



# Kliinisen asiantuntijuuden vaikutus hoitotyön laatuun ja kustannuksiin

## Integroiva kirjallisuuskatsaus

Eeva Korhonen

Opinnäytetyö, ylempi AMK  
Kesäkuu 2023  
Kliininen asiantuntija tutkinto-ohjelma

**Korhonen, Eeva**

**Kliinisen asiantuntijuuden vaikutus hoitotyön laatuun ja kustannuksiin. Integroiva kirjallisuuskatsaus.**

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Kesäkuu 2023, 54 sivua

Kliininen asiantuntija tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö YAMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

## **Tiivistelmä**

Suomalainen sosiaali- ja terveysala on haasteiden edessä. Nousevat terveydenhuollon kulut, väestön ikääntyminen ja ammattitaitoisen henkilökunnan puutteen lisääntyminen viime vuosina, haastavat lähestymään terveydenhuollon ongelmakohtia uusien näkökulmien kautta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, voidaananko kliinisen asiantuntijuuden avulla puuttua alan haasteisiin ja saada suomalaiseen terveydenhuoltoon lisää laatua ja kustannustehokkuutta.

Tutkimus tehtiin integroivana kirjallisuuskatsauksena, joka mahdollistaa tutkittavan ilmiön tarkastelun monipuolisesti. Tutkimuksen tuloksena voidaan todeta, että kliinisellä asiantuntijuudella on potentiaalia toimia yhtenä ratkaisuna terveydenhuollon haasteisiin, mutta se vaatii tehtäväkuvan selkeää määrittelyä, ennakoluulotonta asennoitumista työn uudelleen jakoon eri ammattiryhmien kesken ja riittävän taloudellista sekä pysyvää resurssointia toiminnan kehittämiseen. Hyvinvoititalueiden organisaatiot ovat osaamisen johtamisellaan avainasemassa tämän muutoksen toteuttamisessa.

## **Avainsanat (asiasanat)**

Kliininen asiantuntijuus, hoitotyön laatu, asiantuntijuus hoitotyössä, terveydenhuollon kustannustehokkuus, vaikuttavuus, osaamisen johtaminen

## **Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)**

**Korhonen, Eeva**

**The impact of advanced nurse practitioner on the quality and cost of nursing. Integrative literature review.**

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, June 2023, 54 pages

Degree Programme in Social and Healthcare faculty. Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

### **Abstract**

The Finnish social and health care sector is facing challenges. Rising healthcare costs, an ageing population and an increase in the shortage of skilled personnel in recent years challenge us to approach the problem areas of healthcare from new perspectives. The aim of the study was to find out whether advanced nurse practitioner expertise can be used to address challenges and increase the quality and cost-effectiveness of Finnish healthcare.

The study was carried out as an integrative literature review, which makes it possible to examine the studied phenomenon in many ways. As a result of the study, it can be concluded that clinical expertise has the potential to serve as one solution to healthcare challenges, but it requires a clear definition of the job description, an unpredictable attitude towards the redistribution of work between different professional groups, and sufficient financial and permanent resources for the development of operations. The organisations in the wellbeing regions play a key role in implementing this change through their competence management.

### **Keywords/tags (subjects)**

Advanced nurse practitioner, clinical nurse practitioner, cost-effectiveness, expenses, quality of nursing, healthcare,

### **Miscellaneous (Confidential information)**

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Tutkimusasetelma</b> .....	<b>7</b>
2.1	Menetelmä, tarkoitus ja tavoite .....	7
2.2	Tutkimuskysymykset .....	8
2.3	Tutkimuksen luotettavuus .....	8
2.4	Eettisyys.....	9
<b>3</b>	<b>Kirjallisuuskatsauksen toteutus</b> .....	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Asiantuntijuus terveydenhuollossa</b> .....	<b>23</b>
4.1	Terveydenhuollon hierarkia .....	23
4.2	Terveydenhuollon rakenne ja rahoitus .....	25
4.3	Asiantuntijuuden tasot.....	27
4.4	Kliininen asiantuntijuus .....	28
4.5	Koulutuksen ja osaamisen varmistaminen terveydenhuollossa.....	29
4.6	Terveydenhuollon resurssit ja osaamisen ylläpitäminen.....	30
<b>5</b>	<b>Kliininen asiantuntija osana organisaatiota</b> .....	<b>32</b>
5.1	Kliinisen asiantuntijan tehtävät.....	32
5.2	Kliinisen asiantuntijan sijoittuminen organisaatiossa.....	32
5.3	Kliinisen asiantuntijan resurssin kohdentaminen organisaatiossa .....	34
<b>6</b>	<b>Kliininen asiantuntija osana hoitotyön laatua ja kustannustehokkuutta</b> .....	<b>34</b>
6.1	Kliinisen asiantuntijan osaamisen kohdentaminen .....	34
6.2	Laadun ja osaamisen parantaminen .....	35
6.3	Kustannustehokkuus .....	36
6.4	Tehtävänkuvan muodostaminen .....	38
<b>7</b>	<b>Johtopäätökset</b> .....	<b>39</b>
7.1	Kliinisen asiantuntijan ja tehtävänkuvan määritelmät .....	39
7.2	Kliininen asiantuntija osana organisaatiota .....	40
7.3	Kuinka kliinisen asiantuntijan tehtävällä voidaan vaikuttaa hoitotyön laatuun ja kustannuksiin .....	40
7.4	Miten kliinisen asiantuntijan osaaminen ja tehtävät kohdennettu oikein laadun ja kustannustehokkuuden näkökulmista .....	41

<b>8 Yhteenveto</b> .....	<b>41</b>
<b>Lähteet</b> .....	<b>45</b>
<b>Liitteet</b> .....	<b>48</b>
Liite 1. JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle.....	48
Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset .....	53
<b>Kuviot</b>	
Kuvio 1. Tiedonhaun prosessi .....	11
<b>Taulukot</b>	
Taulukko 1. PICO-malli .....	7
Taulukko 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset (Liite 2).....	12

# 1 Johdanto

Ammatissani olen huomannut, että hoitajien aika menee perustyön suorittamiseen ja aikaa oman ammattitaidon ylläpitämiseen, saati hoitotyön kehittämiseen ei juurikaan ole. Tähän tilanteeseen vaikuttavina asioina on ollut tiukentunut taloustilanne, joka on johtanut henkilöstön resurssoinnin minimointiin sekä useampien erikoisalojen yhdistämiseen erikoissairaanhoidossa että ylemmän asteen hoitohenkilökunnan vähenemiseen perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa. Niukka resurssointi ja useamman erikoisalan yhdistäminen ja hoitohenkilökunnan yksipuolistuminen ovat johtaneet osaamisen ja asiantuntijuuden heikkenemiseen. Oikein kohdennettuna kliinisellä asiantuntijalla voi olla organisaatiossa merkittävä rooli sekä laadun että kustannustehokkuuden näkökulmasta.

Sote-uudistus vaatii uusia lähestymistapoja terveydenhuollon järjestämiseen ja toimintojen kustannustehokkuuteen. Kliinisiä asiantuntijoita on sijoitettu organisaatioihin hyvin erilaisiin tehtäviin ja opinnäytetyössä pyritään arvioimaan sitä, miten tehtävänkuva voidaan rakentaa sellaiseksi, että se tukee organisaation toimintaa parhaalla mahdollisella tavalla. Tulisiko kliinisen asiantuntijan resurssi kohdentaa kenttätöihin ja sen tukemiseen vai onko kliinisen asiantuntijan työ paremmin kohdennettu, jos tehtävä on sijoitettu yksilötehtäviin tai hallintoon?

Kliinisiä asiantuntijoita koulutetaan sekä ammattikorkeakouluissa että yliopistoissa. Koulutus antaa valmiudet työskennellä hoitotyön laaja-alaisissa asiantuntijatöissä. Koulutus on ylempi korkeakoulututkinto ja kliininen asiantuntija nimike on rinnastettavissa kansainvälisiin *nurse practitioner*, *advanced practice nurse*, *advanced clinical practitioner*, *clinical nurse specialist* ammattinimikkeisiin.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää aiempien tutkimusten perusteella, kuinka kliinistä asiantuntijuutta on käytetty hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille kuinka kliinisten asiantuntijan resurssien oikein kohdentaminen palvelurakenteessa lisää hoitotyön laatua ja kustannustehokkuutta.

## 2 Tutkimusasetelma

### 2.1 Menetelmä, tarkoitus ja tavoite

Tutkimus tehtiin integroituna kirjallisuuskatsauksena, joka on systemaattista kirjallisuuskatsausta laajempi ja siinä on elementtejä narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta. Integroivaa kirjallisuuskatsausta käytetään silloin, kun tutkimuksen kohteena käytettävää ilmiötä halutaan kuvata mahdollisimman monipuolisesti ja halutaan tuottaa uutta tietoa tutkitusta aiheesta. Tutkimusaineisto on myös laajempaa kuin systemaattisessa katsauksessa, koska se ei rajoita aineiston sisältöä eikä rajoitukset ole niin tarkkoja. Tutkimusaineiston kriittinen tarkastelu kuuluu olennaisena osana menetelmään. Sen avulla voidaan tiivistää tärkein tutkimusmateriaali katsauksen perustaksi. (Salminen, A. 2011)

Tutkimuksen aiheen rajoituksessa käytettävien haku- ja asiasanojen määritelmään käytettiin PICO-menetelmää. Menetelmässä tutkimuskysymys jaetaan 4 osaan, jossa P= potilas, populaatio, ongelma (*patient, population, problem*), I= interventio (*intervention*), C= vertailu, vaihtoehto (*comparison, control*) ja O= tulos, seuraus (*outcome*).

**Taulukko 1. PICO-malli**

PICO- malli	Englanniksi	Suomeksi
P	<i>Patient, Population, Problem</i>	<i>Potilas, Populaatio, Ongelma</i>
I	<i>Intervention</i>	<i>Interventio</i>
C	<i>Comparison, Control</i>	<i>Vertailu, Vaihtoehto</i>
O	<i>Outcome</i>	<i>Tulos, Seuraus</i>

Tiedonhaku on rajattu koskemaan vuosia 2009–2021, ja tutkimuksiin tulee olla avoimesti saatavilla (*open access*), jolloin tutkittu tieto on kaikkien saatavilla. Tutkimusartikkeleiden tulee olla vertaisarvioituja. Tutkimuskieliksi rajautuivat suomi ja englantia tutkijan oman kielitaidon perusteella.

Aineisto haettiin syksyn 2020 ja kevään 2021 aikana. Tietokantana käytettiin *CINAL Plus with Full text*, joka sisältää suurimman osan hoitotieteellisistä julkaisuista kansainvälisesti. Lisäksi julkaisuja

haettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjaston tietokannasta. Kuviossa 1 (s. 11) kuvataan tutkimuksen tiedonhakuprosessi, joka sisältää käytetyt tietokannat, hakusanat sekä otto- ja poissulkukriteerit.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, voidaanko kliinisellä asiantuntijuudella vaikuttaa terveydenhuollon laatuun ja kustannuksiin. Lisäksi tarkoituksena on kliinisen asiantuntijan tehtävänkuvan määritelmää ja sen sijoittumista eri organisaatioissa.

## **2.2 Tutkimuskysymykset**

Kirjallisuuskatsauksella pyrittiin hakemaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten kliininen asiantuntija ja tehtävät on määritelty
2. Millaisiin tehtäviin kliininen asiantuntija on sijoitettu palvelurakenteessa
3. Kuinka kliinisten asiantuntijan tehtävällä voidaan vaikuttaa hoitotyön laatuun ja kustannuksiin
4. Miten kliinisen asiantuntijan osaaminen ja tehtävät kohdennettu oikein laadun ja kustannustehokkuuden näkökulmista

## **2.3 Tutkimuksen luotettavuus**

Tutkimuksen validiteettia eli luotettavuutta voidaan tarkastella aineiston keruussa käytetystä metodista ja tulosten luotettavuuden näkökulmasta. Integroidun kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan oma ymmärrys tutkimuksen kohteesta, tutkimusmetodin hallinnasta ja kuinka tutkimustulokset ovat yleistettävissä. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, kuinka tutkija on kuvannut tutkimuksen eri vaiheet tutkimusprosessissa, että lukija voi itse arvioida tutkimuksen luotettavuutta. (Salminen, 2011., Tuomi, Sarajärvi, 2009, s.134–141)



## 2.4 Eettisyys

Hoitotieteen tutkimuksen eettisyyttä ohjaavat Helsingin julistuksen (1964) sisältö, joka on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. Ohjeistuksen uusin suomennos on hyväksytty Suomen Lääkäriliiton hallituksessa vuonna 2001. *American Nurses Association (ANA)* on julkaissut vuonna 1995 hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet, joissa on kuvattu eettiset periaatteet tutkijalle. Eettiset ohjeet on osana ANA:n julkaisemaa *The Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements (The Code)* julkaisua (2015).

Eettisyys tutkimuksessa on tieteen ydin. Tutkimusetiikka luokitellaan normatiiviseksi etiikaksi, jossa vastataan kysymykseen oikeasta tavasta noudattaa tutkimuksen teon sääntöjä. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen, 2017 s.211) Tutkimusetiikan jakaminen tieteen sisäiseen ja ulkoiseen, voidaan tarkastella tutkimuksen eettisyyttä kokonaisuutena. Tieteen sisäinen tutkimusetiikka viittaa tutkimuksen tieteenalan totuudellisuuteen ja luotettavuuteen, jolloin tarkastellaan suhdetta tutkimuskohteeseen ja sen tavoitteeseen sekä koko tutkimusprosessiin. Tieteen kriittisyys vaatii tutkijan omien perusteiden ja toimintatapojen arviointia useammasta näkökulmasta. Tieteeseen vaikuttavat ulkopuoliset seikat, jotka vaikuttavat mm. tutkimusaiheen valintaan ja tutkimustapaan sisältyvät ulkopuoliseen tutkimusetiikkaan. Tästä tavallisin esimerkki on ulkopuolisten rahoittajien halu aiheen tutkimukseen tietystä itselle edullisesta näkökulmasta. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen, 2017, s.212)

Tutkimuksen tulee toteuttaa noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä. Sillä tarkoitetaan, että tutkimus noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka ovat tiedeyhteisön hyväksymiä. Tiedonhankinta perustuu oman tieteellisen alan kirjallisuuden tuntemiseen sekä muihin asianmukaisiin tietolähteisiin ja oman tutkimuksen analysointiin. (Vilkkä, 2005 s. 29–31) Tutkijan tulee pystyä osittamaan hyvään tieteelliseen käytäntöön perustuen tutkimuksellaan tutkimusmenetelmien, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten johdonmukaista hallintaa sekä tuottaa uutta tietoa tai esittää kuinka vanhaa tietoa voidaan soveltaa uudella tavalla. Tutkijalta edellytetään rehellisyyttä sekä tarkkaavuutta ja huolellisuutta itse tutkimuksessa, että tulosten julkaisemisessa. (Vilkkä, 2005 s. 30–33, Tuomi, Sarajärvi, 2009 s. 132–133)

### **3 Kirjallisuuskatsauksen toteutus**

Kirjallisuuskatsaus tehtiin kahdessa osassa syksyn 2020 ja kevään 2021 aikana. Tietokantoina käytettiin CINAHL Plus with full text ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjaston tietokantoja. Tutkimuskysymykset muutettiin PICO- muotoon, jolla haettiin haku- ja asiasanat, joiden perusteella tutkimuksia haettiin. Suomenkieliset haku- ja asiasanat käännettiin englanniksi tiedon hakemista varten.

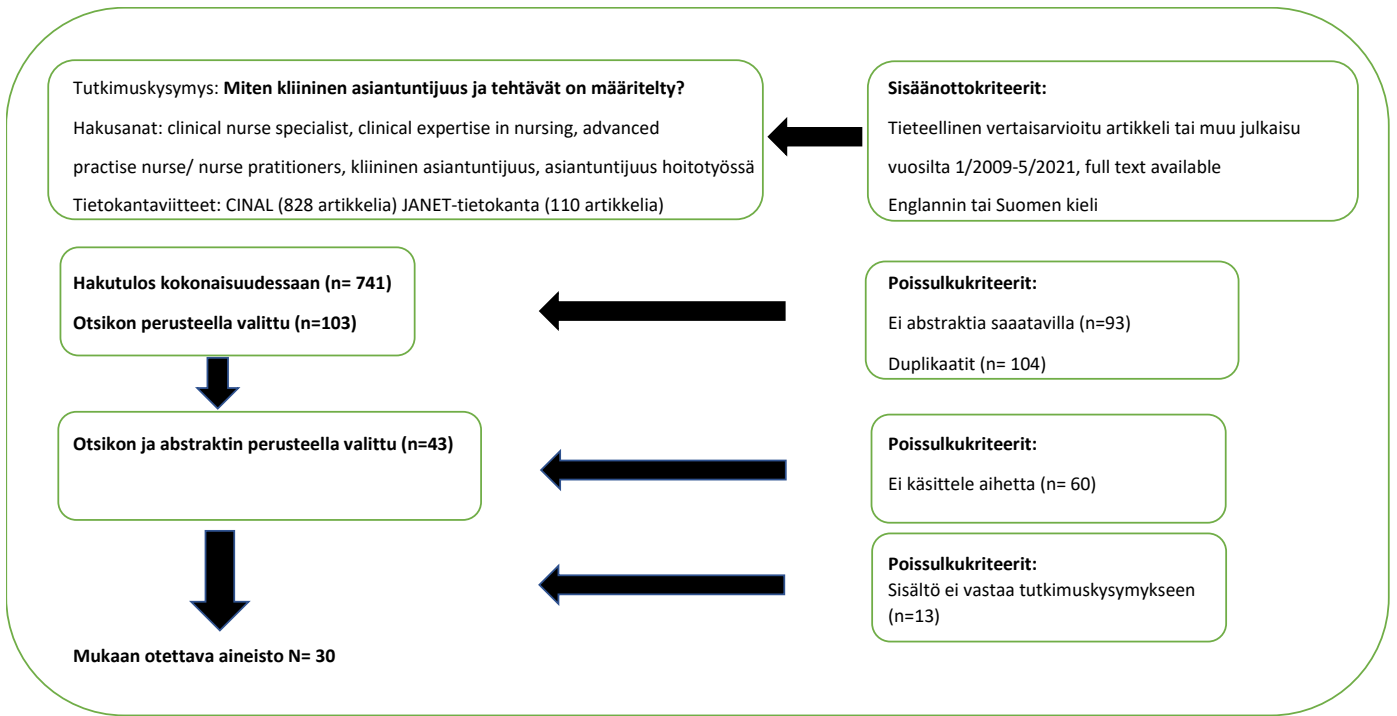
**P = kliininen asiantuntija**

**I = tehtävät, tehtävien kohdennus, osaaminen**

**C = sijoittuminen palvelurakenteessa, laatu, kustannustehokkuus**

**O = määritelmä, osaaminen, vaikuttavuus laatuun, vaikuttavuus kustannuksiin**

Hakuja suoritettiin kahdeksan kappaletta, joista löytyi kaikkiaan 741 julkaisua. Tutkimuksista valittiin otsikon perusteella 103 julkaisua, joiden abstraktit käytiin läpi. Abstraktien lukemisen perusteella valittiin 43 julkaisua, jotka käytiin vielä tarkemmin läpi. Lopulliseksi otokseksi valikoitui 30 julkaisua. Julkaisut sisältävät 8 systemaattista tai integroivaa kirjallisuuskatsausta ja 22 tutkimusta.



