



**Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen
perusterveydenhuollon vastaanotolla**

Lotta-Maija Tiikkainen

**Opinnäytetyö
Kesäkuu 2008**

Sosiaali- ja terveysala



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Tekijä(t) TIIKKAINEN, Lotta-Maija	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 64	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ☐ Salainen _____ saakka	
Työn nimi Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen perusterveydenhuollon vastaanotolla		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) TUOMI, Sirpa		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän ammattikorkeakoulu		
Tiivistelmä Palvelujärjestelmän muutokset, yhteiskunnan ja väestönrakenteen muuttuminen sekä työvoimapula asettavat sosiaali- ja terveysalalle uusia haasteita. Sairaanhoitajien ja lääkärin työnjaon kehittäminen tehtäviensierrojen avulla saattaa osaltaan vastata näihin haasteisiin. Tehtäviensierrot vaativat osaamisen kehittämistä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaiseksi perusterveydenhuollon vastaanotossa toimivat sairaanhoitajat arvioivat yliammatillisen osaamisensa, hoitotyön ydinosaamisensa ja vastaanottohoitajan erityisosaamisensa. Tavoitteena oli lisäksi tutkia, mitkä osa-alueet tehtävien-sierroissa edellyttävät hoitajilta uudenlaista ammatillista osaamista tulevaisuudessa. Tutkimuk-sessa selvitettiin lisäksi, kuinka tärkeäksi lääkärit ja hoitotyön johtajat arvioivat vastaanottohoitajan osaamisen eri osa-alueilla. Aineisto koostui kuuden keskisuomalaisen kunnan tai terveydenhuol-lon kuntayhtymän vastaanottohoitajista (n=69) sekä lääkäreistä ja hoitotyön johtajista (n=40). Tutkimus oli kvantitatiivinen ja se toteutettiin strukturoituna kyselytutkimuksena Digium- tie-donkeruuohjelman avulla. Tutkittavat arvioivat osaamistaan Likert-tyyppisellä asteikolla. Osa-aamista arvioitiin asteikolla: kiitettävästi (4), hyvin (3), tyydyttävästi (2) ja heikosti (1). Tutkimuk-sen tuloksia voidaan hyödyntää täydennyskoulutuksen suunnittelussa. Tulosten mukaan hoitajien osaaminen on hyvin yksilöllistä ja riippui hoitajan työtehtävistä sekä toimipaikan ja kunnan linjauksista. Yliammatillisen osaamisen heikoimmaksi osa-alueeksi arvi-oitiin kansainvälisyysosaaminen ja parhaimmaksi eettinen osaaminen. Hoitotyön ydinosaamises-sa vahvimaksi osaamisalueeksi koettiin hoidontarpeen arviointi, vastaavasti heikoiten hallittiin mielenterveyspotilaitten ja moniongelmaisten hoito, farmakologinen osaaminen sekä ryhmänoh-jaus. Vastaanottohoitajan erityisosaamisessa puutteita nähtiin masennuksen sekä iho- ja gyneko-logisten sairauksien hoidossa. Eniten koulutusta kaivattiin kuitenkin sydän- ja verisuonitauksista sekä diabeteksestä. Koulutustarve kohdistui lähinnä yhteiskunnan ja väestön rakenteen luomiin muutoksiin sekä tulevaisuuden mahdollisiin tehtävänjakoihin. Tehtävänsierroista erityisesti labo-ratoriolähetteen kirjoittamista pidettiin erittäin todennäköisenä tulevaisuudessa.		
Avainsanat (asiasanat) sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen, kompetenssi, tehtävänsierrot, asiantuntijuus, vastaanot-tohoitaja		
Muut tiedot		

Author(s) TIIKKAINEN, Lotta-Maija	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 64	Language Finnish
	Confidential ☐ Until _____	
Title Professional competences of a registered nurse working in primary health care		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) TUOMI, Sirpa		
Assigned by Jyväskylä University of Applied Sciences		
Abstract Currently Social and health care is facing many challenges due to the on going changes affecting the service system, the society itself and the population structure. In addition to these challenges social and health care is also dealing with severe labour shortage. Developing the division of tasks between nurses and physicians through a skill mix might respond successfully to these challenges. The purpose of this study was to explore self assessed professional competences of registered nurses working in primary health care. Professional competences were divided into three different groups; generic competences, core competences and specific competences. One of the main aims of this study was also to investigate educational needs of nurses at the moment and in the future when tasks are moved from physicians to nurses. The study also examined the opinions of physicians and health care managers on skills needed for advanced nurse practitioners. The target group consisted of nurses (n=69), physicians and health care managers (n=40) of six municipalities in Central Finland's health centres. The survey was carried out by Digium internet-based software for surveys. Data were collected by using a Likert-scale self-assessment questionnaire. The respondents assessed their level of competence on a scale excellent (4), good (3), satisfactory (2), poor (1). The results of this study can be utilized in planning of further education and training for nurses. The results showed that there is a wide range of knowledge and professional competencies of registered nurses depending on individual. Internationality know-how was considered the weakest competence whereas ethical know-how was top-rated. In the question group of core competences the best competence was ability to recognise and interpret signs of normal and changing health. Respectively the lowest self-assessed competence was related to the ability needed with mental health patients, pharmacological know-how and group guidance. The lowest specific competences were related to psychiatric nursing such as depression. In addition to these issues also skin diseases and gynecological disorders were rated low. However, educational needs of nurses concentrated on cardiovascular diseases and diabetes. The competencies were related to tasks made, location of practice and guidelines of the work community. Educational needs were connected with changes in society in the future. Covering the related skill mix, the laboratory referral was considered especially probable in the future.		
Keywords competence, nurse practitioner, skill mix, division of labour, nursing education		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 VASTAANOTTOHOITAJAN OSAAMINEN	6
2.1 Ammatillinen osaaminen	7
2.2 Tulevaisuuden osaamishaasteet sosiaali- ja terveysalalla	7
2.3 Yliammatillinen osaaminen	10
2.4 Hoitotyön ydinosaaminen	10
2.5 Vastaanottohoitajan erityisosaaminen	12
2.6 Työnjako ja tehtävänkuvan laajeneminen vastaanottotoiminnassa	13
3 OSAAMISEN KEHITTYMINEN JA KEHITTÄMINEN	18
3.1 Asiantuntijuuden kehittyminen	18
3.2 Osaamisen kehittäminen koulutuksen avulla	19
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	21
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
5.1 Aineisto	22
5.2 Menetelmät	22
5.3 Aineiston analyysi	25
6 TULOKSET	26
6.1 Vastaajien taustatiedot	26
6.2 Yliammatillinen osaaminen	27
6.2.1 Itsensä kehittäminen	28
6.2.2 Eettinen osaaminen	29
6.2.3 Viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen	29
6.2.4 Kehittämistoiminnan osaaminen	30
6.2.5 Organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen	30
6.2.6 Kansainvälisyysosaaminen	30
6.3 Hoitotyön ydinosaaminen	31
6.3.1 Kliininen hoitotyö	32
6.3.2 Terveysten edistäminen	34
6.4 Vastaanottohoitajan erityisosaaminen	36
6.4.1 Pitkäaikaissairauksien hoito ja seuranta	36
6.4.2 Äkillisesti sairastuneitten hoito ja tutkimukset	39
6.4.3 Hoitotoimenpiteet	42
6.5 Tehtävänsiirtoihin liittyvä osaaminen	44

6.6 Koulutustarpeet tulevaisuudessa..	45
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	46
7.1 Tutkimustulosten pohdinta.....	46
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	53
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	55
LÄHTEET	58

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Tulevaisuuden haasteet terveydenhuollossa	9
TAULUKKO 2. Sairaanhoidajan osaamista kuvaavat kompetenssit	12
TAULUKKO 3. Kyselylomakkeen rakenne	24
TAULUKKO 4. Vastaanottohoitajien taustamuuttujat.....	26
TAULUKKO 5. Lääkäreiden ja hoitotyön johtajien taustamuuttujat.....	27

KUVIOT

KUVIO 1. Yliammatillisen osaamisen osaamisprofiili hoitajien arvioimana.....	28
KUVIO 2. Ydinosaamisen osaamisprofiili hoitajien arvioimana.....	31
KUVIO 3. Hoitajien heikoimmin hallitut kliinisen hoitotyön osa-alueet	32
KUVIO 4. Vastaanottohoitajan kliinisen osaamisen tärkeys lääkärin ja hoitotyön johtajien arvioimana.....	33
KUVIO 5. Terveyden edistämisen osaamisprofiili vastaanotossa yli ja alle 5 vuotta työskennelleiden hoitajien itsearvioimana.	34
KUVIO 6. Vastaanottohoitajan terveyden edistämisen osaamisen tärkeys lääkärin ja hoitotyön johtajien arvioimana	35
KUVIO 7. Vastaanottohoitajan erityisosaamisen osaamisprofiili hoitajien itsearvioimana.....	36
KUVIO 8. Pitkäaikaissairauksien hoidon ja seurannan osaamisprofiili hoitajien itsearvioimana.	37
KUVIO 9. Pitkäaikaissairauksien hoidon ja seurannan osaamisen tärkeys prosentteina lääkärin ja hoitotyön johtajien arvioimana.....	38
KUVIO 10. Äkillisesti sairastuneitten hoidon ja tutkimusten osaamisprofiili hoitajien itsearvioimana.....	40

KUVIO 11. Vastaanottohoitajan osaamisen tärkeys äkillisesti sairastuneitten hoidossa ja tutkimuksissa lääkäreiden ja hoitotyön johtajien arvioimana	41
KUVIO 12. Hoitotoimenpiteiden osaamisprofiili hoitajien itsearvioimana	42
KUVIO 13. Hoitotoimenpiteiden osaamisen tärkeys vastaanottohoitajalla lääkäreiden ja hoitotyön johtajien arvioimana.	43
KUVIO 14. Hoitajien arvioimat tulevaisuuden osaamistarpeet.	44
KUVIO 15. Vastaanottohoitajien tulevaisuuden osaamisen tärkeys lääkärin ja hoito- työn johtajien arvioimana	45

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on ollut viime vuosina suurten muutosten kohteena. Väestön ikääntymisen luomat muutokset yhteiskunnassamme ovat osaltaan mutkistamassa palvelujärjestelmän toimintaa. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvu, työvoimapula, hoidon tehokkuusvaatimukset, hoidon siirtyminen entistä enemmän laitospainotteisesta hoitomallista avohoitopainotteiseen, sekä laajat palvelurakenteiden muutokset vaativat uusimaan toimintatapoja (Markkanen 2002, 8). Myös osaavan ja motivoituneen työvoiman saaminen sosiaali- ja terveydenhuoltoon on erityisen tärkeää suurten ikäluokkien poistuessa työelämästä. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen selvityksen mukaan tarvitaan 1200 uutta työntekijää varmistamaan työvoiman riittävyys sosiaali- ja terveydenhuollon kasvutarpeen vuoksi. Iäkkään väestön määrän kasvun seurauksena myös hoitoa ja hoivaa tarvitsevien määrä tulee lisääntymään, minkä vuoksi tarvitaan yli 6000 työntekijää korjaamaan nykyistä henkilöstövajetta. (Kunnat palkkaavat lisää henkilöstöä 2001.)

Hoitoalan kiinnostavuutta voidaan lisätä sairaanhoitajien työnkuvaa ja vastuuta laajentamalla, sillä ne tuovat alalle uutta haastetta (Heikkilä & Paananen 2005, 163). Työnjaon uudistuksilla voidaan vastata henkilöstöpulan aiheuttamiin ongelmiin sekä työskennellä entistä kustannustehokkaammin. Perusterveydenhuollon vastaanotossa toimivien sairaanhoitajien ja lääkäreiden työnjaon kehittäminen saattaa osaltaan vastata yllämainittuihin haasteisiin. Keikkalääkäreiden määrän lisääntyessä on työnjaolla ollut positiivisia vaikutuksia muun muassa hoidon jatkuvuuden kannalta erityisesti pitkäaikaissairaiden kohdalla. (Kärkkäinen, Tuominen, Seppälä & Karvonen 2006, 2647.) Hoidon jatkuvuuden parantamisen lisäksi työnjaon tavoitteena on myös osaamisen ja lääkäreiden ja hoitajien yhteistyön lisääminen sekä toiminnan kehittäminen ja toimintamallien yhtenäistäminen (Courtenay ym. 2008, 291, Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 21; Kärkkäinen ym. 2006, 2647). Järkevä työnjako ja hoitajavastaanottojen vaikiinnuttaminen on keskeisiä keinoja varmistaa terveydenhuollon toimivuus ja pitää terveyskeskustyö vetovoimaisena (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 33).

Tehtävien siirto toiselta ammattiryhmältä toiselle edellyttää kuitenkin asianmukaista koulutusta ja kirjallisia vastuiden määrittelyä sekä riittävän pitkän työkokemuksen. Perusterveydenhuollon vastaanotossa toimivien sairaanhoitajien ja lääkärin työnjaon kehittäminen ja tehtävien siirrot edellyttävät, että sairaanhoitajalta vaadittava osaaminen on tunnistettu. Sairaanhoitajien osaaminen tulee myös arvioida. Perusterveydenhuollon vastaanottohoitajalta vaadittavaa osaamista ei kuitenkaan ole Suomessa kuvattu, mikä saattaa osin johtua siitä, että osaamisvaatimukset vaihtelevat eri organisaatioissa. Vaadittavaan osaamiseen vaikuttavat muun muassa paikkakunta, työyhteisön toimintamalli, henkilöstön määrä ja rakenne sekä osaaminen. Suositus ja tehtäväsiirtoihin liittyvät ehdotukset lainsäädännön muutoksiksi on tarkoitus antaa keväen 2008 aikana (STM 2008, 39).

Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi projektiin (2002) asetettiin tavoitteet valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan. Näitä tavoitteita olivat toimivan perusterveydenhuollon ja ehkäisevän hoitotyön, hoitoonpääsyn turvaamisen, henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaamisen, toimintojen ja rakenteiden uudistamisen ja terveydenhuollon rahoituksen vahvistamisen (STM 2005b). Vuoden 2007 lopussa päättyi Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen terveyshanke, jonka yhtenä osa-alueena oli selvittää eri henkilöstöryhmien välistä työnjakoa. Työnjaon perusteellinen selvittäminen on tärkeää, jotta voidaan turvata terveystalouden saatavuus kaikille kansalaisille tasapuolisesti heidän tarpeisiinsa vastaten.

Kansallisen terveyshankkeen Henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako terveydenhuollossa -osahankkeen tarkoituksena on saada pilottien avulla tietoa ja kokemuksia terveydenhuollon eri ammattiryhmien keskinäisen työnjaon uudistamisesta, sekä sen edellytyksistä ja toimivuudesta erilaisissa toimintayksiköissä perusterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Piloteissa luodaan työnjakoon liittyviä uusia toimintatapoja ja niihin liittyviä konsultointi- ja tukipalveluita. Myös vastuunjako ja tarvittavan koulutuksen suunnittelu ja toteutus kuuluvat hankkeen osa-alueisiin (STM 2008.)

Osahankkeen tavoitteena oli parantaa terveystalouden saatavuutta ja turvata työvoiman riittävyyttä ottaen huomioon terveystalouden laadun ja potilasturvallisuuden vaatimukset. Hanke koskee lääkäreiden, hammaslääkäreiden ja muiden tervey-

denhuollon laillistettujen ammattihenkilöiden sekä terveysalan ammattikorkeakoulutuksen ja toisen asteen koulutuksen saaneiden keskinäisen työnjaon ja yhteistyön kehittämistä. Pilotteihin osallistui 31 hanketta, joista 18:sta kehitettiin perusterveydenhuollon uudistamiseen liittyviä toimintatapoja, muutettiin ammattiryhmien välistä vastuuta ja käynnistettiin uusien toimintatapojen edellyttämää lisäkoulutusta. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 14.) Piloteista tehtiin myös suosituksia valtakunnallisesti yhtenäisestä lisäkoulutuksesta sekä lainsäädännön kehittämisestä (Vallimies-Patomäki, 2008).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaiseksi perusterveydenhuollon vastaanotossa toimivat sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa. Tavoitteena on lisäksi selvittää, mitkä osa-alueet tehtäviensirrossa edellyttävät hoitajilta uudenlaista ammatillista osaamista tulevaisuudessa? Tutkimuksessa selvitettiin lisäksi, kuinka tärkeäksi lääkärit ja hoitotyön johtajat arvioivat vastaanottohoitajan osaamisen eri osa-alueilla.

2 VASTAANOTTOHOITAJAN OSAAMINEN

Vastaanottohoitajan osaamista määriteltäessä tulee pohtia, mitä on koulutuksen tuottama osaaminen verrattuna työelämän vaatimaan osaamiseen. On myös määriteltävä, miten vastaanottohoitajan osaaminen eroaa vastavalmistuneen sairaanhoitajan osaamisesta. Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (ICN) määrittelee asiantuntijahoitajan, Nurse Practitioner- käsitteen seuraavasti: ”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.” (ICN 2008). Tässä opinnäytetyössä käytetään vastaanotolla toimivista terveyden- ja sairaanhoitajista yhteistä käsitettä *hoitaja* tai *vastaanottohoitaja*.

Osaamisen ydin muodostuu kunkin ammatin vaatimasta perusosaamisesta eli ydinosaamisesta. Tämän ammattispesifisen osaamisen rinnalle työelämän muutos on nostanut joukon työelämässä yleisesti tarvittavia osaamisalueita, jotka ovat yhteisiä eri aloille, erilaisille ja eritasoisille työtehtäville. Tässä opinnäytetyössä työelämässä tarvittavia yleisiä taitoja nimitetään yliammatilliseksi osaamiseksi. Yliammatillisen ja hoitotyön ydinosaamisen lisäksi työskentely hoitajavastaanotolla vaatii sairaanhoita-

jalta aiempaa työkokemusta ja riittävää lisäkoulutusta (Haarala 2005, 45; Helle-Kuusijoki 2005, 63; Kärkkäinen ym. 2006, 2649; Vuorinen 2005, 49-50). Näiden uusien tietojen ja taitojen myötä kehittyä vastaanottohoitajan erityisosaaminen.

2.1 Ammatillinen osaaminen

Osaamista on kuvattu aiemmin kvalifikaatioina, osaamiskuvauksina, pätevyytenä ja sittemmin kompetensseina. *Kompetenssi* merkitsee laajempaa aluetta kuin tiedot, taidot ja asenteet, jotka muodostavat kompetenssin ytimen. Kompetenssi on dynaaminen, usein prosessinomainen käsite, joka saa merkityksensä vasta, kun se liitetään tavoitteeseen, strategiaan tai työtehtävään (Kuokkanen 2000). Kompetenssin rinnakkaiskäsitteenä mainitaan ammattiosaaminen (esim. Opetusministeriö 2006), kvalifikaatiot (esim. Lohineva 1999), valmius (esim. Metsämuuronen 2001), ammattitaito (esim. Peltari 1997), asiantuntijuus (esim. Naumanen-Tuomela 2001) ja ammatillinen pätevyys (esim. Janhonen ym. 2005). Paukkusen (2003) mukaan näillä on yhteinen ydin, mutta kuitenkin omat painotuksensa kompetenssia määriteltäessä (Paukkunen 2003). *Kompetentti henkilö* on riittävän pätevä, pystyvä tai tehokas.

Korkeakoulututkintojen viitekehyksessä (Opetusministeriö 2005) osaaminen on kuvattu kompetensseina, jotka koostuvat tiedoista, taidoista ja asenteista. Hoitotyössä osaamista voidaan kuvata myös kyvyksi rakentaa yhteen tiedot, taidot, kokemukset, arvopäätelmät ja sosiaaliset verkostot (Raij 2000). Osaamisen tunnistamiseksi on luotu osaamistavoitteet, joiden avulla osaamista voidaan kuvata ja tavoitteiden toteutumista arvioida. Osaamistavoitteet määritellään kompetensseina.

2.2 Tulevaisuuden osaamishaasteet sosiaali- ja terveysalalla

Sosiaali- ja terveysala tulee kohtaamaan monia muutoksia ja haasteita lähitulevaisuudessa. Ympäristön muutokset vaikuttavat myös asiakkaiden tarpeisiin ja sen myötä hoitajalta vaadittavaan osaamiseen. Osaamisvaatimukset muuttuvat myös eri ammattialoja yhdistävissä yleisissä työelämävaatimuksissa. Työvoiman väheneminen suurten ikäluokkien eläköitymisen seurauksena, palvelurakenteen muutokset ja lisääntyvä kansainvälistyminen asettavat uusia haasteita työelämälle. Suomalaiseen sosiaali- ja

terveyspalvelujärjestelmään tulevat uudet haasteet nousevat globaaleista, kansallis-
ta ja alueellista tekijöistä (STM 2005a).

Terveyserojen lisäksi hyvinvoinnin polarisoituminen tuottaa sosiaalisia eroja, jotka näkyvät muun muassa perheiden, lasten, nuorten ja pitkäaikaistyöttömien erilaisina toimeentulo-, käyttäytymis- ja mielenterveyden ongelmina sekä palvelujärjestelmälle asettuvina haasteina. Myös alueelliset terveyserot Suomen sisällä ovat sosioekonomi-
sien eriarvoisuuden lisäksi kasvava ongelma nykypäivänä. (OPM 2007; STM 2006.) OECD:n (2005) arviointiryhmän mukaan Suomessa kansalaisten keskuudessa vallitsee eriarvoisuus lääkäripalveluiden saannissa. Eriarvoisuus korostuu etenkin työelä-
män ulkopuolille jäävien ja heikommassa taloudellisessa asemassa olevien kohdalla (STM 2005a).

Suomessa terveyspalveluiden tulevaisuuden haasteina voidaan nähdä myös väestön ikääntyminen nopeimmin Euroopassa, tekniikan ja informaatioteknologian kehitys, luonnon muutokset, globalisoituminen ja työelämän muutokset. Näiden muutosten myötä myös ihmiset, työmarkkinat ja yhteiskunta muuttuvat. Sosiaali- ja terveyden-
huollon onkin pystyttävä vastaamaan muuttuviin tarpeisiin kehittämällä hoitotyön toi-
mintatapoja. (Metsämuuronen 2000, 6-9.)

Teknologian kehittyminen luo uusia mahdollisuuksia terveysalalle. Tekniikan kehit-
tymisen nopeus, uudet teknologiset innovaatiot sekä informaatiotekniikan kehitys ovat
tuoneet uudenlaisia mahdollisuuksia vastata ihmisten tarpeisiin. Työterveyslaitoksen
teettämän kyselyn mukaan vielä vuonna 1999 noin kolmannes sosiaali- ja terveyden-
huollon työntekijöistä ei käyttänyt tietotekniikkaa työssään ollenkaan (Suomi, Raito-
harju & Wickström 2004, 2277). On kuitenkin selvää, että tulevaisuudessa tietotek-
niikkaa tullaan käyttämään yhä enenevässä määrin hyväksi myös sosiaali- ja tervey-
denhuollossa esimerkiksi hoidon kiireellisyyden arvioinnissa ja potilasohjauksessa.
Myös puhelinneuvonta on yleistynyt sosiaali- ja terveysalalla ja sen merkityksen en-
nustetaan laajenevan tulevaisuudessa hoitotakuun vuoksi. Puhelimessa voidaan antaa
tietoa sairauksien oireista, hoidosta tai lääkityksestä. (Terveyskeskus toimivaksi 2004,
133-134.)

