

SAIRAAHOITAJAN ASiantuntijuus POLIKLIINISESSA HOITOTYÖSSÄ
INTEGROITU KIRJALLISUUSKATSAUS

Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Hoitotiede
Virpi Salo
Pro gradu -tutkielma
Syksy 2017

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Hoitotiede

SALO VIRPI

Sairaanhoitajan asiantuntijuus polikliinisessa hoitotyössä – Integroitu kirjallisuuskatsaus

Pro gradu -tutkielma, 64 sivua, 2 liitettä (18 sivua)

Ohjaajat: TtT, professori Eija Paavilainen ja FT, yliopistonlehtori, dosentti Jari Kylmä

Joulukuu 2017

Sairaanhoitajien tehtävänkuvat ovat laajentuneet vuosien myötä. Sairaanhoitajien asiantuntijatehtävillä pyritään vastaamaan väestön moninaisiin terveystarpeisiin. Hoitotyön vaatimukset lisäävät sairaanhoitajien jatkuvaa kouluttautumisen tarvetta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata integroidun kirjallisuuskatsauksen avulla sairaanhoitajan asiantuntijuutta polikliinisessa hoitotyössä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajan asiantuntijuudesta polikliinisessa hoitotyössä. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineisto perustui Cinahl-, Medic-, Medline- ja Melinda tietokannoista tehtyihin hakuihin vuosilta 2007-2017. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin tutkimusaiheen rajauksen perusteella 32 sairaanhoitajan asiantuntijuutta kuvaavaa tutkimusta polikliinisessa hoitotyössä. Tutkimusten analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysia.

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajien asiantuntijuutta polikliinisessa hoitotyössä kuvattiin seitsemällä eri tavalla, joita olivat terveydenedistäjä, hoidon tarpeen arvioija, laajennetun tehtäväkuvan toteuttaja, hoitotyön kehittäjä ja osaaja, konsultoiva tiimityöskentelijä, motivoiva asioidenhoitaja ja empaattinen vuorovaikuttaja. Sairaanhoitajilla on yhä merkittävämpi rooli terveydenedistäjinä. Useat sairaanhoitajat olivat moniammatillisia osaajia ja he pitivät itseään hoitotyön asiantuntijoina. He tekivät hoidon tarpeen arviointia ja laajennettuja tehtäväkuvia poliklinikalla. Sairaanhoitajilla oli erilaisia taitoja työskennellä itsenäisesti yhteistyössä muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Kollegiaalisen työyhteisön nähtiin edistävän hoitotyön autonomiaa hoitotyössä. Sairaanhoitajilla oli erilaisia vastuita, valtuudet tehdä päätöksiä ja vapaus toimia niiden mukaisesti hyödyntäen oman ammattinsa tietopohjaa. Lisääntyneet työtehtävät lisäsivät sairaanhoitajien henkilökohtaista työtyytyväisyyttä, koska he saivat tehdä laajennettuja työtehtäviä. Sairaanhoitajalla oli konsultoiva rooli ja häneltä odotettiin monenlaista osaamista. Sairaanhoitaja ymmärrettiin empaattisena vuorovaikuttajana, joka kohtasi potilaat yksilöllisesti. Lisäkouluttautuminen mahdollisti uusien erityistehtävien saamisen työssä.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että sairaanhoitajilla on monenlaista asiantuntijuutta ja useita rooleja polikliinisessa hoitotyössä. Sairaanhoitajat kokevat lisätehtävien saamisen lisäävän työtyytyväisyyttä. Ammatillinen kehittyminen ja jatkuvan kouluttautumisen tarve tiedostetaan. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien asiantuntijuuden kehittämisessä polikliinisessa hoitotyössä.

Asiasanat: sairaanhoitaja, asiantuntijuus, polikliininen hoitotyö

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Faculty of Social Sciences

Nursing Science

SALO VIRPI

Nursing expertise in polyclinic nursing - Integrated review of the literature

Master's thesis, 64 pages, 2 appendices (18 pages)

Advisors: Eija Paavilainen PhD, Professor and Jari Kylmä PhD, Adjunct Professor, University Lecturer

December 2017

The job description of nurses has expanded over the years. The nurses' expert tasks are geared towards responding to the many health needs of the population. Nursing demands increase the need for continuous training of nurses. The aim of the study was to describe the expertise of a nurse in polyclinic nursing through an integrated literature review. The aim of the study was to provide information on nursing expertise in polyclinic nursing. The literature review material was based on searches for databases from ChinaHL, Medic, Medline and Melinda for 2007-2017. In the literature review, a study of the expertise of 32 nurses on polyclinic nursing was selected based on the research topic. Content analysis was used to analyze the studies.

According to the research results, nurses' expertise in polyclinic nursing was described in seven ways: health assessor, assessor of need for care, broadened task image, nursing developer and expert, consultant teamworker, motivational actor and empathic interactionist. Nurses play an increasingly important role as health care providers. Several nurses were multidisciplinary experts and they considered themselves nursing experts. They made evaluation of the need for care and expanded tasks at the polyclinic. Nurses had different skills to work independently in co-operation with other people involved in the treatment. The collegial work community was seen to promote the autonomy of nursing in nursing. The nurses had different responsibilities, the power to make decisions and the freedom to act accordingly, utilizing the knowledge base of their own profession. Increased workload increased the personal job satisfaction of nurses because they were able to carry out extended work assignments. The nurse had a consultative role and was expected to have a wide range of skills. The nurse was understood as an empathetic interaction that confronted the patients individually. Additional training enabled new special assignments to be made at work.

Conclusions show that nurses have a variety of expertise and several roles in polyclinic nursing. Nurses experience additional workloads to increase job satisfaction. Vocational development and the need for continuous training are well-known. Research results can be used to develop nursing expertise in polyclinic nursing.

Keywords: nurse, expertise, outpatient care

Sisältö

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO.....	5
2 SAIRAANHOITAJIEN ASiantuntijuuden Tausta	10
3 INTEGROIDUN Kirjallisuuskatsauksen Tarkoitus, Tavoite ja Tutkimuskysymykset	20
4 INTEGROIDUN Kirjallisuuskatsauksen Toteuttaminen	21
4.1 Aineiston haku ja valinta	22
4.2 Aineiston analysointi	25
5 TUTKIMUSTULOKSET	26
5.1 Terveydenedistäjä.....	27
5.2 Hoidon tarpeen arvioija	27
5.3 Laajennetun tehtäväkuvan toteuttaja	29
5.4 Hoitotyön kehittäjä ja osaaja	30
5.5 Konsultoiva tiimityöskentelijä.....	31
5.6 Motivoiva asioidenhoitaja	33
5.7 Empaattinen vuorovaikuttaja.....	33
6 POHDINTA.....	36
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	36
6.2 Tutkimuksen eettisyys	38
6.3 Tutkimuksen luotettavuus	39
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	39
LÄHTEET	41
LIITTEET.....	47
Liite 1: Analysoidut tutkimukset	47
Liite 2: Integroidussa kirjallisuuskatsauksessa olevat tutkimukset taulukoituna	50

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata integroidun kirjallisuuskatsauksen avulla sairaanhoitajan asiantuntijuutta polikliinisessa hoitotyössä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajan asiantuntijuudesta polikliinisessa hoitotyössä.

Tuleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus) tuonee muutoksia sairaanhoitajan työn osaamisvaatimuksiin. Sairaanhoitajilla on erityisasema potilaiden tarpeisiin vastaamisessa. Sairaanhoitajat toteuttavat ja koordinoivat hoitotyötä monenlaisessa ympäristössä, seuraavat kehitystä ja koulutautuvat (Cotrell, Jonas, Bergsten, Blaas, Torre Aboki, Howse, Korandova, Löfman, Logtenberg, Lupton, Mallon, Oliver, Pickles & Bulinckx 2012). Sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin vaikuttavat muun muassa palvelurakenteiden, lainsäädännön ja väestön palvelutarpeiden muutokset. Sairaanhoitajilla on tärkeä rooli tulevassa sote-uudistuksessa, koska heidän työnsä ja osaamisensa ovat merkittävässä roolissa kansansairauksien ehkäisemisessä, hoitoon pääsyssä, laadun ja turvallisuuden varmistamisessa sekä kustannustehokkuudessa. Asiakkaat ja potilaat osallistuvat yhä enemmän oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Vuoden 2019 alussa tulee valinnanvapauslaki, jonka tarkoituksena on vahvistaa perustason palveluita ja turvata nopea hoitoon pääsy. (Hahtela & Meretoja 2017; STM 2016; STM 2017.) Suomalaisista yli 4% koki vuonna 2013 jääneensä paitsi terveystalvasta, joihin he eivät saaneet riittävästi apua etäisyyden, palvelun hinnan tai pitkän odotusajan vuoksi (OECD 2015).

Sairaanhoitajien tehtävänkuvat ovat laajentuneet vuosien myötä. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään hoitotyön vastualueet sekä moniammatillisen ja -tieteisen yhteistyön merkittävyys terveystalvasta toteuttamisessa. Laki edellyttää, että terveystalvasta tulee olla turvallisia, laadukkaita ja asianmukaisesti tuotettuja. Sairaanhoitajien asiantuntijatehtävillä pyritään vastaamaan väestön moninaisiin terveystarpeisiin (Hahtela ym. 2017). Asiantuntijuus kehittyy työkokemuksen ja osaamista tukevan koulutuksen myötä. Kansainvälisesti tarkastellen asiakasvastaava -mallilla on saatu hyviä tuloksia monisairaiden asiakkaiden hoitotasapainoon sekä kustannustehokkuutta vähentyneiden sairaalajaksojen ja/tai päivystyskäyntien myötä (Sairaanhoitajat 2014a). Sairaanhoitajien laajennetuista tehtävänkuvista keskustellaan laajasti kansainvälisesti sekä sairaanhoitajajärjestöjen Eurooppatason (EFN) että globaalitason (ICN) kokouksissa. Sairaanhoitajien laajentuneiden työnkuvien pohjana on hoitotyössä hankitut korkeat tiedon, taidon ja kokemuksen tasot. Terminologiaa pyritään myös yhtenäistämään. Advanced Practice Nursing (APN) merkitsee edistyneempiä tiedon, taidon ja kokemuksen tasoja. Tätä nimitystä käytetään Australiassa

ja Tanskassa. APN sisältää Clinical Nurse Specialist (CNS) ja Nurse Practitioner (NP) roolit. Clinical Nurse Specialist (CNS) ovat rekisteröityjä sairaanhoitajia, joilla on usein maisteri- tai tohtoritutkinto sekä erityisosaamista joltakin hoitotyön erikoisalalta. He työskentelevät sairaaloissa tehden kouluttajan, kliinisen asiantuntijan, konsultin, tutkijan, johtajan, muutosagentin tai innovaattorin tehtäviä. Nurse Practitioners (NP) ovat myös rekisteröityjä sairaanhoitajia, joilla on lisäkoulutusta ja työkokemusta, minkä perusteella he pystyvät tulkitsemaan diagnostisia testejä ja pystyvät itsenäisesti tekemään diagnooseja. Joissakin maissa sairaanhoitajat voivat määrätä lääkkeitä ja tehdä toimenpiteitä oman ammattialansa rajoissa. Suomessa ei ole kuitenkaan vielä kehitetty virallisia APN kategorioita. (Sairaanhoitajat 2014a.) Yhdysvalloissa kliinisinä sairaanhoitajina toimii yhdeksän prosenttia sairaanhoitajista (Delamair & Lafortune 2010).

Hoitajien roolin muutosta voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Lääkäreiden ja hoitajien lukumäärä on muuttunut siten, että hoitajia on aiempaa enemmän suhteessa lääkäreihin. Hoitajien työpanos terveyskeskuksissa ja –asemilla koostuu muun muassa vastaanottotyöstä, puhelinneuvonnasta, kiireellisistä päivystysluonteisista asioista, hoidon tarpeen arvioinnista, pitkäaikaissairauksien hoitotyöstä ja sähköisiin palveluihin käytettävästä työajasta. Hoitajien työ päivystysluonteisissa vastaanottotehtävissä nähdään melko itsenäisenä. Usein hoitaja vastaanottaa potilaan tarvitsematta lääkärin konsultaatiota tai ohjausta. Hoitajien vastaanottotyön lisääntyminen ja itsenäinen työ päivystysluontoisessa vastaanottotyössä ovat vahvistaneet hoitajien roolia. (Parhiala, Hetemaa, Sinervo, Nuorteva, Luoto & Krohn 2016.) Asiantuntijuuden ominaispiirteiksi hoitotyössä nähdään potilaan tuntemus ja hoitotyön osaaminen. Asiantuntijuus kehittyy sairaanhoitajilla koulutuksen ja kokemuksen myötä. (Morrison ja Symes 2011.)

Sairaanhoitajan työnkuva ja ammatillinen toiminta tulee kehittyä, koska muutoksia tapahtuu sekä asiakaskunnassa että sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoidon suunnittelulta edellytetään yhä yksilöllisempää hoitoa, mihin hoitajan tulee kouluttautua. Tämän vuoksi sairaanhoitajalla tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot ja taitoa havaita asiakkaan yksilölliset tarpeet sekä uudenlaiset palvelu- ja yhteistyötaidot työskennellessään monialaisissa työyhteisöissä. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen myötä Suomen palvelujärjestelmiä tulee olemaan 18 maakuntaa nykyisten 151 järjestäjän sijaan. (Parhiala ym. 2016; Sipilä, Miettinen, Holopainen, Kyngäs, Turunen, Voutilainen & Pölkki, 2015, 52; STM 2017.)

Suomessa terveydenhuoltomenot ovat olleet jatkuvassa kasvussa. Terveydenhuoltomenojen kasvun hillitsemiseksi on pyritty tekemään tehtävänsiirtoja erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja lääkäreiltä sairaanhoitajille. Asiakasvastaava –mallilla on saatu hyviä tuloksia monisairaiden

asiakkaiden hoitotasapainoon sekä kustannustehokkuutta vähentyneiden sairaalajaksojen ja/tai päivystyskäyntien myötä (Sairaanhoitajat 2014a). Useita eri tehtäviä on osittain siirretty lääkäreiltä sairaanhoitajille, kuten laboratoriotutkimuksiin vastaaminen, sairauslomatodistusten kirjoittaminen, pienten haavojen tutkiminen, ompelu ja liimaus, infektiopotilaiden tutkiminen ja hoito ja sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi & Pyhälä-Liljeström 2012; Nieminen, Mannevaara & Fagerström 2011; Stenner & Courtenay 2008; Jokiniemi, Haatainen, Meretoja & Pietilä 2015; Sairaanhoitajat 2014b.) Sairaanhoitajien tehtäviin kuuluvat nykyisin myös Marevan hoidon ylläpito, potilaan ohjaukset sekä pitkäaikaissairaiden hoitojen kontrollointi (Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016). Luukkalan ja Heikkilän (2013) mukaan rajattu lääkkeenmäärääminen ja siihen liittyvä osaaminen edellyttävät korkeakoulutasoista osaamista. Lääkkeenmääräämisoikeuden saaneet hoitajat kokivat tärkeänä roolinsa ohjaajina ja tiedon jakajina työyhteisössään (Stenner & Courtenay 2008). Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus on terveydenhuollon ammattihenkilölaissa (L433/2010, 14§) tarkoitettu erikoispätevyys. Suomessa toimii eri poliklinikoilla lääkkeenmääräämisen oikeuden omaavia sairaanhoitajia. Suomessa ensimmäiset sairaanhoitajat saivat rajatun lääkkeenmääräämisen oikeuden kesäkuussa 2012. (Sairaanhoitajat 2014a.) Sairaanhoitajan lääkkeenmääräisoikeus on ollut mahdollista jo vuosien ajan muun muassa Irlannissa, Ruotsissa, USA:ssa, Kanadassa, Australiassa, Uudessa-Seelannissa ja Isossa-Britanniassa (Latter, Maben, Myall & Young 2007).

Suomessa laajennetulla tehtävänkuvalla toimiminen edellyttää lisäkouluttautumista. Suomessa sairaanhoitajia kouluttavat ammattikorkeakoulut. Sairaanhoitajatutkinnon laajuus on 210 opintopistettä ja koulutus kestää 3,5 vuotta. Koulutus sisältää perus- ja ammattiopintoja, vaihtoehtoisia ammattiopintoja, harjoitteluita, opinnäytetyön, kypsyysnäytteen sekä vapaasti valittavia opintoja. (Ammattikorkeakouluasetus 352/2003). Ammattikorkeakoulut ja yliopistot tarjoavat erilaisia koulutusvaihtoehtoja laajempiin työnkuviin. Tällaisia ovat esimerkiksi kliinisen asiantuntijan, kliinisen hoitotieteen asiantuntijan, asiakasvastaavan sekä rajattu lääkkeenmääräämisoikeus koulutukset. (Sairaanhoitajat 2014a.) Ammattikorkeakoulut ovat voineet tarjota erikoistumiskoulutusta vuodesta 2015 lähtien. Erikoistumiskoulutukset, jonka laajuus on vähintään 30 opintopistettä, hyödyntävät korkeakoulujen tutkimus- ja kehittämisosaamista sekä vastaavat työ- ja elinkeinoelämän osaamistarpeisiin. Erikoistumiskoulutusten tavoitteena on koulutustaustan ja työkokemuksen pohjalta auttaa työntekijää toimimaan vaativissa asiantuntijatehtävissä, antaa asiantuntijuuden edellyttämän syvällisen erityisosaamisen tai monialaisen kokonaisuuden hallinnan, auttaa arvioimaan ja kehittämään erityisalansa ammatillisia

käytäntöjä sekä toimimaan yhteisöissä ja verkostoissa oman erityisalansa asiantuntijana. (Sairaanhoitajat 2017.)

Työnjaon kehittämistä on tuettu myös lakimuutoksilla. OECD on arvioinut Suomen kuuluvan kehittyneiden maiden joukkoon kirjoittamassaan raportissa sairaanhoitajien laajennetuista tehtäväkuvista. Vuonna 2015 Sosiaali- ja terveysministeriön Terveystieteiden tutkimuskeskuksen neuvottelukunnan asettama jaosto pohti sairaanhoitajien tulevia toimenkuvia. Jaoston mukaan maakuntien ja alueen korkeakoulujen tulisi sopia kehityssuunnat, joissa huomioidaan kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan työnkuvaan ja osaamiseen liittyviä muutoksia. Sairaanhoitajan osaamista tulisi kehittää muun muassa kuntouttavan työotteiden integroimisessa käytännön hoitotyöhön, ravitsemustilan arvioinnissa ja seurannassa sekä lääkehoidon turvallisessa toteutuksessa. Kliiniseen hoitotyöhön erikoistunut sairaanhoitaja voi hyödyntää osaamista palvelutarpeen arvioinnissa, hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisessa sekä asiakkaan ohjaamisessa erilaisissa tukipalveluissa.

Sairaanhoitaja nähdään edelleen väestön terveydenedistäjänä ja ylläpitäjänä, sairauksien ehkäisijänä sekä kärsimysten lievittäjänä. (Delamaire & Lafortune 2010; Luukkola & Heikkilä 2013; STM 2015; STM 2016.) Sairaanhoitajan roolina on rohkaista ja auttaa potilaita käyttämään uusia palveluita. Sairaanhoitaja toimii tulevaisuudessa potilaiden terveysvalmentajana hyödyntäen terveysteknologiaa virtuaalisissa ympäristöissä. Tämä edellyttää sairaanhoitajilta erilaisten tietojärjestelmien- ja sovellusten osaamista sekä asiantuntemusta tietoturva-asioista. (Hahtela ym. 2017.) Hoitopäätökset pohjautuvat näyttöön perustuvaan hoitotyöhön, joka sisältää asiakkaiden ja potilaiden hoidon tarpeiden määrittämisen, hoitotyön tavoitteiden asettamisen, hoitotoimenpiteiden valinnan sekä hoitotulosten arvioinnin. Näyttöön perustuva toiminta hoitotyössä tarvitsee hoitajia, jotka seuraavat kehitystä pysyäkseen ajan tasalla ja kykenevät yhdistämään erilaista tietoa tehdessään päätöksiä. (STM 2012.)

