

<http://www.jyu.fi/library/tutkielmat/360/>

HYVÄ KLIININEN OPPIMISYMPÄRISTÖ JA AUDITOINTIMENETELMÄN  
SOVELTUMINEN SEN LAADUNARVIOINTIIN JA LAADUNKEHITTÄMISEEN

Irmeli Katainen  
Marjatta Markkanen

Hoitotieteen pro gradu  
tutkielma

Kevät 1997

Terveystieteen laitos

Jyväskylän yliopisto

## TIIVISTELMÄ

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO  
Terveystieteen laitos

KATAINEN IRMELI, MARKKANEN MARJATTA: Hyvä kliininen oppimisympäristö ja auditointimenetelmän soveltuminen sen laadunarviointiin ja laadunkehittämiseen

Pro gradu-tutkielma, 147s, 1 liite  
Hoitotiede  
Toukokuu 1997

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli löytää vastauksia siihen, minkälainen on hyvä kliininen oppimisympäristö hoitotyön opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien mielestä. Samoin pyrittiin löytämään vastauksia siihen, minkälaisia käsityksiä osastonhoitajilla ja opettajilla on auditoinnista ja sen soveltuvuudesta kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä. Tavoitteena oli saada lisää tietoa ja ymmärrystä kehitettäessä myöhemmin suomalaiseen hoitotyöhön sopiva kliinisen kentän auditointijärjestelmä.

Hyvää kliinistä oppimisympäristöä kuvaava aineisto kerättiin 87 opiskelijan, neljän osastonhoitajan ja neljän opettajan esseekirjoitelmista. Auditointia ja sen soveltuvuutta kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä tutkittiin teemahaastattelemalla neljä osastonhoitajaa ja neljä opettajaa.

Aineisto analysoitiin sekä laadullisesti että määrällisesti sisällönanalyysimenetelmällä.

Tulosten mukaan hyvää kliinistä oppimisympäristöä kuvasivat kolme pääsisältöluokkaa: Kliinisen kentän rooli opiskelijaohjauksessa, opettajan rooli kliinisen opiskelun toteutuksessa ja opiskelijan oma rooli kliinisessä opiskelussa. Tärkeimmäksi kliinisen kentän roolia kuvaavaksi tekijäksi nousi ohjausilmapiiri ja siihen vaikuttavat tekijät. Myös oma ohjaaja, henkilösuhteiden ilmapiiri, henkilökunnan osaaminen, opiskelija-arviointi ja perehdyttäminen olivat keskeisiä kliinisen kentän roolia kuvaavia tekijöitä. Opettajan roolissa korostui kliinisen opiskelun suunnittelu. Opiskelijan roolissa korostui oma motivaatio ja aktiivinen osallistuminen kliiniseen harjoitteluun.

Auditointi nähtiin toimivaksi kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmäksi, vaikkakin menetelmä todettiin runsaasti aikaavieväksi, sitoutumista ja yhteistyötä vaativaksi. Vaarana nähtiin auditoinnin jääminen pinnalliseksi menetelmäksi. Lancashire College of Nursing and Health Studies'n kehittämän auditointimittariston kriteeristö todettiin suhteellisen tärkeäksi ja soveltuvaksi suomalaiseen hoitotyön kliinisen oppimisympäristön auditointiin. Joitakin lisäyksiä kriteereihin ja näyttöihin esitettiin, koska niissä ilmeni hoitokulttuurisia ja koulutuksellisia eroja. Tutkimus antoi lisätietoa ja lisää ymmärrystä myöhempiä auditointimenetelmän kehittämistä varten.

## SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	1
2. HOITOTYÖN KLIININEN KENTTÄ OPPIMISYMPÄRISTÖNÄ	3
2.1. Kliininen opiskelu ja sen merkitys	3
2.2. Kliininen oppimisympäristö	7
2.3. Ohjaaja opiskelijan ammattiin kasvamisen tuki- jana kliinisessä opiskelussa	12
2.4. Opettaja opiskelijan ammattiin kasvamisen tuki- jana kliinisessä opiskelussa	23
3. HOITOTYÖN KOULUTUKSEN LAATU JA SEN KEHITTÄMINEN	28
3.1. Laatuajattelu oppilaitoksen hallintokulttuurissa	28
3.2. Laadunarvioinnista laadun kehittämiseen hoitotyön koulutuksessa	30
3.2.1. Laatu käsitteenä	30
3.2.2. Laadunarviointi ja laadunkehittäminen	31
3.3. Auditointi hoitotyön koulutuksen laadunarviointi- ja kehittämismenetelmänä	35
3.3.1. Auditoinnin vaiheet	39
3.3.2. Kliinisen kentän auditoinnin edut ja vaikeudet	42
3.4. Hoitotyön kliinisen oppimisympäristön auditointi	46
4. TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TUTKIMUKSEN TAVOITE	48
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	48
5.1. Tutkimuksen kohdejoukko	48
5.2. Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat	49
5.3. Aineiston keruumenetelmät	50
5.4. Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi	53
6. TUTKIMUSTULOKSET	56

6.1.	Hyvä kliininen oppimisympäristö opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien kuvaamana	56
6.1.1.	Kliinisen kentän rooli opiskelija-ohjauksessa	57
6.1.2.	Opettajan rooli kliinisen opiskelun toteutuksessa	66
6.1.3.	Opiskelijan oma rooli kliinisessä opiskelussa	68
6.2.	Auditointi kliinisen oppimisympäristön laadun arviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä	68
6.2.1.	Auditointi-mittaristo osastonhoitajien ja opettajien arvioimina	68
6.2.1.1.	Opiskelijan oppimiskokemusten näkökulma	69
6.2.1.2.	Opettajiin liittyvä näkökulma	85
6.2.1.3.	Kentän henkilökunnan näkökulma	90
6.2.1.4.	Ympäristö	96
6.2.2.	Muutosehdotuksia audit-mittariston kriteereihin	98
6.2.3.	Auditoinnin mittaamis- ja kirjaamisvaihe	101
6.2.4.	Auditoinnin arviointi- ja toimintasuunnitelman tekovaihe	103
6.2.5.	Koko auditointijärjestelmä menetelmänä	104
7.	POHDINTA	105
7.1.	Tutkimuksen luotettavuus	105
7.2.	Tutkimustulosten tarkastelua	108
7.2.1.	Hyvä kliininen oppimisympäristö opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien kuvaamana	109
7.2.2.	Osastonhoitajien ja opettajien käsityksiä auditoinnista kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä	112
7.2.2.1.	Käsitykset audit-mittariston kriteereiden tärkeydestä	112
7.2.2.2.	Muutosehdotuksia audit-mittariston kriteereihin	122
7.2.2.3.	Mielipiteitä auditoinnin mittaamis- ja kirjaamisvaiheesta	123

7.2.2.4.	Mielipiteitä auditoinnin arviointi- ja toimintasuunnitelman tekovaiheesta	123
7.2.2.5.	Koko auditointijärjestelmä kliinisen kentän laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä	124
8.	JOHTOPÄÄTÖKSET JA TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN AUDITOINTIJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISESSÄ	124

LÄHTEET  
LIITTEET

## 1. JOHDANTO

Terveystieteiden ammattillisen koulutuksen tehtävänä on kouluttaa ammattitaitoisia, laadullisesti korkeatasoisia hoitoalan työntekijöitä kansallisen ja kansainvälisen kehityksen edellyttämällä tavalla. Korkea laatu edellyttää vahvaa tietoperustaa ja kykyä soveltaa tietoa käytäntöön erilaisissa toimintaympäristöissä. Siksi kliininen opiskelu onkin keskeinen tekijä hoitotyön ammattiin kasvamisessa ja näin ollen kliinisen oppimisympäristön merkitys korostuu ammattiin oppimisen osatekijänä.

Taatakseen hyvän ja laadukkaan kliinisen oppimisympäristön tarvitaan menetelmä, jolla laatua arvioidaan ja kehitetään. Auditointi on yksi tällainen laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmä. Kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä auditointi on Suomessa suhteellisen tuntematon ja uusi menetelmä. Englannissa se on ollut käytössä jo 1980-luvun lopulta alkaen ja menetelmänä sen katsotaan palvelevan laadunarviointia ja laadunkehittämistä. Menetelmänä sillä on omat hyvät ja huonot puolensa. Siksi sitä ollaankin kehitetty niin sisällöllisesti kuin menetelmällisesti koko ajan.

Laadunarviointi- ja laadunkehittäminen nähdään yhdeksi keskeiseksi tekijäksi koulutuksen tuloksellisuudessa. Ilmeisen selvää on, että laatu on tullut jäädäkseen oppilaitoksiin, eivätkä pelkät sanalliset vakuuttelut suomalaisen terveydenhuoltoalan koulutuksen korkeasta laadusta riitä, vaan oppilaitosten tulee kehittää omat laatuohjelmansa ja menetelmänsä arvioida ja kehittää laatua (Räisänen 1995a).

Oma mielenkiintomme tutkia koulutuksen laatua lähti liikkeelle kansainvälisestä yhteistyöstä oppilaitoksessamme. Yksi yhteistyökumppaneistamme on Lancashire College of Nursing and Health Studies Englannista, joka keväällä 1996 liittyi osaksi Central Lancashiren yliopistoa. Yhteistyömuotona alusta alkaen, vuodesta 1994, on ollut kehittää yhteinen koulutusohjelma, joka myöhemmin validoitaisiin yliopiston koulutusohjelmaksi Englannissa. Yhtenä validoinnin edellytyksenä on täyttää tietyt laatustandardit ja -kriteerit muunmuassa koskien hyvää kliinistä oppimisympäristöä.

Aluksi perehdyimme omalta osaltamme Lancashire College of Nursing and Health Studiesin laatuohjelmaan. Perehdyimme myös

Higher Education Quality Councilin (HEQC) antamaan säännöstöön kansainvälisestä koulutuksellisesta yhteistyöstä. HEQC määrittelee tarkoin kansainvälisen yhteistyön tavoitteet ja muodot. Brittiläisten yliopistojen tulee kansainvälisessä yhteistyössään varmistua siitä, että yhteistyön tarkoitus ja motiivit vastaavat täysin heidän omia tarkoituksiaan ja motiivejaan, eivätkä vaadi kompromissien tekoa koulutuksen laadun suhteen. (HEQC 1995)

Tässä tutkimuksessa pyritään löytämään vastauksia siihen, minkälainen on hyvä kliininen oppimisympäristö hoitotyön opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien mielestä. Samoin pyritään löytämään vastauksia siihen minkälaisia käsityksiä osastonhoitajilla ja opettajilla on auditoinnista ja sen soveltuvuudesta kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä. Tavoitteena on saada lisää tietoa ja ymmärrystä kehitettäessä myöhemmin suomalaiseen hoitotyöhön sopiva kliinisen kentän auditointijärjestelmä.

Tutkimus on hoitotyön koulutusta ja sen laadullista kehittämistä palveleva. Samoin se palvelee kansainvälistä yhteistyötä kehitettäessä yhteisiä koulutusohjelmia, osoittamalla halua kehittää suomalaisen hoitotyön koulutuksen laatua. Tutkimuksen toivotaan myös innostavan hoitotyön kliinisiä kenttiä yhä enenevässä määrin arvioimaan ja kehittämään omaa toimintaansa hyvänä opiskelijoiden oppimisympäristönä yhdessä oppilaitosten edustajien kanssa.

Kliinisen opiskelun merkitystä hoitotyön ammattiin kasvamisessa on tutkittu paljon niin Englannissa kuin Suomessakin. Tutkimusten näkökulma on valottanut milloin opiskelijan omaa roolia, milloin hoitajan roolia opiskelijan ohjaajana samoin kuin opettajan roolia opiskelijan ohjaajana kliinisillä kentillä. Englantilaisissa tutkimuksissa on lisäksi tuotu esiin näkökulmaa kliinisestä kentästä oppimisympäristönä ja on pyritty muodostamaan erilaisia hyvän kliinisen kentän indikaattoreita (mm. Dunn & Burnett 1995; English National Board, ENB 1993; Reed & Price 1991; Shailer 1990).

Selvityksiä ja tutkimuksia laadunarvioinnista ja laadun kehittämisestä eri oppilaitostasoilla Suomessa löytyy muunmuassa Teknillisen korkeakoulun (Valkonen 1993) ja Jyväskylän yliopiston laadunkehittämishjelmat (Nikki 1995). Samoin löytyy selvitys eri oppilaitosten osallistumisesta itsearviointiprojektiin, jossa laadulliset tekijät nähtiin yhtenä keskeisenä osana toiminnan tuloksellisuutta (Räisänen & Vainio 1996). Kuitenkaan auditoinnista suomalaisen koulutuksen laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä eivät tutkijat ole onnistuneet

löytämään selvityksiä tai tutkimuksia. Liperin Ammattioppilaitos on käyttänyt koulutuksensa laadunarvioinnissa ja laadunkehittämisessä auditointimenetelmää, kuitenkin tutkimustuloksia siitä ei vielä ole saatavilla (Junnila, Vainio & Hänninen 1996). Tämä tutkimus voi siten lisätä tietoa yhdestä keskeisestä elementistä hoitotyön koulutuksessa, hyvästä kliinisestä oppimisympäristöstä ja sen laadunarvioinnin ja laadunkehittämisen mahdollisuuksista käyttäen auditointimenetelmää.

Tutkimuksen teoriaosa on sisällöltään laaja. Perusteluna tälle laajuudelle on se, että kliinisen kentän laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä auditointi on suhteellisen tuntematon. Tutkijat ovat toisaalta pyrkineet teoreettisessa viitekehyksessä tarkastelemaan kliinistä oppimisympäristöä ja auditointia niin suomalaisessa kuin englantilaisessa kontekstissa, koska tutkimuksessa käytetty auditointimittaristo on Lancashire College of Nursing and Health Studies'n kehittämä ja koska tutkimuksen tarkoituksena on selvittää auditointimenetelmää ja sen soveltuvuutta suomalaiseen hoitotyön koulutukseen laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä.

Jotkut käytetyistä lähteistä ovat 1980-luvulta, koska varsinkin Englannissa kyseisenä ajankohtana terveydenhuollon koulutuksessa on tapahtunut keskeisiä muutoksia, muunmuassa asteittainen siirtyminen sairaalakouluista itsenäisiksi terveydenhuoltoalan oppilaitoksiksi. Tämä osaltaan selittää kliinistä oppimisympäristöä tarkastelevien tutkimusten ajoittumisen 80-luvulle. Suomessa keskiasteen koulutuksen uudistus ajoittuu myös 80-luvulle ja monet hoitotyön koulutukseen liittyvät keskeiset teokset ovat peräisin kyseiseltä vuosikymmeneltä.

## 2. HOITOTYÖN KLIININEN KENTTÄ OPPIMISYMPÄRISTÖNÄ

### 2.1. Kliininen opiskelu ja sen merkitys

Terveydenhuoltoalan ammatillisessa koulutuksessa on käytännön opiskelun osuus noin puolet kaikista ammattiin liittyvistä opinnoista. Käytännön opiskelu tapahtuu osittain luokassa laboraatiotunteina ja osittain aidossa työympäristössä, sairaalassa tai perusterveydenhuollossa. Tietopuolinen, laboraatio ja käytännön opiskelu muodostavat kokonaisuuden, jonka tavoitteena on dynaaminen kehittyvä ammattitaito (Havanto 1993; Janhonen 1992; Opetushallitus 1991) Kliininen opetus on organisoitu yhteistyössä kouluttavan oppilaitoksen ja opetuskentän kanssa.



Terveydenhuollon ammatillisen koulutuksen tehtävänä on kouluttaa laaja-alaisen ammattitaidon omaavia hoitoalan työntekijöitä terveydenhuoltoon yhteiskunnan tarpeiden mukaisesti ja kansainvälisen kehityksen edellyttämällä tavalla (Jääskeläinen 1994). Laaja-alainen ammatinhallinta edellyttää vahvaa tietoperustaa ja kykyä soveltaa tietoa käytäntöön muuttuvissa tilanteissa (Jinks 1991). Lisäksi se edellyttää sellaisen itseohjautuvuuden saavuttamista, että tuleva hoitaja voi ottaa henkilökohtaisen vastuun työstään ja sen kehittämistä (Eriksson 1986; Hentinen 1989; Mäkisalo 1994; Opetushallitus 1991). Koulutuksen tehtävänä on myös tukea hoitotyön opiskelijoita itsenäiseen tiedonhankintaan ja kriittiseen ajatteluun. (Kankainen & Rokkanen 1996). Ammatillisen koulutuksen perustana on ajatus että hyvällä osaamisella luodaan tuottavuutta, joka on taas edellytys sille että yhteiskuntaa ja kansalaisten hyvinvointia voidaan edistää (Helakorpi 1993).

Kliinistä opiskelua pidetään merkittävänä terveydenhuollon ammattiin kasvamisessa ja ammattitaidon saavuttamisessa. Se muodostaa ammatillisen koulutuksen ytimen. (Dunn & Burnett 1995; Leino-Kilpi, Leinonen, Salminen, Hupli & Katajisto 1995). Käytännön kentällä opiskelijan on mahdollista oppia hoitotyötä todellisessa kliinisessä oppimisympäristössä ja soveltaa opittua teoriaa todellisiin kliinisiin tilanteisiin. (Morgan & Warbinek 1994) Burnardin (1987) mukaan hoitotyön koulutus tulisi järjestää niin, että koulutuksessa hyödynnetään kirjatieta, käytännöllistä tietoa ja kokemuksellista tietoa. Helakorven (1992) mukaan Burnardin teorilla tiedon kolmesta lajista näyttäisi olevan erityisesti merkitystä ammatilliselle koulutukselle, jossa käytännöllisyydellä ja kokemuksellisuudella on tärkeä merkitys. Kirjatieto tarkoittaa niitä tosiasioita ja teorioita jotka liittyvät kunkin ammattialan ammattisisältöön. Käytännöllinen tieto käsittää niitä toimintamalleja, joita esiintyy käytännössä työpaikoilla ja joka on kehittynyt taitojen hankkimisen kautta. Käytännöllisessä tiedossa on kyse tiedosta, joka ilmenee toiminnassa ja se on organisoitu toimintakaavoihin, implisiittisiin teorioihin, traditioihin ja taitoihin. Kokemuksellista tietoa syntyy, kun opiskelijalla on henkilökohtainen kosketus asiaan, jota hän pohtii ja antaa asialle omien arvojensa mukaisen merkityksen. Kokemuksellista tietoa syntyy vähitellen enemmän sitä mukaa kun ammattia opiskellaan tai työskennellään käytännössä, jolloin tieto saa henkilökohtaisen merkityksen ja sillä on tietty arvopohja. (Sarvimäki 1989)

Kliinisen opiskelun tavoitteena on monipuolisten ja laaja-alaisen ammatillisten valmiuksien saavuttaminen sekä hoito-

todellisuuden ja ammattiroolin jäsentäminen (Opetushallitus 1991). Ammattiin kasvamisen tukemisessa nimenomaan kliinisen opetuksen merkitys on suuri, sillä opiskelijan ammattiin sosiaalustumisen tapahtuu suurelta osin juuri kliinisen opiskelun kautta (Campbell, Larrivee, Field, Day & Reuter 1994; Leino-Kilpi 1989). Osaavaksi hoitajaksi, ekspertiksi kehittyminen edellyttää monipuolista kliinistä kokemusta, jota ei voida lyhyessä ajassa saavuttaa. Mikäli opiskelija ei saa riittävästi kokemuksia kliinisestä hoitotyöstä koulutuksensa aikana, voi hän vielä valmistumisvaiheessa olla sääntösidonnainen ja arka ottamaan vastuuta ja tekemään päätöksiä. (Benner 1984; Kankainen & Rokkanen 1996)

Kliinisellä opiskelulla on ammatillisten taitojen ja valmiuksien oppimisen lisäksi myös persoonallisen kasvun kehittämistehtävä (Eriksson 1986; Hentinen 1989; Martin 1995). Myös Ekolan (1985) mukaan ammattiin kasvattaminen, ammatillinen sosialisatio ja ammatti-identiteetin kehittäminen ovat tärkeitä tekijöitä opetusta suunniteltaessa. Kliinisen hoitotyön tarkoitus on antaa opiskelijoille mahdollisuus tarkkailla roolimalleja ja harjoitella itse ja reflektoida sitä mitä on nähnyt, kuullut ja tehnyt (Thorell-Ekstrand & Björkvell 1995). Roolimallin omaksuminen auttaa opiskelijaa luomaan uuden kontekstin ammatillisesta hoitotyön käytännöstä. Opiskelijan ymmärrys kollegiaalisuudesta, molemminpuolisesta vastuusta, ammatillisista asenteista, käyttäytymisestä ja pätevyydestä vahvistuu (Martin 1995).

Terveydenhuoltoalan koulutuksessa tulee saada aikaan kasvu-prosessi, joka tukee opiskelijan itsenäistymistä ja kiinnittynyt tulevaan ammattiin (Flagler, Loper-Powers & Spitzer 1988). Kokemusperäisen oppimisen käyttäminen on perusteltua terveydenhuollon koulutuksessa (Hyytiäinen, Leino, Makkonen & Tuominen 1991). Opiskelijoiden oppimisprosessia on tuettava siten, että hänellä on kokemuksellisen oppimisen kautta mahdollisuus jäsentää hoitotodellisuutta aste asteelta integroituvana tieto-taito -kokemuskokonaisuutena (Käytännöllinen opetus.. 1989). Tässä on olennaista kliinisen opetuksen oikea ajoittuminen, suunnittelu ja toteutus asiantuntevien ohjaajien ja opettajien avulla.

Kliinisellä opetuksella pyritään myös työn sisällölliseen hallintaan. Sen edellytyksenä on sisäisen mallin oppiminen, joka ohjaa ajattelua ja toimintaa. Kliininen opetus on sisällöllisen mallin muuttamista teoriasta käytäntöön. (Eriksson 1986) Sisäisen mallin syntyminen edellyttää, että tietopuolinen ja käytännön opetus tukevat toisiaan (Engeström 1988). Hoitotyössä tuo sisäinen malli on hoitamisen malli, jota opitaan kliinisen

opetuksen aikana soveltamaan erilaisissa, todellisissa tilanteissa. Näin rakentuu vähitellen ammattitaito ja hoitotyöntekijän ammatillinen identiteetti.

Hinchliff (1986) korostaa kliinisen opiskelun suunnittelun merkitystä, jotta opiskelu olisi tavoitteellista ja ohjattua. Kliinisen opiskelun jaksoista tulisi muodostua jatkuvasti syvenevä, aiemmin opitulle rakentuva kokonaisuus, jossa opiskelijaa ohjataan ja tuetaan hänen oppimisprosessinsa etenemisessä (Paulin 1991). Lisäksi esitetään, että kliiniset opiskelujaksot tulee järjestää mahdollisimman pitkäksi. Opetussuunnitelmien perusteissa painotetaan myös, että tiedollisen ja käytännöllisen opetuksen on muodostettava looginen ja ehyt kokonaisuus. (Munnukka 1994) Tutkimusten mukaan (Mikkonen & Pitkänen 1988; Hentinen 1989) kliininen opiskelu voi, ollessaan huonosti suunniteltua ja sattumanvaraista, johtaa rutiinitehtävien ja tehtäväkeskeisen hoitotyön oppimiseen. Kokonaisuuden oppiminen jää silloin puutteelliseksi.

Opiskelijoiden mielestä kliinisellä opiskelulla on tärkeä osa hoitoammattiin oppimisessa. Opiskelijat kokevat yleensä kliinisen opiskelun positiivisesti ja heidän mielestään sitä on liian vähän (Hassinen 1992; Leino-Kilpi 1993; Nikkola, Krause & Kiikkala 1992).

Oppimisen arviointi on keskeinen osa ammattiin kasvamista. Opiskelijaa arvioidaan jokaisen kliinisen jakson aikana. Kliinistä opiskelua ja sen arviointia ohjaavat sille asetetut tavoitteet (Hinchliff 1986). Niiden avulla kuvataan ammattitaitoa tai sen osaa, johon kyseisessä opiskeluvaiheessa pyritään (Opetushallitus 1993). Tavoitteet ovat ohjeellisia. Ne auttavat opiskelijaa motivoitumaan ja orientoitumaan tulevaan opiskeluun kentällä sen sisältöön ja vaatimuksiin. Tavoitteet toimivat myös opiskelijan arvioinnin kriteereinä hänen ohjattaessa oppimistaan ja arvioidessaan sen tuloksellisuutta. Opettajalle tavoitteet ovat toimintaa koskevien ratkaisujen, toiminnan ohjauksen ja tuloksellisuuden arvioinnin kriteereitä. Tavoitteiden asettamisessa korostetaan opiskelijan omaa aktiivisuutta (Hokkanen, Lappalainen & Lappalainen 1994). Tavoitteena on, että opiskelija itsenäisesti tai muiden avulla määrittää oppimistarpeensa, muotoilee opiskelunsa päämääriä, etsii avukseen ihmisiä ja materiaaleja ja soveltaa oppimisstrategioita sekä arvioi oppimistuloksia (Hätönen 1990). Opiskelijan omien tavoitteiden asettaminen ja niiden saavuttaminen edellyttää osaston taholta yksilöllisyyden sallimista ja joustavuutta mutta myös tiettyjä sääntöjä ja ohjausta, ettei opiskelija sotkeudu osaston moninaisuudessa (Ewan & White 1986).

Terveydenhuollon käytännön opetuksen kehittämiskokeilussa vuosina 1990-1993 (KOHOKKE-kokeilu) opettajat ja opiskelijat konkretisoivat kliinisen opiskelun tavoitteita ja opiskelujärjestelyjä oppitunneilla ennen käytännön opiskelun alkua ja selvittivät tavoitteet myös kenttäohjaajien kanssa opiskeluyksikössä. Opiskelijat tunsivat hyvin opiskelua ohjaavat tavoitteet ja ne koettiin merkityksellisinä hyvän hoidon oppimisen kannalta. Opiskelijat laativat myös henkilökohtaiset tavoitteet. He aloittivat niiden laatimisen teoreettisen opiskelun yhteydessä opetussuunnitelman tavoitteiden pohjalta. Kliinisessä opiskelussa he asettivat myös päivittäisiä tavoitteita. Yksilöllisten tavoitteiden lähtökohtana oli kunkin opiskelijan henkilökohtaiset oppimistarpeet. Kokeilun perusteella laadittiin kehittämistoimenpiteitä, joissa suositeltiin valtakunnallisten opetussuunnitelmien perusteiden tavoitteiden konkretisointia sekä joustavuutta. Niitä tulisi työstää yhteistyössä oppilaitoksen ja työelämän kanssa. Kehittämistoimenpiteenä ehdotettiin myös, että opettajan, ohjaajan ja opiskelijan tulee yhdessä konkretisoida oppimistavoitteita ja että opiskelijan tulee laatia henkilökohtaiset tavoitteet käytännön opiskelulle. (Hokkanen ym. 1994)

## 2.2. Kliininen oppimisympäristö

Kliinisen oppimisympäristön merkitys hoitoalan ammattiin oppimisessa on keskeinen, muodostaahan kliininen opiskelu noin puolet koko terveydenhuoltoalan koulutuksesta.

Oppimisympäristöä käsitteenä on määritelty eri tavoin ja on pyritty tunnistamaan niitä tekijöitä, joista hyvä oppimisympäristö muodostuu. Oppimisympäristön käsite on kasvatustieteellisessä kirjallisuudessa selkeästi määritelty, mutta se on suhteellisen uusi käsite hoitotyön kirjallisuudessa. (Dunn & Burnett 1995)

Kasvatusalan asiantuntijat ovat jo pitkään tunnistaneet, että erilaiset kontekstuaaliset tekijät vaikuttavat oppimiseen. Heidän mukaansa oppimisympäristö käsitteenä sisältää kaikki ne tekijät ja ärsykkeet, jotka vaikuttavat oppimiseen ja yksilön kehittymiseen ja, jotka ovat olemassa niin luokkahuoneessa kuin sen ulkopuolellakin. Kasvatuksellista oppimisympäristöä luonnehtivat tietyt piirteet kuten fyysinen ympäristö, luokkahuoneen ilmapiiri, opetusmenetelmät, kurssin rakenne, opetussuunnitelman sisältö ja osallistujien väliset vuorovaikutussuhteet. (Biggs 1987)

Uusikylä (1980) määrittelee oppimisympäristön käsittämään kaikki ne olosuhteet, jotka liittyvät kouluun, opetuskenttiin tai paikkoihin missä oppimista tapahtuu. Hän jakaa oppimisympäristön ekologis-demografisiin ja affektiivis-sosiaalisiin piirteisiin. Esimerkkeinä ekologis-demografisista tekijöistä hän luettelee kiinteistön koon ja arkkitehtoniset piirteet, varustetason, opettajien ja ohjaajien vaihtuvuuden. Affektiivis-sosiaalisia piirteitä ovat esimerkiksi koulun henki, johtamisolosuhteet hallinnollisissa ja pedagogisissa asioissa, opettajien osallistuminen yhteisten asioiden käsittelyyn, opettajakunnan yhteenkuuluvuus ja sisäinen solidaarisuus. Hokkasen ym. (1994) mukaan korkeatasoinen oppiminen on mahdollista, jos ekologis-demografiset piirteet ovat määrällisesti ja laadullisesti riittäviä ja, jos niitä on mahdollista käyttää oppimisen kannalta oikeana aikana. Affektiivis-sosiaalisia piirteitä on vaikeampi tunnistaa mutta niiden tulee olla tasapainossa, jotta korkeatasoinen oppiminen mahdollistuu.

Kliinisen opetuksen ja opiskelun evaluaatio on kiinnostanut hoitotyöntekijöitä ja opettajia jo vuosia ja kliinisestä harjoittelusta ja sen merkityksestä on keskusteltu laajasti mutta kliininen kenttä oppimisympäristönä on ollut kuitenkin vähiten tutkittu asia hoitotyössä ja sen koulutuksessa (Dunn & Burnett 1995).

Englannissa on 1980-luvulta lähtien pyritty tunnistamaan tekijöitä, jotka tekevät hoitotyön oppimisympäristöstä toinen toistaan paremman opiskelijan oppimiselle. Orton (1981) kuvaa hoitotyön kliinisen oppimisympäristön muodostuvan joukosta tiettyjä pysyviä piirteitä, jotka ovat ainutlaatuisia tietyille kliiniselle kentälle ja, jotka vaikuttavat siellä työskentelevien yksilöiden käyttäytymiseen. Fretwellin (1982) mukaan voimakkaasti strukturoidut osastot, joissa on jäykkä tehtävien jakomalli ja jäykkä hierarkkinen systeemi vallalla ovat todennäköisesti osastoja, joilla opiskelijat eivät saavuta kliinisen opiskelun tavoitteitaan.

Hyvässä kliinisessä oppimisympäristössä kohdataan opiskelijan tarpeet. Kliinisen hoitohenkilökunnan rooli on keskeinen hyvässä oppimisympäristössä mutta osastonhoitaja on myös avainhenkilö hyvän oppimisympäristön luomisessa. Osastonhoitaja vaikuttaa opiskelijoiden ohjaamiseen, opiskelijoiden oppimistilaisuuksien järjestämiseen sekä osaston ilmapiirin luomiseksi opiskelijamyönteiseksi. Osastonhoitajalla on myös tärkeä tehtävä henkilökunnan työilmapiirin luomisessa ja hyvän potilashoidon toteuttamisessa. (Ogier & Barnett 1986; Ward 1993)

Dunn ja Burnett (1995) analysoidessaan eri hoitotyön tutkijoiden määrittelyjä kliiniseen oppimisympäristöön vaikuttavista tekijöistä toivat esiin erilaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat hyvässä kliinisessä oppimisympäristössä. Niitä ovat: fyysiset tilat, potilaiden ja heidän diagnoosiensa erilaisuus, osaston erikoisala, potilasvaihtuvuus, osaston rutiinit, osaston raskaus, opiskelijoiden määrä osastoa kohden, roolien selvyys, henkilökunnan työhönohjaus, ohjauksen struktuuri ja oppimistulosten arviointi sekä tutkimusten soveltaminen käytäntöön. Lisäksi tuodaan esille teoreettisen ja käytännöllisen opetuksen integraatio, osaston ilmapiiri, henkilökunnan väliset suhteet, opiskelijaohjaukseen sitoutuminen, potilashoittoon sitoutuminen, autonomian aste ja arvonnanto, henkilökunnan työtyytyväisyys, henkilökunnan työtovereilta saama tuki sekä kliinisen henkilökunnan ja opetushenkilökunnan väliset suhteet.

Hyvän kliinisen oppimisympäristön merkitys korostuu, kun hoitotieteelliset tutkimukset osoittavat hoitoyhteisöjen jäsenten hyvällä yhteistyöllä olevan suoran suhteen hyvän hoitotyön toiminnan laatuun. Hyvä ilmapiiri ja hyvä yhteistyö on ominaista hoitoyhteisöissä, joissa keskeinen motiivi on sitoutuminen yhteisöön, sen tavoitteisiin ja toimintaan. Toimintaa luonnehtii kannustava ilmapiiri, luovuus, visiot, korkeat eettiset arvot, erilaisuuden sieto, suunta tulevaisuuteen ja oppiva yhteisö. (Paunonen 1993)

Hyvä hoitotyön ilmapiiri on demokraattinen, potilaskeskeinen. Tällaisella osastolla opiskelijat nähdään oppijoina eikä työntekijöinä (Fretwell 1982). Opiskelijan oikeutta opiskella harjoittelupaikalla arvostetaan. Heidä kohdellaan yksilöllisesti ja heidät otetaan mukaan osaston työryhmiin (Jokela 1995). Henkilökohtainen ohjaussuhde ja tasavertainen suhtautuminen opiskelijaan on koettu ilmapiiriä parantavaksi (Mettälä 1994). Samoin vapaamuotoisella ja myönteisellä oppimisilmapiirillä ja kilpailun välttämällä on itseohjautuvuutta ja oppimista edistävä vaikutus (Koro 1992).

KOHOKE-kokeilussa kiinnitettiin huomiota oppimismyönteiseen ilmapiiriin. Kokeilun aikana sekä opettajat että opiskelijat kokivat olevansa hoitoyhteisön jäseniä, koska heidät otettiin mukaan hoitoyhteisöön sen tasavertaisina jäseninä. Hierarkisuus väheni ja tilalle saatiin luotua entistä yhteistoiminnallisempi, tukevampi ja kunnioittavampi työ- ja opiskeluilmapiiri. Oppimisilmapiiri muuttui kokeiluyksikössä entistä myönteisemmäksi ja opiskelijaa alettiin arvostaa enemmän. Vuorovaikutussuhde pääsi kehittymään oppimista edistäväksi. Suunnitelmallisuus ja tehokkuus ohjauksessa lisääntyi. Suhde

opiskelijaan parani, koska vastuu opiskelijasta oli henkilökohtaisesti ohjaajalla. (Hokkanen ym. 1994)

Quinn (1988) analysoidessaan tutkimuksia, joissa opiskelijat arvioivat hyvää kliinistä oppimisympäristöä, päätyi johtopäätöksessään neljään hyvää kliinistä oppimisympäristöä kuvaavaan tekijään. Tällaisessa oppimisympäristössä, ensiksikin, henkilökunnalla on humanistinen lähestymistapa opiskelijoihin. He osoittavat mielenkiintoa opiskelijoita kohtaan, heitä on helppo lähestyä ja he tukevat opiskelijan itsetunnon kasvamista. Toisena tekijänä Quinn mainitsee hoitohenkilökunnan ryhmätyöskentelyn, johon opiskelija voi osallistua ja näin tuntea olevansa osa työyhteisöä. Kolmanneksi Quinn tuo esiin osaston hallinnollisen tyylin, jonka tulisi olla tehokas mutta joustava. Tällaisella osastolla opiskelijan ohjaaminen nähdään osaksi sen toimintaa. Opiskelijoille annetaan vastuuta ja rohkaistaan olemaan aloitteellisia. Käytännön opetus ja teoriaopetus on integroitua. Neljäntenä tekijänä hyvässä kliinisessä oppimisympäristössä nousi esille opiskelijoiden toive siitä, että opettaminen tapahtuu esimerkein sekä formaalisin menetelmin.

Campbellin ym. (1994) tutkimuksessa hyvästä kliinisestä oppimisympäristöstä, opiskelijat kertoivat siitä kuvaamalla hyvää kliinistä oppimisympäristöä hyvän kliinisen työpäivän muodossa. Opiskelijoiden mielestä hyvä kliininen päivä muodostui hyvästä potilashoidosta ja hyvistä vuorovaikutussuhteista sekä ohjaajien ja opiskelutovereiden hyväksynnästä. Oppiminen edistyi, jos opiskelijat tunsivat saavansa tukea opettajaltaan, henkilökunnalta sekä opiskelutovereiltaan. Se loi turvallisen ympäristön, joka vähensi opiskelijoiden pelkoja, huolia, ahdistusta ja mahdollisti oppimisen.

Wilson-Barnett, Butterworth, White, Twinn, Davies & Riley'n (1995) tutkimuksessa Projekti-2000:n sairaanhoidon opiskelijoiden saamasta tuesta kliinisillä kentillä, opiskelijat ja ohjaajat tunnistivat muun muassa seuraavat oppimista edistävät tekijät: Opiskelijalla on opiskelijan status, henkilökunta on sitoutunut ohjaamiseen, opiskelijat työskentelevät läheisessä yhteistyössä henkilökunnan kanssa, henkilökunnalla on aikaa opiskelijalle ja heillä on voimavaroja antaa tukea opiskelijoille, osastolla vallitsee hyvä ryhmähenki, opettajat ovat säännöllisessä yhteydessä hoitotyön kliiniseen kenttään ja opiskelumahdollisuudet kliinisillä kentillä ovat hyvin suunniteltuja.

KOHOKE-kokeilussa osoitettiin, että kliinisen kentän tulee järjestää monipuolisesti oppimismahdollisuuksia niin, että

opiskelija pystyy harjoittelemaan erityisesti hoitamisen taitoja (Hokkanen ym.1994). Myös erilaiset oppimisresurssit kuten kirjallisuus, audiovisuaaliset välineet ja erilaiset opetus-paketit ovat tärkeitä oppimisen mahdollistajia. Jarvis'n (1992) mielestä oppimiskeskus, jolla hän tarkoittaa esimerkiksi kirjastoa, on tärkeä auttava tekijä hyvässä kliinisessä oppimisympäristössä. Hän painottaakin, että opiskelijat tulisi opettaa tällaisten sairaalakirjastojen käyttöön.

Opiskelijat tulevat osastolle oppimaan laadukasta ja hyvää hoitamista. Hyvä hoitaminen on myös tärkeä osa hyvää oppimisympäristöä. Potilaan hyvinvointi ja opiskelijan hyvinvointi ovat sidoksissa toisiinsa (Orton 1981). Hyvä hoito käsitteellä voi olla erilainen sisältö riippuen siitä, mistä näkökulmasta ilmiötä tarkastellaan. Heidän mukaan hoitaminen vaatii tahtoa, tarkoitusta ja osaamista, jotka perustuvat tietoon ja viisauteen. (Bondas & Salonen 1992) Kalkaksen (1988) mielestä hyvän hoitamisen edellytys on muunmuassa se, että hoitavalla henkilöllä on vahva tieto- ja taitoperusta, joka antaa mahdollisuuden ajatukselliseen liikkuvuuteen, luovaan tietojen soveltamiseen sekä tasavertaiseen yhteistyöhön.

Hyvä hoitotyön kliininen kenttä on määritellyt myös oman toimintansa filosofisen perustan. Poteet & Hillin (1988) mukaan hoitotyön filosofia sisältää ilmauksen hoitotyön arvoista, jotka ovat eettisiä olettamuksia hoitotyön peruskäsitteistä: potilaasta, hoitajasta ja hoitotyöstä. Arvot toteutetaan toiminnassa. Jokaisen hoitajan tulee olla tietoinen omasta arvopuolestaan ja siitä, mitä se merkitsee todellisuudessa ymmärtääkseen toisen ihmisen arvoja.

Kalkaksen (1988) mukaan hyvä hoitaminen on päämäärätietoista toimintaa asiakkaan tai potilaan hyvän edistämiseksi. Se on kokonaisvaltaista, potilaan tarpeisiin vastaavaa ja hänen itsemääräämisoikeutensa säilyttävää toimintaa. Hyvä hoito on myös turvallista, potilaan omatoimisuutta tukevaa ja prosessiluonteista (Merisalo 1993). Kokonaisvaltainen, yksilökeskeinen potilashoito edistää opiskelijan syvällistä oppimista kun taas tehtäväperusteinen hoitotyö saa aikaan automaattista toimintaa ja estää kekseliään oppimisen (Fretwell 1982).

Palvelujen käyttäjän, asiakkaan tai potilaan, arviointi hoidosta on myös keskeistä ja välttämätöntä. Palvelujen saaja arvioi kokemusmaailmansa kautta hoitotilanteeseen ja siihen liittyvään päätöksentekoon sisältyviä asioita. Hänellä ei kuitenkaan ole tietoa kaikista hoitamiseen liittyvistä tekijöistä. Tämän vuoksi palvelujen käyttäjän käsitys hyvästä hoidosta voi olla erilainen kuin ammattihenkilöillä (Perälä 1995). Palve-



lujen käyttäjien pitäisi saada olla mukana terveystalvelujen suunnittelussa ja johtamisessa, sillä monet nykyiset hoitotyön palvelumallit ovat hoitotyön ammatillisten yhteisöjen päättämiä eikä palvelujen käyttäjiltä ole kysytty mielipidettä kuin vasta palvelujen käyttämisen jälkeen. Tällaisia ammattilaiset ekspertteinä malleja, joissa hoitotyön ammatilliset itse ovat määritelleet, mitä on saavutettava ja asettaneet itse niille standardit ja kriteerit, tulisi välttää (Nolan & Scott 1993)

Hoitotyön oppimisen ja ammatillisen kehityksen suhteen on eroja eri sairaaloiden välillä ja sairaalan sisälläkin. Toiset sairaalat ja toiset osastot sairaaloiden sisällä ovat enemmän oppimista ja ammatillista kehitystä tukevia kuin toiset. Erot osastojen välillä saattavat heijastaa klinikan erikoisalalan luonnetta mutta myös oppimisyhteisössä vallitseva hoitoalan perinne voi olla enemmän kuuliaisuutta, nöyryyttä ja vaikene- mista kuin kriittistä ajattelua suosiva. (Mäkisalo 1994; Blomster 1995)

Koska ihmiset tekevät hoitamisen ympäristöstä hyvän oppimis- ympäristön tarkastellaan seuraavaksi opiskelijan kliinisen ken- tän ohjaajan roolia ja opettajan roolia opiskelijan hoitamaan oppimisen tukijoina.

### 2.3. Ohjaaja opiskelijan ammattiin kasvamisen tukijana kliini- sessä opiskelussa

Käytännön ohjaajalla tarkoitetaan suomalaisessa hoitotyön kou- lutuksessa sairaalan tai muun sosiaali- ja terveydenhoitoalan toimintayksikön hoitotyöntekijää, joka osallistuu opiskeli- joiden ohjaukseen osana jokapäiväistä työtään. Käytännön ohjaa- ja on virkasuhteessa opetuspaikkana olevaan organisaatioon ja hänellä on velvoite osallistua ohjaukseen, joka määritellään muunmuassa kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa, or- ganisaatioiden johtosäännöissä ja viranhakuilmoituksissa. (Käy- tännöllinen opetus 1989; Paukkala 1994) Ohjaaja toimii osas- tolla uuden työntekijän tai opiskelijan omana hoitajana varsi- naisen sairaanhoitajan työnsä ohella (Hart & Rotem 1995).

Suomessa opiskelijalla on kliinisellä kentällä joko henkilö- kohtainen ohjaaja tai päivittäin vaihtuva ohjaaja. Oma ohjaaja- järjestelmä on koettu hyväksi ja opiskelijan oppimista edis- täväksi keinoksi. Opiskelijat pitävät järjestelmää hyvänä oman ammatillisen kehittymisen kannalta, koska he oppivat omalta ohjaajaltaan uusia näkökulmia hoitotyöhön. (Hokkanen ym. 1994) Myös Barlow (1991) painottaa ohjaaja-opiskelijasuhteen pitkä-

kestoista luonnetta. Leen (1989) määritelmän mukaan ohjaajalla on piirteitä opettajasta, resurssihenkilöstä, rohkaisijasta ja erilaisten kokemusten järjestäjästä jokapäiväisessä hoitotyössä. (Earnshaw 1995)

Englantilaisessa hoitotyön koulutuksessa ohjaajalla on erilaisia nimikkeitä sen mukaan millainen ohjaussuhde hänellä on opiskelijaan nähden. Riippumatta käytetystä nimikkeestä, ohjaussuhteet sisältävät kuitenkin samoja tekijöitä. Tavoitteena niissä kaikissa on opiskelijan mahdollisimman hyvä ohjaus. Barlow (1991), Morle (1990) ja Wilson-Barnett ym. (1995) käyttävät ohjaajista muunmuassa seuraavanlaisia nimityksiä mentor, preceptor, supervisor, assessor. Mentor on opiskelijan oppimisen mahdollistaja. Hän arvioi opiskelijan edistymistä, tukee, valvoo, ohjaa ja on roolimalli opiskelijalle. Edellytyksenä on, että mentor tapaa opiskelijoita säännöllisesti ja, että rooli on selkeästi määritelty. Barlow (1991), Dunn & Barnett (1995), Morle (1990) ja Wilson-Barnett ym. (1995), mukaan mentorin pitäisi olla henkilö, jolla on vakiintunut ammatillinen ura. Hän on viisas ja luotettava neuvonantaja sekä ystävällinen, joka voi ylläpitää kestäväää ja tukeavata suhdetta opiskelijan kanssa (Fawcett & McQueen 1994).

Preceptor on Morlen (1990) näkemyksen mukaan henkilö, joka on välittömässä vuorovaikutuksessa opiskelijan kanssa kliinisellä kentällä. Hän on roolimalli ja jokapäiväisen käytännön hoitotyön kokemusten mahdollistaja ja resurssioija (Fawcett & McQueen 1994; Earnshaw 1995). Burnard (1990) määrittelee eron mentorin ja receptorin roolien välille. Hänen mielestään preceptor on enemmän kliinisesti aktiivinen ja enemmän roolimalli kuin mentor. Preceptor on ohjaajana kiinnostuneempi opettamisesta ja opiskelijan oppimisesta kuin mentor, joka kyllä on tekemisissä kyseisten asioiden kanssa mutta, jolla on opiskelijaan lähempi ja persoonallisempi suhde. Preceptor mahdollistaa opiskelijan optimaalisen sosiaalistumisen kenttään auttaen ja ohjaten opiskelijaa. Hän myös tukee opettajaa, jonka rooli on enemmänkin vierailijan rooli opiskelijan ohjauksessa. (Earnshaw 1994)

Barlow (1991) tunnistaa opiskelijan ohjauksessa myös supervisorin ja assessorin roolit. Supervisor voi olla nimetty hoitaja työvuorossa, joka on määrätty valvomaan, ohjaamaan ja opettamaan opiskelijaa ja, joka näin lyhyen ajan voi toimia opiskelijan roolimallina ja ystävänä. Assessor on henkilö, joka on saanut koulutuksen opiskelija-arvioinnista. Hän varmistaa, että opiskelijan oppimistarpeet huomioidaan osastolla ja että opiskelijan oppiminen myös arvioidaan. (Fawcett & McQueen 1994)

Earnshaw'n (1995) tutkimuksessa kolmannen vuoden sairaanhoidonopiskelijat (N=19) arvioivat ohjaajan (mentor) roolia. Suurin osa opiskelijoista näki ohjaajalla olevan merkittävän roolin heidän kliinisessä harjoittelussaan. Tukijan rooli oli opiskelijoiden mielestä ohjaajan avainrooli. Ohjaaja vähensi stressiä ja auttoi orientoitumaan ja asettumaan osastolle. Ohjaaja antoi opiskelijoille johonkin kuulumisen tunteen. Emotionaalisen tuen (vrt. Flagler ym. 1988) lisäksi ohjaaja auttoi opiskelijaa myös kehittämään teknistä kompetenssiaan. Opiskelijat näkivät myös ohjaajan yhtenä tehtävänä opiskelijaan luottamisen, heille vastuun antamisen ja opiskelijan kykyjen "esiin houkuttelemisen". (Earnshaw 1995)

Niin Englannissa kuin Suomessakin ohjaajan rooli on kaksitahoinen. Hänen ensisijainen tehtävänsä on potilaiden ja asiakkaiden hoito ja opiskelijan ohjaus on vasta toisella sijalla (Craddock 1993; Hentinen 1989).

Chambell ym. (1994) näkevät, että tehokkuusajattelu hoitotyössä vaikeuttaa ohjaajien sitoutumista opiskelijoiden oppimisen tukemiseen kliinisillä kentillä. Munnukka (1994) on todennut, että Suomessa osaston virkamäärissä ei ole riittävästi otettu huomioon opiskelijoiden ohjausta. Tällä hetkellä sairaaloissa näyttäisi olevan liian vähän henkilökuntaa. Kiire hoitotyössä ja ohjausmahdollisuuksien vähyys voivat hankaloittaa opiskelijan ohjausta.

Suomalaisissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa on todettu, että opiskelijan toimintaa käytännön opiskelun aikana usein ohjaa eniten hoitohenkilökunnan toiminta, ei niinkään opettajien antamat ohjeet (Hentinen 1989; Rajala 1993). Käytännön ohjaajilla on sellaista arvokasta kliinistä tietoa hoitotyöstä, jota voi olla koulussa vaikea opettaa. Toimiessaan opiskelijoiden kanssa todellisissa hoitotilanteissa käytännön ohjaajat välittävät kliinistä tietouttaan potilaan hoidosta. Käytännön ohjaajien avulla opiskelijat voivat syventää ja laajentaa hoitotyön tieto-taitoperustansa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1989) KOHOKE-kokeilussa ohjaajan todettiin välittäneen omalla esimerkillään opiskelijalle kokemuksiaan hoitotyöstä ja sen kehittamisestä (Hokkanen ym. 1994). Ohjaajan tieto, asenne ja kommunikaatiotaidot ovat kriittisiä tekijöitä opiskelijan oppimiselle (Campbell ym. 1994).

Käytännön ohjaajat ovat roolimalleja opiskelijoille, kun nämä harjaantuvat hoitajan rooliin ja yhteistyöhön muiden potilasta hoitavien henkilöiden kanssa (Flagler 1988; Gerrish 1992; Havanto 1986; Mettälä 1994; Mogan & Knox 1987; Thorell-Ekstrand & Björvell 1995). Opiskelijat saavat roolimalliltaan vaikuttei-

ta kliinisiin taitoihin ja tietoihin sekä hyvistä että huonoista kokemuksista. He saavat vaikutteita myös asenteisiin, kuinka itse aikanaan opettaa tulevia opiskelijoita. (Earnshaw 1995) Ohjaajilla on erittäin tärkeä rooli muovattaessa opiskelijoiden asenteita hoitamista kohtaan. Ohjaajat ovat myös niitä henkilöitä, jotka rohkaisevat opiskelijaa uskomaan itseensä ja siihen, mitä he tekevät. Opiskelijat kokevat hyvän roolimallin toimivan parhaana tiedonsiirtäjänä. Ohjaajalta etsitään neuvoja ja hänelle tehdään hoitotyöhön liittyviä kysymyksiä. Huonot, joustamattomat roolimallit eivät salli itsenäisyyttä opiskelijalle ja näin ne estävät oppimista. (Champbell ym. 1994)

Ohjaajat, jotka ovat itse kokeneet opiskelijan aseman ja ymmärtävät opiskelijan aseman hoitoyhteisössä, ottavat opiskelijat mukaan hoitotyöhön yhteistyökumppanikseen antaen vastuuta opiskelijoille heidän taitojensa mukaisesti. Opiskelijat näkevät tällaisen henkilökunnan erinomaisena. Ohjaajat antavat opiskelijoille sopivasti ohjausta ja toimivat hyvinä roolimalleina, vaikka heillä olisi kuinka raskas työtaakka tahansa ja vaikka heillä olisi vaikeitakin kliinisiä hoitotilanteita vastuullaan. (Wilson-Barnett ym. 1995)

Ohjaajan ja ohjattavan suhde muuttuu opiskelun kuluessa (Rajala 1991). Kliinisen jakson alussa ohjaaja opettaa osaston tavoille ja kotiuttaa osastoon. Myöhemmin suhde on enemmän tasavertainen. Silloin opiskelija tarvitsee vähemmän ohjaajaa mutta ei halua kuitenkaan olla ilman ohjaajaa. Opiskelijan käytöksestä riippuu, kuinka suhde kehittyy. Jos opiskelija on kiinnostunut oppimaan hoitotyötä, silloin ohjaaja alkaa ohjaamaan ja opettamaan. Ohjaajan ja opiskelijan toimiessa parina, he vaikuttavat tasapuolisesti suhteeseen ja oppivat näin tuntemaan toistensa heikkoudet ja vahvuudet. Tällainen suhde toimii parhaiten. (Earnshaw 1995)

Bennerin (1984) mukaan edistyneen opiskelijan tulisi saada kliinistä ohjausta edistyneet taidot omaavilta ohjaajilta. Aloittelevien sairaanhoidonopiskelijoiden ohjaajien ei tarvitse olla yhtä pitkälle edistyneitä, mutta heidän on pystyttävä tuomaan esiin ne periaatteet ja suuntaviivat, joiden avulla aloittelija pystyy toimimaan käytännön tilanteissa turvallisesti ja tehokkaasti. Käytännön ohjaajan tuki ja rohkaisu auttavat opiskelijaa luottamaan omiin kykyihinsä.

