

OPPIMATERIAALEJA

PUHEENVUOROJA

RAPORTTEJA 130

TUTKIMUKSIA

Pia Ahonen (toim.)

KLIININEN ASIANTUNTIJA

Uutta osaamista ylemmästä
ammattikorkeakoulututkinnosta



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPPIMATERIAALEJA

PUHEENVUOROJA

RAPORTTEJA 130

TUTKIMUKSIA

Pia Ahonen (toim.)

KLIININEN ASIAANTUNTIJA

Uutta osaamista ylemmästä
ammattikorkeakoulututkinnosta



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TURUN AMMATTIKORKEAKOULUN
RAPORTTEJA 130

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2012

ISBN 978-952-216-257-1 (painettu)

ISSN 1457-7925 (painettu)

Painopaikka: Tampereen Yliopistopaino – Juvenes Print Oy, Tampere 2012

ISBN 978-952-216-258-8 (pdf)

ISSN 1459-7764 (elektroninen)

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162588.pdf>



SISÄLTÖ

ESIPUHE	5
KLIIINISEN ASIAANTUNTIJAN KOULUTUSOHJELMA UUDEN ASIAANTUNTIJUUDEN TUOTTAJANA	7
<i>Pia Ahonen</i>	
KLIIINiset ASIAANTUNTIJAT HOITOTYÖN KEHITTÄJINÄ	
KLIIINISEN ASIAANTUNTIJAN ROOLIN ANALYSOINTI PEPPA-VIITEKEHYKSEN AVULLA	38
<i>Katja Heikkinen</i>	
KLIIININEN ASIAANTUNTIJA ANESTESIAHOITOTYÖN KEHITTÄJÄNÄ	44
<i>Tiina Ilola</i>	
KLIIININEN ASIAANTUNTIJA SYDÄNTOIMIALUEEN HOITOTYÖN KEHITTÄJÄNÄ	56
<i>Jaana Kurki</i>	
KLIIININEN ASIAANTUNTIJA SEKSUAALITERVEYDEN OSAAMISEN EDISTÄJÄNÄ	67
<i>Hanna Petäjä</i>	
TERVEYDENHUOLLON ASIAKASPALVELUPROSESSIN KEHITTÄMINEN	82
<i>Seija Lohisto</i>	
KIRJOITTAJAT	96

ESIPUHE

Ammattikorkeakoulun jatkotutkintokokeilu käynnistettiin vuonna 2002. Kolme vuotta kestäneen kokeilukauden jälkeen ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot vakinaistettiin Suomen korkeakoulujärjestelmään työelämälähtöisinä ylempinä korkeakoulututkintoina. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma (ylempi AMK) käynnistyi Suomessa useissa ammattikorkeakouluissa 2000-luvun loppupuolella, Turussa alkuvuodesta 2009.

Opetus- ja kulttuuriministeriön strategisessa asiakirjassa *Koulutus ja tutkimus vuosina 2011–2016* ylempi ammattikorkeakoulututkinto esitetään ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden ensisijaisena jatkotutkintona, ja sitä kehitetään edelleen työelämälähtöisenä koulutuksena. Asiakirjan yhtenä kirjattuna tavoitteena on myös parantaa tutkinnon tunnettuutta työelämässä.

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman käynnistyessä Suomessa kukin ammattikorkeakoulu suunnitteli koulutusohjelman opetussuunnitelman ja toteutuksen työelämänlähtöisyyttä korostavaksi ja vaativaa kliinistä osaamista tavoittelevaksi koulutukseksi omien osaamisprofiiliensa mukaisesti. Kansainvälisistä lähtökohdista kehittynyt kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma on tuonut Suomeen kansainvälisestikin vertaillen master-tason koulutuksena uutta osaamista. Sen avulla voidaan vastata työelämän vaativiin kliinisen asiantuntijan tehtäväkokonaisuuksiin sekä lähellä potilasta ja henkilökuntaa että myös laajemmin työyhteisöä ja organisaatiota.

Käsillä oleva artikkelijulkaisu *Kliininen asiantuntija – uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta* pyrkii osaltaan lisäämään koulutuksen tunnettuutta kuvaamalla kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman kehitystä, kliinisen asiantuntijan osaamisalueita, toteutusmalleja ja tuloksia Turun ammattikorkeakoulussa. Koulutuksen laatu varmistetaan sekä työelämän vahvan kliinisen osaamisen hallitsevien, väitelleiden opettajien johdolla että tiiviillä opintojen integroinnilla työelämässä

Kaija Lind
Koulutusjohtaja

KLIINISEN ASIANTUNTIJAN KOULUTUSOHJELMA UUDEN ASIANTUNTIJUUDEN TUOTTAJANA

Pia Ahonen

KLIINISEN ASIANTUNTIJAN KOULUTUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Sairaanhoitajan osaamiseen on kohdistunut uusia haasteita hoidon tarpeen ja vaatimusten kasvaessa niin kansainvälisesti kuin Suomessakin. Terveystieteiden kehittämisessä on lisääntynyt tarve varmistaa hoitotyön vaativa asiantuntijaosaaminen sairaanhoitajatutkinnon jälkeisenä koulutuksena. Tähän haasteeseen vastaavat myös ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet kliiniset asiantuntijat, jotka omalta osaltaan turvaavat hoitotyön korkean laadun sekä toiminnan ja henkilöstön kehittymisen.

Hoitotyön kliinisen asiantuntijan koulutus ja toimintamallit eri maanosissa kuten Amerikassa, Australiassa ja Euroopassa, esimerkiksi Iso-Britanniassa, Irlassa ja Hollannissa, ovat edenneet kansainvälisesti vertailtaessa kulttuurisidonnaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että yhteisen ymmärryksen lisäksi kunkin maan ja maanosan terveystieteiden ja koulutusjärjestelmä sekä laajemmin kulttuurinen konteksti ovat muokanneet tapaa määrittellä asiantuntijan roolia ja käytössä olevia ammattinimikkeitä. Kansainvälisesti asiantuntijakäsitteen määrittely on moniselitteistä, osin kirjavaakin. Esimerkiksi Ormond-Walshen ja Newhamin (2001) mukaan käytössä olevilla ammattinimikkeillä, kuten *specialist nurse*, *clinical nurse specialist* (CNS), *nurse practitioner* (NP) ja *advanced nurse practitioner* (APN) on päällekkäisiä merkityksiä. Myös Suomessa hoitotyön asiantuntija -käsitettä käytetään monissa eri yhteyksissä ja monin eri tavoin (ks. Leppänen & Puupponen 2009).

Mistä kliinisessä asiantuntijuudessa oikein on kysymys? Usein esitettyjä kysymyksiä ovatkin: mitä kliininen asiantuntija tarkoittaa tai miten se määritellään, mitkä ovat kliinisen asiantuntijan koulutusvaatimukset, mitä kliininen

asiantuntija voi tehdä työelämässä ja kuinka monessa maassa toimii klinisiä asiantuntijoita? Näihin kysymyksiin etsitään vastauksia klinisen asiantuntijan koulutustarpeen kasvaessa myös Suomessa sekä laajemmin Pohjoismaissa ja Euroopassa.

Tässä artikkelissa kuvataan kliinistä asiantuntijuutta ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon-kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman näkökulmasta. Koulutusohjelmassa tutkinnon suorittaneita klinisiä asiantuntijoita vastaavat kansainvälisesti lähinnä käsitteet *Advanced Practice Nursing* tai *Advanced Nurse Practitioner* (APN/ANP). Turun ammattikorkeakoulusta valmistuneilla kliinisillä asiantuntijoilla on taustallaan sairaanhoitajapohjainen ammattikorkeakoulututkinto (sairanhoitaja, ensihoitaja, kättilö tai terveydenhoitaja), minkä vuoksi heistä voidaan käyttää myös nimikkeitä *hoitotyön kliininen asiantuntija* tai *kliininen hoitotyön asiantuntija*.

PERUSTELUJA HOITOTYÖN ASIAANTUNTIJAOSAAMISEN VAHVISTAMISELLE

Perusteita klinisen asiantuntijuuden osaamisen vahvistamiseen suomalaisessa terveydenhuollossa löytyy muun muassa uusitusta lainsäädännöstä. Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) tuli voimaan 1.5.2011. Laissa on kyse terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, asiakaskeskeisyyden vakavasti ottamisesta, terveyserojen kaventamisesta, perusterveydenhuollon palvelujen vahvistamisesta, toimijoiden yhteistyön vahvistamisesta, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisesta sekä kustannusten kasvun hillitsemisestä.

Yksityiskohtaisimpina perusteluina terveydenhuoltolaista voidaan mainita joitakin esimerkkejä. Pykälän 24 mukaan sairaanhoitoon kuuluu myös hoitajavastaanotoilla toteutettava oireenmukainen hoito, jolla tarkoitetaan laillistetun ammattihenkilön aloittamaa hoitoa potilaan oireiden, käytettävissä olevien tietojen ja hoidontarpeen arvioinnin perusteella. Oireenmukaiseen hoitoon voi sisältyä sairaanhoitajan rajattuun lääkkeenmääräämisoikeuteen perustuvan uuden lääkehoidon aloittaminen ja lääkärin tekemän taudinmäärityksen pohjalta lääkemääräyksen uusiminen. Pykälässä 8 korostuu terveydenhuollon näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin perustuva toiminta, jonka on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toimintayksiköiden on laadittava suunnitelma laadun hallinnasta ja potilasturvallisuudesta.

Terveydenhuoltolain pykälän 10 mukaan kunnan ja sairaanhoitopiirin on vastattava palveluiden saavutettavuudesta ja yhdenvertaisesta saatavuudesta. Perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon pääsyyn on laissa asetettu hoitoon pääsyn aikarajat. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta terveyskeskukseen (51 §). Sen perusteella terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava kiireellisyys huomioiden kuuden kuukauden kuluessa (52§). Pykälän 57 mukaan sairaanhoidon aloittamisesta, lopettamisesta ja siirtämisestä toiseen yksikköön päättää vastaavan lääkärin ohjeiden mukaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) käsitellään työnantajan ohjaus- ja valvontatehtävää, johon sisältyvät muun muassa päätöksenteko seuraavista asioista: henkilöstön määrä ja rakenne, työnjako ja tehtäväkuvat, osaamisen varmistaminen, arviointi ja kehittämisen tukeminen, ammattitoiminnan ohjaus ja seuranta sekä riskien ennakointi, reaaliaikainen puuttuminen niihin ja niiden korjaaminen. Laissa todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat toimia toistensa tehtävissä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveyspalveluiden tuottamisen kannalta. Lisäksi tässäkin yhteydessä kiinnitetään huomiota oireenmukaiseen hoitoon ja rajattuun lääkkeenmääräämiseen sekä sen edellyttämään erityispätevyteen.

Hoitotyön osaamisen vahvistamiseksi löytyy myös useita muita perusteluja. Valtioneuvoston asetuksessa 338/2011 pykälässä 5 kuvataan laaja terveystarkastus, jonka tekee terveydenhoitaja tai kättilö yhteistyössä lääkärin kanssa. Myös kunnallinen yleisn työ- ja virkaehtosopimus (KVTES) 2010–2011 tuo esille sairauslomia koskevan soveltamisohjeen, johon kuuluu terveyden- tai sairaanhoitajan antama todistus. Niin ikään Kelan lääkärinlausunnon C mukaan terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja osaltaan laatii ja allekirjoittaa lausunnon tuen hakijan toimintakyvystä, avuntarpeesta sekä ohjauksen ja valvonnan tarpeesta. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (758/1992) osaamisen vahvistamisen perusteena on pykälässä 4a velvoite, jonka mukaan tutkimuksesta, hoidosta ja kuntoutuksesta on laadittava suunnitelma, josta ilmenevät hoidon järjestäminen ja aikataulu.

Edellä esitetyt osaamisvaateiden perusteet koskevat kliinisen asiantuntijuuden vahvistamisen tarvetta myös ammattikorkeakoulututkinnon tasolla. Tästä johdun klinisen osaamisen vahvistaminen ylemmän ammattikorkeakoulututkin-

non kontekstissa edellyttää vielä laajempaa ja syvempää eri kompetenssialueiden ydinosaamista ja osaamisen integroitumista hoitotyön kliinisen asiantuntijan (APN) toiminnassa. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tasoisen hoitotyön kliinisen asiantuntijan osaamisen hyödyntämiseksi terveydenhuoltojärjestelmässä voidaan esittää useita näkökulmia. Fagerströmin (2011a) mukaan terveyspalveluiden käyttö lisääntyy, jolloin on varmistettava hoitoon pääsy, ja varmistaa samalla hoitotyön eri professioiden kompetenssit. Hoitoon pääsyn lisäksi tulee lisätä osaamista akuuttien terveysongelmien tarpeen arvioinnissa, pitkäaikaispotilaiden terveydentilan seurannassa ja hoidossa sekä eri systä heikompien ja hoidon ulkopuolelle jäävien potilasryhmien hoitotyössä. Niin ikään on tarve parantaa potilaiden yksilöllisiä valinnanmahdollisuuksia ja kehittää potilaiden tarpeet kokonaisvaltaisesti huomioivaa hoitotyötä.

Hoitotakuu, useat kansalliset terveydenhuollon projektit sekä joiltain osin lääkärripula ovat käynnistäneet keskustelun vastuiden ja tehtävien jaosta terveydenhuollon eri ammattiryhmien välillä. Huomiota tulisi siten kiinnittää eri ammattiryhmien osaamisalueiden oikeaan ja oikea-aikaiseen käyttöön. Potilaiden monimutkaiset terveysongelmat ja terveystarpeet edellyttävät niin kutsuttuja *case managereita*, joilla on riittävästi kliinistä kompetenssia suunnitella ja toteuttaa vaikuttavia hoitoketjuja (Fagerström 2011a). Simolenski (2010) perustelee APN-roolin kehittymistä vastauksena terveyspalvelujärjestelmän reformiin erityisesti USA:ssa, mutta myös maailmanlaajuisesti. Hänen mukaansa primääripreventio, laajentuneet hoitoon pääsyn mahdollisuudet – myös taloudellisesti edullisempaan hoitoon – ja potilaskeskeinen yhteistoiminnallinen lähestymistapa ovat keskeisiä tekijöitä APN-roolin kehittämisessä.

Kliinisten asiantuntijasairaanhoitajien koulutus ja roolit ovat Suomessa aiemmin kytkeytyneet teoriapainotteiseen, tiedelähtöiseen (”hands free”) yliopistokoulutukseen. Terveydenhuollossa tapahtuvat muutokset, myös lainsäädäntöön perustuen, ovat synnyttäneet työelämässä ja terveydenhuollon organisaatioissa tarpeen vahvistaa myös sellaista kliinistä asiantuntijaosaamista, jonka toiminnan lähtökohdana on potilas- ja/tai asiakaslähtöinen hoitotyö (”hands on”) ja sen kehittäminen. Siinä kompetenssien ytimenä on vahva potilaan ja henkilökunnan lähellä oleva kliininen käytäntö (praxis) sekä sen kehittäminen ja johtaminen.

KOULUTUKSEN KANSAINVÄLISET JUURET

Kliinisen asiantuntijan koulutuksen juuret löytyvät kansainvälisistä lähtökohdista. International Council of Nurses (ICN) teki vuonna 2004 laajan kartoituksen, jonka mukaan kliinisen asiantuntijan rooleja ja toimintamuotoja oli tunnistettavissa jo yli kolmessakymmenessä maassa ja lähes kaikissa maanosissa kuten Australiassa, Uusi-Seelannissa, Aasiassa, Pohjois-Amerikassa sekä muutamissa Euroopan maissa (Schober & Affara 2006). 1960-luvulta lähtien on USA:ssa koulutettu hoitotyön asiantuntijoita vaativampiin asiantuntijatehtäviin. 1980-luvulla ”Nurse Practitioner -rooli (NP) alkoi lisääntyä USA:ssa voimakkaasti, vaikkakin se pohjautui vielä tuolloin erikoissairaanhoidajakoulutukseen. Samanaikaisesti alkoi myös ”Advanced Practice Nursing” (APN) -käsitteen käyttö laajentua kirjallisuudessa. (Ks. Keeling 2009.)

Kanadassa sairaanhoitajat kouluttautuivat lisää kyetäkseen toimimaan maaseudulla itsenäisinä hoitotyön asiantuntijoina vastatakseen väestön hoidollisiin tarpeisiin. 1970-luvulla toteutettu erikoissairaanhoidajakoulutus kehittyi 1980-luvulla maisteritasoiseksi koulutukseksi. Canadian Nurses Association (CNA) laati vuonna 2002 kliinisen hoitotyön asiantuntijan kansallisen viitekehyksen, joka sisältää asiantuntijan avainroolit, kompetenssialueet, koulutuksen, kliiniset roolit ja rekisteröinnin. Viitekehyksen (Advanced Nursing Practice – A National Framework) avulla haluttiin turvata yhdenmukaisempi kehittämistyö Kanadassa. (Canadian Nurses Association 2008.)

Eurooppaan koulutus rantautui noin 1990-luvulla ensin Iso-Britanniaan ja myöhemmin Irlantiin ja Hollantiin. Hollannissa, kuten Iso-Britanniassakin, pyrittiin vastaamaan tiedossa olevaan lääkäripulaan uudistamalla lääkärin ja sairaanhoitajan rooleja ja tehtäväkuvia. Toisin kuin Iso-Britanniassa, uudistus käynnistyi Hollannissa sairaalasta käsin vuonna 1997. (Roodbol 2011.)

Pohjoismaissa koulutuksen käynnistyminen on ollut hitaampaa. Se on 2000-luvulla levinnyt kansainvälisten yhteistyöverkostojen kautta vähitellen sekä Ruotsiin että Suomeen. Ruotsissa käynnistettiin 2000-luvun alkupuolella ensimmäisenä erikoissairaanhoidajakoulutus ”avancerade specialsjuksköterskor” (Hallman & Gillsjö 2005), joka sittemmin kehittyi maisteriohjelmaksi. (Lindblad ym. 2010). Suomessa opetusministeriö myönsi vuonna 2008 ensimmäisen kerran luvan käynnistää ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtava kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma Turun ja Oulun ammattikorkeakouluissa. Turussa koulutus käynnistyi tammikuussa 2009 ja Oulussa syksyllä 2009. Ensimmäiset kliiniset asiantuntijat valmistuivat Turun ammat-

tikorkeakoulusta joulukuussa 2010. Vuoden 2010 aikana koulutusohjelma käynnistettiin muissakin ammattikorkeakouluissa, kuten Jyväskylässä, Tampereella, Helsingin Metropolia Ammattikorkeakoulussa, Kajaanissa ja Vaasassa. Tätä ennen oli Vaasan seudulla käynnistynyt erikoistumisopintoina sairaanhoitajille suunnattu ja ICN:n suositusten mukainen 60 opintopisteen laajuinen koulutus kliinisen asiantuntijan rooliin tähtäävänä koulutuksena. Koulutus kehittyi myöhemmin ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon koulutusohjelmaksi (Fagerström 2011a).

Kansainvälisten yhteistyöverkostojen vaikutus on ollut merkittävä kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman käynnistymiselle, suunnittelulle ja toteutukselle. Vuonna 2000 aloitti ICN:n johdolla verkostoyhteistyö ”Advanced Practice Nursing”, jossa on useita, eri teemoja edustavia alaryhmiä eri teemoista, kuten koulutus ja tutkimus. Verkosto asetti keskeiseksi tavoitteekseen toimia tiedon välittämisen foorumina tukeakseen erityisesti kliinisen asiantuntijan, ”Advanced Practice Nursing” (APN/NP), roolin kehittämistä sekä koulutussektorin kehittämistyötä.