Parhailaan oleva sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) aluekehitys tuo omat haasteensa terveydenhuollon toimintaan, muun muassa väestön ikärakenteen alueellisilla eroilla sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden uudelleen organisoimisella. Näihin muutoksiin on vastattu rakenteellisilla ja sisällöllisillä muutoksilla, esimerkiksi vähentämällä sairaalapaikkoja ja lisäämällä avohoitoa. Asiakas on merkittävässä roolissa oman sairautensa asiantuntijana, terveytensä ylläpitäjänä ja palvelujen käyttäjänä. Tämä korostuu yhä enemmän terveyspalveluissa. Hoidon tuloksiin vaikuttaa asiakkaiden omat päätökset ja kuinka he huolehtivat elintavoistaan. Tärkeää on asiakkaan tukeminen ja mahdollisuuden antaminen osallistua omaa hoitoon ja hoitopaikan valintaan. Väestön ikärakenteen

alueelliset erot tuovat haasteita sosiaali- ja terveyspalvelujen uudelleen organisoimisessa. Tämän vuoksi palvelujen saatavuus ja asiakkaiden yhdenarvoisuus edellyttää nykyistä laajempaa alueellista yhteistyötä. (Eriksson, Merasto, Sipilä & Korhonen 2013.)

2 SAIRAANHOITAJIEN ASIAANTUNTIJUUDEN TAUSTA

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015). Sairaanhoitajien asiantuntijuus on laaja-alaista sekä monialaista johtuen muun muassa monitahoisesta toimintakentästä. Hoitotyön asiantuntijuus edellyttää monitieteistä tietoperustaa, vuorovaikutustaitoja ja muutososaamista. Sairaanhoitajan asiantuntijuuteen kuuluu ammatillisen asiantuntijuuden lisäksi jatkuva toimintaympäristön ja – kulttuurin hahmottaminen sekä yhteiskunnallisten kehityssuuntien seuraaminen. Asiantuntijuuden ylläpitäminen edellyttää jatkuvaa oppimista. (Luukkainen & Uosukainen 2011.)

Sairaanhoitajaliiton (nykyisin Sairaanhoitajat) tehtävänä on edistää sairaanhoitajien asemaa asiantuntijoina, kehittää hoitotyötä ja tarjota ammatillista tukea. Uudistunut asiantuntijatyö pyrkii muun muassa saamaan sairaanhoitajan työn paremmin näkyväksi, nostamaan hoitotyön profiilia ja ammattiympäristöä. (Sairaanhoitajat 2014c.) Sairaanhoitajan tehtävänkuvan laajentuminen merkitsee yksilön oppimista sekä koko työyhteisön oppimista (Collin ym. 2012, 33). Benner (2009) on kuvannut asiantuntijuuden kehittymistä novisisista asiantuntijaksi. Nämä vaiheet ovat: aloittelija (novice), edistynyt aloittelija (advanced beginner), pätevä ongelmanratkaisija (competent), taitava suorittaja (proficient) ja asiantuntija (expert). Tullakseen asiantuntijaksi, on nämä vaiheet käytävä läpi. Novisisilla ongelmien ratkaisu tapahtuu sääntöjen ja toimintaohjeiden varassa, suhde toimintaympäristöön on irrallinen. Edistynyt aloittelija pystyy ottamaan huomioon tilannetekijöitä, mutta ei ole vielä tietoista tavoitteenasettelua. Pätevä ongelmanratkaisija on tietoinen tavoitteenasettelusta ja toiminta on tuloskeskeistä. Taitava suorittaja pyrkii ymmärtämään toimintaympäristöä ja hahmottaa tilanteita kokonaisuuksina. Hän luottaa kokemukseensa ja mallitapauksiin. Asiantuntija toimii kokemuksen perusteella, on työhönsä sitoutunut ja kykenee intuitiiviseen päätöksentekoon.

Asiantuntijatehtävien vaikuttavuudesta on olemassa kansainvälistä tutkimusta (Donald ym. 2014, Newhouse ym. 2011, Jennings, Clifford & O'Connell 2015). Sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön asiantuntemus on osa laadukasta hoitotyötä. Asiantuntemukseen vaikuttavien tekijöiden tutkimus on pääosin keskittynyt sairaanhoitajien yksilöllisiin ominaisuuksiin, kuten työkokemukseen ja koulutustasoon. (McHugh & Lake 2010.) Räsänen, Stenvall ja Heikkinen (2016) tarkastelevat työntekijöiden kompetensseja sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämisessä, tuoden esiin millaisia kompetensseja tarvitaan palveluita kehitettäessä, erityisesti kliinisen hoitotyön asiantuntijuuden kompetensseihin. Hoitotyön kliinisen toimintaympäristön kompetenssin sisältö muodostuu

seitsemästä osa-alueesta ja niiden keskinäisestä vuorovaikutuksesta, joita ovat substanssin asiantuntija, kollegoiden mentori, työyhteisön valmentaja, potilaan asianajaja, innovatiivinen kehittäjä, vaikuttaja ja sosiaalinen minuus. (Räsänen ym. 2016.) Sairaanhoidajan kliininen osaaminen kehittyy sellaisessa työympäristössä, joka antaa mahdollisuuden kehittymiselle. Tällaisen mahdollistaa kannustava ja arvostava työympäristö. Sairaanhoidajan yksilölliset ominaisuudet, kuten koulutustaso ja vuosien työkokemus vaikuttavat sairaanhoidajan kliiniseen asiantuntemukseen. Tämän vuoksi tulisi olla mahdollisuus jatkuvaan kouluttautumiseen ja palautteen saamiseen. (McHugh ym. 2010.)

Hoffman, Aitken ja Duffield (2009) ovat vertailleet asiantuntijasairaanhoidajien ja aloittelevien sairaanhoidajien päätöksentekovalmiuksia kliinisessä hoitotyössä. Asiantuntijasairaanhoidajat ennakoivat asioita ja suunnittelivat hoitoa ongelmien ehkäisemiseksi enemmän kuin aloittelevat sairaanhoidajat. Jokiniemi (2014) on tutkinut kliinisen hoitotyön asiantuntijatehtävää kansainvälisestä ja kansallisesta näkökulmasta. Hänen tutkimuksensa mukaan hoitotyön asiantuntijan tehtävä on pääsääntöisesti yhtenevä kansainvälisen tehtävänkuvan kanssa. Hän määrittelee kliinisen hoitotyön asiantuntijoiden olevan kokeneita ja itsenäisiä työntekijöitä, joiden työ sisältää erikoistumista, laajennettuja tehtävänkuvia ja erilaisia vastuualueita. Tällaiset kansallisesti sovitut hoitotyön määritelmät ja toimintaperiaatteet luovat mahdollisuuden yhteneväiseen tehtävienkuvien kehittämiseen tulevaisuudessa. Hyvä suunnittelu, toteutus ja arviointi mahdollistavat hoitotyön asiantuntijatehtävien kehittymisen, mikä hyödyntää potilasta, hoitotyötä, organisaatiota ja yhteiskuntaa tulevaisuudessa. Liimatainen (2009) on kuvannut sairaanhoidajien laajennetun tehtäväkuvan edellyttämää koulutuksen suunnittelua, sisältöä ja toteutusta sekä yksilöllisen osaamisen kehittymistä ja sen liittymistä työnjakoon. Laineen, Meretojan ja Huplin (2010) tutkimuksen mukaan työelämän asiantuntijat odottavat vastavalmistuneiden sairaanhoidajien ammatilliselta kokonaispätevyydeltä melko hyvää tasoa tai hyvää tasoa hoitotyön eri osa-alueilla. Korkeimmat odotukset työelämän asiantuntijat kohdistivat ammatillisen pätevyyden lisäksi auttamisen osa-alueella. Koulutus arvioitiin lähes kaikessa hoitotyön toiminnassa melko tai erittäin tärkeäksi.

Sairaanhoidajan asiantuntijuuteen kuuluu muun muassa potilaan omahoidon tukeminen. Sairaanhoidajat toimivat potilaan valmentajina, mentoreina ja kumppaneina. Sairaanhoidajilta edellytetään laajojen palvelukokonaisuuksien hallintaa, koska palveluita tuotetaan aikaisempaa enemmän verkostomaisina toimintamalleina. Teknologian nähdään myös muuttavan sairaanhoidajan työtä ja osaamisvaatimuksia; perinteisten terveystalvelujen rinnalle tulee erilaisia digitaalisia palveluja. Sairaanhoidajat tarvitsevat vahvaa kliinistä osaamista, joissa voivat hyödyntää teknologiaa.

Teknologian avulla sairaanhoitajat voivat koordinoida asiakkaan hoitoa ja luoda verkostoja muiden palveluntuottajien kanssa. (Hahtela ym. 2017.) Sairaanhoitajille on siirtynyt useita tehtäviä muun muassa lääkäreiltä, minkä vuoksi sairaanhoitajat kokevat tarvetta lisäkouluttautumiseen. (Collin ym. 2012, 33; Eriksson ym. 2013).

Duryn, Hallin, Dananin, Mondouxin, Aquiar Barbieri-Figueirebon, Costan ja Deboutin (2014) mukaan asiantuntijasairaanhoitajilla on vielä epäselviä rooleja Euroopassa, vaikka lisäkoulutusta on ollut olemassa jo vuosia. Sairaanhoitajan asiantuntijuutta tulisi tukea heidän työssään edistämällä sairaanhoitajien kokemusta ja tiedon jakamista työyhteisössä (Morris 2011). Lisäkouluttautuneet sairaanhoitajat toimivat erilaisilla poliklinikoilla, jossa työnkuvaan sisältyy tietynlainen vastuualue. Hoitotyön kliininen asiantuntija ymmärretään henkilönä, joka soveltaa näyttöön perustuvia käytäntöjä ja osallistuu niiden kehittämiseen. Näyttöön perustuva toiminta sisältää hoitotyön päätöksenteon, ammatillisen toiminnan, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä asiakaskeskeiset ja moniammatilliset toimintatavat, mitkä perustuvat ajantasaiseen tietoon. (STM 2012.) Kliiniseksi asiantuntijaksi kehittyminen etenee työtehtävien ja työn tekemisen kautta (Benner 2006; Räsänen ym. 2016). Sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntijan rooli on kouluttaa, ohjata ja valmentaa kollegoita. Sairaanhoitaja tunnistaa itsensä vahvana asiantuntijana omalla hoitotyön vastuualueellaan. (Räsänen ym. 2016.)

OECD maissa pidetään erilaisia tilastoja terveydenhuoltojärjestelmistä ja terveydenhuoltohenkilöstöstä. Tilastojen avulla voidaan verrata muun muassa OECD maiden terveydenhuoltohenkilöstön määrää ja kouluttautuneisuutta. OECD:n raportin mukaan sairaanhoitajien mahdollisuus konsultoida lääkäreitä poliklinikoilla vaihtelee eri maissa, esimerkiksi Suomessa ja Ruotsissa konsultoituihin lääkäreihin vähemmän kuin muissa OECD maissa. Tämä selittyisi muun muassa sillä, että sairaanhoitajilla on tärkeä rooli terveyskeskuksissa, joissa he pitävät päivystävän sairaanhoitajan vastaanottoja. (OECD 2015, 100.) Sairaanhoitajien laajennetut työnkuvat ovat keskustelun aiheena useissa eri maissa. Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto ICN on kartoittanut sairaanhoitajien laajennettuja työnkuvia (Advance Practice), pyrkien yhtenäistämään käytettävissä olevaa terminologiaa. (Sairaanhoitajat 2014a.)

Sairaanhoitajien ammatillista toimintaa ovat ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, laadukkaiden ja vaikuttavien sekä kustannustehokkaiden palveluiden tuottaminen terveydenhuollossa. Sairaanhoitajan ammatillista toimintaa ohjaavat näissä tehtävissä hoitotyön arvot, eettiset periaatteet, voimassa olevat lait ja terveystieteelliset linjaukset. Terveydenhuoltolaissa

(1326/2010) on säädetty hoitotyön vastuualueet sekä moniammatillisen ja –tieteisen yhteistyön merkitys terveystalveluiden toteuttamisessa. (Eriksson ym. 2013.)

Sairaanhoitajilla on erilaisia osaamisvaatimuksia, joita määrittelevät useat lait ja asetukset. Näitä ovat muun muassa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja Terveystalveluolaki (1326/2010). Sairaanhoitajilla on näyttöön perustuva tieto tehdessään hoitopäätöksiä. Näitä ovat asiakkaiden ja potilaiden tarpeiden määrittäminen, hoitotyön tavoitteiden asettaminen, hoitotoimenpiteiden valinta ja hoitotulosten arviointi. Sairaanhoitaja toimii hoitotyön asiantuntijana ja vastaa itsenäisesti tiettyjen potilasryhmien hoidon tarpeen arvioinnista. Sairaanhoitajan on osattava ottaa vastuuta hoitotyön päätöksenteosta ja tuoda asiantuntijuutensa moniammatillisen työyhteisön käyttöön. (Eriksson ym. 2015.) Sairaanhoitajat ovat enemmän potilaiden kanssa kuin lääkärit (Cotrell ym. 2012). Osa lääkäreistä on tuonut esiin halukkuutensa jakaa kliinistä osaamistaan opettamalla sairaanhoitajia. Lääkäreille tulisi antaa mahdollisuus valmistautua tähän tehtävään. (Cangelosi, Crocker & Sorrell 2009.)

Terveystalveluonnon menestyksen tekijöinä nähdään henkilöstön osaaminen ja koulutuksen määrä, jotka ovat myös suuria haasteita laadukkaiden talvelujen tuottamisessa ja kehittämisessä. Sairaanhoitajien osaamisella on suuri merkitys, koska he ovat suurin ammattiryhmä terveystalveluollossa. (Eriksson ym. 2013.) Sairaanhoitajakoulutus pohjautuu Euroopan parlamentin ja neuvoston uudistuneeseen ammattipätevyysdirektiiviin (2013/55/EU). Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen ja pätevyys (kompetenssi) muodostuu yhdeksästä alueesta, joita ovat: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, sosiaali- ja terveystalveluonnon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaalitalvelujen laatu ja turvallisuus. (Eriksson ym. 2015.)

Polikliinista hoitotyötä toteuttavat Suomessa muun muassa asiantuntijasairaanhoitajat. Terveystalveluolalaisissa (2010/1326) määritellään terveystalveluoltohenkilöstön täydennyskoulutusvelvoite, jonka mukaan täydennyskoulutuksen sisällöissä on otettava huomioon henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. Polikliinista hoitotyötä toteutetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa eri muodoissa. Poliklinikalla tarkoitetaan erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon yhteydessä toimivaa potilaiden tutkimus-, hoito-, vastaanotto- ja avohoitopaikkaa, jossa tutkitaan ja hoidetaan potilaita tai asiakkaita ottamatta heitä sairaalaan. Poliklinikalle voidaan varata aika tai tulla lääkärin läheteellä. (Terveystalveluolaki 2010/1326.) Sairaanhoitajilla on monenlaisia rooleja toteuttaessaan

polikliinista hoitotyötä. Sairaanhoidajat toimivat ja ohjeistavat potilaita muun muassa puhelinohjauksessa, internetin välityksellä tai näiden erilaisilla yhdistelminä. Sairaanhoidajan rooli on itsenäinen ja se edellyttää ammatillista osaamista ja kehittämistä. Sairaanhoidaja nähdään myös konsulttina ja kliinisen sairaanhoidon asiantuntijana. (Olsen & Nesbitt 2010; Jokiniemi, Pietilä, Kylmä & Haatainen, 2012; Becker & Doherty 2013, 19-22). Kliinisen hoitotyön osaaminen on tärkeä osa laadukasta hoitoa. Sairaanhoidajan asiantuntijuus kehittyy työvuosien ja kouluttautumisen myötä. (McHugh ym. 2010.) Kliiniseen hoitotyöhön erikoistuneen sairaanhoidajan tulee noudattaa näyttöön perustuvia käytänteitä ja hänen tulee ylläpitää osaamistaan (STM 2016). Hoitotyön kliinisten asiantuntijoiden toiminnan tulosten kehittäminen ja arviointi ovat ajankohtaisia haasteita (Lemetti, Meretoja, Renholm, Kivelä & Hupu 2016).

Avohoito on lisääntynyt hoitotyössä. Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ylläpitää perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteriä (Avohilmo). Se tuottaa lakisääteistä tietoa perusterveydenhuollon avohoidon saatavuudesta ja toiminnasta tilastointia, tutkimusta, kehittämistä ja suunnittelua varten. Vuodesta 2011 lähtien tiedonkeruuta on tehty koko maassa koskien perusterveydenhuollon avohoitoa. Rekisterin tietosisältö koskettaa seuraavia asioita: palvelutapahtuman tuotto, asiakas, asiakkaan yhteydenotto, hoidon tarpeen arviointi, ajanvaraus sekä tietoja asiakkaan palvelutapahtuman sisällöstä, esimerkiksi käyntisyystä, toimenpiteistä ja jatkohoidosta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.) Perusterveydenhuollon avohoidon palvelutapahtumalla tarkoitetaan asiakkaan saamaa palvelua, joka toteutuu esimerkiksi vastaanottokäyntinä, puhelinyhteytenä, kotikäyntinä tai konsultaationa. Palvelun toteutumisessa asiakas ottaa yhteyttä ja ammattihenkilö tekee hoidon tarpeen arvioinnin ja tekee ajanvarauksen osana palvelutapahtumaa. (Mölläri & Saukkonen 2017.) Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritellään kunnan tehtävinä järjestää toimintansa niin, että potilas saa yhteyden arkipäivisin virka-aikana välittömästi terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena päivänä potilaan yhteydenotosta. Hoitoilmoitusjärjestelmään (Hilmo) kerätään tiedot vuoden aikana erikoissairanhoidossa tuotetuista poliklinikkakäynneistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon päätyneistä hoitjaksoista. Hilmo-tiedot mahdollistavat sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ohjauksen ja seurannan. Tiedot toimitetaan kuukausittain Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle. Näiden tietojen kerääminen perustuu lakiin (556/1989) ja asetukseen (774/1989) terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.)

Sairaanhoidajat antavat päivittäin ohjeita potilaille usein monimutkaisissa hoitotyön kysymyksissä, jotka vaativat ammattitaitoa. Tutkimuksen mukaan hyvä asiantuntijuus saavutetaan kokemuksen

myötä vaativissa hoitotyön tilanteissa, esimerkiksi päivystyspoliklinikoilla keskeisenä tavoitteena on saada nopea diagnoosi sekä jatkohoitopäätökset (Reeves 2009; Nugys 2010). Vastuuhoitajalla on tärkeä merkitys päivystyspoliklinikalla. Potilasmäärien kasvuun kiinnitettiin huomiota ja sen vuoksi kehitettiin uusia toimintamalleja, joista eräs oli poliklinikan vastuuhoitajan työnkuvan kehittäminen Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueella. Vastuuhoitajamallissa vastuuhoitajuutta organisoitiin uudelleen ja he saivat uusia tehtäviä. (Valleala, Herranen, Collin & paloniemi 2012.) Päivystysluontoisessa kolmivuorotyössä on erityisiä haasteita, esimerkiksi hoitohenkilökunnan vaihtuvuuden lisäksi suuret potilasmäärät ja nopean päätöksenteon tarve. Monimutkaiset hoitosuunnitelmat luovat haasteita toiminnalle ja työryhmien keskinäiselle kommunikaatiolle. (Cameron, Engel, McCarthy, Buckley, Mercer Kollar, Donlan, Pang, Makoul, Tanabe, Gisondi & Adams 2010.)

Moniammatillisuus hoitotyössä vahvistaa yhteistyötä ja sen on koettu edistävän terveydenhoidon laatua, potilasturvallisuutta ja kokonaisvaltaista hoitoa. Tätä voidaan kutsua myös yhteisölliseksi, jaetuksi asiantuntijuudeksi. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisellä on ollut vaikutusta toiminnan tehostamiseen. Potilaiden hoitaminen on yhteinen tehtävä, jota voidaan toteuttaa moniammatillisesti. Moniammatillisilla työryhmillä on yhteinen tavoite, keskinäinen riippuvuus, kollegiaalisuus sekä jaettu päätöksenteko. (Baker, Day & Salas 2006; D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin-Rodriguez & Beaulieu 2005.) Moniammatillinen yhteistyö sisältää toisen ammattiryhmän opastamista ja uusien kliinisten taitojen oppimista. Opastaminen liittyy esimerkiksi konsultaatioon, potilastietojen kirjaamiseen tai organisaation toimintatapoihin. Vaativissa hoitotyön tapahtumissa koulutus ja harjoitukset nähdään tärkeänä, mikä edistää moniammatillista yhteistyötä. (Collin ym. 2012.) Isoherrasen (2012, 102) mukaan moniammatillisessa työskentelyssä usein ylitetään asiantuntijoiden roolirajat. Sairaanhoitajan tulisi arvioida hoidon tarve tehokkaasti ja asianmukaisesti (Binner 2011).