Tutkimusten mukaan (Windsor 1987; Wong & Wong 1987) opiskelijat kokivat kliinisen opiskelun rasittavampana kuin luokassa tapahtuvan opiskelun. Varsinkin opiskelun alkuvaiheessa opiskelijat tunsivat epävarmuutta ja jännitystä. He kokivat saaneensa

usein liian vähän tukea hoitohenkilökunnalta ja he uskoivat myös, etteivät hoitajat arvostaneet heitä, eikä heidän koulutusohjelmaansa (Campbell ym.1994). Opiskelijat katsoivat, että mitä varhaisemmassa vaiheessa opiskeluaan he olivat, sitä riippuvaisempia he olivat ulkoisista tekijöistä, kuten ohjaajistaan (Hokkanen ym. 1994; Rajala 1991).

Opiskelijoiden oppimista hämmentää myös hoitohenkilökunnan erilaiset työtavat (Blomster 1995; Blomster & Vanhanen 1995). Aloittelevalle opiskelijalle on ongelmallista, että osastolla on monin eri tavoin toimivia hoitajia (Paulin 1991). Myös Carrolin (1992) tutkimuksessa todetaan opiskelijoiden oppimista vaikeuttavan jokaisen käytännön hoitotyötä opettavan oma tapa toimia, kärsimättömyys hidasta opiskelijaa kohtaan sekä tietämättömyys opiskelijan tieto-taitotasosta. Ohjaajat, jotka antavat aikaa oppia ja ilmaisevat sen opiskelijoille, mahdollistavat oppimisen (Campbell ym. 1994).

Kliininen opiskelu voi saada aikaan stressin tuntemuksia, joiden käsittelyyn opiskelijoiden tulisi saada tukea. Opiskelijat näyttävät tarvitsevan tukea stressiin kolmenlaisissa tilanteissa: Silloin kun opiskelija aloittaa työnsä osastolla ensimmäistä kertaa, toiseksi silloin kun opiskelija on tuntemattomassa ympäristössä. Kolmas tilanne, jossa tukea tarvitaan, on se kun opiskelija huomaa omalla toiminnallaan olevan tärkeän vaikutuksen muihin ihmisiin. Opettajan ja ohjaajan on huolehdittava, että opiskelija voi keskustella pelkotiloistaan ja saada ohjausta arvioidessaan toimintaansa jälkikäteen. Stressiä ja ahdistusta voidaan vähentää opiskelijoiden asianmukaisella ja riittäväällä valmentamisella kliinisille jaksoille. (Ward 1993)

Ohjaussuhteen toimivuudelle olisi edullista, että ohjaaja ja ohjattava olisivat valikoituneet vapaaehtoisuuden pohjalta (Earnshaw 1995). Ohjaajia tulisi olla riittävä määrä ja heidän tulisi olla valmistautuneita ohjaajan rooliinsa. Ohjaajilla tulisi olla mahdollisuus viettää mahdollisimman paljon aikaa opiskelijoiden kanssa ja stressaavista tilanteista tulisi keskustella heidän kanssaan. Näin välttytään siltä tunteelta, että opiskelija olisi "heikko" tai epäonnistunut jollain tavoin, koska hän ilmaisee tunteitaan (Ward 1993)

Opiskelijoiden mielestä käytännön ohjaajien vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä (Mogan & Knox 1987; Windsor 1987; Flagler ym. 1988; Marriot 1991). Luottamuksellinen vuorovaikutussuhde käytännön ohjaajan ja opiskelijan välillä on tärkeää oppimista tukevan ilmapiirin luomisessa (Campbell ym. 1994; Gerrish 1992; Owen 1993).

KOHOKE-kokeilussa opiskelijat olivat tyytyväisiä ohjaukseen, kun avoin vuorovaikutus ohjaajien ja opiskelijoiden välillä lisääntyi. Näin vuorovaikutussuhde pääsi kehittymään oppimista edistäväksi. Opiskelijat tunsivat olevansa tasavertaisia hoitoyhteisössä (Hokkanen ym. 1994). Laakkosen (1994) mukaan henkilökohtainen ohjaussuhde ja tasavertainen suhtautuminen opiskelijaan on koettu ilmapiiriä parantavaksi.

Ward (1993) tutkiessaan ensiapupoliklinikkaa kliinisenä oppimisympäristönä toteaa opiskelijoiden tarpeiden olevan yksilöllisiä ja harjoittelupaikkakohtaisia. Opiskelijoiden ohjaajien tulee olla tietoisia opiskelijoiden taidoista ja heidän yksilöllisistä tarpeista. Perehdytyskeskustelu, jossa sekä opiskelija että hoitaja tutustuvat toisiinsa, on tärkeää. Opiskelijan ja hoitajan tulisi työskennellä yhdessä tunnistaakseen oppimistavoitteet, joihin opiskelijan pitäisi päästä kliinisen jakson aikana.

Suomessa nähdään ohjaajan yhtenä hallinnollisena tehtävänä opiskelijan perehdyttäminen työyksikköön. Ohjaajan vastuu kliinisessä ohjauksessa tarkoittaa sitä, että hän on varmistunut opiskelijan tiedoista ja taidoista ja, että hän riittävästi kykenee valvomaan opiskelijan toimintaa. (Terveystieteiden keskiasteen.. 1988)

Opiskelijalle määrätty oma ohjaaja antaa opiskelijalle turvallisuuden, johonkin kuulumisen tunteen ja opiskelijalla on näin joku, jolta kysyä neuvoja ja ohjeita. Oma ohjaaja maksimoi myös oppimista. (Earnshaw 1995; Paukkala 1994) KOHOKE-kokeilussa ohjaajan rooli selkiytyi. Ohjaajat tulivat tietoisemmiksi tavoitteellisesta ohjaamisesta. Kokeilussa jokaisella opiskelijalla oli oma ohjaaja, joka tiesi opiskelijan tavoitteet ja pystyi ohjaamaan näiden suuntaisesti. Ohjaaja perehdytti opiskelijan opiskeluympäristöön ja vastasi myös opiskelijan arvioinnista koko jakson ajan. Opiskelija työskenteli oman ohjaajansa kanssa mahdollisimman paljon samoissa vuoroissa. Tarpeen vaatiessa jokainen työyksikön jäsen ohjasi opiskelijaa. Ohjauksessa korostui entistä enemmän opiskelijan itseohjautuvuuteen tukeminen sekä tilannekohtainen ja päivittäinen palaute suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. (Hokkanen ym. 1994)

Wilson-Barnett ym. (1995) tutkimuksessa Projekti-2000:n opiskelijoiden saamaan kliiniseen tukeen vaikuttavista tekijöistä todettiin, että jos henkilökunta tuki toinen toisiaan, he olivat kykeneviä tukemaan myös opiskelijoita. Sellainen henkilökunta, joka oli kiinnostunut antamaan hyvää potilashoitoa ja,

joka omasi edistyksellisiä asenteita hoitotyöstä, oli myös tietoinen vastuustaan opiskelijoistaan ja oli kiinnostunut jakamaan tietojaan. Työyhteisön tavat ja henkilökohtaiset tavat vaikuttivat siihen, kuinka hyvin uusien opiskelijoiden tuloon valmistauduttiin ja kuinka opiskelijan hyvinvoinnista välitettiin. Tällainen hoitohenkilökunta inspiroi opiskelijoita ja opiskelijat olivat kiinnostuneita ottamaan osaa hoitotyöhön. Tällainen henkilökunta oli myös sitoutunut hoitotyön kehittämiseen ja opettamiseen. Henkilökunta työskenteli läheisessä yhteistyössä opiskelijoiden kanssa. Henkilökunnalla oli aikaa opiskelijoille ja heillä oli myös kapasiteettia olla tukea antavia.

Wilson-Barnett ym. (1995) mukaan hyvän hoidon, hyvän ryhmähengen ja positiivisen oppimisympäristön tunnusmerkkejä ovat hoidon jatkuvuutta antavat yksilövastuinen hoitotyö tai ryhmätyö sekä vastuullisuutta hoidossa osoittava nimetty hoitaja. Tällaisilla osastoilla opiskelija on integroituneena henkilökuntaan. Henkilökunta ottaa heidät huomioon suunnitellessaan esimerkiksi työvuoroja. Sekä alku- että loppuvaiheen sairaanhoidonopiskelijat tunsivat saavansa tasoaan vastaavaa ohjausta ja tukea tällaisilla osastoilla.

Opiskelijat odottavat käytännön ohjaajien olevan vaativia ja aktivoivan kysymyksillään heitä pohtimaan ja selvittämään asioita syvemmin kuin, mihin he pystyvät ilman tukea. Tärkeää on, että käytännön ohjaaja on kiinnostunut opiskelijasta persoonana, ottaa heidät huomioon ja arvostaa heidän mielipiteitään, antaa myönteistä kannustusta ja palautetta eikä pidä opiskelijoita vain arvioinnin kohteina. (Flagler ym. 1988; Ahlroth & Harala 1990; Windsor 1987; Wong & Wong 1987)

Earnshaw'n (1995) tutkimus osoitti, että opiskelijat pitivät koko osastohenkilökuntaa hyvinä ohjaajina vankan kokemuksen ja tiedon vuoksi. Nuoria hoitajia pidettiin ammatillisesti opiskelijoita lähinnä olevina (vrt Flagler ym. 1988), koska nuoret hoitajat pystyivät muistamaan opiskelun stressaavuuden. Vähemmän koulutettuja hoitajia arvostettiin siksi, että he olivat yleensä kauan työskennelleet osastoilla. Heillä oli laajat tiedot ja halukkuutta tukea opiskelijoita (Earnshaw 1995). Watts (1989) osoitti, että niillä osastoilla, joita pidettiin hyvinä oppimisympäristöinä, ei opiskelijoita ohjattu sen paremmin kuin huonoissa oppimisympäristöissä. Kuitenkin opiskelijoiden hyväksi luokittelemisissa oppimisympäristöissä opiskelijat luottavaisemmin mielin lähestyivät hoitajia saadakseen apua. Wilson-Barnett ym. (1995) mukaan hyvissä oppimisympäristöissä opiskelijoita rohkaistiin kysymysten tekoon, henkilökunnalla oli positiivinen asenne uusimuotoisen koulu-

tuksen opiskelijoita (Project 2000 opiskelijat) kohtaan ja henkilökunta oli valmistautunut hyvin ottamaan vastaan opiskelijoita kliiniseen harjoitteluun.

Ohjaajan opetus- ja ohjaustehtäviin kuuluu arviointi (Terveydenhuollon keskiasteen.. 1988). KOHOKE-kokeilussa todettiin, että ohjaajan tulee antaa jatkuvasti palautetta ja arvioida opiskelijan saavutuksia (Hokkanen ym. 1994). Palautteen ja arvioinnin antaminen myönteisessä ja turvallisessa ilmapiirissä vahvistaa opiskelijan ammatillista kehittymistä (Best, Abbott & Carswell 1990; Flagler ym 1988; Jinks 1991). Opiskelijat hyväksyvät myös kriittisen palautteen, jos käytännön ohjaaja on ensin luonut luottamuksellisen ja välittävän suhteen heihin. Jos käytännön ohjaajat eivät korosta arvioijan rooliaan, vaan auttavat luomaan oppimista sallivan ilmapiirin, silloin opiskelijat pitävät virheitä oppimismahdollisuuksina eikä kritiikkinä ja rangaistuksena. (Fawcett & McQueen 1994)

KOHOKE-kokeilussa osoitettiin se, että kun ohjaaja tunsu opiskelijan kehityksen ja tämän henkilökohtaiset tavoitteet jakson aikana, arviointi muuttui oikeudenmukaisemmaksi ja yleensä oli samansuuntainen kuin opiskelijan omat arviot itsestään. Opiskelutavoitteet ohjasivat arviointia ja opiskelijat totesivat saaneensa riittävästi tukea sekä opettajilta että ohjaajilta henkilökohtaisten tavoitteidensa saavuttamisessa. Päivittäiset arvioinnit ja keskustelut ohjaajan kanssa antoivat välittömän palautteen. Opiskelija sai tietää heti, missä hän onnistui hyvin ja missä oli taas kehittymisen varaa. (Hokkanen ym. 1994)

Opiskelijan inhimillistä kasvua voidaan tukea vastaamalla opiskelijan yksilöllisestä kasvuprosessista aiheutuviin ohjaustarpeisiin. Suurin osa opettajista ja ohjaajista tiedosti yksilöllisiin ohjaustarpeisiin vastaamisen merkityksen ammatti-kasvamisessa. (Ahlroth & Harala 1990) KOHOKE-kokeilussa ohjaaja pystyi tukemaan opiskelijan ammatillista kasvua ja ammatti-identiteetin muodostumista. Ohjaaja vaikutti siihen, että opiskelija hahmotti hoitamisen kokonaisuuden ja hänen kauttaan opiskelija selvitti itselleen tulevan ammattinsa toimenkuvaa. Ohjaaja pystyi innostamaan opiskelijaa työstämään uusia asioita ja etsimään oppimistilanteita sekä hakemaan uutta tietoa. Henkilökohtaiset ohjaajat kokivat pystyvänsä tukemaan opiskelijan itseohjautuvuutta aikaisempaa enemmän, koska he oppivat tuntemaan opiskelijan. (Hokkanen ym. 1994)

Hoitohenkilökunta voi kokea opiskelijoiden harjoittelun kliinisillä kentillä niin positiivisena kuin negatiivisenakin asiana. Opiskelijoiden läsnäolo osastolla koettiin Wardin



(1993) tutkimuksessa antavana. Fox (1991) huomasi, että ohjaajan ja opiskelijan työskentely yhdessä saattaa johtaa molempien osapuolien ammatilliseen kehitykseen. Wardin (1993) tutkimuksessa henkilökunnan mielestä opiskelijat pitivät heitä ajan tasalla ja auttoivat ajattelemaan antamaansa hoitoa. Näin ohjaajat saivat uuden näkökulman hoitoon, joka on hyödyksi varsinkin pitkään osastotyössä toimineille. Henkilökunta oletti myös potilashoidon osastolla kärsivän, jos siellä ei ole opiskelijoita. Ohjaajana toimiminen antoi myös paineita koulutetuille sairaanhoitajille pysyä ajan tasalla.

Jos henkilökunta on tyytymätöntä ja he tuntevat itsensä yllirasittuneiksi, opiskelijat nähdään lisärasituksena. Jos henkilökunta ei itse arvosta mahdollisuuksiaan opiskelijoiden ohjauksessa, he näyttävät voivan tarjota vähemmän tukea opiskelijoille. Kaikenkaikkiaan henkilökunta näkee tärkeämpänä kliinisen hoitotyön kuin opiskelijoiden ohjauksen. (Wilson-Barnett ym. 1995) Ahlrothin ja Haralan (1990) tutkimuksessa todettiin ohjaajien ja opettajien kokeneen kliinisen ohjauksen enemmän vaikeana kuin helppona asiana. Vuorotyö ja ajanpuute olivat ohjausta hankaloittavat tekijät.

Kouluttautuminen on tärkeää myös ohjaajalle (Jarvis 1992; Paananen 1993). Ohjauksellisen pätevyyden saavuttaminen ja sen ylläpitäminen vaativat vankkaa ammattitaitoa omassa työssä, ohjaamisen ja opettamisen harjoittelua ja opetusmyönteisyyttä eli motivaatiota opiskelijoiden opettamiseen. Koulutuksen kehittäminen on yhteistyötä, jossa kehittämistarpeen tiedostaminen ja hyväksyminen sekä itse kehittämistoiminta on kaikkien osapuolten tehtävä. Paanasen (1993) tutkimus osoitti, että yhteistyön tarve on tiedostettu, sitä arvostetaan ja halukkuutta siihen oli.

Wilson-Barnett ym. (1995) tutkimuksessaan huomasivat henkilökunnan olevan valmis auttamaan opiskelijaa oppimaan kokemuksesta, mutta he tunsivat olevansa valmistautumattomia ohjaajan rooliin, kun uusimuotoisen koulutuksen opiskelijat (Project 2000 opiskelijat) tulivat kentille, koska vaatimukset heidän ohjauksestaan ovat suurempia kuin aiemman koulutuksen opiskelijoiden ohjaus. Samoin Ahlroth & Haralan (1990) tutkimuksessa ohjaajat ja opettajat kokivat ohjauksen vaikeaksi, koska he olivat epävarmoja omien ohjauskykyjen riittäväydestä.

KOHOKE-kokeilun aikana ohjaajien halu muuttaa ja kehittää hoitotyötä kasvoi. He alkoivat aktiivisemmin hakea uusinta tietoa. (Hokkanen ym. 1994) Ohjaajien olisi saatava koulutusta ammattikorkeakoulusta, opetussuunnitelmista, itseohjautuvuudesta ja kehittävästä arvioinnista (Blomster 1995; Blomster &

Vanhanen 1995). Ahlroth & Harala (1990) näkevät tärkeänä myös ohjaajien koulutuksen oppimismäkömyksestä, kliinisen harjoittelun tavoitteista ja opiskelijan lähtötason tuntemisen merkityksestä.

Paanasen (1993) tutkimuksen mukaan suurin osa vastaajista (N=200) piti opiskelijoiden oppimistavoitteista järjestettävää koulutusta joko erittäin tärkeinä tai tärkeänä aiheena. Työyhteisön tuleva kehitys ja tiedon kehitys, tieteellisen tiedon hyödyntäminen ja työmenetelmien, kuten yksilövastuinen hoitotyö, aiheuttavat koulutustarvetta. Kolme neljäsosaa vastaajista piti tutkimustiedon käyttöä opiskelijaohjauksessa joko erittäin tärkeänä tai tärkeänä koulutusaiheena. Koulutusta opetusmuodoista ja opiskelijan ohjaukseen liittyvistä vaiheista lähtien opetussuunnitelmasta ja päätyen opiskelija-arviointiin pidettiin tärkeinä. Ohjaajat olivat valmiita kouluttautumaan opetussuunnitelmien kehittämiseen. Koulutukselle toivottiin ajallista jatkuvuutta ja säännöllisyyttä niin, että koulumaailman uudistukset välittyvät harjoittelupaikkoihin.

Yhteistyön kehittäminen opiskelijoiden, käytännön ohjaajien ja opettajien välillä on nähty tärkeänä terveydenhuollon ammattiin kasvamisen kannalta (Ahlroth & Harala 1990; Leino-Kilpi 1993). Opiskelijat, opettajat ja ohjaajat voivat yhdessä suunnitella opiskelijan opiskelua osastolla ja reflektoida jälkeenpäin sitä mitä on tehty (Wilson-Barnett ym. 1995). Luokassa opitun integrointi edellyttää, että kentän ohjaajat ovat selvillä, mitä opiskelijalle on opetettu ja mitä he osaavat (Craddock 1993; Hentinen 1989).

Oppimisen kannalta on tärkeää, että teoriaopetus ja kliininen opetus tukevat toisiaan. Luokkaopetuksen ja kliinisen opetuksen integrointia vaikeuttaa se, että opiskelijoita opettavat osittain eri henkilöt. Teoriaopetuksesta vastaa opettaja mutta kliinisessä opetuksessa suuren osan ohjauksesta tekee käytännön työntekijä. (Hentinen 1989; Craddock 1993) English National Board:n (1994a) mukaan teoriaopetuksen ja käytännön opetuksen välillä on ristiriitaa. Se ilmenee Hentisen (1989) mukaan erilaisina odotuksina opettajan ja käytännön ohjaajan taholta. Opettajat odottavat opiskelijoiden olevan opiskelijoita ja soveltavan hoitotieteellistä tietoa, osa käytännön ohjaajista odottaa kuitenkin enemmän työhön osallistumista ja käden taitoja. Thorell-Ekstrand ja Björvell (1995) toteavat, että opettajien ja ohjaajien on tarpeen keskustella kliinisestä opetuksesta. Esimerkiksi hoitosuunnitelman opetuksen täytyy olla enemmän integroitu käytäntöön, jotta ero kliinisen ja teorian välillä pienenee.

Jarvisin (1992) mukaan teorian ja käytännön yhdistyminen on mahdollista vain käytännön hoitotyöntekijöissä itsessään. Eri-tyisesti ne asiantuntijahoitajat, jotka ovat pysyneet teorian kehityksessä mukana ja ovat pystyneet refleктоimaan omaa käytännön hoitotyötään, ovat niitä, joissa integroituminen näkyy. Käytännön ohjaajalla on tärkeä merkitys koulussa opitun teoratiedon muuttamisessa kliinisen opiskelun aikana taidoksi, joita hoitotyössä tarvitaan (Kuokkanen 1991; Mettälä 1994). Opiskelijan aikaisemman tieto-taitoperustan tunteminen on tärkeää, jotta opiskelijalle voitaisiin antaa sopivia tehtäviä (Eriksson 1986; Ewan & White 1986). Käytännön ohjaajat eivät koe kuitenkaan saavansa riittävästi tietoa opiskelijoiden aikaisemmasta työkokemuksesta ja teoreettisista opinnoista (Havanto 1986; Paulin 1991).

KOHOKE-kokeilussa yhteistyöhön kiinnitettiin paljon huomiota. Yhteistyö parani koulun ja kentän välillä omaohjaajajärjestelmän myötä. Opettajat olivat suoraan yhteydessä opiskelijoiden henkilökohtaisiin ohjaajiin, jotka olivat selkeästi vastuussa opiskelijoiden ohjauksesta. Ohjaajan ja opiskelijan roolit selkiytyivät. Opettaja ja kliininen ohjaaja suunnittelivat, ohjasivat ja valvoivat yhdessä opiskelijoiden kliinistä harjoittelua. Vastuu opetuksesta ja sen kehittämisestä oli kuitenkin oppilaitoksen opettajilla. Opiskelijoiden motivoiminen oli sekä kentän että koulun vastuulla. Kokeilun perusteella ehdotettiin, että opiskelijoilla, opettajilla ja kliinisen kentän ohjaajilla olisi enemmän yhteisiä neuvotteluja, joissa selkeytettäisiin opiskelun tavoitteita, sisältöä ja arviointia. Samoin ehdotettiin yhteisiä koulutustilaisuuksia, vierailuja puolin sekä toisin ja tiedonkulun parantamista. (Hokkanen ym. 1994)

Mäkisalo & Kinnusen (1995) tutkimuksessa hoitotyön johtajien käsityksistä terveydenhuolto-oppilaitoksen toiminnasta, hoitotyön johtajat toivoivat terveydenhuolto-oppilaitoksen olevan eräänlainen terveydenhuollon ammattilaisten tietokeskus, josta olisi mahdollisuus saada uusinta tietoa hoitotyön ja terveydenhuollon asioista.

#### 2.4. Opettaja opiskelijan ammattiin kasvamisen tukijana kliinisessä opiskelussa

Suomessa oppilaitoksen edustajana kliinisestä opetuksesta vastaa ammattiaineiden opettaja. Opettajan tehtävät määritellään asetuksessa (Asetus 501/87; Asetus 392/91) virkaehtosopimuksessa (Valtion työmarkkinalaitos 1995) ja oppilaitoskohtaisissa johtosäännöissä. Säädökset edellyttävät opettajan osallistumista käytännön opetukseen. (Ammattikasvatushallitus 1989)

Englannissa hoitoalan koulutuksessa on kahdenlaisia hoito-opin opettajia. Toinen vastaa teoriaopetuksesta (nurse teacher, nurse tutor) ja toinen on kliininen opettaja (clinical teacher). Teoriatiedon opettajalla on myös yhteys kliiniseen opetukseen ja kliinisellä opettajalla luokkaopetukseen, mutta painopiste on nimikkeenmukaisesti erilainen. Gerrish'n (1992) mukaan Englannissa on tavoitteena päästä yhden opettajan järjestelmään, kuten meillä Suomessa. Fawcett & McQueen (1994) näkevät opettajan roolin kliinisillä kentällä hyvin vaihtelevana ja monipuolisena (Janhonen & Vatanen 1996; Wong & Wong 1987).

Opettajan osuus kliinisen opiskelun ohjauksessa muodostuu potilaan hoidon ohjauksesta, opiskelutehtävien ohjauksesta, opiskelijan ammatillisen ja persoonallisen kasvun tukemisesta, arvioinnista sekä henkilökunnan ohjauksesta (Hokkanen ym 1994; Opetushallitus 1993). Kliinisen opiskelun ohjaus edellyttää opettajalta sekä hoitoalan että opettamisen asiantuntijuutta (Bevis & Watson 1989; Eriksson 1986; Janhonen & Vatanen 1996; Jinks 1991).

Sekä Suomessa että Englannissa hoitotyön opettajan rooli on ollut muutoksen alla johtuen koulutuksellisista ja yhteiskunnallisista muutoksista, kuten vähenevistä resursseista. Opettajalla nähdään olevan monidimensionaalinen rooli niin opettajana, tutkijana kuin muutosagenttina (Fawcett & McQueen 1994; Gerrish 1992; Owens 1993). Englannissa hoitoalan koulutuksen siirryttyä yliopistojen yhteyteen opettajilta odotetaan pätevyyttä sekä sairaanhoitajana että opettajana. English National Board (1989) edellyttää opettajien pitävän ajantasalla kliinisen pätevyytensä, joka tarkoittaa lähinnä sairaanhoitajan kliinisiä perustaitoja. Heidän tulee olla yliopistollinen loppututkinto hoitotieteen, kasvatustieteen, yhteiskuntatieteitten tai vastaavilla alueilla. Heidän tulee lisäksi olla aktiivisia tutkijoita. (Fawcett & McQueen 1994)

Monissa tutkimuksissa terveydenhuollon opettajan rooli käytännön opiskelun ohjaajana on todettu ristiriitaiseksi ja epäselväksi (Clifford 1993; Hokkanen ym. 1994). Vastuukysymykset ovat tuottaneet epävarmuutta, koska käytännön opetus tapahtuu organisaatiossa, jonka juridinen jäsen opettaja ei ole (Hentinen 1989; Laakkonen 1994; Paukkala 1994). Ahlroth & Haralan (1990) tutkimuksessa opettajat sanoivat ohjauksen olevan vaikeaa, koska he työskentelivät kahdessa eri organisaatiossa ja vastuukysymykset olivat epäselviä. Martin (1995) näkee kuitenkin, että kiinteä yhteistyö terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja koulutuksen välillä pienentää myös vastuukysymyksiin liittyviä ongelmia.

Opettajan tulisi olla oppimisprosessin selkeyttäjä, opiskelijoiden kanssa työskentelijä, oppimisen avustaja, sekä oppimiskokemusten resurssihenkilö. (Burnard 1994; Clifford 1993; Ravinen & Kärki 1993). Hyvä opettaja osaa ohjata opiskelijoita oppimisessa kohti tavoitteita, kohti uusia oppimiskokemuksia sekä osaa arvioida opiskelijoita objektiivisesti (Jokela 1995; Laakkonen 1994; Zimmerman & Westfall 1988). Hätösen (1990) mukaan toiminnan keskeisiä elementtejä oppimisen ohjaamisessa ovat kokonaisuuksien ja perusteiden opettaminen ja opittavan aineksen keskeisten kohtien painottaminen. Oppimisen ohjaamiseen kuuluu myös opiskelijan kannustaminen, jatkuvan palautteen antaminen, onnistumisen kokemusten järjestäminen, itsearviointiin ohjaaminen ja keskustelu opiskelijoiden kanssa.

Salmisen (1993) mukaan opetushallintoviranomaiset pitivät opettajan käytännön opetustaitoihin liittyvänä tärkeimpänä ominaisuutena opiskelijan rohkaisemista kriittiseen ajatteluun ja toiseksi tärkeimpänä opiskelijan ohjaamista jatkuvaan tiedon hankintaan. Tämä kuvastaa opetussuunnitelman tavoitteita, nykypäivän tiedonkäsitystä ja opettajan roolin muuttumista tiedonjakajasta opiskelun ohjaajaksi "tutoriksi". Jinks'n (1991) mielestä opettajalle on haaste järjestää opiskelijoille uusia oppimistilanteita. Kliinisellä kentällä oppimistilanteet voivat vaihdella suurestikin. Opiskelijan ennalta asettamat tavoitteet voivat muuttua osaston hoitotilanteiden niin vaatiessa. Tällaisten tilanteiden jälkeen opettajan tehtävä olisikin reflektoida muuttuvista tilanteista johtuvia oppimiskokemuksia yhdessä opiskelijoiden kanssa ja auttaa heitä oppimaan niistä.

Käytännöllisen opiskelun alkuvaiheessa opiskelijan motivointi, heidän ohjaamisensa orientaatioperustan luomisessa ja oppimisen eri vaiheissa edellyttää opettajalta aktiivista otetta oppimisprosessin ohjauksessa. Opiskelun edetessä ohjaavaa otetta vähennetään ja opiskelijan itsenäistä toimintaa oppimisen edistäjänä lisätään. (Kuokkanen 1991) Opettaja, opiskelijan amma-

tillisen kasvun ohjaajana, opastaa, tukee ja valvoo opiskelijaa läpi hänen opintojensa aloittelijasta asiantuntijaksi. (Fawcett & McQueen 1994)

Opiskelijat pitävät hyvää opettajaa ammattitaitoisena. On myös tärkeää, että opettaja on joustava, tasavertainen, inhimillinen ja johdonmukainen sekä käytännönläheinen opetuksessa. Innostava opettaja ideoi yhdessä opiskelijoiden kanssa, antaa heille vapautta ja luottaa opiskelijoiden kykyihin. (Janhonen & Vatanen 1996). Ammattiin opettamisessa opettajan oman profession tulee olla niin vahva, että hän pystyy auttamaan oppijan ammattiin kasvamista ja tulee olla aidosti kiinnostunut opiskelijan ammattitaidon kehittymisestä. (Opetushallitus 1993) Opettajan on säilytettävä elävä yhteys hoitotyöhön. Hänen on kyettävä soveltamaan teoriaa käytäntöön (Gerrish 1992; ENB 1989).

Monien tutkimusten mukaan terveydenhuoltoalan koulutuksen yksi heikko kohta on tietopuolisen ja käytännön opetuksen integrointi. (ENB 1993; Flagler ym. 1988; Gerrish 1992; Hentinen 1989; Mikkonen & Pitkänen 1988) Opiskelija tarvitsee käytännössä potilaiden hoitoon liittyvien asioiden yhteen nivomista ja yhteyksien osoittamista sekä niistä keskustelua (Laakkonen 1994). On tärkeää, että opiskelijalla on mahdollisuus käydä läpi käytännön hoitokokemuksiaan yhdessä opettajan kanssa. Opiskelijat eivät pysty spontaanisti integroimaan teoriaa käytäntöön (Kiiskinen & Lehtivaara 1988). Käytännön opiskelua ohjaavalle opettajalle antavat opiskelijoiden omat potilas-suhteet hyvän lähtökohdan integroida teoriaa ja käytännön hoitotyötä ja tarkastella keskeisiä hoitotyön arvoja ja periaatteita näiden potilaiden hoitotyössä (Vesanto & Munnukka 1996).

Opiskelijan oppimisessa opettajan osuutta teorian ja käytännön integroijana pidetään tärkeänä. Opiskelija tarvitsee opettajan tukea hoitotyön lainalaisuuksiin ja periaatteisiin perustuvalle toiminnalleen. (Leino-Kilpi 1989; Janhonen 1992; Salminen 1993) Erilainen todellisuus oppilaitoksessa ja hoitotyön käytännössä on opiskelijalle hankala yhdistettävä (Laakkonen 1994). Munnukka (1994) toteaa, että potilaan hoitotyön kautta opiskelijaa ohjanneet opettajat ilmaisivat löytäneensä opettajalle mielekkään paikan teorian ja käytännön integroijina. Opettaja, joka opettaa suoraan potilashoidon kautta, on nähty olevan opettajan, joka todella integroi teoriaa ja käytäntöä (ENB 1993; Fawcett & McQueen 1994).

KOHOKE-kokeilussa, jossa opettajan opetusvelvollisuus muodostui pelkästään kliinisestä ohjauksesta, todettiin, että opettajan läsnäolo lisäsi ohjaajan ja opiskelijan turvallisuutta ja mah-

dollisti teorian ja käytännön yhdistämisen. Opettaja pystyi havainnollistamaan teorian sovellutusta käytäntöön ja kykeni ohjaamaan sekä opiskelijaa että ohjaajaa teoriatiedon hyväksikäytössä. (Hokkanen ym. 1994)

Opettajan läsnäolo kliinisellä kentällä koetaan tarpeelliseksi. Hänen yksi keskeinen tehtävänsä on turvallisen ilmapiirin luominen kliinisellä kentällä. Ahlroth & Haralan (1990) tutkimuksessa kaikki (N=40) terveydenhuollon opettajaa näkivät, että turvallisen ilmapiirin luominen on hyvä keino tukea opiskelijan ammattiin kasvamista. Ohjaussuhteen ollessa riittävän turvallisen ja luottamuksellisen opiskelija voi tehdä aloitteita ja kysellä kaikkea tarvitsemaansa (Munnukka 1994). Opiskelijoiden saama tuki kliinisellä kentällä kohottaa opiskelijan itseluottamusta ja edistää opiskelijan etenemistä opinnoissa. Lisäksi se ehkäisee loppuun palamisen ja depressiivisten tunteiden kehittymistä. (Wilson-Barnett, ym. 1995)

Opettajan tulee olla aidosti kiinnostunut oppijan ammattitaidon kehittymisestä (Opetushallitus 1993). Ahlroth & Haralan (1990) mukaan opettaja tukee opiskelijaa parhaiten olemalla kiinnostunut oppijasta persoonana huomioimalla häntä ja arvostamalla hänen mielipiteitään sekä antamalla myönteistä, kannustavaa palautetta. Mäkisalo & Kinnusen (1995) mukaan opettajan tulee olla vahva ja luotettava taustatuki, joka saa opiskelijan ajattelemaan ja toimimaan itse. Opettaja tuntee opiskelijan parhaiten, joten hän on hoitotyön johtajien mielestä paras henkilö ohjaamaan opiskelijaa oppimaan hoitotyötä. Opettaja on opiskelijan ensisijainen malli hoitotyöntekijästä ja opettajan persoonana on tärkeä opiskelijan kasvun tukemisessa. Karttusen (1992) mukaan terveydenhuollonopettajat pitävät tärkeimpänä tehtävänä käytännön opetuksessa opiskelijan luotettuna ja uskottuna olemisen ja toiseksi tärkeimpänä tavoitteisesta oppimisesta huolehtimisen. Kun taas Hentisen (1989) tutkimuksessa opettajat pitivät tärkeimpänä tehtävänä opiskelun ohjausta ja keskustelua opiskelijan käytännön ongelmista. Opiskelijat odottivat opettajilta palautetta edistymisestään ja todellisiin tilanteisiin liittyvää ohjausta.

Opettaja kokee arvioinnin olevan osa omaa rooliaan, vaikka opetus muuten kentällä olisikin ohjaajien tehtävä (Hokkanen ym. 1994). Opettajalle kuitenkin jää avainasema jatkuvan käytännön arviointisysteemin suunnittelussa ja johtamisessa, vaikka sairaanhoitaja osastolla suorittaisikin opiskelija-arvioinnin. Opettaja tarkkailee, että arvioinnin tulokset osoittavat opiskelijoiden saavuttaneen kliiniselle opiskelulle asetetut tavoitteet. (Clifford 1993)

Opettajan yksi tehtävä on valmistaa kentän henkilökuntaa opiskelijoiden ohjaukseen. Ohjaajien tulisi olla hyvin perehtyneitä opetussuunnitelmiin ja niiden tavoitteisiin, joita opiskelijoiden tulisi saavuttaa kliinisillä jaksoilla. (Jinks 1991) Englannissa ENB (1989) on antanut selkeät ohjeet kliinisellä jaksolla suoritettavalle opiskelija-arvioinnille ja arvioijien koulutukselle. Voidakseen arvioida kliinistä harjoittelua arvioijien (assessor) pitää olla muodollisesti päteviä. Heille pitää järjestää sopivaa koulutusta. Opettajan tehtävä on myös seurata arviointiprosessia ja varmistaa, että arviointi tapahtuu oikeudenmukaisesti ja luotettavasti.

Opettajan rooli kliinisellä kentällä on muuttunut suhteessa osastositoutumiseen. Koska opettajalla on lisääntyvästi hallinnollisia tehtäviä, opetussuunnitelmien tekoa ja luokkaopetusta, on ongelmaksi tullut, että opettajalle ei jää aikaa ohjaamiseen kliinisellä kentällä. (Fawcett & McQueen 1994; Wilson-Barnett ym. 1995) Cliffordin (1993) tutkimuksessa, opettajan kliinistä roolista, kaksi kolmasosaa opettajista (N=35) tunsi viettävänsä liian vähän aikaa osastoilla. Enemmistö opettajista katsoi, että heillä oli aikaisemmin enemmän aikaa säännöllisiin klinikkavierailuihin. Suomalaiset tutkimukset puolestaan osoittavat, että ohjaajat ja opiskelijat toivoivat opettajan osallistuvan enemmän kliiniseen ohjaukseen (Ahlroth & Harala 1990; Leino-Kilpi 1993; Rajala 1993; Hokkanen ym 1994).

Sekä Suomessa että Englannissa opettajan rooli onkin muuttumassa enemmän yhdysopettajan rooliksi. Englannissa yhdysopettajalla on tietty määrä osastoja, joihin hän pitää yhteyttä. Yhdysopettajan tulee omata yhteistyötaitoja. Hyvät vuorovai-  
kutussuhteet osaston henkilökuntaan rohkaisevat opettajaa vierailemaan kliinisillä kentillä. Lisäksi hoitohenkilökunnan innostuneisuus hoitotyöstä sitouttaa opettajia enemmän osastoihin. Kuitenkin yhdysopettajan rooli vaatii lisämäärityä ja miettimistä kenellä on vastuu opiskelijoiden ohjauksesta kentillä, sairaanhoitajalla vai opettajalla. (Clifford 1993; Wilson-Barnett ym 1995)



### 3. HOITOTYÖN KOULUTUKSEN LAATU JA SEN KEHITTÄMINEN

#### 3.1. Laatuajattelu oppilaitoksen hallintokulttuurissa

Laatuajattelu perustuu useiden laadun kehittämisen asiantuntijoiden teoretisointeihin. Näitä laatuasiantuntijoita ovat mm. Deming, Juran, Feigenbaum ja Grosby. (Marr & Giebing 1994; Nikki 1995; Parsley & Corrigan 1995). Vaikka Omachonu ja Ross (1994) pitävät Feigenbaumin laadun tarkkailun lähestymistapaa nykyisen kokonaisvaltaisen laatujohtamisen, TQM:n (Total Quality Management) edelläkävijänä, kaikkien edellä mainitut laatuasiantuntijat ovat vaikuttaneet laatuajattelun kehittymiseen. (Omachonu & Ross 1994; Nikki 1995)

Total Quality Management (TQM), kokonaisvaltainen laatujohtaminen on laatujohtamisen malli, joka syntyi USA:ssa jo 1930-40 luvulla. Varsianisesti laadun kehittämisen läpimurto tapahtui 1950-luvulla, kun TQM:n kehittäjä Walter Deming kutsuttiin luennoimaan Japaniin laadun parantamisesta. Japanin kautta TQM palasi USA:han ja Eurooppaan. Yrityssektorilla sitä pidetään edelleen yhtenä tehokkaimmista laadun kehittämisen kokonismalleista. (Nikki 1995; Parsley & Corrigan 1995; Stähle 1993) 1980-luvun lopulla kokonaisvaltainen laatujohtaminen alkoi herättää myös kiinnostusta kasvatusalalla.

Kokonaisvaltaisen laatujohtamisen idea on siinä, että oppilaitoksen tulisi kyetä luomaan systeemi, jossa laadun jatkuva kehittäminen on mahdollista ja jossa voidaan yhdessä sopia laatuavoitteista, saada tukea niiden toteuttamiseen, jatkuvaan arviointiin ja siten uusiutumiseen. Siinä on siis kyse prosessista, jossa laatua tuotetaan ja laatu perustuu siihen, miten systeemi pystyy parhaiten ohjaamaan prosessia niin, ettei se ole sattumanvarainen.

Kokonaisvaltainen laatujohtaminen perustuu systeemiseen ajatteluun, jossa laatu syntyy koko systeemin toiminnan tuloksena ja, kun laatua kehitetään, se tarkoittaa koko järjestelmän parantamista. (ENB 1993; Stähle 1993) Valkosen (1994) mielestä jatkuva systemaattinen kehittäminen onkin kokonaisvaltaisen laatujohtamisen ja sen eri variaatioiden, jopa koko laatufilosofian peruskäsite.

Systeemi voi olla avoin tai suljettu, mekaaninen tai orgaaninen (Latting 1994; Stähle 1993). Oppilaitosta voidaan verrata avoimeen, orgaaniseen systeemiin, joka tarvitsee jatkuvaan kehittymiseensä paljon energiaa eli runsaasti informaatiota ja

sen vaihtoa. Vuorovaikutuksen laatu ja määrä sekä oppilaitoksen sisällä, että sen ulkopuolelle on kriittistä kehittymisen onnistumiselle. Mitä elävämpää ja moniuluotteisempaa ihmisten välinen vuorovaikutus on ja mitä enemmän se sisältää arvokasta informaatiota sitä enemmän voimavaroja oppilaitoksella on itsensä kehittämiseen. (Helakorpi & Suonperä 1995; Stähle 1993). Systeemin voima on sen jokaisessa osassa ja sen energia syntyy siitä tavasta, jolla osat ovat yhteydessä toisiinsa ja jolla koko systeemi on yhteydessä ympäristön muihin systeemeihin. Toimiva, energinen systeemi tuottaa laadukasta tulosta vain, jos toiminnalla on selkeä päämäärä ja tarkoitus. (Deming 1993; ENB 1993; Stähle 1993)

Kokonaisvaltainen laatujohtaminen tarkoittaa siis järjestelmällistä toimintatapaa, jolla luodaan koko oppilaitoksen tasolla oleva kulttuuri jatkuvan kehitysprosessin suunnitteluun ja toteuttamiseen siten, että asiakkaiden tarpeet saavutetaan ja ylitetään. TQM:N toimintaa ohjaavat periaatteet ovat asiakaskeskeisyys, kaikkien (Bolton 1995; Hedman 1995; Parsley & Corrigan 1995) osallistuminen, pitkäjänteisyys, jatkuva arviointi, laadun kehittäminen ja moniammatillinen yhteistyö (Nikki 1995; Pelttari 1996; Stähle 1993; Tenner & De Toro 1992).

Tämän systemaattisen lähestymistavan tarkoituksena on siis auttaa organisaatiota jatkuvaan laadun parantamiseen (Omachonu & Ross 1994). Laadunhallinta on pienin askelin toteutettavaa kehittämistyötä. Siinä asetetaan tavoitteita (Plan), joiden tarkoituksena on laadun parantaminen. Tässä vaiheessa on tärkeää tietää asiakkaan tarpeet ja toiveet. Prosessin tavoitteet määritellään tämän tiedon pohjalta. Prosessissa eli toimintavaiheessa (Do) laadittu suunnitelma pannaan toimeen eli toimitaan asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Tarkastusvaiheessa (Check/Study) seurataan toiminnan tuloksia ja arvioidaan tavoitteiden saavuttamista. Viimeisessä vaiheessa (Act) tarkistetaan tilanne, hyvin toimivat osat säilytetään ja epäonnistuneet korjataan uudessa suunnitelmassa. Kehä alkaa alusta ja toistuu jatkuvasti. (Deming 1994; Laatuhaaste 1993; Nikki 1995; Omachonu & Ross 1994; Parsley & Corrigan 1995; Valkonen 1994)

Kokonaisvaltaisesta laatujohtamisesta on käytössä muitakin nimiä kuin TQM, riippuen siitä mitä laatujohtamisen elementtiä on haluttu erityisesti korostaa mm. Continuing Excellence, Total Quality Initiative, Continuos Improvement, Total Quality Leadership tai Continuos Quality Improvement (Marr & Giebing 1994; Nikki 1995).

### 3. 2. Laadunarvioinnista laadun kehittämiseen hoitotyön koulutuksessa

#### 3. 2. 1. Laatu käsitteenä

Laatu (quality) viittaa jonkin asian ominaispiirteeseen ja sen hyvyyteen tai sen erinomaisuuteen (BBC English 1992). Laadun ominaispiirteet vaihtelevat huonosta hyvään (Marr & Giebing 1994; Parsley & Corrigan 1995; Pelkonen 1992), epätarkoituksenmukaisuudesta tarkoituksenmukaisuuteen ja epätasaisesta taiseeseen (Pelkonen 1992). Laatu on myös vastaavuutta rahalle ja sopivuutta asiakkaalle (ENB 1993; Hämäläinen & Manninen 1994). Laadun kriteeriksi riittää usein optimaalisuus (Räisänen 1995a; Lukander 1995). Suomen kielen perussanakirjassa (1992) määritellään laatu seuraavasti: "Laadulla tarkoitetaan siis ensisijaisesti asian tai ilmiön ominaispiirteitä, mikä mahdollistaa vertailun tai sijoittumisen jollakin asteikolla."

Laatu on myös asiakkaan tarpeiden täyttämistä (Marr & Giebing 1994). Asiakaskeskeinen ajattelu (esim. opiskelija, työnantaja) korostaa asiakkaan odotusten tyydyttymistä ja toiminnon vastaavuutta suhteessa asiakkaan odotuksiin (Räisänen 1995b; Parsley & Corrigan 1995; Vuorela 1993). Demingin (1993) mukaan laatu on kuitenkin enemmän kuin asiakastyytyväisyys. Koulutusorganisaatiot eivät saa rajoittua vain tyydyttämään asiakkaiden esittämiä tarpeita, vaan laadun kriteerinä on oltava se, että koulutusorganisaatiot tarjoavat palveluja, jotka herättävät tarpeita ja, että asiakas todella hyötyy koulutuksesta. (Deming 1993; Pelttari 1996; Saarinen 1993)

Lancashire College of Nursing and Health Studies käyttää omassa laadunarviointi- ja laadunkehittämishjelmissaan viitekehyksenä Maxwellin (1984) esittämiä laadun dimensioita, joita on kuusi ja, jotka tulee pitää tasapainoisessa suhteessa toinen toisensa kanssa. Nämä laadun elementit ovat tuloksellisuus, tehokkuus, oikeudenmukaisuus, saatavuus, hyväksyttävyyys ja relevanssi. (Marr & Giebing 1994; Parsley & Corrigan 1995; Scone 1996a)

Perhonen (1995) määrittelee laadun elämäntavaksi, asenteeksi. Hän sanoo: "Laatu on henkinen järjestelmä, joka kehottaa jo-kaista kehittymään ja kasvamaan, sekä tekemään jokaisesta pon-nistelusta seikkailun". Laatu liittyy siis tiiviisti elämän yleiseen arvoperustaan ja vaatii siten taustalla olevien arvo- jen selkeyttämistä ja tekemistä näkyviksi (Oppi ja laatu 1996; Räisänen 1995a). Laatu on sidoksissa myös kulttuuriin (Bondas-

Salonen 1992). Oppilaitoksen tuleekin määritellä oma laatupolitiikkansa, joka on kuvaus organisaation yleisistä tarkoituseristä ja suhtautumisesta laatuun (ENB 1993; Pelttari 1996; Saarinen 1993).

Laatu on toisaalta myös hankala käsite ja se tuntuu ikäänkuin pakenevan määritelmiä. Olisi silti liian helppoa jättää laatu pelkän intuitiivisen merkityksen varaan. Laadun määritelmä on olennaisesti sidottu määrittelijän tarpeisiin ja haluihin (Omachonu & Ross 1994; Saarinen 1993). Laadun eri määritelmien taustalla on perimmiltään eri intressiryhmien käsitykset koulutuksesta ja siltä vaadittavasta laadusta (Nikkanen 1995; Saarinen 1993).

Laatu on käsitteenä moniulotteinen. Tämän vuoksi erityisesti ammatillisessa koulutuksessa koko yhteiskunnan vallitsevat suuntaukset, arvot ja toimintamallit suuntaavat myös koulutusta (Oppi ja laatu 1996; Räisänen 1995b). Ammatillinen koulutus valmistaa ammattihenkilöitä ensisijaisesti kunkin maan omiin tarpeisiin mutta opiskeluaikainen liikkuvuus ja työvoiman liikkuvuus on kuitenkin huomattavasti lisääntynyt ja siksi koulutuksenkin on suuntauduttava kansainvälisesti, laajemmin kuin vain yhden maan tarpeisiin. Moninaisuus, niin arvoissa kuin myös toimintatavoissa, muodostaakin näin yhden laadunarviointiperustan. Moninaisuus ei kuitenkaan merkitse sitä, etteikö terveysalalla olisi tiettyjä koulutuksellisia perustavoitteita, jotka ovat ajallisesti suhteellisen pysyviä ja kansainvälisesti kestäviä. (Leino-Kilpi & Hupli 1995)

Terveydenhuollon koulutuksen korkean laadun tunnuspiirteet ovat melko pysyviä. Ne ilmentävät sellaisia alan syvimmästä luonteesta nousevia näkökohtia, jotka eivät muutu helposti ajassa, muoti-ilmiön tavoin, vaan toimivat kestävästi kehityksen perustana. Kyseiset laadun tunnuspiirteet ovat johdettavissa terveydenhuoltoalan ja koulutuksen filosofisesta arvoperustasta ja periaatteista. (Räisänen 1995a)

### 3.2.2. Laadunarviointi ja laadunkehittäminen

Laadun kehittäminen perustuu arviointiin (Oppi ja laatu 1996). Arvioinnilla tarkoitetaan tarkastettavan kohteen tai toiminnan tulkinallista analyysia ja toiminnan tuottaman hyödyn tai arvon määrittämistä. Arvioinnille on ominaista pyrkimys mahdollisimman luotettavaan lopputulokseen käytettävissä olevan tiedon ja arviointityössä mukana olevien asiantuntemuksen perusteella. Arvioinnin luotettavuutta lisää se, että arviointitieto

tuotetaan mahdollisimman monipuolisella menetelmällä. (Jakku-Sihvonen 1994). Analyysiä tehdessä esitellään mahdollisimman avoimesti käytettävissä olevat tiedot ja käytetyt menetelmät. Työssä korostuvat arvioijan perehtyneisyys arviointikohteeseen, arvioijan etiikka sekä laaja tieto ja ymmärrys koulutuksen yhteiskunnallisista ja inhimillisten vaikutusten luonteesta. (Opetushallitus 1995)

Arviointi on tärkeä osa ammatillista ja sosiaalista elämää. Koulujen sisäisen kehityksen myötä arviointi on muuttunut traditionaalisesta saavutusten arvioinnista opetus- ja oppimisprosessin arviointiin sekä koko oppilaitoksen toiminnan arviointiin (Nikkanen 1995)

Arvioinnin tehtävä on synnyttää arvokeskustelua, suunnata tavoitteiden asettamista, edesauttaa toiminnan suuntaamista ja keinojen valintaa. Sen tehtävä on myös osoittaa koulutuksen vahvuuksia, heikkouksia, etuja, haittoja ja syy-seuraussuhteita (Räisänen 1995a). Arviointi voi olla luonteeltaan toteavaa, ohjaavaa, valikoivaa, motivoivaa, kontrolloivaa ja kehittävää. Arvioinnin kaikkia muotoja tarvitaan määriteltäessä toiminnan laatua (Vainio 1996). Laadun arvioinnin ja laadun kehittämisen kannalta arvioinnin ohjaava, motivoiva ja kehittävä funktio korostuu. Arviointi tulisi voida kokea mahdollisuudeksi ja voimavaraksi (Hakkarainen 1991; Räisänen 1994; Räisänen 1995a). Päätöksentekoa ja kehittämistä arvioinnin katsotaan palvelevan silloin kun se on ajanmukaista, objektiivista, luotettavaa ja mielekästä (Jakku-Sihvonen 1994; Marr & Giebing 1994; Räisänen 1994)

Opetustoimessa keskeinen arvioinnin kohde on koulutuksen tuloksellisuus. Tuloksellisuutta pidetään yleensä yläkäsitteenä. Siihen katsotaan kuuluviksi muunmuassa taloudellisuus, vaikuttavuus, tehokkuus, tuottavuus, kustannusvaikuttavuus, palvelukyky ja laatu (Jakku-Sihvonen 1992; Jakku-Sihvonen 1993; Nikki 1995; ENB 1993). Koulutuksen tuloksellisuuden käsite on kokonaisuudessaan hyvin lähellä laadun käsitettä (Laukkanen 1993; Opetushallitus 1995). Volanen (1990) puhuukin laadullisesta tuloksellisuudesta.

Koulutuksen laadun arviointi on yhtä ongelmallinen kuin itse laadun käsitekin. Laadun arviointi yksistään ei takaa laatua tai johda laadun parantamiseen, vaan onkin puhuttava myös laadun varmistamisesta ja laadun kehittämisestä. (Parsley & Corrigan 1995). Laatu ei ole pysyvä ominaisuus, vaan se vaatii jatkuvaa pitkäjänteistä kehittämistyötä (Oppi ja laatu 1996).

Marr & Giebing (1994) korostavat laadun arvioinnin kehittävää funktiota. Heidän määrittelynsä mukaan laadunarvioinnilla tarkoitetaan laadun mittaamista käyttäen ennalta asetettuja standardeja ja kriteerejä ja vertaamalla sen hetkistä toimintaa suhteessa asetettuihin standardeihin ja kriteereihin. Laadun arvioinnin tuloksia voidaan käyttää kahdella tavalla. Ensimmäisin toimintoja, joiden katsotaan olevan riittävän laadukkaita, niiden sen hetkinen taso hyväksytään ja pyritään ylläpitämään. Tätä kutsutaan laadunvarmistukseksi. Toiseksi ne toiminnot, jotka osoittautuvat laadultaan epätyytyttäviksi, velvoittavat ryhtymään parantamaan laatua. Tätä kutsutaan laadunkehittämiseksi. Laadunarviointia ei pitäisi koskaan suorittaa yksittäisenä toimenpiteenä. Sitä ei voi eristää laadunvarmistuksesta eikä laadun kehittämisestä. Lisäksi vaaditaan toimenpiteitä toistuvien väliajoin tapahtuvaan arviointiin ja laadunkehittämistoimintaan. Näin taataan ja ylläpidetään systemaattista ja jatkuvaa laadunarviointia ja laadunkehittämistä. (Marr & Giebing 1994).