**Kuvio 1. Tiedonhaun prosessi**

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen perusteella tehdyllä hauilla tuli myös sellaisia julkaisuja, jotka vastasivat myös tutkimuskysymyksiin kaksi ja kolme. Näin ollen tutkimuksen aineiston saturaatio saatiin yhden tutkimuskysymyksen perusteella. Tutkimuskysymykseen neljä vastaus saadaan tutkimuskysymysten 1–3 analyseistä ja synteeseistä suhteessa taustatietoon. Taulukossa 1 esitellään katsaukseen valitut tutkimukset (Liite 2), niiden menetelmät, keskeiset tulokset sekä tutkijan tekemä arviopisteytys tutkimuksista JBI:n kriteereillä (Liite 1).

Taulukko 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset (Liite 2)

Tutkimus	Tekijät	Vuosi	Julkaisu	Tutkimuskysymykset/ -asetelma/ -tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset	Tutkimuksen arviointi JBI-kriteerein
A Retrospective Cohort Study of the Impact of Nurse Practitioners on Hospitalized Patient Outcomes	Manish S. Patel, Lauren C. Hogshire, Helaine Noveck, Michael B. Steinberg, Donald R. Hoover, Jane Rosenfeld, Akanksha Arya and Jeffrey L. Carson	2021	Nurs. Rep. 2021, 11, 28–35. doi.org/10.3390/nursrep11010003	Kaikkiaan 760 yksityisen lääkärivastaanoton asiakasta, joista 382 otettiin tutkimukseen. 263 asiakasta oli hoitajan hoitettavana ja 119 asiakasta oli kontrolliryhmä. 378 asiakasta jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle, koska heidät oli siirretty jatkohoitoon tutkimusyksiköön toisesta hoitoyksiköstä. Osallistujien profiilit olivat samanlaiset tutkimus- ja kontrolliryhmällä.	Toiminnallinen tutkimus. 2 sairaanhoitajaa hoiti kerralla 14 asiakasta, jotka soveltuivat tutkimukseen. Päävastuu tutkimusryhmän hoidosta oli hoitajilla, mutta erikoistuvallääkäri toimi konsulttina sekä kierti potilaat päivittäin. Kontrolliryhmän hoidosta vastasi lääkäri, ilman sairaanhoitajan avustusta. Tutkimuksen sairaanhoitajilla oli yli viiden vuoden kokemus työkokemus avo- ja vuodeosastohoidosta sekä yli 20 vuoden työkokemus tehohoidosta.	Hoitajien hoidossa olleiden asiakkaiden sairaalakuolleisuus oli matalampi kuin kontrolliryhmän, myös hoidon tehostamisen tarve oli pienempi kuin kontrolliryhmällä. Sen sijaan hoitajaksot olivat pidempiä kuin kontrolliryhmällä, jonka vuoksi hoitokustannukset olivat myös korkeammat. Hoitajat kotiuttivat asiakkaat tehokkaammin kuin kontrolliryhmä. Asiakkaiden uudelleen sisäänkirjauksessa ei ollut merkittävää eroa ryhmien välillä.	9/11
A Survey Evaluating the Current Role of the Nurse Practitioner in Urology	Susanne A. Quallich	2011	UROLOGIC NURSING / November-December 2011 / Volume 31 Number 6	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan rooli ja työtehtävät urologisessa hoitotyöympäristössä. Tuloksilla on tarkoitus luoda urologisenhoitajan erikoistumiskoulutuksen sisältö vastaamaan nykyistä työtä.	Kyselytutkimus, joka toteutettiin urologisten hoitajien vuosittaisilla koulutuspäivillä. Kyselylomake sisälsi 101 kohdan listan liittyen taitoihin, työhallintaan ja ammatilliseen rooliin sekä tavallisimpiin urologisen hoitajan potilasohjauksiin. 75 lomaketta jaettiin koulutuspäivillä, joista 35 palautettiin. Lisäksi kysely lähetettiin sähköpostitse kaikille urologisen yhdistyksen jäsenille koulutuspäivien jälkeen. Kaikkiaan kyselyyn tuli 53 vastausta	Hoitajissa on paljon sellaisia, joita voidaan sanoa urologian asiantuntijahoitajiksi ja osalla hoitajista on hyvinkin tarkkaan rajattua erikoisosamamista urologisena hoitajana. Kuitenkin näiden hoitajien potentiaali on jäänyt vähälle käytölle ja/tai tunnistamatta.	6/11

A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice	Michael Jakimowicz , Danielle Williams and Grazyna Stankiewicz	2017	BMC Nursing (2017) 16:6 DOI 10.1186/s12912-016-0198-7	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus laadullisista tutkimuksista, jotka tutkivat potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden kokemuksia ammattien yhdessä työskentelystä yleislääketieteessä.	Kvalitatiivinen tutkimus, systemaattinen katsaus vuosien 1990-kesäkuu 2016 tutkimuksista CINAHL ja PubMed tietokannoissa. N=20 tutkimusta.	Lääkärit ja potilaat tuovat esiin huolen vastuusta, luotettavuudesta ja uskottavuudesta. Vastavasti asiantuntijahoitajat kokevat haastavaksi työnkuvan määrittämisen. Lääkäreille tuottaa myös ongelmia perustella asiantuntijahoitajan työn tuomat kustannukset. Asiantuntijahoitajan työnkuvan kehittämiseen ja tunnistettavuuteen vaaditaan vielä paljon resursseja.	11/11
Addition of Advanced Practice Registered Nurses to the Trauma Team: An Integrative Systematic Review of Literature	Callie C. Crawford	2019	JOURNAL OF TRAUMA NURSING, Volume 26   Number 3   May-June 2019, DOI: 10.1097/JTN.0000000000000439	Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli määrittää, onko asiantuntijasairaanhoidajalla osana traumatiamiä vaikutusta traumapotilaiden hoidon kestoon pituuteen.	Systemaattinen katsaus vuosien 2007–2017 tutkimuksiin CINAHL ja PubMed tietokannoissa. N=6 tutkimusta.	Asiantuntijasairaanhoidajan lisääminen traumatiamiin vähentää traumapotilaiden hoitajaksojen pituutta ja tuo samalla hoidon jatkuvuutta. Hoidon kustannukset vähenyvät ja laatu paranee sekä asiakastytyväisyys lisääntyy.	9/11
Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses	Birgitta Ljungbeck and Katarina Sjögren Forss	2017	BMC Nursing (2017) 16:63 DOI 10.1186/s12912-017-0258-7	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää esimiesten, lääkäreiden ja sairaanhoitajien mielipiteitä perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa työskentelevien asiantuntijasairaanhoidajien roolista vastata ikääntyvien kasvaviin hoidontarpeisiin.	Laadullinen haastattelututkimus, N=12. tulokset käytiin läpi sisällönanalysillä.	Tutkimukseen osallistujat toivat esille asiantuntijahoitajan mahdollisuuden ja haasteet perusterveydenhuollossa. Asiantuntijasairaanhoidaja pystyy vastaamaan ikääntyvien lisääntyvään hoidontarpeeseen siten, että lääkärin aikaa vapautuisi muuhun potilas työhön. Sen sijaan haasteena koettiin se, pystyvätkö hoitajat kantamaan vastuun, joka tulee työnkuvan muutoksesta ja pystyykö esimiehet motivoimaan hoitajat asiantuntijasairaanhoidajan koulutukseen, että hoitajan rooli vastaa työnantajan tarpeisiin.	9/11

Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review	Robin P. Newhouse Julie Stanik-Hutt Kathleen M. White Meg Johantgen Eric B. Bass George Zangaro Renee F. Wilson Lily Fountain Donald M. Steinwachs Lou Heindel Jonathan P. Weiner	2011	NURSING ECONOMICS/ September-October 2011/Vol. 29/No. 5 p 230-251	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, onko asiantuntijasairaanhoidajan potilashoidon tulokset samanlaiset kuin muiden terveydenhuollon ammattilaisten (lääkärien ja hoitotimien) Yhdysvalloissa	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus vuosien 1990–2008 tutkimuksiin PubMed ja CINAHL tietokannoista, joissa on tutkittu asiantuntijasairaanhoidajien antamaa hoitoa ja verrattu sitä lääkäreiden antamaan hoitoon.	Asiantuntijasairaanhoidajien käyttäminen akuutissa hoitotyössä voi vähentää potilaiden hoitajaksoja ja kustannuksia sairaalahoitossa. Asiantuntijasairaanhoidajat tuottavat tehokasta ja laadukasta hoitoa. Asiantuntijasairaanhoidajan työllä on merkittävä vaikutus hoidon laadun parantamisessa ja hoidon saatavuudessa.	11/11
An exploration of the role of advanced clinical practitioners in the East of England	Claire Hooks and Susan Walker	2020	British Journal of Nursing, 2020, Vol 29, No 15 p 864-869. <a href="http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/">http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/</a>	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää asiantuntijasairaanhoidajan roolin käyttötapoja akuutti- ja perusterveydenhoidossa sekä ymmärtämään roolin esteitä ja mahdollisuuksia itäisen Englannin alueella.	Laadullinen haastattelututkimus N=9, jossa haastateltiin asiantuntijasairaanhoidajia, sekä heidän esimiehiään ja joissain tapauksissa kollegoita. Haastatteluista neljä oli akuuttihoiton yksikössä ja viisi perusterveydenhuollon yksiköistä. Lisäksi haastateltiin neljää henkilöä asiantuntijahoitajan roolin sisällöstä. Haastattelut tehtiin joko kasvotusten tai puhelimitse. Tulokset käytiin läpi teema-analyysillä.	Asiantuntijasairaanhoidajan käyttäminen kliinisessä hoitotyössä tehostaa hoidon tarjontaa, lisää hoidon monimuotoisuutta sekä hoitajan ammattitaito täydentää muun hoitotieteen taitoja. Asiantuntijasairaanhoidajan roolin määrittely ja sääntely tulee tehdä kiiireesti. Asiantuntijasairaanhoidajat ovat arvotettuja hoitoyön kollegoiden keskuudessa. Asiantuntijasairaanhoidajan urapolun helpottaa hoitajien uramahdollisuuksia ja auttaa henkilöstön sitouttamisessa.	9/11

An Outcome Analysis of Nurse Practitioners in Acute Care Trauma Services	Anna Holliday, Damayanti Samanta, Julie Budinger, Jessica Hardway, Audis Bethea	2017	JOURNAL OF TRAUMA NURSING Volume 24   Number 6   November-December 2017 p 365- 370 DOI: 10.1097/JTN.0000000000000327	Tutkimuksella pyrittiin arvioimaan kattavasti asiantuntijasairaanhoidajan mallin käytön vaikutuksia potilaiden hoitotuloksiin kolmen vuoden aikana. Tarkastelussa oli vuosi ennen asiantuntijasairaanhoidajan mallin käyttöönottoa, vuosi käyttöönoton aikana ja vuoden seuranta käyttöönoton jälkeen. Tutkimushypoteesi oli, että asiantuntijasairaanhoidajan käyttö parantaa hoitotuloksia.	Retrospektiivinen tutkimus tehtiin aikavälillä syyskuu 2012 - Elokuu 2015. Tutkimukseen otettiin ne potilaat (N=3284), jotka ovat vähintään 24 tuntia hoidossa traumayksikössä. 1088 potilasta oli ensimmäisen 12kk:n aikana ennen mallin käyttöönottoa, 1088 potilasta 12 kk:n käyttöönoton aikana ja 1187 potilasta 12kk:n seuranta-ajalla käyttöönoton jälkeen.	Potilaiden kokonaisuhoitajakso, kuin myös tehohoitojaksot lyhentyivät verrattuna ennen implementaatiota olleiden hoitoksojen pituuksiin. Potilaiden kuntoutukseen ohjaus ja kotiutusprosessi paranivat implementoinnin myötä. Vaikutukset hoitoksojen uusiutumiseen 30 päivän sisään kotiutuksesta ja suunnitelmattomien tehohoitojaksojen määrään implementoinnilla ei ollut juuri vaikutusta. Kuitenkin hoitoksojen komplikaatiot mm. pneumonian esiintyvyys väheni merkitsevästi.	9/11
Barriers to the Implementation of the Advanced Practice Nursing Role in Primary Health Care Settings: An Integrative Review	Maryam Fatemi Kathleen Benjamin Jessie Johnson Robin O'Dwyer	2020	Middle East Journal of Nursing 2020; 14(2): 16-37. DOI: 10.5742/MEJN2020.93794	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia, millaisia esteitä kliiniset asiantuntijasairaanhoidajat kokevat työn toteutuksessa Qatarin perusterveydenhuollossa	Integratiivinen kirjallisuuskatsaus, perustuen Whittemoren ja Knalfin framework. Tutkimukset rajattiin vuosiin 2009–2019 ja 14 tutkimusta sisällytettiin katsaukseen. Tutkimusten laatua arvioitiin sekamenetelmien arviointityökalulla ja sosioekologista luokittelua käytettiin määrittämään esteiden luokittelussa.	Tutkimuksessa havaittiin kolme pääestettä. Asiantuntijasairaanhoidajan työnkuvan epäselvyys ja tuen puute, organisatorisen sekä poliittisen tuen puute ja puuttuva mahdollisuus työn toteuttamiseen	10/11
Challenges remain for NPs, despite positive perceptions	Georgia McInroe	2016	Kai Tiaki Nursing New Zealand vol 22 no 2 March 2016	Tutkimuksella selvitetään asiantuntijasairaanhoidajien työssään kohtaamia haasteita	Kirjallisuuskatsaus vuoden 2003 jälkeen ilmestyneisiin englanninkielisiin vertaisarvioituihin tutkimuksiin CINAHL, PubMed, Cochrane ja Proquestin tietokannoissa. Otanta 12 artikkelia.	Tutkimuksista nousi esiin kolme haastetta. Roolin epäselvyys, työtiimin tuen puute ja rajoittava lainsäädäntö sekä sääntely.	5/11

Changing nursing practice within primary health care innovations: the case of advanced access model	Sabina Abou Malham, Mylaine Breton, Nassera Touati, Lara Maillet, Arnaud Duhoux and Isabelle Gaboury	2020	BMC Nursing (2020) 19:115 <a href="https://doi.org/10.1186/s12912-020-00504-z">https://doi.org/10.1186/s12912-020-00504-z</a>	Ladullinen pitkittäistutkimus, jossa tutkitaan hoitajan työn muutoksia Quebecissä sijaitseissa perusterveydenhuollon opetusyksiköissä, joissa työskennellään oikea-aikaisen hoitopäätösmallin mukaisesti.	Tutkimuksessa käytettiin toistuvaa poikkileikkausmentelmää selvittämään, kuinka oikea-aikaisen hoitopäätösmallin implementoinnin aikana hoitajien työnkuva muuttuu.	Terveydenhuollon organisaatioiden tulee organisoida riittävää koulutusta, että resurssointia hoitajille, että asiakkaiden oikea-aikainen hoitopäätös on mahdollista. Tiimien yhdenmukainen toiminta on edellytys oikea-aikaisuudelle.	6/11
An Incentive Pay Plan for Advanced Practice Registered Nurses: Impact On Provider and Organizational Outcomes	Catherine A. Rhodes, Mavis Bechtel, Molly McNett	2015	NURSING ECONOMIC\$/May-June 2015/Vol. 33/No. 3	Tutkimuksella arvioidaan kuinka kliinisten asiantuntijahoitajien tuottavuuden kannustinsuunnitelma vaikuttaa hoidon laatuun ja jatkuvuuteen sekä kustannustehokkuuteen. Samalla myös tarkasteltiin hoitajien tyytyväisyyttä työhönsä.	Tiedot hoitajien työtyytyväisyydestä kerättiin anonyymillä kyselylomakkeella ennen ja jälkeen tuottavuuden kannustinsuunnitelman implementoinnin. Tuottavuuden kannustinsuunnitelman vaikuttavuutta arvioitiin tarkistelemalla suhteellisen arvon yksiköjä, jotka heijastavat palvelun tuottamiseen vaadittuja resursseja, ennen ja jälkeen implementoinnin	Tuottavuuden kannustinsuunnitelman implementointi lisäsi sekä hoitajien tyytyväisyyttä työhönsä että lisäsi hoitoyksikköjen tuloja ja hoidon laatua kaikilla mittareilla mitattuna.	4/11
Contextual Correlates of Rural Health Clinics' Efficiency: Analysis of Nurse Practitioners' Contributions	Judith Ortiz, Thomas T.H. Wan, Natthani Meemon, Seung Chun Paek, Abiy Agiro	2010	NURSING ECONOMIC\$/July-August 2010/Vol. 28/No. 4	1. Does RHC productivity vary depending on NP staffing? 2. To what degree do NPs contribute to productivity? 3. What are characteristics of highly productive RHCs?	Kvantitatiivinen tutkimus, jossa käytiin läpi ensisijaisesti Medicaren kustannusraportit ja terveysministeriön alueiden resurssitiedot vuosilta 2006–2007. Toissijaisina lähteinä käytettiin CMS kyselyä vuodelta 2007 sekä työntekijä- ja väestötilastoja vuodelta 2007.	Hoitajien määrän lisäämisellä on positiivinen vaikutus yksikön käytännön toimivuuteen, mutta ei kustannustehokkuuteen. Myös yksikön koolla on merkitystä käytännön tehokkuuteen. Julkiset klinikat olivat kustannustehokkuudeltaan parempia kuin yksityiset. Kustannustehokkuus vaikuttaa positiivisesti käytännön tehokkuuteen, mutta negatiivisesti prosessien tehokkuuteen.	7/11
Cost Analysis of an Advanced Practice Registered Nurse Transitional Care Model for Cardiac Patients	Sherry M. Bumpus, Barbara L. Brush, Jack Wheeler, Susan J. Pressler, Kim A. Eagle, Melvyn Rubenfire	2016	NURSING ECONOMIC\$/September-October 236, 2016/Vol. 34/No. 5	Tutkimuksella arvioidaan palvelun kustannushyötyä ja vaikuttaako kliinisten asiantuntijahoitajien kotiutuksen hoitomalli sairaalaan takasin joutumista alentavasti.	Retrospektiivinen tutkimus, jossa käytettiin BRIDGE (Bridging the Discharge Gap Effectively) -rekisterin tietoja. Rekisteristä haettiin kotiutetut kardiologiset potilaat, joiden diagnoosina AMI/UAP maaliskuun 2008 ja maaliskuu	Kliinisen asiantuntija sairaanhoitajan vastaanotolla käyminen kotiutusvaiheessa vähensi asiakkaan riskiä joutua takaisin sairaalahoitoon 30 päivän sisällä kotiutumisesta. Näin ollen myös	7/11



