>	
	<b>TOTEUTTAMINEN</b>		<b>36</b>
7.1	Tutkimusongelmat		36
7.2	Osaamiskartoituksessa käytetty mittari		37
7.2.1	Mittarin laadinta		37
7.2.2	Mittarin sisältö		38
7.2.3	Mittarin pilotointi		39
7.3	Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston hankinta		40
7.4	Aineiston analysointi		41
<b>8</b>	<b>OSAAMISKARTOITUKSEN</b>	<b>TULOKSET</b>	<b>JA</b>
	<b>LUOTETTAVUUS</b>		<b>45</b>
8.1	Tutkimusjoukon kuvaus		45
8.2	Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen		47
8.2.1	Eettinen- ja arvo-osaaminen		47
8.2.2	Terveyden edistämisen osaaminen		48
8.2.3	Teoreettinen osaaminen		49
8.2.4	Kliininen osaaminen		50
8.2.5	Opetus- ja ohjausosaaminen		51
8.2.6	Yhteistyöosaaminen		52
8.2.7	Hoito- ja kätilötyön kehittämisosaaminen		54
8.2.8	Monikulttuurisen hoitotyön osaaminen		54
8.2.9	Ammatillinen osaaminen kokonaisuudessaan		55
8.3	Taustamuuttajien yhteys hoitohenkilöstön ammatilliseen osaamiseen		56
8.4	Vastaajien täydennyskoulutustarve		57
8.4.1	Täydennyskoulutukseen osallistuminen		58
8.4.2	Kiinnostavat täydennyskoulutusaiheet		59
8.4.3	Menetelmät täydennyskouluttautumiseen		62
8.4.4	Täydennyskouluttautumista edistäviä asioita		63
8.4.5	Täydennyskouluttautumista estäviä asioita		65

8.4.6	Muita keinoja ammatillisen osaamisen kehittämiseen	67
8.5	Osaamiskartoituksen luotettavuus	70
8.5.1	Mittarin validiteetti	71
8.5.2	Mittarin reliabiliteetti	71
8.5.3	Aineistonkeruun luotettavuus	72
8.5.4	Tulosten luotettavuus	73
<b>9</b>	<b>TÄYDENNYSKOULUTUSSUUNNITELMA</b>	<b>75</b>
9.1	Teemapäivät	76
9.2	Klinikkakoulu	76
9.3	Osastotunnit	78
9.4	Muu täydennyskoulutus	78
<b>10</b>	<b>KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTI JA POHDINTA</b>	<b>79</b>
10.1	Eettisyyden arviointi	80
10.2	Osaamiskartoituksen tulosten tarkastelu	81
10.3	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	85
	<b>LÄHTEET</b>	<b>88</b>
	<b>LIITTEET</b>	
	Liite 1. Kyselylomake	
	<b>KUVIOT</b>	
	Kuvio 1. Ammatillisen kehittymisen edellytykset työyhteisössä.	13
	Kuvio 2. Ammatillisen lisäkoulutuksen jäsentely.	24
	Kuvio 3. TYKS:n naistenklinikan osastorakenne ja henkilökuntamäärä.	35
	Kuvio 4. Hankeorganisaatio.	36
	Kuvio 5. Kehittämishankkeen aikataulu.	38
	Kuvio 6. Klinikkan teemapäivät.	78
	Kuvio 7. Täydennyskoulutusaiheita klinikkakouluun.	79

Kuvio 8. Täydennyskoulutusaiheita osastotunneille. 80

## **TAULUKOT**

Taulukko 1. Summamuuttujat ja niiden Cronbachin alpha –kertoimet.	45
Taulukko 2. Vastaajien ikäjakauma.	47
Taulukko 3. Vastaajien tutkintoon valmistumisvuosi.	48
Taulukko 4. Vastaajien työkokemuksen määrä.	49
Taulukko 5. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan eettisen- ja arvo-osaamisen osa-alueella.	50
Taulukko 6. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan terveyden edistämisen osaamisen osa-alueella.	51
Taulukko 7. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan teoreettisen osaamisen osa-alueella.	52
Taulukko 8. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan kliinisen osaamisen osa-alueella.	53
Taulukko 9. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan opetus- ja ohjausosaamisen osa-alueella.	54
Taulukko 10. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan yhteistyö-osaamisen osa-alueella.	55
Taulukko 11. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan hoito- ja kätilötyön kehittämisosaamisen osa-alueella.	56
Taulukko 12. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan monikulttuurisen hoitotyön osaamisen osa-alueella.	57
Taulukko 13. Hoitohenkilöstön arvioinnit ammatillisesta osaamisestaan eri osa-alueilla ja kokonaisuudessaan.	58
Taulukko 14. Ammatillisen osaamisen ja ammattinimikkeen merkitsevyyden p-arvot eri osa-alueilla.	59
Taulukko 15. Vastaajien täydennyskoulutustoiveet aihealueittain.	61
Taulukko 16. Vastaajien täydennyskoulutusmenetelmiin liittyvät toiveet.	65
Taulukko 17. Täydennyskouluttautumista edistävät asiat.	66

Taulukko 18. Täydennyskouluttautumista estävät asiat.	68
Taulukko 19. Ammatillista osaamista kehittäviä asioita.	70

## 1 JOHDANTO

Terveysthuolto vaatii jokaiselta työntekijältään korkeaa osaamista sekä kykyä itsensä jatkuvaan kehittämiseen. Terveysthuollon kaikkien ammattiryhmien ammattitaito huononee nopeasti tutkinnon suorittamisen jälkeen ja tämä kehitys on kompensoitavissa kokemuksella ainoastaan osittain. (Ryynänen, Kinnunen, Myllykangas, Lamintakanen & Kuusi 2004, 44 [viitattu 3.3.2008].) Jokaiselta hoitotyössä toimivalta työelämän ja toimintaympäristön muuttuminen edellyttää kykyä kehittää omaa asiantuntijuuttaan ja elinikäisen oppimisen periaatteen sisäistämistä (Sosiaali- ja terveysthuolto 2003d, 96). Osaaminen ei koskaan synny tyhjältä, vaan sitä varten on koulutauduttava ja osaamista on kehitettävä jatkuvasti (Viitala 2006, 135; Hätönen 2007, 51). Headley (2006, 522) toteaa, että elinikäinen oppiminen ei ole vaihtoehto pätevälle hoitajalle vaan se on elintärkeää. Samaa mieltä on myös Bahn (2006, 715) todetessaan, että hoitajat tarvitsevat täydennyskoulutusta sisäistääkseen uusia toimintatapoja ja ylläpitääkseen tehokkaan ja turvallisen hoitotyön.

Terveysthuoltoala on jatkuvasti muuttuva, joten henkilöstöltä vaaditaan valmiuksia pitää oma ammattitaitonsa ajan tasalla. Muutostarpeet ammattitaidossa ja osaamisessa johtuvat sosiaali- ja terveysthuoltoalan työn, käytettävien työmenetelmien ja toimintaympäristömuutoksista ja/tai niiden muutostarpeista. Suurimpana muutostarve näkyy elinikäisen oppimisen ja jatkuvan kehittymisen ja kehittämistyön osaamisessa. (Risikko 2001, 142-144; Viitala 2006, 135.) Terveysthuollossa tieto uusiutuu niin nopeasti, että jokaisen on kyettävä seuraamaan tutkimuksia ja ottamaan mielekkäästi haltuun informaatiota (Leiwo, Heikkilä & Matikainen 2002, 62; Meretoja, Eriksson & Leino-Kilpi 2002, 95). Myös Lindroos ja Lohivesi (2006, 165) toteavat osuvasti, että jokainen muutos jossain organisaation lukuisista toimintaprosesseista edellyttää aina jotain uutta osaamista. Terveysthuolto on dynaamista, päivittäistä tiedon muuttumista. Se minkä tänään ajatellaan olevan tehokasta ja perustuvan vahvaan näyttöön, ei ehkä olekaan totta enää huomenna. Tästä esimerkkeinä on useita lääkkeitä ja hoitomuotoja, joita ennen pidettiin hyvin tehokkaina, mutta nykyisin ne on osoitettu vääriksi. (Headley 2006, 522.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia on päivitetty vuonna 2007 vuoteen 2015 saakka. Henkilöstön hyvinvointi koetaan siinä tärkeänä. Jatkuva osaaminen vaativalla toimialalla vaatii jatkuvaa uusien tietojen ja taitojen oppimista. Sairaanhoitopiiri panostaa työntekijöidensä osaamiseen muun muassa hoitohenkilöstön koulutusta kehittämällä. Strategiassa yhtenä tavoitteena on ylläpitää ja kehittää hoitohenkilöstön osaamista ja erikoissairaanhoidossa tarvittavia tietoja ja taitoja. Tavoitteena on muun muassa osaamiskartoituksen tekeminen, koulutuksen ja kouluttautumisen suunnittelu ja toteuttaminen. Koulutusmäärärahaa on tarkoitus lisätä, jotta se turvaa riittävän täydennyskoulutuksen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007, 8-16.)

Tämän kehittämishankkeen perimmäisenä tarkoituksena on, että Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikalla on osaavaa hoitohenkilökuntaa, joka saa riittävästi tarvitsemaansa täydennyskoulutusta ylläpitääkseen ammattitaitonsa sekä pystyäkseen kehittämään elinikäistä oppimistaan. Tässä kehittämishankkeessa selvitettiin hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista ja täydennyskoulutustarvetta osaamiskartoituskyselyn avulla. Tämän kehittämishankkeen tuotoksena laadittiin täydennyskoulutussuunnitelma naistenklinikan hoitohenkilökunnalle osaamiskartoituksen pohjalta nousseiden tarpeiden pohjalta. Salosen ja Välimäen (2003, 7) mukaan organisaation tarpeista lähtevää, systemaattista osaamisen arviointi- ja seurantajärjestelmää voidaan hyödyntää sekä osaamisen tunnistamisen ja todentamiseen kuin myös sen ylläpitämiseen ja kehittämiseen (ks. myös Miettinen 2005, 265; Viitala 2006, 153; Ojala 2008, 106).

## **2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN MUUTOSTRENDIT**

Terveydenhuolto on ala, jossa tarvitaan työvoimaa ja osaamista, tekniikan kehityksestä huolimatta. Terveydenhuollon henkilöstöä ei voida korvata koneilla tai tekniikalla. (Ryynänen ym. 2004, 33 [viitattu 3.3.2008]; Lammintakanen & Kinnunen 2006, 15.) Terveydenhuollon asiakkaat tulevat entistä tietoisemmiksi ja he haastavat myös ammattilaisia uudistamaan työtapojaan ja organisoimaan palvelut uudella tavalla. On syytä olettaa, että terveys- ja hoivapalveluiden kysyntä lisääntyy, joten tulevaisuudessa koulutettua henkilökuntaa tarvitaan yhä enemmän. (Lammintakanen & Kinnunen



2006, 15.) Myös Kuusi, Ryyänen, Kinnunen, Myllykangas ja Lammintakanen (2006, 4) ovat sitä mieltä, että kansalaiset ottavat tulevaisuudessa yhä enemmän kantaa hoitoihinsa. Potilaiden tiedon taso ja halukkuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon lisääntyy. Hoitojärjestelmästä riippumatta internet tarjoaa monipuoliset mahdollisuudet arvioida tarjottua tai mahdollista hoitoa. Niin ikään Vehviläinen-Julkunen (2007, 113) toteaa, että tiedon saannin mahdollisuudet ja tiedon räjähdysmäinen lisääntyminen korostavat erityisesti tiedon ymmärtämisen taitoja. Tarvitaan taitoja löytää tietoa, ymmärtää tiedon merkitys sekä hahmottaa kokonaisuuksia erilaisen tietolähteiden tuntemisen lisäksi. Osaamisessamme terveystalalla on keskeistä oppimisen taito ja tiedon hallinnan taitaminen. Myös oman alan trendien ennalta aavistaminen kuuluu asiantuntijuuteen. (ks. myös Metsämuuronen 1998, 43.)

Myös alati kasvava monikulttuurisuus aiheuttaa haasteita hoitohenkilökunnalle. Työvoiman liikkumisen ja kriisien seurauksena muun muassa monikulttuuriset synnytykset lisääntyvät. Kulttuurien ja uskontojen huomioiminen on haaste hoitohenkilökunnalle, koska sairaalasyntytykset pyritään järjestämään mahdollisimman yksilölliseksi ja kotoisaksi. Kulttuurien erot aiheuttavat myös hämmennystä synnytyksessä ja lapsivuodeosastolla. Lisäkoulutus kulttuureista olisikin kätilöiden keskuudessa usein tervetullutta. (Malve 2008, 29.) Potilasohjauksessa synnyttäjän kulttuurin ja elämänpiirin ymmärtäminen on välttämätöntä. Kulttuurien tunteminen on monikulttuurisessa yhteiskunnassa edellytys asiakaslähtöiselle toiminnalle. (Leiwo ym. 2002, 63, 90.)

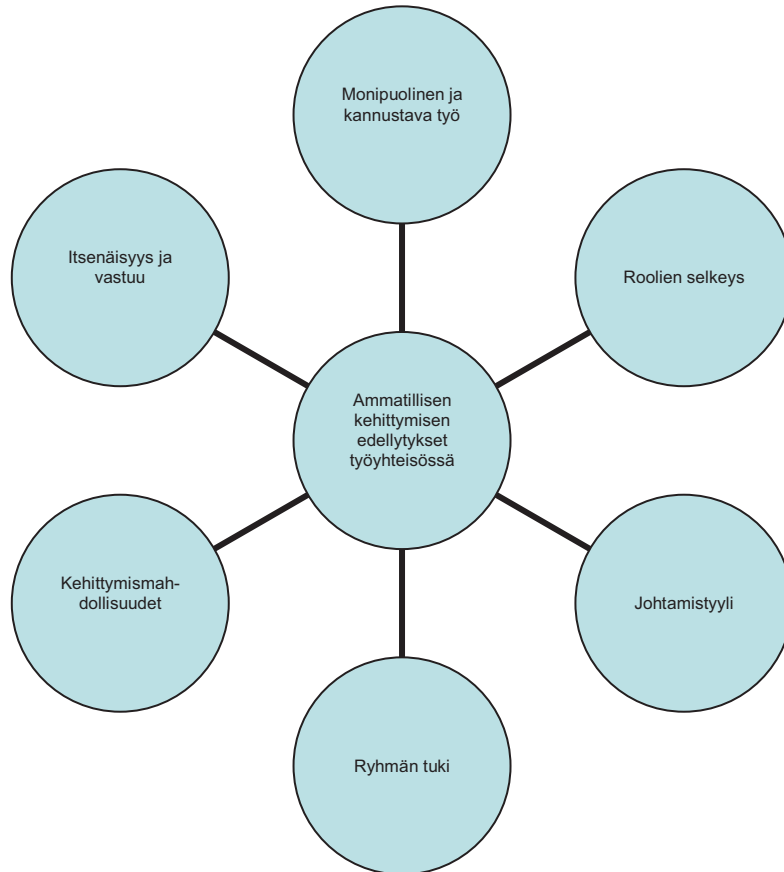
## 2.1 Ammatillinen osaaminen

Eri aikoina ammattipätevyyttä on kuvattu eri tavoin. Viime vuosikymmenellä on yleistynyt käsitys pätevydestä, johon ammattitaidon keskeisenä osana kuuluvat lisäksi työn ja oman organisaation analysointi- ja kehittämistaidot. Ammatillisen yleisosaamisen perusta hoitotyössä on monitieteinen. Tietoperusta hoitotyössä nousee hoitotieteen peruskäsitteistä. Yhteiskunta- ja käyttäytymistieteet, lääketiede ja luonnontieteet ovat keskeisiä lähitieteitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 12-13.)

Kompetenssi tarkoittaa Suomen perussanakirjan mukaan pätevyyttä ja kelpoisuutta esimerkiksi johonkin julkiseen virkaan tai toimeen. Kompetensseja hankitaan työko-

kemuksen ja koulutuksen kautta. Kompetensseja voidaan tarkastella kahdesta eri näkökulmasta. Metakompetenssien organisaatiospesifisyys on vähäinen. Näille taidoille löytyy työ- ja tehtävärajat ylittävää käyttöä. Organisaatiospesifit kompetenssit ovat johonkin tiettyyn organisaatioon sidottuja. Työntekijän taidot ja tiedot ovat laadukkaita siinä nimenomaisessa organisaatiossa, jossa hän työskentelee. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 12.) Ammatillisella osaamisella tarkoitetaan yksilön tiedoista, taidoista, asenteista ja ominaisuuksista muodostuvaa toimintakykyisyyttä, jonka avulla yksilö toimii työssään (Miettinen 2005, 271).

Ammatillinen kasvaminen tarkoittaa kaikkia niitä kehittämistoimia, jotka kohdistuvat ammatillisen osaamisen ylläpitämiseen ja lisäämiseen. Uusiutuminen tulee nähdä jatkuvana, koko elämänkaaren kattavana prosessina. (Hildén 2002, 33; Ruohotie 2002, 49.) Tärkeitä kannustimia tai rajoittavia tekijöitä ammatillisen kehittymisen kannalta ovat työn luonne ja työn järjestelyt, esimies-alainen –suhteet, organisaation ilmapiiri, työpaikan ihmissuhteet sekä johtamistavat ja johtamiskäytännöt (*Kuvio 1*). Se minkälaiseksi ihmiset kokevat työympäristön, on tärkeitä. Ei niinkään objektiivinen todellisuus. Tavoitteena ammatillisessa kasvamisessa on suorituksen ja osaamisen parantaminen. (Hildén 2002, 33.) Ehtona ammatillisen osaamisen ylläpitämiselle on kyky motivoitua ja sitoutua jatkuvaan oppimiseen ja itsensä kehittämiseen (Opetusministeriö 2006, 11 [viitattu 14.3.2008]).



*Kuvio 1. Ammatillisen kehittymisen edellytykset työyhteisössä. (Hildén 2002, 113.)*

Oppiminen on prosessi, joka kestää koko elämän kulun. Elinikäisen oppimisen rinnalla on alettu käyttää käsitettä elinikäinen ja elämänlaajuinen oppiminen (lifelong and lifewide learning). Elämänlaajuinen oppiminen korostaa sitä, että oppimista ei pidä ymmärtää vain kapeana elämänsektorina vaan sen tulee kattaa elämä sen kaikessa laajuudessa. Elinikäisessä oppimisessa korostuu sen sijaan yleensä ammatillinen koulutus ja ammattiuranäkökohdat. Elinikäisen oppimisen kehittämisen taustalla ovatkin lähinnä työelämän tarpeet, eli työn tehokkuuden parantaminen. (Tuomisto 2003, 66, 71.) Elinikäisen oppimisen tavoitteena on parantaa yksilön ammattitaitoa, tietoa ja osaamista. Jotta sekä hoitotyön koulutuksessa että työelämässä pystytään vastaamaan ympäristön tuomiin haasteisiin, on elinikäinen oppiminen välttämätöntä. Koska työelämän toimintaympäristöt ovat monimuotoistuneet, on yksilön omaksuma elinikäinen oppimisasenne olennainen selviytymiskeino työelämään liittyvissä vaatimuksissa. (Hopia, Niskanen, Peltokoski & Heikura 2008, 118, 128.)

Suunnitelmallinen kehittäminen, osaamisen näkökulmaan perustuen, takaa sen, että organisaatiolla on oikeita henkilöitä oikeassa paikassa oikeaan aikaan ja että heillä on oikeita taitoja, tietoja ja valmiuksia tehdä sitä työtä, joka on organisaation kannalta tarkoituksenmukaisinta nyt ja tulevaisuudessa (Hätönen 2007, 50-51). Myös Viitala (2006, 153, 170) toteaa, että osaamisen inventointi on tärkeää yrityksissä, sillä vain siten ollaan tietoisia siitä, minkälaisia osaamisresursseja on käytettävissä ja mille osaamisalueille tarvitaan vahvistamista. Käytännön keinoja yksilötason osaamisten paikantamiseen ovat muun muassa kehityskeskustelut ja osaamiskartoitukset.

Janhosen ja Vanhanen-Nuutisen (2005, 17) mukaan ammatillinen kehittyminen on jatkuvasti muuttuva ja kehittyvä prosessi. Asiantuntijuus ei ole olotila tai saavutettavissa oleva ominaisuus vaan se on jatkuvaa kasvua ja kehittymistä vaativa piirre. Ammatillinen pätevyys lisääntyy kokemusten ja jatkuvan tiedonhankinnan ja oppimisen kautta. Todellinen asiantuntijuus rakentuu jatkuvan opiskelun ja kokemuksen avulla. Ammatillisesta kehittymisestäään ja ihmisenä kasvamisestaan vastaa jokainen työyhteisön jäsen itse (Miettinen 2005, 264). Henkilöstön osaamista voidaan edistää erilaisia asiantuntijuuden jakamisen muotoja hyödyntäen, esimerkiksi yhteisin koulutuksin, toisten työhön tutustumisin tai työkierrolla oman työyhteisön eri työyksiköiden välillä (Leiwo ym. 2002, 33). Työkierron avulla voidaan organisaation sisällä siirtää kokemuksen kautta hankittua osaamista yksiköstä toiseen. Työkierrolla levitetään myös asenteita ja arvoja sekä jaetaan hiljaista tietoa, luodaan uutta tietoa ja ymmärretään hankittua tietoa. (Ojala 2008, 224.)

## 2.2 Terveysalan osaaminen

Osaaminen terveysalalla perustuu työtä ohjaaviin arvoihin, etiikkaan, jatkuvasti uusiutuvaan ja laaja-alaiseen, monitieteiseen tietoperustaan ja käytännölliseen osaamiseen sekä sosiaalisiin ja vuorovaikutuksellisiin taitoihin. Oman alan asiantuntijaroolin merkitys kasvaa terveydenhuollon tehtävissä väestön koulutustason kohotessa, työelämän muuttuessa ja teknologian kehittyessä. Saumattomat palvelu- ja hoitoketjut sekä potilasturvallisuus edellyttävät toiminnan laadunhallintaa, jatkuvaa uuden tiedon hankintaa, ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen liittyvää osaamista sekä monipuolisia viestintätaitoja. Työnjaon kehittäminen ja tehtäväsiirrot terveydenhuollossa edel-

lyttävät vahvojen teoreettisten ja taidollisten perusvalmiuksien omaksumista ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa koulutuksessa. (Opetusministeriö 2006, 11-12 [viitattu 14.3.2008].) Myös Ryynänen ym. (2006, 37) toteavat, että terveydenhuollossa pyritään ammattiryhmien välisten raja-aitojen madaltumiseen sekä tarkoituksenmukaiseen työnjakoon eri toimijoiden välillä. Lääkärien ja hoitajien välisen työnjaon kehittämisen myötä ovat erityisesti hoitotyöntekijöiden osaamisvaatimukset lisääntyneet.

Yksilön osaaminen muodostuu tiedoista, taidoista, kokemuksesta, verkostoista ja kontakteista, asenteesta sekä henkilökohtaisista ominaisuuksista, jotka auttavat selviytymään työtilanteissa ja joita seuraa hyvä työsuoritus (Ojala 2008, 50). Tieto, joka on perustana hoitotyön osaamiselle, hankitaan koulutuksella, johon sisältyy tietoa hoitotyön ydintehtävästä ja työssä tarvittavista erityisalueista. Harjoittelemalla ja käytännön kokemuksella opitaan hoitotyön sisältämä käytännöllinen tieto. Taito tarkoittaa kykyä toimia ammattialan erilaisissa tehtävissä. Hoitotyön ammatillinen osaaminen muodostuu tietojen ja taitojen lisäksi asenteista, arvoista, kriittisestä ajattelusta ja joustavan tietoperustan hyödyntämisestä toiminnassa. (Miettinen 2005, 271.)

Kätilön ja sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen on jaettu kymmeneen osa-alueeseen (Opetusministeriö 2006). *Eettinen ja arvo-osaaminen* tarkoittaa muun muassa sitä, että kätilö/sairaanhoitaja osaa toimia eettisesti korkeatasoisesti. *Terveyden edistämisen osaaminen* tarkoittaa sitä, että toiminta hoitotyössä perustuu terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja ylläpitämiseen. *Teoreettinen osaaminen* tarkoittaa sitä, että kätilö/sairaanhoitaja osaa käyttää tutkimustietoa kätilö-/hoitotyön kehittämiseksi. *Kliininen osaaminen* pitää sisällään varsinaisen hoitotyön ja siinä osaaminen perustuu vahvaan teoreettiseen osaamiseen sekä edellyttää ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja sekä potilaan kokonaisuhoidon ja hoitotyön auttamismenetelmien hallintaa. *Opetus- ja ohjausosaaminen* sisältää henkilöstön ja opiskelijoiden opetuksen ja ohjauksen sekä potilaan ja hänen läheistensä ohjausta. *Yhteistyöosaaminen* tarkoittaa osaamista toimia asiantuntijana sekä itsenäisesti että moniammatillisten työryhmien ja verkostojen jäsenenä. *Hoito-/kätilötyön tutkimus- ja kehittämisosaaminen* pitää sisällään muun muassa sen, että hoitotyöntekijä osaa kriittisen ja luovan hoitotyön arvioinnin, sekä kehittää ja osaa toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. *Johtamisosaaminen* tarkoit-

taa sitä, että kättilö/sairaanhoitaja osaa vastata hoitotyön laadusta ja johtaa alansa työryhmiä. *Monikulttuurisen hoitotyön osaaminen* tarkoittaa, että hoitotyöntekijä osaa toimia oman alansa kansainvälisissä asiantuntijatehtävissä ja monikulttuurisissa työyhteisöissä. *Yhteiskunnallisessa osaamisessa* kättilön/sairaanhoitajan työssä korostuvat työelämästä ja yhteiskunnasta nousevat tarpeet ja tulevaisuuden haasteet. Hoitotyöntekijä markkinoi omaa asiantuntijuuttaan sekä toimii vastuullisesti ja tuloksellisesti. (Opetusministeriö 2006, 42-46, 60-65 [viitattu 14.3.2008].)

Kliinisessä hoitotyössä tarvitaan jatkuvasti taitoja käyttää prosessiajattelua, hoitaa asiakaslähtöisesti, eettistä päätöksentekoa sekä ohjaus- ja neuvontataitoja. Erityisesti tulevaisuudessa korostuvat taidot käyttää potilasohjauksessa hyväksi informaatioteknologiaa ja sähköisiä oppimisympäristöjä. Jatkuvia ovat lisäksi kädentaidot ja perushoidontaidot. Tulevaisuudessa hoitotyössä lisääntyvät mielenterveys- ja päihdeongelmaiset potilaat, joten heidän kohtaamiseen tarvitaan lisää taitoja. Tarvitaan lisäksi taitoa etsiä tietoa, paineiden- ja stressinsietokykyä, taitoa pysyä ajan hermolla sekä kykyä organisoida työtä. Jatkuvia taitoja kommunikoinnissa ovat viestintä- ja vuorovaikutustaidot sekä toisen kuuntelemisen taito. Myös kielitaito ja kulttuurien tuntemus painottuvat tulevaisuudessa. Jokaisen tulisi tuntea oma osaamisensa ja omat vahvuutensa. (Leiwo ym. 49-61, 89.)

### 2.2.1 Osaaminen kättilötyössä

Kättilö on asiantuntija seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä sekä naisten tautien hoitotyössä (Opetusministeriö 2006, 42 [viitattu 14.3.2008]). Osaamisen tulisi kättilötyössä olla näyttöön perustuvaa. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikkea toimintaa on voitava perustella joko teoreettisella, tutkitulla tiedolla tai kokemukseen perustuvalla näytöllä. Kättilön tulee siis jatkuvasti kättilötyötä tehdessään kysyä, mihin toiminta perustuu, ja tarkasteltava näitä toiminnan perusteita kriittisesti. Kättilötyön kaikilla osaamisalueilla tulee kättilön teoreettisen, kliinisen ja teknologisen osaamisen olla vahvaa. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2006, 29.) Kättilön tärkeimmät osaamisalueet ovat vuorovaikutus- ja kliinisen työn osaaminen (Leiwo ym. 2002, 63). Teoreettinen osaaminen kattaa kättilötyössä tarvittavan lääketieteellisen tiedon, ajantasaisen hoitotieteellisen tiedon, farmakologian sekä yhteiskunta- ja käyt-

täytymistieteellisen tiedon. Kliininen osaaminen kätilötyössä tarkoittaa päätöksentekoa ja kirjaamisosaamista. Kätilöllä on lisäksi oltava kykyä ennakointiin sekä kriittiseen ja reflektiiviseen ajatteluun. Hänen tulee hallita myös kätilötyön menetelmät ja teknologia, naisen ja perheen kokonaishoidon suunnittelu sekä toteutus ja arviointi. Näiden ohella on kätilön kyettävä hoidon jatkuvuuden hallintaan kätilötyön eri alueilla. (Paananen ym. 2006, 29.)

Kätilötyö edellyttää neuvonnan, ohjauksen ja ammatillisen vuorovaikutuksen osaamista erilaisten ja eri kulttuureista tulevien ihmisten kanssa. Se edellyttää kykyä tukea naisten ja perheiden omia voimavaroja vuorovaikutuksellisin keinoin ja kykyä toimia moniammatillisissa työryhmissä kätilötyön asiantuntijana. Kätilö osaa tukea ja ohjata kollegojaan ja kätilöopiskelijoita ammatillisessa kasvussa. Kätilö toimii lisäksi naisen, perheen ja väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäjänä. Kätilö on erityisesti naisen terveyden asiantuntija kaikissa hänen elämänsä vaiheissa. Osaamisestaan huolehtivan kätilön tulee hallita johtamisen perustiedot ja itsensä johtaminen. Kätilön on tärkeää pyrkiä koko ajan kehittymään ammatillisesti. Osaamisen myötä karttuu valmiuksia kätilötyön kehittämiseen ja tutkimiseen. Erilaisten kätilötyöhön liittyvien ajankohtaisten ja alueellisten kehittämistarpeiden havaitseminen edellyttää kätilöltä kykyä vaikuttaa yhteiskunnallisesti, tehdä yhteistyötä ja verkostoitua eri tahojen kanssa. (Paananen ym. 2006, 29-30.)