Laatua voidaan arvioida sekä objektiivisesti että subjektiivisesti. Ohjausjärjestelmien kannalta laadun arvioijan subjektiivisuus voi muodostua kuitenkin ongelmaksi, siksi tarvitaankin myös sellaista laadullista arviointia, jossa kyseinen subjektiivisuus on minimissään. Hyvään lopputulokseen päästään, kun subjektiivisten "pehmeitä" tietoja voidaan täydentää objektiivisillä "kovilla" tiedoilla. (Volanen 1990)

Koulutuksen laadun arviointi ja sen kehittäminen voi sisältyä sekä itsearviointiin että ulkoiseen arviointiin (Lindström 1992; Lyytinen 1993b; Marr & Giebing 1994). Itsearviointi tarkoittaa oppilaitoksen itsensä toteuttamaa oman toimintansa arviointia, jonka tarkoituksena on oman toiminnan jatkuva kehittäminen. Arviointi voi kohdistua oppilaitoksen toimintaan kokonaisuutena tai kohteita voivat olla esimerkiksi toiminnan tavoitteet, resurssit, prosessi, tuotokset ja ympäristötekijät. Ulkoisella arvioinnilla tarkoitetaan arviointia, jossa arvioitsijat eivät osallistu kyseisen toiminnan päivittäisjohtamiseen, eivätkä suoranaisesti vastaa toiminnasta. Ulkoinen arviointi toteutetaan siten, että toiminnan tavoitteiden saavuttamista arvioidaan ennalta sovittujen, tarkkaan raportoitujen kriteerien perustalta. Ulkoisen arvioinnin tietoja tarvitaan erityisesti kansallisen kehittämisen ja kansainvälisen vertailun perustaksi (Hämäläinen & Kauppi 1993; Lyytinen 1993b; Marr & Giebing 1994; Opetushallitus 1995). Ulkoinen arviointi ja itsearviointi voidaan myös yhdistää. Silloin työnjako ulkoisen ja sisäisen välillä ei ole selkeä, vaan kysymys on reflektiivisestä dialogista arviointituloksen pitävyyden ja pätevyyden lisäämiseksi. Reflektiivisessä dialogissa arvioinnin katsotaan

demokratisoituvan ja saavan epähierarkisen luonteen. Ulkoisen arvioinnin toimivuuden kannalta on tärkeää, että ulkoinen ja sisäinen arviointi integroidaan siten, että ulkoinen arviointi koetaan lisäarvoa antavaksi tueksi. (Lyytinen 1993a) Oppilaitostasolla laadun arvioinnissa tarvitaan sekä itsearvioinnin että ulkoisen arvioinnin malleja ja menetelmiä (Jakku-Sihvonen 1994; Junnila ym. 1996; Pelttari 1996).

Arviointitieto on sekä määrällistä että laadullista. (Jakku-Sihvonen 1994; Lyytinen 1993b; Opetusministeriö 1991; Räisänen 1995a; Volanen 1990). Laadullinen arviointi saa perustansa laadullisista havainnoista ja se ilmaistaan pääasiassa sanallisina kuvauksina. Määrällinen arviointi taasen painottaa joko osallistavan tai ulkopuolisen yksilön havaintoja sekä myös tilastollisia analyyskejä. (Perälä 1992; Räisänen 1995a)

Vaikka laadullisia menetelmiä voidaan pitää laadun arvioinnin lähtökohtana, laatu ei kuitenkaan määräydy vain käytetyn menetelmän mukaan. Siten laadullisen ja määrällisen arviointimenetelmien vastakkainasettelu laadun määrittämisen välineenä on hyödytön eikä johda kestävään lähtökohtaan (Räisänen 1995a; Volanen 1990).

Arviointimenetelmät eivät ole siis itsetarkoitus. Ne määräytyvät tarkasteltavan ilmiön ja arvioinnin tavoitteen mukaan ja ne saattavat muuttua arviointiprosessin edetessä. Laadun arviointi edellyttää usein kuitenkin laadullisia menetelmiä vaihtoehtona perinteiselle mittaamiselle (ENB 1993; Räisänen 1995a)

Arviointi voi olla vapaamuotoista tai hyvinkin systemaattista. Systemaattinen arviointi on kokonaisvaltaista, eri näkökulmista ilmiötä tarkastelevaa ja luotettavaa. Vapaamuotoinen, epäsystemaattinen arviointi voi olla arviointia, joka perustuu yksinomaan henkilökohtaisiin mielipiteisiin, arvioitsijan omiin intresseihin, ammattien professionalistumispyrkimyksiin tai jopa välittömaan eduntavoitteluun. (Räisänen 1995a) Arviointiin voi käyttää myös valmiita arviointi-instrumentteja, jolloin arviointivälineiden kehittelyyn ei tarvitse panostaa (Lyytinen 1993b).

Koulutuksen laadun arviointia varten kehitettyjen mittareiden avulla voidaan hankkia tietoa koulutuksen rakenteista, prosessista ja tuloksista (Donabedian 1988; Marr & Giebing 1994). Siten laatu on sekä rakenteen, prosessin että tuloksen ominaisuus (Donabedian 1988). Rakenne viittaa siihen toimintaympäristöön, missä oppiminen ja opetus tapahtuu. Rakennetekijöihin sisältyvät materiaaliset voimavarat kuten opetusvälineet,

taloudelliset resurssit, henkilöstön määrä ja laatu sekä oppilaitoksen toiminnallinen rakenne sisältäen työnjaon, yhteistyösuhteet, arviointi- ja palautejärjestelmät. Prosessien lähtökohtana ovat asiakkaiden tarpeet. Prosessissa on kyse niistä toiminnoista, joita tarvitaan opiskelijan oppimisen ja kasvun edistämiseksi ja jotka ovat mahdollisia käytettävissä olevan ajan, taloudellisten resurssien ja teknologian puitteissa (Hämäläinen & Manninen 1994). Tuloksilla tarkoitetaan saavutettuja oppimistuloksia sekä opiskelijan tyytyväisyyttä saamaansa opetukseen, ohjaukseen ja oppilaitokseen oppimis- ja kasvuympäristönä. Arvioinnin kohteena eivät ole ainoastaan ulkoisesti havaittavat piirteet vaan myös kokemukset, merkitykset, toimintojen motiivit ja ratkaisujen taustat. (Räisänen 1995a)

Arvioinnin osuus koulun muutosprosessissa ja laadun kehittämisessä on hyvin merkittävä. Ilman tietoista arviointia prosessi ei ole hallittavissa. (Lyytinen 1993b) Laadullista kehitystä ei voi tapahtua, ellei ole tehty oman yhteisön tosiasioihin perustuvaa nykytilan arviointia (Oppi ja laatu 1996). Nykyisen toiminnan arviointi on yksi kehittämisen lähtökohta. Ilman luotettavaa arviointitietoa on koulutuksen kehittäminen vaikeaa. Hankkimalla tietoa toiminnan vahvuuksista ja heikkouksista saadaan kehittämistoimet kohdistettua koulussa työskentelevien tärkeinä pitämiin asioihin. (Hämäläinen 1993; Jakku-Sihvonen 1994; Pelttari 1996) Arviointi on jatkuva prosessi, jossa määritellään kehitysprosessin eteneminen kohti asetettuja tavoitteita (Lyytinen 1993b).

Terveydenhuollon koulutuksen tuloksellisuuden arvioinnin lähestymistapa on laadun arvioinnin ja kehittämisen strategiaan pohjautuva (Paulin & Välilä 1995).

### 3.3. Auditointi hoitotyön koulutuksen laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä

Auditointi ei ole uusi käsite. Sana "audit" on latinankielistä alkuperää ja tulee sanasta "auditus" ja tarkoittaa kuulemistä. Alkuperäisessä merkityksessään se tarkoitti tosiasioiden ja argumenttien kuulemistä tilanteessa, jossa piti tehdä päätös siitä oliko jokin asia totta vai ei. (Marr & Giebing 1994; Moving to audit 1994)

Auditointia on määritelty englanninkielisessä kirjallisuudessa monin eri tavoin riippuen määrittelijän ammattitaustasta, sillä auditteja on eri ammattitoimintaan liittyvinä muunmuassa hoitotyön audit, lääketieteellinen audit, organisaatioaudit, koulu-



tuksellinen audit. Auditit voivat olla joko moniammatillisia esimerkiksi koulutuksellinen audit ja terveydenhuoltoalan kliininen audit tai yhden ammattialan auditteja kuten esimerkiksi hoitotyön audit ja lääketieteellinen audit. (Malby 1995; Marr & Giebing 1994; Parsley & Corrigan 1995)

Englannissa, aikaisemmin, jolloin auditointi kohdistui retrospektiivisesti tilastojen tutkimiseen, auditointi tarkoitti informaation keräämistä ollen täten mittausvaihe laadunvarmistus- syklissä. Nykyisin auditointi kuitenkin tarkoittaa laajempaa käsitettä (Marr & Giebing 1994; Parsley & Corrigan 1995). Sillä tarkoitetaan mekanismia, jossa arvioidaan ja kehitetään laatua. Laatua arvioidaan ja verrataan edeltäasetettuihin standardeihin ja kriteereihin. Auditoinnin päätarkoitus on saada selville mitä audioitavassa toiminnassa sillä hetkellä tapahtuu, määrittellä, mitä pitäisi tapahtua (on yhtä kuin asettaa standardit ja kriteerit), verrata sen hetkistä toimintaa asetettuihin standardeihin ja kriteereihin ja panna täytäntöön tarpeellisia muutoksia. Auditointiprosessia kuvataankin usein auditsyklinä. Siinä sitoudutaan muutokseen ja jatkuvaan laadun kehittämiseen kokonaisvaltaisen laatujohtamisen periaatteiden mukaisesti. (Malby 1995; Marr & Giebing 1994; Moving to audit 1994). Auditoinnissa korostetaan, kokonaisvaltaisen laatujohtamisen periaatteisiin sitoutuen, yhteistyötä, kaikkien asianosaisten osallistumista, jatkuvaa arviointia, dynaamisuutta ja pitkäjänteisyyttä (Marr & Giebing 1994)

Lääketieteessä auditointien alku juontaa juurensa 1900-luvun alun Yhdysvaltoihin. Hoitotyön auditit seurasivat sitten 1950-luvun puolivälissä. 1970-luvun lopulta alkaen tulivat käyttöön etenkin USA:ssa Phaneufin audit, Qualpacs ja Rush Medicus Index, joita on käytetty myös paljolti Englannissa (Marr & Giebing 1994) samoin kuin jossain määrin Suomessakin. (Pelkonen 1992, Lukander 1995)

Hoitotyön koulutuksessa Englannissa, auditointien aloittaminen enenevässä määrin liittyi hallituksen antamaan ns. The White Paper: Working for patients-asiakirjaan (1989), vaikkakin audit-tyyppisiä laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmiä oli ollut jo muutamia vuosia aikaisemmin käytössä hoitotyön koulutuksessa. The White Paper-asiakirjan myötä maan hallitus velvoitti terveydenhuollon eri sektorit yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa arvioimaan ja kehittämään terveydenhuoltoalan toimintojen laatua. (Leathard 1993) English National Boardin (ENB) Working Group on Educational Audit perustettiin selvittämään hoitoalan koulutuksen laatua ja sen arviointia. Kyseinen ryhmä oli sitä mieltä, että hoitoalan oppilaitoksissa tarvittiin selkeitä ohjeita, joiden tarkoituksena olisi auttaa kou-

luttajia panemaan täytäntöön ja kehittämään omia auditointimittareita ja joita apuna käyttäen hoitoalan koulutuksen laatua voitaisiin arvioida ja kehittää. (ENB 1993)

Nykyisin auditoinnit ovat Englannissa, osana laadunarviointi- ja laadunkehittämishjelmia, hoitoalan oppilaitoksissa arkipäivää. Oppilaitokset on velvoitettu auditoimaan esimerkiksi kliiniset kentät vuosittain. (ENB 1993; Howarth 1996; J.Laycock, henkilökohtainen tiedonanto 2.6.1996; J.Taylor, henkilökohtainen tiedonanto 4.12.1995)

Suomalaisista alan asiantuntijoista Outinen ja Hattula (1996) toteavat auditointi-termin saaneen monia merkityksiä. Heidän määrittelyssään auditointi on yleisluontoinen arvioimista kuvaava termi, joka tulee englanninkielisestä sanasta audit (alunperin "tilintarkastus"). Auditoinnin synonyymejä ovat assess ja evaluate. Auditointi sanan voi useimmiten korvata sanalla arviointi.

Auditointi voi perustua sekä organisaation sisäisiin että ulkoisiin tarpeisiin. Auditointi voi kattaa joko koko organisaation toiminnan arvioinnin tai sen osan toiminnan arvioinnin. Auditoinnin suorittaja (auditoija) on yleensä ulkopuolinen henkilö, joka on toiminnan kohteesta riippumaton. Tällöin puhutaan toisen tai kolmannen osapuolen auditoinnista. Joissakin tapauksissa auditoija voi olla myös organisaation sisältä, jolloin puhutaan sisäisestä tai itseauditoinnista. Vertaisauditoinnilla tarkoitetaan arviointia, jossa kaksi organisaatiota arvioi toisiaan. Käytettäessä auditointi-sanaa on tarpeellista liittää siihen selventävä lisämääre esimerkiksi palvelujärjestelmän laadun auditointi tai kliininen auditointi. (Outinen & Hattula 1996)

Junnila ym. (1996) mukaan auditointi on Suomessa suhteellisen uusi laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmä. Heidän näkemyksensä mukaan auditoinnilla tarkoitetaan prosessia, jossa palvelujärjestelmän rakenne ja toimivuus tarkastetaan systemaattisesti ja samalla käynnistetään laadun varmistamiseen tähtäävä kehittämisohjelma. Menetelmässä keskeisintä on palvelujärjestelmän laatua määrittelevällä kriteeristöllä, jota alussa käytetään itsearviointin ja sisäisen kehittämisen välineenä. Samaa kriteeristöä käytetään mittarina ulkopuolisen tahon suorittamassa auditoinnissa. Kriteereillä arvioidaan muunmuassa toiminnan arvoperustan, toimintakulttuurin ja johtamisjärjestelmän toimivuutta eli onko oppilaitoksen yleisistä, palvelujärjestelmän toimivuuden kannalta tärkeistä asioista sovittu ja toimitaanko tehtävien ja tavoitteiden mukaisesti. Toisena tärkeänä alueena on arvioinnissa oppilaitoksen toimintaperiaat-

teet eli esimerkiksi opiskelijakeskeisyys, opettajien yhteistoiminta. Lisäksi arvioinnissa on keskeisesti esillä käytössä olevien resurssien sopivuus ja laadunarvioinnin systemaattisuus.

Kriteereiden avulla selvitetään aluksi itsearvioimalla toimivuutta hankaloittavat tekijät ja laaditaan kehittämisohjelma. Menetelmässä ulkoisella auditoinnilla on keskeinen osa. Ulkopuolisen tehtävänä on toimia sisäisen kehittämistyön katalyysaattorina ja varmistaa oppimisen edellytykset oppijan ja maksavan taustayhteisön puolesta. Ulkoinen arviointi, joka tehdään vertaisarviointina, perustuu kuitenkin vahvasti toiminnan sisällön asiantuntijuuteen. Kaiken tekemisen kirjaamista ei vaadita, jos palvelujärjestelmän toimivuus voidaan arviointitilanteessa muutoin osoittaa. (Junnila ym. 1996)

Suomalaisessa hoitoalan koulutuksessa ei varsinaisesti voida puhua auditoinnista laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä. Kuitenkin erityisesti 1970-luvulla Eurooppaan ja sitten myös Suomeen levinnyt systemaattinen hoitotyön laadunvarmistusideologia edisti laatuajattelun kehittymistä myös terveydenhuoltoalan koulutuksessa. Koulutusta arvioitiin ja kehitettiin vastaamaan työelämän tarpeita. Laatuvaatimusten ja laatumittareiden laatiminen aloitettiin. 1980-luvulla esimerkiksi Helsingin Sairaanhoito-oppilaitoksessa innostuttiin DySSSy-mallin (Dynamic Standard Setting System) kehittäjän, laadunvarmistuksen asiantuntijan Kitsonin vierailusta ja hänen malliaan käytettiin tuolloin yhtenä yllämainitun oppilaitoksen toiminnan laadunvarmistuksen viitekehiksenä. Tulosjohtamisen ajatukset 1980-luvun lopulla toivat sitten taas uusia haasteita kyseisen oppilaitoksen toiminnan laadun kehittämiseksi samoin kuin kokonaisvaltaisen laatujohtamisen ideologia (TQM) (Pelttari 1996).

Auditointimenetelmää on Suomessa käyttänyt Liperin Ammattioppilaitos koulutuksensa laadun arvioinnissa ja laadun kehittämässä. Opetushallitus on rahoittanut siihen liittyvän tutkimuksen. Tutkimustuloksia ei ole vielä saatavilla. (Junnila ym. 1996) Samoin sairaala Mehiläinen Helsingissä ja Jorvin sairaala Espoossa ovat käyttäneet auditointia laadun arviointi- ja kehittämistyössään. (Junnila 1995; Junnila & Rask 1995; Junnila ym. 1996)

### 3.3.1. Auditoinnin vaiheet

Auditointi on syklinen, jatkuva prosessi, joka ei ole siis ainoastaan laadun arviointia vaan se on myös laadun varmistamista

ja laadun jatkuvaa kehittämistä kokonaisvaltaisen laatujohtamisen periaatteiden mukaisesti (Marr & Giebing 1994, Moving to audit 1994). English National Board of Nursing, Midwifery and Health Visiting, ENB (1993) korostaa, että kyseessä on laadun-arviointi- ja laadunkehittämismenetelmä, jossa toiminnan arviointi ja kehittäminen on jatkuva prosessi. ENB esittää auditointisykliin kuuluvaksi neljä vaihetta: standardien ja kriteerien asettamisvaihe, toimeenpanovaihe, mittaamis- ja kirjaamisvaihe sekä arviointi ja toimintasuunnitelman tekovaihe. (ENB 1993)

Auditointisyklin ensimmäisessä standardien ja kriteerien asettamisvaiheessa määritellään se, mitä pitää saavuttaa ja miksi. Kysessäolevien standardien ja kriteerien tulisi olla suhteessa niihin tavoitteisiin ja tuloksiin, mitä organisaatio on itselleen määritellyt. (ENB 1993) Standardit ja kriteerit ovat laatua koskevia jäsenettyjä ilmauksia. Niiden avulla ilmaistaan odotettu tai toivottu taso jonkin asian osalta. Standardilla tarkoitetaan yhteisesti sovittua mallia, normia, esimerkkiä, arvosteluperustetta, tasoa tai vaatimustasoa. (Marr & Giebing 1994; Pelkonen 1992). Suomenkielinen vastine standardille on laatuvaatimus. Laatuvaatimus on professionaalisessa yhteisössä hyväksytty saavutettavissa ja havaittavissa oleva sekä mitattava toiminnan taso (Pelkonen 1992). Laatuvaatimus voidaan määritellä arvioitavan asian optimaaliseksi tasoksi, johon todellista suoritusta tai toteutusta sitten verrataan. (Vuori 1993; Wright & Whittington 1995)

Kriteeri tarkoittaa ratkaisevaa tunnusmerkkiä, normia, mittaa. Laadunvarmistuksen yhteydessä kriteerit ovat mittayksiköitä, apuvälineitä, joiden avulla mitattavan asian tai toiminnon hyvyys päätellään. Kriteerejä voidaan määritellä myös eri tavoin mutta yleisin määritelmä on, että kriteerit ovat laatuvaatimusten osatekijöitä, jotka ovat mitattavia ja havaittavia ja jotka heijastavat laatuvaatimusten tarkoitusta ja osoittavat ovatko standardit saavutettu (Marr & Giebing 1994). Kriteereillä voidaan kuvata toimintaa, olosuhteita tai erilaisia kliinisiä tiloja. Kriteerit voidaan ilmaista rakenne, prosessi ja tuloskriteereinä. (Scone 1996b; Shailer 1990). Yhteen laatuvaatimukseen voi liittyä useita kriteereitä. (Pelkonen 1992)

Standardit ja kriteerit suunnitellaan yhdessä koulun edustajien ja hoitotalan edustajien kanssa. Kun ne on laadittu, niin on välttämätöntä tehdä koeauditointeja eri hoitotyön alueilla, jotta voitaisiin varmistua siitä, että auditointi palvelee sille asetettuja koulutuksellisia tarkoituspäitä. Auditointia varten laaditaan kirjallinen auditointidokumentti. Se sisältää itse auditointiprosessin mittaamis- ja kirjaamisvaihetta varten laaditun auditmittariston, joka sisältää asetetut standardit ja

kriteerit, näytöt kriteerien todentumisesta sekä tyhjää tilaa, johon voidaan dokumentoida kvalitatiivista ja osin myös kvantitatiivista todistusaineistoa kriteereiden paikkansapitävyydestä. Auditointidokumentti sisältää myös kyselykaavakkeet osaston toiminnasta ja henkilökunnan pätevyydestä ja lisäkoulutuksesta muunmuassa kenttäohjauskoulutuksesta. Dokumenttiin on liitetty myös valmiit kaavakkeet yhteenvedon ja toimintasuunnitelman tekoa varten sekä mahdollista uudelleenauditointia varten.

Toimeenpanovaiheessa koulutetaan henkilöt, jotka suorittavat auditointiprosessiin liittyvän kenttämittaamisen ja arvioinnin, samoin koulutetaan kentän henkilökunta. Koulutuksessa selvitetään, mitä auditointi tarkoittaa, miksi se tehdään, ja miten se tehdään. Näin pyritään kehittämään positiivista suhtautumista laadun arviointia ja laadun kehittämistä kohtaan lisäämään yhteisyyden tunnetta ja ajatusta, että laatu on jokaisen asia (ENB 1993; Wright & Whittington 1995). Tarkoitus on, että jokainen tuntisi olevansa mukana ja sitoutuisi laadun arviointiin ja kehittämiseen. (Malby 1995)

Auditointisyklin kolmatta vaihetta nimitetään mittaamis- ja kirjaamisvaiheeksi. Siinä informaatiota kerätään systemaattisesti ja objektiivisesti. Auditoinnissa halutaan korostaa sen laadullisuutta, joten tässä vaiheessa pyritään keräämään laadullista informaatiota unohtamatta myös määrällisen informaation merkitystä. (ENB 1993)

Valmistautuminen auditointiprosessin mittaamis- ja kirjaamisvaiheeseen on välttämätöntä. Ennen varsinaista auditoinnin mittaamisvaihetta koulun edustaja toimittaa auditoitavalle kentälle auditointidokumentin, jotta henkilökunta voisi etukäteen paneutua siihen ja valmistautua kirjallisesti osoittamaan muunmuassa osastotiedot ja henkilökunnan pätevystiedot (Ward 1993). Tarkoitus on myös, että kyseisellä kentällä on auditointiprosessin mittaamis- ja kirjaamisvaiheessa opiskelijoita kliinisellä jaksolla, koska myös heidän osuuttaan tarvitaan ilmaisemaan mielipiteitä asetettujen kriteereiden täyttymisestä. Normaalisti auditointidokumenttia täydentää kirjallinen opiskelijapalaute kenttäjaksolta. (Howarth 1996)

Auditointisyklin mittaamis- ja kirjaamisvaiheeseen osallistuu yksi tai kaksi koulun edustajaa ja kentän edustajana osastonhoitaja tai vastaava sairaanhoitaja, ja useinmiten myös kyseisen alueen ylihoitaja. Auditoinnin mittaamis- ja kirjaamisvaiheen suorittaminen vie normaalisti aikaa noin kaksi tuntia mutta, jos mittaamiseen liitetään pidempi observointijakso siihen menee kokonainen työpäivä. Auditointijat keräävät informaatiota koskien asetettuja standardeja ja kriteereitä. He kyse-

levät osastonhoitajalta, haastattelevat kentän hoitohenkilökuntaa ja opiskelijoita. Auditoidijat voivat kysellä myös potilaiden mielipiteitä. He havainnoivat osaston erilaisia hoitotilanteita ja haluavat nähtäväksi kirjallista dokumenttiaineistoa voidakseen tehdä mahdollisimman objektiivisia tulkintoja kliinisen kentän laadusta oppimisympäristönä. Apunaan heillä on kirjallinen auditointidokumentti, johon kyseiset tiedot kirjataan. (Howarth 1996; Reed & Price 1991)

Viimeinen vaihe auditointisyklissä, arviointi- ja toimintasuunnitelman tekovaihe, tarkoittaa mittaamistilanteessa saadun informaation arviointia ja analyysia sekä toimintasuunnitelman tekoa vaadittujen muutosten aikaansaamiseksi (ENB 1993). Auditointiprosessin arviointivaiheen päätyttyä tehdään suullisesti yhteenveto tarkastuksesta. Siinä käydään läpi kliinisen kentän vahvuudet ja samoin myös kehittämistä vaativat alueet. Yhdessä osastonhoitajan kanssa sovitaan alustavasta kehittämissuunnitelmasta ja uudesta arviointiajankohdasta, jolloin kehittämialueita arvioidaan uudelleen. Yleensä uudelleenauditointi tapahtuu puolen vuoden kuluttua varsinaisen arvioinnin suorittamisesta. Ellei osaston toiminnassa ole mitään parannettavaa opiskelijan kliinisenä oppimisympäristönä, seuraava varsinainen auditointiprosessi uusitaan vuoden kuluttua ja siitä eteenpäin joko puolivuositain tai vuosittain riippuen osaston laadukuudesta oppimisympäristönä. (ENB 1993; Howarth 1996; Reed & Price 1991)

Auditoinnista tehdään myös kirjallinen raportti, joka lähetetään kyseisen kliinisen kentän osastonhoitajalle ja ylihoitajalle. Osastonhoitajaa velvoitetaan informoimaan koko henkilökuntaa arvioinnin tuloksista ja yhdessä suunnittelemaan, miten arvioinnissa esiintulleita kehittämiskohteita aiotaan suunnitellusti parantaa eli tehdään toimintasuunnitelma. Ylihoitajan tulee olla tukena oman vastualueensa kehittämisessä samoin mukana ollut koulun edustaja velvoitetaan antamaan tukea kentälle kentän kehittämishaasteiden saavuttamisessa. Oppilaitos saa myös kirjallisena auditointidokumentin ja auditoinnin suorittanut tai suorittaneet opettajat velvoitetaan huolehtimaan uusinta-auditoinnista. (ENB 1993; Howarth 1996; Reed & Price 1991)

### 3.3.2. Kliinisen kentän auditoinnin edut ja vaikeudet

Kokonaisvaltaisen laatujohtamisen ideologian mukaan auditointi on jatkuva syklinen prosessi, jossa laatua arvioidaan ja varmistetaan ja kehitetään. Näin toiminta on systemaattista ja suunnitelmallista ja saa aikaan laadun paranemista. Menestyvä

työyhteisö tarkistaa käsityksiään laadusta kaikkien asiakkaidensa käsityksiä paremmin vastaaviksi (Outinen, Holma & Lempinen 1994). Auditointi tarvitsee kaikkien asianosaisten mukanaoloa ja sitoutumista. Näin yhteistyössä tehtävä kliinisen kentän auditointi parantaa ja edistää vuorovaikutusta oppilaitoksen ja kyseisen kliinisen kentän välillä. (Nicklin & Kenworthy 1987; Orr 1986). Koska menetelmä on myös opiskelijakeskeinen, edistää se yhteistyötä ja vuorovaikutusta koulun, kentän ja opiskelijoiden välillä. Laatu on jokaisen asia ja vaatii yhteistyöverkostoja. Mukaantulo on haastavaa, palkitsevaa sekä myös yhteisöllisyyttä edistävää. (Moving to audit 1994; Reed & Price 1991; Rippin, White & Marsh 1994)

Auditoinnin etuina nähdään myös omistajuuden (ownership) tunteen kehittymisen. Koska auditointi on team-työtä ja jokainen mukana oleva saa esittää näkemyksiään standardien ja kriteerien laadinnassa, saa se aikaan tunteen siitä, että itse voi vaikuttaa koulutuksen laadun kehittämiseen. Tällaisena niinsanottuna bottom-up-lähestymistapana auditointi synnyttää ja edistää omistajuuden tunteen syntymistä. (Harvey 1995; Nolan & Scott 1993)

Hoitotyön auditointien katsotaan johtavan parempaan hoidon laatuun. Auditointi rohkaisee toiminnan huolelliseen suunnitteluun ja arviointiin ja hoidon kehittämiseen. Auditointi voi tuoda esiin ne alueet hoitotyössä, joissa kustannuksia voidaan säästää huonontamatta silti potilaiden tai asiakkaiden saamia palveluja. Laadun parantamisesta aiheutuu aluksi lisäkustannuksia mutta samanaikaisesti huonon laadun aiheuttamat kustannukset vähenevät. (Saren 1995)

Auditoinnin tarkoitus ei ole etsiä yksilötasolla hyviä tai huonoja työntekijöitä mutta se voi aikaansaada henkilökohdaisiakin itsearviointeja oman toiminnan ja työssä kehittymisen suhteen. Se siis voi motivoida muutokseen ja kehittämiseen myös henkilökohtaisella tasolla. Koska opiskelijatkin ovat mukana auditoinneissa, saavat he kokemusta myös toiminnan laadun arvioinnista ja omaksuvat näin jo koulutusaikanaan jatkuvan arvioinnin ja kehittämisen ideologian. (Marr & Giebing 1994; Howarth 1996)

Auditoinnin katsotaan kohottavan myös kliinisen kentän henkilökunnan työmoraalia ja itsetuntoa niissä tilanteissa, joissa kenttä on auditoinnilla todettu laadukkaaksi oppimisympäristöksi. Positiivinen palaute ja toiminnan vahvuuksien esilletuominen stimuloi jatkamaan hyvänä opiskelijoiden oppimisympäristönä kuin myös laadukasta hoitotyötä tekevänä hoitotyön kliinisenä kenttänä. (Moving to audit 1994; Orr 1986)

Englannissa, missä kliiniset hoitotyön kentät kilpailevat pääsystä opiskelijoiden harjoittelupaikoiksi, auditoinnista on tullut keino arvioida kyseisten kenttien laadukkuutta opiskelijoiden oppimisympäristönä ja jos ennalta-asetetut standardit ja kriteerit täyttyvät, hyväksyä kyseinen kenttä opiskelijoiden harjoittelupaikaksi. Auditointia käytetään myös niiden kenttien laadun arvioinnissa, jotka oppilaitokset itse haluaisivat ottaa mukaan harjoittelupaikoiksi opiskelijoilleen. Näin taataan jo alkuvaiheessa uuden kliinisen kentän laadukkuus oppimisympäristönä. (J. Taylor, henkilökohtainen tiedonanto 4.12.1996)

Vaikeutena auditoinnissa voi olla luotettavuuskysymykset, jotka liittyvät niin itse mittarin luotettavuuteen kuin myös itse auditointiprosessin mittaamis- ja arviointivaiheeseen. Objektivisuuden säilyttäminen auditoinnin mittaamis- ja arviointivaiheessa voi tuottaa ongelmia. Auditoinnin subjektiiviset tunteet, liika ymmärtäminen ja "sormien lävitse katsominen" voivat muodostua ongelmaksi varsinkin silloin, jos auditoinnin tuntee kliinisen kentän todella hyvin. Subjektiivisuutta on pyritty poistamaan sillä, että mukana auditointitapahtumassa on kaksi oppilaitoksen edustajaa. (Howarth 1996; Moving to Audit 1994)

Auditointimittariston luotettavuuteen on kiinnitetty paljon huomiota. Kun uusi auditointimittaristo otetaan käyttöön suoritetaan pilottitutkimuksia satunnaisotantamenetelmällä valituilta kliinisillä kentillä. Kokeilun jälkeen tehdään mittaristoon muutoksia jos on tarpeen. Luotettavuutta on myös pyritty parantamaan kouluttamalla auditoinnin koko auditointiprosessiin. (J. Martin, henkilökohtainen tiedonanto 20.5. 1995)

Koko auditointiprosessi voi olla uhkatekijä kliinisille hoitotyön kentille, jos sitä ei osata markkinoida oikein. Kun auditoinnista järjestetään koulutusta tuleekin painottaa, ettei auditointiprosessi ole keino identifioida virheitä ja puutteita ja etsiä syyllisiä. Tarkoitus on yhteistyössä oppilaitoksen ja kliinisten kenttien kanssa pyrkiä takaamaan opiskelijoille mahdollisimman hyviä oppimiskokemuksia, jotta heistä kehittyisi hyviä hoitotyöntekijöitä ja näin he pystyisivät valmistuttuaan antamaan mahdollisimman laadukasta hoitoa. (ENB 1993; Marr & Giebing 1994)

Auditointiprosessin mittaamis- ja kirjaamisvaihe sekä arviointi- ja toimintasuunnitelman tekovaihe ovat hyvin sensitiivisiä tilanteita. Ne vaativat diplomatiaa ja kykyä ymmärtää auditoinnin rooli oikein. Auditoinnin ei ole koulutuksellinen poliisi, joka tulee virheiden etsimismielessä auditointiin ja käyttämään valtaansa opettajana väärin. (Howarth 1996; Moving to audit



1994) Auditoijan suhtautuminen auditoitaviin tulee olla ystävällinen ja sympaattinen. Auditoijan tulee välttää emotionaalista suhtautumista asioihin. Auditoijien pyrkimys on tehdä selväksi, että heidän toimintansa kohteena on auttaa auditoitavia löytämään tehokkaampia keinoja tehdä työnsä. Jos jotain kehitettäviä alueita löydetään, ei ole tarkoitus syyttää tai kritisoida ketään, vaan yhdessä etsiä parempia keinoja edistää ja kehittää kyseessäolevaa toimintaa. (Vinten 1994)

Englannissa auditoijista liikkuu erilaisia nimityksiä, jotka ilmentävät negatiivista suhtautumista auditoijiin. Nimityksiä ovat muunmuassa "backstabbers", "SS troops", "company snakes", "corporate goons", "snakes", "scums of the earth". (Vinten 1994)

Eri toimintaprosessit ovat laadun kehittämisen kohteita, eivät yksittäiset työntekijät. Laatuongelmien syiden hakemista työntekijöistä ja heidän virheistään on osuvasti verrattu "mätien omenien" etsimiseen ja poistamiseen. Tätä lähestymistapaa on kritisoitu, koska se synnyttää kielteisiä reaktioita henkilökunnassa. Vaihtoehtoinen ja myönteisempi näkemys onkin verrata laatutyöskentelyä omenapuun hoitoon. Pitämällä huolta puun kasvuedellytyksistä, viisaasta kasvattamisesta ja hoitamisesta saadaan hedelmällisimmät tulokset vuodesta toiseen. Tällöin sekä puutarhuri että omenaa haukkaava voivat olla tyytyväisiä. (Outinen ym. 1994)

Eräs auditointiin liittyvä ongelma on, että auditoijilla, oppilaitoksen edustajina, ei ole hallinnollista valtaa puuttua tilanteisiin, joissa auditointiprosessi osoittaa, ettei kliininen kenttä ole vaadittujen standardien ja kriteerien mukainen. Kehittämisalueista tehdään kirjallinen toimintasuunnitelma ja sovitetaan uudelleenauditoinnin ajankohta mutta kehittämiseen ei ryhdytäkään, esimerkiksi puuttuvien taloudellisten tai henkilökuntaresurssien vuoksi. Uudelleenauditointi sitten paljastaa, ettei vaadituille kehittämisalueille ole tehty mitään. Englantilaisen käytännön mukaan harkitaan silloin kliinisen kentän poistamista opiskelijoiden harjoittelupaikkana. Tällainen tilanne itseasiassa saa aikaan epäonnistumisen tunteen. Se voi pahimmillaan aiheuttaa kyseisen kentän ivaamista. Toisaalta se saattaa myös huonontaa oppilaitoksen ja kentän välisiä vuorovaikutussuhteita ja vaikeuttaa yhteistyötä. (Moving to Audit 1994; Reed & Price 1991) Tähän ongelmaan ratkaisuna on se, että itse auditointitapahtumassa on mukana hoitotyön hallinnon edustaja, jolla on hallinnollista valtaa saada aikaan muutoksia ja aloittaa kehittämisohjelmia. (Howarth 1996)

Auditointi on aikaa vievä prosessi (Rippin ym. 1994). Ajanpuute saattaa hankaloituttaa sitoutumista siihen. Se vie aikaa niin kentän henkilökunnalta kuin myös itse auditoijilta. Shailer (1990) on laskenut tarkoin ajan mikä auditoijilta menee itse auditointi-tapahtumaan liittyviin tehtäviin. Auditointia edeltävä tapaaminen, auditointi-informaation kierrättäminen, auditointiin liittyvä observointi, auditoinnin jälkeinen yhteenvetokeskustelu ja palautetilaisuus vievät minimissään kummaltakin auditoijalta kahdeksan tuntia. Raportin kirjoittaminen vie aikaa noin puolitoista tuntia ja uudelleenauditointi, joka on 3-6 kuukauden kuluttua vie aikaa 1-2 tuntia molemmilta auditoijilta. Shailerin mielestä tämä on kallis investointi ja vaatii todella hyvää suunnittelua. Todellisuudessa koko auditointiprosessi vaatii paljon enemmän resursseja, jos lasketaan ajankäyttö alkaen yhteistyössä tehtävistä standardien ja kriteerien laatimisesta aina mahdolliseen uudelleenauditointiin saakka. Shailer uskoo kuitenkin, että kokonaisaika vähenee, kun niin klinisen kentän henkilökunta kuin itse auditoijat tottuvat auditointiprosessiin ja saavat siitä lisää kokemusta.

Kaiken kaikkiaan auditointi hoitoyön koulutuksen laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä on otettu Englannissa hyvin vastaan. On myönnetty, että muutokset vaativat aikaa ja täydellisyyteen on vaikea päästä. Tarvitaan myös arvioinnin ja kehittämisen arviointia. (Howarth 1996; J. Taylor, henkilökohtainen tiedonanto 4.12.1995) Täydellistä luotettavuutta tavoitellessa voi käydä niinkuin Kaplanin kertomuksessa "juopon avaimen etsinnästä". Kaplan kertoo varoittavan tarinan juoposta miehestä, joka matkalla kotiinsa kadotti kotioven avaimen. Etsiessään sitä hän rajoitti etsintänsä katulampun alle, missä oli helpompi nähdä. Kuitenkin hän kadotti avaimensa pimeällä kujalla, eikä itse asiassa koskaan löytänyt avaintaan. Jos me, omassa kiireessämme yritämme saada auditoinnin nopeasti suoritettua ja haluamme helposti mitattavan määrällisen kriteeristön sekä pyrimme täydelliseen luotettavuuteen, niin silloin ei hoitotyö eikä hoitoyön koulutus löydä koskaan omaa erityistä oven avaintaan. Auditointi haastaa meidät seikkailemaan pimeällä kujalla. Miksi emme menisi, katsoisi ja kokisi. Saataisimme hämmästyä positiivisesti siitä mitä löydämme. (Nolan & Scott 1993)

Suomessa auditointikokemukset ovat suhteellisen vähäisiä. Sairaala-auditointien puolelta kokemukset ovat olleet myönteisiä. Sairaala-auditointi on osoittautunut innostavaksi ja tulokselliseksi tavaksi arvioida ja kehittää palvelujärjestelmän laatua. Menetelmän vahvuus saa perustansa sen moniammatillisesta luonteesta sekä kehittämistyön aikana että itse auditoinnissa. Toiminnan kriittinen tarkastelu moniammatillisissa ryhmissä on

ollut mielenkiintoista ja herättänyt työyksiköissä uudenlaista keskustelua työstä ja sen tuloksista. Menetelmä on luonteeltaan joustava ja jatkuvan arvioinnin vuoksi tarvittavia muutoksia onkin tehty, esimerkiksi kriteeristöä on jo uusittu. (Auditoinnilla etsitään 1995; Junnila ym. 1996)

### 3.4. Hoitotyön kliinisen oppimisympäristön auditointi

Koulutuksen laadunarvioinnin ja laadunkehittämisen yhtenä kohteena voi olla kliinisen oppimisympäristön auditointi (ENB 1993). Kliinisen kentän arvioinnin voidaan katsoa olevan sekä itsearviointia että ulkoista arviointia, koska se kohdistuu niin kliinisen kentän laadunarviointiin ja laadunkehittämiseen oppimisympäristönä kuin myös oppilaitoksen laadun arviointiin ja kehittämiseen sisältäen muunmuassa opettajan rooliin kliinisellä kentällä sekä koulun ja kliinisen kentän yhteistyön. (J. Taylor, henkilökohtainen tiedonanto 4.12.1995)

Kliinisen kentän oppimiskokemukset ovat oleellisia hoitoalan ammattiin kasvamisessa ja siksi koulutuksellinen näkökulma kliinisen kentän laatuun, sen arviointiin ja kehittämiseen on perusteltua. Oppilaitosten tulisi sitoutua tarjoamaan parhaita mahdollisia kliinisen kenttien oppimiskokemuksia taatakseen osaltaan mahdollisimman pätevien hoitajien valmistumisen, jotka sitten puolestaan työelämässä pystyisivät laadukkaaseen hoitotyöhön (ENB 1993). Koko koulutusjärjestelmän todellinen mittarihan on koulutuksen lopputuote, terveydenhuollon ammattiin valmistunut työntekijä (Paulin & Vällilä 1995).

Englannissa English National Board (ENB) antamissaan auditointiohjeistossa perustaa näkemyksensä arvioinnista kokonaisvaltaisen laatujohtamisen periaatteiden pohjalle. Se on antanut ohjeiston niistä pääkategorioista, joita kliinisen kentän koulutukselliseen arviointiin tulisi sisällyttää. Jokaisen oppilaitoksen tulee sitten itse kehittää omat arviointimittaristonsa, joten ne ovat erilaisia riippuen oppilaitoksesta (Rippin ym. 1994). ENB suosittelee käytettäväksi antamia ohjeita niin sisäisessä kuin ulkoisessa arvioinnissa (ENB 1987; ENB 1993).

ENB (1987,1993) on määritellyt pääkategoriat hyvälle kliiniselle oppimisympäristölle kriteereineen ja menetelmineen, jotka ovat seuraavat:

1. Sosiaalinen ilmasto. Kriteerit sisältävät osaston eetoksen, opiskelijoiden tuen ja ohjauksen, vuorovaikutussuhteet ja tii-

mityön tehokkuuden. Kutakin niistä on suhteellisen vaikeata mitata. Ne voidaan ainoastaan kvantifioida keskustelujen perusteella (ohjaajat, opiskelijat, muu henkilökunta) ja hyödyntämällä opiskelijoiden arviointeja kliinisiltä kentiltä.

2. Hoitotyön ilmapiiri. Nämä kriteerit sisältävät potilaan/asiakkaan yksilöllisen hoidon filosofian, hoidon organisoinnin, hoitotyön mallien soveltamisen, tutkimusten soveltamisen käytäntöön ja osaston hoitotyön laadun standardit. Voidakseen kvantifioidakseen näiden kriteerien saavuttamisen vaaditaan keskusteluja kliinisen henkilökunnan kanssa. Lisäksi vaaditaan dokumentoitujen potilasasiakirjojen analyysiä.

3. Fyysinen ympäristö. Tässä tutkitaan sitä, miten laajasti on käytössä erilaisia välineitä ja resursseja oppimista ajatellen. Voidakseen näyttää kriteerien todentuvan, on osastolla oltava erillinen tila opetustarkoituksiin, kirjallista materiaalia ja tutkimusartikkeleita opiskelijoiden ja henkilökunnan saatavilla. Käytössä olevan laitteiston tulee olla ajanmukainen ja turvallinen.

4. Yhteistyösuhteet oppilaitoksen ja käytännön kentän välillä. Tässä on kyse teorian ja käytännön välisestä yhteydestä. Ovatko ohjaajat tietoisia teoriaopinnoista, joita opiskelijat ovat opiskelleet ennen kenttäjaksoa, jotta voitaisiin saatavissa olevia oppimismahdollisuuksista käyttää tarkoituksenmukaisesti. Yhteistyötä koulun ja kentän välillä pitäisi tutkia auditointiprosessin mittaamis- ja kirjaamisvaiheessa sisältäen myös yhdysopettajan roolin. Kirjallinen kliininen opetusohjelma toimii osaltaan näyttönä siitä, miten teoria ja käytäntö integroituvat.

5. Oppimistulokset. Ne oppimistulokset, jotka tulee saavuttaa, on ennalta määritelty ja sisällytetty joko kliiniseen arviointidokumenttiin tai ne on ilmaistu opiskelijan kirjallisessa oppimissopimuksessa. Oppimistulosten määrittely on erityisen vaikeaa varsinkin silloin, kun opiskelijoilla on erilaisia opinto-ohjelmia erilaisine koulutuksellisellisine tavoitteineen. Opiskelijoiden kokemukset ja opiskelijoiden taso vaihtelevat oppikurssin akateemisen tason mukaan. Auditorioiden syvälliset keskustelut ohjaajien kanssa osoittavat, kuinka hyvin käytännön työntekijä on selvillä opiskelijoiden yksilöllisistä tarpeista.

#### 4. TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TUTKIMUKSEN TAVOITE

Tässä tutkimuksessa pyritään löytämään vastauksia siihen minkälainen on hyvä kliininen oppimisympäristö hoitotyön opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien mielestä. Samoin pyritään löytämään vastauksia siihen minkälaisia käsityksiä osastonhoitajilla ja opettajilla on auditoinnista ja sen soveltuvuudesta kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä. Näiden tutkimustulosten toivotaan antavan lisää tietoa ja ymmärrystä kehitettäessä myöhemmin suomalaiseen hoitotyöhön sopiva kliinisen kentän auditointijärjestelmä.

#### 5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

##### 5.1. Tutkimuksen kohdejoukko

Tämän tutkimuksen kohdejoukoksi valittiin yhden terveydenhuolto-oppilaitoksen hoitotyön opiskelijat, jotka olivat opiskelussaan kuudennella tai seisemännellä lukukaudella, neljä terveydenhuollon opettajaa sekä neljä osastonhoitajaa.

Opiskelijoiden kohdejoukoksi valittiin opintojensa loppuvaiheessa olevat opiskelijat, koska katsottiin, että heillä on riittävästi kokemusta erilaisilta kliinisiltä kentiltä. Tällaisia opiskelijoita oli koulussa läsnä teoriajaksoilla yhteensä 79 opiskelijaa.

Osastonhoitajien kohdejoukon muodosti neljä Jyväskylän alueella erilaisilla osastoilla työskentelevää osastonhoitajaa, joilla oli opiskelijaohjauksesta useamman vuoden kokemus ja joiden osastot toimivat opiskelijoiden kliinisen opiskelun harjoittelupaikkoina. Edellytyksenä oli myös, että he olivat olleet mukana omien osastojensa auditoinnissa.

Opettajien tutkimusjoukon muodosti neljä Keski-Suomen Terveydenhuolto-oppilaitoksen opettajaa. Heidän valintansa perusteena oli, että he edustivat hoitotyön eri osa-alueita, heillä oli kokemusta opiskelijaohjauksesta ja kliinisten kenttien auditoinnista.

Laadullisessa tutkimuksessa kohdejoukkoa valittaessa kiinnitetään huomiota siihen, ettei valinta sisällä vain ihmisiä koskevia ratkaisuja vaan myös usein ympäristöjä, olosuhteita, prosesseja ja tapahtumia. Laadullisen tutkimuksen kohdejoukot ovat usein näytteitä, vain harvoin jollakin todennäköisyysotantatekniikalla hankittuja otoksia. (Hämäläinen 1987) Tutkimuksen luotettavuuden vuoksi haluttiin mukaan vain sellaisia henkilöitä, joilla voitiin etukäteen olettaa olevan riittävästi tietoa kyseisestä aihepiiristä ja käsitys auditoinnista laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä.

Tutkimuslupa-anomukset lähetettiin Keski-Suomen Sairaanhoidopiiriin ja Jyväskylän kaupungin terveyskeskuksen ylihoitajille sekä terveydenhuolto-oppilaitoksen rehtorille. Ylihoitajia pyydettiin nimeämään auditointiin osallistuneista osastonhoitajista edustajat, jotka halusivat osallistua tutkimukseen. Tämän jälkeen tutkijat valitsivat neljä eri hoitotyön osa-aluetta edustavaa osastonhoitajaa tai apulaisosastonhoitajaa tutkimuksen kohdejoukoksi. Terveydenhuolto-oppilaitoksen rehtorille esitettiin myös tutkimuslupapyyntö koskien opettajien ja opiskelijoiden osallistumista kyseiseen tutkimukseen.

## 5.2. Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat

Tässä tutkimuksessa käytetään pääasiallisesti kvalitatiivista lähestymistapaa. Kvalitatiivinen lähestymistapa on perusteltua, koska halutaan saada syvällisempää tietoa, sellaisena kuin tutkimukseen osallistuvat kyseiset asiat näkevät ja kokevat, niin kliinisestä kentästä oppimisympäristönä kuin myös auditoinnista ja sen soveltuvuudesta kliinisen kentän laadunarviointi ja kehittämissuomenetelmänä.

Määrällistä lähestymistapaa, laadullisen lisäksi, käytetään niin ensimmäisen kuin toisenkin tutkimustehtävän osalta. Perusteluna määrällisen lähestymistavan valinnalle esitetään tarve saada tietoa miten luokitusrunгон sisältöluokat painottuvat opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien esseevastauksissa. Samoin määrällistä tietoa halutaan myös osastonhoitajien ja opettajien arvioidessa auditointimittariston kriteereiden tärkeyttä.

### 5.3. Aineistonkeruumenetelmät

Tämän tutkimuksen aineisto hankittiin ensimmäisen tutkimustehtävän osalta pyytäen opiskelijoita, osastonhoitajia ja opettajia kirjoittamaan esseet hyvästä kliinisestä oppimisympäristöstä (yhteensä 87).

Opiskelijat kirjoittivat esseevastaukset 22.4 - 15.5 1996. Tutkijat olivat saaneet opiskelijoiden suostumuksen tutkimukseen osallistumisestaan luokanvalvojien kautta. Tutkijoista toinen oli aina läsnä, kun esseevastauksen instruktio annettiin ja vastaukset kirjoitettiin. Opiskelijat kirjoittivat esseitään keskimäärin 35-45 minuuttia.

Osastonhoitajat ja opettajat saivat esseetehtävänsä paria päivää ennen varsinaista haastattelua. Esseet palautettiin kyseisissä haastattelutilanteissa yhtä vastaajaa lukuunottamatta. Hän oli kirjoittanut esseensä ennen haastattelua mutta oli unohtanut sen kotiinsa ja palautti sen muutaman päivän päästä postitse.

Ennen varsinaisia esseevastaustilanteita oli menetelmää esitettävä kuudentoista opiskelijan ryhmällä, joka oli seitsemännellä lukukaudella opiskelussa. Kyseisessä esitestauksessa puolet opiskelijaryhmästä kuvasi hyvää kliinistä oppimisympäristöä ja toinen puoli huonoa kliinistä oppimisympäristöä. Ajatuksena oli saada syvällisempää tietoutta myös kliinistä opiskelua huonontavista kliinisen kentän piirteistä. Esitestauksen perusteella instruktioa muutettiin siten, että se selkeästi ohjasi opiskelijoita pohtimaan hyvää kliinistä oppimisympäristöä omiin opiskeluajan kokemuksiin perustuen eri harjoittelujaksoilta.

Toisessa tutkimustehtävässä käytettiin aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Haastattelu voidaan toteuttaa vapaamuotoisena syvähaastatteluna tai puolistrukturoituna teemahaastatteluna (Hämäläinen 1987). Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, jossa haastattelun aihepiirit, teema-alueet, ovat etukäteen tiedossa ja toimivat haastattelijan muistilistana. Teemahaastattelu eroaa strukturoidusta haastattelusta siinä, että strukturoidulle haastattelulle luonteenomainen kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuu. Teemahaastattelu sopii menetelmäksi silloin kun tutkitaan ilmiöitä, jotka eivät ole haastateltaville kovin tuttuja ja joista he eivät ole tottuneet päivittäin keskustelemaan, esimerkiksi arvostuksistaan ja käsityksistään. Lisäksi haastattelun aikana on mahdollista tehdä tarkennuksia. (Hirsjärvi & Hurme 1991)

Tässä tutkimuksessa haastattelun voidaan katsoa olleen puolistrukturoitu teemahaastattelu, jonka teema-alueet muodostettiin Lancashire College of Nursing and Health Studies`n (Nykyisin: University of Central Lancashiren Faculty of Health) kehittämän auditointijärjestelmän eri osa-alueiden ja audit-mittariston pohjalta. (Liite 1)

Haastattelussa teemahaastattelun kriteerit täyttyivät selvimmin käsiteltäessä auditointijärjestelmän eri vaiheita. Strukturoidumman osan muodosti audit-mittariston kriteereiden ja näyttöjen tarkastelu. Kuitenkin haastattelun strukturoidummassakin osassa haastateltavat saivat noudattaa omaa vastaamisjärjestystä ja saivat vapaasti ilmaista käsityksiään audit-mittariston kriteereistä ja näytöistä sekä niiden tärkeydestä.

Ennen varsinaisia haastatteluja suoritettiin erilaisia esihaastatteluja. Ensimmäiseen esihaastatteluun osallistunut erikoissairaanhoidaja oli henkilö, joka ei ollut osallistunut auditoinnin suorittamiseen osastollaan. Tämän haastattelun tarkoituksena oli selvittää voiko tutkimuksen kohderyhmän auditoinnin osalta muodostaa henkilöt, jotka eivät ole osallistuneet auditoinnin suorittamiseen. Tämä haastattelu vei runsaasti aikaa koska haastattelija joutui yksityiskohtaisesti selvittämään auditointiin liittyvät asiat ja haastattelun kuluessa koko ajan selvittämään kyseisten kriteereiden sisältöä. Haastatteluväsymystä oli selkeästi havaittavissa. Haastattelu ei tuottanut riittävää informaatiota kyseisestä aihepiiristä, koska auditointi oli haastateltavalle aiheena tuntematon.

