

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus:
HOITOTYÖN ASIANTUNTIJA
-käsitteen määrittelyä

Nina Leppänen
Anna Puupponen

Opinnäytetyö
Elokuu 2009

Terveyden edistämisen koulutusohjelma
Ylempi AMK





Tekijät LEPPÄNEN, Nina PUUPPONEN, Anna	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 19.08.2009
	Sivumäärä 60	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Hoitotyön asiantuntijuus -käsitteen määrittelyä		
Koulutusohjelma Terveystieteiden koulutusohjelma		
Työn ohjaaja HOPIA, Hanna TIIKKAINEN, Pirjo		
Toimeksiantaja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
Tiivistelmä Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli määrittellä ja selkeyttää hoitotyön asiantuntija -käsitettä laatimalla aiheesta systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten perusteella määriteltiin millaista on hoitotyön asiantuntijan osaaminen sekä roolit ja toimenkuvat. Tavoitteena on, että systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta arvioidaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirille luotavaa hoitotyön asiantuntija -mallia. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus rakentui tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, alkuperäistutkimusten valinnasta, alkuperäistutkimusten laadun arvioinnista sekä analysoinnista että tulosten esittämisestä. Lopullisesta CINAHL-hausta saatiin 521 artikkeliviitettä, joista 12 tutkimusartikkelia valittiin teoriasidonnaiseen sisällönanalyyysiin. Opinnäytetyössä keskeisimpinä tuloksina nousivat esiin määritelmä hoitotyön asiantuntijan toimenkuvasta kliinisessä työssä, hoitotyön asiantuntijan osaamisen erityispiirteet, hoitotyön asiantuntijan roolit sekä hoitotyön asiantuntijan työssään kohtaamat haasteet. Tulosten mukaan hoitotyön asiantuntija oli laadukkaan hoidon antaja, erikoisasiantuntija, tiedon antaja ja muutoksen alullepanija, tämän lisäksi johtajuus, potilaan puolesta puhuminen ja kehittyneet vuorovaikutustaidot olivat keskeisiä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavat, ettei yksiselitteistä määritelmää hoitotyön asiantuntijuudelle voida määrittellä. Hoitotyön asiantuntijan roolit ovat moninaisia ja nousevat kunkin organisaation tarpeista. Tulokset osoittivat, että hoitotyön asiantuntijan osaamista voidaan kuvaila yleisellä tasolla, mutta tarkempi osaaminen määrittyy aina kyseisen toimenkuvan mukaan. Selkeät ohjeistukset, kollegojen ja organisaation tuki mahdollistavat itsenäisen työskentelyn ja lisäävät työtyytyväisyyttä.		
Avainsanat (asiasanat) Hoitotyön asiantuntija, hoitotyön asiantuntijuus, käsitteen määrittely, osaaminen, rooli, työnkuva, systemaattinen kirjallisuuskatsaus, advanced nursing practice, advanced nurse practitioner, advanced practice nurse, clinical nurse specialist, nurse practitioner.		



Authors LEPPÄNEN, Nina PUUPPONEN, Anna	Type of publication Master's Thesis	Date 19082009
	Pages 60	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Systematic Review: Advanced Nursing Practice –Definition for the Term.		
Degree Programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Tutors HOPIA, Hanna TIIKKAINEN, Pirjo		
Assigned by Central Finland Health Care District		
Abstract <p>The purpose of this study was to define and clarify the term “hoitotyön asiantuntija” (advanced practice nurse) by drawing up a systematic review based on nursing literature. Definition of knowledge and skills, roles and job description of advanced practice nurse was made on ground of the studies picked up from the retrieved nursing literature. The aim of the study is that on the basis of this systematic review the advanced practice nurse -model of Central Finland Health Care District can be examined and assessed.</p> <p>The review process followed a protocol which consisted of framing the questions, identifying relevant literature, assessing quality of the literature, summarizing the evidence and interpreting the findings. The final CINAHL-search gave us 521 citations of which 12 research articles were picked up for content analysis.</p> <p>The central findings were definition of job description for advanced practice nurse in clinical work, characteristics of advanced practice nurses knowledge and skills, roles of advanced practice nurse and challenges they face in the work. Four crucial statements that give meaning to advanced nursing practice are: quality care giver; expert; information giver and initiator of change. To these one might add leadership, patient advocacy and advanced communication skills.</p> <p>The findings show that unambiguous definition for advanced nursing practice cannot be determined. The roles of advanced practice nurse are diversified and arise from organizations needs. The qualifications of advanced practice nurse can be described on general level but the precise specification is set by post in question. Clear instructions as well as support from colleagues and organization allow autonomy and increase job satisfaction.</p>		
Keywords Advanced practice nurse, advanced nurse practitioner, advanced nursing practice, clinical nurse specialist, concept definition, job description, nurse practitioner, qualification, role , systematic review.		

SISÄLTÖ

1 TAUSTA.....	3
2.1 Asiantuntijuus hoitotyössä.....	5
2.2 Osaaminen hoitotyössä.....	8
2.3 Rooli ja toimenkuva.....	9
2.4 Hoitotyö ja hoitotieteellinen tutkimus.....	10
3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	10
3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	10
3.2 Tutkimuskysymykset	11
4 SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS	12
4.1 Alkuperäistutkimusten haku	13
4.2 Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi	16
4.3 Alkuperäistutkimusten analysointi sisällön analyysin avulla	21
5 TULOKSET	27
5.1 Hoitotyön asiantuntija kliinisessä työssä	27
5.2 Hoitotyön asiantuntijan osaaminen.....	29
5.3 Hoitotyön asiantuntijan roolit.....	32
5.4 Hoitotyön asiantuntijan haasteellinen työ.....	37
6 POHDINTA.....	38
6.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset.....	38
6.2 Tulosten tarkastelua.....	40
6.2.1 Hoitotyön asiantuntijuuden ja osaamisen määrittelystä.....	40
6.2.2 Hoitotyön asiantuntijan rooleista ja toimenkuvista	43
6.2.3 Yhteenveto	46
6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	47
LÄHTEET	50
LIITTEET	58
Liite 1. Alkuperäistutkimusten hakustrategia.	58
Liite 2. Tutkimuksen laadun ja sopivuuden arviointikaavake.	60

KUVIOT

KUVIO 1. American Nurses Associationin (2006) määritelmän mukaan Advanced Practice Registered Nurse on sateenvarjotermi.....	6
KUVIO 2. Alkuperäistutkimusten valinnan ja laadun arvioinnin vaiheittainen kuvaus	13
KUVIO 3. Aineiston analyysin eteneminen	23
KUVIO 4. Hoitotyön asiantuntijan toimintaa kuvaavat käsitteet	25

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit	11
TAULUKKO 2. Opinnäytetyöhön mukaan tulevat artikkelit (luetteloitu julkaisuvuoden mukaan)	18

OPINNÄYTETYÖSSÄ KÄYTETYT LYHENTEET

ANP	Advanced Nurse Practitioner
APN	Advanced Practice Nurse
APS	Acute Pain Service
CNS	Clinical Nurse Specialist
NP	Nurse Practitioner

1 TAUSTA

Ammatillisen osaamisen ylläpitäminen on yksi terveydenhuollon organisaation tärkeimmistä menestystekijöistä, ja tulevaisuudessa osaavan henkilökunnan saamisen ennustetaan edelleen vaikeutuvan. Lisäksi vaatimukset kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä lisääntyvät jatkuvasti (Korhonen, Ukkola & Isola 2008, 127). Tästä syystä jo olemassa olevien henkilöstöressurssien monipuolisempaan ja systemaattisempaan kehittämiseen on panostettava. (Parviainen, Lillrank & Ilvonen 2005, 48.) Tähän tulevaisuuden haasteeseen vastaavat omalta osaltaan hoitotyön asiantuntijat, joita terveydenhuollon organisaatiot tarvitsevat turvatakseen hoitotyön korkeatasoisen laadun sekä toiminnan ja henkilöstön kehittämisen (Arminen ym. 2008, 24).

Hoitotyön asiantuntijoiden toiminta tähtää potilaan hoidon laadun parantamiseen ja hoitohenkilökunnan ammattitaidon kehittämiseen näyttöön perustuen (LaSala, Connors, Bedro & Phipps 2007, 262). Van Offenbeekin ja Knipin (2004, 673) mukaan keskeinen kysymys ei ole se, voidaanko hoitotyön asiantuntijoilla (Nurse Practitioner) korvata lääkäreiden toimintaa, vaan miten potilaiden hoito voitaisiin organisoida paremmin eri ammattilaisten kesken toisiaan täydentäen.

Asiantuntija-käsite on muuttunut alkuperäisestä tarkoituksestaan yleiskäsitteeksi, joka tarvitsee tarkempaa määrittelyä kertoakseen asiantuntijuuden tasosta, alasta ja vaatimuksista (Korhonen 2008, 10). Lisäksi kansainvälisesti hoitotyön asiantuntijakäsitteen määrittely on moniselitteistä ja kirjavaa (ks. esim. Ormond-Walsh & Newham 2001, 205). Ormond-Walshen ja Newhamin (2001, 205) mukaan ammattinimikkeitä kuten specialist nurse, nurse practitioner, advanced nurse practitioner ja clinical nurse specialist käytetään usein päällekkäisissä merkityksissä ja näihin vielä lisätään ammattikielinen termi kuten extended role (laajennettu tehtäväkuva) ja expert practice (asiantuntijatehtävät).

Suomessa hoitotyön asiantuntija-käsitettä käytetään monissa eri yhteyksissä. Esimerkiksi ammattikorkeakoulusta valmistuva sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija

(Opetusministeriö 2006, 63). Toisenlainen esimerkki hoitotyön asiantuntijuudesta on Sairaanhoidajaliiton kliinisen hoitotyön erityispätevyys - nimike sairaanhoitajille, jotka ovat hankkineet syventävää koulutusta ja vahvat näytöt joltakin kliiniseltä erityisaluelta (Agge 2008, 6). Routasalon (1999) mukaan suomalainen hoitotyön asiantuntija (Clinical Nurse Specialist) on terveydenhuollon tutkinnon suorittanut henkilö, jolla on tiedekorkeakoulussa hankittu akateeminen loppututkinto (emt. 60 - 61). Asiantuntijatyö voidaan nähdä myös korkeatasoiseen tietämiseen perustuvana osaamisena, jossa tiedolla ja sen muodostuksella on keskeinen osuus (Paukkunen, Turunen, Taskinen, Tossavainen, Sinkkonen & Niemelä 2002, 25). Edellä mainittujen seikkojen vuoksi tarvitaan suomalaisia hoitotyön asiantuntijuutta tarkentavia määritelmiä sekä asiantuntijan työnkuvasta ja pätevydestä että asiantuntijan toimintatavoista. (Korhonen 2008, 10.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin on perustettu hoitotyön asiantuntija-työryhmä vuonna 2003. Työryhmän tavoitteena on määritellä hoitotyön asiantuntija ja asiantuntijan palkka, laatia kriteerit asiantuntijuudelle ja määritellä hoitotyön asiantuntijan koulutusvaatimukset (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2007). Tämä opinnäytetyö ei ole Hoitotyön asiantuntija -työryhmän tuotosta vaan itsenäinen selvitys, jonka pohjalta hoitotyön asiantuntija-mallia tullaan arvioimaan.

Hoitotyön asiantuntija -käsitteeseen liittyvän moniselitteisyyden vuoksi on tarvetta tarkentaa asiantuntijuus -käsitettä hoitotyössä. Tämän opinnäytetyön **tarkoituksena** on määritellä ja selkeyttää hoitotyön asiantuntija -käsitettä laatimalla aiheesta systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten perusteella määritellään millaista on hoitotyön asiantuntijan osaaminen sekä roolit ja toimenkuvat. **Tavoitteena** on, että tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta arvioidaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirille luotavaa hoitotyön asiantuntija -mallia.

2 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

Tässä luvussa määritellään opinnäytetyön keskeiset käsitteet: asiantuntijuus ja sitä täydentävät osaaminen, rooli ja toimenkuva hoitotyön ja hoitotieteellisen tutkimuksen kontekstissa.

2.1 Asiantuntijuus hoitotyössä

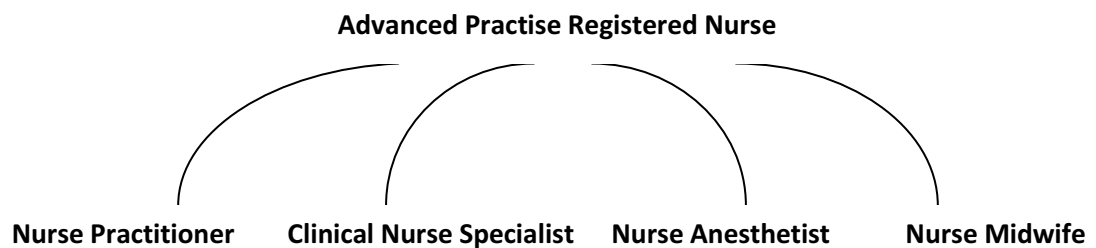
Asiantuntija - käsitettä voidaan käyttää monella eri tavalla. Asiantuntijuuden käsite perustuu perinteisiin professioammatteihin, kuten lääkärit ja lakimiehet. Talouden ja työelämän muutosten myötä rinnalle on syntynyt suuri määrä uusia, korkeaa koulutusta ja tietyn erityisalan osaamista vaativia ammatteja. Laajasti ottaen kaikilla ammattiryhmillä on oma erityinen asiantuntija-alansa, johon ammattitieto ja -taito hankitaan pitkän, monivuotisen koulutuksen ja sitä täydentävän työkokemuksen kautta (Aitta 2007, 7.)

Hoitotyön asiantuntijuus voidaan nähdä ammatillisen kehittymisen ylimpänä asteena (ks. Benner 1984; Benner, Tanner & Chesla 1999). Routasalon (1999, 57) mielestä sairaanhoitaja tai terveystieteiden maisteri ei ole hoitotyön asiantuntija vaan asiantuntijaksi kasvetaan itsensä kehittämisen kautta, hän toteaa, ettei asiantuntijaksi tulla hetkessä eikä mikään koulutus tuota valmiita asiantuntijoita. (Emt. 1999, 60 - 61, 64.)

Patricia Benner (1984, 20 - 34) on luokitellut sairaanhoitajat ammattitaidon mukaan: aloittelija (Novice), edistynyt aloittelija (Advanced Beginner), pätevä (Competent), taitava (Proficient) ja asiantuntija (Expert). Bennerin, Tannerin ja Cheslan (1999) tutkimus korostaa aktiivisen opetuksen ja oppimisen tärkeyttä, ja siten sairaanhoitajia voidaan ohjata siirtyessään pätevydestä taitavuuteen. Bennerin mallia on kritisoitu konkreettisuuden puutteesta määriteltäessä taitavan ja asiantuntijasairaanhoitajan tasoa (Paley 1996). Suomalainen Meretoja (2003) on kehittänyt sairaanhoitajan ammattipätevyysmittarin ja saanut tutkimuksessaan yhteneväisiä tuloksia Bennerin ym. kanssa siitä, että muutos pätevästä taitavaksi on lähinnä laadullinen (emt. 45; Ben-

ner, Tanner & Chesla 1999, 143). Tämä tarkoittaa sitä, että taitavaa suoritusta leimaa kehittyneempi kyky tunnistaa kokonaisia kaavoja sekä orastava tilannetaju, joka kehittyessään asiantuntijatasolle muuttuu intuitiiviseksi toiminnaksi (Benner, Tanner & Chesla 1999, 174).

American Nurses Associationin (ANA) määritelmän mukaan Advanced Practice Registered Nurse (rekisteröity hoitotyön asiantuntija) on yläkäsite nimikkeille Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Nurse Anesthetist ja Nurse Midwife (American Nurses Association 2006) (ks. kuvio 1).



KUVIO 1. American Nurses Associationin (2006) määritelmän mukaan Advanced Practice Registered Nurse on sateenvarjoterminä

International Council of Nursesin (ICN) mukaan hoitotyön asiantuntija Nurse Practitioner (NP) tai Advanced Practice Nurse (APN) on rekisteröity sairaanhoitaja, jolla on vaadittava erityisosaaminen, kyky monimutkaiseen ja vaativaan päätöksentekoon ja kliininen pätevyys laajennetulle työnkuvalle, jota muovaavat asiayhteydet ja maa, jossa henkilöllä on lupa työskennellä (International Council of Nurses 2007).

ICN:n määritelmä Advanced Practice Nursen/Nurse Practitionerin tunnuspiirteistä:

Koulutus

- Asiantuntijasairaanhoitajan syventävät opinnot
- NP-opetusohjelmien virallinen tunnustaminen/laajavastuuisen hoitotyön (Advanced Nursing Practice) toimenkuvan vahvistaminen tai hyväksyminen
- Virallinen järjestelmä lupien myöntämiseen, rekisteröintiin, todistuksen antamiseen ja kelpoisuuden myöntämiseen

Toimenkuva

- Yhdistää tutkimusta, koulutusta, käytäntöä ja hallintoa
- Ammatillinen itsenäisyys korkealla tasolla
- Tapausten hallinta/oma työmäärä
- Laajemmat terveyden arviointi-, päätöksenteko- ja diagnostiset päätelytaidot
- Tunnustettu korkeampi kliininen pätevyys
- Konsulttipalvelut terveysalalla toimiville
- Suunnittelee, toteuttaa ja arvioi ohjelmia
- Tunnustettu asema asiakkaiden ensimmäisenä yhteyshenkilönä

Lainsäädäntö – Nurse Practitionerin/Advanced Practice Nursen työtä säätelevät maakohtaiset säädökset

- Oikeus diagnosointiin
- Valtuudet lääkkeiden määräämiseen
- Valtuudet hoidon määräämiseen
- Valtuudet ohjata asiakas muiden ammattilaisten hoitoon
- Valtuudet ottaa potilas sairaalahoitoon
- Lainsäädännöllinen suoja Nurse Practitioner-/Advanced Practice Nurse- nimikkeille
- Erityisesti Advanced Practice Nursea koskeva laki tai muu virallinen säännös
- Virallisesti vahvistetut nimikkeet hoitajille, jotka toimivat laajennetuissa tehtävänkuvissa

(International Council of Nurses 2007.)