### 2.2.2 Sairaanhoidajan työn tärkeimmät ammatilliset elementit

Hildénin (2002, 54-55) mukaan tärkeimmäksi työyhteisöissä koetaan se, että sairaanhoitaja arvostaa omaa ammattiaan ja omaa työtään. Tämä tarkoittaa sitä, että sairaanhoitaja suhtautuu positiivisesti omaan työhönsä, hänellä on korkea työmoraali ja korkea työmotivaatio. Sairaanhoidajan hyvät ja monipuoliset auttamistaidot koetaan myös tärkeiksi työyhteisössä. Näitä ovat muun muassa taito kuunnella, lohduttaa ja tukea potilasta, taito olla potilaan läsnä ja kyky hyvään vuorovaikutukseen. Viime vuosien muutosten kautta myös sairaanhoidajan hyvät muutoksenhallintataidot ovat nousseet tärkeäksi osaksi sairaanhoidajan työtä. Sairaanhoidajan tulee kyetä sopeutua hyvin momentyyppisiin muutoksiin sekä olemaan jatkuvasti aktiivisesti mukana muutosprosesseissa. Myös Miettisen (2005, 274) mukaan sairaanhoidajan työn keskeinen osaamis-

alue on muutoksenhallinta sekä hoitotyön kehittämisosaaminen. Muutosta edistävät sairaanhoitajan ennakointi- ja visiointikyky sekä kyky vaikuttaa omaan työhönsä ja työyhteisöön. Myös kyky hyödyntää palautetta, säännöllinen täydennyskoulutus sekä asioiden kyseenalaistaminen ovat muutoksenhallinnan osa-alueita.

Itsenäinen päätöksenteko on myös yksi edellytys sairaanhoitajan työssä. Hänen tulee kyetä organisoimaan oma työnsä sekä ratkaisemaan itsenäisesti eteen tulevia ongelmia. Koulutuksen antamat valmiudet ja sairaanhoitajan vastuu tulee kuitenkin huomioida itsenäisessä ongelmanratkaisussa ja päätöksenteossa. Asioista, joissa sairaanhoitajalla ei ole valtuuksia, hän ei tee päätöksiä. Yksilövastuinen hoitotyö on nostanut esiin sairaanhoitajan itsenäisen työskentelyn vaateet. Sairaanhoitajan odotetaan itsenäisesti suoriutuvan niin erilaisista tehtävistä kuin erilaisista toimenpiteistäkin. Häneltä odotetaan myös taitoa suunnitelmalliseen hoitamiseen ja suunnitelmalliseen toimintaan. (Hildén 2002, 55.)

Työyhteisöt pitävät tärkeänä lisäksi sairaanhoitajan erityisalan tiedonhallintaa ja tiedon soveltamiskykyä. Ei riitä, että sairaanhoitaja on koulutuksensa aikana saanut oman alansa erikoistiedot, vaan hänen pitää koko työuransa ajan seurata oman alansa kehitystä ja uusinta tietoa sekä hyödyntää sitä työssään. Sairaanhoitajalta odotetaan työyhteisöissä kykyä hyvään asiakaspalveluun. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että sairaanhoitaja kykenee tekemään hyvää yhteistyötä potilaan/asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Tärkeänä pidetään myös sairaanhoitajan kehittämis- ja arviointitaitoja. Oma kehittyminen ammatissa ja muu kehittämistyö ei onnistu, ellei sairaanhoitajalla ole kykyä ja halua sitoutua työhönsä ja parantaa omaa työsuoritustaan. (Hildén 2002, 55-58.) Miettisen (2005, 274) mukaan hoitotyön kehittämisen perustana on kyky lukea, soveltaa ja tehdä tutkimusta sekä projektityötä ja tiedonhankintaa.

Työkokemus on kokonaisuosaamisen keskeinen osa, sillä se auttaa ymmärtämään uutta tietoa ja oppimaan nopeammin. Tulevaisuudessa hoitotyöntekijät tarvitsevat vielä nykyistä enemmän valmiuksia monikulttuuriseen hoitotyöhön, sillä hoidettavien joukossa on eri kulttuureista tulleita asiakkaita/potilaita. Opetus ja ohjaus sisältyy lähes kaik-



keen potilaan hoitoon, joten ohjaamis- ja opettamisvalmiudet ovat hoitotyöntekijälle välttämättömiä. (Hildén 2002, 55-58.)

### 2.3 Lähihoitajan työ ja eettiset periaatteet

Lähihoitaja hoitaa, tukee ja auttaa kaikenikäisiä, kulttuuritaustaltaan ja elämäntilanteeltaan erilaisia ihmisiä. Lähihoitajan toimenkuvaan kuuluu ihmisen sosiaalisen hyvinvoinnin tukemista, terveyden edistämistä ja sairauksien hoitamista. Lähihoitajan eettisiin periaatteisiin kuuluu ihmisarvon kunnioittaminen ja ihmistä arvostava kohtaminen. Lähihoitaja on luotettava ja hän kunnioittaa työssään ihmisen yksityisyyttä, henkilökohtaisia elämänarvoja ja elämäkatsomusta. Lisäksi lähihoitaja kunnioittaa ihmisen oikeutta itsenäiseen elämään ja päätöksentekoon myös ihmisen omassa hoidossa. Eli itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja oikeudenmukaisuus ovat osa lähihoitajan eettisiä periaatteita. Lähihoitaja toimii työssään tasa-arvoisesti ja vastuullisesti. Lähihoitaja on tärkeässä asemassa myös työyhteisön hyvinvoinnin edistämisessä. Kuten muutkin ammattiryhmät, myös lähihoitaja osallistuu aktiivisesti oman alansa ja ammattinsa kehittämiseen erilaisissa työryhmissä. (SuPer ry 2006, 4-6 [viitattu 20.3.2008].)

#### 2.3.1 Perushoitajan työskentely

Perushoitajan työ on kokonaisvaltaista hoitamista, sairauksien ennaltaehkäisyä, terveyden edistämistä, sairaan ihmisen hoitoa ja tukemista, kuntoutusta sekä kuolevan potilaan ja omaisten tukemista. Hoitotyöhön kuuluu muun muassa potilaan auttamista ruokailussa, peseytymisessä, pukeutumisessa ja liikkumisessa. Perushoitaja osallistuu myös hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Hän valmistelelee potilaan erilaisia toimenpiteitä varten, kertoo potilaalle toimenpiteen suorittamiseen liittyvistä asioista ja rauhoittaa potilasta. Hoitohenkilökunnasta lähinnä potilasta on perushoitaja. Siten vuorovaikutus potilaan kanssa muodostaa tärkeän osan perushoitajan työstä. Potilaan omaisten ohjaaminen ja tukeminen kuuluu myös perushoitajan toimenkuvaan. Perushoitaja työskentelee tiiviissä yhteistyössä osana moniammatillista työryhmää. (Työministeriö 2006a [viitattu 29.2.2008].)

### 2.3.2 Lastenhoitajan työskentely

Lastenhoitajan tehtävänä on eri-ikäisten terveiden ja sairaiden lasten kasvatusta ja perushoitoa. Lastenhoitajan tulee tunkea kunkin lapsen iästä ja sairaudesta johtuvat erityistarpeet sekä huolehtia niiden tyydyttämisestä. Hän seuraa lapsen vointia ja siinä tapahtuvia muutoksia muun muassa tarkkailemalla pulssia ja hengitystä. Lastenhoitajan tulee myös hallita uusimman teknologian käyttö lasten voinnin tarkkailussa. Synnyttäneiden vuodeosastolla työskentelevien lastenhoitajien työssä painottuu vanhempien ohjaaminen vastasyntyneen hoidossa. Hän muun muassa opastaa äitejä rintaruokinnan aloittamisessa. Lastenhoitajan on jatkuvasti havainnoitava vastasyntyneen vointia ja kehitystä sekä reagoitava välittömästi siinä huomaamiinsa muutoksiin. Havaintojentekotaito on lastenhoitajalle välttämätöntä, koska hän joutuu tulkitsemaan lapsen sanatonta viestintää. Lastenhoitajan työssä tarvitaan vuorovaikutustaitoja ja yhteistyökykyä. (Työministeriö 2006b [viitattu 29.2.2008].)

## 3 AMMATILLISEN PÄTEVYYDEN MITTAAMINEN

Pelttari (1997) kuvasi tutkimuksessaan eri näkökulmista sairaanhoitajan työn nykyisiä ja tulevaisuuden kvaifikaatiovaatimuksia terveysalan ammattikorkeakoulutuksen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin yhdeksi lähtökohdaksi. Tutkimustuloksista selvisi muun muassa, että sairaanhoitajan työn kvaifikaatiovaatimuksissa korostuu tätä nykyä ja tulevaisuudessa jatkuva itsensä ajan tasalla pitäminen, kehittämisvalmius ja muutoksen hallinta. Tulevaisuudessa painottuu entistä enemmän moniammatilliset yhteistyövalmiudet sekä tutkimus- ja tiedonhankkimisvalmiudet. Tulevaisuudessa laatu ja sen hallinta on osa jokaisen sairaanhoitajan työtä, myös työn vaativuus ja raskaus lisääntyvät. Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajan tulee entistä enemmän tuoda julki omaa asiantuntijuuttaan. (Pelttari 1997, 7-8, 103.)

Hildén (1999) selvitti tutkimuksessaan muun muassa työyhteisöjen odotuksia sairaanhoitajan ammatillisesta pätevyydestä, sairaanhoitajan ammatillisen pätevyuden nykytilaa ja sairaanhoitajan ammatillisen pätevyuden kehittämisen tarvetta. Tutkimuksessa selvitettiin myös keinoja, joilla sairaanhoitaja ylläpitää ja kehittää omaa ammatillista

pätevyyttään. Tutkimuksen keskeisimmistä tuloksista ilmeni muun muassa, että sairaanhoitajilta odotetaan työyhteisössä taitoa käyttää monipuolisesti erilaisia auttamismenetelmiä sekä taitoa suunnitelmalliseen toimintaan. Sairaanhoitajan työ on muuttunut viime vuosien monien tekijöiden vaikutuksesta vastuullisemmaksi ja itsenäisemmäksi. Kehittämisen ja arvioinnin tarve on lisääntynyt sairaanhoitajan työssä ja sairaanhoitaja tarvitsee parempaa osaamista suunnittelussa ja organisoinnissa. Omaa ammatillista pätevyyttä sairaanhoitajat ylläpitävät ja kehittävät muun muassa lukemalla, osallistumalla työnohjaukseen ja koulutuksiin. Sairaanhoitajat tekevät lisäksi pienimuotoisia tutkimuksia ja myös työssä oppimista tapahtuu sairaanhoitajien mielestä jatkuvasti. Oman ammatillisen pätevyytensä ylläpitoon ja kehittämiseen sairaanhoitajia motivoi muun muassa työstä saatu palaute, halu olla hyvä sairaanhoitaja ja uudet haasteet työssä. (Hildén 1999, 77-175.)

Luotola (2003) muokkasi Hildénin kehittämää mittaria tutkimuksessaan, jossa hän selvitti tehosairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja kvalifikaatiovaatimuksia. Tutkimustulosten mukaan tehosairaanhoitajien vahvimmaksi ammatillisen pätevyyden alueeksi muodostui eettisyys. Tehosairaanhoitajat olivat tutkimuksen mukaan hyvin päteviä myös kontakteissa potilaiden ja omaisten kanssa, äänettömän ammattitaidon ja intuitiivisuuden, muutoksenhallinnan sekä itsenäisyyden ja päätöksenteon alueilla. Vähän alhaisemman keskiarvon tutkimustulosten mukaan tehosairaanhoitajat saivat erityisalan tietämyksessä, tiedon soveltamisessa, kommunikaatiossa ja yhteistyö- sekä ohjaustaidoissa. Hieman heikompia ammatillisen pätevyyden osa-alueita olivat myös arviointi ja kehittäminen. (Luotola, Koivula, Munnukka & Åstedt-Kurki 2003, 233-239.)

Kaira (2002) kuvasi Pro gradu –tutkielmassaan kirurgian ja sisätautien toimialueilla työskentelevien sairaanhoitajien ammattitaitoa heiltä itseltään ja heidän osastonhoitajiltaan saadun tiedon avulla. Tutkimuksessa selvitettiin muun muassa millaisiksi sairaanhoitajat arvioivat omat vuorovaikutustaitonsa, johtamistaitonsa, opetus- ja yhteistyötaitonsa sekä oman ammatillisen kehittymisensä. Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajien ammattitaito oli kokonaisuudessaan hyvä heiltä itseltään saadun tiedon perusteella. Sairaanhoidon ammattitaidon parhain osa-alue oli ammatillinen kehitty-

minen sairaanhoitajien itsensä arvioimana. Seuraavaksi parhain oli kriittisesti sairaan potilaan hoitamisen taidot sekä vuorovaikutustaidot. Heikoin osa-alue tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien itsensä arvioimana oli opetus- ja yhteistyötaidot. Seuraavina olivat johtamistaidot ja hoidon suunnittelu- ja arviointitaidot. Ammattitaito paranee ja kehittyy kokemus- ja ikävuosien myötä, sairaanhoitajilta itseltään saadun tiedon valossa. Tutkimuksessa tuli ilmi, että sairaanhoitajan ammattitaito oli kokonaisuudessaan parempi osastonhoitajien arvioimana kuin sairaanhoitajien itsensä arvioimana. Tutkimustuloksista ilmeni myös, että joka kolmannessa esimiesarvioinnissa katsottiin, että opetus- ja yhteistyötaidot eivät ole sovellettavissa sairaanhoitajan työtehtäviin tai niitä tarvitaan hyvin harvoin. Samoin oli arvioitu joka kymmenennessä esimiesarvioinnissa vuorovaikutustaitojen sekä hoidon suunnittelu- ja arviointitaitojen kohdalla. (Kaira 2002, 20-70.)

Meretoja (2003) kehitti tutkimuksessaan Hoitajan ammattipätevyys mittarin – Nurse Competence Scale (NCS), jolla voidaan mitata hoitajien ammatillista pätevyyttä. Kehittämäänsä mittaria hän käytti tutkimuksessaan hoitajien ammatillisen pätevyyden mittaamiseen erilaisissa sairaaloiden työpisteissä ja vertasi sairaanhoitajien ja heidän esimiestensä tuloksia. Tutkimuksen päätarkoituksena oli kehittää potilaiden hoidon tasoa löytämällä pätevyys, joka tarvitaan hyvään hoitoon. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kehitettiin hoitajien ammattipätevyysmittari ja toisessa vaiheessa mittaria testattiin sairaanhoitajilla ja sairaanhoitaja-esimies vastinpareilla. Mittari osoittautui sairaanhoitajien ammattipätevyyden arvioinnissa helpoksi ja käyttökelpoiseksi apuvälineeksi. (Meretoja 2003, 5, 26-33.)

Mäkipeura (2005) selvitti Pro gradu –tutkielmassaan neurologian klinikassa työskentelevien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja täydennyskoulutustarvetta. Tutkimuksen tavoitteena oli muun muassa tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää sairaanhoitajien täydennyskoulutuksen suunnittelussa sekä sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen ja kasvun tukemisessa. Hän käytti tutkimuksessa Meretojan kehittämää NCS-mittaria. Tutkimustuloksista käy ilmi, että keskimääräinen osallistuminen täydennyskoulutukseen vuonna 2003 oli 2 päivää. Täydennyskoulutusta sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa useista eri aiheista. Näistä suurimpana ryhmänä oli neurologisen potilaan

hoitotyöhön liittyvä täydennyskoulutus. Lisäksi koettiin tarvittavan paljon hoitotoimien hallintaan (esim. nestehoito-ohjelmien suunnittelu) liittyvää täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutusta kaivattiin myös opettaminen-ohjaaminen alueeseen liittyen sekä tilannehallintaan (esim. elvytys). Työrooliin (esim. kielten opiskelu) ja tarkkailutehtäviin (esim. kirjaaminen) liittyvistä asioista kaivattiin jonkin verran täydennyskoulutusta. Samoin laadunvarmistukseen (esim. hoitotieteellisen tutkimustiedon hankinta ja hyödyntäminen) liittyvistä asioista oltiin kiinnostuneita oppimaan lisää. Tutkimustuloksissa ilmeni lisäksi, että täydennyskoulutuksen opetusmenetelmiksi toivottiin asiantuntijaluentoja, ryhmätyöskentelyä sekä koulutuspaketteja nettiin. Toteutustavoiksi haluttiin koulutuspäiviä, osastotunteja sekä opintokäyntejä. Koulutukseen pääsemisestä sairaanhoitajat ilmoittivat, että täydennyskoulutukseen pitäisi olla mahdollista osallistua säännöllisesti ja suunnitellusti, jotta kaikilla olisi mahdollisuus osallistua tasapuolisesti. (Mäkipeura 2005, 29-55; Mäkipeura, Meretoja, Virta-Helenius & Hupli 2007, 153-161.)

Myös Heikkilä (2007) käytti tutkimustulostensa keräämisessä Meretojan kehittämää NCS-mittaria. Hän selvitti tutkimuksessaan sairaanhoitajien itsearvioimaa ammatillista pätevyyttä sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. Tutkimustuloksista selvisi, että sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä keskimäärin hyväksi kaikilla pätevyyden osa-alueilla. Pitkä työkokemus terveydenhuoltoalalla näytti tutkimustulosten mukaan vahvistavan ammatillista pätevyyttä. (Heikkilä, Ahola, Kankkunen, Meretoja & Suominen 2007, 3-10.)

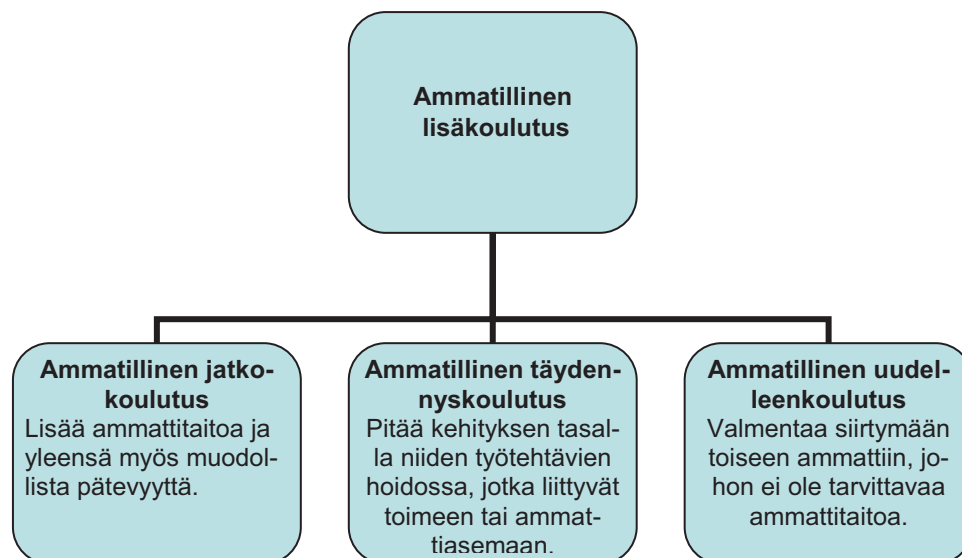
Sulosaari (2005) selvitti Pro gradu –tutkielmassaan kyselytutkimuksena hoitotyön koulutusohjelmasta valmistuneiden sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen tasoa sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla vertaisarvioinnin pohjalta. Tutkimustulosten perusteella vastavalmistuneen sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen taso on sairaanhoitajien arvioimana hyvä. Tutkimuksen kohteena olleet ammatillisen osaamisen alueet, joita olivat 1) teorettinen osaaminen, 2) kliininen osaaminen, 3) opetus- ja ohjausosaaminen, 4) eettinen ja arvo-osaaminen sekä yhteistyöosaaminen, vastavalmistunut sairaanhoitaja hallitsee hyvin. Tosin vastavalmistuneet sairaanhoitajat hallitsevat

tutkimuksen mukaan opetus- ja ohjausosaamisen selvästi heikommin kuin muut osa-alueet. (Sulosaari 2005, 30-45.)

## 4 TÄYDENNYSKOULUTUS

### 4.1 Täydennyskoulutuksen määritelmä

Täydennyskoulutus on ammatillisen perustutkinnon saaneille järjestettyä lyhyt- tai pitkäkestoista ammatillista lisäkoulutusta. Se voi olla omaehtoista tai työnantajan rahoittamaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a, 16.) Lähtökohtana täydennyskoulutuskäsitteen määrittelylle on täydennyskoulutuksen tehtävä ammattitaidon ylläpitäjänä ja kehittäjänä. Ammatillinen lisäkoulutus on täydennys-, jatko- ja uudelleen koulutusta ammatillisen peruskoulutuksen saaneille tai muulla tavoin ammattitaidon hankkineille (Kuvio 2). Täydennyskoulutus voidaan jakaa työllisyyskoulutukseen, ammatilliseen täydennys- ja pätevyyskoulutukseen sekä avoimeen korkeakouluopetukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 20; Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a, 16.)



Kuvio 2. Ammatillisen lisäkoulutuksen jäsentely (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 21).

Täydennyskoulutus määritellään sairaanhoitajaliiton laatuvaatimuksia käsittelevässä suosituksessa sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneille järjestetyksi suunnitelmalliseksi lyhyt- tai pitkäkestoiseksi lisäkoulutukseksi, joka tukee ammatin harjoittamista ja vastaa terveydenhuollon tarvetta sekä muuttuvia vaatimuksia. Täydennyskoulutuksen tarkoituksena on työntekijän ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja syventäminen sekä työssä jaksamisen tukeminen. (Suikkala & Laaksonen 2003, 42; Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2003, 2 [viitattu 28.3.2009].)

Ammatillinen täydennyskoulutus pitää kehityksessä mukana niiden ammattitehtävien hoitamisessa, jotka kuuluvat työntekijän toimenkuvaan tai ammattiasemaan. Täydennyskoulutus voi liittyä työtehtäviin tai soveltua laaja-alaisesti ammattitehtäviin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 20; Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a, 16.) Täydennyskoulutuksesta käytetään kansainvälisessä kirjallisuudessa termiä Continuing Professional Development (CPD), joka viittaa ammatilliseen oppimiseen ja ammattitaidon kasvuun ja kehittämiseen tiettyjen käytännön standardien saavuttamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a, 16).

Täydennyskoulutus voidaan määritellä ammatillisen kehityksen ohella organisaation toiminnan näkökulmasta. Täydennyskoulutus liittyy tällöin kiinteästi organisaatioiden strategiseen johtamiseen ja laadunhallintaan, ammatillisten perusvalmiuksien ylläpitämiseen ja syventämiseen sekä työtehtäviin ja niiden kehittämiseen työn asettamien vaatimusten mukaisesti. Koulutuksen vaikutuksen tulisi terveydenhuollossa näkyä ensisijaisesti potilaiden ja asiakkaiden entistä parempana hoitona ja palveluna. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 21.) Russell (2004, 196) toteaaakin, että täydennyskoulutus kuuluu hoitajien ammatilliseen kehittymiseen ja sillä on tärkeä rooli hoitajien oppimisessa ja kyvyssä hoitaa potilasta paremmin. Täydennyskoulutus ei tuota uutta ammatitutkintoa tai -pätevyyttä, mutta se mahdollistaa esimerkiksi koulutettavan urakehityksessä vastuun lisääntymisen joissain työtehtävissä ja/tai palkkauksen nousun (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a, 16; Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b, 22).

## 4.2 Täydennyskoulutusta säätelevät lait ja asetukset

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutus on lakisääteistä. Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) sanotaan, että terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. Samassa laissa veloitetaan myös työnantajaa luomaan edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 [viitattu 6.1.2008].)

Erikoissairaanhoidolaissa (1989/1062) sanotaan, että kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa tarkemmat säännökset täydennyskoulutuksen määrästä, sisällöstä, laadusta, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista. (Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062 [viitattu 7.1.2008].)

Valtioneuvosto määritteli 11.4.2002 tekemässään periaatepäätöksessä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevat toimenpiteet henkilöstön osaamisen turvaamiseksi. Valtioneuvoston periaatepäätöksen toimeenpanemiseksi valmisteltiin sosiaali- ja terveysministeriön asetus (1194/2003), joka tuli voimaan 1.1.2004. Asetuksen mukaan henkilöstölle tulee järjestää täydennyskoulutusta vuosittain keskimäärin 3-10 päivää peruskoulutuksen pituudesta, toimenkuvasta ja sen muuttumisesta, työn vaativuudesta ja ammatillisista kehittymistarpeista riippuen. Kustannusvastuu täydennyskoulutuksesta on työnantajalla. Terveydenhuollossa täydennyskoulutuksen merkitys korostuu, koska hoitokäytännöt muuttuvat jatkuvasti lääketieteen, biotieteiden, terveystieteiden ja teknologian nopean kehityksen myötä. Myös potilaiden lisääntyvät vaatimukset sekä työelämän ja toimintaympäristön muutokset vaikuttavat ammatillisen osaamisen kehittämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003c [viitattu 8.1.2008]; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 25.) Ilman taitoa hallita muutosta, on terveydenhuollossa mahdotonta toimia. Ammatillinen kehittyminen ei ole enää irrallinen suoritus vaan elinikäinen oppiminen sulautuu osaksi työtä. (Lammintakanen & Kinnunen



2006, 17.) Marja-Kaarina Koskinen Tehystä toteaa, että elämä on jatkuvaa oppimista, kukaan ei ole valmis (Mäkinen 2008, 63).

Uusi terveydenhuoltolaki, jossa kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidonlaki yhdistetään laiksi terveydenhuollosta, on valmistelussa. Lakien yhdistämistä on valmistellut sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä. Ehdotuksensa uudesta terveydenhuoltolaista työryhmä teki 16.6.2008. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009 [viitattu 27.1.2009].) Uuden terveydenhuoltolakiehdotuksen toisen luvun 23. pykälässä todetaan, että kunnan tai kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että erikoissairaanhoidon henkilöstö osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutukseen vaikuttavat peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus sekä tehtävien sisältö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 136 [viitattu 30.1.2009].)

Valtioneuvosto vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuudesta annetun lain (733/1992) mukaan joka neljäs vuosi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman. Vuosia 2008-2011 koskevan suunnitelman valtioneuvosto hyväksyi 31.1.2008. Suunnitelmalle annettiin nimi KASTE-suunnitelma. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 3.) KASTE-suunnitelma on sosiaali- ja terveysministeriön lakisääteinen sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamisen strateginen ohjauväline. Suunnitelmassa määritellään Suomen vuosien 2008-2011 sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet, kehittämis toiminnan ja valvonnan painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008c [viitattu 29.1.2009].) KASTE-suunnitelmassa todetaan, että työntekijöiden osaamista on vahvistettava. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän toimivuutta ja tuottavuutta voidaan näin parantaa. Suunnitelman mukaan osaaminen varmistetaan kehittämällä uusia keinoja muun muassa ammatillisen osaamisen jatkuvaan kehittämiseen. Lisäksi täydennyskoulutusta järjestetään nykyistä kattavammin siitä annettujen säännösten ja suositusten mukaisesti. Toimenpiteinä luodaan sosiaali- ja terveysministeriön, yliopistojen, korkeakoulujen, oppilaitosten ja toimintayksiköiden välille yhteistyökäytännöt sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisen henkilöstön perus-, jatko- sekä täydennys- ja lisäkoulutuksen suuntaamiseksi työelämän vaatimusten mukaisesti ja tarvittavan yhtenäisyyden varmistamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 36-38.)

### 4.3 Täydennyskoulutuksen tavoite

Tavoitteena täydennyskoulutuksessa on terveydenhuollon henkilöstön osaamisen varmistaminen ja lisääminen sekä ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja syventäminen työntekijän koulutustarpeisiin sekä organisaation perustehtävään ja toiminnan kehittämiseen perustuen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a, 17; Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2003, 2 [viitattu 28.3.2009]; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 22; Mäkinen 2008, 63). Yksittäisen työntekijän osaamisen varmistaminen voi kohdistua tietotaidon kehittämiseen hänen erikoisalallaan tai organisaatiossa tarvittavan yhteisen osaamisen parantamiseen. Ammatillisella täydennyskoulutuksella voidaan parantaa palveluiden laatua, toiminnan vaikuttavuutta, potilasturvallisuutta, asiakastytyväisyyttä sekä edistää henkilökunnan työhön sitoutumista, työtyytyväisyyttä, työmotivaatiota ja hyvinvointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a, 17; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 22.) Hogston (1995, 587) onkin todennut, että täydennyskoulutuksen ja potilaan hoidon laadun suhde on tiedostettu ja kannatettu laajalti.

Riittävän pitkäkestoinen, systemaattinen ja nykyisiin sekä tulevaisuuden osaamistarpeisiin räätälöity täydennyskoulutus edistää ammatillisia valmiuksia, hyvien työkäytäntöjen kehittämistä sekä työssä jaksamista (Suikkala & Laaksonen 2003, 42; Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2003, 5 [viitattu 28.3.2009]). Osallistumista täydennyskoulutukseen pidetään periaatteessa vapaaehtoisuuteen perustuvana. Palvelujen laadun parantamisen ja oman työn kehittämisen nähdään kuuluvan jokaisen työntekijän vastuuseen. Koulutukseen osallistumista voi työnantaja tukea rahoittamalla koulutuksesta aiheutuvat kustannukset joko kokonaan tai osittain. Työnantaja voi myös antaa mahdollisuuden osallistua koulutukseen työajalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a, 16-17; Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b, 22-23.) Terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluvalla on työnantajan kustannettava työstä riippuen 3-10 päivää täydennyskoulutusta vuodessa. Täydennyskoulutus on työaika, jolta työnantaja maksaa koulutuksen, matkat ja päivärahat. (Mäkinen 2008, 62.) Hoitotyössä johtajien tuki, kannustus sekä koulutusmahdollisuuksien järjestäminen ovat erittäin tärkeitä (Arve 2003, 142).