Toiseen esihaastatteluun osallistui osastonhoitaja, joka oli tietoinen auditoinnista laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä. Tässä haastattelussa tutkijat halusivat paneutua erityisesti audit-mittariston sisällöllisen ja kielellisen ymmärrettävyyden testaamiseen. Haastattelun perusteella tehtiin muutoksia näyttö-kohtiin. Muutokset koskivat lähinnä näyttöjen tarkoituksen ymmärrettävyyttä ja kriteeriyhteyksien ymmärrettävyyttä.

Kolmas esihaastattelu suoritettiin osastolla työpäivän aikaan ja se nauhoitettiin. Näin haluttiin myös testata tekniikan toimivuutta. Esihaastattelussa olisi hyvä testata myös nauhurin käyttötaitoa (Eskola & Suoranta 1996). Tässä haastattelussa edettiin niin, että haastateltava sai tehtäväkseen ensin tutustua yhteen osa-alueeseen kuten esimerkiksi perehdyttäminen ja arvioida kriteereiden tärkeyden rengastamalla ne kirjalliseen audit-mittaristoon. Tämän jälkeen käytiin kriteerit läpi vastaajan haluamassa järjestyksessä. Hän sai esittää perustelunsa



kriteerin tärkeydestä nyt suullisesti. Kriteerien tärkeyden arviointiasteikkoa muutettiin tämän haastattelun perusteella asteikoksi: tärkeä, vähemmän tärkeä, ei ollenkaan tärkeä.

Esihaastattelun perusteella tutkija kykenee laatimaan relevantin haastattelurungon, niin että tutkija ja tutkittava ymmärtävät toisiaan. Esihaastattelun jälkeen tutkijalla on mahdollisuus tehdä muutoksia haastattelurunkoon muovailemalla kysymyksiä vastaamaan parhaiten tutkimuksen tarkoitusta (Hirsjärvi & Hurme 1991).

Varsinaiset haastattelut suoritettiin huhti - kesäkuun aikana 1996, haastateltaville sopivina ajankohtina. Osastonhoitajien haastattelut suoritettiin heidän työpäivänsä aikana osastoilla. Opettajien haastattelut suoritettiin koululla toisen tutkijan työhuoneessa. Molemmat tutkijat olivat läsnä haastatteluissa. Kukin haastateltava oli antanut luvan kahden haastattelijan läsnäoloon eikä se häirinnyt heitä. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Haastateltavat olivat antaneet suostumuksensa nauhoitukseen. Olosuhteet olivat kaikissa haastatteluissa rauhalliset. Vain yhdessä haastattelussa tekniikka tuotti ongelmia ja haastattelulle sovittiin uusi ajankohta. Haastattelut pitäisi voida suorittaa ilman häiriötekijöitä ja tekniikkaan pitäisi tutustua kunnolla, ettei se aiheuta häirttekijöitä haastattelun aikana (Grönfors 1982).

Haastatteluteemat oli muodostettu aiemmin mainittujen auditointijärjestelmän eri osa-alueiden ja auditmittariston pohjalta. Tavoitteena oli saada mahdollisimman syvällistä ja kattavaa tietoa kliinisen oppimisympäristön laatuksiteereiden tärkeydestä ja samoin koko auditointisysteemistä ja sen soveltavuudesta suomalaiseen hoitotyön koulutukseen laadunarviointi- ja kehittämismenetelmänä. Haastattelun kuluessa teema-alueilta saatettiin tehdä tarkentavia kysymyksiä puolin sekä toisin. Haastateltava saattoi tarkentaa oliko ymmäränyt oikein kysytyn asian ja haastattelija saattoi tehdä tarkentavia kysymyksiä merkityksen oikean ymmärtämisen varmistamiseksi (Hirsjärvi & Hurme 1991, Pashley & Pashley 1990). Haastatteluissa oli aina läsnä molemmat tutkijat, joista toisella oli päävastuu haastattelusta. Toinen vastasi tekniikan sujumisesta mutta hänen roolinsa oli myös esittää tarkentavia lisäkysymyksiä, jos hän huomasi jonkin asian vaativan lisäselvitystä.

Haastateltavat osastonhoitajat olivat yhtä lukuunottamatta tutkijoille entuudestaan tuttuja, koska olivat osallistuneet osastoauditointeihin. Kaikki opettajat olivat tuttuja, koska työskentelevät samassa oppilaitoksessa kuin tutkijatkin.

Tutkijan on vältettävä samaistumasta tutkittavaan vaikka hänen täytyykin syventyä tutkittavan kokemusmaailmaan. Samaistuessaan tutkittaviin tutkijan huomiokyky valikoituu ja hänen kykynsä kerätä tietoa ja analysoida sitä voi kärsiä. (Burns & Grove 1987) Tätä pyrittiin minimoimaan näissä haastatteluissa käyttämällä kahden tutkijan läsnäoloa.

Haastattelun alussa tutkijat pyrkivät luomaan myönteisen ilmapiirin keskustelemalla yleisistä asioista. Ilmapiiri oli vapaa ja haastateltavat tuntuivat motivoituneilta ja innostuneilta aiheen uutuuden takia. Tutkijat selvittivät vielä tutkimuksen tarkoituksen ja ennen haastattelun alkua palautettiin mieleen omilla osastoilla suoritettut auditoinnit. Näin varmistettiin, että haastateltavat orientoituivat paremmin kyseessäolevaan aihepiiriin. Tietojen luottamuksellisuutta korostettiin myös ennen haastattelun alkua. Tutkijat pystyivät mielestään luomaan luottamuksellisen vuorovaikutustilanteen, mikä Field & Morsen (1988) ja Eskola & Suoranta (1996) mukaan vaikuttaa siihen miten syvällistä tietoa tutkijan on mahdollista saada.

Haastattelut kestivät keskimäärin puolitoista tuntia (vaihdellen 45 minuutista kahteen tuntiin). Haastatteluväsymystä eikä pitkästyistä aiheen käsittelyyn voitu havaita.

#### 5.4. Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi

Aineiston laadulliseen käsittelyyn ei ole olemassa yhtä, yleisesti hyväksyttyä menettelyohjetta, vaan tutkimuksen tarkoitus ohjaa yleensä aineiston analyysiä (Hämäläinen 1987). Laadullisen aineiston rikkaus on niiden analysointitapojen runsaudessa, jos yksi tapa ei toimi voidaan soveltaa toista tapaa (Eskola & Suoranta 1996).

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on luoda tulkitoihin selkeyttä, jotta sen sisältämän informaation perusteella voitaisiin tehdä perusteltuja, valideja johtopäätöksiä tutkitavasta ilmiöstä. Aineistoa analysoimalla pyritään aineisto saattamaan tiiviiseen muotoon ja informaation lisäämiseen tutkittavasta ilmiöstä (Hämäläinen 1987; Alasuutari 1993)

Aineiston analyysissä voidaan käyttää sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista kuvailua, jos ne täydentävät toisiaan (Field & Morse 1988). Kun eri menetelmillä kerätään ja tulkitaan tutkittavasta ilmiöstä tietoa, on tarkoituksena saada todellisuuden kuvaus mahdollisimman tarkasti esille (Polit & Hungler 1991). Jos laadulliseen aineistoon sovelletaan myös

määrällistä analyysiä niin on hyvä tiedostaa, että kvantifiointi ei kuitenkaan ehkä ole paras tapa analysoida laadullista aineistoa mutta kvantifioimalla on suhteellisen helppo päästä liikkeelle ja saada jonkinlainen tuntuma tekstimassan hallintaan. (Eskola & Suoranta 1996) Yleisesti ottaen kvantifioiva kvalitatiivinen analyysi on noussut kolmanneksi vaihtoehdoksi niille, joiden mielestä perinteinen kvalitatiivinen analyysi on liian löysää mutta jotka eivät myöskään halua palata koviin menetelmiin (Rahkonen & Roos 1990).

Tässä tutkimuksessa käytettiin sisällönanalyysi-menetelmää niin opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien tuottamien esseevastusten analysoinnissa kuin myös teemahaastattelujen analysoinnissa.

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan tutkia erilaisia kielellisesti ilmaistuja, kirjoitettuja tai sanallisia, dokumentteja (Polit & Hungler 1991) tekemällä havaintoja ja keräämällä tietoja dokumenttien sisällöistä tieteellisiä pelisääntöjä noudattaen (Pietilä 1976). Sisältöluokkien muodostamisessa voidaan käyttää joko jotain ulkopuolista käsitejärjestelmää, viitekehystä tai teoriaa tai ne voidaan muodostaa tutkittavan sisällön pohjalta (Pietilä 1976). Opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien kirjoittamia esseitä hyvästä kliinisestä oppimisympäristöstä analysoitiin induktiivisesti tutkittavan sisällön pohjalta. Induktiiviseen lähestymistapaan päädyttiin esitestauksen perusteella. Esitestauksessa analysoitiin helmikuussa 1996 kirjoitettua 16 esseetä. Tällöin kokeiltiin deduktiivista lähestymistapaa käyttäen luokitusrunгон sisältöluokkien muodostamisen perustana audit-mittariston kriteeristöä. Kyseinen kriteeristö luokitusrunkona sisälsi kuitenkin liian paljon sisältöluokkia eikä täten sinällään ollut toimiva. Siksi päädyttiin käyttämään induktiivista lähestymistapaa eli luokitusrunгон sisältöluokat muodostettiin tutkittavan sisällön pohjalta.

Uusi esitestaus tehtiin käyttäen yllämainittua aineistoa ja lähestymistapaa. Useamman lukukerran jälkeen esseiden sisällöt hahmottuivat omiksi sisältöluokiksi. Lisälukemisten ja tutkijoiden yhteisten pohdintojen perusteella joitakin sisältöluokkia yhdistettiin. Burns ja Grove (1987) esittävät, että sisältöluokkia voidaan supistaa sulkemalla pois päällekkäisyyksiä, epäselviä tai monimutkaisia luokkia. Opiskelijoiden esseevastusten sisältöluokat toimivat luokitusrunkona myös osastonhoitajien ja opettajien esseevastusten analysoinnissa. Kuitenkaan sisältöluokkien yksityiskohtainen jaottelu ei voinut olla niin yksityiskohtainen osastonhoitajien ja opettajien esseiden analysoinnissa koska heidän esseidensä määrä oli vain kahdeksan.

Sisällönanalyysissä sisältöluokkien luokitusyksikköinä voivat olla esimerkiksi sanat, lauseet tai lausumat, jotka edustavat tiettyä piirremuuttujaa tai muuttujan astetta tai tasoa. Luokkia muodostettaessa on määriteltävä, mitkä synonyymiset sanat tai lauseet liittyvät yhteen muodostaakseen luokan, joka poikkeaa muista. (Walz, Stricland & Lenz 1991)

Tässä tutkimuksessa esseiden analysoinnin osalta luokitusyksikkönä oli yksi tai useampi sana tai yksi tai useampi lause siten, että ne yhdessä muodostivat ajatuksellisen kokonaisuuden. Epäselvissä tilanteissa tutkijat pohtivat yhdessä mihin sisältöluokkaan kyseinen lausuma parhaiten sopi. Sapsford ja Abbot (1992) painottavat, ettei ole olemassa mitään maagista mallia siitä mitkä lausumat kuuluvat mihinkin sisältöluokkaan vaan tutkijan tulee vain etsiä aineistosta niitä lausumia, jotka näyttävät liittyvän yhteen, jotka ilmentävät samaa yhteistä ajatusta tai ovat yhteydessä samaan sisältöalueeseen.

Esseevastaukset olivat pituudeltaan keskimäärin yhden sivun mittaisia. Esseevastauksia luettiin läpi useampaan kertaan kokonaiskäsityksen saamiseksi. Esseevastauksien lausumat värikoodattiin käyttäen kullekin sisältöluokalle sovittua värikooditusta. Aineisto järjestettiin kaksiulotteiseksi matriisiksi, joka ryhmiteltiin kirjoittajan järjestysnumeron ilmaisevan koodin mukaan ja luokitusrungon sisältöluokkien mukaan. Järjestysnumeron ja värikoodauksen avulla voitiin tarvittaessa palata aineiston autenttisiin kuvauksiin. Kukin lausuma sijoitettiin vain yhteen sisältöluokkaan. Mahdollisia negatiivisia ilmaisuja ei jätetty huomioimatta, vaan ne sijoitettiin vastaavaan positiiviseen luokkaan, johon niiden katsottiin kuuluvan. Matriisin muodostamaa tiedostoon koottiin sekä laadullista että määrällistä tietoutta. Määrällisessä osuudessa laskettiin yhteen lausumien lukumäärä sisältöluokittain. Näin saatiin käsitys siitä, mitkä tekijät painottuivat eniten hyvässä kliinisessä oppimisympäristössä.

Teemahaastattelut analysoitiin myös käyttäen sisällönanalyysimenetelmää. Haastattelunauhut kuunneltiin heti haastattelujen jälkeen. Ennen analysointia haastattelunauhut kirjoitettiin sana sanalta ja tallennettiin tiedostoksi tekstinkäsittelyohjelmalla, yhteensä sivuja oli 261. Osan haastatteluista kirjoitti ulkopuolinen, tehtävään kouliintunut henkilö (kaksi haastattelua), osan haastatteluista kirjoittivat tutkijat itse (kuusi haastattelua). Itse tulosten analysointi tapahtui kuitenkin myöhempanä ajankohtana jolloin nauhoja kuunneltiin vielä uudelleen seuraten samalla kirjoitettua tekstiä. Näin

voitiin vielä palauttaa mieleen ja tarkistaa kuullun ja kirjoitetun tekstin yhtäpitävyys.

Aineiston käsittely ja analysointi pitäisi aloittaa mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen. Perusteluna tälle on se, että aineisto inspiroi vielä tutkijaa ja tietoja voidaan täydentää ja selventää helposti tarvittaessa (Hirsjärvi, Liikanen, Remes & Sajavaara 1995). Tässä tutkimuksessa aineisto on koko ajan inspiroinut tutkijoita. Ajallista etäisyyttä aineiston käsitteelyyn ja analysointiin on tullut lähinnä työelämän asettamien vaatimusten vuoksi, mutta ajallinen etäisyys on saattanut olla eduksikin.

Haastattelujen teema-alueet muodostettiin Lancashire College of Nursing and Health Studies'n laatiman audit-mittariston kriteerien ja näyttöjen sekä auditointiprosessin eri vaiheiden pohjalta. Kyseiset teema-alueet toimivat sisällönanalyysin sisältöluokkina.

Tämän jälkeen aineisto analysoitiin sisältöluokittain. Kunkin sisältöluokan aineistoa luettiin useampaan kertaan erilaisten käsitysten ja näkemysten löytämiseksi. Tutkijat analysoivat kaikki sisältöluokat yhdessä. Avoimilla vastauksilla pyrittiin vahvistamaan tulkintojen oikeellisuutta.

## 6. TUTKIMUSTULOKSET

Ensiksi käsitellään opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien kuvauksia hyvästä kliinisestä oppimisympäristöstä kappaleessa 6.1. Kappaleessa 6.2. tarkastellaan osastonhoitajien ja opettajien käsityksiä auditoinnista kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä.

### 6.1. Hyvä kliininen oppimisympäristö opiskelijoiden, osaston hoitajien ja opettajien kuvaamana

Analysoitaessa opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien esseitä hyvästä kliinisestä oppimisympäristöstä nousi sitä kuvaamaan kolme pääsisältöluokkaa, jotka tutkijat nimesivät: Kliinisen kentän rooli opiskelijaohjauksessa, opettajan rooli kliinisen opiskelun toteutuksessa sekä opiskelijan oma rooli kliinisessä opiskelussa. Kahdelle pääsisältöluokalle nimettiin myös alasisältöluokat. (Taulukko 1)

TAULUKKO 1. Hyvän kliinisen oppimisympäristön osatekijät

Oppimisympäristön tekijät	Opiskelija	Lausumien lukumäärä		Yhteensä
		Osastonhoitaja	Opettaja	
<b><u>Kliinisen kentän rooli opiskelijaohjauksessa</u></b>	<b>510</b>	<b>69</b>	<b>134</b>	<b>685</b>
Hoitaminen	16	1	16	
Osastonhoitajan rooli	8	-	9	
Henkilökunnan osaaminen	28	7	6	
Henkilösuhteiden ilmapiiri	32	4	13	
Ohjausilmapiiri ja siihen vaikuttavat tekijät	314	34	27	
*tasa-arvoinen/yksilöllinen kohtelu	105	-	-	
*ohjausmyönteinen ilmapiiri	93	-	-	
*itsenäiseen hoitotyöhön kannustaminen	67	-	-	
*sitoutuminen opiskelijaohjaukseen	49	-	-	
Oma ohjaaja	35	9	23	
Perehdyttäminen	30	9	-	
Arviointi	39	4	-	
Fyysinen ympäristö	8	1	12	
<b><u>Opettajan rooli kliinisen opiskelun toteutuksessa</u></b>	<b>73</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>80</b>
*opettajan rooli kliinisen opiskelun suunnittelussa	56	-	-	
*opettajan rooli kliinisessä ohjauksessa	17	-	-	
<b><u>Opiskelijan oma rooli kliinisessä opiskelussa</u></b>	<b>27</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>37</b>

### 6.1.1. Kliinisen kentän rooli opiskelijaohjauksessa

Tässä sisältöluokassa nousivat esiin hoitamisen, osastonhoitajan roolin, henkilökunnan osaamisen, henkilösuhteiden ilmapiirin, ohjausilmapiirin ja siihen vaikuttavien tekijöiden, oman ohjaajan, perehdyttämisen, arvioinnin ja fyysisen ympäristön alasisältöluokat. (Taulukko 1)

#### Hoitaminen

Opiskelijat toivat esille hoitamisen alueelta toiveensa, että he voisivat harjoitella kentillä, jossa yksilövastuun hoito-

työ toteutuu. He haluavat ymmärtää potilasta kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Opiskelijat haluavat saada myös kokonaiskuvan hoitamisesta. Heille annetaan oma potilashuone tai muutama potilas, joiden hoidosta he vastaavat. Hyvän hoitamiseen liittyy myös potilaan kanssa oleminen ja jutteleminen. Potilaiden hyvä hoito ja henkilökunnan tasokas toiminta auttavat opiskelijaa tuntemaan olonsa hyväksi.

”Hyvä kliininen kenttä on mielestäni sellainen, jossa potilaat sanovat viihtyväänsä ja saavansa hyvää hoitoa. Koska jos potilas voi hyvin, silloin henkilökunnan täytyy toimia hyvin ja silloin opiskelijallakin on hyvä olla.”

Osastonhoitajilla oli vain yksi maininta hoitamisesta, jossa ehdotettiin opiskelijoille omia potilaita.

Opettajat näkivät keskeisenä hyvässä kliinisessä oppimisympäristössä sen, että hoitotyö olisi teoreettisesti perusteltua. Työyhteisö olisi yhdessä pohtinut osaston hoitotyön filosofian ja että heillä olisi yhteinen käsitys tärkeimmistä hoitotyön periaatteista. Näin opiskelijan olisi helpompi löytää hoitotyön ydinsisältö; toisen ihmisen auttaminen ja läsnäolo. Yksilövastuinen hoitotyö ja sen suunnitelmallinen toteuttaminen mahdollistaisi opiskelijalle kokonaisvaltaisen hoitonäkemyksen muodostumisen.

”Hyvällä kentällä tehdään hoitotyön suunnitelmia potilasta/asiakkaista, jolloin opiskelijat ymmärtävät hoitotyön prosessin ja hoidon suunnittelun tärkeyden ja, että se on osa laadukasta hoitotyötä ja sen avulla päästään laadukkaan hoitoon.”

### Osastonhoitajan rooli

Opiskelijoiden mielestä osastonhoitajan oma asennoituminen opiskelijaohjaukseen vaikuttaa koko henkilökunnan asennoitumiseen. Osastonhoitajan vastuulla on informoida henkilökuntaa tulevista opiskelijoista ja nimetä opiskelija-ohjaaja parit.

Osastonhoitajat eivät maininneet osastonhoitajaa opiskelijoiden kliinisen oppimisympäristön luoja. Opettajista vain yksi kiinnitti huomiota osastonhoitajan osuuteen hyvän kliinisen oppimisympäristön luomisessa. Hänen mielestään hallinnollinen selkeys on keskeistä. Yhteisössä toteutetaan laatujohtamista. Johtaja asennoituu työntekijöihin kunnioituksella ja luottaa heihin. Kaikki voimavarat on otettu käyttöön ja vastuu on jaettu pohjautuen kunkin työntekijän erityisosaamiseen. Osas-

tolla käydään säännöllisesti esimies-alaiskeskusteluja. Kaikki tämä takaa opiskelijalle opiskelun toimivassa yhteisössä, jossa on tilaa kaikille.

#### Henkilökunnan osaaminen

Opiskelijat toivat esiin, että henkilökunnan tulee olla ammattitaitoista, riittävästi työkekemusta omaavaa, motivoitunutta ja innostunutta hoitotyöhön. Heidän tietonsa tulee olla ajan tasalla ja heidän tulee olla innokkaita kehittämään hoitotyötä myös laadullisesti.

”Tässä opiskelun aikana olen huomannut sen, että sellaiset osastot, jossa koko ajan kehitetään myös omaa toimintaa, niin ne jaksavat keskittyä myös opiskelijoihin.”

Henkilökuntaresursseja opiskelijaohjaukseen toivottiin enemmän.

Osastonhoitajat katsoivat, että hyvän harjoittelukentän edellytys on ammattitaitoinen ja ammattitaitoa ylläpitävä henkilökunta. Opiskelija hyötyy työyksiköstä, joka koulutautuu ja on mukana tutkimustyössä, josta saadaan ”ajan hengessä” olevaa uutta tietoa.

Opettajien mielestä osaston henkilökunnan tulee olla kehityshaluista niin ohjauksen kuin hoitotyön suhteen. Lisäksi henkilökunnan tulisi olla yhteistyöhaluinen ja tutkivan työnotteen omaava.

”Kehittyvä, kehityshaluinen yhteisö, jossa tutkiva työnote ja ollaan koulutuksellisesti aktiivisia. Tämä antaa opiskelijalle myönteisen kuvan työstä ja siinä jaksamisesta sekä työn kehittämisestä.”

#### Henkilösuhteiden ilmapiiri

Opiskelijat korostivat positiivisen, avoimen, myönteisen ja ”kunnossa olevan” ilmapiirin ja hyvän yhteishengen merkitystä kliinisillä kentillä. Henkilöstön tulisi kohdella toisiaan tasavertaisesti ja kunnioittaa toisiaan asiantuntijoina.

”Hyvällä kentällä vallitsee myönteinen ilmapiiri henkilökunnan keskuudessa. Kun henkilökunta suhtautuu toisiinsa avoimesti ja rehellisesti, on opiskelijan helppo päästä osaston työskentelyrytmiin kiinni. Jos työntekijöillä on keskenään sisäisiä selvittämättömiä ristiriitoja ja ihmi-



siä luokitellaan työtehtävien, arvon tai aseman perusteella, on opiskelijankin paikka yleensä alimmassa kastissa. Jos taas kaikki ovat tasavertaisia ja jokaista kunnioitetaan oman tehtävänsä asiantuntijana, saa opiskelijakin realistista ja rakentavaa palautetta toiminnastaan, eikä häntä poljeta lattianrakoon siksi, että hän on vain opiskelija."

Jos työyhteisössä ilmenee ongelmia, niin niistä keskustellaan ja ongelmat pyritään ratkaisemaan. Iloinen mieli sekä huumori ovat myös tärkeitä. Osastolla panostetaan henkilökunnan hyvinvointiin.

Osastonhoitajien mielestä ilmapiirillä oli merkitystä hyvässä kliinisessä oppimisympäristössä. Kriittisyyttä sallitaan avoimesti ilmapiirissä. Hyvinvoiva työyhteisö antaa opiskelijalle hyvät edellytykset opiskella tulevan ammattinsa mukaisia asioita.

Opettajien mielestä opiskelija saa mallin ja keinoja ongelmien ratkaisuun työyhteisössä, jossa henkilökunnan vuorovaikutus on 'kunnossa', ilmapiiri on hyvä ja turvallinen. Yhteisössä tuodaan ristiriidat esille ja ne käsitellään. Yhteisössä käytetään työhönohjausta apuna. Toisen työtä ja osaamista kunnioitetaan ja luovuudelle annetaan mahdollisuus.

Ohjausilmapiiri ja siihen vaikuttavat tekijät

Ohjausilmapiiristä ja siihen vaikuttavista tekijöistä muodostettiin alasisältöluokat: tasa-arvoinen ja yksilöllinen kohtelu, ohjausmyönteinen ilmapiiri, itsenäiseen hoitotyöhön kannustaminen ja sitoutuminen opiskelijaohjaukseen. Osastonhoitajien ja opettajien kuvaukset on sijoitettu alasisältöluokkaan ohjausmyönteinen ilmapiiri, koska kuvauksia ei ollut mielekäästä niiden vähyyden vuoksi jakaa muihin alasisältöluokkiin.

Opiskelijat korostivat tasa-arvoista ja yksilöllistä kohtelua hyvässä kliinisessä oppimisympäristössä. He toivoivat, että heitä arvostetaan ihmisenä ja kohdellaan yksilöllisesti.

"Tarkemmin ajateltuna minut on aina otettu kenttäjaksoilla vastaan naisena, äitinä, vaimona, ihmisenä, eikä pelkäätkään opiskelijana. Olen aina saanut käyttää hyväksi sitä osaamista, mitä olen omien lasteni kanssa kokenut ja oppinut. Toivoisin, että kaikki opiskelijat saisivat kentältä samanlaisen kohtelun kuin minä olen saanut."

"On kenttiä joissa opiskelijaa ei pidetä edes ihmisenä, vaan tiuskitaan ja äyskitään ja käyttäydytään muutenkin asiaan kuulumattomasti. Tällaisella kentällä ei paljoa viitsi kysellä eikä muutenkaan mielessä ole muuta kuin äkkiä pois täältä."

Hyvällä kliinisellä kentällä opiskelijaa kohdellaan tasa-arvoisesti kuin tulevaa kolleegaa. Hän on tervetullut ja hyväksytty. Hän on osa työyhteisöä, eikä ole vain tiellä, "pakollinen möyky", "tuppo", "taakka". Opiskelijaa puhutellaan nimellä, ei "tytötellä". Häntä tervehditään ja hänet huomataan.

" Myös muiden työyhteisön jäsenten positiivinen suhtautuminen opiskelijoihin. Se ei vaadi kuin hymyä, ehkä kysymystä: 'Kuinka menee?' - Ei mitään muuta sen kummenpaa. Pääasia, ettei opiskelija ole vain muumioitu patsas, jonka ohii vain tallustaa, katsomatta tai mitään sanomatta."

Opiskelija otetaan mukaan kaikkiin tilanteisiin, myös kahvitauolle. Hän voi mennä kahvihuoneeseen kuin kuka tahansa työyhteisön jäsen. Kahvitaukojen aikana usein keskustellaan potilashoittoon liittyvistä asioista.

Opiskelijat näkevät ohjausmyönteisen ilmapiirin myös yhdeksi keskeiseksi elementiksi hyvässä kliinisessä oppimisympäristössä. Tällaisessa ympäristössä ohjausilmapiiri on tukeva ja kannustava. Osastolla pyritään avoimeen keskusteluun hoitotyöstä, eikä tietoja "pantata" opiskelijoilta. Osastolla uskalletaan kysyä epäselvistä asioista ja erehtyminenkin sallitaan. Tarvittaessa lohdutetaan ja kannustetaan.

"Ihanteellisinta olisi jos kenttäpaikka olisi ilmapiiriltään avoin ja turvallinen, jossa opiskelija voisi olla mahdollisimman luonnollinen, uskaltaisi kysellä epäselviä asioita ja rohkeasti opetella vieraita asioita. Erehtymisen mahdollisuuskin on suotava nuorille opiskelijoille."

Hyvä ohjausilmapiiri sallii opiskelijan esittää omia mielipiteitään ja erilaisia näkemyksiään ja niitä kuunnellaan. Opiskelija saa olla kriittinen. Hän voi olla uusien tuulien tuoja ja opiskelijaltakin voi oppia. Opiskelijalle sallitaan oma persoonallinen työtapansa.

"Minulla on yhdeltä kentältä erittäin hyviä kokemuksia siitä, että oma ohjaava sairaanhoitajani kysyi minulta mielipidettä mitä muuttaisin osaston toimintatavasta. Tämä

oli eka kerta, kun kohdalleni tuli tilanne, että minä arvioin osaston toimintaa ja myös itse sairaanhoitajan toimintaa. Se kehittää nimenomaan yhteistyötämme sairaalan kanssa ja tuo kenties ulkopuolisen henkilön näkemyksen kuvaan mukaan."

Osastonhoitajat näkivät, että opiskelijamyönteinen ilmapiiri on edellytys hyvälle kliiniselle oppimisympäristölle. Opiskelijat nähdään voimavarana, joka tuo " uusia tuulia". He ovat tuleva työsukupolvi. Kliinisellä kentällä opiskelijan ohjaajan suhde lähtee vapaaehtoisuuden pohjalta. Se perustuu tasavertaisuuteen, jossa tiedon antaminen on vastavuoroista. Osasto on valmistautunut opiskelijoiden tulemiseen tutustumalla tavoitteisiin. Ohjaus on tavoitteellista oppimista tukeva. Opiskelija otetaan mukaan työryhmään. Osastolla voi olla oma opiskelijavastaava, joka koordinoi ohjausta ja tukee muita ohjaajia. Ohjausvastuu jaetaan.

Opettajat korostivat, että hyvä ohjausilmapiiri kliinisellä kentällä on opiskelijamyönteinen ja opiskelijoita kunnioittava. Ohjausilmapiiriä kuvaa myös sallivuus; virheitäkin saa tehdä. Opiskelijoiden annetaan tuoda uusia ajatuksia ja näkökulmia esiin ja kritiikkiä otetaan vastaan. Ilmapiiri on avoin ja turvallinen ja tukea antava. Opiskelija nähdään voimavarana ja heidän luovuudelleen annetaan tilaa. Henkilökunta näkee mahdollisuuden oppia myös opiskelijalta. Henkilökunta ymmärtää myös vastuunsa opiskelijaohjauksesta.

Opiskelijoiden mielestä hyvässä kliinisessä oppimisympäristössä hoitajat kannustavat opiskelijaa itsenäiseen hoitotyöhön ja antavat vastuuta opiskelijalle hänen taitojensa ja kokemuksen mukaan. Opiskelijan osaamiseen luotetaan ja opiskelijaa kannustetaan itsenäiseen toimintaan. Hänet otetaan mukaan osaston hoitotyöhön. Hänen annetaan harjoitella hoitotyötä ja siihen annetaan myös aikaa. Häntä tuetaan itsenäisiin päätöksiin ja ratkaisujen tekemiseen hoitotyössä. Opiskelijaa kannustetaan myös itsenäiseen tiedonhankintaan. Näin häntä ohjataan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön.

"..sellainen, missä opiskelijaa tuettaisiin ja rohkaitaisiin omiin päätöksiin ja ratkaisuihin tehdä hoitotyötä. Ei tarjottaisi kaikkia malleja valmiina vaan annettaisiin opiskelijan pohtia 'tekotyylejä' ja toteuttaa työtä oman luovuuden ja tiettyjen perussääntöjen voimin"

Opiskelijat näkivät tärkeänä, että osaston henkilökunta on sitoutunut opiskelijaohjaukseen ja on sisäistänyt ohjauksen osaksi omaa työtään ohjaukseen on sitouduttu. Osasto on tie-

toinen opiskelijoiden kliinisille jaksoille tulosta, heidän opiskeluvaiheestaan samoin kuin heidän tavoitteistaan ja yksilöllisistä tarpeistaan. Osaston henkilökunta on innostunutta, innostavaa, kärsivällistä ja pitkäjänteistä suhteessa opiskelijoiden hoitotyön oppimiseen.

"Tehokas ja kärsivällinen ohjaus hoitajien taholta hoitotyössä ja käden töissä on erittäin tärkeää."

Osaston henkilökunta antaa asiallista ja tehokasta ohjausta. He ovat motivoituneita ja kiinnostuneita opiskelijaohjauksesta, joka vaikuttaa myös opiskelijan motivoitumiseen.

"Työntekijöiden täytyy olla motivoituneita ohjaamaan opiskelijaa, koska olen huomannut, että jos ohjaajaa ei kiinnosta yhtään opiskelijaohjaus, jakso saattaa mennä huonosti, koska myös opiskelijan motivaatio laskee, jos kysymyksiin ei vastata ja muutenkin tuntuu siltä, että ei 'ole haluttu'."

Opiskelijat toivoivat, että opiskelijaa ei käytetä työvoimana, eikä vähäpätöisten töiden tekijänä, "pikkupiikana". Hänen annetaan keskittyä oppimiseen ja hän saa olla opiskelijan roolissa 'reilusti'.

Oma ohjaaja

Opiskelijoiden mielestä oma ohjaaja on yksi keskeinen tekijä hyvässä oppimisympäristössä. Oma ohjaaja tunnistaa opiskelijan yksilölliset tarpeet, tietää hänen tieto-taitotasonsa ja osaa antaa vastuuta opiskelijalle "oikeassa suhteessa" mahdollistaen opiskelijalle hyvän oppimisen.

"Tärkeää on myös saada oma ohjaaja, mielellään sama koko kenttäjakson ajaksi. Näin ohjaajaan tutustuu paremmin ja pääsee "syvemmälle" oppimisessa, kun aika ei mene päivää ja näkemiin sanomiseksi."

Oma ohjaaja toimii mallina opiskelijalle. Hän on opiskelijan tuki ja turva. Oman ohjaajan tulee olla ohjaaja "omasta halustaan". Omalla ohjaajalla on kyky, halu ja into opettaa opiskelijoita. Ohjaaja ottaa opiskelijan ohjauksen "sydämelleen", paneutuu siihen ja asettaa itselleen ohjaajana pedagogisia tavoitteita. Omalla ohjaajalla tulee olla aikaa opiskelijan ohjaukseen.

Osastonhoitajista kaikki näkivät tarpeellisena opiskelijan henkilökohtaisen ohjaajan. Oma ohjaaja auttaa opiskelijaa tavoitteiden rakentamisessa ja menetelmien löytämisessä tavoitteiden saavuttamiseksi. Oma ohjaaja on ohjauksen koordinoija ja tunnistaa oman vastuunsa opiskelijan ohjauksesta.

Kaikki opettajat mainitsivat oman ohjaajan merkityksen opiskelijan hyvässä oppimisympäristössä. Oma ohjaaja tuntee opiskelijan yksilölliset tarpeet ja tavoitteet. He seuraavat opiskelijan oppimisprosessia ja kehittymistä. Oma ohjaaja paneutuu todella ohjaukseen ja käy ohjauskeskusteluja opiskelijan kanssa. Hän antaa vastuuta ja myös vapautta opiskelijalle.

Oman ohjaajan merkitys opiskelijalle koulutuksen alussa on tärkeä. Samoin hän vaikuttaa oppimisilmapiiriin ja toimii opiskelijalle sairaanhoitajan mallina. Hän on saanut koulutusta ohjaajana ja hänellä on mielellään sama ammatillinen koulutus, johon opiskelija on valmistumassa. Näin opiskelijan ammatti-identiteetin muodostuminen helpottuu.

#### Perehdyttäminen

Opiskelijat näkivät tärkeänä, että perehdyttämiselle varataan riittävästi aikaa. Erityisesti alkuesittelyn tulee olla hyvä. Hyvän perehdytyksen avulla osaston toiminnan kokonaisuus hahmottuu paremmin. Jos perehdyttäminen ei ole kunnollista, niin opiskelijoilla menee paljon aikaa sen hahmottamiseen, mitä tapahtuu seuraavaksi ja mitä löytyy mistäkin. Perehdyttäjän tulee olla kiinnostunut opiskelijoitten perehdyttämisestä. Ellei perehdyttämiseen ole aikaa, voi perehdyttämiskansio olla apuna kliiniselle jaksolle orientoitumisessa. Sisällöksi perehdyttämiseen ehdotettiin osaston fyysisten tilojen, toimintafilosofian, osaston luonteen ja potilasaineksen esittelyä.

”Hyvä kenttä perehdyttää opiskelijan hyvin, kuten uuden työntekijänkin, opiskelijalle kuva osaston toiminnasta, periaatteista ym”

Osastonhoitajat näkivät tärkeänä, että perehdytys erityisesti jakson alkuvaiheessa, on hyvää. Opiskelijan on helpompi ”tarttua työhön” kun hän tuntee organisaation, on selvillä osaston toimintasuunnitelmasta, hoitoideologiasta, päiväjärjestyksestä ja osaston tavoista.

## Arviointi

Opiskelijoista arvioinnin tulee olla rakentavaa ja rehellistä. Rakentava palaute opiskelijan osaamisesta kannustaa opiskelijoita yrittämään eteenpäin. Palaute voi olla positiivista tai negatiivista. Kyse on enemmänkin siitä, miten se tuodaan esille. Arvioinnin tulee olla myös perusteltua.

”Kentän pitäisi pystyä antamaan myös perusteltua kritiikkiä opiskelijasta, jos tarve vaatii. Jos koko ajan toistuu vain joo, joo, hyvin mene...niin, niin, eihän tässä mitään, ja perustelut puuttuvat, niin opiskelija on epävarma, kun ei saa perusteltuja vastauksia ja kenttä ikäänkuin liukuu ohi”

Opiskelijat toivoivat palautetta joko heti suorittamansa hoitotoiminnan jälkeen tai päivittäin. Arvioinnin tulee olla jatkuvaa eikä tapahtua vasta jakson päätyttyä. Jos palautteen antaminen jätetään vasta jakson loppuun, silloin opiskelija ei voi enää parantaa omaa toimintaansa kyseisellä jaksolla.

”Hyvällä kentällä annetaan palautetta koko harjoittelun ajan, ainakin jos sitä pyydetään, eikä heitetä lopulla pommia niskaan tai päästetä liian helpolla.”

Osastonhoitajien mielestä opiskelijaohjaukseen kuuluu päivittäin annettava palaute. Ohjaajat keskustelevat arvioinnista yhdessä opiskelijan kanssa ja arviointitilanteessa ohjaaja antaa arvioinnin sekä suullisesti että kirjallisesti. Opiskelijalta pyydetään palautetta myös osastolle.

## Fyysinen ympäristö

Opiskelijat toivat esille fyysisen ympäristön merkityksen kliinisessä opiskelussa välineiden hyvänä tasona ja hyvin järjestettyinä tiloina. Tällöin opiskelijan on helpompi hahmottaa eri tilat ja esimerkiksi välineiden ja hoitotarvikkeiden sijainnit. Fyysisellä ympäristöllä ei kuitenkaan ole suurta merkitystä, jos ohjausilmapiiri on hyvä.

Osastonhoitajista vain yksi kirjoitti fyysisen ympäristön merkityksestä. Hänen mielestään hyvään oppimisympäristöön kuuluu, että opiskelijalle löytyy kirjallista materiaalia, joka helpottaa perehdytyksessä saatujen asioiden muistamista.

Opettajista vain yksi kiinnitti huomiota fyysiseen oppimisympäristöön. Hänen mielestään fyysisellä ympäristöllä on merki-

tystä, vaikka psyykkisen ja sosiaalisen ympäristön merkitys on keskeinen. Fyysinen ympäristö voi tuoda oppimiseen mielihyvää ja viihtymistä. Ahtaat ja karutkin fyysiset olosuhteet voivat luoda viihtyisän ja innostavan oppimisympäristön, kunhan vain sallitaan luovuuden käyttö ja annetaan oppijoiden muokata ympäristö oppijoiden 'näköiseksi'. Valo, lämpö, ergonomiset seikat, värit ja tekstiilit ovat tärkeitä ympäristön viihtyvyyden luomisessa.

#### 6.1.2. Opettajan rooli kliinisen opiskelun toteutuksessa

Tässä sisältöluokassa nousi esiin kaksi keskeistä alaisältöluokkaa: opettajan rooli kliinisen opiskelun suunnittelussa ja opettajan rooli kliinisessä ohjauksessa. (Taulukko 1)

##### Opettajan rooli kliinisen opiskelun suunnittelussa

Opiskelijat painottivat opettajan roolia teorian ja käytännön integroijana. Teoriopintojen tulee olla ennen käytännön jaksoja ja antaa valmiuksia käytännön hoitotyöhön.

"Kenttien tulisi nivoutua teoria opetuksen yhteyteen/lähelle, jotta teoria tietoa pääsee heti soveltamaan käytäntöön."

Opiskelijat korostivat myös, että osastolla ei saa olla liian monta opiskelijaa yhtäaikaan, jotta opiskelijoiden määrä suhteessa sairaanhoitajiin on sopiva ohjausta ajatellen. Opettajien tulee informoida kliinisiä kenttiä opiskelijoiden opiskeluvaiheesta, tavoitteista, taitotasosta ja arviointikriteereistä. Opettajan toivottiin myös antavan kentän ohjajille koulutusta. Henkilökunnan ja koulun väliset palaverit nähtiin tarpeellisiksi.

"Mielestäni olisi myös tärkeää, että koulu ja kenttä pitäisivät joskus palavereita ja tietäisivät missä mennään. Minulla on sellainen tunne, että sekä käytännön kentällä, että taas koululla luullaan eri asioita. Oppilaan luullaan osaavan paljon enemmän hänen mennessään kentälle."

Kliinisen kentän tulee vastata kliiniselle harjoittelulle asetettuja tavoitteita ja olla oppimisen kannalta antoisa. Opettajan tulee suunnitella erilaisia työvuoroja opiskelijoille. Iltavuorossa oppii myös hyvin. Yövuoroja kuitenkin riittää yksi jakso kohti. Opiskelijat toivoivat, ettei turhaa seisokeluai-

kaa jää mutta kuitenkin opintojen alkuvaiheessa ei ole hyvä harjoitella liian kiireisellä osastolla.

Opiskelijat näkivät erilaisten harjoittelupaikkojen auttavan heitä rakentamaan mielessään kokonaiskuvan siitä, miten terveydenhuoltojärjestelmä näiden eri osien osalta toimii ja miten yhteistyö sujuu. Kliinisten jaksojen toivottiin olevan nykyistä pidempiä. Mahdollisuutta palata samalle osastolle esimerkiksi syventävän jakson aikana toivottiin.

Osastonhoitajat kiinnittivät huomiota siihen, että osastolla kerrallaan olisi pienet opiskelijamäärät ja kaikki olisivat saman ryhmän opiskelijoita. Opiskelijoiden toivotaan olevan koko päivän yhtäjaksoisesti osastolla ilman, että luennot keskeyttävät kliinistä opiskelua. Nämä kaikki nähtiin opettajan tehtäväksi, kun hän suunnittelee kliinisiä jaksuja.

Opettajan rooli kliinisessä ohjauksessa

Opiskelijat toivoivat opettajan olevan mukana käytännön kentillä ja auttavan opiskelijaa löytämään oleellisia oppimiskokemuksia. Opiskelijolla tulee olla mahdollisuus keskustella ongelmistaan opettajan kanssa ilman ohjaajaa.

"Kenttää ohjaavilta opettajilta toivoisin aikaa opiskelijalle. Keskustelu opettajan kanssa kahden, ilman kentän työntekijää on tärkeää, jotta voi purkaa tunteitaan ja kokemuksiaan ja saada tukea."

Opettajan toivottiin ohjaavan, tukevan, rohkaisevan ja kannustavan opiskelijaa. Hyvä vuorovaikutus opiskelijan ja opettajan välillä on tärkeää. Opettajan ei tule olla "kaikki tietävä latistaja" Opettaja tulisi olla mukava ja motivoitunut työhönsä. Hänen tulisi myös motivoida henkilökuntaa opiskelijaohjaukseen.

Opettajat katsoivat, että kliinisen opiskelun alussa opettajan rooli on tärkeä ja hänellä on myös tärkeä rooli ilmapiirin luojana osastolla. Opettajan toivotaan myös osallistuvan opiskelijoiden ohjauskeskusteluihin osastolla. Oppimiskäsityksen tulisi olla yhtenevä koulun ja kliinisen kentän välillä.



### 6.1.3. Opiskelijan oma rooli kliinisessä opiskelussa

Opiskelijat korostivat omaa osuuttaan osana hyvää kliinistä oppimisympäristöä. Heidän mielestään opiskelija tulee olla aktiivinen, motivoitunut ja innokas sekä ymmärtää, että itse voi vaikuttaa harjoittelujakson onnistumiseen. Opiskelija asettaa jaksolle omat tavoitteet ja käy niitä läpi ohjaajansa kanssa. Hänellä on positiivinen asenne niin opiskeluun, ihmisiin kuin itse elämää kohtaan. Opiskelijan tulisi olla mahdollisimman hyvässä fyysisessä ja henkisessä kunnossa. Hänen tulee itse varmistaa, että hänen teoriatietonsa ovat riittävät ennen käytännön harjoittelua. (Taulukko 1)

Osastonhoitajat näkivät tärkeänä, että opiskelija on itse asettanut tavoitteet, jotka ohjaavat oppimista. Opiskelija tunnistaa oman roolinsa vastuullisena työryhmän jäsenenä. Saadessaan vastuuta edellytyksenä on, että opiskelija miettii itsenäisesti ratkaisunsa. Opiskelijan oma asenne oppimiseen vaikuttaa oppimisilmapiiriin. Opiskelijan omalla persoonalla ja kokemustaustalla on myös merkitystä oppimiseen kliinisellä kentällä.

Opettajista vain yksi huomioi opiskelijan oman roolin kliinisessä opiskelussa. Hän totesi, että opiskelija ja ohjaaja ovat yhdessäoppijoita kliinisellä kentällä.

## 6.2. Auditointi kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä

### 6.2.1. Auditointimittaristo osastonhoitajien ja opettajien arvioimina

Tuloksia tarkastellaan teema-alueittain käyttäen perustana Lancashire College of Nursing and Health Studies'n kehittämää auditointi-mittaristoa. Tulosten tarkastelussa tulokset esitetään auditointi-mittariston numerointia noudattaen. Vastaajien näkemykset näyttöjen sopivuudesta kriteerien todentajina esitetään opiskelijan näkökulmaan liittyvän kunkin osa-alueen (perehdyttäminen, osaston henkilökunnan valmistaminen/tieto, hoidon organisointi, arviointi/opettaminen/oppiminen) jälkeen sekä opettajiin liittyvän näkökulman, kentän henkilökunnan näkökulman ja ympäristön näkökulman jälkeen (LIITE 2).

### 6.2.1.1. Opiskelijan oppimiskokemusten näkökulma

#### a) Perehdyttäminen

Perehdyttämiselle varataan aikaa

Osastonhoitajat ja opettajat näkivät kriteerin tärkeäksi. Osastonhoitajien mielestä perehdyttämiseen tulee varata aikaa. Alkuperehdyttäminen koettiin tärkeäksi.

"..että perehdyttämiselle varataan aikaa, niin se on tärkeää..kun se opiskelija tulee tänne kentälle, niin se on varmaan niinku hänen kaiken oppimisen suhteen tärkeätä, että tulee hyvä alkuperehdytys."

Opettajien mielestä perehdyttäminen on useamman päivän kestävä prosessi. Se tulee suunnitella ja siihen on varattava aikaa. Opiskelijalle varataan perehdyttäjää, muutoin opiskelija on "tuuliajolla".

"..perehdyttäminen niinku uuden työntekijän, myös opiskelijankin, on useamman päivän kestävä prosessi, joka kannattais suunnitella, koska jos kerrotaan yhtenä päivänä, tulee liikaa tietoa "

#### 1) Osaston tilojen ja organisaation esittely

Sekä osastonhoitajat että opettajat näkivät kriteerin tärkeäksi. Osaston tiloihin ja organisaatioon tutustuttaminen oli tärkeä kaikkien mielestä. Se on pohja ja perusta klinisen opiskelun onnistumiselle. Se kuinka paljon organisaatiota selvitetään ja kuka sitä esittelee riippuu muun muassa klinisen kentän omasta käytännöstä ja siitä onko opiskelija harjoittelemassa ensi kertaa kyseisessä organisaatiossa ja missä vaiheessa opiskelua opiskelija on.

#### 2) Toimintaohjeet tulipalon varalta

#### 3) Varauloskäytävien, suojahuopien ja sammuttimien paikat näytetään

#### 4) Turvallisuustoimenpiteet, periaatteet ja toimintaohjeet

Molemmat vastaajaryhmät arvioivat ylläolevat kriteerit suhteellisen tärkeiksi. Kyseisiä ohjeita ei kaikkia välttämättä esi-

tellä opiskelijoille, koska esimerkiksi tulipalon sattuessa opiskelijat toimivat osaston henkilökunnan mukana.

"Ilman muuta syytä käydä läpi jossain vaiheessa.... jos tulee tällöinen katastrofi tai tulipalo niin osaston heikentämiseen on perehtynyt tilanteeseen ja siinä opiskelija pystyy kyllä toimimaan ohjeitten mukaisesti.....ja oppilaitos antaa tällöiset yleisohjeet, miten yleensä katastrofitilanteessa toimitaan." (opettaja)

#### 5) Siirto/käsittely/nostolaitteiden tekniikka ja käyttö

Osastonhoitajien ja opettajien mielipiteet kriteerin tärkeydestä vaihtelivat. Somaattisilla osastoilla siirto/käsittely/nostolaitteiden tekniikan ja käytön perehdytys nähtiin tärkeäksi. Osastonhoitajien mielestä se tapahtuu luontevasti hoitamisen harjoittelun yhteydessä. Näin opiskelija oppii oikean tavan käyttää laitteita, eikä aiheuta vaaratilanteita kenellekkään.

"Ensiarvoisen tärkeää mikäli osasto on sen tyyppinen, että tällöisiä käytetään, jotta opiskelija osaa oikeaoppisesti käyttää. Potilasturvallisuus tulee huomioiduksi ja tieteenkin se, että opiskelija osaa säästää itsensä oikeissa tilanteissa ja ei tuu mitään vaaratilantia kellekkään."

Psykiatrisessa hoitotyössä kyseisiä laitteita ei käytetä samassa määrin kuin somaattisilla osastoilla, joten kriteeri nähtiin vähemmän tärkeäksi.

#### 6) Toimintaohjeet saapuville ja eteenpäin lähetettävälle viesteille ja kyselyille

Osastonhoitajien ja opettajien mielestä kriteeri oli tärkeä. Osastonhoitajat näkivät opiskelijan perehdyttämisen viestien vastaanottoon ja edelleen välittämiseen tärkeänä hyvän hoidon onnistumisen kannalta.

"Kyllähän se on tärkeä, että siinä saattaa moni hoito mennä sitte väärille urille tai sattuu jotakin, jää hoitamatta, että joku viesti ei kule."

Opettajien mielestä opiskelijan on tärkeää tietää kuinka toimia viestien ja kyselyjen suhteen. Hänen tulee osallistua tiedonsiirtoon. Opiskelijan tulee tietää miten puhelimeen vastataan, miten puhelut siirretään ja mitä informaatiota kenellekin välitetään.

"Erityisesti niinku puhelinkäyttäytyminen on syytä selvittää heti ensimmäisessä tilanteessa ja sitten tietenkin ATK ja muu, koska tänäpäivänä kaikki on reaaliajassa ja opiskelijan tulee ilman muuta ja voi osallistua niinku tähän tiedon siirtoon tällä tasolla."

#### 7) Toimintaohjeet opiskelijan sairastumisen varalta

Osastonhoitajat ja opettajat arvioivat kriteerin tärkeäksi. Osastonhoitajat kertoivat toimenpiteistä sairastumisen sattuessa keskusteltavan perehdytyksen yhteydessä. Osa oletti, että koululla on jo kerrottu kuinka toimitaan sairastumisen sattuessa. Osastonhoitajat totesivat opiskelijan olevan vastuussa sairastumisensa ilmoittamisesta osastolle.

"Mun mielestä semmoseen opiskelijan omavastuuseen liittyvä asia ... se on enemmänkin niinku oppilaitos, ku kenttä, joka päättää asiat.."

Opettajat totesivat kriteerin myös tärkeäksi ja sanoivat asiasta puhuttavan jo koululla ennen kliiniselle kentälle menoa. Opiskelijalla on samanlainen vastuu ilmoittaa sairastumisesta kuin työntekijälläkin.

"Musta nää on aikalailta itsestään selviä, elikkä koulussa jo niinku infossa painotetaan sitä, että samallalailta ni inkuin olisit työntekijänä siellä, niin ilmoitat sairastumisesta..."

#### Näytöt kriteerien todentumisesta

Kirjallinen perehdytysohjelma näyttönä perehdyttämisen suorittamisesta herätti osastonhoitajissa erilaisia mielipiteitä. Toisaalta se nähtiin hyväksi ja toisaalta tarpeettomaksi. Kun opiskelija on niin vähän aikaa osastolla, ei kannata tehdä kirjallista perehdytysohjelmaa vain opiskelijoita varten. Kuitenkin se ehkä helpottaisi opiskelijan 'sisäänajoa'. Tällöin kirjallinen perehdytysohjelma mahdollistaisi sen seuraamisen, mihin on jo perehdytetty, mihin ei. Työvuorotaulukkoa voidaan käyttää näyttönä perehdyttämisen toteuttamisesta siinä mielessä, että listalta voidaan valita tai osoittaa opiskelijalle oma ohjaaja.