Asiantuntijuustoimintamallin (STM 2009) tärkeimpänä toiminnan tasona on toimintayksikköjen taso. Sen tavoitteena on vahvistaa näyttöön perustuvaa toimintaa sekä selkeyttää eri asiantuntijoiden roolia että vastuita näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä ja toimeenpanossa. Asiantuntijuusmalli koostuu neljästä asiantuntijuustyypistä ja niiden toisiaan täydentävästä osaamisesta, joita ovat kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat, kliinisesti erikoistuneet hoitajat sekä kliinisen hoitotyön asiantuntijat että kliinisen hoitotieteen asiantuntijat. Asiantuntijoiden osaamisen tavoitteet ymmärretään painottuvan eri tavoin, riippuen siitä kuinka paljon työntekijä osallistuu välittömään potilashoittoon. Näiden asiantuntijatyypien erilaiset toiminnot täydentävät toisiaan tiedon tuottamisessa ja hyödyntämisessä.

Kliinisessä hoitotyössä toimivien hoitajien osaamisen tavoitteena on vahva kliinisen hoitotyön ja tiedon soveltamisen osaaminen sekä työ- ja toimintayksikön tuntemus. Kliinisessä hoitotyössä toimivien hoitajien toiminta on näyttöön perustuvaa tiedon käyttöä ja soveltamista hoitotyössä sekä asiantuntemuksen ajan tasalla pitämistä ja syventämistä. Kliinisesti erikoistuneiden hoitajien osaamisen tavoitteina ovat vahva erityisosaaminen, tiedon soveltamisosaaminen, kehittämisosaaminen sekä työ- ja toimintayksikön tuntemus. Kliinisesti erikoistuneiden hoitajien toiminta sisältää näyttöön perustuvan tiedon käyttämisen ja soveltamisen omalla erikoisalalla sekä näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöönoton ohjauksen ja tuen työyksiköissä. Heidän tulee pitää yllä ja syventää asiantuntemustaan sekä välittää tietoa. Kliinisen hoitotyön asiantuntijoiden osaamisen tavoitteina ovat oma kliinisen alueen vahva osaaminen, vahva kehittämisosaaminen sekä tutkimusosaaminen. Kliinisen hoitotyön asiantuntijoiden toiminta näyttöön perustuvien käytännöissä ovat tieteellisen tiedon soveltaminen, käytäntöjen yhtenäistäminen toimintayksiköissä ja alueella, näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittäminen ja käyttöönoton tuki sekä tiedon levittäminen, että käytön seuraaminen. Kliinisen hoitotieteen asiantuntijoilla osaamisen tavoitteina ovat vahva kliinisen alueen tutkimus ja kehittämisosaaminen, johtamisosaaminen sekä järjestelmän tuntemus. Kliinisen hoitotieteen asiantuntijoiden toiminta näyttöön perustuvien käytännöissä ovat hoitotyön suositusten laatiminen, arviointimenetelmien kehittäminen, interventio- ja vaikuttavuustutkimusten toteuttaminen, näyttöön perustuvien käytäntöjen toimeenpanon arviointi, kehittämis- ja tutkimushankkeiden johtaminen sekä asiantuntijuuden kehittämisen tuki. (STM 2009; Hotus 2017.)

Korhosen, Korhosen ja Holopaisen (2010) mukaan näyttöön perustuvan toiminnan vakiinnuttaminen edellyttää toisiaan täydentäviä tukirakenteita valtakunnallisella, alueellisella ja toimintayksikköjen tasolla. Näitä ovat muun muassa näyttöön perustuvien käytäntöjen yhtenäistämisen toimintamalli sekä erilaisten asiantuntijoiden roolimallit että vastuut näyttöön perustuvassa toiminnassa. Näiden mallien yhteisenä tavoitteena on potilaan ja perheen hyvä hoito. Rakenteiden lisäksi asiantuntijat tarvitsevat työssään suosituksia, katsauksia ja toimintaohjeita, joiden tulee perustua näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 1) kuvataan eri asiantuntijuustoimintamallit.

Taulukko 1. Asiantuntijuustoimintamalli (mukaellen STM 2009 & Hotus 2017)

Asiantuntijuiden tyypit	Kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat	Kliinisesti erikoistuneet hoitajat	Kliinisen hoitotyön asiantuntijat	Kliinisen hoitotieteen asiantuntijat
Osaamisen tavoite	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön ja tiedon soveltamisen osaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva erityisosaaminen Tiedon soveltamisen osaaminen Kehittämisen osaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Oma kliinisen alueen vahva osaaminen Vahva kehittämisen osaaminen Tutkimusosaaminen Järjestelmän tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen alueen tutkimus ja kehittämisosaaminen Johtamisosaaminen Järjestelmän tuntemus
Toiminta näyttöön perustuvien (NP) käytäntöjen käyttöönotossa	<ul style="list-style-type: none"> NP-tiedon käyttö ja soveltaminen hoitotyössä Asiantuntemuksen ajan tasalla pitäminen ja syventäminen 	<ul style="list-style-type: none"> NP-tiedon käyttö ja soveltaminen omalla erikoisalalla NP-käytäntöjen käyttöönoton ohjaus ja tuki työyksikössä Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen Tiedon välittäminen 	<ul style="list-style-type: none"> Tieteellisen tiedon soveltaminen Käytäntöjen yhtenäistämisen toimintayksiköissä ja alueella NP-käytäntöjen kehittäminen ja käyttöönoton tuki Tiedon levittäminen ja käytön seuraaminen 	<ul style="list-style-type: none"> Hoitotyön suositusten laatiminen Arviointimenetelmien kehittäminen Interventio- ja vaikuttavuustutkimusten toteuttaminen NP-käytäntöjen toimeenpanon arviointi Kehittämisen ja tutkimushankkeiden johtaminen Asiantuntijuuden kehittämisen tuki

Hoitotyön kliinisiä asiantuntijatehtäviä tullaan tarvitsemaan, koska niillä pyritään vastaamaan väestön erilaisiin terveyteen ja sairauteen liittyviin tarpeisiin (Fagerström 2009; Delamaire & Lafortune 2010; Jokiniemi 2014). Hoitotyön kliinisten asiantuntijoiden toiminnan tuloksia on usein vaikea arvioida, koska niiden toiminnan tulokset ymmärretään moniulotteisina ja ne syntyvät moniammatillisissa työympäristöissä. Työtä tehdään yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa. (Lemetti ym. 2016.) Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2009) mukaan asiantuntijuuden eroja määritellään näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotossa ja johtamisen tukemisessa viitekehyksen perusteella, joita ovat kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat, kliinisesti erikoistuneet hoitajat,

kliinisen hoitotyön asiantuntijat ja kliinisen hoitotieteen asiantuntijat. Tämä viitekehys selkeyttää ja yhdenmukaistaa hoitotyön asiantuntijuutta näyttöön perustuvassa hoitotyössä (Lemetti ym. 2016).

Kliiniset asiantuntijasairaanhoitajat ymmärretään arvokkaana resurssina hoitotyössä, mutta ajanpuute nähdään yhtenä merkittävä asiana asiantuntijuuden laajentamisen rajoittavana tekijänä (Jannings, Underwood, Almer & Luxford 2010). Kansallisina haasteina nähdään tulevaisuudessa osaaminen, kyky verkostoitumiseen ja toiminnallisten muutosten johtaminen. Organisaatioilla tulee olla suunnitelmalliset tavoitteet. Toiminnan pitää olla systemaattista ja arvioinnin jatkuvaa, minkä avulla voidaan nähdä tavoiteltavien tulosten tehokkuus ja asiantuntijoiden toiminnan kehittyminen uusissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä. (Lemetti ym. 2016.) Hoitotyön asiantuntijatehtävät ovat ajankohtaisia sekä kansainvälisesti että kansallisesti. Jokiniemen tutkimus osoittaa, että suomalaisen kliinisen hoitotyön asiantuntijan tehtävillä on paljon yhtäläisyyksiä kansainvälisen tehtäväkuvan kanssa. Työn keskiössä on asiantuntijatasoinen kliininen hoitotyö. Kliinisen hoitotyön asiantuntijat ovat kokeneita, itsenäisiä työntekijöitä, joiden työ sisältää erikoistumiseen ja laajennettuihin tehtäväkuviin ja vastuualueisiin liittyviä tehtäviä. Kliinisen hoitotyön asiantuntijatehtävien käytäntöön vieminen on suuri haaste terveydenhuollossa. (Jokiniemi 2014.)

Jokiniemen (2014) mukaan kliinisen hoitotyön asiantuntijat ovat kokeneita ja itsenäisiä työntekijöitä. Työ sisältää erikoistumiseen ja laajennettuihin tehtäväkuviin sekä vastuualueisiin liittyviä tehtäviä. Käytäntöön vieminen on laaja prosessi, joka hyvällä suunnittelulla, toteutuksella ja arvioinnilla kehittyä hyödyntäen potilasta, hoitotyötä, organisaatiota ja yhteiskuntaa. Sairaanhoitajien asiantuntijarooliin vaikuttavat sen nykyinen asema, joka edistää tulevan asiantuntijuuden kehitystä (Jokiniemi, Haatainen & Pietilä 2014). Sairaanhoitajien kliinisestä asiantuntijuudesta keskustellaan kansainvälisesti; mikä on sen määritelmä hoitotyössä. Sairaanhoitajilla on useita rooleja hoitotyössä. Näitä ovat muun muassa konsultoiva hoitaja ja kliininen asiantuntija. Roolien vaihtelu näyttää olevan peräisin organisaation tai yksilöllisistä valinnoista. Edelleen tarvitaan lisää työtä näiden määrittelemiseksi. (Jokiniemi, Pietilä, Kylmä & Haatainen 2012.) Jarmanin (2009) mukaan kliinisen hoitotyön asiantuntijuus tukee sairaanhoitajien keskinäistä oppimista ja keinoja jakaa osaamista vanhempien sairaanhoitajien ja kollegojen kanssa. Sairaanhoitajat ymmärtävät työkokemuksella ja henkilökohtaisella motivaatiolla olevan tärkeä merkitys kliinisen hoitotyön asiantuntemuksen kehittämisessä (Bobay, Gentile & Hagle 2009).

Kliiniset asiantuntijasairaanhoitajat työskentelevät erilaisissa tiimeissä ja hoitoympäristöissä, esimerkiksi perusterveydenhuollossa, terveysasemilla, lääkärin vastaanotoilla, sairaaloissa ja

kotisairaanhoidossa. Työnkuvaan kuuluu muun muassa konsultointi muille terveydenhuollon ammattihenkilöille, läheteiden tekeminen, omien potilaiden hoitaminen, lääkkeiden määrääminen ja itsenäinen työskentely. (Pulcini, Jelic, Gul & Loke 2010.)

3 INTEGROIDUN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata integroidun kirjallisuuskatsauksen avulla sairaanhoitajan asiantuntijuutta polikliinisessa hoitotyössä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajan asiantuntijuudesta polikliinisessa hoitotyössä.

Tutkimuksessa etsitään vastauksia seuraavaan kysymykseen:

- 1. Miten sairaanhoitajan asiantuntijuus ilmenee polikliinisessa hoitotyössä?**

4 INTEGROIDUN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

Flinkmanin ja Salanterän (2007) mukaan kirjallisuuskatsaukset voidaan jaotella aineiston analyysitavan perusteella esimerkiksi meta-analyyseihin, -synteeseihin, -yhteenvetoihin sekä systemaattisiin, integroituihin ja laadullisiin kirjallisuuskatsauksiin. Integroidun kirjallisuuskatsauksen avulla kerätään kiinnostuksen kohteena olevaa aihealuetta koskeva tutkittu tieto yhteen ja tarkastellaan, millaiseen näyttöön tieto perustuu. Tämän jälkeen tehdään johtopäätöksiä yhteen liitetystä tiedosta ja nykytilasta. Integroidun kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on yhdistää aikaisempaa tutkimusta ja tehdä yleisluonteinen yhteenvedo useasta eri tutkimuksesta, joiden katsotaan liittyvän samanlaisiin kysymysten asetteluihin.

Integroitu kirjallisuuskatsaus antaa laajemman kuvan aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Integroidun kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan vastata erilaisiin hoitotyön kliinisiin kysymyksiin. (Sulosaari & Kajander-Unkuri, 2016, 107; Zimmer 2006.) Sitä voidaan käyttää myös tutkimuksen keskeisen kohteen ja käsitteiden määrittelemisessä (Sulosaari, Suhonen & Leino-Kilpi. 2011). Integroitu lähestymistapa mahdollistaa erilaisten menetelmien yhdistämisen (Whittemore & Knafl 2005; Hopia, Latvala & Liimatainen 2016).

Näyttöön perustuvan hoitotyön lisääntyessä, on tullut tarvetta enemmän laadukkaille ja käytännön läheisille kirjallisuuskatsauksille. Ne hyödyttävät muun muassa hoitotyön opettajia ja johtajia, koska ne esittävät tiiviisti kiinnostuksen kohteena olevan tutkitun tiedon ja arvioivat niiden painoarvoa. Integroidun kirjallisuuskatsauksen vaiheisiin kuuluvat tutkimusongelman muotoilu, aineiston kerääminen eli kirjallisuushaut, aineiston arviointi ja analyysi sekä aineiston tulkinta että tulosten esittäminen. Tutkimustehtävä muotoillaan sellaiseksi, että tutkimuskysymyksiin löytyy vastaukset rajaamalla kirjallisuuskatsaus, valitsemalla keskeiset käsitteet ja tutkimusjoukko. Tutkijan tulee kuvata ja kirjata aineiston keruu tarkasti, että katsauksen lukija voi toteuttaa halutessaan saman haun. Tutkijan tulee kirjata ja perustella tekemänsä aineiston rajaukset, muun muassa aineiston poissulkukriteerit, mitä tietokantoja, hakusanoja ja -yhdistelmiä on käytetty. Tutkimuksen alkuvaiheessa tulee laittaa aineisto taulukko muotoon, jossa ilmenee esimerkiksi tutkimuksen metodi, otoksen koko ja kuvaus (sukupuoli, koulutus jne.), käytetyt mittarit, analyysimenetelmät sekä keskeiset tulokset. (Flinkman ym. 2007.) Integroidun kirjallisuuskatsauksen päämääränä on huolellinen katsaukseen otettujen tutkimusten tulosten tulkinta sekä aineiston synteesi (Whittemore & Knafl 2005; Hopia ym. 2016). Russellin (2005) mukaan tutkimuskysymys voidaan muotoilla laajemmaksi, mikäli aiheesta on tehty vähän tutkimusta. Näin saadaan kirjallisuuskatsaukseen mukaan riittävästi aineistoa.

Integroidun kirjallisuuskatsauksen viimeisenä vaiheena on tulosten esittäminen. Siinä ovat samat yleissäännöt kuin alkuperäistutkimusten kirjoittamisessa. Kirjallisuuskatsauksesta löytyvät johdanto, metodi- ja tulososiot sekä pohdinta. (Flinkman ym. 2007; Sulosaari ym. 2016.) Integroitu kirjallisuuskatsaus sisältää viisi vaihetta, joista ensimmäisenä on ongelman tunnistaminen sekä tutkimuksen tavoitteiden ja tarkoituksen tarkka määrittäminen. Toisena on kirjallisuushaku, joka sisältää kattavan hakustrategian. Kolmantena on kirjallisuushakujen ja tiedon arviointi. Neljäntenä on tiedon analysointi ja viidentenä tulosten raportointi sekä valitun aineiston kriteerien esille tuominen. (Hopia ym. 2016.)

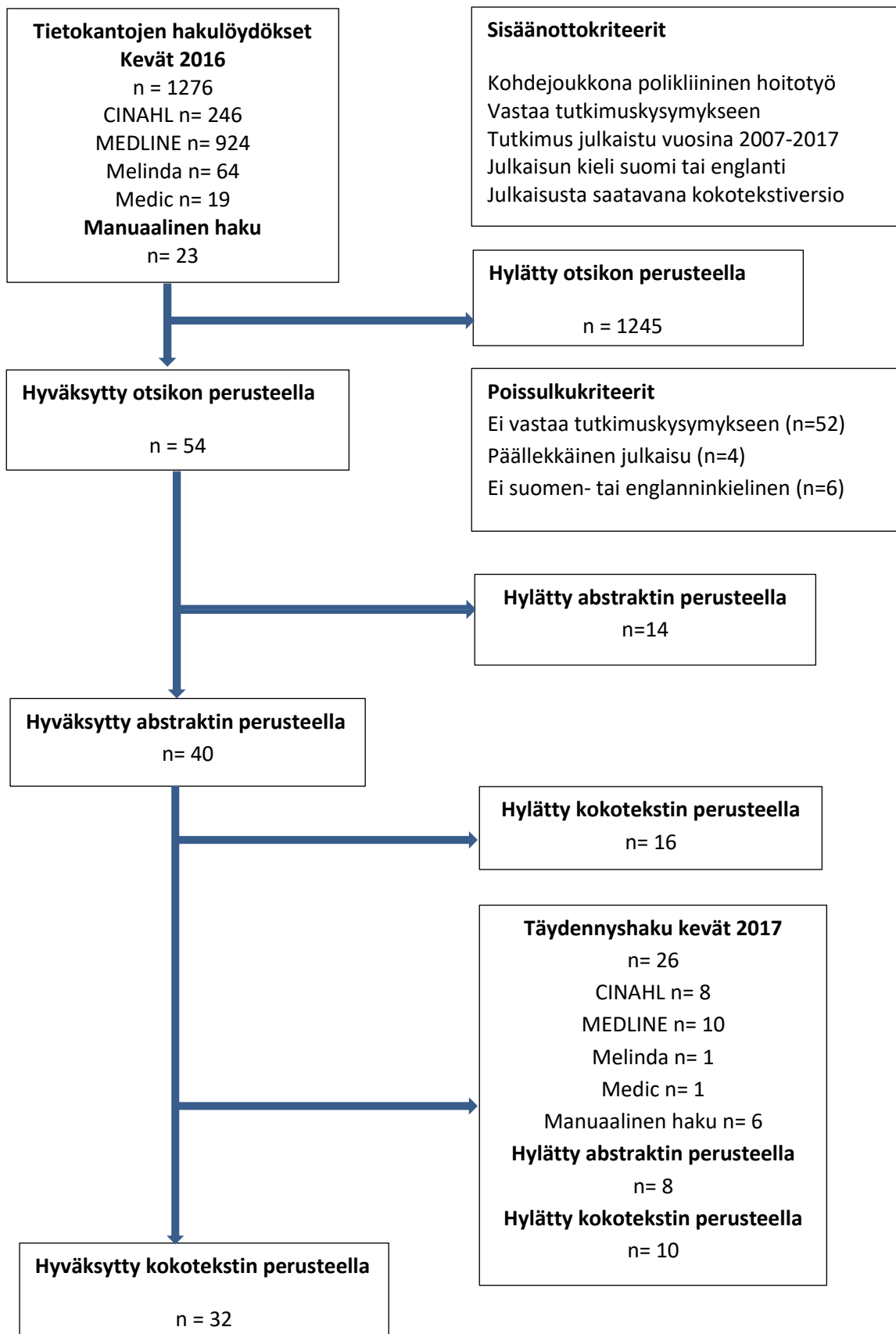
4.1 Aineiston haku ja valinta

Integroidun kirjallisuuskatsauksen aineisto hankittiin kansainvälisistä Medline ja Cinahl tietokannoista sekä kotimaisista Medic ja Melinda tietokannoista keväällä 2016 ja 2017. Informaatikolle varattiin aika artikkelihakua varten Seinäjoen korkeakoulukirjastosta huhtikuussa 2016. Alustava artikkelihaku toteutettiin yhdessä Seinäjoen korkeakoulukirjaston informaatikon kanssa Cinahl-, Medic-, Medline- ja Melinda tietokannoista keväällä 2016. Lopulliset artikkelihaut päivitettiin kevään 2017 aikana. Tiedonhaku täydennettiin manuaalisella haulla Tutkiva hoitotyö ja Hoitotiede -lehdistä katsaukseen valittujen artikkeleiden lisäksi. Integroidun kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku tehtiin järjestelmällisesti Cinahl-, Medic-, Medline- ja Melinda tietokannoissa. Aineisto on vuosilta 2007-2017. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 2) kuvataan tietokantojen hakusanat ja rajaukset.