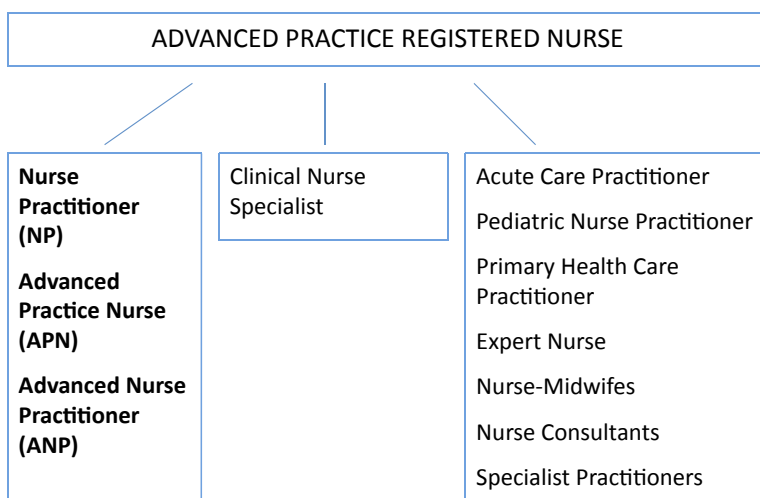
Verkosto toimii aktiivisesti ja järjestää aiheeseen liittyvän kansainvälisen konferenssin joka toinen vuosi. Vuonna 2010 pidetyssä konferenssissa esiteltiin Pohjoismaissa etenevä yhteistyöprojekti *The Nordic Network Project GEROPROFF – Advanced Clinical Geriatric Care in the Nordic Countries*, jonka johdosta kliinisen asiantuntijan koulutuksen kehittämistyö on saanut pohjoismaisia vaikutteita neljän Pohjoismaan tuodessa kehittämistyöhön omia ominaispiirteitään. Seuraavat korkeakoulut osallistuvat projektiin: Turun ammattikorkeakoulu ja Yrkeshögskolan Novia (Suomi), VIA University College (Tanska), University of Nordlandin ja Høgskolen Buskerud (Norja) sekä Örebro University (Ruotsi). Verkosto käynnistää yhteistoteutuksena niin kutsutun *joint-masterohjelman* syksyllä 2012. Suunniteltu ohjelma noudattaa ICN:n suunta- viivoja APN:n määrittelyn mukaisena ohjelmana, jossa opiskelijat suorittavat yhtenä osaamisalueena kliinisen asiantuntijan gerontologisen hoitotyön kompetenssin. (Ahonen ym. 2010.)

Merkittävän panoksensa kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman kehittämistyölle antoi vuosina 2001–2006 toteutunut eurooppalainen yhteistyöverkosto *Thematical Nursing Network* (TENN), jonka toiminnan rahoitti Euroopan Unioni. Hanketta koordinoi Englanti, jolle oli kertynyt vuosien kokemus APN-roolista työelämässä ja koulutuksesta. Projektin päätavoitteena oli kehittää laajemmin APN-roolia Euroopassa ja käynnistää APN-koulutus useissa Euroopan maissa, mukaan lukien Suomi ja Ruotsi. Turun ammattikorkea-

koulun Terveysala-tulosalue osallistui projektiin ja sai kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman opetussuunnitelmatyöhön merkittävän tuen ja vaikutteita projektissa tehdystä opetussuunnitelmatyöstä APN – ylempään korkeakoulutasoiseen koulutukseen.

KLIININEN ASIAANTUNTIJA -KÄSITTEEN JA ROOLIN MÄÄRITTELYÄ

American Nurses Associationin (ANA) määritelmän mukaan englanninkielinen käsite ”Advanced Practice Nursing” (lyhenne APN) on sateenvarjokäsite, joka sisältää eri ammattinimikkeitä, joita käytetään a terveydenhuollossa hoitotyön asiantuntijan eri tehtävissä toimivista henkilöistä. **Advanced Practice Registered Nurse** (käännettynä rekisteröity hoitotyön asiantuntija) on siis yläkäsite englanninkielisille nimikkeille Nurse Practitioner (NP), Clinical Nurse Specialist (CNS), Acute Care Practitioner, Pediatric Nurse Practitioner, Primary Health Care Practitioner, Expert Nurse, Advanced Practice Nurse (APN), Advanced Nurse Practitioner (ANP), Nurse-Midwives, Nurse Consultants, Specialist Practitioners, Physician’s Assistant ja Higher Level Practitioner. (American Nurses Association 2006.) (Kuvio 1.)



KUVIO 1. *Kliinisestä asiantuntijasta käytössä olevia kansainvälisiä käsitteitä American Nurses Associationin (2006) määritelmän pohjalta.*

Canadian Nurses Associationin (2008) mukaan *Advanced Nurse practitioner* (ANP) on määritelty sateenvarjokäsitteeksi, jonka mukaan edistyneen (advanced) kliinisen sairaanhoitajan koulutustaso maksimoi hoitotyön asiantuntijan osaamista. Se sisältää syventäviä sairaanhoitajan ammattiopintoja, jotka antavat valmiudet erityisosaamiselle, jota tarvitaan kohdattaessa yksilöiden, perheiden, ryhmien, yhteisöjen ja väestön terveystarpeita. (Canadian Nurses Association 2008.)

International Council of Nurses (ICN) -järjestön mukaan hoitotyön asiantuntija, *Nurse Practitioner* (NP) tai *Advanced Practice Nurse* (APN), on rekisteröity sairaanhoitaja, jolla on vaadittava erityisosaaminen, kyky monimutkaiseen ja vaativaan päätöksentekoon sekä kliininen pätevyys laajennetulle työnkuvalle, jota muovaavat asiayhteydet ja maa, jossa asiantuntijana työskentelevällä on lupa toimia (International Council of Nurses 2007). Edellä kuvattu määrittely on ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavan kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman toteutuksen taustalla.

ICN:n määritelmän mukaan Advanced Practice Nursen / Nurse Practitionerin keskeisiä tunnuspiirteitä ovat:

Koulutus

- Asiantuntijasairaanhoitajan syventävät opinnot
- APN-opetusohjelmien virallinen tunnustaminen ja toimenkuvan vahvistaminen tai hyväksyminen
- Virallinen järjestelmä lupien myöntämiseen, rekisteröintiin, todistuksen antamiseen ja myöntämiseen

Toimenkuva

- Yhdistää tutkimusta, koulutusta, käytäntöä ja hallintoa
- Ammatillinen itsenäisyys vaativalla tasolla
- Terveiden laajemmat arviointi-, päätöksenteko- ja diagnostiset päätelytaidot
- Tunnustettu korkeampi kliininen pätevyys
- Konsulttipalvelut terveysalalla toimiville
- Ohjelmien suunnittelu, toteutus ja arviointi
- Tunnustettu asema asiakkaiden ensimmäisenä yhteyshenkilönä

Lainsäädäntö – APN:n/NP:n työtä säätelevät maakohittaiset säädökset

- Oikeus diagnosointiin
- Valtuudet lääkkeiden määräämiseen ja hoidon määräämiseen
- Valtuudet asiakkaan ohjaamiseksi muiden ammattilaisten hoitoon
- Valtuudet ottaa potilas sairaalahoitoon
- Lainsäädännöllinen suoja APN/NP-nimikkeille
- Erityisesti Advanced Practice Nursea koskeva laki tai muu virallinen säädös
- Virallisesti vahvistetut nimikkeet hoitajille, jotka toimivat laajennetuissa tehtävänkuvissa.

(International Council of Nurses 2007.)

Arvioitaessa ICN:n esittämien tunnuspiirteiden toteutumista koulutuksen, toimenkuvan ja lainsäädännön osalta voidaan todeta, että monin osin tunnuspiirteet eivät vielä toteudu Suomessa. Koulutusta koskevat tunnuspiirteet täyttyvät tällä hetkellä Suomessa suomalaisen koulutusjärjestelmän mukaisin käytännöin. Koulutuksessa on tavoiteltu laajoja osaamisalueita, jotka tukevat toimenkuvan mukaisia tehtäviä. Kansainvälinen kirjallisuus tukee näkemystä siitä, että tarkempi osaaminen määrittyy kyseisen toimenkuvan mukaan nouden kunkin organisaation tarpeista (esim. Bryant-Lukosius & DiCenso 2004, Mantzoukas & Watkinson 2006). Myös koulutuksessa tiedostetaan kliinisen asiantuntijan aiemmista ammatillisista taustoista nouseva kliinisen osaamisen erityisosaamisen tarve ja toisaalta työelämässä toimenkuvien organisaatiolähtöinen tarve (ks. Fagerström 2011a). Schober ja Affara (2006) korostavat, että riippumatta siitä, kuinka hyvin kliinisen asiantuntijan (APN) rooli on määriteltä eri maissa, on tärkeää, että koulutuksessa koulutusohjelman sisältö reflektoi mahdollisimman hyvin kyseisen maan tai alueen tapaa määritellä kliinisen hoitotyön käytännön toimintaedellytykset ja toiminnan vaativuus.

Kansainvälisesti on löydettävissä ICN:n teoreettisen APN-määritelmän lisäksi useita muitakin teoreettisia malleja, joissa on määriteltä hoitotyön kliinistä asiantuntijuutta (APN). Hamricsin (2009) käsitteellisessä mallissa määritellään keskeisiä APN-roolin ominaispiirteitä. Ydinkompetenssialueita mallissa ovat eettinen päätöksenteko, ohjaus ja neuvonta, konsultointi, tutkimus, kliininen johtaminen sekä yhteistyö. Keskeisin kompetenssialue on kliininen osaaminen. Brittiläisessä mallissa, jonka laativat The Royal College of Nursing Accreditation Unit yhteistyössä kliinisen asiantuntijan (NP) -koulutuksesta

vastaavien kanssa Royal College of Nursing -koulutusorganisaatiossa, kuvataan kahdeksan kompetenssialuetta. Kompetenssialueet ovat potilas-hoitajasuhde, monikulttuurisuuden kunnioittaminen, potilaan terveys- ja sairausstatuksen mukainen hoitotyön toiminta, opetus- ja ohjaus, uusi vaativampi sairaanhoitajan ammattirooli (professional role), johtaminen, laadunvarmistus ja seuranta sekä oman osaamisen akkreditointi. (Hincliff & Rogers 2008.)

Fagerström (2011b) on luonut pohjoismaisen hoitotyön kliinisen asiantuntijan (APN) teoreettisen mallin, joka on modifioitu ICN:n ja Hamricsin mallien pohjalta. Mallin ytimenä on sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde. Pohjoismaisessa mallissa on kahdeksan kompetenssialuetta, joista tärkein on kliininen käytäntö (praxis). Malli tulee nähdä yksinkertaistettuna kuvana hoitotyön todellisuudesta, jossa nostetaan esille keskeisiä hyvän hoidon aihekonaisuuksia. Mallin kahdeksan kompetenssialuetta ovat: suora kliininen käytännön toiminta (direkt klinisk praxis), eettinen päätöksenteko (etisk beslutsfattande), opetus ja ohjaus (coaching och vägledning), konsultointi (konsultation), yhteistyö (samarbete), tapaus- ja tilannejohtaminen (case management), tutkimus ja kehittäminen (forskning och utveckling) ja ihmisten johtaminen (ledarskap). Kliinisen asiantuntijan (APN) kompetenssit vaihtelevat potilaan terveystarpeiden mukaan, ja toisaalta eri kliinisissä tilanteissa on erilaisia kompetenssialueita tai niiden yhdistelmiä koskevia vaatimuksia, jotka syntyvät yksittäisen potilaan terveysongelmista ja tarpeista.

Vuonna 2008 toteutetussa maailmanlaajuisessa tutkimuksessa selvitettiin APN-koulutusta, kliinistä toimintaa ja säädösten esiintyvyyttä eri maissa. Tutkimus kohdentui kaikkiin maanosiin, joista saatiin yhteensä 33 maan vastaukset esitettyihin kysymyksiin. Eri maiden vastausten mukaan käytössä on yhteensä 13 eri nimikettä kuvaamaan vaativamman tason asiantuntijan hoitotyötä ”advanced practice nursing” (APN), ja 22 maassa on järjestetty virallisen koulutusjärjestelmän sisällä APN-koulutusta. Vastanneista maista 70 prosentissa tehdään kliinistä hoitotyötä esiintyvyyden mukaisessa suuruusjärjestyksessä akuuttihoitotyön, lasten sairaanhoitotyön, kätilötyön, kroonisten sairauksien hoitotyön ja mielenterveystyön alueilla. Lisäksi 52 prosentissa vastanneista maista kliininen asiantuntija toimii perhehoitotyön alueella (FNP, ”family nursing practice”), USA:ssa jopa 63 prosenttia. Tulosten mukaan yli 50 prosenttia vastanneista ilmoitti, että APN-roolissa toimivalla on lääkkeenmääräämisoikeus. 23 maata raportoi, että APN-rooli on hallituksen tai ministeriön hyväksymä. (Simolenski 2010.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa on kuvattu ANP:n/APN:n roolia ja toimenkuvia hoitotyön eri konteksteissa. Useimmat tutkimukset on toteutettu Pohjois-Amerikassa, Iso-Britanniassa tai Australiassa. Näistä maista löytyy APN-johdoista vastaanottotoimintaa, jota on tutkimuksissa verrattu lääkärin vastaanottotoimintaan. Yhteenvetona useista tutkimuksista voidaan todeta, että potilaat/asiakkaat olivat tyytyväisiä APN:n toimintaan, jopa tyytyväisempiä kuin tavalliseen lääkärin vastaanottotoimintaan (esim. Bryant & Graham 2002, Horrock ym. 2002, Allen & Fabri 2005). Potilaat kokivat esimerkiksi, että he saavat enemmän tietoa sairaudestaan (Kinnersley ym. 2000) ja paremmin kokonaisvaltaista hoitoa (Allen & Fabri 2005).

Musclow ym. (2002) kuvasivat Kanadassa akuuttikivunhoidon APN:n kvalifikaatioita ja velvollisuuksia. Kyselytutkimuksen tulokset osoittivat pätehtävien löytyvän kliinisen työn, opetuksen ja ohjauksen sekä hallinnollisten tehtävien alueilta. Carnwellin ja Dalyn (2003) haastattelututkimuksen tulosten mukaan Iso-Britanniassa ANP:eiden työn luonne ja toimenkuva vaihteli erikoisalojen välillä. Toimenkuvaan kuului niin käytännön hoitotyön toteuttamista kuin strategista suunnittelua ja hoitotyön kehittämistä.

Wong ja Chung (2006) määrittivät kiinalaisessa tutkimuksessaan hoitajien vastaanottotoimintaa (nurse-led clinic). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulokset osoittivat, että työhön kuului muun muassa hoidon aloittaminen ja diagnostisten kokeiden tekeminen ohjeiden mukaisesti. Keskeiset hoitotyön toiminnot olivat hoidon arviointi ja terveyden edistämiseen tähtäävä ohjaus ja neuvonta. Fagerström ja Glasberg (2011) selvittivät hoitotyön johtajien kokemuksia kliinisen asiantuntijan (APN) roolista suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä. Saatujen kokemusten mukaan kaikki seitsemän haastattelututkimukseen osallistunutta hoitotyön johtajaa korostivat kliinisen asiantuntijan roolin tärkeyttä organisaatiossaan. Kliinisen asiantuntijan suurempi autonomia ja itsenäisempi rooli korostuivat erityisesti akuuttien terveysongelmien ja kroonisten sairauksien hoitotyössä. Heidän avullaan voitiin parantaa hoitoon pääsyä ja hoidon saatavuutta. Kokemusten mukaan kliinisten asiantuntijoiden toiminnassa korostui näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen.

Suomessa on viime vuosina pohdittu erilaisten asiantuntijatyyppeiden kuvauksia tai määritelmiä näyttöön perustuvassa toiminnassa. STM:n (2009) esittämään ”*erilainen asiantuntijuus näyttöön perustuvassa toiminnassa*” -tyyppien luokittelukuvaukseen kuuluu seuraavat asiantuntijatyypit: kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat, kliinisesti erikoistuneet hoitajat, kliinisen hoitotyön

asiantuntijat ja kliinisen hoitotieteen asiantuntijat. Kunkin tyyppin kohdalla on määritelty osaamisen tavoite, osaamisen painotus ja toiminta näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöönotossa. Määriteltyjen kuvausten mukaan tässä yhteydessä kliininen asiantuntija (APN) vastaa lähinnä tyyppiä ”kliinisen hoitotyön asiantuntijat”. Kliinisen hoitotyön asiantuntijalla on vahvan kliinisen osaamisen lisäksi tutkimus- ja kehittämisosaamista sekä palvelujärjestelmän ja johtamisen tuntemusta. Tätä osaamista tarvitaan näyttöön perustuvan tiedon soveltamisessa, näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöönottamisessa toimintayksiköissä ja toimintayksiköiden välillä sekä käytäntöjen yhtenäistämässä. Kuitenkin esitettyyn tyyppiin tulisi lisätä kliinisen asiantuntijan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon näkökulmasta erityisesti kehittämissankkeiden johtamisosaaminen, kansainvälisyysosaaminen sekä asiantuntijuuden kehittämisen tukitoiminta, jotka esitettyssä tyyppiluokittelussa jäävät kliinisen hoitotyön asiantuntijan osaamisen ulkopuolelle.

Korhosen (2011) esityksessä on edetty eri tyyppien kuvausten pohjalta määrittämään myös kunkin tyyppin vaikutusalue. Kliinisen hoitotyön asiantuntijan vaikutusalueena korostuu henkilökunta, kun kliinisesti erikoistuneet hoitajat -tyypin vaikutusalueena ovat potilaat tai asiakkaat. Kliinisen asiantuntijan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tuottaman osaamisen ensisijaisena vaikutusalueena nähdään olevan sekä potilaat, asiakkaat että henkilökunta, mutta sen lisäksi kehittämiskohteena voi olla myös työyhteisö- ja organisaatio-tasoinen toiminta asiayhteydestä ja kehittämiskohteesta riippuen.

KLIINISEN ASIANTUNTIJAN YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO

Kliinisen asiantuntijan koulutuksen suunnittelua ja kehittämistä ovat vauhdittaneet kansainväliset lähtökohdat. Kansainvälisten standardien mukaisesti suositellaan hoitotyön kliinisen asiantuntijan (APN) koulutuksen tasoksi ylemmän korkeakoulututkinnon tasoa eli master-tasoa (ICN 2004, Schober & Affara 2006). Kun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon asema Suomen korkeakoulujärjestelmässä vakinaistettiin ylempään korkeakoulututkintoon johtavana tutkintona, oltiin kansainvälisissä verkostoissa mukana valmistelemassa myös ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavan kliinisen asiantuntijan koulutuksen käynnistämistä.

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto on Suomessa melko uusi eurooppalaiseen koulutusjärjestelmään kuuluva tutkinto. Tutkinnon vakinaistamista edelsi jatkotutkintokokeilu, joka käynnistettiin valtakunnallisesti syksyn 2002 aikana. Kokeilusta säädettiin määräaikainen kokeilulaki (645/2001), joka oli voimassa 1.1.2002–31.7.2005. Laki yleimmästä ammattikorkeakoulututkinnosta (411/2005) annettiin 10.6.2005, jolloin tutkinto vakinaistettiin.

Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet voivat työelämässä hankitun kolmen vuoden kokemuksen jälkeen syventää ammatillista osaamistaan suorittamalla ylempään ammattikorkeakoulututkinnon. Sosiaali- ja terveysalan ylempään ammattikorkeakoulututkinnon laajuus on 90 opintopistettä, mikä määräytyy sosiaali- ja terveysalan 210 opintopisteen laajuisten ammattikorkeakoulututkintojen mukaan. Ylempään ammattikorkeakoulututkinnon kokonaisopintopistemäärä on ammattikorkeakoulututkinnon päälle rakentuvana tutkintona yhteensä 300 opintopistettä, kuten tiedekorkeakoulun ylempi korkeakoulututkinto.

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan ammattikorkeakoulututkintojen ammattinimikkeisiin (bioanalyttikko, ensihoitaja, fysioterapeutti, kättilö, röntgenhoitaja, sairaanhoitaja, suuhygienisti, terveydenhoitaja, toimintaterapeutti) liitetään sulkuihin ylempi AMK. Kansainvälisessä käytössä tutkintonimike on *Master of Health Care*. (Asetus N:o 423/2005, OKM 2009a.) Ylempään ammattikorkeakoulututkinnon suorittaminen tuottaa kelpoisuuden julkiseen virkaan tai tehtävään, joka edellyttää ylempää korkeakoulututkintoa. (Asetus N:o 426/2005).