Työelämän on paitsi sopeuduttava, myös varauduttava ennalta muuttuvaan ympäris-
töön. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden haasteet liittyvät väestön muutoksiin ja
muihin tulevaisuuden haasteisiin. Muun muassa väestön eriarvoisuus ja ikärakenteen

muutos sekä kansainvälistyminen ja tietoyhteiskunnan uudistukset muokkaavat osaamisvaatimuksia. Näitä haasteita on kuvattu taulukossa 1 (mm. Heikkilä, Miettinen, Paunonen & Mäkelä 2003, 22; Kansanterveyslaitos 2002; Kuoppamäki 2007, 31; Lauri 2006, 53; Tuomi 2005, 85).

TAULUKKO 1. Tulevaisuuden haasteet terveydenhuollossa

Väestön muutoksien luomat haasteet	Muut tulevaisuuden haasteet
-Lasten, nuorten ja perheiden eri tavoin hankaloituvat tilanteet ja elämänhallinnan ongelmat -Väestö ikääntyy terveenä ja toimintakykyisenä -Pitkäaikaistyöttömyyden aikaansaamat sosiaaliset ja terveydelliset haitat -Mielenterveys- ja muut psykososiaaliset ongelmat lisääntyvät -Alkoholin ja muiden päihteiden kulutuksen kasvu ja lisääntyvät riippuvuusongelmat -Moniongelmaisuus lisääntyy -Maahanmuuttajat ja kulttuurisidonnainen osaaminen -Alueelliset, väestöryhmien ja miesten ja naisten väliset terveyserot	-Sosiaali- ja palvelujärjestelmän segregaatio -Globaalit terveys- ja turvallisuusuhat -Uudet kansansairaudet -Tietoyhteiskunnan haasteet -Potilaiden omat valinnan- ja vaikutusmahdollisuudet lisääntyvät -Vuorovaikutussuhteet muuttuvat asiakkaan ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä asiakkaan aktiivisuuden ja terveydenhuoltohenkilöstön tiedonantajan roolin muuttuessa. -Väestö jakaantuu itseään hoitaviin ja niihin, jotka tarvitsevat yhä enemmän apua

2.3 Yliammatillinen osaaminen

Yliammatillinen osaaminen määritellään työelämän yleiseksi osaamiseksi. Yliammatillinen osaaminen kuvaa kykyjä, joita työntekijä tarvitsee missä tahansa ammatissa ja työskentely-ympäristössä. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston, ARENEn (2007) määrittelemissä yleisissä työelämäkompetensseissa on otettu huomioon myös kansainvälisten osaamiskuvausten edellyttämä osaaminen ja suositus korkeakoulututkintojen kansalliseksi viitekehykseksi (OPM 2005). Näiden mukaan yliammatilliseen osaamiseen kuuluvat seuraavat kompetenssit:

- Itsensä kehittäminen
- Eettinen osaaminen
- Viestintä- ja vuorovaikutustaidot
- Kehittämistoiminnan osaaminen
- Organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen
- Kansainvälisyysosaaminen

Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit muodostavat opiskelijan ammatillisen asiantuntijuuden kehittymisen perustan. Yleiset kompetenssit ovat eri koulutusohjelmille yhteisiä osaamisalueita, mutta niiden erityispiirteet ja tärkeys voivat vaihdella eri ammateissa ja työtehtävissä. Yleiset kompetenssit luovat perustan työelämässä toimimiselle, yhteistyölle ja asiantuntijuuden kehittymiselle. (Harjulahti, Heikkilä, Kallioinen, Mäkelä, Nieminen, Seppänen & Auvinen 2006.) Tässä opinnäytetyössä yleisten kompetenssien täyttyminen merkitsee yliammatillisen osaamisen täyttymistä.

2.4 Hoitotyön ydinosaaminen

Hoitotyön ydinosaaminen perustuu sairaanhoitajan perusosaamiselle. Lainsäädäntö määrittää terveydenhuollon ammattihenkilön henkilöksi, joka on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut henkilö) tai henkilöksi, jolla on oikeus käyttää asetuksella (A 564/1994) säädeltyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö). Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat muun muassa lääkäri, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja ja kättilö. Nimikesuojattuja ammattihenkilöitä ovat puolestaan mm. lähi- ja

perushoitajat. Laissa ei määritellä eri ammattiryhmien tehtäviä lääkärin ja hammaslääkärin erityisoikeuksia lukuun ottamatta. Näitä erityisoikeuksia ovat oikeus päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja lääkkeiden määräämisestä. (Markkanen 2002, 10.) Tässä työssä hoitotyön osaamista käsitellään sairaanhoitajan työnä. Terveystieteiden ammattinimistöä säätelevän ja kansallisesti että kansainvälisesti. Sääntelyjen ammattien vaatimukset on huomioitava työntekijöiden rekrytoinnissa, perehdytyksessä ja johtamisessa sekä terveysalan koulutuksessa. (STM 2003.)

Hoitotyön osaamista on tutkittu Suomessa paljon (ks. Hildén 1999; Jaroma 2000; Kivinen 1994; Pelttari 1997; Meretoja 2003; Metsämuuronen 2000; Nousiainen 1998). Eri tutkimusten tulokset kuvaavat suurimmaksi osaksi kuitenkin yliammatillista osaamista, ei niinkään hoitotyön ydinosaamista (Tuomi 2005, 75). Euroopan komission Tuning-projekti on osaltaan auttanut määrittelemään hoitotyön ydinosaamista ja osaamiskompetensseja 2000-luvulla. Projektin tarkoituksena on yhtenäistää EU-maissa tarjottavaa koulutusta, helpottaa työelämäliikkuvuutta ja tukea elinikäistä oppimista. (González & Wagenaar 2007.)

Terveysalan ammattikorkeakouluverkoston ja opetusministeriön yhteistyönä on kuvattu ammattikorkeakoulun terveystieteiden valmistuvilta vaadittava osaaminen ja opintojen vähimmäislaajuudet (OPM 2001, 2006). Työryhmä laati myös terveydenhuollon ammatillisen ydinosaamisen kuvaukset tutkintotodistuksissa ja sopi yhteisistä koulutuksellista vaatimuksista, sekä yhtenäisti koulutuksesta annettavaa tutkintotodistusta. Ammattikohtaisissa osaamiskuvauksissa määriteltiin kunkin ammatin toiminta- ja vastuualue, ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja niiden vähimmäisopintoviikkomäärät sekä ohjattu harjoittelu. Keskeisinä tekijöinä määriteltäessä koulutuksen vähimmäisvaatimuksia ovat olleet terveydenhuollon ominaispiirteet, potilasturvallisuus ja palvelujen korkeatasoisen laadun turvaaminen. Terveystieteiden koulutuksessa osaaminen perustuu jatkuvasti uusiutuvaan, laaja-alaiseen, monitieteiseen tietoperustaan ja käytännölliseen osaamiseen sekä sosiaalisiin ja vuorovaikutuksellisiin taitoihin. Toiminnan tulee perustua tutkittuun tietoon ja näyttöön sekä harjaantumiseen ammattitoiminnan kehittämisessä tarvittavaan tutkimus-, kehittämis- ja muutososaamiseen. (OPM 2006.)

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen muodostuu seuraavista asioista (ARENE 2006; ICN 2003; OPM 2006; Tuning-projekti 2004):

TAULUKKO 2. Sairaanhoitajan osaamista kuvaavat kompetenssit

OPM (2006)	Tuning-projekti (2004)	ICN (2003)	ARENE (2006)
Eettinen ja arvo-osaaminen	Ammatilliset arvot ja hoitajan rooli	Ammatillinen ja eettinen osaaminen sekä lakituntemus	Hoitotyön asiakkuusosaaminen
Terveiden edistämisen osaaminen	Kliininen osaaminen ja päätöksentekokyky		Terveiden edistämisen osaaminen
Teoreettinen osaaminen	Teoreettinen ja kognitiivinen osaaminen	Hoitotyön ja johtamisen osaaminen	Kliininen osaaminen
Kliininen osaaminen	Kyky käyttää tarkoituksenmukaisesti erilaisia hoitotyön keinoja tuottaakseen optimaalista hoitoa.	Ammatillinen kehittyminen	Päätöksentekosaaminen
Opetus- ja ohjausosaaminen			Ohjaus- ja opetusosaaminen
Yhteistyöosaaminen	Kommunikaatiokyky, mukaan lukien teknologiaosaaminen kommunikaation tukena		Yliammatillinen osaaminen
Hoitotyön tutkimus- ja kehittämisosaaminen			
Johtamisosaaminen	Johtajuusosaaminen, tiimityöskentelyn osaaminen		
Monikulttuurisen hoitotyön osaaminen			
Yhteiskunnallinen osaaminen			

2.5 Vastaanottohoitajan erityisosaaminen

Hoitajavastaanotolla tarkoitetaan sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanottoa äkillisesti sairastuneille ja / tai pitkäaikaissairaille potilaille. Vastaanottohoitajana toimiminen edellyttää erityisosaamista, joka syventää ja laajentaa hoitotyön ydinosaamista. Esimerkiksi pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden hoidon seuranta, terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä työ, lievien infektioiden arviointi ja hoito sekä lääkehoito kuuluvat vastaanottohoitajan tehtäväkuvaan.

Hoitajavastaanotolla perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan laajennettuun tehtävänkuvaaan liittyy useimmiten ehkäisevä terveydenhuolto ja sairaanhoito (Rimpelä 2004, 16), hoidon tarpeen arviointi, sairaus- ja seurantavastaanotto äkillisten ja pitkäaikaissairauksien kohdalla, sekä puhelinneuvonta (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 31). Pääosin työnjakoa sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä on kehitetty akuutien infektioiden ja tiettyjen pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen, kohonneen verenpaineen, astman, reuman ja dementian kohdalla (Lindström 2003, 17; Urjanheimo 2003, 10). Uusia sairaanhoitajalta vaadittavia taitoja ovat muun muassa hoidon tarpeen arviointi, tutkimuksista ja hoidosta päättäminen, lääkitysten määrääminen, pienten toimenpiteiden suorittaminen ja jatkohoitoon ohjaaminen.

Kirjallisuudessa vastaanottohoitajan erityisosaaminen viittaa asiantuntijuuteen ja vastaanottohoitajasta puhutaan asiantuntijahoitajana. Toisaalta asiantuntijahoitaja voidaan nähdä tietyn spesifiin potilasryhmän tai terveysongelman erikoishoitajana, esimerkiksi diabeteshoitajana tai konsultoivana sairaanhoitajana.

2.6 Työnjako ja tehtävänkuvan laajeneminen vastaanotto-toiminnassa

Kansainvälisessä kirjallisuudessa eri henkilöstöryhmien välisestä työnjaosta käytetään käsitteitä *skill-mix*, *advanced roles* ja *role changes*, jolla tarkoitetaan taitojen, osaamisen, työntekijöiden ja tehtävänkuvien yhdistelmää tietyssä toiminnassa (Buchan & Calman 2004, 12). Työnjaon muuttaminen on mahdollista eri ammattiryhmien välillä esimerkiksi työtä delegoimalla, laajentamalla, syventämällä tai luomalla kokonaan uusia tehtäviä (Buchan & Calman 2004, 12-13; Sibbald, Shen & McBride 2004, 28).

Hoitajan laajennetun tehtäväkuvan yläkäsitteenä käytetään englanninkielisessä kirjallisuudessa termiä *advanced practice nurse*, sekä hoitajista käsitteitä *nurse practitioner*, *clinical nurse specialist* (Buchan & Calman 2004, 13; Sibbald ym. 2004, 30) ja *nurse consultant* (Horrocks, Anderson, Salisbury 2002, 821). Hoitajan itsenäiseen vastaanotto-toimintaan viittaa käsite *nurse-led clinics* (Sibbald ym. 2004, 30).

Kotimaisessa kirjallisuudessa ja hankkeissa terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisestä työnjaosta ja sen kehittämisestä on käytetty useita eri termejä, kuten tehtävänkuvan laajentaminen, tehtävänsiirto ja delegointi. *Työnjaolla* tarkoitetaan koko työyhteisön toiminnan kehittämistä siten, että toiminta järjestetään tarkoituksenmukaisesti hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien osaamisen näkökulmasta. *Tehtävänkuvan laajentamisella* tarkoitetaan tietyn henkilöstöryhmän toimenkuvan uudistamista laajentamalla tehtäväaluetta ja kehittämällä osaamista. *Tehtävänsiirrot* tarkoittavat tietylle henkilöstöryhmälle aikaisemmin kuuluneiden tehtävien siirtämistä toiselle henkilöstöryhmälle. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005; 12-13.)

Laajavastuinen hoitotyö käsittää hoitajan laajennettuun tehtävänkuvaan liittyvää hoitotyötä. Siihen liittyy kliininen osaaminen pitkäaikaissairauksissa ja äkillisissä terveysongelmissa, sekä laaja-alainen ja syvälinen asiantuntijaosaaminen alan vaativissa asiantuntija- ja kehittämistehtävissä (Hopia, Raappana, Perttunen, Tiikkainen & Liimatainen 2006, 16.) Laajavastuisessa hoitotyössä tehtäväkeskeinen työ muuttuu tiimi-keskeiseksi ja moniammatilliseksi (Raappana 2006, 24).

Tehtävänjako ja hoitajan työnkuvan laajentaminen ovat kotimaisten tutkimusten mukaan Suomessa yleisiä. Yleisimmin tehtäviä on siirretty lääkäreiltä sairaanhoitajalle tai terveydenhoitajalle (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 31; Lindström 2003, 15; Rimpelä, Saaristo, Wiss, Kivimäki, Kosunen & Rimpelä 2006, 19). Eri henkilöstöryhmien välinen työnjako on jo nyt levinnyt nopeasti ympäri maata. Terveyskeskuksista noin 90 %:ssa on sairaanhoitajan erikoisvastaanottoja tietyille pitkäaikaissairaille potilasryhmille. (Myllymäki & Rintanen 2005; STM 2008.)

Työnjaon uudistuksista on saatu paljon positiivisia tuloksia. Lääkäripäivystyksen käyttö on vähentynyt hoitajavastaanottojen seurauksena 5-15 % ja puhelinneuvonnan ja päivystyksen seurauksena 18–25 % kuukaudessa (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005). Hukkasen ja Vallimies-Patomäen (2005) laatiman kirjallisuuskatsauksen mukaan maailmalla on saatu paljon positiivisia tuloksia sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan ja työnjaon kehittämisestä. Kun sairaanhoitajan työnkuvaa laajennettiin, sairaanhoitajat hoitivat yleislääkärin vastaanotolla 81–96 % potilaista. Puhelinneuvonnassa sairaanhoitajat hoitivat puheluista 50 % itsenäisesti ja lääkärin puhelinneuvonta sekä vastaanotto- ja kotikäynnit vähenivät.

Tutkimusten mukaan sairaanhoitajan vastaanotolla käyneet potilaat saivat enemmän tietoa, olivat tyytyväisempiä hoitoonsa ja saivat enemmän aikaa vastaanotolla. He olivat myös hoitomyöntyväisempiä, heillä oli enemmän tutkimuksia ja seurantakäyn-
tejä. (Buchan & Calman 2004, 22; Horrocks, Anderson & Salisbury 2002, 821; Huk-
kanen & Vallimies-Patomäki 2005, 40; Laurant, Reeves, Hermens, Braspenning, Grol
& Sibbald 2004, 30.) Myös Connorin ym. (2002) tutkimus on osoittanut, että sairaan-
hoitajan ja lääkärin työ on yhtä turvallista ja tehokasta (Helle-Kuusjoki, Vuorinen,
Kankkunen, Renholm, Kärkkäinen & Suominen 2006, 30).

Horrocks ym. (2002) tekivät 11 satunnaistettua, kontrolloitua koetta ja 23 havainnoin-
titutkimusta siitä, pystyykö sairaanhoitaja tarjoamaan perusterveydenhuollon vastaan-
otolla samanlaista hoitoa kuin lääkäri. Tuloksien mukaan potilaat olivat tyytyväisem-
piä sairaanhoitajan vastaanottoon. Terveystuloksissa, lääkemääräyksissä, jatkokontrol-
leissa tai läheteissä ei ollut eroja lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä. Sairaanhoita-
jien vastaanottoajat olivat tässäkin tutkimuksessa pidempiä kuin lääkärin. Myös usei-
den muiden 2000-luvun alussa tehtyjen tutkimuksien mukaan potilaat olivat jopa tyy-
tyväisempiä hoitajan suorittamaan lievien sairauksien hoitoon, kun vastaaviin lääkärin
suorittamaan hoitoon (Kinnersley ym. 2000; Shum ym. 2000; Venning ym. 2000).

Samansuuntaisia, positiivisia tuloksia on saatu Suomessakin (Alalahti 2007, 32;
Klaukka ym. 2002). Esimerkiksi MIKSTRA-ohjelmassa työnjakoa koskevat tulokset
olivat hyviä. Tutkimuksen mukaan hoitaja vastasi infektiopotilaista 14 %:n hoidosta.
Yleisimmin hoidetut infektiot olivat flunssaa, suolistoinfektioita ja nieluinfektioita.
Tulosten mukaan hoitajan ja lääkärin vastaanotolla käyneiden ryhmissä ei ollut eroja
paranemisessa tai uudelleen vastaanotolle hakeutumisessa. Tämän mukaan kolmen
prosenttiyksikön lisäys hoitajavastaanottoihin säästäisi 45 lääkärin työpanoksen vuo-
dessa. (Klaukka ym. 2002.)

Hoitajien ja lääkärin välisen työnjaon kehittäminen on lisännyt myös työmotivaatiota.
Hoitajien työnkuvan laajeneminen ja osaamisen kehittyminen lisäävät työtyytyväi-
syyttä ja edistävät työssä jaksamista (Heikkilä & Paananen 2005, 163). Työnjaon ke-
hittämisen ei todettu lisäävän kuitenkaan työn kuormittavuutta lääkärin, sairaanhoita-
jien, perus- tai lähihoitajien keskuudessa (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005).

Sairaanhoitajat omaavat resurssit itsenäisen vastaanottotoiminnan pitämiseen, jolloin palveluiden saaminen nopeutuu ja hoidon jatkuvuus on turvattu (Lindström 2003). Sairaanhoitajien kansainvälisen järjestön, ICN:n (International Council of Nurses) selvityksen (2001) mukaan sairaanhoitajien toimenkuvaa on laajennettu 40 maassa. Cummingsin ym. (2003) mukaan pääsyy sairaanhoitajan laajennettuun tehtävänkuvään on ollut yleisimmin lääkäripula.

Ruotsissa sairaanhoitajalla (distriktssköterska, sjuksköterska) on mahdollisuus rajattuun lääkkeenmääräämisoikeuteen. Nämä hoitajat opiskelevat peruskoulutuksen lisäksi 10–20 opintopisteen verran farmakologiaa ja tautioppia. Sosiaalhallitus ja Lääkelaitos määräävät yhdessä pääsyvaatimuksista ja toimivaltuuksista, jonka jälkeen Sosiaalhallitus myöntää luvan anomuksesta ja vastaa rekisteröinnistä (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005). Sairaanhoitajan toimenkuvaa on laajennettu perusterveydenhuollossa itsenäiseen vastaanottotoimintaan ja osa sairaanhoitajan tehtävistä on siirretty apuhoitajille. Norjassa sairaanhoitaja vastaanottaa potilaitten puheluita ja arvioi hoidontarvetta päivystyspoliklinikalla. Islannissa erikoiskoulutetut sairaanhoitajat toteuttavat saattohoitoa ja Tanskassa sairaanhoitaja voi toimia traumakoordinaattorina. (Lindström 2003.)

Myös Englannissa (nurse practitioner, clinical nurse specialist) on hoitajalla lääkkeenmääräämismahdollisuus, jonka laajuus riippuu sairaanhoitajan pätevyydestä ja erikoistumisopinnoista. Mitä pidempi ja laajempi koulutus hoitajalla on, sitä laajempi kirjo hänen määräämillään lääkkeillä on. Iso-Britanniassa terveysministeriö asetti vuonna 1999 hoitotyön kansallisessa strategiassa tavoitteet sairaanhoitajien ja kättilöiden urakehityksen edistämiseksi ja laajentamiseksi. (Vallimies-Patomäki 2003.) Sairaanhoitajien laajennettuun tehtävänkuvään kuuluu perusterveydenhuollossa lievien sairauksien hoito (Kinnersley ym. 2000; Shum ym. 2000; Venning ym. 2000) ja sepelvaltimotaudin sekundaaripreventio (Mother ym. 2001), sekä ensiavun ja kiireellisen hoidon jatkoseuranta (Mundiger ym. 2000).

Jonesin (2005) mukaan olisikin tärkeää määritellä selkeästi sairaanhoitajan rooli ja asema, sekä päivittää hoitajan toimenkuvaa (Helle-Kuusjoki ym. 2006, 34.) Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt selvityksen työnjaon kokeilun toimeenpanosta, sen uudistamisesta ja työnjakoon liittyvästä vastuunjaosta sekä lisäkoulutuksesta. Pilottiko-

keilujen perusteella luotiin ehdotelmia lainsäädäntöön työnjaon muutostarpeesta. Muutostarve koskee lähinnä sairaanhoitajalle ja terveydenhoitajalle annettavaa mahdollisuutta rajoitettuun lääkkeenmääräämisoikeuteen, tiettyjen läheteiden kirjoittamiseen, oikeutta päättää tiettyjen potilasryhmien hoidosta ja oikeutta kirjoittaa tiettyjä todistuksia. (STM 2005b.) Sosiaali- ja terveysministeriö on esittänyt, että hoitotyössä toimivien tehtäväkuvia on tarkasteltava uudelleen hoitotyössä toimivien roolia vahvistamalla, jota myös sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset edellyttävät. Tehtävänsiirtojen tulisi palvella potilasta esimerkiksi parantamalla hoitoonpääsyä ja tukemalla itsehoitovalmiuksia. Sairaanhoitajat voisivat arvioida potilaan hoitoa, ohjata oikeaan hoitopaikkaan, hoitaa lieviä akuutteja sairauksia ja vammoja, sekä vastata joidenkin kroonisten sairauksien seurannasta ja hoidosta käyttäen ehkäisevää ja kuntoutumista edistävää työotetta. (STM 2003.)

Tehtäväkuvien laajentaminen ei koske kaikkia sairaanhoitajia, vaan se edellyttää riittävää kokemusta ja lisäkoulutusta. Se luo kuitenkin hoitajalle mahdollisuuksia kliiniseen urakehitykseen ja lääkäreille paremmat mahdollisuudet täydennyskoulutukseen ja tutkimustyöhön. ICN suosittelee, että sairaanhoitajan laajennetussa tehtäväkuvassa toimivalla henkilöllä olisi jopa maisteritasoinen koulutus. Ruotsissa käynnistettiin vuonna 2003 Skövden yliopistossa avancerad specialistsjukshöterska-koulutus, johon hyväksyttävät opiskelijat ovat jo erikoistumistutkinnon suorittaneita, rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavia sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. Lisäksi heiltä edellytetään vähintään kahden vuoden työkokemusta. (Vallimies-Patomäki 2008.)

Stakesin kyselyn mukaan perusterveydenhuollossa tehtäviä on siirretty lääkäreiltä hoitohenkilökunnalle jo kauan, myös niissä terveyskeskuksissa, joissa ei ole lääkärinpulaa (Rimpelä 2004, 16–17). Tehyn selvityksen (2002) mukaan perusterveydenhuollossa lääkäreiltä sairaanhoitajille siirrettyjä tehtäviä olivat muun muassa kipsaukset, korvahuuhtelut, poskionteloiden tutkiminen ultraäänellä ja erilaiset päivystyksen sujuvuuteen liittyvät toimenpiteet, kuten röntgen- ja laboratoriokokeiden määrääminen ennen lääkärin tutkimusta (Markkanen 2002). Vaikka tehtäviä on siirretty jo nyt lääkäreiltä sairaanhoitajille, erityisesti lääkäreiden asenteet ovat kielteisiä muutoksiin. Sen sijaan sairaanhoitajat ja hoitotyön johtajat ovat lääkäreitä valmiimpia toiminnallisten ja rakenteellisten muutosten toteuttamiseen (Pippuri, 2001).