Bamfordin ja Gibsonin (2000) mukaan hoitotyön asiantuntijan (CNS) toimintaa voidaan jaotella seuraaviin tehtäviin: kliinisen hoitotyön kehittäminen, kouluttaminen, konsultointi, tutkimus, hallinnolliset tehtävät ja yhteistyö. Kliinisen hoitotyön kehittäjän rooli käsittää oireenmukaisen hoitamisen (symptom management), henkilökunnan ja potilaiden tukemisen, neuvonnan (counselling), käytäntöjen ja ohjeiden kehittämisen sekä jatkohoidosta huolehtimisen. Kouluttajan rooli korostuu suhteessa potilaisiin, hoitotyöntekijöihin ja muihin moniammatillisen työryhmän jäseniin. Konsultin rooli jakautuu oman organisaation sisäiseen ja ulkoiseen konsultointiin. Tutkijan roolissa voi joko suorittaa tutkimusta tai avustaa toisia tutkimuksen teossa. (Emt, 285.) Hoitotyön johtaja toimii hoitotyön kehittäjän, konsultin, kouluttajan sekä tutkijan rooleissa tai käyttää näihin rooleihin perehtyneiden asiantuntijoiden asiantuntemusta hyväkseen (Salminen, Arve, Kiviniemi, Mäkelä, Routasalo & Suominen 2001, 10).

Jatkossa opinnäytetyössä käytetään erilaisista hoitotyön asiantuntijuuteen viittaavista ilmauksista nimitystä hoitotyön asiantuntija.

2.2 Osaaminen hoitotyössä

Osaamista voidaan määritellä monin eri tavoin. Osaaminen muodostuu tiedoista, taidoista, kokemuksesta, kontakteista, arvoista ja asenteista (Ojala 2000, 103 - 104) sekä organisaatiokulttuurista (Rantanen, Kilpiö, Haho & Vänttinen 2007, 108 - 109).

Tiedot (knowledge) koostuvat tosiasioista (faktoista), menetelmistä ja malleista (Ojala 2000, 103 - 104; Rantanen ym. 2007, 108) sekä periaatteista, teorioista ja käytännöistä, jotka ovat yhteydessä opiskeltavaan alaan tai työhön (Auvinen, Kallioinen & Varjonen 2008, 79). Tiedon käyttö ja soveltaminen käytäntöön on puolestaan taitoa. (Ojala 2000, 103 - 104; Rantanen ym. 2007, 108). Taidoilla (skills) tarkoitetaan kykyä soveltaa ja käyttää osaamista tehtävien suorittamisessa ja ongelmien ratkaisemisessa. Oppimisen myötä saavutetaan erikoistuneet ongelmanratkaisutaidot, joita vaaditaan tutkimuksessa sekä innovaatioissa, jotta voitaisiin kehittää uutta tietoa, toimintatapoja sekä integroida eri alojen tietoa. (Auvinen, Kallioinen & Varjonen 2008, 79.) Johtaminen nähdään taidoksi ainakin laadun, osaamisen ja strategian alueella. Ihmissuhdetaidot katsotaan myös tärkeäksi taidoksi. (Rantanen ym. 2007, 108.)

Kokemus muodostaa viitekehyksen, joka auttaa oppimaan ja omaksumaan uutta tietoa. Kontaktit ovat puolestaan ihmissuhdeverkostoja tai vaihtoehtoisesti kirjallisia ja sähköisiä tietolähteitä. Arvot ja asenteet ohjaavat ihmisten toimintaa ja ajattelua sekä ilmentävät, miten ihminen muun muassa suhtautuu muutokseen ja osaamisen kehittämiseen. (Ojala 2000, 103 - 105.) Organisaatiokulttuuri sisältää arvojen ja asenteiden lisäksi organisaatiossa jo vakiintuneet tavat. (Rantanen ym. 2007, 109.)

Kompetenssi (competence) tarkoittaa koeteltua kyvykkyyttä käyttää tietoa, taitoa ja persoonallista, sosiaalista sekä menetelmällistä osaamista työhön ja opiskeluun liittyvissä tilanteissa sekä ammatillisessa että henkilökohtaisessa kehityksessä (Auvinen, Kallioinen & Varjonen 2008, 79 - 80). Sairaanhoidajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu osaamisesta johon kuuluvat eettinen toiminta, terveyden edistäminen,

hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. (Opetusministeriö 2006, 63 - 64).

Osaamista on kuvattu ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden yleisissä kompetensseissa, suosituksessa on eritelty osaamisalueen kuvaus sekä ammattikorkeakoulututkintoon että ylempään ammattikorkeakoulututkintoon (ARENE 2007). Yleiset kompetenssit on jaettu kuuteen eri osa-alueeseen seuraavasti: itsensä kehittäminen, eettinen osaaminen, viestintä- ja vuorovaikutustaidot, kehittämistoiminnan osaaminen, organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen sekä kansainvälisyys. (ARENE 2007, liite 4; Auvinen, Kallioinen & Varjonen 2008, 85.) Osaaminen tulee nähdä kompetenssien kokonaisuutena, jonka avulla pystytään vastaamaan eri elämänalueilla vastaan tuleviin vaatimuksiin. Osaamista tulee jäsentää laajoina osaamiskokonaisuuksina, jotka konkretisoivat osaamisen hahmottamista ja arvioimista. (Smith 1996.)

2.3 Rooli ja toimenkuva

Rooli on Nykysuomen sanakirjan (1980) mukaan yksilön sosiaaliseen asemaan kuuluva tyypillinen tai odotettu käyttäytyminen. Roolilla voidaan tarkoittaa myös tunnusomaista käyttäytymistä tai asemaa tai yksilön käyttäytymistapaa (Nurmi 2004). Hoitotyön asiansaston (Hoidokki) mukaan sairaanhoitajan rooli (Nurse's Role) on hoitotyön ammattikuntaan kuuluvan henkilön odotettu toiminta (Sairaanhoitajien koulutussäätiö 2007).

Toimenkuva tarkoittaa viran tai toimen luonnetta. Toimenkuvaus on virkaan tai toimeen liittyvien tehtävien ja vastuualueiden määrittäminen (Nurmi 2004). Yleisen suomalaisen asiansaston (YSA 2009) mukaan työnkuvan rinnakkaistermi on toimenkuvat, ammattikuva ja työn sisältö.

2.4 Hoitotyö ja hoitotieteellinen tutkimus

Hoitotyöllä tarkoitetaan terveysalan ammattilaisten antamaa hoitoa. Hoitotyössä käytetään toimintoja ja interventioita, jotka perustuvat tutkittuun tietoon, ammattilaisen kokemuksiin tai hyväksi koettuihin käytänteisiin. Hoitotyö perustuu hoitotieteeseen, koska sen tulee mahdollisimman pitkälti perustua tutkittuun tietoon. Tutkittu tieto lisää hoitotyön turvallisuutta, tehokkuutta ja vaikuttavuutta. (Erikson ym. 2007, 33, 41.)

Hoitotieteellinen tutkimus sisältää käytännön hoitotyön, koulutuksen sekä hallinnon ja johtamisen ilmiöt. Hoitotieteen tutkimuksen keskeisenä kohteena pidetään sekä kansallisesti että kansainvälisesti käytännön hoitotoimintaa koskevaa tutkimusta. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006, 15.)

3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön **tarkoituksena** on määritellä ja selkeyttää hoitotyön asiantuntijuuskäsitettä laatimalla aiheesta systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tulosten perusteella määritellään millaista on hoitotyön asiantuntijan osaaminen sekä roolit ja toimenkuvat.

Tavoitteena on, että tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta arvioidaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirille luotavaa hoitotyön asiantuntija-mallia.

3.2 Tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten hoitotyön asiantuntijuus-käsitettä on määritelty hoitotieteellisessä tutkimuksessa?
2. Mitä on hoitotyön asiantuntijan osaaminen hoitotieteellisessä tutkimuksessa?
3. Millaisia rooleja hoitotyön asiantuntijalla on hoitotieteellisen tutkimuksen mukaan?
4. Millaisia toimenkuvia hoitotyön asiantuntijalla on hoitotieteellisen tutkimuksen mukaan?

Taulukossa 1 on esitettyä tutkimuskysymyksiä täydentävät alkuperäistutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

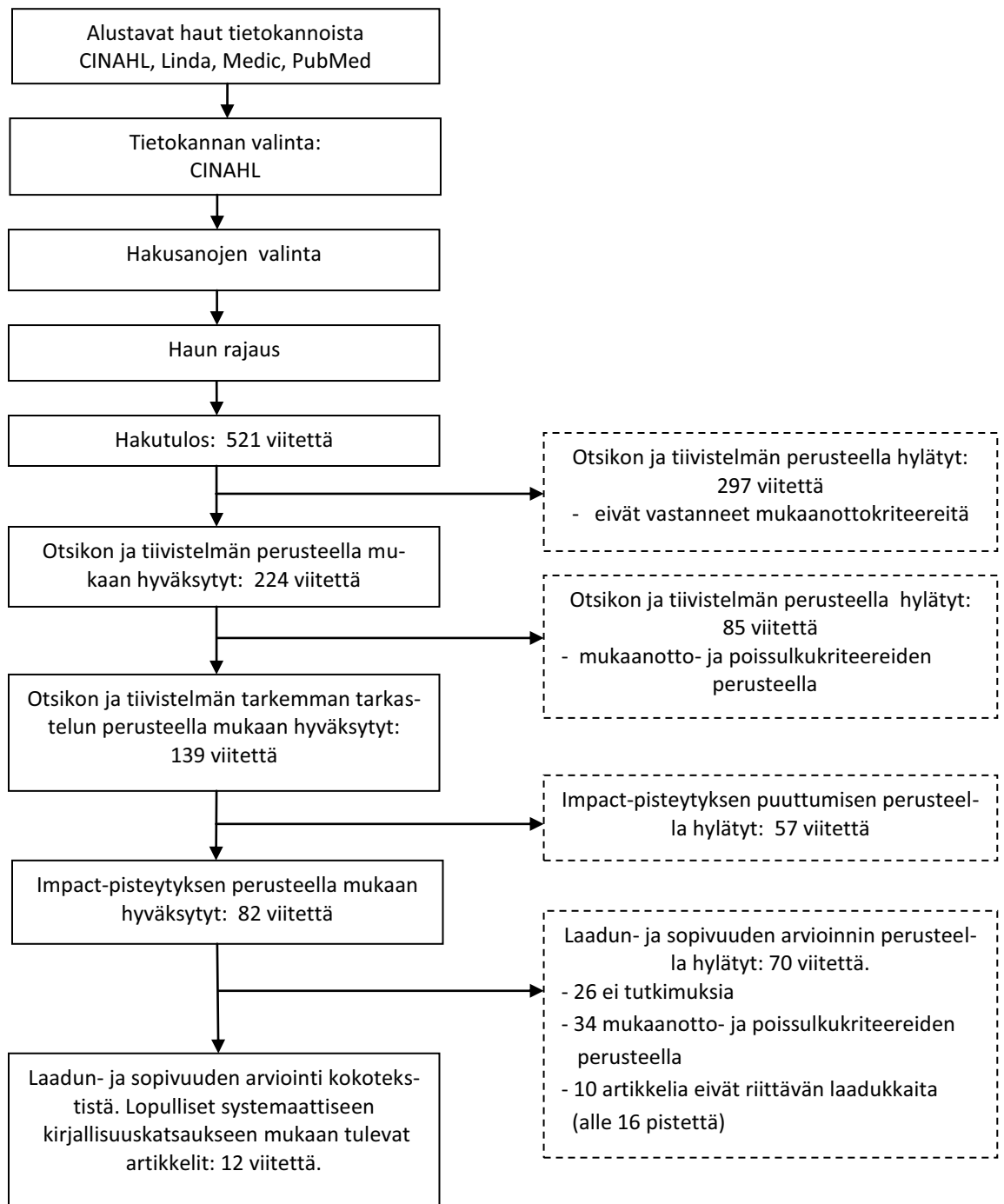
TAULUKKO 1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit

- Kansalliset ja kansainväliset hoitotieteelliset tutkimukset tai niistä tehdyt artikkelit, joissa on määritelty hoitotyön asiantuntijuus-käsitettä, asiantuntijasairaanhoidajan osaamista sekä rooleja ja toimenkuvia ja jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin.
- Tutkimukset tai niistä tehdyt tieteelliset artikkelit, joiden julkaisukieli on suomi, ruotsi tai englanti.
- Valitut tutkimukset oli julkaistu vuosien 2002 – 2007 aikana.
- Tutkimukset koskivat hoitotyön keskeisempiä osaamisalueita: tehohoito, operatiivinen, konservatiivinen, palliatiivinen tai oireenmukainen hoitotyö, potilasohjaus.
- Tutkimukset, joissa oli tutkittu ensisijaisesti hoitajien toimintaa (ei potilasnäkökulmaa).
- Mukaan otetut tutkimusartikkelit olivat julkaistu impact-pisteytetyissä julkaisussa.
- Tutkimusartikkeli oli kokonaan saatavissa (Fulltext) Cinahl-tietokannasta.
- Tutkimusartikkeli sai laadunarvioinnista vähintään 16 pistettä.
- Tutkimukset eivät koskeneet tietyn maan hoitotyön erityiskysymyksiä.
- Laatua mittaavat tutkimukset suljettiin pois aineistosta.
- Kirjallisuuskatsauksia ja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia ei otettu mukaan.

4 SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

Tämä opinnäytetyö toteutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaa perinteisestä kirjallisuuskatsauksesta tarkoin määritellyn tutkimusprosessin perusteella, systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan välttää aineiston valikoitumisesta aiheutuvaa harhaa (Metsämuuronen 2005, 38). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa tunnistetaan ja kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä syntetisoidaan tuloksia rajatuista ilmiöistä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on kumulatiivisesti rakentuva tutkimusprosessi, jonka vaiheet on nimettävissä ja jokainen vaihe rakentuu järjestelmällisesti edeltävään vaiheeseen (Hannula & Kaunonen 2006, 22). Nämä vaiheet ovat: tutkimussuunnitelman tekeminen, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, alkuperäistutkimusten valinta, alkuperäistutkimusten laadun arviointi ja analysointi sekä tulosten esittäminen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37, 39.)

Kuviossa 2 on kuvattu opinnäytetyön alkuperäistutkimusten haku, valinta ja alkuperäistutkimusten laadun arviointi.



KUVIO 2. Alkuperäistutkimusten valinnan ja laadun arvioinnin vaiheittainen kuvaus

4.1 Alkuperäistutkimusten haku

Tutkimuskysymyksiin perustuva alkuperäistutkimusten haku tehtiin systemaattisesti ja haut kohdistettiin tutkimussuunnitelman mukaisesti niihin tietolähteisiin, joista oletettiin saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa (Kääriäinen & Lah-
tinen 2006, 40). Tietokantojen ja hakusanojen valinnassa sekä tietokantahauissa

käytimme Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kirjastonhoitaja Aila Ruokokosken apua (Lemmer, Grellier & Steven 1999, 317). Tiedonhaku tehtiin elektronisista tietokannoista, joka on yleensä helpoin tapa löytää relevantteja tutkimuksia. (Cochrane Collaboration 2006, 65.)

Alustavat haut tehtiin CINAHLista, Lindasta, Medicistä ja PubMedista heinäkuussa 2007. Viitteitä artikkeleihin tuli alustavassa CINAHL-haussa lähes 1600, haun päivitysten myötä viitteitä oli yli 3000 ja niitä tuli jatkuvasti lisää. Viitteiden määrän rajaamiseksi tehtiin lopullinen haku ainoastaan CINAHL-tietokannasta, hakua tarkennettiin syksyn 2007 aikana. Aikarajaus asetettiin vuosiin 2002 - 2007, lisäksi mukaan otettiin ainoastaan artikkeliviitteet joista on käytettävissä sähköisessä muodossa kokoteksti (Full Text).

Lopullinen haku suoritettiin 18.12.2007. Koska opinnäytetyössä on useita tutkimuskysymyksiä, kuhunkin tutkimuskysymykseen tehtiin haut mahdollisimman monipuolisesti eri hakusanoilla ja -termeillä (ks. liite 1). Haussa käytettiin sekä vapaasanahakua että MeSH-termejä (Medical Subject Headings). (Khan, Kunz, Kleijnen & Antes 2008, 24). Vapaasanahaut rajattiin otsikkoon ja tiivistelmään. MeSH-termeistä tehdyt haut laajennettiin alakäsitteisiin, mikäli alakäsitteet vastasivat haun aihetta (lyhenne exp). Keskeisimmät hakusanat tässä opinnäytetyössä olivat: "advanced nursing practice", "exp advanced practice nurses" [MeSH], "exp advanced nursing practice" [MeSH], "Clinical Nurse Specialists" [MeSH], "professional competence/ or clinical competence". Lisäksi "advanced"-termi yhdistettiin läheisyysoperaattorilla katkaistuun Nursing-termiin "nurs\$". Nämä rinnakkaiset hoitotyön asiantuntijuutta kuvailevat käsitteet yhdistettiin OR-operaattorilla. Seuraavaksi haettiin työnkuvaa kuvaavilla termeillä: "job characteristics", "job description" ja "professional autonomy" ja "nursing role". Sen jälkeen haettiin tutkimuksiin rajaavia haku- ja asiasanoja esimerkiksi haut 10 - 17 (ks. liite 1) ja yhdistettiin OR-operaattorilla keskenään. Hoitotyön asiantuntijuutta koskeva haku yhdistettiin AND-operaattorilla tutkimuksiin rajaavaan hakuun. Työnkuvaa kuvaavat termit yhdistettiin erikseen AND-operaattorilla tutkimuksiin rajaavaan hakuun (haku 34). Työnkuva-haun relevanttisuuden lisäämiseksi hakua rajattiin yhdistämällä hakutulokseen AND-operaattorilla hakutermin advanced (haku 41). Lopuksi nämä hoitotyön asiantuntijuutta ja työnkuvaa

käsittelevät hakutulokset yhdistettiin yhdeksi hakutulokseksi OR-operaattorilla (haku 42). (Ks. Liite 1.)

Alkuperäistutkimusten haun luotettavuus

Alkuperäistutkimusten haussa suositellaan käytettäväksi useita tietokantoja sekä lisäksi käsin hakua (Khan ym. 2008, 21 - 22). Opinnäytetyöhön ei voitu ottaa mukaan useiden viitetietokantojen hakuja rajallisten resurssien vuoksi. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen päädyttiin valitsemaan mukaan ainoastaan CINAHL-haku, koska CINAHL on hoitotieteen ja hoitotyön kansainvälinen viite- ja tiivistelmätietokanta, joka sisältää myös terveydenhuollon hallintoa ja koulutusta käsittelevää aineistoa (EBSCO 2009).