Opettajien mielestä perehdyttämishjelma toimii näyttönä perehdyttämiskriteerien todentumisesta. Siitä on hyötyä opiskelijalle. Opettajien mielestä olisi hyvä, että työvuorotaulu-

kosta näkyisi henkilön nimi, joka perehdyttää opiskelijan ja joka orientoituu ja valmistautuu opiskelijaohjaukseen.

Osastonhoitajat arvioivat kirjallisen käytännön arviointidokumentin hyväksi näytöksi osoittamaan, että perehdyttämisohjelma on toteutettu. Todettiin, että arviointiin tarvitaan muutosta ja tarkka kaavake voisi helpottaa arviointia, kun tietää, mitä pitää arvioida Toisaalta arviointipaketti nähtiin aiheuttavan turhaa työtä. Saman arvioinnin antoivat opettajat. He epäilivät arviointidokumentin herättävän osastolla ristiriitaisia tunteita.

Näyttönä hoitajien ja opiskelijoiden haastattelut olivat sekä opettajien että osastonhoitajien mielestä hyvä keino tarkistaa kriteerien todentuminen. Tosin opiskelijahaastattelun kohdalta mainittiin, että opiskelijan pitäisi olla osastolla useamman viikon, että hän olisi selvillä osaston toiminnasta ja pystyisi sanomaan mielipiteensä.

b) Osaston henkilökunnan valmistaminen/tieto

- 1) Osastolla on riittävä määrä koulutettuja arvioijia arvioimaan sallittua suurinta määrää opiskelijoita

Osastonhoitajat ja opettajat pitivät kriteeriä kohtuullisen tärkeänä. Osastonhoitajien mielestä erillinen ohjaaja ja arvioija tuntui raskaalta järjestelmältä Oma käytössä olevaa arviointijärjestelmää pidettiin hyvänä, jossa ohjaaja on samanaikaisesti myös arvioija. Hänen tehtävänsä on myös kerätä tarvittaessa muulta henkilökunnalta opiskelija-arvioinnit. Opiskelijan oikeusturva voisi olla kuitenkin parempi, jos arvioija olisi muu kuin oma ohjaaja. Opiskelijamäärään kentällä on syytä kiinnittää huomiota. Jotta ohjaus olisi hyvää, kerrallaan ei saisi olla liian suurta opiskelijamäärää osastoa kohti.

" Opiskelijamäärä on niinku yhdessä oppilaitoksen ja kentän kanssa arvioitu asia tai osaston kanssa ...joka niinku on siinä mielessä riittävä, että se takaa niinku semmosen laadukkaan opetuksen siellä kentällä."

Opettajien mielestä arviointiin osallistuvat kaikki työryhmän jäsenet. Oma ohjaaja on myös arvioija, joka kerää työryhmän jäseniltä arviointipalautetta. Arviointi voi olla hankalaa, jos opiskelijamäärä osastolla on suuri, jolloin ei riitä oma henkilökohtaista ohjaajaa joka opiskelijalle. Opiskelijat voivat

tällöin joutua päivittäin vaihtamaan ohjaajaa. Mielipiteet onko opiskelijalla yksi vai useampi arvioija poikkesivat toisistaan.

"Paras, että jokaiselle opiskelijalle oma ohjaaja-arvioija."

"Noo, jos se on erikseen se arvioija, niin sitä saattaa tulla se vaara, että nähdään sellanen pieni osa vaan sitä työtä."

- 2) Osaston henkilökunta on valmistautunut ottamaan vastaan opiskelijoita

Osastonhoitajat ja opettajat kokivat kriteerin tärkeäksi. Osastonhoitajat katsoivat olevan tärkeää valmistautua etukäteen opiskelijoiden vastaanottamiseen. Silloin opiskelija kokee olonsa turvallisemmaksi ja oppimiskokemukset paranevat. Henkilökunnan tulisi olla sitoutunut opiskelijaohjaukseen tietäen, että opiskelijoitten ohjaus kuuluu heidän tehtäviinsä. Tosin osastonhoitajat tarvittaessa vapauttavat henkilökuntaansa opiskelijaohjauksesta esimerkiksi, jos hoitaja tuntee itsensä väsyneeksi liiasta työstä tai pitkäaikaisesta opiskelijaohjauksesta. Henkilökunnan määrälliset resurssit saattavat kuitenkin rajoittaa valmistautumista opiskelijoiden tuloon osastolle

"Nyt näillä henkilökuntamäärillä, tällä työmäärällä, mikä on, ei pysty kyllä paneutumaan eikä valmistautumaan... hienoa olis jos pystyis.."

Opettajien mielestään osastolla tulee olla nimetty opiskelijaohjaukseen vastuuhenkilö, jonka kanssa voisi olla yhteistyössä. Opiskelijan tulisi saada tuntea itsensä tervetulleeksi osastolle ja tuntea, että hänen tuloonsa on valmistauduttu

"No, se antaa tietysti hyvän kuvan osastosta, kun hoitajat on siinä ja kättelee ja niinkö vertaisia tulis osastolle ... että siitä tulee heti sellainen myönteinen asenne koko osastoo kohtaa."

- 3) Hoitajat osaavat kertoa opiskelijoiden pätevyystason
- 4) Hoitajat osaavat kertoa opiskelijoiden opiskeluvaiheen
- 5) Hoitajat ovat selvillä opetussuunnitelman oppimistavoitteista

Molemmat osapuolet käsittelivät näitä kolmea kriteeriä yhdessä ja näkivät nämä ne tärkeiksi. Osastonhoitajien mielestä hoita-

jien on tärkeää tietää opiskelijoiden pätevyystaso, opiskeluvaihe ja oppimistavoitteet. Hoitajien on tiedettävä kyseiset asiat voidakseen opettaa "oikeita asioita" ja voidakseen vaatia opiskelijoilta tiettyä osaamisen tasoa. Jokaisen opiskelijan omat tavoitteet on myös tärkeä tietää, koska opiskelijat voivat olla opiskelussaan eri vaiheissa. Kun ohjaaja tietää opiskelijan omat tavoitteet, niin he voivat toimia yhteisen päämäärän suuntaisesti.

Opettajien mielestä oma ohjaaja-järjestelmä takaa sen, että hoitajat tietävät opiskelijan pätevyystason ja opiskeluvaiheen. Mutta jos ohjaaja vaihtuu päivittäin, hänen on mahdotonta tietää jokaisen opiskelijan pätevyystasoa ja opiskeluvaihetta, etenkin jos osastolla on samanaikaisesti eri lukukaudella ja eri koulutuksessa olevia opiskelijoita. Opettajien osastoille etukäteen lähetettävät kirjalliset tiedotteet eivät ole riittäviä kertomaan opiskelijoiden opiskeluvaihetta ja pätevyystasoa. Osastoilla ei ole useinkaan aikaa lukea kyseisiä tiedotteita. Opettajat korostivat siksi opiskelijan omaa vastuuta kliinisestä opiskelustaan. Opiskelijan tulee itse kertoa oma opiskeluvaiheensa, pätevyys-tasonsa ja opiskelutavoitteensa. Opettajat näkivät, että hoitajien on hyvä olla selvillä opetus-suunnitelman oppimistavoitteista, joskin niitä saattaa olla vaikea ymmärtää. Siksi katsottiin tarpeelliseksi, että opiskelija on määritellyt omat oppimistavoitteensa ja kertoo itse niistä ohjaajalleen.

"...mun mielestä opiskelija ite määrittää pätevyystasonsa ja selventää sen omalle ohjaajalle ja sitä kautta asettaa tavoitteet, pyytää ohjausta ja palautetta."

- 6) Hoitajat ovat selvillä niistä kliinisistä taidoista, joita opiskelijoiden tulee saavuttaa

Sekä osastonhoitajat että opettajat pitivät kriteeriä tärkeänä. He katsoivat, että opiskelijan omien tavoitteiden kautta selviää myös ne kliiniset taidot, joita kyseisellä jaksolla tulisi harjoitella ja näin vahvistaa oppilaitoksen laboraatiotunneilla opeteltuja taitoja. Opiskelija omassa oppimispäiväkirjassaan tarkentaa jakson aikana kliinisten taitojen tavoitteitaan. Tämä voi myös auttaa omaa ohjaajaa olemaan selvillä saavutettavista kliinisistä taidoista suhteessa tavoitteisiin.

- 7) Hoitajilla on tilaisuus saada tietoa koulutukseen liittyvistä asioista

Osastonhoitajat ja opettajat arvioivat kyseessä olevan kriteerin tärkeäksi. Osastonhoitajien mielestä oli tärkeää tietää

"justiin" mitä ja miten koulussa opetetaan. Kun hoitajalla on tietoa koulutukseen liittyvistä asioista, voi sillä olla teoriaa ja käytäntöä lähentävä vaikutus.

" Kun hoitajalla on tietoo niistä asioista, jotka liittyy koulutukseen, niin se jollain tavalla lähentää, eikä niin paljoo tuu sitten semmosta ajattelua niinku, että esimerkiksi tää teoriapuoli, teoriaopetus ja käytännön opetus on niin kaukana toisistaan."

Opettajien mielestä koulutuksessa tulee jatkuvasti esille sellaisia asioita, joilla on tärkeä merkitys opiskelijan opiskelulle myös kliinisillä kentillä. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi ammattikorkeakoulujärjestelmä, oppimisnäkemys ja opiskelija-arviointi, joista hoitajien on tärkeää saada tietoa. Todettiin, että osastonhenkilökunnan on mahdollista saada tietoa tarvittaessa koulun järjestämissä koulutustilaisuuksissa tai kysymällä suoraan opiskelijoilta ja ohjaavilta opettajilta. Jonkin verran ongelmallisena nähtiin kuitenkin hoitajien halukkuus osallistua kenttäohjaajien koulutuspäiville. Toisaalta ymmärrettiin, että kentän henkilökunnan on ehkä vaikea lähteä koulutukseen nykyisen resurssipulan vuoksi, siksi pitäisikin miettiä uudenlaisia ratkaisuja koulutuksellisten tietojen välittämiseksi osastoille.

- 8) Käytännön kenttä pystyy tarjoamaan olennaisia oppimiskokemuksia tukeakseen yhdessä sovittuja oppimistuloksia

Osastonhoitajat ja opettajat arvioivat tämän kriteerin tärkeäksi. Osastonhoitajien mielestä käytännön kentän tulisi olla monipuolinen ja vaihteleva, jotta siellä oppii erilaisia ammatissa tarvittavia taitoja. Kuitenkin hoitamisen perusasioita voidaan harjoitella jokaisella osastolla. Potilaan diagnoosi ei saa olla ainoa määräävä tekijä hoitamisessa, vaan kokonaisvaltaisen hoitamisen oppiminen

"Ei pelata diagnoosilla, niin eikä taas sillä, että tehdään jotain temppuja."

Opettajat pitivät itsestäänselvyytenä, että kenttä pystyisi tarjoamaan opiskelijalle olennaisia oppimiskokemuksia. Ne nähtiin edellytyksenä sille, että käytännön opiskelua yleensä käytetään koulutuksessa. Mikä on olennainen oppimiskokemus, siitä esitettiin erilaisia näkemyksiä. Oppimista voi tapahtua monenlaisissa tilanteissa. Epäonnistumisesta voi oppia, kiireestä voi oppia ja tekemällä oppii. Kentällä ei välttämättä tule kaikkia tavoitteissa olevia asioita esille mutta niitä voidaan demonstroida, käyttää esimerkkejä ja tuottaa kuviteltuja tilan-



teita. Opiskelijat voivat myös jakaa omia oppimiskokemuksia toistensa kanssa.

- 9) Hoitajat tietävät kehen ottaa yhtyttä, jos oppimisympäristöstä tapahtuu muutoksia

Osastonhoitajien ja opettajien mielestä kriteeri oli tärkeä, mutta perusteluja esitettiin niukasti. Katsottiin, että opiskelijan oppimisen mahdollistamiseksi on tärkeää tietää kehenkä hoitajat ottavat yhteyttä, jos oppimisympäristössä tapahtuu muutoksia (esim. ohjaajan sairastuminen).

- 10) Kentällä saatavat oppimiskokemukset tukevat opiskelijoiden aikaisempia tietoja ja kokemuksia

Osastonhoitajien ja opettajien mielestä kyseessä oli tärkeä kriteeri. Osastonhoitajat toivoivat, että opiskelijoille olisi opetettu jo ennen kliiniselle jaksolle tuloa teoriassa osastolla harjoiteltavia asioita. Ohjaus on helpompaa, kun tiedetään myös opiskelijan aikaisemmat tiedot ja kokemukset.

"Että olis hyvä, kun heillä olis vähän tietoo tietyistä asioista, silloku he tulee osastolle...sitä käytännön kokemusta sitte voi niinku osastolla saada lisää mutta ei tarvis ihan alusta opettaa."

Opettajat näkivät tärkeänä, että kentällä saatavat oppimiskokemukset tukevat aikaisempia tietoja ja kokemuksia. Näin opiskelija voi muodostaa omaa tietorakennettaan hoitamisesta pohjaten aikaisempiin tietoihin ja kokemuksiin ja myös pystyy täydentämään mahdollisia oppimisaukkoja. Tiedon pyramidia rakennetaan näin kerroksittain.

"Tietysti aikaisemmat kokemukset ja tiedot on siellä pohjalla. Sitten mennään kentälle opiskelemaan uusia oppimiskokemuksia ja just ohjaajan tehtävänä oiskin sitten tietää, että mitä aikaisempia tietoja ja kokemuksia sillä opiskelijalla on."

- 11) Teoreettisten opintojen ja osaston oppimiskokemusten välillä on selvä yhteys

Osastonhoitajat ja opettajat arvioivat tämän kriteerin tärkeäksi. Osastonhoitajien mielestä oli tärkeää, että teoria ja käytäntö kulkevat käsi kädessä. Toiveena oli, että opiskelijoilla olisi tietyt perustiedot osastolle tullessaan. Käytännön kokemusta saadaan sitten osastotyössä. Kuitenkin heillä oli

kokemuksia siitä, että teoriassa opetetaan muuta ja käytäntö sitten on toista.

"Teoria on niinku jonku asteinen peikko, sillä...semmonen ajatus paljon on, että kyllähän sitä niinku teoriassa voi asioista puhua, mutta sitten kun sitä käytännössä tehän niin sitten vasta niinku jollakin tavalla niinku hommat hoituu ja se on sitä oikeeta juttua."

Opettajien mielestä opiskelijan oppimisen kannalta on keskeistä, että teoreettisten opintojen ja käytännön hoitotoiminnan välillä ei olisi isoa ristiriitaa. Opettajat näkivät kentän ja koulun yhteistyön vähentävän ristiriitatilanteiden syntymistä. Teorian ja käytännön yhteys nähtiin myös 'ikuisuus'-kysymyksenä. Opettajan rooli korostuu käytännön ja teorian yhdistäjänä, kuitenkin niin, että jos ohjaaja näkee selvän yhteyden teoreettisten ja käytännön opintojen välillä, niin opettaja voi ikäänkuin vetääntyä kauemmaksi omasta ohjaajan roolistaan. Kuitenkin opettajan, ohjaajan ja opiskelijan pitäisi löytää "yhteinen kieli", joka mahdollistaa opiskelijan oppimisen.

".. niinku tavallaan opettaja edustaa sitä teoriaa ja se kenttä edustaa sitä käytäntöä. Ja sitte niinku tässä kolminaisuudessa jotenkin se tapahtuu tää, että on opiskelija, ohjaaja, opettaja, että ne löytää semmoisen saman kielen,"

Näytöt kriteerien todentumisesta

Haastattelut (hoitaja, opiskelija) nähtiin tärkeiksi kriteerien konkretisoijiksi. Erityisesti pidemmällä olevien opiskelijoiden haastattelut ovat hyviä eri kriteerien todentumisen näyttönä. Käytännön arviointi dokumentti on hyödyllinen näyttö auditoidulle esimerkiksi kriteerin; hoitajat ovat selvillä niistä kliinisistä taidoista, joita opiskelijan on saavutettava, todentajana. Osastonhoitajat kokivat dokumentin tarpeelliseksi apuvälineeksi arvioinnissa ja tavoittiden saavuttamisessa, etenkin jos se ei edellytä osastoilta lisätyötä, vaan opiskelijat täyttävät sen itse. Molemmat vastaajaryhmät esittivät kirjallisesta potilas/ asiakas profiilista näyttönä erilaisia mielipiteitä liittyen kriteeriin pystyykö käytännön kenttä tarjoamaan olennaisia oppimiskokemuksia opiskelijoille. Todettiin opettajien kannalta olevan tärkeää, että osastolta löytyy kirjallinen potilasprofiili. Kuitenkin osastonhoitajat totesivat osastoilla olevan perehdytyskansioita, joissa selvitetään näitä asioita ja opiskelijoiden tullessa osastolle heille perehdytyk-

sessä kerrotaan minkälaisia potilaita osastolla on. Sairaalassa tiedetään, millaisia sairauksia osastoilla hoidetaan, joten kirjalliset potilasprofiilit ovat tarpeettomia. Kirjallinen osaston profiili nähtiin enimmäkseen turhana, koska "kaikkihan ovat päteviä" ja rekisteröityjä ammatinharjoittajia. Toisaalta todettiin, että on hyvä pitää kirjanpitoa esimerkiksi arviointikoulutukseen päässeistä ja yleensä koulutukseen osallistumisesta, koska hyvin pian "putoo kärryiltä", jos ei osallistu.

c) Hoidon organisointi

- 1) Opiskelijaa rohkaistaan osallistumaan hoitotyön päätöksen tekoon, joka vastaa opiskelijan kokemustasoa

Sekä osastonhoitajat että opettajat pitivät kriteeriä tärkeänä. Osastonhoitajat pitivät oleellisena, että opiskelijaa rohkaistaan osallistumaan päätöksentekoon, jotta opiskelija voisi sisäistää sen osaksi ammattitaitoa.

"Hoitotyön päätöksentekoon rohkaistaan opiskelijoita, koska kuitenkin sen tietää, että se on niinku valmiilla ihmisilläkin, se on monasti haussa."

Opettajien mielestä opiskelijan tulee osallistua oman pätevyys- ja kokemustasonsa mukaisesti päätöksentekoon. Opintojen alussa päätöksentekoon osallistuminen on vähäisempää, mutta se opiskelun kuluessa lisääntyy vähitellen. On tärkeää, että opiskelija oppii todellisissa tilanteissa päätöksentekoa, kuitenkin niin että hänen oma ohjaajansa tukee ja avustaa häntä siinä.

- 2) Hoitotyötä toteutetaan jonkin yhteisesti hyväksytyyn hoitotyön mallin pohjalta, joka perustuu yksilöllisyyden periaatteelle

Osastonhoitajat näkivät kriteerin tärkeäksi. On oleellista, että on tietty hoitotyön malli, joka perustuu yksilöllisyyden periaatteelle. Yhteinen "raami" helpottaa niin hoitotyöntekijöitä kuin opiskelijoitakin toteuttamaan hoitotyötä.

Opettajien mielipiteet vaihtelivat tämän kriteerin tärkeydestä. Silloin kun kriteeri nähtiin tärkeäksi sitä perusteltiin sanomalla, että on erittäin tärkeää, että osaston toiminta perustuu hoitotyön teoreettiselle pohjalle, jolloin opiskelijakin oppii kokonaisvaltaista ja yksilöllistä hoitotyötä. Jos toiminta ei ole teoreettisesti perusteltua, voi käydä niin, että opiskelija tuntee oppineensa paljon erilaisia "temppeja" mutta

itse hoidon kokonaisuus ja yksilöllisiin tarpeisiin pohjautuva hoitotyö jää oppimatta. Takaako hyvän hoidon se, että käytetään esimerkiksi Roperin, Parsen, Kingin tai joidenkin muiden teorioita, herätti pohdiskelua, sillä onhan ennenkin hoidettu hyvin ja yksilöllisesti ilman mitään erityisiä hoitotyön malleja.

Silloin kun kriteeriä ei nähty tärkeäksi perusteltiin sitä sillä, että kyseiset mallit alkavat elää "omaa elämäänsä" ja yleisesti hyväksytyt hoidon periaatteet saattavat unohtua. Kuitenkin hoitotyön mallien sovellutusta voisi teoriassa harjoitella.

"Että niitä varmaan on tärkeä harjoitella mutt, että en mä tiedä, onko niitä siellä käytännössä niin kauheesti syytä harjoitella...voijjaanhan niitä sillai tehdä..."

- 3) Opiskelijat voivat osallistua hoidon tarpeen määrittelyyn, suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin

Kaikki vastaajat korostivat kriteerin tärkeyttä. Osastonhoitajat näkivät tärkeäksi, että opiskelijat pääsevät harjoittelemaan ja harjaantumaan hoidon tarpeen määrittelyssä, suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa, joka on oleellinen osa valmiin sairaanhoitajan toimintaa.

"Siinähan se opiskelija oppii sitä, että just siihen työhön, mihkä hän sitten on valmistumassakin."

Opettajien mielestä opiskelijan tulisi osallistua oman pätevyys- ja kokemustason mukaisesti hoitoprosessin eri vaiheisiin. Hoitosuunnitelmassa todellistuu hoitoprosessiajattelu, jota opiskelijat harjoittelevat teoriaopinnoissa koululla ja sitten heidän tulisi saada soveltaa sitä käytännön hoitotyöhön.

- 4) Hoidon organisointi kuvastaa sitoutumista ryhmätyöskentelyyn

Osastonhoitajat näkivät kriteerin tärkeäksi. Heidän mielestään hoitotyö on ryhmätyöskentelyä. Psykiatrisessa hoitotyössä sen katsottiin tarkoittavan moniammatillisesti koostuneiden lähi-työryhmien työskentelyä.

Opettajat arvioivat tämän kriteerin vähemmän tärkeäksi. Perusteluissaan he kertoivat, että vaikka ryhmätyöskentelyyn perustuvaa hoitotyötä vielä osastoilla toteutetaan niin kuitenkin pääsääntöisesti ollaan siirtymässä yksilövastuisemman hoidon toteutukseen.

- 5) Opiskelijan on mahdollista hankkia taitoja moniammatillisessa ryhmässä toimimiseen

Osastonhoitajat arvostivat tätä tärkeäksi kriteeriksi. Moniammatillisessa ryhmässä työskennellessään opiskelija oppii, että potilaan hoitoon osallistuu monta eri tahoja ja samalla hän oppii tunnistamaan hoitotyön osuuden potilaan hoitamisessa.

Opettajat puolestaan mielsivät tämän kriteerin erittäin tärkeäksi. Moniammatillisessa ryhmässä toimiessaan eri ammattiryhmät ottavat omalta erikoisosaamisen alueeltaan kantaa potilaan tilanteseen. Näin potilaan asioita pohditaan monipuolisesti ja erilaisia näkemyksiä esitetään. Opiskelijalle on tärkeää, että hän jo opiskeluvaiheessaan ymmärtää moniammatillisen ryhmätyön merkityksen ja yhteistyön voiman. Moniammatillisissa ryhmissä opiskelija oppii hyödyntämään ryhmän erilaisia näkemyksiä, konsultoimaan, viestimään ja raportoimaan. Hän oppii myös kunnioittamaan eri ammattiryhmien toimintaa.

”Opiskelija voi sitten harjotella, mistä asioista puhutaan ja, ja sitä käyttäytymistä...joo sitten tää muitten ammattiryhmien kunnioittaminen, että minen oo yksin napa, vaan siellä voi olla sairaala-apulaisiakin yhtä hyvin.”

- 6) Osastolla toimii eriasteisten hoitotyöntekijöiden välillä hyvä kommunikaatio ja hyvät vuorovaikutussuhteet

Osastonhoitajat ja opettajat mielestä kriteeri oli tärkeä. Osastonhoitajien näkemyksen mukaan opiskelijan oppimisen edellytys on oppimisympäristö, jossa kommunikaatio ja hyvät vuorovaikutussuhteet toimivat. Hyvä kommunikaatio on myös hyvän hoidon edellytys.

”Silloin se potilaan hoito on hyvällä mallilla justiin, kun tuo kommunikaatioyhteistyö pelaa tässä.”

Opettajat katsoivat, että arvokkaan ja hyvän hoidon toteuttamisen edellytys on, että kommunikoidaan ja pystytään vuorovaikutukseen niin henkilökunnan, opiskelijoiden kuin myös potilaiden kanssa. Hyvä kommunikaatio ja hyvät vuorovaikutussuhteet ovat yksi olennainen osa hoitajan ammattitaitoa. Opiskelijan tulee saada hyvä malli toimivasta hoitoyhteisöstä, jossa vuorovaikutus toimii ja mahdolliset ongelmat tunustetaan, otetaan käsittelyyn, pohditaan ja ratkaistaan. Hyvä vuorovaikutus nähtiin edellytykseksi sille, että kyseistä kenttää käytetään opiskelijoiden harjoittelupaikkana.

## Näytöt kriteerien todentumisessa

Sekä osastonhoitajien että opettajien mielestä hoitosuunnitelmat ja erilaiset raporttimenetelmät voivat toimia näyttönä opiskelijan osallistumisesta hoitotyön päätöksentekoon sekä osallistumisesta hoitoprosessin eri vaiheisiin. Ne voivat myös toimia näyttönä opiskelijan osallistumisesta moniammatilliseen ryhmätyöhön. Hoitaja-opiskelija suhde päätetään raportilla ei vastaajien mielestä välttämättä toimi näyttönä opiskelijan osallistumisesta hoitotyöhön. Työvuorotaulukko ei vastaajien mielestä suomalaisessa hoitokulttuurissa ole tarpeellinen näyttö esimerkiksi ryhmätyöhön sitoutumisesta. Vastaajien mielestä kirjallisena löytyvä hoitotyön malli toimii näyttönä siitä, että osastolla toteutetaan jotakin yhteisesti hyväksyttyä hoitotyön mallia. Hallinnollinen eetos voi vastaajien mielestä toimia näyttönä siitä, että hallintotasosta lähtien on sitouduttu tiettyyn toiminta-ajatukseen. Kirjalliset ryhmäkokouspöytäkirjat voivat toimia näyttönä siitä, että on toimittu erilaisissa yhteistyöryhmissä. Opiskelijoitten, ohjaajien haastattelut ovat näyttö hyvän kommunikaation ja vuorovaikutuksen todellistumisesta. Tosin opiskelijan haastattelun katsottiin sopivan kyseisen asian todentamiseen pienellä varauksella, koska voi olla, ettei opiskelija uskalla tuoda mielipiteitään julki kun harjoittelujakso on vielä meneillään. Haastattelujen täytyisi tapahtua erillään hoitajista ja osastonhoitajasta.

Lisäyksenä näyttöihin esitettiin potilaiden haastattelut. Ne voisivat osoittaa opiskelijan osallistumisen hoitotyön päätöksentekoon ja hoitotyön prosessin eri vaiheisiin.

### d) Arviointi/opettaminen/oppiminen

- 1) Osastosta vastuussa oleva henkilö varmistaa, että jokaiselle opiskelijalle osoitetaan arvioija

Kumpikin haastateltu ryhmä näki kriteerin tärkeänä. Osastonhoitajat ja opettajat mielsivät opiskelijan oman ohjaajan ja arvioijan samaksi henkilöksi. Heidän mielestään osastonhoitajan tehtävä oli osoittaa kullekin opiskelijalle oma ohjaaja. Opettajien mielestä oman ohjaajan valinnan pitäisi perustua halukkuuteen ja kiinnostukseen ohjaajuudesta. Kuitenkin opiskelijan ohjauksessa olisi hyvä toimia vuorotteluperiaatteella. Oman ohjaajan olisi hyvä olla myös kiinnostunut ohjaajakoulutuksesta.

- 2) Arvioija työskentelee opiskelijan kanssa ennalta sovitun pituisen ajan, määritelty kurssidokumentissa

Osastonhoitajat ja opettajat arvioivat kriteerin tärkeäksi. Osastonhoitajat pitivät itsestään selvänä, että opiskelija työskentelee samoissa työvuoroissa ohjaansa kanssa, jolloin arviointi onnistuu. Psykiatrisen hoitotyön puolella voi opiskelijalla olla kaksi ohjaajaa: ohjaaja ja työnohjaaja. Opettajien mielestä arvioija on sama henkilö kuin opiskelijan oma ohjaaja. Oman ohjaajan tulisi työskennellä mahdollisimman paljon yhdessä opiskelijan kanssa. Tällä tavoin oma ohjaaja näkee opiskelijan kehittymisen hoitamaan oppimisessa. Kuitenkaan mitään tarkoin määriteltyä yhteistä työvuoromäärää ei haluttu esittää. Vaikka opiskelijan on hyvä työskennellä mahdollisimman paljon oman ohjaajansa kanssa, saattaisi toisaalta olla hyväksikin, jos opiskelija saisi kokemuksia eri hoitajien toimintatyyleistä. Opettajan kannalta olisi hyvä, jos opiskelijalla olisi sama ohjaaja koko jakson ajan.

"Niin opettajan kannalta se on hyvä, että olisi sama ohjaaja koko ajan, koska silloin se opiskelija saa kuvan, kokonaiskuvan, paremman, kun että tota se jää semmoseksi silpuksi, jos on eri ohjaajia. Tietysti sä saat eri ihmisistä erilaisen kuvan ja miten temppeja tehdään eri tavalla mutta se on minusta kyllä vähemmän tärkeää siinä hommassa."

- 3) Virallista opetusohjelmaa toteutetaan

Kriteeri oli tärkeä kaikkien mielestä. Osastonhoitajat ymmärsivät virallisen opetusohjelman olevan yhtä kuin jakson tavoitteet ja niiden toteutuminen osastolla. Kuitenkaan kirjallisessa muodossa opetusohjelma ei saa olla liian pitkä ja aikaavievä. Opiskelijan vastuulla on sen täyttäminen. Opettajat puolestaan määrittivät virallisen opetusohjelman suomalaisessa hoitotyön koulutuksessa valtakunnallisen opetussuunnitelman antamiksi tavoitteiksi ja niiden perusteella opiskelijan itse laatimiksi tavoitteiksi, joista keskustellaan myös opettajan ja ohjaajan kanssa. Opintojen alkuvaiheessa opiskelijalla voisi olla jonkinlainen 'rastikirja' siitä, mitä asioita on sovittu harjoiteltavaksi. Näin varmistettaisiin olennaisten asioiden oppiminen.

- 4) Osastolla on mahdollisuus epävirallisiin opetustilanteisiin

Kriteeri oli tärkeä kaikkien vastaajien mielestä. Osastonhoitajat kokivat, että epävirallisille tilanteille tulee olla tilaa

ja niitä tulee koko ajan esille. Opiskelijathan ovat osa kulloistakin hoitotodellisuutta.

"Epävirallisia opetustilanteitahan tulee meille itellekin koko ajan, niin opiskelijat elää sitä samaa, samaa todellisuutta mejän kanssa."

Opettajat korostivat, että osastolla tulisi olla sellainen henki, että erilaisia hoitotilanteita käytetään hyväksi, milloin niitä tulee. Epävirallisia opetustilanteita voisivat olla muun muassa harjoittelutilanteet, joissa esimerkiksi kerättäisiin välineitä lumbaalipunktioon, vaikkei kyseistä tutkimustoimenpidettä olisi tulossa. Usein epäviralliset tilanteet tulevatkin luonnostaan ja opiskelijat tuntevat olevan tyytyväisiä, jos saavat osallistua niihin.

- 5) Opiskelija saa palautetta edistymisestään oppilaitoksen arviointiperiaatteiden mukaisesti

Osastonhoitajat ja opettajat arvioivat kriteerin tärkeäksi. Osastonhoitajat näkivät, että opiskelijan kannalta on tärkeää, että osastolla on kirjalliset arviointiohjeet. Oppilaitoksen ja kentän arviointiperiaatteet tulisi olla samansuuntaiset. Kirjallisia ohjeita on joillakin osastoilla käytössä mutta osastot, joilla ei ole kirjallisia arviointiohjeita, kaipaavat niitä, jotta opiskelijoiden arviointi olisi helpompaa. Opettajien mukaan arviointiohjeiston tulisi olla kirjallisena kentällä ja kaikkien nähtävänä. Se mahdollistaisi yhdenmukaisen arvioinnin. Arviointiperiaatteet on tarkoitettu helpottamaan arvioijien työtä. Silloin kun arviointiperusteet on sovittu, niitä tulee myös noudattaa. Vaikka arvioinnista on syytä olla viralliset periaatteet, niin on tärkeää, ettei se ole liian virallista ja pelättyä, koska arviointiin jo nykyisellään liittyy paljon erilaisia tunteita ja asenteita. Arvioinnin tulisi olla jatkuvaa ja sitä tulisi antaa välittömästi tilanteiden tapahduttua.

- 6) Tukitoimenpiteisiin ryhdytään, jos opiskelija ei onnistu saavuttamaan vaadittua tasoa

Kaikki vastaajat näkivät kriteerin tärkeänä. Osastonhoitajien ja opettajien mielestä tukitoimiin tulee ryhtyä, jos opiskelija ei ole saavuttanut vaadittua tasoa kliinisessä harjoittelusaan. Se vaatii yhteistyötä kentän ja opettajan välillä. Kirjallisia toimintaohjeita voisi kokeilla, koska se olisi myös opiskelijan kannalta selkeää. Kuitenkin opettaja ratkaisee yhteistyössä kentän kanssa viime kädessä, minkälaisiin yksilöläisiin tukitoimenpiteisiin ryhdytään. Niin ohjaajalla kuin opettajalla on tärkeä velvollisuus auttaa opiskelijaa.



"Tottakai jokaisella opiskelijalla on oikeus...siihen, että hänen kanssaan käyvään lisää asioita läpi, jos tuntuu, että ne ei aukee... nään sen tärkeänä velvollisuutena sekä ohjaajalle, että myös tässä on se tilanne, missä opettajaa myös erityisesti sitten tarvitaan." (opettaja)

Tukitoimenpiteisiin tulee ryhtyä mahdollisimman ajoissa eikä jättää niitä liian myöhäiseksi.

"Et yleensä se painottuu sinne loppuun, että sitten vasta herätään siellä lopussa, ku odotetaan tietysti, että jos opiskelija kehittyy nyt tässä, mut että mikä ettei sitä vois aloittaa heti sen tukemisen.." (opettaja)

7) Opiskelijoilla on mahdollisuus valita oma ohjaaja ko. kliinisellä kentällä

Osastonhoitajat eivätkä myöskään opettajat nähneet kriteeriä kovinkaan tärkeänä. Osastonhoitajat katsoivat, että periaatteessa osastot valitsevat opiskelijoiden ohjaajat, koska osastonhoitaja tietää ja tuntee henkilökuntansa.

" Osastonhoitajana määhän tunnen sen henkilökunnan ja heijän ohjaamistaidot ja yleensä kyvyn olla tämmöissä ohjaamisvuorovaikutuksessa."

Kuitenkin, jos opiskelija saa valita ohjaajansa työvuorojen mukaan, näyttää siltä, että opiskelijan oppimismahdollisuudet parantuvat. Opiskelijan annetaan valita oma ohjaajansa myös tilanteissa, jossa henkilökohtainen yhteistyö ei toimi tai jos opiskelija on toistamiseen samalla osastolla, esimerkiksi hallinnon opiskelijat.

Opettajat näkivät, että periaatteessa opiskelija ei voi valita omaa ohjaajaa, mutta jos 'henkilökemia' ei toimi, niin opiskelijalla on oikeus vaihtaa ohjaajaansa. Myös silloin kun opiskelija tulee syventävälle jaksolle hänen ohjaajansa voi olla sama henkilö kuin aikaisemmalla jaksolla. Kuitenkin opiskelijan on koulutuksensa aikana opittava toimimaan erilaisissa työyhteisöissä ja erilaisten ihmisten kanssa.

"Jokaisen periaatteessa työyhteisössä pitää pystyä työskenteleeseen työkaverin, kun työkaverin kanssa. Ja sit se, että jokainen henkilö, joka on koulutettu ammattiin, on pätevä ja riittävä ohjaajaksi, tosin tätä o tämmöistä ohjausmyöntyvyyttä niin kyllä ajasin takaa..."

## 8) Opiskelija tuntee arviointijärjestelmän

Molemmat osapuolet arvioivat tämän kriteerin tärkeäksi. Osastonhoitajien ja opettajien mielestä on tärkeää, että opiskelijat tuntevat arviointijärjestelmän. Koska opiskelijoilla on jaksolle omat tavoitteet ja niiden saavuttamista arvioidaan, on itsestään selvää, että opiskelijat myös tietävät arvioinnin perusteet pystyäkseen myös itsearviointiin. Opettajat korostivat, että arviointitoiminnan perustana on avoimuus eikä arviointi saa perustua salailulle. Osastonhoitajien mielestä oppilaitoksen tulee selvittää opiskelijoille arviointiperusteet.

### Näytöt kriteerien todentumisesta

Osastonhoitajien ja opettajien mielestä osastoprofiili ei palvele suomalaisessa hoitokulttuurissa nykyisellään näyttönä opiskelijalle osoitettavasta arvioijasta, joka tässä yhteydessä tarkoitti opiskelijan omaa ohjaajaa. Suomessa jokaisella hoitajalla on opiskelijan ohjausvelvollisuus. Jos hoitotyössä käytettäisiin kyseistä osastoprofiilia, voisi se silloin kuitenkin palvella näyttönä. Kirjallinen opetusohjelma voisi toimia näyttönä auditoijille kunhan se ei olisi liiaksi yksittäisiä kliinisiä hoitotaitoja painottava. Työvuorotaulukko palvelee näyttönä siltä osin, että opiskelija voi suunnitella omat työvuoronsa oman ohjaajansa työvuorojen mukaisesti, mutta se ei palvele siinä, että opiskelija voisi valita oman ohjaajansa. Opiskelijalle on osoitettu arvioija-näyttö ei toimi suomalaisessa hoitotyön käytännössä muutoin kun silloin kun arvioijaksi katsotaan sama henkilö kuin opiskelijan oma ohjaaja. Kirjallinen käytännön arviointidokumentti on vastaajien mielestä hyvä näyttö siitä, että opiskelijan arvioinnista on oppilaitoksen taholta annettu kirjalliset ohjeet. Oppilaitoksen toimintaohjeet niin arviointijärjestelmän tuntemisen suhteen kuin myös tukitoimenpiteiden suhteen palvelevat näyttönä auditoijille. Hoitajien, opiskelijoiden ja arvioijien, tässä omien ohjaajien haastattelut katsottiin sopivan näytöksi.

### 6.2.1.2. Opettajiin liittyvä näkökulma

- 1) Alueelle on nimetty yhdysopettaja
- 2) Alueen henkilökunta tietää kuka on yhdysopettaja

Osastonhoitajat ja opettajat näkivät tärkeinä kriteereinä, että kyseiselle hoitotyön alueelle on nimetty yhdysopettaja ja että tiedetään kuka hän on. Osastonhoitajien mielestä täytyy ilman muuta olla selvillä kuka opettaja vastaa opiskelijoiden teoreettisesta opiskelusta. Opettajien mielestä yhdysopettaja vastaa lisäksi opiskelijaryhmän kenttäjaksosta. He näkivät myös, että yhdysopettajalla on tiettyjä velvollisuuksia kentän henkilökunnan suhteen.

"...on tärkeätä sen takia koska yhdysopettajalla on tiettyjä velvollisuuksia kentän suhteen, just kaikki koulutus, yhdysopettaja tietää missä kenttä tarvitsee koulutusta ja voi sitten haastatella näitä hoitajia siellä ja muutenkin olla semmonen kentän ja koulun välinen linkki."

- 3) Yhdysopettaja on tehnyt kirjallisen sopimuksen ylihoitajan kanssa

Osastonhoitajien näkemykset yhdysopettajan velvollisuudesta tehdä kirjallinen sopimuksen vaihtelivat. Silloin kun kriteeri nähtiin tärkeäksi uskottiin, että kirjallisen sopimuksen tekeminen sitouttaisi myös ylihoitajatason paremmin opiskelijaohjaukseen. Silloin kun kriteeri nähtiin vähemmän tärkeäksi, uskottiin, että kirjallisen sopimuksen teolla ei ole osastotasolla merkitystä.

"... ei ehkä niinkään tässä nyt arkipäivässä meidän käy tännön kannalta oo, niin kauheen tärkeä muuta kun se, että silloin se ylihoitaja on sitoutunu yleensäkin siihen, että nää opiskelijat on niillä kentillä..sitt, jos tulee ongelmia,niin ylihoitaja on tavallaan niinku on jo valmiiks perillä siitä,että hän on sitoutunu siihen hommaan."

Opettajien mielestä kyseinen kriteeri ei ole kovin tärkeä, ainakaan silloin kun se liittyy yhdysopettajan tehtäviin. Tällaisen sopimuksen teko nähtiin hallinnon tason velvollisuudeksi. Kuitenkin yksi opettaja näki kirjallisen sopimuksen edistävän osaston sitoutumista opiskelijaohjaukseen.

"...tää on ihan uusi ajatus... se saattas tehostaa sitä opiskelua ja kentän sitoutumista opiskelijoiden ohjaukseen.. mutta varsinaisesti tämmöset kenttäsopimukset Ne kuuluu kyllä mun mielestä hallinnon tehtäviin."

#### 4) Yhdysopettaja on koko henkilökunnan saatavilla

Osastonhoitajat näkivät tämän kriteerin suhteellisen tärkeäksi. Heille saatavilla olo merkitsi sitä, että opettajat olisivat enemmän kentillä varsinkin opiskelun alkuvaiheessa. Kuitenkaan heidän mielestään opettajan ei tarvitse olla koko henkilökunnan saatavilla vaan lähinnä sen henkilön saatavilla, joka vastaa opiskelijaohjauksesta tai, joka on kyseisen opiskelijan oma ohjaaja. Saatavilla olo ei myöskään tarkoita sitä, että yhdysopettaja tulisi välittömästi kentälle, kun tarvetta ilmaantuu.

"... ei se tarkoita sitä, että pitää samantien tänne puhaltaa, vaan että voi jossain sopia joku aika milloinkaan hän tulee ja että hänellä on varattu aikaa tosiaan siihen ...puukattu kaikkia tunteja täyteen, ettei pääse tulemaan."

Opettajien näkemykset vaihtelivat tämän kriteerin tärkeyden suhteen. Useimmat katsoivat sen tärkeäksi mutta toisaalta liiankin vaativaksi suhteessa opettajan omiin kenttäohjausresursseihin.

"... ehkä henkilökunnan kannalta se on tärkeää mutta jos näitä resursseja ajatellaan mitä meillä on opiskelijaohjaukseen annettu tuonne kentälle niin se, että jos siellä järjestetään sit monenmoista koulutusta ja puuttuu erinäköisiin asioihin, niin se ei varmaan käytännössä onnistu millään. Pääasia on kuitenkin se opiskelijan ohjauksen ja oppimisen tukeminen...lähinnä se sitten rajoittuu varmaan henkilökunnasta just niihin omiin ohjaajiin."

#### 5) Hoitajat pääsevät arvioijien valmentamiskurssille

Osastonhoitajien ja opettajien mielestä tämä kriteeri oli tärkeä. Perusteluissaan osastonhoitajat kertoivat, että jos hyvä-tasoista ja konkreettista tietoa saisi näiltä koulutuspaiviltä, niin niihin olisi tärkeää päästä ja ne varmastikin helpottaisivat käytännön ohjausta ja arviointia. Tosin osastojen henkilökunnan aikaresurssien katsottiin olevan rajalliset. Opiskelijoita ohjataan oman työn ohessa. Pääasiana nähtiin potilaiden hoitaminen. Voidakseen ohjata paremmin ja osallistua kenttäohjaajakoulutukseen, pitäisi henkilökunnan tarve mitoit-taa eri tavoin. Ajatus siitä, että opiskelijoiden ohjaajilta

vaadittaisiin tiettyjä valmentamiskursseja, tuntui erään osastonhoitajan mielestä hyvältä idealta.

"...tää kyllä tuntuu mun mielestä hyvältä idealta sen takia, että sillä ehkä tasotettas vähän niitä eri osastojen kykyä siihen ohjaamiseen...että sitähän ne opiskelijat aina valittaa, että kun se (ohjaus)on niin sattumanvaraista, että mitä milläkin osastolla on. Ei oo omia ohjaajia ollenkaan ja siellä vain seassa pyöritään...että tää niinku automaattisesti korjais sitä tilannetta."

Opettajat mielsivät arviointikurssit lähinnä kenttäohjaajien koulutuspäiviksi. Tällaiset kenttäohjaajien koulutustäivät antavat tietoa koulutuksen uusista tuulista. Ne auttaisivat myös arviointiperusteiden ja erilaisten toimintamallien ymmärtämisessä. Yhteistyö helpottuisi myös ja näin välttyttäisiin tunteelta, että koulutus ja hoitotyön kentät ovat "erillisiä yksiköitä". Opettajan rooli voisi koulutuksen suhteen olla markkinoijan ja innostajan rooli. Jos hän riittävän ajoissa tiedottaa osastoille tulevasta koulutuksesta, voivat opettaja ja osaston henkilökunta yhdessä miettiä ketkä osallistuvat kyseiseen koulutukseen. Toisaalta nähtiin kuitenkin, että opettajan rooli saattaa tulla raskaaksi, jos hän toimii vielä kentän henkilökunnan arviointikoulutuksen markkinoijana ja innoittajana. Osastonhoitajan tehtäväksi nähtiin henkilökuntansa koulutuksesta huolehtiminen.

"...vois ajatella että osasto pitäis itte huolta siitä esimerkiksi osastonhoitaja kun se miettii henkilökunnan koulutusta että sieltä tietyllä aikavälillä pääsisi tietty määrä ihmisiä näihin koulutuksiin, jolla ne sitten vois perustella sitä omaa laadukasta oppimisympäristöään ja jos sitten vielä ajatellaan sitä kentälle maksettavaa ohjauspalkkioo ja sitten sen käyttämistä...nehän vois silläkin perustella sitä ,että jos osaltaan ne (palkkiot) tulis sinne osastolle suoraan, et he niinku on ammattilaisia tässä ohjauksessa."

#### 6) Henkilökunta tuntee arviointijärjestelmän

Molemmat vastaajaryhmät olivat yksimielisiä tämän kriteerin tärkeydestä. Osastonhoitajat perustelivat arviointijärjestelmän tuntemista sillä, että se toisi yhdenmukaisuutta koulun ja kentän arviointeihin. Hoitajat eivät edes pystyisi arvioimaan, jos he eivät tietäisi miten se tapahtuu ja mitkä ovat arvioinnin perusteet. Arviointijärjestelmän tunteminen liittyy myös opiskelijoiden oikeudenmukaiseen kohteluun.

"... ett jos ei tunne sitä (arviointijärjestelmää) niin voi jättää joitakin asioita arvioimatta ja sitten arvioi ehkä väärin ja tekee vääryyttä opiskelijalle..."

Opettajien mielestä henkilökunnan tulee tuntea arviointijärjestelmä. Perusteluissa mainittiin, että arviointijärjestelmän tunteminen takaa sen, että osataan arvioida kulloistenkin arviointiperusteiden mukaan. Omaan koulutusaikaan verrattuna arviointi on muuttunut laadullisen arvioinnin suuntaan. Erityisen tärkeänä arviointijärjestelmän tunteminen nähtiin opiskelijan omalle ohjaajalle mutta myös muun henkilökunnan roolia arvioinnissa tuotiin esille.

"... oma ohjaajahan on opiskelija-arvioinnissa mukana ja antaa palautetta, arviointia sen opiskelijan edistymisestä ja tavoitteiden saavuttamisesta ja jotta me pystytään siinä niinku semmonen rehellinen kriteerien mukaan sovittu arviointi antamaan, niin kyllähän on oleellista, että henkilökunta myös tietää tään järjestelmän ja minkä perusteella opiskelijaa arvioidaan."

- 7) Oppilaitos varmistaa, että kentän henkilökunta on tietoinen opiskelijoiden oppimistarpeista

Osastonhoitajien ja opettajien mielestä tämä kriteeri oli tärkeä. Koulun tai yhdysopettajan tehtävä on tiedottaa näistä tarpeista, jotta ne voidaan huomioida esimerkiksi työvuoroja suunniteltaessa.

Erään osastonhoitajan mielestä tietoisuus opiskelijoiden tarpeista auttaisi heitä valitsemaan opiskelijalle oikean työryhmän. Keinoksi tähän valintaan hän ehdotti opiskelijan haastattelua kentän toimesta ennen kliinistä jaksoa. Näin yksilölliset tarpeet voitaisiin huomioida.

"... meidän mielestä on tärkeää, että opiskelija (hallinnon opiskelija) ja tää työryhmä, että ne pystys toimii keskenään. joskus tuntuu siltä, että kun se opiskelija tulee tänne niin me ei niinku tiijetä opiskelijasta yhtään mitään, nää tarpeet on huonostikin tiedossa niin joskus vaan on tullu mieleen, että jos niinku kenttä haastattelis opiskelijat."

Opettajien mielestä oppilaitoksen tehtävä ei ole varmistaa, että kentän henkilökunta on tietoinen opiskelijan tarpeista. Se nähtiin joko yksittäisen opettajan tehtäväksi tai opiskelijan vastuuksi kertoa omista oppimistarpeistaan.

“Lähinnä mää niinku aattelen, että tarpeet on opiskelija-kohtasia ja yksilöllisiä ja lähinnä opiskelija on se ,joka viestittää omien tavoitteittensa kautta ja saattaa niinku osastolle tietoon.”

Myös sellaisissa tilanteissa, joissa opiskelijalla on ollut vaikeuksia suoriutua opiskelustaan erilaisten oppimiseen liittyvien tai omaan mielenterveyteen liittyvien vaikeuksien vuoksi, opettajat näkivät että ennakoasenoitumisen välttämiseksi ei opiskelijan tarpeista kerrota etukäteen vaan kenttäharjoittelu aloitetaan ikäänkuin “puhtaalta pöydältä”. Opiskelijaa itseään rohkaistaan alkukeskusteluissa osastolla kertomaan omista oppimistarpeistaan ja omasta tilanteestaan. Jos opiskelu ei sitten etene tavoitteiden mukaisesti, niin silloin opettaja voi keskustella opiskelijan oman ohjaajan kanssa tilanteesta.

#### Näytöt kriteerien todentumisesta

Näyttönä hoitajien, opiskelijoiden ja tarvittaessa potilaidenkin haastattelut olivat niin opettajien kuin osastonhoitajien mielestä hyvä keino todistaa kriteereiden paikkansapitävyys. Osastonhoitajat katsoivat, että kirjalliset näytöt henkilökunnan ammatillisesta profiilista (sisältää ammatillisen pätevyyden, lisäkoulutukset, menossa olevat opiskelut) ovat tarpeen. Samoin he katsoivat, että arviointisysteemin olisi hyvä olla kirjallisenä, jota sitten voisi auditointiprosessin mittaamis- ja arviointivaiheessa käyttää näyttönä. Yhdysopettajalistan tarpeellisuudesta oltiin kahta mieltä. Erillisiä listoja ei tarvittaisi koska opettajien nimet on merkitty opiskelijoiden kenttäarviointipapereihin. Toisaalta se nähtiin tarpeelliseksi. Oppilaitoksen tarjoamasta koulutuksesta olevaa kirjallista dokumenttia pidettiin myös tärkeänä näyttönä auditoiduille. Kirjallisesta yhteyssovimuksen tarpeellisuudesta näyttönä mielihiteet jakoutuivat sen mukaisesti, kuin se kriteerinä nähtiin tärkeäksi. Kirjallisia dokumentteja, jotka osoittavat arviointien (opiskelijoiden omat ohjaajat) osallistumista koulutukseen, pidettiin tärkeänä näyttönä. Tällaisia dokumentteja voisivat olla koulutuskansiot, joihin osastonhoitajat merkitsevät henkilökunnan koulutukseen osallistumisen ajankohdan ja aiheen. Opettajien mielipiteet kirjallisista näytöistä koskien yllämainittuja asioita, olivat samansuuntaiset kuin osastonhoitajien mielipiteet. Yhdysopettajalistan tarpeellisuudesta oltiin kahta mieltä niinkuin henkilökunnankin edustajat olivat. Kyseisenlainen lista voisi palvella muutakin tarkoituspää kuin osoittaa vain yhdysopettajien nimet. Tällainen lista, silloin kun se nähtiin tarpeellisenä, voisi toimia samalla oppi-

laitoksen opettajien tarkempana esittelynä. Opettajat ikäänkuin mainostaisivat itseään sen avulla.

#### 6.2.1.3. Kentän henkilökunnan näkökulma

- 1) Hoitofilosofia on olemassa
- 2) Osastolla on sitouduttu hoitofilosofiaan

Osastonhoitajat ja opettajat kokivat tärkeiksi molemmat kriteerit. Osastonhoitajat pitivät itsestäänselvyytenä, että jos laadukasta hoitoa annetaan niin hoitofilosofia tulee olla olemassa ja siihen on myös sitouduttu. Opiskelijan oppimisen kannalta yhtenäisen hoitofilosofian ja siihen sitoutumisen katsottiin helpottavan ja edesauttavan hänen opiskeluaan. Opettajien mielestä hoitofilosofia on osastoilla olemassa ja se elää siellä oli se kirjattu tai ei. Sitoutuminen hoitofilosofiaan vaatii kuitenkin keskusteluja ja pohdintoja. Opiskelijan oppimisen kannalta hoitofilosofian olemassaolo nähtiin tärkeänä. Jos osasto on hoitofilosofiassaan sitoutunut yksilövastuiseen hoitotyöhön, niin opiskelijan kasvaminen yksilövastuiseen hoitotyöhön tapahtuu luonnostaan. Hoitofilosofia nähtiin myös keino sitoa teoriaa ja käytäntöä.