Pitkänen (2007) on tutkinut sairaanhoitajien ja lääkärin välisiä tehtävänsiirtoja ja osaamisen varmistamista tehtävänsiirtoja koskien. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan osaaminen on varmistettu kirjallisin tehtävänsuoritusohjein, näyttökokein tai lyhyen henkilökohtaisen koulutuksen avulla. Tehtävänsiirtoihin liittyvä koulutus on ollut Suomessa kirjavaa ilman mitään systemaattista koulutuslinjausta. Myös lupakäytäntö on monimuotoista ja keskeneräistä eri sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. (Pitkänen 2007, 41.) Asiakaslähtöinen työ ja hoitajavastaanottojen toiminnan kehittäminen vaativat laajavastuuisen hoitotyön asiantuntijoita. Tämä edellyttää uusien asiantuntijahoitajien toimien luomista ja palkkauksen tarkistamista (Hopia ym. 2006, 16.) Lisäksi vastuurajat on täsmennettävä ja mahdollisesti laajennettava (Haarala & Kiviniemi 2007, 14).

3 OSAAMISEN KEHITTYMINEN JA KEHITTÄMINEN

Osaamisvaatimukset kuvaavat osaamista yhteisötasolla mutta eivät anna riittävää kuvaa sellaisenaan yksilötason osaamisesta (Tuomi 2005, 92). Osaamisvaatimusten kuvaamisen lisäksi pitää kuvata myös sitä, miten osaaminen kehittyy.

3.1 Asiantuntijuuden kehittyminen

Asiantuntijuus ei ole olotila, vaan se vaatii jatkuvaa kasvua, kehittymistä ja tutkivaa työtötta. Asiantuntijuus lisääntyy kokemuksen ja jatkuvan oppimisen myötä. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 17; Laakkonen, 2004). Hildénin (2002) mukaan asiantuntijuus saavutetaan lukemalla, koulutuksella ja osallistumalla työnohjaukseen. Oman ammatillisen osaamisen ylläpitäminen on jokaisen henkilökohtaisella vastuulla; erilaisia kehittämismenetelmiä on tarjolla runsaasti (Hildén 2002). Asiantuntijahoitaja on lisäkoulutuksen saanut sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja, jonka tehtäväkuvaa on uudistettu työnjakoa kehittämällä.

Tuomi (2005) on tarkastellut sairaanhoitajan osaamisesta tehtyjä tutkimuksia.. Hänen mukaansa kompetenssien sijaan työhönsä pätevästä sairaanhoitajasta on kirjallisuudessa aiemmin puhuttu pääosin joko akselilla aloittelija- asiantuntija tai tulevaisuuden haasteiden määrittelemistä kvalifikaatioista ja niiden täyttämisestä. Benner (1989) on käyttänyt Dreyfusin (1980) mallia pohjana luodessaan mallia viidestä sairaanhoitajan

osaamisen tasoista. Kasvua noviisista asiantuntijaksi voidaan kuvata ongelmanratkaisutaitojen kehittymisenä (Tuomi 2005, 78).

Tuomen mukaan (2005, 69-83) kvalifikaatiomalli puolestaan edellyttää hoitajilta laaja-alaista ammattitaitoa ja hyviä tilannetaitoja. Metsämuuronen (2000) puhuu yleisistä kvalifikaatioista ja listaa sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden osaamistarpeet aidoksi tulevaisuudenosaamiseksi, potentiaalisiksi tulevaisuudenosaamiseksi ja perusosaamiseksi. Pelttari (1997) keskittyy sairaanhoitajan nykyisiin ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimuksiin. Hän korostaa monien tarvittavien valmiuksien joukosta esimerkiksi valmiuksia itsehoidon tukemiseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön (Tuomi 2005, 83).

Sosiaali- ja terveysalan työssä tarvitaan laajaa, monipuolista tietoperustaa, hyvää käytännön osaamista alan ammattikontekstissa ja oman toiminnan tietoista ohjaamista ja kehittämistä. Asiantuntijuus nähdään prosessina, jossa työ ja oppiminen kytkeytyvät toisiinsa, jolloin asiantuntijuus syntyy vasta informaalin oppimisen ja kokemuksellisen toiminnan myötä. (Moisio 2006, 28.)

3.2 Osaamisen kehittäminen koulutuksen avulla

Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2004 alusta voimaan tullut laki ja asetus täydennyskoulutuksesta määrittää osaltaan sairaanhoitajan tietojen päivittämistä. *Täydennyskoulutus* on suunnitelmallista koulutusta, jonka tarkoituksena on ylläpitää ja lisätä henkilöstön ammattitaitoa ja osaamista, sekä tukea terveydenhuollon toimintaa (Terveydenhuollon täydennyskoulutus 2006). Täydennyskoulutuksen tarkoituksena on ylläpitää, saattaa ajan tasalle ja lisätä työntekijän ammattitaitoa ja osaamista. Työnantajalla on rahoitusvastuu täydennyskoulutuksesta. (STM 2008.)

Jo laissa edellytetään terveydenhuollon ammatinharjoittamisen erityisvaatimukseksi potilasturvallisuus ja laadun turvaaminen. Nämä seikat on huomioitava rekrytoinnissa, perehdytyksessä, johtamisessa ja terveysalan koulutuksessa. Kun työnjakoa kehitetään ja muutetaan, työnantajan tulee varmistaa laajennetun tehtäväkuvan edellyttämä osaaminen ja järjestää tarvittaessa lisäkoulutusta. Terveysalan opetusta antavien koulujen on puolestaan varmistettava, että heidän tarjoamansa koulutus vastaa työelämän tarpeita ja terveydenhuollon ammatinharjoittamisen vaatimuksia (STM 2005b).

Sosiaali- ja terveysministeriö ehdottaa, että sairaanhoitajan laajennettuun työnkuvaan liittyvä lisäkoulutus toteutetaan yliopiston maisteritutkintona, ylempänä ammattikorkeakoulututkintona, ammatillisina erikoistumisopintoina tai lyhytkestoisempaan täydennyskoulutuksena. Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavan koulutuksen ja ammatillisten erikoistumisopintojen keskeinen sisältö suunnitellaan valtakunnallisesti yhteneväiseksi. (STM 2005b.)

Osaamisen kehittyminen on jatkuvasti muuttuva ja kehittyvä prosessi. Lähtökohtana osaamisen kehittämiseksi on tunnistaa sen hetkinen osaaminen ja tavoiteltava osaaminen. Tässä opinnäytetyössä vastaanottohoitajan osaamista selvitetään sairaanhoitajille suunnatulla kyselyllä. Osaamisen tunnistaminen tapahtuu vastaanotossa toimivien hoitajien itsensä arvioimana. Asiantuntijaksi oppimisessa korostuu taito reflektoida ja arvioida omaa osaamistaan, jolloin opiskelija tietoisesti ja kriittisesti tutkii ja arvioi kokemustensa ja pyrkimystensä sisältöä, prosessia ja lähtökohtia. Tällöin korostetaan itseohjautuvuuden ja itsenäisyyden merkitystä opiskelussa. (Heikkilä ym. 2003, 22.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaiseksi perusterveydenhuollon vastaanotossa toimivat hoitajat arvioivat ammatillisen osaamisensa. Tavoitteena oli selvittää sairaanhoitajien osaamista kolmella eri tasolla, joita ovat yliammatillinen osaaminen, hoitotyön ydinosaaminen ja vastaanottohoitajan erityisosaaminen. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, millaista osaamista vastaanotolla työskentelevät sairaanhoitajat uskovat tarvitsevansa tulevaisuudessa kehitettäessä lääkärin ja sairaanhoitajien työnjakoa ja siirrettäessä tehtäviä lääkäreiltä sairaanhoitajille. Sairaanhoitajien osaamisen itsearvioinnin lisäksi selvitetään vastaanottohoitajien kanssa yhteistyötä tekevien lääkäreiden ja hoitotyön johtajien näkemyksiä sairaanhoitajalta vaadittavasta osaamisesta nyt ja tulevaisuudessa. Saadun tiedon pohjalta voidaan kehittää vastaanottohoitajien koulutustarpeita vastaavaa täydennyskoulutusta. Tuloksia voidaan käyttää myös työyhteisössä kehityskeskustelun sekä henkilökohtaisen kehityssuunnitelman pohjana.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaiseksi perusterveydenhuollon vastaanotossa toimivat sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen osaamisensa seuraavilla osa-alueilla:
 - yliammatillinen osaaminen
 - hoitotyön ydinosaaminen
 - vastaanottohoitajan erityisosaaminen?
2. Mitkä osa-alueet tehtäviensierrossa edellyttävät hoitajilta uudenlaista ammatillista osaamista tulevaisuudessa?
3. Kuinka tärkeäksi lääkärit ja hoitotyön johtajat arvioivat vastaanottohoitajan osaamisen eri osa-alueilla.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Aineisto

Tutkimuksen kohderyhmä oli perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanotolla toimivat sairaan- ja terveydenhoitajat kuudesta keskisuomalaisesta kunnasta tai terveydenhuollon kuntayhtymästä (N=120). Koska tutkimuksen tavoitteena oli hankkia aineistoa alueellisen täydennyskoulutuksen suunnitteluun, valittiin tutkimukseen mukaan keskisuomalaisia kuntia mahdollisimman kattavasti. Tällä tavoin on mahdollista saada tarkkaa tietoa siitä, millaisia koulutustarpeita Keski-Suomen alueen vastaanottohoitajilla on.

Tutkimuksessa mukana olleissa kunnissa oltiin kiinnostuneita sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisestä työnjaosta ja sen kehittamisestä. Jokaisessa kunnassa tai kuntayhtymässä oli nimetty yhdyshenkilö, jonka luovuttamien sähköpostilistojen kautta kyselylomake lähetettiin linkkinä tutkittaville. Joissakin kunnissa kutsun kyselyyn sai myös päivystyksellistä työtä tekevät hoitajat sekä asiantuntijahoitajat, riippuen kunnan työnjakomallista. Tutkimuksesta rajattiin pois työterveyshuolto, kouluterveydenhuolto ja neuvolat. Tutkimuksen toinen kohderyhmä oli yllä mainittujen kuntien tai terveydenhuollon kuntayhtymien perusterveydenhuollon lääkärit ja hoitotyön johtajat (N=101).

5.2 Menetelmät

Tiedonkeruu hoitajilta tehtiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jonka lopussa oli avoin kysymys koskien sairaanhoitajien koulutustarvetta. Kyselylomakkeella voidaan kerätä tietoa tosiasioista, tiedoista, arvoista ja asenteista, käsityksistä, mielipiteistä ja toiminnasta (Hirsijärvi ym. 2007). Kysymykset laadittiin terveystieteen ammattikorkeakouluverkoston ja Opetusministeriön määrittämien osaamiskompetenssien sekä ARENEn laatimien yleisten työelämäkompetenssien mukaan. Vastaanottohoitajan erityisosaaminen pohjautui kirjallisuuskatsaukseen ja työelämän edustajilta saatuihin kokemuksiin. Tulevaisuuden kehityshaasteita koskevat kysymykset perustuivat STM:n suosituksiin ja tulevaisuuden visioihin asiantuntijahoitajan osaamisesta ja osaamistarpeista.

Mittarin kehittämisessä tärkeää on pohjata kysymykset aihetta koskevaan teoriaan. Mittaria rakentaessa tulee tarkastella kriittisesti osioita ja muuttujia, sekä käyttää apuna asiantuntijoita. Mittari tulee esiteltä, jonka jälkeen osioita ja muuttujia tarkastellaan uudestaan ja muokataan tarpeen mukaan. (Metsämuuronen 2003, 84.)

Kyselyä suunniteltaessa oletettiin sairaanhoitajan hallitsevan kaikilta sairaanhoitajilta edellytettävä perustason osaaminen, jonka vuoksi peruskoulutuksen tuomia yksinkertaisimpia tietoja ja taitoja ei nähty aiheelliseksi selvittää. Lähtökohtaisesti kiinnostus kohdistui täydennyskoulutukseen ja kysymykset luotiinkin siten, että ne palvelisivat uuden oppimista ja perustason tietojen ja taitojen täydentämistä. Kyselylomakkeesta jätettiin pois pääosin erikoissairaanhoidossa hoidettaviin sairauksiin ja potilasryhmiin liittyvät kysymykset. Kyselylomake esiteltiin kahden kunnan ylihoitajille ja lomaketta muokattiin ylihoitajien ehdotusten mukaisesti työelämää palvelevaksi. Kyselylomake pilotoitiin aikuisopiskelijaryhmässä, jonka jälkeen sitä selkeytettiin suomentamalla lääketieteellisiä termejä. Lisäksi kyselylomakkeeseen lisättiin joitakin pitkäaikaissairauksia, kuten nivelreuma ja psoriasis. Syöpä poistettiin pitkäaikaissairauksien hoidosta ja seurannasta, koska syövän hoidon katsottiin kuuluvan erikoissairaanhoidon piiriin.

Kyselylomake oli jaettu kolmeen pääosioon, jotka jakautuivat 12 osa-alueeseen taulukossa 3 esitetyn rakenteen mukaisesti. Lomakkeessa oli myös avoin kysymys, jonka avulla kartoitettiin hoitajien tulevaisuuden koulutustarvetta. Näiden lisäksi lomakkeessa kysyttiin vastaajien taustatietoja. Tutkittavat arvioivat osaamistaan Likertityyppisellä asteikolla: kiitettävästi (4), hyvin (3), tyydyttävästi (2), heikosti (1) ja työhöni ei sisälly tätä osaamisaluetta (0) (ks. Metsämuuronen 2003, 71-72).

Lääkäreiden ja hoitotyön johtajien kyselylomake muokattiin hoitajien lomakkeen pohjalta karsien osa yliammatilliseen osaamiseen liittyvistä kysymyksistä pois. Kliinisen osaamisen, terveydenedistämisoaamisen ja vastaanottohoitajan erityisosaamisen osalta kysymykset olivat samankaltaisia. Lääkäreiltä ja hoitotyön johtajilta kysyttiin hoitajan osaamisen tärkeyttä kunkin muuttujan kohdalla Likertin asteikon mukaisesti: erittäin tärkeää (4), tärkeää (3), melko tärkeää (2), ei tärkeää (1), en osaa sanoa (0).

TAULUKKO 3. Kyselylomakkeen rakenne

Yliammatillinen osaaminen	Hoitotyön ydinosoaminen	Vastaanottohoitajan erityisosaaminen
Itsensä kehittäminen (8 muuttujaa)	Kliinisen hoitotyön osaaminen (24 muuttujaa)	Pitkäaikaissairauksien hoito ja seuranta (16 muuttujaa)
Eettinen osaaminen (5 muuttujaa)	Terveysten edistämisen osaaminen (9 muuttujaa)	Äkillisesti sairastuneitten hoito ja tutkimukset (16 muuttujaa)
Viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen (8 muuttujaa)		Hoitotoimenpiteet (13 muuttujaa)
Kehittämistoiminnan osaaminen (7 muuttujaa)		Osaamistarpeet tulevaisuudessa (7 muuttujaa)
Organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen (5 muuttujaa)		
Kansainvälisyysosaaminen (4 muuttujaa)		

Kyselylomake luotiin ja muokattiin internetpohjaisella Digium- tiedonkeruuohjelmistolla. Kukin vastaaja sai sähköpostissa henkilökohtaisen linkin, jonka avulla he pystyivät täyttämään lomakkeen internetissä. Vastausaikaa oli neljän kunnan osalta kaksi viikkoa ja kahden kunnan osalta viikko. Ensimmäiset neljä kuntaa tai terveydenhuollon kuntayhtymää saivat sähköpostikutsut lomakaudella keväällä 2008, joten he saivat pidemmän vastausajan. Digium-ohjelman asetukset määriteltiin niin, että kukin vastaaja sai vastata kyselyyn vain kerran. Kyselyn vastaukset kirjautuivat anonymisti ohjelman tietokantaan, josta ne saatiin analysoitavaksi vastaajan henkilöllisyyttä tunnistamatta.

5.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto käsiteltiin ja analysoitiin tilastollisesti Digium-ohjelman avulla. Tuloksia havainnollistetaan kuvioin ja taulukoin. Tilastollisina kuvailevina menetelminä käytettiin prosentti- ja frekvenssijakaumia, keskiarvoja, keskihajontaa sekä ristiintaulukointia.

Taustamuuttujista luotiin vertailuryhmät vastaajaan iän, kunnan ja työkokemusvuosien perusteella. Vastaajien iän perusteella tutkittavat jaettiin neljään ryhmään: ”alle 30 vuotta”, ”30–39 vuotta”, ”40–49 vuotta” ja ”yli 50 vuotta”. Kunnat jaettiin tulosten perusteella neljään vertailuryhmään. Kuntajako tehtiin niin, että määrällisesti eniten vastauksia antaneet kolme kuntaa muodostivat omat ryhmänsä (kunnat A-C), ja kolme vähiten vastauksia antanutta kuntaa yhdistettiin (kunta D). Vastaajat jaettiin työkokemuksen perusteella siten, että ensimmäisen ryhmän muodostivat yli 5 vuotta vastaanotossa työskennelleet ja toisen ryhmän alle 5 vuotta vastaanotossa työskennelleet. Hoitotyön johtajat ja lääkärit jaettiin kahteen ryhmään ammatin perusteella.

Aineiston analysointia varten tarkasteltiin frekvenssi- ja prosenttijakaumat, sekä keskiarvot ja keskihajonnat kunkin osaamisalueen ja kysymyksen osalta. Tuloksien ristiintaulukoinnin selittävinä muuttujina käytettiin taustamuuttujia (ikäluokka, kunta, työkokemusvuodet). Ristiintaulukoinnin selitettävinä muuttujina käytettiin tutkimusongelmien muuttujia (yliammatillinen osaaminen, ydinosaaminen, vastaanottohoitajan erityisosaaminen), sekä näiden alakohtia (itsensä kehittäminen, eettinen osaaminen, viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, kehittämistoiminnan osaaminen, organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen, kansainvälisyysosaaminen, kliininen osaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, pitkäaikaissairauksien hoito ja seuranta, äkillisesti sairastuneitten hoito ja tutkimukset, hoitotoimenpiteet ja osaamistarpeet tulevaisuudessa).

6 TULOKSET

6.1 Vastaaajien taustatiedot

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat kuuden Keski-Suomalaisen kunnan tai terveydenhuollon kuntayhtymän perusterveydenhuollon vastaanottohoitajat. Sähköpostikutsujen kautta lähetetyn linkin kyselylomakkeeseen sai 120 hoitajaa. Heistä 57 % vastasi kyselyyn (N=69). Suurin osa vastaajista oli sairaanhoitajia. Valtaosa oli naisia ja työkokemusta vastanneilla oli pääosin yli viisi vuotta. (Taulukko 4.) Ammatillinen lisäkoulutus viimeisen kahden vuoden aikana vaihteli laajasti yksittäisistä koulutuspäivistä ja itsenäisestä opiskelusta ylempään ammattikorkeakoulututkintoon.

TAULUKKO 4. Vastaanottohoitajien taustamuuttujat

Taustamuuttuja	n	%
Kunta		
Kunta A	15	22
Kunta B	19	28
Kunta C	20	29
Kunta D	15	21
Yhteensä	69	100
Sukupuoli		
Nainen	61	92
Mies	5	8
Yhteensä	66	100
Ikä		
Alle 30- vuotta	4	6
30-39 vuotta	16	23
40-49 vuotta	23	35
yli 50 vuotta	24	36
Yhteensä	69	100
Ammatti		
Sairaanhoitaja	46	67
Terveystenhoitaja	20	29
Lähi- tai perushoitaja	0	0
Muu	3	4
Yhteensä	69	100
Työkokemus vastaanottotyössä		
Alle 1 vuotta	0	0
1-2 vuotta	6	9
2-5 vuotta	11	16
yli 5 vuotta	52	75
Yhteensä	69	100

Rinnakkaiskyselyn kohderyhmänä olivat yllämainittujen kuntien ja terveydenhuollon kuntayhtymien perusterveydenhuollon lääkärit ja hoitotyön johtajat (N=101) ja heistä 40 % vastasi kyselyyn (n=40). Vastaajista yli puolet oli naisia. Lääkäreitä vastaajista oli yli kaksi kolmasosaa. (Taulukko 5).

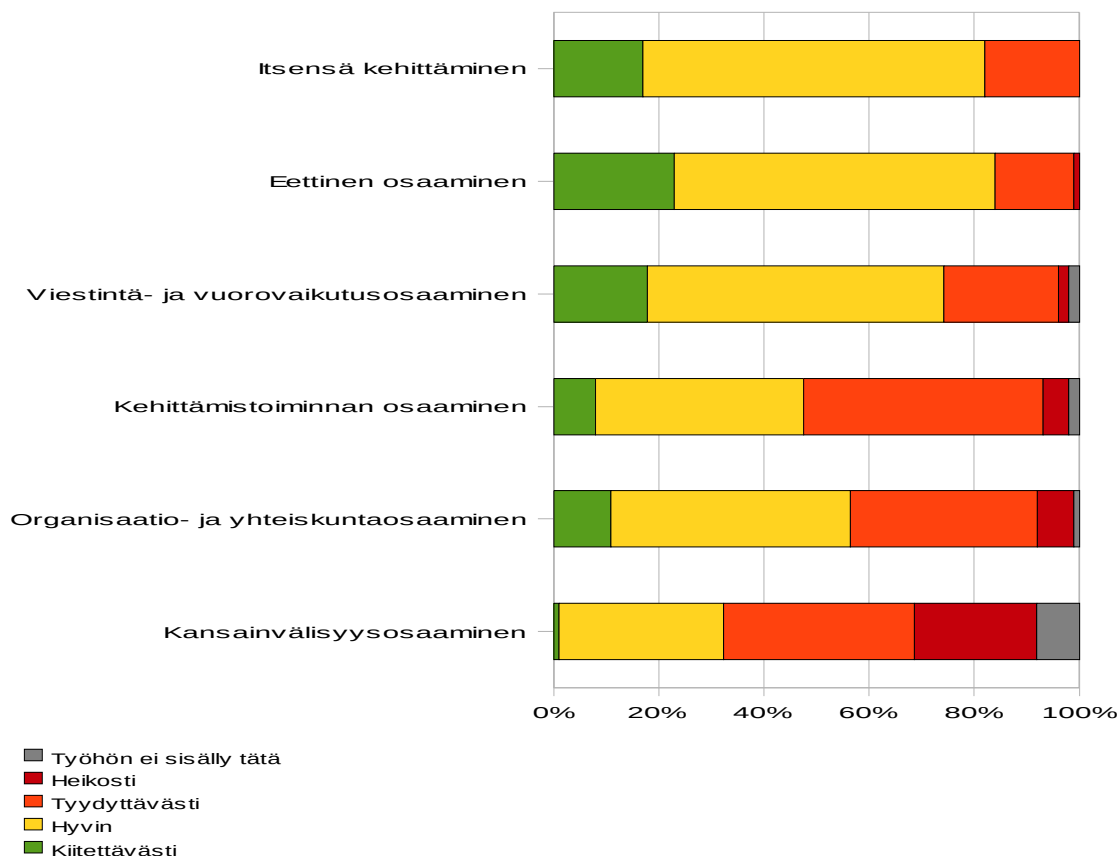
TAULUKKO 5. Lääkäreiden ja hoitotyön johtajien taustamuuttujat (n=40).