Opinnäytetyössä ei tehty tietokantahakuja täydentäviä käsin hakuja julkaistujen eikä julkaisemattomien tutkimusten löytämiseksi, tällainen menettely vähentäisi julkaisuharhaa (ks. Metsämuuronen 2005, 39). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perustavoitteena on mahdollisimman kattava haku. Opinnäytetyössä oli huomioitava tiedonhakuun käytettävissä olevat resurssit: ajankäyttö-, kustannuskysymykset sekä aineiston saatavuus. Täten kattavuuden sijasta tiedonhaun järjestelmällisyys ja toistettavuus korostuvat. (Autti-Rämö & Grahn 2007, 48.) Opinnäytetyön kirjallisuushaun järjestelmällisyys kärsii siitä, että tietokantahaussa käytettiin rajauksena Full Textiä. Tämä kävi ilmi CINAHL-tietokannan sopimusten muuttuessa vuosien 2008 - 2009 vaihteessa: lopullisen haun Full Text -artikkelit jouduttiin hankkimaan eri kirjastoista, eli kaikkia Full Text -artikkeleja ei ollutkaan saatavilla Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjaston kautta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että jos haku uusitaisiin nyt, olisi tulos erilainen. Eli tällä haulla saataisiin eri artikkelit eri organisaatioiden kirjastoista.

Opinnäytetyön viimeistely vaiheessa kävi ilmi, että alkuperäistutkimusten haun kohdassa 8 (liite 1) on kirjoitusvirhe "competence"-sanassa haettaessa otsikosta ja abstraktista. Oletuksen mukaan kyseessä oleva virhe ei ole kovin merkityksellinen keskeisten tutkimusten löytämisen kannalta, koska edeltävä haku MeSH -termeillä oli oikein kirjoitettu.

4.2 Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi

Lopullisesta CINAHL-hausta saatiin 521 viitettä. Alkuperäistutkimusten valinnan ensimmäisessä vaiheessa opinnäytetyöntekijät kävivät hakujen viitteet yhdessä läpi. Viitteellä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä bibliografista viitettä, joka toimii kirjallisen dokumentin edustajana tietokannoissa. Viitteessä on ilmoitettu bibliografiset tiedot: tekijä, nimeke, kustannuspaikka ja -aika sekä lehti tai kokoomateos, jossa artikkeli on ilmestynyt. (Lahtinen & Marttila 2003.) Tämän lisäksi osassa viitteistä oli tiivistelmä. Kumpikin opinnäytetyöntekijöistä luki itsenäisesti viitteen otsikon ja tarvittaessa tiivistelmän, joissain tapauksissa täytyi tutustua koko tekstiin, tiivistelmän puuttuessa. Tämän pohjalta kumpikin opinnäytetyöntekijöistä teki oman arvionsa viitteen mukaan otosta tai poisjättämisestä. Epäselvissä tilanteissa päädyttiin ottamaan viite mukaan seuraavalle kierrokselle. (Autti-Rämö & Grahn 2007, 59.) Tässä vaiheessa 521:sta jäi mukaan 224 viitettä toiselle kierrokselle.

Seuraavaksi opinnäytetyöntekijät kävivät itsenäisesti läpi mukana olevat 224 viitettä otsikon ja tiivistelmän perusteella. Kumpikin teki mukaanotto- ja poissulkukriteerien (taulukko 1) pohjalta valinnat, mitkä tutkimukset tai artikkelit vastasivat tutkimuskykyyn. Tämän vaiheen jälkeen mukaan jäi 139 viitettä.

Lopullisten mukaan tulevien viitteiden määrän rajaamiseksi ja laadun arvioinnin helpottamiseksi, päädyttiin ottamaan mukaan vain sellaiset artikkelit, jotka olivat julkaistu impact-pisteytetyissä lehdissä. Impact Factor ilmaistaan numeerisena arvona, joka kuvaa jonkin lehden artikkeleiden keskimääräistä sitaattifrekvenssiä eli tieteellisen lehden artikkeleiden saamaa keskimääräistä viitemäärää tietyn aikajakson aikana (Stenius 2003, 35; Saxén 2004, 5). Web of Sciencessä julkaistaan noin 23 000 lehden impact-pisteet ja Thomson Scientificin toimitus on tarkastanut kyseiset lehdet tarkan arviointiprosessin mukaisesti eli julkaisut ovat referee-lehtiä (ks. Salanterä & Hupli 2003, 21). Kyseessä olevasta prosessista voi lukea tarkemmin esimerkiksi Thomson Scientificin internet -sivuilta. (Thomson Scientific 2009.)

Jäljellä olevasta 139 viitteestä 82 löytyi impact-pisteytetystä lehdestä ja nämä viitteet päätyivät edelleen laadun- ja sopivuuden arviointiin. Tässä vaiheessa hankittiin kokotekstit artikkeleista.

Tutkimustiedon laatua arvioitaessa kiinnitettiin huomio siihen, miten luotettavaa tutkimusten antama tieto on ja toisaalta tutkimustulosten tulkintaan (Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin 2004, 9; Kaila, Kuoppala & Mäkelä 2007, 63). Apuna artikkeleiden arvioinnissa käytettiin laadunarviointi-kaavaketta (ks. liite 2). Soveltuvaa valmista kaavaketta ei löytynyt vaan kaavake laadittiin Kontion ja Johanssonin (2007) artikkelia sekä Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin -hankkeen (2004) käsikirjaa apuna käyttäen. Lisäksi mallia katsottiin Yorkin yliopiston ohjeistuksesta (Centre for Reviews and Dissemination 2009). Kaavakkeeseen lisättiin myös opinnäytetyön tutkimuskysymykset varmistamaan, että valitut artikkelit vastaavat yhteen tai useampaan tutkimuskysymykseen. Laadittu kaavake esitettiin kolmella artikkelilla, jonka jälkeen tehtiin pieniä muutoksia. (Ks. Khan ym. 2008, 35 - 37.)

Laadun arvioinnissa molemmat opinnäytetyöntekijät kävivät 82 englanninkielistä tutkimusartikkelia läpi laadunarviointikaavaketta apuna käyttäen. Aluksi erottui karkeammalla arvioinnilla sellaiset artikkelit, jotka eivät olleet tutkimusartikkeleita, eivätkä selvästi vastanneet tutkimuskysymyksiin tai eivät olleet sisäänottokriteerien mukaisia. Jäljelle jääneet 25 artikkelia vaativat tarkempaa paneutumista laadunarvioinnin osalta. Opinnäytetyöhön päädyttiin ottamaan mukaan sellaiset artikkelit, jotka saivat laadunarvioinnista vähintään 16 pistettä. Tämä sen vuoksi, että alle 16 pistettä saaneissa artikkeleissa oli puutteita tutkimuksen taustan ja menetelmän raportoinnissa. Laadunarvioinnin jälkeen jäljelle jäi 12 tutkimusartikkelia.

Valituista tutkimuksista koottiin kuvaileva yhteenvetotaulukko (taulukko 2). Laaditun taulukon sarakkeisiin kirjattiin keskeiset tiedot katsaukseen valituista tutkimuksista. Yhteenvetotaulukosta saadaan yleiskuva löytyneistä tutkimuksista. Taulukossa esitetään alkuperäistutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi sekä tutkimuksen tarkoitus tai tavoite. Lisäksi esitetään tutkimuksen aineiston määrä ja keruumenetelmä sekä keskeiset tutkimustulokset. (Ks. Teikari & Roine 2007, 127.)

TAULUKKO 2. Opinnäytetyöhön mukaan tulevat artikkelit (luetteloitu julkaisuvuoden mukaan)

	Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tarkoitus / Tavoite	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
1	Froggatt & Hoult, Iso-Britannia, 2002	Tutkia terveydenhoitaja (community) CNS:n osallistumista palliatiiviseen hoitotyöhön vanhainkohteissa ja vanhusten palvelutaloissa.	N=730 CNS:ia, kysely.	Toiminnan pääpaino oli asukkaiden hoitotyöstä kumpuavissa haasteissa, näistä suurin osa koski syöpäpotilaita. Työn kehittäminen keskittyi hoitajien kouluttamiseen ja yhdyshoitaja (link nurse) toiminnan vaikiinnuttamiseen.
2	Musclow, Sawhney & Watt-Watson, Kanada, 2002	Kuvata akuuttikivunhoidon APN:n kvaalifikaatiot ja velvollisuudet.	N=24 acute pain service coordinatoria, kysely.	Päätehtävät olivat kliininen työ, opetus ja ohjaus sekä hallinnolliset tehtävät.
3	Carnwell & Daly, Iso-Britannia, 2003	Tutkia ANP:n nykyistä roolia perusterveydenhuollossa West Midlandin alueella Iso-Britanniassa, ja kuinka kolmen eri erikoisan hoitajat kehittivät rooliaan 15 kk:n aikana.	11 hoitotyön esimiestä sekä 18 ANP:ia haastateltiin ensimmäisessä vaiheessa, toisessa vaiheessa 15 kk:n jälkeen haastateltiin uudelleen 15 ANP:ia.	Tulokset paljastavat että työn luonne ja kohde vaihtelevat erikoisalojen välillä. ANP:eiden toimenkuvan vaihdellessa käytännön hoitotyön toteuttamisesta aina strategiseen suunnitteluun, pitäen sisällään mm. hoitotyön kehittämistä.
4	Lewis-Evans & Jester, Iso-Britannia, 2004	Tutkia lääkkeenmääräämis-oikeuden omaavien sairaanhoitajien kokemuksia lääkkeenmäärämisestä.	N=7 lääkkeenmääräämis-oikeuden omaavaa sairaanhoitajaa, haastateltu.	Neljä teemaa nousi aineistosta: potilaslähtöinen hoito, sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisestä aiheutuva hyöty, tuki ja tyytyväisyys rooliin sekä vaikeudet lääkkeenmääräämisessä.
5	Darmody, Yhdysvallat, 2005	Kuvata CNS:n työtä akuuttihoitotyön alueella käyttäen National Association of Clinical Nurse Specialistsin (NACNS) mallia viitekehystenä.	N=5 ANP:ia, seuranta.	CNS:n työnkuvasta potilasiin liittyvää toimintaa oli 30 %, 44 % hoitotyön henkilökuntaan kohdistuvaa, 10 % organisaatioon kohdentuvaa ja 16 % muuta toimintaa.

Taulukko jatkuu seuraavalle sivulle

Taulukko 2:n jatkoa edelliseltä sivulta

6	Gardner & Gardner, Australia, 2005	Kokeellinen tutkimus NP:n roolin soveltuvuudesta terveystalouden tuottamiseksi Australian Capital Territoryssä.	4 NP:ia, 318 potilasta, tietoa kerättiin useilla eri menetelmillä mm. potilastyytyväisyyskyselyt, erilaiset arviot NP:ien osaamisesta ja hoidon tuloksista.	NP:n roolin laajat mahdollisuudet todennettiin.
7	Rankin, Butzlaff, Carroll & Reedy, Yhdysvallat, 2005	1. Määritellä yksinasuvien sydäntapahtumasta toipumassa olevien ikäihmisten hoitajakontaktien kestoa ja määrää. 2. Kuvaila CNS:ien ikääntyneille antamaa tukea.	Kahden CNS:n tekemät 40 lokia (hoitolomaketta) hoitokontaktteista, potilaat olivat 65 - 89-vuotiaita sydäntapahtumasta toipuvia.	CNS:ien antama tuki koostui: taloudellisesta/ammattillisesta, tunne-elämään, lääkitykseen, ihmissuhteisiin, sairauden oireisiin, terveydenhoitoon, liikuntaan ja ruokavalioon liittyvästä tuesta.
8	Austin, Luker & Roland, Iso-Britannia, 2006a	Tutkia perusterveydenhuollossa työskentelevien CNS:ien ja terveydenhoitajien rooleja.	N=22 CNS:ia, haastattelu ja tarkkailu.	CNS:t käyttivät mielellään asiantuntemustaan parantamaan terveydenhoitajien tietopohjaa heidän toimintansa parantamiseksi. He kohtasivat kuitenkin vaikeuksia muutosten aikaansaamisessa.
9	Austin, Luker & Roland, Iso-Britannia, 2006b	Tutkia miten CNS:t kokivat roolinsa ja tekijät, jotka vaikuttivat siihen. Sekä tutkia haasteita, joita CNS:t kokivat kehittäessään palveluita.	N=22 CNS:ia, haastattelu ja tarkkailu.	CNS:ien toimenkuva ei ollut pysyvä, koska he olivat päätoimijoita palveluiden kehittämisessä. Heiltä puuttui auktoriteettia muutosten aikaansaamiseksi.
10	Graham, Fielding, Rooke & Keen, Iso-Britannia, 2006	Selvittää mitkä ovat CNS:n pääasialliset roolit ja velvollisuudet.	N=16 CNS:ia, 11 2 tunnin koulutusta.	Neljä hoitotyön asiantuntijan toimintaa määrittelevää tekijää ovat: laadukkaan hoidon antaja, asiantuntija, tiedonantaja, muutoksen alkuunpanija.

Taulukko jatkuu seuraavalle sivulle

Taulukko 2:n jatkoa edelliseltä sivulta

11	Stark, Yhdysval- lat, 2006	Tutkia miten erilai- set koulutusohjel- mat vaikuttavat CNS:ien ja NP:ien roolivalintojen, roolien joustavuu- den tai tomipaikan suhteen.	N=285 rekis- teröityä NP:ia ja CNS:ia, kysely.	Koulutusohjelmalla oli vaiku- tusta CNS:ien ja NP:ien roo- livalintoihin.
12	Wong & Chung, Kiina, 2006	Määritellä hoitaja- vastaanottoa (nur- se-led clinic): ra- kenne, prosessi ja tulokset.	1. vaiheessa N=34 hoitajia "nurse-led"- klinikoilta, haastattelu. 2. vaiheessa 162 hoitoti- lannetta tark- kailtiin, kaikkia osallistuneita potilaita haas- tateltiin, 16:tta lääkärinä haas- tateltiin.	Työhön kuului lääkityksen säättämistä, hoidon aloittami- nen ja diagnostisten kokei- den tekeminen ohjeiden mukaisesti. Pääasialliset hoitotyön toiminnot olivat arviointi ja terveyden edistä- minen. Hoitajat ja asiakkaat olivat tyytyväisiä toimintaan.

Alkuperäistutkimusten valinnan ja laadun arvioinnin luotettavuus

Opinnäytetyössä molemmat tekijät valitsivat toisistaan riippumatta, mitkä tutkimukset otettiin mukaan. Tällainen toiminta varmistaa valintaprosessin luotettavuuden. (Autti-Rämö & Grahn 2007, 59.) Opinnäytetyöntekijät olivat melko yksimielisiä mukaan tulevista viitteistä. Joidenkin viitteiden kohdalla käytiin keskustelua mukaan otosta ja jos molemmat olivat epävarmoja, päättyi viite edelleen jatkokäsittelyyn. Keskustelut johtivat hyvin yhteisymmärrykseen ja artikkeleiden valinnassa ei tarvinnut turvautua kolmannen arvioitsijan mielipiteeseen (vrt. Khan ym. 2008, 32).

Impact-pisteystystä käytettiin apuna alkuperäistutkimusten karsinnassa ja laadun arvioinnissa. Koska sosiaali- ja humanistisissa tieteissä lehtijulkaiseminen on noussut keskeiseksi, laatuvertailusta on tullut entistä tärkeämpää. Tutkijat ovat kiinnostuneita oman alansa tieteellisten lehtien hierarkiasta ja pyrkivät julkaisemaan artikkelinsa arvostetuimmista lehdistä. Mittari, joka kertoo, kuinka usein jonkin lehden artikkeleita siteerataan, vaikuttaa suhteellisen objektiiviselta lehden vaikuttavuuden kriteeriltä. (Stenius 2003 35.)

Impact-pisteytyksen käyttö saattaa kuitenkin lisätä julkaisuharhaa, koska merkittäviä tai selkeitä tuloksia saaneet alkuperäistutkimukset julkaistaan helpommin ja ovat siten myös useampien saatavilla (Petticrew, Egan, Thomson, Hamilton, Kunkler & Roberts 2008). On selvää, että impact-pisteytys ei ole hyvä mittari, jos halutaan arvioida yksittäisen tutkijan työtä (Stenius 2003, 37). Tässä opinnäytetyössä laatua ei arvioitu ainoastaan impact-pisteytyksen avulla, vaan laadunarvioinnissa käytettiin lisäksi erillistä kaavaketta (liite 2).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen johtopäätösten luotettavuus riippuu olennaisesti mukaan otettujen tutkimusten laadusta (Teikari & Roine 2007, 127). Erityisen tärkeäksi muodostuu kysymys kuinka tutkimusten laatu määritellään (Evans & Pearson 2001, 595). Opinnäytetyössä käytettiin erillistä laadun arviointi -kaavaketta, joka muodostettiin soveltaen aikaisempia ohjeistuksia (Kontio & Johansson 2007; Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin 2004; Centre for Reviews and Dissemination 2009). Käytetyssä mittarissa yhdistyvät tyypillisimmät laadullisen tutkimuksen arviointikriteerit, joka parantaa laadunarvioinnin luotettavuutta (Kontio & Johansson 2007, 105; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 213). Luotettavuuden ja käytettävyyden parantamiseksi laadittu laadun arviointi -kaavake esitettiin kolmella artikkelilla, jonka jälkeen pieniä korjauksia tehtiin, tämä lisää tutkimuksen toistettavuutta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 213; Khan ym. 2008, 36).

Laadun arviointi oli opinnäytetyössä vaativa ja aikaa vievä vaihe. Kuitenkin ainoastaan alkuperäistutkimusten laadun arviointi ja laadukkaiden tutkimusten valikoituminen opinnäytetyöhön tuottaa luotettavia ja oikeita tuloksia. (Kontio & Johansson 2007, 107.)