- 3) Osastolla on sitouduttu yksilölliseen hoitoon

Osastonhoitajat ja opettajat olivat yksimieleisiä tämän kriteerin tärkeydestä. Osastonhoitajat näkivät, että hoitofilosofian täytyisi olla sellainen, että yksilöllinen hoito mahdollistuu. Sen katsottiin olevan peruslähtökohdan hoitotyöhön ja opiskelijan laadukkaana hoitotyön oppimiselle. Opettajat painottivat, että hoitotyössä voidaan sitoutua yksilölliseen hoitoon vaikkakaan ei toimittaisi yksilövastuiseen hoitotyön mallin mukaan. Yksilöllinen hoito nähtiin ehdottomasti laadukkaana hoitona, ja että opiskelijan oppimisen kannalta se on ensiarvoisen tärkeää. Opiskelijat ovat jo oppilaitoksen teoriatunneilla oppineet yksilöllisen hoidon tärkeyden ja he ovat ajatelleet sen toteutuvan myös käytännössä. Näin käytäntö toteuttaessaan yksilöllistä hoitotyötä edesauttaa opiskelijaa kasvamaan yksilövastuiseen hoitotyön toteuttamiseen.

- 4) Hoitoa toteutetaan ryhmätyönä

Osastonhoitajien mielestä kyseinen kriteeri on tärkeä. Opiskelijan oppimisen kannalta ryhmätyön merkitys ilmeni seuraavasti:



"Kyllä se on tärkeää, että ryhmätyön merkitys ymmärretään, vaikka toimitaan yksilövastuisessa hoitotyössä, että siinä täytyy toimia, osata toimia yksinkin..mutta yksinhän tätä systeemiä ei pyöritä kukaan..että ryhmähän sen aina tekee."

Opettajien vastauksissa tämä kriteeri nähtiin vähemmän tärkeänä. Opettajien mielestä kyseinen kriteeri on vähän hankala tulkita, koska yksilövastuisessa hoitotyössä korostuu hoitajan oma vastuu potilaasta ja aiemmassa kriteerissä tuotiin esille yksilöllisen hoitamisen oppimisen tärkeys. Toisaalta nähtiin kuitenkin, että muiden tuki on tarpeen ja tiimissä toimimisen taidot ovat tarpeellisia.

"Laatua on nimenomaan, että sä vastaat niinku yksin siitä yhestä potilaasta tosin niinku muut saa tukea ja auttaa siinä."

5) Hoidon jatkuvuudesta ja johdonmukaisuudesta on näyttöä

Osastonhoitajat ja opettajat näkivät kyseisen kriteerin yksimielisesti tärkeänä opiskelijan hoitotyön oppimisen kannalta. Osastonhoitajien mielestä yksilövastuiseen hoitotyöhön oppiminen, hoitosuunnitelmien teko ja hoitoprosessin käyttö olisivat tae hoidon jatkuvuudesta ja johdonmukaisuudesta.

"Hoitosuunnitelma on tässä semmonen, joka hyvin palvelee sitä (jatkuvuutta)..siinä näkyy millä tavalla on otettu huomioon aikaisemmat tiedot siitä potilaasta, että hän ei oo vaan yhtäkkiä tupsahtanu tähän ja aloitetaan uus tarina...hoitotyön malli siinä hoitosuunnitelmakaavakkeessa jopitää sisällään sen,että tää on johdonmukaisesti mietitty asia,että käyty kaikki tarpeet läpi ja edetään sen prosessin mukaisesti siinä vielä.."

Opettajien mielestä hoidon jatkuvuus tarkoitti niin hoitoprosessin toteutumista kuin myös hoitotyön suunnitelmissa näkyvää johdonmukaisuutta. Samoin se tarkoitti jatkohoidosta sopimista, hoitotyön epikriisejä. Se nähtiin jotenkin itsestäänselvytenä. Toisaalta hoidon jatkuvuus ja johdonmukaisuus nähtiin hoitofilosofiaan perustuvana toimintana ja myös tärkeänä laatumittarina.

6) Hoitotyössä sovelletaan relevantteja tutkimustuloksia

Osastonhoitajat ja opettajat mielsivät tämän kriteerin tärkeäksi. Osastonhoitajat kertoivat,että hoitotyössä "harrastetaan "paljon tutkimusta nykyään niin, että se on sovellet-

tavissa arjen hoitotyöhön. Eräs osastonhoitaja näki asian tärkeyden mutta suhteuttaessaan sitä oman osastonsa toimintaan huomasi vasta "harjoitteluvaiheen" olevan meneillään. Relevanttien tutkimustulosten soveltaminen näytti olevan paljolti lääketieteen alueeseen kuuluvien uusien tulosten ja menetelmien soveltamista. Opiskelijan näkökulmasta ajatellen relevanttien tutkimustulosten soveltamista ei perusteltu vaan ajateltiin, että opiskelijan on itse tunnistettava tutkimustulosten yhteys hoitotyöhön. Toisaalta kuitenkin osastonhoitajat näkivät relevanttien tutkimustulosten soveltamisen hoitotyöhön tärkeänä opiskelijan hoitamaan oppimisessa. Oppiessaan soveltamaan tutkimustuloksia käytännön hoitotyöhön opiskelijat voivat olla myös hoitotyön edelleen kehittäjiä.

Opettajatkin perustelivat kriteerin tärkeyttä sillä, että opiskelijankin oppimisen kannalta ja hoitotyön kehittymisen kannalta hoitotyön tulisi perustua osastoilla tieteellisille tutkimustuloksille. Olisi tärkeää, että hoitotyön tutkimuksia luetaan ja pysytään ajan tasalla ja otetaan osastoilla käyttöön. Vaikka joissakin sairaaloissa saatetaan tehdä talo- tai osastokohtaista tutkimusta vielä vähän ja vaikka se on enimmäkseen ollut lääketiedeorientoitunutta, niin kuitenkin erilaisia hoitotyön tutkimushankkeita on jo nyt meneillään. Erään opettajavastaajan mielestä tämän kriteerin suhteen kannattaa olla kriittinen, koska tutkimustuloksia on monenlaisia ja niiden soveltaminen vaatii pohdintaa ja aikaa.

"Koska me kaikki tiijetään, että niitä (tutkimustuloksia) tulee hirveesti monenlaisii ja ne vaihtelee koko ajan, että ainakin tollasta poukkoilua tulisi välttää...mutta että tosiaan se vaatii semmosta pohdintaa, että miten sitä lähetään kehittämään ja sitten, että muutokset on hitaita."

- 7) Käytetään moniammatillista ryhmätyötä
- 8) Moniammatillisia kokouksia pidetään säännöllisesti
- 9) Opiskelijoita rohkaistaan osallistumaan moniammatilliseen hoitotyöhön

Osastonhoitajien ja opettajien mielestä nämä moniammatillisuuteen liittyvät kriteerit olivat tärkeitä. Osastonhoitajien näkemyksen mukaan moniammatillisuus ei vielä ole päässyt kunnolla toteutumaan psykiatrissa hoitotyötä lukuunottamatta, joten opiskelijoille ei ole voitu tarjota tällaisia kokemuksia ainakaan säännöllisesti. Moniammatillisten kokousten pitäminen oli osastonhoitajien mielestä nyt jo todellisuutta psykiatrisella puolella samoinkuin kuntoutusosastoilla ja pitkäai-

kaissairaanhoidossa mutta, että tulevaisuudessa tähän mennään myös akuutissa hoitotyössä. Opiskelijan olisi tarpeellista olla opiskeluaikana mukana erilaisissa moniammatillisissa ryhmissä oppiakseen "soveliaista tasavertaisuutta". Heitä tulisi myös rohkaista tällaiseen toimintaan.

"...ja opiskelijoiden rohkaisu tällaiseen moniammatilliseen hoitokäytäntöön, mun mielestä..ett yritetään heitä houkutella tähän niinku semmoiseen neuvonpitoon...ett se on hyvin tärkeä asia, että he ois ikäänkuin valmistautuneita jo siihen tulevaisuuteen."

Opettajat näkivät tärkeänä, että opiskelijoilla on mahdollisuus tutustua jo opiskeluaikanaan moniammatillisten työryhmien toimintaan. Osallistuminen ei tarkoittaisi vain sivusta seuraajan roolia vaan merkitsisi mielipiteiden ilmaisuja ja kykyjen mukaan myös päätöksentekoon osallistumista. Hoitajien tulisi rohkaista opiskelijoita osallistumaan moniammatilliseen hoitotyöhön. Osaston luonteesta riippuen moniammatilliset ryhmät ja niiden toiminta on erilaista. Ryhmien säännölliset kokoontumiset vaihtelevat ja voi olla tilanteita esimerkiksi psykiatrisessa hoitotyössä, ettei opiskelija aina pääse moniammatilliseen kokoukseen mukaan. Potilaan omaiset tai lääkäri voivat kieltää opiskelijaa osallistumasta. Toisaalta kuitenkin hoitajat saattavat turhaakin suojella psykiatrisella puolella opiskelijaa osallistumasta moniammatillisiin kokouksiin. Moniammatillisia ryhmiä ei muussa kuin psykiatrisessa hoitotyössä ehkä osata vielä riittävästi käyttää hyväksi. On oleellista opiskelijan tulevaisuuden kannalta, että hän oppii yhteistyötä eri ammattiryhmien edustajien kanssa. Eri ammattiryhmiä ei tarvitse "pokkuroida, jotenkin erityisesti kohdella, pelätä tai nitistää". Kaikkien toiminta on tärkeätä ja kaikki toimivat yhteisen tavoitteen suunnassa.

"Opiskelija tietysti oppii työskenteleeseen erilaisten ihmisten kanssa ja saa erilaisia näkökulmia tilanteeseen eli musta saattaa sen potilaan tilanteen niinku laajempaan näkökulmaan ja se antaa ehkä tämmösiä ratkaisumalleja sitten lisää siihen tilanteeseen."

- 10) Potilas/asiakashoito toteutuu yhdenmukaisesti kentän ta voitteiden kanssa

Osastonhoitajat ja opettajat pitivät tätä kriteeriä tärkeänä. Se ymmärrettiin kahdella tavalla. Joko niin, että osasto kirjattessaan filosofiansa pysyy kannanottojensa takana ja toteuttaa näin yhdenmukaista hoitoa tavoitteiden mukaisesti. Tavoitteisiin pohjautuvan yhdenmukaisen hoidon toteuttaminen voitiin

nähdä myös koko sairaalan tai terveydenhuollon tehtävänä. Toisaalta se käsitettiin yhdenmukaiseksi hoidoksi esimerkiksi terveystieteiden osaston ja kotisairaanhoidon välillä. Opettajien mielestä olisi opiskelijan oppimisen kannalta tärkeää, että yhdenmukaisuudesta suhteessa hoidon tavoitteisiin olisi näyttöä. Jos tavoitteellinen yhdenmukainen hoito ei toteudu, saattaa se aiheuttaa opiskelijalle hämmennystä ja ristiriitaa mutta toisaalta myös oppimisen paikan.

#### Näytöt kriteerien todentumisesta

Opiskelijoiden ja hoitajien haastattelut nähtiin opettajien mielestä tärkeiksi näytöiksi auditoijille siitä, miten eri kriteerit todellistuvat. Opettajien mielestä kirjallisesti esitetty hoitofilosofia on hyvä näyttö siitä, että hoitofilosofia on olemassa. Mutta kirjallinen hoitofilosofia ei vielä osoita henkilökunnan sitoutumista siihen. Silloin näytöksi sopisi opiskelijoiden ja hoitajien haastattelut. Hoitofilosofiaan sitoutumisesta näytöksi käy myös hoitosuunnitelmat ja yksilövastuinen hoitotyö. Sitoutuminen hoitofilosofiaan näkyy myös osaston arkisessa toiminnassa siinä, miten potilaasta keskustellaan raportilla, miten osaston lääkärintieto etenee ja miten työtovereihin suhtaudutaan. Hoitosuunnitelma sopii opettajien mielestä näytöksi yksilöllisestä hoidosta. Yksilövastuisen hoitotyön mallin soveltaminen osastoilla sopii opettajien mielestä näytöksi yksilöllisestä hoidosta sekä näytöksi hoidon jatkuvuudesta ja johdonmukaisuudesta. Nimetty hoitaja, silloin kun se tarkoittaa potilaan omaa hoitajaa sopii näytöksi yksilöllisestä hoidosta. Erilaiset hoitokäytännön muutokset ja alueella käynnissä olevat ajankohtaiset tutkimukset ja projektit (uudet hoitokäytännöt, tutkimus- ja kehittämiskokeilut jne.) joista auditoijat saavat haastattelemalla ja kirjallisina dokumentteina tietoa ovat näyttöjä siitä, että osastolla sovelletaan relevantteja tutkimustuloksia. Kirjalliset palautteet samoin kuin potilashaastattelut potilastyytyväisyydestä sopivat näytöksi muunmuassa yksilöllisestä hoidosta ja hoitofilosofiaan sitoutumisesta. Lehtien ja tutkimusraporttien saatavuus on hyvä näyttö siitä, että osasto mahdollistaa uusimman tutkimustiedon saatavuuden. Niiden saatavuus sitten osaltaan edesauttaa uusien tutkimustulosten soveltamista hoitotyöhön. Toisaalta vaikka lehtiä ja tutkimusraportteja on saatavilla, ei se vielä riitä yksistään näytöksi, että niistä saatua tutkimustietoa sovelletaan käytäntöön.

Kirjalliset kokousmuistiinpanot voivat toimia näyttönä siitä, että moniammatillisia kokouksia pidetään ja, että opiskelijat pääsevät niihin (osallistujien nimet kirjattu kokousmuistiin-

panoihin). Toisaalta kuitenkin katsottiin, että auditoijille pitäisi riittää haastattelemalla saatava näyttö, ettei asia menisi "hiusten halkomiseksi". Näyttönä moniammatillisesta ryhmätyöstä toimivat myös hoitosuunnitelmat.

Kirjallinen hoitofilosofia voisi olla näyttönä hoidon yhdenmukaisuudesta. Silloin kun hoidon yhdenmukaisuudella tarkoitetaan jatkohoitoyhteyksiä, niin siitä voisi olla näyttönä haastattelut ja mahdolliset kirjatut dokumentit erilaisista hoitokäytännöistä esimerkiksi eri hoitolaitosten välillä.

Osastonhoitajat arvioivat näytön osoituksina yllämainittuja asioita samansuuntaisesti kuin opettajat. Erillisenä voidaan mainita, että psykiatrisessa hoitotyössä näyttöä potilastytyväisyydestä suhteessa yksilölliseen hoitoon ja hoitofilosofiaan sitoutumiseen, voi olla tietyissä tilanteissa hankalaa saada. Psykiatrisen potilaan arvioima hoidon laatu vaihtelee hänen sairautensa vaikeuden tai vaiheen mukaan.

#### 6.2.1.4. Ympäristö

##### 1) Asiakas/potilashoito on laadukasta

Niin osastonhoitajat kuin opettajat näkivät laadukkaan asiakas/potilashoidon kriteerin tärkeäksi tekijäksi opiskelijan hyvässä oppimisympäristössä. Opiskelija oppii mallikäyttäytymisen avulla toteuttamaan laadukasta hoitoa. Tosin ei-laadukkaasta hoidostakin opiskelija voi oppia, vaikkakaan tietoisesti ei ole aiheellista tällaista ristiriitaopetusta antaa.

"Opiskelija, hän oppii sitä hoitamista ja hoitotyötä ja ottaa tietysti ihan todella mallia, mallikäyttäytymistä... siinähän siirretään sitä hoitokulttuuria ja laadukasta hoitamista opiskelijalle." (opettaja)

##### 2) Käytännön harjoitteluympäristö tukee opetus/oppimismahdollisuuksia

Osastonhoitajien ja opettajien mielestä kriteeri oli tärkeä. Osastonhoitajien näkemysten mukaan käytännön harjoitteluympäristön tulee olla opetusta ja oppimista tukevaa. Kenttäpaikkojen valitsijoilla tulisi olla kuva siitä, onko valituilla osastoilla realistinen mahdollisuus opettaa oikeita asioita. Sekä fyysinen ympäristö että henkisesti puolelta esimerkiksi asenteet osastolla vaikuttavat oppimiseen. Ajan-

puute osastolla voi olla myös estämässä opetus ja oppimis-mahdollisuuksia.

"Päätyö on potilashoito ja opiskelijat on niinku semmosena ylimääräsenä lisänä."

"Muistaa sillo, kun ite oli valmistunu, niin mietti, että semmosia kokemuksia, mitä ite oli saanu, niin niitä ei, tai mietti, että mää en koskaan tekisi tolla tavalla, mutta kyllä sitä huomaa, että sitä tekee työssään kuitenkin niin."

Opettajista on luonnollinen asia, että ympäristö tukee opetusta ja oppimista, koska opiskelijat ovat osastoilla opiskelua varten. Mielenpisteet fyysisen ympäristön merkityksestä olivat ristiriitaisia. Nähtiin melkoisena puutteena, kun monella osastolla ei esimerkiksi ole paikkaa, mihin voi rauhoittua keskustelemaan opiskelijan kanssa. Mutta toisaalta fyysisten tilojen puutteellisuus ei ollut este hyvälle hoidolle eikä sen oppimiselle. Oppimisympäristö ollessaan hoitava tukee myös oppimista.

### 3) Opiskelumateriaalia on helposti saatavissa

Osastonhoitajat arvioivat kriteerin tärkeäksi. Osastoilla on ajankohtaista, erikoisalaan liittyvää sekä käytännön läheistä materiaalia, joka on niin henkilökunnan kuin opiskelijoiden saatavilla ja käytettävissä. Opettajista osa näki materiaalin saatavuuskriteerin vähemmän tärkeänä. Osastoilta löytyy tietoa muunmuassa tavallisimmista sairauksista, tiivistettyjä hoito-ohjeita ja ohjeita lääkelaimennoksista. Tarkemman tiedonhankinnan voi sitten tehdä vaikkapa koulun kirjastossa. Opiskelijoille on hyvä jo perehdytyksessä esitellä saatavilla oleva opiskelumateriaali mutta hänen on myös mietittävä, mistä saa haluamaansa tietoa.

"Kyllä voi niinku vähän miettiä, että missä sitä hakee ja miten hakee eli kyllähän se opettaa tiedonhankintaan."

### 4) Välineet toimivat tehokkaasti ja turvallisesti

Kriteeri oli tärkeä sekä osastonhoitajien että opettajien mielestä. Kun välineet toimivat turvallisesti, se on kaikkien etu. Opiskelijan oma turvallisuus ja toisaalta myös potilas-turvallisuus on näin huomioitu. Käyttöohjeet on hyvä olla joka paikassa ja tarvittaessa useammalla kielellä. Mutta vähemmän tehokkaat välineetkään tuskin vähentävät opiskelijan oppimista.

Psykiatrisissa hoitotyössä todettiin ihmisten itse toimivan hoidon välineenä, siksi onkin kiinnitettävä huomiota henkilökunnan hyvinvointiin.

" Meillä nää ihmiset on välineitä... sillä tavalla , että se on niinku, kuinka hyvin työryhmä voi, ja se on kyllä sitten opiskelijaanki vaikuttamassa ihan varmasti."

#### 5) Terveys- ja turvallisuuskriteerit täytetään

Osastonhoitajat ja opettajat arvottivat kriteerin tärkeäksi, vaikka ohjeita ei aina kirjallisena riskitoimenpiteille löytynytkään. Terveys- ja turvallisuusriskit ovat osittain osaston erikoisalasta riippuvaisia. Niitä voi ilmetä esimerkiksi sähkölaitteita käytettäessä, sytostaatteja laimennettaessa, verta käsiteltäessä tai toimittaessa mahdollisesti väkivaltaisen, aggressiivisen potilaan kanssa. On tiedettävä kuinka suojata itsensä tai kuinka toimia kyseisissä tilanteissa. Opiskelijankin on heti alusta asti tiedettävä ohjeet ja noudatettava niitä.

"... myös henkilökunta toimii näin ja myös opiskelija heti alusta saakka, koska nää on tällöisiä niinku esiarvoisen tärkeitä ja näissä ei oo mitään neuvottelun varaa."

#### Näytöt kriteerien todentumisesta

Ympäristökatselmus nähtiin olennaisena, kun tarkasteltiin oppimisympäristöä opetuksen/oppimisen mahdollistajana. Se voi olla työturvallisuudenkin kannalta tärkeä. Tosin yksi vastaajista epäili ympäristökatselmuksen alentavan fyysisiltä puitteilta vajavaisemman osaston arvoa. Potilaanoikeudet on laissa määriteltä. Potilaalla on mahdollisuus tutustua niihin esimerkiksi lukemalla ne ilmoitustaululta. Ne sekä potilastyytyväisyystieto kuvastivat vastaajien mielestä laadukasta hoitoa. Potilasasiakirjat kuuluvat hoitoon osana, mutta niiden merkitystä näyttönä ei korostettu. Haastattelemalla saadaan tietoa mutta esimerkiksi psykiatrisilla osastoilla potilaan haastattelu ei aina anna opiskelijan hyvästä oppimisympäristöstä oleellista tietoa. Riskinarviointi-/riskinhallintatieto nähtiin liittyvän terveys- ja turvallisuuskriteereihin. Tiedot kuinka käsitellä ja toimia riskitilantissa ovat tarpeen. Infektioerekisterin tiedot voisivat myös olla osa riskinarviointi-/riskinhallintatietoa.

### 6.2.2. Muutosehdotuksia audit-mittariston kriteereihin

Osastonhoitajat miettiessään mahdollisia muutoksia audit-mittariston kriteereihin toivat esiin jo olemassa olevia kriteereitä ja painottivat muunmuassa oman ohjaajan merkitystä sekä ohjausilmapiiriä. Lisäyksenä kriteereihin eräs osastonhoitaja toi esiin opiskelijan oman roolin ja vastuun.

"...kannattaa varmaan sitä opiskelijan omaa vastuuta korostaa. Korostaa, että niinkun tälläkin hetkellä mekinhän ollaan täällä niinku opiskelijoita varten..ett se, mitä ne haluaa, niin me pyritään niille sit anatamaan. Ja sitten jos on semmonen, että omaa aktiivisuutta opiskelijalla ei oo, niin kyllä vähemmälle jää."

Sama vastaaja ilmaisi mielipiteenään myös, että koko opiskelijaohjaus pitäisi muuttaa, jos osastoa arvioitaisiin kyseisen mittariston mukaan. Se merkitsisi silloin lisäystä henkilökuntaan ja lisäkoulutusta opiskelijaohjauksesta henkilökunnalle.

Yksi osastonhoitaja toivoi myös opettajan rooliin kentällä suurempaa panosta, jolloin se tarkoittaisi audit-mittaristoon myös lisäkriteereitä kyseiselle kohdalle. Sen tarkemmin hän ei kuitenkaan osannut kriteeriä määritellä.

Opettajat esittivät erilaisia lisäyksiä kriteereihin. Perehdyttämiseen liittyvien kriteereiden kohdalla eräs opettaja kiinnitti huomiota perehdyttämisen sisällöissä liiallisen fyysisen turvallisuuden korostumiseen. Hän kiinnitti huomiota siihen, ettei riitä, että perehdyttämiselle varataan aikaa vaan myös, että perehdyttämisen tulisi olla ajallisesti jatkuvaa ja siten rytmiteltyä, että opiskelija olisi omaksunut edelliset perehdyttämiseen liittyvät asiat ennenkuin edetään uusiin asioihin.

"...niin mä en tiijä minkä takia tässä on nostettu niin tärkeeksi nämä tämmöset varauloskäynnit ja muut, että perehdyttämisessä siihen kuuluis potilaat ja hoitotyönfilosofiat ja niihin ohjelmiin kaikki tämmöset ja hoitosuunnitelmien tekemiset ja muut..joo ja ajallisesti jatkuvaa ja sit tosiaan, että ne on rytmitelty sillai, että katotaan, että se opiskelija on maksunut nämä tiedot..ett se ois nyt tässä vaiheessa ja tarvii tietoa näistä ja sitten esimerkiksi lopussa ois jotkut jatkohoitoyhteydet ja yhteistyö ja muut tämmöset sitten mutta se ei oo niinku ensimmäisen päivän asia vaan, että se jatkuu koko ajan."



Opettajat ilmaisivat vastauksissaan myös tarvetta miettiä ilmapiirin kohdalle uusia kriteereitä. He korostivat, että opiskelijamyönteisyys olisi tärkeää. Opiskelijan näkeminen positiivisena myönteisenä voimavarana, jolla on jotain annettavaa ja tuotavaa kyseiseen yksikköön, olisi tärkeätä. Ilmapiiriin pitäisi olla turvallinen ja virheitä salliva. Keinona arvioida ilmapiiriä eräs opettaja ilmaisi "ilmapiirin haistelun", jolloin opettaja olisi osastolla kokonaisia työvuoroja. Hän havainnoisi hoitotilanteita ja haastattelisi henkilökuntaa. Hän osallistuisi myös raporteille ja juttelisi potilaiden kanssa. Opiskelijoiden palautteet kliinisiltä jaksoilta systemaattisesti kerättynä voisivat toimia myös näyttönä ilmapiirista.

Arviointiin liittyen erään opettajan mielestä pitäisi lisätä kriteeriksi jotain oppimisenäkemyksestä. Koulun oppimisenäkemyksen, opiskelijan oppimisenäkemyksen ja osaston oppimisenäkemyksen tulisi olla yhdensuuntaiset.

Opettajien rooliin liittyen opettajat halusivat myös lisäkriteereitä. Kentäthän toivovat, että opettajat olisivat enemmän mukana kliinisessä hoitotyössä ja siksi pitäisikin kysyä heidän mielipidettä erityisesti koskien opettajien roolia hyvän kliinisen oppimisympäristön luomisessa. Toisaalta jos opettajat vastaavat kentän toiveisiin olla enemmän kliinisessä työssä mukana, pitää opettajan olla "melkoinen fakiiri", kuten eräs opettaja asian ilmaisi. Kaiken pedagogiikan lisäksi ja hoitotieteen hallinnan lisäksi opettajan tulisi hallita myös eri osastojen toimintatavatkin. Opettajien aikaresurssit antavat puitteet opettajien mukanaololle kliinisen jaksojen ohjauksessa. Opettajien rooli voisi olla enemmänkin yhdysopettajan rooli ja teorian ja käytännön integroija. Opettajien tukea kliinisessä hoitotyössä tarvittaisiin kuitenkin enemmän opiskelun alkuvaiheessa.

"...hän (opettaja) niinku mahdollistaa opiskelijan oppimiskokemukset mutta se hoitotyön asiantuntija just sillä tietyllä erikoisalalla on se oma ohjaaja sieltä kentältä... sitten jos aattelee opiskelun alkuvaihetta niin siellä on mun mielestä. se opettajan niinku rooli.. resurssit vois olla enemmän vielä, ett se ois osittain myös siellä hoitotyössä mukana, koska siinä ne opiskelijat tarvii tukea ja rohkasua ja mukana oloa mihin ei näillä ohjaajilla sen oman työnsä ohessa oo niin paljon resursseja. Sitten mitä pitemmälle opiskelija edistyy, niin sitä pienempi on niinku opettajan rooli siinä välittömässä hoitotyössä."

Erään opettajan mielestä kaivattaisiin sellaista kriteeriä, joka ilmaisisi osaston sitoutumisen hoitotyön kehittämiseen,

vaikka kriteerinä onkin jo olemassa: Hoitotyössä sovelletaan relevantteja tutkimustuloksia.

Kohtaan ympäristö halusi kaksi opettajaa lisätä jotain. Toisen mielestä kyseinen kohta on kaikenkaikkiaan pinnallinen. Hänen mielestään kriteerissä pitäisis näkyä erikseen fyysinen ja henkinen turvallisuus. Vaikka välineiden tulee toimia tehokkaasti ja turvallisesti niin Suomessa se on ikäänkuin itsestään selvää. Laitteet tarkistetaan ennen käyttöönottoa ja osaston henkilökunta on velvollinen lähettämään ne korjattaviksi, jos tarve vaatii. Toisaalta vastaaja katsoi kuitenkin olevan tärkeätä, että terveys- ja turvallisuuskriteerit täytetään. Eräs opettaja halusi kiinnittää huomion opiskelijan omaan osuuteen hoitamaan oppimisessa ja siitä olisi tarpeellista myös luoda kriteereitä.

"... kaikki lähtee siitä opiskelijan asenteesta ja siitä halusta oppia, motivaatiosta, miten se sille kentälle menee, miten se asennoituu ihmisiin, joitten kanssa se sielullä joutuu työskenteleén. Et kyllä pallo no niinku varmaan viimekädessä sillä yksittäisellä opiskelijalla, joka lähtee niitä oppimiskokemuksia ittelleén hakemaan. Tietysti toinen puoli, et miten se ympäristö tulee vastaan ja miten se opettaja siinä mukanaan niinku auttaa ja yrittää järjestellä niitten kokemusten saavuttamisessa. Mutta kyllä pallo on niinku varmaan viimekädessä opiskelijalla."

Koska auditointi ei tarkoita pelkästään mittaamis- ja arviointivaihetta, vaan on kyse syklistä, joka etenee tiettyjn vaiheitten kautta, niin seuraavaksi haastateltavilta kysyttiin koko auditointiprosessiin liittyviä asioita. Mittaamis- ja arviointivaiheen jälkeen auditoinnissa seuraa toimintasuunnitelman tekovaihe, johon sisältyy mittaamis- ja arviointivaiheessa esiin tulleiden osaston vahvojen alueiden ja kehittämistä vaativien alueiden analysointi. Seuraavat teemat liittyvätkin mittaamis- ja arviointivaihetta seuraaviin osa-alueisiin.

### 6.2.3. Auditoinnin mittaamis- ja kirjaamisvaihe

Auditoinnin mittaamis- ja kirjaamisvaiheen erilaiset menetelmät kohtaan osastonhoitajat toivat mielipiteinään julki seuraavanslaisia mielipiteitä. Eri menetelmät ovat hyväksi niin haastattelut kuin observoitikin. Haastatteluihin haluttiin lisätä koko työryhmän haastattelu. Opiskelijan osuus haastatteluissa nähtiin tärkeäksi. Kirjalliset dokumentit katsottiin myös hyväksi osaksi auditointia.

Kirjallisen toimintasuunnitelman laatiminen ja uudelleenauditointi herätti erilaisia mielipiteitä. Esimerkiksi kirjallinen toimintasuunnitelma ei saisi olla liian sitova, muutoin sen katsottiin palvelevan asiaa."

Osastonhoitajien mielestä auditoinnin mittaamis- ja kirjaamisvaiheessa tulisi osastonhoitajan olla pääsääntöisesti osaston edustajana. Ylihoitajan ei varsinaisesti itse mittaamis- ja kirjaamisvaiheessa tarvitse olla läsnä. Hänet katsottiin hieman etäiseksi yksittäisen osaston asioiden tuntemisessa.

Opettajan tulee tuntea jollain tavalla osastoa ja aluetta. Opettajat eivät toimi osastoilla niin paljon, että heidän objektiivisuutensa katoaisi itse auditoinnin mittaamis- ja arviointivaiheessa. Ehdotettiin myös, että auditoinnin voisi suorittaa koordinoiva opettaja, joka kiertelisi havainnoimassa osastoja ennen auditointia.

Arvioidessaan itse auditointiprosessin mittaamis- ja kirjaamisvaihetta opettajat kokivat, että menetelmät olivat suhteellisen monipuolisia. Haastattelut, havainnoinnit ja erilaiset kirjalliset näytöt antavat suhteellisen monipuolisen kuvan osastosta hyvänä oppimisympäristönä. Opiskelijan osuutta haastatteluissa korostettiin. Haastattelujen haluttiin olevan myös enemmän keskustelun luonteisia. Silloin jos opettaja ei tunne osastoja, voisi näyttönä osoittaa erilaisia dokumentteja. Mutta toisaalta vaarana koettiin se, että jos osaston tulisi osoittaa näyttönä erilaisia kirjallisia dokumentteja, se osoittaisi ikäänkuin luottamuspulaa

"Minusta se on vähän semmonen, että jos pitää osaston esitellä niitä dokumentteja, kaikkii papereita ja muita siitä toiminnasta niin vähän semmonen, ettei niinku luoteta siihen hommaan mutta tietysti se on selvääkin, että jos on uus osasto ja semmonen, jos nyt aattelee Englantia, että on uus paikka, mitä ollaan katsastamassa niin, kun me tunnetaan noi omat osastomme hyvin, niin tuntuu semmoselta ihan nipottamiselta pyytää esittää dokumenttia jostakin."

Auditoinnin mittaamis- ja arviointivaiheessa tulisi opettajien mielestä olla mukana aina osaston oma edustaja. Mielipiteet vaihtelivat sen suhteen pitäisikö osallistujan olla osastonhoitaja vai joku muu kokenut hoitaja, "vanha konkari". Toisaalta osastonhoitajan läsnäolo olisi tarpeen, toisaalta ei. Osastonhoitaja ei ole oikea henkilö auditoitilanteessa läsnäolijaksi varsinkaan silloin, jos hän ei ole perehtynyt opiskelijaohjaukseen

Ylihoitajan mukanaolosta mielipiteet olivat yhtenevät. Ylihoitajan katsottiin olevan tärkeää olla mukana, ainakin silloin kun palautekeskusteluja käydään ja toimintasuunnitelmaa laaditaan. Hallinnon edustajan läsnäolo varmistaisi sen, että kehittämistä vaativiin alueisiin paneuduttaisiin ja ne nähtäisiin tärkeiksi.

"Kyllä tää on sen tason juttu, että sen hallinnon pitäisi olla mukana ja sit myös että hallinto pystyis tukemaan näitä haasteita mitä otetaan."

Opettajien mielestä koulun edustajajina auditoinnissa voisi olla opettaja, joka tuntee kyseisen osaston. Silloin ei tarvitsisi kysellä kaikkea ja vaatia kirjallisia näyttöjä niin runsaasti. Toisaalta, jos opettaja tuntee osaston liian hyvin saattaa käydä niin, että tuttu opettaja menettää objektiivisuutensa. Hän voisi olla liian pehmeä tilanteessa ja tulkita asioita osastomyönteisemmin kuin vähemmän tuttu opettaja. Opettajapari voisi olla hyvä vaihtoehto. Opettajaparista toinen voisi olla henkilö, joka tuntee osaston ja toinen joka on vieraampi. Tällöin objektiivisuus säilyisi paremmin. Syntyisi keskustelua ja yhteisiä päätöksiä. Vieraampi opettaja auditoijana saattaisi pystyä julkituomaan negatiivisia asioita helpommin kuin tuttu opettaja. Opettajien mielestä auditointi edesauttaa myös koulun ja kentän yhteistyön kehittymisessä.

#### 6.2.4. Auditoinnin arviointi- ja toimintasuunnitelman tekovaihe

Auditoinnissa esille tulleiden osaston vahvojen alueiden ja kehittämistä vaativien alueiden analysointi

Opettajien mielestä osaston vahvojen alueiden läpikäymisellä on osaston itsetuntoa kohottava vaikutus. Vahvojen alueiden läpikäynti stimuloi osastoja vahvistamaan edelleen jo hyviksi todettuja alueita. Edellytyksenä pidettiin sitä, että osastolta on mukana joku henkilökunnan edustaja auditoinnin eri vaiheissa, jolloin kehitystyö lähtisi käyntiin osaston sisäisenä toimintona.

"Tietysti toi, että siellä on joku osaston ihminen mukana tekemässä sitä arviointia on tärkeä, ettei me ulkopuolisina niinku pistetä riviin hyviä ja huonoja puolia ja sitten sanota, että näitä te nyt kehittäte..vaan se lähtee niinku sieltä osastosta ittestä päin."

Kehittämistä vaativiin alueisiin tulisi opettajien mielestä puuttua hienotunteisesti. Kehittämisalueiden esiintuominen keitetään paremmin, jos lähdetään liikkeelle osaston vahvoista alueista. Toisaalta arveltiin osastojen itse kyllä sisäisesti tietävän mitä puutteellisuuksia heillä on opiskelijoiden hyvänä oppimisympäristönä. Opettajien mielestä kehittämistä vaativat alueet nähtäisiin osastolla haasteellisina. Myös katsottiin sen, että asiat esitetään kirjallisena ja lausutaan ääneen auttavan osastoja tiedostamaan paremmin kehittämisen alueensa.

Osastonhoitajat katsoivat, että osaston vahvoin alueisiin huomion kiinnittäminen kohdentaa osaston huomion omaan toimintaan ja auttaa pysähtymään miettimään osaston toimintaa. Kehittämisen paikkojen osoittaminen ei aikaansaa negatiivisia tunteita vaan uskoa siihen, että kaikkea voidaan parantaa ja kehittää.

#### 6.2.5. Koko auditointijärjestelmä menetelmänä

Osastonhoitajien mielestä auditointi on hyvä menetelmä ja erinomainen apuväline osastonhoitajalle. Tosin se vaatii aikaa ja paljon työtä, mutta se palvelee sekä opiskelijoita, että osastoa. Osastolle selkenee kirjoittamattomiakin asioita. On pysähtyttävä miettimään ja ajattelemaan opiskelijaohjausta ja sitä tavoitetta, että opiskelijasta tulisi hyvä ja osaava hoitaja. Auditointin nähdään myös edistävän hoitotyön kehittymistä.

"Se olis ihan hyvä, siinäähän tulis ajateltuakin sitten vähän tätä ohjausta ja tätä koko systeemiä, kun jos nää kirjais oikein ylös."

Osastonhoitajat eivät osanneet nimetä mitään muuta parempaa laadunarviointi- ja kehittämismenetelmää kuin auditointi on.

"Toiset on tehny hirveesti töitä tän eteen, ett mää nyt yhtäkkiä tempasesin jonkun ihan vielä paljon paremman."

Halukkuutta edistyä opiskelijan hyvänä oppimisympäristönä oli mutta taloudelliset resurssit saattavat olla estämässä mahdollisten ongelmaalueiden poistamisessa. Auditoinnin nähtiin edistävän yhteistyötä koulun kanssa. Lisäksi todettiin, että standardien ja kriteerien laadinta vaatii yhteistyötä.

Periaatteessa opettajat näkivät auditoinnin tärkeänä. He esittivät muina menetelminä mm. videoinnin ja opiskelija-arviointitilaisuuksia, joita voitaisiin hyödyntää myös laadunarviointi-

timielessä. Videointi liittyisi esimerkiksi hoitotyön filosofiaan siten, että osasto lähettäisi koululle kirjallisena hoitofilosofian ja sitten videoitaisiin hoitotilanteita ja analysoitaisiin toteutuuko osaston hoitofilosofia siinä. Opiskelijoiden arviointitilaisuuksia voitaisiin hyödyntää esimerkiksi niin, että osastoille annettaisiin palautetta oppimisympäristönä. Toisaalta myös arviointitilaisuuteen voisi osallistua toinenkin opettaja lähinnä observoijana, jolloin hän ikäänkuin ulkopulisena voisi kiinnittää keskustelujen perusteella huomiota laatuun.

Kuitenkin ajallisesti auditointi olisi aikaa vievää ja vaarana voisi olla, että itse kehittämistyö jää tekemättä. Opettajien mielestä olisi myös kiinnitettävä huomiota siihen, ettei auditoinnista tulisi liian pinnallista ja ettei se tuntuisi turhalta ja ajanhukalta.

”Kunhan se paperi on täytetty, niin sitten taas vuoden päästä..”

Opiskelijan osuutta haluttiin korostaa. Se millaisia oppimiskokemuksia hän saa kentältä, miten opiskelija pystyy toteuttamaan kentällä omaa opiskelusuunnitelmaa, olisi muistettava huomioida auditoinnissa. Lomaketta tulisi kehittää yhteistyössä osastojen kanssa.

## 7. POHDINTA

### 7.1. Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen yleinen luotettavuus Hirsjärven ja Hurmeen (1991) mukaan on sitä, että se mahdollisimman hyvin kuvaa todellisuutta. Luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen validiutta ja reliabiliutta.

Validiteetilla tarkoitetaan sitä kokonaisuutta, jossa tutkimuksen tulos vastaa tutkimukselle asetettuja päämääriä ja tutkimuskohteita (Varto 1992). Tutkimuksen validiteetti on perinteisesti määritelty mittauksen pätevyudeksi eli mittauksen kyvyksi mitata niitä ominaisuuksia, käsitteitä, joita mittaamaan mittaväline on laadittukin (Eskola & Suoranta 1996) Validiutta voidaan tarkastella käsitevalidiutena, sisältövalidiutena, aineiston validiutena ja johtopäätösten validiutena (Hämäläinen 1987; Hirsjärvi & Hurme 1991)

Käsitevalidius tarkoittaa sitä, että tutkija tuntee hyvin tutkittavan ilmiön ja siihen liittyvät käsitteet. (Hämäläinen 1987; Hirsjärvi & Hurme 1991) Tässä tutkimuksessa käsitevalidiutta parantaa tutkijoiden opettajakoulutus ja toimiminen kliinisen kentän ohjaajina. Samoin käsitevalidiutta tässä tutkimuksessa parantaa tutkijoiden pitkälinen prosessinomainen tutustuminen kliinisen kentän auditointijärjestelmään. Tutustuminen on alkanut keväällä 1995, jolloin tutkijat saivat koulutusta auditoinnista ja myöhemmin olivat mukana kliinisten kenttien auditoinnissa. Koska auditointijärjestelmä on Suomessa suhteellisen uutta, ovat tutkijat perehtyneet erityisellä huolella kyseiseen käsitteeseen lukemalla paljon alaan liittyvää, lähinnä englanninkielistä kirjallisuutta. Myös monet englantilaisten opettajakollegoiden haastattelut ja keskustelut auditoinnista ovat valaiseet auditointikäsitettä. Käytyt puhelinkeskustelut ja lähetetyt faxit koskien auditointia ovat tuoneet lisäymmärrystä koko käsitteeseen. Kielelliseen puoleen on pyritty paneutumaan erityisellä huolella, jotta käytetyt englanninkieliset käsitteet ovat käännetty oikein ja saatu suomen kieleen sopivaan asuun ja ymmärrettäväksi haastateltaville. Myös monet esitetaukset ovat parantaneet käsitevalidiutta.

Esitetauksen avulla voitiin myös parantaa hyvän kliinisen oppimisympäristön käsiteellistä validiutta tarkentamalla esseekirjoitusten instruktiota.

Sisällönvalidiuden parantamiseksi tutkijat käyttivät haastattelujen aikana lisäkysymyksiä ja tarkennuksia, mikäli haastattelutarkoitus ei tullut selväksi. Samoin haastateltavalla oli mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä, mikäli hän ei ollut ymmärtänyt kysyttyä asiaa oikein. Sisältövalidiutta lisää myös se, että tutkijat tekivät itse kaikki haastattelut ja olivat molemmat aina läsnä haastattelutilantissa. Näin voidaan olettaa, että kysymyksillä saavutettiin teema-alueissa tarkoitettu merkitys.

Sisältövalidiutta auditointiasian suhteen paransi myös se, että tutkijoiden käyttämä auditointijärjestelmä on ollut jo useita vuosia käytössä Englannissa. Sen validiutta ja sopivuutta kliinisten kenttien audiotintiin on koko ajan arvioitu ja muutoksia on tehty tarvittaessa. Vaikka tutkijoiden käyttämä auditointijärjestelmä onkin toisesta kulttuurista otettu, ei kuitenkaan voida katsoa hoitamisen, hoitotyön tieteellisyyden vaatimuksen eikä hoitotyön kuolituksen perusteiden eroavan oleellisesti toisistaan verrattaessa englantilaista ja suomalaista hoitotyön koulutusta ja hoitotyön toteutusta.

Aineiston validiutta paransi se, että haastattelut nauhoitettiin ja purettiin tekstiksi sanatarkasti. Koska ulkopuolinen kirjoittaja kirjoitti kaksi haastattelua tekstiksi ja tutkijoista kumpikin kolme haastattelua niin tutkijat kuuntelivat kaikki haastattelut seuraten kirjoitettua tekstiä ja näin varmistuen vielä kuulemansa ja kirjoitetun tekstin yhtäpitävyyden.

Esseevastausten suhteen aineistovalidiutta paransi se, että tutkijat lukivat esseevastaukset useampaan kertaan läpi ymmärtääkseen aineiston sisällön mahdollisimman hyvin. Käsien kirjoitetut tekstit olivat selkeitä eivätkä näin vaikeuttaneet aineiston lukemista.

Johtopäätösten validiutta auditoinnin osalta lisää tutkijoiden perehtyneisyys asiaan ja se, että tutkijat yhdessä tekivät johtopäätökset. Johtopäätösten validiutta lisää myös se, että tutkittavat olivat harkinnanvaraisesti valitut ja he tiesivät ja ymmärsivät auditointijärjestelmän ja saattoivat näin tuottaa näkemyksiään syvällisemmin. Tutkittaviksi valitaan ne, joilla on erityistietoa tutkittavasta ilmiöstä sekä kyky ilmaista tietämystään ja kokemuksiaan. (Field & Morse 1985; Burns & Grove 1987; Hämäläinen 1987) Toisaalta johtopäätöksiä voi huonontaa saatu informaatio. Osa vastaajista saattoi eläytyä omaan työelämän kontekstiin ja sen reunaehtoihin niin voimakkaasti, että heidän tuottamansa käsitykset peilautuivat enemmän arkiseen työtodellisuuteen ehkäisten näin auditoinnin kriteereiden objektiivisen tarkastelun (vrt. Varto 1992). Ihmiset tutkitsevat asioita kulloinkin valitsemastaan näkökulmasta ja tapahtumat muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan. Voidaankin saada vain ehdollisia selityksiä, johonkin aikaan ja paikkaan rajoittuen. (Hirsjärvi ym.1997)

Johtopäätösten validiutta hyvän kliinisen oppimisympäristön kuvausten suhteen lisäsi tutkijoiden asiantuntemus opiskelijaohjauksesta, hoitotyöstä ja opettamisesta. Lisäksi opiskelijat oli valittu siten, että heillä oli suhteellisen paljon kokemusta kliinisestä opiskelusta ja he pystyivät sillä perusteella kuvaamaan hyvää kliinistä oppimisympäristöä. Samoin osastonhoitajat ja opettajat omasivat kokemusta opiskelijaohjauksesta ja pystyivät tarkastelemaan opiskelijan näkökulmasta hyvää kliinistä oppimisympäristöä.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että tutkimuksen kulku ja siihen vaikuttavat tekijät on kuvattu mahdollisimman tarkasti, jolloin lukija pystyy niistä seuraamaan analyysin vaiheita ja tutkijan johtopäätöksiä. (Grönfors 1982; Field & Morse 1985; Mäkelä 1990)



Suorien lainauksien liittäminen tulosten esittämisen yhteyteen on osoitus kuvausten säilyttämisestä mahdollisimman alkuperäisenä. Niiden liittäminen tulosten esittämisen yhteyteen antaa käsityksen tutkijoiden tekemistä päätelmistä. Tämä lisää sekä validiteettia että reliabiliteettiä. (Field & Morse 1985)

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan sen vapautta satunnaisista ja epäolennaisista tekijöistä (Varto 1992). Laadullisen tutkimuksen reliabiliuteen ei voida samalla tavalla kiinnittää huomiota kuin määrällisessä tutkimuksessa (Hämäläinen 1987; Hirsjärvi & Hurme 1991). Tässä tutkimuksessa voidaan tarkastella kuitenkin reliabiliutta suhteessa mittauksen luotettavuuden. Tulosten luotettavuus riippuu mittauksen luotettavuudesta (Eskola 1981). Tässä tutkimuksessa reliabiliteetti pyrittiin saamaan hyväksi mittarin ja essee-menetelmän esitestauksilla. Teemahaastattelun osalta, reliabiliutta paransi kahden tutkijan läsnäolo haastattelutilanteissa, jolloin myös toisen tutkijan oli mahdollista korjata sisällön ymmärtämiseen liittyviä virheellisyyksiä tai tehdä tarkennuksia.

Reliabiliteettiin vaikuttaa myös tutkittavien joukon yhdenmukaisuus mitattavien ominaisuuksien suhteen (Burns & Grove 1987). Tässä tutkimuksessa kohdejoukon valintakriteerinä oli kokemus tutkittavista asioista, jonka näin voidaan katsoa reliabiliteettia kohottavasti.

Tutkimuksen tulosten luotettavuus on usein liitetty niiden yleistettävyyteen. Kuitenkaan kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena ei ole yleistäminen vaan tutkittavan tilanteen merkityksen löytäminen. (Field & Morse 1985) Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, koska auditoinnin osalta tutkimus koski vain rajoitettua pientä ryhmää opettajia ja osastonhoitajia sekä hyvän kliinisen oppimisympäristön osalta 87 esseettä.

Vaikka tulokset eivät olekaan yleistettävissä, ovat ne suuntaa antavia kehiteltävässä suomalaisen hoitotyön koulutukseen sopivaa kliinisten kenttien auditointijärjestelmää. Tukea saamillemme tuloksille antavat Englannissa 80-luvun lopulta lähtien saadut kokemukset hoitotyön kliinisen oppimisympäristön auditoinnista. Menetelmänä sitä on kehitelty jatkuvasti ja muutoksia tehty tarpeen mukaisesti (Howarth 1996). Voidaan katsoa, että hoitotyön koulutuksen ja hoitotyön käytännön todellisuus Suomessa ja Englannissa eivät eroa toisistaan sanottavasti, joten Englannissa saadut kokemukset auditoinnista käyttökelpoisena menetelmänä arvioida ja kehittää kliinisen oppimisympäristön laatua, tukevat tuloksiamme.

## 7.2. Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyön opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien käsityksiä hyvästä kliinisestä oppimisympäristöstä sekä kuvata heidän käsityksiään auditoinnista kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä. Näiden tutkimustulosten perusteella on tarkoitus saada lisätietoa ja lisää ymmärrystä kehitellessä myöhemmin suomalaiseen hoitotyön koulutukseen sopivaa kliinisen kentän auditointijärjestelmää.

### 7.2.1. Hyvä kliininen oppimisympäristö opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien kuvaamana

Kliinisen kentän rooli opiskelijaohjauksessa nousi keskeisimmäksi hyvän kliinisen oppimisympäristön tekijäksi niin opiskelijoiden, osastonhoitajien kuin opettajienkin kuvaamana. Keskeisemmäksi kliinisen kentän roolissa nousi opiskelijaohjaus ja siihen vaikuttavat tekijät. Opiskelijat korostivat opiskelijan arvostamista ja kunnioittamista ihmisenä ja yksilönä kuvatesaan opiskelijaohjausta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. (vrt. Jokela 1995; Quinn 1988) Tärkeää oli, että heidät hyväksytään osaksi työyhteisöä ja kohdellaan kuten työtoveria hyvässä työyhteisössä kutsumalla nimeltä ja sallimalla samoja oikeuksia kuin henkilökunnalle. Myös osastonhoitajat toivat esiin opiskelijan tasa-arvoisen kohtelun ja työyhteisöön hyväksymisen merkityksen opiskelijalle. Opettajat korostivat opiskelijaa kunnioittavaa asennetta hyvässä opiskelijaohjauksessa. Ohjausmyönteinen ilmapiiri oli myös keskeinen elementti hyvässä opiskelijaohjauksessa niin opiskelijoiden, osastonhoitajien kuin opettajienkin mielestä. He kuvasivat ohjausmyönteistä ilmapiiriä tukevaksi, kannustavaksi, avoimeksi ja turvalliseksi. Avoimessa ilmapiirissä opiskelijan virheet sallitaan, hänen annetaan esittää omia mielipiteitään. Myös kriittisyys sekä luovuus sallitaan. Opiskelijat voivat olla uusien tuulien tuojia ja oppiminen voi olla vastavuoroista.

Kliinisellä kentällä vallitseva hyvä työntekijöiden välinen henkilösuhteiden ilmapiiri oli myös hyvään opiskelijaohjaukseen vaikuttava osatekijä. Jos osastolla vallitsee hyvä henkilösuhteiden ilmapiiri, niin työntekijät antavat arvoa toistensa työlle ja osaamiselle. Tällaisessa ilmapiirissä työyhteisössä ilmenevät ristiriidat tuodaan esille ja ne pyritään ratkaisemaan.

Opiskelijoitten näkemyksen mukaan itsenäiseen hoitotyöhön kannustavalla kliinisellä kentällä opiskelija sai harjoitella hoitotyötä ajan kanssa. Tällaisella kliinisellä kentällä opiskelijaa ei pidetä työvoimana, vaan hänen annetaan keskittyä oppimiseen. Hänelle annetaan vastuuta taitojen ja kokemuksen mukaan. Häntä kannustetaan itsenäisiin päätöksiin ja ratkaisujen tekemiseen sekä myös itsenäiseen tiedon hankintaan.

Sitoutuminen opiskelijaohjaukseen oli kaikkien vastaajaryhmien mielestä tärkeää. Opiskelijaohjaus nähtiin vastuullisena tehtävänä. Ohjaus tulisi sisäistää osaksi hoitajan omaa toimenkuvaa. Osastonhoitaja vaikuttaa siihen, miten henkilökunta suhtautuu opiskelijaohjaukseen. Henkilökunnan tulisi olla tietoinen opiskelijan tavoitteista ja yksilöllisistä tarpeista ja heidän tuloonsa kentälle tulisi olla valmistauduttu. Oma ohjaaja pystyy parhaiten huomioimaan opiskelijan yksilölliset tarpeet ja tavoitteet. Hän toimii myös opiskelijalle mallina hoitotyöntekijästä. Opiskelijat toivovat, että omalla ohjaajalla on taitoa, halua ja aikaa ohjata opiskelijaa. Osastonhoitajat näkevät oman ohjaajan myös ohjauksen koordinoijana. Opettajien mielestä ohjaajalla tulisi mielellään olla saman tasoinen ammatillinen koulutus, johon opiskelija on valmistumassa. Koko henkilökunnan tulisi olla ammattitaitoista ja motivoitunutta hoitotyöhön. Hoitotyön kehittäminen nähdään osaksi ammattitaitoa.

Yhtenä kliinistä oppimista edistävänä tekijänä opiskelijat sekä osastonhoitajat näkivät perehdyttämisen. Heidän mielestään perehdyttämiselle tulisi varata aikaa, jolloin osaston toiminnan kokonaisuus hahmottuu paremmin ja opiskelija pääsee nopeammin sisään osaston toimintaan.