Taustamuuttuja	n	%
Kunta		
Kunta A	18	45
Kunta B	11	28
Kunta C	3	8
Kunta D	8	20
Yhteensä	40	100
Sukupuoli		
Nainen	25	63
Mies	15	38
Yhteensä	40	100
Ammatti		
Lääkäri	27	68
Ylihoitaja	3	8
Osastonhoitaja	8	20
Muu	2	5
Yhteensä	40	100

6.2 Yliammatillinen osaaminen

Yliammatillisen osaamisen kohdalla vastaajat arvioivat osaamisensa keskimäärin hyväksi. Vastausten hajonta oli huomattavasti pienempää yliammatillista osaamista koskevissa kysymyksissä, kuin esimerkiksi vastaanottohoitajan erityisosaamista koskevissa kysymyksissä. Yliammatillisen osaamisen kohdalla vastaajan työskentelykunnalla ei ollut merkitystä prosenttiosuuksien perusteella. Koska vastaajista 75 % (n=52) oli työskennellyt vastaanottohoitajana yli 5 vuotta, ei työkokemuksen perusteella tehtävää vertailua osaamistasoista ollut syytä tehdä. Vastaajan iän merkitys näkyi vähäisenä oman osaamisen arvioinnissa. Alle 30-vuotiaat vastaajat arvioivat osaamisensa

keskimäärin hieman paremmaksi kuin muut vastaajat lähes kaikissa yllämainittujen osaamisen alueissa. Yli 50-vuotiaat arvioivat taitonsa keskimäärin muita ikäryhmiä heikommaksi kansainvälisyysosaamisen, kehittämistoiminnan osaamisen, organisaatio- ja yhteiskuntaosaamisen, sekä viestintä- ja vuorovaikutusosaamisen osilta. Yksittäisissä kysymyksissä esiintyi hieman ikähajontaa, mutta erot eivät olleet suuria.



KUVIO 1. Yllämainittujen osaamisen osaamisprofiili hoitajien itsearvioimana (n=69) (%).

6.2.1 Itsensä kehittäminen

Itsensä kehittämisosaamisen kohdalla 82 % vastaajista (n=57) arvioi taitonsa hyväksi tai kiitettäväksi. Vahvin osa-alue itsensä kehittämisosaamisessa oli vastausten mukaan omien voimavarojen ja vahvuuksien tunnistaminen (ka 3.14, kh 0.58), sekä oman ammatillisen osaamisen kehittämistarpeiden määrittely (ka 3.10, kh 0.52). Oma osaaminen liittyen muutoksien ja muutostarpeiden ennakointiin arvioitiin heikoimmaksi itsensä kehittämisosaamisen osa-alueista; sen hallitsi mielestään hyvin tai kiitettävästi

74 % (n=51) hoitajista. Oman toiminnan arvioinnin hallitsi heikosti yksittäiset vastaajat. Muiden kysymysten kohdalla vastaajat arvioivat osaamisensa vähintään tyydyttäväksi.

6.2.2 Eettinen osaaminen

Eettinen osaaminen oli arvioitu vahvimaksi osa-alueeksi yliammatillisista osaamislukista. Eettinen osaaminen oli hyvää kaiken ikäisten vastaajien kohdalla, 84 % (n=58) hoitajista arvioi eettisen osaamisensa ”hyväksi” tai ”kiitettäväksi”. Terveystieteiden keskeisen lainsäädännön tunteminen laski eettisen osaamisen keskiarvoa, sillä sen kohdalla lähes puolet (n=33) vastaajista arvioi laintuntemuksensa tyydyttäväksi tai heikoksi. Asiakaslähtöinen toimintatavan puolestaan hallitsi vastaajista 98 % (n=68) mielestään kiitettävästi tai hyvin. Myös kysymyksen ”Huomioin muut tiimin jäsenet työssäni” kohdalla hoitajat arvioivat osaamisensa kiitettäväksi tai hyväksi (96 %, n=66).

6.2.3 Viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen

Viestintä- ja vuorovaikutusosaamisen kohdalla kaikkien kysymysten osalta 75 % hoitajista (n=52) arvioi osaamisensa hyväksi tai kiitettäväksi. Vastaajaryhmistä alle 30-vuotiaat ja 40–49-vuotiaat vastaajat hallitsivat tämän osa-alueen hieman muita ikäryhmiä paremmin. Hankalimmaksi osa-alueeksi vastaajat kokivat tekniikan hyödyntämisen työssään. Vastaajista 40 % (n=28) arvioi taitonsa tieto- ja viestintätekniikan hallinnassa tyydyttäväksi tai heikoksi. Alle 30-vuotiaista vastaajista kuitenkin 75 % (n= 52) koki hallitsevansa tieto- ja viestintätekniikan hyvin tai kiitettävästi. Suurin koulutustarve tällä osa-alueella oli yli 50-vuotiailla vastaajilla; heistä 33 % (n=23) tunsi osaavansa käyttää tieto- ja viestintätekniikkaa hyvin tai kiitettävästi. Myös muiden muuttujien kohdalla tällä osa-alueella nuorimmat, alle 30- vuotiaat vastaajat, arvioivat taitonsa paremmiksi kuin yli 50- vuotiaat vastaajat. Hoitotyön suullisen ja kirjallisen viestinnän arvioi hallitsevansa tyydyttävästi 25 % (n=17) alle 30-vuotiaista vastaajista. Tästä ikäryhmästä kukaan ei arvioinut hallitsevansa suullista ja kirjallista viestintää kiitettävästi.

6.2.4 Kehittämistoiminnan osaaminen

Kehittämistoiminnan osaamisen osalta yli 50-vuotiaiden ja 30–39-vuotiaiden arviot omista kyvyistä olivat matalammat kuin muiden ikäryhmien. Näissä ikäryhmissä myös hajonta oli verrattain suurempaa. Kaikista vastaajista 48 % (n=33) arvioi osaamisensa olevan hyvää tai kiitettävää kehittämistoiminnan osalta. Tämä osa-alue koettiin vastausten perusteella toiseksi haasteellisimmaksi yllämatillisen osaamisen alaluokista. Pääosin vastaajien kehittämisosaamisen taso on tyydyttävää tai hyvää. Kiitettäväksi kehittämisosaamisensa arvioi jokaisen muuttujan kohdalla alle 10 % (n=7) vastaajista.

6.2.5 Organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen

Organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen oli kehittämistoiminnan osaamisen tavoin heikointa yli 50-vuotiaiden ryhmässä ja toiseksi heikointa 30–39-vuotiaiden ryhmässä. Alle 30-vuotiaat vastaajat luokittelivat osaamisensa kuitenkin suhteellisen hyväksi. Kaikista vastaajista 56 % (n=39) luokitteli yleisen organisaatio- ja yhteiskuntaosaamisensa kiitettäväksi tai hyväksi. Parhaiten organisaatio- ja yhteiskuntaosaamisen osalta hallittiin oman toiminnan organisointi (87 % hallitsi hyvin tai kiitettävästi) ja oman ajankäytön hallinta (57 % hallitsi hyvin tai kiitettävästi). Oman asiantuntijuuden markkinointi koettiin haastavimmaksi. Osaamisensa markkinoinnin hallitsi mielestään heikosti 19 % (n=13) ja tyydyttävästi 48 % (n=33) vastaajista. Myös yhteiskunnallinen vaikuttaminen koettiin vaikeaksi. Vastaajista 12 % (n=8) tunsikin yhteiskunnallisen vaikuttamisen mahdollisuuksia heikosti ja 61 % (n= 42) tyydyttävästi.

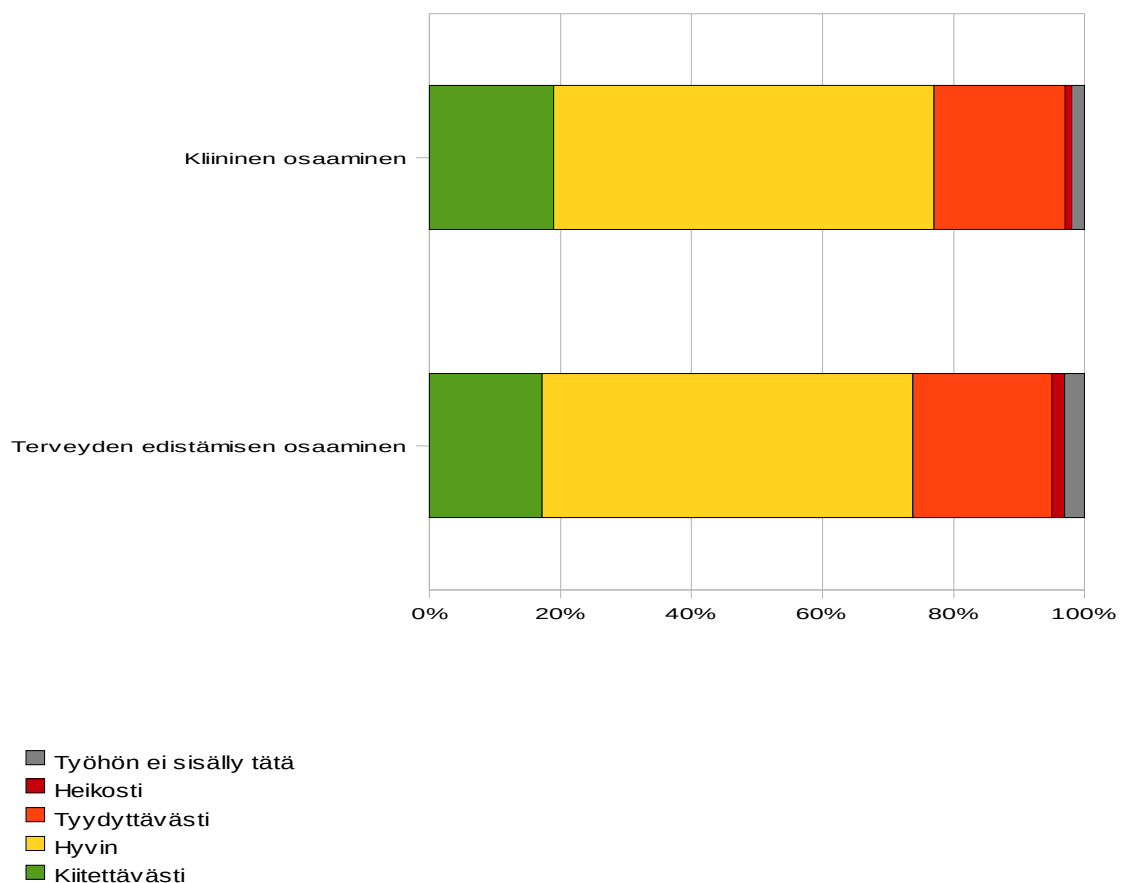
6.2.6 Kansainvälisyysosaaminen

Kansainvälisyysosaaminen oli vastaajien keskuudessa sitä vahvempaa, mitä nuorempi vastaaja oli. Yli 50-vuotiaiden vastaajien arviot omasta osaamisestaan olivat tyydyttäviä, kun taas 30-vuotiaat vastaajat arvioivat kansainvälisyysosaamisen hyväksi. Kansainvälisyysosaaminen koettiin haasteellisimmaksi osa-alueeksi yllämatillisen osaamisen alaluokista. Kaikki vastaajat mukaan luettuna kansainvälisyysosaamisen arvioi kiitettäväksi tai hyväksi 32 % (n=22), ja tyydyttäväksi tai heikoksi 59 % (n=41) tutkittavista. Vastaajista 8 % (n=6) sanoi, ettei tarvitse kansainvälisyysosaamista työssään. Suomen kielen lisäksi muita kieliä työssään osasi käyttää hyvin tutkittavista 17 % (n=12), mutta kiitettävästi ei kukaan. Yli 50-vuotiaista vastaajista 83 % (n=57)

ilmoitti osaavansa käyttää muita kieliä kuin suomen kieltä heikosti tai enintään tyydyttävästi. Toisaalta tässä vastaajaryhmässä 4 % (n=3) ilmoitti, ettei tarvitse muiden kielten osaamista työssään lainkaan. Oman alan kansainvälisten tietolähteiden hyödyntäminen koettiin vaikeaksi. Kaikista vastaajista 92 % (n=63) arvioi hallitsevansa kansainvälisten tietolähteiden käytön heikosti tai tyydyttävästi.

6.3 Hoitotyön ydinosaaminen

Yli puolet vastaajista arvioi hoitotyön ydinosaaminen kohdallaan keskimäärin hyväksi sekä klinisen osaamisen, että terveydenedistämisen kompetenssien kohdalla. (Kuvio 3.)

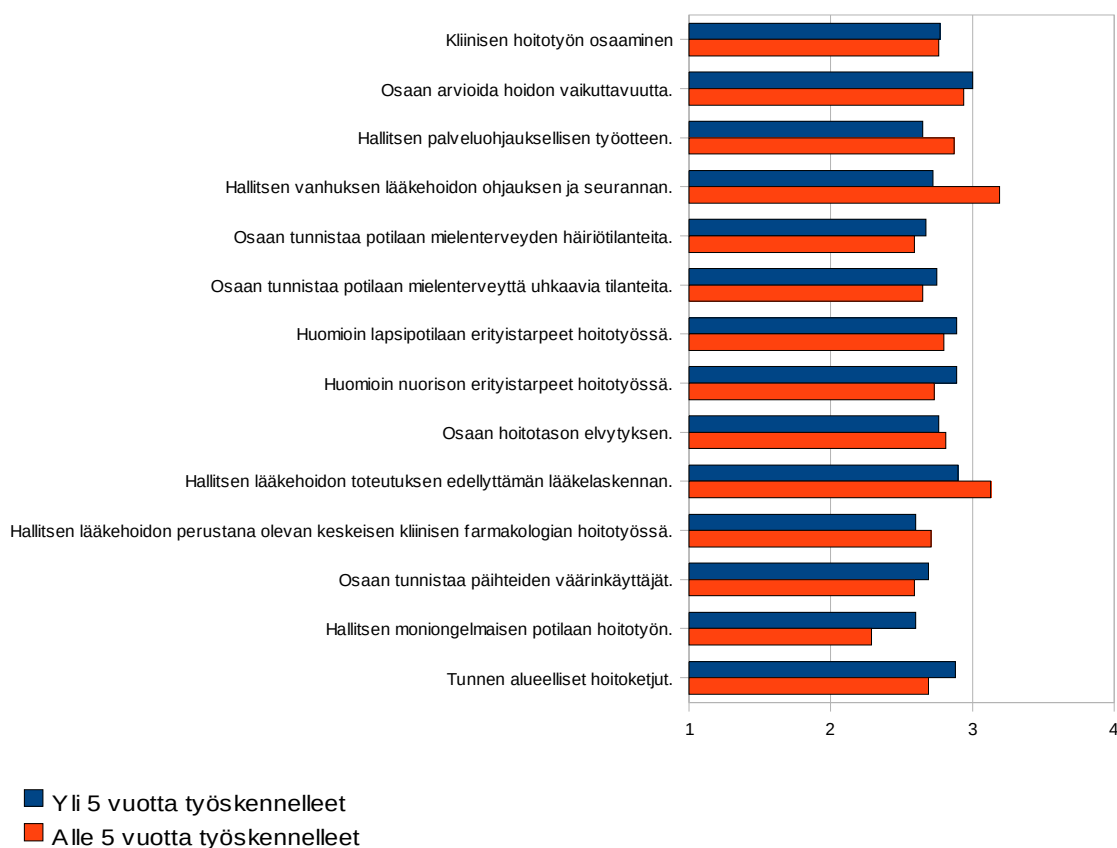


KUVIO 2. Ydinosaamisen osaamisprofiili hoitajien itsearvioimana (n=69) (%).

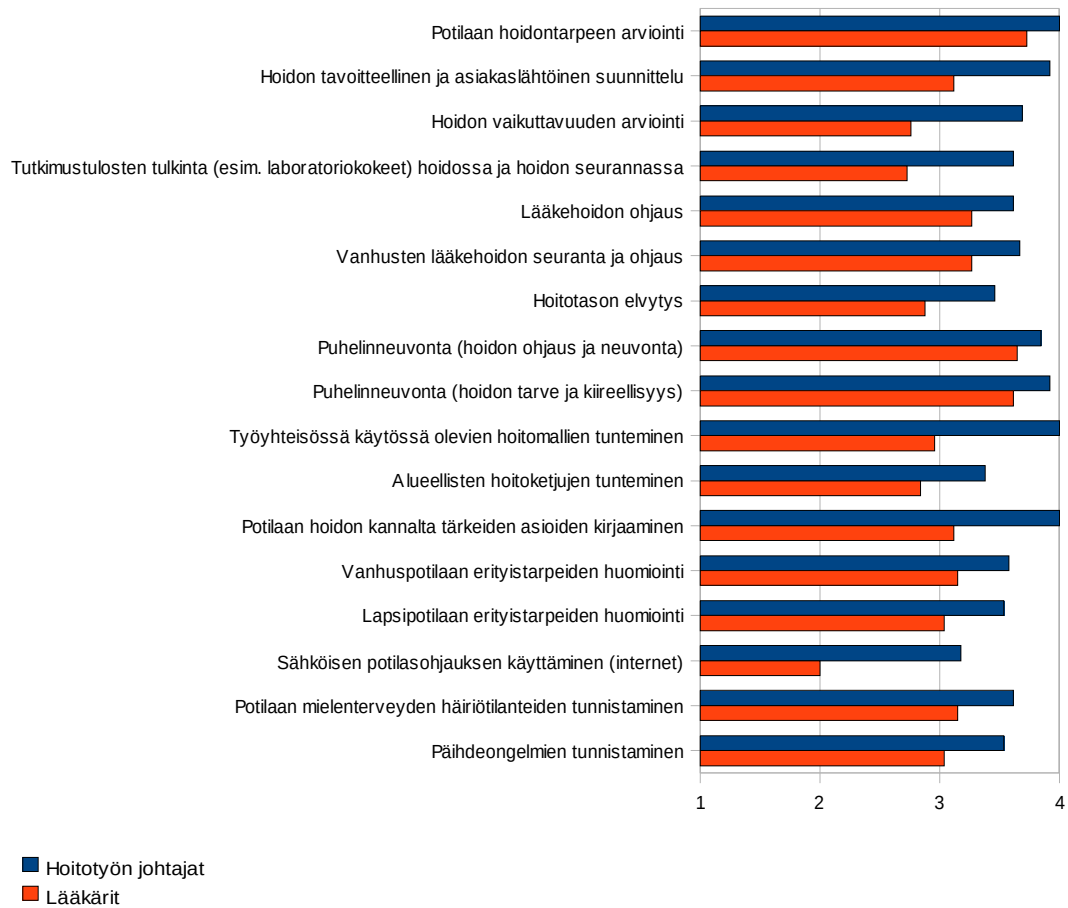
6.3.1 Kliininen hoitotyö

Kaikissa kunnissa kliinisen hoitotyön osaaminen oli keskimäärin hyvää. Osassa kliinisen hoitotyön osaamisalueista lähes kaikki tutkittavat vastasivat hallitsevansa osa-alueen hyvin tai kiitettävästi, osassa kysymyksistä vastaajajoukko jakautui kahtia tiedot ja taidot keskimäärin hyvin hallitseviin ja keskimäärin tyydyttävästi hallitseviin.

Hoitajien itsearvioinnin mukaan osaaminen oli ”hyvää” tai ”kiitettävää” ($ka > 3,25$, $kh < 0,59$) potilaiden hoidon tarpeen arviointiin, hoidon potilaslähtöisen suunnitteluun, puhelinneuvontaan (hoidon tarve ja kiireellisyys) ja itsenäiseen päätöksentekokykyyn liittyvissä kysymyksissä, erityisesti yli 5 vuotta vastaanotossa työskennelleiden kohdalla. Alle 5 vuotta vastaanotolla työskennelleet hoitajat hallitsivat muita paremmin hoitotyön edellyttämän farmakologian tiedon, lääkelaskennan, palveluohjauksellisen työotteen ja hoitotason elvytyksen. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Hoitajien (n=69) itsearvioimana heikoimmin hallitut kliinisen hoitotyön osa-alueet ($ka \leq 3$) osa-alueet yli ja alle 5 vuotta vastaanotolla työskennelleiden ryhmissä (1= heikosti, 2= tyydyttävästi, 3= hyvin, 4= kiitettävästi).

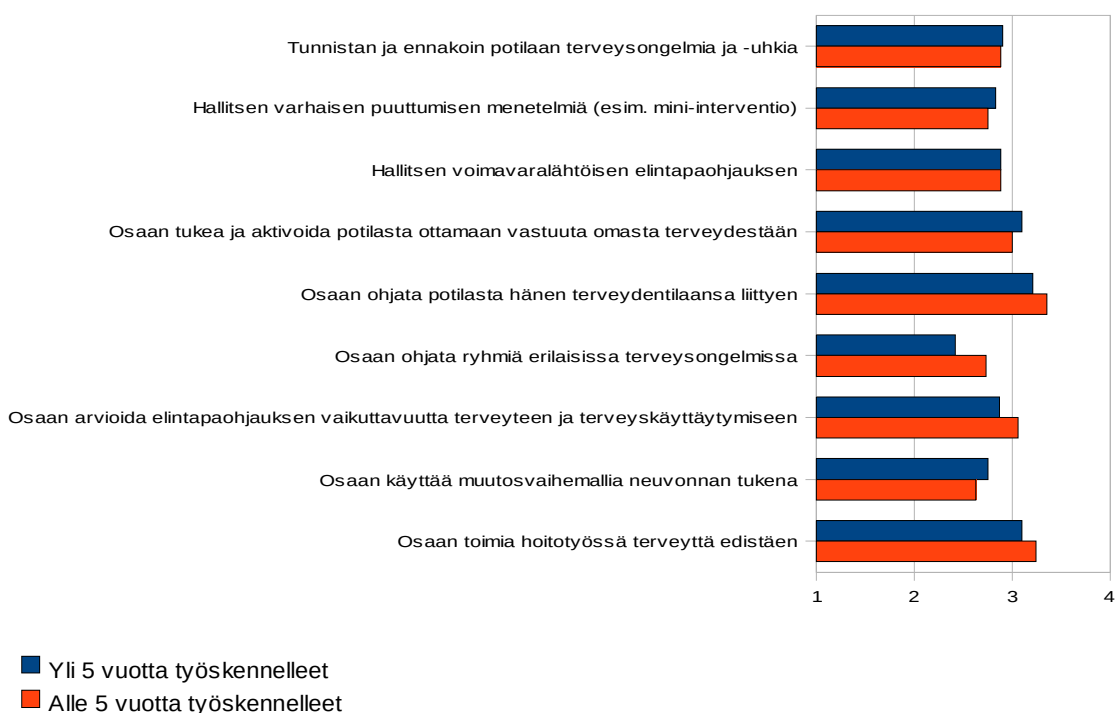


KUVIO 4. Vastaanottohoitajan klinisen osaamisen tärkeys lääkärin ja hoitotyön johtajien (n=40) arvioimana (1= ei tärkeä, 2= melko tärkeä, 3=tärkeä, 4= erittäin tärkeä).

Hoitotyön johtajat (n=11) kokivat erittäin tärkeäksi lähes kaikki klinisen osaamisen osa-alueet. He arvioivat vastaanottohoitajalta vaadittavan klinisen osaamisen keskimäärin erittäin tärkeäksi ja lääkärit (n=27) tärkeäksi. Erittäin tärkeäksi koettiin molempien vastaajaryhmien osalta potilaan hoidon tarpeen arviointi ja puhelinneuvonta (hoidon ohjaus ja neuvonta) sekä hoidon tarpeellisuuden ja kiireellisyyden arviointi puhelimesta. Sähköisen potilasohjauksen (internet) hallinta koettiin lääkärin osalta melko tärkeäksi ja hoitotyön johtajien osalta tärkeäksi.