4.3 Alkuperäistutkimusten analysointi sisällön analyysin avulla

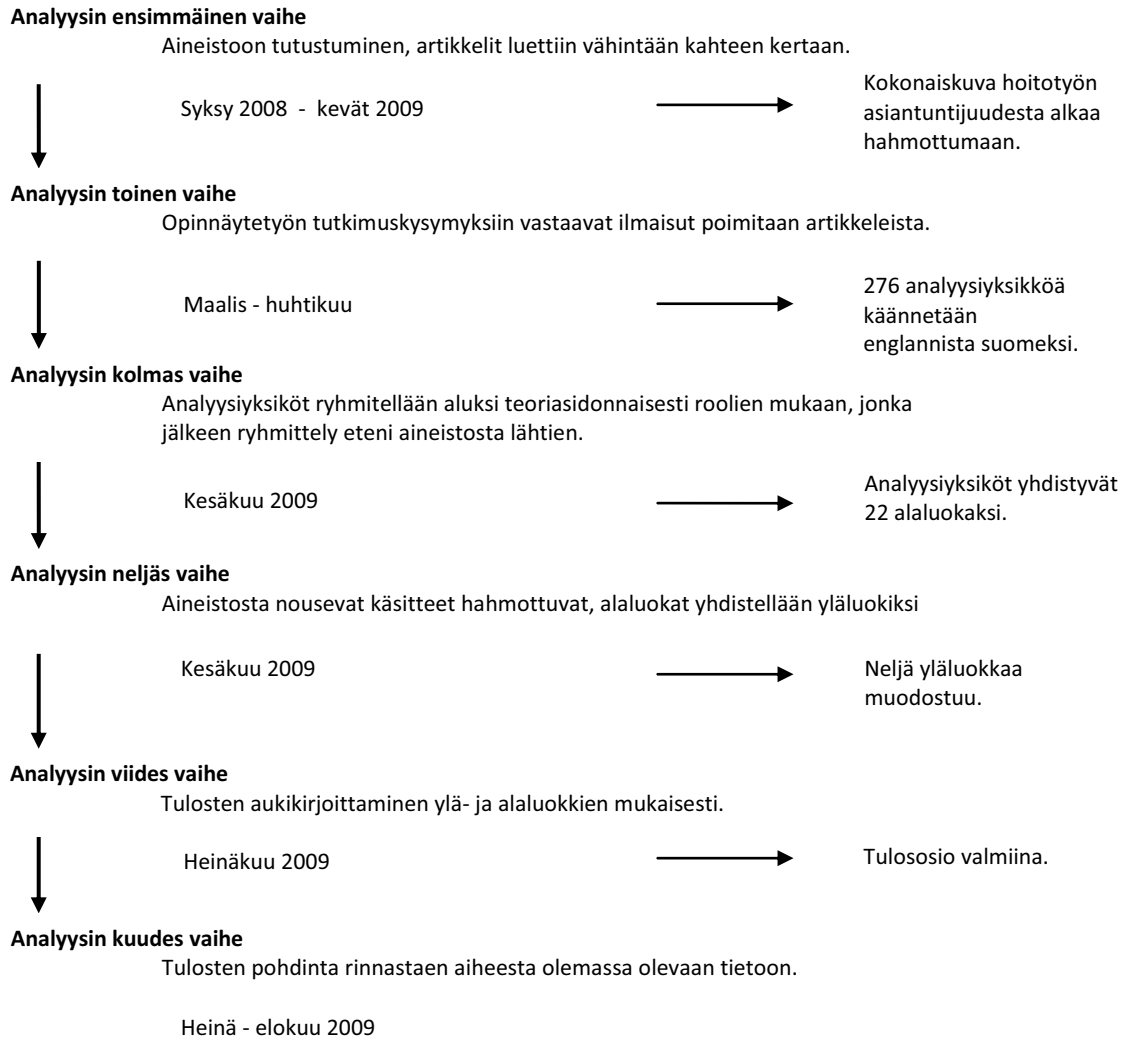
Hoitotieteessä on käytetty keskeisenä tutkimusmenetelmänä laadullista menetelmää johtuen tieteenalan kehitysvaiheesta ja tutkimuskohteen luonteesta (Kirkevold 2000). Sandelowskin (2004) mukaan laadulliset tutkimukset ovat merkittävässä asemassa hoitamisen todellisuuden kuvaamisessa ja hoitotieteellisten teorioiden kehittämisessä, mutta niiden systemaattinen hyödyntäminen on vielä melko vähäistä.

Analyysitavan valintaa määrittävät paitsi laaditut tutkimuskysymykset ja alkuperäis- tutkimusten luonne myös niiden lukumäärä, laatu ja heterogeenisyys (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43). Sisällön analyysissä voidaan edetä joko lähtien aineistosta (induktiivisesti) tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä (deduktiivisesti), jota hyväksi käyttäen aineisto luokitellaan (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Edellä mainittu jaottelu on ongelmallinen muun muassa siksi, että ”puhtaan” induktion mahdollisuus on kyseenalainen. Kyseessä on aina tutkijan konstruktio, ja häntä ohjaavat, ainakin piilota- juisesti, tutkimuksen tarkoitus, oma lukeneisuus ja aikaisemmat teoriat (Eskola & Suoranta 1998, 157; Tuomi & Sarajärvi 2009, 96). Myös deduktiossa teoria on Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan tutkijan laatima konstruktio, eikä mikään puhdas teoria. He esittävät, että realistinen tapa on sellainen, jossa teoria ohjaa tutkijan työtä, mutta työ elää koko prosessin ajan aineiston mukaan. (Emt. 157.)

Eskola (2001) jaottelee laadullisen aineiston analyysin aineistolähtöiseen (induktiivinen), teoriasidonnaiseen ja teorialähtöiseen (deduktiivinen). **Teoriasidonnaisessa analyysissä** on teoreettisia kytkentöjä, mutta se ei suoraan nouse teoriasta tai pohjautu teoriaan (emt. 136 - 137). Teoria voi toimia apuna analyysin etenemisessä: analyysistä on tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus, mutta aikaisemman tiedon merkitys ei ole teoriaa testaava, vaan uusia ajatusuria aukova (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96). Tämä ajattelutapa sopii opinnäytetyöhön, koska aiheesta on aikaisempaa tutkimusta, jossa hoitotyön asiantuntijan toimintaa on jo jaoteltu: välittömän hoitotyön kehittäjä, konsultti, kouluttaja, tutkija ja hoitotyön johtaja (Salminen ym. 2001, 3).

Keskeinen kysymys sisällön analyysia tehtäessä on keskitytäänkö ilmi- vai piilosisältöön (Graneheim & Lundman 2004, 106). Kyngäs ja Vanhanen (1999, 5) esittelevät Robsonin (1993) teorian, jonka mukaan tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjaavat tutkijaa ratkaisemaan sen millaisia sisältöjä analysoidaan. Opinnäytetyössä aineistosta analysoitiin vain se, mikä on tutkimuksissa tai artikkeleissa selvästi ilmaistu. Aineistona oli tutkimusartikkeleita, joten oletettavissa oli, ettei piilosisältöä löytyisi. Lisäksi aineisto ei ollut opinnäytetyöntekijöiden äidinkieltä, joten piilossa olevat viestit olisivat saattaneet jäädä huomaamatta.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin analyysiyksikkönä tutkimustehtävän mukaisia ajatuskokonaisuuksia joka voi muodostua sanasta, lauseesta tai muutaman lauseen kokonaisuudesta. Analyysissä kiinnitetään huomiota asiayhteyteen, jossa lausuma tai ajatuskokonaisuus esiintyy. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Aineiston analyysin eteneminen on esitelty kuviossa 3.



KUVIO 3. Aineiston analyysin eteneminen

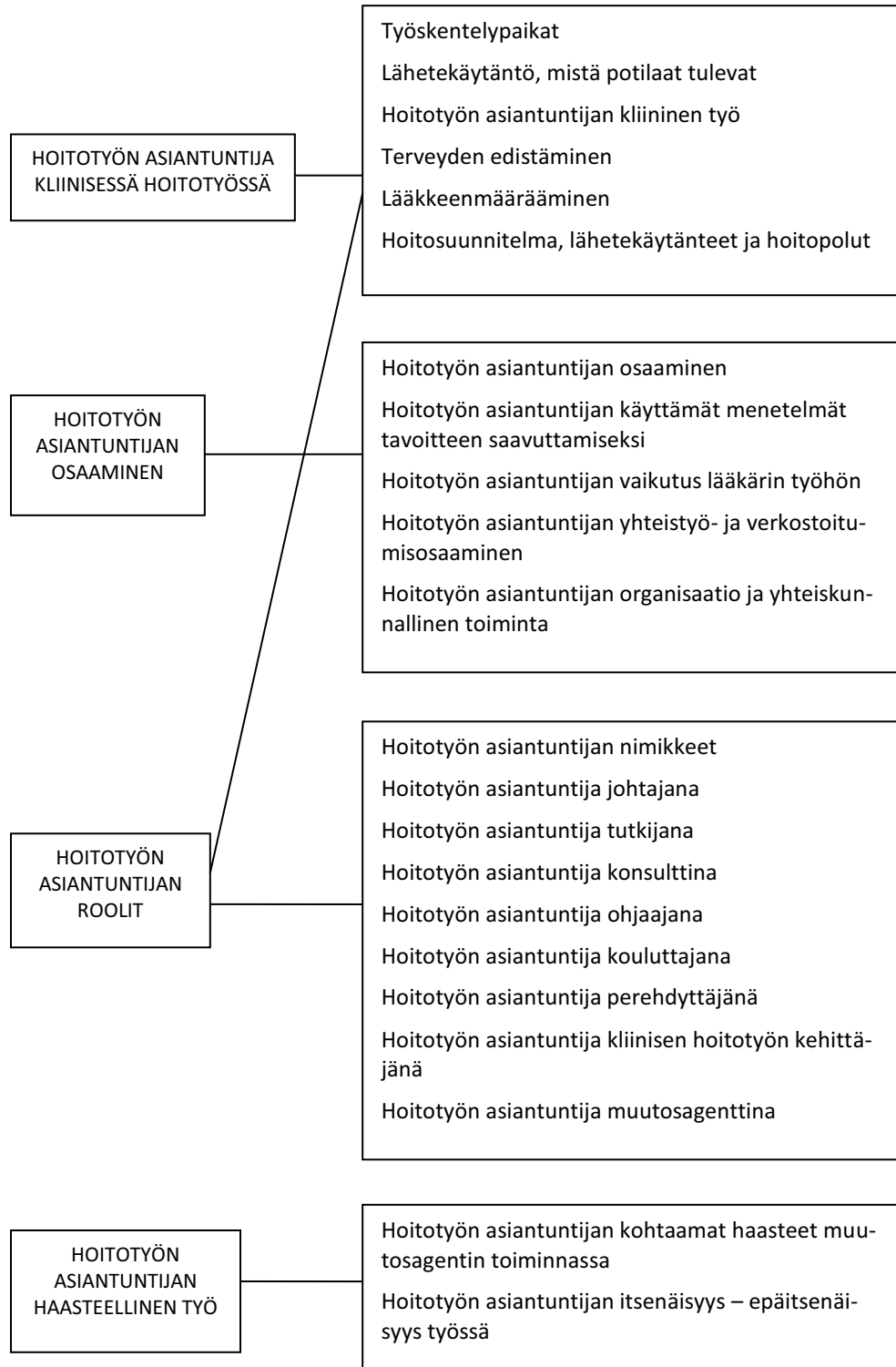
Analyysin aluksi oli tärkeää saada kokonaiskuva aineistosta (Eskola & Suoranta 1998). Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineisto luettiin useita kertoja läpi. (Kyngäs & Vanhala 1999, 5.) Aineiston pelkistäminen tehtiin siten, että lukemisen yhteydessä aineistosta alleviivattiin tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja eri värein (ks. Gra-

neheim & Lundman 2004, 106; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Kullekin tutkimuskysymykselle oli määritelty oma värinsä, eri värien käyttäminen helpotti aineiston hahmottamista. Kumpikin opinnäytetyöntekijä luki ja alleviivasi löytämänsä analyysiyksiköt artikkeleista itsenäisesti, jonka jälkeen jokainen analyysiyksikkö käytiin keskustellen läpi. Analyysiyksiköt kirjoitettiin tutkimuskysymysten mukaiseen järjestykseen. Jos huomattiin, että analyysiyksikkö ei ole ymmärrettävä asiayhteydestään irrotettuna, palattiin alkuperäiseen tekstiin ja täydennettiin analyysiyksikköä. Kaiken kaikkiaan analyysiyksiköitä oli 276 kappaletta. Tässä vaiheessa analyysiyksiköt käännettiin englannista suomeksi. Analyysin edetessä kolme analyysiyksikköä hylättiin, koska ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin.

Aineiston ryhmittelyssä alkuperäisilmaukset käytiin tarkasti läpi, ja aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat ajatuskokonaisuudet ryhmiteltiin, yhdistettiin luokaksi ja nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Aineiston ryhmiteltiin aluksi jo tiedettyjen hoitotyön asiantuntijoiden roolien - kliinisen hoitotyön kehittäjä, konsultti, kouluttaja, johtaja, tutkija - mukaan. Lisäksi aineistosta nousi ”muutosagentti” -ryhmä sekä jäi jäljelle ryhmä ”muuta”. Muuta-kohtaan laitettiin sellaiset analyysiyksiköt, jotka eivät suoraan sopineet muihin ryhmiin. Tämä ryhmittely tehtiin sen vuoksi, että jonkinlainen ote aineistoon saatiin, koska analyysiyksiköitä oli niin runsaasti.

Näistä pienemmissä ryhmissä alettiin etsiä analyysiyksiköistä yhtäläisyyksiä sekä ryhmittelemään edelleen. Alkuperäinen ryhmittely roolien mukaan ei toiminut rajoittavana analyysirunkona, vaan oli ainoastaan apuna aineiston hahmottamiseksi. Käsitteellistämisen ryhmät muokkaantuivat usean läpikäymisen jälkeen yhä uudelleen, kunnes 22 alaluokkaa muodostuivat. Yläluokiksi muodostuivat hoitotyön asiantuntija kliinisessä hoitotyössä, hoitotyön asiantuntijan osaaminen, hoitotyön asiantuntijan roolit ja hoitotyön asiantuntijan haasteellinen työ (kuvio 4). (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.)



KUVIO 4. Hoitotyön asiantuntijan toimintaa kuvaavat käsitteet

Sisällön analyysin luotettavuus

Opinnäytetyöntekijät olivat kokemattomia sisällön analyysin tekijöitä, tämä saattaa heikentää analyysin luotettavuutta. Opinnäytetyön aihe oli neutraali, mutta etukäteen tunnetut roolit saattoivat ohjata ajattelua jonkun verran. Myös aineiston vieras-kielisyys voi vaikuttaa aineiston analyysin luotettavuuteen. (Vrt. Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36 - 37.) Analyysiyksiköitä suomennettaessa pyrittiin tarkkuuteen, ja jos käänös tuotti vaikeuksia, kysyttiin käänösapua paremmin englannin kieltä hallitsevalta henkilöltä.

Opinnäytetyössä aineiston pelkistämisvaiheessa ei analyysiyksikköjä muotoiltu, vaan ne nousivat sellaisenaan alkuperäistutkimuksista, tämä lisää sisällön analyysin luotettavuutta. Se että aineisto koostui tutkimusartikkeleista (vrt. puhekieli) ja kävi läpi erillisen laadun arvioinnin lisää sisällön analyysin luotettavuutta. Opinnäytetyössä yhteys tulosten ja aineiston välillä on helposti todettavissa lähdeviitteiden avulla. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36 - 37.)

Aineistoon perehtymisen jälkeen, opinnäytetyöntekijät tekivät sisällön analyysin yhdessä. Tämä mahdollisti keskustelun ja edisti analyysiprosessia. Toisaalta, jos opinnäytetyöntekijät olisivat tehneet luokittelun itsenäisesti, olisi se lisännyt luotettavuutta. (Vrt. Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36 - 37.)

Luotettavuuden kannalta sisällön analyysin ongelmana on pidetty sitä, että tutkija ei tarkastele analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Tämä ongelma on pienempi silloin kun dokumenteista analysoidaan vain ilmisältö, kuten opinnäytetyössä tehtiin. (Ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

5 TULOKSET

Opinnäytetyössä keskeisimpinä tuloksina nousivat esiin määritelmä hoitotyön asiantuntijan toimenkuvasta kliinisessä työssä, hoitotyön asiantuntijan osaamisen erityispiirteet, hoitotyön asiantuntijan roolit sekä hoitotyön asiantuntijan työssään kohtaamat haasteet.

5.1 Hoitotyön asiantuntija kliinisessä työssä

Toimipaikat vaihtelivat akuuttihoidosta perusterveydenhuoltoon (Stark 2006, 12) ja vanhusten palveluasumiseen (Froggatt & Hoult 2002, 804) sekä avohoidosta (Carnwell & Daly 2003, 637; Gardner & Gardner 2005, 139; Rankin, Butzlaff, Carroll & Reedy 2005, 145; Austin, Luker & Roland 2006a, 545) sairaalaan (Gardner & Gardner 2005, 139) sekä klinikoille (Wong & Chung 2006, 362). Avohoito piti sisällään sekä vastaanottotoimintaa (Carnwell & Daly 2003, 637; Gardner & Gardner 2005, 139) että kotikäyntejä (Rankin, Butzlaff, Carroll & Reedy 2005, 145; Austin, Luker & Roland 2006a, 545).

Potilaat saattoivat tulla ilman lähetettä tai minkä tahansa terveydenhuollon ammattilaisen lähettämänä hoitotyön asiantuntijalle (Wong & Chung 2006, 361). Gardnerin ja Gardnerin (2005, 140) tutkimuksessa potilaat tulivat pääsääntöisesti samasta hoitolaitoksesta, mutta myös yleislääkäreiltä sekä terveydenhoitajilta.

Hoitotyön asiantuntijan suorittama hoitotyö pohjautui potilaan hoidon tarpeeseen (Froggatt & Hoult 2002, 804; Darmody 2005, 264; Gardner & Gardner 2005, 140) sekä potilaan tilan (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 65; Austin, Luker & Roland 2006a, 546) ja hoidon arviointiin (Lewis-Evans & Jester 2004, 800). Työ oli fyysisten oireiden hoitamista (Froggatt & Hoult 2002, 804; Gardner & Gardner 2005, 140; 147; Rankin, Butzlaff, Carroll & Reedy 2005, 147; Wong & Chung 2006, 364) sekä osittain psykologista työtä (Froggatt & Hoult 2002, 804). Hoitotyöhön kuuluivat myös

itsenäiset potilaskierrot (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 65; Darmody 2005, 264) ja -konsultaatiot (Carnwell & Daly 2003, 637; Darmody 2005, 264). Työ saattoi olla terveydenhoitoa (Carnwell & Daly 2003, 635; Garder & Gardner 2005, 139) tai pitkäaikaissairauksien hoitamista (Carnwell & Daly 2003, 635, 637), osan kliinisen hoitotyön asiantuntijoiden työhön liittyi kriittisessä tilassa olevien potilaiden seuranta erityislaitteilla (Darmody 2005, 264). Hoitajilla oli myös velvollisuuksia laitteiden hankintaan ja toimintavalmiuden ylläpitoon (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 65).

Terveyden edistäminen

Kliinisessä hoitotyössä asiantuntijan toimintaan liittyi keskeisesti terveyden edistäminen (Carnwell & Daly 2003, 638; Lewis-Evans & Jester 2004, 800; Gardner & Gardner 2005, 139; Rankin, Butzlaff, Carroll & Reedy 2005; Graham, Fielding, Rooke & Keen 2006, 983; Wong & Chung 2006, 363, 366). Terveyden edistäminen piti sisällään elämäntapaohjauksen (Lewis-Evans & Jester 2004, 800; Rankin ym. 2005) ja tuen elämäntapojen muuttamiseksi, painottaen potilaan ohjausta itsehoitoon (Carnwell & Daly 2003, 638), tiedon antamista potilaan voimaannuttamiseksi (Graham ym. 2006, 983) ja hoitoon sitoutumiseksi (Wong & Chung 2006, 366).