## 5 TÄYDENNYSKOULUTUS TERVEYDENHUOLLOSSA

### 5.1 Täydennyskoulutuksen tarve ja tarjonta

Osaamisen jatkuva kehittyminen ja arviointi hoitotyössä edellyttävät jatkuvaa täydennyskoulutusta (Hopia ym. 2008, 127). Terveystieteiden täydennyskoulutusta on tutkittu suhteellisen vähäisessä määrin (Salonen & Välimäki 2003, 6; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 19; Aarnio 2005, 18). Aihe on kuitenkin hyvin tärkeä, sillä täydennyskoulutusvelvollisuus on terveydenhuollon ammattihenkilöillä lakisääteinen. Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen on terveydenhuollon ammattihenkilöille myös eettinen velvollisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 19.) Hogston (1995, 587) sanoo, että jokainen hoitaja on velvollinen kehittämään ammatillista tietämystään ja osaamistaan, koska peruskoulutuksessa saatu tieto ei ole riittävä elinikäiselle pätevälle ammatilliselle toiminnalle. Jaatinen, Saxen ja Aho (2007, 4133) toteavat osuvasti kirjoituksessaan lääkäreiden täydennyskoulutuksesta, että yksikään lääkäri ei selviä työuransa loppuun asti pelkästään peruskoulutuksessa saamallaan tiedoilla. Tämä sama toteamus pätee siis hyvin koko terveydenhuollon henkilöstöön. Lammintakanen ja Kinnunen (2006, 16) toteavatkin osaamisvaatimusten tarkastelun vahvistaneen käsitystä siitä, että ammattikoulutuksessa saavutetulla osaamisella ei enää selviä työelämässä, vaan tarvitaan jatkuvaa tiedon ja taidon päivittämistä. Opetusministeri Haatainen on todennut lähihoitajista, että heidän työnsä on vaativaa ja edellyttää jatkuvaa ammattitaidon kehittämistä ja kehittymistä ammattilaisena. Sosiaali- ja terveysalalla ammattitaidon jatkuva kehittäminen on välttämätöntä ja ammattilaisten hyvin omaksuma velvoite, mutta myös työssä jaksamisen edellytys. Täydennyskoulutuksen tarve on Haataisen mielestä kuitenkin ilmeinen. (Opetusministeriö 2004 [viitattu 29.2.2008].)

Ihanteellista olisi, jos työpaikalla tehtäisiin henkilöstön osaamiskartoitus, jonka jälkeen jokainen miettisi esimiehen kanssa sopivaa täydennyskoulutusta kehityskeskustelussa. Koulutuksen tulee palvella sekä työorganisaation että työntekijän tarpeita. (Mäkinen 2008, 63.) Tavoitteena osaamiskartoituksessa on tunnistaa osaamisvahvuudet ja osaamispuutteet. Osaamiskartoituksessa jokainen henkilö arvioi omaa osaamis-

taan itse tai yhdessä esimiehen kanssa. (Ojala 2008, 123.) Osaamiskartoitus voi olla väline paitsi arvioinnin toteuttamiseen, myös kehittämiseen ja uudistamiseen. Osaamisen systemaattiselle arvioinnille, kehityskeskustelut ovat hyvä lähtökohta. Kehityskeskusteluissa arvioidaan yksilön osaamista, suunnitellaan yksilön kehitystä, asetetaan kehitystavoitteita ja määritellään keinoja, joilla asetetut tavoitteet saavutetaan. (Hätönen 2007 43, 55.) Marja-Kaarina Koskinen Tehystä toteaa, että koulutusmäärärahat ovat pieniä ja koulutus on nykypäivänä kallista. Sijaisten huono saatavuus aiheuttaa sen, että työkaverit ovat tiukalla, jos joku on poissa. Koulutuksen jälkeen tulisi sen suoma anti hyödyntää kunnolla ja uusi tieto tulisi levittää myös muille työpaikan ihmisille. (Mäkinen 2008, 63.) Myös Ojala (2008, 76-77) toteaa, että tieto ja osaaminen pitää jakaa työyhteisössä, jotta siitä syntyy yhteistä tietoa. Varsinaisen uuden yhteisen opin tuottaa kokemusten jakaminen. Sitä enemmän saadaan aikaan oppimista, mitä useamman kokemus saadaan jaettavaksi.

Täydennyskoulutus voidaan toteuttaa sisäisenä koulutuksena, joka suunnataan koko työyhteisön henkilöstölle tai suurelle osalle sitä (Perälä 1997, 58). Sisäisellä koulutuksella tarkoitetaan organisaation omiin tarpeisiin rakennettua koulutusta, joka toteutetaan joko organisaation omissa tiloissa tai ulkopuolella. Sisäiseen koulutukseen osallistuu yleensä vain organisaation oma henkilökunta ja kouluttajina ovat joko ulkopuoliset kouluttajat tai organisaation omaa henkilökuntaa. (Hätönen 2000, 22.) Usein tämä on tarkoituksenmukaisempaa ja työnantajalle myös kustannuksiltaan edullisempaa kuin yhden tai kahden henkilön lähettäminen koulutukseen. Koulutusta suunnattaessa koko työpaikalle on etuna se, että koulutus voidaan suunnitella sisällöllisesti kyseisen työpaikan koulutustarpeet huomioon ottaen ja kaikki saavat tiedon yhtä aikaa. Tällöin työyhteisö voi prosessoida saamaansa tietoa, integroida teoreettisen tiedon ja ymmärryksen oman työyhteisön tarpeisiin sekä sitoutua oman työn kehittämiseen. (Perälä 1997, 58; Viitala 2006, 273.)

## 5.2 Hoitohenkilöstön kokemuksia täydennyskoulutuksesta

Kortteen (1997) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää missä määrin ja kenen järjestämään täydennyskoulutukseen hoitohenkilökunta oli osallistunut ja minkä merkityksen he näkivät sillä olevan ammattitaitonsa ylläpitämisessä. Samoin selvitettiin miten

täydennyskoulutuksen laatu ja tuloksellisuus vastasivat hoitohenkilökunnan odotuksia. Lisäksi selvitettiin miten hoitohenkilökunnan ammatillista urakehitystä voisi kehittää. Tutkimustulokset kertoivat, että terveydenhuoltoalalla toteutettu täydennyskoulutus oli ollut varsin lyhytkestoista. Koulutuksen pituus oli yleensä 1-2 päivää ja sen järjesti työnantaja työpaikalla. Selvimmin koulutukseen osallistumisen estäviä tai hankaloitavia asioita olivat koulutuksen kalleus sekä vaikeus päästä suuresta koulutustarjonnasta huolimatta sopivaan koulutukseen. Työpaikan ulkopuolella järjestettävää, työnantajan kustantamaa, täydennyskoulutusta haluttiin lisättävän. Työpaikalla järjestettävään koulutukseen osallistumisen esteenä olivat esimerkiksi kiireet työpaikalla. Enemmistö vastaajista ilmoitti täydennyskoulutuksen auttaneen tekemään työtä uudella tavalla ja lisäksi se oli auttanut lähityöyhteisön kehittämisessä. Lähes kaikki vastanneet olivat sitä mieltä, että täydennyskoulutus on välttämätöntä, jos aikoo säilyttää ammattitaitonsa ja että sen tulisi olla suunnitelmallista ja säännönmukaista. (Korte 1997, 27-73.)

Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksen suunnitelmallisuutta, systematisointia ja resursointia olisi lisättävä. Täydennyskoulutuksen järjestäjän ja työnantajan yhteistyötä olisi kehitettävä yhteisellä suunnittelulla ja koulutustulosten seurannalla. Täydennyskoulutus tulisi liittää yksilön urakehitykseen ja työyhteisön kehittämiseen. Työajalla tapahtuva omaehtoinen koulutus (tutkintotavoitteinen) olisi mahdollistettava, mikäli se tukee yksilön ja työyhteisön kehittämistä. Pitkäaikaisien sijaisten täydennyskoulutusta tulisi lisätä. (Korte 1997, 76.)

Hogston (1995) selvitti haastattelututkimuksessaan millainen vaikutus hoitohenkilöstön käymällä täydennyskoulutuksella on hoidon laatuun. Haastatellut pitivät tärkeänä uuden tiedon jakamista. Täydennyskoulutuksella nähtiin olevan positiivinen vaikutus potilaiden hoitoon. Lisäksi koettiin, että motivaatiota täydennyskouluttautumiselle lisäsi mahdollisuus vaikuttaa käytäntöön. Turhautumista aiheutti se, että kaikki eivät olleet halukkaita osallistumaan täydennyskoulutukseen ja näin kehittämään ammatillista osaamistaan. Haastateltujen mielestä vain käyminen täydennyskoulutuksessa ei riitä vaan opittuja taitoja pitää myös soveltaa käytännössä. Myös täydennyskoulutukseen varattujen rahojen riittämättömyys oli haastateltujen mielestä huolestuttavaa.

Tutkimustulosten mukaan täydennyskoulutuksen perimmäinen tarkoitus on parantaa potilaiden saaman hoidon laatua. (Hogston 1995, 586-591.)

Kaasinen-Parkatti (2004) selvitti SuPerin jäsenten täydennyskoulutus tilannetta vuonna 2003 sekä heidän itsensä kokemana että esimiesten arvioimana. Tutkimukseen vastanneista jäsenistä 57% oli ollut täydennyskoulutuksessa samana tai edellisenä vuonna. Jäsenistä 15% vastasi, ettei ollut lainkaan ollut ammatillisessa täydennyskoulutuksessa. Koulutukseen pääsy oli evätty 18%:lla jäsenistä, yleisimpinä syinä mainittiin rahan/sijaisten puute. Jäsenet kokivat tarvitsevansa täydennyskoulutusta eniten lääkehoidosta ja toiseksi eniten ATK:n käytössä. Esimiehistä 32% oli vastausten mukaan evännyt täydennyskoulutukseen pääsyn viimeisen kahden vuoden aikana. Suurimmat syyt olivat rahan puute ja koulutukseen pääsyn tasapuolisuus/vuorottelu. Myös esimiehet kokivat, että heidän alaisensa tarvitsivat täydennyskoulutusta eniten lääkehoidosta ja ATK:sta. (Kaasinen-Parkatti 2004, 9-26 [viitattu 20.3.2008].)

Aarnio (2005) selvitti, oliko terveydenhuollon hoitohenkilöstön täydennyskoulutuksessa tapahtunut muutoksia lainmuutosten ja täydennyskoulutussuosittelun jälkeen. Tutkimustulosten mukaan terveydenhuollon hoitohenkilöstön täydennyskoulutus ei toteutunut sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuollon täydennyskoulutusten suositusten mukaisesti vielä vuonna 2005. Rahan puute oli suurin este hoitohenkilöstön riittäväälle täydennyskoulutukselle, samoin valitettiin sijaisten saatavuutta koulutukseen lähteville. Tutkimustulosten mukaan täydennyskoulutussuunnitelmat pitäisi laatia koko hoitohenkilöstölle ja heille tulisi mahdollistaa vähintään viiden päivän osallistuminen täydennyskoulutukseen työaikana. Organisaatioissa tulisi noudattaa tarkempaa budjetoitua täydennyskoulutuksissa ja samalla tulisi huomioida myös sijaisten kustannukset. Koulutuksen suunnittelu tulisi ylihoitajien ja osastonhoitajien koordinoitua paremmin. Täydennyskoulutukseen osallistuminen tulisi kirjata rekisteriin ja sen tulisi näkyä osana henkilöstön portfolioa ja organisaation henkilöstötilinpäätöstä. (Aarnio 2005, 11-53.)

Gristin ja Jacanon (2006) tekemän kirjallisuuskatsauksen pohjalta terveydenhuoltoalan täydennyskoulutukseen osallistuvien motivaatio tulisi kouluttajien saada pidettyä

yllä. Tätä edesauttaisi kirjallisuuskatsauksen mukaan osallistuva oppiminen, ei niinkään luentomuotoinen opiskelu. Organisaatioiden ja asiantuntijoiden tulisi olla paremmin selvillä siitä, millaista täydennyskoulutusta henkilöstö tarvitsee. Samoin heidän tulisi ymmärtää syitä, jotka rajoittavat koulutukseen osallistumista, kuten vajaa-miehitys osastoilla tai perhetilanteet. Kirjallisuuskatsauksen mukaan pitäisi tutkia syitä siihen miksi jotkut hoitajat eivät ole kiinnostuneita täydennyskoulutuksesta. Nämä hoitajat ovat kuitenkin niitä, joilla on suurin tarve kehittää elinikäistä oppimista. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen mukaan pitäisi tutkia myös saavutetaanko täydennyskoulutuksella sen halutuin lopputulos, eli parempi potilaanhoito. (Griscti & Jacono 2006, 454-455.)

Gould, Drey ja Berridge (2007) tekivät tutkimuksen Lontoossa sairaanhoitajien kokemuksista täydennyskoulutuksesta. Tutkittavat kokivat, etteivät pystyneet osallistumaan täydennyskoulutukseen sijaisten puutteen vuoksi. Samoin koettiin, että sijaiset ja eläkeikää lähestyvät hoitajat pääsivät huonosti täydennyskoulutukseen. Myöskään johdon tasolta ei tullut kannustusta täydennyskoulutautumista kohtaan. Toisaalta toiset kokivat johdon tasolta tulevan painostusta täydennyskoulutukseen menemiseksi. Tutkittavat kritisoivat myös täydennyskoulutusohjelman sisältöä ja sen usein huonoa vastaavuutta työelämään. Tutkittavien mielestä kodin ja perheen yhteensovittaminen täydennyskoulutuksen kanssa ei aina ole helppoa. Erityisesti kritisoitiin sitä, että täydennyskoulutuksesta tulee usein tehtäviä tehtäväksi omalla ajalla. Tutkittavat kokivat tärkeänä työssä tapahtuvan oppimisen. Lähes kaikki tutkittavat pitivät jatkuvaa koulutautumista tärkeänä. (Gould, Drey & Berridge 2007, 604-608.)

## **6 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAMINEN**

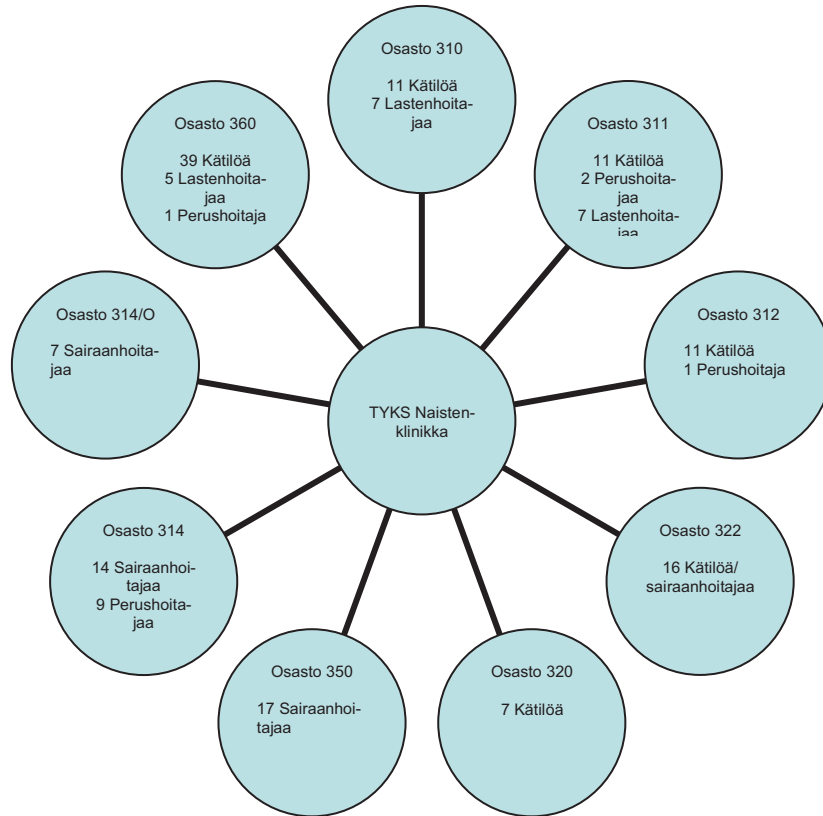
Tämän kehittämishankkeen välittömänä tavoitteena oli laatia Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikan hoitohenkilökunnalle yhtenäinen täydennyskoulutus-suunnitelma tekemällä hoitohenkilökunnalle osaamiskartoituskysely. Lindroos ja Lohivesi (2006, 166) toteavat, että erilaisilla osaamiskartoituksilla voidaan selvittää millaista osaamista kullakin työntekijällä on ja millaisia osaamisaukkoja on olemassa. Kehittämishankkeen pitkän ajan kehitystavoite on se, että naistenlinikalla on osaavaa

hoitohenkilökuntaa, joka saa riittävästi tarvitsemaansa täydennyskoulutusta pitääkseen yllä ammattitaitonsa sekä pystyäkseen kehittämään elinikäistä oppimistaan.

### 6.1 Taustaorganisaation kuvaus

Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS) vastaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidosta (Turun yliopistollinen keskussairaala 2008a [viitattu 13.1.2008]). TYKS:n naistenklinikka tarjoaa sairaanhoitopiirin naisille ja heidän perheilleen naistentautien, äitiyshuollon ja synnytysten erikoissairaanhoidon palveluja. Naistenklinikkaan kuuluu yhdeksän osastoa. Nämä ovat naistentautien poliklinikka (osasto 322), naistentautien leikkausosasto (osasto 350), synnytysvuodeosastot (osastot 310, 311 ja 312), naistentautien vuodeosasto (osasto 314), naistentautien onkologinen osasto (osasto 314/O), synnytysosasto (osasto 360) ja äitiyspoliklinikka (osasto 320). Näillä osastoilla on yhteensä vajaa 200 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä (*Kuvio 3*). (Turun yliopistollinen keskussairaala 2008b [viitattu 11.2.2009].) Kuviossa 3 esitetyt henkilökuntalukumäärät perustuvat TYKS:n verkkosivuilla annettuihin lukumääriin henkilökunnasta, joten ne eivät ole samat lukumäärät kuin tutkimuksessa jaettujen kyselylomakkeiden lukumäärä. Tähän kehittämishankkeeseen otettiin mukaan hoitohenkilökunnasta nimikkeillä kättilö, sairaanhoitaja, lastenhoitaja, ja perushoitaja työskentelevät henkilöt.



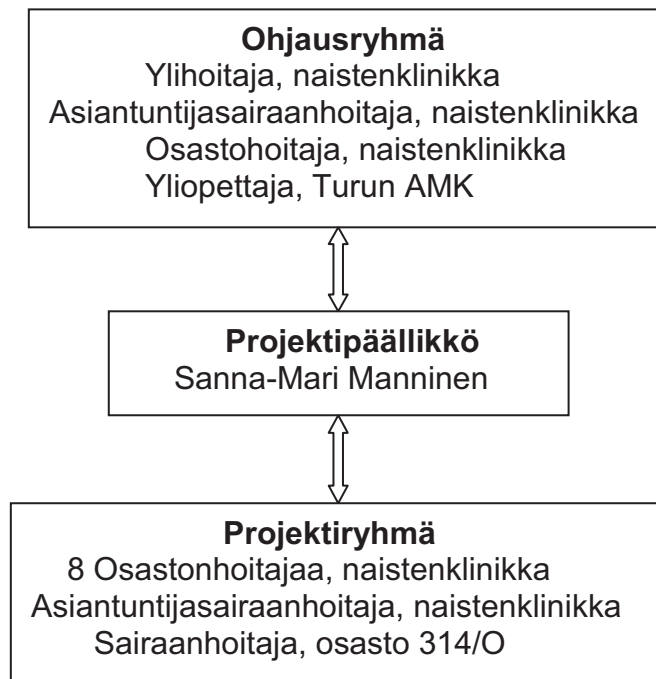


*Kuvio 3. TYKS:n naistenklinikkan osastorakenne ja henkilökuntamäärä.*

Tutkimuksen ulkopuolelle jätettiin osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat, koska heidän täydennyskoulutuksensa on yleensä enemmän hallintoon liittyvää. Sen sijaan osaamiskartoitusta työstiin yhdessä heidän kanssaan, sillä yksi olennainen osa lähesmiehen toimintaa on kannustaa alaisiaan täydennyskoulutukseen. Perälä (1997, 58) sanoo, että erityisesti hoitotyön johtajat ovat työpaikoilla hoitotyön henkilöstön täydennyskoulutuksen mahdollistajina avainasemassa. Johtajilta hoitotyössä odotetaan, että heidän vastualueensa, hoitotyö, on tuloksellista ja laadukasta. Heidän tulee tästä syystä myös mahdollistaa työntekijöiden jatkuva ammatissa kehittyminen, esimerkiksi täydennyskoulutukseen kannustamalla ja motivoimalla. Lindroosin ja Lohiveden (2006, 166) mukaan osaamisen kehittäminen edellyttää, että organisaation käsitys sen henkilöstön nykyisistä taidoista on kohdallaan. Käsitteiden päivittäminen onnistuu esimerkiksi osaamiskartoituksen avulla.

## 6.2 Hankeorganisaatio

Virkki ja Somermeri (1997, 1-4) toteavat, että projekti ja projektiorganisaatio perustetaan määrääjäksi tuottamaan tietty ennalta määrätty tulos. Varsinaisten projektilaisten, projektipäällikön ja projektiryhmäläisten, lisäksi projektiorganisaatioon kuuluu projektia koskevia päätöksiä tekevä elin, ohjausryhmä. Projektin puitteissa ohjausryhmän tehtävänä on valvoa ja ohjata tavoitellun tuloksen syntymistä ja sen laatua. Tässä kehittämishankkeessa, joka toteutettiin projektimuotoisena, projektipäällikkönä toimi opinnäytetyön tekijä Sanna-Mari Manninen. Hän on kättilö/sairaanhoitaja ja työskenteli kehittämishankkeen aikana TYKS:n naistenklinikan osastolla 314/O. Projektiryhmään kuuluivat hänen lisäksi kaikkien naistenklinikan osastoiden osastonhoitajat ja naistenklinikan asiantuntijasairaanhoitaja sekä lisäksi yksi sairaanhoitaja osastolta 314/O. Ohjausryhmään kuuluivat projektipäällikön lisäksi naistenklinikan ylihoitaja, asiantuntijasairaanhoitaja sekä yksi klinikan osaston osastonhoitaja. Näiden lisäksi ohjausryhmään kuului myös opinnäytetyön ohjaava opettaja Turun ammattikorkeakoulusta. Hankeorganisaatio on esitetty kuvion muodossa kuviossa 4.



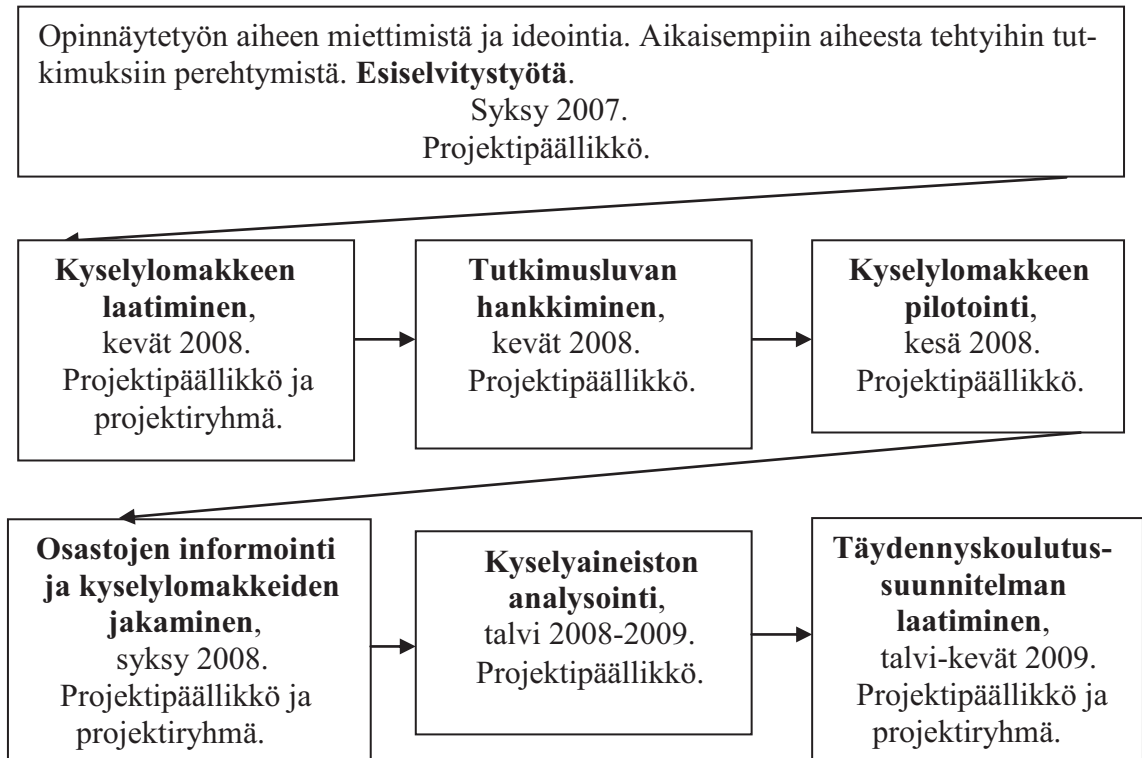
Kuvio 4. Hankeorganisaatio.

Projektiryhmässä tapahtuneet muutokset kehittämishankkeen aikana olivat, että yksi osastonhoitaja ei ollut mukana kehittämässä hankkeessa käytettyä kyselylomaketta, vaan hän tuli mukaan hankeorganisaatioon vasta kyselylomakkeen jakamisvaiheessa. Lisäksi yksi osastonhoitaja ei ollut mukana enää täydennyskoulutussuunnitelmaa kehitettäessä. Ohjausryhmässä tapahtuneet muutokset kehittämishankkeen aikana koskivat naistenklinikan ylihoitajaa, joka jäi virkavapaalle kesken hanketta ja hänen tilalleen ohjausryhmään tuli vs. ylihoitaja.

Projektiryhmä kokoontui kehittämishankkeen aikana muutaman kuukauden välein, aina kun hankkeessa oli sellainen vaihe, että projektipäällikkö koki tarpeelliseksi kutsua projektiryhmä koolle. Projektiryhmäläiset osallistuivat projektiryhmän kokouksiin suhteellisen aktiivisesti, vaikkakin näin isolle ryhmälle oli välillä vaikea löytää yhteistä, kaikille sopivaa aikaa. Lisäksi projektipäällikkö oli yhteydessä projektiryhmäläisiin sähköpostin välityksellä, johon projektiryhmäläiset vastasivat aina aktiivisesti. Ohjausryhmän kokoukset järjestettiin kerran lukukaudessa.

### 6.3 Kehittämishankkeen aikataulu

Silfverberg (2005, 5-6) toteaa, että hanke on aikataulutettu kestäviin tuloksiin pyrkivä tehtäväkokonaisuus. Hankkeen aikataulu on selkeä ja realistinen sekä se kattaa hankkeen koko keston. Tämän kehittämishankkeen aikataulu tärkeimpine työvaiheineen ja työvaiheen vastuuhenkilöineen on kuvattu kuvion muodossa kuviossa 5. Tarkempi selvitys kehittämishankkeen etenemisestä ja työvaiheiden sisällöistä esitetään raportissa kronologisessa järjestyksessä.



Kuvio 5. Kehittämishankkeen aikataulu.

## 7 TUTKIMUSONGELMAT SEKÄ OSAAMISKARTOITUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Tutkimusongelmat

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on selvittää osaamiskartoituksen avulla Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenlinikalla työskentelevien sairaanhoitajien, kättilöiden, perushoitajien ja lastenhoitajien ammatillista osaamista heiltä itseltään saatavan tiedon avulla. Lisäksi selvitetään naistenklinikan hoitohenkilökunnan täydennyskoulutustarvetta. Tulosten pohjalta on tarkoituksena luoda yhtenäinen täydennyskoulutus-suunnitelma naistenklinikan hoitohenkilökunnalle.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaiseksi naistenklinikan hoitohenkilökunta arvioi oman ammatillisen osaamisensa?

2. Millaista täydennyskoulutusta naistenklinikan hoitohenkilökunta arvioi tarvitsevansa?
3. Millä menetelmillä toteutettua täydennyskoulutusta naistenklinikan hoitohenkilökunta arvioi tarvitsevansa?

## 7.2 Osaamiskartoituksessa käytetty mittari

### 7.2.1 Mittarin laadinta

Naistenklinikalla on hieman vajaa 200 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa työntekijää (Turun yliopistollinen keskussairaala 2008 [viitattu 13.1.2008]). Suunnitelmallinen kyselytutkimus on tehokas ja taloudellinen tapa kerätä tietoa silloin, kun tutkittavia on paljon. Aineisto survey-tutkimuksessa kerätään käyttämällä kyselylomaketta. (French, Reynolds & Swain 2001, 103; Heikkilä 2002, 19.) Survey tarkoittaa sellaista kyselyä, jossa kaikilta vastaajilta asiat kysytään täsmälleen samalla tavalla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 182). Kyselylomake on kyselytutkimuksen olennainen osatekijä, joten kyselylomakkeen laadintavaihe on tärkeä tutkimuksen onnistumisen kannalta. Hyvän tutkimuslomakkeen tunnuspiirteitä ovat selkeys ja vastaamaan houkutteleva ulkonäkö. Teksti ja kysymykset tulee olla hyvin aseteltuja, lisäksi vastausohjeiden tulee olla selkeitä. Kysymyksissä tulee kysyä vain yhtä asiaa kerrallaan. Kysymysten tulee lisäksi edetä loogisesti ja ne tulee numeroida juoksevasti. (Heikkilä 2002, 47-48.) Kyselylomakkeen kysymykset voidaan jakaa kahteen perustyyppiin: strukturoidut kysymykset, joissa vastaukset on rajattuja ja avoimet kysymykset, joihin vastaajat voivat vastata omin sanoin (French ym. 2001, 104).

Tässä kehittämishankkeessa aineistonkeruu tapahtui tätä kehittämishanketta varten laaditulla kyselylomakkeella (*Liite 1*). Naistenklinikan kaikille hoitotyöntekijöille tehtiin siis osaamiskartoituskysely. Mittarin kysymykset pohjautuvat osa-alueisiin, joihin opetusministeriö (2006, 42-46, 60-65 [viitattu 14.3.2008]) on luokitellut kätilön ja sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen. Kehittämishankkeen projektipäällikkö perehtyi lisäksi aiempiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin ja niissä käytettyihin kyselylomakkeisiin (Hilden 1999; Kaira 2002; Meretoja 2003; Kaasinen-Parkatti 2004; Mäkipoura

2005 & Sulosaari 2005). Kyselylomake muotoutui lopulliseen muotoonsa projektiryhmän kokouksessa. Kokouksessa käytiin naistenklinikan osastonhoitajien kanssa kyselylomake läpi kysymys kysymykseltä.