					2009 välisenä aikana. Lopullinen otos oli 80 potilasta.	palvelu on kustannus-hyödyllinen, koska se tuottaa säästöjä asiakkaiden hoidossa.	
Cost-Effectiveness of Advanced Practice Nurses Compared to Physician-Led Care for Chronic Diseases: A Systematic Review	Cilgy M. Abraham Allison A. Norful Patricia W. Stone Lusine Poghosyan	2019	Nursing Economic\$ November/December 2019   Volume 37 Number 6	Tutkimuksen tarkoituksena on määrittää kliinisen asiantuntijahoitajan tarjoaman hoidon kustannustehokkuutta verrattuna lääkäreiden tarjoamaan hoitoon maailmanlaajuisesti kroonisten sairauksien hoidossa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus syyskuu 2017 ja joulukuun 2017 välillä julkaistuihin tutkimuksiin PubMed, CINAHL, Embase, EconLit, Cost Effective Analysis registry, Cochrane, Ovis Medline ja yliopiston tietokannoista sekä Proquestista, josta haettiin julkaisemattomia artikkeleita. Avainsanoina käytettiin vuoden 2015 yleisimpiä kroonisia sairauksia.	Kliinisen asiantuntijahoitajan käyttö kroonisten sairauksien hoidossa on kustannustehokasta, riippumatta siitä missä päin maailmaa ja miten sitä on tarkisteltu.	10/11
Developing the Nurse Practitioner role in a rural Australian hospital - a Delphi study of practice opportunities, barriers and enablers	Helen M Haines, Jennifer Critchley	2009	AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING Volume 27 Number 1	Tutkimuksen tarkoituksena on muodottaa käsitys asiantuntijasairaanhoitajan mahdollisista rooleista sekä tunnistaa niiden kehittymisen esteet ja mahdollistajat sekä implementointi.	Delphi tutkimus	Kliinisen asiantuntijahoitajan roolin kehittäminen ja toteuttaminen vaativat riittävää koulutusta, paikkoja ja taloudellista yhteistyötä palveluntuottajilta, niin akuutissa kuin perusterveydenhuollossa.	7/11
Effectiveness of an advanced practice emergency nurse role in a minor injuries' unit	Marianne Wallis, Jeffrey Hooper, David Kerr	2009	AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING Volume 27 Number 1	Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida päivystyksen kotiutusohitajan vaikuttamista potilaiden kotiutusprosessiin ja kotiutuksen tuloksiin.	Vertaileva tutkimus kahdesta ryhmästä, joissa verrataan iältään 18–70-vuotiaita pienien vammojen vuoksi päivystyksessä käyneiden asiakkaiden kotiutuksia australialaisessa päivystysyksikössä. Otos 337 potilasta, joista 231 otettiin mukaan tutkimukseen. Osallistujat jaettiin kahteen ryhmään, joista toinen (n=103) ei tavannut kliinistä asiantuntijakotiutusohitajaa ennen kotiutusta ja toinen (n=128) tapasi hoitajan ennen kotiutusta. Tiedot kerättiin ennen kotiutusta.	Kotiutusohitajan tavanneet potilaat saivat todennäköisemmin kirjalliset kotihoito- ja -seurantaohjeet kuin ilman kotiutusohitajaa kotiutuneet. Myös CTM-pisteet olivat korkeamman kotiutusohitajan tavanneilla, 83,3/100, kuin kyselyn keskiarvotulos 64,4/100. Kliinisen asiantuntijan käyttö kotiutuksessa paransi potilaiden tiedon saantia kotiutustilanteessa ja näin paransi	9/11

					tusta ja viikko kotiutuksen jälkeeseen potilaiden itsearviointi, sekä viikko kotiutuksesta Care Transition Measure (CTM)- lomakkeilla.	jatko-/kotihoitoon laatua potilaan näkökulmasta.	
Evaluating the impact of nurse practitioner involvement in a pleural procedures clinic	Eleanor Peter	2020	British Journal of Nursing, 2020, Vol 29, No 14	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida sairaanhoitajan käyttöä keuhkopussitömenpiteiden yhteydessä klinikka olosuhteissa, klinikan toimintakapasiteetin, resurssoinnin ja potilaiden kokemusten näkökulmasta.	Monimetoditutkimus. Palveluita arvioitiin keskikokoisen sairaalan keuhkoklinikalla 6kk:n aikana käyneiden potilaiden määräästä vuoden alusta. Sairaanhoitajan työn vaikutusta arvioitiin vuosi implementoinnista ja henkilöstölle tehtiin puolistrukturoidut haastattelut.	Sairaanhoitajan käytön implementointi kasvatti potilaiden vastaanottokapasiteettiä klinikalla, sekä lisäsi hoidon saatavuutta ja laatua sekä vähensi muun henkilökunnan rasitusta ja lisäsi henkilöstön koulutautumismahdollisuuksia. Kaikkinensa hoitajan implementointi osaksi keuhkoklinikan toimintaan nähtiin positiivisena ja lisääntyneenä toimintakapasiteettina.	9/11
Expanding the Scope of Practice of APRNs: A Systematic Review of the Cost Analyses Used	Marsha Amoy Fraser Christine Melillo	2018	NURSING ECONOMIC\$/January-February 2018/Vol. 36/No. 1	Viiden julkaistun kustannusanalyysin arviointi, kun kliinistä asiantuntijahoitajan käyttöä on laajennettu perusterveydenhuollossa. Tuloksissa säästöihin, mikäli niitä tulee, on kiinnitetty enemmän huomiota.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. 288 tutkimusta One-Search, Medline ja Google tietokannoista, jotka olivat vertaisarvioituja tai hallinnon julkaisuja vuosien 1985–2015 väliseltä ajalta. Poissulkukriteereitä ei juurikaan ollut, mutta ainoastaan 5 artikkelia täyttivät sisäotto kriteerit. Tämä on yhdenmukainen RAND-arvostelun (Martsif et al., 2015) kanssa, jossa oli vain kolme alkuperäistutkimusta	Riippumatta siitä, kuinka kustannusanalyysit oli toteutettu, kaikissa tuli ilmi, että kliinisen asiantuntijan käytön laajentaminen vähentää varsinkin julkisen terveydenhuollon kustannuksia. Kuitenkaan tutkimukset eivät tutki-neet mahdollisia säästöjä asiakkaille. Jatkossa tulisi tutkia kustannushyötyä asiakkaan näkökulmasta.	8/11

Managing medical service delivery gaps in a socially disadvantaged rural community: a Nurse Practitioner led clinic	Jo Kelly, Mary Anne Biro, Deb Garvey, Susan Lee	2017	AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING Volume 34 Issue 4	Pilottiprojektin tavoitteena oli tutkia, kuinka sairaanhoitajat täydentävät terveydenhuollon saatavuuden puutteita sosiaalisesti heikoimmassa asemassa olevien keskuudessa maaseutualueella.	Poikkileikkaustutkimus, jossa hyödynnettiin potilaskonsultaatioiden tietoja sairaanhoitajien vetoisilla klinikoilla yli kuuden kuukauden aikana vuonna 2013 sekä potilastytyväisyys kyselyjä.	Sairaanhoitajavetoinen klinikka täytti maaseudun terveyspalveluiden vajautta, silloin kun lääkäreitä ei ole saatavilla. Kuitenkin rahoituksessa ja palveluiden laajuudessa oli merkittävä ero lääkäripalveluita tarjoavaan klinikkaan.	7/11
Midlevel Health Providers Impact on ICU Length of Stay, Patient Satisfaction, Mortality, and Resource Utilization	Regina S Medeiros, Elizabeth G. NeSmith, Janie A. Heath, Michael L. Hawkins, Debbie Hawkins, Richard Bias	2011	Journal of Trauma Nursing, 2011, Volume 18, Number 3, July- September 2011. DOI: 10.1097/JTN.Ob013e31822b7faf	Katsauksen tarkoituksena on arvioida keskitason ammattilaisten työn vaikutusta tehohoitotuloksiin potilastytyväisyyden, hoidon pituuden, kuolleisuuden ja resurssikustannusten näkökulmasta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus vuoden 1982–2007 artikkeleihin CINAHL ja MEDLINE tietokannoissa. Haku rajattiin koskemaan sekä lasten että aikuisten tehohoitoa. Otanta 5 tutkimusta.	4/5 tutkimusta raportoi positiivista vaikutuksista hoidon keston. Yksi tutkimus käsitteli potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon. Kuolleisuus ja kustannukset vaihtelivat vaikutavuuden suhteen, siten että oli vaikutusta tai ei ollenkaan. Asioita tulee jatkokutkia.	9/11
Patients' experiences with the advanced practice nurse role in Swiss family practices: a qualitative study	Nicole Schöenberger, Beat Sottas, Christoph Merlo, Stefan Essig and Stefan Gysin	2020	BMC Nursing (2020) 19:90	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia kliinisen asiantuntijan roolista sveitsiläisillä perheklinoilla.	Laadullinen haastattelututkimus, 22 osallistujaa neljällä eri klinikalla. Ikäjakama 18–97 vuotta. Potilailla oli joko akuutti sairastuminen tai useita perussairauksia, ja jotka olivat vähintään kerran olleet kliinisen asiantuntijan hoitajan hoidettavana.	Vaikka kliininen asiantuntija ei ollut kovinkaan tunnettu ammattiryhmä, kaikki potilaat olivat hauskaita tapamaan lääkärin suosituksella hoitajan. Useamman tapaamisen jälkeen potilaat huomasivat eroja lääkärin ja kliinisen asiantuntijan välillä sekä hoitotavassa, että ajankäytössä. Suurin osa arvosti hoitajan tekemiä kotikäyntejä ja kokonaisvaltaista lähestymistä tilanteessa, mutta huomasivat myös sen, milloin yhteistyö lääkärin kanssa on tarpeellinen. Tiivis yhteistyö lääkärin kanssa sai potilaat tuntemaan hoitonsa turvalliseksi ja hyvin toteutetuksi sekä kokivat hyvinvointinsa paranemista sekä fyysisesti että psyykkisesti.	9/11

Preparing Oncology Advanced Practice RNs as Generalists in Palliative Care	Betty Ferrell, Pamela Malloy, Rose Virani, Denice Economou and Polly Mazanec	2020	ONCOLOGY NURSING FORUM MARCH 2020, VOL. 47, NO. 2 DOI 10.1188/20.ONF.222-227	Koulutusohjelman tehtävänä oli kouluttaa onkologisen hoitotyön kliinisistä asiantuntijoista palliatiivisen hoidon erityisasiantuntijoita.	Otoksen kuvaus n= 165, Kliininen asiantuntija sairaanhoitaja joko TTM tai TTL ja vähintään viiden vuoden työkokemus onkologisesta hoitotyöstä. Osallistujat osallistuivat Kansallisen syöpäsäätiön rahoittamaan koulutuskokonaisuuteen, jonka käyneenä sai toimia palliatiivisen hoidon erityisasiantuntijana.	Koulutuksen myötä kliiniset asiantuntijasairaanhoitajat oppivat tunnistamaan palliatiivisesta hoidosta hyötyvät potilaat ja hoitajat olivat enemmän osallisena hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa niin asiakkaan perheen kuin myös työyhteisön näkökulmasta. Koulutusohjelmalla on merkittävä vaikutus palliatiivisen hoidon laatuun ja saataavuuteen.	4/11
Research to action: Nurse practitioners in the emergency department, Emergency Department Transition Clinic and Intravenous Therapy Clinic at Strathcona Community Hospital	Wesley Shand, Daris Klemmer, Shereen Grubb, Susan Chesney, Ben Olsen, Lawrence So	2020	Canadian Journal of Emergency Nursing · Vol. 43, No. 1, Spring 2020	Artikkelissa arvioidaan sairaanhoitajavetoisen klinikan ja asiantuntijasairaanhoitajien implementoinnin vaikutuksia päivystyksessä	Aluesairaalan päivystyksessä implementointiin kaksi sairaanhoitajavetoista päivystysklinikkaa, jossa tehdään yhteistyötä päivystyksen lääkäreiden kanssa. Lisäksi implementoitiin sairaanhoitajavetoinen iv-infuusio klinikka, jossa jatkohoidettiin päivystyksessä aloitetut iv-antibioottit hoidot. Lisäksi sairaanhoitajat työskentelivät ja hoitivat potilaita itsenäisesti päivystyksessä. Implementoinnin vaikuttavuutta seurattiin sekä laadullisilla että kvantitatiivisilla menetelmillä vuosina 2015–2018.	Implementoinnin seurauksena potilaiden uusintakäynnit päivystyksessä vähentyivät, odotusajat lyhenivät sekä ilman hoitoa jääneiden määrä väheni sekä potilastyytyväisyys kasvoi. Lisäksi henkilökunnan työtyytyväisyys, hoidon jatkuvuus paranivat ja turhien päivystyskäyntien määrät vähenivät.	5/11
Specialist Nurses' Role Domains and Competencies in Specialised Medical Healthcare: A Qualitative Descriptive Study	Krista Jokiniemi, Merja Miettinen	2020	International Journal of Caring Sciences January-April 2020 Volume 13   Issue 1	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata erikoissairaanhoitajan rooli, toiminta-alueet ja osaaminen erikoissairaanhoidossa.	Kuvaileva tutkimus, joka tehtiin vuonna 2015. Aineisto kerättiin haastattelulla ja työntekijöiden analyysillä. Laadullinen data arvioitiin laadullisella sisällön analyysillä ja kvantitatiivinen data kuvattiin tilastoilla.	Erikoissairaanhoitajat muodostivat 10 % tutkitun organisaation hoitotyövoimasta. Erikoissairaanhoitajilla on edistyneitä tietoja ja taitoja sekä lisäkoulutusta peruskoulutuksen lisäksi. Heidän toiminta-alueensa ovat moniammatillista tiimityötä vaativat tehtävät, hoitotyön sekä -prosessien kehittä-	11/11

						minen sekä tieteidenvälinen tiimityö. Laaja-alainen osaaminen mahdollistaa roolin hallinta.	
Structure, Process, and Outcomes of Healthcare Service Provision, at Two Primary Care Settings, by an Advanced Community Nurse Practitioner and a General Nurse Practitioner	Noppawan Piasau, Weha Kasemsuk, Suchinda Jarapat Maruo, Somchit Hanucharunkul	2013	Pacific Rim International Journal of Nursing Research April - June 2013	Vertailevan tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitoprosesseja ja yhteisön terveydenhuoltopalveluita, jotka ovat kliinisen asiantuntijahoitajan johtamia ja vertailla terveydenhuollon palveluiden tuloksia potilastuloksien, palvelutyytyväisyyden ja terveydenhuoltokulujen näkökulmasta kliinisen asiantuntija sairaanhoitajan ja sairaanhoitajan välillä.	Laadullinen tutkimus. Otanta 405 asiakasta, joista 200 oli kliinisen asiantuntijasairaanhoidajan hoidossa ja 205 saivat hoitoa sairaanhoitajalta. Aineisto kerättiin kyselyillä, sekä haastatteluilla ja observoinnilla.	Potilaiden terveystuloksissa ei ollut merkittävää eroa ryhmien välillä, sen sijaan kliinisen asiantuntijahoitajan työskentelyllä oli merkittävä vaikutus hoitotyön laatuun ja potilastyytyväisyyteen sekä hoidon kustannuksiin verrattuna sairaanhoitajaan.	9/11
The Economic Cost and Impacts of Scope of Practice Restrictions on Nurse Practitioners	Sudip Chattopadhyay, George Zangaro	2019	Nursing Economic\$, November/December 2019   Volume 37 Number 6	Tutkimuksessa käsitellään kolmea kuntatason palvelua, sairaalapalvelut, avohoidon palvelut ja päivystyspalvelut. Palveluita tarkasteltiin palvelutasolla ja sen kustannuksilla sekä tarjotun palvelun ja tason näkökulmista. Olettamuksena on, että sairaanhoitajien toiminta-alan rajoitusten poistamisella saataisiin säästöjä terveydenhuollossa.	Kvantitatiivinen tutkimus, jossa arvioidaan monimuuttujaregression mallilla Medicare-kustannusfunktiota.	Empiiriset tulokset osoittavat, että sairaanhoitajien toiminta-alan rajoitusten purkaminen vähentäisi merkittävästi Medicare-kustannuksia ja samalla voitaisiin varmistaa asiakkaiden hoitoon pääsy, potilasturvallisuus ja tuottaa laadukasta hoitoa. Kansallisesti rajoitusten poistaminen toisi Medicarelle noin 44,5 miljardin dollarin kustannussäästöt	4/11
The Nurse Practitioner Role in Oncology: Advancing Patient Care	Sarah Stahlke Wall, Krista Rawson	2016	ONCOLOGY NURSING FORUM, VOL. 43, NO. 4, JULY 2016 doi: 10.1188/16.ONF.489-496	Tutkia ja kuvata syöpäsairaanhoitajan roolin ominaisuuksia, tunnistaa tapoja, joilla syöpäsairaanhoitajat tuovat syöpähoidolle lisäarvoa ja ehdottaa kuinka organisaatiot voivat tukea tätä roolia	Tutkiva laadullinen tutkimus, jossa tarkasteltiin kolmen syöpäyksikön sairaanhoitajien (n=12), lääkäreiden (n=12) ja johtajien (n=5) vastuita roolin implementoinnissa. Menetelmänä käytettiin tulkintakuvausta, jolla pyritään systemaattisesti tutkimaan ja	Syöpäsairaanhoitajan rooli on edelleen epäselvä. Perinteiset ammattihierarkiat ja odotukset hoidon antamisesta vaikuttavat edelleen roolin toteutukseen.	7/11

					analysoimaan aihetta sekä soveltaa tuloksia käytäntöön.		
The Perspectives of Nurse Practitioners and Physicians on Increasing the Number of Registered Nurses in Primary Care	Allison A. Norful, Jennifer C. Dillon, Siqin Ye, Lusine Poghosyan	2018	NURSING ECONOMIC\$/July-August 182, 2018/Vol. 36/No. 4	Tutkimuksella pyritään saamaan esille perusterveydenhuollon näkökulmasta, kuinka sairaanhoitajat voidaan integroida optimaalisesti osaksi perusterveydenhuollon tiimejä ja millainen vaikutus sairaanhoitajien lisäämisellä on.	Laadullinen haastattelututkimus, jossa haastateltiin perusterveydenhuollon tiimien jäseniä.	Tutkimuksessa selvisi 3 selkeää teemaa, kuinka sairaanhoitajat ovat integroituneet osaksi tiimiä, sairaanhoitajien määrän lisääntymisen vaikutus positiivisesti hoidon laatuun, turvallisuuteen ja jatkuvuuteen sekä lääkärin työkuorman keventäminen	4/11
The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists	Mark A Cooper, Joan McDowell and Lavinia Raeside and the ANP-CNS Group	2019	British Journal of Nursing, 2019, Vol 28, No 20	Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla kliinisen asiantuntijasairaanhoitajan ja erikoissairaanhoitajan eroja ja yhtäläisyyksiä kirjallisuuden perusteella.	Kirjallisuuskatsaus, otos 12 julkaisua. Tietokannat CINAHL, Medline ja Embase, josta löytyi 120 artikkelia.	Molemmat roolit ovat arvokkaita ja tehokkaita, jotka perustuvat kliiniseen osaamiseen, johtamiseen ja tutkimukseen. Erikoissairaanhoitajan hoitaja on spesifimpi kuin kliinisen asiantuntijan hoitajan. Kliinisen asiantuntijan rooli on selkeämmin määritelty sääntelyllä ja hallinnolla sekä sillä on selkeä rakenne, mutta kuitenkin määrittely on puutteellinen useimmissa maissa.	10/11

Lisäksi hauista tuli esiin useita (n=23) sellaisia julkaisuja, joiden sisältö ei suoranaisesti vastannut tutkimuskysymyksiin tai käsitellyt aihetta, mutta niiden sisältö liittyi läheisesti tutkittavaan ongelmaan. Näitä tutkimuksia hyödynnettiin aihealueeseen tutustuesssa ja teorian kirjoittamisessa.