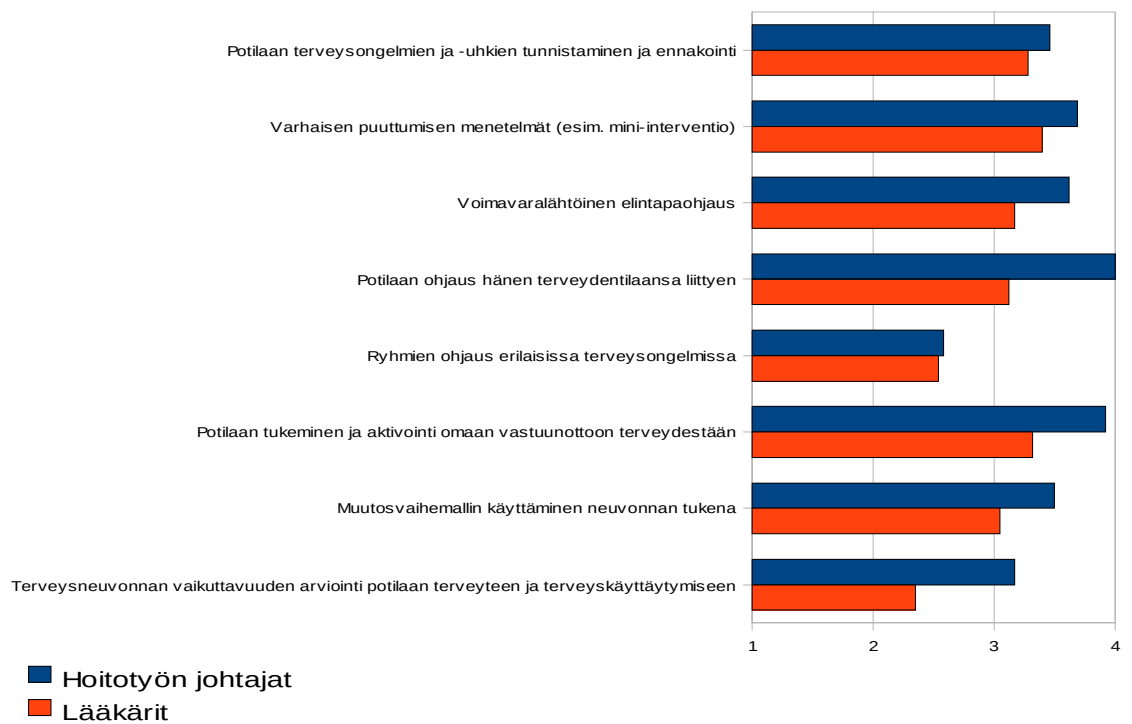
6.3.2 Terveiden edistäminen

Terveiden edistämisen osaaminen hallittiin keskimäärin hyvin. Hoitajat kokivat hallitsevansa parhaiten hoitotyössä toimimisen terveyttä edistäen, potilaan tukemisen ja aktivoinnin ottamaan vastuuta omasta terveydestään sekä potilaan ohjauksen hänen terveydentilaansa liittyen. Heikoimmat arviot omasta osaamisestaan terveyden edistämisen osalta koskivat ryhmänohjaustaitoja erityisesti yli 5 vuotta vastaanotolla työskennelleiden kohdalla. (Kuvio 5).



KUVIO 5. Terveiden edistämisen osaamisprofiili vastaanotossa yli ja alle 5 vuotta työskennelleiden hoitajien (n=69) itsearvioimana (1=heikosti, 2= tyydyttävästi, 3= hyvin, 4= kiitettävästi).

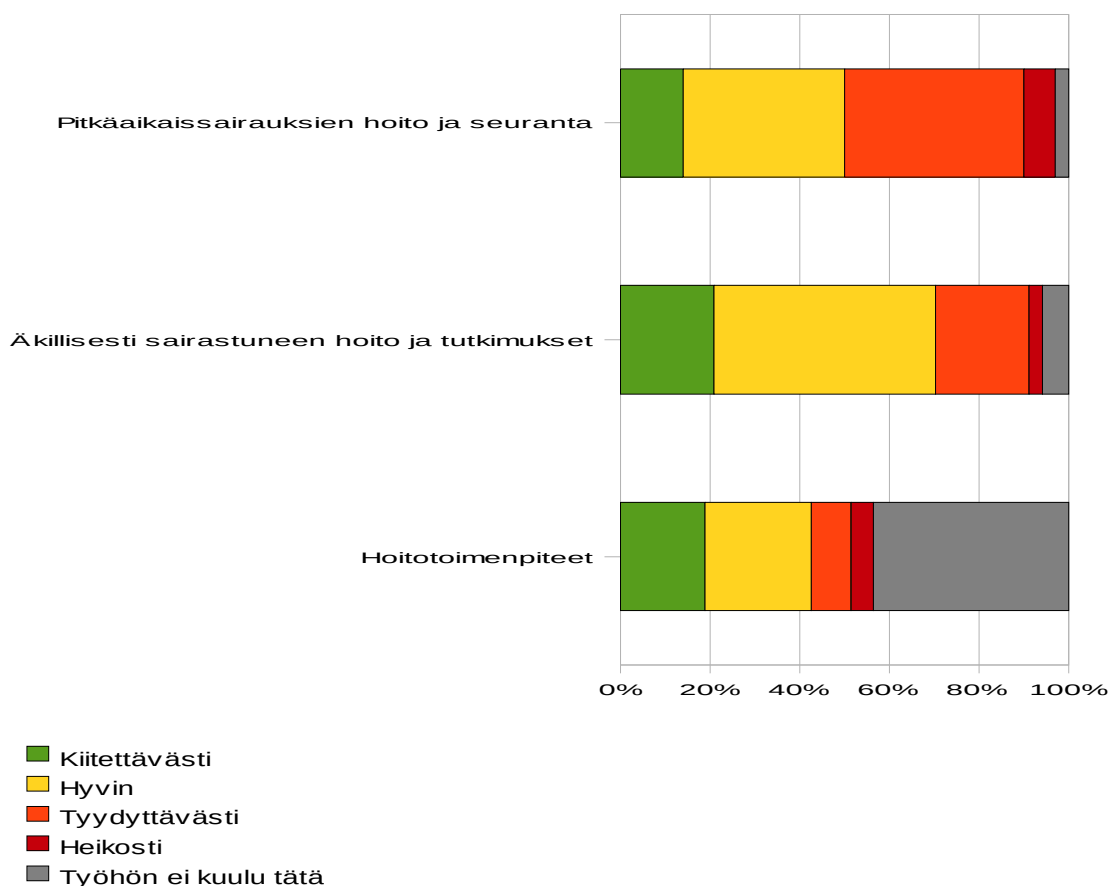
Hoitotyön johtajien ja lääkäreiden mielipiteillä terveyden edistämisen osa-alueiden tärkeydestä oli jonkin verran hajontaa. Hoitotyön johtajat kokivat vastaanottohoitajan potilasohjausvalmiudet erittäin tärkeiksi. Myös potilaan tukeminen ja aktivointi ottamaan vastuuta omasta terveydestään, potilaan voimavara- ja elintapaohjaus ja varhaisen puuttumisen menetelmien hallitseminen nähtiin keskimäärin erittäin tärkeinä. Lääkäreiden mielestä terveyden edistämisaikojen osaaminen oli keskimäärin tärkeää. Sekä lääkärit että hoitotyön johtajat pitivät ryhmänohjaustaitoja keskimäärin melko tärkeinä. (Kuvio 6).



KUVIO 6. Vastaanottohoitajan terveyden edistämisen osaamisen tärkeys lääkärin ja hoitotyön johtajien (n=40) arvioimana (1= ei tärkeä, 2= melko tärkeä, 3=tärkeä, 4= erittäin tärkeä).

6.4 Vastaanottohoitajan erityisosaaminen

Vastaanottohoitajan erityisosaamisen kolmen osa-alueen vastauksissa oli jonkin verran hajontaa riippuen vastaajan iästä, työkokemuksesta, työnkuvasta ja työskentelykunnasta. Näiden muuttujien välisiä suhteita ei kuitenkaan taulukoitu, sillä eroavaisuudet olivat vähäisiä ja sattumanvaraisia.

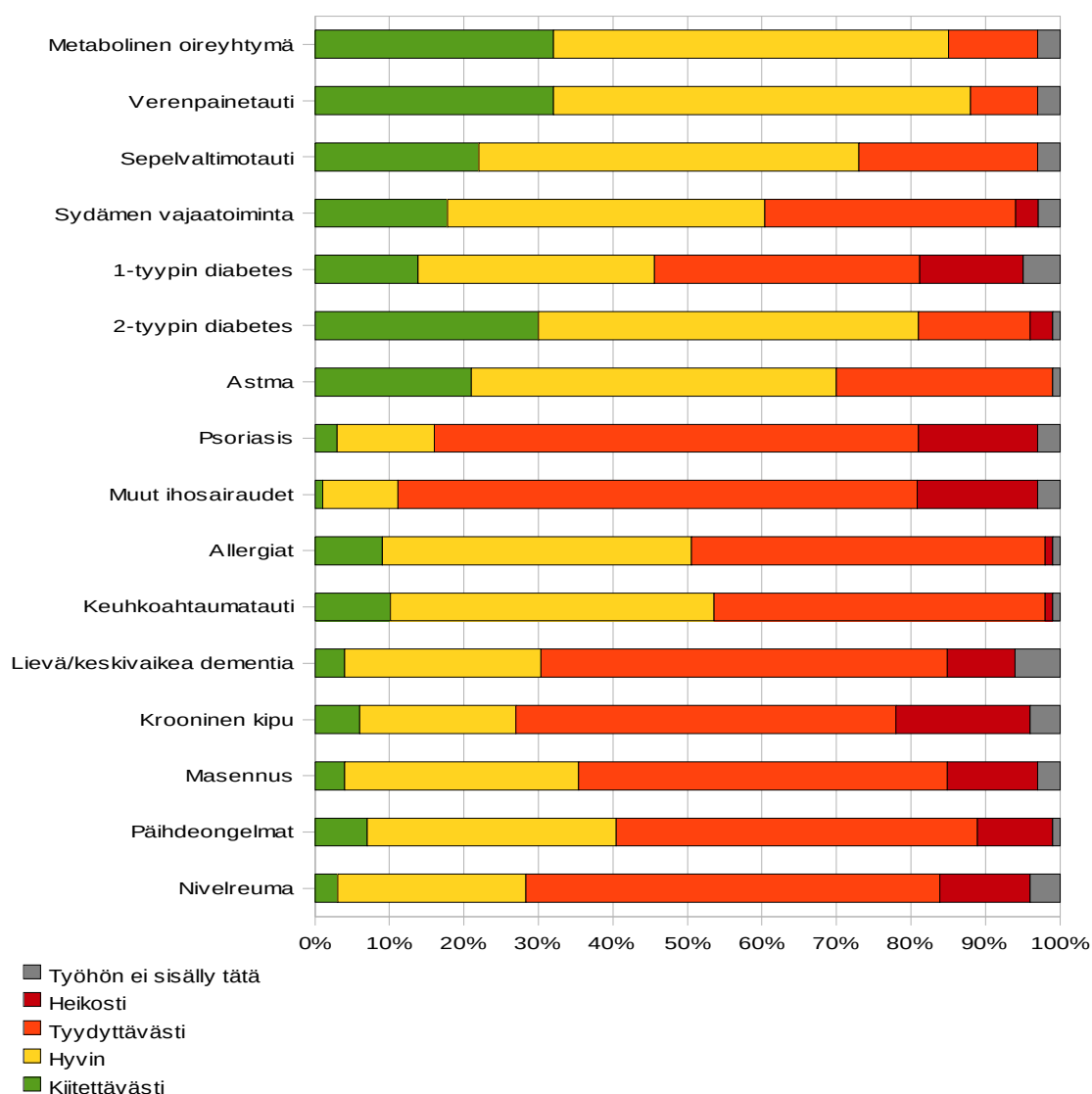


KUVIO 7. Vastaanottohoitajan erityisosaamisen osaamisprofiili hoitajien itsearvioimana (%) (n=69).

6.4.1 Pitkäaikaissairauksien hoito ja seuranta

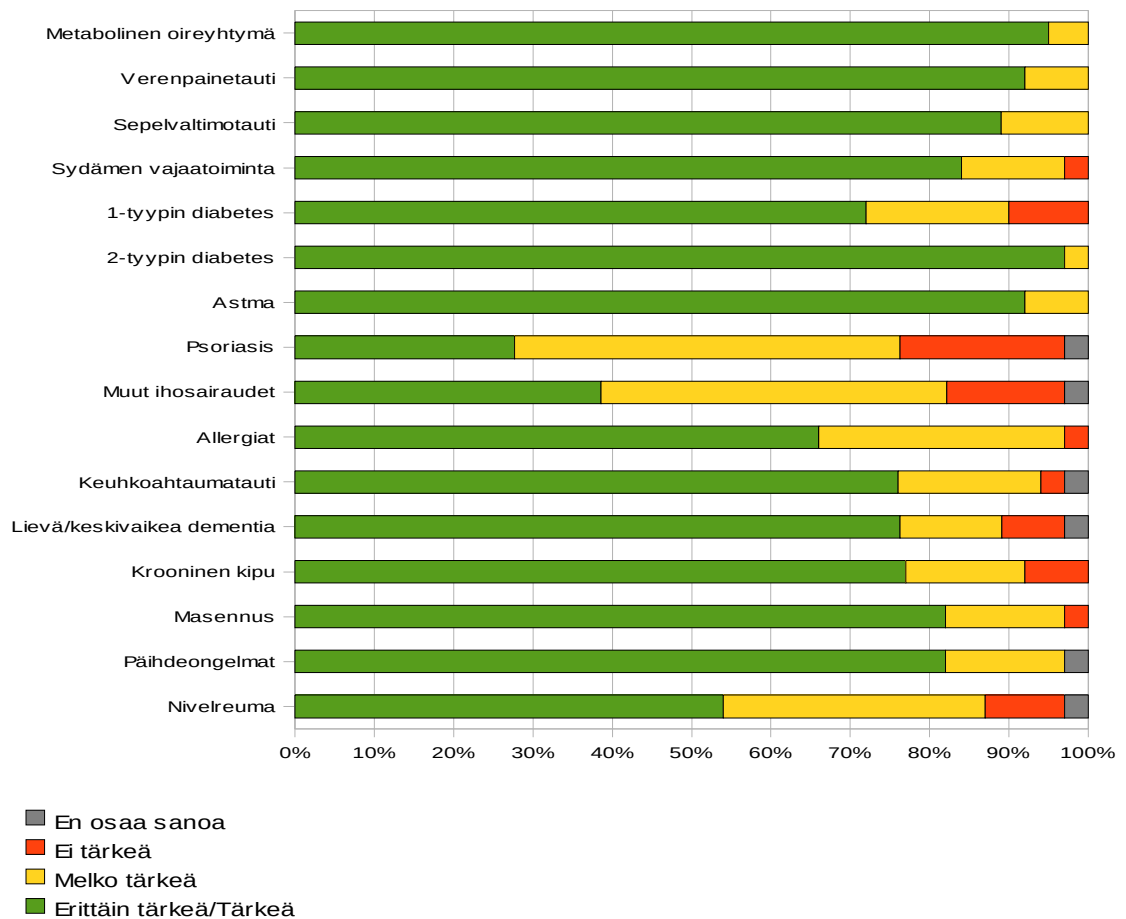
Pitkäaikaissairauksien hoidossa ja seurannassa vastausten välillä oli hieman hajontaa. Ristiintaulukoinnin mukaan iällä ja työkokemusvuosilla ei ollut suurta merkitystä osaamiseen itsearvioituna. Eri kuntien välillä oli pitkäaikaissairauksien kohdalla pieniä eroavaisuuksia. Lomakkeessa mainittujen sairauksien lisäksi hoitajat mainitsivat munuaisten vajaatoiminnan, uniapnean, kroonisten haavojen ja syövän pitkäaikaissairauksiksi, joihin he tarvitsisivat lisäkoulutusta.

Hoitajat arvioivat hallitsevansa parhaiten metabolisen oireyhtymän ja erilaisten kardiovaskulaaristen pitkäaikaissairauksien hoidon. Heikoiten hoitajat arvioivat hallitsevansa ihotautien, nivelreuman, kroonisen kivun, dementiaan ja masennuksen hoidon ja seurannan. Koulutustarpeesta esitetyn avoimen kysymyksen vastaukset tukivat osittain näitä tuloksia. Toisaalta myös sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes vaativat tietojen päivittämistä, vaikka 1-typin diabetesta lukuun ottamatta reilusti yli puolet hoitajista koki hallitsevansa näiden sairauksien hoidon ja seurannan kiitettävästi tai hyvin.



KUVIO 8. Pitkäaikaissairauksien hoidon ja seurannan osaamisprofiili hoitajien itsearvioimana (%) (n=69).

Lääkärit ja hoitotyön johtajat arvioivat kardiovaskulaaristen pitkäaikaissairauksien hoidon ja seurannan hallitsemisen keskimäärin erittäin tärkeäksi. Sen sijaan ihotautien hoidon ja seurannan koki vastaajista 15 % (n=6) ”ei tärkeäksi”. Nivelreuman hoidon ja seurannan hallitsemisen koki erittäin tärkeäksi tai melko tärkeäksi valtaosa. Kuitenkin 10 % (n=4) lääkäreistä ja hoitotyön johtajista arvioi nivelreuman hoidon ja seurannan osaamisen vastaanottohoitajalle ”ei tärkeäksi”. Taulukossa mainittujen lisäksi muistihäiriöt, osteoporoosi, krooniset haavat ja metabolinen oireyhtymä erityisesti miehillä mainittiin tärkeiksi osaamisen päivittämistä kaipaaviksi pitkäaikaissairauksiksi. Keskimäärin tärkeimmiksi osaamisalueiksi lääkärit ja hoitotyön johtajat kokivat niiden pitkäaikaissairauksien hoidon ja seurannan, joista hoitajilla on omien arvioidensa mukaan eniten tietoa. (Kuvio 9).

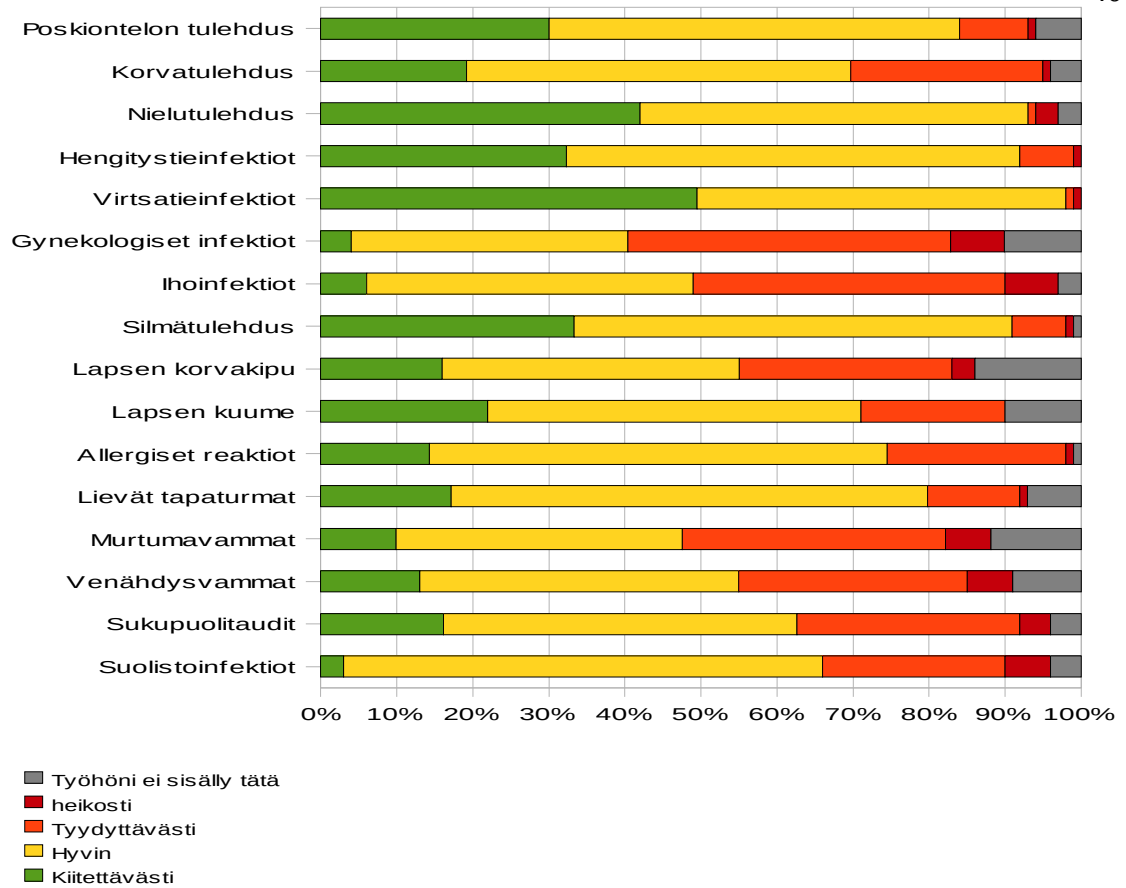


KUVIO 9. Pitkäaikaissairauksien hoidon ja seurannan osaamisen tärkeys lääkärin ja hoitotyön johtajien (n=40) arvioimana (%).

6.4.2 Äkillisesti sairastuneitten hoito ja tutkimukset

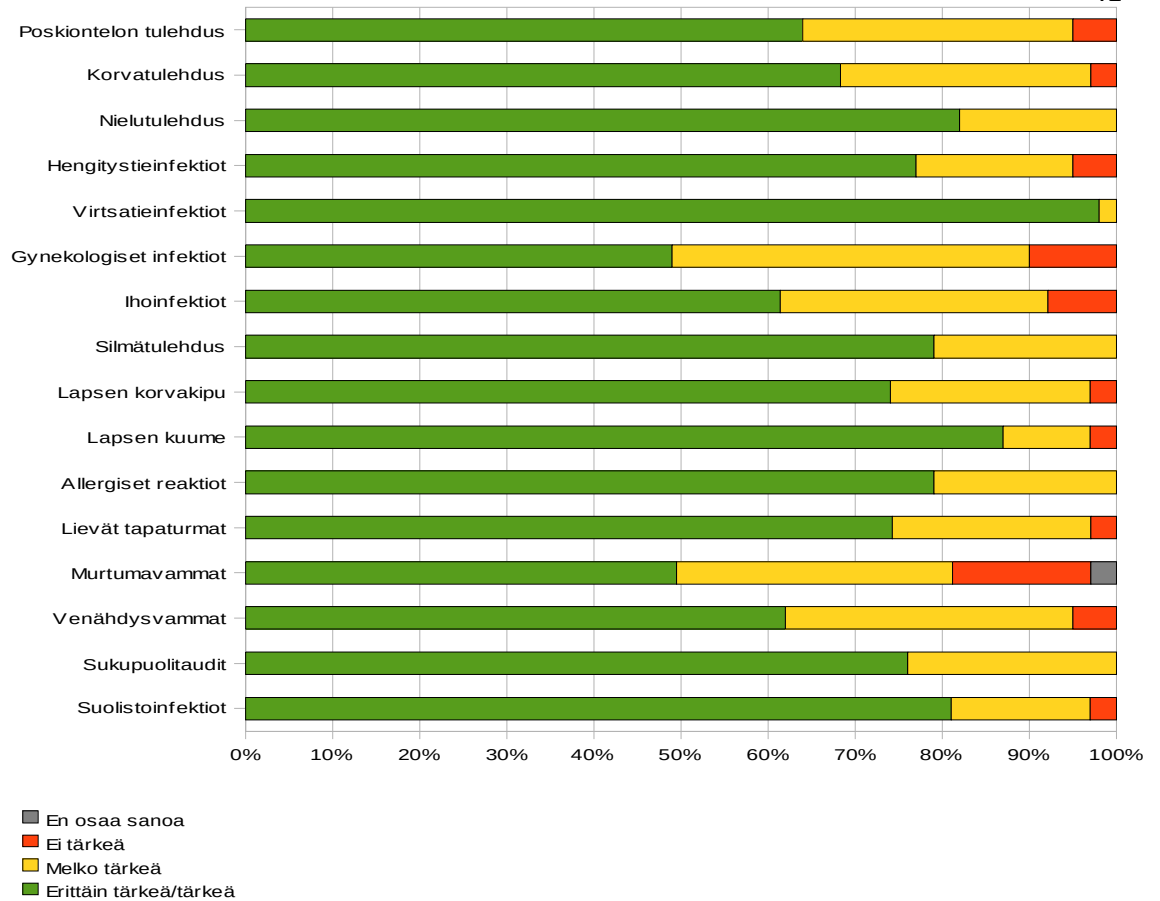
Äkillisesti sairastuneitten hoidossa ja tutkimuksissa oli jonkin verran hajontaa sen mukaan, millaisia työtehtäviä vastaajalla oli. Osa vastaajista työskenteli pääosin päivystystyössä ja heillä osaaminen oli äkillisesti sairastuneitten hoidon ja tutkimusten osalta vahvempaa. Parhaiten hoitajat kokivat hallitsevansa virtsatieinfektion hoidon, 98 % vastaajista (n=67) ilmoitti hallitsevansa virtsatieinfektion hoidon hyvin tai kiitettävästi. Valtaosa vastaajista hallitsi hyvin tai kiitettävästi myös poskiontelon tulehduksen, nielutulehduksen, hengitystieinfektioiden, silmätulehduksen ja lievien tapaturmien hoidon ja tutkimukset.