Ylempään ammattikorkeakoulututkinnon sijoittuminen eurooppalaiseen ja kansalliseen viitekehukseen

Bolognan prosessin ja Lissabonin sopimuksen tavoitteena oli eurooppalaisen koulutusasteen muodostaminen vuoteen 2010 mennessä (OPM 2009a). Tavoitteeseen pyrittiin muun muassa yhdistämällä tutkintorakenteet. Tutkintojen läpinäkyvyyttä ja vertailtavuutta on edistänyt korkeakoulututkintojen viitekehys (EQF), joka on yhteinen eurooppalainen viitejärjestelmä. EQF:n kahdeksan tasoa kattaa kaikki tutkinnot perustasosta edistyneeseen tasoon. Kunkin tason pitäisi olla saavutettavissa erilaisten koulutus- ja uravalintojen kautta. Kustakin kahdeksasta tasosta on määritelty oppimistulokset, jot-

ka olennaisesti liittyvät kyseisen tason tutkintoihin missä tahansa tutkintojärjestelmässä. Viitekehyksessä esitetään se, mitä tietyn tutkinnon suorittanut henkilö tietää, ymmärtää ja pystyy tekemään oppimisprosessin päätteeksi. Eurooppalaisen viitekehysten mukaisesti ylempi ammattikorkeakoulututkinto ja tiedekorkeakoulun maisteritutkinto ovat tasolla 7. (OPM 2008.)

Tutkintojen ja muun osaamisen kansallisen viitekehysten (National Qualifications Framework, NQF) tarkoituksena on muun muassa lisätä tutkintojen kansallista ja kansainvälistä läpinäkyvyyttä ja vertailtavuutta sekä parantaa tutkintojärjestelmän toimivuutta ja selkeyttä sekä helpottaa koulutusjärjestelmässä liikkumista. Suomen kansallisessa tutkintojen viitekehyksessä kaikki tutkinnot on sijoitettu joillekin kahdeksasta viitekehysten vaativuustasosta. Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot ja tiedekorkeakoulun maisteritutkinnot on sijoitettu tasolle 7. (OPM 2009b.)

Tason 7 mukaan ylempään ammattikorkeakoulututkinnon tai ylempään korkeakoulututkinnon suorittanut

- hallitsee laaja-alaiset ja pitkälle erikoistuneet oman alansa erityisosaamista vastaavat käsitteet, menetelmät ja tiedot, joita käytetään itsenäiseen ajatteluun ja/tai tutkimuksen perustana
 - ymmärtää alan ja eri alojen rajapintojen tietoihin liittyviä kysymyksiä ja tarkastelee niitä ja uutta tietoa kriittisesti sekä kykenee ratkaisemaan vaativia ongelmia tutkimus- ja/tai innovaatio toiminnassa, jossa kehitetään uusia tietoja ja menettelyjä sekä sovelletaan ja yhdistetään eri alojen tietoja
 - kykenee työskentelemään itsenäisesti alan vaativissa asiantuntijatehtävissä tai yrittäjänä
 - kykenee johtamaan ja kehittämään monimutkaisia, ennakoimattomia ja uusia strategisia lähestymistapoja
 - kykenee johtamaan asioita ja/tai ihmisiä
 - kykenee arvioimaan yksittäisten henkilöiden ja ryhmien toimintaa
 - kykenee kartuttamaan oman alansa tietoja ja käytäntöjä ja/tai vastaamaan muiden kehityksestä
 - omaa valmiuden jatkuvaan oppimiseen
 - osaa viestiä hyvin suullisesti ja kirjallisesti sekä alan sisäiselle että alan ulkopuoliselle yleisölle
 - kykenee vaativaan kansainväliseen viestintään ja vuorovaikutukseen toisella kotimaisella ja vähintään yhdellä vieraalla kielellä.
- (NQF 2009.)

Asetuksen 423/2005 mukaan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opintojen tavoitteena on antaa opiskelijalle

1. työelämän kehittämisen edellyttämät laajat ja syvälliset tiedot asianomaiselta alalta sekä tarvittavat teoreettiset tiedot asianomaisen alan vaativissa asiantuntija- ja johtamistehtävissä toimimista varten
2. syvälinen kuva asianomaisesta alasta, asemasta työelämässä ja yhteiskunnallisesta merkityksestä sekä valmius asianomaisen alan tutkimustiedon ja ammattikäytännön kehityksen seuraamisen erittelyyn
3. valmiudet elinikäiseen oppimiseen ja jatkuvaan oman ammattitaidon kehittämiseen
4. työelämässä vaadittavan viestintä- ja kielitaidon
5. kansainvälisen vuorovaikutuksen ja ammatillisen toiminnan edellyttämät valmiudet. (A423/2005)

Opiskelija syventää teorian soveltamista käytäntöön ja saa analyttisiä taitoja, projektin johtamisen taitoja sekä tutkimus- ja kehitystyöhön osallistumisen taitoja ja sosiaalisia taitoja. (A423/2005.)

Opintojen rakenne

Asetuksessa 423/2005 määritellään ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opintojen rakenne, joka muodostuu syventävistä ammattiopinnoista, opinnäytetyöstä ja vapaasti valittavista opinnoista. Opinnäytetyön tavoitteena on ”kehittää ja osoittaa opiskelijan kykyä soveltaa tutkimustietoa ja käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien erittelyyn ja ratkaisemiseen sekä valmiutta itsenäiseen vaativaan asiantuntijatyöhön.” (Asetus 423/2005)

Jatkotutkintokelpoisuus

Yliopistolain (558/2009) mukaan tieteelliseen tai taiteelliseen jatkotutkintoon johtaviin opintoihin voidaan ottaa opiskelijaksi henkilö, joka on suorittanut soveltuvan ylemmän korkeakoulututkinnon, soveltuvan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tai soveltuvan ulkomaisen koulutuksen, joka asianomaisessa maassa antaa kelpoisuuden vastaaviin korkeakouluopintoihin. Yliopisto voi edellyttää tieteelliseen tai taiteelliseen jatkotutkintoon johtaviin opintoihin opiskelijaksi ottamansa henkilön suorittavan tarvittavan määrän täydentäviä opintoja koulutuksessa tarvittavien valmiuksien saavuttamiseksi.

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon koulutusohjelmien työelämälähtöisyys

Tiivis työelämäyhteistyö koko opintojen ajan tukee opintojen tavoitteellista etenemistä. Toiminta- ja oppimisympäristö on laaja, joustava ja avoin. Tietoa tuotetaan ja oppimista tapahtuu osallistuttaessa kehittämistoimintaan eri toimintaympäristöissä. Työelämän kehittämishankkeet, moniammatilliset asiantuntijayhteisöt sekä tieto- ja viestintätekniiikan käyttö mahdollistavat opiskelijakeskeiset opiskelumuodot, joissa opiskelijat, opetushenkilöstö, työelämän asiantuntijat ja muiden organisaatioiden sidosryhmät muodostavat laajoja yhteistyöverkkoja. Tilannesidonnaisuus, yhteistoiminnallisuus ja kehittämiseen tähtäävä soveltava tutkimuksellisuus ovat työelämälähtöisen oppimisprosessin lähtökohtia. Opiskelija lisää asiantuntijuuttaan oppimisyhteisön jäsenten asettamien ongelmien, heidän itsensä muodostamien käsitysten ja teorioiden sekä etsimänsä näyttöön perustuvan tiedon kriittisen arvioinnin kautta. (Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman OPS 2011–2012.)

Opinnäytetyö toteutetaan työelämää kehittävänä hankkeena. Opetusministeriön mukaan ammattikorkeakoulujen tavoitteena on muodostaa asiantuntijayhteisöjä, joiden tutkintoon johtavaa koulutusta antavat yksiköt kykenevät muun muassa aluettaan palvelemaan tutkimus- ja kehitystyöhön (ks. Ammattikorkeakoululaki 351/2003). Tavoitteeseen päästään asettamalla koulutuksessa painopisteeksi opiskelijan ja työelämän yhteistyön lisääminen sekä tutkimus- ja kehitystyön ja opetuksen välisten yhteyksien kehittäminen. Työelämästä nousevat tarpeet ja osaamisvaatimukset sekä tutkimus- ja kehitystoiminnan vahvistuminen ammattikorkeakoulun tehtävänä on ohjannut opiskelumenetelmien valintaa. (Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman OPS 2011–2012.)

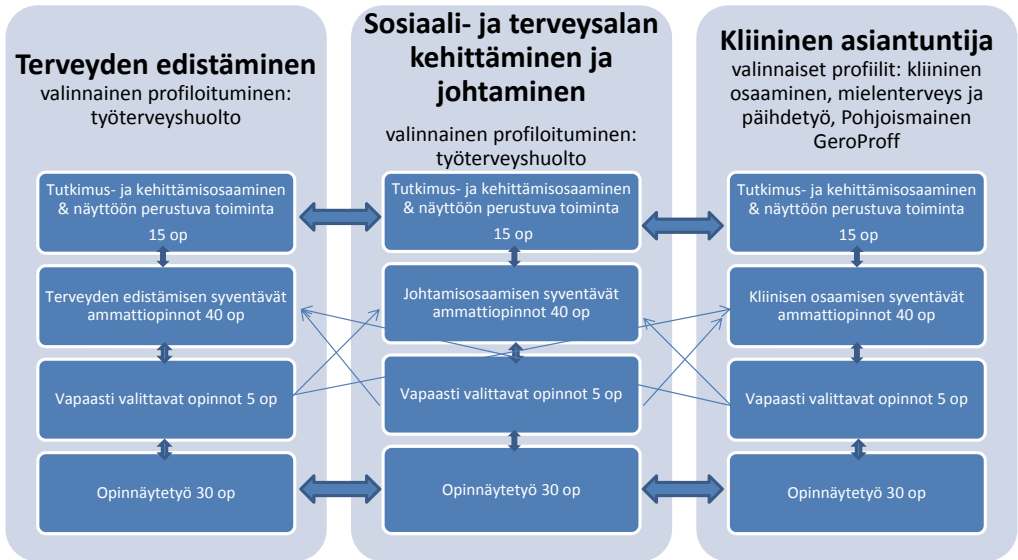
Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon vakinaistamisen yhteydessä käynnistettiin välittömästi opinnäytetyön toteutuksen mallintaminen kolmikantamallina toteutuvaksi siten, että opinnäytetöiden integroiminen tutkimus- ja kehittämishankkeisiin käynnistyi uudella tavalla tavoitteena innovaatioiden tuottaminen kehittämishankkeisiin tutkimuksellisella otteella. (esim. Ahonen 2007, Ahonen & Nurminen 2009, Ahonen 2010, Ahonen 2011.) Koska ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnoissa korostuu työelämän kehittäminen, profiloituu siinä tapahtuva opetus painottamaan erityisesti työelämän ja opiskelijan välistä suhdetta innovaatioiden tuottamisessa. Opinnäytetyön tavoitteessa korostuu tutkimustiedon soveltaminen ja käyttäminen valituin menetelmin työelämän ongelmien erittelyyn ja ratkaisemiseen (ks. Asetus

N:o 423/2005). Lisäksi opinnäytetyön kehittämisen lähtökohdat perustuvat näkemykseen, jonka mukaan tutkimus- ja kehitystoiminta on kiinteä osa opetusta. Tutkimus- ja kehittämishankkeisiin osallistumisen on nähty vahvistavan opintojen ohjauksessa ja opiskelijoiden henkilökohtaisissa opintosuunnitelmissa korostuvaa opiskelijan urakehitystä jo opintojen aikana (vrt. OPM 2007). Ajatuksena on lisäksi ollut opetuksen laadun kehittäminen kytkemällä tutkimus- ja kehitystoiminta tiiviiksi osaksi työelämää kehittävää koulutusta. (Ahonen 2010.)

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon koulutusohjelmien opetussuunnitelmarakenne 2011–2012

Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueen toteuttamien kolmen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon koulutusohjelman rakenne esitetään kuviossa 2. Kaikissa koulutusohjelmissä on 15 opintopisteen laajuinen tutkimus- ja kehittämisosaamisen opintokokonaisuus, joka sisältää näyttöön perustuvan tiedon opinnot, koulutusohjelman profiilin mukaisesti 40 opintopisteen laajuiset syventävät ammattiopinnot, 30 opintopisteen laajuisen opinnäytetyön ja vapaasti valittavat opinnot. Kunkin koulutusohjelman syventävät ammattiopinnot muodostavat sisällöllisen ytimen muiden opintojen integraatiolle. Opinnäytetyö toteutetaan kehittämisprojektina, jonka sisällöllinen painotus määräytyy koulutusohjelman syventävien opintojen ytimen mukaan.

Terveysalan YAMK-koulutusohjelmien
opetussuunnitelmien rakenne
Kliininen asiantuntija & Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen
& Terveystieteiden edistäminen



KUVIO 2. Turun ammattikorkeakoulun Terveystieteiden tulokset ylempien AMK-tutkintojen koulutusohjelmien rakenne (Ahonen 2010).

KLIINISEN ASIAANTUNTIJAN KOULUTUSOHJELMA

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa suoritettu ylempi ammattikorkeakoulututkinto antaa valmiudet toimia kliinistä erityisosaamista edellyttävissä asiantuntijatehtävissä. Koulutusprosessin joustavuus antaa opiskelijalle mahdollisuuden suunnitella henkilökohtainen opiskelusuunnitelma oman erikoisalansa, työelämätaustansa sekä urakehitystavoitteensa pohjalta.

Opetussuunnitelmissa (2009–2014) opinnot on jäsenetty rakenteellisesti kolmeen kokonaisuuteen, joita ovat *syventävät opinnot*, *opinnäytetyö* ja *vapaasti valittavat opinnot*. Opetussuunnitelmien sisältöjen painotukset ja valinnaisuudet vaihtelevat jonkin verran koulutuksen kehittyessä ja laajentuessa sekä valtakunnallisiin että kansallisiin verkostototeutuksiin.

Syventäviin opintoihin sisältyvät tutkimus- ja kehittämisosaamisen, näyttöön perustuvan tiedon sekä kliinisen erityisosaamisen opintojaksot. Kliininen eri-

tyisosaaminen profiloitui vuoden 2009–2010 opetussuunnitelmassa akuutin hoitotyön ja lääkehoidon sisältöihin, ja se laajeni vuoden 2011–2013 opetussuunnitelmassa vaihtoehtoiseen hoitotyön kliinisen osaamisen ja mielenterveys- ja päihdetyön sisältöihin. Valinnaisuuksia laajennetaan niin ikään vuoden 2012–2014 toteutuksessa, kun opetussuunnitelma sisältää myös pohjoismaisen GEROPROFF-verkostototeutuksen. Syventävät opinnot tukevat vaativaa kliinistä asiantuntijaosaamista sekä opiskelijan oppinnäytetyönä toteuttavan kehittämishankkeen sisällöllisiä ja metodisia oppimistarpeita.

Oppinnäytetyö on työelämän käytäntöjä kehittävä hanke, joka on koko koulutuksen kestävä prosessi. Kehittämishanke toteutetaan työelämäyhteistyössä suunniteltuna projektina, jota lähestytään tarkoituksenmukaisesti soveltavan tutkimuksen menetelmin.

Vapaasti valittavien opintojen avulla opiskelija syventää asiantuntijuuttaan tarkoituksenmukaisella tavalla.

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tuottama osaaminen

Opetussuunnitelmassa tavoiteltava osaaminen kuvataan osaamisvaatimuksina ja niiden kokonaisuuskompetenssien yhdistelminä. Kompetenssit muodostuvat laajoista osaamiskokonaisuuksista sisältäen muun muassa yksilön tietoja, taitoja ja asenteita. Kompetenssit kuvaavat tässä yhteydessä saavutettua pätevyyttä ja kykyä suoriutua koulutuksen tuottaman urakehityksen mukaisista ammatillisista tehtävistä. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman kompetenssit ovat tutkimus- ja kehittämisosaaminen, kliininen osaaminen sekä kliinisen osaamisen johtaminen.

Kliinisen osaamisen osaamistavoitteiden mukaan opiskelija osaa

- soveltaa oman alansa arvoperustaa ja ammattieettisiä periaatteita asiantuntijana ja työelämän kehittäjänä
- soveltaa itsenäisenä asiantuntijasairaanhoitajana toiminnassaan ja päätöksenteossaan hoitotyön tietoperustaa sekä monitieteellistä tietoa
- toteuttaa kliinistä hoitotyötä sekä soveltaa kliinistä farmakologiaa ja lääkehoitoa omalla asiantuntijuusalueellaan
- kehittää ja uudistaa kliinistä hoitotyötä sekä hoitotyön menetelmiä moniammatillisesti ja näyttöön perustuen.

Tutkimus- ja kehittämisosaamisen osaamistavoitteiden mukaan opiskelija osaa

- arvioida tietoa kriittisesti, hahmottaa kokonaisuuksia ja tuottaa uutta käytäntöä kehittävää tietoa
- hallita tutkimus- ja kehittämistoiminnan menetelmiä sekä toteuttaa alaa kehittäviä tutkimus- ja kehittämishankkeita
- kehittää työyhteisön osaamista näyttöön perustuen.

Kliinisen osaamisen johtamisen osaamistavoitteiden mukaan opiskelija osaa

- johtaa työyhteisön kehittymistä eettisesti vastuulliseksi, tavoitteelliseksi ja tulevaisuuteen suuntautuvaksi työyhteisöksi
- hallita hoitotyön johtamisen omalla kliinisellä vastuualueellaan
- hallita potilaan/asiakkaan hyvän hoidon edellyttämät muutosprosessit ja niiden johtamisen työyhteisössä.

Kliinisen osaamisen kompetenssin saavuttamista tuetaan kliinisenä asiantuntijana ja päätöksentekijänä kehittymisen intensiivisessä, koko koulutuksen kestävässä prosessissa. Kliinisen asiantuntijan (APN) roolin muodostumista tuetaan monivaiheista PEPPA-viitekehystä hyödyntäen. Viitekehyyksen avulla tarkastellaan, miten hoitotyön kliininen asiantuntija kehittää näyttöön perustuen valitsemansa potilasryhmän hoitotyötä. Tarkoituksena on tunnistaa tavoitteet selkeästi määritellyille kliinisen asiantuntijan rooleille (Bryant-Lukosius & Di-Censo 2004).

Kliinisen osaamisen ydinsisältöön kuuluvat laajemmat ja vaativammat terveydentilan arviointi- ja päätöksentekotaidot sekä diagnostiset päättelytaidot. Kliininen osaaminen muodostuu siten kliinisen tutkimisen ja terveydentilan arvioinnin osaamisesta, näyttöön perustuvan päätöksenteon osaamisesta, akuuttihoitotyön sekä mielenterveyden ja päihdetyön erityisosaamisesta (vaihtoehtoisesti myös laajemmin hoitotyön eri alueiden erityisosaamisesta) sekä kliinisen farmakologian ja lääkehoidon osaamisesta. Hoitotyön erityisosaamisen sisältöjen syventymistä tuetaan opiskelijan hoitotyön tausta ja kliiniset potilasryhmät huomioiden. Asiantuntijuus kliinisessä hoitotyössä käsittää näyttöön perustuvien menetelmien käytön ja kehittämisen sairauksien ennaltaehkäisyssä, hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoidossa opiskelijan omalla asiantuntijuusalueella sekä asiakas- ja/tai potilasryhmissä.

Kliinisen farmakologian ja lääkehoito-osaamisen kokonaisuus muodostuu seuraavista sisällöistä: turvallinen lääkehoitoprosessi ja eettiset periaatteet lää-

kehoidossa, farmakologia, moniammatillisuus lääkehoidossa, potilaan ja läheisten ohjaaminen sekä hoitoon sitoutumisen edistäminen lääkehoidossa, lääkehoito-osaamisen ja lääkehoidon turvallisuuden arviointi ja varmistaminen sekä kehittäminen ja lääkehoito-osaamiseen ja lääkehoitoon liittyvät kansalliset ja kansainväliset haasteet. Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus tuli Suomessa mahdolliseksi laillistetulle sairaanhoitajalle, kätilölle ja terveydenhoitajalle (joka on saanut laillistuksen sairaanhoitajana) Terveystieteiden ammattihenkilölakiin (559/1994) heinäkuussa 2010 tulleen muutoksen (433/2010) myötä. Siksi rajattuun lääkkeenmääräämisoikeuteen edellytettävä teorian tieto ja toteuttajat on varmistettava tulevaisuudessa myös kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa (ks. Sairaanhoitajan lääkkeenmäärääminen, koulutuksen yhteiset perusteet 2011, Vallimies-Patomäki 2011).