Julkaisut jaoteltiin teemoittain ja aiheittain tutkimuskysymysten perusteella. Suurin osa julkaisuista sisälsi vähintään kahta eri teemaa/ aihetta. Julkaisujen laadullisuutta arvioitiin käyttämällä *Joanna Briggs Instituten (JBI)* kriteeristöä tutkimuksen laadukkuudesta (Liite 1), jonka Hoitotieteen tutkimussäätiö on kääntänyt suomeksi. (Hoitotieteen tutkimussäätiö, HOTUS, 2021)

## **4 Asiantuntijuus terveydenhuollossa**

### **4.1 Terveydenhuollon hierarkia**

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän perinteiset organisaatiomallit ovat olleet byrokraattinen ja professionaalinen organisaatio, joita 2000-luvulla on alkanut haastamaan tulosjohtamiseen perustuva organisaatiomalli (Isosaari, 2008).

Byrokraattisen organisaation ideamallin kuvasi Max Weber vuonna 1922. Järjestelmä on hierarkkinen, joka sisältää erilaisia sääntöjä ja tarkan dokumentaation. Järjestelmän asiantuntijuus on differentioitunut. Byrokraattisessa organisaatiossa johtajuus toteutetaan ylhäältä alaspäin ja se koostuu pääsääntöisesti erilaisten ohjeiden, informaation määräysten ja päätösten saattamisesta alempien organisaation tietoon. Organisaation toiminta on ylimmän johtamistason antamien ohjeiden mukaan toimimista, ilman mahdollisuutta vaikuttaa. Byrokraattisen organisaation valta perustuu tyyppillisesti joko asemaan tai asiantuntijuuteen ja johtajuus sekä toiminta sidotaan sääntöihin. Terveydenhuollossa byrokraattisuus johtaa helposti siihen, että kenelläkään ei ole kokonaiskuvaa tai vastuuta asiasta, jolloin päätöksenteko kangistuu ja on kasvotonta. (Isosaari, 2008; Vuopionperä, 2013).

Professionaalisessa organisaatiossa valta nojautuu ammattiauktoriteettiin, jossa työtä johdetaan erikoisosaamisella ja asiantuntijat johtavat esimiehiään. Perustaltaan organisaatio on byrokraattinen, mutta desentraloitu, jolloin toiminnot ja valta ovat hajautettuja. Ammatillisuus on professionalismin ydin, joka muodostuu polveutuneesta monimutkaisesta, tarpeellisesta ja tärkeästä tiedosta. Perusolettamus professionaalisessa organisaatiossa on, että asiantuntijat käyttävät tätä

tietoa altruistisesti. Ammattilaisten asema organisaatiossa on näkyvä ja hajautetun kokoonpanon myötä ammattilaiset hallitsevat hallinnollista työtä oman työnsä lisäksi. Asiantuntijat pyrkivät tilanteeseen, jossa he voivat käyttää ammatillista tietoaan/kykyään riippumattomasti. Riippumattomuuden ajatusprosessi on autonomian vaatimus, jolloin vastuu on ammattilaisen henkilökohtainen. Autonomian vaatimus luo myös helposti keskenään kilpailevia ammattikuntia organisaation sisälle. Organisaation strategiat ja tavoitteet koetaan myös itselle vieraksi, jolloin ne tuntuvat ammattilaisista ylhäältä päin tulevan käskytyksenä. (Talja, 2006; Isosaari, 2008; Vuopionperä, 2013)

Tulosjohtamiseen perustuvassa organisaatiossa johto määrittelee toivomansa tulokset sekä asettaa niille tavoitetason. Organisaatiossa mitataan suoriutumista ja toteutunutta tasoa verrataan tavoitteisiin. Toisin sanoen tulosjohtaminen on ohjausjärjestelmä, joka perustuu johdon *toivomien* ja organisaation *toteutuneiden tulosten* vertailuun. Tulosjohtamisen keskeinen etu on sen tuoma autonomia, jossa mitataan prosessin lopputulosta sen sijaan, että pyritään määrittelemään tarkat ohjeet/ säännöt kuinka lopputulokseen päästään. Kuitenkin toimiakseen tulosjohtaminen tarvitsee kattavaa tietoa ja mittausjärjestelmiä. Mittareiden muodostama kokonaisuus on keskeisessä roolissa tulosjohtamisen onnistumisessa. Harvoin vain yksi tavoitemittari voi samanaikaisesti tukea organisaation suunnitelmia ja työntekijän motivaatiota. Tämä voi johtaa organisaation ja työntekijän tavoitteiden keskinäiseen ristiriitaan. Tulosten ajattelu johtamisessa lisää sektoroitumista, joka johtaa lisääntyneeseen asioiden yksipuoleiseen tarkasteluun ja suoritteiden korostamiseen. Koska taloudelliset kustannukset ovat helpommin mitattavissa kuin sosiaaliset kustannukset, tehokkuuteen pyrkiminen ajaa organisaation kohti taloudellista moraalialia. Taloudellisessa moraalissa mitattavissa oleva ohittaa ei mitattavan hyödyn, jolloin sosiaaliset kustannukset nousevat ja sosiaalinen moraalittomuus lisääntyy. (Talja, 2006; Isosaari, 2008; Vuopionperä, 2013)

Riippumatta millainen organisaation johtamismalli on, terveydenhuollossa on aina läsnä professionaalinen hierarkia. Terveystenhoito on hierarkialtaan erittäin vanhoillinen. Hierarkia muodostuu lääkärijohtoiseksi, jossa lääkärin toiminta johtaa koko organisaation toimintayksikön toimintaa. Yleensä hierarkia kuvautuu karkeasti lääkäri-sairaanhoitaja-lähihoitaja-avustava henkilökunta portaitaikkona.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisesta puuttuu vaikuttavuuden arviointi, tulosjohtamisessa arvioidaan usein ainoastaan suoritemääriä suhteessa resursseihin tai laadun arviointi *balanced score card* (on saavutettu, osittain saavutettu, ei ole saavutettu "liikennevalomalli") mallissa on sanallinen



kuvaus ilman vertaitukelpoista laadunarviointia. Ainoastaan suoritemääriä vertailemalla ei voida puhua aidosta tulosjohtamisesta. Kliinisen asiantuntijuuden vaikuttavuutta suomalaisen terveydenhuollon laadun ja tuloksellisuuden arvioinnissa on tutkittu vuonna 2020 lääkkeenmääräämistoiminnan näkökulmasta. Väitöskirjassaan Emilia Laapio-Rapi (2020) toteaa, että selkeä tehtäväkuvan määrittäminen ja resurssoinnin kohdentaminen lääkkeenmääräämistoimintaan osana avoterveydenhuollossa toteutettavaa hoitotyötä tuottaa parempaa laatua ja tuloksellisuutta. Lisäksi Laapio-Rapi (2020) arvioi, että tutkimuksessa käytettyä viitekehystä ja mittauskohteita voitaisiin jatkossa soveltaa muissa kliinisen asiantuntijuuden laadun ja tuloksellisuuden tutkimuksissa.

## 4.2 Terveydenhuollon rakenne ja rahoitus

Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on vuoden 2023 alusta otettu käyttöön hyvinvointialuemalli, jossa sosiaali- ja terveystalouden tuottaminen on siirtynyt kunnilta hyvinvointialueiden vastuulle. Rahoitus toteutuu valtion budjetista. Hyvinvointialueiden vuoden 2024 ennako laskelmat on julkaistu huhtikuun alussa vuonna 2023. Rahoituslaskelmat pohjautuvat kuntien vuoden 2022 tilinpäätösarvioissa oleviin pelastustoimen sekä sosiaali- ja terveystalouden kustannustietoihin. Vuoden 2024 rahoitus on 24,3 miljardia euroa, johon kasvua on 1,2 miljardia euroa verrattuna vuoden 2023 rahoitukseen. ([www.valtioneuvosto.fi](http://www.valtioneuvosto.fi)) Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus mielletään julkisessa keskustelussa menoeräksi, jolla ei ole mitään vastetta. Tämä johtuu siitä, että toimien vaikuttavuus nähdään vasta useamman vuoden päästä ja asioiden vaikuttavuutta tulisikin miettiä vuosikymmenien aikaperspektiivissä eikä esimerkiksi yhden tili- tai hallituskauden näkökulmasta. Yleisesti on tiedossa, että ennaltaehkäisevään työhön panostaminen laskee tulevaisuudessa sosiaali- ja terveystalouden menoja ja vaikuttavuus on nähtävissä aikaisintaan muutaman vuoden päästä.

Koska rahoituksen suunnittelu nojaa aikaisempien vuosien kustannuksiin, niin tavallisin toimi hillitä kustannusten kasvua on menojen leikkaaminen. Palvelutuotantoa ei useinkaan nähdä kilpailutekijänä tai hyvinvointia/ terveyttä tuottavana toimena. Tämä aiheuttaa sen, että sosiaali- ja terveystalouksia ”tehostetaan” leikkaamalla kulurakennetta, joka johtaa palveluiden leikkaamiseen ja niiden saavutettavuuden huononemiseen. Suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään on myös keinoitekoisesti luotu mekanismeja, joilla rajataan palvelun saatavuutta tai eriarvoisetta palveluiden käyttäjiä, joka ei vastaa lain (1992/785, luku 2, 3 §) edellyttämää velvoitetta. Näiden mekanismien vuoksi myös resurssien oikeanlainen kohdentaminen hankaloituu ja tämä vaikuttaa myös palvelutuotannon heikkenemisenä sekä hoitotyön ammattilaisten moraaliin ja etiikkaan, joka

vastaavasti vaikuttaa työssäjaksamiseen. Tästä esimerkkinä toimii työterveyshuolto. Työterveyshuoltolaki (2001/1383) velvoittaa työnantajan järjestämään työntekijöille työterveyshuolto. Lain tarkoituksena on edistää työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäisyä, työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuralla sekä työyhteisöjen toimintaa. Tämän lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja, kuin mitä työterveyshuoltolain 12§:ssä määrätään. Tämä on johtanut siihen, että työnantajat täydentävät palveluja mm. akuutilla sairausvastaanotolla, jolloin työntekijän hoitoon pääsy paranee ja mahdolliset kustannukset työntekijän sairastumisesta pienenevät työnantajalle.

Työterveyshuollon kustannukset rahoitetaan työnantajien ja työntekijöiden pakollisilla työtulovaltuutusmaksuilla sekä työnantajien asiakasmaksuilla. Kansaneläkelaitos (KELA) korvaa näitä työterveyshuollon palveluita osittain työnantajalle. Vuoden 2020 työterveyshuollon kustannukset vastasivat 3,8 % (879 miljoonaa euroa) terveydenhuollon kokonaismenoista (23 miljardia euroa), keskimääräiset kustannukset työntekijää kohti olivat 453 € ja KELA- korvaukset 191 €. Lisäksi yrittäjien työterveyshuollon kustannukset olivat 5,1 miljoonaa euroa, joista valtion osuus 1,6 miljoonaa euroa vastaten 31,3 % kuluista. Vuonna 2020 työnantajan työterveyshuollon piirissä oli lähes kaksi miljoonaa työntekijää, mikä vastaa 89 % palkansaajista ja yhtä kolmasosaa koko väestöstä. Työterveyshuollon kokonaiskustannukset ovat olleet nousussa koko 2000-luvun lähes kolminkertaiseksi, tämä johtuu työterveyshuollon piiriin kuuluvien määrän noususta 1,60 miljoonasta 1,94 miljoonaan, työväestön ikääntymisestä ja työalojen kuormittavuuden sekä työhön liittyvään sairastumisen lisääntymisestä ja lopuksi lainsäädännön kautta määriteltyjen uusien tehtävien vuoksi. ([www.tyoelamatieto.fi](http://www.tyoelamatieto.fi))

Pääasiassa työterveyden kulut ovat ennaltaehkäisevästä työstä syntyvää kuluja, mutta vastaavasti työterveyshuoltoon hakeutuu hoitotyön ammattilaisia töihin työn vähäisemmän työnkuormittavuuden vuoksi. Tämä on johtanut siihen, että julkisenpuolen perusterveydenhuollossa jo valmiiksi niukka resurssit joudutaan edelleen niukentamaan. Resurssien niukkuus johtaa väistämättä palveluiden tason ja saatavuuden heikkenemiseen, josta seuraa suuremmat erikoissairaanhoidon kulut, kun väestön terveysongelmia ei ole mahdollista hoitaa oikea-aikaisesti. Tämä asettaa henkilöt eriarvoiseen asemaan sen vuoksi, koska ei ole mahdollisuutta päästä työterveyshuollon palveluiden piiriin tai elämäntilanteen muuttumisen myötä on jouduttu palvelun ulkopuolelle.

Hyvinvointiyhteiskunta ei tällaisenaan pysy kauan kansalaisilleen yhdenvertaisena niin palveluiden saatavuuden tai perusoikeuksien toteutumisen näkökulmasta ajateltuna. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehittäminen ja palvelusisältöjen suunnittelu laadun, tehostamisen ja resursien oikeanlaisen kohdentamisen myötä tulisi lähteä hyvinvointialueen väistön tarpeista ja käyttää hoitotyön ammattilaisen asiantuntijuutta suunnittelun ja kehittämisen lähtökohtana. Sekä kehittämisen että suunnittelun tulisi olla pitkäkestoista ja toiminnan arviointi jatkuvaa. Lisäksi päätöksenteon byrokratiaa tulisi purkaa niin, että toiminnan muuttaminen ja toiminnan tarkastelu olisi joustavaa suhteessa palveluntarpeessa tapahtuviin, joskus äkillisiin, muutoksiin.

### 4.3 Asiantuntijuuden tasot

Sairaanhoitajan ammattitutkinto on alempi korkeakoulututkinto, jonka laajuus on 210 opintopistettä. Tämän koulutuksen saanut henkilö voi toimia terveydenhuollon laillistettuna ammattihenkilönä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä, 599/1994.) Koulutuksen saanut henkilö on saanut valmiudet toimia sairaanhoitajana ja pystyy kehittämään itseään ammatillisesti käytännön työelämässä ja lisäkoulutuksella. Sairaanhoitajan perustutkinto on tasoltaan 6 eurooppalaisessa tutkintojen viitekehyksessä (European Qualifications Framework, EQF) Sairaanhoitaja voi jatkaa kouluttumista joko ammattikorkeakoulussa tai yliopistossa. Ammattikorkeakoulun puolella sairaanhoitaja voi suorittaa hoitotyön täydennys- ja erikoistumiskoulutuksia, joiden pituus vaihtelee muutamasta opintopisteestä laajempiin vähintään 30 opintopisteen erikoistumisopintoihin. Sairaanhoitajan perustutkintoa voi täydentää erilaisilla suuntautumisen vaihtoehdoilla, kuten terveydenhoitaja, kättilö ja ensihoitaja, tai opiskella suoraan em. tutkintonimikkeisiin, jolloin valmistuessaan saa käyttää joko sairaanhoitajan tai suuntautumisvaihtoehdon tutkintonimikettä. Työkokemuksen karttumisen myötä sairaanhoitaja voi suorittaa ylemmän korkeakoulututkinnon, jonka laajuus on 90 opintopistettä. Sairaanhoitajan perustutkinto vastaa yliopistossa esim. hoitotieteen perusopintoja, joista voi jatkaa opiskelua tohtorin tutkintoon asti. Ammattikorkeakoulun ylempi korkeakoulututkinto vastaa maisteritason yliopistokoulutusta. ([www.sairaanhoitajat.fi](http://www.sairaanhoitajat.fi))

Kansainvälisesti sairaanhoitajan tutkinto on korkeakoulupohjainen tutkinto. Riippuen maasta, koulutus tapahtuu oppisopimuskoulutuksena yliopistollisessa sairaalassa, lääketieteellisessä tiedekunnassa/koulutuksessa, yliopiston perustutkintona tai kuten Suomessa, korkeakoulun perustutkintona. Euroopan unionin alueella on EU-direktiivit (77/452/ETY, 77/453/ETY, 89/594/ETY, 89/595/ETY, 2001/19/EY) määrittelevät tutkinnon sisällön ja takaavat sen, että EU:n alueella saatu

koulutus on vastaava maasta riippumatta ja näin myös työntekijöiden liikkuvuus maiden välillä on mahdollista. Kuitenkin sairaanhoitaja tarvitsee maakohtaisen laillistuksen, ennen kuin aloittaa kansainvälisentyöskentelyn. ([www.sairaanhoitajat.fi](http://www.sairaanhoitajat.fi))

#### 4.4 Kliininen asiantuntijuus

Kansainvälinen Sairaanhoitajaliitto, International Council of Nursing (ICN), on vuonna 1899 perustettu järjestö, jonka tarkoituksena on edustaa sairaanhoitajia maailmanlaajuisesti sekä edistää hyvinvointia ja terveyttä politiikassa. ICN:n tavoitteena on maailmanlaajuinen huomio, panostus ja tuki hoitotyölle johtaa maailmanlaajuisesti terveydenedistämistä kaikkialla. ICN on luonut hoitotyön eettiset ohjeet, johon hoitotyön ammattilaisuus nojautuu. ICN:n määrittelemänä kliininen asiantuntija on hoitotyön ammattilainen, joka omaa tietoiltaan ja taidoiltaan syvällistä päätöksen tekoa ja ammatillisuutta, joka pohjautuu joko kansallisiin ja/tai väestön erityispiirteistä johtuvaan erikoisosaimiseen hallintaan. Kliinisen asiantuntijuuden tunnistamiseksi hoitotyön ammattilaisella tulisi olla ylempi korkeakoulututkinto. (ICN, 2022, ICN Code Of Ethichs, revised 2021).

Suomen Sairaanhoitajaliiton hallitus asetti vuonna 2013 Advanced Practice Nursing (APN)-työryhmän määrittelemään, mitä kansainvälinen APN-käsite tarkoittaa Suomessa ja kuinka sairaanhoitajan työnkuva vastaa tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeisiin. Vuonna 2016 julkaistiin APN-työryhmän loppuraportti, jonka tarkoituksena on toimia päätöksenteon tukena niin käytännön työelämässä kuin koulutuksen suunnittelussa. (Sairaanhoitajaliitto, 2016) Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) nimeämä terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta asetti keuhalla 2020 hoitotyön asiantuntijoista koostetun jaoston valmistelemaan esityksen kliinisen hoitotyön erikoisaloista (STM, 2021:36).