Lääkkeenmääräminen

Neljässä tutkimuksessa käsiteltiin hoitotyön asiantuntijoiden lääkkeenmääräämistä: Wongin ja Chungin (2006, 362) tutkimuksessa suurempi osa hoitajista saattoi säätää lääkityksiä, harvemmillä oli lupa lääkityksen aloittamiseen. Kolmessa tutkimuksessa hoitotyön asiantuntijat pystyivät aloittamaan lääkityksiä (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 65; Gardner & Gardner 2005, 140; Lewis-Evans & Jester 2004, 799 - 800). Musclow'n, Sawhneyn ja Watt-Watsonin (2002, 65) tutkimuksissa hoitotyön asiantuntijat tarvitsivat lisävaltuuksia määrätäkseen lääkkeitä ja Wongin ja Chungin (2006, 362) mukaan he aloittivat tai säätivät lääkityksiä annettuihin toimintaohjeisiin perustuen.

Hoitosuunnitelma, lähetekäytännöt ja hoitopolut

Hoitotyön asiantuntijat saattoivat suunnitella potilaiden hoitoa ja määrätä heille diagnostisia tutkimuksia (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 65; Wong & Chung 2006, 362) sekä tehdä lähetteitä muille terveydenhuollon ammattilaisille, kuten ravitsemussuunnittelijalle (Rankin ym. 2005, 147) ja lääkärille (Gardner & Gardner 2005, 140 - 141). Aina hoitotyön asiantuntijalla ei ollut kuitenkaan valtuuksia tehdä lähetettä toiselle terveydenhuollon ammattilaiselle, kuten lääkärille tai fysioterapeutille, eikä määrätä lisätutkimuksia potilaille. Joissain tapauksissa lähetteen tekeminen riippui yksittäisestä erikoislääkäristä. (Austin, Luker & Roland 2006b, 1544.) Esimerkiksi Austin, Luker & Rolandin (2006b, 1544) tutkimuksessa hoitajat pystyivät lähettämään potilaan verisuonikirurgille, mutta eivät ihotautilääkärille. Wongin ja Chungin (2006, 361) tutkimuksessa asiantuntijat pystyivät lähettämään potilaita ainoastaan omaan tiimiinsä.

Austinin, Lukerin & Rolandin (2006b) tutkimuksessa todettiin organisaation hyväksymät hoitopolut hyödyllisiksi, koska ne legitimoivat suorat lähetteet. Lisäksi ne selkeyttivät rooleja ja toimenkuvia sekä niiden rajoja virallistaen hoitotyön asiantuntijan työpanoksen potilaan hoitoon. Tyypillisesti hoitopolut rajasivat mikä terveydenhuollon ammattilainen ottaisi vastaan kunkin potilaan, millaisia tutkimuksia potilaalle tehtäisiin ja sen milloin potilas pitäisi lähettää toiselle terveydenhuollon asiantuntijalle. (Emt. 1544 - 1545.)

5.2 Hoitotyön asiantuntijan osaaminen

Wongin ja Chungin (2006, 361) tutkimuksessa hoitotyön asiantuntijoilla oli pitkä työkokemus hoitajina. Heillä oli yli 15 vuoden työkokemus sairaanhoitajana ja sen lisäksi erikoistumisen jälkeistä työkokemusta yli viisi vuotta. Lewis-Evansin ja Jesterin (2004, 802) tutkimuksessa hoitotyön asiantuntijoiden (nurse prescribers) tietämyksen perusta oli pääasiassa käytännöstä saatua.

Graham ym. (2006) tutkimuksessa määriteltiin hoitotyön asiantuntijan ammatin harjoittamista. Heidän mukaansa hoitotyön asiantuntija on laadukkaan hoidon antaja,

erikoisasiantuntija, tiedon antaja ja muutoksen alullepanija, tämän lisäksi johtajuus, potilaan puolesta puhuminen ja kehittyneet vuorovaikutustaidot ovat keskeisiä. (Emt. 983.) Hoitotyön asiantuntijan osaamista kuvattiin sanoilla: syvälinen (Carnwell & Daly 2003, 635; Austin, Luker & Roland 2006a, 547), innovatiivinen, asiantunteva (Carnwell & Daly 2003, 635) ja visionäärinen (Austin, Luker & Roland 2006b, 1544). Esimiehet pitivät hoitotyön asiantuntijoita pätevämpinä kuin muita sairaanhoitajia (Carnwell & Daly 2003, 635). Grahamin ym. (2006, 983) mukaan hoitotyön asiantuntija työskentelee korkeammalla tasolla ja hänellä on korkeamman tason kliinistä osaamista sekä luottamusta osaamiseensa.

Hoitotyön asiantuntijan käyttämät menetelmät

Hoitotyön asiantuntijoiden toimenkuvat ja heidän tuottamansa palvelut olivat vaihtelevia (Carnwell & Daly 2003, 637; Austin, Luker & Roland 2006a, 545). He kokivat työskentelevänsä hoidon laatuun liittyvistä ja kliinisistä tarpeista lähtien (Graham ym. 2006, 985). Heidän tehtävänsä oli mahdollistaa omalla toiminnallaan muiden terveydenhuollon ammattilaisten hoitotyön tekeminen sekä ylläpitää heidän kanssaan käytännön hoitotyön osaamista (Austin, Luker & Roland 2006a, 546). Helpottaakseen työskentelyä henkilökunnan kanssa osa käytti apunaan yhdyshenkilöjärjestelmiä (link nurse). Yhdyshenkilö on hoitaja, joka toimii hoitotyön asiantuntijan valvonnassa, yhteistyössä toisten hoitajien kanssa ja jakaa heille tietoa omalla kliinisellä erikoisalallaan. Esimerkiksi sairaalan infektiohoitaja on hoitotyön asiantuntija ja osaston infektioyhdyshenkilö toimii hänen valvonnassaan. (Froggatt & Hault 2002, 805; kts. myös Mersey Care NHS Trust 2006.)

Virallisten menetelmien lisäksi hoitotyön asiantuntijat käyttivät myös hyväkseen epävirallisia menetelmiä. Näitä olivat esimerkiksi "järjestelmän venyttäminen" ja byrokratian kiertäminen potilaan saamiseksi oikeaan jatkohoitoon. (Austin, Luker & Roland 2006b, 1544 - 1545.) Hoitotyön asiantuntijat käyttivät suostuttelua ja sijaisvoimaa (vicarious power), eli hyödynsivät toisten terveydenhuollon ammattilaisten asemaa saadakseen haluamansa muutoksen aikaan (Austin, Luker & Roland 2006a, 545).

Hoitotyön asiantuntijan toiminnan vaikutus lääkärin työhön

Hoitotyön asiantuntijan toiminta vaikutti lääkäreiden työhön. Jos lääkärit olivat varmoja hoitotyön asiantuntijan pätevyydestä, he olivat kannustavia ja saattoivat kysyä neuvoa heiltä (Carnwell & Daly 2003, 637). Hoitotyön asiantuntijoiden toiminta vähensi myös erikoislääkäreiden kysyntää (Austin, Luker & Roland 2006b, 1545) ja vähensi painetta yleislääkäreiltä vapauttamalla heidän aikaansa (Carnwell & Daly 2003, 635; Austin, Luker & Roland 2006b, 1545). Austinin, Lukerin ja Rolandin (2006b, 1545) mukaan oli kuitenkin ilmeistä, että hoitotyön asiantuntija ei ollut passiivinen vastaanottaja lääkäreiltä siirtyvälle työlle, vaan oli aktiivisesti mukana palveluiden uudelleen suunnittelussa.

Hoitotyön asiantuntijan yhteistyö- ja verkostoitumisosaaminen

Hoitotyön asiantuntijat tekivät yhteistyötä muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa. Yhteistyötä tehtiin eri terveydenhuollon yksiköiden henkilökunnan kanssa, esimerkiksi saattohoitokodin ja kotisairaanhoidon kanssa (Froggatt & Houlton 2002, 806). Työhön kuului eri yksiköiden hoitotyön asiantuntijoiden ryhmätapaamiset (Darmody 2005, 266). Hoitotyön asiantuntijan (APS) toimenkuva antoi mahdollisuuden hoitajien väliseen konsultointiin (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 66). Hoitotyön asiantuntijoiden välinen epämuodollinen tuki (Lewis-Evans & Jester 2004, 801) sekä tuki toisilta työtovereilta, kuten lääkäreiltä, ravitsemussuunnittelijoilta ja sosiaalityöntekijöiltä, koettiin tärkeäksi (Wong & Chung 2006, 362).

Yhteistyötä tehtiin muiden ammattiryhmien kanssa, kuten esimerkiksi fysioterapeuttien, työnkuvan kehittämiseksi (Austin, Luker & Roland 2006b, 1545). Musclowin, Sawhneyn ja Watt-Watsonin (2002, 65) tutkimuksessa hoitotyön asiantuntija (APS) suoritti myös yhteistyökiertoja anestesian ja muiden erikoisalojen edustajien sekä apteekin kanssa. Hoitotyön asiantuntijoiden työhön kuului myös tiimityötä (Wong & Chung 2006, 362). Yhteistyö potilaan, osastonhoitajan ja lääketieteellisen tiimin kanssa hoidon koordinoimiseksi kuului hoitotyön asiantuntijan tehtäviin. Darmodyn (2005, 266) mukaan edellä kuvattu yhteistyö ilmentää hoitotyön asiantuntijan toiminnan korkeampaa tasoa potilaan puolestapuhujana.

Hoitotyön asiantuntijoiden työssä verkostoituminen oli keskeisessä asemassa. He työskentelivät eri terveydenhuollon yksiköiden rajapinnalla. Verkostoitumista tapahtui eri virastojen, osastojen sekä vapaaehtoisorganisaatioiden kanssa käytännön muuttamiseksi ja hyvien käytänteiden levittämiseksi. (Carnwell & Daly 2003, 637 - 639.) Hoitotyön asiantuntijan työ vaatii runsaasti yhteistyötä (Muslow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 65) ja esimerkiksi Austinin, Lukerin ja Rolandin (2006b, 1545) tutkimuksen mukaan he pitivät yllä suhteita erikoislääkäreihin työn sujuvuuden takaamiseksi.

Hoitotyön asiantuntijan organisaatio- ja yhteiskunnallinen toiminta

Hoitotyön asiantuntijan toiminta pitää sisällään myös ongelmien ratkaisua organisaatiotasolla; vaikutus organisaatioon pitää sisällään toimia muiden terveydenhuollon toimijoiden kanssa ja toiminta ylittää terveydenhuollon yksiköiden rajat (Darmody 2005, 265 - 266). Carnwellin ja Dalyn (2003, 637) tutkimuksessa hoitotyön asiantuntijat kokivat tärkeänä terveydenhoitajien ja esimiesten tietämyksen lisäämisen sekä vastaamisen hallituksen agendaan. Hoitotyön asiantuntijoiden toimenkuvat saattoivat pitää sisällään myös laajempia organisatorisia tehtäviä, kuten terveydenhuollon päättävissä elimissä toimiminen (Carnwell & Daly 2003, 638). Grahamin ym. (2006, 984) tutkimuksessa poliittinen ja yritystoiminta tiedostettiin tärkeäksi osaksi toimintaa.

5.3 Hoitotyön asiantuntijan roolit

Hoitotyön asiantuntijoiden toimet olivat saaneet alkunsa erilaisista tarpeista, jonka seurauksena toimet eivät olleet samanlaisia (Graham ym. 2006, 982) ja nimikkeet sekä roolit vaihtelivat (Muslow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 64; Lewis-Evans & Jester 2004, 799; Graham ym. 2006, 982 - 983; Stark 2006, 11; Wong & Chung 2006, 361). Näitä nimikkeitä olivat hoitotyön asiantuntija (clinical nurse specialist, nurse practitioner), hoitotyön klinikko (nurse clinician), koordinaattori (coordinator), kouluttaja (educator) (Muslow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 65). Wongin ja Chungin (2006, 361) tutkimuksessa osa tutkittavista oli sairaanhoitaja-nimikkeellä ja loput olivat erikoissairaanhoitajia (nurse specialist) tai hoitotyön esimiehiä (nursing offi-

cer). Rooleja olivat muun muassa tiedottaja-hoitaja (communicator-carer), hoidon antaja (care giver) (Graham ym. 2006, 983), akuuttikivunhoidonpalvelu-rooli (acute pain service role (APS)) (Sawhney & Watt-Watson 2002, 65), asiantuntija klinikon rooli (expert clinician role) (Stark 2006, 11) ja lääkkeenmääräämisoikeuden saanut sairaanhoitaja (nurse prescriber) (Lewis-Evans & Jester 2004, 799).

Grahamin ym. (2006, 983) tutkimuksessa löydettiin kolme avainroolia hoitotyön asiantuntijalle: hoidon antaja, tiedon antaja ja muutoksen alulle panija. Austinin, Luke-erin ja Rolandin (2006a, 545) tutkimuksessa hoitotyön asiantuntijalle löydettiin vastaavia toimenkuvia, heidän tutkimuksessaan tällaista roolia kuvattiin mahdollistavaksi. Musclowin, Sawhneyn ja Watt-Watsonin (2002, 65) tutkimuksessa hoitotyön asiantuntijan toimenkuva koostui pääasiassa kliinisestä, koulutuksellisista ja hallinnollisista tehtävistä. Hoitotyön asiantuntijan roolia on kuvattu myös laajemmaksi kuin tietyllä osastolla työskentelevän hoitajan rooli (Graham ym. 2006, 983). Lewis-Evansin ja Jesterin (2004, 801) tutkimuksessa todettiin, että hoitotyön asiantuntijoilla on tärkeä toisiaan kannustava rooli. Tutkimuksista kävi ilmi, että hoitotyön asiantuntijan roolit yhdistyivät eri tavoin riippuen terveydenhuollon yksikön tarpeista.

Tässä opinnäytetyössä esiin nousivat seuraavat hoitotyön asiantuntijan roolit: kliinisen hoitotyön asiantuntija (kliinikko), johtaja, tutkija, konsultti, ohjaaja, kouluttaja, perehdyttävä, kliinisen hoitotyön kehittäjä sekä muutosagentti. Kliinisen hoitotyön asiantuntija -rooli esiteltiin kappaleessa 5.1, muut roolit esitellään tässä kappaleessa.

Hoitotyön asiantuntija johtajana

Hoitotyön asiantuntijan toimenkuva johtajana piti sisällään oman ja muiden toimenkuvan kehittämisen, strategista ja käytännön kehittämistä, käytänteiden muuttamista sekä projektin johtamista (Carnwell & Daly 2003, 635, 638). Jotkut toimivat tiimin johtajina perusterveydenhuollossa tai johtajina toisille hoitajille (Carnwell & Daly 2003, 638) sekä valvoivat ydintyötä (Austin, Luker & Roland 2006a, 545).

Hoitotyön asiantuntija tutkijana

Vain kolmessa tutkimuksessa mainittiin tutkijan rooli. Grahamin ym. (2006, 984) hoitotyön asiantuntijoilla oli vaikeuksia täyttää tutkijan rooli. Musclow'n, Sawhneyn & Watt-Watsonin (2002, 65) tutkimuksessa mainittiin osan hoitotyön asiantuntijoista osallistuvan kipututkimukseen. Carnwellin ja Dalyn (2003, 637 - 638) tutkimuksessa tutkimuksen teko mainittiin erona aiempaan toimenkuvaan.

Hoitotyön asiantuntija konsulttina

Hoitotyön asiantuntijan toimiessa konsultin roolissa he antoivat neuvoja ja vastasivat kysymyksiin sekä henkilökunnalle että potilaille (Gardner & Gardner 2005, 139; Austin, Luker & Roland 2006a, 545; Stark 2006, 11). He tarjosivat esimerkiksi kotiutuksen jälkeisiä neuvoja konsultoiden lääkäreitä ja terveydenhoitajia (Gardner & Gardner 2005, 139) sekä toisaalta vastasivat ryhmätapaamisissa toisten erikoisalojen, muiden hoidon tuottajien ja johtajien kysymyksiin (Darmody 2005, 264, 266).

Hoitotyön asiantuntija ohjaajana

Hoitotyön asiantuntija toimi myös ohjaajana henkilökunnalle (Froggatt & Hoult 2002, 804; Carnwell & Daly 2003, 637), potilaille (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 65) sekä heidän omaisilleen (Darmody 2005, 264 – 265; Gardner & Gardner 2005, 139).

Hoitotyön asiantuntija kouluttajana

Hoitotyön asiantuntijan tehtävät kouluttajana pitivät sisällään toimimista tiedonlähteenä (Graham ym. 2006, 983), tutkimustiedon levittämistä sekä jatkuvaa koulutusta hoitotyöntekijöille (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 66; Darmody 2005, 264; Austin, Luker & Roland 2006a, 545). He räätälöivät koulutusohjelmia eri henkilöstö ryhmille sekä opettivat ja kouluttivat henkilökuntaa (Froggatt & Hoult 2002, 804). Henkilökunnan lisäksi he tarjosivat koulutusta myös organisaation ulkopuolelle (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 65) sekä vastasivat osaltaan konferenssien suunnittelusta (Darmody 2005, 264).

Hoitotyön asiantuntija perehdyttäjänä

Hoitotyön asiantuntijan toimet perehdyttäjänä sisälsivät aikataulujen suunnittelua, yhteydenpitoa uuden henkilökunnan ja ohjaajien kanssa perehdytyksen organisoimiseksi. Lisäksi hoitotyön asiantuntijan toimintaan perehdyttäjänä kuului kehittymisen seuranta yksilöllisesti uuden työntekijän, ohjaajan sekä yksikön johtajan kanssa. (Darmody 2005, 264.)

Hoitotyön asiantuntija klinisen hoitotyön kehittäjänä

Hoitotyön kehittäminen nousi esille useista tutkimuksista ja Austinin, Lukerin ja Rolandin (2006b, 1544) mukaan hoitotyön asiantuntijat näyttivät olevan eteenpäin vievä voima palveluiden kehittämisessä. Hoitotyön asiantuntijoilla oli visio siitä kuinka palvelut virtaviivaistetaan ja olivat mukana kehittämässä hoitopolkuja potilaan hoidon parantamiseksi (Austin, Luker & Roland 2006b, 1543 - 1545).

Hoitotyön asiantuntijat osallistuivat hoitotyön käytänteiden kehittämiseen (Froggatt & Hoult 2002, 804; Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 65; Carnwell & Daly 2003, 637; Austin, Luker & Roland 2006a, 544 - 545) tai johtivat palveluiden kehittämistä (Carnwell & Daly 2003, 639). He olivat myös mukana toimintaohjeiden laatimisessa (Carnwell & Daly 2003, 638; Wong & Chung 2006, 362) ja toimintasuunnitelmien kehittämisessä (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 65) sekä mahdollistivat näyttöön perustuvaa toimintaa (Austin, Luker & Roland 2006a, 545). Hoitotyön asiantuntijat käyttivät näyttöön perustuvaa tietoa vahvistaakseen strategista kehittämistä sekä pilotoivat työkaluja (Carnwell & Daly 2003, 639). He myös laativat suosituksia (Austin, Luker & Roland 2006a, 545) ja tekivät laadunparantamisaloitteita sekä seurasivat potilastyytyväisyystietoja (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 65).