Kliinisen osaamisen opintoja toteutetaan monimuotomenetelmin. Vaativampien kliinisten taitojen opiskelu tapahtuu simulaatiopedagogiikan periaatteita hyödyntäen laboraatio-opetuksessa simuloituissa tilanteissa sekä aidoissa potilas- tai asiakassuhteissa. Koulutusta voidaan luonnehtia ”hands on” -ylemmän ammattikorkeakoulutason koulutukseksi verrattuna tiedelähtöiseen teoriapainotteiseen ”hands free” -yliopistokoulutukseen. Koulutuksen aikana kehittyy sellaista kliinistä osaamista, jonka johdosta hoitotyön kliininen asiantuntija kykenee toimimaan itsenäisenä asiantuntijana vaativissa hoitotyön tehtävissä.

Koulutusohjelma koostuu kolmesta laajemmasta ydinosaamiskokonaisuudesta (moduulista), joista yksi on kliininen osaaminen. Toinen kokonaisuus tukee vahvaa kehittämisosaamista sekä teoriaopintoina että työelämän kehittämisprojektien toteuttajina ja johtajina. Kolmas osaamiskokonaisuus muodostuu valinnaisista, asiantuntijuutta syventävistä opinnoista. Kaikki kolme ydinosaamisen aluetta integroituvat koulutuksen aikana sellaiseksi uudeksi kokonaisuvaltaiseksi osaamiseksi, josta vaativan tason hoitotyön kliininen asiantuntijuus muodostuu. (Ks. myös Fagerström & Ahonen 2011.)

Edellä esitetyn kliinisen asiantuntijuuden (APN) tarkastelun ja koulutuksen lähtökohtien ja osaamistavoitteiden kuvausten perusteella voidaan kliinisen asiantuntijan ylempään ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneen asiantuntijuutta kuvata taulukon 1 avulla. Asiantuntijuutta on kuvattu hyödyntäen STM:n (2009) *erilainen asiantuntijuus näyttöön perustuvassa toiminnassa* -tyyppien luokittelukuvausta ja Korhosen (2011) muotoilemaa lisäystä STM:n esitykseen asiantuntijuustyyppien vaikutusalueista.

TAULUKKO I. *Kliininen asiantuntijuus ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tuottamana osaamisena (mukailtu STM 2009 tyyppiluokituksen ja Korhosen 2011 vaikutusalueiden mukaan).*

Hoitotyön kliininen asiantuntija (YAMK)			
Osaamisalue	Osaamisen painotus	Toiminta näyttöön perustuvien (NP) käytäntöjen kehittämisessä ja käyttöönnotossa	Vaikutusalue
Oman kliinisen alueen vahva osaaminen	Kliinisen hoitotyön osaaminen: Vastaa itsenäisesti ja moniammatillisesti eri asiakas-/potilasryhmien hoitotyöstä asiakkaan ja potilaan terveyttä edistäen	Edistää hoitotyön päätöksenteon ja potilasohjauksen sekä kliinisen hoitokäytännön vaikuttavuutta näyttöön perustuen	Potilas/asiakas Potilaan/asiakkaan läheiset
Vahva kehittämisosaaminen, soveltava tutkimusosaaminen	Arvioi tietoa kriittisesti, hahmottaa kokonaisuuksia ja luo uutta käytäntöä kehittävää tietoa. Hallitsee tutkimus- ja kehittämistoiminnan menetelmiä sekä osaa toteuttaa alaa kehittäviä tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiohankkeita. Kehittää hoitotyön ulkoista ja sisäistä laatua sekä yhteistyötä.	Kehittää näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä ja toimii käyttöönnoton tukena ja jalkauttajana. Kehittää työyhteisön osaamista näyttöön perustuen yhteistoiminnassa moniammatillisen henkilöstön sekä asiakkaiden/ potilasryhmien kanssa. Kehittämishankkeiden johtaminen Tieteellisen tiedon soveltaminen Käytäntöjen yhtenäistämisen toimintayksiköissä Tiedon levittäminen ja käytön seuraaminen Arviointimenetelmien kehittämiseen osallistuminen	Potilas/asiakas Potilaan/asiakkaan läheiset Henkilökunta Työyhteisö/organisaatio
Johtamisosaaminen	Tuntee järjestelmän Hallitsee hyvän hoidon edellyttämät muutosprosessit ja niiden johtamisen työyhteisössä	Asiantuntemuksen syventäminen ja tuki Työyhteisön kehittämisen johtaminen näyttöön perustuen	Henkilökunta Moniammatilliset tiimit Työyhteisö

NYKYISIÄ JA TULEVAISUUDEN HAASTEITA

Kliinisen asiantuntijan (APN) roolin selkeyttäminen, toimenkuvan muotoutuminen ja kehittyminen suomalaisessa terveystalvvelujärjestelmässä ovat vielä alkuvaiheessa verratessa tilannetta moniin muihin maihin. Terveystalvvelujärjestelmässä ei ole vielä edetty kovin pitkälle kliinisen asiantuntijan (APN) koulutuksen tuottaman osaamisen hyödyntämisessä tai sen mukaisen urakehitysmallin kehittämässä. Varsin ratkaisevassa asemassa tässä ovatkin hoitotyön johtajat, jotka voivat huolehtia johtamallaan hoitotyön alueella kliinisen asiantuntijan (APN) osaamisen hyödyntämisestä sekä vastuiden selkeyttämisestä. Tähän suuntaan voidaan edetä organisaation toiminnallisia rakenteita uudistamalla. Samanaikaisesti tulisi vastuiden ja tehtäväkuvien uudistusprosessiin kytkeä palkkaus- ja muut tarpeelliset sopimuskysymykset.

Tärkeää olisi niin ikään huolehtia organisaatiossa sen eri tasoilla APN-roolin tunnetuksi tekemisestä ja koulutuksen tuottaman osaamisen tunnistamisesta ja tunnustamisesta. APN-roolin tunnustaminen voisi parhaimmillaan johtaa hierarkkisten asetelmien purkaantumiseen ja julkisen terveydenhuollon kelpoisuusehtojen uudelleen arviointiin. Fagerström ja Glasberg (2011) esittävät hoitotyön johtajille suunnatussa tutkimuksessa johtopäätösinä osin samankaltaisia haasteita. Tulosten mukaan APN-roolin kehittämiseen vaikuttavat myös lääkärit (kansainvälisesti general practitioner, GP). Tästä johtuen eroja oli nähtävissä myös eri organisaatioiden välillä. Suomessa eroja voitiin tämän tutkimuksen mukaan nähdä keskussairaalan ja aluesairaalan välillä. Keskussairaalassa APN-roolia oli kehitetty pidemmälle.

Kliinisen asiantuntijan roolin kehittämälle voidaan löytää useita sellaisia haasteita, jotka liittyvät APN-roolin vastuukysymyksiin ja oikeuksiin. ICN:n (2007) mukaan APN:n työtä säätelevät maakohtaiset säädökset. Tunnuspiirteistä löytyy useita sellaisia lainsäädännöllisiä kysymyksiä, jotka liittyvät diagnosointioikeuteen, lainsäädännölliseen kliinisen asiantuntijan (APN) nimikesuojaan tai muuhun viralliseen säädökseen/lakiin sekä virallisesti vahvistettuihin laajennetussa tehtäväkuvassa toimivien hoitajien nimikkeisiin. Valtuudet lääkkeiden määräämiseen on edennyt lainsäädännössä kohti itsenäisempää toimenkuvaa rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden tultua voimaan Terveystalvveluhoollon ammattihenkilölakiin (559/1994) heinäkuussa 2010 tulleen muutoksen (433/2010) myötä. Tältä osin koulutuksen tuottama osaaminen vaatii ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon toteutuksessa tietyiltä osin edelleen kehittämistä.

Suomalaisessa terveydenhuollossa kliinisen asiantuntijan (APN) itsenäinen rooli on vielä selkeytymätön, eikä eri professioiden välistä yhteistä ymmärrystä tai käsitystä siitä, mitä kliinisen asiantuntijan itsenäinen rooli tarkoittaa, ole vielä saavutettu. Keskustelua tulisikin jatkaa lainsäädännön tuomien mahdollisuuksien valossa eri viiteryhmissä erityisesti vastuukysymysten osalta. Kansallinen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi projektin yhteydessä on jo 2000-luvulla esitetty työnjaon uudistamista varten laadittavaksi valtakunnallisia linjauksia ja lainsäädännön muutostarpeita. Esitykset koskivat muiden ohella lääkärin erityisten oikeuksien piiriin kuuluvia tehtäviä sekä tiettyjen lääkintölaillisten todistusten ja lausuntojen vahvistamista perusterveydenhuollon hoitajavastaanottotyössä. Näissä ehdotuksissa oli pitkälti kyse jo olemassa olevien käytäntöjen virallistamisesta. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005.) Kliinisen asiantuntijan (APN) laillistettu asema terveydenhuoltojärjestelmässä lisäisi vauhtia muutosprosessiin, jota tarvitaan roolin kehittämiseksi ja toiminnan juurruttamiseksi. Tähän tarvitaan myös laajempaa yhteiskunnallista keskustelua, jota tulisi käydä poliitikkojen, ammattijärjestöjen, eri potilasjärjestöjen edustajien sekä laajemmin myös kansalaisten kanssa.

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto juhlistaa vuonna 2012 kymmenvuotisjuhlaansa ammattikorkeakoulututkinnon jatkotutkintona. Siitä huolimatta työelämälähtöisen ylemmän korkeakoulututkinnon tunnettuudessa ja koulutuksen tuottaman osaamisen tunnustamisessa on nähtävissä vielä puutteita. Yhteistyötä tulisi edelleen vahvistaa siten, että terveydenhuoltojärjestelmässä arvostetaan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden osaamista vaativiin asiantuntijatehtäviin rekrytoitaessa. Erityisesti kliinisen asiantuntijan (APN) koulutuksen edelleen kehittämisessä yhteistyö työelämän kanssa on tärkeää. Schober ja Affara (2006) korostavat myös tätä yhteistyötä. Koulutusohjelman sisällön tulisi vastata mahdollisimman hyvin Suomen ja alueellisesti Varsinais-Suomen tarpeita. Kehittämistyössä tulee keskittyä erityisesti siihen, mitkä kompetenssialueet vastaavat työelämän tulevaisuuden osaamistarpeita ja minkälaisia valintoja alueellisesti tulisi koulutuksen kehittämiseksi tehdä.

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmasta valmistuneiden rooli on keskeinen APN-roolin kehittämisessä ja tunnetuksi tekemisessä. Heidän tulee itse rohkeasti ja ennakkoluulottomasti edustaa omaa osaamistaan ja suorittamaansa tutkintoa. Valmistuneiden verkostoituminen niin valtakunnallisesti kuin kansainvälisestikin vie APN-roolin kehittymistä eteenpäin. Uusien toimintamallien ja roolien kehittäminen edellyttää tukea esimiehiltä ja hoitotyön johtajilta omissa organisaatioissaan. Myös kliinisten asiantuntijoiden työtovereiden tu-

ella on merkitystä toimintaedellytysten mahdollistajina ja tiimityössä. Suomessa on syntymässä terveysalan ylempään ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden kliinisten asiantuntijoiden verkosto, jonka ensimmäinen koostuminen järjestettiin maaliskuussa 2012 Turun ammattikorkeakoulussa *Ylemmällä AMK-tutkinnolla kliiniseksi asiantuntijaksi* -seminaarin yhteydessä. Seminaarin tavoitteena on tehdä näkyväksi koulutuksen tuottamaa osaamista, kliinisen asiantuntijan roolia ja edesauttaa verkostoitumista.

LÄHTEET

Ahonen, P. 2007. Kuntakumppanuudella terveyttä edistämään. SARAKE-hanke aikuisopiskelijoiden oppimisympäristönä. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 61. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Ahonen, P. 2010. Varsinaissuomalaisista äitiyshuoltoon kehittämässä. Kymppi-hanke innovaatioympäristönä. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 98. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Ahonen, P. 2011. Terveysalan aikuiskoulutus innovaatioympäristönä. Teoksessa Ahonen, P. & Koivuniemi, S. (toim.) Vastauksia terveysalan oppimishaasteisiin 4 – teemana aikuiskoulutus. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 101. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Ahonen, P. & Nurminen, R. 2009. Työelämän kehittäminen kolmikantamallin avulla – kokemuksia terveysalalta. Teoksessa Varjonen, B. & Maijala, H. (toim.) Ylempi ammattikorkeakoulu osana innovaatioympäristöjä. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu.

Ahonen, P., Kulla, G., Fageström, L., Skovdahl, K., Larsen, R., Blix, E.S. & Olesen, A.M. 2010. A Nordic Network Project GEROPROFF – advanced clinical geriatric care in the Nordic countries. Abstract book, s. 75. 6th INP/APNN Conference 8–10 September 2010. Brisbane.

Allen, J. & Fabri, A. 2005. An evaluation of a community aged care nurse practitioner service. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (10), 1202–1209.

American Nurses Association. 2006. Nursing Facts: Advanced Practice Nursing: A new age in health care. Viitattu 10.11.2012. <http://nursingworld.org/readroom/fsadvprc.htm>.

Bryant, R. & Graham, M. 2002. Advanced Practice Nurses: A Study of Client Satisfaction. *Journal of American Academy of Nursing Practitioners*, 14(2), 88–92.

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

Canadian Nurses Association (CNA), 2008. *Advanced Nursing Practice A National Framework*. Ottawa: Canadian Nurses Association. www.cna-aiic.ca (luettu 5.1.2012).

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

Fagerström, L. 2011a. Introdution till Avancerad klinisk omvårdnad. Teoksessa Fagerström, L. (toim.). *Avancerad klinisk Sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Studentlitteratur. Hungary: Elanders Hungary Kft. 38–46.

Fagerström, L. 2011b. En nordisk modell för Avancerad klinisk omvårdnad. Teoksessa Fagerström, L. *Avancerad klinisk sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Hungary: Elanders Hungary Kft, s. 97–109.

Fageström, L. & Ahonen, P. 2011. En klinisk orienterad masterutbildning enligt internationella standarder. Teoksessa Fagerström, L. (toim.). *Avancerad klinisk Sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Studentlitteratur. Hungary: Elanders Hungary Kft, s. 409–426.

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.

Hallman, E-B. & Gillsjö, C. 2005. Avancerad specialistsjuksköterska – från ide’ till verklighet. *Vård i Norden* 25, 76–78.

Hamric, A.B. 2009. A Definition of Advanced Practice Nursing. Teoksessa A.B. Hamric, J.H.A. Spross & C.M. Hanson (toim.) *Advanced Practice Nursing An Integrative Approach*. USA: Saunders Elsevier. s. 75–93.

Hincliff, S. & Rogers, R. (toim.) 2008. *Competencies for Advanced Nursing Practice*. Malta: Hodder Arnold.

Horrocs, S., Anderson, E. & Salisbury, C. 2002. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 324, 819–823. Viitattu 10.11.2011. www.bmj.com.

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveyshankeen työnjakopiloteista. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 2005:21. Helsinki.

International Council of Nurses. 2007. Definition and Characteristics of the Role. Viitattu 13.10.2011. ICN/APN <http://66.219.50.180/inp%20apn%20network/pdf/June03.pdf> <http://icn-apnetwork.org/>.

Keeling, A.W. 2009. A Brief History of Advanced Practice nursing in the United States. Teoksessa A.B. Hamric, J.A. Spross & C.M.Hansson (toim.). *Advanced Practice Nursing An Integrative Approach*, 3–26. USA: Saunders Elsevier.

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

Korhonen, A. 2011. Asiantuntijuus terveydenhuollossa – ”pelkkää urakehitystä” vai organisaation välttämättömyys? Suullinen esitys 26.10.2011. Hoitotyön johdon ja terveydenhuollon asiantuntijoiden päivät 25.–26.10.2011. Helsinki.

Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus (KVTES) 2010–2011.

Laki ammattikorkeakoulun jatkotutkinnon kokeilusta 1.1.2002–31.07. 2005/645.

Laki ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta 10.6.2005 /411.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 21.5.2010/433.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/758.

Leppänen, N. & Puupponen, A. 2009. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Hoitotyön asiantuntija – käsitteen määrittelyä. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Lindblad, E., Hallman, E-B., Gillsjö, C., Lindblad, U. & Fageström, L. 2010. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care – a qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 16, 69–74.

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

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

OPM 2007. Koulutus ja tutkimus 2007-2012. Kehittämissuunnitelma. Viitattu 10.4.2010 http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/koulutuspolitiikka/asiakirjat/kesu_2012_fi.pdf.

OPM 2008. EQF suositus. Löydettävissä http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/artikkelit/ammattillisen_koulutuksen_koeopenhamina-prosessi/EQFsuositusehdotus.pdf.

OPM, 2009a. Bolognan prosessin Suomen raportti 2007–2009. Löydettävissä http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/artikkelit/bologna/liitteet/national_report_finland_final.pdf.

OPM 2009b. Tutkintojen ja muun kansallisen osaamisen viitekehys. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2009: 24. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>.

Ormond – Walshe, S. & Newhami, R. 2001. Comparing and contrasting the clinical nurse specialist and the advanced nurse practitioner roles. *Journal of Nursing Management*. 9 (4), 205–207.

Roodbol, P. 2011. Advanced practice nursing: an expanded nursing role on an international level. *Esitys Pohjoismaisessa konferenssissa Avancerad klinisk omvårdnad vid Høgskolen I Buskerud, Drammen, Norja* 15.3.2011.

Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto 2010. Sairaanhoitajan lääkkeenmäärääminen. Koulutuksen yhteiset perusteet 45 op. Suositus 2011.

Schober, M. & Affara, A. 2006. *Advanced practice nursing*. International Council of Nurses. Singapore: Blackwell Publishing.

Simolenski M.C. 2010. ”APN Education, practice and regulation around world – building a case for portability”. Oral presentation in INP/APNN Conference on Advanced Nursing Practice. 8.–11.9.2010. Brisbane, Australia.

STM. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki 2009.

Terveystieteiden lae 30.12.2010/1326.

Turun ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman opetussuunnitelma 2009–2010.

Turun ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman opetussuunnitelma 2010–2011.

Turun ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman opetussuunnitelma 2011–2013.

Turun ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman opetussuunnitelma 2012–2014.

Vallimies-Patomäki, M. 2011. The right to write prescriptions – a prerequisite for an advanced clinical nursing role. *Esitys Pohjoismaisessa konferenssissa Avancerad klinisk omvårdnad* 16.3.2011, Drammen, Norja.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta 16.6.2005/423.

Valtioneuvoston asetus 6.4.2011/338 neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

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

Yliopistolaki 24.7.2009/558.

KLIINISET ASIAANTUNTIJAT HOITOTYÖN KEHITTÄJINÄ

KLIINISEN ASIAANTUNTIJAN ROOLIN ANALYSOINTI PEPPA-VIITEKEHYKSEN AVULLA

Katja Heikkinen

Hoitotyön vaativan asiantuntijuuden tunnuspiirteitä ovat kriittinen ja systemaattinen tiedon analysointi, tutkitun tiedon ja teorioiden soveltaminen käytäntöön sekä hoitotyön edistäminen ja kehittäminen. Kliinisen asiantuntijan työn tavoitteena on kehittää hoitotyötä ja terveydenhuollon palveluja lisäämällä laaja-alaisen tiedon käyttöä hoitamiseen liittyvissä asioissa. (Mantzoukas & Watkinson 2007, CNA 2008, Fagerström 2011.)

Kehittyminen hoitotyön kliiniseksi asiantuntijaksi (Advanced Practice Nurse, APN) edellyttää sairaanhoitajatutkinnon jälkeistä kouluttautumista. Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavan kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman ydin muodostuu kliinisen erityisosaamisen sekä tutkimus- ja kehittämisosaamisen opintojaksoista, työelämää kehittävän opinnäytetyön opintokokonaisuudesta sekä vapaasti valittavista opinnoista. Kliininen erityisosaaminen on Turun ammattikorkeakoulussa profiloitunut muun muassa akuutin hoitotyön ja lääkehoidon sisältöihin. (Ks. OPS 2009–2010.)

Kliinisen osaamisen opinnoissa kuten *Akuuttihoitotyön osaaminen ja Lääkehoito-osaamisen ja lääkehoidon turvallisuuden kehittäminen* -opintokokonaisuuksissa opiskelijat hyödyntävät PEPPA-viitekehystä (PEPPA = Participatory E-based Patient-focused Process for Advanced practise nursing). PEPPAn avulla tarkastellaan, miten hoitotyön kliininen asiantuntija kehittää näyttöön perustuen tietyn potilasryhmän hoitotyötä. Tarkastelun lähtökohtana voi olla esimerkiksi asiantuntijuusalueella tunnistettu lääkehoitoprosessiin tai sen johonkin vaiheeseen painottuva kehittämiskohde. Kohde voi liittyä myös hoitotyön kontekstiin (esim. turvallisuuskulttuuri tai toimintayksikköön liittyvät haasteet kuten lääkitysturvallisuuden haasteet leikkaus- ja anestesiyksikössä), lääkehoito (esim. yksikössä käytettävät riskilääkkeet tai lääkemuodot kuten IV-lääkehoito) tai lääkehoito-osaamisen kehittämistarve.