Advanced practice Nursing määriteltiin Sairaanhoitajaliiton APN-työryhmässä *laajavastuiseksi hoitotyön asiantuntijuudeksi*, joka jakautuu kahteen asiantuntijuuden malliin, *asiantuntijasairaanhoitaja* (Nurse practitioner, NP) ja *kliinisen hoitotyön asiantuntija* (Clinical Nurse Specialist, CNS). Asiantuntijasairaanhoitaja työskentelee itsenäisesti, pitääen vastaanottotoimintaa tehden potilaan hoitoon liittyviä päätöksiä. Vastaavasti kliinisen hoitotyön asiantuntija työskentelee hoitotyön laadun varmistajana, kehittäjänä sekä tekee näyttöön perustuvaa tutkimusta tai toimii konsulttina tai opettajana. (Sairaanhoitajaliitto, 2016)

Suomen Sairaanhoidajaliitto myöntää lisäksi erilliseen hakemukseen perustuvan sairaanhoitajan erityispätevyyksnimikkeen, jonka tavoitteena on tuoda esille ammatillista erityisosaamisen ja -asiantuntijuuden. Nimikkeen perusteella voidaan vaikuttaa ja antaa perusteet uudenlaisiin sairaanhoitajan ammattikuviin ja palkkakehitykseen. Erityispätevyyksnimike on voimassa kerrallaan viisi vuotta ja se vaatii jatkuvaa ammatillista kehittymistä. ([www.sairaanhoitajat.fi](http://www.sairaanhoitajat.fi))

Kansainvälisesti on myös epäselvyyttä siinä, kuinka määritellä kliininen asiantuntijuus suhteutettuna hoitotyön ammattilaiseen. Tämä johtuu siitä, että alueittain on eroja siinä, onko sairaanhoitaja nimikesuojattu ammattinimike, jota voi käyttää tietyn laajuksen koulutuksen jälkeen vai voiko henkilö toimia hoitajana ilman alan koulutusta ja saavuttaa vaadittu ammattitaito työn ohessa. Maissa, joissa hoitajan työhön ei tarvitse peruskoulutusta, on kuitenkin selkeät määritelmät sille, milloin henkilö on pätevä kliininen asiantuntija. Tämä on johtanut myös siihen, että sairaanhoitajan ja kliinisen asiantuntijan väliset eroavaisuudet ovat vaikeasti tunnistettavissa maailmanlaajuisesti. (Lowe, Plummer, O'Brien & Boyd 2012.)

#### **4.5 Koulutuksen ja osaamisen varmistaminen terveydenhuollossa**

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (599/1994) ja alemman korkeakoulututkinnon määritelmä luovat pohjan koulutukselle ja siitä saatavalle osaamiselle. Suomessa on kansallinen loppukoe hoitotyön ammattitutkinnon suorittaneille, jonka avulla pystytään standardoimaan peruskoulutuksen taso ja varmistamaan se, että ammattiin valmistuvilla on yhtenäinen minimitaso osaamisesta. Työssä osaamista varmistetaan määrääjain suoritettavilla lääke- ja muun hoidon osaamisen osa-alueiden tenttimisellä, jolla työntekijä pystyy osoittamaan työyksikkönsä toiminnassa tarvittavan henkilökohtaisen osaamisen. Lisäksi organisaatioissa on omia sisäisiä koulutuksia ja eri hoitotyön erikoisaloilla on omia koulutuksia sekä ammattitutkinnon suorittaneet voivat lisätä/ syventää oman alansa osaamista erilaisissa toisen- ja ylemmän asteen järjestämissä koulutuksissa.

Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilöt laillistetaan ja rekisteröidään Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) rekisteriin samalla kun henkilölle on myönnetty oikeus harjoittaa terveydenhuollon ammattia. Henkilön ammattioikeus ja -pätevyys voidaan tarkistaa Valviran ylläpitämästä sähköisestä JulkiTerhikki- tietokannasta. ([www.valvira.fi](http://www.valvira.fi))

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on käynnistänyt vuonna 2021 strategisen ohjelman sosiaali- ja terveydenhuollon riittävän ja ammattitaitoisen henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi. Tavoitteena on ollut löytää kestäviä ratkaisuja henkilöstöpulaan. Tähän mennessä ohjelma on saanut aikaiseksi strategisen tiekartan vuosille 2022–2027, jossa on yli 40 konkreettista toimenpidettä sote-henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi. Tiekartta sisältää neljä strategista kärkeä, osaamisen vahvistaminen, työn vaikuttavuuden parantaminen, hyvän työn edellytykset ja tietopohja-analyysi ja ennakointi. Tavoitteena on helpottaa henkilöstövajetta ja lisätä ala pito- ja vetovoimaa. ([www.stm.fi](http://www.stm.fi)) Osaamisen vahvistamista strategia pyrkii toteuttamaan sote-alan perustutkintojen ja niitä täydentävien koulutuksien tasapainoa hakemalla eri ammattiryhmien välillä ja tehdä täydentävästä koulutuksesta sellaista, että se pystyy vastaamaan nopeasti työelämän muuttuviin tarpeisiin. Lisäksi ohjelma nostaa esille myös koulutuksiin kuuluvat harjoittelut, jotka ovat yleensä ensimmäinen kosketuspinta alalle opiskeleville. Harjoittelupaikkojen ja erilaisten yksikköjen käytäntöjen yhtenäistäminen sekä harjoitteluun kohdennettava resurssointi ja jatkuvan oppimisen johtaminen vaatii sekä taloudellisesta että toimintakulttuurien muutoksiin tukea. (STM, 2023, s.17–18)

#### **4.6 Terveydenhuollon resurssit ja osaamisen ylläpitäminen**

Terveydenhuollon resurssit suomalaisessa terveydenhuollossa ovat liian pienet suhteutettuna palvelutarpeeseen ja riittävän osaavan henkilöstön näkökulmasta. Suomen BKT:n käytettiin terveydenhuoltoon 9,5 % vuonna 2020, joka on huomattavasti vähemmän kuin muissa pohjoismaissa. Kansainvälisesti suomalaisen terveydenhuollon rahoitus on keskitasoa ([www.kuntaliitto.fi](http://www.kuntaliitto.fi)). Resurssoinnin ongelmakohdiksi nousee lisäksi se, että terveydenhuollossa alan ammattilaiset tekevät paljon sellaista työtä, mikä ei varsinaisesti ole asiakkaaseen kohdistuvaa työtä. Tämä johtuu tukipalveluiden määrän systemaattisesta vähentämisestä mikä heijastuu koko terveydenhuoltoon.

Työnantajan velvollisuus on ylläpitää työntekijöiden osaamista. Organisaation sisäinen osaaminen on monitasoista ja organisaation eri osien välillä on erilaisuutta. Osaaminen ei koskaan ole valmista, vaan se on jatkuvasti kehittyvä prosessi, koska ympäristön muuttuessa myös tarvittava osaaminen muuttuu. Organisaatiossa tulisi olla osaamisen johtaminen osana johtamiskulttuuria. Osaamisen johtamisessa arvioidaan nykytilaa, huomioidaan ja tunnustetaan osaamistarpeet sekä asetetaan tavoitteet. Osaamisen johtamisen lähtökohdat ovat organisaation strategiasta ja visiosta, joihin on määritelty tarvittava osaaminen sekä sen suunnittelu ja kehittäminen. Ydinosaaminen ja osaamisen

kehittämistarpeet organisaatiossa määritellään vision ja strategian pohjalta. Organisaation esihenkilöiden tehtävänä on taata resurssointi ja olosuhteet, että oppiminen ja kehittyminen on mahdollista. Lisäksi heidän tulee olla oman henkilökunnan osaamisesta ajan tasalla, jotta kehittymisen seuraaminen ja ajantasaistaminen on hallittavissa. Työntekijät sitoutetaan osaamisen ylläpitämiseen selkeiden roolien määrittämisellä sekä organisaation strategian ja vision läpi käynnillä. (Virta ja Laaksonen, 2019)

Suomalainen terveydenhuolto on kriisiytynyt Covid-19 pandemian myötä kasvaneista hoitajajonoista sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden vähyydestä, joka johtuu niin suomalaisen väestön ikääntymisestä johtuvasta eläköitymisestä sekä kokeneiden ammattilaisten siirtymisestä töihin ulkomaille tai muille aloille. Lisäksi kansantaloudellinen kestävyys huoltosuhteessa on ollut laskussa jo viime vuosikymmenen loppupuolelta lähtien. Terveydenhuollon moniportainen rahoitusjärjestelmä on aiheuttanut koko sosiaali- ja terveysalan kriisiytymisen, koska menot ovat koko ajan kasvussa tarvekasvun vuoksi ja 1990-luvulla alkaneen perusterveydenhuollon systemaattisen alasajon vuoksi. Tämä on vastaavasti aiheuttanut erikoissairaanhoidon resurssien kohdentumisen väärin ja kustannusten kasvamisen. Nykyisin erikoissairaanhoidossa joudutaan hoitamaan perusterveydenhuollon pitkäaikaista hoitoa vaativia potilaita, joka sitten leikkaa erikoissairaanhoidon palveluiden saatavuutta. Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon kriisiytymiseen vaikuttaa myös poliittinen päätöksen teko, jonka vuoksi terveydenhuollon vaatimia uudistuksia ei ole pystytty tekemään ajoissa vaan poliittisen tempoilun myötä on ajauduttu terveydenhuollossa lyhytjänteiseen, pirstaleiseen työhön, jossa päätösten vaikuttavuutta ei voida arvioida. Aidon kehitystyön tutkimuksen ja suunnittelun sijasta on jouduttu taloudellisessa paineessa lyhytnäköisiin leikkauksiin, jotka ovat aiheuttaneet kustannusten kasvua, kun palveluiden laatu sekä saatavuus laskee ja sitä myötä kansalaisten sairastavuus lisääntyy, joka sitten osaltaan nostaa terveydenhuollon kulurakennetta. Terveydenhuollon ammattilaisten puute ei yksinomaan ole pelkästään Suomen ongelma, vaan se on kansainvälinen ongelma. Ongelmaa ei voida ratkaista työperäisellä maahanmuutolla, koska kaikki painavat samojen haasteiden kanssa.

STM:n Tiekartta 2022–2027 sisältää myös toiminta ehdotuksia ja tavoitteita henkilöstön tehtäväkenttien ja työnjaon selkeyttämisestä, joka auttaisi myös henkilöstön kohdentamista koulutusta vastaavaan työhön vaarantamatta asiakas- ja potilasturvallisuutta tai alentamalla kelpoisuusvaati-

muksia. Tämä vaatii erinäisten tukipalveluiden, kuten talous- ja hallinnon, potilashallinnon ja kiinteistö- ja logistiikkahuollon ammattihenkilöitä tekemään näiden alueiden töitä. (STM, 2023 s. 18–19) Työperäisen maahanmuuton organisoinnissa tulee päästä tämän hetkisestä hanke pohjaisista pätevöittämisskoulutuksista ja rekrytoinneista helpommin hallittavaan ja kauaskantoisempaan rekrytointi- ja pätevöittämisspolkuihin, joissa voidaan keskittyä itse toiminnan kehittämiseen, saatavuuteen ja mahdolliseen tarjonnan löydettävyyteen. Koulutuksien järjestämisestä vastaavat tahot, kuten korkeakoulut, joutuvat nykyisessä tilanteessa käyttämään resursseja toistuviin hankehakemuksiin ja opiskelijoiden uudelleenohjaukseen hankekausien yli. ( STM, 2023 s. 22)

## **5 Kliininen asiantuntija osana organisaatiota**

### **5.1 Kliinisen asiantuntijan tehtävät**

Suomen Sairaanhoidajien (2016) mukaan kliininen asiantuntijuus on jaettu käytännön ja kehittämisen asiantuntijuudeksi. Käytännön kliininen asiantuntijuus on erikoistumista tietyn sairauden tai sairausryhmien hoitoon. Kliinisen asiantuntijan työtehtävät sisältävät asiakkaan/ potilaan yksilöllistä hoitotyötä ja itsenäistä vastaanottotoimintaa. Tällaisia kliinisen asiantuntijuuden työtehtäviä ovat esimerkiksi perus- ja erikoissairaanhoidossa diabetes, urologinen, reumasairauksien, Inflammatory Bowel diseases (IBD)-hoitotyö, Lisäksi näihin lukeutuu myös lääkkeenmääräämisoikeuden saaneiden hoitajien tekemä hoitotyö. Lisäksi erikoisalakohtainen syvälinen perehtyminen hoitotyöhön ja oman tietotaidon soveltaminen on kliinistä asiantuntijuutta.

Kehittämisen kliininen asiantuntijuus on hoitotyön/ työyhteisön kehittämistä perustuen näyttöön perustuvaan tutkimukseen ja soveltamiseen. Kehittämisen kliinistä asiantuntijuutta tarvitaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa kuin myös tukitoimintojen kanssa tapahtuvassa rajapinnassa. Opettaminen on myös osa kliinistä asiantuntijuutta. Se koostuu niin kollegoiden kuin alan opiskelijoiden opettamisesta ja uusien näyttöön perustuvien tehtävien/ hoitotyön menetelmien implementoinnista osaksi käytännön hoitotyötä. (Suomen Sairaanhoidajat, 2016)

### **5.2 Kliinisen asiantuntijan sijoittuminen organisaatiossa**

Kliinisen asiantuntijan sijoittuminen organisaatiossa määräytyy paljolti työnkuvasta. Käytännön hoitotyötä tekevät kliiniset asiantuntijat ovat osa vastaanottotoimintaa joko perusterveydenhuollossa



tai erikoissairaanhoidon poliklinikoilla tai yksityisellä sektorilla. Lisäksi he voivat työskennellä asiantuntijatehtävissä organisaation kehittämisessä tai osana hoitotyön johtamista sekä kouluttamista. Suomalaisessa terveydenhuollossa vielä toistaiseksi harvinaisempaa on kliinisen asiantuntijan työskentely yksityisenä ammatinharjoittajana vrt. lääkärin toiminta yksityisellä sektorilla. Kliinisenä asiantuntijana työskentely ammatinharjoittajana on tavallisinta fysioterapeuteilla.

Kansainvälisesti kliinisiä asiantuntijoita työskentelee yksityisinä ammatinharjoittajina maailman laajuisesti. Kirjallisuuskatsauksen aineistossa ammatinharjoittajana toimittiin niin perusterveydenhuollossa osana yhteisöjen peruspalveluja kuin myös itsenäisenä päätöksen tekijänä osana työyhteisöä. (Liite 2, tutkimukset 1, 4–8, 18, 20, 22, 23, 24 ja 26)

Ensimmäiset suomalaiset kliinisen asiantuntijakoulutuksen saaneet hoitajat (17) valmistuivat vuonna 2006. Heidän sijoittumisestaan organisaatiossa tutkittiin vuosi valmistumisen jälkeen. He olivat työllistyneet seitsemän eri organisaation alueelle enemmän tai vähemmän tehtävänkuvaltaan selkeisiin kliinisen asiantuntijan tehtäviin, mutta kaikki tutkimukseen osallistuneet tiedostivat kliinisen asiantuntijuuden tärkeyden osana organisaatiota. Tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että kliinisen asiantuntijan tehtävänkuva on selkeästi vastuullisempi ja autonomisempi kuin sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneiden. Heidän pääsääntöinen työskentelyalueensa oli kroonisten sairauksien hoidossa ja/ tai organisaation henkilökunnan kouluttamisessa. Kliiniset asiantuntijat toimivat tärkeänä osana asiakasrajapintojen ja hoitopolkujen kehittämistä sekä vastuuroolien selkiyttäjinä sairauksien hoidossa hoitohenkilökunnan ja potilaiden kesken. Lisäksi heidän roolinsa asiakkaiden/ potilaiden omahoidon onnistumisen tukemisessa on merkittävä. (Fagerström & Glasberg 2011.)

Kuitenkin roolin/työnkuvien ambivalenttisuus on hankaloittanut kliinisen asiantuntijuuden luonnollista sijoittumista osaksi organisaatiota. Asiakkaiden ja työyhteisöjen tietoisuuden puute kliinisen asiantuntijuuden moninaisista työnkuvista voi aiheuttaa negatiivista suhtautumista ja roolin hylätävyyttä. (Donald, et al., 2010) Laapio-Rapin (2020) mukaan toiminnan onnistuminen suomalaisessa terveydenhuollossa vaatii sekä organisaation prosessien kehittämistä ja eri roolien hyväksymistä. Samanlaisiin johtopäätöksiin päädyttiin myös kirjallisuus katsaukseen valituissa tutkimuksissa (Liite 2, tutkimukset 2, 3, 9, 10, 16, 22, 28 ja 30). Näissä varsinkin korostui roolin epäselvyys ja vastuiden jakautuminen eri ammattiryhmien välillä ja siitä nouseva epävarmuus, joka johti alkuvaiheessa negatiiviseen suhtautumiseen. Roolien epäselvyys vaikutti myös työn tuloksellisuuteen, niin resurssoinnin kuin talouden näkökulmasta, suhteessa roolin antamiin mahdollisuuksiin.

### 5.3 Kliinisen asiantuntijan resurssin kohdentaminen organisaatiossa

Toistaiseksi kliininen asiantuntijuus on vasta nyt noussut selkeästi yleiseen tietoisuuteen osana organisaatiota ja toiminnan kehittämistä suomalaisessa terveydenhuollossa, vaikka hoitotyön piirissä siitä onkin ollut puhetta koko 2000-luvun alun. Muun muassa Yhdysvalloissa kliinistä asiantuntijuutta on kehitetty osana terveydenhuoltoa jo 1960-luvulta ja Kanadassa 1970-luvulta lähtien. Pohjoismaissa kliinisen asiantuntijan malli on lähtenyt kehittymään Ruotsissa alkaen vuonna 1994 ja Norjassa APN-maisteriohjelma on ollut käytössä vuodesta 2012 lähtien. ([www.sairaanhoitajat.fi](http://www.sairaanhoitajat.fi), 2016)

Kliinisen asiantuntijan resurssin kohdentaminen tulisi tehdä sen mukaan, mitä kliinisellä asiantuntijuudella haetaan. Halutaanko sillä parantaa asiakkaiden/potilaiden saaman hoidon laatua vai kehittää käytännön hoitotyötä, vai tehdä toimintojen tehostamista joko rajapinnoilla tai toimintayksiköissä.

Kirjallisuuskatsauksen aineistossa kansainvälisesti resurssointi on toteutettu eritavoin riippuen organisaatiosta ja siitä, mitä kliinisellä asiantuntijuudella haetaan. Tutkimuksista nousi neljä keskeistä elementtiä kliiniselle asiantuntijuuden resurssin kohdentamiselle. 1. Vahvistusta käytännön hoitotyön osaamiseen (Liite2, tutkimukset 4, 7, 8, 18, 23–25 ). 2. Toimia osana hoitoketjua tai hoitotiimiä (Liite 2, tutkimukset 4–7, 17, 20, 22–25 ja 29). 3. Erilaisten prosessien tehostamista (Liite 2, tutkimukset 1, 4, 5, 7, 8, 14, 17, 18, 20, 23, 24, 26 ja 29). 4. Taloudellinen hyöty ( Liite 2, tutkimukset 3, 4, 14, 15, 20, 24, 26 ja 27). Tutkimuksissa tuli myös ilmi se, että kliinisen asiantuntijan tietoinen resurssointi ja kohdentaminen organisaatiossa vaikuttaa useamman mekanismin kautta, jolloin hyödyt myös lisääntyvät (Liite2, tutkimukset 4–6, 8, 20, 24 ja 29).