Työ saattoi pitää sisällään myös uusien klinikoiden käyttöön ottamista sekä hoitovaihtoehtojen laajentamista (Carnwell & Daly 2003, 638; Gardner & Gardner 2005, 139, 141; Austin, Luker & Roland 2006b, 1544) sekä ammatillisen kehittymisen suunnittelua yksiköille ja tiimeille (Carnwell & Daly 2003, 638; Graham ym. 2006, 985). He myös lisäsivät henkilökohtaisia taitojaan (Carnwell & Daly 2003, 638) ja laajensivat palveluja (Austin, Luker & Roland 2006b, 1545). Jotkut hoitotyön asiantuntijoista oli-

vat aloittamassa yhdyshenkilötoiminnan kehittämistä (Froggatt & Hoult 2002, 805). Hoitotyön asiantuntijan (APS) toiminta edisti moniammatillista yhteistyötä (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 66). Hoitotyön asiantuntijat saattoivat kuulua käytännön kehittämissyksikköön (practice development unit) (Graham ym. 2006, 985). Käytännön kehittämissyksiköt ovat keskuksia joissa käynnistetään, arvioidaan ja levitetään innovatiivista käytänteiden kehittämistä ja sen tarkoitus on helpottaa hoitotyöntekijöiden ammatillista kehittymistä (Gerrish 2001, 109).

Hoitotyön asiantuntijat pyrkivät laajentamaan oman alansa hoitotyön rajoja (Gardner & Gardner 2005, 141) ja esimerkiksi puhuivat hoitotyön suuremman vastuun puolesta kivun hoidossa (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 66). Tärkein tapa, jolla hoitotyön asiantuntijat vaikuttivat käytäntöön, oli muiden työtovereiden toimenkuvaan vaikuttaminen, jolla oli puolestaan vaikutusta potilaisiin (Carnwell & Daly 2003, 635).

Hoitotyön asiantuntija muutosagenttina

Useissa tutkimuksissa hoitotyön asiantuntija mainittiin keskeisenä toimijana muutoksessa (Carnwell & Daly 2003, 638; Darmody 2005, 266; Austin, Luker & Roland 2006a, 546; Austin, Luker & Roland 2006b, 1545; Graham ym. 2006, 983). Hoitotyön asiantuntijoiden toimiminen muutoksessa oli moninaista: he saattoivat toimia muutoksen alulle panijana (Darmody 2005, 266; Graham ym. 2006, 983), johtaa (Carnwell & Daly 2003, 638) ja valvoa muutosta (Austin, Luker & Roland 2006a, 546) ja he olivat myös käyttövoima muutosten takana (Austin, Luker & Roland 2006b, 1545). Muutoksen alulle panijana oleminen tarkoitti sitä, että hoitotyön asiantuntijat kokivat itsensä aloitekykyisinä, ennakoivina, motivoituneina, sinnikkäinä, manipuloijina ja muutoksia aikaansaavina (Graham ym. 2006, 983). Austinin, Lukerin ja Rolandin (2006a, 545) tutkimuksessa vision toteuttaminen nousikin esille keskeisimpänä tuloksena. Käytännön muuttamisessa yhdistyy itsenäisyys (autonomia) ja vaikutusvalta (auktoriteetti) (Graham ym. 2006, 983).

5.4 Hoitotyön asiantuntijan haasteellinen työ

Hoitotyön asiantuntijan kohtaamat haasteet muutosagentin toiminnassa

Austinin, Lukerin ja Rolandin (2006a, 545; 2006b, 1544) tutkimuksessa todettiin, että hoitotyön asiantuntijoilta puuttui vaikutusvaltaa muutosten aikaansaamiseksi. Siten hoitotyön asiantuntijat olivat riippuvaisia useista ”mekanismeista” muutoksen aikaansaamiseksi visionsa mukaan. Huomattavin näistä oli terveydenhoitajien suostuttelu oman työn kehittämiseen, joka piti sisällään tiedonantamisen eri muodoissa sekä rinnalla työskentelyn. (Austin, Luker & Roland 2006a, 545.) Lisäksi heidän täytyi tunnistaa ”sijaisvalta” (epäsuora, toisilla oleva), jota saattoivat käyttää hyväkseen omaa näkökulmaansa tukemaan (Austin, Luker & Roland 2006a, 545; Austin, Luker & Roland 2006b, 1545).

Hoitotyön asiantuntijan itsenäisyys – epäitsenäisyys työssä

Tutkimuksissa kuvattiin toisaalta itsenäisenä ammatinharjoittajan toimimisen lisäyksen työtyytyväisyyttä (Lewis-Evans & Jester 2004, 801) toisaalta sitä, miten puutteet roolin määritelmässä kuvastuivat selkeyden, ymmärryksen sekä kunnioituksen ja hyväksynnän puutteena roolia kohtaan. Näitä puutteita olivat: moninaiset vaatimukset, itsensä tunteminen eristyneeksi, riittämättömät työvälineet, kuten lääketieteelliset ohjeet itsenäisen työskentelyn mahdollistamiseksi sekä tuen puute. (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002, 65.)

Hoitotyön asiantuntijoilla oli mahdollisuus itsenäisempään työskentelyyn kuin sairaanhoitajilla (Graham ym. 2006, 983). Itsenäinen työskentely merkitsi sitä, että hoitotyön asiantuntija pystyi arvioimaan asiakkaita ja määräämään hoitoja konsultoimatta toisia terveydenhuollon ammattilaisia (Wong & Chung 2006, 362). Hoitotyön asiantuntijat kokivat, että kouluttautumisen myötä heillä oli itsevarmuutta ja aseman suomaa itsenäisyyttä diagnosoida, hoitaa ja lähettää jatkohoitoon potilaita (Carnwell & Daly 2003, 638). Hoitotyön asiantuntijat kokivat lääkkeenmääräämisoikeuden lisäävän itsenäisyyttään, koska he olivat vastuussa kaikista hoidon osa-alueista arvioinnista ja hoidon määräämisestä toteutukseen, ilman tarvetta lähettää potilasta

toiselle terveydenhuollon ammattilaiselle. Hoitotyön asiantuntijat ottivat mielellään vastaan lisääntyneen vastuun. (Lewis-Evans & Jester 2004, 799, 801.)

Hoitotyön asiantuntijat olivat riippuvaisia suhteistaan yleis- ja erikoislääkäreihin, koska lähetejärjestelyt riippuivat niistä (Austin, Luker & Roland 2006b, 1544). Carnwellin ja Dalyn (2003, 635) tutkimuksessa yleislääkärit saattoivat neuvotella erikoislääkäreiden kanssa hoitotyön asiantuntijoiden läheteiden hyväksymisestä, Austinin, Lukerin ja Rolandin (2006b, 1544) mukaan hoitotyön asiantuntijat olivat riippuvaisia yleis- ja erikoislääkäreistä potilaan eteenpäin lähettämisessä.

6 POHDINTA

6.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen on osoitettu olevan luotettava ja pätevä tapa yhdistää aikaisempaa tutkimustietoa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen edellyttää kuitenkin sen teoreettisten perusteiden tuntemusta. Opinnäytetyöntekijät olivat kokemattomia systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemisessä, mutta perehtyivät tutkimusmenetelmään huolellisesti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43 - 44.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan välttää systemaattista harhaa, jolla tarkoitetaan tutkimusprosessissa tapahtuvaa virhettä, joka muuttaa järjestelmällisesti tutkimustulosta tai päätelmiä (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 35, 39; Khan ym. 2008, 123). Opinnäytetyössä pyrittiin suorittamaan huolellisesti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen jokainen vaihe, mahdollinen virhelähde on tiedonhaku, jota on pohdittu tarkemmin Alkuperäistutkimusten haku ja Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi -luvuissa.

Jälkeenpäin ajateltuna olisi aiheen rajausta ja tutkimuskysymyksien muodostamista helpottanut, jos opinnäytetyöntekijät olisivat perehtyneet vielä tarkemmin aiheesta jo olemassa olevaan tutkimustietoon (vrt. Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39 - 40). Esimerkiksi rooleista on olemassa jo runsaasti tutkimusta, joten niiden rajaaminen pois tutkimuskysymyksistä olisi helpottanut opinnäytetyön tekemistä. (Ks. Cochrane Collaboration 2006, 59.)

Pätevyys eli validiteetti on tutkimuksen tärkein ominaisuus. Pätevyysarvion perusteella ratkaistaan voiko tuloksiin luottaa. Vahva tieteellinen näyttö koostuu tasokkaista tutkimuksista, jotka on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu hyvin. Opinnäytetyössä varmistettiin laadun arvioinnilla, että mukaan otettavat tutkimusartikkelit täyttivät edellä mainitut kriteerit. (Kaila, Kuoppala & Mäkelä 2007, 63.)

Opinnäytetyön luotettavuutta parantaa se, että opinnäytetyöntekijöitä on ollut kaksi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 213). Opinnäytetyön eri vaiheissa opinnäytetyöntekijät olivat melko yksimielisiä muun muassa alkuperäistutkimusten valinnassa sekä analyysiyksiköiden valinnassa, vain harvoissa tapauksissa käytiin keskustelua yhteisymmärryksen löytämiseksi.

Tutkimuksen kohderyhmänä eivät olleet ihmiset, joten eettiset kysymykset koskevat luotettavuutta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on tärkeää tieteellisesti ja eettisesti kestävä tiedonhankinta- ja raportointimenetelmät. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, Leino-Kilpi 2003, 288.) Opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluu rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Opinnäytetyössä sovellettiin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tulokset julkaistaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta noudattaen. Muiden tutkijoiden työ on huomioitu ja lähdeviittaukset on merkitty asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Opinnäytetyö suunniteltiin tarkasti ja opinnäytetyöntekijät pyrkivät mahdollisimman avoimeen ja perusteelliseen prosessin raportointiin, jokainen vaihe on kirjoitettu auki luotettavuuden ja eettisyyden varmistamiseksi (Tutkimuseettinen neuvottelukunta

2002; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 214). Aineiston analyysi pyrittiin suorittamaan siten, että tulokset nousivat aineistosta, ja tulokset ovat esitetty siinä muodossa, etteivät tulokset vääristy. (Ks. Pohjola 2007, 11 - 12).

Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on, että rahoituslähteet ja tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset muut sidonnaisuudet raportoidaan tutkimuksen tuloksia julkaistaessa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Opinnäytetyöntekijät ovat saaneet apurahaa opinnäytetyön tekemiseen. Nina Leppänen sai Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä tiedeapurahan ja Anna Puupponen sai apurahan Keski-Suomen sairaanhoitajat ry:ltä. Opinnäytetyöntekijät työskentelevät sairaanhoitajina Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Nina Leppänen kuuluu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Hoitotyön asiantuntija -työryhmään.

6.2 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli määrittellä ja selkeyttää hoitotyön asiantuntijuuskäsitettä laatimalla aiheesta systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten perusteella määriteltiin millaista on hoitotyön asiantuntijan osaaminen sekä roolit ja toimenkuvat. Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta voidaan arvioida Keski-Suomen sairaanhoitopiirille luotavaa hoitotyön asiantuntija -mallia.

6.2.1 Hoitotyön asiantuntijuuden ja osaamisen määrittelystä

Yhdessä alkuperäistutkimuksessa oli suoraan määritelty hoitotyön asiantuntijuuskäsitettä: Grahamin ym. (2006) määritelmässä kiteytettiin muistakin alkuperäistutkimuksesta nousevat asiantuntijan ominaisuudet. Tässä esitettävässä hoitotyön asiantuntija -käsitteen määritelmässä heidän näkemyksensä on taustalla.

Hoitotyön asiantuntija on itsenäinen toimija, joka voi toimia missä tahansa terveys- tai sosiaalialan organisaatiossa. Hän on laadukkaan hoidon antaja, erikoisasiantuntija, tiedon antaja, kliinisen hoitotyön kehittäjä ja muutoksen alullepanija. Tämän lisäksi johtajuus, potilaan puolesta puhuminen ja kehittyneet vuorovaikutustaidot ovat kes-

keisiä. Hoitotyön asiantuntija työskentelee korkeammalla tasolla ja hänellä on korkeamman tason kliinistä osaamista sekä luottamusta osaamiseensa.

Alkuperäistutkimuksia luettaessa nousi esiin kolme erilaista lähestymistapaa hoitotyön asiantuntijuuden määrittelyyn. Tutkimuskysymysten asettelusta johtuen nämä lähestymistavat eivät tulleet tässä muodossa esiin tutkimustuloksissa. Hoitotyön asiantuntijuus voi olla erikoisosaajan, tiettyyn potilasryhmään tai terveysongelmaan liittyvää asiantuntijuutta (CNS, vrt. Suomessa kipuhoitajat, hygieniahoitajat, diabeteshoitajat ym.) (Musclow, Sawhney & Watt-Watson 2002). Toiseksi hoitotyön asiantuntijuutta määriteltiin laajennettujen tehtäväkuvien ja tehtäväsiirtojen näkökulmasta (ANP, vrt. hoitajavastaanotto, väestövastuuhoitaja) (Wong & Chung 2006). Kolmanneksi hoitotyön asiantuntijan toiminta voi keskittyä hoitotyön ja hoitotieteellisen tiedon laajentamiseen ja syventämiseen (vrt. kliininen hoitotieteen asiantuntija) (Graham ym. 2006; ks. myös Korhonen, Ukkola & Isola 2008). (Lloyd Jones 2005.) Alkuperäistutkimuksista kävi ilmi myös se, etteivät nämä kolme lähestymistapaa asiantuntijuuteen ole tarkkarajaisia tai yksiselitteisiä, vaan eri ominaisuudet yhdistyivät eri tehtävissä tarkoituksen mukaisesti. Erilaisissa asiantuntijuuden määritelmässä on päällekkäisyyksiä ja samankaltaisuuksia.

Vallimies-Patomäki (2009) on luokitellut hoitotyön näyttöön perustuvaa toimintaa: välittömässä hoitotyössä toimiviin, erikoistuneisiin hoitajiin, hoitotyön asiantuntijoihin sekä kliinisen hoitotieteen asiantuntijoihin. Hoitotyön asiantuntijat yhtenäistävät ja kehittävät näyttöön perustuvia käytäntöjä sekä osallistuvat hoitosuosituksen laatimiseen, he myös ohjaavat, opettavat ja kouluttavat. Kliinisen hoitotieteen asiantuntijat laativat hoitotyön suosituksia, arvioivat näyttöön perustuvien käytäntöjen toimeenpanoa, laatua, tuottavuutta ja vaikuttavuutta sekä kehittävät arviointimenetelmiä. (Korhonen, Ukkola & Isola 2008; Vallimies-Patomäki 2009.) Kliinisen hoitotieteen asiantuntijan tehtäviin kuuluu lisäksi tutkimustyötä, opetusta, koulutusta ja kehittämishankkeitten johtamista. (Korhonen, Ukkola & Isola 2008, 131.)

Hoitotyön asiantuntija -käsitettä määrittelyä keskustelua tulisi jatkaa ja kansallisella tasolla sopia hoitotyön asiantuntijan nimikkeistä, tehtäväkuvauksista sekä pätevyysvaatimuksista. Tämä lisäisi hoitajien urakehittymismahdollisuuksia, työssä viih-

tymistä ja saattaisi lisätä alan vetovoimaisuutta ikäluokkien pienentyessä sekä toimisi perusteena palkkaukselle. Lisäksi epäselvyydet rooli-määritelmässä saattavat olla takana muiden terveydenhuollon ammattilaisten kielteisessä suhtautumisessa hoitotyön asiantuntija -toimintaa kohtaan (ks. Lloyd Jones 2005, 207). Hoitotyön asiantuntijoiden nimikkeet vaihtelevat Suomessa (ks. Arminen ym. 2008, 25). Hoitotyön asiantuntija -nimikkeiden kirjavuus ja käsitteen tuntemattomuus yleisellä tasolla saattaa aiheuttaa epätietoisuutta sekä muissa terveydenhuollon ammattilaisissa että asiakkaissa ja potilaissa.

Vaikka työkokemus ei noussut keskeiseksi tutkimustulokseksi, on sillä merkitystä hoitotyön asiantuntijaksi kasvamisessa (ks. esim. Benner 1984; Benner, Tanner & Chesla 1999; Lloyd Jones 2005, 207; Mantzoukas & Watkinson 2006, 33). Bamfordin ja Gibsonin (2000) tutkimuksessa pelkän koulutuksen ei katsottu antavan riittävää osaamista CNS:ksi, vaan tarvittiin myös kliinistä kokemusta. Selkeästi rajattu erikoisala edisti laajan tietopohjan kehittymistä ja kliinistä asiantuntijuutta. (Emt. 287; ks. myös Korhonen 2009, 3.)

Hoitotyön asiantuntijan työ vaatii runsaasti yhteistyö- ja verkostoitumisosaaamista. Yhteistyötä tehdään muiden terveydenhuollon ammattilaisten sekä eri terveydenhuollon yksiköiden kanssa (ks. myös Helle-Kuusjoki, Vuorinen, Kankkunen, Renholm, Kärkkäinen & Suominen 2006). Myös Bamford ja Gibson (2000, 285) sekä Lloyd Jones (2006, 205) ovat päätyneet tutkimuksessaan vastaavanlaiseen tulokseen. Tulosten mukaan hoitotyön asiantuntijoiden työssä verkostoituminen on keskeisessä asemassa. Verkostoitumista tapahtuu oman organisaation sisällä sekä yli organisaatiorajojen.

Kuten aikaisemmin mainittiin hoitotyön asiantuntijat saattavat toimia hyvin erilaisissa yksiköissä ja toimenkuvissa. Tästä johtuen heillä on hyvin erilaista osaamista ja osaamisalueet riippuvat organisaation tarpeesta ja yhdistyvät eri tavoin. Hoitotyön asiantuntijan osaaminen määrittyy eri roolien kautta (ks. myös Mantzoukas & Watkinson 2006). Hoitotyön asiantuntijan osaamista onkin vaikea eritellä tarkasti, yleisellä tasolla osaamista voidaan kuvata sanoilla: syvälinen, innovatiivinen, asiantunteva ja visionäärinen.