Taulukko 2. Tietokantojen hakusanat ja rajaukset

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset
MEDLINE (PubMed)	Outpatient / nurses role / nurses role in outpatient clinics	2007-2017 Abstrakti Kieli englanti, suomi
CINAHL (Ebsco)	Nurse role / outpatient clinic / role / nurs* Ambulatory care / nurses role Clinical nurse / specialist / role	2007-2017 Kieli englanti, suomi
MEDIC	Polikliininen hoitotyö / poli* sairaan* rooli / asiantuntij* rooli / tiimit*	2010-2017 Kieli suomi
MELINDA	Polikliininen hoitotyö / poli* sairaan* rooli / asiantuntij* rooli / tiimit*	Kieli suomi

Valintaprosessi tuotti yhteensä 1276 alkuperäistutkimusta. Ensimmäisessä vaiheessa poistettiin tietokantahakujen päällekkäiset julkaisut (n=4) ja tutkimukset, jotka eivät olleet suomen-, ruotsin- tai englanninkielisiä (n=6). Seuraavaksi tarkasteltiin otsikot (n=1245) ja hyväksyttiin ne, jotka vastasivat valintakriteerejä (n=54). Artikkelit valittiin otsikoiden, tiivistelmien ja kokotekstin perusteella sisäänottokriteerien mukaan. Jos vastaavuus ei selvinnyt otsikosta (n=54), käytiin läpi abstraktit (n=40) ja lopulta kokotekstit (n=18). Lopulliseen tarkasteluun valikoitui tietokannoista 18 artikkelia. Lisäksi 14 julkaisua valikoitui mukaan manuaalisen haun kautta. Manuaalinen haku tehtiin Tutkiva Hoitotyö ja Hoitotiede lehdistä vuosilta 2007-2017 sekä käytiin läpi valittujen artikkeleiden lähdeluettelot. Seuraavassa kuviossa (Kuvio 1) kuvataan tiedonhakuprosessia.



Kuvio 1. Integroidun kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessi

4.2 Aineiston analysointi

Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla alkuperäiset artikkelit moneen kertaan tutkimusaineiston kokonaiskuvan saamiseksi (Polit & Beck 2012). Analyysia jatkettiin taulukoimalla (Liite 2) tutkimukset tekijän, tutkimusvuoden, otoksen, tutkimusmenetelmän ja -tulosten osalta (Polit & Beck 2012; Whitemore & Knalf 2005). Kerätty tieto kirjattiin ja numeroitiin artikkelin (1-32) numerolla mahdollisimman tarkasti alkuperäisen ilmaisun mukaan. Seuraavaksi alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin. Samankaltaisista pelkistyksistä tehtiin ryhmät, joista muodostui vähitellen alaluokkia, jotka edelleen muodostivat yläluokkia. Lopulta abstrahointiprosessin mukaisesti alaluokista nimettiin yläluokat. (Kylmä & Juvakka 2007; Kääriäinen & Lahtinen 2006; Whitemore & Knalf 2005.) Aineistosta tuli esiin 145 pelkistystä, joista muodostui 30 alaluokkaa ja seitsemän yläluokkaa. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 3) on esimerkki analyysin etenemisestä.

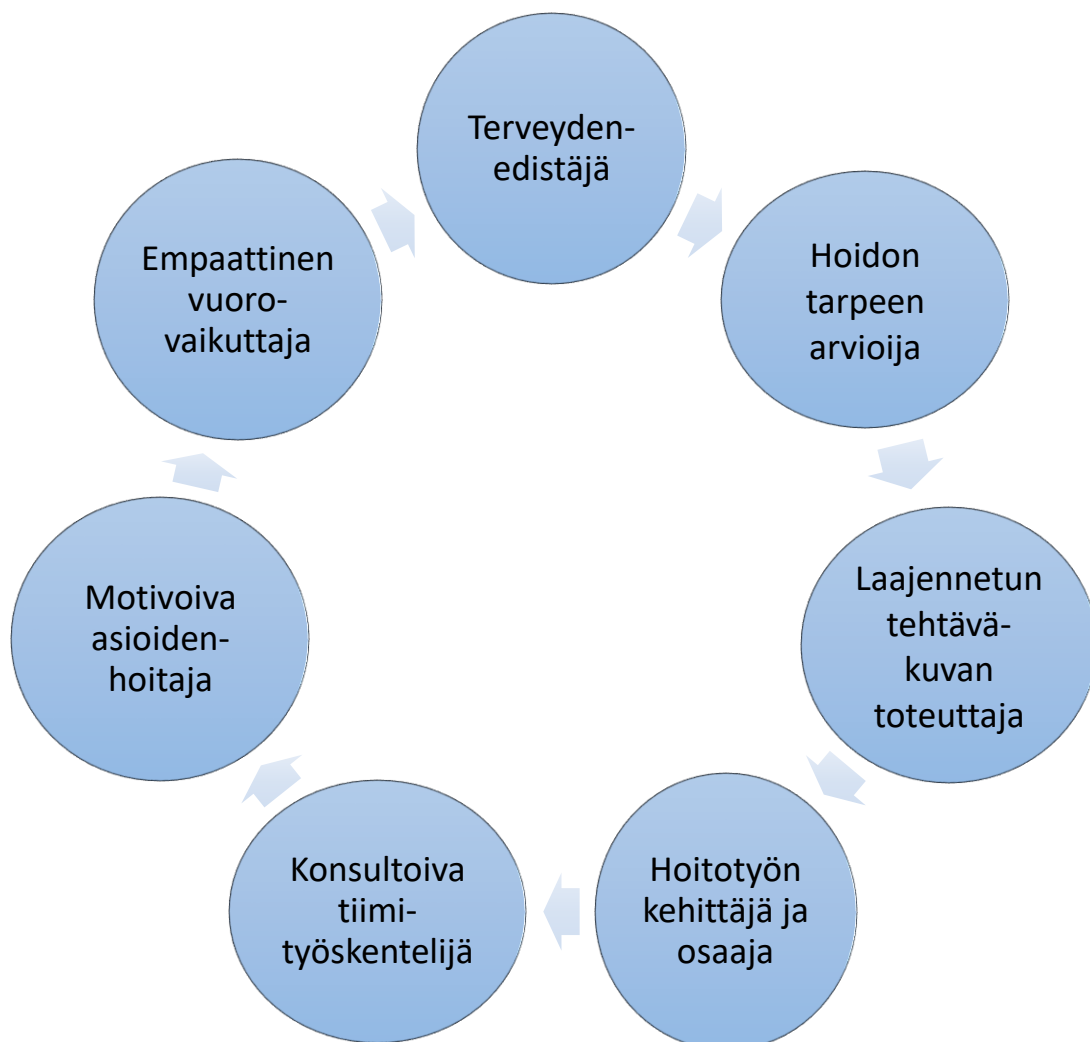
Taulukko 3. Analyysiesimerkki yläluokan muodostumisesta

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<i>"moniammatillinen tiimityö osaamisen kehittäminen ja hoitotyö..."</i>	Moniammatillinen tiimityöskentelijä	Yhteistyön toteuttaja	Konsultoiva tiimityöskentelijä
<i>"Hoitaja on usein moniammatillista työryhmää..."</i>	Kuuluu moniammatilliseen työryhmään		
<i>"Tiimityö ulottuu moneen eri suuntaan, koska hoito päivystyspoliklinikalla vaatii usein neuvottelua eri ammattilaisten, eri hoitoyksiköiden ja yksilöiden välillä"...</i>	Yhteistyö eri ammattilaisten välillä		
<i>"Integroitu tiimityö, näyttöön perustuva toiminta"...</i>	Sairaanhoidtaja osana tiimityöskentelyä		
<i>"Tulisi jakaa vastuuta moniammatillisesti..."</i>	Vastuun jakaminen moniammatillisesti	Vastuun jakaja	
<i>"Asiakasvastaava koordinoi asiakkaan hoitoa..."</i>	Moniammatillisessa tiimissä koordinoija		

5 TUTKIMUSTULOKSET

Integroituun kirjallisuuskatsaukseen valikoituneista julkaisuista (n=32) suurin osa oli tehty Suomessa (n=17). Muut maat olivat Yhdysvallat (n=5), UK (n=2), Kiina (n=1), Italia (n=1), Australia (n=1), Brasilia (n=1), Uusi-Seelanti (n=1), Espanja (n=1), Hollanti (n=1) ja Ruotsi (n=1).

Tämän integroidun kirjallisuuskatsauksen tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajan asiantuntijuutta polikliinisessä hoitotyössä kuvattiin seitsemällä eri tavalla. Näitä olivat terveydenedistäjä, hoidon tarpeen arvioija, laajennetun tehtäväkuvan toteuttaja, hoitotyön kehittäjä ja osaaja, konsultoiva tiimi-työskentelijä, motivoiva asioidenhoitaja sekä empaattinen vuorovaikuttaja. (Kuvio 2).



Kuvio 2. Sairaanhoitajan asiantuntijuudet polikliinisessä hoitotyössä

5.1 Terveydenedistäjä

Terveydenedistäjä muodostui terveydenedistäjätyypistä. Terveydenedistäjätyypillä oli tärkeä terveydenedistäjän rooli perusterveydenhuollossa (Maijala 2016). Se muodostui sairaanhoitajan vastaanotolla olevista neljästä terveydenedistäjätyypistä. Nämä olivat asiakaslähtöinen terveydenedistäjä, terveydenedistämisen käytäntöjen kehittäjä, terveyden edistämisen moniammatillisten tiimien jäsen sekä terveydenedistäjätyyppi, joka ilmaisi kiinnostusta terveystaloutta kohtaan (Maijala 2016). Terveydenedistäjätyyppi nähtiin myös yleisenä terveydenedistäjänä, joka oli potilaskeskeinen ja terveydenedistämisen projektien johtaja (Maijala 2016). Sairaanhoitajilla oli yhä merkityksellisempi rooli terveydenedistämisen käytännössä perusterveydenhuollossa (Maijala ym. 2015) ja sairaanhoitajien vastaanotot toimivat terveydenedistämisen käytännössä (Maijala 2016). Sairaanhoitajat pitivät vastaanottoa, toteuttivat ennaltaehkäisevää ja monimutkaista hoitotyötä (Rondinelli ym. 2014). Sairaanhoitajien terveyden edistämisen osaamisalueet koostuvat monitieteisestä tietoperustasta, taidollisesta ja asenteellisesta osaamisesta sekä persoonallisista ominaisuuksista. Lisäkoulutus motivoi sairaanhoitajia terveyden edistämiseen. (Maijala ym. 2015.)

5.2 Hoidon tarpeen arvioija

Hoidon tarpeen arvioija muodostui *ammattillisesta autonomiasta, vastuunottamisesta, potilaan hoidon tarpeen arvioinnista, puhelinneuvojasta, kollegiaalisuuden lisäämästä autonomiasta ja organisaatiomuutosten tarpeesta*. Ammatillinen autonomia koostui sairaanhoitajan tekemistä itsenäisistä päätöksistä ja asiakkaan hoidon tarpeesta (Tarkiainen ym. 2012). Sairaanhoitajilla oli kykyä työskennellä itsenäisesti eri sektoreiden kanssa ja päättää asioista itsenäisesti poliklinikan avohoidossa. (Korhonen ym. 2016). Lisäksi ammatillinen autonomia muodostui sairaanhoitajan käytännön hoitotyön kokemuksista ja persoonallisista vahvuuksista, joita tulisi tukea (Romppanen ym. 2013). Hyvin toimiva yhteistyö lääkärin kanssa lisäsi sairaanhoitajan itsenäistä päätöksentekoa ja toimintaa potilastyössä. Sairaanhoitajien asiantuntijuutta arvostettiin antamalla heille toimivaltaa ja vastuuta ammatillisessa päätöksenteossa (Virtanen ym. 2012) sekä valtuuksista tehdä päätöksiä omaa ammattitaitoaan hyödyntäen (Strann ym. 2015). Sairaanhoitajalla oli kykyä työskennellä ryhmissä, ratkaista ongelmia ja pärjätä haastavassa työssä (Wilkinson ym. 2013). Sairaanhoitajan vahva ammatillinen osaaminen edisti polikliinisen hoitotyön autonomiaa (Virtanen ym. 2012).

Vastuunottaminen näkyi sairaanhoitajan ammatillisen vastuun ottamisena erilaisissa rooleissa, esimerkiksi kroonisten potilaiden hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen avohoidon klinikoilla (Nagel ym. 2010; Nieminen ym. 2011). Potilaat eivät välttämättä tarvitse käynnillä lääkäreitä lainkaan vaan heille riitti sairaanhoitajan vastaanottokäynti (Härkönen ym. 2007).

Potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa sairaanhoitajat huomioivat potilaiden tarpeet (Bala ym. 2012; Nieminen ym. 2011). Potilas sai yhteyden sairaanhoitajaan puhelimitse myös puhelinajan ulkopuolella ja sairaanhoitaja toteutti puhelinohjausta turvallisesti hoidon tarpeen arvioinnin aikana (Bala ym. 2012; Orava ym. 2012a). Sairaanhoitaja oli moniammatillinen osaaja (Nieminen ym. 2011), joka arvioi potilaan ongelmia ja huolia (Fagerholm 2014). Lisäksi sairaanhoitajalla tuli olla valmiudet tunnistaa ongelmia asettaakseen tavoitteet hoitotyölle (Fagerholm 2014). Sairaanhoitajat tarvitsivat ammattitaitoa arvioida kriittisesti ja yhdisti tietoa potilaan hoitoon ja vaatimukseen (Fagerholm 2014). Sairaanhoitaja osasi analysoida potilaan hyvinvointia ja tehdä päätöksiä, jotka koskivat potilaan hoitoa (Hamström ym. 2012). Reumatautien poliklinikalla sairaanhoitajat lähestyivät potilasta kokonaisvaltaisesti, huomioimalla potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, henkiset ja seksuaaliset tarpeet (Bala ym. 2012). Sairaanhoitaja oli avainhenkilö ensiavussa (Marin ym. 2011).

Puhelinneuvonajana useimmiten toimi päivystyksessä sairaanhoitaja (Tarkiainen ym. 2012; Maten-Speksnijder ym. 2015). Laadukas puhelinneuvonta edellytti sairaanhoitajalta tietoa ja taitoja ohjattavista asioista, oppimisesta, ohjausprosessista ja vuorovaikutuksesta sekä ammatillista osaamista. (Tarkiainen ym. 2012; Orava ym. 2012b). Puhelinneuvonnalla tarkoitettiin asianmukaisilla resursseilla, asiakaslähtöisesti ja vuorovaikutteisesti toteutettua ja vaikuttavaa neuvontaa, jossa panostetaan osaamiseen (Marin ym. 2011; Moss 2014; Orava ym. 2012a). Sairaanhoitaja joutui tekemään puhelinkeskustelun perusteella hoidon kiireellisyyden arvioinnin sekä päätökset hoidosta (Tarkiainen ym. 2012). Se edellytti sairaanhoitajalta ammatillista osaamista ja monipuolisen neuvonnan toteuttamista; terveysneuvontaa, henkistä tukea, kuuntelua, tarpeiden tunnistamista ja neuvomista teknologian käytössä (Orava ym. 2010b, Moss 2014). Puhelinohjausta annettiin myös pitkäaikaissairaiden hoidossa, kotiutumisprosessissa, toimenpiteestä toipumisessa ja elämäntapamuutoksiin kannustamisessa (Orava ym. 2012b).

Kollegiaalisuuden lisäämä autonomia muodostui monipuolisten taitojen käyttämisestä työpaikalla, joita olivat toiminnalliset (työskentely ryhmissä työtovereiden kanssa ja kokemus työssä pärjäämisestä) ja kielelliset taidot (näkökannan esittäminen ja puolustaminen työtovereiden keskuudessa sekä omaa työtä koskevan päätöksentekoon osallistuminen) sekä itsenäisestä

työskentelystä (Romppanen ym. 2013). Kollegiaalinen työyhteisö edisti autonomiaa poliklinisessa hoitotyössä (Virtanen ym. 2012).

Organisaatiomuutosten tarpeen lisäämisenä, koska puhelinneuvonta oli lisääntynyt (Tarkiainen ym. 2012). Päivystyksiköiden sairaanhoitajien antama puhelinneuvonta oli lisääntynyt nopeasti terveydenhuollon organisaatiomuutosten vuoksi (Tarkiainen ym. 2012). Puhelinohjauksen turvallisuus näkyi sairaanhoitajan mahdollisuutena toteuttaa puhelinohjausta turvallisesti hoidon tarpeen arvioinnin aikana (Tarkiainen ym. 2012).

5.3 Laajennetun tehtäväkuvan toteuttaja

Laajennetun tehtäväkuvan toteuttaja muodostui *lisääntyneistä tehtävistä ja rajoitetusta lääkkeenmääräämisoikeudesta*. *Lisääntyneet työtehtävät* lisäsivät hoitajan henkilökohtaista työtyytyväisyyttä, koska hän sai tehdä laajennettuja työtehtäviä (Wilkinson ym. 2013). Hoitajat olivat vastuussa hoidon jatkuvuudesta kroonisten potilaiden kohdalla avohoidon klinikoilla. Hoitajien vastuuta lisättiin poliklinikalla (Maten-Speksnijder ym. 2015; Härkönen ym. 2007). Voimavarojen merkitys näkyi hoitotyössä, koska poliklinikoilla työskentelevien hoitajien roolit ja tehtävät vaikuttivat suoraan hoitotyön voimavarojen määrittelyyn ja vaadittavaan hoitajaresursointiin (Fagerholm 2014). Sairaanhoitajat koordinoivat reumapoliklinikalla reumapotilaiden hoitotyötä ja kuntoutusta (Bala ym. 2012). Heillä oli näyttöön perustuva laajennettu hoitotyön rooli (Bala ym. 2012).

Rajoitettu lääkkeenmääräämisoikeuden omaava sairaanhoitaja määräsi lääkkeitä rajoitetusti potilaille (Wilkinson ym. 2013). He saivat suorittaa sellaisia tehtäviä, joita olivat aiemmin toteuttaneet muut terveydenhuollon ammattilaiset, kuten lääkärit (McCorkell ym. 2013). He saivat tehdä arviointia, diagnooseja ja määrätä tai suositella lääkkeitä potilaille (McCorkell ym. 2013). He saivat antaa potilaille lääkärin määräämiä lääkkeitä, jos verikoetulokset olivat sovitulla viitealueilla (Souza ym. 2014).

5.4 Hoitotyön kehittäjä ja osaaja

Hoitotyön kehittäjä ja osaaja muodostui *asiakasvastaavatoiminnan osaajasta, hoitotyön suunnittelijasta, turvallisen hoitotyön ympäristön kehittäjästä, monipuolisesta hoitotyön osaajasta, oppimisen rajallisuudesta, oma-aloitteisesta oppijasta ja ammatillisesta kehittämisestä.*

Asiakasvastaavatoiminnan osaajalta vaadittiin sairaanhoitajan vastaanotolla asiakasvastaavatoimintaosaamista (Maijala 2016). Asiakasvastaava tuki monisairaiden ja paljon palveluja tarvitsevien hoidon kokonaisuuden integrointia, mikä lisäsi asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoon ja annettuihin palveluihin (Kosevich ym. 2014).

Hoitotyön suunnittelija suunnitteli ja koordinoi hoitoa sekä toteutti ja arvioi hoitotyötä (Palonen ym. 2012; Fagerholm 2014). Poliklinikalla hoitajat tarvitsivat osaamista hoitotyön suunnittelussa, näyttöön perustuvassa hoitotyön toteutuksessa ja asianmukaisen hoitotyön arvioinnissa (Fagerholm 2014; Palonen ym. 2012).

Turvallisen hoitotyön ympäristön kehittäjä varmisti ja kehitti työympäristöä, jossa sairaanhoitaja pystyi toteuttamaan laadukasta ja turvallista potilaan hoitotyötä (Turunen ym. 2013). Hoidon jatkuvuus loi turvallisuutta (Bala ym. 2012). Positiiviset tunteet ja tarjolla oleva hoito lisäsivät luottamusta, toivoa, turvallisuuden sekä rauhallisuuden tunnetta potilaissa infuusioiden toteuttamisessa reumapoliklinikalla (Bala ym. 2012). Sairaanhoitajien taito ja lähestymistapa lisäsivät turvallisuuden ja rauhallisuuden tunnetta (Bala ym. 2012). Sairaanhoitajien klinikoille pääsi käymään tai sai yhteyden puhelimitse, joka lisäsi turvallisuutta ja varmisti jatkohoidon toteutumisen (Bala ym. 2012). Sairaanhoitajat kehittivät potilasturvallisuutta (Turunen ym. 2013).