PEPPA-VIITEKEHYS

PEPPA-mallilla (kuvio 1) tuetaan kliinisen asiantuntijan roolin kehittämistä, käyttöönottoa ja arviointia yhdeksänvaiheisena prosessina (PEPPA overview 2011, Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). PEPPAn tarkoituksena on tunnistaa tavoitteet selkeästi määritellyille kliinisen asiantuntijan rooleille. Sen tavoitteena on tukea potilaskeskeistä, terveyteen keskittyvää ja kokonaisvaltaista hoitotyötä.



KUVIO 1. PEPPA-viitekehys (APN = Advanced Practitioner Nurse).

PEPPAn tarkoituksena on myös edistää ja yhdistää tietämystä kehittyneestä käytännön hoitotyöstä ja taidoista sekä rooleihin liittyvistä kliinisen hoitotyön, koulutuksen, tutkimuksen, organisaation johtamisen ja ammatin harjoittamisen ulottuvuuksista. PEPPA-prosessin tavoitteena on luoda käytännön ympäristöjä, jotka tukevat kliinisten asiantuntijoiden roolien kehittymistä terveydenhuollon kehittämisprosesseihin. Sidosryhmien on tärkeää osallistua kehittämisprosessiin, jotta kliinisen asiantuntijan roolit ja tavoitteet voidaan määrittää. PEPPAan sisältyy myös jatkuvan arvioinnin osuus, jolla voidaan kehittää kliinisen asiantuntijan työtä ja parantaa terveydenhuollon palveluja. Arviointia tehdään ennalta määrättyjen, tuloksiin perustuvien tavoitteiden mukaisesti. (PEPPA overview 2011, Bryant-Lukosius & DiCenso 2004.)

PEPPAn avulla nostetaan esiin merkittäviä, kliinisen asiantuntijan rooleihin liittyviä vaiheita ja strategioita. PEPPAn ensimmäisessä vaiheessa määritellään potilasryhmä ja kuvataan nykyinen hoitotyön toimintamalli. Nykyinen hoitotyön toimintamalli määritellään kuvaamalla potilaan kulku hoitoprosessissa. Hoitoprosessi voidaan rajata koskemaan tiettyä potilaan hoidon vaihetta tai se voi käsittää potilaan koko hoitoprosessin esimerkiksi sairaalahoidosta kotihoitoon.

PEPPAn toisessa vaiheessa tunnistetaan toiminnan kohteeseen liittyvät avainhenkilöt, joille annetaan mahdollisuus vaikuttaa, oppia, jakaa tietoa ja työskennellä yhdessä uuden toimintamallin kehittämiseksi. Näitä avainhenkilöitä voivat hoitotyön kliinisen asiantuntijan lisäksi olla esimerkiksi potilaat ja heidän perheensä, potilaan hoidosta vastaava hoitohenkilökunta eri osastoilla, esimiestehtävissä toimivat henkilöt kuten ylihoitaja ja osastonhoitaja, muiden potilaan hoitoon osallistuvien yksiköiden hoitohenkilökunta kuten röntgenhoitajat tai bioanalytiikot sekä potilaan hoitoon osallistuvat lääkärit. Avainhenkilöiden rooli on merkittävä suunnitellun muutoksen onnistumisen kannalta. Avainhenkilöiden valinnassa on tärkeää säilyttää tasapaino lääketieteen ja hoitotyön välillä. Toisinaan lääketiede saattaa painottua kliinisen asiantuntijan roolin kehittämisessä; tällöin tulisi korostaa vahvaa hoitotyön orientaatiota. Kliinisen asiantuntijan rooli saattaa olla joillekin ryhmässä toimiville avainhenkilöille vieras, jolloin kliininen asiantuntija voi kertoa heille rooleistaan ja hyödyistään uudessa mallissa.

Kolmannessa vaiheessa määritellään ja rajataan kehittämiskohteena oleva hoitotyön ongelma, hoitoympäristö ja toiminnan seuraukset, ongelmaan vaikuttavat tekijät sekä avainhenkilöiden näkökulmat ongelmaan. Ongelmia tai ke-

hittämiskohteita saattaa olla useita, jolloin joudutaan priorisoimaan tarpeita. Myös tilanteeseen soveltuvia hoitotyön menetelmiä tulee arvioida ja tehdä valintoja niiden välillä. Jotta rajauksia voidaan tehdä, tässä vaiheessa tulee karvoittaa, minkälaista lisätietoa aiheesta tarvitaan ja suunnitella tiedonhaku. Tiedonhaussa voidaan hyödyntää informaation ammattitaitoa, mikäli sitä on saatavilla. Tiedonhaussa kannattaa käyttää kattavimpia hoitotyötä käsittäviä tietokantoja kuten Cinahl ja Medline.

PEPPAn neljännessä vaiheessa rakennetaan ymmärrys toiminnan kohteena olevasta asiasta sekä nykyiseen toimintamalliin liittyvistä vahvuuksista ja rajoituksista. Tämän pohdinnan perusteella nimetään keskeiset ongelmat ja kehittämistavoitteet. Määrittelyssä ja rajauksissa voidaan hyödyntää erilaisia metodeja kuten Delphi-tekniikka ja asiantuntijapaneelit.

Viidennessä vaiheessa perustellaan kliinisen asiantuntijan roolin avulla saavutettava hyöty potilaan terveysongelman selvittämiseksi. Lisäksi kliinisen asiantuntijan roolia perustellaan vertaamalla muiden potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien panosta kyseessä olevassa tilanteessa. Kliinisen asiantuntijan rooli kyseisessä tilanteessa saattaa painottua esimerkiksi uuden hoitotyön menetelmän käyttöönottoa valmistavaan ja suunnittelemaan työhön sekä varsinaiseen muutokseen.

PEPPAn kuudennessa vaiheessa laaditaan suunnitelma uudesta toimintamallista ja varmistetaan organisaation valmiudet sen käyttöönotolle. Suunnitelma sisältää tiedon siitä, millaisia muutoksia organisaatiolta odotetaan, millaisia tuloksia uuden toimintamallin odotetaan tuovan, ja milloin tulokset ovat nähtävissä. Suunnitelmassa esitetään myös menettelytavat, joilla uusi toimintamalli hyödynnetään mahdollisimman tehokkaasti ja vähäisin rajoituksin. Tässä vaiheessa tulee havaita ja huomioida mahdolliset esteet sen käyttöönotolle. Kun uusi malli on laadittu, se esitellään organisaation edustajille. Edustajat voivat halutessaan selkiyttää kliinisen asiantuntijan rooleja ja esittää korjausehdotuksia toimintamallin sisältöön. Uusi toimintamalli saattaa edellyttää hallinnon tukea, lisäresursseja ja hoitohenkilökunnan täydennyskoulutusta, ja organisaation tulee vastata tähän tarpeeseen.

Seitsemännessä vaiheessa laaditaan kliinisen asiantuntijan roolin käyttöönottosuunnitelma ja toteutetaan se. Roolin käyttöönotto on prosessi, jossa käyttöönotto ja jalkauttaminen, rooliin liittyvät toimintaohjeet ja -tavat sekä henkilökunnan kouluttaminen ovat jatkuvassa muutoksessa. Tässä tehtävässä hoi-

totyön kliinisen asiantuntija toimii tiiviissä yhteistyössä potilaan ja häntä hoitavan henkilökunnan kanssa kehittämällä näyttöön perustuvien ja turvallisten hoitotyön toimintamallien toteuttamista. Kliininen asiantuntija pyrkii vastaamaan käytännön hoitotyöstä nouseviin kehittämistarpeisiin ja toimii muutossaganttina uuden toimintamallin käyttöönotossa ohjaamalla ja kouluttamalla hoitohenkilökuntaa.

Kahdeksannessa vaiheessa tunnistetaan asiantuntijan ja uuden toimintamallin vaikutukset toiminnan tuloksiin. Arviointi on kliinisen asiantuntijan vastuulla. Arviointi tulee tehdä prospektiivisesti ja sitä tehdään fyysisen ympäristön ja organisaation tasolla sekä kliinisen asiantuntijan roolien kautta. Arviointi voi kohdistua esimerkiksi kliinisen asiantuntijan tehtävien määrään ja sisältöön. Arvioinnissa voidaan ja siinä tulee huomioida henkilöstön ja potilaiden tyytyväisyys.

Yhdeksäs vaihe on kliinisen asiantuntijan roolin ja toiminnan pitkäaikaisarviointi. Kliinisen asiantuntijan roolia ja toimintaa tulee arvioida vuosittain, koska se vaikuttaa turvallisuuteen, tyytyväisyyteen ja toimenkuvan kestävään kehitykseen. Kliinisen asiantuntijan roolin säännöllinen arviointi edesauttaa johtoa muodostamaan selkeän näkemyksen roolin vastaavuudesta kulloisiinkin tarpeisiin. Arviointi kohdistuu koko PEPPA-malliin, jonka avulla voidaan tehdä tarvittavat muutokset kliinisen asiantuntijaan rooliin ja hoitotyön toimintamalliin.

YHTEENVETO

PEPPA-viitekehystä on Turun ammattikorkeakoulussa hyödynnetty onnistuneesti kliinisen asiantuntijan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon koulutuksessa. Sen käyttö tutustuttaa opiskelijat sekä käyttökelpoiseen viitekehykseen että kliinisen asiantuntijan rooliin. PEPPAn hyödyntämisen haasteena on sitä käsittelevän kirjallisuuden ja tutkimustiedon niukkuus (mm. McNamara 2009). Myös kliinisen asiantuntijan roolin selkiytymätön asema Suomessa asettaa haasteita.

Opiskelu kliiniseksi asiantuntijaksi haastaa jatkuvasti opiskelijaa käymään vuorovaikutusta itsensä, työyhteisönsä ja suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän välillä kliinisen asiantuntijan rooleista ja tehtävänkuvista. PEPPA-mallia hyödyntämällä opiskelija voi sekä lisätä osaamistaan hoitotyöstä että sa-

malla visioida ja rakentaa tulevaa tehtävänkuvaansa kliinisenä asiantuntijana suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. PEPPA-mallia tulisi hyödyntää myös hoitotyössä suunniteltaessa ja perustettaessa kliinisen asiantuntijan toimenkuvia tai tehtäviä. Kehitettäessä kliinisen asiantuntijan tehtäväalueita kehitetään samalla potilaan hoitotyötä ja edistetään potilasturvallisuutta.

LÄHTEET

Bryant-Lukosius, D. & Dicenso, A. 2004. A framework for the introduction on evaluation of advance of practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing* 48(5): 530–540.

Canadian Nurses Assosiation. 2008. *Advanced Nursing Practice: A National framework 2008*. (Luettu 2.12.2011.) http://www.cna-aiic.ca/CNA/practice/advanced/default_e.aspx.

Fagerström, L. (toim.) 2011. *Avancerad klinisk sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Studentlitteratur AB. Lund.

Mantzoukas, S. & Watkinson, S. 2007. Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *Journal of Clinical Nursing* 16(1): 28–37.

McNamara, S., Giguere, V., St.-Louis, L. & Boileau, J. 2009. Development and implementation of the specialized nurse practitioner role: Use of the PEPPA framework to achieve success. *Nursing and Health Sciences* 11: 318–325.

PEPPA overview 2011. APN Data Collection Toolkit. CHSRF/CIHR Chair Program in Advanced Practice Nursing. (Luettu 2.12.2011.) http://apntoolkit.mcmaster.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=244&Itemid=29.

KLIININEN ASIANTUNTIJA ANESTESIAHOITOTYÖN KEHITTÄJÄNÄ

Tiina Ilola

Potilasturvallisuus on keskeinen tavoite anestesiatoiminnassa (Mellin-Olsen ym. 2010). Tässä artikkelissa kuvataan klinisen asiantuntijan toimintaa potilasturvallisuuden edistämiseksi suomalaisessa anestesiahoitotyössä. Tavoitteen toteutuminen edellyttää näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönottoa ja anestesiahoitotyön koulutuksen kehittämistä Suomessa.

ANESTESIAHOITOTYÖN KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT

Anestesiapalveluilla tarkoitetaan erilaisia nukutus-, puudutus ja kivunhoitomenetelmiä sekä peruselintoimintojen valvonta-, ylläpito- ja hoitotoimenpiteitä. Suomessa anestesiapalveluita toteuttava työpari muodostuu yleensä anestesia-aläkäristä sekä anestesiatoimintaan koulutetusta ja perehdytetystä anestesia-sairaanhoitajasta. Anestesia-aläkäri johtaa anestesiaryhmää ja vastaa anestesian lääketieteellisestä toteutuksesta. Anestesia-aläkäri myös päättää anestesiamuodon ja suorittaa henkilökohtaisesti yleisanestesian ja laskimosedaation aloituksen ja lopetuksen sekä laajan puudutuksen aloituksen. Hän voi tarvittaessa siirtää muita anestesian hoitoon ja ylläpitoon liittyviä tehtäviä anestesia-sairaanhoitajalle. Anestesia-aläkärin on kuitenkin oltava aina tavoitettavissa ja saatavissa paikalle hätätilanteiden tai muun syyn vuoksi. (Jalonen ym. 1999; Vakkuri ym. 2006.)

Anestesia-sairaanhoitajien osaamisvaatimukset ovat yleisesti korkeat, mutta Suomessa klininen toimenkuva ja osaamisvaatimukset ovat suppeammat kuin useissa muissa maissa. Syventävä erikoistumis- tai jatkokoulutus ja klininen harjaantuminen anestesiahoitotyötä tehden nähdään kansainvälisesti edellytyksiksi itsenäisen ja vastuullisen työnkuvan toteuttamiselle. Yhdysvalloissa ja

monissa Euroopan maissa anestesiahoitajan korkeakoulututkinnon voi suorittaa vasta muutaman vuoden hoitotyön työkokemuksen jälkeen. Virallinen rekisteröinti tai sertifiointi antaa oikeuden suojatun ammattinimikkeen käyttöön ja laajennettuun kliiniseen työnkuvaan. (Taulukko 1.) (ANIVA & SSF 2008, 5, Sipe ym. 2009, 179–180, 182, AANA 2010, 2, IFNA 2011a, Meeusen ym. 2010, 774, Schreiber & MacDonald 2010a, 553–558, Schreiber & MacDonald 2010b, 2–5, Søreide ym. 2010, 1064–1065, 1068.)

TAULUKKO 1. *Anestesiahoitotyön jatkotutkintoja ja laajennettuja työnkuvia eri maissa (IFNA 2011b).*

Maa	Koulutuksen kesto/laajuus	Rekisteröity nimike	Laajennettu työnkuva
Ruotsi	60 op	Registered Nurse with Graduate Diploma in Specialist Nursing – Anaesthesia Care	Anestesiologin ohjauksessa itsenäisesti <ul style="list-style-type: none"> • ASA I-II potilaiden elektiivisten yleisanestesioiden suunnittelu ja hoito
Tanska	24 kk	Special Trained Nurse in Anaesthesia Care	Anestesiologin ohjauksessa itsenäisesti <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan preoperatiivinen arviointi ja valmistelu • Yleisanestesian hoito • Komplikaatioiden hoito
Ranska	24 kk	Certified Nurse Anesthetist	Anestesiologin ohjauksessa itsenäisesti <ul style="list-style-type: none"> • Yleisanestesian hoito • Puudutukset katettrin kautta • Elvytys
Sveitsi	24 kk	Nurse Anesthetist	Anestesiologin ohjauksessa itsenäisesti <ul style="list-style-type: none"> • Yleisanestesian hoito
Jamaika	32 kk	Nurse Anaesthetist	Täysin itsenäisesti <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan preoperatiivinen arviointi ja valmistelu • Anestesian aloitus, ylläpito ja hätätilanteiden hoito • Potilaan postoperatiivinen hoito ja ohjaus
USA	24–36 kk	Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA)	Täysin itsenäisesti Kaikki anestesiamenetelmät

Suomessa anestesiahoitotyön erikoistumisopinnot eivät johda tutkintoon eivätkä rekisteröityyn nimikkeeseen. Erikoistumisopintojen koulutusohjelmia ei ole valtakunnallisesti yhtenäistetty, eikä erikoistumisopintojen suorittamista aina myöskään edellytetä anestesiahoitotyössä toimivilta. Lääketieteellisten hoito- ja tutkimusmahdollisuuksien kehittyessä ja väestön ikääntyessä anestesiapalvelujen tarve ja työn vaatavuus ovat kuitenkin lisääntyneet. Tilanne uhkaa potilasturvallisuutta, koska henkilökuntapulan vuoksi anestesiahoitotyöhön joudutaan usein rekrytoimaan sairaanhoitajia, joilla on erittäin vähän tai ei lainkaan alan koulutusta ja työkokemusta. Anestesiahoitotyöhön perehtyminen onkin usein pitkäkestoista ja työelämän resursseja kuormittavaa. (Meeusen ym. 2010, 774, Søreide ym. 2010, 1064–1065, Tengvall 2010, 127–128.)

ANESTESIAHOITOTYÖN KEHITTÄMISKOHTEET

Näyttöön perustuva potilasturvallisuustyö

Systemaattinen potilasturvallisuustyö edellyttää, että anestesiapalveluja tarjoavan organisaation henkilöstörakenteisiin luodaan kliinisen asiantuntijan toimenkuva. Kliinisen asiantuntijan työpanokselle asetettu päätavoite ja kehittämiskohteiden määrittely perustuvat suomalaisen potilasturvallisuusstrategiaan (STM 2009c) ja Helsingin julistukseen anestesiatoiminnan potilasturvallisuudesta (Mellin-Olsen ym. 2010). Kliinisen asiantuntijan toiminnalla voidaan vahvistaa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön *Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön* -toimintaohjelman (STM 2009b, 53) mukaisesti näyttöön perustuvien, potilasturvallisuutta edistävien toimintatapojen käyttöönottoa anestesiapalveluja tuottavassa organisaatiossa.

Anestesiahoitotyön koulutus

Suomalaisen sairaanhoitajan kliininen työnkuva ei yleensä laajene koulutuksen ja työkokemuksen lisääntyessä. Sen sijaan uralla edetessään hoitotyöntekijä usein etäännytyä käytännön työstä ja potilaan viereltä esimerkiksi opetus- tai tutkimustyöhön hallinnollisiin tehtäviin. Maassamme ollaankin vasta heräämässä huomaamaan, että myös kliinisessä hoitotyössä tarvitaan erityisosaajia, asiantuntijoita, jotka säilyttävät kosketuksen arkisen työn haasteisiin osallistumalla sen tekemiseen säännöllisesti (Fagerström & Glasberg 2011).

Suomeen tarvitaan rekisteröity ja yhdenmukainen, kansainvälisesti vertailukelpoinen anestesiahoitotyön tutkimukseen johtava koulutus (IFNA 1999 ja 2011a, ASPAN 2007, ANIVA & SSF 2008), joka mahdollistaa anestesiahoitajan työnkuvan laajentamisen tulevaisuudessa. Koulutuksessa on panostettava potilasturvallisuusosaamiseen ja näyttöön perustuvaan toimintaan. Simulaatioiden ja käytännön harjoittelun osuutta oppimismenetelminä on lisättävä ja koulutuksen tulee antaa tulevalle anestesiahoitajalle valmiudet itsenäiseen potilaan elintoimintojen tutkimiseen, tilan arviointiin ja hoitamiseen. Opiskelijan teoreettisen tiedon käyttämis- ja soveltamiskykyä, tiimityötaitoja sekä tilannehallintaa ja kokonaisosaamista erilaisissa hoitotilanteissa on pystyttävä arvioimaan nykyistä kattavammin systemaattisen työelämälähtöisen arviointimenetelmän kautta, jotta koulutuksesta valmistuneiden osaaminen olisi yhdenmukaista ja standardoitua.

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma vastaa kansainvälistä master-tason *Advanced Nursing Practice* (ANP) -tutkintoa (OPM 2009, 13–14, 52, ARENE 2010, 3–4). Se voi sovellettuna olla väylä suomalaisen anestesiahoitotyön koulutuksen kehittämiseen tulevaisuudessa.