Heikoiten vastaajat kokivat hallitsevansa gynekologisten- ja ihoinfektioiden hoidon. Gynekologisten infektioiden hoidon ja tutkimukset hallitsi tyydyttävästi tai heikosti 49 % vastaajista (n=34). Toisaalta 10 % (=7) vastaajista sanoi, etteivät gynekologiset infektiot kuulu heidän työhönsä. Vastaajista vajaa puolet (n=33) arvioi hallitsevansa ihoinfektioiden hoidon tyydyttävästi tai heikosti. Vajaa kolmannes hallitsi suolistoinfektioiden, sukupuolitautilien, venähdysvammojen, murtumavammojen, korvatulehduksen ja lapsen korvakivun hoidon ja tutkimukset tyydyttävästi tai heikosti. Vastaajista kymmenesosa mainitsi, ettei työhön sisälly venähdys- ja murtumavammojen hoitoa. Lasten korvakipu ei sisällynyt työhön vastaajista 14 %:lla (n=10). Vastauksissa huomattavaa oli, että niistä, joiden työhön tietty äkillinen sairaus sisältyy, noin puolet hallitsi kyseisen sairauden hoidon ja tutkimukset keskimäärin hyvin, toisen puolikkaan hallitessa saman sairauden hoito ja tutkimukset heikosti. (Kuvio 10).



KUVIO 10. Äkillisesti sairastuneitten hoidon ja tutkimusten osaamisprofiili hoitajien (n=69) itsearvioimana (%).

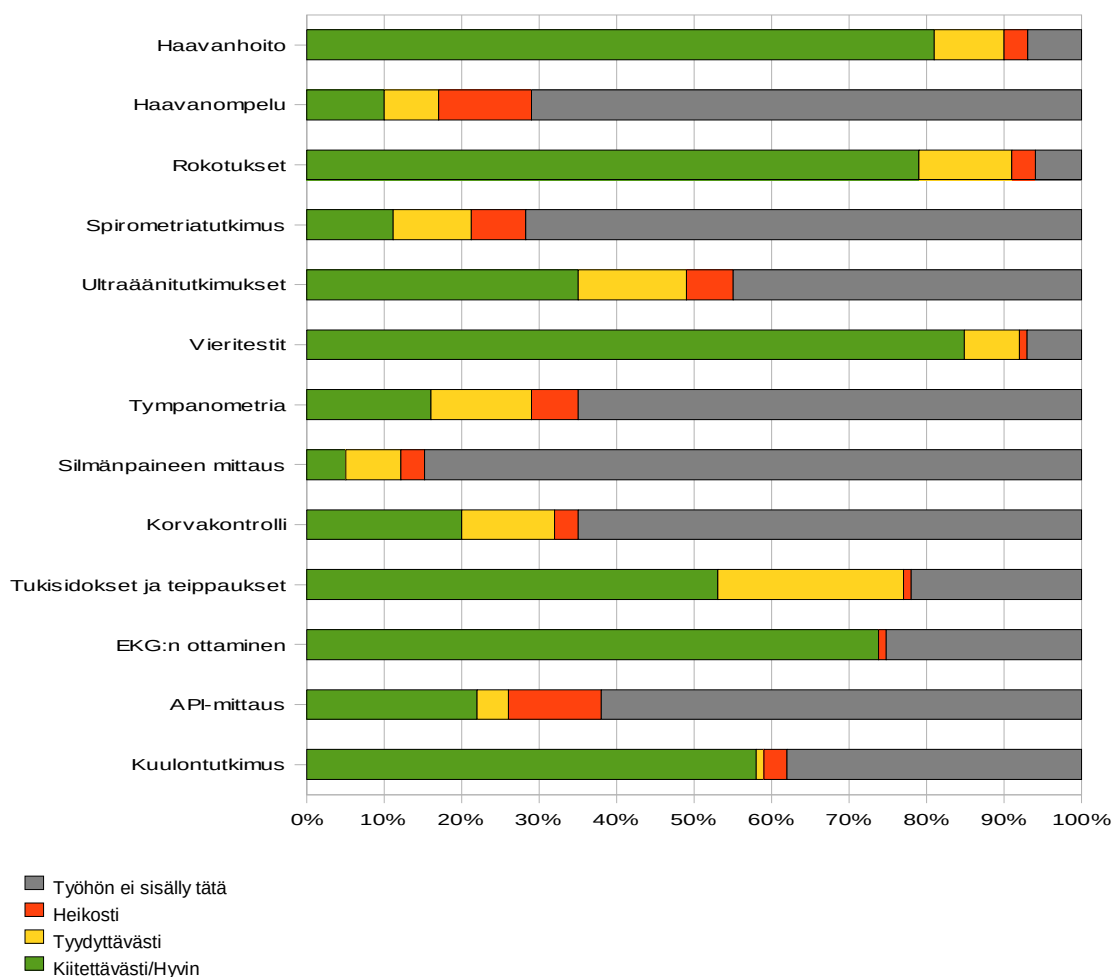
Valtaosa lääkäreistä ja hoitotyön johtajista arvioi osaamisen lähes kaikissa äkillisten sairauksien hoidossa ja tutkimuksissa erittäin tärkeäksi tai tärkeäksi. Virtsatieinfektion, nielutulehduksen, allergisten reaktioiden, silmätulehduksen ja sukupuolitautilien hoidon ja tutkimusten osaamista pitivät kaikki vastaajat erittäin tärkeänä tai tärkeänä. Vajaa 20 % lääkäreistä ja hoitotyön johtajista koki, että gynekologisten- ja ihoinfektioiden hoito on ”melko tärkeää” tai ”ei tärkeää”. Vastaajista 16 % (n=6) ei pitänyt murtumavammojen hoidon ja tutkimusten osaamista vastaanottohoitajalle tärkeänä. ”Jokin muu äkillinen sairaus, mikä?” - kysymykseen lääkärit ja hoitotyön johtajat olivat maininneet päänsäryn oireena sekä rinta- ja vatsa-alueen kiputilat. (Kuvio 11).



KUVIO 11. Vastaanottohoitajan osaamisen tärkeys äkillisesti sairastuneitten hoidossa ja tutkimuksissa lääkäreiden ja hoitotyön johtajien (n=40) arvioimana (%).

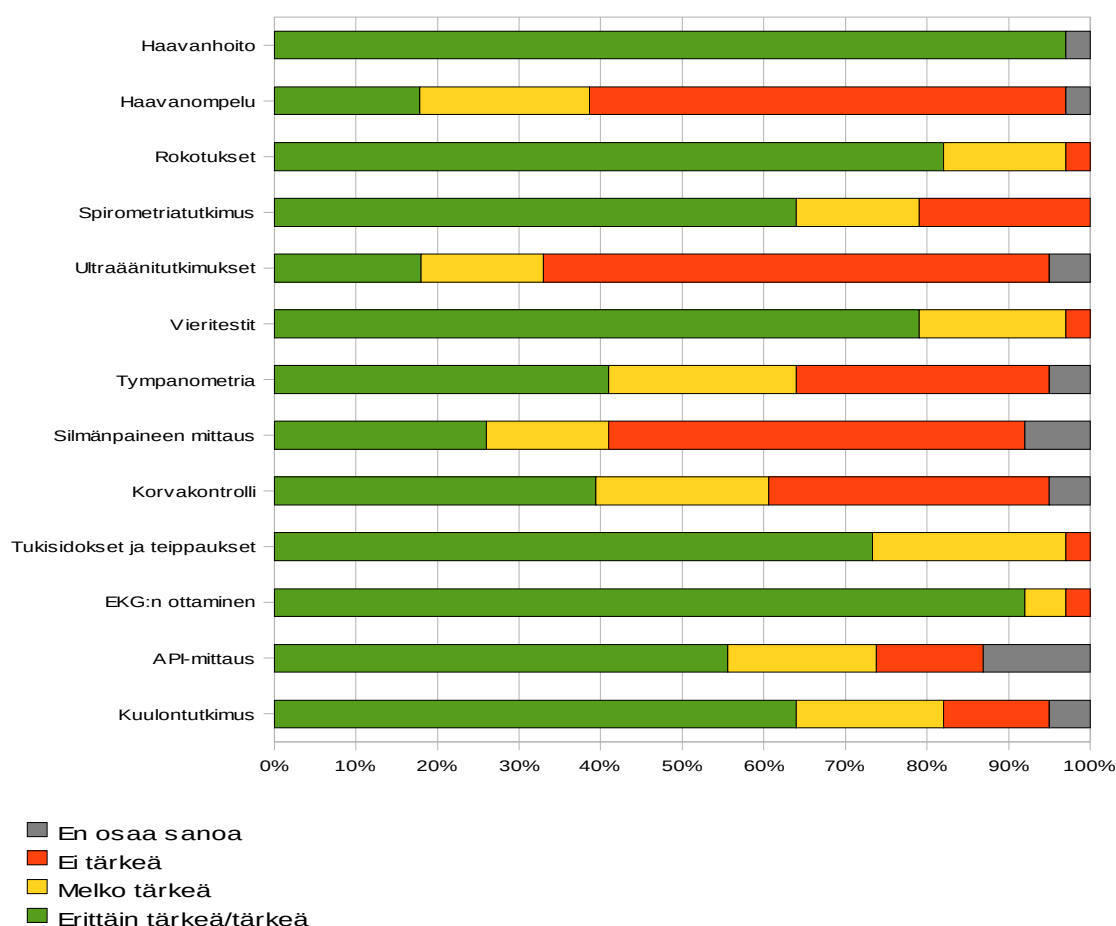
6.4.3 Hoitotoimenpiteet

Hoitotoimenpiteitten osalta vastaajajoukko jakautui niin, että tiettyä toimenpidettä työssään tekevä yleensä hallitsi toimenpiteen hyvin tai kiitettävästi. Vastaajista lähes kaikki hallitsivat kiitettävästi tai hyvin haavanhoidon, rokotukset ja vieritestit. Lähes kaikki muut vastaajat ilmoittivat, etteivät nämä toimenpiteet sisälly omaan työhön. Kuulontutkimuksen ja EKG:n ottamisen osasi yksittäisiä vastaajia lukuun ottamatta kiitettävästi tai hyvin kaikki ne hoitajat, joiden työhön nämä toimenpiteet kuuluivat. Vastaajista 71 % (n=49) ilmoitti, ettei haavan ompelu tai spirometria kuulu heidän työhönsä. Loppujen 29 %:n (n= 20) kohdalla osaaminen jakautui tasaisesti kiitettävästä heikkoon. Tukisidokset ja teippaukset kuuluivat työhön 88 %:lla (n=61) vastaanottohoitajista, mutta heistä 34 % (n=18) arvioi osaavansa tukisidokset ja teippaukset tyydyttävästi tai heikosti. Lisäksi Holter-laitteen käyttö mainittiin ”muu hoitotoimenpide, mikä?” -kysymyksessä taitona, jonka osaamista tulisi päivittää. (Kuvio 12).



KUVIO 12. Hoitotoimenpiteiden osaamisprofiili hoitajien (n=69) itsearvioimana (%).

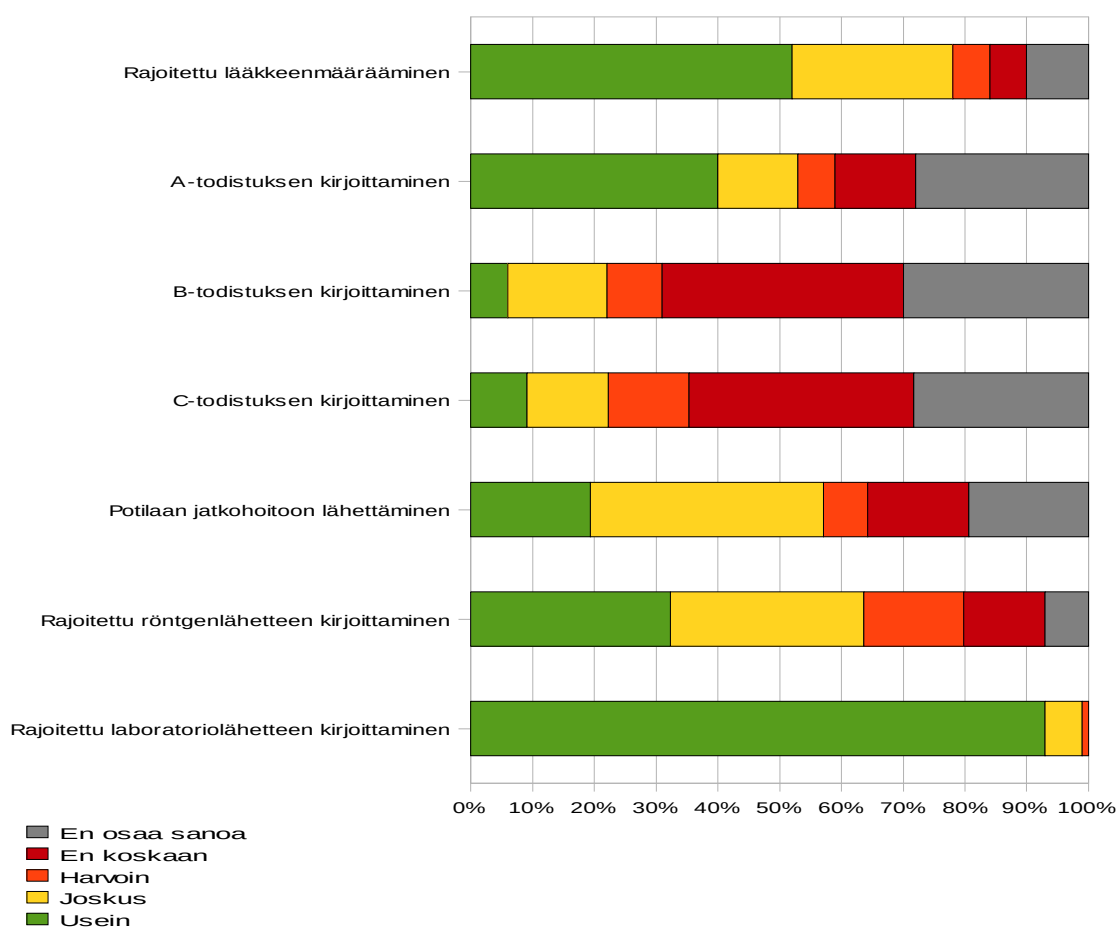
Lääkäreistä ja hoitotyön johtajista lähes kaikki arvioivat haavanhoidon osaamisen olevan erittäin tärkeää tai tärkeää. Valtaosa heistä koki myös osaamisen EKG:n ottamisessa, vieritesteissä ja rokotuksissa sekä tukisidosten ja teippausten kohdalla erittäin tärkeäksi tai tärkeäksi. Sen sijaan haavanompelun ja ultraäänitutkimuksen (esim. virtsarakko ja poskiontelot) osaamisen vastaanottohoitajalle arvioi erittäin tärkeäksi tai tärkeäksi vain 18 % (n=7). Vastaavasti haavanompelusta 59 % vastaajista (n=24) ja ultraäänitutkimuksesta 62 % vastaajista (n=25) arvio, ettei kyseisten hoitotoimenpiteitten osaaminen ole vastaanottohoitajalle tärkeää. Lääkärit ja hoitotyön johtajat mainitsivat muina osaamista vaativina hoitotoimenpiteinä mm. sensibilisaatio- eli siedätyshoidon, suonensisäisen nesteytyksen aloittamisen, prick-testauksen, uniapnea- ja holterointilaitteiden käytön ohjauksen sekä rasitus-EKG:n ja skopiat lääkärin työparina. (Kuvio 13).



KUVIO 13. Hoitotoimenpiteiden osaamisen tärkeys vastaanottohoitajalla lääkäreiden ja hoitotyön johtajien (n=40) arvioimana (%).

6.5 Tehtävänsiirtoihin liittyvä osaaminen

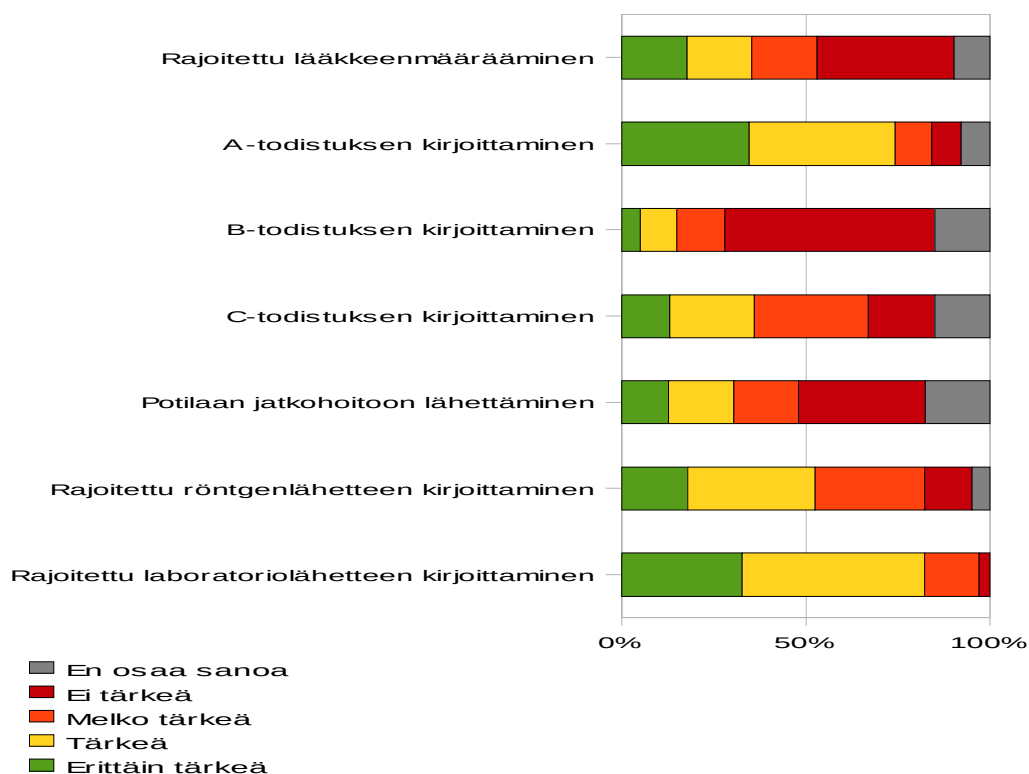
Vastaanottohoitajista lähes poikkeuksetta kaikki uskoivat tarvitsevänsä usein laboratoriolähetteen kirjoittamiseen vaadittavia taitoja tulevaisuudessa tehtävänsiirtojen myötä. Myös röntgenlähetteen kirjoittamisen yleisyyteen uskoi 63 % (n=43) ja rajoitettuun lääkkeenmääräämiseen 78 % (n=54) hoitajista. Potilaan jatkohoitoon lähettämisen arvioi tapahtuvan usein 19 % (n= 13) ja joskus 37 % (n=26) vastaajista. Yli puolet vastaanottohoitajista uskoi tarvitsevänsä usein taitoja A-todistuksen kirjoittamiseen tulevaisuudessa. Kolmasosa arvioi, että B- ja C-todistusten kirjoittamistaitoja ei tarvita tulevaisuudessa koskaan, toinen kolmasosa vastasi ”en osaa sanoa”. (Kuvio 14).



KUVIO 14. Hoitajien (n=69) arvioimat tulevaisuuden osaamistarpeet (%).

Lääkäreiden ja hoitotyön johtajien vastausryhmässä oli jonkin verran hajontaa vastausten välillä. Lääkäreistä ja hoitotyön johtajista 38 % (n=15) piti rajoitetun lääkkeenmääräämisen edellyttämiä taitoja ”ei tärkeinä” vastaanottohoitajalle. Vastaavasti 36 % (n=14) piti kyseisiä taitoja erittäin tärkeinä tai tärkeinä. Vastaajista valtaosa piti A-todistuksen kirjoittamistaitoja erittäin tärkeinä tai tärkeinä, mutta B-todistuksen kir-

joittamistaitoja piti erittäin tärkeänä tai tärkeänä vain 15 % (n=6). Kolmasosa uskoi vastaanottohoitajan tarvitsevan C-todistuksen kirjoittamiseen vaadittavia taitoja tulevaisuudessa. Laboratoriolähetteen kirjoittamisen vaadittamia taitoja piti 83 % (n=33) lääkäreistä ja hoitotyön johtajista erittäin tärkeinä tai tärkeinä. Vastaavasti hieman yli puolet vastaajista piti röntgenlähetteen kirjoittamistaitoja erittäin tärkeinä tai tärkeinä vastaanottohoitajalle. (Kuvio 15).



KUVIO 15. Vastaanottohoitajien tulevaisuuden osaamisen tärkeys lääkärin ja hoitotyön johtajien (n=40) arvioimana (%).

6.6 Koulutustarpeet tulevaisuudessa

Kyselylomakkeen lopussa esitettyyn avoimeen kysymykseen tulevaisuuden koulutustarpeista tuli laajasti ja monipuolisesti vastauksia. Määrällisesti eniten hoitajat toivoivat lääketieteellistä ja kliinistä koulutusta johonkin tiettyyn sairauteen tai hoitotoimenpiteeseen liittyen. Toiseksi eniten toivottiin lääkehoidon ja farmakologian, sekä lääkelaskennan koulutusta. Myös erilaisten potilasryhmien hoidosta, erityisesti lasten hoitotyöstä koettiin tarvittavan lisäkoulusta. Yliammatillisista taidoista tietojen päivi-

tystä toivottiin koskien ATK-taitoja ja englanninkieltä. Muut koulutustoiveet koskivat hoidon tarpeen arviointia, hoitokäytäntöjen ja -suositusten opetusta ja akuuttihoitotyötä. Yksittäisissä vastauksissa toivottiin myös ohjausta työssäjaksamiseen ja muutokseen sopeutumiseen.