Monipuolinen hoitotyön osaaja vaikutti useisiin päivittäisiin hoitotuloksiin (Rondinelli ym. 2014). Sairaanhoitajalla tuli olla osaamista ja vuorovaikutustaitoja (Korhonen ym. 2016). Tämä näkyi aiemmin hankitun hoitotyön osaamisena (Maten-Speksnijder ym. 2015). Kliininen osaaminen tarjosi uusia mahdollisuuksia toteuttaa kokonaisvaltaista hoitotyötä (Nieminen ym. 2011; Shiu ym. 2011). Sairaanhoitajat toteuttivat erilaisia kliinisiä toimenpiteitä (Nagel ym. 2010) ja heillä oli poliklinikoilla useita eri rooleja; kliininen, organisatorinen ja ammatillinen rooli (Fagerholm 2014). Heidän kliininen erikoistuminen oli lisääntynyt (Nagel ym. 2010). Kliinisen hoitotyön asiantuntija oli kokenut, itsenäinen työntekijä ja hänen roolinsa oli selkeästi määritelty (Tarkiainen ym. 2012). Kliininen osaaja arvioi myös hoitotyön tarpeet (Nieminen ym. 2011). Useat sairaanhoitajat olivat olleet roolissa kauan ja he pitivät itseään hoitotyön asiantuntijoina (Wilkes ym. 2015). Heidän asiantuntemusta arvostettiin reumapotilaiden hoidossa (Bala ym. 2012) ja osaaminen lisäsi myönteistä

hoitokokemusta, koska potilaat saivat hyvin tietoa sairaudesta, lääkityksestä ja omahoidosta (Bala ym. 2012). Sairaanhoidaja oli potilaan omahoidon mahdollistaja (Bala ym. 2012). Sairaanhoidajan erityisosaaminen koettiin tärkeänä (Bala ym. 2012). Se loi positiivisen kokemuksen hoidosta (Bala ym. 2012). (Bala ym. 2012). Joskus sairaanhoitajien toteuttama hoitotyö kului epäsuorissa hoitotoiminnoissa, esimerkiksi laboratoriovastausten tulkitseminen onkologian poliklinikalla (Souza ym. 2014). Heidän roolina oli lievittää mahdollisten haittavaikutusten aiheuttamia komplikaatioita (Souza ym. 2014).

Oppimisen rajallisuus näkyi rajoitettuna mahdollisuutena oppimiseen ja kehittymiseen (McCorkell ym. 2013). *Oma-aloitteinen oppija* oli aktiivinen toimija oppimisprosessissa ja toimi omalla vastuulla (Strann ym. 2015). Päivystyspoliklinikalla oppiminen oli usein oma-aloitteista ja yksilön omalla vastuulla (Strann ym. 2015).

Ammatillinen kehittyminen näkyi sairaanhoidajan ammatillisena kasvuna (Maijala ym. 2015). Sairaanhoidajien tuli ylläpitää ammattitaitoaan, huolehtia lisäkouluttautumisesta ja vastata potilaiden tarpeisiin (Härkönen ym. 2007; Bala ym. 2012; Orava ym. 2012b). Sairaanhoidajien jatkokoulutusta tuli mahdollistaa, koska se motivoi sairaanhoitajia terveyden edistämiseen työssään (Maijala ym. 2015). Se lisää myös sairaanhoitajien työhyvinvointia (Maijala ym. 2015). Ammatillista kehittymistä tehostettiin ja itseopiskeltiin, esimerkiksi akuuttihoitajan pätevyys (Noffsinger 2014). Jatkuvan kouluttautuminen tarve tiedostettiin esimerkiksi puhelinohjausta toteuttavien koulutus- ja kehittämistarpeina (Härkönen ym; Orava ym. 2012a). Työkokemuksen ja ammatillisuuden kehittyminen edisti myönteistä suhtautumista potilaan perheenjäseniin (Romppanen ym. 2013). Organisaation tulisi olla kouluttautumisen ja elinikäisen oppimisen mahdollistaja (Stievano ym. 2012; Virtanen ym. 2012). Sairaanhoidaja ymmärrettiin kouluttajana, yhteyshenkilönä, tietolähteenä, potilaan terveydentilan arvioijana ja potilaan puolestapuhujana (Tarkiainen ym. 2012). Lisäkouluttautumisesta tulisi huolehtia, kun ammattiryhmien välistä työnjakoa muutetaan. Tulee huolehtia myös täydennyskoulutuksesta ja hoidon laadusta (Härkönen ym. 2007).

5.5 Konsultoiva tiimityöskentelijä

Konsultoiva tiimityöskentelijä yhdistyy *moniammatillisesta osajasta, yhteistyön toteuttajasta, vastuun jakajasta, tiimityöskentelyn vahvuuksista, konsultoivasta sairaanhoidajasta ja asiakkaan puolesta puhujasta. Moniammatillinen osaja* käsittää moniammatillisen työskentelijän ja erilaisten roolien korostumisen poliklinikalla, joita ovat tiimivastaavana ja triagehoitajana toimiminen

päivystyspoliklinikalla (Fagerholm 2014). Moniammatillista työtä tekee yli 60 % sairaanhoitajista ja toimivat osana tiimityöskentelyä sekä kuuluvat moniammatilliseen työryhmään (Hamström ym. 2012; Shiu ym. 2011; Orava ym. 2012a). Moniammatillinen tiimityöskentely sisälsi osaamisen kehittämistä, johtamista ja monikulttuurisuutta ja sitä on eri tasoilla (Nieminen ym. 2011; Strann ym. 2015). Kokonaisvaltainen lähestymistapa asiakkaan hoitoon, esimerkiksi integroitu tiimityö, näyttöön perustuva toiminta sekä asiakas- ja perhekeskeinen hoitotyö (Shiu ym. 2011). Moniammatillisessa osaamisessa näkyi joustavat roolit, vastuukysymykset sekä vuorovaikutustaitojen oppiminen moniammatillisissa tiimeissä. Poliklinikalla korostuivat tilanteen mukaan hoitajien erilaiset roolit (Fagerholm 2014).

Yhteistyön toteuttaja toimi moniammatillisessa työryhmässä ja osasi moniammatillisen tiimityöskentelyn ja oli osa sitä (Orava ym. 2012b; Nieminen ym. 2011; Shiu ym. 2011). Hän teki yhteistyötä eri ammattilaisten kesken (Strann ym. 2015). Tiimityö ulottui usein moneen eri suuntaan, koska hoito esimerkiksi päivystyspoliklinikalla vaati usein neuvottelua eri ammattilaisten, hoitoyksiköiden ja yksilöiden välillä (Strann ym. 2015).

Vastuun jakaja jakoi vastuuta moniammatillisesti ja koordinoi moniammatillisessa tiimissä, esimerkiksi asiakasvastaava koordinoi asiakkaan hoitoa (Maten-Speksnijder ym. 2015; Kosevich ym. 2014).

Tiimityöskentelyn vahvuuksina nähtiin hyvät työsuhteet ja vahva tiimityö (Stievano ym. 2012; Strann ym. 2015). Tällaisia olivat esimerkiksi lääkäri-hoitaja työparit (Stievano ym. 2012). Hyvä viestintä ja hyvät suhteet edistivät tiimityötä sekä hoidon jatkuvuutta eri ammattiryhmien välillä (Stievano ym. 2012, Bala ym. 2012).

Konsultoivan sairaanhoitajan työ innosti ja motivoi sairaanhoitajaa etenemään urallaan (Rondinelli ym. 2014). Sairaanhoitaja tarvittaessa konsultoi muita hoitoon osallistuvia (Wilkinson ym. 2013; Orava ym. 2012b; Wilkinson ym. 2013; Kosevich ym. 2014). Hän oli moniammatillinen tiimityöskentelijä (Wilkinson ym. 2013; Bala ym. 2012). Poliklinikkasairaanhoitajat nähtiin keskeisinä henkilöinä, esimerkiksi lääkärit tunnistavat sairaanhoitajat poliklinikalla keskeisiksi henkilöiksi hoitotyön toteuttamisessa (Stievano ym. 2012).

Asiakkaan puolesta puhuja toimi joidenkin potilasryhmien oikeuksien puolesta puhujana, esimerkiksi tiettyjen potilasryhmien, kuten vanhusten ja vammaisten oikeuksien ja etujen toteutumisen puolesta puhujana (Fagerholm 2014).

5.6 Motivoiva asioidenhoitaja

Motivoiva asioidenhoitaja muodostui *asioiden hoitajasta, potilaan tukijasta, hoidon ohjaajasuunnittelijasta, jatkohoidon järjestäjästä ja ohjauksen rajallisuudesta*. Asioiden hoitaja tunsi käyttävänsä runsaasti aikaa potilaiden asioiden hoitamiseen (Palonen ym. 2016).

Potilaan tukija oli auttajan ja tilanteiden hallinnan rooleissa (Hamström ym. 2012). Sairaanhoitaja antoi tukea ahdistuksen ja pelon käsittelyssä (Bala ym. 2012). Potilaan omia voimavaroja ja vastuunottamista omasta terveydestä tuettiin (Palonen ym. 2012) eikä heidän elintapoja arvosteltu (Härkönen ym. 2007).

Hoidon ohjaajasuunnittelija kasvatti ja ohjasi potilaiden tietämystä omahoidosta (Bala ym. 2012; Wilkinson ym. 2013). Ohjauksella oli keskeinen rooli hoitotyössä ja merkitys potilaan omahoitoon (Palonen ym. 2012; Romppanen ym. 2013). Hoidon suunnitteluun, koordinointiin ja tukeen käytettiin paljon aikaa (Palone ym. 2016). Asiantuntijasairaanhoitajan rooli kehittyi potilasohjauksessa (McCorkell ym. 2013). Sairaanhoitaja oli monenlaisten tehtävien ohjaaja ja neuvoja sekä tiedon antaja (Tarkiainen ym. 2012; McCorkell ym. 2013; Bala ym. 2012). Sairaanhoitaja loi hyvän hoitosuhteen (Bala ym. 2012).

Jatkohoidon järjestäjä puuttui potilaan hoitoon, motivoimiseen ja jatkohoidon järjestämiseen (Korhonen ym. 2016). Sairaanhoitajilla oli potilaan tilanne hyvin selvillä suunniteltaessa jatkohoitoa (Bala ym. 2012). Hyvään hoidon jatkuvuuteen vaikutti myös se, että sairaanhoitajilla oli yhteys lääkäriin (Bala ym. 2012). Hyvään hoidon jatkuvuuteen vaikutti saman sairaanhoitajan näkeminen (Bala ym. 2012).

Ohjauksen rajallisuus oli kiireen sävyttämää päivystyspoliikkasuhteissa (Romappnen ym. 2013). Ohjaus koettiin rajallisena ajan puutteen vuoksi (Palonen ym. 2012). Toisaalta hoitajat myös käyttivät paljon aikaa ohjaukseen, jonka vuoksi potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen (Palone ym. 2012).

5.7 Empaattinen vuorovaikuttaja

Empaattinen vuorovaikuttaja muodostui *vastavuoroisuudesta, keskusteleavasta kuuntelijasta, ammatillisesta lähestymistavasta*. *Vastavuoroisuus* näkyi sairaanhoitajan aitona läsnäolona, vuorovaikutuksellisena hoitosuhteena (Orava ym. 2012b). Sairaanhoitaja toteutti yksilöllistä ja

vuorovaikutuksellista hoitosuhdetta (Orava ym. 2012a). Vuorovaikutusta tapahtui moniammatillisissa tiimissä (Nieminen ym. 2011).

Keskusteleva kuuntelija ymmärrettiin kuuntelevan asiakasta oikeasti ja uskoivat asiakkaan kertomaa sekä keskustelivat asianmukaisesti (Nieminen ym. 2011; Tarkiainen ym. 2012). Hoitajan tuli olla keskusteleva ja kohdata potilaat yksilöllisesti (Korhonen ym. 2016).

Ammatillinen lähestymistapa nähtiin sairaanhoitajan ammatillisena ja lämpimänä kohtaamisena (Bala ym. 2012). Sairaanhoitajat olivat empaattisia ja antoivat tukea (Bala ym. 2012). Hyvä hoito muodostui sosiaalisesta ympäristöstä, ammatillisesta lähestymistavasta ja toimenpiteistä (Bala ym. 2012).

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 4) sairaanhoitajien asiantuntijuuden muodostuminen polikliinisessä hoitotyössä.

Taulukko 4. Sairaanhoitajien asiantuntijuuden muodostuminen polikliinisessä hoitotyössä

Yläluokka	Alaluokka
Terveydenedistäjä	<ul style="list-style-type: none"> • Terveydenedistäjätyyppi
Hoidon tarpeen arvioija	<ul style="list-style-type: none"> • Ammatillinen autonomia • Vastuunottaminen • Potilaan hoidon tarpeen arviointi • Puhelinneuvoja • Kollegiaalisuuden lisäämä autonomia • Organisaatiomuutosten tarve
Laajennetun tehtäväkuvan toteuttaja	<ul style="list-style-type: none"> • Lisääntyneet tehtävät • Rajoitettu lääkkeenmääräämisoikeus
Hoitotyön kehittäjä ja osaaja	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakasvastaavatoiminnan osaaja • Hoitotyön suunnittelija • Turvallisen hoitotyön ympäristön kehittäjä • Monipuolinen hoitotyön osaaja • Oppimisen rajallisuus • Oma-aloitteinen oppija • Ammatillinen kehittyminen
Konsultoiva tiimityöskentelijä	<ul style="list-style-type: none"> • Moniammatillinen osaaja • Yhteistyön toteuttaja • Vastuun jakaja • Tiimityöskentelyn vahvuudet • Konsultoiva sairaanhoitaja • Asiakkaan puolestapuhuja
Motivoiva asioidenhoitaja	<ul style="list-style-type: none"> • Asioiden hoitaja • Potilaan tukija • Hoidon ohjaajasuunnittelija • Jatkohoidon järjestäjä • Ohjauksen rajallisuus
Empaattinen vuorovaikuttaja	<ul style="list-style-type: none"> • Vastavuoroisuus • Keskusteleva kuuntelija • Ammatillinen lähestymistapa

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Integroidun kirjallisuuskatsauksen perusteella sairaanhoitajien asiantuntijuuksia polikliinisessa hoitotyössä ovat terveydenedistäjä, hoidon tarpeen arvioija, laajennetun tehtäväkuvan toteuttaja, hoitotyön kehittäjä ja osaaja, konsultoiva tiimityöskentelijä, motivoiva asioidenhoitaja sekä empaattinen vuorovaikuttaja. Sairaanhoitajilla on yhä merkittävämpi rooli terveydenedistäjinä; he pitävät omia vastaanottoja ja toteuttavat kokonaisvaltaista hoitotyötä (Delamaire ym. 2010; Luukkola ym. 2013). Tulevassa Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa kunnille jää kuntalaisten terveyden edistäminen ja hyvinvointi. Kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on yhteinen tehtävä sekä maakunnalla että kunnilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Hoitajien työ vastaanottotehtävissä eri poliklinikoilla koetaan melko itsenäisenä. Sairaanhoitajat tekevät hoidon tarpeen arviointia ja ottavat vastuuta erilaisissa rooleissa. Näiden myötä sairaanhoitajan rooli on vahvistunut. (Parhiala ym. 2016.) OECD:n (2015) raportin mukaan sairaanhoitajilla on tärkeä rooli terveystieteissä, joissa heillä on omia vastaanottoja. Aikaisemman tutkimuksen mukaan asiantuntijasairaanhoitajat ennakoivat asioita ja suunnittelivat hoitoa ongelmien ehkäisemiseksi enemmän kuin aloittelevat sairaanhoitajat (Hoffman ym. 2009).

Vallealan ym. (2012) mukaan vastuuhoidajalla on tärkeä merkitys poliklinikalla. He tekevät hoidon tarpeen arviointia, jossa tarvitaan moniammatillista osaajaa. He osallistuvat puhelinneuvontaan ja tekevät siinä puhelinkeskustelun perusteella hoidon tarpeen arviointia. Organisaatioissa tapahtuneet muutokset näkyvät puhelinneuvonnan lisääntymisenä muun muassa päivystyksyksiköissä. Laadukas puhelinneuvonta edellyttää sairaanhoitajalta ammatillista osaamista (Olsen ym. 2010; Jokiniemi ym. 2012; Becker ym. 2013). Sairaanhoitajalla on konsultoiva rooli ja häneltä odotetaan monenlaista osaamista. Lisääntyneet työtehtävät lisäävät sairaanhoitajien henkilökohtaista työtyytyväisyyttä, koska he saavat tehdä laajennettuja työtehtäviä. Collin ym. (2012) mukaan sairaanhoitajien tehtäväkuvien laajentuminen edistää sekä työyhteisön että yksilön oppimista. Sosiaali- ja terveysministeriön (2016) mukaan sairaanhoitajan tulee ylläpitää osaamistaan. Tätä tukee myös ammattikorkeakoulujen järjestämä erikoistumiskoulutus, joka on ammatillista kehittymistä ja erikoistumista edistävää pitkäkestoista koulutusta korkeakoulututkinnon suorittaneille tai vastaavan osaamisen hankkineille (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2017).

Sairaanhoitajilla tehtäväkuvat ovat laajentuneet ja he saavat tehdä sellaisia tehtäviä, joita aiemmin ovat toteuttaneet muut terveydenhuollon ammattilaiset, esimerkiksi lääkärit. Tällaisia tehtäviä ovat

muun muassa rajoitettu lääkkeenmääräämisoikeus. (Collin ym. 2012; Nieminen ym. 2011; Stenner ym. 2008.) Sairaanhoitajat toteuttavat myös erilaisia kliinisiä toimenpiteitä. Kliinisen hoitotyön asiantuntija nähdään kokeneena, itsenäisenä työntekijänä ja heidän roolinsa ovat selkeästi määritelty. (Olsen & Nesbitt 2010; Becker & Doherty 2013.) Sairaanhoitajat kokevat lisäkouluttautumisen tarpeellisenä, koska he kehittävät ja suunnittelevat hoitotyötä. Ammatillinen kasvu näkyy ammattitaidon ylläpitämisenä, lisäkouluttautumisena ja potilaiden tarpeisiin vastaamisena. Suomessa laajennetulla tehtävänkuvalla työskentely edellyttää lisäkouluttautumista (Sairaanhoitajat 2014a). Dury ym. (2014) kokevat tarpeellisenä asiantuntijahoitajien roolin tunnustamisen. Liimataisen (2009) mukaan sairaanhoitajien laajennetut tehtävänkuvat muodostavat lisäkoulutuksen tarvetta. Lisäkouluttautuminen mahdollistaa uusien erityistehtävien saamisen työssä. Työkokemuksen ja ammatillisuuden kehittyminen edistää myönteistä suhtautumista potilaisiin. Organisaation tulisi olla kouluttautumisen ja elinikäisen oppimisen mahdollistaja.

Teknologian nähdään muuttavan sairaanhoitajan työtä ja osaamisvaatimuksia (Hahtela ym. 2017). Perinteisten terveyspalvelujen rinnalle tulee erilaisia digitaalisia työkaluja ja sairaanhoitajat tarvitsevat niitä hoitotyössä. Eriksson ym. (2013) mukaan tulevaisuudessa sairaanhoitajakoulutuksen tulee vastata moniin osaamisvaatimuksiin. Työelämässä tapahtuvien muutosten hallinta edellyttää ennakkointia, johon ammatillisen koulutuksen tehtävänä on osaltaan vastattava ohjaamalla ammattialan kehitystä. Terveysalan koulutuksen sisältöjen uudistuksessa tulisi huomioida väestöstä ja yhteiskunnasta nousevat tarpeet ja tulevaisuuden haasteet. Jatkossa esimerkiksi potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut lisääntyvät (Valvira 2015). Tämä tarkoittaa potilaan tutkimista, diagnostiikkaa, tarkkailua, seurantaa, hoitamista, hoitoon liittyviä päätöksiä tai suosituksia, jotka perustuvat videon välityksellä verkossa tai älypuhelimella välitettyihin tietoihin ja dokumentteihin. Etäpalvelut lisääntyvät aiemmin poliklinikoilla ja vastaanotoilla tapahtuneiden potilaskontaktien sijaan.