ANESTESIAHOITOTYÖN KLIINISEN ASIAANTUNTIJAN OSAAMISVAATIMUKSET JA TOIMENKUVA

Kliinisen asiantuntijan tehtäviä ovat hoitohenkilökunnan kouluttaminen ja perehdyttäminen, tutkitun tiedon ja hoitosuosituksen käyttöönotto sekä näyttöön perustuvien menetelmien ohjaaminen ja edistäminen. Anestesiahoitotyössä kliininen asiantuntija voi toimia perustehtävää laajemmassa, itsenäisemmässä ja vastuullisemmassa kliinisessä toimenkuvassa (*Nurse Practitioner*, *Nurse Anesthetist*) konsulttina, opetushoitajana, opiskelijaohjaajana ja perehdyttäjänä, kehittäjänä, projektipäällikkönä tai esimiehenä. Seuraavassa kuvataan anestesiahoitotyön kliinisen asiantuntijan osaamisvaatimuksiin perustuva työnkuva (soveltaen mm. IFNA 1999, ASPAN 2007, 1, Laperrière 2008, 394, 396, AANA 2010, 2, Cerinus & Wilson 2009, 16–17, STM 2009a, 39, RCN 2010, 3).

Kliininen erityisosaaminen

Kliininen asiantuntija työskentelee säännöllisesti välittömässä potilaan anestesiahoitotyössä ja tuntee siinä esiintyvät haasteet, organisaation vahvuudet ja yhteisesti sovitut toimintatavat. Hän on oman vastualueensa hoitoprosessin tai osaamisalueen erityisosaaja, konsultti ja kouluttaja. Hän on sekä anestesia-palvelujen hallinnon että kliinisessä anestesiahoitotyössä toimivien voimavara. Anestesiahoitotyön kliinisellä asiantuntijalla on valmiuksia potilaiden elintoimintojen tutkimiseen ja arviointiin, taustatietojen kartoittamiseen sekä ammatillisesti itsenäiseen ja vastuulliseen kliiniseen päätöksentekoon anestesia- ja lääkehoidon suunnittelussa ja toteutuksessa perioperatiivisen hoitoprosessin eri vaiheissa.

Näyttöön perustuva toiminta

Kliinisellä asiantuntijalla on näyttöön perustuvien menetelmien käyttöön ja toimintatapojen kehittämiseen tarvittavaa tutkimus-, kehittämis- ja ohjausosaamista sekä palvelu- ja johtamisjärjestelmän tuntemusta. Kliininen asiantuntija kykenee arvioimaan sekä omaa että organisaation toimintaa ja suuntaamaan kehitystä potilasturvallisuuden edistämiseen. Hän on avainhenkilö näyttöön perustuvien anestesiahoitotyön toimintatapojen yhtenäistämässä ja käyttöönotossa valtakunnallisella tasolla.

Kliininen asiantuntija seuraa ja arvioi potilasturvallisuuden toteutumista anestesiahoitoprosesseissa sekä tunnistaa riskejä, ongelma- ja vaaratilanteita. Hän kerää systemaattisesti ja tarkoituksenmukaisesti potilasturvallisuuteen liittyvää tietoa eri lähteistä, seuraa organisaation toiminnan kehityssuuntia ja vaikuttavuutta sekä raportoi tuloksista ja niiden pohjalta tehdyistä toimintasuunnitelmista.

Yhteistyö- ja verkostotoiminta

Kliinisellä asiantuntijalla on monipuoliset yhteistyötaidot ja kyky eri viestintäkanavien ja kielten käyttöön. Hän tuntee laajasti terveydenhuollon organisaatioiden toimintaa ja rakenteita ja tulee toimeen erilaisten ihmisten ja yhteisöjen kanssa. Hän näkee verkostotoiminnan moniulotteisena oppimista tukevana ja keskeisenä näyttöön perustuvien toimintatapojen edistämisen menetelmänä.

Kliininen asiantuntija toimii tiiviissä yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä, oman organisaationsa esimiesten, vastuuhoitajien ja -lääkäreiden sekä muiden yksiköiden ja sidosryhmien (mm. ensihoito ja päivystys, kirurgia, heräämö, tehohoito, synnytykset, laboratorio, kuvantamisyksikkö, lääkehuolto, hallinto) asiantuntijoiden kanssa. Hän osallistuu aktiivisesti moniammatillisten ja erikoisalakohtaisten, kansainvälisten, valtakunnallisten, alueellisten ja paikallisten asiantuntija- ja potilasturvallisuusverkostojen toimintaan, koordinointiin ja kehittämiseen. Korkeakoulu-, viranomais- ja poliittisen yhteistyön tavoitteena on edistää anestesiahoitotyön koulutuksen kehittämistä. Kliininen asiantuntija osallistuu ja kannustaa myös muita aktiiviseen verkostotoimintaan, oman työnsä kehittämiseen ja päätöksentekoon.

Opettaminen ja ohjaaminen

Kliininen asiantuntija osaa ohjata, opettaa ja motivoida näyttöön perustuvaan toimintaan ja osaamisen kehittämiseen. Hän hallitsee erilaiset tiedon välittämisen menetelmät sekä on taitava vuorovaikuttaja ja esiintyjä.

Kliininen asiantuntija tiedottaa uusista potilasturvallisuutta edistävästä anestesiahoitotyöhön suosituksista ja järjestää niiden käyttöönottoon liittyvää koulutusta henkilökunnalle ja opiskelijoille. Potilasturvallisuuden, anestesia- ja sairaanhoitajien osaamisen ja koulutuksen edistämiseksi hän kehittää kliinisen harjoittelun ja työssäoppimisen ohjausta ja arviointia, harjoittelu- ja työssäoppimisympäristöjen käyttöä sekä kliinisiä anestesiahoitotyön perehdytys- ja koulutusmenetelmiä.

Johtaminen

Kliinisen asiantuntijan johtamisosaaminen painottuu osaamisen ja projekti-johtamisen taitojen hallintaan. Ne edellyttävät edellä mainittujen osaamisalueiden lisäksi taloudellista ajattelukykyä, arviointi- ja ennakoitaitoa sekä erilaisten tiedonhallinta- ja arkistointimenetelmien hallintaa. Erilaiset hallinnolliset ja esimiestehävät sisältävät anestesiapalvelujen ja kliinisen toiminnan (mm. leikkaussalien ja heräämön toiminta) organisointia, valvontaa, ohjausta ja kehittämistä, henkilöstö- ja aikataulusuunnittelua sekä tarvikkeiden ja materiaalien saatavuuden hallintaa ja laskutusta.

ANESTESIAHOITOTYÖN KLIINISEN ASIAANTUNTIJAN TOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN

Kliinisen asiantuntijan toimenkuvan luominen anestesiapalveluja tuottavaan organisaatioon edellyttää ensisijaisesti roolin tunnistamista ja tunnustamista lainsäädännöllisesti ja ammatillisesti. Se on nähtävä todellisena mahdollisuutena kehittää potilasturvallisuutta ja anestesiahoitotyön osaamista. Tämän eteen on tehtävä pitkäjänteistä työtä sekä organisaatio- että valtakunnallisella tasolla. Toimenkuvan luominen edellyttää virka- tai toimipohjan muodostamista organisaation henkilöstörakenteeseen. Organisaation määrittelemiä hoitotyön asiantuntijatehtävien valintakriteerejä on suunnattava vahvemmin kohti potilaan kanssa tehtävää kliinistä hoitotyötä.

Kliinisen asiantuntijan toiminnalle tulisi tehdä vuositasoinen toiminta- ja arviointisuunnitelmat yhteistyössä anestesiapalvelujen hallinnon, asiantuntijaverkoston, korkeakoulujen edustajien ja henkilökunnan kesken. Toimintasuunnitelmassa tulisi kuvata konkreettiset toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi. Arviointisuunnitelmaan tulisi kirjata arvioinnissa käytettävät mittarit, arviointiaikataulu sekä arvioinnin toteuttajat.

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden kliinisten asiantuntijoiden muodostama asiantuntijaverkosto voi toimia sekä jäsentensä asiantuntijuuden kasvamisen ja jakamisen ympäristönä että yhteisten etujen ajamisen voimavarana erityisesti toimenkuvan käyttöönottoaiheessa. Toisaalta anestesiahoitotyön asiantuntijatehtäville voi tarjoutua kasvualusta valtakunnallisen yhdistyksen toiminnassa. Yhdistyksen kautta mahdollistuu erityisesti anestesiahoitotyön koulutuksen suunnitelmallinen ja tavoitteellinen kehittämistyö kohti kansainvälistä koulutusstandardia ja suositusta (IFNA 1999 ja 2011a).

TOIMINNAN ARVIOINTI

Anestesiahoitotyön kliinisen asiantuntijan toiminnan vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan säännöllisin väliajoin hyödyntämällä monipuolisesti informaatioteknologisia mahdollisuuksia. Potilasturvallisuustyön vaikuttavuutta seurataan ja kehitetään systemaattisesti valtakunnallisella sekä organisaatio- ja yksilötasolla (STM 2009a, 61–63, Søreide ym. 2010) suomalaisen potilasturvallisuusstrategian (STM 2009c) mukaan. Lisäksi tarkastellaan anestesiapalve-

lujen saatavuutta, vaikuttavuutta, potilaan osallistumista ja tyytyväisyyttä kuvaavien tilastotietojen ja indikaattoreiden kehitysmuutoksia kliinisen asiantuntijan toiminnan aloittamisen jälkeen ensin tiiviimmin (osavuosi- ja vuosittain) ja myöhemmin vuosittain.

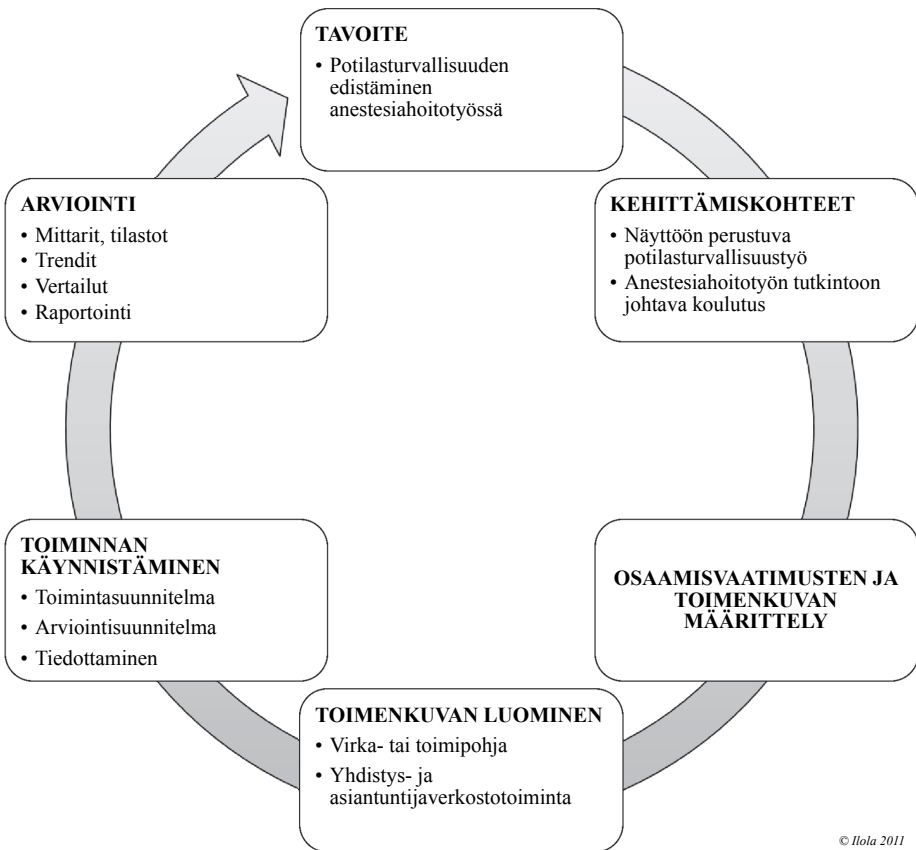
Kliinisen asiantuntijan persoonallista toimintatapaa arvioivat esimiehet, muut asiantuntijat, henkilökunta ja keskeiset yhteistyötahot korkeakouluista. Toiminnan vaikuttavuuden arvioinnissa ja seurannassa käytettävät menetelmät sisältävät anestesiahoitohenkilöstön määrää, rakennetta ja työhyvinvointia koskevia mittareita ja tilastotietoja. Henkilöstömittareiden avulla kliininen asiantuntija saa ajantasaisia tietoja henkilöstövoimavarojen suunnitteluun uusissa toimintaympäristöissä ja organisaatiomalleissa. Näitä tietoja yhdistetään edelleen potilaiden hoidon tuloksiin ja palvelujen laatuun (potilasturvallisuus, potilastyytyväisyys), henkilöstön hyvinvointiin (sairauspäivät, työtyytyväisyys) ja vaihtuvuuteen.

Anestesiapalvelujen laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta arvioidaan ensisijaisesti paikallisesti, mutta tueksi tarvitaan myös valtakunnallista vertailutietoa (ks. esim. STM 2009a, 35, 42–43, 60–61). Eri arviointi- ja seurantamenetelmillä saadut tulokset palvelevat organisaatioita ja kliinistä asiantuntijaa anestesiapalveluiden kehittämisessä ja tuottavat tietoa valtakunnalliseen seurantaan ja ohjaukseen. Siten arvioinnista muodostuu näyttöön perustuvia ja konkreettisia suosituksia, joiden avulla uudistetaan edelleen anestesiapalvelujen sisältöä, henkilöstörakenteen suunnittelua sekä kliinisen asiantuntijan toimenkuvaa ja koulutusta kansallisella, paikallisella, organisaation ja potilaan hoitotyön tasolla. Valtakunnallinen poikkileikkausvertailu ja oman organisaation anestesiatoiminnan pitkittäisvertailu mahdollistavat oppimisen vertailukehittämisen (benchmarking) kautta (STM 2009a, 40, Søreide ym. 2010, 1067).

Anestesiahoitotyön kliininen asiantuntija raportoi toiminnastaan organisaation hallinnolle, asiantuntijayhteisölle, anestesiahoitohenkilökunnalle sekä korkeakoulujen yhteyshenkilöille. Suullisen raportoinnin ohella kliininen asiantuntija on velvollinen tuottamaan kirjallisen toimintakertomuksen, joka sisältää tarvittavat tilastolliset analyysit toiminnan vaikuttavuudesta.

YHTEENVETO

Näyttöön perustuva toiminta edistää potilasturvallisuutta anestesiahoitotyössä. Tutkintoon johtava, kansainvälisesti vertailukelpoinen anestesiahoitotyön koulutus on keino turvata potilasturvallisuuden toteutuminen myös tulevaisuudessa anestesiahoitotyön vaativuuden ja kuormittavuuden yhä lisääntyessä. Kliininen asiantuntija on keskeinen toimija anestesiapalveluja tuottavan organisaation potilasturvallisuustyössä. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. *Kliinisen asiantuntijan toimenkuvan kehittäminen anestesiahoitotyön alueella.*

Kliininen asiantuntija tuntee jokapäiväisen potilastyön haasteet ja riskitekijät ja kykenee näyttöön perustuvan toiminnan edistämiseen johtamistaitojen sekä yhteistyö- ja ohjausmenetelmien avulla. Toimenkuvan luominen edellyttää kliinisen asiantuntijuuden ammatillista ja lainsäädännöllistä tunnustamista. Toiminnan tavoitteellisuus varmistetaan toiminta- ja arviointisuunnitelmien avulla sekä raportointivelvollisuudella. Kliinisen asiantuntijan toiminnan vaikuttavuutta seurataan monipuolisin arviointimenetelmin ja toimintaa kehitetään tulosten pohjalta edelleen.

LÄHTEET

AANA 2010. Scope and Standards for Nurse Anesthesia Practice. American Association of Nurse Anesthetists. Verkkosivut: www.aana.com → Resources → Practice documents → Standards, Guidelines, and Ethics. (Viitattu 1.9.2011.)

ANIVA & SSF 2008. Description of competence for Registered Nurse with Graduate Diploma in Specialist Nursing – Anaesthesia Care. Riksföreningen för anestesi och intensivvård (ANIVA) & Svensk sjuksköterskeförening (SSF). http://www.aniva.se/index.php?option=com_content&view=article&id=113&Itemid=200044 → Engelsk version. (Viitattu 30.8.2011.)

ARENE 2010. Suositus tutkintojen kansallisen viitekehyksen (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. <http://www.diak.fi/files/diak/Harjoittelu/ARENEsuositusNQFnyhteistenkompetenssiensoveltamisesta.pdf>. (Viitattu 1.9.2011.)

ASPAN 2007. A Position Statement on Perianesthesia Advanced Practice Nursing. The American Society of PeriAnesthesia Nurses. https://www.aspan.org/Portals/6/docs/ClinicalPractice/PositionStatement/3-Adv_Practice_Nsg.pdf. (Viitattu 1.9.2011.)

Cerinus, M. & Wilson, P. 2009. Advanced Practice in Nursing: From Concept to Reality. *Nursing Management* 16(1), 14–18.

Fagerstöm, 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*, 1–8.

IFNA 1999. Educational Standards for Preparing Nurse Anesthetists. International Federation of Nurse Anesthetists. http://ifna-int.org/ifna/e107_files/downloads/IFNA-Standards%20of%20Education.doc. (Viitattu 1.9.2011.)

IFNA 2011a. Anesthesia Program Approval Process (APAP) Operational Policies and Procedures. International Federation of Nurse Anesthetists. http://ifna-int.org/ifna/e107_files/downloads/Operational-Policies-APAP-MAY-2011.doc. (Viitattu 25.8.2011.)

IFNA 2011b. International Federation of Nurse Anesthetist. Verkkosivut: <http://ifna-int.org/> → Country info. (Viitattu 25.8.2011.)

Jalonen, J., Hynynen, M., Valanne, J. & Erkola, O. 1999. Suomen Anestesiologiyhdistyksen anestesiatoimintaa koskevat suositukset vuodelta 1999. http://www.say.fi/files/suomen_anestesiologiyhdistyksen_suosituksset_vuodelta_1999.pdf. (Viitattu 30.8.2011.)

Laperrière, H. 2008. Developing professional autonomy in advanced nursing practice: The critical analysis of sociopolitical variables. *International Journal of Nursing Practice* 14, 391–397.

Meeusen, V., van Zundert, A., Hoekman, J., Kumar, C., Rawal, N. & Knape, H. 2010. Composition of the anaesthesia team: a European survey. *European Journal of Anaesthesiology* 27(9), 773–779.

Mellin-Olsen, J., Staender, S., Whitaker, D.K. & Smith, A.F. 2010. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology* 27(9), 592–597.

OPM 2009. Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys 2009. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2009:24. Helsinki: Yliopistopaino. <http://80.248.162.139/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>. (Viitattu 1.9.2011.)

Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R. & Yuen Loke, A. 2010. An International Survey on Advanced Practice Nursing Education, Practice, and Regulation. *Journal of Nursing Scholarship* 42(1), 31–39.

RCN 2010. Advanced nurse practitioners – an RCN guide to the advanced nurse practitioner role, competences and programme accreditation. Lontoo: Royal College of Nursing. http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf. (Viitattu 1.9.2011.)

Schreiber, R.S. & MacDonald, M.A. 2010a. Keeping vigil over the patient: a grounded theory of nurse anaesthesia practice. *Journal of Advanced Nursing* 66(3), 552–561.

Schreiber, R.S. & MacDonald, M.A. 2010b. Keeping vigil over the profession: a grounded theory of the context of nurse anaesthesia practice. *BMC Nursing* 9(13), 1–9.

Sipe, T.A., Fullerton, J.T & Durnell Schuiling, K. 2009. Demographic Profiles of Certified Nurse-Midwives, Certified Registered Nurse Anesthetists, and Nurse Practitioners: Reflections on Implications for Uniform Education and Regulation. *Journal of Professional Nursing* 25(3), 178–185.

Søreide, E., Kalman, S., Åneman, A., Nørregaard, O., Pere, P. & Mellin-Olsen, J. 2010. Shaping the future of Scandinavian anaesthesiology: a position paper by the SSAI. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 54, 1062–1070.

STM 2009a. Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. Helsinki: Yliopistopaino. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7533.pdf. (Viitattu 27.2.2011.)

STM 2009b. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Yliopistopaino. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf. (Viitattu 28.8.2011.)