Osa vastaajista toivoi saavansa ”vastaanottohoitajan koulutuksen/pätevyyden” ja osa toivoi ”tietojen päivitystä ja jo olemassa olevan tiedon syvennystä”. Vastaajat kokivat, että täydennyskoulutuksen tulisi syventää sairaanhoitajan koulutuksen antamaa perusosaamista ja sen tulisi olla astetta haastavampaa. Vastaajat olivat kiinnostuneet myös uusista tutkimustuloksista ja ”uusista tuulista” jonkin tietyn sairauden tai hoitotoimenpiteen kohdalla. Lääketieteellisistä osa-alueista vastaajat toivoivat useimmiten koulutusta diabeteksesta, sydän- ja verisuonisairauksista, astmasta, ihotaudeista, mielenterveysongelmista sekä murtuma- ja venähdysvammoista. Myös korva- ja silmätaudit, gynekologiset sairaudet ja tutkimukset, ortopediset sairaudet, reuma, osteoporoosi ja haavat mainittiin kiinnostaviksi aihealueiksi.

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen lähtökohtana oli selvittää perusterveydenhuollon vastaanotolla työskentelevän hoitajan osaamista ja osaamistarpeita täydennyskoulutuksen suunnittelua varten. Tutkimuksen yhtenä tarkoituksena oli myös selvittää tulevaisuuden tehtävänsiirtojen muodostamat uudet osaamishaasteet.

7.1 Tutkimustulosten pohdinta

Vastaanottohoitajien täydennyskoulutusta suunniteltaessa tulee ottaa huomioon hoitajien yksilöllisyys ja yksilölliset osaamistarpeet. Vastaajajoukko oli hyvin heterogeeninen, ja keskimääräinen osaamistaso kussakin muuttujassa vaihteli huomattavasti riippuen vastaajan työskentelykunnasta, työkokemusvuosista ja työtehtävistä. Pääosin hyvin hallittiin ne osaamisalueet, joita hoitajat työssään eniten tarvitsivat. Esimerkiksi hoitotoimenpiteitä koskevissa muuttujissa vastaajajoukko jakautui tietyn hoitotoimenpiteen kiitettävästi ja hyvin hallitseviin sekä niihin, jotka eivät tee kyseisiä hoitotoimenpiteitä vastaanotollaan.

Yliammatillinen osaaminen, erityisesti eettinen osaaminen, itsensä kehittämisosaaminen ja viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, olivat vastaanottohoitajilla vahvoja. Sairaanhoitajakoulutuksessa on ehkä muita aloja enemmän painotettu eettistä arvoosaamista ja potilaan kohtaamista (Moisio 2006, 21), mikä näkyy hoitajien keskuudessa vahvana eettisenä osaamisena. Vain laintuntemus laski eettisen osaamisen keskiarvoa. Työnjaon mahdolliset epäselvyydet ja tehtäviensirtoihin liittyvä keskeneräinen lainsäädäntö voi olla osaltaan vaikuttamassa hoitajien laintuntemuksen epävarmuuteen. Myös itsemääräämisoikeus ja muut eettiset kysymykset saattavat mutkistaa sinänsä selkeitä lakiasetuksia. Erityisesti tehtävien siirtyessä täytyy työntekijöiden olla ajan tasalla muun muassa potilaslaista ja uudesta sähköisen kirjaamisen asetuksista. Myös potilaan hoidon kiireellisyyden arviointi ja hoitoonpääsyn turvaaminen liittyvät keskeisesti vastaanottohoitajan työhön. Resurssien vähyys liittyen henkilökunnan saatavuuteen ja potilaan asianmukaiseen hoitoon eivät välttämättä täsmää lain asettamien vaatimusten kanssa, mikä voi myötävaikuttaa hoitajien epävarmuuteen lainsäädäntöä koskevista kysymyksistä.

Vastaajista vajaa puolet (n=22) arvioi taitonsa tieto- ja viestintätekniikan hallinnassa tyydyttäväksi tai heikoksi. Tietotekniikan nopea kehitys ja osaamisen päivitys luovat haasteita myös sosiaali- ja terveysalalle, sillä työtavat ja menetelmät muuttuvat hyvin nopeasti. Vielä vuonna 1999 kolmasosa sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä ei käyttänyt lainkaan tietotekniikkaa työssään (Suomi ym. 2004, 2277), mikä näkyy erityisesti yli 50-vuotiaitten vastauksista. Heistä vain kolmasosa tunsia osaavansa käyttää tieto- ja viestintätekniikkaa hyvin tai kiitettävästi. Kuitenkin samalla sosiaali- ja terveysala muuttuu entistä enemmän tietotekniikkapainotteiseksi (Metsämuuronen 2000, 6-9) muun muassa nopean tiedonsiirron ja tiedon helpon käytettävyyden vuoksi.

Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla tullaan tarvitsemaan yhä enemmän kansainvälisyysosaamista (mm. Heikkilä, Miettinen, Paunonen & Mäkelä 2003, 22; Kuoppamäki 2007, 31; Lauri 2006, 53; Tuomi 2005, 85). Kansainvälisyysosaaminen näkyi tutkimuksessa heikkoina erityisesti yli 50-vuotiaiden vastaajien keskuudessa. Kielitaito näytti olevan sitä heikompaa, mitä vanhempi vastaaja oli. Englannin lisäksi ei muita kieliä koettu Keski-Suomalaisten hoitajien keskuudessa tarvittavan, mikä näkyi avoimien vastauksien vähäisissä kielikoulutustoiveissa. Lähes kaikki vastaajat arvioivat

hallitsevansa tyydyttävästi tai heikosti oman alan kansainvälisten tietolähteitten käytön hoitotyön tukena.

Organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen sekä kehittämistoiminnan osaaminen ovat nykypäivänä kysyttyjä ominaisuuksia uudella työntekijällä. Nämä osa-alueet koettiin vastaanottohoitajien osalta haasteellisimmiksi yliammatillisen osaamisen osaamisalueista. Vain noin 10 % arvioi taitonsa näillä osa-alueilla kiitettäväksi. Osaltaan näiden taitojen heikkouteen voi vaikuttaa hoitajan työn kiireellisyys ja omien vaikutusmahdollisuuksien huono tuntemus. Kehittämistoiminta voidaan nähdä ylimääräisenä, työhön kiinteästi kuulumattomana rasitteena.

Yhteenvetona vastaanottohoitajan yliammatillisesta osaamisesta voidaan todeta, että muuttuvat menetelmät, lait ja tulevaisuuden haasteet muodostavat tärkeimmät osaamisen päivittämistä vaativat osa-alueet. Sen sijaan tiimityötaidot, potilaan asiakaslähtöinen ja yksilöllinen hoito ja itsensä kehittäminen ovat suhteellisen muuttumattomina osaamisalueina hoitajille vahvempia.

Kliinisen hoitotyön osaamisalueista hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi, itsenäinen päätöksenteko ja potilaan hoidon suunnittelu luonnistui hoitajilta hyvin. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi oli myös lääkäreiden ja hoitotyön johtajien mukaan tärkeitä vastaanottohoitajan työnkuvan osa-alueita. Osaamista hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa tarvitaan myös tulevaisuudessa purkamaan erikoissairaanhoidon painetta. Sekä eettisten että taloudellisten näkökulmien vuoksi on tärkeää saada potilas nopeasti asianmukaisen ja tarpeellisen hoidon piiriin, mutta myös ohjata ”ei-kiireellisiä” potilaita kotihoitossa ja oireitten tarkkailussa.

Lisäkoulutusta vastaanottohoitajat kaipasivat moniongelmaisen potilaan hoitotyöstä, potilaan mielenterveyden häiriötilanteiden sekä mielenterveyttä uhkaavien tilanteiden tunnistamisesta. Mielenterveysongelmien ja avohoidon lisääntyminen tuottavat kasvavia haasteita perusterveydenhuollolle (OPM 2007; STM 2006). Vastaanottohoitaja tai omasairaanhoitaja on usein ensimmäinen terveydenhuollon kontakti, jonka mielenterveyden häiriöistä kärsivä tai kriisiytyneeseen elämäntilanteeseen joutunut kohtaa. Vastaanottohoitajalta tämä vaatii omanlaistaan tilanneherkkyyttä ja oikeita työmenetelmiä, jotta potilaan tilanteeseen osataan puuttua ja sitä voidaan alkaa hoitamaan. Esimerkiksi päihdeongelmien taustalla piilee lähes poikkeuksetta mielenterveyson-

gelmia (Lamminen 2008). Jos hoito keskittyy yksipuolisesti vain potilaan sen hetkiseen päihdeongelmaan, saattaa hoito jäädä pinnalliseksi ja hyödyttömäksi.

Tuloksissa yllättävää oli, että eri ikäryhmien hoitotyössä haasteellisimmaksi ryhmäksi koettiin lapset ja nuoret. Tämä saattaa johtua siitä, että lasten ja nuorten hoitotyö on keskittynyt pääsääntöisesti kouluterveydenhuoltoon ja neuvolaan. Vastaanottohoitajan työ sisältää kuitenkin tutkimusten mukaan suhteellisen paljon lasten hoitotyötä. Erään tutkimuksen mukaan vastaanottohoitajan potilaista jopa 22 % oli 0-4 vuotiaita lapsia. (Barton, Baramée, Sowers & Robertson 2003, 39.) Päivystyksellisissä tilanteissa pienen lapsen tila on myös nopeasti muuttuva ja siksi haasteellinen hoitotyöntekijälle. Erityisesti puhelinneuvonta, hoidon kiireellisyyden arviointi ja kotihoidon ohjaus vanhemmille ovat tärkeitä vastaanottohoitajan osaamisalueita erityisesti päivystysaikaan.

Lääkehoidon osalta lääkelaskenta hallittiin hyvin, mutta farmakologian ja erityisesti vanhuksen lääkehoidon ohjauksen ja seurannan suhteen koettiin osaamisessa olevan puutteita (ks. Kivelä 2006, 48). Tehtävänjaon näkökulmasta tämä vaikuttaa siihen, millaista täydennyskoulutusta vastaanottohoitaja erityisesti tarvitsee. Myös lääkärit ja hoitotyön johtajat arvioivat esimerkiksi varfariinin ja furosemidin titrauksen vanhukSELLA olevan tulevaisuudessa niitä lääkehoidon osa-alueita, jotka saattavat osin siirtyä lääkäriltä hoitajalle.

Sairaanhoitajan peruskoulutuksessa farmakologinen koulutus on jäänyt aiemmin ehkä vähemmälle huomiolle, koska tähän asti lääkärin on katsottu olevan perusterveydenhuollossa pääsääntöisesti vastuussa potilaan kotilääkityksen määräämisestä ja seurannasta. Hoitajista kuitenkin yli puolet uskoi kirjoittavansa tulevaisuudessa lääkeresepitejä usein ja kolmannes uskoi kirjoittavansa niitä joskus. Hoitotyön johtajista ja lääkäreistä kolmannes piti rajoitettuun lääkkeenmääräämiseen liittyviä taitoja hoitajille ”erittäin tärkeinä” ja toinen kolmannes ”ei tärkeinä”.

Lääkkeenmääräämisen pitäminen lääkärin yksinoikeutena nähdään ehkä enemmänkin vastuun määrittelemisen vaikeutena ja pelkona potilasturvallisuuden vaarantumisesta, kuin resursseja vapauttavana ja potilaan hoidonsaantia nopeuttavana tai helpottavana tekijänä. Toisaalta voidaan pohtia, kuinka paljon jo nykyisin sairaanhoitajat määräävät valmiiksi lääkärin allekirjoittamia reseptejä esimerkiksi virtsatietulehduksiin. Näissä

tapauksissa vastuukysymykset ja potilaan oikeudenmukainen hoito kyseenalaistuu. Ruotsissa hoitajat opiskelevat peruskoulutuksen sisältämän lisäksi 10–20 opintopisteen verran farmakologiaa ja tautioppia, jonka jälkeen he voivat anoa rajattua lääkkeenmääräämislupaa Sosiaalishallitukselta (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005). Asianmukainen, riittävän kattava sekä laaja vastaanottohoitajan farmakologinen koulutus takaisi rajoitetun lääkkeenmääräämisen edellytysten täyttymisen ja selventäisi myös vastuunjako.

Terveysten edistämisenosaaminen hallittiin vastaanottohoitajien keskuudessa pääosin hyvin lukuun ottamatta muutosvaihemallin käyttämistä neuvonnan tukena sekä ryhmänohjaustaitojen hallitsemista. Muutosvaihemalli koettiin kuitenkin vastaanottohoitajan osaamisalueista lääkäreiden ja erityisesti hoitotyön johtajien näkökulmasta keskimäärin tärkeäksi. Ryhmien ohjaus terveysneuvonnan keinona olisi tulevaisuudessa nopea ja taloudellinen keino esimerkiksi vastasairastuneitten diabeetikkojen tai sydän- ja verisuonisairauksia sairastavien kohdalla. Esimerkiksi erilaiset lääkehoidon ja ravitsemuksen pienryhmäohjaustunnit vapauttaisivat aikaa myös vastaanottotyöhön. Kun tehtäviä siirretään lääkäriltä sairaanhoitajalle, on kyse yleensä sairaanhoidollisista, kliinistä osaamista vaativista tehtävistä ja terveydenedistäminen jää vähäisemmälle huomiolle. Olisi tärkeää paitsi edistää potilaan terveyttä, myös tehostaa itsehoidon ja liitännäissairauksien ehkäisyä ohjausta erityisesti pitkäaikaissairaiden kohdalla. (Rimpelä 2006, 24.)

Pitkäaikaissairauksien hoidossa hajonta oli suhteellisen suurta ($kh \geq 0,72$) riippuen hoitajan toimipaikasta ja työtehtävistä. Huonoiten hallittiin psoriasiksen ja muiden ihosairauksien, lievän/ keskivaikean dementian, kroonisen kivun ja nivelreuman hoito ja seuranta. Mielenterveysongelmien ja moniongelmaisten hoidon haasteet tulivat esille myös tässä kohtaa tutkimusta. Masennuksen ja päihdeongelmien hoidon ja seurannan osaaminen oli keskimäärin tyydyttävää. Suomessa masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt, ja työkyvyttömyyseläkkeitä myönnetään masennuksen takia aiempaa enemmän. Myös alkoholiriippuvuus ja työuupumus ovat yleisiä. (KTL 2002.) Päihde- ja mielenterveysongelmiin puuttuminen saatetaan kokea myös vaikeaksi ja hoitajilla saattaa esiintyä epätietoisuutta siitä, kenen vastuulla puuttuminen on (Behm, Pietilä & Kankkunen 2007, 27).

Tulevaisuuden koulutustarpeen osalta vastaajat painottivat erilaisten sydän- ja verisuonisairauksien hoitosuosittelujen ja uusien hoitotapojen tiedon päivitystä. Näiden sairauksien hoito hallittiin kuitenkin keskimäärin hyvin ja vastausten hajonta oli pienempää lukuun ottamatta 1-tyyppin diabetesta. Sydän- ja verisuonitaudit ovat silti suomalaisina kansansairauksina, tulevaisuuden ikärakenteen muuttuessa näkyvä sairausryhmä myös hoitajavastaanotoilla. Suomalaisten terveys 2000-tutkimuksen mukaan suurella osalla suomalaisista on edelleen suurentunut riski sairastua verenkiertoelinten sairauksiin ja diabetekseen (KTL 2002). Lisäksi sydän- ja verisuonitautipotilaitten lääke- ja elintapaohjaus vaativat muuttuvuutensa vuoksi jatkuvaa tiedon päivitystä. Suomalaisista kolmasosalla on liian korkea seerumin kolesterolipitoisuus ja 1980-luvulla alkanut ylipainaisuuden kasvu jatkuu edelleen (KTL 2002). Tämä asettaa haasteita erityisesti terveydenedistämistyölle ja elintapaohjaukselle (ks. Rimpelä 2006, 24). Masennuksen ja päihdeongelmien lisäksi sydän- ja verisuonitaudit olivat myös lääkäreiden ja hoitotyön johtajien mielestä keskimäärin tärkeitä tai erittäin tärkeitä osaamisalueita vastaanottohoitajalla.

Äkillisesti sairastuneitten potilasryhmässä vastaanottohoitajat arvioivat osaavansa heikoiten murtumavammojen sekä gynekologisten- ja ihoinfektioiden hoidon ja tutkimukset. Tämä saattaa osaltaan johtua kunkin kunnan tai työyhteisön toimintaperiaatteista ja hoidon jakautumisesta esimerkiksi erikoissairaanhoidon piiriin. Gynekologiset ja ihoinfektiot saattavat myös olla äkillisesti sairastuneitten keskuudessa harvinaisempi syy hakeutua hoitoon. Itsehoitolääkkeet, vaivaton tiedonsaanti ja oireiden kokeminen vaarattomina saattaa vähentää iho- ja gynekologisista infektioista kärsivien potilaitten määrää vastaanotolla. Väestön jakautuminen itseään hoitaviin ja tietoa aktiivisesti itse etsiviin onkin tulevaisuudessa haaste sosiaali- ja terveydenhuollolle (ks. Kuoppamäki 2007, 31; Lauri 2006, 53).

Lähes kaikki lääkärit ja hoitotyön johtajat arvioivat virtsatieinfektioiden hoidon olevan erittäin tärkeää, mikä saattaa johtua siitä, että osassa kunnista virtsatieinfektioiden hoito kuuluu jo nykyään kokonaan hoitajalle. Myös nielu- ja silmätulehdukset, allergiset reaktiot ja sukupuolitaudit koettiin lääkäreiden ja hoitotyön johtajien mielestä tärkeiksi hoitajan osaamisalueiksi. Nämä tulokset ovat samansuuntaisia MIKSTRA-ohjelmassa saatujen tulosten kanssa, joiden mukaan hoitaja vastasi infektiopotilaista

14 %:n hoidosta. Yleisimmin hoidetut infektiot olivat flunssaa, suolistoinfektioita ja nieluinfektioita. (Klaukka ym. 2002.) Lievemmissä infektiotaudeissa saattaa oirekuva olla verrattain melko selkeä, jonka vuoksi sairaanhoitajan on helpompi tehdä itsenäisiä päätöksiä. Hoitajat arvioivat hallitsevansa yllämainittujen äkillisesti sairastuneitten hoidon ja tutkimukset keskimäärin hyvin.

Hoitotoimenpiteet ovat tehtävänsiirtojen myötä yhä enemmän muuttuva osa sairaanhoitajan työtä. Aiemmin esimerkiksi kanylointi kuului vain lääkärin tehtäviin ja myöhemmin se siirtyi lähes täysin sairaanhoitajalle. Hoitotoimenpiteet taitona ovat harjoittelun ja kokemuksen myötä kehittyviä seikkoja, jonka vuoksi vastaajien keskuudesta puuttuivat lähes kokonaan tietyn hoitotoimenpiteen heikosti tai tyydyttävästi hallitsevat.

Vain haavanompelun kohdalla hajonta oli suurempaa. Kaksi kolmasosaa vastasi, ettei haavanompelu kuulu heidän työtehtäviinsä, mutta loppujen vastaajien kohdalla osaaaminen jakautui tasaisesti kiitettävästä heikosti hallittuihin taitoihin. Vaikka kolmasosa hoitajista kuitenkin ompelee haavoja, on lääkäreistä ja hoitotyön johtajista reilusti yli puolet sitä mieltä, etteivät haavanompelutaidot ole tärkeitä vastaanottohoitajalla. Terveystieteiden johtajille suunnatussa kyselyssä arvioitiin, että myös joitakin kirurgisia toimenpiteitä on mahdollista siirtää sairaanhoitajille. Tällaisia toimenpiteitä voisivat olla pienten luomien poistaminen ja pintahaavojen ompelu. (Leiwo, Papp & Heikkilä 2002.) Sairaanhoitajan vastaanoton ohjeissa sanotaan, että koulutettu sairaanhoitaja voi ommella puhtaana, pinnallisen haavan, joka ei sijaitse kosmeettisesti herkällä alueella, kuten kasvoissa tai kaulassa (Nikula 2008). On kuitenkin epäselvää, millaista koulutusta haavanompelua työssään toteuttavat hoitajat ovat tähän toimenpiteeseen saaneet.

Kaikissa hoitotoimenpiteitä koskevissa vastauksissa oli kuitenkin yksilöitä, jotka hallitsivat tietyn hoitotoimenpiteen heikosti tai tyydyttävästi. Tämä vaikuttaa täydennyskoulutuksen suunnitteluun siten, että koulutustarjonnan on oltava entistä yksilöllisempää ja tulevaisuutta ennustavaa. Vajaa 60 % lääkäreistä ja hoitotyön johtajista oli sitä mieltä, että muun muassa kuulontutkimus, tukisidokset ja teippaukset sekä spirometriatutkimus ovat tärkeitä vastaanottohoitajan taitoja. Tukisidokset ja teippaukset sekä kuulontutkimuksen hallitsee kuitenkin hyvin tai kiitettävästi vain vähän yli puolet hoitajista. Spirometriatutkimusta ilmoitti tekevänsä vain kolmasosa vastaanottohoitajista ja kuulontutkimusta hieman yli 60 % hoitajista.

Tulevaisuuden osaamista koskevissa muuttujissa kaikki tulokset olivat merkittäviä. Erityisesti huomioitavaa on, että lähes poikkeuksetta kaikki hoitajat uskoivat tarvitsevänsä usein laboratoriolähetteen kirjoittamiseen vaativia taitoja tulevaisuudessa tehtävänsiirtojen myötä. Tämä saattaa johtua siitä, että jo nykyisellään hoitajat määräävät laboratoriolähetteitä tiettyjen valmiiksi sovittujen oirekuvien ja ohjeistusten avulla. Työyhteisössä on saatettu luoda valmiita ”laboratoriopaketteja”, jotka sisältävät kaikki ne verikokeet ja tutkimukset, joita esimerkiksi neurologinen potilas tarvitsee. Tällöin ensimmäisen arvion potilaasta tekee kuitenkin hoitaja eikä lääkäri, jonka tehtäviin taudinmääritys ja tutkimusten määräys kuuluvat. Näissä tapauksissa huomaamatta ajaudutaan tekemään tehtäviä, jotka eivät virallisesti kuulu hoitajan työnkuvaan. Hoito toki nopeutuu ja helpottuu potilaan näkökulmasta, mutta hoitajan syvempi perehtyneisyys jää puutteelliseksi.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimus toteutettiin sähköisesti Digium-tiedonkeruuohjelman avulla. Kyselylomake esiteltiin aikuisopiskelijaryhmällä (ks. Metsämuuronen 2003, 37), ja kyselylomake oli ylilääkäreiden ja ylihoitajien luettavissa ja kommentoitavissa tutkimuslupaa haattaessa. Lisäksi lomake esiteltiin kahden kunnan osastonhoitajien kokouksessa, jossa osastonhoitajat saivat ehdottaa parannusehdotuksia lomakkeeseen. Asiantuntijoiden käyttö lisää tutkimuksen validiteettia ja vähentää tutkijan subjektiivisen näkemyksen muodostamia virhearvioita (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 208).