Sairaanhoitaja nähdään moniammatillisena konsultoivana tiimityöskentelijänä, jossa keskeisiksi haasteiksi osoittautuvat sovitusti joustavat roolit, vastuukysymykset sekä tiimityössä vuorovaikutustaitojen oppiminen. Tiimityöskentely nähdään myös vahvuutena, joita korostavat vahva tiimityö ja hyvät työsuhteet. Isoherranen (2012) ymmärtää, että moniammatillisessa työskentelyssä ylitetään usein asiantuntijoiden roolirajat. Sairaanhoitaja on myös motivoiva asioidenhoitaja, joka auttaa potilasta hänen omien voimavarojensa tukemisessa. Hoidon suunnitteluun ja koordinointiin käytetään paljon aikaa. Sairaanhoitaja pyrkii luomaan hyvän hoitosuhteen ja järjestää potilaan jatkohoidon siten, että potilaalla on jatkossa mahdollisuus tavata sama hoitaja. Potilaan ohjaus nähdään myös kiireen sävyttämänä erityisesti päivystyspoliklinikalla.

Sipilä ym. (2015) mukaan vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä sairaanhoitajan työssä. Sairaanhoitajat ymmärretään empaattisina ja tukea antavina työntekijöinä, jotka toteuttavat yksilöllistä ja vuorovaikutuksellista hoitosuhdetta. Hyvä hoito muodostuu ammatillisesta lähestymistavasta ja sairaanhoitajan toteuttamista toimenpiteistä. Kollegiaalisen työyhteisön nähdään edistävän hoitotyön autonomiaa polikliinisessä hoitotyössä.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tieteellisessä toiminnassa tulee aina olla mukana tutkimuksen eettisyys. Tutkimusaiheen valinnan yhteydessä on tärkeää pohtia eettisyyttä, johon sisältyy tutkimusongelmien pohjana olevien arvojen pohtiminen ja tutkimuksella tuotettavan tiedon merkityksen arvioiminen oman tieteenalan ja yhteiskunnan kannalta (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimusprosessin aikana huomioitiin eettiset näkökohdat. Hyvän tutkimuksen kriteerinä voidaan pitää tutkimuksen sisäistä johdonmukaisuutta. Tutkijan tulee tietää mitä tekee. Tämä näkyy siinä, että valittu tutkimusmenetelmä on hyvä ja tutkimukseen sopiva. Tutkimukseen valitut lähteet olivat tieteellisiä, perusteltuja ja mukaan valittiin mahdollisimman uusia lähteitä. Aikaisempaan aiheeseen liittyvään tutkimustietoon tutustuttiin (Benner 2009; Donald ym. 2014; Jennings ym. 2015; Jokiniemi 2014; Newhouse ym. 2011.) Asiantuntijuudesta löytyi hyvin tutkittua tietoa, mutta varsinaisesti sairaanhoitajien toteuttamasta hoitotyöstä poliklinikoilla oli vähän tutkittua tietoa.

Eettinen kestävyys nähdään tärkeänä. Tutkimusaiheen valinnassa tulee miettiä, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimus tehdään. Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan omat eettiset ratkaisut kulkevat rinnakkain. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu hyvin. (Kankkunen ym. 2009; Kylmä & Juvakka 2007; Tuomi ym. 2009.) Kirjallisuuskatsaukseen valittu tutkimusaineisto koostui aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista, joten ne eivät enää aiheuttaneet rasitetta kenellekään. Polikliinisestä hoitotyöstä sairaanhoitajien toteuttamana on vähän tutkimusta, joten integroitu kirjallisuuskatsaus hoitotieteen näkökulmasta on eettisesti perusteltu.

Tutkimus toteutettiin noudattamalla hyvän tieteellisen käytännön periaatteita: tutkimustulokset raportoitiin avoimesti, rehellisesti ja tarkasti. Myös tutkimusprosessi kuvattiin tarkasti ja tuotiin esiin eri vaiheita taulukoiden ja kuvioiden avulla. (Kylmä & Juvakka 2012; Ronkainen ym. 2011.)

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Whitemorin ja Knaflin (2006) mukaan integroidussa kirjallisuuskatsauksessa kirjallisuuden hakuprosessi tulisi olla selkeästi dokumentoitu luotettavuuden lisäämiseksi. Tässä integroidussa kirjallisuuskatsauksessa hakuprosessi on kuvattu tiedonhakuprosessina kuvion muodossa (Kuvio 1), joka sisältää muun muassa tietokantojen hakulöydökset, käytetyt tietokannat, sisäänotto- ja poissulkukriteerit sekä täydennyshaun strategiat. Hakusanat on kuvattu taulukko muodossa (Taulukko 2). Luotettavuutta tulee arvioida tutkimusprosessin eri vaiheissa (Kylmä & Juvakka 2007). Tähän sisältyy tutkimuksen merkityksen perusteleminen ja aiheen ajankohtaisuus. Aihe on ajankohtainen, koska avohoito ja polikliininen hoitotyö lisääntyvät ja niissä tarvitaan sairaanhoitajien asiantuntijuutta. (Eriksson ym. 2013). Hakuprosessin luotettavuutta pyrittiin varmistamaan sillä, että kirjallisuushaku tehtiin tietokannoista yhdessä korkeakoulukirjaston informaation kanssa kaksi kertaa; ensimmäinen keväällä 2016 ja täydennyshaku keväällä 2017 (Niela-Vilen & Hamari 2016). Lisäksi tehtiin manuaalista hakua löydettyjen artikkeleiden lähdeluetteloiden avulla. Manuaalinen tiedonhaku täydentää elektronisesti löydettyjen artikkelien hakuja. Lopulliset artikkelit luettiin moneen kertaan ja valittiin sellaiset artikkelit, joista oli saatavana kokoteksti tai olivat englannin- tai suomenkielisiä. Näiden sisäänottokriteerien perusteella voi merkittäviä artikkeleita jäädä pois tutkijan kielitaidon tai artikkelin kokotekstin puuttumisen vuoksi. Integroituun kirjallisuuskatsaukseen valittiin sekä laadullisia että määrällisiä tutkimuksia, mikä on mahdollista valitun metodin mukaan. (Wakefield 2015; Valkeapää 2016.) Katsaukseen valikoituneiden tutkimusten laatua ei arvioitu systemaattisella työkalulla. Yläluokiksi muodostui seitsemän eri sairaanhoitajan asiantuntijuutta polikliinisessä hoitotyössä (Taulukko 4). Integroidussa kirjallisuuskatsauksessa analysoidut tutkimukset (Liite 2) ovat taulukkomuodossa, jossa on kuvattuna tekijä, vuosiluku, artikkelin nimi, otos (=n), tutkimusmenetelmä ja tulokset. Analyysin luotettavuutta varmistettiin tarkistamalla tulosten yhdenmukaisuus alkuperäisaineistoon nähden.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Integroidun kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitajilla on monenlaista asiantuntijuutta toteuttaessaan polikliinistä hoitotyötä. Ammatillinen kehittyminen ja jatkuvan kouluttautumisen tarve tiedostetaan. Sairaanhoitajat kokevat lisätehtävien saamisen lisäävän työtyytyväisyyttä. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien asiantuntijuuden kehittämisessä polikliinisessä hoitotyössä.

Lisäksi integroidun kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavat, että sairaanhoitajilla on tärkeä rooli polikliinisessä hoitotyössä. Sosiaali- ja terveystalvelujen muutos (sote) tuo uusia mahdollisuuksia asiakkaiden valinnanvapauteen. Tulevaisuudessa voisi tutkia, miten yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset vaikuttavat sairaanhoitajan rooliin polikliinisessä hoitotyössä. Lisäksi voitaisiin tutkia, miten sairaanhoitajien konsultointia voisi enemmän hyödyntää polikliinisessä hoitotyössä. Mielenkiintoista olisi myös selvittää moniammatillisuuden ja tiimityöskentelyn merkitystä sairaanhoitajien ja lääkärin yhteistyössä, koska useita tehtäviä on siirretty lääkäreiltä sairaanhoitajille.

LÄHTEET

- Ammattikorkeakouluasetus 352/2003. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030352> 6.9.2017
- Baker DP, Day R. & Salas E. 2006. Teamwork as an essential component of high reliability organizations. *Health Serv Res* 2006;41:1577–98.
- Becker D & Doherty C. 2013. Emerging Roles of the Advanced Practice Nurse. Joel, L. A. 2013. *Advanced Practice Nursing. Essentials for Role Development*. Third Edition. USA. 19-39.
- Benner P, Tanner C & Chesla C. 2009. Expertise in Nursing Practice. *Caring, Clinical Judgement, and Ethics*.
- Binner M, Ross D & Browner I. 2011. Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: Assessment of Oncology Nurses' Knowledge and Practice. *Oncology Nursing Forum* 38 (4), 448-454.
- Bobay K, Gentile D & Hagle M. 2009. The relationship of nurses' professional characteristics to levels of clinical nursing expertise. *Applied Nursing Research* 22, 48–53.
- Cameron KA, Engel KG, McCarthy DM, Buckley BA, Mercer Kollar LM, Donlan SM, Pang PS, Makoul G, Tanabe P, Gisondi MA & Adams JG. 2010. Examining Emergency Department Communication through a Staff-Based Participatory Research Method: Identifying Barriers and Solutions to Meaningful Change. *Ann Emerg Med* 2010;56:614–622.
- Cangelosi PR, Crocker S & Sorrell JM. 2009. Expert to novice: Clinicians Learning New Roles as Clinical Nurse Educators. *Research in Nursing & Health*, 2010, 33(4), 276-287.
- Collin K, Valleala UM, Herranen S, Paloniemi S & Pyhälä-Liljeström P. 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosesseissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2012:49, 31-43.
- Cotrell JED, Jonas M, Bergsten U, Blaas E, Torre Aboki J, Howse C, Korandova J, Löfman P, Logtenberg C, Lupton T, Mallon C, Oliver S, Pickles D & Bulinckx L. 2012. The Nurse's Role in Addressing Unmet Treatment and Management Needs of Patients With Rheumatoid Arthritis: Delphi-Based Recommendations. *International Journal of Nursing Knowledge* 24 (2), 66-76.
- D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martín-Rodríguez LS, Beaulieu MD. 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Coreconcepts and theoretical frameworks. *Journal Interprof Care* 2005:Supplement 1:1, 16–31.
- Delamaire ML & Lafortune G. 2010. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Paper No. 54. Saatavissa [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp\(2010\)5&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp(2010)5&doclanguage=en). 4.4.2017
- Donald F, Kilpatrick K, Reid K, Carter N, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Harbman P, Kaasalainen S, Marshall D, Charbonneau-Smith R, Donald EE, Lloyd M, Wickson-Griffiths A, Yost J, Baxter P, Sangster-Gormley E, Hublely P, Laflamme C, Campbell-Yeo M, Price S, Boyko J & DiCenso A. 2014. A systematic review of the cost-effectiveness of Nurse

Practitioners and Clinical Nurse Specialists: What Is the quality of the evidence? Nursing Research and Practice Volume 2014, Article ID 896587, 28 s. Doi: 10.1155/2014/896587

- Dury C, Hall C, Danan JL, Mondoux J, Aquiar Barbieri-Figueiredo MC., Costa MAM & Debout, C. (2014). Specialist nurse in Europe: education, regulation and role. International Council and Nurses. 454-462.
- Eriksson A, Merasto M, Sipilä M & Korhonen T. 2013. Yhtenevä sairaanhoitajakoulutus vastaa tulevaisuuden osaamisvaatimukseen. Tutkiva Hoitotyö 11(1), 2013: 44-46.
- Eriksson E, Korhonen T, Merasto M & Moisio EL. 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteiden verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Porvoo.
- Fagerström L. 2009. Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. International Nursing Review, 56 (2): 269–272.
- Flinkman M & Salanterä S. 2007. Integroitu katsaus – Eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. 84-100.
- Hahtela N. 2015. Sairaanhoitajien työolobarometri 2014. Sairaanhoitajaliiton julkaisu 26.1.2015. Saatavilla: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/01/Sairaanhoitajien-ty%C3%B6olobarometri-2014.pdf> 24.4.2017
- Hahtela N & Meretoja R. 2017. Sairaanhoitajan työnkuvan muutokset sote-uudistuksessa. Tutkiva Hoitotyö 15(1): 36-37.
- Hirsjärvi S & Hurme H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki.
- Hoffman KA, Aitken LM & Duffield C. 2009. A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: Verbal protocol analysis. International Journal of Nursing Studies 46 (2009) 1335–1344.
- Hopia H, Latvala E & Liimatainen L. 2016. Reviewing the methodology of an integrative review. Scandinavian Journal of Caring Sciences 30:6, 62-69.
- Hotus. 2017. Hoitotyön tutkimussäätiö. Asiantuntijuusmalli. Saatavilla: <http://www.hotus.fi/hotus-fi/asiantuntijuusmalli> 30.9.2017
- Isoherranen K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Unigrafia, Helsinki.
- Jannings W, Underwood E, Almer M & Luxford B. 2010. How useful is the expert practitioner role of the clinical nurse consultant to the generalist community nurse? Australian Journal of Advanced Nursing 28(2), 33-40.
- Jarman HJ. 2009. Sharing expertise—Using clinical nursing rounds to improve UK emergency nursing practice. Australasian Emergency Nursing Journal (2009) 12, 73-77.
- Jennings N, Clifford S, Fox AR & O'Connell J. 2015. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction, and waiting times in the emergency department: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 52 (1): 421–435.

- Jokiniemi K. 2014. Clinical Nurse Specialist Role in Finnish Health Care. University of Eastern Finland.
- Jokiniemi K, Haatainen K, Meretoja R & Pietilä AM. 2015. The Future of the Clinical Nurse Specialist Role in Finland. *Journal of Nursing Scholarship*, 2015; 47:1, 78-86.
- Jokiniemi K, Haatainen K & Pietilä AM. 2014. From challenges to advanced practice registered nursing role development: Qualitative interview study. *International Journal of Nursing Practice* 21, 896-903.
- Jokiniemi K, Pietilä AM, Kylmä J & Haatainen K. 2012. Advanced nursing roles: A systematic review. *Nursing and Health Sciences* (2012), 14, 421-431.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Wsoy.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Wsoy.
- Korhonen A, Korhonen T & Holopainen A. 2010. Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. *Tutkiva Hoitotyö* 8(3): 38-42.
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.
- Kääriäinen M & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37-45.
- Laine T, Meretoja R & Hupli M. 2010. Vastavalmistuneen sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys – asiantuntijoiden odotukset ja arviot. Teoksessa Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) 2010. *Hoitotieteellinen tieto monitieteisessä tiede- ja toimintaympäristössä. XI Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. Itä-Suomen Yliopisto, Kuopio. 92-99.*
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 4a§).
- Latter S, Maben J, Myall M & Young A. 2007. Evaluating the clinical appropriateness of nurses' prescribing practice: method development and findings from an expert panel analysis. *Quality & Safety in Health Care*, Dec2007; 16(6): 415-421.
- Lemetti T, Meretoja R, Renholm M, Kivelä H & Hupu M. 2016. Hoitotyön kliiniset asiantuntijat – tärkeitä, mutta miten tärkeitä. *Pro terveys* 44(2), 16-17.
- Luukkainen S & Uosukainen L. 2011. Koulutus asiantuntijuuden perustana. Sairaanhoitaja asiantuntijana vuosikirja 2011. *Hoitotyön vuosikirja 2011*. Helsinki: Fioca Oy.
- Luukkola T & Heikkilä J. 2013. Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus lisää diabeteshoitajan työn itsenäisyyttä. *Diabetes ja lääkäri*. 4 (42), 40-42.
- McHugh MD & Lake ET. 2010. Understanding Clinical Expertise: Nurse Education, Experience, and the Hospital Context. *Nursing & Health*, 2010, 33, 276–287.
- Morrison SM & Symes L. 2011. An Integrative Review of Expert Nursing Practice. *Journal of Nursing Scholarship*. 43(2), 163-170.
- Mölläri K & Saukkonen SM. 2017. Avohilmo. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2017. Määrittelyt ja ohjeistus. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. Helsinki.

- Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, Wilson RF, Fountain L, Steinwachs DM, Heindel L & Weiner JP. 2011. Advanced Practice Nurse outcomes 1990–2008: A systematic review. *Nursing Economic\$,* 29 (5): 230–251.
- Niela-Vilen H & Hamari L. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M, Axelin A & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopiston hoitotieteen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turun yliopisto. Turku. 23-34.
- Nygus P, Greenfield D, Travaglia J, Westbrook J & Braithwaite J. 2010. How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. *Soc Sci Med* 2010;71, 898-909.
- OECD. 2015. Health at a Glance 2015. Saatavissa: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#.V5YAVLiLS1s#page5 25.7.2016
- Olsen JM. & Nesbitt BJ. 2010. Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors: An integrative review, *American Journal of Health Promotion* 25 (1), c1-c12.
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2017. Korkeakoulutus. Saatavissa: <http://minedu.fi/korkeakoulutus> 9.12.2017
- Parhiala K, Hetemaa T, Sinervo T, Nuorteva L, Luoto E & Krohn M. 2016. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2015 – Kyselytutkimuksen tuloksia 1. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130545/URN_ISBN_978-952-302-658-2.pdf?sequence=1 4.4.2017
- Polit DF & Beck CT. 2012. Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice. Ninth edition. Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, China.
- Pulcini J, Jelic M, Gul R & Loke AY. 2010. An international survey on Advanced Practice Nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship* 42 (1), 31–39.
- Reeves S, Rice K, Conn LG, Miller KL, Kenaszchuk C & Zwarenstein M. 2009. Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal Interprof Care* 2009;23:633-45.
- Ronkainen S, Pehkonen L, Lindblom-Ylänne S & Paavilainen E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. WsoyPro Oy, Helsinki.
- Russell CL. 2005. An overview of the integrative research review. *Progress in Transplantation.* 15(1):8-13. Saatavissa: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4117/is_200503/ai_n13476203 6.5.2016
- Räsänen M, Stenvall J & Heikkinen K. 2016. Kompetenssit palveluiden kehittämisessä esimerkkinä hoitotyön kliininen asiantuntijuus. Teoksessa Syväjärvi, A & Pietiläinen, V (toim.) 2016. Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen. Tampere. 269-296
- Sairaanhoitajat. 2014a. Sairaanhoitajan laajennetut työnkuvat maailmalla. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/sairaanhoitajan-laajennetut-tyonkuvat-maailmalla/> 2.4.2016

- Sairaanhoitajat. 2014b. Toimenkuvan laajentamisesta hyviä kokemuksia. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/toimenkuvan-laajentamisesta-hyvia-kokemuksia/> 2.4.2016
- Sairaanhoitajat. 2014c. Sairaanhoitajaliitto uudisti asiantuntijatyötään – jäsenten asiantuntijuus esille. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/2014/sairaanhoitajaliitto-uudisti-asiantuntijatyotaan-jäsenten-asiantuntijuus-esille/> 25.7.2016
- Sairaanhoitajat. 2017. Erikoistumiskoulutuksesta uutta osaamista. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/2017/16196/> 9.12.2017
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa. Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf 4.4.2017
- Sheer B & Wong F. 2008. The development of advanced nursing practice globally. Journal of Nursing Scholarship, 40 (3): 204–211.
- Sinervo T, Tynkkynen LK & Vehko T. 2016. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2016 Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131276/URN_ISBN_978-952-302-732-9.pdf?sequence=1 2.4.2017
- Sipilä M, Miettinen M, Holopainen A, Kyngäs H, Turunen H, Voutilainen P & Pölkki T. 2015. Visio sairaanhoitajan työn sisällöstä vuonna 2035. Tutkiva Hoitotyö 13 (1), 52-54.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Koulutuksella osaamista. Asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7 Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111940/URN%3aNBN%3afi-fe201504224497.pdf?sequence=1> 4.4.2017
- Stenner K & Courtenay M. 2008. The role of interprofessional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. J Adv Nurs 2008: 63, 276-283.
- STM. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön – Toimintaohjelma 2009-2011. STM. Helsinki, 2009.
- STM. 2015. Työnjakoa uudistamalla nopeammin hoitoon ja joustavuutta palveluihin. Selvitys rajatun lääkkeenmääräämisen toteutumisesta ja kehittämis ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:49 Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129893/Binder1.pdf?sequence=1> 4.4.2017
- STM. 2016. Kliinisen hoitotyön erikoisosaaminen: kehittämis ehdotukset tukemaan työelämän muutosta. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta, Hoitotyön jaosto. raportteja ja muistioita 61. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/78989/STM_raportti.pdf?sequence=1 7.12.2016
- STM. 2017. Sote- ja maakuntauudistus. Valinnanvapaus. Saatavissa: <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/asiakkaan-valinnanvapaus> 20.4.2017
- Sulosaari V & Kajander-Unkuri S. 2016. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. 107-117. review

- of the literature on registered nurses' medication competence. *Journal of Clinical Nursing* 20 (3-4), 464-478.
- Sulosaari V, Kajander S & Leino-Kilpi H. 2011. An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *Journal of Clinical Nursing* 20 (3-4), 464-478.
- Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Saatavissa: http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326_9.9.2017
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri (Avohilmo). Saatavissa: https://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/rekisteriselosteet/perusterveydenhuolto_23.9.2017
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Hilmo. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus. Määritelyt ja ohjeistus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen osana sote-uudistusta. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-jarjestaminen/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistaminen-osana-sote-uudistusta> 8.12.2017
- Tilastokeskus. 2017. Terveys. Saatavissa: http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_terveys.html 26.9.2017
- Tuomi J & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Jyväskylä.
- Valkeapää K. 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa Stolt, M, Axelin A & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopiston hoitotieteen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turun yliopisto. Turku. 56-66.
- Valleala UM, Herranen S, Collin K & Paloniemi S. 2012. Oppiminen vastuuhoidajamallin kehittämissuorissa päivystyspoliklinikalla. Teoksessa Collin, K., Paloniemi, S. & Herranen, S. (toim.) Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoidossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. 54-73.
- Valvira. 2015. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut. Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut_26.9.2017
- Wakefield A. 2015. Synthesising the literature as part of literature review. *Nursing Standard* 18(29), 44-51.
- Whittemore R & Knafl K. 2005. The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced Nursing* 52(5), 546-553.
- Zimmer L. 2006. Qualitative meta-synthesis: A question of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 311-318.