### 7.2.2 Mittarin sisältö

Laadittu kyselylomake (Liite 1) on strukturoitu ja se sisältää väittämiä kahdeksalta eri ammatillisen osaamisen alueelta Likertin tyyppistä 7-portaista asteikkoa käyttäen. Asteikon ääripäinä ovat vastakkaiset väittämät. (Heikkilä 2002, 53). Tässä kyselylomakkeessa päädyttiin numeeriseen asteikkoon sanallisen asteikon sijaan, koska sen katsottiin olevan strukturoimattomampi ja näin antavan vastaajalle enemmän mahdollisuuksia oman mielikuvansa ilmaisuun. Samasta syystä päädyttiin myös 7-portaiseen asteikkoon 5-portaisen asteikon sijaan. Asteikollisissa kyselylomakkeissa voi olla yli viisi porrasta, mutta mikäli portaita on yli seitsemän, voivat vastaajat kokea erottelun vaikeaksi (French ym. 2001, 107). Vastaajan tarkoituksena on valita se numero asteikolla, joka parhaiten kuvaa vastaajan näkemystä kysytystä asiasta (Burns & Grove 2005, 404). Kyselylomakkeessa on 7-portaisen asteikon lisäksi vaihtoehto 0, joka tarkoittaa, että kysytty asia ei ole sovellettavissa vastaajaan työtehtäviin. Kyselylomakkeessa numero yksi tarkoitti, ettei vastaaja hallitse kyseistä väitettä lainkaan ja numero seitsemän tarkoitti, että vastaaja hallitsee kyseisen väittämän erinomaisesti. Tutkimustuloksia käsiteltäessä numeroita arvioitiin asteikolla, jolla 1 tarkoitti huonoa osaamista, 2-3 heikkoa osaamista, 4 kohtalaista osaamista, 5-6 hyvää osaamista ja kaikki arvot yli kuuden tarkoittivat erittäin hyvää osaamista.

Laadittu kyselylomake (Liite 1) muodostui taustatietoja (kuusi kysymystä), ammatillista osaamista (47 väittämää) ja täydennyskoulutustarvetta (kuusi avointa kysymystä) selvittävistä osioista. Taustatiedoissa kysyttiin vastaajien ammattinimikettä, tutkintoon valmistumisvuotta, ikää, työskentelyosastoa, työkokemuksen määrää nykyisellä toimipaikalla sekä työkokemuksen määrää terveydenhuoltoalalla yhteensä. Kyselylomakkeen osaamiskartoitusosiossa oli 47 väittämää kahdeksalta eri osaamisalueelta. Osaamisalueet ovat eettinen ja arvo-osaaminen (viisi väittämää), terveyden edistämisen osaaminen (neljä väittämää), teoreettinen osaaminen (viisi väittämää), kliininen osaaminen (neljätoista väittämää), opetus- ja ohjausosaaminen (kuusi väittämää), yhteis-

työosaaminen (kahdeksan väittämää), hoito- ja kätilötyön kehittämisosaaminen (kaksi väittämää) ja monikulttuurisen hoitotyön osaaminen (kolme väittämää). Avoimilla kysymyksillä vastaajilta kysyttiin lisäksi kuinka monena päivänä he olivat olleet täydennyskoulutuksessa viimeisen kahden vuoden aikana, mistä aiheista he olisivat erityisesti kiinnostuneita saamaan täydennyskoulutusta, millä menetelmillä toteutetusta täydennyskoulutuksesta he olisivat erityisesti kiinnostuneita, mitkä asiat edistävät heidän osallistumistaan täydennyskoulutukseen, mitkä asiat estävät heidän osallistumisensa täydennyskoulutukseen ja mitä muita keinoja he halusivat esittää ammatillisen osaamisensa ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi.

### 7.2.3 Mittarin pilotointi

Vaikka lomake tehdään kuinka huolellisesti, tulee se aina antaa kohdejoukon edustajille vastattavaksi. Lomakkeen testaamisen riittää 5-10 henkeä, kunhan he ovat aktiivisia pyrkimyksessä selvittää ohjeiden ja kysymysten selkeyden ja yksiselitteisyyden ja lomakkeen vastaamisen raskauden sekä vastaamiseen kuluvan ajan. (Heikkilä 2002, 61.) Kun kyselylomakkeen valmistelussa käytetään apuna pilottitutkimusta, voidaan lomaketta tarkistaa ja korjailta varsinaista tutkimusta varten. Kyselylomakkeen kokeileminen on välttämätöntä. (French ym. 2001, 122; Hirsjärvi ym. 2004, 193; Burns & Grove 2005, 400; Metsämuuronen 2006, 58.) Tässä kehittämishankkeessa käytetty kyselylomake (Liite 1) pilotoitiin naistenklinikan apulaisosastonhoitajilla tutkimusluvan myöntämisen jälkeen kesällä 2008. He eivät olleet mukana kyselylomakkeen laadinnassa, mutta heillä on kuitenkin ainakin jonkin verran tuoretta kokemusta kenttätutkimuksesta. Naistenklinikalla oli kehittämishankkeen aikana yhteensä 7 apulaisosastonhoitajaa, joista 4 otti osaa kyselylomakkeen pilotointiin. Kaikille apulaisosastonhoitajille lähetettiin sähköpostiviesti kesäkuussa 2008, jossa heitä pyydettiin ottamaan osaa kehittämishankkeeseen pilotoimalla kehittämishanketta varten laadittu kyselylomake. Heille annettiin aikaa pilotointiin kaksi kuukautta. Pilotointia pyydettiin kiinnittämään huomiota kyselylomakkeen selkeyteen, kysymysten ymmärrettävyyteen, kyselylomakkeen pituuteen ja vastaamiseen kuluvaan aikaan. Pilotointiin osallistuneilta apulaisosastonhoitajilta saadun palautteen mukaan kyselylomake koettiin selkeäksi ja monipuoliseksi sekä kysymykset olivat apulaisosastonhoitajien mielestä hyvin ymmärrettäviä. Eli pilotointi ei tuonut muutoksia kyselylomakkeeseen.

### 7.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston hankinta

Joissain tapauksissa saattaa olla tarpeellista tutkia koko perusjoukko, jolloin kyseessä on kokonaistutkimus (Hirsjärvi ym. 2004, 168; Metsämuuronen 2006, 51). Kokonaistutkimuksessa tutkitaan jokainen perusjoukon jäsen ja se kannattaa tehdä, jos perusjoukko on pieni. Varsinkin kyselytutkimuksissa tämä on suositeltavaa jopa 200-300:n suuruisesta perusjoukosta puhuttaessa. (Heikkilä 2002, 33.) Tähän kehittämishankkeeseen otettiin mukaan kaikki naistenklinikan hoitohenkilökuntaan kuuluvat. Kehittämishankkeen kohderyhmän muodostivat kaikki, jotka työskentelivät kyselyn suorittamisen ajankohtana naistenlinikalla nimikkeellä kätilö, sairaanhoitaja, perushoitaja tai lastenhoitaja vakinaisena toimen-/viranhaltijana. Lisäksi mukaan otettiin vähintään kolme kuukautta sijaisena työskennelleet. Valintakriteereinä toimivat siis ammatinimike sekä työssäoloajan pituus. Tutkimuksen ulkopuolelle jätettiin osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat, koska heidän täydennyskoulutuksensa on yleensä enemmän hallintoon liittyvää. Sen sijaan kyselylomake kehitettiin yhdessä heidän kanssaan, sillä yksi olennainen osa lähiesimiehen toimintaa on kannustaa alaisiaan täydennyskoulutukseen. Jatkossa on kuitenkin heidän tehtävänsä jalkauttaa täydennyskoulutus suunnitelma osastoilla.

Yhtenä kyselytutkimuksen heikkoutena voidaan pitää sitä, ettei kyselytutkimuksessa ole mahdollista varmistua siitä, kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen. Eli ovatko he pyrkineet vastaamaan huolellisesti ja rehellisesti. Kyselytutkimuksissa myös kato, eli vastaamattomuus, nousee joissakin tapauksissa suureksi. (Hirsjärvi ym. 2004, 184; Burns & Grove 2005, 401.) Vastaamattomuus aiheuttaa aina harhaa tuloksiin, sillä vastaamatta jättäneet ovat aina ainakin joiltakin ominaisuuksiltaan erilaisia kuin kyselyyn vastanneet (Heikkilä 2002, 43). Tässä kehittämishankkeessa projektipäällikkö pyrki minimoimaan mahdollisen kadon käymällä henkilökohtaisesti kaikilla naistenklinikan osastoilla ennen kyselylomakkeiden jakamista kertomassa tulevasta kyselystä ja sen tarkoituksesta. Projektipäällikkö sopi jokaisen osaston osastonhoitajan kanssa päivämäärän, jolloin hän tulee kertomaan kyselystä osastokokouksen yhteyteen. Tällöin paikalla on mahdollisimman moni osaston henkilökunnasta. Osastokokouksissa tutkimus tunnuttiin ottavan hyvin vastaan ja aiheesta virisi keskus-



teluakin joillain osastoilla. Projektipäällikkö korosti sitä, että onnistuessaan tutkimuksesta tulee olemaan pelkästään hyötyä työntekijöille ja onnistuakseen tutkimus tarvitsee muun muassa mahdollisimman suuren vastausprosentin. Jokaisen osaston osastonhoitajan tehtäväksi jäi informoida tutkimuksesta niitä osastonsa hoitohenkilökuntaan kuuluvia, jotka eivät olleet paikalla osastokokouksessa.

Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje (Liite 1), jossa kuvattiin kyselyn tarkoitus, kohderyhmä sekä vastausaika (Burns & Grove 2005, 400). Vastaajilla oli myös mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkimuksen tekijään tai hänen ohjaajiinsa puhelimitse tai sähköpostitse. Projektipäällikkö jakoi kyselylomakkeet osastoille henkilökohtaisesti. Kyselylomakkeiden täyttämiseksi varattiin aikaa kolme viikkoa. Tutkimusaineisto kerättiin syys-lokakuussa 2008. Täytettyjen kyselylomakkeiden viimeiseksi palautuspäiväksi sovittiin 9.10.2008. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin projektipäällikölle suljetussa kirjekuoressa sisäisessä postissa. Projektipäällikkö informoi osastonhoitajia kerran viikossa sähköpostitse sen hetkisillä vastausprosentteilla ja kehotti osastonhoitajia motivoimaan henkilökuntaansa vastaamaan kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeita jaettiin naistenklinikan osastoille yhteensä 180 kappaletta ja niistä palautui projektipäällikölle yhteensä 124 kappaletta. Näin ollen kokonaisvastausprosentiksi muodostui 69%, jota voidaan pitää varsin hyvänä tuloksena. Vastausprosentit vaihtelivat osastoitain 38% ja 100% välillä.

Projektiryhmän kokouksessa käsiteltiin vastausajan päättymisen jälkeen mahdollisia syitä vastaamattomuuteen ja todettiin, että monet hoitohenkilökunnasta olivat kokeneet huonona asiana sen, että heidän henkilöllisyytensä oli selvitettävissä perusteellisten taustatietojen avulla. Tämän lisäksi valitettiin kiireitä osastoilla, eli hoitohenkilöstö ei mielestään löytänyt sopivaa hetkeä vastata kyselylomakkeeseen kiireen keskellä.

#### 7.4 Aineiston analysointi

Kerätty tutkimusaineisto oli suurimmaksi osin kvantitatiivista, mistä johtuen se käsiteltiin ja analysoitiin tilastollisesti lukuun ottamatta avoimia kysymyksiä. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS for Windows 16.0 –ohjelman avulla lukuun ottamatta avoimia kysymyksiä, jotka analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Kaikki palau-

tetut kyselylomakkeet hyväksyttiin mukaan tutkimukseen. Kyselylomakkeet numeroitiin juoksevasti tallentamista ja jälkeensä tapahtuvaa tarkastamista varten (French ym. 2001, 122; Burns & Grove 2005, 424). Puuttuvien tietojen sekä epäselvien vastausten kohta jätettiin SPSS-ohjelmaan luodussa havaintomatriisissa tyhjäksi (Heikkilä 2002, 126; Metsämuuronen 2006, 478). Tallentamisen jälkeen aineisto tarkistettiin. Aineiston kuvailuun käytettiin frekvenssejä, prosenttijakaumia ja tunnuslukuja. Raportissa luvut on pyöristetty lähimpään kokonaislukuun, tästä johtuen kokonaisprosentti voi poiketa sadasta.

Vastaajien antamia taustatietoja tarkasteltiin frekvenssianalyysin avulla. Taustamuuttujina olleista kysymyksistä tutkintoon valmistumisvuosi, ikä, työkokemus nykyisellä toimipaikalla ja työkokemus terveydenhuoltoalalla yhteensä luokiteltiin analysoinnin helpottamiseksi (Burns & Grove 2005, 424). Ikä luokiteltiin neljään luokkaan, jotka ovat 20-29 vuotta, 30-39 vuotta, 40-49 vuotta ja 50 vuotta täyttäneet. Vastaajien tutkintoon valmistumisvuosi luokiteltiin neljään luokkaan, jotka ovat 1970-1979 vuosina valmistuneet, 1980-1989 vuosina valmistuneet, 1990-1999 vuosina valmistuneet ja vuonna 2000 ja sen jälkeen valmistuneet. Vastaajien työkokemus nykyisellä toimipaikalla sekä työkokemus terveydenhuoltoalalla yhteensä luokiteltiin molemmat kuuteen luokkaan kasvavin portain, koska ensimmäisten työkokemusvuosien aikana hoitajien ammattitaidossa tapahtuu muutoksia enemmän kuin myöhemmissä vaiheissa. Luokat ovat 0-2 vuotta, 3-5 vuotta, 6-9 vuotta, 10-15 vuotta, 16-25 vuotta ja 26 vuotta ja yli.

Kyselylomakkeen sisältämän suuren muuttujamäärän vuoksi muodostettiin kyselylomakkeen sisältämistä ammatillisen osaamisen alueista summamuuttujia. Kyselylomakkeen 47 muuttujasta muodostettiin kahdeksan summamuuttujaa laskemalla keskiarvo useista samalla asteikolla mitatuista muuttujien arvoista (Ernvall, Ernvall & Kaukkila 2002, 157). Kyselylomaketta laadittaessa sisällöllisesti suunnitellut summamuuttujat osoittautuivat faktorianalyysissä oikeiksi, lukuun ottamatta monikulttuurisen hoitotyön osaamista. Kaikista ammatillisen osaamisen alueista muodostettiin summamuuttujat. Summamuuttujien sisäistä reliabiliteettia (johdonmukaisuutta) tarkasteltiin Cronbachin alpha -kertoimen avulla. Alphan arvot voivat vaihdella välillä 0,00 ja 1,00. Mitä suurempi arvo on, sitä parempi on mittarin sisäinen johdonmukai-

suus. (Heikkilä, 2002, 187.) Yleensä alphan arvoa 0,6 pidetään riittävänä, jotta summamuuttuja voidaan luoda (Ernvall ym. 2002, 158). Tästä säännöstä ollaan kyllä hie- man luopumassa (Metsämuuronen 2006, 68). Tässä tutkimuksessa käytetyn kyselylo- makkeen Cronbachin alpha -arvo oli ,95. Taulukossa 1 on kuvattu kyselylomakkeen summamuuttujat ja niiden sisältämät väittämät sekä Cronbachin alpha -arvot. Moni- kulttuurisen hoitotyön osaamisen Cronbachin alpha -arvo oli alle suositeltavan rajan, mutta siitä muodostettiin kuitenkin summamuuttuja, koska alphan arvo jäi vain hiukan alle suositeltavan rajan. Myöskään minkään muuttujan pois jättäminen kyseisestä kohdasta ei olisi muuttanut Cronbachin alpha -arvoa korkeammaksi (Ernvall ym. 2002, 159).

*Taulukko 1. Summamuuttujat ja niiden Cronbachin alpha -kertoimet.*

Summamuuttuja	Muuttujien lukumäärä	Cronbachin alpha
<b>Eettinen- ja arvo-osaaminen (väittämät 1-5)</b>	5	,76
<b>Terveyden edistämisen osaaminen (väittämät 6-9)</b>	4	,87
<b>Teoreettinen osaaminen (väittämät 10-14)</b>	5	,85
<b>Kliininen osaaminen (väittämät 15-28)</b>	14	,89
<b>Opetus- ja ohjausosaaminen (väittämät 29-34)</b>	6	,91
<b>Yhteistyöosaaminen (väittämät 35-42)</b>	8	,88
<b>Hoito- ja kätilötyön kehittämisosaaminen (väittämät 43-44)</b>	2	,78
<b>Monikulttuurisen hoitotyön osaaminen (väittämät 45-47)</b>	3	,59

Tilastollisena testinä käytettiin parametritonta Kruskal-Wallisin testiä, jota käytetään verrattaessa kahta tai useampaa ryhmää (Munro 2001, 107; Polit & Beck 2006, 376). Tutkimustulosten luotettavuuden lisäämiseksi tilastollisen merkitsevyyden tarkastami- seen käytettiin parametritonta testiä, koska joissakin vertailtavissa ryhmissä havainto- jen määrä oli pieni. Kaiken kaikkiaan parametrittomat menetelmät ovat tilastollisessa

mielessä monissa tapauksissa parempia analyysimenetelmiä kuin parametriset, jakaumaoletuksen edellyttävät analyysit. (Metsämuuronen 2006, 711.)

Mahdollisina ammatillisen osaamisen arviointiin yhteydessä olevina tekijöinä olivat vastaajien ikä, tutkintoon valmistumisvuosi, työskentely-yksikkö, työkokemuksen määrä nykyisessä yksikössä sekä työkokemuksen määrä terveydenhuoltolalla yhteensä. Lisäksi verrattiin myös täydennyskoulutuspäivien lukumäärää viimeisen kahden vuoden sisällä ammatillisen osaamiseen tasoon. Ryhmien välisten keskiarvojen eron tilastollinen merkitsevyys tarkastettiin Kruskall-Wallis testillä. Tässä tutkimuksessa tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin p-arvoa, joka on pienempi kuin 0,05 (Heikkilä 2002, 195).

Tutkimusaineiston keräämiseen käytetyssä lomakkeessa oli myös kuusi avointa kysymystä. Ensimmäinen avoin kysymys koski täydennyskoulutuspäivien lukumäärää kahden viimeisen vuoden sisällä. Tämän kysymyksen vastaukset analysoitiin ainoastaan numeromääräisinä. Sisällönanalyysi sopii menetelmänä hyvin strukturoimattoman aineiston analysointiin. Käyttämällä sisällönanalyysi menetelmää pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Olennaista sisällönanalyysissä on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Sisällönanalyysissä voidaan edetä kahdella tavalla. Induktiivisessa sisällönanalyysissä lähdetään liikkeelle aineistosta ja deduktiivista sisällönanalyysiä ohjaa aikaisempaan tietoon pohjautuva luokittelurunko. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-5; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21-30.)

Kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä sekä deduktiivisesti että induktiivisesti. Kysymykseen 49 annetut vastaukset analysoitiin deduktiivisesti käyttämällä analyysirungon muodostamisen perustana osa-alueita, joihin opetusministeriö (2006, 42-46, 60-65 [viitattu 14.3.2008]) on luokitellut kättilön ja sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen. Kysymyksiin 50-53 annetut vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Projektipäällikkö luki tutkimusvastaukset useaan kertaan, jonka jälkeen sellaiset vastaukset, joissa esiintyi samoja sanoja tai samoja asioita tarkoittavia lauseita ryhmiteltiin omiin luokkiin. Näille alaluokille annettiin niiden sisältöä kuvaava nimi. Samansisältöiset alaluokat yhdistettiin sitten yhdeksi yläluokaksi, jotka taas nimettiin niiden sisältöä kuvaavilla nimillä. Lopuksi laskettiin vielä kuinka monta kertaa luokkien sisältämä asia ilmeni aineistossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-9; French ym. 2001, 216-217; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26-35; Burns & Grove 2005, 554-555.)

## 8 OSAAMISKARTOITUKSEN TULOKSET JA LUOTETTAVUUS

### 8.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Tutkimukseen osallistui yhteensä 124 naistenklinikan hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä. Kyselylomakkeita jaettiin naistenklinikan osastoille yhteensä 180 kappaletta ja niistä palautui projektipäällikölle yhteensä 124 kappaletta. Näin ollen kokonaisvastausprosentiksi muodostui 69%. Vastausprosentit vaihtelivat osastoittain 38% ja 100% välillä. Ammattiryhmittäin jaoteltuina vastaajista oli kättilöitä 60%, sairaanhoitajia 30%, perushoitajia 6% ja lastenhoitajia 4%. Vastaajista kolme ei ilmoittanut omaa ammattinimikettään. Vastaajien ikäjakauma oli 22-63 vuotta. Keski-ikäsi muodostui näin ollen 41 vuotta (kh 10,3). Ammattiryhmittäin jaoteltuina keski-ikäet olivat kättilöillä 39 vuotta, sairaanhoitajilla ja perushoitajilla 43 vuotta sekä lastenhoitajilla 47 vuotta. Taulukossa 2 on kuvattu vastaajien ikäjakauma. Taulukossa kokonaisprosentti voi poiketa sadasta, koska luvut on pyöristetty lähimpään kokonaislukuun.

*Taulukko 2. Vastaajien ikäjakauma.*

Luokka	n	Prosentuaalinen osuus
22-29 v.	22	18
30-39 v.	33	27
40-49 v.	38	31
50-63 v.	31	25
<b>Yht.</b>	124	100

Vastaajien tutkintoon valmistumisvuosi vaihteli vuoden 1971 ja vuoden 2008 välillä. Keskimääräinen tutkintoon valmistumisvuosi oli 1994 ja ammattiryhmittäin jaoteltuna tämä tarkoitti kätilöillä vuotta 1996, sairaanhoitajilla vuotta 1991, perushoitajilla vuotta 1989 ja lastenhoitajilla vuotta 1983. Yksi vastaajista ei ilmoittanut tutkintoon valmistumisvuottaan. Taulukossa 3 on kuvattu vastaajien tutkintoon valmistumisvuodet luokiteltuina. Taulukossa kokonaisprosentti voi poiketa sadasta, koska luvut on pyöristetty lähimpään kokonaislukuun.

*Taulukko 3. Vastaajien tutkintoon valmistumisvuosi.*

Luokka	n	Prosentuaalinen osuus
v. 1971-1979	16	13
v. 1980-1989	25	20
v. 1990-1999	36	29
v. 2000-2008	46	37
<b>Yht.</b>	123	100

Työkokemus nykyisellä toimipaikalla vaihteli vastaajilla 3 kuukaudesta 38 vuoteen. Työvuodet terveydenhuoltoalalla yhteensä vaihtelivat sen sijaan yhdestä vuodesta 40 vuoteen. Neljä vastaajista ei ilmoittanut työkokemuksensa määrää terveydenhuoltoalalla yhteensä. Keskimäärin työkokemusta nykyisellä toimipaikalla oli 11 vuotta ja terveydenhuoltoalalla yhteensä 16 vuotta. Ammattiryhmittäin jaoteltuina eniten työkokemusta nykyisellä toimipaikalla oli lastenhoitajilla (ka 22 vuotta) ja vähiten oli kätilöillä (ka 8 vuotta). Taulukossa 4 on kuvattu vastaajien työkokemuksen määrä luokiteltuina. Taulukon kokonaisprosentti voi poiketa sadasta, koska luvut on pyöristetty lähimpään kokonaislukuun.

Taulukko 4. Vastaajien työkokemuksen määrä.

Luokka	Työkokemus nykyisellä toimipaikalla n	Työkokemus nykyisellä toimipaikalla %	Työkokemus terveydenhuoltoalalla yhteensä n	Työkokemus terveydenhuoltoalalla yhteensä %
0-2 v.	33	27	14	12
3-5 v.	30	25	19	16
6-9 v.	9	7	16	13
10-15 v.	16	13	15	13
16-25 v.	20	16	27	23
26- v.	16	13	29	24
<b>Yht.</b>	124	100	120	100

## 8.2 Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen

### 8.2.1 Eettinen- ja arvo-osaaminen

Hoitohenkilöstön omaa käsitystä ammatillisesta osaamisestaan eettisen- ja arvo-osaamisen osa-alueella mitattiin kyselylomakkeessa viidellä muuttujalla. Kokonaisuudessaan hoitohenkilöstö arvioi osaamisensa eettisen- ja arvo-osaamisen osa-alueella hyväksi. Vastausten analysoinnissa vastaajat jaettiin ryhmiin sairaanhoitajat ja kättilöt sekä perushoitajat ja lastenhoitajat. Sairanhoitajat ja kättilöt arvioivat ammatillisen osaamisensa eettisen- ja arvo-osaamisen osa-alueella hyväksi. Perushoitajat ja lastenhoitajat sen sijaan arvioivat oman ammatillisen osaamisensa eettisen- ja arvo-osaamisen osa-alueella kohtalaiseksi. Sairanhoitajien ja kättilöiden arviot vaihtelivat kuitenkin kohtalaisesta osaamisesta hyvään osaamiseen. Osaaminen oli kohtalaista Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategian tuntemisessa. Muiden muuttujien osalta ammatillinen osaaminen oli hyvää. Perushoitajien ja lastenhoitajien arviot sen sijaan vaihtelivat heikosta osaamisesta hyvään osaamiseen. Osaaminen oli heikkoa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategian tuntemisessa ja hyvää oman ammattikuntansa eettisten periaatteiden hallinnassa. Muiden muuttujien osalta ammatillinen osaaminen oli kohtalaista. Hoitohenkilöstön arvioinnit ammatillisesta osaamisestaan eettisen ja arvo-osaamisen osa-alueelta eri ammattiryhmiin jaoteltuina esitetään taulukossa 5.

*Taulukko 5. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan eettisen- ja arvo-osaamisen osa-alueella.*

<b>Eettinen- ja arvo-osaaminen</b>	<b>sh/klö n</b>	<b>sh/klö ka</b>	<b>sh/klö kh</b>	<b>ph/lh n</b>	<b>ph/lh ka</b>	<b>ph/lh kh</b>
<b>Hallitsen oman ammattikuntani eettiset periaatteet.</b>	109	6,0	0,9	12	5,4	1,1
<b>Hallitsen potilaan oikeuksia koskevan lainsäädännön.</b>	109	5,0	1,2	11	4,1	1,6
<b>Osaan kehittää ammatillista osaamistani.</b>	109	5,6	0,7	12	4,9	0,5
<b>Osaan tunnistaa työssäni ilmeneviä eettisiä ongelmatilanteita.</b>	109	5,8	0,7	12	4,8	0,9
<b>Tiedän VSSHP:n strategias- sa määritellyt perusarvot.</b>	109	4,3	1,5	12	3,9	1,2

### 8.2.2 Terveyden edistämisen osaaminen

Kyselylomakkeessa neljällä muuttujalla mitattiin hoitohenkilöstön omaa käsitystä ammatillisesta osaamisestaan terveyden edistämisen osaamisen osa-alueella. Kokonaisuudessaan hoitohenkilöstö arvioi oman osaamisensa terveyden edistämisen osaamisen osa-alueella hyväksi. Vastausten analysoinnissa vastaajat jaettiin ryhmiin sairaanhoitajat ja kätilöt sekä perushoitajat ja lastenhoitajat. Sairaanhoitajat ja kätilöt arvioivat ammatillisen osaamisensa terveyden edistämisen osaamisen osa-alueella hyväksi. Perushoitajat ja lastenhoitajat sen sijaan arvioivat oman ammatillisen osaamisensa terveyden edistämisen osaamisen osa-alueella kohtalaiseksi. Tällä osa-alueella sairaanhoitajien ja kätilöiden kaikkien muuttujien keskiarvot olivat hyviä. Perushoitajilla ja lastenhoitajilla arviot sen sijaan vaihtelivat kohtalaisesta osaamisesta hyvään osaamiseen. Tarkempi erittely hoitohenkilöstön oman osaamisen arvioinneista ammattiryhmittäin jaoteltuina terveyden edistämisen osaamisen osa-alueelta esitetään taulukossa 6.



*Taulukko 6. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan terveyden edistämisen osaamisen osa-alueella.*

<b>Terveyden edistämisen osaaminen</b>	<b>sh/klö n</b>	<b>sh/klö ka</b>	<b>sh/klö kh</b>	<b>ph/lh n</b>	<b>ph/lh ka</b>	<b>ph/lh kh</b>
<b>Osaan toteuttaa hoitotyön prosessia yhdessä potilaan kanssa terveyden edistämisen näkökulmasta.</b>	106	5,4	0,9	12	5,0	1,1
<b>Osaan ohjata potilasta terveyden edistämisessä.</b>	106	5,9	0,8	12	5,4	0,7
<b>Osaan ohjata potilaan omaisia terveyden edistämisessä.</b>	95	5,5	1,0	12	4,9	1,3
<b>Osaan kirjata hoitotyön prosessin terveyden edistämisen näkökulmasta.</b>	108	5,2	1,1	11	4,2	1,3

### 8.2.3 Teoreettinen osaaminen

Hoitohenkilöstön omaa käsitystä ammatillisesta osaamisestaan teoreettisen osaamisen osa-alueella mitattiin kyselylomakkeessa viidellä muuttujalla. Kokonaisuudessaan hoitohenkilöstö arvioi oman osaamisensa teoreettisen osaamisen osa-alueella hyväksi. Vastausten analysoinnissa vastaajat jaettiin ryhmiin sairaanhoitajat ja kättilöt sekä perushoitajat ja lastenhoitajat. Sairanhoitajat ja kättilöt arvioivat ammatillisen osaamisensa terveyden edistämisen osaamisen osa-alueella hyväksi. Perushoitajat ja lastenhoitajat sen sijaan arvioivat oman ammatillisen osaamisensa terveyden edistämisen osaamisen osa-alueella kohtalaiseksi. Sairanhoitajien ja kättilöiden arviot vaihtelivat kuitenkin kohtalaisesta osaamisesta erittäin hyvään osaamiseen. Osaaminen oli erittäin hyvää kokemusperäisen tiedon hyödyntämisessä toiminnassa ja kohtalaista muun muassa tutkimustiedon hyödyntämisessä omassa toiminnassa. Perushoitajien ja lastenhoitajien arviot vaihtelivat kohtalaisesta osaamisesta hyvään osaamiseen. Osaaminen oli hyvää osaamisessa hyödyntää kokemusperäistä tietoa omassa toiminnassaan. Muiden muuttujien osalta ammatillinen osaaminen oli kohtalaista. Hoitohenkilöstön arvioinnit ammatillisesta osaamisestaan ammattiryhmittäin jaoteltuina teoreettisen osaamisen osa-alueelta esitetään taulukossa 7.