## 6 Kliininen asiantuntija osana hoitotyön laatua ja kustannustehokkuutta

### 6.1 Kliinisen asiantuntijan osaamisen kohdentaminen

Kun organisaatiossa on saatu kohdennettua resursseja kliiniseen asiantuntijuuteen, tulisi selkeästi määrittää se, kuinka osaaminen tehdään näkyväksi ja tuloksellisuutta voidaan arvioida. Kliinisen asiantuntijuuden osaamisen kohdentamiseksi ei riitä pelkkä resurssin osoitus, vaan työn tekemiselle ja

tuloksien näkymiselle tulee johdonmukaisesti osoittaa jatkuvuutta niin että kliininen asiantuntija saa tehdä asiantuntijuustyötänsä kokonaisvaltaisesti.

Kansainvälisesti kliininen asiantuntija on paremmin tunnistettu osaamisen taso, mutta maantieteellisesti siinäkin on eroja. Eniten kliininen asiantuntijuus on osana organisaatiota Pohjois- Amerikassa ja Australiassa, jossa myös hoitotieteen tutkimuksen perinteet ovat pidemmät kuin Euroopassa. Kliinisen asiantuntijuuden kohdentamista on tehty niin käytännön hoitotyöhön (Liite 2, tutkimukset 3–8, 13–15, 17, 18, 20, 22–24 ja 30). Sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidossa osaamisen kohdentamista oli tutkittu yhtä paljon (perusterveydenhuolto/ poliklinikat n=8 ja erikoissairaanhoidossa n=9). Lisäksi tutkimukset 25 ja 26 (Liite 2) käsittelivät osaamisen kohdentamista johdossa, ope- tuksessa ja tutkimuksessa. Yksityisellä kliinisen asiantuntijuuden osaamisen kohdentamista oli tut- kittu tutkimuksessa 13 (Liite 2). Kaikkien tutkimusten tuloksissa tuli esille se, että osaamisen kohdentaminen ja riittävä resurssointi sekä seuranta kannattaa, koska se lisää hoidon saatavuutta ja vähentää terveydenhuollon kustannuksia niin organisaatioille kuin potilaille/ asiakkaille.

## **6.2 Laadun ja osaamisen parantaminen**

Terveydenhuollon laadun määrittely on yksinkertaisuudessaan sitä, kuinka palvelu täyttää sille ase- tetut vaatimukset ja kohdistetut odotukset. Suomessa ei vielä ole otettu käyttöön terveystalou- den eurooppalaista laatustandardia (SFS-EN 15224:2016), joka määrittelee 11 oleellista laatutekijää terveydenhuollon organisaatiolle. Nämä tekijät ovat sopiva asianmukainen hoito, saatavuus, hoidon jatkuvuus, vaikuttavuus, tehokkuus, tasapuolisuus, näyttöön/tietoon perustuva hoito, potilaskes- keinen hoito sisältäen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen koskemattomuuden, hoidon oikea-aikai- suus/saavutettavuus, potilasturvallisuus ja potilaan osallisuus/ osallistaminen. Yhtenäisellä laatujär- jestelmällä organisaatioiden ja hyvinvointialueiden palveluiden keskinäinen vertailu ja terveydenhuollon laadun todentaminen helpottuisi sekä lisäisi asiakkaiden ymmärrystä terveyden- huollon laadusta. (Konkarikoski, 2018)

Uusien hoitotyön käytänteiden implementointi sekä toiminnan arviointi ja tiedon päivittäminen ovat kliinisen asiantuntijuuden syvintä olemusta. Kliininen asiantuntija on se henkilö organisaa- tiossa, joka tuo tutkitun tiedon osaksi päivittäistä käytäntöä ja tuottaa samalla uutta tietoa arvioi- dessaan implementoinnin vaikuttavuutta niin asiakkaan kuin talouden näkökulmasta. Saadun tie- don prosessointi ja uudelleen implementointi on myös kliinisen asiantuntijuuden syvintä olemusta.

Tiedon jakaminen ja opetus/ ohjaaminen ovat myös kliinisen asiantuntijuuden päivittäistä työtä. Selkeä tavoitteellinen hoitotyön kehittäminen yhdessä näyttöön perustavan toiminnan kanssa ovat avainasemassa silloin kun hoitotyön laatua ja osaamista lähdetään parantamaan.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa laatua ja osaamista käsiteltiin seuraavista näkökulmista: kuolleisuuden lasku, kotiuksen laatu, hoitajaksojen pituus ja määrä, hoidon jatkuvuus, laatu yleiskäsitteenä, saatavuus/tarjonta, osaamisen jakaminen ja komplikaatioiden ilmeneminen. Eniten käsiteltiin vaikutusta hoidon laatuun (Liite 2, tutkimukset 6, 12–14, 17, 23, 24 ja 29). Kaikissa tuloksena oli hoidon laadun lisääntyminen. Seuraavaksi eniten laatua ja osaamista tarkasteltiin hoidon jatkuvuuden ja saatavuuden/tarjonnan näkökulmista (n=11). Molemmissa näkökulmissa kliinisellä asiantuntijuudella oli positiivinen vaikutus. Varsinkin saatavuuden näkökulmasta tutkimus 20 (liite 2) esitti hyvin maaseudun terveystalouden turvaamisen kliinisen asiantuntijuuden avulla, tietenkään palvelun taso ei ollut sama kuin lääkäripalveluja tarjoavassa yksikössä, mutta kuitenkin palveluita pystyttiin tarjoamaan mikä osaltaan vaikutti sitten jatkohoidon tarpeeseen. Komplikaatioiden ja kuolleisuuden esiintyvyyteen alentavasti voidaan vaikuttaa kliinisellä asiantuntijuudella (Liite 2, tutkimukset 1, 8, 21, 22 ja 24). Asiakkaiden/ potilaiden kotiuttaminen oli myös sujuvampaa silloin kuin kliininen asiantuntija on ollut osana hoitoprosessia (Liite 2, tutkimukset 1, 8, 14 ja 17). Lisäksi onnistunut kotiutus vähensi uusinta käyntejä päivystyksessä. Hoitohenkilökunnan osaamisen varmistamisessa kliinisen asiantuntijan oleminen osana hoitotiimiä/ työryhmää lisää muun hoitohenkilökunnan osaamista sekä yhteistyötä ja näin parantaa hoidon laatua (Liite 2, tutkimukset 7, 18 ja 23).

### **6.3 Kustannustehokkuus**

Terveydenhuollon kustannustehokkuus on yksinkertaisesti määriteltynä, kuinka mahdollisimman pienellä panostuksella saadaan maksimaalinen määrä terveyttä ja/tai hyvinvointia asukasta kohden. Kustannustehokkuutta voidaan tarkistella talouden ja vaikuttavuuden näkökulmasta. Asukkaan näkökulmasta tarkisteltuna terveydenhuollon kustannustehokkuus on sitä, että asukas saa tarvitsemansa avun nopeasti ja oikea-aikaisesti, jolloin kustannukset hoidon saatavuuden pitkittymisestä ovat minimaaliset. Tämä koskee niin pitkäaikais- kuin akuuttien sairauksien hoidon kustannustehokkuutta. Kustannustehokkuudessa terveydellä ei tarkoiteta sitä, etteikö ihmiset voisi olla sairaita, vaan sitä että asukkaan terveys on mahdollisimman hyvä riippumatta sairauksista. Tällä tarkoitetaan pitkäaikaissairauksien hyvää hoitotasapainoa ja koettua terveyttä. Vaikuttavuudella tarkoitetaan

sitä, kuinka asukas tulee toimeen omien sairauksien kanssa ja kokee olevansa toimintakykyinen ja tuottava yksilö yhteiskunnassa.

Organisaation näkökulmasta käsiteltynä terveydenhuollon kustannustehokkuus voidaan määritellä kuinka oikea-aikaista ja tehokasta akuutin sairaudenhoito on suhteessa käytettyihin resursseihin, tai millaista organisaation toiminta-alueella asukkaiden sairastavuus on verrattuna maan keskiarvoon eri sairauksien kesken suhteutettuna alueen väestörakenteeseen. Matalat sairastamisluvut alueella kertovat siitä, että väestön terveys on hyvää, jolloin organisaatio on onnistunut alueella ennaltaehkäisevässä toiminnassa ja/tai akuuttien sairauksien hoidossa käytetyt resurssit ovat optimoitu suhteessa hoidon laatuun ja oikea-aikaisuuteen.

Yksilön näkökulmasta terveydenhuollon kustannustehokkuus tarkoittaa pienempiä kuluja terveyden ylläpidossa sekä palveluiden käytön vähyyttä. Yksilöllä on myös vastuu omasta terveydestä ja sen ylläpidosta, käytännössä tämä tarkoittaa säännöllistä liikuntaa, terveellistä ravitsemusta sekä hallittua päihteiden käyttöä. Vuonna 2008 julkaistussa STM:n raportissa *Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus.*, todetaan, että terveyden edistämisen toimilla saadaan paras kustannusvaikuttavuus terveydenhuollossa ja toimien optimointi vaatii interventioiden toteuttamista ja arviointia kansallisella tasolla. Juuri tätä tietoa kliininen asiantuntijuus pystyy tuottamaan terveydenhuollon päätöksenteon tueksi niin alueellisesti kuin valtakunnallisesti.

Kustannustehokkuuden sijaan terveydenhuollossa tulisi puhua kustannusvaikuttavuudesta, joka on kustannustehokkuutta laajempi käsite ja määräytyy neljän pilarin kautta. Rahalla saatava vastine arvioidaan talouden, tehokkuuden, vaikuttavuuden ja tasa-arvon näkökulmasta. (Gesund partners, 2022) Kustannusvaikuttavuudessa otetaan siten huomioon myös terveydenhuollon laadun määrittely ja standardisointi eikä keskitytä pelkkään taloudelliseen tulokulmaan.

Kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa varsinaista terveydenhuollon kustannustehokkuutta tutkittiin kahdeksassa tutkimuksessa (Liite2 , tutkimukset 4, 12–15, 19 ja 26–27). Näissä tutkimuksissa tuli esille se, että kliinisen asiantuntijuuden resurssointi on kustannustehokasta toimintaa, sillä hoidon saatavuus paranee, jolloin asiakkaat pääsevät nopeammin hoitoon ja lääkäriresurssien vapautuminen haastavampien asiakkaiden hoitoon. Kliinisen asiantuntijan tuottama hoito on myös kokonaisvaltaisempaa, joka lisää kustannustehokkuutta niin taloudellisesti kuin

myös saatavuuden näkökulmasta. Tutkimus 13 toi esille myös ristiriitaisuutta kustannustehokkuudessa, se mikä on käytännössä kustannustehokasta ei välttämättä ole kaikkein kustannustehokainta katsottuna prosessin näkökulmasta.

Kroonisten sairauksien hoidossa kliininen asiantuntijuus on kustannustehokasta hoitoa (Liite 2, tutkimus 15) tämä selittyy sillä, että hoitokontakti on pysyvä, jolloin sairauden seuranta on turvattu ja kliinisen asiantuntijuuden syvempi osaaminen ja uusiman tutkitun tiedon hyväksikäyttö tukee hyvän hoitotasapainon ylläpitoa ja hoidon jatkuvuutta. Myös pienempien muutosten huomiointi ja aikaisempi puuttuminen esiin tuleviin ongelmiin sekä niiden ennaltaehkäiseminen ovat kustannustehokasta hoitoa. Katsauksen tutkimus 27 (Liite 2) keskittyi varsinaisesti empiirisesti tutkimaan sairaanhoitajien toiminta-alan rajoitusten poistamisen vaikutusta Yhdysvalloissa käytössä olevaan kansalliseen *Medicaren* palvelutasoon kustannusten näkökulmasta. Pelkästään tämän empiirisen tutkimuksen perusteella rajoitusten purkamisella tuotettaisiin *Medicarelle* 44,5 miljardin dollarin kustannussäästöt. Lisäksi sillä varmistettaisiin potilasturvallisuus ja asiakkaiden pääsy laadukkaaseen hoitoon.

## 6.4 Tehtävänkuvan muodostaminen

Tehtävänkuvan muodostuminen lähtee joko yksikön määrittämästä palvelutasosta tai palveluntarpeesta. Työyksikön määrittämällä palvelutasolla tarkoitetaan yleensä yksikön toiminnan kannalta tarpeellisten työtehtävien tekemistä annetuilla resursseilla, jossa työntekijän mahdollisuus vaikuttaa työnkuvaansa on rajallinen. Palveluntarpeeseen perustuva tehtävänkuvan muodostaminen antaa työntekijälle mahdollisuuden luoda työnkuva niin, että se vastaa asiakkaista nouseeseen tarpeeseen ja ottaa huomioon myös asiakkuuksien yksilöllisyyden resurssien asettamissa rajoissa. Kliininen asiantuntijuus ottaa huomioon aina asiakkaan yksilöllisyyden ja pyrkii näin parhaimpaan lopputulokseen asiakkaan näkökulmasta.

Tehtävänkuvan muodostamiseen vaikuttaa myös se, kuinka organisaatiossa johtaminen toimii, onko kyseessä byrokraattinen vai professionaalinen johtaminen. Byrokraattisessa organisaatiossa työnkuvan muodostuminen lähtee organisaation näkökulmasta ja vastaa sen tarpeisiin. Professionaaliossa johtamisessa työnkuvan muodostamisessa luotetaan tehtävään valitun työntekijän ammattitaitoon tehdä työ niin, että se vastaa asiakkaiden tarpeisiin.

Tehtävänkuvaa ei myöskään ole sellainen, joka ei muuttuisi, vaan tehtävänkuvan muutokset tulisi tehdä suhteessa palvelutarpeen muutoksiin joko ikärakenteen tai sairastavuuden näkökulmasta. Lisäksi tulee huomioida, että yksittäinen hoitotyön ammattilainen ei pysty vastaamaan/ hallitsemaan kaikkia erikoisaloja kliinisen asiantuntijuuden vaatimalla osaamisella, eikä sitä voida edes vaatia.

Katsaukseen valituissa tutkimuksista puolet  $n=15$ , käsittelivät tehtävänkuvan muodostumista. Näistä tutkimuksista kolme (Liite 2, tutkimukset 9, 10 ja 28) käsittelivät erityisesti tehtävänkuvan muodostumisen/ roolin esteitä. Työnkuvan epämääräisyys ja perinteinen terveydenhuollon hierarkia yhdistettynä kliinisen asiantuntijan toimintaa rajoittaviin lain säädöksiin ja tehtävien sääntely olivat ensisijaisia esteitä. Lisäksi kliininen asiantuntijuus ei saa työyhteisön eikä organisaation tukea toiminnalleen ja poliittisen tuen puute estää rajoittavien tekijöiden poistamista. Lisäksi esteeksi nousi myös työnteon mahdollistaminen niin resurssien kuin hoitoon liittyvien odotusten näkökulmista, jotka nousevat hierarkiasta. Lisäksi useampi tutkimus (2, 3, 5–7, 22, 23 ja 25) toteaa, että kliinisen asiantuntijan osaamisen/roolin tunnistettavuus ja sitä kautta tarve organisaation osana toimimiseen on tiedostettu, mutta sitä ei ole osattu tuoda käytäntöön. Tutkimuksissa 18 ja 23 (Liite 2) tuli esille se, että kliinisen asiantuntijan roolin/ tehtävänkuvan muotoutuminen vaikuttivat positiivisesti koko hoitoprosessiin niin laadun kuin vaikuttavuuden näkökulmista. Tehtävänkuvan/ roolin selkeys mahdollistavat kliinisen asiantuntijan toiminnan organisaatiossa (Liite 2, tutkimus 25). Tehtävänkuvan/ rooli mahdollistamiseen vaikuttaa merkittävästi riittävä resurssointi, joka tuli ilmi tutkimuksesta 11 (liite, 2).

## **7 Johtopäätökset**

### **7.1 Kliinisen asiantuntijan ja tehtävänkuvan määritelmät**

Kliininen asiantuntijuus on määritelty tällä hetkellä hyvin moninaisin tasoin sekä koulutustaustan ja ammattitaidon ja kokemuksen mukaan kansallisella tasolla. Kansainvälistä yhtenäistä määrittelyä sekä kriteereitä, jolla osaaminen olisi mitattavissa ja todennettavissa ei ole. Tehtävien määrittämistä vaikeuttaa kliinisen asiantuntijuuden huono tunnistettavuus hoitotyön osaamisalueena ja osana organisaatiota, jolloin tehtävien resurssointi jää vajaaksi. Tehtävänkuvan määrittämistä tulisi ohjata kansalliselta tasolta niin, että kliinisen asiantuntijan tehtävänkuvan tunnistaminen ja tuloksellisuuden sekä vaikuttavuuden mittaaminen onnistuisi myös kansainvälisellä tasolla. Kansallisella tasolla tulee huomioida tehtävänkuvan muodostamista rajoittavat säädökset ja sääntely sekä

hierarkiasta esiin nousevat hoitoon liittyvät odotukset ja ennakkoluulot. Tämä vaatii uudenlaista ajattelutapaa tehtävänjaon järjestämisessä sekä poliittisen ohjauksen sisällössä.

## **7.2 Kliininen asiantuntija osana organisaatiota**

Kliininen asiantuntijuus tulisi sijoittaa käytännön hoitotyöhön joko osaksi moniammatillista hoitotiimiä tai itsenäiseksi ammattilaiseksi joko poliklinikoille tai perusterveydenhuollon yksiköihin, joka tekee tiivistä yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa tai erikoissairaanhoidossa osaksi erikoisalan johtamista ja kouluttamista. Kliinisen asiantuntijan työ tulee resursoida niin taloudellisesti kuin ajallisesti niin, että työn tekeminen on mahdollista ja sille asetetut organisaation tavoitteista ja visioista lähtevät tavoitteet ovat saavutettavissa. Lisäksi kliinisen asiantuntijan tulee pystyä muokkaamaan toimintaansa vastaten asiakkaista/ potilaista nouseviin tarpeisiin alati muuttuvassa ympäristössä. Lisäksi organisaatioiden tulee aidosti tukea kliinisen asiantuntijuuden vaatimaa ammattitaidon kehitystä ja ylläpitoa. Tällä tarkoitetaan tutkimuksien tekemistä osana työnkuvaa, sekä uusien käytänteiden implementointia ja arviointia. Kliininen asiantuntija voi toimia myös osana hoitotyön johtamista, jolloin työyksikkökohtainen osaamisen tarpeenarviointi ja kouluttamisen suunnitteluun voidaan käyttää kliinisen asiantuntijan osaamista.