LIITTEET

Liite 1: Analysoidut tutkimukset

1. Bala SV, Samuelson K, Hagell P, Svensson B, Fridlund B & Hesselgard K. 2012. The Experience of Care at Nurse-Led Rheumatology Clinics. *Musculoskelet Care* 2012 (10), 202–211.
2. Fagerholm N. 2014. Sairaaloiden somaattisten poliklinikoiden hoitotyön henkilöstömitoitus – tunnusluku- ja asiantuntijaperusteinen mallinnus. Itä-Suomen Yliopisto. Kuopio.
3. Hamström N, Kankkunen P, Suominen T & Meretoja R. 2012. Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *International Journal of Nursing Practice* 18, 501-508.
4. Härkönen E, Suominen T, Kankkunen P, Renholm M & Kärkkäinen, O. 2007. Hoitajavastaanotot erikoissairaanhoidon polikliinisessä hoitotyössä – potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään. *Tutkiva Hoitotyö* 5 (1), 5-11.
5. Koivunen M, Harju S, Hakala T, Hänti J & Välimäki M. 2014. Päihtyneenä päivystyksessä – Saako potilas hyvää hoitoa ja kohtelua? *Hoitotiede* 26 (4), 275-286.
6. Korhonen T, Lassila A, Luukkanen M & Eriksson E. 2016. Asiakasvastaavatoiminta perusterveydenhuollossa – asiakkaiden odotuksia ja kokemuksia. *Tutkiva Hoitotyö* 14 (1), 33-43.
7. Kosevich G, Leinfelder A, Sandin KJ, Swift E, Taber S, Weber R & Finkelstein M. 2014. Nurse practitioners in medical rehabilitation settings: A description of practice roles and patterns. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 26, 194-201.
8. Maijala V. 2016. Health Promotion in Primary Health Care Registered Nurses' Appointments. Itä-Suomen Yliopisto. Kuopio.
9. Maijala V, Tossavainen K & Turunen H. 2015. Health promotion practices delivered by primary health care nurses: Elements for success in Finland. *Applied Nursing Research* 30 (2016) 45–51.
10. Marin L, Torrejon A, Oltra L, Seoane M, Hernandez-Sampelayo P, Vera MI, Casellas F, Alfaro N, Lazaro P & Garcia-Sanchez V. 2011. Nursing resources and responsibilities according to hospital organizational model for management of inflammatory bowel disease in Spain. *Journal of Crohn's and Colitis* 5, 211-217.
11. Maten-Speksnijder A, Pool A, Grypdonck M, Meurs P & Staa AL. 2015. Driven by Ambitions: The Nurse Practitioner's Role Transition in Dutch Hospital Care. *Journal of Nursing Scholarship* 47 (6), 544-554.

12. McCorkell G, Brown G, Michaelides B & Coates V. 2013. Protecting an endangered species: the contribution and constraints of nurses working in a specialist role. *Journal of Nursing Management* 23, 221-230.
13. Mitchell T, Butler-Williams C, Easton K, Ingledew I, Parkin D, Wade S & Warner R. 2010. The consultant nurse – expert practioner and much more. *British Journal of Nursing* 19 (8), 481-488.
14. Moss EL. 2014. Just a Telephone Call Away: Transforming the Nursing Profession With Telecare and Telephone Nursing Triage. *Nursing Forum* 49 (4), 233-239.
15. Nagel K, Gender J & Bonner A. 2010. Delineating the Role of a Cohort of Clinical Research Nurses in a Pediatric Cooperative Clinical Trials Group. *Oncology Nursing Forum* 37 (3), 180-185.
16. Nieminen AL, Mannevaara B & Fagerström L. 2011. Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25, 661-670.
17. Noffsinger DL. 2014. Acute Care Nurse Practitioners in Trauma Care: Results of the Role Survey and Implications for The Future of Health Care Delivery. *Journal of Trauma Nursing* 21 (6), 266-271.
18. Orava M, Kyngäs H, Kääriäinen M. 2012a. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 24 (3), 216-231.
19. Orava M, Kyngäs H, Kääriäinen M. 2012b. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 23 (3), 232-243.
20. Palonen M, Aho A-L, Koivisto A-M. & Kaunonen, M. 2012. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliikklinikoilla. *Hoitotiede* 24 (2), 114-124.
21. Palonen M, Kaunonen M. & Åsted-Kurki P. 2016. Päivystyspoliikklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ohjauksen kehittämiskohteita potilaiden, läheisten ja hoitajien kuvaamana. *Gerontologia* 30 (2), 63-77.
22. Romppanen T, Rantanen A, Kuokkanen L, Roine Mentula, K, Vuorinen R & Suominen T. 2013. Reumapotilaita hoitavan hoitohenkilökunnan työn hallinta sekä työn hallintaa estävät ja edistävät tekijät. *Hoitotiede* 25 (4), 266-278.
23. Rondinelli JI, Omery AK, Crawford CR, Johnson JA. 2014. Self-Reported Activities and Outcomes of Ambulatory Care Staff Registered Nurses: An Exploration. *The Permanente Journal* 18 (1), 108-115.

24. Shiu ATY, Lee DF & Chau JPC. 2011. Exploring the scope of expanding advanced nursing practice in nurse-led clinics: a multiple-case study. *Journal of Advanced Nursing* 24, 1780-1792.
25. Souza CA, Jerico MC & Perroca MG. 2014. Measurement of nurses' workload in an oncology outpatient clinic. *Rev Esc Enferm USP* 2014, 48(1), 97-103.
26. Stievano A, De Marinis MG, Russo MT, Rocco G & Alvaro R. 2012. Professional dignity in nursing in clinical and community workplaces. *Nursing Ethics* 19 (3), 341-356.
27. Strann P, Suominen T & Rantanen A. 2015. Päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuuri hoitotyön lähiesimiesten kuvaamana. *Hoitotiede* 27 (1), 53-63.
28. Tarkiainen K, Kaakinen P, Kyngäs H, Kääriäinen M. 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystysyksikössä. *Hoitotiede* 24 (2), 98-113.
29. Turunen H, Partanen P, Kvist T, Miettinen M & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals. *International Journal of Nursing Practice* 19, 609-617.
30. Virtanen T, Rantanen A & Kaunonen M. 2012. Polikliinisen hoitotyön autonomiaa edistävät tekijät. *Tutkiva Hoitotyö* 10 (1), 13-21.
31. Wilkes L, Luck L & O'Baugh J. 2015. The role of a clinical nurse consultant in an Australian Health District: a quantitative survey. *BMC Nursing* 14 (25), 1-7.
32. Wilkinson J, Carryer J & Adams J. 2013. Evaluation of a diabetes nurse specialist prescribing project. *Journal of Clinical Nursing* 23, 2355-2366.

Liite 2: Integroidussa kirjallisuuskatsauksessa olevat tutkimukset taulukoituna

TEKIJÄ, MAA	ARTIKKELI	OTOS (n)	TUTKIMUS-MENETELMÄ	TULOKSET
1. Bala SV, Samuelson K, Hagell P, Svensson B, Fridlund B & Hesselgard K. 2012. Ruotsi	The Experience of Care at Nurse-Led Rheumatology Clinics.	n=18 Nivelreumaa sairastaville potilaille, jotka käyvät sairaanhoitajajohtoisilla reumapoliklinikoilla	Kvalitatiivinen sisällönanalyysi	Reumaa sairastavien kokemukset henkisestä tuesta reumapoliklinikalla, johon vaikutti sosiaalinen ympäristö, sairaanhoitajien ammatillinen lähestymistapa ja toimenpiteet. Sosiaalinen ympäristö, johon kuului lämmin kohtaaminen, perheilmapiiri ja miellyttävät tilat, oli toivottavaa ja myötävaikutti positiiviseen hoitokokemukseen. Sairanhoitajien ammatillinen lähestymistapa; empatia, tieto, taito ja tuen antaminen. Hoitajien erityisosaaminen reumatologiasta arvostettiin. Tarjolla oleva hoito lisäsi turvallisuuden, luottamuksen ja toivon tunnetta.
2. Fagerholm N. 2014. Suomi	Sairaaloiden somaattisten poliklinikoiden hoitotyön henkilöstömitoitus – tunnusluku- ja asiantuntijaperusteinen mallinnus	Aineiston muodostivat rekisteriaineisto ja kahdella Delphi-kierroksella kerätyt aineistot. Tutkimuksen rekisteriaineisto koostui RAFAELATM-hoitaisuusjärjestelmän valtakunnallisesta vertailuaineistosta vuosilta 2007–2010.	Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tulokset kuvailtiin myöstitastollisesti ja graafisesti.	Tutkimuksen perusteella muodostettiin hoitotyön henkilöstömitoituksen teoreettinen mallinnus 14 tunnusluvusta. Tunnusluvuiksi valikoituivat asiakaskäyntien lukumäärä vuodessa, potilaidenhoitoisuus suhteessa hoitajaresursseihin, optimaalisen hoitoisuuden arvo, hoitajien lukumäärä päivässä, hoitohenkilöstön vakanssien lukumäärä ja täyttöaste, hoitajien poissaolot suhteessa työpäiviin ja osastonsihteereiden osuus hoitohenkilöstöstä. Hoitotyön tulosta kuvaavia tunnuslukuja olivat hoitoisuuden toteutuminen suhteessa optimiin, potilastyytyväisyys, opiskelija ja

		<p>Aineisto sisälsi 9 sairaalan 192 poliklinikan asiakaskäynnit</p> <p>(n=1 669905) ja hoitotyön henkilötyövuositiedot (n=1 448). Ensimmäinen Delphi-kierros toteutettiin teemahaastatteluna, jossa selvitettiin hoitotyön johtajien</p> <p>(n=17) näkemykset henkilöstömitoituksesta</p>		<p>hoitajapalautteet, läheltä piti- ja vaaratapahtumailmoitukset, hoitotakuun ja talouden toteutuminen suhteessa budjettiin.</p>
<p>3. Hamström N, Kankkunen P, Suominen T & Meretoja, R. 2012. Suomi</p>	<p>Short hospital stays and new demands for nurse competencies</p>	<p>Sähköinen kyselylomake keväällä 2008 Suomessa sairaanhoitajille kuudessa päiväkirurgisessa yksikössä n=148</p>	<p>Tiedot kerättiin sähköisesti käyttämällä Nurse Competence Scalea. Määrällinen menetelmä</p>	<p>Tulokset osoittavat, että varmistamalla potilaiden hyvinvointia ja turvallisuutta ovat tärkeää osaamista.</p>
<p>4. Härkönen E, Suominen T, Kankkunen P, Renholm M & Kärkkäinen O. 2007. Suomi</p>	<p>Hoitajavastaanotot erikoissairaanhoidon polikliinisessä hoitotyössä – potilaiden</p>	<p>Yliopistosairaalan kahden poliklinikan hoitajavastaanotolla käyvät</p>	<p>Kyselylomake, kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>Hoitajavastaanotoilla käyvien potilaiden tyytyväisyys. Potilaat olivat yleensä tyytyväisiä hoitoonsa. Naiset vaikuttivat olevan miehiä tyytyväisempiä hoitajien ammattitaitoon.</p>

	kuvaus tyytyväisyydestään.	potilaat n=288		
5. Koivunen M, Harju S, Hakala T, Hänti J & Välimäki M. 2014. Suomi	Päihtyneenä päivystyksessä – Saako potilas hyvää hoitoa ja kohtelua?	Tutkimusaineisto on kerätty haastattelulla potilaita (n = 57) puhelimitse kolmen kuukauden kuluttua toteutuneesta hoidosta. Potilaita pyydettiin vapaasti kertomaan kokemuksiaan.	Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön erittelyllä.	Potilaiden kuvaukset päivystyksen selviämishoitoyksikön hoidosta jakautuivat neljään luokkaan: kliiniset hoitotoimenpiteet, vuorovaikutus, kohtelu ja hoitoympäristö. Hoitotoimenpiteet koettiin pääasiassa hyviksi ja hyödyllisiksi. Yleinen vuorovaikutus, keskustelu, psyykkisen tilan huomioiminen sekä päihteiden käytön puheeksi ottaminen olivat potilaille tärkeitä ja jatkossa alkoholin käytön vähentämisen kannalta hyödyllisiä. Tutkimus osoitti myös, että potilaat arvostivat ammatillista, syylistämätöntä ja ymmärtäväistä kohtelua.
6. Korhonen T, Lassila A, Luukkanen M & Eriksson E. 2016. Suomi	Asiakasvastaava toiminta perusterveydenhuollossa – asiakkaiden odotuksia ja kokemuksia	Kuuden kunnan perusterveydenhuollon vastaanototoimintaan kehitetyt käytännön asiakasvastaavatoimintamallit sekä asiakkaiden haastattelut, jotka käsittelevät heidän odotuksiaan (n=9) ja kokemuksiaan (n=5)	Asiakasvastaava toimintamallit analysoitiin deduktiivis-induktiivisella ja haastattelut induktiivisella sisällönanalyysillä	Tulokset kuvaavat asiakkaan, asiakasvastaavan ja lääkärin rooleja pitkäaikaissairaiden ja paljon palveluja käyttävien asiakasvastaavatoiminnassa. Asiakkaat odottavat asiakasvastaavatoiminnan parantavan heidän palveluitaan ja saamaansa hoitoa. Asiakasvastaavatoiminta lisäsi asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa ja paransi heidän saamiaan palveluita ja hoitoa. Asiakasvastaavatoiminta perusterveydenhuollossa tukee monisairaiden ja paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidon kokonaisuuden integrointia sekä lisää asiakkaiden tyytyväisyyttä

		asiakasvas- taavatoimin- nasta		hoitoonsa ja saamiinsa palveluihin.
7. Kosevich G, Leinfelder A, Sandin KJ, Swift E, Taber S, Weber R & Finkelstein M. 2014. USA	Nurse practitioners in medical rehabilitation settings: A description of practice roles and patterns	Artikkeli kuvaava sairaanhoi- tajan roolia lääkinnälli- sessä kuntoutuks- sessa	Kuvata sairaanhoitajan roolia lääkinnällisessä kuntoutuksessa	Advanced hoitajat voivat tarjota tehokasta hoitotyötä vammaisille, jolloin tulee kustannussäästöjä ja parempia tuloksia. Potilaan hoito (NPS) hyödyttää lääkäreitä, että he voivat laajentaa kliinistä työtään ja johtamista.
8. Maijala V. 2016. Suomi	Health Promotion in Primary Health Care Registered Nurses' Appointments.	Tutkimus sisälsi integroidun katsauksen (n=40) ja kaksivaihei- sen mukaillen Delphi--- -tutkimuksen Ensimmäisellä kierroksella puolistruk- turoidut haastattelut toteutettiin kaikkien osallistujien (n=42) keskuudessa 11 terveyskesku- ksessa vuoden 2009 aikana. Toisella kierroksella kyselytut- kimus toteutettiin	Aineiston analysointiin käytettiin sisällön analyysiä, käsittekartta- menetelmää ja tilastollisia analyysijä.	Integroitu katsaus paljasti sairaanhoitajien edustavan terveyden edistämisen asiantuntijuuksia, joita olivat seuraavat: yleinen terveyden edistäjä, potilaskeskeinen terveyden edistäjä ja terveyden edistämisen projektien johtaja. Integroidun katsauksen tuloksista ilmeni sairaanhoitajien terveyden edistämisen osaamisalueiden koostuvan monitieteisestä tietoperustasta, taidollisesta osaamisesta, asenteellisesta osaamisesta ja persoonallisista ominaisuuksista. Integroidun katsauksen tuloksissa tuli ilmi tukevia ja estäviä tekijöitä, jotka liittyivät organisaatiokulttuuriin ja jotka vaikuttivat tehokkaaseen terveyden edistämisen toteuttamiseen. Delphi--- -tutkimuksessa saavutettiin yksimielisyys neljästä terveyden edistäjä tyypistä, joita sairaanhoitajien vastaanotot edustivat toteuttaessaan terveyden edistämisen käytäntöjä: asiakaslähtöinen terveyden edistäjä, terveyden

		samoissa terveyskeskuksissa vuoden 2011 aikana Itä-Suomessa. Kyselyyn vastasi 64 % tutkituista (n=56).		edistämisen käytäntöjen kehittäjä, terveyden edistämisen moniammatillisten tiimien jäsen sekä tyyppi, joka ilmaisi kiinnostusta terveystoimintaa kohtaan. Lisäksi saavutettiin yksimielisyys sairaanhoitajien vastaanotoilla vaadittavista asiakasvastaavatoiminnan osaamisalueista, jotka sisälsivät erilaisia kykyjä työskennellä itsenäisesti ja yhteistyössä eri sektoreiden kanssa. Terveyden edistämiseen suuntautuminen, joka pohjautui kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan edistää potilaiden terveyttä, näytti ohjaavan terveyden edistämisen käytäntöä perusterveydenhuollon sairaanhoitajien vastaanotoilla.
9. Maijala V, Tossavainen K & Turunen H. 2015. Suomi	Health promotion practices delivered by primary health care nurses: Elements for success in Finland	n=42 hoitohenkilökunnalle Itä-Suomessa	Kaksivaiheinen Delphiteknikka, laadullinen että määrällinen lähestymistapa. Puolistrukturoitu haastattelu ja kyselylomake.	Terveyttä edistävä organisaatiokulttuuri (Terveyden edistäminen) ja hoitajien terveydentilaa ja kehitystä (esim. sairaanhoitajan ammatillinen kasvu ja työhyvinvointi) ovat tärkeimpiä elementtejä terveydenhuollon edistämisen käytäntöjen onnistumiseksi perusterveydenhuollossa. Sairaanhoitajien (RN) tarjoamat edistämiskäytännöt, jotka vastaanottavat asiakkaita perusterveydenhuollossa. Terveyttä edistävä organisaatiokulttuuri, jolla on strateginen ja kunnioitettava terveysjohtajuus edistäminen on merkittävää, kun toteutetaan terveydenhuollon edistämiskäytäntöjä.
10. Marin L, Torrejon A, Oltra L, Seoane M,	Nursing resources and	Tiedot saatiin kyselyn avulla gastroenterologian	kuvaileva, poikkeileikkaus, havainnointitut	Sairaanhoitajan tärkeä rooli IBD potilaan hoidossa, sekä saatavuus ja resurssit. Sairaanhoitajat ovat avainhenkilöitä, jotka ovat