Hoitamisessa niin opiskelijat, osastonhoitajat kuin opettajakin toivat esiin hoidon yksilöllisyyden. Opiskelijat halusivat harjoitella yksilövastuista hoitotyötä ja ymmärtää potilasta kokonaisvaltaisesti, johon opettajien näkemyksen mukaan juuri yksilövastuisen hoitotyön toteuttamisella päästään. Opettajien mielestä hoitamisen tulisi perustua teoreettiseen tietoon ja kentän yhdessä pohtimaan hoitofilosofiaan. Näin opiskelijan on helpompi löytää hoitamisen perusta; toisen ihmisen auttaminen ja läsnäolo, jota opiskelijat kuvasivat potilaan kanssa olemisena.

Hyvään oppimiseen kliinisellä kentällä kuului arviointi. Arvioinnin tulisi opiskelijoitten mielestä rakentavaa ja oppimista edistävää. Sen tulisi tapahtua palautteena hoitotoimintojen jälkeen tai päivittäin ja sen tulisi olla jatkuvaa. Osastonhoitajien mielestä tarvitiin myös opiskelijoitten antamaa palau-

tetta osastoille eikä pelkästään henkilökunnan antamaa opiskelijan oppimisen arviointia.

Fyysinen ympäristö ei noussut kenenkään vastaajan mielestä oleelliseksi osaksi hyvää kliinistä oppimisympäristöä. Opiskelijavastauksissa todettiin, että jos ohjausilmapiiri on hyvä, fyysisellä ympäristöllä ei ole suurta merkitystä. Opettaja-mielipiteen mukaan hyvä fyysinen ympäristö voi tuottaa oppimiseen mielihyvää ja viihtymistä, vaikkakin psyykkisellä ja sosiaalisella ympäristöllä on keskeisempi merkitys. Kirjallinen materiaali kuului erään osastonhoitajan mielestä hyvään kliiniseen oppimisympäristöön helpottamaan opiskelijan perhdytyksessä saaman informaation muistamista

Toinen keskeinen hyvää kliinistä oppimisympäristöä kuvaava osatekijä oli opettajan rooli kliinisen opiskelun toteutuksessa. Kliinisen opiskelun suunnittelussa opettajan tehtävänä oli opiskelijoiden mielestä edesauttaa teorian ja käytännön integroitumista. Monissa aikaisemmissa tutkimuksissa on myös tuotu esiin integroinnin tärkeys (vrt. Flagler ym. 1988; Gerrish 1992; Laakkonen 1994). Opiskelijat toivat myös esiin tarpeen saada monipuolisen kuvan hoitotyöstä, joka mahdollistuu sillä, että opettaja suunnittelee erilaisia työvuoroja ja opiskelija saa mahdollisuuden opiskelunsa aikana harjoitella erilaisilla kliinisillä kentillä. Tässä tutkimuksessa opiskelijat mainitsivat opettajien tehtävänä olevan myös tiedottaa kliinisille kentille opiskelijoiden tavoitteista, opiskeluvaiheesta, taitotasosta ja arviointikriteereistä. (vrt. Hokkanen ym. 1994)

Osastonhoitajat ja opiskelijat kiinnittivät huomiota myös opiskelijamäärin kentillä. Opiskelijoita ei saisi olla liikaa samanaikaisesti kullakin osastolla. Tätä näkemystä tukevat ENB:n (1993) auditointiohjeet ja Hokkanen ym. (1994) terveydenhuollon käytännön opetuksen kehittämiskokeilusta saadut tulokset.

Opiskelijat toivoivat opettajan roolin kliinisessä ohjauksessa olen kannustava, rohkaiseva ja motivoiva. Mukava opettaja ei latista opiskelijaa kaikkitietävänä. Opettajat näkivät opettajan roolin olevan, etenkin kliinisen harjoittelun alkuvaiheessa, auttaa opiskelijaa löytämään oleellisia oppimiskokemuksia. (Hokkanen ym. 1994) Opettajien mielestä oli myös tärkeää, että koululla ja kliinisellä kentällä on yhtenevät käsitykset oppimisesta.

Kolmanneksi osatekijäksi hyvässä kliinisessä oppimisympäristössä muodostui opiskelijan oma rooli kliinisessä opiskelussa. Opiskelijan rooli painottui kuitenkin vähiten hyvää kliinistä

oppimisympäristöä kuvaavista osatekijöistä. Kuitenkin opiskelijat itse, samoin kuin osastonhoitajat, katsoivat, että opiskelijalla itsellään oli myös vastuuta kliinisen jakson onnistumisesta. Aktiivisuus ja positiivinen asenne sekä fyysinen ja henkinen kunto edesauttavat oppimista kliinisellä kentällä samoin kuin riittävät teoreettiset tiedot.

#### 7.2.2. Osastonhoitajien ja opettajien käsityksiä auditoinnista kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laadunkehittämismetelmänä

Tuloksia tarkastellaan teema-alueittain käyttäen perustana Lancashire College of Nursing and Health Studies'n kehittämää auditointimittaristoa sekä koko auditointiprosessia.

##### 7.2.2.1. Käsitykset auditointimittariston kriteereiden tärkeydestä

#### Opiskelijan oppimiskokemukset

Tarkasteltaessa osastonhoitajien ja opettajien esittämiä käsityksiä perehdyttämiseen liittyvistä kriteereistä opiskelijan oppimiskokemusten näkökulmasta voidaan todeta molempien osapuolten nähneen tärkeänä sen, että perehdyttämiselle varataan aikaa. Perehdyttämisen tulisi olla suunniteltua ja sen tulisi tapahtua pidempiaikaisena prosessina. Perehdyttäminen auttaa opiskelijaa orientoitumaan uuteen opiskeluympäristöön ja pääsemään näin paremmin mukaan hoitamisen oppimiseen. (Hokkanen ym. 1994)

Muut perehdyttämiseen liittyvät kriteerit nähtiin suhteellisen tärkeäksi. Katsottiin tarpeelliseksi selvittää opiskelijoille niin osaston tiloja kuin organisaatiotakin, jotka antavat pohjan kliinisen opiskelun onnistumiselle. Turvallisuustekijät nähtiin tärkeinä, vaikkakin niiden esittely jäi vähemmälle, koska katsottiin, että opiskelijat toimivat katastrofitilanteissa yhdessä henkilökunnan kanssa. Siirto- ja käsittelylaitteisiin liittyvän kriteerin tärkeys (ENB 1993) korostui somaattisen hoitotyön alueella, jossa kyseisiä laitteita on myös eniten käytössä. Informaation kulkuun liittyvät kaksi kriteeriä katsottiin suhteellisen tärkeiksi. Hyvän hoidon onnistumisen kannalta on oleellista, että opiskelija on perehdytetty osaston informaation kulkuun. Opiskelijan tulee tuntea myös toimin-

taohjeet sairastuessaan. Näin hän kasvaa vastuuseen omasta toiminnastaan niinkuin tulevassa työelämässäänkin edellytetään.

Osaston henkilökunnan valmistamiseen ja tietoon liittyvät kaikki kriteerit nähtiin yleisesti ottaen suhteellisen tärkeinä. Suomalaisessa hoitotyön käytännön ohjauksessa katsottiin, että englantilaisen järjestelmän (vrt. Fawcett & McQueen 1994; ENB 1989) erillistä koulutettua arvioijaa ei tarvita, vaan opiskelijan oma ohjaaja toimii samalla myös arvioijana. Toisaalta erillinen arvioija voisi tuoda lisää objektiivisuutta arviointiin. Joissakin tilanteissa koko työryhmä tai osaston koko henkilökunta voi toimia arvioijana. Opiskelijamääriin otettiin kantaa sanomalla, että heitä ei saisi olla liian suurta määrää yhtä aikaa osastoa kohden, jotta riittävän hyvä ohjaus mahdollistuisi. Kuitenkaan ei haluttu määrittellä tarkasti opiskelijoiden määrää suhteessa ohjaajien määrään, kuten englantilaisessa hoitotyön kliinisessä ohjauksessa (ENB 1993) on käytäntö. Opiskelijan turvallisuutta ja hyviä oppimiskokemuksia lisää henkilökunnan sitoutuminen opiskelijaohjaukseen. Opiskelijaohjaus tulee nähdä osaksi hoitohenkilökunnan työnkuva. (vrt. Käytännöllinen opetus 1989) Opiskelijoiden tulisi saada tuntee olevansa tervetulleita osastolle ja tuntee, että henkilökunta on valmistautunut ottamaan vastaan opiskelijat (vrt. Wilson-Barnett ym. 1995). Osaston henkilökunnan on tiedettävä opiskelijoiden pätevyystaso, opiskeluvaihe ja oppimistavoitteet voidakseen ohjata opiskelijoita heidän omien tavoitteidensa mukaisesti sekä voidakseen vaatia opiskelijoilta tiettyä osaamisen tasoa. (vrt. Craddock 1993; ENB 1993; Hokkanen ym. 1994; Terveystieteiden keskiasteen 1988; Ward 1993) Opiskelijalla on myös vastuu omasta kliinisestä opiskelustaan. Oppilaitoksen etukäteen lähettämät kirjalliset tiedotteet opiskelijoiden opiskeluvaiheesta ja pätevyystasosta eivät saavuta kiireisiä osastoja, joten opiskelijan tulee myös itse kertoa omasta taustastaan ja opiskelutavoitteistaan. Opiskelijan omaksi vastuuksi nähtiin selvittää hoitajille kliinisen jakson tavoitteiden kautta ne kliiniset taidot, joita heidän tulee saavuttaa kyseisellä opiskelujaksolla. (vrt. ENB 1993; Hokkanen ym. 1994)

Osastojen tulee saada tietoa koulutukseen liittyvistä asioista. Kun tiedetään riittävästi esimerkiksi opetussuunnitelmista, oppimisenäkemyksestä ja opiskelija-arvioinnista, uskotaan sillä olevan teoriaa ja käytäntöä lähentävä vaikutus, joka useissa tutkimuksissa on todettu olevan ongelmallinen hoitoalan koulutuksessa. (vrt. ENB 1993; Flanger ym. 1988; Gerrish 1992; Hentinen 1989; Mikkonen & Pitkänen 1988)

Käytännön kentän tulisi tarjota olennaisia oppimiskokemuksia opiskelijoille koska oppimiskokemukset ja oppimistulokset ovat

yhteydessä toisiinsa (Hokkanen ym. 1994). Toisaalta myös olennaisten oppimiskokemusten mahdollistuminen osastoilla on edellytys sille, että käytännön opiskelua sisällytetään hoitoalan koulutuksessa. Kuitenkin esitettiin erilaisia näkemyksiä siitä, mitkä ovat olennaisia oppimiskokemuksia. "Perinteisten oppimistilanteiden" lisäksi olennaisia oppimiskokemuksia voi saada muunmuassa kiireen keskellä ja epäonnistumistilanteissakin. Erilaisilla pedagogisilla menetelmillä voidaan tarvittaessa täydentää kliinisiä oppimiskokemuksia. Kliinisen kentän oppimiskokemusten tulisi tukea aikaisempia tietoja ja kokemuksia. Ne auttavat opiskelijaa muodostamaan omaa tietoperustaansa hoitamisesta ja tarvittaessa täydentämään mahdollisia oppimisaukkoja. Teoreettisten opintojen ja osaston oppimiskokemusten välillä tulisi olla selvä yhteys. Ohjaus on helpompaa, jos teoriaopetus osastolla harjoiteltavista asioista on saatu jo etukäteen. Suurta risitiriitaa teoriaopintojen ja käytännön hoitotyön välillä ei saisi olla, vaan teoreettisten opintojen ja osaston oppimiskokemusten välillä tulisi olla selvä yhteys. Jos ohjaajalla on kyky toimia teorian ja käytännön yhdistäjänä, kuten Jarvis (1992), Kuokkanen (1991) ja Mettälä (1994) tutkimuksissaan osoittavat, niin silloin opettaja voi ikäänkuin vetäytyä kauemmaksi omasta kliinisen ohjaajan roolistaan. Yhteistyötä kentän ja koulun välillä tarvitaan teorian ja käytännön integroinnissa kuten Hokkanen ym. (1994) tutkimuksissaan on todennut.

Hoidon organisointiin liittyvät kriteerit nähtiin tärkeiksi yhtä lukuunottamatta, joka liittyi ryhmätyöskentelyyn. Opiskelijan on tärkeää saada harjoitella kliinisellä jaksolla hoitoprosessin eri vaiheiden toteuttamista ja osallistua päätöksentekoon todellisissa hoitotilanteissa oman ohjaajansa tukemana, kuitenkin huomioiden opiskelijan aikaisemmat kokemukset ja hänen pätevyystasonsa. (vrt. Hentinen 1989)

Hoitotyön toteuttaminen jonkin hoitotyön mallin pohjalta nähtiin yleisesti ottaen suhteellisen tärkeänä. (vrt. ENB 1993; Marriner-Tomey 1994) Mielipiteet vaihtelivat kuitenkin jonkin verran. Jonkin tietyn hoitotyön mallin käyttö takaisi osaston toiminnan perustuvan hoitotyön teoriaan, jolloin opiskelija oppisi kokonaisvaltaista ja yksilöllistä hoitotyötä "tempuopin" sijasta. Fretwell'n (1982) mukaan kokonaisvaltainen ja yksilöllinen potilashoito edustaa opiskelijan syvällistä oppimista. Kuitenkin jos malleja käytetään orjallisesti niin vaarana voi olla, että mallit alkavat elää "omaa elämäänsä" ja hoidon yleisesti hyväksytyt periaatteet saattavat unohtua.

Ryhmätyöskentelyyn sitoutumis-kriteerin tärkeys vaihteli. Vaikka hoitotyö katsottiinkin olevan ryhmätyöskentelyä, vastaajat

tarkoittivat sillä enemmänkin moniammatillisia ryhmiä. Kun kyseistä kriteeriä ei nähty tärkeäksi, perusteltiin sitä sillä, että hoitotyössä pyritään siirtymään yksilövastuiseen hoitotyöhön, jolloin perinteisestä ryhmätyöskentelystä luovutaan. Opiskelijalla tulee olla mahdollisuus hankkia koulutuksensa aikana taitoja toimia moniammatillisissa ryhmissä. (vrt. ENB 1993) Näin hän oppii ymmärtämään, hyödyntämään ja kunnioittamaan eri ammattiryhmien näkemyksiä ja yhteistyön voimaa hoitotyössä. Samalla hän oppii myös konsultointi-, viestintä- ja raportointitaitoja.

Olennainen osa hoitajan ammattitaitoa on kyky kommunikointiin ja hyviin vuorovaikutussuhteisiin, siksi hyvään kommunikaatioon ja vuorovaikutussuhteisiin liittyvä kriteeri nähtiin tärkeäksi. (vrt. ENB 1993) Hoitoyhteisö, jossa vuorovaikutus ja kommunikaatio toimivat, antaa opiskelijalle hyvän mallin tulevaisuutta varten toimia ammatissaan hyvää kommunikaatiota ja vuorovaikutussuhteita edistäen. (Campbell ym. 1994; Leino-Kilpi 1989) Hyviä vuorovaikutussuhteita korostavat myös Flagler ym. (1988), Marriot (1991), Mogan & Knox (1987) ja Winsor (1987).

Arviointi/opettaminen/oppiminen koskevat kriteerit nähtiin yleisesti tärkeiksi lukuunottamatta kriteeriä, joka koskee opiskelijan mahdollisuutta valita oma ohjaaja. (vrt. ENB 1994) Kyseistä kriteeriä ei pidetty kovinkaan tärkeänä, koska vastaajat katsoivat, että osastonhoitaja on yleensä se henkilö osastolla, joka pyrkii varmistamaan, että jokaiselle opiskelijalle osoitetaan ohjaaja. Osastonhoitaja tuntee henkilökuntansa ja heidän ohjaamistaitonssa. Opiskelija ei yleensä saa valita omaa ohjaajaa, koska hänen tulee oppia toimimaan erilaisissa työyhteisöissä ja erilaisten ihmisten kanssa. Mutta jos "henkilökemia" ei toimi, opiskelija voi vaihtaa ohjaajaa. Yleensä ohjaajia valittaessa halutaan kiinnittää huomiota ohjaushalukkuuteen (vrt. Ahlroth & Harala 1990; Flagler ym. 1988) ja kiinnostukseen sekä motivaatioon hankkia ohjaajakoulutusta. Suomalaisessa sairaanhoitajakoulutuksessa opiskelijoiden ohjaajat ovat samalla myös arvioijia poiketen näin englantilaisesta järjestelmästä, jossa edellytetään arvioijan työskenneltävän opiskelijan kanssa ennalta sovitun pituisen ajanjakson (ENB 1993). Haastateltavat eivät halunneet tarkoin määritellyä säännöstöä siitä, kuinka paljon opiskelija ja hänen ohjaajansa työskentelevät yhdessä. Opiskelijalle on hyvä, että hän työskentelee mahdollisimman pitkän ajanjakson saman ohjaajan kanssa (vrt. Barlow 1991), mutta toisaalta hänen on myös hyvä saada kokemuksia työskentelystä eri ohjaajien kanssa ja saada näin erilaisia hoitamisen malleja.



Kriteeri virallisen opetusohjelman toteuttamisesta arvioitiin tärkeäksi (vrt. ENB 1993). Kuitenkin haastateltavien mielestä se tarkoitti valtakunnallisen opetusohjelman tavoitteita ja niiden perusteella opiskelijan itse laatimia tavoitteita. Kun taas Englannissa virallinen opetusohjelma tarkoittaa oppilaitoksen hyväksymää, kirjallista opetusohjelmaa kliiniselle kentälle. Opettajat toivoivat kuitenkin "jonkinlaista rastikirjaa" siitä, mitä asioita on sovittu harjoiteltavaksi kliinisellä kentällä. Näin varmistettaisiin olennaisten asioiden oppiminen. Opiskelijan on tärkeää saada osallistua myös epävirallisiin opetustilanteisiin (vrt. ENB 1993). Näitä voivat olla erilaiset spontaanisti esilletulevat hoitotilanteet, joihin opiskelijat saavat osallistua.

Haastateltavat näkivät tärkeäksi kriteeriksi, että opiskelija saa palautetta edistymisestään oppilaitoksen arviointiperiaatteiden mukaisesti. (vrt. ENB 1989) On tärkeää, että ohjeet ovat kirjalliset ja oppilaitos sekä kenttä toteuttavat niitä samansuuntaisesti. Arvioinnin tulisi olla jatkuvaa (Hokkanen ym. 1994) mutta ei liian virallista eikä pelkoa herättävää. Arviointiperiaattit on tarkoitettu helpottamaan palautteen antamista ja tarvittaessa voidaan riittävän ajoissa ryhtyä tukitoimenpiteisiin, jos opiskelija ei onnistu saavuttamaan vaadittua tasoa. Tämä kriteeri nähtiin tärkeäksi. Haastateltavat toivat esiin myös mahdollisen kirjallisen toimintaohjeiston tarpeen. Toimintaohjeisto saattaisi olla opiskelijan kannaltakin selkeyttävä dokumentti tukitoimenpiteistä. Kuitenkin opettajat, yhteistyössä kentän henkilökunnan kanssa, haluavat viime kädessä ratkaista minkälaisiin tukitoimenpiteisiin ryhtytään.

Kriteeri: opiskelija tuntee arviointijärjestelmän (vrt. ENB 1993), nähtiin tärkeäksi. Sitä perusteltiin sanomalla, että arviointijärjestelmän tunteminen on koko arviointitoiminnan perusta. Arvioinnin tulee olla avointa ja oppilaitoksen tulee selvittää opiskelijoille arviointijärjestelmä.

Haastateltavat arvioivat näyttöjen sopivuutta kriteerien todentumisen osoittimina seuraavasti: Vastaajien mielestä kirjallinen perehdytysohjelma voi olla näyttö perehdyttämiskriteerin todentumisesta. Se auttaa opiskelijan orientoitumista uuteen osastoon. Tosin hoitajien oma kirjallinen perehdytysohjelma voi toimia myös opiskelijoiden perehdytysohjelmana. Työvuorotaulukkoa voidaan myös käyttää näyttönä perehdytyksen toteuttamisesta. Siitä nähdään mm. kuka opiskelijaa perehdyttää. Työvuorotaulukko ei voi toimia näyttönä opiskelijoiden oman ohjaajan valinnassa. Tosin se palvelee opiskelijaa, kun hän suunnittelee omat työvuoronsa saamansa ohjaajan vuoroja vastaavaksi. Työ-

vuorotaulukko ei vastaajien mielestä toimi hoitotyössä näyttönä ryhmätyöhön sitoutumisesta.

Käytännön arviointidokumentti nähtiin periaatteessa hyväksi näytöksi perehdytyksen toteutumisesta, niistä kliinisistä taidoista, joita opiskelijoiden tulee saavuttaa osastolla sekä siitä, että pystyykö osasto tarjoamaan olennaisia oppimiskokemuksia tukeakseen opiskelijoiden oppimistavoitteita (Learning outcomes). Potilas/asiakasprofiiliä eikä alueprofiilia ei nähty kovinkaan tarpeellisena näyttönä todentamaan kriteeriä olennaisista oppimiskokemuksista. Osastot tietävät oman potilasaineuksensa eikä tällaisia kirjallisia dokumentteja osastoilla tehdä. Hoitaminen ei ole myöskään riippuvainen siitä, mikä lääketieteellinen diagnoosi potilaalla on. Henkilökunnan ammatillinen profiili, joka sisältää tietoja muunmuassa hoitajien pätevyyksistä ja osallistumisesta arviointikoulutukseen, nähtiin turhana näyttönä. Eikä sen nähty myöskään palvevan näyttönä opiskelijan omasta arvioijasta (oma ohjaaja). Perusteluna esitettiin, että Suomessahan jokaisella hoitajalla on ohjausvelvollisuus ja näin ollen kuka tahansa sairaanhoitaja voi toimia arvioijana/ohjaajana. Opiskelijalle on osoitettu arvioija-näyttö katsottiin toimivaksi näytöksi vain silloin, kun arvioija tarkoittaa omaa hoitajaa. Hoitosuunnitelmat, erilaiset raporttimenetelmät, dokumentoidut tutkimuksiin perustuvat hoitotyön mallit, hallinnollinen eetos ja ryhmäkokouspöytäkirjat toimivat vastaajien mielestä näyttönä hoidon organisointiin liittyvistä kriteereistä. Hoitaja-opiskelija-suhde (ratio) päätetään raportilla-näyttö ei toimi vastaajien mielestä osoituksena opiskelijan osallistumisesta hoitoprosessin eri vaiheisiin. Kirjallinen kenttiä varten tehty opetusohjelma voi toimia näyttönä virallisen opetusohjelman toteuttamisesta, edellyttäen, ettei kyseinen opetusohjelma painota liikaa yksittäisiä kliinisiä hoitotaitoja. Oppilaitoksen toimintaohjeet palvelevat näyttönä arviointijärjelmän tuntemis- ja tukitoimenpide-kriteereille.

Haastattelut (opiskelija, ohjaaja/arvioija, hoitajat) nähtiin hyvänä ja toimivana näyttönä edellämäinittujen osa-alueiden kriteereiden todentumisesta. Edellytyksenä opiskelijahaastatteluille, kuitenkin nähtiin, että opiskelijan tulee olla ollut riittävän kauan kyseisellä osastolla, ennenkuin hänen haastatteluaan voidaan käyttää näyttönä.

Opettajiin liittyvä näkökulma

Opettajien näkökulmaan liittyvät kriteerit nähtiin kaikenkaikkiaan suhteellisen tärkeinä. Vastaajien mielestä oli tärkeää,

että hoitotyön alueelle on nimetty yhdysopettaja, jonka osaston henkilökunta tietää. (vrt. Clifford 1993; ENB 1993; Wilson-Barnett ym. 1995) Yhdysopettajan velvollisuudeksi katsottiin vastaaminen opiskelijoiden teoreettisesta opiskelusta ja opiskelijaryhmän kenttäjaksosta. Hänellä on myös tiettyjä velvollisuuksia henkilökuntaa kohtaan, esimerkiksi koulutuksen suhteen.

Englantilaiseen järjestelmään sisältyvä yhdysopettajan tekemä kirjallinen sopimus ylihoitajan kanssa nähtiin tärkeäksi siinä tapauksessa, jos se sitouttaisi myös ylihoitajataso paremmin opiskelijaohjaukseen. Muutoin kriteeri arvioitiin vähemmän tärkeäksi. Kriteeri, yhdysopettaja on koko henkilökunnan saatavilla (vrt. ENB 1989), nähtiin vähemmän tärkeäksi. Yhdysopettajan tulee olla lähinnä opiskelijaohjauksessa mukana olevien henkilöiden saatavilla. Opettajien kenttäohjausresurssit eivät anna mahdollisuutta laajempaan henkilökunnan saatavilla oloon.

Hoitajien pääseminen arvioijien valmentamiskurssille nähtiin tärkeänä kriteerinä. Arvioijien valmentamiskurssit miellettiin, toisin kuin Englannissa (vrt. ENB 1989), lähinnä jo nykyisin toteutuviksi kenttäohjaajien koulutuspäiviksi. Koulutuspäiviltä saatava konkreettinen tieto helpottaa opiskelijoiden ohjausta ja arviointia käytännön kentällä. (vrt. Paananen 1993) Myös yhteistyö koulun ja kliinisen kentän välillä paranee. Aikaresurssi saattaa olla rajoittava tekijä koulutuspäiviin osallistumiselle, koska hoitajat näkevät ensisijaiseksi työkseen potilaiden hoitamisen. Opiskelijoita ohjataan oman työn ohessa.

Vastaajat totesivat yksimielisesti tärkeäksi arviointijärjestelmän tuntemiseen liittyvän kriteerin. Näin yhdenmukainen arviointi helpottuu ja takaa oikeudenmukaisemman opiskelija-arvioinnin. Koko ohjaavan henkilökunnan, opiskelijan oman ohjaajan lisäksi, tulee tuntea arviointijärjestelmä. Paanasen (1993) tutkimuksessa opiskelija-arviointiin liittyvää koulutusta pidettiin tärkeänä.

Opettaja oppilaitoksen edustajana varmistaa, että kentän henkilökunta on tietoinen opiskelijoiden tarpeista. (vrt. ENB 1993) Kyseinen kriteeri oli kaikkien haastateltavien mielestä tärkeä. Kuitenkin joidenkin vastaajien mielestä opiskelija itse voisi kertoa omista oppimistarpeistaan ja omasta tilanteestaan. (vrt. Hokkanen ym. 1994) Varsinkin ongelmatilanteissa opiskelija itseään tulisi rohkaista kertomaan esimerkiksi omista oppimisvaikeuksistaan. Näissä tilanteissa opettaja on luonnollisesti tarvittaessa käytettävissä apuna.

Näytöt opettajiin liittyvän näkökulman kriteerien todentumisen osoittimina.

Vastaajien mielestä haastattelut toimivat hyvinä näyttöinä tämän alueen kriteereiden todentumisessa. Henkilökunnan ammatillinen profiili sopii vastaajien mielestä näytöksi henkilökunnan arvioijien valmennuskursseille osallistumisesta (kenttäohjaajien koulutuspäivät). Kirjallinen selvitys arvioijien (ohjaajien) osallistumisesta seminaareihin ja kokouksiin on tärkeä näyttö. Kirjallinen arviointijärjestelmä palvelee näyttönä kriteeristä henkilökunta tuntee arviointijärjestelmän. Tärkeänä näyttönä katsottiin myös olevan koulun tarjoamasta koulutuksesta julkaistu kirjallinen tiedote.

Yhdysopettajalistaa tai kirjallista yhteyssovimusta ei nähty tarpeelliseksi näytöksi. Opettajien nimet löytyvät kulloinkin kliinisellä kentällä olevien opiskelijoiden arviointikaavakeista. Kirjallinen yhteyssovimus on enemmänkin hallinnon tason tehtävä kuin yhdysopettajan velvollisuus.

#### Kentän henkilökunnan näkökulma

Kentän henkilökunnan näkökulmaan liittyviä kriteerejä tarkasteltaessa voidaan todeta niiden kaikkien, yhtä lukuunottamatta, olleen vastaajien mielestä tärkeitä. Ryhmätyöhön liittyvä kriteeri nähtiin vähemmän tärkeänä.

Hoitofilosofian olemassaolo osastoilla (vrt. ENB 1993) ja siihen sitoutuminen nähtiin tärkeäksi. Opiskelijan oppimisen kannalta yhtenäinen hoitofilosofia ja siihen sitoutuminen helpottaa ja edesauttaa hänen oppimistaan. Se on keino integroida teoriaa ja käytäntöä ja se voi myös auttaa opiskelijaa omaksumaan yksilövastuuseen hoitotyön ideologian (vrt. Wilson-Barnett ym. 1995). Yksilölliseen hoitoon sitoutuminen on tae laadukkaasta hoitotyöstä (vrt. Leino-Kilpi 1988; Merisalo 1993), siksi kyseinen kriteeri nähtiin tärkeäksi. Opiskelijan kasvaminen yksilövastuuseen hoitotyöhön todentuu käytännössä, jos osasto on sitoutunut yksilölliseen hoitotyöhön.

Vastaajien mielestä hoidon toteuttaminen ryhmätyönä ei ole kriteerinä kovinkaan tärkeä. Perusteluna sille esitettiin, että yksilövastuuseen hoitotyössä korostuu hoitajan oma vastuu enemmän kuin ryhmän vastuu, vaikkakin toisten työntekijöiden tuki ja ryhmässä työskentelyn taidot ovat tarpeellisia. Hoidon jatkuvuus- ja johdonmukaisuus- kriteeri nähtiin tärkeänä. Yksilövastuuseen hoitotyö, hoitosuunnitelmien teko ja hoitoproses-

sin käyttö takaavat hoidon jatkuvuuden ja johdonmukaisuuden. (vrt Wilson-Barnett ym. 1995) Ne perustuvat hoitotyön filosofiaan ja ovat myös tärkeitä laatumittareita. Relevanttien tutkimustulosten soveltaminen hoitotyössä (vrt. ENB 1993) nähtiin suhteellisen tärkeäksi kriteeriksi. Tutkimustulosten soveltaminen hoitotyössä edesauttaa opiskelijaa itse toimimaan samoin ja tulemaan hoitotyön edelleen kehittäjäksi. Tutkimustulosten soveltaminen hoitotyöhön on paljolti vielä lääketieteellisten tulosten ja menetelmien soveltamista mutta myös hoitotyön omaa tutkimus- ja kehittämistyötä on meneillään. Kuitenkin tutkimustulosten soveltamisessa kannattaa olla kriittinen ja "poukkoilua tulee välttää".

Moniammatillisen ryhmätyön, moniammatillisten kokousten säännöllinen pitäminen, opiskelijoiden rohkaiseminen osallistumaan moniammatilliseen hoitotyöhön kriteerit nähtiin tärkeiksi. Opiskelijan tulisi oppia jo opiskeluaikanaan toimimaan moniammatillisesti (vrt. ENB 1993), joka tarkoittaa opiskelijan osalta muunmuassa mielipiteiden esilletuomista ja aktiivista osallistumista päätöksentekoon moniammatillisissa ryhmissä.

Potilas/asiakashoidon toteutuminen yhdenmukaisesti kentän tavoitteiden kanssa aiheutti keskustelua kyseisen kriteerin oikein ymmärtämisestä. Se ymmärrettiin joko hoidon jatkuvuutena sairaalan ja avoterveydenhuollon välillä (Glenister 1995) tai sitten osaston/sairaalan sisäisenä hoidon jatkuvuutena. Kriteeri nähtiin kuitenkin tärkeäksi tarkoitti se sitten kumpaa tulkintaa tahansa.

Näytöt kentän henkilökuntaan liittyvän näkökulman kriteerien todentumisen osoittimina

Kirjallisesti esitetty hoitofilosofia, hoitosuunnitelmat, yksilövastuinen hoitotyö ja nimetty hoitaja (oma hoitaja) ovat hyviä näyttöjä todentuneesta hoitofilosofiasta, yksilöllisestä hoidosta, hoidon jatkuvuudesta ja johdonmukaisuudesta. Todisteet potilastyytyväisyydestä, ja potilashaastattelut voivat myös olla hyvä näyttö yksilöllisestä hoidosta ja hoitofilosofiaan sitoutumisesta. Perälän (1995) mukaan palvelujen käyttäjien arvioinnit hoidosta ovat keskeisiä ja välttämättömiä. Lehtien ja tutkimusraporttien saatavuus ja erilaiset hoitokäytännön muutokset sekä ajankohtaiset tutkimukset ja projektit ovat näyttöjä relevanttien tutkimustulosten soveltamisesta hoitotyöhön.

Kirjalliset kokousmuistiinpanot voivat toimia näyttönä moniammatillisista kokouksista mutta toisaalta katsottiin, että

haastatteleamalla saatava näyttö opiskelijoiden osallistumisesta moniammatillisiin kokouksiin olisi riittävä. Hoidon yhdenmukaisuudesta voi olla näyttönä kirjallinen hoitofilosofia tai kirjattut dokumentit erilaisista hoitokäytännöistä (jatkohoito-yhteydet).

### Ympäristö

Vastaajat näkivät ympäristöä kuvaavat kriteerit tärkeinä. Ainoastaan kriteeri opiskelumateriaalia on helposti saatavilla katsottiin vähemmän tärkeäksi, koska opiskelumateriaalia löytyy vaikkapa koulun kirjastosta. (vrt. ENB 1993; Jarvis 1992) Toki osastoillakin on ajankohtaista ja käytännön läheistä materiaalia saatavilla. Oppimisen kannalta on hyvä, kun opiskelija joutuu itse miettimään, mistä hän saa haluamaansa lisätietoa. (vrt. Kankainen & Rokkanen 1996) Näin opiskelija lisää valmiuksiaan tiedon hankintaan.

Kriteeri asiakas/potilashoidon laadukkuudesta oli vastaajien mielestä tärkeä. Mallioppimisen avulla hoitokulttuuri ja taito hoitaa laadukkaasti välittyvät opiskelijan hallintaan. (vrt. Martin 1995) Kaiken kaikkiaan käytännön harjoitteluympäristön tulee tukea opetus/oppimismahdollisuuksia (vrt. ENB 1993). Toisaalta fyysisten tilojen puutteellisuus ei ole este hyvälle hoidolle ja sen oppimiselle. Kuitenkin olisi hyvä, jos osastolla löytyy rauhallinen paikka esimerkiksi opiskelijoiden kanssa keskustelulle. Välineiden tehokas ja turvallinen toiminta (vrt. ENB 1993) on sekä potilaan, henkilökunnan että opiskelijan etu. Toisaalta kuitenkin ihminen itse katsottiin hoitotyön välineeksi, jolloin henkilökunnan hyvinvointiin on kiinnitettävä huomiota. Terveys- ja turvallisuuskriteerit täyttämisen nähtiin tärkeäksi, vaikka niistä ei aina löydykään kirjallisia ohjeita. Terveys- ja turvallisuusriskit ovat riippuvaisia osastojen erikoisaloista. Opiskelijan on heti kliinisen jakson alusta asti tunnettava ohjeet ja noudatettava niitä.

Näytöt ympäristöön liittyvän näkökulman kriteerien todentumisen osoittimina

Vastaajat näkivät potilaan oikeudet näyttönä laadukkaasta hoidosta. Suomessa on säädetty laki potilaan oikeuksista, johon potilaat voivat tutustua osastoilla. Potilastyytyväisyystiedot ovat hyvä näyttö laadukkaasta hoidosta, samoin kuin haastatteleamalla (potilaat, opiskelijat, hoitajat) saadut tiedot. Potilasasiakirjojen merkitystä näyttönä ei korostettu

Ympäristökatselmuksen merkitys näyttönä terveellisestä, turval-  
lisesta sekä oppimismahdollisuuksia edistävästä ympäristöstä  
nähtiin oleellisena. Riskin arviointi- ja hallintatiedot nähtiin  
myös tarpeellisena näyttönä terveys- ja turvallisuus-  
kriteerin todentumisesta.

#### 7.2.2.2. Muutosehdotuksia audit-mittariston kriteereihin

Perehdyttämiseen liittyviin kriteereihin haluttiin myös psyyk-  
kisten tekijöiden huomioimista fyysisten tekijöiden lisäksi.  
Perehdyttämiseen varataan aikaa kriteeriä haluttiin täydentää  
niin, että myös ajallinen jatkuvuus tulisi esille samoin kuin  
perehdyttämiseen liittyvien sisältöjen rytmittäminen määrälli-  
sesti sopiviin kokonaisuuksiin.

Hyvään kommunikaatioon ja hyviin vuorovaikutussuhteisiin liit-  
tyvään kriteerin lisäksi katsottiin, että on tarvetta miettiä  
uusia kriteerejä koskien ilmapiiriä. Opiskelijamyönteinen il-  
mapiiri on tärkeä ja opiskelijat tulee nähdä positiivisena voi-  
mavarana. Ilmapiirin tulisi olla turvallinen ja virheitä sal-  
liva. Näyttönä ilmapiiriin liittyvien kriteereiden todentumista  
ehdotettiin "ilmapiirin haistelua" osastolla siten, että opet-  
taja osallistuu osaston arkipäivään havainnoi ja haastattelee  
henkilökuntaa ja potilaita. Näyttönä voisi olla myös kirjalliset  
opiskelijapalautteet.

Arviointikohtaan liittyviin kriteereihin ehdotettiin kriteeriä  
oppimisenäkemyksestä, jonka tulisi olla yhdensuuntainen kaikilla  
osapuolilla, niin osastolla, koululla kuin opiskelijoillakin.

Yhtenä lisäyksenä ehdotettiin kriteeriä, joka ilmaisisi osaston  
sitoutumisen hoitotyön kehittämiseen. Perusteluja sille ei kui-  
tenkaan esitetty.

Opettajan rooliin liittyviin kriteereihin haluttiin lisäyksiä  
koskien opettajan roolia hyvän kliinisen oppimisympäristön luo-  
jana, enemmän yhdysopettajan roolia painottavana, teorian ja  
käytännön integroijana. Lisäkriteeri haluttiin myös opettajan  
antamasta tuesta opiskelun eri vaiheissa. Ympäristöön liitty-  
vänä lisäkriteerinä ehdotettiin, että fyysiseen ja henkiseen  
turvallisuuteen tehdään erilliset kriteerit (kts. myös pereh-  
dyttäminen).

Opiskelijan omaan osuuteen hoitamaan oppimisessa haluttiin  
luoda kriteereitä. Nähtiin tärkeäksi korostaa opiskelijan omaa  
asenneitumista ja motivaatiota.

### 7.2.2.3. Mielipiteitä auditoinnin mittaamis- ja kirjaamisvaiheesta

Auditoinnin mittaamis- ja kirjaamisvaiheessa käytetyt erilaiset tiedonhankintamenetelmät (haastattelut, havainnoinnit, kirjalliset dokumentit) katsottiin hyviksi. Yksilöhaastattelujen lisäksi haluttiin näyttöihin koko työryhmän haastattelut, jotka olisivat enemmänkin keskustelun luonteisia kuin varsinaisia haastatteluja. Haastateltavat korostivat myös opiskelijan osallistumista keskusteluihin.

Osastonhoitajan tai vastaavan henkilön, joka on perehtynyt opiskelijaohjaukseen, katsottiin kuuluvan auditointia suorittavaan ryhmään (vrt. Howarth 1996). Ylihoitajan läsnäolo osastonhoitajien mielestä ei ole tarpeen, koska hän voi olla vähemmän tietoinen yksittäisen osaston asioista. Mutta opettajat näkivät hallinnon edustajien mukanaolon tarpeellisuuden varsinkin, kun annetaan palautetta suorituksesta katselmuksesta ja kun toimintasuunnitelmia laaditaan. Heidän läsnäolonsa koko auditointitapahtumassa varmistaisi, että kehittämishaasteisiin vastataan ja ne tulevat todellistumaan. Auditointitilanteessa mukana olevan opettajan pitäisi tuntea osasto jossain määrin mutta liian tuttu opettaja voi menettää objektiivisuuttaan auditoinnin arviointi- ja kirjaamisvaiheessa, kuten Howarth (1996) toteaa. Objektiivisuutta ajatellen opettajapari voisi olla hyvä ratkaisu. Jos opettaja tuntee auditoitavan osaston riittävän hyvin, ei erilaisia kirjallisia dokumentteja ole tarpeen esittää jokaisesta asiasta, koska sen katsottiin kertovan "ikäänkuin luottamuspulasta" osastoa kohtaan.

### 7.2.2.4. Mielipiteitä auditoinnin arviointi- ja toimintasuunnitelman tekovaiheesta

Auditoinnin arviointi- ja toimintasuunnitelmaa tekovaiheessa esille tulevien osaston vahvojen alueiden läpikäyminen vahvistaa vastaajien mielestä osaston henkilökunnan itsetuntoa (vrt. Moving to Audit 1994; Orr 1986) ja halua kehittyä hyvänä opiskelijoiden oppimisympäristönä. Kehittämistä vaativat alueet tulisi esittää hienotunteisesti. Niiden esiin tuominen kirjallisenä auttaa osastoja tiedostamaan paremmin omat kehittämisen alueensa. Kehittämisen alueet tulisikin nähdä haasteina, eikä negatiivisia tunteita herättävinä osaston asioihin puuttumisena kuten Howarth (1996) ja Moving to Audit (1994) toteavat vaarana olevan. Osaston edustajan läsnäolo auditoinnissa voi taata kehitystyön lähtevän paremmin liikkeelle osaston omana toiminnana.



tana. (vrt. Harvey 1995; Nolan & Scott 1993) Ongelmana auditoinnissa onkin nähty, että osastolle esitetyt kehityshaasteet saattavat jäädä toteutumatta, jos osasto itse ei ole sisäistänyt niitä omiksi haasteikseen (vrt. Moving to audit 1994; Reed & Price 1991)

#### 7.2.2.5. Koko auditointijärjestelmä kliinisen kentän laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä

Kaikki haastateltavat näkivät auditoinnin hyvänä menetelmänä laadunarvioinnissa ja laadunkehittämisessä. Se auttaa osastoja kehittymään hyvänä oppimisympäristönä ja takaa näin osaltaan, että opiskelijasta kehittyy hyvä ja osaava hoitaja. Auditoinnin nähtiin edistävän myös hoitotyön kehittymistä ja yhteistyötä osaston ja koulun välillä. (Nicklin & Kenworthy 1987)

Osastonhoitajat eivät osanneet sanoa mitään muuta parempaa kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmää. Sen sijaan opettajat esittivät muiksi menetelmiksi hoitotilanteiden videoinnit ja opiskelijoiden arviointitilaisuudet, joita myös voitaisiin hyödyntää laadunarviointinäkökulmasta.

Koko auditointijärjestelmä nähtiin aikaavieväksi, jolloin vaarana voi olla, että itse auditointiin liittyvä kehittämistyö jää tekemättä. (vrt. Rippin ym. 1994) Vaarana voi olla myös auditoinnin liika pinnallisuus ja se, että se koetaan ajanhukaksi.

Auditointi vaatii jatkuvaa kehittämis- ja yhteistyötä koulun ja osastojen välillä muunmuassa standardien ja kriteereiden kehittämisessä (Howarth 1996; Nicklin & Kenworthy 1987; Orr 1986).

### 8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN AUDITOINTIJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISESSÄ

Tutkimuksen tarkoitus oli löytää vastauksia siihen, minkälainen on hyvä kliininen oppimisympäristö hoitotyön opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien mielestä. Samoin tarkoituksena oli löytää vastauksia siihen minkälaisia käsityksiä osastonhoitajilla ja opettajilla on auditoinnista ja sen soveltuvuudesta kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä.

Tässä luvussa esitetään johtopäätöksiä suhteessa tutkimusteh-  
täviin tehden synteisiä hyvän kliinisen oppimisympäristön ku-  
vauksista sekä auditointijärjestelmästä ja sen soveltuvuudesta.  
Näitä tuloksia tullaan hyödyntämään kehitettäessä auditointia  
suomalaisen hoitotyön koulutuksen kliinisen oppimisympäristön  
laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä.

Suurin osa auditointimittariston kriteereistä ja niihin liitty-  
vistä näytöistä todettiin suhteellisen tärkeiksi. Osastonhoita-  
jien ja opettajien näkemykset olivat useimmiten samansuun-  
taiset. Opiskelijoiden, osastonhoitajien ja opettajien hyvän  
kliinisen oppimisympäristön kuvausten voidaan myös tulkita  
tukevan kriteerien tärkeyttä. Nämä kaikki sekä näkemykset audi-  
toinnista kliinisen oppimisympäristön laadunarviointi- ja laa-  
dunkehittämismenetelmänä antavat vahvistusta auditointimene-  
telmän tärkeydestä ja sopivuudesta kehitettäessä auditointia  
palvelemaan suomalaisen hoitotyön koulutuksen laadullista ke-  
hittämistä.

Joitakin lisäyksiä kriteereihin ja näyttöihin kuitenkin esitet-  
tiin ja joidenkin kriteerien ja näyttöjen sisällöissä voitiin  
havaita hoitokulttuurisia eroja tai hoitotyön toteuttamiseen  
liittyviä toiminnallisia eroja.

Tarkasteltaessa niitä kriteerejä ja näyttöjä, joihin haluttiin  
muutoksia tai lisäyksiä todetaan, että perehdyttämiseen liitty-  
viä kriteerejä voidaan tämän tutkimuksen tulosten perusteella  
tarkentaa. Perehdyttämislle varataan aikaa kriteerin tarken-  
nuksena voisi olla perehdyttämisen ajallinen jatkuvuus ja oikea  
sisällöllinen rytmittäminen. Näytöksi sopii kirjallinen pereh-  
dyttämishjelma, jossa on huomioitu perehdyttämisen ajallinen  
jatkuvuus ja oikein annostellut sisällöt.

Perehdyttäminen on ilmeisen tärkeää kliiniseen kenttään orien-  
toitumisessa ja hoitotyöhön oppimisessa. Näyttää siltä, että  
hyvä perehdyttäminen ei välttämättä aina toteudu, koska siihen  
niin opiskelijat, osastonhoitajat kuin opettajatkin kiinnit-  
tivät huomiota esseissään.

Kriteeriin: osastolla on riittävä määrä koulutettuja arvioijia  
arvioimaan sallittua suurinta määrää opiskelijoita, haluttiin  
muutosta. Suomalaisessa hoitoalan koulutuksessa ei ole niin  
tarkalleen määriteltyjä säännöksiä kuin Englannissa koskien  
erillisiä koulutettuja opiskelijoiden kliinisen harjoittelun  
arvioijia. Tällaista järjestelmää vastaajat eivät kannattaneet,  
vaan jokaisella opiskelijalla tulisi olla oma ohjaaja, joka  
toimii samalla arvioijana. Haastateltavat eivät myöskään halun-

neet määritellä tarkasti opiskelijoiden lukumäärää ohjaajaa kohti. Esseevastauksissa opiskelijat mainitsivat kuitenkin, ettei osastoa kohti saisi olla liian montaa opiskelijaa yhtä aikaa, jotta hyvä ohjaus mahdollistuisi.

Näyttäisi myös siltä, ettei haluta liian tiukkoja sääntöjä määrittelemään opiskelijaohjaajan kouluttautumista arvioijaksi eikä myöskään tarkalleen määriteltyä opiskelijalukumäärää ohjaajaa kohti vaan halutaan toimia tilanneherkästi ja joustavasti.

Hoitajat ovat selvillä niistä kliinisistä taidoista, joita opiskelijan tulee saavuttaa. Tämän kriteerin nähtiin palvelevan sillä tavalla, että opiskelija itse tiedottaa osastoilla omista kliinisen hoitotyön tavoitteistaan. Myös esseevastauksissa korostettiin opiskelijan omaa vastuuta. Näyttönä tämän kriteerin todentumisessa voisi olla opiskelija- ja ohjaajahaastattelut. Käytännön arviointidokumentti (kirjalliset jakson tavoitteet) voi palvella myös näyttönä tämän kriteerin todentumisesta.

Tässä voidaan nähdä korostuvan ajatuksen opiskelijan itseohjautuvuudesta ja omasta vastuusta aktiivisena oppijana. Vaikka osasto olisi valmistautunut hyvin opiskelijan kentälle tuloon ja vaikka opettaja olisi suunnitellut hyvin kliinisen kenttäharjoittelun, jää viimekädessä opiskelijan vastuulle omien kliinisten oppimistarpeidensa ja tavoitteidensa julkittuminen.

Haastatteluissa tuotiin erittäin selkeästi esille tarve lisätä kriteerejä hyvää kommunikaatiota ja hyviä vuorovaikutussuhteita koskevaan kriteeriin. Tätä vahvistaa myös esseevastauksissa ilmaistut erilaiset ilmapiiriä koskevat lausumat. Lisäkriteerit voisivat koskea opiskelijamyönteistä ohjausilmapiiriä, jossa vastuunanto, itsenäiseen tiedonhankintaan ja päätöksentekoon rohkaisu ja tukeminen tulisi olla sisältönä. Näyttönä haastattelujen ja erilaisten raporttimenetelmien lisäksi kirjalliset opiskelijapalautteet antavat todisteita hyvästä ja toimivasta ohjausmyönteisestä ilmapiiristä. Opettaja, osallistumalla hoitotyöhön, havainnoimalla osaston koko toimintaa ja haastatteleamalla osaston henkilökuntaa, opiskelijoita ja potilaita, tuo näyttöä kyseisten kriteereiden todentumiseen.

Hyvä opiskelijamyönteinen ilmapiiri kliinisessä oppimisympäristössä on erittäin keskeinen tekijä. Salliva, tasa-arvoinen ohjausilmapiiri edesauttaa opiskelijan motivaation ja itsetunnon kehittämisessä sekä yhteistoiminnallisuuteen oppimisessa. Pohjan sille antaa hyvä henkilösuhteiden ilmapiiri.

Hoidon organisointi kuvastaa sitoutumista ryhmätyöhön ja hoitoa toteutetaan ryhmätyönä- kriteerit voidaan katsoa toisiinsa täydentävinä. Niitä molempia tarvitaan tällä hetkellä, sillä hoidon organisointi voi perustua joko ryhmätyön periaatteelle tai yksilövastuiseen hoitotyön periaatteelle. Opiskelijan tulee saada kokemuksia molemmista hoitotyön työnjakomuodoista. Esseevastaukset tukivat näkemystä yksilövastuiseen hoitotyön oppimisen tärkeydestä. Tällä hetkellä näyttää siltä, että hoitotyössä ollaan siirtymässä paljolti yksilövastuiseen hoitotyöhön, jolloin ryhmätyön kriteerien tarpeellisuus on mietittävä uudelleen. Toisaalta tulee pitää mielessä, että hoitaja tarvitsee myös toisten hoitajien tukea ja ryhmässä toimimisen kannustavaa kokemusta.

Kriteeriin: opiskelijalla on mahdollisuus valita oma ohjaaja, haluttiin muutosta. Vastaajien mielestä opiskelijalla olisi hyvä olla oma ohjaaja. Mutta he eivät nähneet mahdollisena sitä, että opiskelija itse valitsee oman ohjaajansa. Näin voisi menetellä vain poikkeustapauksissa. Esseevastaukset tukivat myös ajatusta, että opiskelijalla olisi oma ohjaaja. Tosin niissä ei esitetty mielipiteitä oman ohjaajan valinnasta. Kriteerinä voisi täten olla: Opiskelijalle on osoitettu oma ohjaaja tai korvaava ohjaaja, jolla tulisi olla motivaatiota, taitoa ja aikaa ohjaukseen. Näyttönä kriteerin todentumisesta voi olla opiskelijahaastattelut ja kirjalliset opiskelijapalautteet. Ohjaajien haastattelut voisivat toimia näyttönä ohjaukseen motivoitumisesta, taidosta ja mahdollisuudesta ajalliseen panostukseen. Osastonhoitajaa haastatteleamalla saataisiin tietoa hänen mahdollisuudestaan antaa ohjaajille tukea ja mahdollistaa koulutukselliset ja aikaresurssit.

Opiskelijan omalla ohjaajalla on tärkeä merkitys opiskelijan kliinisessä oppimisessa ja ammattiin kasvamisessa. Hän tuntee opiskelijan yksilölliset tarpeet ja osaa ohjata ja tukea opiskelijaa yksilöllisesti. Voidakseen valita oman ohjaajansa opiskelijoiden kliinisten jaksojen tulisi olla ajallisesti pidempiä kuten Englannissa. Tällöin opiskelijalle jää aikaa orientoitua osastoon ja tutustua ohjaavaan henkilökuntaan ja valita heistä itselleen ohjaaja.

Arvioija työskentelee opiskelijan kanssa ennalta sovitun pituisen ajan kriteeriin haluttiin joustavampaa sisällöllistä ilmaisuja. Haastateltavien mielestä tarkkaa ajallista määrittelyä ei voitaisi esittää. Kuitenkin niin esseevastauksissa kuin myös kyseessä olevan kriteerin perusteluissa tuotiin esiin, että ohjaajalla olisi hyvä olla mahdollisimman paljon aikaa opiskelijan ohjaukseen. Englantilaisessa kliinisessä ohjausjärjes-

telmässä on hyvää tietyn pituisen ajan takaaminen opiskelijalle yhdessä ohjaajansa kanssa. Mutta se vaatii ohjaajalta sitoutumista tiettyihin sääntöihin sekä halua ja motivaatiota opiskelijaohjaukseen. Kuitenkin on muistettava, että määrä ei aina takaa laatua.

Kriteerissä: virallista opetusohjelmaa noudatetaan, haluttiin painottaa, että virallinen opetusohjelma tarkoittaa valtakunnallisen opetusohjelman tavoitteita ja niihin perustuvia opiskelijan omia tavoitteita. Suomessa korostuu tällä hetkellä oppilaitoskohtaiset ja opiskelijan henkilökohtaiset opetussuunnitelmat, joten ennakolta tarkoin määritellyistä opetusohjelmista ollaan luopumassa. Siksi kriteeri vaatiikin muuttamista.