*Taulukko 7. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan teoreettisen osaamisen osa-alueella.*

<b>Teoreettinen osaaminen</b>	<b>sh/klö n</b>	<b>sh/klö ka</b>	<b>sh/klö kh</b>	<b>ph/lh n</b>	<b>ph/lh ka</b>	<b>ph/lh kh</b>
<b>Osaan hyödyntää tutkimustietoa omassa toiminnassani.</b>	107	4,9	1,2	11	4,3	1,4
<b>Osaan hankkia uutta tietoa päätösteni tueksi.</b>	109	5,3	1,1	12	4,4	1,4
<b>Osaan arvioida kriittisesti uutta tietoa.</b>	109	5,3	1,0	12	4,3	1,0
<b>Osaan perustella toimintaani tutkimustietoon perustuen.</b>	108	4,8	1,2	11	4,1	1,0
<b>Osaan hyödyntää kokemusperäistä tietoa toiminnassani.</b>	109	6,1	0,8	12	5,3	1,4

#### 8.2.4 Kliininen osaaminen

Kyselylomakkeessa mitattiin neljällätoista muuttujalla hoitohenkilöstön omaa käsitystä ammatillisesta osaamisestaan kliinisen osaamisen osa-alueella. Kokonaisuudessaan hoitohenkilöstö arvioi oman osaamisensa kliinisen osaamisen osa-alueella hyväksi. Vastausten analysoinnissa vastaajat jaettiin ryhmiin sairaanhoitajat ja kätilöt sekä perushoitajat ja lastenhoitajat. Sairanhoitajat ja kätilöt arvioivat ammatillisen osaamisensa kliinisen osaamisen osa-alueella hyväksi. Perushoitajat ja lastenhoitajat sen sijaan arvioivat oman ammatillisen osaamisensa kliinisen osaamisen osa-alueella kohtalaiseksi. Sairanhoitajien ja kätilöiden arviot vaihtelivat kuitenkin kohtalaisesta osaamisesta erittäin hyvään osaamiseen. Osaaminen oli erittäin hyvää aseptisen työskentelyn periaatteiden hallinnassa. Osaaminen oli kohtalaista muun muassa potilaan peruselvytyksen hallinnassa. Perushoitajien ja lastenhoitajien arviot vaihtelivat heikosta osaamisesta erittäin hyvään osaamiseen. Heidän ammatillinen osaaminen oli erittäin hyvää aseptisen työskentelyn periaatteiden hallinnassa. Osaaminen oli sen sijaan heikkoa muun muassa kuolevan potilaan omaisten tukemisessa. Hoitohenkilöstön tarkemmat arvioinnit ammatillisesta osaamisestaan ammattiryhmittäin jaoteltuina kliinisen osaamisen osa-alueelta esitetään taulukossa 8.

Taulukko 8. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan kliinisen osaamisen osa-alueella.

Kliininen osaaminen	sh/klö n	sh/klö ka	sh/klö kh	ph/lh n	ph/lh ka	ph/lh kh
Hallitsen aseptisen työskente- lyn periaatteet.	109	6,3	0,6	12	6,3	0,8
Osaan toimia suunnitelmalli- sesti.	109	5,9	0,8	12	5,6	0,7
Hallitsen potilaan peruselvy- tyksen.	109	4,8	1,2	11	4,4	1,4
Osaan tunnistaa potilaan kes- keiset hoidon tarpeet.	109	5,7	0,8	12	5,2	0,8
Osaan valita oikeat auttamis- keinot.	109	5,5	0,7	12	5,0	1,0
Osaan arvioida valitsemieni hoitokeinojen vaikutuksia.	109	5,5	0,9	12	5,2	1,1
Osaan arvioida potilaan kipua.	109	5,8	0,8	12	5,3	0,8
Hallitsen työhöni liittyvän lää- kehoidon.	109	6,0	0,8	9	4,4	1,7
Hallitsen kuolevan potilaan (myös foetus mortus) hoidon ja tukemisen.	93	4,9	1,4	9	3,9	1,6
Hallitsen kuolevan potilaan omaisten tukemisen.	89	4,8	1,3	10	3,6	1,7
Hallitsen potilaan hoidossa tarvitsemieni teknisten laittei- den käytön.	108	5,7	0,9	12	5,3	0,8
Osaan käyttää tietotekniikkaa työssäni.	109	5,8	1,1	12	4,8	1,1
Hallitsen sähköisen potilasjär- jestelmän käytön.	109	5,8	1,1	12	4,9	1,2
Hallitsen erilaisia lääkkeettä- miä kivun hallintamenetelmiä.	107	5,0	1,3	12	4,0	1,4

### 8.2.5 Opetus- ja ohjausosaaminen

Hoitohenkilöstön omaa käsitystä ammatillisesta osaamisestaan opetus- ja ohjausosaamisen osa-alueella mitattiin kyselylomakkeessa kuudella muuttujalla. Kokonaisuudessaan hoitohenkilöstö arvioi oman osaamisensa opetus- ja ohjausosaamisen osa-alueella hyväksi. Vastausten analysoinnissa vastaajat jaettiin ryhmiin sairaanhoitajat ja kättilöt sekä perushoitajat ja lastenhoitajat. Sairanhoitajat ja kättilöt arvioivat ammatillisen osaamisensa opetus- ja ohjausosaamisen osa-alueella hyväksi. Myös perushoita-

jat ja lastenhoitajat arvioivat oman ammatillisen osaamisensa opetus- ja ohjausosaamisen osa-alueella hyväksi. Sairaanhoidtajien ja kättilöiden arviot vaihtelivat kohtalaisesta osaamisesta hyvään osaamiseen. Osaaminen oli kohtalaista osaamisessa tunnistaa omaisten ohjaustarve sekä suunnitella ja toteuttaa ohjaustilanne heille. Muiden muuttujien osalta ammatillinen osaaminen oli hyvää. Myös perushoitajilla ja lastenhoitajilla osaaminen vaihteli kohtalaisesta osaamisesta hyvään osaamiseen. He arvioivat opetus- ja ohjausosaamisen osa-alueelta parhaimmaksi osaamisensa tarvittaessa ohjata työtovereitaan ja heikoimmaksi osaamisensa tunnistaa omaisten ohjaustarpeen sekä suunnitella ja toteuttaa ohjaustilanteen omaisille. Hoitohenkilöstön arvioinnit ammatillisesta osaamisestaan ammattiryhmittäin jaoteltuina opetus- ja ohjausosaamisen osa-alueelta esitetään taulukossa 9.

*Taulukko 9. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan opetus- ja ohjausosaamisen osa-alueella.*

Opetus- ja ohjausosaaminen	sh/klö n	sh/klö ka	sh/klö kh	ph/lh n	ph/lh ka	ph/lh kh
<b>Osaan tunnistaa potilaan ohjaustarpeen.</b>	105	5,5	0,9	12	4,8	1,4
<b>Osaan suunnitella ohjaustilanteen yksilöllisesti potilaan lähtökohdista käsin.</b>	101	5,5	0,8	11	5,1	1,2
<b>Osaan arvioida ohjaustilanteen toteutumista ja ohjauksen vaikuttavuutta.</b>	101	5,2	0,9	11	5,0	1,2
<b>Osaan tunnistaa omaisten ohjaustarpeen sekä suunnitella ja toteuttaa ohjaustilanteen omaisille.</b>	94	4,9	1,0	11	4,6	1,6
<b>Osaan tukea opiskelijoita heidän tavoitteidensa saavuttamisessa.</b>	109	5,1	0,9	11	4,9	1,1
<b>Osaan tarvittaessa ohjata työtovereitani.</b>	109	5,5	1,0	12	5,4	0,7

#### 8.2.6 Yhteistyöosaaminen

Yhteistyöosaamisen osa-alueella hoitohenkilöstön omaa käsitystä ammatillisesta osaamisestaan mitattiin kyselylomakkeessa kahdeksalla muuttujalla. Kokonaisuudes-

saan hoitohenkilöstö arvioi oman osaamisensa yhteistyöosaamisen osa-alueella hyväksi. Vastausten analysoinnissa vastaajat jaettiin ryhmiin sairaanhoitajat ja kätilöt sekä perushoitajat ja lastenhoitajat. Sairanhoitajat ja kätilöt sekä perushoitajat ja lastenhoitajat arvioivat ammatillisen osaamisensa yhteistyöosaamisen osa-alueella hyväksi. Sairanhoitajien ja kätilöiden arviot vaihtelivat hyvästä osaamisesta erittäin hyvään osaamiseen. Osaaminen oli erittäin hyvää muun muassa osaamisessa konsultoida hoitotyön ja muiden ammattiryhmien asiantuntijoita. Perushoitajien ja lastenhoitajien arvioinnit omasta ammatillisesta osaamisestaan yhteistyöosaamisen osa-alueella vaihtelivat kohtalaisesta osaamisesta hyvään osaamiseen. Heidän osaaminen oli kohtalaisesta osaamisesta antaa työtovereille rakentavaa palautetta. Muiden muuttujien kohdalla osaaminen oli hyvää. Hoitohenkilöstön arvioinnit ammatillisesta osaamisestaan ammattiryhmittäin jaoteltuina yhteistyöosaamisen osa-alueelta esitetään taulukossa 10.

*Taulukko 10. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan yhteistyöosaamisen osa-alueella.*

<b>Yhteistyöosaaminen</b>	<b>sh/klö n</b>	<b>sh/klö ka</b>	<b>sh/klö kh</b>	<b>ph/lh n</b>	<b>ph/lh ka</b>	<b>ph/lh kh</b>
<b>Osaan tukea potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa.</b>	105	5,6	0,8	11	5,5	0,8
<b>Osaan toimia yhteistyössä potilaan omaisten kanssa.</b>	97	5,7	0,8	11	5,6	0,9
<b>Osaan toimia joustavasti.</b>	109	5,8	0,7	12	5,8	0,8
<b>Kykenen moniammatilliseen yhteistyöhön.</b>	109	6,1	0,8	12	5,8	0,5
<b>Osaan konsultoida hoitotyön ja muiden ammattiryhmien asiantuntijoita.</b>	109	6,1	0,8	11	5,4	1,0
<b>Kykenen toimimaan erilaisissa tiimeissä hoitotyön asiantuntijana.</b>	109	5,1	1,1	6	5,0	0,9
<b>Osaan ottaa vastaan palautetta työtovereiltani.</b>	109	5,6	0,9	12	5,3	1,4
<b>Osaan antaa työtovereilleni rakentavaa palautetta.</b>	109	5,1	1,0	12	4,7	1,2

### 8.2.7 Hoito- ja kättilötyön kehittämisosaaminen

Hoito- ja kättilötyön kehittämisosaamisen osa-alueella hoitohenkilöstön omaa käsitystä ammatillisesta osaamisestaan mitattiin kyselylomakkeessa kahdella muuttujalla. Kokonaisuudessaan hoitohenkilöstö arvioi oman osaamisensa hoito- ja kättilötyön kehittämisosaamisen osa-alueella kohtalaiseksi. Vastausten analysoinnissa vastaajat jaettiin ryhmiin sairaanhoitajat ja kättilöt sekä perushoitajat ja lastenhoitajat. Sairaanhoitajat ja kättilöt sekä perushoitajat ja lastenhoitajat arvioivat ammatillisen osaamisensa hoito- ja kättilötyön kehittämisosaamisen osa-alueella kohtalaiseksi. Sairaanhoitajien ja kättilöiden arviot liikkuvat hyvän ja kohtalaisen osaamisen välillä. Kun taas perushoitajien ja lastenhoitajien arviot liikkuvat kohtalaisen ja heikon osaamisen välillä. Hoitohenkilöstön arvioinnit ammatillisesta osaamisestaan ammattiryhmittäin jaoteltuina hoito- ja kättilötyön kehittämisosaamisen osa-alueelta esitetään taulukossa 11.

*Taulukko 11. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan hoito- ja kättilötyön kehittämisosaamisen osa-alueella.*

Hoito- ja kättilötyön kehittämisosaaminen	sh/klön	sh/klöka	sh/klökh	ph/lhn	ph/lhka	ph/lhkh
<b>Osaan käynnistää muutoksia hoitotyössä.</b>	108	4,7	1,1	10	3,9	1,2
<b>Osaan tunnistaa työhöni liittyviä tulevaisuuden haasteita.</b>	108	5,1	0,9	11	4,3	1,4

### 8.2.8 Monikulttuurisen hoitotyön osaaminen

Kyselylomakkeessa kolmella muuttujalla mitattiin hoitohenkilöstön omaa käsitystä ammatillisesta osaamisestaan monikulttuurisen hoitotyön osaamisen osa-alueella. Kokonaisuudessaan hoitohenkilöstö arvioi oman osaamisensa monikulttuurisen hoitotyön osaamisen osa-alueella kohtalaiseksi. Vastausten analysoinnissa vastaajat jaettiin ryhmiin sairaanhoitajat ja kättilöt sekä perushoitajat ja lastenhoitajat. Sairaanhoitajat ja kättilöt sekä perushoitajat ja lastenhoitajat arvioivat ammatillisen osaamisensa monikulttuurisen hoitotyön osaamisen osa-alueella kohtalaiseksi. Sairaanhoitajien ja kättilöiden arviot liikkuvat hyvän ja kohtalaisen osaamisen välillä. Osaaminen oli hyvää englanninkielisten potilaiden kanssa kommunikoinnissa. Muiden muuttujien osalta

ammattillinen osaaminen oli kohtalaista. Perushoitajien ja lastenhoitajien arviot liikkuvat kohtalaisen ja heikon osaamisen välillä. Osaaminen oli heikkoa ruotsinkielisten potilaiden kanssa kommunikoinnissa. Muiden muuttujien kohdalla osaaminen oli kohtalaista. Hoitohenkilöstön arvioinnit ammatillisesta osaamisestaan ammattiryhmittäin jaoteltuina monikulttuurisen hoitotyön osaamisen osa-alueelta esitetään taulukossa 12.

*Taulukko 12. Hoitohenkilöstön arvioinnit omasta osaamisestaan monikulttuurisen hoitotyön osaamisen osa-alueella.*

Monikulttuurisen hoitotyön osaaminen	sh/klö n	sh/klö ka	sh/klö kh	ph/lh n	ph/lh ka	ph/lh kh
<b>Osaan tunnistaa eri kulttuurista tulevan hoitotyöhön liittyviä erityispiirteitä.</b>	108	4,8	1,2	11	4,2	1,3
<b>Hallitsen riittävän kielitaidon pystyäkseen kommunikoimaan ruotsinkielisten potilaiden kanssa.</b>	109	4,1	1,4	12	3,5	2,4
<b>Hallitsen riittävän kielitaidon pystyäkseen kommunikoimaan englanninkielisten potilaiden kanssa.</b>	109	5,1	1,5	12	4,3	1,9

#### 8.2.9 Ammatillinen osaaminen kokonaisuudessaan

Hoitohenkilöstö arvioi ammatillisen osaamisensa kokonaisuudessa hyväksi. Sairaanhoidajien ja kätilöiden sekä perushoitajien ja lastenhoitajien arviot ammatillisesta osaamisestaan vaihtelivat kohtalaisen ja hyvän osaamisen välillä. Sairaanhoidajat ja kätilöt arvioivat ammatillisen osaamisensa parhaimmaksi yhteistyöosaamisen osa-alueella. Heikoimmaksi ammatillisen osaamisensa he arvioivat monikulttuurisen hoitotyön osaamisen osa-alueella. Perushoitajat ja lastenhoitajat arvioivat, kuten sairaanhoidajat ja kätilötkin, ammatillisen osaamisensa parhaimmaksi yhteistyöosaamisen osa-alueella. Perushoitajat ja lastenhoitajat arvioivat oman ammatillisen osaamisensa heikoimmaksi monikulttuurisen hoitotyön osaamisen osa-alueella ja hoito- ja kätilötyön kehittämisosaamisen osa-alueella. Eli samat osa-alueet kuin sairaanhoidajilla ja kätilöilläkin olivat heikoimmat osa-alueet myös perushoitajilla ja lastenhoitajilla. Hoitohenkilöstön arvioinnit ammatillisesta osaamisestaan kaikkien vastaajien osalta sekä

ammattiryhmittäin jaoteltuna eri osa-alueilla ja kokonaisuudessaan esitetään taulukossa 13.

*Taulukko 13. Hoitohenkilöstön arvioinnit ammatillisesta osaamisestaan eri osa-alueilla ja kokonaisuudessaan.*

<b>Ammatillisen osa-alue</b>	<b>osaamisen</b>	<b>kaik-ki n</b>	<b>kaik-ki ka</b>	<b>sh/klö n</b>	<b>sh/klö ka</b>	<b>ph/lh n</b>	<b>ph/lh ka</b>
<b>Eettinen-osaaminen</b>	<b>ja arvo-</b>	124	5,3	109	5,3	12	4,7
<b>Terveydenosaaminen</b>	<b>edistämisen</b>	124	5,4	109	5,5	12	4,9
<b>Teoreettinen osaaminen</b>		124	5,2	109	5,3	12	4,5
<b>Kliininen osaaminen</b>		124	5,5	109	5,6	12	5,0
<b>Opetus- ja ohjausosaaminen</b>		124	5,2	109	5,3	12	4,9
<b>Yhteistyöosaaminen</b>		124	5,6	109	5,7	12	5,4
<b>Hoito- ja kättilötyön kehittämisaaminen</b>		122	4,8	109	4,9	11	4,0
<b>Monikulttuurisen hoitotyön osaaminen</b>		124	4,6	109	4,7	12	4,0
<b>Kokonaisosaaminen</b>			5,2		5,3		4,7

### 8.3 Taustamuuttujien yhteys hoitohenkilöstön ammatilliseen osaamiseen

Taustamuuttujista tarkasteltiin vastaajien iän, ammattinimikkeen, tutkintoon valmistumisvuoden, osaston sekä työkokemuksen määrän nykyisellä toimipaikalla sekä terveydenhuoltoalalla yhteensä yhteyttä vastaajien ammatilliseen osaamiseen. Vastaajien iällä, tutkintoon valmistumisvuodella eikä työskentelyosastolla ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä osaamisen tasoon.

Vastaajien ammattinimikkeellä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys arvioituun ammatillisen osaamisen tasoon. Vastaajan ammattinimikkeellä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä teoreettisen osaamisen ja yhteistyöosaamisen osa-alueilla. Muilla osa-alueilla vastaajan ammattinimikkeellä oli tilastollinen merkitsevyys. Ammatillisen osaamisen ja ammattinimikkeen tilastollisen merkitsevyyden p-arvot on esitetty taulukon muodossa taulukossa 14.



Taulukko 14. Ammatillisen osaamisen ja ammattinimikkeen merkitsevyyden p-arvot eri osa-alueilla.

Ammatillisen osaamisen osa-alue	sh/klö ka	ph/lh ka	p-arvo
<b>Eettinen- ja arvo-osaaminen</b>	5,3	4,7	,022*
<b>Terveyden edistämisen osaaminen</b>	5,5	4,9	,045*
<b>Teoreettinen osaaminen</b>	5,3	4,5	,059
<b>Kliininen osaaminen</b>	5,6	5,0	,027*
<b>Opetus- ja ohjausosaaminen</b>	5,3	4,9	,037*
<b>Yhteistyöosaaminen</b>	5,7	5,4	,192
<b>Hoito- ja kätilötyön kehittämisosaaminen</b>	4,9	4,0	,017*
<b>Monikulttuurisen hoitotyön osaaminen</b>	4,7	4,0	,002**

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Vastaajien työkokemuksen määrällä nykyisellä toimipaikalla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ammatillisen osaamisen tasoon monikulttuurisen hoitotyön osaamisen osa-alueella  $p=0,035$  ( $p<0,05$ ). Vahvin osaaminen monikulttuurisen hoitotyön osa-alueella oli 6-9 vuoden työkokemuksella nykyisellä toimipaikalla. Toiseksi vahvin osaaminen oli 0-2 vuoden työkokemuksella ja heikointa osaaminen tällä osa-alueella oli niillä, joilla työkokemusta nykyisellä toimipaikalla oli 26 vuotta ja yli. Muilla ammatillisen osaamisen osa-alueilla tilastollista merkitsevyyttä ei ollut.

Vastaajien työkokemuksen määrällä terveydenhuoltoalalla yhteensä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ammatillisen osaamisen tasoon eettisen- ja arvo-osaamisen osa-alueella  $p=0,049$  ( $p<0,05$ ). Vahvin osaaminen eettisen- ja arvo-osaamisen osa-alueella oli 3-5 vuoden työkokemuksella terveydenhuoltoalalla yhteensä. Toiseksi vahvin osaaminen oli 16-25 vuoden työkokemuksella ja heikointa osaaminen tällä osa-alueella oli 10-15 vuoden työkokemuksella terveydenhuoltoalalla yhteensä. Muilla ammatillisen osaamisen osa-alueilla tilastollista merkitsevyyttä ei tullut esille.

#### 8.4 Vastaajien täydennyskoulutustarve

Hoitohenkilöstöltä kysyttiin yhteensä kuusi avointa kysymystä koskien täydennyskoulutusta. Avoimilla kysymyksillä kysyttiin kuinka monena päivänä he olivat olleet täydennyskoulutuksessa viimeisen kahden vuoden aikana, mistä aiheista he olisivat eri-

tyisesti kiinnostuneita saamaan täydennyskoulutusta, millä menetelmillä toteutetusta täydennyskoulutuksesta he olisivat erityisesti kiinnostuneita, mitkä asiat edistävätkä heidän osallistumistaan täydennyskoulutukseen, mitkä asiat estävät heidän osallistumisensa täydennyskoulutukseen ja mitä muita keinoja he haluavat esittää ammatillisen osaamisensa ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Kaikkiin avoimiin kysymyksiin vastasi yhteensä 63 henkilöä eli 51% (n=124) kehittämisprojektiin osallistuneista. Vähintään yhteen avoimeen kysymykseen vastasi 123 henkilöä, eli ainoastaan yksi henkilö jätti vastaamatta kaikkiin avoimiin kysymyksiin.

#### 8.4.1 Täydennyskoulutukseen osallistuminen

Kysymykseen numero 48, jossa kysyttiin täydennyskoulutuspäivien lukumäärää, oli vastannut yhteensä 120 vastaajaa eli 97% vastaajista. Vain neljä vastaajaa jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Näiden lisäksi kuuden vastaajan vastaukset jouduttiin hylkäämään, koska he eivät olleet antaneet numeerista vastausta kysymykseen. Hylätyt vastaukset olivat muun muassa: ”useina päivinä”, ”muutaman kerran”. Vastaajat olivat olleet täydennyskoulutuksessa viimeisen kahden vuoden aikana keskimäärin 4,7 päivänä. Täydennyskoulutuspäiviä oli vastaajille kertynyt viimeisen kahden vuoden aikana nollassa päivästä kahteenkymmeneenkahteen päivään. Vastaajista enemmistö (18%) ilmoitti osallistuneensa täydennyskoulutukseen viimeisen kahden vuoden aikana nolla kertaa ja toiseksi eniten vastaajat (14%) ilmoittivat osallistuneensa täydennyskoulutukseen yhteensä neljänä päivänä viimeisen kahden vuoden sisällä. Osa niistä, jotka ilmoittivat etteivät olleet viimeisen kahden vuoden aikana olleet kertaakaan täydennyskoulutuksessa, olivat kirjoittaneet myös syyn annetuille vastausriveille. He ilmoittivat syyksi muun muassa: ”olen vasta palannut töihin äitiyslomalta”, ”opiskelen työn ohessa toista tutkintoa”. Analysoinnin helpottamiseksi täydennyskoulutuspäivät luokiteltiin seitsemään luokkaan, jotka ovat 0 päivää, 1-2 päivää, 3-4 päivää, 5-7 päivää, 8-10 päivää, 11-14 päivää ja 15-22 päivää.

Tutkimustuloksissa tarkasteltiin myös vastaajien ilmoittamien täydennyskoulutuspäivien lukumäärän tilastollisen merkitsevyyden yhteyttä vastaajien ammatilliseen osaamiseen. Täydennyskoulutuspäivien määrällä ja ammatillisella osaamisella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys arvioituun kliinisen osaamisen tasoon  $p=0,041$  ( $p<0,05$ ).

Vahvin osaaminen tällä osa-alueella oli niillä, joilla täydennyskoulutuspäiviä oli 11-14 viimeisen kahden vuoden aikana. Toiseksi vahvinta osaaminen tällä osa-alueella oli niillä, joilla täydennyskoulutuspäiviä oli 8-10 viimeisen kahden vuoden aikana. Heikointa osaaminen tällä osa-alueella oli yllättävästi niillä, joilla täydennyskoulutuspäiviä oli eniten eli 15-22 päivää viimeisen kahden aikana. Toiseksi heikointa osaaminen oli tällä osa-alueella niillä, joilla ei ollut yhtään täydennyskoulutuspäivää viimeisen kahden vuoden aikana. Muilla ammatillisen osaamisen osa-alueilla vastaajien täydennyskoulutuspäivien lukumäärällä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä.

#### 8.4.2 Kiinnostavat täydennyskoulutusaiheet

Hoitohenkilöstöltä kysyttiin avoimella kysymyksellä, mistä aiheista he olisivat erityisesti kiinnostuneita saamaan täydennyskoulutusta. Kysymykseen vastasi yhteensä 118 henkilöä eli 95% (n=124). Näiden lisäksi kolmen vastaajan vastauksia ei analysoitu, koska vastaajat olivat vastanneet muun muassa: ”en ole tällä hetkellä kiinnostunut mistään”, ”olen kiinnostunut laaja-alaisesti kaikesta”. Vastaajat olivat kiinnostuneita saamaan täydennyskoulutusta useista eri aiheista, joten analysoitavia toiveita oli yhteensä 321. Vastaajien täydennyskoulutustoiveet esitetään taulukossa 15.

*Taulukko 15. Vastaajien täydennyskoulutustoiveet aihealueittain.*

Yläluokka	Alaluokat	Frekvenssi
<b>Eettinen- ja arvo-osaaminen</b> f = 12	Tietojen päivittäminen/ kehittäminen	6
	Etiikka	4
	Potilaslaki	2
<b>Terveystiedon edistämisen osaaminen</b> f = 12	Varhainen vuorovaikutus	5
	Synnytyspelkoiset	5
	Raskausongelmat	2
<b>Teoreettinen osaaminen</b> f = 6	Näyttöön perustuva hoitotyö/ tutkimustiedon hyödyntäminen	6
<b>Kliininen osaaminen</b>	Elvytys	23
	Kivunhoito (synnytys+leikkaus)	22
	Lääke- ja nestehoito	20
	Erityishoitoa vaativien potilaiden hoito (esim. eristys, tehohoito, psyykepotilaat)	19
	Yleisesti kätilötyöstä (erityisesti synnytysalikätilön työhön liittyvää)	15
	(jatkuu)	

(jatkoa ed. sivulta)		
	Kuolevan potilaan hoitaminen	10
	Gyn.toimenpiteisiin liittyvät	9
	Anestesiahoitotyö	8
	Syöpäpotilaan hoitotyö	7
	ATK	6
	Synnytyskivun vaihtoehtoiset kivunlievitysmenetelmät (esim. akupunktio, vyöhyketerapia, jooga)	6
	Vastasyntyneen hoito	6
	Yleisesti gynekologiasta	6
	Sisätaudit (esim. EKG:n tulkinta, DM)	5
	Surussa tukeminen	5
	UÄ-tutkimukset	5
	Imetys	4
	Synnyttäneen perheen tukeminen (lapsivuodeajan ongelmat)	4
	Avanne	3
	Episiotomiaan liittyvät/ kädentaidot	3
	Haavahoito	3
	Eriasteiset auttamismenetelmät	2
	Foetus mortus –perheen tukeminen (tai vakavasti sairas)	2
<b>f = 194</b>	Uudet laitteet	1
<b>Opetus- ja ohjausosaaminen</b>	Päihdeongelmaisten hoito	15
	Opiskelijaohjaus	8
	Seksuaalineuvonta	5
	Potilasohjaus	2
<b>f = 32</b>	Preoperatiivinen hoitotyö	2
<b>Yhteistyöosaaminen</b>	Työyhteisön jäsenten vuorovaikutussuhteet	4
	Moniammatillinen yhteistyö	3
	Tukea tarvitsevien perheiden tukipalvelut	2
<b>f = 10</b>	Sairaalan ja neuvolan välinen yhteistyö	1
<b>Hoito- ja kättilötyön kehittämisosaaminen</b>	Työssä jaksaminen	6
	Käytännön työtä hyödyttävät koulutukset	6
<b>f = 13</b>	Tulevaisuuden haasteet	1
<b>Monikulttuurisen hoitotyön osaaminen</b>	Ruotsinkieli	19
	Maahanmuuttajat/ monikulttuurisuus	14
	Englanninkieli	7
<b>f = 42</b>	Viittomakieli	2
<b>Yhteensä</b>		321

Vastaajat kokivat tarvitsevansa eniten *kliiniseen osaamiseen* liittyvää täydennyskoulutusta. Tähän luokkaan kuuluvia aiheita mainittiin 194 kertaa. Eniten haluttiin elvytys-

koulutusta, kivunhoitoon liittyvää koulutusta sekä lääke- ja nestehoitoon liittyviä koulutuksia.

”Aikuisen ja vastasyntyneen elvytys.”

”Episiotomian ja ompelutekniikoiden uudet tuulet.”

”Uudet hoitomenetelmät ja leikkaustekniikat.”

”Yllättävät hätätilanteet potilastyössä (kouristukset esim. toksemiaan liittyen, anafylaktiset reaktiot, shokki, verenvuodot).”

Toiseksi eniten vastaajat olivat kiinnostuneita saamaan täydennyskoulutusta *monikulttuurisen hoitotyön osaamiseen* liittyvistä aiheista. Tähän luokkaan kuuluvia aiheita mainittiin 42 kertaa. Eniten haluttiin ruotsinkielien koulutusta ja toiseksi eniten maahanmuuttajiin/ monikulttuurisuuteen liittyvistä asioista.

”Muista uskonnoista/ kulttuureista tulevan potilaan hoitotyö.”