6.2.2 Hoitotyön asiantuntijan rooleista ja toimenkuvista

Opinnäytetyössä nousi esiin useita eri rooleja hoitotyön asiantuntijalle: kliinisen hoitotyön asiantuntija (kliinikko), johtaja, tutkija, konsultti, ohjaaja, kouluttaja, perehdyttäjä, kliinisen hoitotyön kehittäjä sekä muutosagentti. Kaikki roolit ovat tulleet esiin jo aikaisemmissa hoitotieteen tutkimuksissa. Esimerkiksi Bamford ja Gibson (2000, 285) tunnistivat tutkimuksessaan keskeiset osa-alueet CNS: n roolissa. Näitä olivat kliiniset, koulutukselliset, konsultin, tutkimukseen liittyvät, hallinnolliset sekä yhteistyöhön liittyvät tehtävät. Kliiniset tehtävät pitivät sisällään myös käytänteiden kehittämisen. Konsultointi oli sekä sisäistä että ulkoista, CNS toimi tiedon lähteenä henkilöstölle, moniammatillisten tiimien jäsenille toisissa sairaaloissa tai organisaatioissa. (Bamford & Gibson 2000, 285.)

Opinnäytetyössä vain kolmessa alkuperäistutkimuksessa mainittiin tutkijan rooli. Hoitotyön asiantuntijoilla oli vaikeuksia täyttää tutkijan rooli. Vastaavanlaiseen tulokseen ovat päätyneet myös Bamford ja Gibson (2000), joiden tutkimuksessa tutkitavat toivat esille vaikeuden yhdistää tutkijan toiminta kliiniseen työhön. CNS:t korostivat, että tutkimuksen tekoa ei estänyt ainoastaan ajanpuute, vaan myös taidot ja resurssit. (Emt. 287.)

Alkuperäistutkimuksissa oli eniten kliinisen hoitotyön asiantuntijaan sekä kliinisen hoitotyön kehittäjään liittyviä mainintoja, usein nämä roolit liittyivät toisiinsa. Kliinisen hoitotyön asiantuntijan suorittama hoitotyö on laaja-alaista ja -vastuista sekä kokonaisvaltaista. Kliinisessä hoitotyössä asiantuntijan toimintaan liittyi keskeisesti terveyden edistäminen. Vallimies-Patomäen, Perälän ja Lindströmin (2003, 14) mukaan sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan vahvuutena oli aktiivinen tiedon jakaminen potilaille sairaudesta ja itsehoidosta.

Kliinisen hoitotyön asiantuntijalla voi olla lupa säätää tai aloittaa lääkityksiä. Suomessa hallitus on tehnyt esityksen sairaanhoitajan rajatusta lääkkeenmääräämisestä keväällä 2009. Esityksen mukaan oikeus rajattuun lääkkeen määräämiseen olisi lisäkoulutuksen saaneilla sairaanhoitajilla ja fysioterapeuteilla. Oikeus koskisi vain tiettyihin

tautiloihin määrättäviä lääkkeitä ja edellyttäisi terveyskeskuksen vastaavan lääkärin antamaa kirjallista määräystä. (Hallituksen esitys Eduskunnalle 2009.)

Kliinisen hoitotyön asiantuntijan työssä lähetekäytänteet ovat kirjavia ja hoitotyön asiantuntijalla on rajalliset mahdollisuudet suunnitella potilaiden hoitoa ja määrätä heille diagnostisia tutkimuksia. Organisaation hyväksymien hoitopolkujen katsotaan olevan hyödyllisiä, koska ne selkeyttävät terveydenhuollon eri ammattilaisten rooleja ja toimenkuvia sekä virallistavat hoitotyön asiantuntijan työpanoksen potilaan hoitoon. Vallimies-Patomäen, Perälän ja Lindströmin (2003, 14) tutkimuksessa sairaanhoitajat hoitajavastaanoilla määräsivät enemmän tutkimuksia, kutsuivat potilaita uusintakäynneille useammin kuin lääkärit. Hoitopolut voisivat olla ratkaisu turhien tutkimusten ja uusintakäyntien vähentämiseksi, koska ne määrittelevät millaisia tutkimuksia potilaalle tehdään ja milloin potilas pitää lähettää toiselle terveydenhuollon asiantuntijalle.

Hoitotyön asiantuntija osallistuu toiminnan kehittämiseen eri tasoilla terveydenhuollossa. He mahdollistavat näyttöön perustuvaa toimintaa, ovat mukana esimerkiksi hoitotyön käytänteiden ja hoitopolkujen kehittämisessä potilaan hoidon laadun parantamiseksi. Työhön voi kuulua myös uusien klinikoiden käyttöön ottamista sekä hoitovaihtoehtojen laajentamista. Vallimies-Patomäen, Perälän ja Lindströmin (2003, 14) mukaan hyödyntämällä sairaanhoitajien osaamista paremmin ja laajentamalla heidän tehtäväkuviaan voidaan luoda uusia palveluja niille potilasryhmille, joille ei ole tarjolla tarkoituksenmukaisia palveluja.

Muutosagenttina toimiminen oli eräs hoitotyön asiantuntijan keskeinen rooli, vastaavan tuloksen ovat saaneet myös Mantzoukas ja Watkinson (2006, 34). Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitotyön asiantuntijat toimivat muutoksen alulle panijana ja johtajana, he saattavat valvoa muutosta sekä olla käyttövoima muutoksen takana. Käytännön muuttamisessa yhdistyvät itsenäisyys ja vaikutusvalta. Toisaalta hoitotyön asiantuntijalta saattoi puuttua vaikutusvaltaa muutosten aikaansaamiseksi. Tämän vuoksi hoitotyön asiantuntijat käyttivät virallisten menetelmien lisäksi epävirallisia menetelmiä tavoitteensa saavuttamiseksi. Tällainen epävirallinen menetelmä on esimerkiksi toisten terveydenhuollon ammattilaisten aseman hyödyntäminen.

Tulokset osoittivat, että itsenäisenä ja vastuullisena ammatinharjoittajana toimiminen on keskeinen osa hoitotyön asiantuntijan määritelmää (ks. myös Bamford & Gibson 2000, 287; Mantzoukas & Watkinson 2006, 33). Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimiminen lisää hoitotyön asiantuntijoiden työtyytyväisyyttä. Hoitotyön asiantuntijoilla on mahdollisuus itsenäisempään työskentelyyn kuin sairaanhoitajilla. Tähän he kuitenkin tarvitsevat selkeät ohjeistukset ja esimiesten tuen. (Ks. myös Helle-Kuusjoki 2005, 69; Helle-Kuusjoki ym. 2006, 35.) Myös työtovereiden tuki on tärkeä hoitotyön asiantuntijan toiminnassa, vastaavaan tulokseen tulivat Bamford ja Gibson (2000, 289) tutkimuksessaan. Toisaalta tuen puute horjuttaa hoitotyön asiantuntijan roolin kehittymistä. (Ks. myös Lloyd Jones 2005.)

Tuloksista kävi ilmi, että hoitotyön asiantuntijat ovat toiminnassaan riippuvaisia myös lääkäreistä. Lloyd Jonesin (2005, 206 - 207) tutkimuksessa todettiin lääkäreiden tuki tärkeäksi hoitotyön asiantuntijuuteen kehittymiselle. Laakkosen (2004) erikoissairaanhoidon poliklinikan toiminnasta tehdyssä tutkimuksessa kävi ilmi että hoitokulttuuri ei tukenut hoitajan kasvua kohti laaja-alaista hoitotyön asiantuntijuutta eikä palvelut hoitotyön itsenäisen roolin omaksumista. Hoitotyö oli lääketiedeorientoitunutta, tehtäväkeskeistä ja sääntöorientoitunutta, hoitotiede ja hoitotyön arvoperusta elivät vasta ideologiassa. (Emt. 5 - 6.) Tähän voisi olla selityksenä se, että hoitotiede ja tutkimus saattavat tuntua käytännön työntekijästä käytännöstä kaukaiselta, joka taas estää näyttöön perustuvaa hoitotyötä kehittymistä ja hoitotyön itsenäistymistä suhteessa lääketieteeseen.

Hoitotyön kehittäminen näyttöön perustuvaksi edellyttää Häggman-Laitilan (2009) mukaan käytännön hoitotyöhön sovellettavissa olevan tutkimustiedon lisäämistä, hoitotyöntekijöiden, hoitotyön johtajien sekä organisaatiotason sitoutumista. Tämän lisäksi tarvitaan muutoksen johtamisen taitoja ja tutkitun tiedon käyttöönottotaitoja. (Emt.) Tulosten mukaan hoitotyön asiantuntijoilla on edellä mainittuja taitoja. Hoitotyön asiantuntijan toiminta tekisi hoitotieteen näkyväksi ja hoitotyön auttamismenettelmät tasavertaiseksi suhteessa muihin tieteenaloihin. Hoitotyön asiantuntijan toiminnan avulla voitaisiin myös juurruttaa näyttöön perustuvaa toimintaa käytäntöön. (Ks. Korhonen, Ukkola & Isola 2008.)

Tulosten mukaan hoitotyön asiantuntijan toiminta nopeuttaa potilaan hoitoon pääsyä ja lisää hoitotyön asiantuntijoiden tyytyväisyyttä työhönsä (ks. Korhonen 2009, 3). Hoitotyön asiantuntijan toiminta vaikuttaa myös lääkäreiden työhön. Toiminta vähentää lääkäreiden kysyntää ja vapauttaa heidän aikaansa. Suomalaisissa selvityksissä tehtäväsiirroista on saatu vastaavia tuloksia (Helle-Kuusjoki ym. 2006, 36; Vallimies-Patomäki & Hukkanen 2006, 83). Toisaalta Helle-Kuusjoen ym. (2006) mukaan lääkäreiden työ muuttui kiireisemmäksi hoitajien konsultaatiotarpeen vuoksi ja työnjaon myötä lääkärit joutuivat hoitamaan potilaita, joilla oli entistä vaativampia sairauksia (emt. 33, 36).

Hoitotyön asiantuntijan toiminnalla pyritään parantamaan potilaan hoidon laatua (ks. myös LaSala ym. 2007, 262). Horrocksin, Andersonin ja Salisburyyn (2002) systemaattisen kirjallisuuskatsauksessa vertailtiin lääkäreiden ja hoitotyön asiantuntijoiden antamaa hoitoa perusterveydenhuollossa. Hoitotyön asiantuntijan tarjoama hoito johti vastaaviin tuloksiin kuin lääkärin antama hoito. Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja hoitotyön asiantuntijoiden tarjoama hoito oli laadukasta joissakin tapauksissa jopa parempaa kuin lääkäreiden antama hoito. (Emt. 819, 821.) Helle-Kuusjoen ym. (2006) tutkimuksessa sairaanhoitajien ja lääkäreiden mielestä tehtävänsiirrot ovat lisänneet hoidon laatua ja muuttaneet työtä vaativammaksi. (Emt. 33.)

6.2.3 Yhteenveto

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavat, ettei hoitotyön asiantuntijuudelle ole yksiselitteistä määritelmää. Samoin kansainvälisessä hoitotieteellisessä kirjallisuudessa ollaan tultu siihen tulokseen, ettei hoitotyön asiantuntijoita tulisi nähdä homogeenisena ryhmänä, vaan hoitotyön asiantuntijan roolit ovat moninaisia ja nousevat kunkin organisaation tarpeista (ks. myös Ketefian, Redman, Hanucharunkul, Masterson & Neves 2001, 153; Mantzoukas & Watkinson 2006, 29). Tulokset osoittivat, että hoitotyön asiantuntijan osaamista voidaan kuvailla yleisellä tasolla, mutta tarkempi osaaminen määrittyy aina kyseisen toimenkuvan mukaan (ks. myös Bryant-Lukosius & DiCenso 2004).

Tulosten mukaan hoitotyön asiantuntija työskentelee itsenäisesti, mutta tarvitsee toiminnalleen esimiesten, muiden terveydenhuollon ammattilaisten ja organisaation tuen (ks. myös Lloyd Jones 2005). Vastuullinen ja itsenäinen työ lisää hoitotyön asiantuntijoiden työssä viihtymistä. Hoitotyön asiantuntija pyrkii toiminnallaan hoidon laadun parantamiseen ja osallistuu terveydenhuollon eri tasoilla toiminnan kehittämiseen. Hoitotyön asiantuntijan toiminta vähentää lääkereiden kysyntää, ja siten helpottaa potilaiden hoitoon pääsyä (ks. myös Helle-Kuusjoki ym. 2006; Vallimies-Patomäki & Hukkanen 2006).

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa löydettiin runsaasti hoitotyön asiantuntijuutta ja etenkin hoitotyön asiantuntijan roolia määritteleviä tutkimuksia ja artikkeleita. Useissa lähteistä todettiin, että hoitotyön asiantuntija -käsite on moniselitteinen ja epäselvä (mm. Bamford & Gibson 2000; Ormond-Walsh & Newham 2001; Daly & Carnwell 2003; Lloyd Jones 2005). Huomioitavaa on se, että tutkimuksella on pyritty määrittämään hoitotyön asiantuntijuutta jo kymmeniä vuosia, International Council of Nurses (2007) ja American Nurses Association (2006) ovat julkaisseet omat määritelmänsä hoitotyön asiantuntijuudesta, tämänkin opinnäytetyön tulokset tukevat näitä määritelmiä. Kuten International Council of Nursesin määritelmässä kuvataan, ovat hoitotyön asiantuntija -toimet kuitenkin maakohtaisia.

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan esittää seuraavat **johtopäätökset ja suositukset:**

- Tarvitaan kansallinen määritelmä hoitotyön asiantuntijuudelle ja hoitotyön asiantuntija -toiminnalle, esimerkiksi sairaanhoitajaliitto voisi kutsua kokoon alan keskeisiä vaikuttajia keskustelemaan aiheesta.
- Hoitotyön asiantuntija -toiminnan virallinen määrittelemine ja aseman tunnustaminen eri terveydenhuollon organisaatioissa
 - mahdollistaisi hoitotyön tekijöiden urakehityksen
 - lisäisi työssä viihtymistä

- toimisi perusteena palkkaukselle
 - lisäisi alan vetovoimaisuutta
 - lisäisi hoitotyön asiantuntijoiden sitoutumista organisaatioon
 - toimisi valintaperusteena hoitotyön asiantuntijoiden rekrytoinnissa
 - helpottaisi koulutusohjelmien suunnittelemista hoitotyön asiantuntijoille.
- Suomessa tarvitaan lainsäädännöllistä määrittelyä laajennetuille tehtäväkuville
 - tehtäväkuvien laajentamista koskevien yhtenäisten toimintatapojen ja ohjeistuksien määrittäminen
 - laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvät toimivaltuudet ja vastuu
 - laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvien pätevyysvaatimusten määrittäminen (ks. myös Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 47).
- Organisaatiotasolla hoitotyön asiantuntija -käsitteen moniselitteisyyden ja epäselvyyksien välttämiseksi olisi tärkeää uusia hoitotyön asiantuntija -toimia perustettaessa määritellä selkeästi tehtäväkuvat ja tavoitteet sekä nämä tulisi olla neuvoteltuna tulevien yhteistyötahojen ja avainryhmien kanssa. (Ks. myös Lloyd Jones 2005, 207). Lisäksi hoitotyön asiantuntija -tehtävien tulisi olla organisaation strategiasta ja tarpeista lähtöisin (ks. Judin, Kauppila, Leinonen, Mård & Vähätalo 2008, 7), jotta ne jäisivät elämään käytäntöön.
- Hoitotyön ja hoitotieteen kehittymiseksi tasavertaiseksi muiden tieteenalojen kanssa, tarvitaan tieteelliseen tutkimukseen ja näyttöön perustuvaa tietoa. Hoitotyön asiantuntijat voisivat toimia tieteen ja käytännön yhdistävänä tekijänä.

Jatkotutkimus- ja jatkokehittämissuhteet:

- Jatkossa olisi tärkeää selvittää hoitotyön asiantuntija -mallien vaikutusta hoidon laatuun. (Ks. Bamford & Gibson 2000, 286).
- Tärkeää olisi myös selvittää hoitotyön asiantuntija -toimen vaikutusta henkilökunnan osaamiseen.
- Lisäksi muun muassa tehtäväsiirtojen (tehtäväkuvien laajentamisen) kustannushyötyjä olisi selvitettävä (ks. esim. Sibbald, Shen & McBride 2004).
- Jatkossa tulisi luoda Suomen terveydenhuoltoon sopiva hoitotyön asiantuntija -toiminnan käyttöönottomalli (ks. Bryant-Lukosius & DiCenco 2004).

LÄHTEET

Agge, Eva. 2008. Sairaanhoidajaliitto myönsi ensimmäiset kliinisen hoitotyön erityis-pätevyudet. Sairaanhoidaja 6 - 7/2008, Vol 81, 6.

Aitta, U. 2007. Asiantuntijatyön lisääntyminen edellyttää muutoksia työelämään. Akavalainen 2, 7 - 9.

American Nurses Association. 2006. Nursing Facts: Advanced Practise Nursing: A new age in health care. Viitattu 26.4.2007.
<http://nursingworld.org/readroom/fsadvprc.htm>

ARENE 2007. Ammattikorkeakoulut Bolognan tiellä. Ammattikorkeakoulujen osallistuminen eurooppalaiseen korkeakoulutusalueeseen. Projektin loppuraportti. Viitattu 25.4.2009. Helsinki: Edita Prima OY. <http://www.ncp.fi/ects/>

Arminen, S., Kallakorpi, S., Kotila, J., Martin, J., Nurminen, M., Rauta, S., Ritmala-Castren, M. & Savoilainen, T. 2008. Kliininen asiantuntijuus organisaation menestystekijäksi. Sairaanhoidaja 5/2008. 24 - 27.

Austin, L., Luker, K. & Roland, M. 2006a. Clinical nurse specialists and the practice of community nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5): 542 - 550.

Austin, L., Luker, K. & Roland, M. 2006b. Clinical nurse specialists as entrepreneurs: constrained or liberated. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1540 - 1549.

Autti-Rämö, I. & Grahn, R. 2007. Kirjallisuushaku. Teoksessa Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Toim. Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K. & Teikari, M. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino, 46 - 61.

Auvinen, P. Kallioinen, O. & Varjonen, B. 2008. Ydinosaamisen määrittely ylemmissä ammattikorkeakoulututkinnoissa. Teoksessa Ylempi ammattikorkeakoulututkinto - Työelämäläheistä asiantuntemusta kehittämässä. Toim. Levonen, J. HAMKin e-julkaisu 3/2008. Viitattu 23.7.2009. www.ylempi.fi. 71 - 96.

Bamford, O & Gibson, F. 2000. The Clinical Nurse Specialist: perceptions of practising CNSs of their role and development need. *Journal of Clinical Nursing* 2000, 9: 282 - 292.

Benner, P. 1984. From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley Publishing Company. Menlo Park, California.

Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä. Hoitotyö, päätelykyky ja etiikka. Juva: WSOY - Kirjapainoyksikkö.