## **7.3 Kuinka kliinisten asiantuntijan tehtävällä voidaan vaikuttaa hoitotyön laatuun ja kustannuksiin**

Mikäli organisaatiossa on perehdytty osaamisen johtamiseen, voidaan kliinisellä hoitotyön asiantuntijuudella saada hoitotyön laadun paranemista sekä terveydenhuollon kustannusten laskua. Tämä kuitenkin vaatii johdonmukaisen resurssoinnin sekä tehtävänkuvan/roolin selkeän määrittelyn, joka nojaa organisaation strategiaan ja visioon. Kliinisellä asiantuntijuudella voidaan myös vapauttaa lääkäriresursseja haasteellisempien asiakkaiden/ potilaiden hoitoon. Se lisää hoidon saatavuutta ja oikea-aikaisuutta sekä komplikaatioiden riskin voidaan arvioida vähenevän. Kliinisen asiantuntijan tekemä työ on myös kokonaisvaltaisempaa, joka lisää asiakastyytyväisyyttä ja asiakkaiden/ potilaiden kokemaa hoidon kokonaislaatua. Lisäksi tulee huomioida, että vaikuttavuus tulee esille useamman muuttujan näkökulmasta.



## 7.4 Miten kliinisen asiantuntijan osaaminen ja tehtävät kohdennettu oikein laadun ja kustannustehokkuuden näkökulmista

Tähän tutkimuskysymykseen ei tullut suoraa vastausta, vaan asia vaatii jatkotutkimista. Jatkotutkimista voidaan harkita vasta, kun kliinisen asiantuntijan tehtävänkuvan määrittely on selkeytynyt ja toiminta on alkanut vakiintua terveysalalla, niin kansallisesti kuin kansainvälisesti. Hypoteesina voi esittää, riippumatta siitä miten tai mihin organisaatiossa kliinisen asiantuntijan resurssointi on kohdennettu, sillä saadaan sekä laatua että kustannustehokkuutta terveydenhuoltoon.

## 8 Yhteenveto

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kliinisen asiantuntijuuden vaikuttavuutta terveydenhuollon laatuun ja kustannuksiin. Tutkimusaihe on erittäin ajankohtainen johtuen sosiaali- ja terveysalan murroksesta, joka tällä hetkellä on käynnissä yhteiskunnassa. Tutkimusaiheen määrittelyyn vaikutti oma mielenkiinto hoitotyön osaamisen näkyväksi tekemiseen ja hoitotyön vaikutus terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. Tutkimusaiheesta julkaisuja ei ollut aiemmin osunut kohdalle ja havaitsemani toimintatavat ammatissani ja organisastioiden tapa johtaa saivat ajattelemaan, että toimintatapojen muutoksilla voitaisiin saada tarvittavaa vaikuttavuutta niin laadun kuin taloudellisesta näkökulmasta.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin integroiva kirjallisuuskatsaus, joka antaa paljon vapauksia kerätä lähdeaineistoa ja tapaa käsitellä aihetta. Käytetty tutkimusmenetelmä oli hallittavissa hyvin aineiston laajuuteen verrattuna. Tutkimusten arviointikriteeristön käyttöstä pohditutti, olisiko jokin toinen arviointi kriteeristö vaikuttanut tutkimusten arvioinnin lopputulokseen. Luotettavuuden näkökulmasta katsottuna menetelmä, jonka tuntee, on helpompi ottaa käyttöön kuin kokonaan uuteen tutkimusten arviointimenetelmään perehtyminen ja arvioinnin suorittaminen. Muuten tutkimuksen luotettavuudessa onnistuttiin kohtuullisesti, prosessi itsessään on selkeästi kuvattu. Kirjallisuuskatsauksia tehtäessä olisi suositeltavaa, että katsausta tekisi useampi tutkija. Tämän tutkimuksen osalta on havaittavissa selkeä puute, koska tutkimus suoritettiin yksilötyönä.

Tutkimuksen eettisyyden arvostan korkealle tutkimuksia lukiessa. Tutkimuksen eettisyys ja rehellisyys ovat tärkeitä ominaisuuksia, jotka tukevat tekemään tutkimuksen eettisesti kestäväälle pohjalle.

Aineiston hakemisessa lähdettiin ensisijaisesti liikkeelle siitä, että aineistoon pääsy ei vaadi taloudellista panostusta tutkijalta. Lähdekriittisyyttä toteutettiin luottamalla tunnettuihin tietolustoihin ja julkisiin niin, että tausta-aineiston jäljitettävyyttä sekä tieteellisyys on helposti tarkistettavissa. Tutkimusta tehdessä tutkijalla ei ollut minkään asteisia sidonnaisuuksia tutkittavaan aiheeseen. Lisäksi kirjoitusprosessin aikana tutkija päätyi työurallaan sellaiseen pisteeseen, jossa pääsi seuraamaan suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehitystä hoitotyön ammatin ulkopuolelta, joka on antanut uutta näkökulmaa ja syvyyttä aihealueen käsittelyyn.

Kuten johtopäätöksissä tuli jo ilmi, sairaanhoitajan koulutustausta on kansainvälisesti katsottuna erittäin monimuotoinen ja yhtenäistä keskenään vertailukelpoisia ammatin sisältöä ja tehtävänkuvauksia ei ole. Kliinisen asiantuntijuus on Suomessa jaettu kahteen laajavastuisen asiantuntijuuden määritelmään, tätä vastaa *Advanced Nurse Practitioner* termi. Ensimmäinen määritelmä on asiantuntijahoitaja, joka vastaa kansainvälisesti termiä *Nurse Practitioner*. Asiantuntijahoitajat työskentelevät yksilötyössä, osana hoitotiimiä tai hoitopolkua. Heidän vastuualueeseensa ja tehtävänkuvaukseen kuuluvat esim. pitkäaikaissairauksien hoito kuten diabetes, reuma ja IBD-hoitotyö. Lisäksi he voivat toimia perusterveydenhuollon poliklinikoilla lääkkeenmääräämishoitajina, haavahoitajina jne. Kliininen asiantuntija hoitaja vastaa kansainvälistä termiä *Clinical Nurse Practitioner*, heidän vastuualueenansa on hoidon laadun varmistaminen, opetus ja koulutus. Kuitenkin näidenkin termien kansainvälisessä käytössä on eroavaisuuksia riippuen siitä, missä päin maailmaa termiä käytetään. Tutkimuksessa tuli esille, että nämä termit myös osittain menevät päällekkäin ja kansainvälisesti kliinisen asiantuntijasairaanhoitajan määritelmänä käytetään *Advanced Nurse Practitioner* termiä, jolla selkeästi tarkoitetaan hoitoalan ammattiryhmää, jolla on peruskoulutuksen lisäksi huomattavaa kokemusta ja lisäkoulutusta alastaan. Tulisiko sairaanhoitajan koulutus eri tutkintojen standartoida kansainvälisesti, kuten EU:ssa on koulutustasot standartoitu, jolloin laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi helpottuisi? STM:n Tiekartta 2022–2027 strategiaan pohjautuen voisi myös ajatella, että kansallisella tasolla erikoistumiskoulutusten tuli olla sellaisia, että ne opinnot voitaisiin myös hyödyntää ja/tai vaatia ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittamiseen, jolloin laajavastuisen asiantuntijuuden nimikkeen saisi erikoistumisalansa mukaan.

Toistaiseksi kliinisen asiantuntijuuden hyödyntämisen esteenä on ollut tehtävänkuvan huono tunnettavuus, riittämätön resurssointi ja terveydenhuollon hierarkiasta nousevat esteet. Kliinisen asiantuntijan koulutuksen tunnettavuus on edelleen niin kansallisesti kuin kansainvälisesti haastava.

Tutkimuksesta nousi esille samat haasteet, jotka ammatissa toimiessa on myös tullut esille. Resurssoinnin riittämättömyys näkyy niin päivittäisessä työssä kuin myös tutkimuksen tuloksissa. Työn kehittämisen resurssointi on sekä ajallisesti että taloudellisesti olematonta, joka on osaltaan johtanut osaavan henkilökunnan määrän pienenemiseen. Lisäksi terveydenhuollon professionaalinen hierarkia näkyy vahvasti tehtävänkuvien ja työnjaon kehittämisen esteenä. Tämä on esimerkiksi tullut esille lääkkeenmääräämiskoulutuksen alkaessa, kun Lääkäriliitto suhtautui julkisuudessa negatiivisesti koulutukseen. Hoitotyötä kuin myös työyksiköjä pyritään edelleen tänäkin päivänä johtamaan lääkärivetoisesti, vaikka johtaminen tulisi olla moniammatillista yhteistyötä, kuten muukin toiminta terveydenhuollossa. Organisaatioiden tulisi tässä ottaa vastuuta johtamisesta ja tunnistaa kliinisen asiantuntijan osaaminen ja suunnata tietoisesti resurssia käytännön hoitotyön kehittämiseen ja johtamiseen hoitotyön näkökulmasta. Tehtävänkuvan epäselvyyteen vaikuttaa myös tukipalveluiden tietoinen leikkaaminen viime vuosikymmeninä organisaatioissa, osastosihteereiden, laitonhuoltajien ja muun tukipalveluita tuottavien henkilöstön vähentäminen säästämisen seurauksena. Näiden työtehtävien suorittaminen on siirtynyt hoitohenkilökunnan vastuulle. Tähän ongelmaan on havahduttu nyt kun pula ammattitaitoisesta hoitohenkilökunnasta on kärjistynyt niin suppeilla kuin laajoillakin erikoisaloilla. Kohdentamalla hoitotyössä käytettäviä resurssia muuhun kuin asiakkaaseen kohdistuvaan hoitotyöhön, näennäinen säästö tukipalveluiden henkilökunnassa kertautuu terveydenhuollon menoina, kun hoidon saatavuus heikkenee huonon resurssoinnin takia.

Terveydenhuollon standardointi voisi olla myös yksi ratkaisu kliinisen asiantuntijuuden tehtävänkuvan tunnettavuuden lisäämiseen. Selkeästi mitattavissa olevilla parametreilla myös tehtävänkuvan tuloksellisuuden ja sisällön arviointi olisi helpompaa, joka auttaa organisaatioita tiedolla johtamisessa. Tutkimuksellani päädyin samaan kuin Laapio- Rapia (2020, s. 220) toteaa johtopäätöksissään, terveydenhuollon prosesseja tulee kehittää ja eri asiantuntijaroolien hyväksyminen terveydenhuollon yksiköissä. Terveydenhuollon erilaisten tehtävänkuvien ja kliinisen asiantuntijuuden käyttö vaatii myös selkeää kansallista, poliittista ohjausta, että lainsäädäntö ja erilaiset säännökset mahdollistavat uusia tapoja toimia terveydenhuollossa. Tässä tulee myös ottaa huomioon digitalisaation tuomat mahdollisuudet tehtävänkuvien järjestämisessä ja terveydenhuollon saatavuudessa.

Tutkimuksen tulokset antavat kuitenkin positiivisen kuvan kliinisen asiantuntijuuden käytöstä organisaation osana erilaisten palveluiden saatavuuden parantamiseksi ja kustannustehokkuuden parantamiseksi. Kuitenkin asia vaatii vielä jatkotutkintaa ja STM:n Tiekartta 2022–2027 ohjelman tuomien tulosten perusteella päästään todennäköisesti kartoittamaan lisää tätä aihaluetta. Kansallisen

ohjauksen myötä ja digitalisaation kannustamana hyvinvointialueilla on mahdollisuus tuottaa niukoilla resursseilla laadukasta ja kustannustehokasta hoitotyötä, jossa kliininen asiantuntijuus on avainasemassa uusien käytänteiden implementoinnissa ja tutkimustiedon tuottamisessa kokonaisvaltasesti terveydenhuollon ossamisen ja tiedon johtamiseen.

## Lähteet

American Nurses Association, ANA. 2015. The Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements (The Code). Silver Spring, Maryland. <https://www.nursingworld.org/coe-view-only> Luettu 7.10.2020

Donald, F. ; Bryant-Lukosius, D.; Martin-Misener, R ; Kaasalainen, S.; Kilpatrick, K.; Carter, N.; Harbman, P.; Bourgeault, I.; DiCenso, A. 2010. Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners: Title Confusion and Lack of Role Clarity. Nursing leadership (Toronto, Ont.), 2010, Vol.23 (sp), p.189-201. [https://libkey.io/libraries/1029/articles/58985930/full-text-file?utm\\_source=api\\_1562](https://libkey.io/libraries/1029/articles/58985930/full-text-file?utm_source=api_1562) Luettu 12.3.2023

Eurooppalainen tutkintojen viitekehys, EQF. <https://europa.eu/europass/fi/european-qualifications-framework-egf> Luettu 27.1.2022

Fagerström L. & Glasberg A.-L. 2011. The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland – the perspective of nurse leaders. Journal of Nursing Management 19, 925–932. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01280.x> Luettu 12.3.2023

Gesund Partners. 2022. Rethinking health verkkokurssi <https://courses.reaktor.education/fi/courses/rethinking-health/overview/> Luettu 8.3.2022

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. [Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](#) Luettu 27.2.2023

Lowe G., Plummer V., O'Brien A.P. & Boyd L. (2012) Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. Journal of Advanced Nursing 68(3), 677–685. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05790.x <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2648.2011.05790.x> Luettu 12.3.2023

Helsingin julistus. <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/helsingin-julistus/> Luettu 7.10.2020

Hoitotyön tutkimussäätiö, HOTUS. Tutkimusten arviointikriteeristö (JBI) <https://www.hotus.fi/jbi-n-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/> Luettu 14.6.2021

International Council of Nurses, 2021. Constitution. Ammented in 2021. <https://www.icn.ch/who-we-are/icn-mission-vision-constitution-and-strategic-plan> Luettu 5.2.2022

International Council of Nurses. The ICN Code Of Ethics, Revised 2021. [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web\\_0.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf) Luettu 5.2.2022

Isosaari, U. 2008. Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatiossa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. Acta Wasaensia, 188. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 4. Vaasan Yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-217-5> Luettu 9.12.2021

Kankkunen, P, Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S., Aromaa, A. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226049> Luettu 9.5.2023

Konkarikoski, K. 2018. Standardisointi ja sen hyödyt sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Moodi 3/2018. s.11–13. [Moodi 3/2018 \(digiplus.fi\)](https://digiplus.fi) Luettu 9.5.2023.

Laapio- Rapi, E., 2020. Sairaanhoidajien rajatun lääkkeenmääräämistoiminnan tuottavuuden, tehokkuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi perusterveydenhuollon avohoidon palveluprosessissa. Lappeenranta-lahden teknillinen yliopisto LUT. LUT Yliopistopaino 2020. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-335-497-5> Luettu 18.2.2023.

OECD Health Statistics 2022 -taloustietoja. Kuntaliitto 2022. <https://www.kuntaliitto.fi/ajankoh-taista/2022/oecd-health-statistics-2022-taloustietoja> Luettu 26.2.2023.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallinto-tieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto. [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf) Luettu 8.10.2020

Sneitz, H. 2021. Tulosjohtaminen ja suorituskyvyn laskenta yliopistossa. Pro Gradu. Vaasan yliopisto. [https://osuva.uvasa.fi/bitstream/handle/10024/12531/UniVaasa\\_2021\\_Sneitz\\_Heidi.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://osuva.uvasa.fi/bitstream/handle/10024/12531/UniVaasa_2021_Sneitz_Heidi.pdf?sequence=2&isAllowed=y) Luettu 6.2.2022

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Ammattioikeudet. [Terveydenhuollon ammattioikeudet - Valvira](https://www.valvira.fi/terveydenhuollon-ammattioikeudet) Luettu 9.5.2023.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2021. Kliinisen hoitotyön erikoisalajat. Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoidajan osaamisen kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:36. Valtioneuvoston julkaisuarkisto Valto, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8428-8> Luettu 24.1.2022.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyys ja saatavuus. [Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyys ja saatavuus - Sosiaali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](https://stm.fi) Luettu 10.5.2023

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023. Tiekartta 2022-2027. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:8. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7178-3>

Standardin EN ISO 9001:2015 mukainen laadunhallintajärjestelmä terveydenhuoltoalan käyttöön. SFS-EN 15224:2016. [Tuote \(sfs.fi\)](https://sfs.fi) Luettu 9.5.2022

Suomen Sairaanhoidajaliitto, [www.sairaanhoitajat.fi](http://www.sairaanhoitajat.fi) Luettu 19.11.2021

Suomen Sairaanhoidajaliitto, 2016. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat- laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf> Luettu 24.1.2022

Talja, H. 2006. Asiantuntijaorganisaatio muutoksessa. VTT Publications 620. <https://cris.vtt.fi/en/publications/asiantuntijaorganisaatio-muutoksessa-muutos-asiantuntijaorganisaatio-2> Luettu 5.2.2022

Tuomi, J, Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Jyväskylä.

Työterveyslaitos. Työelämätieto, 2022. Työterveyshuollon rahoitus ja kustannukset. [Työterveyshuollon rahoitus ja kustannukset | Työelämätieto | www.tyoelamatieto.fi](#) Luettu 15.3.2023

Valtiovarainministeriö, 2023. Valtiovarainministeriö on julkaissut hyvinvointialueiden vuoden 2024 ennakkolliset rahoituslaskelmat. Tiedote. 4.4.2023. [Valtiovarainministeriö on julkaissut hyvinvointialueiden vuoden 2024 ennakkolliset rahoituslaskelmat \(valtioneuvosto.fi\)](#) Luettu 14.4.2023

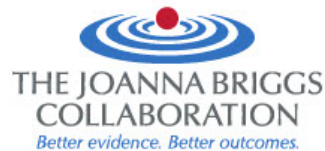
Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Keuruu.

Vuopionperä, K. 2013. Lähijohtajuus terveydenhuollossa- Esimiestyön kehittäminen Lapin sairaanhoitopiirissä. Pro Gradu. Lapin yliopisto, Rovaniemi. <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/59629/Vuopionper%C3%A4.Katri.pdf?sequence=1> Luettu 6.2.2022

Virta, M. ja Laaksonen, H 2019. Osaamisen johtaminen perusterveydenhuollossa TAMKin julkaisut [Osaamisen johtaminen perusterveydenhuollossa | Maria Virta ja Hannele Laaksonen | TAMKin julkaisut | Tampereen korkeakouluyhteisö \(tuni.fi\)](#) Luettu 18.5.2023

## Liitteet

### Liite 1. JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle



29.11.2018

#### JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle

Tätä tarkistuslistaa käytetään järjestelmällisen katsauksen metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 11 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on lyhyesti kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA).

Arvioija \_\_\_\_\_ Päiväys \_\_\_\_\_

Tekijä(t) \_\_\_\_\_ Vuosi \_\_\_\_\_ Nro \_\_\_\_\_

Arviointikriteeri	K	E	?	NA
1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Onko hakustrategia asianmukainen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy  Hylkää  Lisätietoja tarvitaan

Kommenteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):





## Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle

Lähde: Aromataris E, Fernandez R, Godfrey C, Holly C, Kahlil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):132-40.

### 1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti?

Katsaukselle laadittava tutkimuskysymys on keskeinen järjestelmällisen katsauksen laadintaprosessissa. Selvästi ilmaistun kysymyksen avulla voidaan rajata katsauksen laajuutta ja laatia sopiva hakustrategia sekä tunnistaa oleellinen (vai asiaankuuluva) tutkimusnäyttö. PICO tai PICO-asetelman mukaisesti tehty ja täsmällisesti esitetty kysymys auttaa katsauksen tekemisessä. Se auttaa myös lukijoita arvioimaan, onko katsauksen tavoitteet saavutettu.