”Hoitotyön ruotsi ja englanti.”

”Kielitaitoa pitäisi parantaa (ruotsi, englanti).”

Myös *opetus- ja ohjausosaamiseen* liittyvästä koulutuksesta haluttiin täydennyskoulutusta. Tähän luokkaan kuuluvia aiheita mainittiin 32 kertaa. Moni vastaaja oli kiinnostunut päihdeongelmaistenhoitoon liittyvästä ohjauksesta, myös opiskelijaohjaukseen liittyvästä täydennyskoulutuksesta oltiin kiinnostuneita.

”Raskaus ja päihteet.”

”Opiskelijoiden ohjauksesta.”

”Seksuaalineuvonta.”

*Hoito- ja kätilötyön kehittämisosaamiseen* liittyviä aiheita mainittiin 13 kertaa.

”Työssä jaksaminen; omien voimavarojen tunnistaminen.”

”Oman työn kehittämisestä”

*Eettiseen- ja arvo-osaamiseen* liittyviä aiheita mainittiin 12 kertaa.

”Hoitotyön etiikasta.”

”Potilaan oikeuksista.”

”Oman ammattitaidon ylläpitämiseen/ parantamiseen.”

Myös *terveyden edistämisen osaamiseen* liittyviä aiheita mainittiin 12 kertaa.

”Varhainen vuorovaikutus.”

”Synnytyspelkopotilaiden hoito.”

*Yhteistyöosaamiseen* liittyviä aiheita mainittiin 10 kertaa.

”Moniammatillinen yhteistyö klinikan sisäisenä koulutuksena yhdessä eri ammattiryhmien kanssa.”

”Sairaalan ja neuvolan välinen yhteistyö.”

*Teoreettiseen osaamiseen* liittyviä aiheita mainittiin kuusi kertaa.

”Uusien tutkimusten ja tutkimustulosten hyödyntämisestä.”

”Tutkitun tiedon käyttö käytännön työssä (esim. tietokoneen/ netin avulla.”

#### 8.4.3 Menetelmät täydennyskouluttautumiseen

Hoitohenkilöstöltä kysyttiin avoimella kysymyksellä, millä menetelmillä toteutetusta täydennyskoulutuksesta he olisivat erityisesti kiinnostuneita. Kysymykseen vastasi yhteensä 97 vastaajaa eli 78% (n=124). Monella vastaajalla oli useampi toive täydennyskoulutusmenetelmistä, joten analysoitavia menetelmätoiveita oli yhteensä 172. Vastaajien täydennyskoulutusmenetelmiin liittyvät toiveet esitetään taulukossa 16.

Taulukko 16. Vastaajien täydennyskoulutusmenetelmiin liittyvät toiveet.

Täydennyskoulutusmenetelmät	Frekvenssi
<b>Luennot</b>	47
<b>Käytännön harjoitukset</b>	25
<b>Klinikkakoulu</b>	23
<b>Koulutuspäivät</b>	22
<b>Oman osaston koulutus/tietoiskut</b>	16
<b>Pienryhmäopetus</b>	13
<b>Potilas case -pohdintaa</b>	9
<b>Tutustumiskäynnit</b>	7
<b>Muut esim. videot, etätehtävät</b>	6
<b>Verkko-opetus</b>	4
<b>Yhteensä</b>	172

Suurin osa vastaajista toivoi luentoja täydennyskoulutusmenetelminä. Myös käytännön harjoitteluja toivottiin paljon sekä erilaisia koulutuspäiviä ja klinikkakoulua.

”Lyhyet asiantuntijaluennot kiinnostavista aiheista.”

”Osasto- ja klinikkapalaverit.”

”Käytännön kautta harjoiteltavista.”

”Moniammatilliset koulutuspäivät.”

#### 8.4.4 Täydennyskouluttautumista edistäviä asioita

Hoitohenkilöstöltä kysyttiin avoimella kysymyksellä asioita, jotka edistävät heidän osallistumistaan täydennyskoulutukseen. Kysymykseen vastasi yhteensä 104 henkilöä eli 83% (n=124). Moni vastaaja oli ilmoittanut useamman kuin yhden asian, joka edistää hänen täydennyskoulutukseen osallistumista, joten analysoitavia asioita oli yhteensä 205. Vastaajien ilmoittamat täydennyskouluttautumista edistävät asiat on esitetty taulukossa 17.

Taulukko 17. Täydennyskouluttautumista edistävät asiat.

Yläluokka	Alaluokat	Frekvenssi
<b>Koulutukseen liittyvät</b>  <b>f = 109</b>	Mielenkiintoinen aihe	47
	Koulutus Turussa/ lähellä	32
	Helpot koulutusajat	16
	Helppo ilmoittautuminen	4
	Hyvät luennoitsijat	9
	Ruoka	1
<b>Työhön liittyvät</b>  <b>f = 71</b>	Esimiehen tuki	26
	Kulujen maksaminen heti	14
	Koulutukseen pääseminen työaikana	11
	Sijaisten saatavuus	11
	Yhdessä työkaverin kanssa	7
	Palkanlisä	2
<b>Itseen/ perheeseen liittyvät</b>  <b>f = 14</b>	Halu kehittyä	10
	Oman erityisosaamisen aihe	3
	Perheen tuki	1
<b>Muut</b> <b>f = 11</b>	Koulutuksista tiedottaminen	11
<b>Yhteensä</b>		205

Vastaajien ilmoittamat täydennyskouluttautumista edistävät asiat luokiteltiin neljään luokkaan, jotka ovat koulutuksen liittyvät, työhön liittyvät, perheeseen/itseensä liittyvät ja muut syyt. Koulutukseen liittyviä syitä oli 109 kappaletta. Suurin osa vastaajista ilmoitti tärkeimmäksi täydennyskouluttautumista edistäväksi asiaksi mielenkiintoisen aiheen ja seuraavaksi tärkein asia oli, että koulutus oli Turussa tai lähellä.

”Mielenkiintoiset aiheet.”

”Sama koulutus useana eri päivänä, mahdollisuus valita itselle sopivin päivä.”

”Lähellä työpaikkaa oleva koulutus.”

”Hyvä luennoitsija.”

Työhön liittyviä asioita vastaajat ilmoittivat 71 kappaletta. Tärkeimpänä ilmoitettiin esimiehen tuki ja seuraavaksi tärkeintä oli, että työnantaja maksaa kaikki koulutukseen liittyvät kulut heti, eikä vasta jälkikäteen.

”Useamman kuin yhden pääseminen kulloiseenkin koulutukseen.”

”Työnantajan taloudellinen tukeminen.”



”Jos työpaikalla ei olisi aina niin kiire ja tietäisi, että tilallani olisi sijainen, jos olisin koulutuksessa.”

Kolmas luokka oli itseen/perheeseen liittyvät asiat. Tähän luokkaan kuuluvia asioita vastaajat ilmoittivat yhteensä 14 kappaletta. Niistä tärkeimpänä oma halu kehittyä.

”Oman työn vaativa ja jatkuvasti muuttuva hoidon tarve.”

”Uutena työntekijänä haluaisin kehittää ammattitaitoa juuri tällä osastolla.”

”Perheen tuki.”

Lisäksi tehtiin luokka muut, johon laitettiin koulutuksista tiedottaminen, koska se voi liittyä sekä koulutukseen että työhön. Eli vastaajat halusivat, että koulutuksista tiedotettaisiin näkyvästi ja ajoissa, jotta osaa ilmoittautua itselle mielenkiintoiseen koulutukseen.

”Se, että tiedän niistä -> informaatio.”

”Koulutuspäivien mainokset.”

”Tiedotus usein puutteellista/ hankala kaivaa tietoja esille erilaisista koulutuksista.”

#### 8.4.5 Täydennyskouluttautumista estäviä asioita

Hoitohenkilöstöltä kysyttiin avoimella kysymyksellä asioita, jotka estävät heidän osallistumistaan täydennyskoulutukseen. Kysymykseen vastasi yhteensä 101 henkilöä eli 81% (n=124). Moni vastaaja oli ilmoittanut useamman kuin yhden asian, joka estää hänen täydennyskoulutukseen osallistumista, joten analysoitavia asioita oli yhteensä 211. Vastaajien ilmoittamat täydennyskouluttautumista edistävät asiat on esitetty taulukossa 18.

Taulukko 18. Täydennyskouluttautumista estäviä asioita.

Yläluokka	Alaluokat	Frekvenssi
<b>Työhön liittyvät</b>	Työkiire	27
	Työvuorot	14
	Vain muutama osastolta pääsee	14
	Ei myönnetä palkallista virkavapautta	12
	Koulutusmäärärahojen vähyys	9
	Henkilökuntamäärä	8
	Esimies ei kannusta	5
	Ei saa päivärahaa	3
	Sijaisena oleminen	3
	<b>f = 96</b>	Laajojen kirjallisten raporttien laadinta
<b>Koulutukseen liittyvät</b>	Välimatka turhan pitkä	24
	Ei ole mielenkiintoista aihetta	23
	Korkea hinta	6
	Liian vähän paikkoja/aina täynnä	5
	<b>f = 62</b>	Liian sitova (esim. useana päivänä)
<b>Itseen/perheeseen liittyvät</b>	Jaksaminen/laiskuus	15
	Perhetilanne	14
	Oman vapaa-ajan puute	12
	<b>f = 53</b>	Huono omatunto (jättää työt muille)
<b>Yhteensä</b>		211

Vastaajien ilmoittamat täydennyskouluttautumista estävät asiat luokiteltiin kolmeen luokkaan, jotka ovat työhön liittyvät, koulutukseen liittyvät ja perheeseen/itseensä liittyvät syyt. Työhön liittyviä täydennyskouluttautumista estäviä asioita vastaajat ilmoittivat 96 kappaletta. Tärkeimpänä estävänä asiana ilmoitettiin työkiire ja seuraavaksi tärkeimpinä estävinä tekijöinä ilmoitettiin työvuorot, jotka eivät sovi koulutusaikatauluihin ja se, että vain muutama osastolta pääsee koulutukseen.

”Huono työvuorosuunnittelu.”

”Vaikea päästä mielenkiintoisiin koulutuksiin, koska aina joku muu pääsee. Samat ihmiset pääsevät mielestäni aina.”

”Harvoin osastolla on sellaista tilannetta, että edes yksi voi poistua tunniksi hyvällä mielellä.”

Koulutukseen liittyviä syitä oli 62 kappaletta. Enemmistö vastaajista ilmoitti suurimmaksi täydennyskouluttautumista estäväksi asiaksi liian pitkän välimatkan ja seuraavaksi eniten täydennyskouluttautumista estävä asia oli aiheen mielenkiinnottomuus.

”Matkustaminen toiselle paikkakunnalle.”

”Yleissivistävät hömppäiheet, joita voi tarvittaessa opiskella omalla ajalla!!”

”Liian pitkäkestoinen koulutus.”

Kolmas luokka oli itseen/perheeseen liittyvät asiat. Tähän luokkaan kuuluvia täydennyskouluttautumista estäviä asioita vastaajat ilmoittivat yhteensä 53 kappaletta. Niistä tärkeimpänä estävänä tekijänä ilmoitettiin oma jaksaminen/laiskuus ja seuraavaksi tärkeimpänä estävänä tekijänä ilmoitettiin perhetilanne.

”Omat perhekohtaiset syyt, lastenhoidolliset järjestelyt.”

”Väsymys, laiskuus, kunnianhimottomuus.”

”Oman elämäntilanteen kuormittavuus, voimavaroja ei riitä uuden omaksumiseen.”

#### 8.4.6 Muita keinoja ammatillisen osaamisen kehittämiseen

Hoitohenkilöstöltä kysyttiin lopuksi avoimella kysymyksellä muita keinoja, joita he halusivat esittää ammatillisen osaamisensa ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Tämän avoimen kysymyksen vastausprosentti oli kaikista avoimista kysymyksistä heikoin. Kysymykseen vastasi yhteensä 73 henkilöä eli 59% (n=124). Niistä, jotka vastasivat kysymykseen, oli useampi ilmoittanut useamman kuin yhden asian, joka vastaajan mielestä ylläpitää ja kehittää hänen ammatillista osaamistaan, joten analysoitavia asioita oli yhteensä 173. Vastaajien ilmoittamat ammatillista osaamistaan ylläpitävät ja kehittävät asiat on esitetty taulukossa 19.

Taulukko 19. Ammatillista osaamista kehittäviä asioita.

Yläluokka	Alaluokat	Frekvenssi
<b>Työnantaja</b>	Palkanlisä	18
	Opintomatkat	12
	Henkilökuntamitoitus	10
	Työkierto	7
	Työajasta varattu aika opiskeluun	4
	Koulutuksiin kannustaminen	3
	<b>f = 57</b>	Talonsisäiset koulutukset/ koulutustarjonta
<b>Osastonhoitaja</b>	Osastotunnit	16
	Systemaattinen suunnittelu koulutuksista	14
	Osastojen välinen yhteistyö	11
	<b>f = 42</b>	Vastuualueiden kierrätys
<b>Työkaverit</b>	Info käydystä koulutuksesta työkavereille	12
	Ilmapiiri	9
	Hiljaisen tiedon jakaminen/ mentorointi	8
	<b>f = 30</b>	Opiskelijoiden tieto hyötykäyttöön
<b>Itse</b>	Oma aktiivisuus/ motivaatio	12
	Internet/ kirjallisuus	11
	<b>f = 26</b>	Jatkokouluttautuminen
<b>Asiantuntijat</b>	Asiantuntijaluennot	10
	<b>f = 18</b>	Lääkärien tietoiskut
<b>Yhteensä</b>		173

Vastaajien ilmoittamat ammatillista osaamistaan ylläpitävät ja kehittävät asiat luokiteltiin viiteen luokkaan, jotka ovat työnantajaan liittyvät, osastonhoitajaan liittyvät, työkavereihin liittyvät, itseen liittyvät ja asiantuntijoihin liittyvät asiat. Työnantajaan liittyviä ammatillista osaamista ylläpitäviä ja kehittäviä asioita vastaajat ilmoittivat 57 kappaletta. Tärkeimpänä työnantajaan liittyvänä ammatillista osaamista ylläpitävänä ja kehittäväenä asiana ilmoitettiin palkanlisä eli käydystä koulutuksesta tulisi vastaajien mielestä maksaa palkanlisää. Seuraavaksi tärkeimpänä asiana ilmoitettiin opintomatkat eli kollegoiden tapaaminen. Myös henkilökuntamitoitusta pidettiin riittämättömänä täydennyskouluttautumisen kannalta.

”Tutustuminen yhteistyökumppanien toimipaikkoihin ja arjen työntekoon.”

”Ehkä paras keino olisi tehdä eri osastoilla töitä ja näin saada laajempaa osaamista, tietoa ja taitoa.”

”Ylikuormitusta pitäisi saada vähennettyä eli enemmän henkilökuntaa, jotta jaksaa olla kiinnostunut ja aktiivinen.”

”Työvaihto avopuolen kanssa, esim. päivä tai kaksi äitiysneuvolassa. Työkier-  
ron lisääminen klinikassa.”

”Pysyvä työyhteisö aiheuttaa muutosvastarintaa, toimintatapojen muuttaminen  
vaikeaa. Tutustuminen toisiin samantyyppisiin yksiköihin voi auttaa havaitse-  
maan ongelmakohtia ja aiheuttaa sitä kautta muutoksia toimintaan.”

Osastonhoitajaan liittyviä ammatillista osaamista ylläpitäviä ja kehittäviä asioita vas-  
taajat ilmoittivat 42 kappaletta. Tärkeimpänä osastonhoitajaan liittyvänä ammatillista  
osaamista ylläpitävänä ja kehittävästä asiana pidettiin osastotunteja ja seuraavaksi eni-  
ten toivottiin täydennyskoulutuksen systemaattista suunnittelua. Myös osastojen välis-  
tä yhteistyötä pidettiin tärkeänä.

”Klinikan sisäiset yhteiset eri osastojen väliset koulutuk-  
set/tapaamiset/kehittämispäivät: Hoidetaan kaikki yhdessä samaa potilas-  
ta/perhettä!”

”Toivomus, että klinikalla olisi enemmän omia koulutuksia, jotka ovat suun-  
nattu hoitohenkilökunnalle.”

”Säännölliset koulutukset tietyin väliajoin, ainakin kaikista uusista tutkimus- ja  
hoitomenetelmistä, samoin kuin uusista ATK-ohjelmista.”

Työkavereihin liittyviä ammatillista osaamista ylläpitäviä ja kehittäviä asioita vastaa-  
jat ilmoittivat 30 kappaletta. Tärkeimpänä työkavereihin liittyvänä ammatillista osaa-  
mista ylläpitävänä ja kehittävästä asiana pidettiin sitä, että koulutuksissa käyneet hen-  
kilöt jakavat oppimaansa tietoa kaikille osastolla. Tärkeänä pidettiin myös ilmapiiriä  
osastolla, sillä avoimessa ilmapiirissä tiedonkulku ja oppiminen on helpompaa. Myös  
hiljaisen tiedon jakamista pidettiin tärkeänä ja tähän ehdotettiin avuksi mentoroin-  
tia.

”Yhteishengen ja yhteen hiileen puhaltamisen merkitystä pitäisi korostaa.”

”Täydennyskoulutus on mielestäni tärkein keino, mutta myös työkavereilta  
oppii jatkuvasti uutta.”

”Enemmän tietoa koulutuksista, joissa muut ovat käyneet eli tietoa pitää jakaa enemmän.”

”Mentorointijärjestelmän kehittäminen osastolle.”

”Ilmapiiri, jossa uudistukset ja hoidon kehittäminen tapahtuu positiivisessa mielessä yhdessä sopien.”

Vastaajiin itseensä liittyviä ammatillista osaamista ylläpitäviä ja kehittäviä asioista ilmoitettiin 26 kappaletta. Tärkeimpänä itseen liittyvänä ammatillista osaamista ylläpitävänä ja kehittäväenä asiana pidettiin omaa aktiivisuutta ja motivaatiota. Tärkeänä pidettiin myös internetiä ja alan kirjallisuutta ammatillisen osaamisen ylläpitäjänä ja kehittäjänä.

”Oma motivaatio ja kiinnostus uusia asioita kohtaan on tärkeää. On oltava aktiivinen.”

”Kättilö-lehden, Tehy-lehden ym. ammattilehtien lukeminen.”

”Itse sen on saanut ylläpitää tähänkin asti. Työnantajan keinot eivät auta, jos omaa motivaatiota puuttuisi.”

”Ammatillisen kirjallisuuden, artikkeleiden, tutkimusten yms. lukeminen.”

Asiantuntijoihin liittyviä asioita oli 18 kappaletta. Vastaajat ilmoittivat ammatillista osaamista ylläpitäväksi ja kehittäväksi asiaksi erilaisten asiantuntijoiden pitämät luennot. Lisäksi toivottiin lääkärien pitämiä tietoiskuja erilaisista asioista.

”Osastokokousten yhteyteen asiantuntijaluentoja ajankohtaisista aiheista.”

”Tietoiskuja aivan päivittäisistä hoitokäytännöistä, hoidosta eri potilasryhmistä esim. lääkäri pitää henkilökunnalle 15-20 min. osastotunnilla tai muulloin. Näin kaikki toimisi samalla tavalla ja uudet kuin vanhat hoitajat saisivat muistin virkistystä ja olisi mahdollisuus kysellä aiheista.”

## 8.5 Osaamiskartoituksen luotettavuus

Luotettavuus on tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä. Luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineiston keruun suhteen sekä tulosten luotettavuutena. Kvantitatiivisen

tutkimuksen tärkeimpiä asioita on mittarin luotettavuus, sillä tutkimuksen tulokset ovat yhtä luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Hyvälle mittarille löytyy useita kriteerejä. Mittarin tulee olla tarkka tutkittavan käsitteen rajaamisessa ja sen tulee erotella käsitteistä eri tasoja. Lisäksi sen tulisi kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 206; Metsämuuronen 2006, 115.)

#### 8.5.1 Mittarin validiteetti

Validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata sitä, mitä oli tarkoituskin mitata (Polit & Hungler 1995, 353; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 207; Heikkilä 2002, 29; Hirsjärvi ym. 2004, 216). Mittarin validiteetin arvioinnissa, on esitutkimuksella huomattava rooli. Tutkija voi sen avulla varmistaa, että mittari on toimiva, looginen, ymmärrettävä ja helposti käytettävä. Mittarin validiteettia voidaan arvioida monella tavalla, kuten sisältövaliditeetin, käsitevaliditeetin ja kriteerivaliditeetin avulla. Edellytys mittarin muille validiteeteille on hyvä sisällön validiteetti. Sisältövaliditeetti tarkoittaa, että tutkimuksessa käytetty käsite on kyetty operationalisoimaan mitattavaksi. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 209; Metsämuuronen 2006, 58-65.) Tässä tutkimuksessa käytetty mittari pilotoitiin ennen mittarin varsinaista käyttöä. Pilotointi ei tuonut muutoksia mittariin.

#### 8.5.2 Mittarin reliabiliteetti

Reliabiliteetilla viitataan tutkimuksen toistettavuuteen ja sillä tarkoitetaan mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia (Polit & Hungler 1995, 347; Vehviläinen-Julkunen 1997, 209; Burns & Grove 2005, 215; Metsämuuronen 2006, 65). Mittarin reliabiliteettia voidaan arvioida mittarin pysyvyytenä, joka tarkoittaa sen herkkyyttä ulkopuolisten tekijöiden vaikutuksille ja vastaavuutena, joka ilmoittaa mitaustulosten samanlaisuuden asteen sekä sisäisenä johdonmukaisuutena, joka kuvaa mittarin eri osioiden kykyä mitata samaa asiaa (Polit & Hungler 1995, 347-348; Vehviläinen-Julkunen 1997, 209-210; Metsämuuronen 2006, 65-66). Johdonmukaisuuden arviointimenetelmänä käytetään usein Cronbachin alpha-kerrointa (Polit & Hungler 1995, 351; Vehviläinen-Julkunen 1997, 210; Metsämuuronen 2006, 66-68).

Tässä tutkimuksessa mittarina käytettiin osaamiskartoituslomaketta ja sen sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin laskemalla Cronbachin alpha-kertoimet kaikille ammatillisen osaamisen osa-alueille. Alpha-arvot olivat eettisessä- ja arvo-osaamisessa 0,76, terveyden edistämisen osaamisessa 0,87, teoreettisessa osaamisessa 0,85, kliinisessä osaamisessa 0,89, opetus- ja ohjausosaamisessa 0,91, yhteistyöosaamisessa 0,88, hoito- ja kättilötyön kehittämisaamisessa 0,78 ja monikulttuurisen hoitotyön osaamisessa 0,59. Alpha-arvojen perusteella mittarina käytettyä osaamiskartoituslomaketta voidaan pitää sisäisesti johdonmukaisena muiden osioiden kohdalla lukuun ottamatta monikulttuurisen hoitotyön osaamista (Polit & Hungler 1995, 350). Monikulttuurisen hoitotyön osaamisen osa-alueen alpha-arvo jäi muita osa-alueita matalammaksi. Tähän voi syynä olla se, että sen osa-alueen kysymykset eivät ehkä käsitelleet pelkästään monikulttuurisuutta. Eli tässä mitattiin muun muassa vastaajien ruotsinkielen taitoa ja ruotsia äidinkielenään puhuvat potilaat eivät välttämättä edusta monikulttuurista taustaa omaavia henkilöitä.

### 8.5.3 Aineistonkeruun luotettavuus

On tärkeää tutkimuksen aineistonkeruun luotettavuuden kannalta, että kaikki tutkittavat saavat kyselylomakkeen ja ohjeet vastaamiseen samalla tavalla (Burns & Grove 2005, 400-402). Tässä tutkimuksessa projektipäällikkö varmisti kaikilta osastonhoitajilta heidän osastonsa hoitohenkilökunnan todellisen lukumäärän ja jakoi kyselylomakkeet palautuskuorineen osastoille henkilökohtaisesti. Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje (Liite 1), jossa oli ohjeet lomakkeen täyttämiseen sekä tutkimuksen tekijän yhteystiedot. Lisäksi projektipäällikkö oli käynyt etukäteen jokaisella osastolla kertomassa kehittämishankkeesta osastotuntien yhteydessä.

Tutkimuksen luotettavuuteen voivat vaikuttaa myös vastaamiseen käytetty aika, vastaajien väsymys, kiire sekä kysymysten paljous (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 210; Burns & Grove 2005, 399-402). Tässä tutkimuksessa vastaajille annettiin kyselylomakkeeseen vastaamiseen aikaa kolme viikkoa. Osastonhoitajien kanssa oli myös sovittu, että vastaajat saavat vastata kyselylomakkeeseen työaikana. Osalla osastoista valiteltiin kyselylomakkeen vastausajan päätyttyä, että osastolla oli ollut kova kiire vastausaikana, joten hoitohenkilöstö oli kokenut vastaamisen työaikana vaikeana.



Vastausprosentti oli kuitenkin 69, jota voidaan pitää hyvänä. Lisäksi kyselylomakkeessa olleisiin avoimiin kysymyksiin tuli paljon vastauksia, joista osa oli niin pitkiä etteivät kyselylomakkeeseen laitettut rivit riittäneet vastaajille. Tämä kertoo varmasti osaltaan myös siitä, että vastaajat kokivat tärkeänä täydennyskoulutuksen kehittämisen.

#### 8.5.4 Tulosten luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta on syytä tarkastella myös suhteessa tutkimustuloksiin. Tutkimustulosten luotettavuutta voidaan tarkastella sisäisen ja ulkoisen validiteetin näkökulmasta. Sisäisesti validissa tutkimuksessa tulokset johtuvat vain tutkimuksen asetelmasta. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 210; Burns & Grove 2005, 214-215.) Henkilöiden osaamisen arvioinneissa voidaan pohtia, kuinka luotettavina arviointeja voidaan pitää erityisesti silloin, kun arvioijana on yksistään työntekijä itse. Arviointiin voidaan kuitenkin suhtautua vakavasti, kun ihmiset luottavat siihen, että aineisto palvelee nimenomaan kehitystarkoitusta. (Hätönen 2007, 45.) Tässä tutkimuksessa tutkimustulosten luotettavuuteen saattaa vaikuttaa hoitohenkilöstön oman arvion subjektiivisuus. Tutkimustulokset saattaisivat olla hyvinkin erilaiset, mikäli arvioinnin hoitohenkilöstön ammatillisesta osaamisesta olisivat suorittaneet heidän esimiehensä, esimerkiksi osastonhoitajat. Tässä tutkimuksessa oli kuitenkin nimenomaan tarkoituksena selvittää hoitohenkilöstön omaa käsitystään ammatillisesta osaamisestaan sekä täydennyskoulutustarpeestaan. Tästä johtuen subjektiivista arviota voidaan pitää luotettavana. Hoitohenkilöstö vastasi kyselyyn nimettömänä ja heille korostettiin sitä, ettei heidän antamiaan vastauksia voida yhdistää kenenkään tiettyyn henkilöön. Vastaajat myös arvioivat ammatillisen osaamisensa heikosta osaamisesta erittäin hyvään osamiseen, joten voidaan olettaa, että hoitohenkilöstön antamat vastaukset olivat rehellisiä.

Tutkimustulosten yleistettävyys liittyy tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin. Tutkimustulosten yleistettävydessä on pohdittava sitä, onko otos edustava ja edustaako se perusjoukkoa. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 210-211; Burns & Grove 2005, 218-219.) Tässä tutkimuksessa perusjoukon muodostivat Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikan hoitohenkilöstö, johon kuului 180 henkilöä. Tutkimukseen osallistu-

neiden työyksiköiden kannalta tutkimusotos oli kattava, sillä otokseen valittiin koko klinikalla työskentelevä hoitohenkilöstö. Tosin alle kolme kuukautta sijaisena työskennelleet rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle, sillä heidän ajateltiin olevan vielä perehdytysvaiheessa, jolloin heidän osaamisensa olisi luonnollisesti jäänyt matalammaksi ja näin ollen täydennyskoulutuksen tarve olisi korostunut. Perusjoukkoon kuuluvista hoitohenkilöistä kyselylomakkeen palautti 124, joten vastausprosentti oli 69. Tutkimustulokset voidaan yleistää perusjoukkoon, mutta laajemmin tuloksia yleistettäessä on toki oltava kriittinen.

Tutkimustulosten analysoinnissa on hyvä muistaa myös kadon merkitys, joka ihmistieteissä ja erityisesti kyselytutkimuksissa voi olla 20-30% tai jopa suurempi. Otoksokoko tulee suunnitella jo etukäteen niin, että huomioidaan kadon vaikutus tutkimustulosten yleistettävyyteen ja analyysihin. (Metsämuuronen 2006, 568.) Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää vain yhden sairaalan yhden klinikan hoitohenkilöstön ammatillista osaamista ja täydennyskoulutustarvetta, joten pieni otoksokoko oli tietoinen valinta. Tämän tutkimuksen kadon pienentämiseksi kehittämisprojektin tekijä kävi etukäteen osastoilla keskustelemassa tutkimuksesta. Tässä tutkimuksessa ilmenneeseen katoon saattoivat vaikuttaa vastaajien työpaineet sekä kiire osastoilla. Lisäksi taustatietojen perusteellinen kysyminen aiheutti osan vastaajien keskuudessa pohdintaa siitä, että heidän henkilöllisyytensä oli selvitettävissä taustatietojen perusteella. Tutkimustulosten luotettavuuden lisäämiseksi käytettiin tutkimuksessa parametritonta menetelmää, koska joissakin ryhmissä havaintojen määrä oli pieni (Metsämuuronen 2006, 711).

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen avointen kysymysten vastaukset analysoitiin laadullisiin tutkimusmenetelmiin kuuluvalla sisällönanalyysillä (Metsämuuronen 2006, 244). Sisällönanalyysin haasteena on, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tärkeää sisällönanalyysin tuloksen luotettavuuden kannalta on se, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineistojen välillä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36-37.) Tämän kehittämisprojektin tuloksissa näkyi selkeästi yhteys osaamiskartoituksen

osoittamien heikon tai kohtalaisen osaamisen osa-alueiden ja avointen kysymysten vastausten välillä.