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

Carnwell, R. & Daly, W. 2003. Advanced nursing practitioners in primary care settings: an exploration of the developing roles. *Journal of Clinical Nursing* 12, 630 - 642.

Centre for Reviews and Dissemination. 2009. *Systematic Reviews - CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. University of York. Viitattu 23.7.2009. http://www.york.ac.uk/inst/crd/systematic_reviews_book.htm

Cochrane Collaboration. 2006. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* 4.2.6. Viitattu 14.5.2007. <http://www.cochrane.org/resources/handbook/>

Daly, W. & Carnwell, R. 2003. Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 12, 158 - 167.

Darmody, J. 2005. Observing the work of the clinical nurse specialist. *Clinical Nurse Specialist*, Vol. 19, Number 5: 260 - 268.

EBSCO. 2009. *CINAHL Databases*. Viitattu 23.7.2009. <http://www.ebscohost.com/cinahl/>

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. *Hoitotiede*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Eskola, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat – Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. Toim. Aaltola, J. & Valli, R. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. S.133-157.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Evans, D. & Pearson, A. 2001. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10: 593 - 599.

Froggatt, K.A. & Houlst, L. 2002. Developing palliative care practice in nursing and residential care homes: the role of the clinical nurse specialist. *Journal of Clinical Nursing*, 11: 802 - 808.

Gardner, A. & Gardner, G. 2005. A trial of nurse practitioner scope of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2): 135 - 145.

Gerrish, K. 2001. A pluralistic evaluation of nursing/practice development units. *Journal of Clinical nursing* 10: 109 - 118.

Graham, I., Fielding, C., Rooke, D. & Keen, S. 2006. Practice development 'without walls' and the quandary of corporate practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 980 - 988.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24. 105 - 112.

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Luonnos 23.4.2009. Viitattu 14.6.2009. www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ ja_ terveydenhuolto/ammattihenkilosto.

Hannula, L. & Kaunonen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus osana hoitotyön suositusten laadintaa - esimerkkinä imetysohjaus. *Sairaanhoitaja* Nro 12/2006, 21 - 24.

Helle-Kuusjoki, T. 2005. Tehtäväsiirroista hoitajavastaanottoon – sairaanhoitajien toimenkuvan laajentaminen erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma, Hoitotieteen laitos, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Kuopion yliopisto.

Helle-Kuusjoki, T., Vuorinen, T., Kankkunen, P., Renholm, M., Kärkkäinen, O. & Suominen, T. 2006. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden kuvaus tehtäväsiirroista erikoissairaanhoidossa. *Premissi* 2, 33 – 37.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. 6. - 9. painos. Vantaa: Dark Oy.

Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin. 2004. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä - käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. Viitattu 4.12.2008. <http://www.hotus.fi/@Bin/102890/Naytollatuloksiinkasikirja120404.pdf>.

Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. 2002. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 324, 819 - 823. Viitattu 21.3.2009. www.bmj.com.

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa, selvitys kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2005:21. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki.

Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävät tekijät - systemoitu katsaus hoitotyöntekijöiden käsityksiin. *Tutkiva Hoitotyö* 2, 4 - 12.

International Council of Nurses. 2007. Definition and Characteristics of the Role. Viitattu 16.4.2007. <http://icn-apnetwork.org>

Judin, J., Kauppila, M., Leinonen, T., Mård, P-M. & Vähätalo, M. 2008. Kliininen asiantuntija terveydenhuollon organisaatioissa - Titteli vai tekijä? *Sairaanhoitaja* 8, 6 - 8.

Kaila, M., Kuoppala, J. & Mäkelä, M. 2007. Tutkimustiedon kriittinen arviointi. Teoksessa Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Toim. Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K. & Teikari, M. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino, 62 - 81.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2007. Hoitotyön asiantuntijuus ja asiantuntijatehtävät Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä – Työryhmän johtopäätökset ja ehdotukset. Asiantuntija-työryhmän muistio 18.9.2007.

Ketefian, S., Redman, R., Hanucharunkul, S., Masterson, A. & Neves, E. 2001. The development of advanced practice roles: implications in the international nursing community. *International Nursing Review* 48, 152 - 163.

Khan, SK., Kunz, R., Kleijnen, J. & Antes, G. 2008. *Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine - How to Review and Apply Findings of Healthcare Research*. 4. painos. Great Britain, Oxford: Marston Book Services Limited.

Kirkevold, M. 2000. Qualitative Methods in the Caring Sciences: Time for the Critical Reflection and Dialogue. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14, 1 - 2.

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Toim. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. Turun yliopiston, hoitotieteellisen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. 101 - 108.

Korhonen, A. 2008. Näkökulmia kliinisen asiantuntijan ammattietiikasta. *Sairaanhoitaja* 6 - 7/2008. 10 - 12.

Korhonen, A. 2009. Asiantuntijuuden hyödyntämisestä osaamista ja voimaa hoitotyöhön. *Tutkiva Hoitotyö* 2/2009, 3.

Korhonen, A., Ukkola, L. & Isola, A. 2008. Kliinisen hoitotieteen asiantuntijan toimi. Asiantuntijapaneeli tukena toimen muodostamisessa. *Hoitotiede* vol. 20, no 3, 126 - 137.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol. 11, no 1/-99. 3-12

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* Vol. 18, no 1/-06. 37 - 45.

Laakkonen, A. 2004. *Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 996. Viitattu 2.8.2009. <http://acta.uta.fi>.

Lahtinen, H. & Marttila, E. 2003. Tiedonlähteet. Artikkelitiedonhallinnan polkusivustolla. Viitattu 1.4.2009. <http://opko.laurea.fi/tiedonhallinta/polku/>

LaSala, C., Connors, P., Pedro, J. & Phipps, M. 2007. The Role of the Clinical Nurse Specialist in Promoting Evidence-Based Practice and Effecting Positive Patient Outcomes. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. November/December 2007, Vol 38, No 6. 262 - 270.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. Janhonen, S. & Nikkonen, M. Juva: WS Bookwell Oy, 21 - 43.

Leino-Kilpi, H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Etiikka hoitotyössä. Toim. Helena Leino-Kilpi ja Maritta Välimäki. Juva: WS Bookwell Oy. 284 - 298

Lemmer, B., Grellier, R. & Steven, J. 1999. Systematic Review of Nonrandom and Qualitative Research Literature: Exploring and Uncovering an Evidence Base for Health Visiting and Decision Making. *Qualitative Health Research*. Vol 9, no 3, 3/1999, 315 - 328.

Lewis-Evans, A. & Jester, R. 2004. Nurse prescribers' experiences of prescribing. *Journal of Clinical Nursing* 13: 796 - 805.

Lloyd Jones, M. 2005. Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 49 (2), 191 - 209.

Mantzoukas, S. & Watkinson, S. 2006. Review of advanced nursing practice: the international literature and developing generic features. *Journal of Clinical Nursing* 16. 28 - 37.

Meretoja, R. 2003. Nurse Competence Scale. Turun yliopiston julkaisuja. Helsinki: Yliopistopaino.

Mersey Care NHS Trust. 2006. Link nurse role. Viitattu 5.7.2009.
http://www.merseycare.nhs.uk/services/clinical/infection_control/link_nurse_role.asp

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Musclow, S.L., Sawhney, M. & Watt-Watson, J. 2002. The emerging role of advanced nursing practice in acute pain management throughout Canada. *Clinical Nurse Specialist* Vol. 16 Number 2: 63 - 67.

Nurmi, T. 2004. Gummeruksen suuri suomen kielen sanakirja. 3. tarkistettu ja päivitetty painos. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Nykysuomen sanakirja 4 - vierasperäiset sanat. 1980. Toim. Nykysuomen laitos. 6. painos. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.
<http://www.miniedu.fi/julkaisut/index.html>

- Ormond-Walshe, S. & Newham, R. 2001. Comparing and contrasting the clinical nurse specialist and the advanced nurse practitioner roles. *Journal of Nursing Management*. 9 (4), 205 - 207.
- Otala, L. 2000. Oppimisen etu – kilpailukykyä muutoksessa. 3. uudistettu painos. Porvoo: WSOY - Kirjapainoyksikkö.
- Paley, J. 1996. Intuition and expertise: comments on the Benner debate. *Journal of Advanced Nursing*, 665 - 671.
- Parviainen, P., Lillrank, P. & Ilvonen, K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa – Käytännöt, vastuut, valvonta. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Paukkunen, L., Turunen, H., Taskinen, H., Tossavainen, K., Sinkkonen, S. & Niemelä, P. 2002. Koulutus ammatillisten arvojen ja tietorakenteen kehittäjänä sosiaali- ja terveysalalla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 39, 25 - 41.
- Petticrew, M., Egan, M., Thomson, H., Hamilton, V., Kunkler, R. & Roberts, H. 2008. Publication bias in qualitative research: what becomes of qualitative research presented at conferences? *The Journal of Epidemiology and Community Health* 2008; 62: 552 - 554.
- Pohjola, A. 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Toim. Viinamäki, L. & Saari, E. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy, 11 - 31.
- Rankin, S.H., Butzlaff, A., Carroll, D.L. & Reedy, I. 2005. FAMISHED for support – recovering elders after cardiac events. *Clinical Nurse Specialist*, Vol. 19 Number 3: 142 - 149.
- Rantanen, P., Kilpiö, A., Haho, P. & Vääntinen, M. 2007. Osaaminen vanhuspalveluiden hankintaprosessissa. Teoksessa *Kimpassa tuloksiin: KIMPPA-tutkimushankkeen loppuraportti*. Toim. Haho, P., Vääntinen, M. ja Kilpiö, A. Helsinki. University of Technology Sim Lab Publications Report Series: 18, Espoo: Helsinki University of Technology, 105 - 116. <https://new.simlab.hut.fi/kimppa/julkaisut>.
- Routasalo, P. 1999. Asiantuntemusta vanhusten hoitotyöhön, yliopiston asiantuntijakoulutus haasteisiin vastaajana. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2000, Vanhusten hoitotyö*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 57 - 67
- Sairaanhoitajien koulutussäätiö. 2007. HOIDOKKI: Hoitotyön asiasanasto - Vårdarbets ämnesordlista. Viitattu 25.4.2009.
http://www.shks.fi/hoidokki_hoitotyön_asiasanasto/
- Salanterä, S. & Hupli, M. 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Toim. Lauri, S. Juva: WS Bookwell Oy. 21 - 39.

- Salminen, M., Arve, S., Kiviniemi, K., Mäkelä, M., Routasalo, P. & Suominen, T. 2001. Hoitotyön asiantuntijuus. Teoksessa Kliinisen hoitotyön asiantuntija – tiedekorkeakoulun näkökulmasta. Toim. Mäkelä, M, Kiviniemi, K. & Suominen, T., Routasalo, P. & Arve, S. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja A:33/2001. Turku: Digipaino, 3 - 15.
- Sandelowski, M. 2004. Using qualitative research. *Qualitative Health Research* 14, 1366 - 1386.
- Saxén, L. 2004. Tutkijat numeroiksi? *Duodecim* 120, 5 - 7.
- Sibbald, B., Shen, J. & McBride, A. 2004. Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol 9, 28 - 38.
- Smith, M. 1996. Competence and competency. Viitattu 23.7.2009.
<http://www.infed.org/biblio/b-comp.htm>
- Stark, S.W. 2006. The effects of master's degree education on the role choices, role flexibility, and practice settings of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *Journal of Nursing Education* Vol. 45, No. 1: 7 - 15.
- Stenius, K. 2003. Journal impact factor - mittari joka vahvistaa tutkimusmaailman hierarkiaa. *Tieteessä tapahtuu* 2003 : 7. Viitattu 5.12.2008.
<http://www.tsv.fi/ttapaht/037/stenius.pdf>.
- Teikari, M. & Roine, R. 2007. Tiedon tulkinta ja raportointi. Teoksessa *Menetelmien arviointi terveydenhuollossa*. Toim. Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K. & Teikari, M. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino, 126 - 143.
- Thomson Scientific. 2009. The Thomson Scientific Journal Selection Process. Viitattu 31.3.2009. http://thomsonreuters.com/business_units/scientific/free/essays.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5., uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 15.8.2009.
<http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>.
- Vallimies-Patomäki, M. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön – Kansallinen toimintaohjelma 2009 - 2011. Luonnos. Viitattu 13.8.2009.
<http://www.laaninhallitus.fi/lh/ita/soster/home.nsf> sosiaali- ja terveysosaston koulutusmateriaalit.
- Vallimies-Patomäki, M. & Hukkanen, E. 2006. Hoitajien tehtäväkuvat uudistuvat – Tuloksia kansallisesta terveyshankkeesta. Teoksessa *Inhimillisten voimavarojen johtaminen – Hoitotyön vuosikirja 2006*. Toim. Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. Gummerus Kirjapaino Oy, 61 - 86.

Vallimies-Patomäki, M., Perälä, M-L. & Lindström, E. 2003. Miten sairaanhoitajan tehtäväkuvien laajeneminen on onnistunut? Systemoitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö, hoitotieteellinen aikakauslehti Vol 1 2/2003, 10 - 15.

Van Offenbeek, M. & Knip, M. 2004. The organizational and performance effects of nurse practitioner roles. *Journal of advanced Nursing* 47(6) 672 - 681.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1. - 3. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy, 14 - 25.

Wong, F.K.Y., & Chung, L.C.Y. 2006. Establishing a definition for a nurse-led clinic: structure, process, and outcome. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3): 358 - 369.

YSA. 2009. Yleinen suomalainen asiasanasto. Viitattu 6.1.2009.
<http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/index.html>.

LIITTEET

Liite 1. Alkuperäistutkimusten hakustrategia.

18.12.2007 klo 11:02

Database: CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature <1982 to December Week 1 2007>

Search Strategy:

-
- 1 advanced nursing practice.ab,ti. (393)
 - 2 exp Advanced Practice Nurses/ (15785)
 - 3 exp Advanced Nursing Practice/ (7731)
 - 4 advanced practice nur\$.ab,ti. (2177)
 - 5 Clinical Nurse Specialists/ (3423)
 - 6 clinical nurse specialist.ab,ti. (1116)
 - 7 professional competence/ or clinical competence/ (12179)
 - 8 (professional competence or clinical competence).ab,ti. (223)
 - 9 exp Research/ (450844)
 - 10 research.pt. (370049)
 - 11 "literature review"/ or "systematic review"/ (5879)
 - 12 (literature review or systematic review).ab,ti. (8103)
 - 13 "Peer Review"/ (1561)
 - 14 Cochrane Library/ (2223)
 - 15 Concept Analysis/ (853)
 - 16 (review or cochrane or concept analysis or doctoral dissertation or case stud\$).ab,ti. (73353)
 - 17 (review or cochrane or concept analysis or doctoral dissertation or case stud\$ or systematic review).pt. (158693)
 - 18 nursing practice, evidence-based/ or nursing practice, research-based/ or nursing practice, theory-based/ (5584)
 - 19 (evidence-based or theory based).ab,ti. (10814)
 - 20 "Theses and Dissertations"/ (373)
 - 21 dissertation\$.ab,ti. (1163)
 - 22 (advanced adj4 nurs\$).ab,ti. (3913)
 - 23 job characteristics/ or job description/ (3561)
 - 24 (job adj4 description).ab,ti. (200)
 - 25 (job adj4 characteristic\$).ab,ti. (238)
 - 26 Professional Autonomy/ (1774)
 - 27 (profession\$ adj4 autonomy).ab,ti. (374)
 - 28 Nursing Role/ (21523)
 - 29 (nurs\$ adj4 role\$).ab,ti. (12131)
 - 30 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 22 (22832)
 - 31 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 (615140)
 - 32 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 (33903)
 - 33 30 and 31 (7145)
 - 34 31 and 32 (12154)
 - 35 (finnish or english or swedish).lg. (1503338)

- 36 33 and 35 (7090)
- 37 limit 36 to (full text and yr="2002 - 2007") (506)
- 38 34 and 35 (11596)
- 39 limit 38 to (full text and yr="2002 - 2007") (1049)
- 40 advanced.ab,ti. (14693)
- 41 39 and 40 (66)
- 42 37 or 41 (521)
- 43 from 42 keep 1-200 (200)
- 44 from 42 keep 201-400 (200)
- 45 from 42 keep 401-521 (121)
- 46 from 43 keep 1-200 (200)
- 47 from 43 keep 1-200 (200)
- 48 from 43 keep 1-200 (200)

Liite 2. Tutkimuksen laadun ja sopivuuden arviointikaavake.

Tutkimus			
	Kyllä	Ei	Ei tietoa / Ei sovellu
<i>Tutkimuksen tausta ja tarkoitus</i>			
Onko tutkittava ilmiö määritelty selkeästi			
Onko tutkimuksen aihe perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti?			
Onko tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät määritelty selkeästi?			
<i>Aineisto ja menetelmät</i>			
Ovatko aineiston keruumenetelmät ja -konteksti perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti?			
Soveltuuko aineiston keruumenetelmä tutkittavaan ilmiöön ja / tai tutkimukseen osallistujille?			
Onko aineiston keruu kuvattu?			
Onko aineisto kerätty henkilöiltä, joilla on tietoa tutkittavasta ilmiöstä?			
Onko aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet kuvattu?			
Soveltuuko valittu analyysimenetelmä tutkittavaan ilmiöön?			
<i>Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys?</i>			
Tutkija on nimennyt kriteerit, joiden perusteella hän on arvioinut tutkimuksen luotettavuutta			
Tutkija on pohtinut huolellisesti eettisiä kysymyksiä			
Tutkimukseen osallistuneet ovat arvioineet tutkimustuloksia; tai lukija voi tunnistaa ja ymmärtää tulokset			
<i>Tulokset ja johtopäätökset</i>			
Tuloksilla on merkitystä hoitotyön kehittämisessä			
Tulokset on esitetty selkeästi ja loogisesti ja niiden antia on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin			
Tutkimuksen johtopäätökset perustuvat tuloksiin ja ovat hyödynnettävissä			
<i>Muut huomiot / kokonaisarvio</i>			
Tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden			
Vastaako tutkimus tutkimuskysymyksiimme?			
Miten asiantuntijuus-käsite on määritelty hoitotieteellisessä tutkimuksessa?			
Mitä on hoitotyön asiantuntijan osaaminen?			
Millaisia rooleja ja toimenkuvia hoitotyön asiantuntijalla on tutkimusten mukaan?			
<i>Laadullisten tutkimusten kohdalla</i>			
Onko aineiston sisällön riittävyttä arvioitu (saturaatio)?			
Tutkimuksessa on käytetty aineiston tai menetelmien triangulaatiota lisäämään luotettavuutta			

Muokattu Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin (2004, 15-19), Kontion ja Johanssonin (2007, 106) sekä Yorkin yliopiston ohjeistuksen (Centre for Reviews and Dissemination 2009) pohjalta.