PICO asetelmalla tarkoitetaan

- Population/Patient/Problem = kohderyhmä/potilas/ongelma
- Intervention = interventio
- Comparison = verrokki-interventio
- Outcome = lopputulos

**Arvioi:** Onko tutkimuskysymys tai katsauksen tarkoitus ilmaistu selvästi julkaistussa protokollassa tai katsausartikkelissa?

### 2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen?

Järjestelmällisten katsausten mukaanottokriteereiden tulisi olla selkeästi kuvattu, ja niiden tulisi sopia yhteen tutkimuskysymysten kanssa. Mukaanottokriteerien tulisi olla yksityiskohtaiset, ja kaikkien olennaisten PICO-asetelman osa-alueiden tulisi olla selvästi ja täsmällisesti määriteltynä. Katsaukseen hyväksytyjen tutkimusten tulisi selvästi vastata määriteltyjä kriteerejä. Järjestelmällisissä katsauksissa ei yleensä käytetä mukaanottokriteerinä mahdollisuutta tilastollisen analyysin suorittamiseen. Meta-analyysissä tällaista kriteeriä voidaan käyttää.

Katsaukseen sisällytettyjen tutkimusten tutkimusasetelmien tulisi soveltua katsauksen kysymykseen. *Esimerkki: Järjestelmällisessä katsauksessa on tarkoituksena arvioida lääkkeettömien interventioiden vaikuttavuutta muistisairautta sairastavien vanhusten aggressiivisen käyttäytymisen vähentämisessä, eli katsaukseen hyväksytään ainoastaan kokeellisten tutkimusten järjestelmälliset katsaukset ja meta-analyysit. Laadullisia tai taloudellisia katsauksia ei katsaukseen sisällytetä.*

**Arvioi:** Onko kaikki olennaiset PICO-asetelman osa-alueet määritelty selvästi ja täsmällisesti katsauksen mukaanottokriteereissä?



### 3. Onko hakustrategia asianmukainen?

Järjestelmällisessä katsauksessa tulisi olla kuvaus näytön löytämiseksi käytetystä hakustrategiasta. Hakustrategia voidaan esittää katsauksen menetelmät-osiossa tai se voi olla julkaisun liitteenä. Hakustrategiassa tulisi esittää tutkimuskysymystä vastaavat PICO-asetelman mukaiset tiedonhaussa käytetyt käsitteet.

Katsauksissa tiedonhaku voidaan kuvata myös laajemmin esittämällä esimerkiksi alkuperäiset hakutermit, mutta julkaisujen sanamäärärajoitusten vuoksi tämä on yleisempi käytäntö vain verkkojulkaisuissa. Katsauksessa tulisi hyödyntää asiasanastoja (Subject Heading) ja luettelointitermejä (Indexing terms) sekä käytetyt hakutermit, avainsanat ja –termit tulisi olla johdonmukaisia ja oleellisia. Lisäksi hakuun liittyvät rajaukset tulisi olla perusteltuja. *Esimerkiksi: Onko aika- ja kielirajauksen käyttäminen asianmukaista ja/tai perusteltua?*

**Arvioi:** Onko katsauksen hakustrategia kuvattu? Onko hakustrategia laadittu vastaamaan tutkimuskysymystä? Onko tiedonhaussa käytetyt käsitteet esitetty? Onko haussa käytetyt rajaukset asianmukaisia ja perusteltuja?

### 4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä?

Kattavan hakustrategian avulla pyritään tunnistamaan kaikki saatavilla oleva näyttö ja vähentämään julkaisuharhaa. Laadukkaassa katsauksessa tulisi olla hyödynnetty useita elektronisia tietokantoja mukaan lukien suuret bibliografiset viitetietokannat kuten MEDLINE ja CINAHL. Viitetietokannat tulisi olla valittu katsauksen aihealueen mukaan. Esimerkiksi, fysioterapiainventioon liittyvässä katsauksessa voidaan hyödyntää PEDro -tietokantaa ja koulutusinterventiota koskevassa katsauksessa ERIC -tietokantaa. Vaikuttavuuskatsausten tulisi pyrkiä hyödyntämään koerekistereitä (trial registries). Lisäksi hyvin toteutetussa järjestelmällisessä katsauksessa tulisi pyrkiä etsimään myös harmaata kirjallisuutta tai julkaisemattomia tutkimuksia, joita voi etsiä esimerkiksi erilaisilta internetsivustoilta tai opinnäytetyötietokannoista.

**Arvioi:** Onko käytettyjen tietolähteiden määrä riittävä katsauksen tutkimuskysymykseen nähden?

### 5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset?

Kriittisen laadun arvioinnin toteuttaminen järjestelmälliseen katsaukseen mukaan otetuista tutkimuksista on välttämätöntä. Järjestelmällisessä katsauksessa tulisi olla selvästi ilmaistuna, miten siihen valittujen tutkimusten menetelmällinen laatu on kriittisesti arvioitu. Katsauksessa tulisi esittää yksityiskohtainen kuvaus niistä kriteereistä, joita käytettiin mukaan otettujen tutkimusten arvioinnissa. Kuvaus käytetyistä kriteereistä tulisi sisällyttää katsauksen menetelmät-osioon, julkaisun liitteeksi tai kuvaus voidaan toteuttaa viittaamalla lähteeseen, josta saa lisätietoa kriteeristöä.



Käytetyt kriittisen arvioinnin työkalut tai mittarit tulisi olla sopivat suhteessa katsauksen kysymykseen ja toteutettuun tutkimustyyppiin. *Esimerkiksi, vaikuttavuutta arvioivassa katsauksessa tulisi esittää kriittisen arvioinnin työkalu tai mittari, jossa käsitellään kokeellisten tutkimusten luotettavuuteen liittyviä asioita, kuten satunnaistaminen ja sokkouttaminen. Jos katsauksen kysymykseen vastattaessa hyödynnetään myös havainnointitutkimuksia, jokin toinen työkalu voi olla asianmukaisempi. Samoin katsauksessa, jossa arvioidaan diagnostisten testien tarkkuutta, voidaan esimerkiksi käyttää QUADAS työkalua.*

**Arvioi:** Onko mukaan otettujen tutkimusten laatu arvioitu tutkimustyyppiin sopivalla työkalulla tai mittarilla?

#### **6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin?**

Järjestelmälliseen katsaukseen mukaan otettujen tutkimusten kriittinen arviointi tulee olla tehtynä vähintään kahden henkilön toimesta, itsenäisesti ja toisista erillään tehdyn arvioinnin avulla voidaan vähentää harhaa ja järjestelmällisiä virheitä.

Kriittisen arvioinnin kuvaus tulisi esittää selkeästi ja lisäksi tulisi olla kuvattuna, että ristiriitatilanteissa arvioijat ovat neuvotelleet keskenään päästääkseen yhteisymmärrykseen tutkimuksen laatuun ja kelpoisuuteen liittyvissä kysymyksissä.

**Arvioi:** Onko katsauksessa esitetty riittävän selkeästi, että vähintään kaksi arvioijaa on toteuttanut mukaan otettujen tutkimusten kriittisen arvioinnin itsenäisesti?

#### **7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi?**

Järjestelmällisen katsauksen uuttamisvaiheessa katsaukseen valituista tutkimuksista poimitaan tutkimuskysymyksen kannalta keskeisiä tuloksia ja muita tutkimusta koskevia tietoja. Uuttamisvaiheen harhaa ja systemaattisia virheitä voidaan vähentää toteuttamalla se vähintään kahden henkilön toimesta, itsenäisesti toisista erillään. Lisäksi voidaan hyödyntää uuttamisvaihetta ohjaavia työkaluja tai mittareita.

**Arvioi:** Onko tietojen uuttamisvaiheen toteutuksessa kuvattu, että uuttamisvaiheen on toteuttanut vähintään kaksi henkilöä itsenäisesti toisista erillään tai onko uuttamisvaiheessa käytetty ohjaavia työkaluja tai mittareita?

#### **8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä?**

Järjestelmällisen katsauksen keskeinen ominaisuus on tutkimustulosten yhdistäminen (synteesi). Synteesin tulisi olla tarkoituksenmukainen tutkimuskysymyksen, katsauksen tyyppin sekä tutkimustulosten osalta.

Synteesi voidaan toteuttaa meta-analyysinä, jolloin toteutusta tulee arvioida erityisen huolellisesti. Jos järjestelmälliseen katsaukseen sisällytetään heterogeenisiä tutkimuksia, narratiivinen synteesi voi olla sopivampi menetelmä tutkimustulosten esittämiseen.



**Arvioi:** Onko tutkimustulosten yhdistäminen toteutettu asianmukaisesti?

Meta-analyyseissä: Ovatko katsauksen tekijät arvioineet tutkimusten heterogeenisuutta tilastollisesti ja esittäneet selityksen mahdolliselle heterogeenisuudelle?

Laadullisessa katsauksessa: Ovatko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetyt menetelmät yhdenmukaisia katsauksen metodologian kanssa? Onko synteesein tulokset kuvattu ja selitetty riittävästi alkuperäistutkimustulosten pohjalta?

**9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä?**

Kattavan hakustrategian tekeminen on katsauksen tekijöiden paras keino vähentää julkaisuharhan vaikutusta katsauksen tuloksiin. Katsauksissa julkaisuharhan esiintyvyyttä ja sen mahdollista vaikutusta katsauksen tuloksiin voidaan arvioida tilastollisia testejä, kuten Eggerin testiä (Egger's test) tai Funnel plot -kuvaajaa, hyödyntämällä. Tämä kysymys ei ole suoraan sovellettavissa laadullisten tutkimusten järjestelmällisissä katsauksissa.

**Arvioi:** Onko julkaisuharhan esiintyvyyttä ja sen mahdollisia vaikutuksia arvioitu katsauksessa?

**10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?**

Ensimmäiset yhdeksän arviointikriteeriä tarkastelevat erityisesti katsauksen toteutuksen aikana esiintyneitä mahdollisia harhoja, ja viimeiset kaksi kriteeriä keskittyvät katsauksen laatuun enemmän kuin sen luotettavuuteen. Järjestelmällisessä katsauksessa tulisi esittää myös tulosten pohjalta suosituksia kliiniseen ja hallinnolliseen päätöksentekoon. Suosituksissa tulisi olla selvä yhteys katsauksen tuloksiin.

**Arvioi:** Onko olemassa näyttöä siitä, että tulosten näytönvahvuus ja tutkimusten laatu on otettu huomioon katsauksen suositusten laadinnassa?

**11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?**

Järjestelmällisen katsauksen tulosten perusteella voidaan havaita tietyn aihealueen tutkimus- tai tiedonpuutteet. Johtopäätösosiossa voidaan ehdottaa jatkotutkimusaiheita, mutta ne tulee olla linjassa katsauksen aikana tehtyjen havaintojen kanssa. Jos aihealueeseen liittyvää tutkimusnäyttöä on niukasti, vaikutuksen arvioinnit epätarkkoja tai otoskoot ovat pieniä, voi olla tarpeen vahvistaa tutkimustuloksia toteuttamalla samantyyppistä tutkimusta.

**Arvioi:** Onko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?

## Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

- 1) Manish S. Patel, Lauren C. Hogshire, Helaine Noveck, Michael B. Steinberg, Donald R. Hoover. 2021. A Retrospective Cohort Study of the Impact of Nurse Practitioners on Hospitalized Patient Outcomes. *Nurs. Rep.* 2021, 11, 28–35. doi.org/10.3390/nursrep11010003
- 2) Susanne A. Quallich. 2011. A Survey Evaluating the Current Role of the Nurse Practitioner in Urology. *UROLOGIC NURSING / November-December 2011 / Volume 31 Number 6.*
- 3) Michael Jakimowicz , Danielle Williams and Grazyna Stankiewicz. 2017. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. *BMC Nursing* (2017) 16:6 DOI 10.1186/s12912-016-0198-7
- 4) Callie C. Crawford. 2019. Addition of Advanced Practice Registered Nurses to the Trauma Team: An Integrative Systematic Review of Literature. *JOURNAL OF TRAUMA NURSING*, Volume 26 | Number 3 | May-June 2019, DOI: 10.1097/JTN.0000000000000439
- 5) Birgitta Ljungbeck and Katarina Sjögren Forss. 2017. Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. *BMC Nursing* (2017) 16:63 DOI 10.1186/s12912-017-0258-7
- 6) Robin P. Newhouse, Julie Stanik-Hutt, Kathleen M. White, Meg Johantgen, Eric B. Bass, George Zangaro, Renee F. Wilson, Lily Fountain, Donald M. Steinwachs, Lou Heindel, Jonathan P. Weiner. 2011. Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review. *NURSING ECONOMIC\$ / September-October 2011/Vol. 29/No. 5* p 230-251
- 7) Claire Hooks and Susan Walker. 2020. An exploration of the role of advanced clinical practitioners in the East of England. *British Journal of Nursing*, 2020, Vol 29, No 15 p 864-869. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
- 8) Anna Holliday, Damayanti Samanta, Julie Budinger, Jessica Hardway, Audis Bethea. 2017. An Outcome Analysis of Nurse Practitioners in Acute Care Trauma Services. *JOURNAL OF TRAUMA NURSING* Volume 24 | Number 6 | November-December 2017 p 365- 370 DOI: 10.1097/JTN.0000000000000327
- 9) Maryam Fatemi, Kathleen Benjamin, Jessie Johnson, Robin O’Dwyer. 2020. Barriers to the Implementation of the Advanced Practice Nursing Role in Primary Health Care Settings: An Integrative Review. *Middle East Journal of Nursing* 2020; 14(2): 16-37. DOI: 10.5742/MEJN2020.93794
- 10) Georgia McInroe. 2016. Challenges remain for NPs, despite positive perceptions. *Kai Tiaki Nursing New Zealand* vol 22 no 2 March 2016.
- 11) Sabina Abou Malham, Mylaine Breton, Nassera Touati, Lara Maillet, Arnaud Duhoux and Isabelle Gaboury. 2020. Changing nursing practice within primary health care innovations: the case of advanced access model. *BMC Nursing* (2020) 19:115 <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00504-z>
- 12) Catherine A. Rhodes, Mavis Bechtle, Molly McNett. 2015. An Incentive Pay Plan for Advanced Practice Registered Nurses: Impact On Provider and Organizational Outcomes. *NURSING ECONOMIC\$ / May-June 2015/Vol. 33/No. 3*
- 13) Judith Ortiz, Thomas T.H. Wan, Natthani Meemon, Seung Chun Paek, Abiy Agiro. 2010. Contextual Correlates of Rural Health Clinics’ Efficiency: Analysis of Nurse Practitioners’ Contributions. *NURSING ECONOMIC\$ / July-August 2010/Vol. 28/No. 4*
- 14) Sherry M. Bumpus, Barbara L. Brush, Jack Wheeler, Susan J. Pressler, Kim A. Eagle, Melvyn Rubenfire. 2016. Cost Analysis of an Advanced Practice Registered Nurse Transitional Care Model for Cardiac Patients. *NURSING ECONOMIC\$ / September-October 2016/Vol. 34/No. 5*
- 15) Cilgy M. Abraham, Allison A. Norful, Patricia W. Stone, Lusine Poghosyan. 2019. Cost-Effectiveness of Advanced Practice Nurses Compared to Physician-Led Care for Chronic Diseases: A Systematic Review. *Nursing Economic\$* November/December 2019 | Volume 37 Number 6

- 16) Helen M Haines, Jennifer Critchley. 2009. Developing the Nurse Practitioner role in a rural Australian hospital - a Delphi study of practice opportunities, barriers and enablers. AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING Volume 27 Number 1
- 17) Marianne Wallis, Jeffrey Hooper, David Kerr. 2009. Effectiveness of an advanced practice emergency nurse role in a minor injuries unit. AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING Volume 27 Number 1
- 18) Eleanor Peter. 2020. Evaluating the impact of nurse practitioner involvement in a pleural procedures clinic. *British Journal of Nursing*, 2020, Vol 29, No 14
- 19) Marsha Amoy Fraser, Christine Melillo. 2018. Expanding the Scope of Practice of APRNs: A Systematic Review of the Cost Analyses Used. *NURSING ECONOMIC\$*/January-February 2018/Vol. 36/No. 1
- 20) Jo Kelly, Mary Anne Biro, Deb Garvey, Susan Lee. 2017. Managing medical service delivery gaps in a socially disadvantaged rural community: a Nurse Practitioner led clinic. AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING Volume 34 Issue 4
- 21) Regina S Medeiros, Elizabeth G. NeSmith, Janie A. Heath, Michael L. Hawkins, Debbie Hawkins, Richard Bias. 2011. Midlevel Health Providers Impact on ICU Length of Stay, Patient Satisfaction, Mortality, and Resource Utilization. *Journal of Trauma Nursing*, 2011, Volume 18, Number 3, July- September 2011. DOI: 10.1097/JTN.Ob013e31822b7faf
- 22) Nicole Schönerberger, Beat Sottas, Christoph Merlo, Stefan Essig and Stefan Gysin. 2020. Patients' experiences with the advanced practice nurse role in Swiss family practices: a qualitative study. *BMC Nursing* (2020) 19:90
- 23) Betty Ferrell, Pamela Malloy, Rose Virani, Denice Economou and Polly Mazanec. 2020. Preparing Oncology Advanced Practice RNs as Generalists in Palliative Care. *ONCOLOGY NURSING FORUM* MARCH 2020, VOL. 47, NO. 2 DOI 10.1188/20.ONF.222-227
- 24) Wesley Shand, Daris Klemmer, Shereen Grubb, Susan Chesney, Ben Olsen, Lawrence So. 2020. Research to action: Nurse practitioners in the emergency department, Emergency Department Transition Clinic and Intravenous Therapy Clinic at Strathcona Community Hospital. *Canadian Journal of Emergency Nursing* · Vol. 43, No. 1, Spring 2020
- 25) Krista Jokiniemi, Merja Miettinen. 2020. Specialist Nurses' Role Domains and Competencies in Specialised Medical Healthcare: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Caring Sciences* January-April 2020 Volume 13 | Issue 1 |
- 26) Noppawan Piaseu, Weha Kasemsuk, Suchinda Jarupat Maruo, Somchit Hanucharurnkul. 2013. Structure, Process, and Outcomes of Healthcare Service Provision, at Two Primary Care Settings, by an Advanced Community Nurse Practitioner and a General Nurse Practitioner. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* April - June 2013
- 27) Sudip Chattopadhyay, George Zangaro. 2019. The Economic Cost and Impacts of Scope of Practice Restrictions on Nurse Practitioners. *Nursing Economic\$*, November/December 2019 | Volume 37 Number 6
- 28) Sarah Stahlke Wall, Krista Rawson. 2016. The Nurse Practitioner Role in Oncology: Advancing Patient Care. *ONCOLOGY NURSING FORUM*, VOL. 43, NO. 4, JULY 2016 doi: 10.1188/16.ONF.489-496
- 29) Allison A. Norful, Jennifer C. Dillon, Siqin Ye, Lusine Poghosyan. 2018. The Perspectives of Nurse Practitioners and Physicians on Increasing the Number of Registered Nurses in Primary Care. *NURSING ECONOMIC\$*/July-August 182 2018/Vol. 36/No. 4
- 30) Mark A Cooper, Joan McDowell and Lavinia Raeside and the ANP-CNS Group. 2019. The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists. *British Journal of Nursing*, 2019, Vol 28, No 20