Sähköinen tiedonkeruutapa voi osaltaan vaikuttaa vastaajajoukon muodostumiseen. Yksittäiset henkilöt ilmoittivat ajanpuutteen olleen esteenä tutkimukseen osallistumiseen. Myös samaan aikaan toteutetut muut kyselytutkimukset saattoivat vaikuttaa vastaajien aktiivisuuteen vastata kyselyyn. Kevätlomien aikaan toteutettu kysely saattoi menettää osan potentiaalisista vastaajista myös lomien vuoksi, vaikka tämä seikka pyrittiin minimoimaan pidennetyllä vastausajalla. Tutkittavien joukko muodostui kunnan tai terveydenhuollon kuntayhtymän vastaanottohoitajista, lääkäreistä ja hoitotyön johtajista, ja kunkin kunnan vastaajamäärä korreloi melko suoraan sähköpostikutsun saajien määrään. Yhtä pienempää kuntayhtymää lukuun ottamatta suurista

kunnista tuli eniten vastauksia. Epäselväksi jäi, edustiko tutkimuksen vastaajajoukko näkemyksillään perusjoukkoa vai poikkesivatko tulokset perusjoukosta suuresti.

Vastauksiin on saattanut vaikuttaa myös hoitajien työnkuvan ja tehtävien sisältö. Koska sähköpostilistoja pyydettyä ohjeet tarvittavista osoitteista pyydettiin melko ylimalkaisesti, on joistakin kunnista tutkimukseen saattanut osallistua myös henkilöt, jotka eivät varsinaisesti toimi sairaanhoitajan vastaanotolla, vaan esimerkiksi ensihoidossa. Osassa kunnista oli myös yhteiset sähköpostiosoitteet useammalle hoitajalle, jonka vuoksi osa hoitajien vastauksista karsiutui pois automaattisesti. Kyselyn asetusten mukaisesti kustakin sähköpostiosoitteesta pystyi vastaamaan kyselyyn vain kerran.

Vastausprosentti olisi saattanut olla suurempi, jos tutkimuksesta olisi käyty antamassa informaatiota henkilökohtaisesti kullakin terveysasemalla. Mahdolliset väärinymmärrykset lomakkeen täyttöön liittyvissä kysymyksissä olisi saatu näin oikaistua. Vastaa- jia saattoi hämmentää kahden yhtäaikaisen kyselyn päällekkäisyys, vaikka ohjeistuksessa pyrittiin kertomaan selkeästi, kuinka kyselyyn osallistutaan. Myös tutkimuksen hyödynnettävyys ja käyttötarkoitus olisi saattanut motivoida suuremman joukon vastaamaan kyselylomakkeeseen. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat voineet valikoitua myös sen mukaan, kuinka hyväksi hoitajat ovat arvioineet oman osaamisensa. Koska osaaminen oli keskimäärin kaikissa osa-alueissa hyvää, ovat osaamisensa huomommaksi arvioineet saattaneet jättää vastaamatta kyselyyn. Myös tietyn kunnan tai työyhteisön kehittämis- ja kehittämishalukkuus liittyen työnjakoon ja tehtävänsiirtoihin on voinut vaikuttaa vastaajien motivaatioon. Lääkäreiden ja hoitotyön johtajien vastausprosentti jäi matalaksi erityisesti lääkäreiden osalta. Tähän saattoi vaikuttaa saatu informaatio tutkimuksen käyttötarkoituksesta ja hyödystä myös lääkärin työhön ja tehtävien siirtoon.

Mittarin validiteettia tarkasteltaessa on keskeistä, mittaako mittari juuri sitä ominaisuutta, jota sillä halutaan mitata (Metsämuuronen 2003, 43–44). Tämän tutkimuksen kohdalla onkin pohdittava, mittasiko kysely todellista osaamista. Esitutkimuksella on keskeinen rooli testattaessa mittarin luotettavuutta, toimivuutta, loogisuutta ja ymmärrettävyyttä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 207; Metsämuuronen 2003, 43–44.) Esitestauksesta huolimatta osa käsitteistä on saattanut jäädä vastaajille epäselviksi ja täten vaikuttaa vastaamattomuuteen. Yksittäisten vastaajien antamien palautteiden

mukaan mittarin kysymykset olisivat voineet olla konkreettisempia ja liittyä vieläkin enemmän hoitajan kliiniseen osaamiseen. Käsitteistä esimerkiksi moniammatillisuus, hoitoketjut ja muutosvaihemalli koettiin vaikeiksi ymmärtää. Osa vastaajista toivoi myös, että sairaanhoitajan peruskoulutuksen antamia valmiuksia olisi tutkittu. Koska kysymykset muokattiin teoriaan pohjaten, on mukana saattanut olla muuttujia, jotka eivät keskeisesti liity vastaanottohoitajan työhön. Mittarin kattavuutta voi arvioida siten, että ”muu, mikä?”-kysymykset kunkin osaamis-alueen ohessa eivät saaneet määrällisesti paljon vastauksia.

Tuloksia ei voida yleistää valtakunnan tasolla, sillä eri kunnissa on erilaiset työskentelymenetelmät ja sopimukset hoitajan vastuualueista. Tulokset ovat kuitenkin suuntaa antavia myös valtakunnan tasolla, koska vastauksissa oli kuitenkin suhteellisen pieni hajonta ja vastaajajoukko oli koottu usean eri toimipisteen ja kunnan hoitajista, lääkäreistä ja hoitotyön johtajista.

Vastaajat vastasivat kyselyyn anonymisti ja tutkijalle välittyneistä vastauksista ei ollut tunnistettavissa vastaajan henkilöllisyyttä. Vastaajien kunta ja toimipaikka jäi vain tutkijan tietoon ja kuntien välinen vertailu jätettiin tulosten esittelystä pois. Analysointi, johtopäätökset ja pohdinta pyrittiin tekemään avoimesti ja rehellisesti. Kaikista kuudesta kunnasta saatiin tutkimusluvut.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että vastaajien keskuudessa on paljon yksilökohtaisia eroja osaamisen suhteen. Hoitajan työtehtävät vaikuttavat toimenpiteisiin, joita hän pääsääntöisesti tekee. Suurimmat kehittymishaasteet hoitajilla olivat lähes samoja, joita muuttuva yhteiskunta ja väestörakenne luovat. Mielenterveys- ja päihdeongelmien lisääntyminen, lasten ja nuorten lisääntyvät ongelmat, kansainvälisyyden mukanaan tuomat muutokset ja teknologian kehitys näkyvät jo nyt vastaanottohoitajan osaamisvaatimuksissa haasteellisina tekijöinä. Myös avoimet vastaukset tukivat näitä seikkoja. Hoitajat kokivat tarvitsevansa koulutusta lähinnä lääketieteen muuttuneista hoitokäytännöistä, uusista tutkimustuloksista ja hoitomenetelmistä. Koulutuksen toivottiin olevan syventävää, haasteellista ja käytännönläheistä. Suomalaisen väestön keskeiset

terveysongelmat hallittiin hyvin, mutta niistä kaivattiin myös lisätietoa. Erityisesti lasten ja moniongelmaisten potilaiden hoitotyöstä haluttiin lisätietoa.

Koulutustoiveet olivat hyvin yksilöllisiä, samoin kuin vastaajien pohja- ja lisäkoulutus. Täydennyskoulutus tulisikin toteuttaa osallistujien henkilökohtaisista tarpeista lähtien. Täydennyskoulutuksen odotetaan antavan syventävää ja uutta tietoa sairauksista, farmakologiasta ja hoitomenetelmistä, mikä asettaa tietyntylaiset osaamisvaatimukset myös kouluttajalle. Koulutuksen lähtökohtana tulisi olla tulevaisuuden muutokset ja lakiasetukset. Täydennyskoulutusta suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon myös tutkimuksen tulokset, joiden mukaan laboratorio- ja röntgenlähetteen kirjoittaminen, sekä rajoitettu lääkkeenmäärääminen tulee olemaan suhteellisen yleistä vastaanottohoitajien työnkuvassa. Tärkeää on myös pohtia, mikä osa koulutuksesta järjestetään täydennyskoulutuksena ja kuinka tämä koulutus eroaa ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta ja asiantuntijahoitajan koulutuksesta. Lähtökohtaisesti osaamisen kuvaaminen ja pätevä arviointi on edellytyksenä laajempaa koulutusta ja tehtävänsiirtoja toteuttaessa.

Aiempien tutkimusten perusteella on todettu, että sairaanhoitajan ja lääkärin tekemä hoitotyö on ollut yhtä tehokasta ja turvallista (ks. Helle-Kuusijoki ym. 2006, 30). Tutkimusten mukaan sairaanhoitajan vastaanotolla käyneet potilaat olivat jopa tyytyväisempiä hoitoonsa ja saivat enemmän aikaa vastaanotolla verrattuna lääkärin vastaanotolla käyneisiin (ks. Buchan & Calman 2004, 22; Horrocks ym. 2002, 821; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 40; Laurant ym. 2004, 30.) Tämän tutkimuksen mukaan voidaan olettaa, että hoitajan vastuu tulee edelleen lisääntymään vastaanottotyössä. Vastaanottohoitajan osaaminen on keskimäärin hyvää, mutta koulutusta kaivataan edelleen, jotta voidaan palvella kaikkia potilasryhmiä asianmukaisesti. Moniammatillisuus ja yhteistyö hoitavan lääkärin kanssa tulee olemaan jatkossakin tärkeää. Hoitajan tulisi voida ottaa vastuuta vain niistä hoitotyön osa-alueista, joihin hänellä on riittävä perehtyneisyys ja koulutus.

Jatkotutkimukseksi ehdotetaan mittarin kehittämistä edelleen saadun palautteen pohjalta. Mittaria tulisi kehittää erityisesti tutkimalla vastaanottohoitajan työnkuvaa ja tehtäviä. Tutkimus olisi hyvä toteuttaa myös useammassa suomalaisessa kunnassa, eri puolilla maata, jotta tulokset olisivat yleistettävissä valtakunnan tasolla. Tulevaisuu-

den työnjaon uudistusten ja uusien lakiasetusten myötä tulisi jatkossa tutkia vastaanottohoitajan osaamista ennen koulutusta ja tehtävään perehdyttämistä, sekä näiden jälkeen. Jatkotutkimusaiheeksi sopisi myös hoitajavastaanotolla käyneiden potilaiden mielipidemittaus hoitajan työn laadusta verrattuna lääkärin vastaanottoon. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka paljon vastaanottohoitajat tekevät lääkärille kuuluvia työtehtäviä nykyisin, ilman pätevää koulutusta ja lisäkorvausta.

LÄHTEET

A564/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 14.1.2008. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1994.

Alalahti, M. 2007. Tervolassa lääkärin tehtäviä siirtyy hoitajille. Premissi 5.

Arene 2006. Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 27.4.2008. <http://www.ncp.fi/ects/>, koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit, sosiaali-, terveys ja liikunta-ala, hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto.

Arene 2007. Ammattikorkeakoulut Bolognan tiellä. Ammattikorkeakoulujen osallistuminen eurooppalaiseen korkeakoulutusalueeseen. Projektin loppuraportti. Helsinki: Edita.

Barton, A., Baramee, J., Sowers, D. & Robertson, K. 2003. Articulating the Value-Added Dimension of NP Care. The nurse practitioner 28 (12), 34-40.

Behm, M.-M., Pietilä, A.-M. & Kankkunen, P. 2007. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Alkoholin suurkulutus hoitotyön haasteena. Sairaanhoitaja 6-7, 27-30.

Buchan, J. & Calman, L. 2004. Skill-mix and policy change in the health workforce: Nurses in advanced roles. OECD Health Working Papers 17 (8), 12-13.

Courtenay, M. & Carey, N. 2008. Nurse independent prescribing and nurse supplementary prescribing practice: national survey. Journal of Advanced Nursing 61 (3), 291-299.

Cummings, G.G., Fraser, K. & Tarlier, D. 2003. Implementing advanced nurse practitioner roles in acute care: An evaluation of organizational change. Journal of Nursing Administration. 33 (3), 139-45.

González, J. & Wagenaar, R. 2007. Tuning general brochure. English version. Viitattu 8.5.2008. http://tuning.unideusto.org/tuningeu/images/stories/template/General_Brochure_final_version.pdf

Haarala, S. 2005. Lääkärin ja sairaanhoitajan työnjaon uudistaminen. Sairaanhoitajan toimenkuvan laajentaminen –projektin arviointi. Kalajoen terveystieteiden tutkimuskeskus. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Haarala, S. & Kiviniemi, L. 2007. Psykiatrisen sairaanhoitajan työn kehittäminen perusterveydenhuollossa. HoLa2-hanke kehittämisen tukena Oulun Eteläisellä alueella. Sairaanhoitaja 9, 13-15.

Harjulahti, E., Heikkilä, J., Kallioinen, O., Mäkelä, L., Nieminen, M., Seppänen, L., Auvinen, P. 2006. Ammattikorkeakoulututkimuksen suorittaneiden yleiset kompetenssit. ECTS-projektin suositus 19.4.2006. Viitattu 27.4.2008. <http://www.ncp.fi/ects/>.

- Heikkilä, J., Miettinen, M., Paunonen, T. & Mäkelä, N. 2003. Sairaanhoidajien urakehitys Keski-Suomessa. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Kopijyvä Oy, 21-23.
- Heikkilä, J. & Paananen, M-L. 2005. Sairaanhoidaja sydämen vajaatoimintaa sairastavien hoidon ohjaajana ja seuraajana. Hoitotyön vuosikirja 2005. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint oy, 151-165.
- Helle-Kuusjoki, T. 2005. Tehtäväsiirroista hoitajavastaanottoon. Sairaanhoidajien toimenkuvan laajentaminen erikoissairaanhoidossa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Helle-Kuusjoki, T., Vuorinen, T., Kankkunen, P., Renholm, M., Kärkkäinen, O. & Suominen, T. 2006. Sairaanhoidajien ja lääkärin kuvaus tehtävänsiirroista erikoissairaanhoidossa. Premissi 2.
- Hildén, R. 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 706, Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy, 231-349.
- Hopia, H., Raappana, M., Perttunen, J., Tiikkainen, P. & Liimatainen, L. 2006. Laajavastuinen hoitotyö asiantuntijasairaanhoitajan haasteena. Sairaanhoidaja 8, 14-16.
- Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. 2002. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ 324, 819-823.
- Hukkanen, E. & Vallimies- Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoturvallisuuden turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005: 21. Viitattu 27.4.2008. <http://www.stm.fi>, julkaisu, 2005, lokakuu.
- ICN 2003. ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse. Standards and competencies Series. Report of the Development Process and Consultation. Geneva.
- ICN 2008. Nurse Practitioner/Advanced Practice Network. Viitattu 17.4.2008. <http://icn-apnetwork.org>
- Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Kohti asiantuntijuutta. Oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Jaroma, A. 2000. Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteen laitos.
- Kansanterveyslaitos 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Toim. Aromaa & Koskinen. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki.

Kinnersley, P., Anderson, E., Parry, K., Clement, J., Archard, L., Turton, P., Stainthope, A., Fraser, A., Butler, C.C. & Rogers, C. 2000. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *British Medical Journal*. 320 (7241), 1043-1048.

Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006: 30. Helsinki: STM.

Kivinen, K. 1994. "Orjat ja sankarit": Sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuvat työt ja kvalifikaatiovaatimukset. Helsinki: TEHY.

Klaukka ym. (toim.) 2002. Hoitajat- liian vähän käytetty ryhmä infektioiden hoidossa? MIKSTRA-työryhmä. *Suomen lääkirilehti* 44, 4480-4483.

Kuokkanen, R. 2000. Opiskelijoiden päätöksenteon kehittyminen osana ammattitaitoa sairaanhoitajakoulutuksessa. Väitöskirja. *Acta Univesitatis Ouluensis D Medica* 613. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnan laitos.

Kuoppamäki, R. 2007. Erikoistumisopinnoista uralle uutta mielekkyyttä. *Sairaanhoitaja* 8, 31-33.

Kunnat palkkaavat lisää henkilöstöä. Kunnallinen työmarkkinalaitos, 2001. Tiedote. 11.6.2001. Viitattu 27.4.2008. <http://www.kuntatyonantajat.fi>, ajankohtaista, arkisto, tiedotteet 2001.

Kärkkäinen, O., Tuominen, J., Seppälä, A. & Karvonen, J. 2003. Selvitys lääkärin ja hoitajien välisestä työnjaosta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. *Suomen lääkirilehti* 12 (58), 1457-1460.

Kärkkäinen, O., Tuominen, J., Seppälä, A. & Karvonen, J. 2006. Lääkärin ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. *Suomen lääkirilehti* 24 (61), 2647-2652.

Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. *Acta universitatis Tampereensis* 996. Tampereen yliopisto.

Lamminen, S. 2008. Psykiatrian erikoislääkäri, Päihdepalvelusäätiö. Päihdelääketiedeluento 31.3.2008. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. & Sibbald, B. 2004. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2. Viitattu 4.1.2008. <https://www.cochrane.org>, reviews.

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.

Leiwo, L., Papp, I. & Heikkilä, J. 2002. Terveystenhuollon johtajien ja esimiesten näkemyksiä tehtävien siirtämisestä lääkäreiltä hoitajille. *Lääkirilehti* 57 (8), 932-933.

Lindström, E. 2003. Terveystenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita

2003:12. Viitattu 27.4.2008.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/lindstrom/lindstro.pdf>

Lohineva, V. 1999. Terveystenhoitajan työ ja kvalifikaatiot pohjoisessa toimintaympäristössä. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D 509. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Markkanen, K. 2002. Tehtävänsiirrot terveydenhuollossa. Selvitys nykytilanteesta. Tehy ry. Julkaisusarja B: Selvityksiä 1/2002.

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

Metsämuuronen, J. 2000. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. Työministeriön ESR-julkaisusarja. 2. tarkistettu painos. Helsinki: Edita

Metsämuuronen, J. 2001. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä. Metodologiasarja. Tulevaisuussarja. Viro: International Methelp Ky.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Moisio, E.-L. 2006. Sairaanhoidajaksi aikuiskoulutuksessa. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittaneiden kokemukset sairaanhoidajakoulutuksesta ammattikorkeakoulussa ja yleisten ammattitaitovalmiuksien kehittymisestä. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta.

Mother, M., Yudkin, P., Wright, L., Turner, R., Fuller, A., Schofield, T. & Mant, D. 2001. Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care. British Medical Journal. 322 (7298), 1338-1349.

Mundiger, M., Kane, R., Lenz, E., Totten, A., Tsai, W-Y., Cleary, P., Friedewald, W., Siu, A. & Shelanski, M. 2000. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners of physicians. The Journal of the American Medical Association. 283 (1), 59-68. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/283/1/59>

Myllymäki, K. & Rintanen, H. 2005. Ovatko terveyskeskukset valmiita hoitotakuuseen? Terveyskeskusten johtavien lääkäreiden kannat. Kysely. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 4.1.2008. <http://www.stm.fi>.

Naumanen-Tuomela, P. 2001. Työterveyshoitajan asiantuntijuus työikäisten terveydenedistämistyössä muuttuvassa yhteiskunnassa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteiden laitos.

Nikula, J. 2008. Haavan sulkeminen: ompelu ja kudosliimaus. Sairaanhoidajan vastaanoton ohjeet. Viitattu 15.5.2008. <http://www.terveysportti.fi>

Nousiainen, I. 1998. Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoidajan työn osaamisalueista. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysala.

Opetusministeriö 2001. Terveystieteiden ammattilaisen osaamisen kuvaukset valmistuivat. Tiedote 28.11.2001. Viitattu 27.4.2008. <http://www.minedu.fi>, tiedotteet, tiedotehaku.

Opetusministeriö 2005. Korkeakoulututkintojen viitekehys. Kuvaus suomalaisista korkeakoulututkinnoista. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2005:4, 24-30. Viitattu 27.4.2008.
http://www.minedu.fi/eport/sites/default/OPM/Julkaisut/2005/liitteet/opm_265_tr04.pdf?lang=fi

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä. Terveystieteiden ammattikorkeakoulutus-työryhmä. Viitattu 27.4.2008.
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Opetusministeriö 2007. Koulutus ja tutkimus vuosina 2007 - 2012. Kehittämissuunnitelma, 5-10. Viitattu 27.4.2008.
http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/koulutuspolitiikka/asiakirjat/kesu_2012_fi.pdf

Paukkunen, L. 2003. Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyöosaamisen kehittäminen. Koulutuskokeilun arviointitutkimus. Development of collaborative competence in social and health care: assessment of experimental education. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 103.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Pelttari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvaalifikaatiovaatimukset. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tutkimuksia 80. Stakes. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.

Pippuri, M. 2001. Terveystieteiden priorisointi- hoitajien, lääkäreiden ja johtajien asenteet mahdollisiin toiminnallisiin ja rakenteellisiin muutoksiin. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Kansanterveystiede.

Pitkänen, A. 2007. Tehtävänsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Raappana, M. 2006. Laajavastuinen hoitotyö ja osaamisen johtaminen. Premissi 2.

Raij, K. 2000. Toward a profession clinical learning in a hospital environment as described by student nurses. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteellinen tiedekunta, kasvatustieteen laitos.

Rimpelä, M. 2004. Lääkäreiltä siirtynyt hoitajille runsaasti tehtäviä. Dialogi 3, 16-17.

- Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K., Kivimäki, H., Kosunen, E. & Rimpelä, A. 2006. Terveystiedon kunnan kansanterveystyössä: Suunnittelu, johtaminen, seuranta ja arviointi. Peruseräraportti kyselystä terveyskeskusjohdolle. Stakes ja Tampereen yliopiston terveystieteiden laitos. Helsinki. <http://info.stakes.fi/>
- Shum, C., Humphreys, A., Wheeler, D., Cochrane, M-A., Skoda, S. & Clement, S. 2000. Nurse management of patients with minor illness in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 320 (7241), 1038-1043.
- Sibbald, B., Shen, J. & McBride, A. 2004. Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of Health Services Research & Policy* 9, 28-38.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Terveystä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Viitattu 27.4.2008. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/01/pr1074690827386/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005a. OECD: Suomen terveydenhuoltojärjestelmä hyväksytty. Järjestö kannustaa Suomea rakenteellisiin uudistuksiin. Tiedote 527, 7.12.2005. Viitattu 27.4.2008. <http://www.stm.fi>, tiedotteet, joulukuu.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005b. Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako terveydenhuollossa – osahanke. Viitattu 27.4.2008. <http://www.stm.fi>, hankkeet, päättyneet hankkeet.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaraportti. Vuosien 2002-2007 toiminta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:5. Viitattu 8.5.2008. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/02/pr1201863066326/passthru.pdf>
- Suomi, R., Raitoharju, R., Wickström, G. 2004. Uuden tietojärjestelmän käyttöönotto työstä myös terveydenhuollossa. *Suomen lääkärilehti* 21-22, 2277-2279.
- Terveydenhuollon täydennyskoulutus 2006. Kunnallisen työmarkkinailaitoksen muistio 20.6.2007. Viitattu 22.4.2008. <http://www.kuntatyonantajat.fi>
- Terveyskeskus toimivaksi 2004. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:13. Helsinki: STM.
- Tuning-projekti 2004. Viitattu 17.4.2008. <http://www.tuning.unideusto.org/tuningeu/index.php?option=content&task=view&id=193&Itemid=221>
- Tuomi, J. 2005. Hoitotyön teoreettiset ja käytännölliset perusteet. Tampere: Tammi.
- Urjanheimo, E-L. 2003. Työnjaon uudistaminen terveydenhuollossa. *Terveydenhoitaja* 9, 10-11.

Vallimies-Patomäki, M. 2008. Tehtävänsiirrot terveydenhuollossa ja hoitotyön asiantuntijuus-teemapäivän luento 18.1.2008.

Venning, P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C. & Leese, B. 2000. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *British Medical Journal*. 320 (7241), 1048-1053.

Vuorinen, T. 2005. Lääkärien kuvaus tehtäviensäirrosta lääkäreiltä hoitajille erikoissairaanhoidossa. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede: Hoitotyön johtaminen. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.