## 9 TÄYDENNYSKOULUTUSSUUNNITELMA

Osaamiskartoituskyselyn pohjalta nousi selkeitä osaamisalueita, joissa kaikilla tai osalla ammattiryhmistä on täydennyskoulutustarvetta. *Eettisen- ja arvo-osaamisen* osa-alueella tarvetta täydennyskoulutukselle on potilaan oikeuksia koskevassa lainsäädännössä sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategian avaamisessa. Myös avoimissa vastauksissa nousi potilaslaki toiveena esille. *Terveyden edistämisen osaamisen* osa-alueella täydennyskoulutustarvetta on potilaan omaisten ohjaamisessa potilaan terveyden edistämiseen sekä kirjaamisessa terveyden edistämisen näkökulmasta. Myös avointen kysymysten vastauksissa toivottiin täydennyskoulutusta kirjaamiseen liittyen. *Teoreettisen osaamisen* osa-alueella täydennyskoulutustarvetta oli tutkimustiedon hyödyntämisessä omassa toiminnassa, uuden tiedon hankkimisessa ja kriittisessä arvioimisessa sekä toiminnan perustelussa tutkimustietoon perustuen. Myös avoimissa vastauksissa toivottiin täydennyskoulutusta näyttöön perustuvasta hoitotyöstä.

*Kliinisen osaamisen* osa-alueella täydennyskoulutustarvetta oli potilaan peruselvytyksen hallinnassa, lääkehoidon ja lääkkeettömän kivunhoidon hallinnassa, kuolevan potilaan ja hänen omaistensa tukemisessa sekä osittain myös tietotekniikan käytöstä. Kaikista näistä alueista toivottiin täydennyskoulutusta myös avointen kysymysten vastausten perusteella. *Opetus- ja ohjausosaamisen* osa-alueella täydennyskoulutustarvetta oli potilaan ja hänen omaisten ohjaustarpeen tunnistamisessa sekä myös opiskelijoiden tukemisessa heidän tavoitteiden saavuttamisessa. Potilasohjauksesta sekä opiskelijaohjauksesta toivottiin täydennyskoulutusta myös avointen kysymysten vastausten perusteella. Avointen kysymysten vastauksissa toivottiin täydennyskoulutusta myös seksuaalineuvontaan liittyen.

*Yhteistyöosaamisen* osa-alueella täydennyskoulutustarvetta löytyi taidoissa antaa työkaluilla rakentavaa palautetta. Avointen kysymysten vastauksissa toivottiin positiivista ilmapiiriä työyhteisöihin, jotta mahdollisuudet yhteistyölle ja oppimisille olisivat

hyvät. Eli kollegiaalisuuden tukemista. *Hoito- ja kätilötyön kehittämisaamisen* osa-alueella oli tarvetta täydennyskoulutukseen osaamisessa käynnistää muutoksia hoitotyössä sekä osaamisessa tunnistaa työhön liittyviä tulevaisuuden haasteita. Avointen kysymysten vastauksissa toivottiin täydennyskoulutusta työssä jaksamiseen liittyvistä aiheista. *Monikulttuurisen hoitotyön osaamisen* osa-alueella täydennyskoulutustarvetta oli kaikissa muuttujissa. Samoin avointen kysymysten vastauksissa toivottiin paljon monikulttuuriseen hoitotyöhön liittyviä täydennyskoulutusaiheita.

### 9.1 Teemapäivät

Naistenklinikan hoitohenkilöstön klinikan sisäistä täydennyskoulutusta on tämän kehittämishankkeen osaamiskartoituksen tulosten myötä suunniteltu kehitettävän niin, että hoitohenkilöstölle järjestetään kaksi kertaa vuodessa klinikan yhteinen teemapäivä. Vastuu näistä teemapäivistä on klinikan ylihoitajalla sekä asiantuntijasairaanhoidajalla. Aiheet näihin teemapäiviin mietitään yksilöllisesti kulloisenkin tarpeen mukaan. Luennoimaan kutsutaan varmasti erilaisia ulkopuolisia asiantuntijoita sekä myös klinikan omaa henkilökuntaa. Kuviossa 6 on esitetty teemapäivien toteutusta.

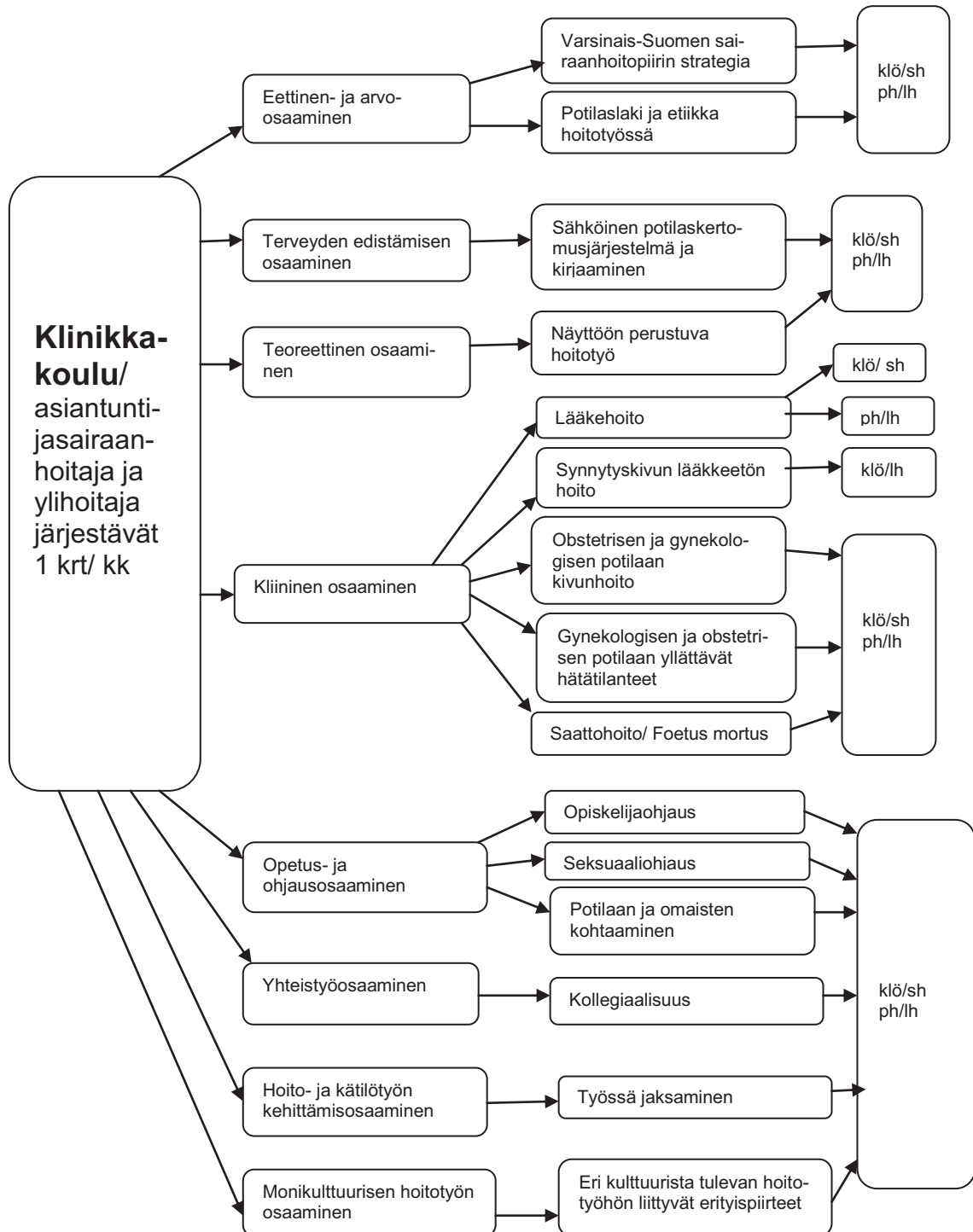


Kuvio 6. Klinikan teemapäivät.

### 9.2 Klinikakoulu

Naistenlinikalla on aloitettu keväällä 2009 klinikakoulut tämän kehittämishankkeen tulosten myötä. Klinikakoulut on tarkoitettu koko naistenklinikan hoitohenkilökunnalle, myös opiskelijat ovat tervetulleita niihin. Klinikakouluja järjestetään joka kuukauden ensimmäisenä maanantaina, joten osastonhoitajat voivat ottaa ne työvuorosuunnittelussa etukäteen huomioon. Niissä käsitellään aina eri aihetta. Klinikakoulu kestää kerrallaan yhden tunnin, josta 45 minuuttia on varattu esittäjälle ja 15 minuuttia yleiselle keskustelulle. Vastuu klinikakoulujen järjestämisestä on klinikan asiantunti-

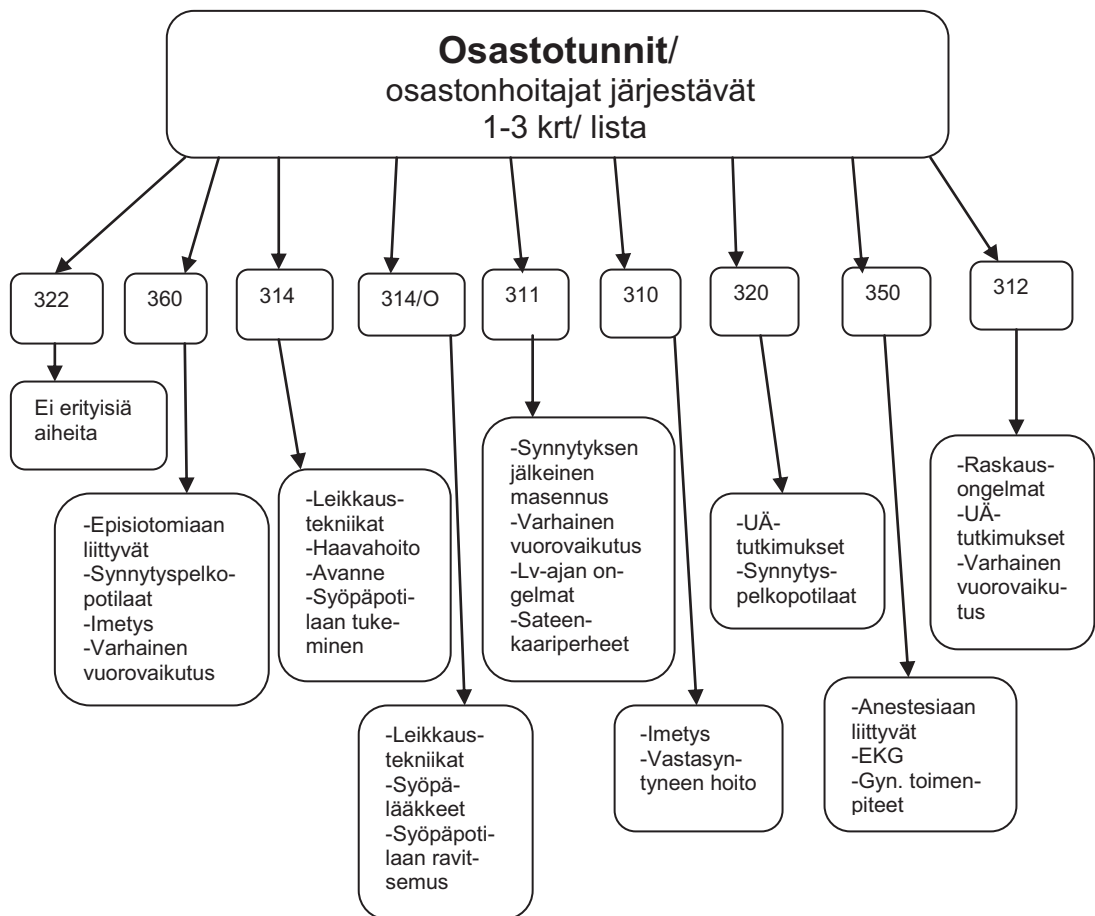
jasairaanhoidajalla sekä ylihoitajalla. Kuviossa 7 on esitetty osaamiskartoituksen pohjalta nousseita täydennyskoulutusaiheita klinikkakouluun.



Kuvio 7. Täydennyskoulutusaiheita klinikkakouluun.

### 9.3 Osastotunnit

Kyselylomakkeen avointen kysymysten vastausten perusteella todettiin hoitohenkilöstön toivovan osastotunneille erilaisia tietoiskuja eri aiheista. Osastotunteja järjestetään naistenklinikalla kaikilla osastoilla 1-3 kertaa listassa osastosta riippuen. Osastotuntien sisällöistä on vastuussa osaston osastonhoitaja. Tämän kehittämishankkeen osaamiskartoituksen tulosten myötä osastotunneilla käsiteltäviksi aiheiksi nousseita asioita on esitetty kuvion muodossa kuviossa 8.



Kuvio 8. Täydennyskoulutusaiheita osastotunneille.

### 9.4 Muu täydennyskoulutus

Tämän kehittämishankkeen osaamiskartoituksen tulosten myötä kaikilla osastoilla tulee lisäksi järjestää säännöllistä käytännönharjoitusta esimerkiksi elvytyksestä. Tämä

voitaisiin kohdentaa eri ammattiryhmiä ajatellen aikuisen potilaan elvytykseen ja lisäksi vastasyntyneen elvytykseen. Näitä harjoituksia tulee järjestää säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa jokaisella osastolla. Näistä koulutuksista olisivat vastuussa jokaisella osastolla olevat elvytyshoitajat sekä lisäksi kouluttautumiseen osallistuisivat anestesialääkärit ohjaajien roolissa. Myös kielistä toivottiin avointen kysymysten vastausten perusteella paljon koulutusta ja myös osaamiskartoituksen tulosten pohjalta niihin tarvitaan täydennyskoulutusta. Eli kielten, erityisesti ruotsin ja englannin, opetukseen tarvitaan lisäresursseja. Myös työkiertoon olisi hyvä luoda mahdollisuuksia osastojen välillä. Muutamassa avoimen kysymyksen vastauksessa korostettiin työkierron tärkeyttä samoin kuin osastojen välistä yhteistyötä. Työkierron mahdollisuuden tarjoamisella hoitohenkilökunnalla olisi mahdollisuus kehittää laaja-alaisesti osaamistaan.

## **10 KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTI JA POHDINTA**

Tämän kehittämishankkeen perimmäisenä tarkoituksena oli, että Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikan hoitohenkilöstö olisi osaavaa ja saisi riittävästi tarvitsemaansa täydennyskoulutusta ylläpitääkseen ammattitaitonsa sekä kehittääkseen elinikäistä oppimistaan. Jotta hanke saavuttaisi tavoitteensa, oli tarkoituksena tehdä osaamiskartoitus Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikan hoitohenkilökunnalle sekä sen tulosten pohjalta tuottaa yhtenäinen täydennyskoulutussuunnitelma naistenklinikan hoitohenkilöstölle. Nämä tavoitteet saavutettiin hankkeessa hyvin. Osaamiskartoitukseen osallistui 69% naistenklinikan hoitohenkilökunnasta ja täydennyskoulutussuunnitelma luotiin sen tulosten pohjalta. Ohjausryhmä hyväksyi tehdyn kyselylomakkeen sekä piti täydennyskoulutussuunnitelmaa toteuttamiskelpoisena. Klinikakoulut on jo aloitettu klinikalla tämän hankkeen tuloksena.

Hankeorganisaatio toimi suunnitellun mukaisesti. Ohjausryhmä kokoontui kolme kertaa hankkeen aikana, hyväksyen aina sen hetkisen tilanteen. Projektiryhmä koostui klinikan osastonhoitajista, mikä oli hyvä asia täydennyskoulutussuunnitelman ja kyselylomakkeen jatkoa ajatellen. He ovat itse olleet luomassa molempia, joten heillä on hyvät valmiudet jatkaa kyselylomakkeen käyttöä tulevaisuudessa sekä innostaa alaisiaan osallistumaan tarpeen pohjalta järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Projektiryh-

mäläiset olivat koko hankkeen ajan innostuneita tehtävästään sekä osallistuiivat järjestettyihin kokouksiin ja tapaamisiin kiitettävästi. Hanke myös eteni laaditun aikataulun mukaisesti, pysyen siinä hyvin.

### 10.1 Eettisyyden arviointi

Eettinen hyväksyttävyys, luotettavuus ja tulosten uskottavuus tieteellisessä tutkimuksessa edellyttävät, että tutkimus tehdään noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3 [viitattu 15.3.2009]; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2006, 3 [viitattu 15.3.2008]). Tutkimuseettiset kysymykset tulee tutkijan ottaa huomioon koko tutkimusprosessin ajan tutkimusongelman määrittämisestä aina tutkimustulosten raportointiin saakka (Burns & Grove 2005, 176). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu lisäksi, että tutkija noudattaa tieteellisiä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Hyvä tutkija käyttää tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä sekä noudattaa lisäksi avoimuutta tulosten julkaisemisessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3 [viitattu 15.3.2009].)

Tässä kehittämishankkeessa tehtyä osaamiskartoitusta varten anottiin ja saatiin tutkimuslupa Turun yliopistollisen keskussairaalan hoitotyön asiantuntijatyöryhmältä. Tutkimuseettiset näkökohdat edellyttävät, että tutkittavat saavat riittävästi tietoa tutkimuksesta, ymmärtävät saamansa tiedon sekä heillä on vapaus päättää osallistumisestaan tutkimukseen (informed consent) (Polit & Hungler 1995, 125; French ym. 2001, 41-44). Tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin on selvitettävä erityisesti, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy (Hirsjärvi ym. 2004, 26; Burns & Grove 2005, 83, 181; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2006, 3 [viitattu 15.3.2008]). Kehittämishankkeen tekijä kävi etukäteen keskustelemassa tutkimuksesta jokaisella naistenklinikan osastolla. Nämä keskustelut tapahtuivat osastotuntien yhteydessä. Tällöin kehittämishankkeen tekijä selitti tutkimuksen tarkoituksen ja antoi hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä. Myös kyselylomakkeessa olleessa saatekirjeessä (Liite 1) kerrottiin kehittämishankkeeseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja annettujen tietojen luottamuksellisuudesta. Hoitohenkilöstön palauttamaa vastauslomaketta pidettiin suos-



tumuksena osallistua kehittämishankkeeseen. (French ym. 2001, 41-44; Burns & Grove 2005, 196.)

Kehittämishankkeeseen osallistuneiden anonymiteetin säilymisestä huolehdittiin. Hoitohenkilöstö palautti vastatut kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoressa sisäisessä postissa projektipäällikölle. Kyselylomakkeet olivat tutkimuksen kaikissa vaiheissa vain projektipäällikön käytössä ja ne tuhottiin heti, kun niille ei enää ollut käyttöä. Luottamuksellisuuden säilyttämisestä ja anonymiteettisuojasta tulee pitää huolta myös tietoja julkistettaessa (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31; Heikkilä 2002, 31; Eskola & Suoranta 2003, 57; Burns & Grove 2005, 188). Henkilökunnalle kerrottiin osastotunneilla sekä kyselylomakkeen saatekirjeessä, että kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä ja taustamuuttujia kysytään vain tutkimusta varten ja niitä ei tulla käyttämään valmiissa työssä niin, että niistä voisi tunnistaa jonkun yksittäisen vastauksen.

Tutkimuskohteen tai -ongelman valinnassa on syytä kysyä, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään (Hirsjärvi ym. 2004, 26). Tämä kehittämishanke toteutettiin siksi, että naistenklinikan hoitohenkilökunta saisi sellaista täydennyskoulutusta, jota se kokee tarvitsevansa voidakseen ylläpitää ammattitaitonsa sekä pystyäkseen kehittämään elinikäistä oppimistaan.

Tässä kehittämishankkeessa käytetyt tiedonkeruu- ja analyysimenetelmät esitettiin hyvän tutkimuskäytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimustulokset on raportoitu avoimesti ja rehellisesti sellaisina kuin ne ilmenivät. Tutkimusraportti toimitetaan Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenlinikalle ja se myös esitetään siellä suullisesti hoitohenkilöstölle. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31.)

## 10.2 Osaamiskartoituksen tulosten tarkastelu

Tässä kehittämishankkeessa tehdyn osaamiskartoituksen tulosten avulla saatiin tietoa Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikan hoitohenkilöstön ammatillisesta osaamisesta ja täydennyskoulutustarpeesta. Tämän tutkimuksen tulosten vertaaminen aikaisempiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin ja niiden tuloksiin, oli siinä mielessä vai-

keaa, että eri tutkimuksissa on ollut usein hieman eri osaamisalueet. Ammatillista osaamista lähellä olevia käsitteitä on paljon ja hoitohenkilöstön, lähinnä sairaanhoitajien, ammatillista osaamista on mitattu erilaisilla mittareilla, joiden sisältö ei aina ole yhteneväinen. Tämän tutkimuksen tuloksia on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin niiltä osin kuin se oli mahdollista.

Osaamiskartoituksen tulosten perusteella naistenklinikan hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen on hyvää ja tulos on yhteneväinen aikaisempien tutkimusten kanssa (Kaira 2002, Mäkipeura 2005, Sulosaari 2005 & Heikkilä ym. 2007). Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen oli osa-alueittain tarkasteltuna parhainta yhteistyöosaamisessa ja toiseksi parhainta kliinisessä osaamisessa. Kliinisen osaamisen osa-alueen kohdalla tutkimustulokset ovat yhteneväisiä aikaisempien tutkimusten (Kaira 2002, Mäkipeura 2005) kanssa, joissa kliinisen osaamisen osa-alue oli myös arvioitu toiseksi parhaiten hallituksi. Sulosaaren (2005) tutkimustuloksissa yhteistyöosaaminen oli toiseksi parhainta ja kliininen osaaminen kolmanneksi parhainta sairaanhoitajien ammatillisessa osaamisessa. Sen sijaan yhteistyöosaamisen osa-alueen tutkimustulosten kohdalla tutkimustulokset olivat ristiriitaisia Kairan (2002) tutkimustuloksiin nähden, jossa sairaanhoitajat olivat arvioineet yhteistyöosaamisen heikoimmaksi ammatillisen osaamisen osa-alueeksi.

Sairaanhoitajien ja kätilöiden ammatillinen osaaminen oli kolmanneksi parhainta terveyden edistämisen osaamisen osa-alueella. Perushoitajilla ja lastenhoitajilla ammatillinen osaaminen oli kolmanneksi parhainta myös terveyden edistämisen osa-alueella, mutta samalle tasolle ylsi myös opetus- ja ohjausosaaminen. Sairaanhoitajilla ja kätilöillä neljänneksi vahvin ammatillisen osaamisen osa-alue oli eettinen- ja arvoosaaminen, joka oli myös perushoitajilla ja lastenhoitajilla seuraavaksi vahvin osaamisen osa-alue. Mäkipeuran (2005) tutkimustuloksissa sairaanhoitajat arvioivat opettamisen-ohjaamisen osa-alueen kolmanneksi parhaimmaksi ammatillisen osaamisen osa-alueeksi. Luotolan (2003) tutkimustuloksissa sairaanhoitajat olivat arvioineet vahvimaksi ammatillisen osaamisen osa-alueeksi eettisen osaamisen ja vahva osaamisen osa-alue oli myös arvot ja asenteet. Myös Sulosaaren (2005) tutkimustuloksissa sairaanhoitajien vahvin ammatillisen osaamisen osa-alue oli eettinen- ja arvoosaaminen.

Osaamiskartoituksen tulosten perusteella hoitohenkilöstön heikoimmaksi ammatillisen osaamisen osa-alueeksi muodostui monikulttuurisen hoitotyön osaaminen. Perushoitajilla ja lastenhoitajilla osaaminen oli yhtä heikkoa hoito- ja kätilötyön kehittämissaamisen osa-alueella. Teoreettinen osaaminen oli perushoitajilla ja lastenhoitajilla toiseksi heikointa ja sairaanhoitajilla ja kätilöillä se oli yhtä heikkoa opetus- ja ohjausosaamisen kanssa. Sulosaaren (2005) tutkimustuloksissa sairaanhoitajat olivat arvioineet teoreettisen osaamisen toiseksi heikoimmaksi ammatillisen osaamisen osa-alueeksi.

Hoitohenkilöstön ammatilliseen osaamisen yhteydessä olevat tekijät

Osaamiskartoituksessa todettiin hoitohenkilöstön ammattinimikkeellä, täydennyskoulutuspäivien lukumäärällä sekä työkokemuksen määrällä nykyisellä toimipaikalla sekä terveydenhuoltoalalla yhteensä tilastollisesti merkitsevä yhteys ammatilliseen osaamiseen tietyillä osaamisen osa-alueilla. Aikaisemmissa tutkimuksissa sairaanhoitajien työkokemuksen määrällä oli yhteyttä ammatillisen osaamisen tasoon. Pidemmän työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa paremmaksi kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat hoitajat (Kaira 2002 & Luotola 2003). Tämän osaamiskartoituksen tuloksissa ei ollut tilastollisesti selkeää yhteyttä ammatillisen osaamisen ja työkokemuksen määrällä. Vain kahden ammatillisen osaamisen osa-alueella löytyi tilastollisesti merkitsevä yhteys työkokemuksen määrään.

Hoitohenkilöstön täydennyskoulutustarve

Hoitohenkilöstö toivoi täydennyskoulutusta avointen kysymysten vastausten perusteella ylivoimaisesti eniten kliinisen osaamisen osa-alueelta. Tutkimustulokset ovat yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Kaasinen-Parkatti 2004 & Mäkipoura 2005), joissa myös toivottiin eniten täydennyskoulutusta kliiniseen osaamiseen liittyen. Osaamiskartoituksen tulosten perusteella hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen kliinisen osaamisen osa-alueella oli tässä kehittämishankkeessa kuitenkin toiseksi parhainta. Osa-alueella oli kuitenkin muutama muuttuja, joiden kohdalla ammatillinen osaaminen oli sairaanhoitajien ja kätilöiden osalta kohtalaista ja perushoita-

jien ja lastenhoitajien kohdalla ammatillinen osaaminen oli heikkoakin joiden muuttujien kohdalla. Eli vaikka ammatillinen osaaminen kliinisen hoitotyön osaamisen osa-alueella oli kokonaisuudeltaan hyvää, siellä oli kuitenkin muuttujia, joiden kohdalla osaamisessa on kehittämisen varaa.

Toiseksi eniten hoitohenkilöstö toivoi täydennyskoulutusta monikulttuurisen hoitotyön osaamisen osa-alueelta. Tämä osa-alue oli myös osaamiskartoituksen tulosten perusteella heikoiten hallittu ammatillisen osaamisen osa-alue, joten oli odotettavaa, että hoitohenkilöstö toivoo paljon täydennyskoulutusta tähän osa-alueeseen liittyen. Kolmanneksi eniten täydennyskoulutusta toivottiin opetus- ja ohjausosaamisen osa-alueelta. Tämä tulos on yhteneväinen Mäkipeuran (2005) tutkimustulosten kanssa, jossa opetus- ja ohjausosaamiseen liittyviä täydennyskoulutustoiveita oli kolmanneksi eniten. Tämän osa-alueen osaaminen oli tässä kehittämishankkeessa tehdyn osaamiskartoituksen tulosten perusteella arvioitu kokonaisuudessaan hyväksi, mutta osaaminen vaihteli kuitenkin hyvästä osaamisesta kohtalaiseen osaamiseen, joten kehittämisen varaa on kuitenkin olemassa.

Vähiten täydennyskoulutukseen liittyviä toiveita oli teoreettisen osaamisen osa-alueella. Myös tämä tulos on yhteneväinen Mäkipeuran (2005) tutkimustulosten kanssa. Tämän osa-alueen osaaminen oli kuitenkin tämän kehittämishankkeen osaamiskartoituksen tulosten perusteella arvioitu kohtalaiseksi perushoitajien ja lastenhoitajien osalta. Sairaanhoidajat ja kätilöt olivat arvioineet ammatillisen osaamisensa tällä osa-alueella hyväksi, joskin heidän arvionsa vaihtelivat kohtalaisesta osaamisesta hyvään osaamiseen. Eli kehitettävää olisi enemmänkin kuin mihin hoitohenkilöstö ilmaisi kiinnostustaan täydennyskoulutusaiheita kysyttäessä. Toiseksi vähiten oltiin kiinnostuneita yhteistyöosaamisen osa-alueeseen liittyvästä täydennyskoulutuksesta. Tämän osa-alueen ammatillinen osaaminen oli osaamiskartoituksen tulosten perusteella arvioitu parhaimmaksi, joten oli odotettavaa, ettei siltä osa-alueelta oltu kiinnostuttu saamaan täydennyskoulutusta niin paljoa.

### Täydennyskoulutuksen toteutukseen liittyvät toiveet

Tämän kehittämishankkeen tuloksista ilmeni, että Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikan hoitohenkilöstöstä prosentuaalisesti suurin osa ei ollut osallistunut kertaakaan täydennyskoulutukseen viimeisen kahden vuoden aikana. Prosentuaalisesti toiseksi eniten oli niitä, jotka olivat osallistuneet täydennyskoulutukseen viimeisen kahden vuoden aikana neljänä päivänä. Aikaisempien tutkimusten perusteella hoitohenkilöstö osallistuu täydennyskoulutukseen vain muutamana päivänä vuosittain (Korte 1997 & Mäkipeura 2005).

Tämän kehittämishankkeen tulosten mukaan hoitohenkilöstön vähäinen osallistuminen täydennyskoulutukseen johtuu suurimmaksi osin työstä riippuvista syistä. Suurimpana syynä todettiin kiire osastolla sekä työvuorosuunnittelu. Nämä tutkimustulokset ovat yhteneväisiä Kortteen (1997) tutkimustulosten kanssa. Kaasinen-Parkatin (2004) ja Aarnion (2005) tutkimustuloksissa yleisimpinä syinä täydennyskoulutukseen osallistumattomuuteen todettiin rahan/sijaisten puute. Nämä syyt ilmenivät myös tämän kehittämishankkeen tuloksista.

Tämän kehittämishankkeen tulosten perusteella hoitohenkilöstö toivoi täydennyskoulutuksen toteutustavaksi eniten perinteistä luentomuotoista täydennyskoulutusta ja toiseksi eniten käytännön harjoituksia. Myös koulutuspäiville osallistumista toivottiin sekä klinikkakoulun järjestämistä. Mäkipeuran (2005) tutkimustuloksissa toivottiin eniten koulutuspäiville osallistumismahdollisuutta, lisäksi toivottiin osastotunteja ja opintokäyntejä. Täydennyskoulutusta järjestetään hyvin usein koulutuspäivien muodossa. Hoitohenkilöstö on kuitenkin tämän kehittämishankkeen tulosten perusteella oivaltanut hyvin sen, että mikäli täydennyskoulutusta järjestetään organisaation sisäisenä koulutuksena, se palvelee yleensä hyvin spesifisti juuri siinä toimipisteessä tarvittavan osaamisen tukemista ja kehittämistä.