Yhdysopettajan tekemä kirjallinen sopimus ylihoitajan kanssa kriteeri tärkeys nähtiin ehdollisena. Jos sopimus mahdollistaa ylihoitajatason paremman sitoutumisen opiskelijaohjaukseen, niin se on käyttökelpoinen kriteeri. Nykyisin kun kliniset harjoittelupaikat ovat maksullisia, kyseisellä kirjallisella sopimuksella saattaisi kaiken kaikkiaan olla sitouttava vaikutus opiskelijamyönteiseen ja laadukkaaseen opiskelijaohjaukseen.

Kriteeriin: yhdysopettaja on koko henkilökunnan saatavilla, haluttiin koko henkilökunta-ilmaisuuden tilalle opiskelijaohjauksessa mukana oleva henkilökunta. Vastaajat katsoivat, että opettajaresurssien vähyys ei mahdollista opettajan saatavilla oloa koko henkilökunnalle. Ideaalitilanne olisi, että opettaja olisi koko henkilökunnan saatavilla. Näin mahdollistuisi keskustelut muun muassa yhteisestä oppimisnäkemyksestä, teorian ja käytännön integraatiosta ja arvioinnista. Tämä edellyttäisi muutosta opettajan rooliin. Opettaja olisi tällöin enemmän yhteistyössä kentän henkilökunnan kanssa ja varsinainen opiskelijaohjaus kliinisillä kentillä jäisi hoitohenkilökunnan vastuulle kuten Englannissa.

Ylläesitetystä kriteerissä korostuu yhdysopettajan rooli suhteessa kentän henkilökuntaan. Mutta tulisiko opettajan olla myös opiskelijan saatavilla kliinisellä kentällä? Opiskelijoiden esseevastaukset tukivat jälkimmäistä näkemystä. Esseevastauksissa korostui opettajan rooli kliinisten jaksojen hyvässä suunnittelussa mutta myös, se että opettajat olisivat käytännön kentillä ja auttaisivat opiskelijaan löytämään olleellisia oppimiskokemuksia.

Voidakseen toimia opiskelijoiden kliinisen harjoittelun arvioijana Englannissa edellytetään English National Boardin arvioi-

jakoulutuksen suorittamista. Suomessa ei ole vastaavaa järjestelmää mutta oppilaitokset järjestävät opiskelijaohjaukseen ja arviointiin liittyvää koulutusta, joihin opiskelijoiden ohjaajat voivat halutessaan osallistua. Siksi kriteeri: hoitajat pääsevät arvioijien valmentamiskurssille, olisi aiheellista muuttaa suomalaista käytäntöä vastaavaksi. Mutta toisaalta olisiko englantilaisen järjestelmän edellyttämä arviointikoulutus tae laadukkaasta opiskelijaohjauksesta myös suomalaisessa kliinisessä ohjauksessa ja tällöin pitää kyseinen kriteeri ennallaan?

Sitoutuminen hoitotyön kehittämiseen oli uusi kriteeriehdotus. Auditointimittaristossahan on jo kriteeri: hoitotyössä sovelletaan relevantteja tutkimustuloksia, jolle on näyttönä hoitokäytännön muutokset ja ajankohtaiset tutkimusprojektit. Kuitenkin ylläoleva kriteeriehdotus on haastateltujen henkilöiden mielestä kattavampi kuin nykyinen kriteeri. Esseevastaukset tukevat myös tämän kriteerin muodostamisen tarpeellisuutta.

Hoitotyössä pyritään kehittävään työnotteeseen, joka tarkoittaa työntekijöiden jatkuvaa itsensä kehittämistä ja kouluttautumista sekä tieteellisen perustan löytämistä ja vahvistamista käytännön hoitotyössä. Sitoutuminen kehittämistyöhön on keskeinen vaatimus, kun ajatellaan hoitotyötä ja sen kehittämistä pitkällä aikavälillä. Samoin se on keskeinen vaatimus haluttaessa kehittyä opiskelijoiden hyvänä kliinisenä oppimisympäristönä.

Ympäristöön liittyvää terveys- ja turvallisuuskriteeri haluttiin sisällöllisesti eritellä fyysiseksi ja henkiseksi turvallisuudeksi. Sairaaloissa on jo nykyisellään huomioitu hyvin fyysinen terveys ja turvallisuus mutta myös henkiseen turvallisuuteen ja hyvinvointiin tulisi kiinnittää huomiota koska stressi ja henkinen ylikuormittuvuus ovat hoitotyön arkipäivää yhä enenevässä määrin.

Uutena ehdotuksena kriteereihin lisättäväksi tuotiin ajatus yhdensuuntaisesta oppimisenäkemyksestä koulun ja osastojen välillä. Yhdensuuntainen, opiskelijan aktiivista roolia korostava oppimisenäkemyks helpottaa opiskelijaa ymmärtämään oman roolinsa oppimisprosessissa. Samansuuntainen oppimisenäkemyks koulun ja kliinisen kentän välillä edesauttaa myös hyvän yhteistyön kehittymisessä ja teorian ja käytännön integroitumisessa, jota myös esseevastauksissa korostettiin.

Opiskelijan oma rooli kliinisessä opiskelussa tuotiin esille auditointimittaristoon lisättävänä kriteerinä. Sitä tukee myös esseevastauksien opiskelijan omaa roolia kliinisessä opiske-

lussa esiintuovat sisällöt. Uuden kriteerin muodostaminen kyseisestä asiasta olisi varmastikin perusteltua. Auditoinnin mittaamis- ja kirjaamisvaiheessa osastoilla olevat opiskelijat voisivat haastattelujen ja keskustelujen kautta osoittaa oman aktiivisen roolinsa todentumista. Opiskelijoiden oppimis-päiväkirjat voisivat toimia näyttönä kriteerin todentumisesta.

Näyttöjen suhteen voidaan todeta, että ne useimmiten olivat vastaajien mielestä hyviä kriteereiden todentumisen osoittimia. Kuitenkin joidenkin näyttöjen kohdalla esitettiin kritiikkiä niiden sopivuudesta tai tarpeellisuudesta. Muutamat näytöt todettiin toimiviksi tietyillä edellytyksillä liittyen muun muassa hoitotyön koulutuksen toteuttamisen erilaisuuteen Suomessa ja Englannissa. Esimerkiksi arvioija tarkoittaa omaa ohjaajaa suomalaisessa hoitotyön käytännön ohjauksessa. Vastaa-jien mielestä työvuorotaulukko, hoitaja-opiskelijasuhde pääte-tään raportilla eivät toimi näyttönä suomalaisessa hoitotyön käytännössä. Samoin todettiin, että potilas/asiakasprofiili, alueprofiili sekä potilasasiakirjat eivät ole kovinkaan hyviä näyttöjä.

Näyttöjen käyttö kriteerien todentajina ei saa olla itsetarkoi-tus. Kaikesta toiminnasta ei voi eikä ole tarkoituksenmukais-takaan esittää kirjallisia dokumentteja vaan kvalitatiivinen ote kvantitatiivisen rinnalla, on tarpeen auditoinnissakin.

Vastaa-jien mielestä auditoinnin mittaamis- ja kirjaamisvai-heeseen tulisi osallistua osastonhoitaja tai henkilö, joka on perehtynyt opiskelijaohjaukseen. Ylihoitajan mukanaolo nähtiin tarpeelliseksi lähinnä auditoinnin arviointi- ja toimintasuun-nitelman tekovaiheessa. Koulun edustajaksi esitettiin osastoja tunteva opettaja tai opettajapari. Nämä ehdotukset tukevat eng-lantialaista auditointikäytäntöä, jossa kuitenkin hallinnon edustaja on koko prosessin ajan läsnä.

Auditoinnin arviointi- ja toimintasuunnitelman tekovaihe voi haastateltavien mielestä olla osaston itsetuntoa kohottavaa, varsinkin silloin kun osasto on arvioitu hyväksi kliiniseksi oppimisympäristöksi. Esille nostetut osaston kehittämisen alu-eet haluttiin nähdä haasteina, eikä negatiivisina osaston asioihin puuttumisena. Kun kehittämishaasteet on nähty osaston omiksi haasteiksi ja niihin on sitouduttu, tällöin osasto on motivoitunut niiden toteuttamiseen. Tämä vaihe on auditointi-prosessissa ehkä kriittisin vaihe. Jos osastot eivät lähde mu-kaan kehittymään paremmiksi opiskelijoiden oppimisympäris-töiksi, ei auditoinnilla ole laadunkehittämiseen tähtäävää merkitystä vaan sillä on silloin vain laadun arviointia palve-leva merkitys. Pelkkä laadunarvioinnin näkökulma on vain osa

auditointi-ideologian mukaista toimintaa. Auditointi tarkoittaa koko auditsykliä, jossa sitoudutaan muutokseen ja jatkuvaan laadun kehittämiseen.

Auditointi nähtiin toimivana hoitotyön koulutuksen klinisen kentän laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä. Kuitenkin tiedostettiin menetelmän vaativan runsaasti aikaa ja yhteistyötä oppilaitoksen ja osastojen välillä. Vaarana nähtiin, että auditointi voi jäädä pinnalliseksi. Vaarana voikin olla, että johtopäätökset tehdään liian pinnallisen tiedon varassa ja syvällinen ja pitkäjänteinen kehittämistyö unohtuu.

Koska hoitotyön, hoitotyön koulutuksen ja lääketieteen perimäinen päämäärä on potilaan hyvinvointi, niin auditointeja ei tulisikaan tehdä erillisinä kyseisten alojen auditointeina, vaan moniammatillisina yhteisauditointeina, jotka palvelisivat kaikkia osapuolia. Koska auditointi on pitkälinen ja aikaa vaativa prosessi, niin yhteisauditointi puoltaa paikkaansa myös tältä osin.

Auditointi laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä on vaativa ja sitoutumista edellyttävä menetelmä, joka ollakseen tehokas ja mielekäs, vaatii kaikkien osapuolten jatkuvaa yhdessätoimimista, yhteisen päämäärän tiedostamista ja koko auditointiprosessin kehittämistä.

Tutkimustulokset antoivat lisätietoa ja lisää ymmärrystä suomalaiseseen hoitotyön koulutukseen sopivan klinisen kentän auditoinnin kehittämiseen. Mutta koska menetelmä on suhteellisen uusi niin luultavasti osastonhoitajien ja opettajien oli vaikea tunnistaa kaikkia mahdollisia auditointiin liittyviä ongelmia, vaikkakin heillä oli jo kokemusta klinisten kenttien auditoinnista. Ehkä toimintatutkimuksen avulla voitaisiin toteuttaa koko auditointiprosessia laadunarviointi- ja laadunkehittämismenetelmänä ja lisätä sen kautta hyvän klinisen oppimisympäristön kannalta oleellisten ydisasioiden löytämistä.

“Quality is never an accident; it is always the result of high intention, sincere effort, intelligent direction and skillful execution; it represents the wise choice of many alternatives.”

Willa A. Foster



## LÄHTEET:

- Ahlroth, P. & Harala, A. 1990. Ammattiin kasvamisen tukeminen kliinisessä opiskelussa. Pro gradu tutkielma, Terveydenhuollon opettajien koulutusohjelma. Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos. Kuopion yliopisto.
- Alasuutari, P. 1995. Researching culture: Qualitative methods and cultural studies. London: Sage.
- Ammattikasvatushallitus 1989. Käytännöllinen opetus terveydenhuollonkoulutuksessa Turun terveydenhuolto-oppilaitoksessa. Muistio käytännön opetuksen kehittämiseksi. Tutkimuksia ja selosteita numero 19/1989. Helsinki: VAPK.
- Asetus terveydenhuolto-oppilaitoksista (30.4.1987/501)
- Asetus Nuorisoasteen koulutuksen ja ammattikorkeakoulunjen kokeiluista (22.2.1991/392)
- Auditoinnilla etsitään kehittämisen kohteita. 1995. Sairaala 1-2/1995, 32-33.
- Barlow, S. 1991. Impossible dream. Nursing Times 87 (1), 53-54.
- BBC English Dictionary. A Dictionary for the World. 1992. London: Harper Collins Publishers.
- Benner, P. 1984. From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice. California: Addison-Wesley Publishing Company. Nursing Division.
- Best, M., Abbott, S. D. & Carswell, R. J. B. 1990. Self-evaluation for nursing students. Nursing Outlook 38 (4), 172-177.
- Bevis, E. O. & Watson, J. 1989. Toward a caring curriculum: A new pedagogy for nursing. New York: National League for nursing.
- Blomster, M-L. 1995. Hoitamisen oppiminen teho-osastolla. Hoitohenkilökunnan ja sairaanhoidon opiskelijoiden näkökulma. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto.
- Blomster, M-L. & Vanhanen, L. 1995. Hoitamisen oppiminen teho-osastolla. Hoitohenkilökunnan ja sairaanhoidon opiskelijoiden näkökulma. Hoitotiede 7 (4), 180-186.

- Bondas-Salonen, T. 1992. Vaasan sairaanhoitopiirin kl projekti raportti 1992. Hyvä hoito laadunvarmennus kohti vuotta 2000 Vaasan sairaanhoitopiirissa. piirin laadunvarmennuksen kehittämistoimikunnan julkaisema projektiraportti.
- Bolton, A. 1995. A rose by any other name: TQM in higher education. *Quality Assurance in Education* 3 (2), 13-18.
- Burnard, P. 1987. Towards an epistemological basis for experiential learning in nurse education. *Journal of Advanced Nursing* 12 (2), 189-193.
- Burns, N. & Grove, S. 1987. The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization. Philadelphia: W.P. Saunders Company .
- Campbell, I. E., Larrivee, L., Field. P. A., Day, R. A. & Reuter, L. 1994. Learning to nurse in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing* 20 (6), 1125 -1131.
- Carroll, P. 1992 Using Personality Styles to Enhance Preceptor Program. *Dimensions of Critical Care Nursing* 11, 114-119.
- Clifford, C. 1993. The Clinical Role of the Nurse Teacher in the the U.K. *Journal of Advanced Nursing* 18 (2), 281-289.
- Craddock, E. 1993. Developing the facilitator role in the clinical area. *Nurse Education Today* 13 (3), 217-224.
- Deming, W. E. 1993. The new Economics for industry, goverment, education. Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study, Cambridge.
- Deming, W. E. 1994. Out of the Cricis. 19. edition. Cambridge: University Press.
- Donabedian, B. 1988. The Quality of Care: How it can be assessed? *Jama* 260 (12), 1743-1748.
- Dunn, S. V. & Burnett, P. 1995. The Development of a Clinical Learning Environment Scale. *Journal of Advanced Nursing* 22 (6), 1166-1173.
- Earnshaw, G.J. 1995. Mentorship: The students' views. *Nurse Education Today* 15 (4), 274-279.

- Ekola, J. 1985. Ammatillinen laaja-alaisuus kvalifikaatio-tavoitteena. Kasvatus 16 (3), 191-196.
- Engeström, Y. 1988. Perustietoa opetuksesta. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- English National Board for Nursing ,Midwifery and Health Visiting 1987. Managing Change in Nurse Education. Learning Materials Design,London: ENB.
- English National Board. 1989. Reparation of teachers, practitioner/teachers, mentors and supervisors in the contex of Project 2000. Consultative paper. London: ENB.
- English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting. 1993. Guidelines for Educational Audit. Quality education for Quality Care.London: ENB.
- English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting. 1994a. Education,dialogue and assessment: Creating partnership for improving practice. A series from the English National Baord for Nursing, Midwifery and Health Visiting. London: ENB.
- English National Board for Nurisng, Midwifery and Health Visiting. 1994b. Learning Styles and Facilitating Reflection. A series from the English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting. London: ENB.
- Eriksson, K. 1986. Hoito-opin didaktiikka. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Eskola, A. 1981. Sosiologian tutkimusmenetelmät I. Porvoo: WSOY
- Eskola, J.& Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.
- Ewan, C. & White, R. 1986. Teaching nursing. A self-instructional handbook. London: Croom Helm.
- Field, P. A. & Morse, J. M. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. (Suomentaja E. Sandborg). Helsinki: Kirjayhtymä OY.
- Fawcett, T. N. & McQueen, A. 1994. Clinical credibility and the role of nurse teacher. Nurse Education Today 14 (4), 264-271.

- Flagler, S., Loper-Powres, S. & Spitzer, A. 1988. Clinical teaching is more than evaluation alone. *Journal of Nursing Education* 27 (8), 342-348.
- Fretwell, J. 1982. *Ward teaching and learning. Sister and the learning environment.* London: Royal College of Nursing of the United Kingdom.
- Fox, J. 1991. Mentorship and the charge nurse. *Nursing Standard* 5 (23), 34-36.
- Gerrish, C. A. 1992. The nurse teacher's role in the practice setting. *Nurse Education Today* 12 (4), 227-232.
- Grönfors, M. 1982. *Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät.* Porvoo: WSOY.
- Hakkarainen, P. 1991. Opetuksen ja oppimisen laadullinen arviointi korkeakouluissa. Teoksessa P. Hakkarainen, R. Wahlström & J. Välimaa. *Korkeakoulutuksen kehittäminen ja laadun arviointi.* Kasvatustieteiden tutkimuslaitos. Julkaisusarja B no 71, 1-16.
- Hart, G. & Rotem, A. 1995. The Clinical learning environment: nurses' perceptions of professional development in clinical settings. *Nurse Education Today* 15 (1), 3-10.
- Harvey, G. 1995. *Quality Development in the United Kingdom I* Suomalainen hoitotyön laatukoferenssi 16-17.10.1995. Helsinki, konferenssiabstrakti.
- Hassinen, J. 1991. *Sairaanhoidajaopiskelijoiden kokemuksia opiskelun mielekkyydestä.* Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Havanto, A. M. 1993. *Terveydenhuollon koulutuksesta huolehdittava lamankin aikanana - sanoisi Venny Snellman.* *Ammattikasvatus* 49 (6), 14-15.
- Hedman, L. 1995. *Quo vadis palvelujen laadun kehitys?* *Laatuviesti* 1/95, 28-29.
- Helakorpi, S. 1992. *Ammattikasvatus.* Porvoo: WSOY.
- Helakorpi, S. 1993. *Ammattikoulutuksen dilemma: Mitä on ammattitaito?* *Kasvatus* 24 (2), 134-142.

- Helakorpi, S. & Suonperä, M. 1995. Laatuajattelulla uuteen oppimisympäristöön. *Aikuiskasvatus* 15 (1), 8.
- Hentinen, M. 1989. Kliininen opiskelu hoitamaan oppimisessa: Nykytilanne sairaanhoitajakolituksessa. Tutkimuksia ja selostuksia no 20/89. Ammattikasvatushallitus. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.
- HEQC. Higher Education Quality Council. 1995. Code of Practice for Overseas Collaborative Provision in Higher Education, HEQC. London: Chameleon Press Ltd.
- Hinchliff, S. 1986. Teaching clinical Nursing. Edinburg: Churchill Livingstone.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1991. Teemahaastattelu. 5.painos. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Liikanen, P., Remes, P. & Sajavaara, P. 1995. Tutkimus ja sen raportointi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hokkanen, P., Lappalainen, M. & Lappalainen, S. 1994. Terveyden huollon käytännön opetuksen kehittämiskokeilu vuosina 1990-1993. Opetushallitus. Moniste 5/94. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Hämäläinen, J. 1987. Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Hämäläinen, K. 1993. Arvioinnista kehittämiseen. Teoksessa K. Hämäläinen R. Laukkanen & A. Mikkola (toim.) Koulun tuloksellisuuden arviointi. Opetushallitus. Vantaan täydennyskoulutus laitos. Helsinki: VAPK-kustannus, 19-22.
- Hämäläinen, K. & Kauppi, A. 1993. Mitä on koulutuksen laatu? *Aikuiskasvatus* 13 (4), 226-227.
- Hämäläinen, K. & Manninen, T. 1994. Yliopistojen täydennyskoulutuksen arviointi. Tutkimuksia 128. Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hätönen, H. 1990. Aikuisen oppiminen ja opettaminen. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

- Hyytiäinen, E., Leino, H., Makkonen, P. & Tuominen, H. 1991. Reflektiivinen ammattitaito, kriittinen pedagogiikka ja kokemusoppiminen. Teoksessa J. Toiskallio, (toim.) Opetuksesta ja opettajuudesta. Autonomia, kokemus ja reflektiivinen ammattitaito opetuksen laadun haasteena. Turun terveydenhuolto-oppilaitos. Julkaisusarja: Tutkimus ja kehittäminen no 2. Turku: Painosalama Oy, 68-82.
- Jakku-Sihvonen, R. 1992. Tuloksellisuuden käsite koulutuksen suunnittelun ja kehittämisen näkökulmasta. Aikuiskasvatus. 12 (3), 145-147.
- Jakku-Sihvonen, R. 1993. Tuloksellisuuden arvioinnin käsitteistä opetustoimessa. Teoksessa K. Hämäläinen R. Laukkanen & A. Mikkola (toim.) Koulun tuloksellisuuden arviointi. Opetushallitus. Vantaan täydennyskoulutuslaitos. Helsinki: VAPK-kustannus, 23-29.
- Jakku-Sihvonen, R. 1994. Tuloksellisuuden arvioinnin lähtökohdita opetustoimessa. Teoksessa R. Jakku-Sihvonen, A. Räsänen & P. Väyrynen (toim.) Virikkeitä koulutuksen arvioinnin kehittäjille. Opetushallitus. Arviointi ja seuranta 2/1994, 8-21 Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Janhonen, S. 1992. Miten sairaanhoitajakoulutusta kehitetään? Hoitotiede 4 (5), 215-219.
- Janhonen, S. & Vatanen, A. 1996. Tulevaisuuden terveydenhuollon opettaja. Sairaanhoitaja 69 (2), 30-32.
- Jarvis, P. 1992. Quality in practice, the role of Education. Nurse Education Today 12 (1), 3-10.
- Jinks, G. H. 1991. Making the most of the practical placements. What the nurse teacher can do to maximise the benefits of students. Nurse Education Today 11 (2), 127-133.
- Jokela, K. 1995. Hoitotyön käytännön harjoittelu. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Junnila, M-L. & Rask, T. 1995. Sairaala Mehiläinen mittautti palvelunsa laadun. Sairaala-auditointi on välinen yksityisen sairaalan kehittämiseen. Terveystieteitä yksityisesti, 3-4.
- Junnila, M-L., Vainio, L & Hänninen, E. 1996. Ulkoinen auditointi oppilaitoksen kehittämisen tukena. Spektri 1/1996, 9.

- Jääskeläinen, T. 1994. Sairaanhoidajakoulutus. Uusien opetus-suunnitelmien kehittämislähtökohdat. Sairaanhoidaja 67 (5), 6-8.
- Kalkas, H. 1988. Hyvä hoito. Hoitotiede 1988. Pro Nursing ry. Julkaisusarja A. 2. Turku: Kirjapaino Pika Oy, 21-29.
- Kankainen, A. & Rokkanen, R. 1996. Kliinisen opiskelun ohjaamisesta. Hoitotyön vuosikirja 1996, 147-155.
- Karttunen, A. 1992. Hoito-opin opettajan kliininen opetus. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Kiiskinen, A-L. & Lehtivaara, R-L. 1988. Oppija, opettaja ja oppimistehtävät ammattitaidon oppimisprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksia. Kasvatustieteen tutkimuslaitoksen julkaisusarja A7 no.22. Jyväskylä.
- Koro, J. 1992. Itseohjautuvuuteen perustuva oppimien. Teoksessa J. Ekola (toim.) Johdatusta ammattikorkeakoulupedagogiikkaan. Juva: WSOY, 43-51.
- Kuokkanen, R. 1991. Päätöksenton oppiminen sairaanhoidajakoulutuksen kliinisen opiskelun alkuvaiheen osastotunneilla. Licensiaattityö. Oulun yliopisto. Kuopion terveydenhuolto-oppilaitoksen julkaisusarja B 6/1991.
- Käytännöllinen opetus terveydenhuollon koulutuksessa. Turun terveydenhuolto-oppilaitoksessa. 1989. Muistio käytännöllisen opetuksen kehittämiseksi. Ammattikasvatushallitus. Tutkimuksia ja selosteita no 19. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Laakkonen, A. 1994. Terveydenhuollon opiskelijoiden kokemuksia oppimisprosessin tukemisesta hoitotyön käytännön opiskelussa, Pro gradu-tutkielma. Terveydenhuollonopettajan koulutusohjelma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Laatuhaaste. 1993. Laatuajattelua julkishallintoon. Valtionvarainministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Painatuskeskus.
- Latting, J. K. 1994. Total Quality Management: Management Philosophy or Management Method. Moniste käsikirjoituksesta teokseen B. Gummer & P. McCallion. Total Quality Management in the Social Services: Theory and Practice 1994. New York: Rockefeller College Press.

- Laukkanen, R. 1993. Arvioinnin valtakunnallinen merkitys. Teoksessa K. Hämäläinen R.Laukkanen & A. Mikkola (toim.) Koulun tuloksellisuuden arviointi. Opetushallitus. Vantaan täydennyskoulutus laitos. Helsinki: VAPK-kustannus, 54-66.
- Leathard, A. 1993. Health Care Provision. Past, present and future. London: Chapman & Hall.
- Lee, H. 1989. Them and us: Closing the gap between theory and practice. Senior Nurse 9 (4), 17-19.
- Leino-Kilpi, H. 1989. Arvioinnin kehittämiskokeilu. Opetuksen integrointi ja opiskelija-arvioinnin kehittäminen. Ammatikasvatushallituksen tutkimuksia ja selosteita. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Leino-Kilpi, H. 1993. Kehittävän opiskelija-arvioinnin kokeilu. Oppimispäiväkirja itsearviointin tukena. Loppuraortti II. Opetushallitus. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Leino-Kilpi, H. & Hupli, M. 1995. Alkusanat. Teoksessa H. Leino-Kilpi, M. Hupli & A. Räisänen (toim.) Terveystieteiden koulutuksen tuloksellisuus ja laatu. Opetushallitus. Arviointi 5/95. Helsinki: Yliopistopaino Oy, 5-7.
- Leino-Kilpi, H., Leinonen, T., Salminen, L., Hupli, M. & Katajisto, J. 1995. Hyvä hoitotyön opettaja. Millainen hän on ja onko hän? Tutkimus 2/95. Opetushallitus. Helsinki: Yliopistopaino.
- Lindström, A. 1992. Itsearviointin asema koulun tuloksellisuuden arvioinnissa. Teoksessa R. Laukkanen, K. Salmio, R. Svedlin (toim.) Koulun itsearviointi. Opetushallitus. Opetus & Kasvatus. Helsinki: VAPK-kustannus, 14-20.
- Lukander, E. 1995. Hoitotyön laadun arviointimenetelmän, nursing auditin, kehittäminen ja testaus. Lisensiaattitutkimus. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.
- Lyytinen, H. K. 1993a. Oppilaitoksen tuloksellisuuden itsearviointista. Teoksessa R. Miettinen (toim.) Koulutuksen vaikuttavuus. Ammatillinen Opettajakorkeakoulu. Jyväskylä, 4-7. Kuopion Yliopisto.
- Lyytinen, H. K. 1993b. Sisäinen ja ulkoinen arviointi koulun kehittämisessä. Teoksessa K. Hämäläinen (toim.) Koulun



- tuloksellisuuden arviointi. Helsinki: VAPK-kustannus, 108.
- Malby, R. 1995. Clinical Audit for nurses and therapists. B. Malby (ed.) London: Scutari Press, 1-15.
- Marr, H. & Giebing, H. 1994. Quality Assurance in Nursing. Concepts, methods and case studies. Edinburg: Campion Press Limited.
- Marriott, A. 1991. The support, supervision and instruction of nurse learners in clinical areas: Literature review. Nurse Education Today 11 (4), 261-269.
- Martin, L. M. 1995. Nursing Faculty Practice: Challenges for the future. Journal of Advanced Nursing 21, 743-747.
- Mettälä, K. 1994. Sairaanhoidajaopiskelijoiden kokemuksia kliinisen opiskelun arvioinnista. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopio yliopisto.
- Merisalo, M. 1993. Dementoituneen potilaan hyvä hoito ja hyvän hoidon oppiminen. Ammattiin valmistuvien käsityksiä. Hoitotiede 5 (1), 31-42.
- Mikkonen, I. & Pitkänen, M. 1988. Sairaanhoidajaopiskelijoiden kokemuksia kliinisestä opiskelusta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Mogan, J. & Knox, J. E. 1987. Characteristics of "best" and "worst" clinical teachers as perceived by university faculty and students. Journal of Advanced Nursing 12 (2), 231-337.
- Morgan, J. & Warbinek, E. 1994. Teaching behaviours of clinical instructors. An audit instrument, Journal of Advanced Nursing 20 (1), 160-166.
- Morle, K. M. F. 1990. Mentorship - is it a case of the emperors new clothes or a rose by any other name. Nurse Education Today 10 (1), 66-69.
- Moving to Audit. 1994. What every Nurse, Midwife and Health Visitor needs to know about Professional Audit. University of Dundee. Centre for Medical Education.
- Munnukka, T. 1994. Terveysthuollon opettaja käytännöllisen opiskelun ohjaajana. Sairaanhoidaja 67 (5), 24-27.

- Mäkisalo, M. 1994. Terveydenhuolto-oppilaitos organisaationa. Terveydenhuolto-oppilaitoksessa toimivien opettajien arviointia organisaation toiminnasta. *Hoitotiede* 6 (2), 72-82.
- Nicklin, P. & Kenworthy, N. 1987. Educational Audit. *Senior Nurse* 7 (1), 22-24.
- Nikkanen, P. 1995. Quality development of vocational institutions. Teoksessa J. Lesonen & M-L. Stenström (toim.) *Contemporary issues of occupational education in Finland*. Jyväskylä: Institute for Educational Research. University of Jyväskylä.
- Nikki, M-L. 1995. "Pakkopullaa" vai laadukkaita opintoja. Opetushallinto opettajankoulutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Opettajankoulutuslaitos. Opetuksen perusteita ja käytänteitä 19. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino.
- Nikkola, R., Krause, K. & Kiikkala, I. 1992. Hoitotyön käytännön valmiudet vastavalmistuneiden sairaanhoitajien ja heidän osastonhoitajiensa arvioimana. *Hoitotiede* 4 (3), 125-133.
- Nolan, M. & Scott, G. 1993. Audit: An Exploration of some tensions and paradoxical expectations. *Journal of Advanced Nursing* 18 (5), 759-766.
- Ogier, M., E. & Barnett, D. E. 1986. Sister/Staff Nurse and the Nurse Learner. *Nurse Education Today* 6 (1), 16-22.
- Omachonu, V & Ross, J. E. 1994. *Principles of Total Quality Management*. Florida: St. Lucie Press.
- Opetushallitus. 1991. Sairaanhoitaja, kättilö ja terveydenhoitaja, opetussuunnitelman perusteet. Opetushallituksen julkaisusarjat. Opetussuunnitelmasarja 1. Helsinki.
- Opetushallitus. 1993. Terveydenhuollon käytännön opetuksen ja siihen liittyvän hoitotyön kehittämiskokeilu. Osaraportti 1. Opetushallituksen julkaisusarjat. Raporttisarja 32. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Opetushallitus. 1994. Ammatillisen koulutuksen opetussuunnitelmauudistus. Opetushallitus. Helsinki.

- Opetushallitus. 1995. Koulutuksen tuloksellisuuden arviointimalli. Opetushallitus. Arviointi 9/95. Helsinki: Yliopistopaino
- Opetusministeriö. 1991. Koulutuksen ja korkeakouluissa harjoitettavan tutkimuksen kehittämissuunnitelma vuosille 1991-1996. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan linja. Helsinki: Yliopistopaino.
- Orr, I. 1986. Nursing Audit. Senior Nurse 6 (2), 22-24.
- Orton, H. D. 1981. A study of the role of the ward sister in relation to student nurse learning on the ward. The Royal College of Nursing of the United Kingdom. London: Whitefriars Press Ltd.
- Outinen, M. & Hattula, T. 1996. Akkreditointi ja sertifikointiterveydenhuollossakin vakiintuvaa laatuanastoa, Dialogi 6 (6), 29-30.
- Outinen, M., Holma, T. & Lempinen, K. 1994. Laatu ja asiakas. Laatutyöskentely sosiaali- ja terveystalalla. Juva: WSOY.
- Owen, S. 1993. Identifying a role for the nurse teacher in the clinical area. Journal of Advanced Nursing 18 (5), 816-825.
- Paananen, L. 1993. Terveystalon koulutuksen klinisen opiskelun ohjaajien koulutustarve. Pro gradu-tutkielma. Terveystalon opettajan koulutusohjelma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Parsley, K. & Corrigan, P. 1995. Quality Improvement Nursing and Healthcare A practical approach, London: Chapman & Hall.
- Pashley, I. C. H. & Pashley, G. 1990. Health Care Research. Lancaster: Quay Publishing (Butler and Tanner Limited).
- Paukkala, M. 1994. Hoito-opin opettajan marginaalinen rooli klinisessä opetuksessa. Pro gradu-tutkielma. Terveystalon opettajan koulutusohjelma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Paulin, R. 1991. Terveystalon peruslinjan loppuraportti. Opetushallituksen julkaisusarjat. Raporttisarjat 2/1991. Helsinki.

- Paulin, R. & Vällilä, S. 1995. Koulutuksen tuloksellisuus ja koulutusjärjestelmä. Teoksessa H. Leino-Kilpi, M. Hupli & A. Räisänen (toim.) Terveydenhuollon koulutuksen tuloksellisuus ja laatu. Opetushallitus. Arviointi. 5/95. Helsinki: Yliopistopaino Oy, 67-99.
- Paunonen, M. 1993. Hoitoyhteisöjen toimivuus hyvän hoidon edellytyksenä. *Hoitotiede* 5 (29), 78-84.
- Pelkonen, M. 1992. Laadunvarmistuksen keskeiset käsitteet. Teoksessa M. Pelkonen & M-L. Perälä (toim.) *Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet*. Tampere: Kirjayhtymä Oy, Tammerpaino Oy, 61-83.
- Pelttari, P. 1996. Hoitotyön koulutuksen laatu ja sen kehittäminen esimerkkinä Helsingin sairaanhoito-opiston toiminnan laadun kehittämisprojekti. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja*, 121-130. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Perhonen, J. 1995. Laadun elementtejä oppilaitoksissa. *Luokanopettaja* 5, 11-13.
- Perälä, M-L. 1992. Mittavälineiden kehittäminen ja tiedon keruu. Teoksessa M. Pelkonen & M-L. Perälä (toim.) *Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet*. Helsinki: Kirjayhtymä, 142-172.
- Pietilä, V. 1976. *Sisällön erittely*. Helsinki: OY Gaudeamus AB.
- Polit, D, Hungler, B. 1991. *Nursing Research. Principles and methods*. Philadelphia: J.P. Lippincott Company.
- Poteet, G. W: & Hill, A. S. 1988. Identifying the components of a nursing service philosophy. *JONA* 18 (10), 29-33.
- Quinn, F. 1988. *The principles and practice of nurse education*. 2nd ed. London: Chapman & Hall.
- Rahkonen, K. & Roos, J. P. 1990. Kovaa pehmeää vai pehmeää kovaa? Teoksessa P.Takala & I.Helminen (toim.) *Hyvinvointi ja muutosten Suomi*. Helsinki: Huoltajasäätiö, 230-241.
- Rajala, R. 1991. Hoito-opin tietopuolisen oppiaineen integroituminen käytäntöön kliinisen opiskelun aikana - sairaanhoidon opiskelijoiden mielipiteitä. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto.

- Rajala, R. 1993. Hoito-opin teoria-aineksen integroituminen käytäntöön kliinisen opiskelun aikana. Teoksessa A. Räisänen (toim.) Terveydenhuollon koulutus. Tutkimusselostuksia. Opetushallitus. Ammatillisen koulutuksen linja. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Ravinen, I. & Kärki, S-L. 1993. Terveydenhuollon käytännön opetuksen ja siihen liittyvän hoitotyön kehittämiskokeilu: Osaraportti I. Helsinki: Opetushallitus.
- Reed, S., Price, J. 1991. Audit of Clinical learning area. Nursing Times 87 (27), 57-58.
- Ripin, A., White, J., Marsh, P. 1994. From quality assessment to quality enhancement. A Framework. Quality Assurance in Education 2 (1), 13-20.
- Räisänen, A. 1994. Arvioinnin tehtävät. Teoksessa R. Jakku-Sihvonen, A. Räisänen, P. Väyrynen (toim.) Virikkeitä koulutuksen arvioinnin kehittäjille. Opetushallitus. Arviointi ja seuranta 2/1994, Helsinki: Painatuskeskus Oy, 22-28.
- Räisänen, A. 1995a. Terveydenhuollon koulutuksen tuloksellisuus ja laatu. Teoksessa H. Leino-Kilpi, M. Hupli & A. Räisänen. (toim.) Terveydenhuollon koulutuksen tuloksellisuus ja laatu. Opetushallitus. Arviointi. 5/95, 9-24.
- Räisänen, A. 1995b. Työelämän koulutukselle asettamat tavoitteet ja niiden arviointi. Teoksessa H. Leino-Kilpi, M. Hupli, A. Räisänen (toim.) Terveydenhuollon koulutuksen tuloksellisuus ja laatu. Opetushallitus. Arviointi 5/95, 27-36.
- Räisänen, A & Vainio, L. 1996. Etsi laatu itsestäsi - Itsearviointikäytäntöjä. Arviointi 12/96. Opetushallitus. Helsinki: Yliopistopaino.
- Saarinen, T. 1993. Nousukaudesta lamaan, määrästä laatuun: Koulutuksen laadun erilaiset merkitykset. Aikuiskasvatus 13 (4), 228-232.
- Salminen, L. 1993. Opetusviranomaisten käsityksiä hoitokäytännössä toimivasta opettajasta. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Sapsford, R. & Abbot, P. 1992. Research Methods for Nurses and The Caring Professions. Buckingham: Open University Press.

- Saren, S. 1995. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri kouluttaa henkilökuntaa laatuajatteluun. Sairaala 3/1995, 20-22.
- Sarvimäki, A. 1989. Käytännöllisen tiedon luonne. Aikuiskasvatus 9 (2), 48-51.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 1989. Hoitoa ja huolenpitoa. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Shailer, B. 1990. Clinical Learning Environment Audit. Nurse Education Today 10 (3), 220-227.
- Stähle, P. 1993. TQM-lisää laatua opetukseen. Aikuiskasvatus 13 (4), 233-237.
- Suomen kielen perussanakirja. 1992. Toinen osa L - R. Toim. Haarala, R., Lehtinen, M., Grönros, E-R. et al. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.
- Tenner, A. R. & De Toro, I. J. 1992. Total Quality Management. Three steps to Continuous Improvement. Reading. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Terveystieteiden keskiasteen koulutuksen käytännönopetuksen kehittämistoimikunnan mietintö. 1988. Komiteamietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Thorell-Ekstrand, I. & Björvell, H. 1995. Nursing students' experience of care planning activities in clinical education. Nurse Education Today 15 (3), 196-203.
- Uusikylä, K. 1980. Miten kuvaan opetustapahtumaa. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Valkonen, A. 1993. Teknillisen korkeakoulun laatu kehittämissuunnitelma. Tekniikan Akateemisten Liitto TEK. Helsinki.
- Valkonen, A. 1994. Kokeilusta konkretiaan. Ammattikorkeakoulujen toimilupakriteerit ja keinot jatkuvan kehityksen turvaamiseksi. Opetusministeriön työryhmien muistioita 32:1994. Helsinki: Yliopistopaino Oy.
- Valtion työmarkkinalaitos. 1995. Valtion virka- ja työehdot 1995 - 1996. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Vesanto, A. & Munnukka, T. 1996. Opiskelija - omahoitajana toimiminen sairaanhoidon opiskelijoiden ammattitaidon edistämiseksi. *Hoitotiede*. 8 (1), 20-28.
- Vinten, G. 1994. The Behavioural Aspects of Quality Assurance. Lessons from Internal Auditing. *Quality Assurance in Education* 2 (1), 4-12.
- Volanen, V. M. 1990. Koulutuksen tuloksellisuuden arvioinnista. Arviointimenettelyä selvittäneen työryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita 1990:23. Helsinki: Opetusministeriö/monistamo.
- Vuorela, T. 1993. Vuorovaikutus opetustoimen tulosohjauksessa. Otto-hankkeen seurantatutkimuksen esitutkimusvaiheen raportti. Helsinki: Kuntatalon painatuskeskus.
- Vuori, H. 1993. Terveystieteiden laadunvarmistus. Helsinki. Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Walz, C.F., Strickland, O.L. & Lenz E.R. 1991. Measurement in Nursing Research. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Ward, R. 1993. Accident and Emergency as a clinical learning environment. *Accident and Emergency Nursing* 1, 92-97.
- Watts, G. 1989. Students' feedback from practical learning. *Nursing Times* 38 (18), 63.
- Wilson-Barnett, J., Butterworth, T., White, E., Twinn, S., Davies, S. & Riley, L. 1995. Clinical support and the Project 2000 nursing student: Factors influencing this process. *Journal of Advanced Nursing* 21 (6), 1152-1158.
- Winsor, A. 1987. Nursing students' perceptions of clinical experience. *Journal of Nursing Education* 26 (2), 150-154.
- Wong, J. & Wong, S. 1987. Towards effective clinical teaching in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 12 (4), 505-513.
- Wright, C. C. & Whittington, D. 1995. Quality Assurance. An Introduction for Health Care Professionals. Churchill Livingstone.

Zimmerman, L. & Westfall, J. 1988. The Development and Validation of a Scale Measuring Effective Clinical Teaching Behaviours. *Journal of Nursing education* 27 (6), 274-277.

MUUT LÄHTEET:

Glenister, R. 1995. Henkilökohtainen tiedonanto. Telefax-tiedote 16.4.1995

Howarth, S. 1996. Henkilökohtainen tiedonanto. Haastattelu nauhoitettu 26.3.1996

Junnila, M-L. 1995. Terveysthuollon palvelujärjestelmän auditointi. Esitelmä suomalaisen hoitotyön laatukonferenssissa 16-17.10.1995. Helsinki. Kongressiabstracti.

Oppi ja laatu. 1996. Opetustoimen laadun arviointiperusteet. Efektia Oy. Moniste.

Scone, C. 1996a. Increasing the Effectiveness of Quality Assurance and Health Care Education. Unpublished manuscript.

Scone, C. 1996b. Henkilökohtainen tiedonanto. Fax-tiedote 15.4.1996

Vainio, L. 1996. Laadun toteamiseen tarvitaan arviointi. Esitelmä pidetty Kansallinen koulutuksen laatuseminaarissa 4-5.9.1996.

White Paper. 1989. Working for patients. HMSO. London.



**LANCASHIRE COLLEGE OF NURSING&HEALTH STUDIES  
AUDIT OF CLINICAL LEARNING ENVIRONMENT  
KLIINISEN OPPIMISYMPÄRISTÖN AUDITOINTI**

**ALUE:KÄYTÄNNÖN KENTTÄ**

**1. OPISKELIJAN OPPIMISKOKEMUKSET**

- 1= tärkeä  
2= vähemmän tärkeä  
3= ei ollenkaan tärkeä

Ympyröi mielestäsi sopivin -vaihtoehto ( suomalainen klininen oppimisympäristö)

**SELVITYS**

**NÄYTTÖ**

**a) Perehdyttäminen** (siellä, missä osasto/alue on tuntematon opiskelijalle)

Perehdyttämisohjelma

Perehdyttämiselle varataan aikaa 1 2 3

Työvuorotaulukko

Saadakseen oleellista tietoa perehdyttämisohjelma toteutetaan:-

Haastattelu:

1) Osaston tilojen ja organisaation esittely 1 2 3

Opiskelija

2) Toimintaohjeet tulipalon varalta 1 2 3

Hoitaja

3) Varauloskäyntien, suojahuopien ja sammuttimien paikat näytetään 1 2 3

Käytännön arviointi dokumentti

4) Turvallisuustoimenpiteet, periaatteet ja toimintaohjeet 1 2 3

5) Siirto/käsittely/nostolaitteiden tekniikka ja käyttö 1 2 3

6) Toimintaohjeet saapuville ja eteenpäin lähetettävillä viesteillä ja kyselyillä 1 2 3

7) Toimintaohjeet opiskelijan sairastumisen varalta 1 2 3

1= tärkeä 2= vähemmän tärkeä 3= ei ollenkaan tärkeä  
Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto

## SELVITYS

### b) Osaston henkilökunnan valmistamisen/tieto

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1) Osastolla on riittävä määrä koulutettuja arvioijia arvioimaan sallittua suurinta määrää opiskelijoita        | 1 | 2 | 3 |
| 2) Osaston henkilökunta on valmistautunut ottamaan vastaan opiskelijoita  | 1 | 2 | 3 |
| 3) Hoitajat osaavat kertoa opiskelijoiden pätevyystason   | 1 | 2 | 3 |
| 4) Hoitajat osaavat kertoa opiskelijoiden opiskeluvaiheen   | 1 | 2 | 3 |
| 5) Hoitajat ovat selvillä opetus suunnitelman oppimistavoitteista   | 1 | 2 | 3 |
| 6) Hoitajat ovat selvillä niistä kliinisistä taidoista, joita opiskelijoiden tulee saavuttaa                    | 1 | 2 | 3 |
| 7) Hoitajilla on tilaisuus saada tietoa koulutukseen liittyvistä asioista                                       | 1 | 2 | 3 |
| 8) Käytännön kenttä pystyy tarjoamaan olennaisia oppimiskokemuksia tukeakseen yhdessä sovittuja oppimistuloksia | 1 | 2 | 3 |
| 9) Hoitajat tietävät kehen ottaa yhteyttä, jos oppimisympäristössä tapahtuu muutoksia                           | 1 | 2 | 3 |
| 10) Kentällä saatavat oppimiskokemukset tukevat opiskelijoiden aikaisempia tietoja ja kokemuksia                | 1 | 2 | 3 |
| 11) Teoreettisten opintojen ja osaston oppimiskokemusten välillä on selvä yhteys                                | 1 | 2 | 3 |

## NÄYTTÖ

### Haastattelut:-

Hoitaja  
Opiskelija

Käytännön arviointi  
dokumentti

Potilas/asiakasprofiili

### Osaston profiili:-

(sivu 5 ja 6)  
Arviointikoulutukseen osallistuminen  
Vuosittaiseen arvioijakoulutukseen osallistuminen  
Arvioijien lukumäärä on kirjattu

- 1= tärkeä  
2= vähemmän tärkeä  
3= ei ollenkaan tärkeä

Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto

## SELVITYS

### c) Hoidon organisointi

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 1) Opiskelijaa rohkaistaan osallistumaan hoitotyön päätöksentekoon, joka vastaa opiskelijan kokemustasoa                       | 1 | 2 | 3 |
| 2) Hoitotyötä toteutetaan jonkin yhteisesti hyväksytyyn hoitotyön mallin pohjalta, joka perustuu yksilöllisyyden periaatteelle | 1 | 2 | 3 |
| 3) Opiskelijat voivat osallistua hoidon tarpeen määrittelyyn, suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin                       | 1 | 2 | 3 |
| 4) Hoidon organisointi kuvastaa sitoutumista ryhmätyöskentelyyn  | 1 | 2 | 3 |
| 5) Opiskelijan on mahdollista hankkia taitoja moniammatillisessa ryhmässä toimimiseen  | 1 | 2 | 3 |
| 6) Osastolla toimii eriasteisten hoitotyöntekijöiden välillä hyvä kommunikaatio ja hyvät vuorovaikutussuhteet                  | 1 | 2 | 3 |

## NÄYTTÖ

Hoitosuunnitelmat

Raporttimenetelmät

Hoitaja-opiskeija suhde päätetään raportilla

Työvuorolista

Dokumentointi:-

Hoitotyön malli

Tutkimuksiin perustuvaa

Hallinnollinen eetos

Ryhmäkokoukset

Haastattelut:-

Opiskelija

Ohjaaja

Arvioija

Osastonhoitaja

- 1= tärkeä  
2= vähemmän tärkeä  
3= ei ollenkaan tärkeä

Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto

## SELVITYS

### d) Arviointi/opettaminen/oppiminen

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 1) Osastosta vastuussa oleva henkilö varmistaa, että jokaiselle opiskelijalle osoitetaan arvioija        | 1 | 2 | 3 |
| 2) Arvioija työskentelee opiskelijan kanssa ennalta sovitun pituisen ajan, määritelty kurssidokumentissa | 1 | 2 | 3 |
| 3) Virallista opetusohjelmaa toteutetaan   | 1 | 2 | 3 |
| 4) Osastolla on mahdollisuus epävirallisiin opetustilanteisiin   | 1 | 2 | 3 |
| 5) Opiskelija saa palautetta edistymisestään oppilaitoksen arviointiperiaatteiden mukaisesti             | 1 | 2 | 3 |
| 6) Tukitoimenpiteisiin ryhdytään, jos opiskelija ei onnistu saavuttamaan vaadittua tasoa                 | 1 | 2 | 3 |
| 7) Opiskelijoilla on mahdollisuus valita oma ohjaaja ko kliinisellä kentällä                             | 1 | 2 | 3 |
| 8) Opiskelija tuntee arviointijärjestelmän   | 1 | 2 | 3 |

## NÄYTTÖ

Osastoprofiili

Haastattelut:-  
Hoitaja  
Opiskelija  
Arvioija  
Ohjaaja

Opetusohjelma

Työvuorolistat

Opiskelijalle on osoitettu arvioija

Käytännön arviointi dokumentti (s 6)

Oppilaitoksen toimintaohjeet

## 2. OPETTAJIIN LIITTYVÄ NÄKÖKULMA

- 1= tärkeä  
2= vähemmän tärkeä  
3= ei ollenkaan tärkeä

Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto

### SELVITYS

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1) Alueella on nimetty yhdysopettaja  | 1 | 2 | 3 |
| 2) Kentän henkilökunta tietää kuka on yhdysopettaja                                     | 1 | 2 | 3 |
| 3) Yhdysopettaja on tehnyt (kirjallisen) sopimuksen ylihoitajan kanssa                  | 1 | 2 | 3 |
| 4) Yhdysopettaja on koko henkiökunnan saatavilla  | 1 | 2 | 3 |
| 5) Hoitajat pääsevät arvioijien valmentamiskursseille                                   | 1 | 2 | 3 |
| 6) Henkilökunta tuntee arviointijärjestelmän  | 1 | 2 | 3 |
| 7) Oppilaitos varmistaa, että kentän henkilökunta on tietoinen opiskelijoiden tarpeista | 1 | 2 | 3 |

### NÄYTTÖ

#### Haastattelut:-

Hoitaja  
Arvioija  
Opiskelija

#### Dokumentointi:-

Henkilökunnan ammatillinen profiili  
Arviointisysteemi  
Yhdysopettajalista  
Koulun tarjoama koulutus  
Yhteyssovimukset

#### Arvioijien osallistuminen

Seminaarit  
Kokoukset

Arviointijärjestelmä

### 3. KENTÄN HENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMA

- 1= tärkeä  
2= vähemmän tärkeä  
3= ei ollenkaan tärkeä

Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto

#### SELVITYS

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 1) Hoitofilosofia on olemassa  | 1 | 2 | 3 |
| 2) On sitouduttu hoitofilosofiaan  | 1 | 2 | 3 |
| 3) On sitouduttu yksilölliseen hoitoon                                       | 1 | 2 | 3 |
| 4) Hoitoa toteutetaan ryhmätyönä   | 1 | 2 | 3 |
| 5) Hoidon jatkuvuudesta ja johdonmukaisuudesta on näyttöä                    | 1 | 2 | 3 |
| 6) Hoidossa sovelletaan relevantteja tutkimuslöydöksiä/tuloksia              | 1 | 2 | 3 |
| 7) Käytetään moniammatillista ryhmätyötä                                     | 1 | 2 | 3 |
| 8) Moniammatillisia kokouksia pidetään säännöllisesti                        | 1 | 2 | 3 |
| 9) Opiskelijoita rohkaistaan osallistumaan moniammatilliseen hoitotyöhön     | 1 | 2 | 3 |
| 10) Potilas/asiakashoito toteutuu yhdenmukaisesti kentän tavoitteiden kanssa | 1 | 2 | 3 |

#### NÄYTTÖ

- Potilas/asiakasprofiili
- Hoitofilosofia
- Hoitosuunnitelma
- Ryhmätyöskentely
- Yksilövastuinen hoitotyö
- Nimetty hoitaja
- Hoitokäytännön muutoksia (spesifioi):
- Todisteita potilastyytyväisistä  
Lehtiä/tutkimusraportteja saatavilla
- Kokousmuistiinpanot
- Jatkohoitoyhteydet
- Ajankohtaiset tutkimukset/projektit alueella
- Haastattelu:-  
Opiskelija  
Hoitaja

#### 4. YMPÄRISTÖ

- 1= tärkeä  
2= vähemmän tärkeä  
3= ei ollenkaan tärkeä

Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto

##### SELVITYS

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1) Asiakas/potilashoito on laadukasta                                 | 1 | 2 | 3 |
| 2) Käytännön harjoitteluympäristö tukee opetus/oppimismahdollisuuksia | 1 | 2 | 3 |
| 3) Opiskelumateriaalia on helposti saatavilla                         | 1 | 2 | 3 |
| 4) Välineet toimivat tehokkaasti ja turvallisesti                     | 1 | 2 | 3 |
| 5) Terveys- ja turvallisuuskriteerit täytetään                        | 1 | 2 | 3 |

##### NÄYTTÖ

Potilasasiakirjat/potilaan oikeudet  
Ympäristökatselmus

Potilastyytyväisyystietoa

##### Haastattelut:-

Opiskelija  
Hoitaja  
Toimintaohjelma  
Potilas/asiakas

Riskin arviointi/hallintatietoa