<p>Hernandez-Sampelayo P, Vera M., Casellas F, Alfaro N, Lazaro P & Garcia-Sanchez V. 2011. Espanja</p>	<p>responsibilities according to hospital organizational model for management of inflammatory bowel disease in Spain☆</p>	<p>Services (GS) julkisista sairaaloissa ja yksityisistä sairaaloista</p>	<p>kimus</p>	<p>hoitotyön asiantuntijoita. Hoitajien ammatilliset ominaisuudet parantavat hoidon jatkuvuutta ja potilaan itsehoitoa. Sairaanhoitajilla tulisi olla tietyt perusresurssit, kuten puhelin, tietokone, toimisto, opetusmateriaalia potilaille, tietokannat, ja erikoistuneita ohjelmia, jotka helpottavat suoraa ja jatkuvaa hoitoa.</p>
<p>11. Maten-Speksnijder A, Pool A, Grypdonck M, Meurs P & Staa AL. 2015. Hollanti</p>	<p>Driven by Ambitions: The Nurse Practitioner's Role Transition in Dutch Hospital Care</p>	<p>Laadullinen kuvaileva. yksilöhaastattelusta (N = 9) ja kaksi ryhmäkeskustelusta (n = 12)</p>	<p>Sisällönanalyysi menetelmä, haastattelu</p>	<p>Hoitajat tekevät lääketieteellisiä toimenpiteitä. Kehitetään kliinistä osaamista ja luottamusta potilaiden hoitamisessa vetoamalla aiemmin hankitun hoitotyön osaamiseen. Tulosindikaattorit osoittivat, että vastaajat joutuivat laajentamaan kahden eri hoitotyön roolia: jatkuvuus sairaanhoidon potilaille akuuttisairaalassa ja on vastuussa hoidon jatkuvuudesta kroonisten potilaiden hoidosta avohoidon klinikoilla. Johtopäätökset sopeutua uusiin tilanteisiin. odotuksia, yhdistettynä organisatorista tukea, määritellään tuloksia. Tulisi jakaa vastuuta moniammatillisesti.</p>
<p>12. McCorkell G, Brown G, Michaelides B & Coates V. 2013. UK</p>	<p>Protecting an endangered species: the contribution and</p>	<p>Määrällinen kysely tehtiin sairaanhoitajille N=159, jotka työskentele-</p>	<p>Määrällinen ja laadullinen (5 avointa kysymystä) analysointi.</p>	<p>Tietojärjestelmät lisäsivät työtaakkaa, rajoitettu mahdollisuus oppimiseen ja kehittymiseen. Erikoissairaanhoitajan toteuttamaan työhön ei ole</p>

	constraints of nurses working in a specialist role	vät asiantuntija-hoitajina. tavoitteena oli määrittää sairaanhoitajia asiantuntija rooli työskentelee aikuisten fyysisen edellytyksin kuvailla mikä niiden rooli liittyy sekä sen vaikutusta potilaan hoitoon ja kliniseen tehokkuuteen		riittävästi resursseja. Asiantuntijasairaanhoitajan roolit ovat kehittyneet paikallisiin tarpeisiin, potilaan ohjaus jatkuvasti korostuu.
13. Mitchell T, Butler-Williams C, Easton K, Ingledeu I, Parkin D, Wade S & Warner R. 2010. UK	The consultant nurse – expert practioner and much more	Artikkeli konsultoi-vasta hoitajasta	Artikkeli	Konsulttihoitaja ja käytännöntaitaja. Konsultti hoitajan roolin innostaa ja motivoi
14. Moss EL. 2014. USA	Just a Telephone Call Away”: Transforming the Nursing Profession With Telecare and Telephone Nursing Triage	Tämän artikkelin tarkoituksena on tutkia Institute of Medicine suositusten National Prevention neuvoston Action	Laadullinen tutkimus	Terveystieteiden tutkimuslaitoksen kehittyessä luodaan erilaisia malleja ja puhelinsairaanhoitajat pystyvät tarjoamaan hoitotyön palvelua.

		Suunnitelman mukaan kotilääkäri mallia, ja hoitotyön normeja, jotka ajavat laatua hoitotyöhön puhelintriage mallilla.		
15. Nagel K, Gender J & Bonner A. 2010. USA	Delineating the Role of a Cohort of Clinical Research Nurses in a Pediatric Cooperative Clinical Trials Group	n=85 sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät onkologian pkl:lla USA:ssa ja Kanadassa	Clinical Trials Nursing kyselylomake	Kliininen erikoistuminen on lisääntynyt viime vuosina. Sairaanhoitajat ovat vastuussa suorittaessaan monenlaisia rooleja.
16. Nieminen AL, Mannevaara B & Fagerström L. 2011. Suomi	Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies	Ryhmähaastattelu polikliinisille sairaanhoitajille n=26 ja APN opiskelijoille n=8 v.2005-2006	Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	Havainnot jaetaan viiteen pääteemaan, tutkimustulokset osoittavat, että APN omistavat kehittynyt tasolle kliininen osaamisessa: (A) huolehtia potilaan tarpeista Hoitotyön toiminta, (B) hoitosuhde (C) moniammatillista tiimityötä, (D) osaamisen kehittäminen ja hoitotyötä, ja (E) johtajuus oppiva ja huolehtivaan kulttuuriin
17. Noffsinger DL. 2014. USA	Acute Care Nurse Practitioners in Trauma Care: Results of the Role Survey and Implications for The Future of	Yhdysvalloissa tehty tutkimus v. 2014 N=68 sairaanhoitajille	Survey tutkimus	Tämä tutkimus osoittaa, että hoitajat tekevät paljon kliinistä hoitotyötä akuuttihoitossa jakuinka se vaikuttaa tulevaisuuden hoitotyöhön. Myös akuuttihoitokoulutus nähdään tärkeänä.

	Health Care Delivery			
18.Orava M, Kyngäs H, Kääriäinen M. 2012. Suomi	Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus	Aineisto koostui 43 alkuperäis-tutkimuksesta	Aineisto analysoitiin laadullisen sisällön analyysin mukaan	Puhelinohjauksessa hoitajalta edellytetään ammatillista osaamista ja sen kehittämistä. Hoitajan rooli on itsenäinen, apuvälineinä hänellä on useimmin erilaiset strukturoidut ohjeistukset. Reaktiivisen puhelinohjauksen laatua on arvioitu ohjauksen sisällön, ohjaukseen sitoutumisen ja muiden tekijöiden perusteella. Vaikutukset kohdistuivat asiakkaisiin, hoitoyksiköihin, terveyspalveluja tuottaviin organisaatioihin ja terveyspalvelujärjestelmään.
19. Orava M, Kyngäs H, Kääriäinen M. 2012. Suomi	Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus	Aineisto koostui 55 alkuperäis-tutkimuksesta	Aineisto analysoitiin laadullisen sisällön analyysin mukaan	Proaktiivinen puhelinohjaus perustuu ennalta solmittuun hoitosuhteeseen, ohjauskontaktiin aloitteen tekee hoitaja. Ohjausinterventio on osa asiakkaan hoitosuunnitelmaa. Proaktiivinen puhelinohjaus edellyttää hoitajalta ammatillista osaamista ja vastavuoroista ohjaussuhdetta. Hoitaja on usein osa moniammatillista työryhmää. Proaktiivisen puhelinohjauksen laadunarviointi on suunnattu laadun sisällön ja intervention rakenteen sekä asiakastyytyväisyyden arviointiin. Proaktiivisen puhelinohjauksen vaikutukset kohdistuvat sairauden hallintaan ja selviytymiseen, hoitoon sitoutumiseen, elämänlaatuun, asiakasturvallisuuteen, resursseihin ja kustannuksiin.
20.Palonen M, Aho A-L,	Hoitoisuuden yhteys	Aineisto kerättiin	Aineisto analysoitiin	Potilaat arvioivat saaneensa poliklinikkakäynneillä ohjausta

<p>Koivisto A-M & Kaunonen M. 2012. Suomi</p>	<p>potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla</p>	<p>Tampereen yliopistollisen sairaalan viideltä poliklinikalta. Tutkimusaineisto muodostui POLIHOIQ -hoitoisuusluokitusmittarin (N = 3301) sekä poliklinikan palvelumittarin (N = 420) vastauksista.</p>	<p>SPSS 15.0 for Windows -ohjelmalla käyttäen frekvenssi- ja prosenttija-kaumia, sijaintia ja hajontaa kuvaavia tunnuslukuja, korrelaatiokertoimia sekä lineaarista regressioanalyysia</p>	<p>hyvin tai erinomaisesti. Eniten tietoa oli annettu tutkimuksista ja niiden tuloksista. Noin puolet potilaista oli saanut hyvin tai erinomaisesti etukäteen tietoa poliklinikkakäynnin kestosta. Valtaosa potilaista oli omatoimisia tai vain vähän apua tarvitsevia. Hoidon suunnitteluun, koordinointiin ja emotionaalisen tuen antamiseen käytettiin lähes puolet poliklinikkakäynnin resursseista, mikä saattaa kuvata ohjauksen keskeistä roolia hoitotyössä. Hoitoisuudella todettiin olevan vain heikko negatiivinen yhteys potilaiden arvioihin saadusta ohjauksesta ($r = -0.25$).</p> <p>Hoitoisuuden ja ohjauksen yhteyttä ei ole tutkittu aiemmin Suomessa, joten tutkimuksella tuotettiin uutta tietoa aiheesta. Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä potilaiden ohjausta polikliinisessä hoitotyössä.</p>
<p>21. Palonen M, Kaunonen M & Åsted-Kurki P. 2016. Suomi</p>	<p>Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ohjauksen kehittämiskohteita potilaiden, läheisten ja hoitajien kuvaamana</p>	<p>Tutkimukseen osallistui yhden päivystyspoliklinikan sairaanhoitajia (n=15), päivystyspoliklinikalta kotiutuneita 75-vuotiaita tai sitä vanhempia potilaita (n=7) sekä heidän</p>	<p>Tiedonkeruu toteutettiin teemahaastatteluna, analyysimenetelmänä induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>iäkkäiden potilaiden päivytysohjauksesta kotiutumiseen liittyvää ohjausta voidaan kehittää ohjauksen käytäntöjä uudelleenarvioimalla, kuten kirjallisten ohjausten saatavuutta ja saatavuutta iäkkäille potilaille, tunnistamalla ohjauksen tärkeys päivystystyössä, esim. herättämällä keskustelua kotiutumiseen liittyvästä ohjauksesta työyhteisössä, tunnustamalla iäkkään potilaan itsenäisyys, esim. päätöksentekoa tukemalla, turvaamalla hoidon jatkuvuus ohjauksen avulla mm.</p>

		läheisiään (n=5)		läheisiä kuulemalla. Tuotettu tieto ohjaksesta ei ole siirtynyt kaikilta osilta käytännön työhön.
22. Romppanen T, Rantanen A, Kuokkanen L, Roine-Mentula K, Vuorinen R & Suominen T. 2013. Suomi	Reumapotilaita hoitavan hoitohenkilökunnan työn hallinta ja sekä työn hallintaa estävät ja edistävät tekijät	Aineisto (n = 196, vastausprosentti 33 %) kerättiin vuonna 2011 kahden erityisvastuualueen 11 eri sairaalassa poliklinikka-, päiväsaairaala- tai vuodeosasto yksiköissä työskentelevältä hoitohenkilökunnalta	Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin	Työn hallinta (empowerment) oli hoitajilla suhteellisen hyvää. Edistäviä tekijöitä oli vastanneilla hoitajilla enemmän kuin estäviä tekijöitä. Työssään hyvinvoivat (motivoituneet, tyytyväiset, työn arvostusta kokevat) kokivat parempaa työn hallintaa ja ilmoittivat enemmän edistäviä kuin estäviä tekijöitä. Toisaalta vain hieman yli puolet vastaajista uskoi nykyisen työn yhteiskunnalliseen arvostukseen. Voimakkaimmin persoonalliset vahvuudet -osiota mittaavista väittämistä työn hallintaa edisti mahdollisuus monipuolisten tietojen ja taitojen käyttöön työpaikalla sekä esimiehen luottamus itsenäiseen työskentelyyn. Voimakkaimmin työn hallintaa esti tulevaisuuteen orientoitumattomuus-osiioon kuuluva väittämä työn kehittämistä estävä organisaation byrokratia. Poliklinikoiden hoitohenkilökunta kuvasi enemmän työn hallintaa edistäviä tekijöitä kuin vuodeosaston hoitohenkilökunta
23. Rondinelli JI, Omery AK, Crawford CR, Johnson JA. 2014. USA	Self-Reported Activities and Outcomes of Ambulatory Care Staff Registered Nurses: An Exploration	Avohoidon henkilökunta (n=187) Etelä-Kaliforniassa	Survey tutkimus avohoidon henkilökunnalle	Tutkimuksessa pyrittiin kuvaamaan henkilökunnan roolia, erityisiä toimia ja tuloksia kuten ohjaavat rakenteet ja prosessit. Sairaanhoitajat tekevät päivittäin monipuolisia ja monimutkaisia potilaiden hoitotoimintoja, jotka vaikuttavat hoitotuloksiin.
24. Shiu ATY, Lee DTF &	Exploring the scope of	HongKongissa tehty	Aineisto kerättiin v.	Hoitotyön käytännössä tulisi sairaanhoitajien johtaa klinikoita,

Chau JPC. 2011. Kiina	expanding advanced nursing practice in nurse-led clinics: a multiple-case study	tapaustut- kimus sairaanhoida- jille n=6, lääkäreille n=6 ja asiakkaille n= 12	2009. Haastattelu- menetelmä. Litteroitiin. Sisällönanalyysi.	ja ehdotettu malli antaa ohjeet laajentaa tällaista käytäntöä Hongkongissa. Kokonaisvaltainen lähestymistapa asiakkaan hoitoon, asiakas- ja perhekeskitetty hoito, integroidut tiimityöt, näyttöön perustuva toiminta ja innovatiivinen harjoittelu.
25. Souza CA, Jerico MC & Perroca MG. 2014. Brasilia	Measurement of nurses' workload in an oncology outpatient clinic	Brasilia. n=7 sairaanhoida- tajalle. Sairaanhoidajien työmäärän mittaaminen onkologian poliklinikalla	Havainnointi- tutkimus	Sairaanhoidajat käyttävät suurimman osan ajastaan epäsuoraan hoitotoimintaan onkologian poliklinikalla
26. Stievano A, De Marinis MG, Russo MT, Rocco G & Alvaro R. 2012. Italia	Professional dignity in nursing in clinical and community workplaces	n=20 sairaanhoida- jaa yliopiston opetussai- raaloissa, n=12 yksityisessä sairaaloissa, n=6 palliativisessa sairaalassa, n=20 erikoistumis- opinnoissa olevat	Laadullinen tutkimus. Induktiivinen sisällönanalyysi.	Hoitotyön ammatillisena arvokkuutena nähdään se, että tunnustetaan ihmisarvon ulkopuolella ammatilliset roolit. Ihmisarvo ja ammatilliset roolit nähdään tärkeinä.
27. Strann P, Suominen T & Rantanen A. 2015. Suomi	Päivystyspolikli- nikan työpaikkakulttu- uri hoitotyön lähiesimiesten kuvaamana	Tutkimus- aineisto ke- rättiin haastattele- malla kymmentä päivystyspo- liklinikoiden lähiesimiestä	Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.	Päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuuria kuvataan neljän eri ulottuvuuden: ar- mukaan: arvojen ja arvostusten, tiimityön, oppimisen sekä muutoksen kautta. Päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuurissa arvot ja arvostukset ilmenivät toisaalta tiedostettuina ja toisaalta epäselvinä sekä ihmiskeskeisinä

				<p>arvoina ja arvostuksina. Tiimityötä on eri tasoilla ja sen mahdollistaa vahva henkilöstö, mutta siihen liittyy myös kitkaa ja esteitä. Oppiminen on yksilön työuran haaste sekä yhteisöllinen vastuu.</p> <p>Päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuuri sisältää päivystyspoliklinikalle ominaisia piirteitä ja arvoja, joista osa on toivottuja, kuten esimerkiksi vahva tiimityö.</p> <p>Päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuuria tulee tehdä tiedostetummaksi ja ymmärtää sen yhteys hoitohenkilökunnan toimintaan sekä lopulta potilaan hoitoon.</p>
28. Tarkiainen K, Kaakinen P, Kyngäs H, Kääriäinen M. 2012. Suomi	Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystysyksikössä	Aineisto kerättiin kaikilta erään keskussairaalan päivystysyksikön sairaanhoitajilta	Kvasikokeellinen ennennäköinen -asetelma. (alkumittaus N = 43, loppumittaus N = 35) tätä tutkimusta varten modifioidulla Ohjauksen laatu -kyselylomakkeella	Koulutusinterventio edisti puhelinneuvonnan laatua. Sairaanhoidajien tiedoilla, taidoilla ja resursseilla oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero alku- ja loppumittauksessa. Puhelinneuvonnan asiakaslähtöisyydessä ja puhelinneuvonnan vaikutuksissa ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä, mutta muutosta parempaan päin tapahtui. Työkokemuksella oli tilastollisesti merkitsevä ero sairaanhoitajien tietoihin ja taitoihin. Viisi vuotta tai sen alle työskennelleet pitivät tietojaan ja taitojaan puhelinneuvontaan parempina kuin yli viisi vuotta työskennelleet.
29. Turunen H, Partanen P, Kvist T, Miettinen M	Patient safety culture in acute	Tutkimus toteutettiin neljässä akuuttisairaala	Tutkimus analysoitiin tilastollisesti	Molemmat ryhmät tunnustivat potilaiden turvallisuusongelmia ja arvioivat kriittisesti ennaltaehkäisymenetelmiä

<p>& Vehviläinen- Julkunen K. 2013. Suomi</p>	<p>care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals</p>	<p>assa Suomessa. Aineisto kerättiin NMS hoitotyön johtajat (n=109) ja RNS sairaanhoitajat (n=723)</p>		<p>sairaaloissa. Sairaanhoitajat erityisesti arvioivat enemmän kriittisesti. On tarpeen kehittää potilasturvallisuuden kulttuuria sairaaloissa keskustelemalla avoimesti niistä ja oppia virheistä ja kehittämällä toimintatapoja ja mekanismeja niiden ehkäisemiseksi. Johtajilla on keskeinen rooli kehitettäessä turvallisuuskulttuuria järjestelmätasolla sairaaloissa varmistamalla, että hoitajat toteuttavat potilaiden hoitoa turvallisesti.</p>
<p>30. Virtanen T, Rantanen A. & Kaunonen M. 2012. Suomi</p>	<p>Polikliinisen hoitotyön autonomiaa edistävät tekijät</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin yliopistosairaalassa avoimella haastattelulla ajanvarauspoliklinikalla työskenteleviltä sairaanhoitajilta (n=7)</p>	<p>Analyysimenetelmänä käytettiin iduktiivista sisällönanalyysia</p>	<p>Sairaanhoitajan vahva ammatillinen osaaminen edisti polikliinisen hoitotyön autonomiaa. Hyvin toimiva yhteistyö lääkärin kanssa lisäsi sairaanhoitajan itsenäistä päätöksentekoa ja toimintaa potilastyössä. Kollegiaalisen työyhteisön nähtiin edistävän hoitotyön autonomiaa polikliinisessä työssä. Hoitotyö lähiesimiehen merkitys hoitotyön autonomian johtajana ja tukijana oli suuri. Hoitotyön autonomiaa tukevassa organisaatiossa sairaanhoitajien asiantuntijuutta arvostettiin antamalla heille toimivaltaa ja vastuuta ammatillisessa päätöksenteossa. Organisaation velvollisuus oli huolehtia työntekijöiden ammatillisesta pätevyydestä mahdollistamalla koulutuksiin osallistuminen.</p>
<p>31. Wilkes L, Luck L & O'Baugh J.</p>	<p>The role of a clinical nurse consultant in an</p>	<p>n=16</p>	<p>Kuvaileva tutkimus, Kvantitatiivinen</p>	<p>Clinical Nurse Consultants (CNC) ovat hyvin perillä roolistaan alalla ja toiminnoista. He tunnistivat klinisen hoitoympäristön, jolla</p>

2015. Australia	Australian Health District: a quantitative survey		menetelmä, Likert asteikko.	toimivat. Pitävät tärkeänä klinisen sairaanhoitajan konsultoivaa roolia.
32. Wilkinson J, Carryer J & Adams J. 2013. Uusi-Seelanti	Evaluation of a diabetes nurse specialist prescribing project	Projekti toteutettiin huhtisyysskuussa 2011 12:lle diabeteshoitajalle neljällä paikkakunnalla. (yleinen harjoittajat, n = 30; tiimin jäsenet, n = 19; ja potilaat, n = 89) ja tarkastusten potilaasta muistiinpanoja (n = 117) ja lääkemääräykset (n = 227), ja laadullisia tietoja haastattelemalla projektin osallistujat (n = 18) ja potilailta (n = 19).	kaikki tiedot analysoitiin kuvailevasti	Sairaanhoitajat kokivat olevansa tyytyväisempiä työssään, koska he voivat itsenäisesti tarjota täydellisen hoidon, esim. lääkemääräyksiä, sairaanhoitajien täytyy olla hyvin valmistautunut koulutuksellisesti ja saada tukea työnohjauksesta.