### 10.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tässä kehittämishankkeessa tehdyn osaamiskartoituksen mukaan Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikan hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen on hy-

vää ja laaja-alaista. Sairaanhoitajien ja kättilöiden ammatillinen osaaminen on hyvin tasaista lähes kaikilla ammatillisen osaamisen osa-alueilla. Perushoitajilla ja lastenhoitajilla on enemmän hajontaa ammatillisessa osaamisessa eri ammatillisen osaamisen osa-alueilla, mutta heillä on kuitenkin samat osa-alueet vahvimmat sekä heikoimmat kuin sairaanhoitajilla ja kättilöilläkin. Sairaanhoitajat ja kättilöt eivät arvioineet ammatillista osaamistaan heikoksi millään osa-alueella tai yksittäisen muuttujan kohdalla. Myöskään perushoitajat ja lastenhoitajat eivät arvioineet ammatillista osaamistaan heikoksi millään osa-alueella, sen sijaan muutaman yksittäisen muuttujan kohdalla keskiarvo jäi heikon osaamisen tasolle.

Naistenklinikan hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen on kehittyneintä yhteistyöosaamisessa sekä kliinisessä osaamisessa. Hoitohenkilöstö kykenee joustavasti toimimaan moniammatillisessa yhteistyössä hoitotyötä toteuttaen ja lisäksi heidän kliininen osaamisensa on hyvää. Erityisen hyvin hoitohenkilöstö hallitsee hoitotyön aseptisen työskentelyn periaatteet ja he hallitsevat myös suunnitelmallisen toiminnan hyvin.

Hoitohenkilöstön ammatillista osaamista pitää vahvistaa erityisesti monikulttuurisen hoitotyön osaamisen sekä hoito- ja kättilötyön kehittämisaosamisen osa-alueilla. Hoitohenkilöstön ammatillista osaamista muutosten käynnistämisessä hoitotyössä tulee vahvistaa. Lisäksi hoitohenkilöstön ammatillisen osaamisen kehittyminen hoitotyön tulevaisuuden haasteiden tunnistamisessa vaatii tukemista. Hoitohenkilöstön monikulttuurisuuden kehittymistä erityisesti ruotsinkielen taidon kehittymistä tulee vahvistaa. Tämän lisäksi myös eri kulttuureista tulevien potilaiden hoitotyöhön liittyvien erityispiirteiden tunnistamisessa hoitohenkilöstö tarvitsee tukea.

Tässä kehittämishankkeessa tehdyn osaamiskartoituksen tulokset antavat lisää tietoa hoitohenkilöstön itsensä arvioimasta ammatillisesta osaamisestaan ja siitä mitkä tekijät vaikuttavat ammatillisen osaamisen kehittymiseen. Tutkimustulosten avulla saadaan uutta tietoa hoitohenkilöstön täydennyskoulutustarpeesta. Tämän kehittämishankkeen kohderyhmä on kuitenkin suppea ja ammatillisesti spesifioitunut, joten tuloksia yleistettäessä on oltava kriittinen.

Tässä kehittämishankkeessa tehdyn osaamiskartoituksen tuloksia voidaan hyödyntää hoitohenkilöstön ammatillisen osaamisen ja kasvun tukemisessa. Tuloksia voidaan hyödyntää myös laajemmin täydennyskoulutuksen kehittämisessä ja suuntaamisessa. Tulosten avulla voidaan suunnata täydennyskoulutusta myös kouluttajien puolelta niille osa-alueille, joilla hoitohenkilöstöllä oli tarvetta täydennyskoulutukselle.

Hoitohenkilöstön omaa käsitystä ammatillisesta osaamisestaan on selvitetty aikaisemmissa tutkimuksissa, samoin esimiehen käsitystä hoitohenkilöstön ammatillisesta osaamisesta. Jatkossa olisi mielenkiintoista kartoittaa myös potilaiden näkemystä hoitohenkilöstön ammatillisesta osaamisesta ja siitä mitä he pitävät tärkeänä hoitohenkilöstön ammatillisessa osaamisessa.

Täydennyskoulutuksen vaikuttavuuden arvioiminen on tulevaisuudessa yhä tärkeämpää. Jatkossa olisi tärkeää selvittää miten ammatillinen osaaminen kehittyy täydennyskouluttautumisen aikana ja sen jälkeen. Lisäksi olisi hyvä selvittää tarkemmin mitkä tekijät ovat merkityksellisiä ammatillisen osaamisen kehittymiselle.

Tämä kehittämishanke toteutettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenklinikalla, joten sen tulokset palvelevat naistenklinikan hallintoa hoitohenkilöstön täydennyskoulutusta suunniteltaessa ja kehittäessä. Jatkossa samaa osaamiskartoituslomaketta voi käyttää klinikalla säännöllisin väliajoin, jotta tiedetään millä osaamisen osa-alueilla on tapahtunut edistymistä hoitohenkilöstön ammatillisessa osaamisessa ja mitkä osa-alueet vaativat vielä tukemista ammatillisen osaamisen kehittämisessä ja ylläpitämisessä. Myös klinikan osastojen osastonhoitajat voivat jatkossa käyttää osaamiskartoituslomaketta esimerkiksi kehityskeskustelujen yhteydessä hoitohenkilöstönsä ammatillisen osaamisen kartoittamisessa. Lomaketta voisi tällöin muokata osastokohtaisesti, jotta sen käyttäminen olisi tehokkaampaa. Lomaketta voisi tällöin käyttää myös esimerkiksi esimiehen tekemiin vertaisarviointeihin. Eli työntekijä ja esimies täyttävät molemmat lomakkeen itsenäisesti ja sitten kehityskeskustelussa verrattaisiin ovatko työntekijä ja esimies samaa mieltä työntekijän ammatillisesta osaamisesta ja mahdollisista kehittämisalueista.

## LÄHTEET

- Aarnio, A. 2005. Täydennyskoulutus terveydenhuollossa. ”Sairaalamme on hyvin koulutusmyönteinen, kunhan siihen ei mene rahaa eikä aikaa.” Tehyn julkaisusarja B: Selvityksiä 1/2005. Helsinki: Multiprint.
- Arve, S. 2003. Hoitotyön johtaminen näyttöön perustuvan hoitotyön edistäjinä. Teoksessa: Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell Oy, 137-150.
- Bahn, D. 2006. Reasons for post registration learning: Impact of the learning experience. *Nurse Education Today* (2007) 27, 715-722.
- Burns, N. & Grove, S. K. 2005. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. Fifth Edition. Missouri: Elsevier Saunders.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. [viitattu 7.1.2008] Saatavissa [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) > Lainsäädäntö > Ajantasainen lainsäädäntö > 1989 > 1.12.1989/1062.
- Ernvall, R., Ernvall, S. & Kaukkila, H-S. 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. Juva: WS Bookwell Oy.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- French, S., Reynolds, F. & Swain, J. 2001. Practical research. A guide for therapists. Second Edition. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Gould, D., Drey, N. & Berridge, E-J. 2007. Nurses’ experiences of continuing professional development. *Nurse Education Today* (2007) 27, 602-609.
- Griscti, O. & Jacono, J. 2006. Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 55 (4), 449-456.
- Headley, C. M. 2006. Setting the stage for professional development. *Nephrology Nursing Journal* 33 (5), 517-529.
- Heikkilä, A., Ahola, N., Kankkunen, P., Meretoja, R. & Suominen, T. 2007. Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. *Hoitotiede* 19 (1), 3-12.
- Heikkilä, T. 2002. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hildén, R. 1999. Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyYTEEN vaikuttavat tekijät. *Acta Universitatis Tamperensis* 706. Vammala: Vammalan kirjapaino.



- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hogston, R. 1995. Nurses` perceptions of the impact of continuing professional education on the quality of nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 1995 (22), 586-593.
- Hopia, H., Niskanen, A., Peltokoski, J. & Heikura, K. 2008. Elinikäinen oppiminen – Esimerkkejä koulutuksesta ja työelämästä. Teoksessa: Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Sairaanhoidtajaliitto, 117-130.
- Hätönen, H. 2000. Osaava henkilöstö – Nyt ja tulevaisuudessa. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.
- Hätönen, H. 2007. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Jaatinen, P. T., Saxen, U. & Aho, P. 2007. Täydennyskoulutuksen toteuttaminen – ei ihan yksinkertainen asia. *Suomen lääkirilehti* 62 (44), 4133-4136.
- Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Asiantuntijuuden kehittyminen sosiaali- ja terveysalalla. Teoksessa: Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. (toim.) Kohti asiantuntijuutta. Oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Dark Oy, 11-53.
- Kaasinen-Parkatti, L. 2004. Mistä siihen aika jos resurssit niukat. Täydennyskoulutusselvitys 2004. [viitattu 20.3.2008] Saatavissa [www.superliitto.fi](http://www.superliitto.fi) > Tutkittua tietoa > Selvitykset > Täydennyskoulutusselvitys 2004
- Kaira, A-M. 2002. Sairaanhoidajan ammattitaito. Sairaanhoidajien itsensä ja osastohoitajien arvioimana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Korte, R. 1997. Hoitohenkilöstön täydennyskoulutus – selvitys täydennyskoulutuksen nykytilasta ja kehittämistarpeista. Tehy ry: Ammatti- ja koulutusasiain osasto. Sarja B: Selvityksiä 7/1997. Helsinki: Tehy ry.
- Kuusi, O., Ryyänen, O-P., Kinnunen, J., Myllykangas, M. & Lammintakanen, J. 2006. Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Eduskunnan kanslian julkaisu 3/2006. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. [viitattu 6.1.2008] Saatavissa [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) > Lainsäädäntö > Ajantasainen lainsäädäntö > 1994 > 28.6.1994/559.

- Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveystalveissa. Teoksessa: Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. (toim.) Inhimillisten voimavarojen johtaminen - Hoitotyön vuosikirja 2006. Sairaanhoidajaliitto, 9-28.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy, 21-43.
- Leiwo, L., Heikkilä, J. & Matikainen, M. 2002. Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointi. Hoke-hankkeen loppuraportti. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Lindroos, J-E. & Lohivesi, K. 2006. Onnistu strategiassa. Juva: WS Bookwell Oy.
- Luotola, V., Koivula, M., Munnukka, T. & Åstedt-Kurki, P. 2003. Tehosairaanhoitajien ammatillinen pätevyys ja kvalifikaatiovaatimukset. Hoitotiede 15 (5), 233-243.
- Malve, R. 2008. Erilaisuus haastaa terveydenhoidon. Tehy 12/2008, 28-31.
- Meretoja, R. 2003. Nurse competence scale. Annales Universitatis Turkuensis D 578. Helsinki: Yliopistopaino.
- Meretoja, R., Eriksson, E. & Leino-Kilpi, H. 2002. Indicators for competent nursing practice. Journal of Nursing Management 2002 (10), 95-102.
- Metsämuuronen, J. 1998. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Helsinki: Oy Edita Ab.
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Vaajakoski: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- Miettinen, M. 2005. Terveydenhuollon innovatiivisuuden esteitä, kannusteita ja mahdollisuuksia. Teoksessa: Vuori, J. (toim.) Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus, 260-277.
- Munro, B. H. 2001. Statistical methods for health care research. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mäkinen, T. 2008. Täydennyskoulutus on oikeus. Tehy 15/2008, 62-63.
- Mäkipeura, J. 2005. Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys ja täydennyskoulutustarve. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Mäkipeura, J., Meretoja, R., Virta-Helenius, M. & Hupli, M. 2007. Sairaanhoidaja neurologisessa toimintaympäristössä. Ammatillinen pätevyys, toiminnan tiheys ja täydennyskoulutuksen haasteet. Hoitotiede 19 (3), 152-162.

Opetusministeriö. 2004. Haatainen: Lähihoitajien osaamista tarvitaan entistä enemmän. OPM Tiedote 8.10.2004. [viitattu 29.2.2008]. Saatavissa [www.minedu.fi](http://www.minedu.fi) > Tiedotteet > Tiedotehaku > 2004 > Haatainen: Lähihoitajien osaamista tarvitaan entistä enemmän

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 24. [viitattu 14.3.2008] Saatavissa [www.minedu.fi](http://www.minedu.fi) > Julkaisut > Julkaisuhaku > 2006 > Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet

Otala, L. 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) 2006. Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Pelttari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, tutkimuksia 80. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy.

Perälä, M-L. (toim.) 1997. Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy.

Polit, D. F. & Beck, C. T. 2006. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Sixth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. 1995. Nursing research. Principles and methods. Fifth edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

Risikko, P. 2001. Hoitotyön koulutuksen kehityshaasteet tulevaisuudessa. Teoksessa: Voutilainen, P., Saranto, K., Peiponen, A. & Mikkola, T. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2002. Hoitotyön tulevaisuus. Tampere: Tammer-Paino Oy, 142-153.

Ruohotie, P. 2002. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Juva: WS Bookwell Oy.

Russell, S. S. 2004. Professional nursing development: Improving the way medical-surgical nurses learn. MEDSURG Nursing 13 (3), 196-199.

Ryynänen, O-P., Kinnunen, J., Myllykangas, M., Lammintakanen, J. & Kuusi, O. 2004. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Esiselvitys. [viitattu 3.3.2008] Saatavissa [http://www.ek.fi/terveyspalvelualan\\_tyonantajaliitto/ajankohtaista/tervhuollontulevaisuus-TuV2004.pdf](http://www.ek.fi/terveyspalvelualan_tyonantajaliitto/ajankohtaista/tervhuollontulevaisuus-TuV2004.pdf)

Salonen, P. & Välimäki, M. 2003. Täydennyskoulutus hoitohenkilöstön osaamisen kehittämisessä. Ylihoitaja 31 (5), 4-8.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. [viitattu 9.3.2008] Saatavissa <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammattiharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta. Monisteita 2000:15. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003a. Terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutus Suomessa ja eräissä muissa maissa. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Terveydenhuollon täydennyskoulutus –osahanke. Monisteita 2003:11. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003b. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen nykytila ja parhaat käytännöt. Työryhmämuistioita 2002:23. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003c. Terveydenhuollon täydennyskoulutusta koskevat lainsäädännön muutokset ja valtakunnalliset suositukset. STM tiedottaa 19/2003. [viitattu 8.1.2008.] Saatavissa <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/1247/index.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003d. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoidotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolaki-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28. [viitattu 30.1.2009] Saatavissa [www.stm.fi](http://www.stm.fi) > Hankkeet > Terveydenhuoltolain uudistus > Uusi terveydenhuoltolaki

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008c. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE). [viitattu 29.1.2009] Saatavissa [www.stm.fi](http://www.stm.fi) > Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Uusi terveydenhuoltolaki valmistelussa. [viitattu 27.1.2009] Saatavissa [www.stm.fi](http://www.stm.fi) > Hankkeet > Terveydenhuoltolain uudistus

Suikkala, A. & Laaksonen, K. 2003. Täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset sairaanhoidajille. Sairaanhoidaja 76 (11), 42-43.

Sulosaari, V. 2005. Vastavalmistuneen sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen taso – Sairaanhoitajien arvioimana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2003. Täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset. [viitattu 28.3.2009] Saatavissa [www.sairaanhoitajaliitto.fi](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi) > Ammatilliset urapalvelut > Uraportti > Täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset

SuPer ry. 2006. Lähihoitajan eettiset ohjeet. [viitattu 20.3.2008] Saatavissa [www.superliitto.fi](http://www.superliitto.fi) > Tutkittua tietoa > Julkaisut > Lähihoitajan eettiset ohjeet

Tuomisto, J. 2003. Elinikäisen oppimisen toinen sukupolvi – unohtuiko jotain? Teoksessa: Sallila, P. (toim.) Elämänlaajuinen oppiminen ja aikuiskasvatus. Vantaa: Dark Oy, 49-83.

Turun yliopistollinen keskussairaala. 2008a. Potilasinformaatio. [viitattu 13.1.2008] Saatavissa [www.tyks.fi](http://www.tyks.fi) > Potilasinformaatio

Turun yliopistollinen keskussairaala. 2008b. Naistenklinikan yleisesittely. [viitattu 11.2.2009] Saatavissa [www.tyks.fi](http://www.tyks.fi) > Sairaanhoitopalvelut > Naistentaudit ja synnytys

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. [viitattu 15.3.2009] Saatavissa [www.tenk.fi](http://www.tenk.fi) > Julkaisut

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2006. Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. [viitattu 15.3.2008] Saatavissa [www.tenk.fi](http://www.tenk.fi) > Julkaisut

Työministeriö. 2006a. Ammatinvalinta ja urasuunnittelu. AVO-ohjelma/ Perushoitaja. [viitattu 29.2.2008.] Saatavissa [www.mol.fi](http://www.mol.fi) > Koulutus ja ura > Ammatinvalinta ja urasuunnittelu > Urasuunnittelu > AVO-ohjelma > Ammattitiedot > Perushoitaja

Työministeriö. 2006b. Ammatinvalinta ja urasuunnittelu. AVO-ohjelma/ Lastenhoitaja. [viitattu 29.2.2008.] Saatavissa [www.mol.fi](http://www.mol.fi) > Koulutus ja ura > Ammatinvalinta ja urasuunnittelu > Urasuunnittelu > AVO-ohjelma > Ammattitiedot > Lastenhoitaja

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2007. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007-2015. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja, sarja D nro 17. Turku: Finepress Oy.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26-34.

Vehviläinen-Julkunen, K. 2007. Osaaminen hoitotyössä – tutkimuksen tarve on ilmeinen. Hoitotiede 19 (3), 113-114.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 206-214.

Viitala, R. 2006. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Virkki, P. & Somermeri, A. 1997. Projektityö kehittämisen moottori. Helsinki: Oy Edita Ab.



Sanna-Mari Manninen 2008. Turun ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK –tutkinto. Hoitohenkilöstön täydennyskoulutuksen kehittäminen.

KYSELYLOMAKE  
TUTKIMUSPYYNTÖ

LIITE 1/1(7)  
Turku 9/2008

### **Hyvä naistenlinikalla työskentelevä kätilö, sairaanhoitaja, lastenhoitaja tai perushoitaja!**

Opiskelen Turun ammattikorkeakoulussa Ylempää AMK –tutkintoa ja teen opintoihini kuuluvan opinnäytetyön kehittämisprojektina Turun yliopistollisen keskussairaalan naistenlinikalla. Kehittämisprojektin avulla selvitän naistenklinikan hoitohenkilöstön omaa käsitystä ammatillisesta osaamisestaan ja täydennyskoulutustarpeestaan. Kehittämisprojektin tarkoituksena on kehittää naistenklinikan hoitohenkilöstön saamaa täydennyskoulutusta hoitohenkilöstön tarpeita vastaavaksi. Näin hoitohenkilöstö saisi sellaista täydennyskoulutusta, jonka avulla he voisivat pitää yllä ammatillista osaamistaan ja kehittää elinikäistä oppimistaan. Pyydän Sinua ystävällisesti osallistumaan kehittämisprojektiin vastaamalla oheiseen kyselylomakkeeseen. Tämä tutkimuspyyntö koskee kaikkia naistenlinikalla vakinaisessa toimessa/virassa olevia tai vähintään kolme kuukautta sijaisena työskennelleitä kätilöitä, sairaanhoitajia, lastenhoitajia ja perushoitajia.

Kyselylomakkeen täyttäminen vie aikaa noin 15 minuuttia ja osastonhoitajasi kanssa on sovittu, että sen saa täyttää työaikana. Kyselylomakkeen täyttämiseen on varattu aikaa kolme viikkoa, joten palautathan täytetyn kyselylomakkeen **viimeistään 9.10.2008**. Täytetyn kyselylomakkeen voit palauttaa suljetussa kirjekuoressa opinnäytetyön tekijälle sisäisessä postissa. Kirjekuoreen on valmiiksi kirjoitettu palautusosoite.

Kyselylomakkeen kysymyksiin ei ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia. Tarkoituksena on, että kukin vastaaja ilmaisee oman mielipiteensä juuri sellaisena kuin hän sen vastaushetkellä kokee. Jokainen vastaus on yhtä arvokas täydennyskoulutusta kehitettäessä. Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä ja siihen vastaaminen on vapaaehtoista. Toivon Sinun kuitenkin vastaavan kyselyyn, jotta tutkimusaineistosta tulisi mahdollisimman kattava. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Täytetyt kyselylomakkeet tulevat vain opinnäytetyön tekijän nähtäviksi ja ne tullaan hävittämään kehittämisprojektin valmistuttua. Antamiasi vastauksia käytetään lopullisessa työssä niin, että niitä ei voi yhdistää keneenkään tiettyyn henkilöön. Tähän kyselytutkimukseen on saatu asianmukaiset tutkimusluvut.

Opinnäytetyötäni ohjaa Turun ammattikorkeakoulussa yliopettaja Leena Elomaa. Turun yliopistollisessa keskussairaalassa työelämämentorinani toimii asiantuntijasairanhoitaja Marjo Kauppila. Haluessasi lisätietoja kehittämisprojektista tai olla muusta syystä yhteydessä opinnäytetyöntekijään tai hänen ohjaajiinsa, voit ottaa yhteyttä keneen tahansa allekirjoittaneista. Tutkimustulokset tullaan raportoimaan naistenlinikalla opinnäytetyön valmistuttua toukokuussa 2009.

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen ja hyvää syksyn jatkoa toivottaen,

Sanna-Mari Manninen klö/sh, Ylempi AMK –opiskelija

Marjo Kauppila TtM, asiantuntija sh

Leena Elomaa yliopettaja, TtT



**Naistenklinikan hoitohenkilöstön ammatillisen osaamisen ja täydennyskoulutustarpeen kartoittaminen**

Aluksi muutama kysymys taustatiedoistasi.

Vastaa alla oleviin kysymyksiin ympyröimällä sopiva vaihtoehto (vain yksi) tai kirjoittamalla vastaus sille varatulle viivalle.

Toimin:

1 Sairaanhoitajana

2 Kätilönä

Tutkintoon valmistumisvuosi: \_\_\_\_\_

3 Perushoitajana

4 Lastenhoitajana

Ikäsi: \_\_\_\_\_ vuotta

Työskentelyosastosi numero: \_\_\_\_\_

Työkokemuksesi nykyisellä toimipaikalla: \_\_\_\_\_ vuotta \_\_\_\_\_ kuukautta

Työkokemuksesi terveydenhuoltoalalla yhteensä: \_\_\_\_\_ vuotta \_\_\_\_\_ kuukautta

Seuraavaksi arvioi omaa ammatillista osaamistasi asteikolla 1-7, jossa numero 1 tarkoittaa, että et osaa kysymyksessä kysyttyä asiaa lainkaan ja numero 7 tarkoittaa, että osaat kyseessä olevan asian erittäin hyvin. Ympyröi numero (vain yksi), joka kuvaa mielestäsi parhaiten ammatillista osaamistasi kyseisen kysymyksen kohdalla. Mikäli kysymys käsittelee aihetta, joka ei mielestäsi ole sovellettavissa työtehtäviisi, ympyröi numero nolla.

	en lainkaan							erittäin hyvin	ei sovellettavissa työtehtäviini
1. Hallitsen oman ammattikuntani eettiset periaatteet.	1	2	3	4	5	6	7		0
2. Hallitsen potilaan oikeuksia koskevan lainsäädännön.	1	2	3	4	5	6	7		0
3. Osaan kehittää ammatillista osaamistani.	1	2	3	4	5	6	7		0
4. Osaan tunnistaa työssäni ilmeneviä eettisiä ongelmatilanteita.	1	2	3	4	5	6	7		0
5. Tiedän Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa määritellyt perusarvot.	1	2	3	4	5	6	7		0
6. Osaan toteuttaa hoitotyön prosessia yhdessä potilaan kanssa terveyden edistämisen näkökulmasta.	1	2	3	4	5	6	7		0
7. Osaan ohjata potilasta terveyden edistämisessä.	1	2	3	4	5	6	7		0
8. Osaan ohjata potilaan omaisia potilaan terveyden edistämisessä.	1	2	3	4	5	6	7		0
9. Osaan kirjata hoitotyön prosessin terveyden edistämisen näkökulmasta.	1	2	3	4	5	6	7		0
10. Osaan hyödyntää tutkimustietoa omassa toiminnassani.	1	2	3	4	5	6	7		0
11. Osaan hankkia uutta tietoa päätösteni tueksi.	1	2	3	4	5	6	7		0
12. Osaan arvioida kriittisesti uutta tietoa.	1	2	3	4	5	6	7		0
13. Osaan perustella toimintaani tutkimustietoon perustuen.	1	2	3	4	5	6	7		0
14. Osaan hyödyntää kokemusperäistä tietoa toiminnassani.	1	2	3	4	5	6	7		0

Sanna-Mari Manninen 2008. Turun ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK –tutkinto. Hoitohenkilöstön täydennyskoulutuksen kehittäminen.

								LIITE1/4(7)	
	en							erittäin	ei sovellettavissa
	lainkaan							hyvin	työtehtäviini
15. Hallitsen aseptisen työskentelyn periaatteet.	1	2	3	4	5	6	7	0	
16. Osaan toimia suunnitelmallisesti.	1	2	3	4	5	6	7	0	
17. Hallitsen potilaan peruselvytyksen.	1	2	3	4	5	6	7	0	
18. Osaan tunnistaa potilaan keskeiset hoidon tarpeet.	1	2	3	4	5	6	7	0	
19. Osaan valita oikeat auttamiskeinot.	1	2	3	4	5	6	7	0	
20. Osaan arvioida valitsemieni hoitokeinojen vaikutuksia.	1	2	3	4	5	6	7	0	
21. Osaan arvioida potilaan kipua.	1	2	3	4	5	6	7	0	
22. Hallitsen työhöni liittyvän lääkehoidon.	1	2	3	4	5	6	7	0	
23. Hallitsen kuolevan potilaan (myös foetus mortus) hoidon ja tukemisen.	1	2	3	4	5	6	7	0	
24. Hallitsen kuolevan potilaan omaisten tukemisen.	1	2	3	4	5	6	7	0	
25. Hallitsen potilaan hoidossa tarvitsemieni teknisten laitteiden käytön.	1	2	3	4	5	6	7	0	
26. Osaan käyttää tietotekniikkaa työssäni.	1	2	3	4	5	6	7	0	
27. Hallitsen sähköisen potilasjärjestelmän käytön.	1	2	3	4	5	6	7	0	
28. Hallitsen erilaisia lääkkeettömiä kivun hallintamenetelmiä.	1	2	3	4	5	6	7	0	
29. Osaan tunnistaa potilaan ohjaustarpeen.	1	2	3	4	5	6	7	0	
30. Osaan suunnitella ohjaustilanteen yksilöllisesti potilaan lähtökohdista käsin.	1	2	3	4	5	6	7	0	
31. Osaan arvioida ohjaustilanteen toteutumista ja ohjauksen vaikuttavuutta.	1	2	3	4	5	6	7	0	
32. Osaan tunnistaa omaisten ohjaustarpeen sekä suunnitella ja toteuttaa ohjaustilanteen omaisille.	1	2	3	4	5	6	7	0	

Sanna-Mari Manninen 2008. Turun ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK –tutkinto. Hoitohenkilöstön täydennyskoulutuksen kehittäminen.

								LIITE1/5(7)	
	en lainkaan							erittäin hyvin	ei sovellettavissa työtehtäviini
33. Osaan tukea opiskelijoita heidän tavoitteidensa saavuttamisessa.	1	2	3	4	5	6	7	0	
34. Osaan tarvittaessa ohjata työtovereitani.	1	2	3	4	5	6	7	0	
35. Osaan tukea potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa.	1	2	3	4	5	6	7	0	
36. Osaan toimia yhteistyössä potilaan omaisten kanssa.	1	2	3	4	5	6	7	0	
37. Osaan toimia joustavasti.	1	2	3	4	5	6	7	0	
38. Kykenen moniammatilliseen yhteistyöhön.	1	2	3	4	5	6	7	0	
39. Osaan konsultoida hoitotyön ja muiden ammattiryhmien asiantuntijoita.	1	2	3	4	5	6	7	0	
40. Kykenen toimimaan erilaisissa tiimeissä hoitotyön asiantuntijana.	1	2	3	4	5	6	7	0	
41. Osaan ottaa vastaan palautetta työtovereiltani.	1	2	3	4	5	6	7	0	
42. Osaan antaa työtovereilleni rakentavaa palautetta.	1	2	3	4	5	6	7	0	
43. Osaan käynnistää muutoksia hoitotyössä.	1	2	3	4	5	6	7	0	
44. Osaan tunnistaa työhöni liittyviä tulevaisuuden haasteita.	1	2	3	4	5	6	7	0	
45. Osaan tunnistaa eri kulttuurista tulevan hoitotyöhön liittyviä erityispiirteitä.	1	2	3	4	5	6	7	0	
46. Hallitsen riittävän kielitaidon pystyäkseni kommunikoidaan ruotsinkielisten potilaiden kanssa.	1	2	3	4	5	6	7	0	
47. Hallitsen riittävän kielitaidon pystyäkseni kommunikoidaan englanninkielisten potilaiden kanssa.	1	2	3	4	5	6	7	0	

Lopuksi voit vastata omin sanoin muutamaan avoimeen kysymykseen.

48. Kuinka monena päivänä olet ollut täydennyskoulutuksessa viimeisen kahden vuoden aikana yhteensä?

---

---

49. Mistä aiheista olisit erityisesti kiinnostunut saamaan täydennyskoulutusta?

---

---

---

---

50. Millä menetelmillä toteutetusta täydennyskoulutuksesta olet erityisesti kiinnostunut?

---

---

---

---

51. Mitkä asiat edistävät täydennyskoulutukseen osallistumistasi?

---

---

---

---

52. Mitkä asiat estävät täydennyskoulutukseen osallistumisesi?

---

---

---

---

Sanna-Mari Manninen 2008. Turun ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK –tutkinto. Hoitohenkilöstön täydennyskoulutuksen kehittäminen.

LIITE1/7(7)

53. Mitä muita keinoja haluat esittää ammatillisen osaamisesi ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi?

---

---

---

---

Tarkistathan vielä, että olet vastannut kaikkiin kysymyksiin.

**KIITOS VASTAUKSISTASI!**