STM 2009c. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:5. Helsinki: Yliopistopaino. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf. (Viitattu 6.3.2011.)

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anesthesiologeille ja kirurgeille. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopio.

Vakkuri, A., Niskanen, M., Meretoja, O.A. & Alahuhta, S. 2006. Allocation of tasks between anesthesiologists and anesthesia nurses in Finland. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 50, 659–663.

KLIININEN ASIAANTUNTIJA SYDÄNTOIMIALUEEN HOITOTYÖN KEHITTÄJÄNÄ

Jaana Kurki

Artikkelissa kuvataan kliinisen asiantuntijan roolia sydäntoimialueen hoitotyön kehittäjänä erikoissairaanhoidossa. Tavoitteena on tuoda näkyväksi ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneen kliinisen asiantuntijan osaamista ja tutkinnon hyödyntämistä erikoissairaanhoidossa. Kliinisen asiantuntijan roolia ja osaamista on havainnollistettu sydänpotilaan lääkitysturvallisuutta edistävän tapausesimerkin avulla. Esimerkin teoreettisena viitekehyksenä on mukailtu PEPPA-viitekehystä (Bryant-Lukosius & Di-Censo 2004) .

ERIKOISSAIRAANHOIDON PALVELUT JA ORGANISAATIOMUUTOSTEN HAASTEET

Erikoissairaanhoidon tehtävä on järjestää laissa säädettyt erikoissairaanhoidon palvelut ja huolehtia niiden saatavuudesta erityisvastuualueellaan. Palvelujen tuottamisen tavoitteena on potilaskeskeisyys, tuloksellisuus ja taloudellisuus. Asiakkaan näkökulmasta tämä tarkoittaa palvelua, joka on korkeatasoista, vaikuttavaa, yksilöllistä ja hyvin saatavilla. Organisaation näkökulmasta tämä tarkoittaa palvelua, jonka tuottaminen on kustannustehokasta. Yhteiskunnan näkökulmasta tarkastelu kohdistuu sairaalassa palvelua antavien ja tuottavien sairaanhoitajien osaamiseen ja tehokkuuteen. (Aaltonen 2008, 22–27.)

Erikoissairaanhoidon organisaatioiden muutoshaasteet kohdistuvat organisaatorakenteisiin. Nykyisiä yksikkökeskeisyyteen perustuvia organisaatioita uudistetaan toimialuelähtöisiksi prosessijohtoisiksi organisaatioiksi. (Korvenrata & Särkkä, 2010 5.) Yksikkökeskeisen organisaation periaate on, että eri ammattiryhmät muodostavat oman yksikkönsä ja osastonsa. Näitä ovat esimerkiksi kirurgit, sisätautilääkärit, anestesiologit, radiologit ja patologit. Prosessijohtoinen toiminta integroituu toiminnallisten palvelujen kokonaisuudeksi, ja sitä johdetaan tehokkaiden hoito- ja asiakasprosessien näkökulmasta. Peruspe-

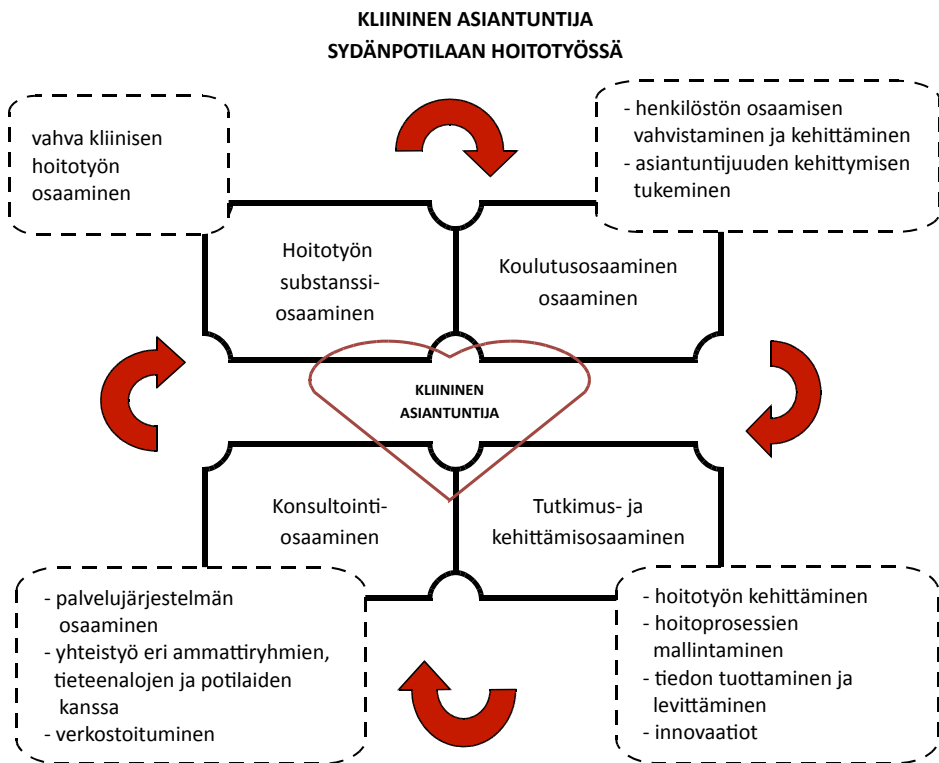
riaatteena toiminnassa on luoda potilaan ympärille kaikki tarvittavat resurssit, joita ovat lääkärit, hoitajat, laitteet ja tieto. (Korvenranta & Mustikkainen 2008, 5–19.) Tavoitteena on laadun parantaminen, työn sujuvuuden lisääminen, eri alojen osaajien ammattitaidon yhdistäminen ja asioiden tarkasteleminen monesta näkökulmasta (Forsell 2009, 28). Prosessijohdetun toiminnan tavoitteena on lisätä hoitotyöntekijöiden tietoa, taitoa, työn mielekkyyttä ja resurssien joustavaa käyttöä. (Korvenranta & Särkkä 2010, 5, VSSHP 2010a.)

Sydänpotilaiden hoitotyössä tämä tarkoittaa hoidon keskittämistä omaan prosessiin sydäntoimialueelle (Korvenranta & Mustikkainen 2008, 6–10). Sydäntoimialueeseen kuuluvat kardiologinen poliklinikka, invasiivisen kardiologian osasto, kardiologian vuodeosastot ja sydänvalvontaosasto. Toimialuelähtöisen ja prosessijohtoisen toimintatavan etuna ovat työntekijöiden laaja-alaisen ammattitaidon tuoma mahdollisuus työskennellä joustavasti sydäntoimialueen eri yksiköissä. Toiminta lisää henkilöstön osaamista ja osaamisen hyödyntämisen maksimointia. (Kurki 2011, 92.) Erikoissairaanhoidossa tulevaisuudessa toteutettava, toimialueisiin perustuva ajattelutapa ja toiminta alkavat yhteispäivystyksessä. Kun potilas saapuu päivystykseen, hän ohjautuu suoraan tarvittaviin tutkimuksiin ja akuuttihoiton jälkeen jatkohoitoon oikealle toimialueelle sairaalan sisällä, tai hänet kotiutetaan tai siirretään jatkohoitoon. (Kitinoja 2009, 3–7.)

Prosessijohdetussa organisaatiossa sydäntoimialueella työskentelevien osaaminen painottuu sydänsairautta sairastavien potilaiden hoitoon. Tavoitteena on, että sydänsairautta sairastavan potilaan tutkimuksiin sekä hoitoihin pääsyn viive vähenee ja hänen saamansa hoidon laatu paranee. Hoitotyössä tämä tarkoittaa osaavan ja ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan osaamisen hyödyntämisen maksimointia. (Korvenranta & Mustikkainen 2008, 5–7.)

VISIO KLIINISEN ASIAANTUNTIJAN ROOLISTA SYDÄNTOIMIALUEEN KEHITTÄJÄNÄ

Toimialueisiin perustuva uudenlainen ajattelutapa ja prosessijohtoinen organisaatio tarvitsevat myös uudenlaista ammatillista osaamista. Tässä artikkelissa sydäntoimialueella työtä tekevän kliinisen asiantuntijan roolia tarkastellaan neljän asiantuntija-alueen pohjalta. Näitä ovat hoitotyön substanssiosaaminen, koulutusosaaminen, konsultointiosaaminen sekä tutkimus- ja kehittämisosaaminen (kuvio 1.)



KUVIO 1. *Kliininen asiantuntija sydänpotilaan hoitotyössä.*

Hoitotyön substanssiosaaminen

Sydänpotilaan hoitotyöhön substanssiosaaminen voidaan jakaa neljään osaamisalueeseen. Näitä ovat kliininen, lääkehoidon, tekninen ja työrooliin liittyvien taitojen osaaminen. Kliininen osaaminen sisältää koronaangiografiapotilaan ja ohitusleikkauspotilaan hoitamisen osaamista sekä muiden toimenpiteiden ja potilaan voinnin tarkkailun ja hoitamisen osaamista. Lääkehoidon osaaminen sisältää lääkehoidon toteutuksen osaamista. Tekninen osaaminen sisältää laitteiden ja välineiden käytön ja tietotekniikan osaamista. Työrooliin liittyvien taitojen osaaminen sisältää hoitolinjan tuntemisen, dokumentoinnin, ohjauksen, eettistä ja juridista osaamista sekä osaamisen kehittämistä, ylläpitämistä ja tiedon hakua. (Vrt. Kurki 2011, 62.)

Kliinisen asiantuntijan osaaminen näyttäytyy sydäntoimialueen hoitoprosessin eri vaiheiden hoidon tietämyksessä, osaamisen tunnistamisessa, hoitotyön

toteuttamisessa ja arvioinnissa. Tehdessään hoitotyötä koko sydäntoimialueella kliininen asiantuntija maksimoi työkierron hyödyn. Työkierron ansiosta hänellä on ajantasaista, laaja-alaista ja syvällistä tietoa sekä taitoa kliinisestä hoitotyöstä ja kehittämistarpeista. Konkreettinen potilashoitotyö työyhteisössä luo mahdollisuuden olla lähellä potilasta, omaisia, muita hoitotyöntekijöitä ja yhteistyötahoja. Kliinisen asiantuntijan toteuttama hoitotyö perustuu tutkituun näyttöön, hoitosuositukseen ja yksikön yhteisiin hyväksi koettuihin käytäntöihin. Hänen tekemänsä hoitotyön tavoitteena on parantaa hoidon laatua, sujuvuutta ja kustannustehokkuutta. Näillä toiminnoilla saavutetaan myönteisiä tuloksia potilaille, perheille, henkilöstölle ja organisaatiolle.

Koulutusosaaminen

Sydänpotilaan hoitotyössä tarvittava tieto uusiutuu nopeasti ja osaamisen ajan tasalla pitäminen vaatii systemaattista osaamisen kehittämistä. Henkilöstön ajantasainen osaaminen on keskeistä laadukkaan ja kustannustehokkaan hoitotyön saavuttamiselle. Kliinisen asiantuntijan rooli sydäntoimialueen henkilöstön osaamisen ylläpitämisessä ja vahvistamisessa on merkityksellinen. Hänen tulee reagoida henkilöstön nykyiseen ja tulevaisuudessa tarvittavaan osaamiseen sekä tunnistaa koulutustarpeita ja luoda edellytykset tarvittavan osaamisen saatavuudelle. Tämä saavutetaan ennakoimalla ja vastaamalla tulevaisuuden haasteisiin kouluttamalla hoitotyöntekijöitä parhaaksi koettujen toimintamallien mukaisesti. Näitä on määritelty organisaation strategioissa sekä vahvaan näyttöön perustuvissa käytänteissä. Kliinisen asiantuntijan tehtävänä on soveltaa, yhdistää, suunnitella ja implementoida edistyneempiä hoitotyön käytänteitä sekä perustella esittämiään valintojaan näyttöön perustuen.

Kliinisen asiantuntijan tehtävä henkilökunnan täydennyskoulutuksen toteutuksessa on moninainen. Hänen tehtävänä on tunnistaa ja reagoida sydäntoimialueiden yksiköissä koettuihin koulutustarpeisiin. Koulutus- ja kehittämistarpeet tulevat esille kliinisessä hoitotyössä sekä moniammatillisessa yhteistyössä. Kliinisen asiantuntijan työskentelyn laajuuden kattaminen koko sydäntoimialueella luo mahdollisuudet tunnistaa laaja-alaisesti koulutus- ja kehittämistarpeita. Hänen tehtävänä on suunnitella ja järjestää räätälöityjä koulutuksia sydänpotilaita hoitavan henkilökunnan tarpeiden mukaan. Laaja-alainen sydänpotilaan kliinisen hoitotyön asiantuntemus ja läsnäolo hoitotyön tekemisessä luovat mahdollisuuden henkilökohtaiseen käytännön ohjaukseen. Kliininen asiantuntija voi ohjata ja opettaa näyttöön perustuvaa ja hyväksi ha-

vaittuja käytänteitä ja kädentaitoja samalla kun hän tekee hoitotyötä yhdessä muun henkilökunnan kanssa. Henkilökunnan kouluttamisen ja opettamisen lisäksi hän järjestää koulutuksia ja opetustilaisuuksia potilaille ja heidän läheisilleen.

Konsultointiosaaminen

Kliinisen asiantuntijan tehtävänä on vastata henkilökunnan tarpeisiin hoitotyön tiedon ja taidon lisäämisessä. Sydäntoimialueen kliinisellä asiantuntijalla on asiantuntijaverkosto, joka koostuu useista ammatti- ja tieteenalojen edustajista. Tuloksekasta ja ajantasaista verkostoa ylläpidetään säännöllisten tapaamisten, sosiaalisten verkostojen ja alumnitoiminnan avulla. Tämä laaja-alainen verkostoituminen ja sen aktiivinen ylläpito luovat uudenlaiset mahdollisuudet moniammatillisen osaamisen jakamiselle, yhdistämiselle ja hyödyntämiselle. Moniammatillinen yhteistyö tarjoaa näkökulmia sairaalan sisällä oleviin yksiköihin ja avoterveydenhuollon yksiköihin sekä eri tieteenalojen käytänteihin ja tapoihin tehdä työtä. Verkostoa hyödyntämällä kliininen asiantuntija soveltaa, yhdistää ja luo uusia näkökulmia ja kehittämissisioita.

Tutkimus- ja kehittämisosaaminen

Kliinisen asiantuntijan tutkimus- ja kehittämisosaaminen perustuu yhteiskunnasta nouseviin toiminnan tehokkuuden ja vaikuttavuuden osaamisvaatimuksiin. Hän hallitsee laajasti lakiin perustuvia, työelämää ohjaavia tavoite- ja toimintaohjelmia. Näiden pohjalta hän suunnittelee, toteuttaa ja arvioi kehittämishankkeita, koulutuksia ja käytännön hoitotyötä. Kliinisellä asiantuntijalla on kyky uuden tiedon ja hoitosuosituksen luomiseen vahvojen näyttöön perustuvien tietojen perusteella. Työn tekemistä ja uuden näytön perustelemista käytäntöön soveltuvaksi ohjaa tavoite potilaan hoidon laadun ylläpitämisestä, laadun parantamisesta ja hoitotyön kehittämisestä. Tutkimusosaaminen perustuu tutkimustulosten kriittiseen tarkasteluun, arviointiin ja niiden hyödyntämiseen sydäntoimialueen hoitotyössä. Osaamisen kehittämisen tarkoituksena on parantaa henkilökunnan osaamisen vastaamista toiminnan osaamistarpeisiin. Kliinisen asiantuntijan tehtävänä on lisätä valmiuksia uuden tiedon etsimisessä ja käyttöön otossa sekä vahvistaa tutkimus- ja kehittämisvalmiuksia. Kliinisen asiantuntijan tutkimus- ja kehittämisosaamisen menestyksekkäs hoitaminen edellyttää oman toiminnan ja ammattitaidon kehittämistä ja jatkuvaa kouluttautumista. Tähän sisältyy kansallisen ja kansainvälisen kehityksen seuraaminen.

Kliininen asiantuntija lääketurvallisuutta edistävän toimintamallin kehittäjänä

Kliinisen asiantuntijan roolia ja osaamista on tässä artikkelissa kuvattu sydänpotilaan lääkitysturvallisuutta edistävän toimintamallin avulla (kuvio 2).



KUVIO 2. Kliinisen asiantuntijan osaaminen muutosprosessin toteuttamisessa (mukailten Bryant-Lukosius & Di-Censo 2004, 532).

Kliinisen asiantuntijan roolia lääkitysturvallisuuden kehittäjänä on kuvattu esimerkiksi, jossa kehitetään sairaanhoitajien osaamista lääkkeen jakamisessa tapahtuvien lääkityspoikkeamien vähentämisessä. Hoitotyötä tehdessään kliininen asiantuntija on tunnistanut kehittämisalueen potilaiden lääkitysturvallisuudessa. Kehittämisalue on tunnistettu havainnoimalla sekä valtakunnallisesti käytössä olevan vaaratapahtumien raportointi -järjestelmä HaiPron avulla (Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. 2008, 4). Kehittämisalueen tunnistamisen jälkeen tavoitteena on henkilökunnan osaamisen kehittäminen lääkkeen jakamiseen liittyvien lääkityspoikkeaminen vähentämisessä. Kehittämisalueen tunnistamisen ja siihen reagoimisen tarkoituksena on turvata potilaiden lääkitysturvallisuus.

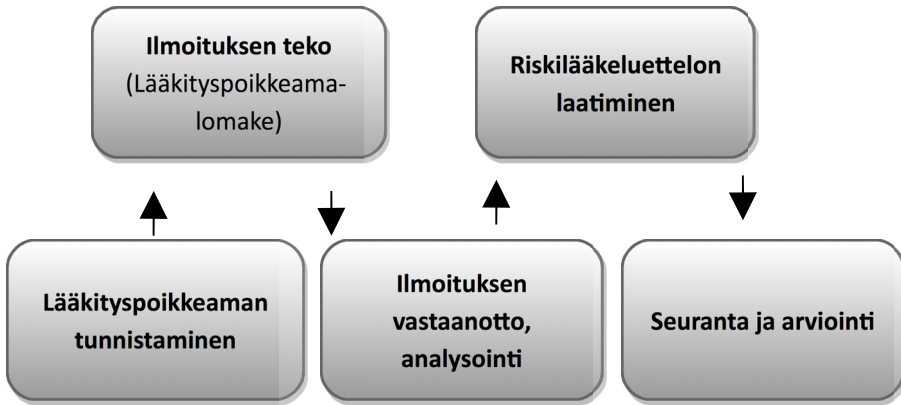
Kehittämisalueen tunnistamisen jälkeen kliinisen asiantuntijan tehtävänä on hakea tutkimusnäyttöä sekä hyväksi havaittuja toimintamalleja ja käytänteitä sovellettavaksi havaittuun kehittämisalueeseen. Hakujen perusteella hän analysoi ja tekee yhteenvedon merkityksellisistä ongelmista ja niiden poistamiseksi kohdistuvista muutoksista. Hän määrittelee yksikön ongelmat ja tarvittavat muutostarpeet teoriaa ja aikaisempia tutkimustuloksia soveltaen. Hän hyödyntää aikaisempia näyttöön perustuvia tietoja ja tutkittua näyttöä uuden toimintamallin suunnittelussa ja käyttöönoton perusteluissa. Tämän jälkeen hän soveltaa ja siirtää tutkimustuloksien kautta saatua tietoa käytännön hoitotilanteisiin. Lopuksi hän arvioi yhdessä muun henkilökunnan kanssa uutta toimintamallia ja sen tuomaa henkilöstön kehittymistä. Kliinisen asiantuntijan roolia ja tavoitteiden perustaa näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä on havainnollistettu taulukossa 1 (mukailen Newhouse ym. 2005).

TAULUKKO 1. *Kliinisen asiantuntijan rooli ja tavoite lääkitysturvallisuuden kehittäjänä.*

	Kliinisen asiantuntijan rooli	Tavoite
↓	Henkilökunnan osaamisen kehittäminen lääkkeen jakamiseen liittyvien lääkityspoikkeamien vähentämisessä.	Lääkitysturvallisuuden kehittämisalueen tunnistaminen.
↓	Hoitotyön ongelman tunnistaminen.	Hoitotyön korkeatasoisen laadun turvaaminen.
↓	Tutkimusnäytön hakeminen.	Tutkimusnäytön hakeminen samanlaisiin ongelmiin muutoksen aikaansaamiseksi.
↓	Tutkimusnäytön esille tuominen.	Tutkimusten ymmärtäminen, analysointi ja niiden perusteella yhteenvedon tekeminen.
↓	Yksikön ongelmien ja muutostarpeiden määrittely.	Tutkimustulosten ja teorian soveltaminen käytäntöön.
↓	Tiedon hyödyntäminen ja sitä kautta uuden toimintamallin perustelevinen.	Tutkitun tiedon siirtäminen käytännön hoitotilanteisiin.
↓	Näyttöön perustuvan tiedon soveltaminen käytäntöön.	Muutosten arviointi ja toiminnan sekä henkilöstön kehittäminen.

Kliinisen asiantuntijan roolia lääkitysturvallisuuden kehittäjänä ja lääkitysturvallisuuden kehittämisprosessia on kuvattu tässä artikkelissa erikoissairaanhoidon kardiologisen vuodeosaston näkökulmasta. Lähtökohtana kehittämistarpeelle oli sairaanhoitajien tabletilääkkeiden jaossa havaitut poikkeamat, jotka olivat yksi merkittävistä potilaan turvallisuutta uhkaavista tekijöistä. Kehittämistarpeen tunnistamisen jälkeen tehtiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka avulla tuotiin näkyväksi, mitkä tekijät vaikuttavat Suomessa ja kansainvälisesti lääkkeen jakamisen yhteydessä tapahtuviin lääkityspoikkeamiin. Osastolla havaittujen lääkityspoikkeamien yleisyyttä tuotiin näkyväksi haittapapahtumarekisteristä saatujen tulosten avulla. Tämän lisäksi kliininen asiantuntija tiivistä työntekijöiden havaintojen perusteella tiedon lääkityspoikkeamiin mahdollisesti johtavista käytännön ongelmista ja keinoista niiden vähentämiseksi. Näiden näyttöjen perusteella luotiin lääkkeen jakamiseen liittyvien lääkityspoikkeaminen vähentämistä ja lääkitysturvallisuutta edistävä toimintamalli. Lääkitysturvallisuuden kehittämisprosessin lähtökohtana oli PEPPA-prosessi (mukaillen Bryant-Lukosius & DiCenso 2004, 532).

Näyttöön perustuvan tiedon soveltamisen tuloksena luotiin lääkityspoikkeamien raportointiprosessi -menetelmä (kuvio 3.) (mukaiillen Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009, 23). Prosessin tarkoituksena oli tunnistaa lääkityspoikkeamille altistavat riskikohdat, vähentää niiden syntymistä ja lisätä HaiPro-ilmoitusten tekemistä.



KUVIO 3. Lääkityspoikkeamien raportointiprosessi -menetelmä.

Kliinisen asiantuntijan työn vaikuttavuuden arviointi lääkitysturvallisuuden kehittämisessä on vaikeasti arvioitavissa ja tulokset näkyvät pitkällä aikavälillä, kuten usein tämän kaltaisessa asiantuntijatyössä. Kehitetyn raportointiprosessin käyttökelpoisuutta voidaan arvioida lomakkeen toimivuuden ja informaation riittävyyden näkökulmasta. Arviointikaavakkeiden täyttövauhdin perusteella voidaan mitata kehittämisprosessin tuomaa osaamisen kehittymistä ilmoitusten lukumäärän muuttuessa, sisällöllisten tietojen perusteella ja sillä, onko näyttöön perustuvan hoitotyön näkyväksi tekemisellä saatu aikaan positiivista muutosta. Kehittämisprosessin toteuttamisen toimivuutta voidaan arvioida sen tuoman informaation ja toimintatapojen muutosten kautta ja sairaanhoitajan tiedollisen ja taidollisen osaamisen kautta. Raportointiprosessin tuomat muutokset ja tulokset näkyvät konkreettisesti haiPro-raportointijärjestelmän tilastoissa.

YHTEENVETO

Kliinisen asiantuntijan rooli ja hyödynnettävyys sydänpotilaan hoitotyössä sydäntoimialueella muotoutuvat vähitellen. Kliinisen hoitotyön tekeminen, verkostoituminen, innovatiivinen suhtautuminen ja kliiniseen hoitotyöhön kohdistetut tulokset toteuttamismallit ovat parhaita näyttöjä kliinisen asiantuntijan osaamisesta. Menestyksekkäät kehitystehtävät ja -projektit ovat eteenpäin vieviä saavutuksia ja näyttöjä kliinisen asiantuntijan osaamisesta ja asiantuntemuksen tarpeellisuudesta erikoissairaanhoidossa. Tulevaisuudessa tavoiteltavaa on, että prosessijohdetuissa organisaatioissa on jokaisessa toimialueella oma kliininen asiantuntija. Organisaation sisäinen kliinisten asiantuntijoiden verkostoituminen luo mahdollisuudet samanlaisten toimintamallien ja näyttöön perustuvien käytänteiden yhdenmukaistamiseen.

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita kliinisiä asiantuntijoita on tällä hetkellä Suomessa vähän. Ammatin tietoisuuden lisääntyessä heitä tullaan tarvitsemaan lisää kliinisen hoitotyön tekijöinä ja kehittäjinä. Kliinisten asiantuntijoiden lisääntyessä kansallinen ja kansainvälinen verkostoituminen on tärkeää ammatillisen osaamisen ylläpitämisessä ja innovaatioiden syntymisessä. Tähän toimintaan kuuluu olennaisesti kliinisten asiantuntijoiden omat keskustelufoorumit ja kliinisille asiantuntijoille kohdistetut seminaaripäivät. Hoitotyö tarvitsee kliinisiä asiantuntijoita, jotka vahvistavat hoitotyön asemaa ja ottavat vastuuta käytännönläheisen hoitotyön kehittämisestä.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2008. Potilas ja puoleensa vetävät terveyspalvelut. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Suomen Sairaanhoidtajaliitto. Hoitotyön vuosikirja 2008. 21–34.

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

Forsell, S. 2009. Osaamiskartoituksesta osaamisen kehittämiseen: Tapaustutkimus teollisuusyrityksen osaamisen Kehittämisprosessista. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Johtaminen ja organisaatiot.

Kitinoja, E. 2009. Yhteispäivystyksen projektisuunnitelma osana T-pro-hanketta. Yhteispäivystysprojekti. VSSHP. T-pro-hanke.

Kurki, J. 2011. Sairaanhoidajan osaaminen akuutin sepelvaltimotautipotilaan hoitotyössä – osaamisen kuvantamismalli. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 34. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Korvenranta, H. & Mustikkainen, H. 2008. T-sairaalan toiminnan ja organisaation muutos – T-pro-hankesuunnitelma.

Korvenranta, H. & Särkkä, M. 2010. TYKSin toiminnan ja organisaation muutos – T-pro-hankesuunnitelma.

Newhouse, R.; Dearholt, S.; Poe, S.; Pugh, L. & White, K. 2005. Evidence-based Practice. A Practical Approach to Implementation. JONA Volume 35, Number 1, pp 35–40 © 2005, Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16. Helsinki.

VSSHP, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.2010. T-Pro-toiminnan kehittäminen. (Viitattu 11.9.2010.) <http://www.tyks.fi/fi/t-pro/38156/>.

KLIININEN ASIAANTUNTIJA SEKSUAALITERVEYDEN OSAAMISEN EDISTÄJÄNÄ

Hanna Petäjä

Sairaudet ja hoidot vaikuttavat usein potilaiden seksuaaliterveyteen ja elämänlaatuun. Sairauksiin liittyvä seksuaaliohjaus ei nykyisin toteudu potilaiden hoidossa systemaattisesti. Kehittämällä kliinisen asiantuntijan roolia seksuaaliterveyden edistämässä terveydenhuollossa voidaan parantaa seksuaaliohjauksen toteutumista osana kokonaisvaltaista potilasohjausta sekä seksuaaliterveyspalveluiden laatua. Tässä artikkelissa kuvataan kliinisen asiantuntijan roolin mahdollisuuksia PEPPA-viitekehystä soveltaen.

Seksuaalisuutta voidaan kuvata ihmisyyden syvimmäksi olemukseksi. Se läpäisee kaikki elämän eri osa-alueet, mikä tekee siitä hyvin herkästi haavoittuvan. Sairauden ja hoitojen vaikutukset potilaan seksuaaliterveyteen liittyvät vahvasti elämänlaatuksymyksiin, ja ne heijastuvat samalla minäkuvaan, ihmissuhteisiin ja hyvinvointiin. Potilaan sitoutumista hoitoon, jolla on haittavaikutuksia seksuaaliterveyteen, voidaan parantaa ja helpottaa asiantuntevalla ja osaavalla ohjauksella ja neuvonnalla. Seksuaalisuuden kohtaamista ja huomiointa ottamisen merkitystä ihmisen elämässä sairauden hetkellä voi olla vaikeaa mitata perinteisin menetelmin. Päätös panostaa seksuaaliterveyden edistämisen kehittämiseen kuvaa samalla organisaation arvovalintoja.

Suomen ensimmäisen kansallinen *Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2011* (STM) on ohjannut viime vuosien aikana kehittämistä terveydenhuollossa. Tavoitteena on, että seksuaalineuvontaa on saatavissa integroituna terveydenhuollon palveluihin. Ohjelman mukaan sairauksien ja hoitotoimenpiteiden vaikutukset seksuaaliseen toimintakykyyn tulee huomioida hoitoon liittyvässä neuvonnassa ja ohjauksessa. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä tulee olla asiantuntijoiden hyväksymän erikoiskoulutuksen saaneita työntekijöitä, jotka antavat seksuaalineuvontaa ja konsultaatioapua sekä koordinoivat alueellista koulutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 22, 34, 172.)

Toimintaohjelman mukaan sairaanhoitopiirien tulee nimetä seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilöt, joiden kanssa kuntien työryhmät voivat tehdä yhteistyötä. Edelleen piirien tulee perustaa määräaikaisia työryhmiä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisten hoitoketjujen rakentamiseksi ja vastuiden määrittämiseksi. Ammattihenkilöiden valmiuksia seksuaalineuvontaan tulee lisätä kehittämällä perus- ja täydennyskoulutusta sekä työnohjausta, huolehtimalla ajantasaisen materiaalin helposta saatavuudesta sekä ottamalla aihe huomioon johtamisessa. Sairaanhoitopiirien tulee huomioida seksuaaliterveyden edistäminen alueellisissa koulutuksissa sekä omana aihealueenaan että sairauksien hoitoon ja kuntoutukseen integroituna näkökulmana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 22, 34, 172.)

SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMISEN TILANNE TERVEYDENHUOLLOSSA

Tutkimuksissa on todettu, että potilaat toivovat hoitajien ottavan seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi osana potilasohjausta. (Stead ym. 2002, 18, Kellokumpu-Lehtinen 2003, 244, Nylund ym. 2008, 15, Southard & Keller 2009, 215–216). Jokaisen potilaan, jonka sairauden tai hoidon arvioidaan vaikuttavan seksuaaliterveyteen, tulee saada aiheeseen liittyvää ohjausta sekä tarvittaessa neuvontaa ja terapiaa.

Tutkimusten mukaan enemmistö sairaanhoitajista ajattelee, että hoitotyössä on velvollisuus antaa potilaalle lupa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Seksuaaliohjauksen toteutumisen esteeksi asettuu kuitenkin sairaanhoitajien uskomus, että potilaat eivät odota hoitajien kysyvän aiheeseen liittyvistä huolenaiheista. Suurin osa hoitajista ei myöskään varaa aikaa kyseisen ohjauksen toteuttamiseen. (Magnan ym. 2005, 285–286, Magnan & Reynolds 2006, 287–290, Petäjä 2010, 39–41, Saunamäki 2010, 1311.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteutti vuonna 2009 väliarvioinnin Seksuaali- ja lisääntymisterveyden kansallisesta toimintaohjelmasta. Kahdessa toista kyselyyn vastanneista sairaanhoitopiireistä (n = 16) oli seksuaalineuvontapalveluita. Sairaanhoitopiirin neuvojilla oli neuvonnan lisäksi koordinointi-, koulutus- ja tiedotustehtäviä. Kolmasosassa vastanneista sairaanhoitopiireistä oli nimetty yhteyshenkilö, sisäinen suunnittelu- ja koordinaatioryhmä tai alueellinen edistämisen ryhmä. Gynekologeilla sekä koulutetuilla seksuaalitera-

peuteilla ja -neuvojilla on ollut keskeinen rooli toimintaohjelman toteuttamisessa ja yhteistyöverkostojen luomisessa. THL asettaa tärkeäksi tulevaisuuden haasteeksi työryhmien ja nimettyjen henkilöiden saamisen jokaiseen sairaanhoitopiiriin sisäistä ja alueellista koordinoitua varten. Seksuaalineuvojien ja -terapeuttien työ tulisi organisoida ja systematisoida. Lisäksi THL esittää, että seksuaali- ja lisääntymisterveysasiat kannattaa liittää osaksi terveyden edistämisen työryhmien toimintaa. (Ritamo ym. 2010, 6, 15–16.)

Toimintaohjelma on vauhdittanut seksuaaliterveyden edistämisen kehittämiseksi tehtäviä toimenpiteitä sairaanhoitopiireissä. Potilaiden ohjauksessa on edelleen kuitenkin paljon kehitettävää, jotta seksuaaliohjaus olisi luonnollinen osa kokonaisvaltaista potilasohjausta.

SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMISEN OSAAMISEN TASOT

Seksuaaliohjaus tarkoittaa kaikissa hoitotilanteissa tapahtuvaa, tilannekohtaista ja tavoitteellista potilaan seksuaaliterveyteen liittyvää ammatillista vuorovaikutusta. Ohjauksessa on keskeistä tiedon antaminen ja potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen. Tarvittaessa sen puheeksi ottaminen ja ohjauksen antaminen kuuluvat kaikille terveydenhuollon ammattihenkilöille. (Ryttyläinen & Val-kama 2010, 142.)

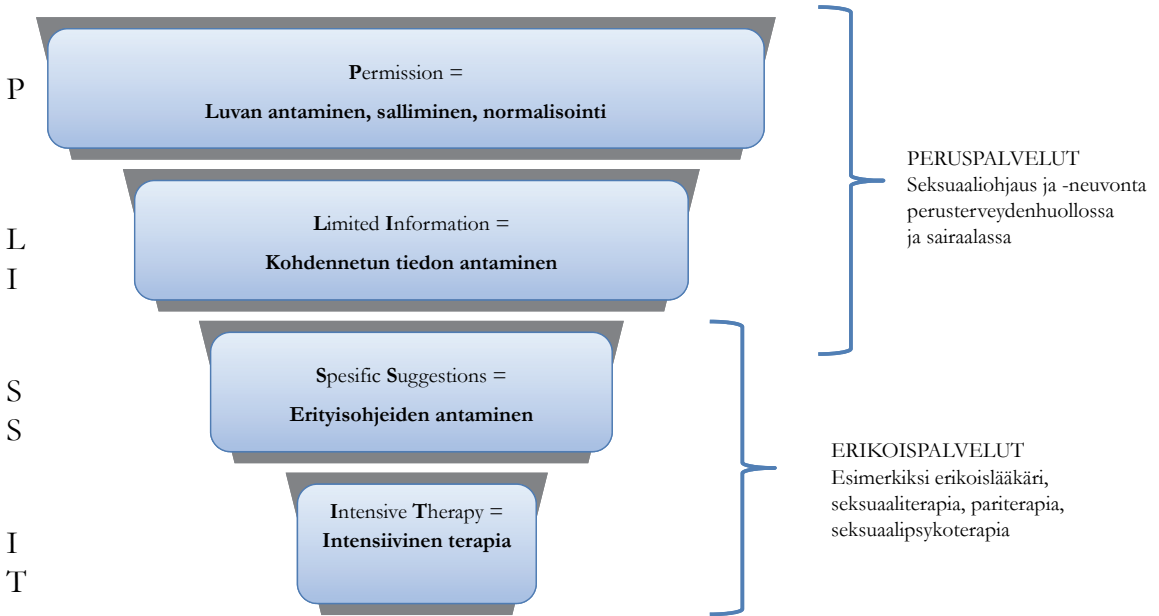
Seksuaalineuvonta on vuorovaikutukseen pohjautuvaa ammatillista potilas- tai asiakastyötä. Neuvonta on asiakkaan yksilöllistä, luottamuksellista ongelmien kohtaamista ja hoitamista. Neuvontaa voi antaa seksuaalineuvojakoulutuksen suorittanut ammattihenkilö. (Ilmonen 2006, 41, Suomen Seksologinen Seura ry 2010.)

Seksuaaliterapiassa käytetään työskentelymenetelmiä, joiden teoreettisena viitekehysenä on esimerkiksi ratkaisukeskeinen, kognitiivinen tai psykodynaaminen psykoterapia. Terapian tavoitteena on hyvinvointi, jonka päämäärät ja lähtökohdat määrittää asiakas. Seksuaaliterapeutti on asiantuntija, joka käyttää osaamistaan dialogisin menetelmin asiakkaan hyväksi. (Suomen Seksologinen Seura ry 2010.)

Seksuaaliohjauksen, -neuvonnan ja -terapian käytännön toteutumista voidaan jäsentää PLISSIT-mallin avulla. Jack Annonin (1976) luomassa mallissa (kuvio 1) on neljä tasoa, jotka määrittelevät erilaisia lähestymistapoja silloin, kun

puhutaan seksuaalisuudesta ja sen alueella ilmenevistä ongelmista. Liikuttaessa kaaviossa ylhäältä alaspäin kukin taso edellyttää aina enemmän osaamista. Samalla kaavio kuvastaa sitä, että suurinta osaa ihmisistä on mahdollista auttaa jo ensimmäisellä tasolla vain harvojen tarvitessa neljännen tason intensiivistä terapiaa. (Ilmonen 2006, 45, Ryttyläinen & Valkama 2010, 52.)

Seksuaaliohjaus ja -neuvonta muodostuvat lähinnä PLISSIT-mallin kahdesta ensimmäisestä tasosta. Niihin sisältyvät normalisointi, luvan antamisen ja sallimisen taso (P = permission), kohdennetun tiedon antamisen (LI = limited information) sekä osittain myös erityisohjeiden antamisen tasot (SS = specific suggestions). Kaikilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä tulee olla osaamista seksuaaliohjauksen toteuttamisesta PLISSIT-mallin kahdella ensimmäisellä tasolla. (Ilmonen 2006, 45–46, Ryttyläinen & Valkama 2010, 52.)



KUVIO 1. PLISSIT-malli (mukaiillen Ilmonen 2006, 46, Ryttyläinen & Valkama 2010, 52).

SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMISEN OSAAMINEN JA KOULUTUSMAHDOLLISUUDET SUOMESSA

Pohjoismaissa seksologian alueella osaamisen määrittelyä ohjaa Pohjoismainen kliinisen seksologian järjestö NACS (Nordic Association for Clinical Sexology). Suomen Seksologinen Seura on NACSin jäsen. Pohjoismaiset seksologian yhdistykset ovat hyväksyneet yhteisen kolmiportaisen koulutus- ja pätevöitymismallin, jossa osaaminen syvenee prosessimaisesti ja systemaattisesti. Koulutusmallin tavoitteena on yhdenmukaistaa pohjoismaisten koulutusten sisältöjä ja luoda auktorisointijärjestelmä koulutuksen käyneille. Osaamisalueet koostuvat keskeisistä seksologian ja seksuaaliterveyden edistämisen sisällöistä. NACSin koulutusmallin mukaiset opinnot ovat laajuudeltaan 120 opintopistettä. (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2009, 2, 6–7, Nordic Association for Clinical Sexology, Ryttyläinen ym. 2008, 15.)

Osaamistasoille on määritelty ammattinimikkeet. Koulutus tuottaa nimikkeitä vastaavaa osaamista kunkin maan rakenteiden ja koulutuspoliittisten ratkaisujen mukaisesti. Suomen Seksologinen Seura ja NACS-järjestö auktorisoivat ammattinimikkeet. Auktorisointia ja auktorisointitasoa vastaavaa nimikettä myönnettäessä huomioidaan hakijan ammatillisen peruskoulutuksen lisäksi seksologian alalta hankittu koulutus ja työkokemus sekä hakijan muut seksologian asiantuntijuutta osoittavat ansiot. (Suomen seksologinen seura ry 2010.)

Seksuaalineuvojan ammatillinen peruskoulutus on ensisijaisesti sosiaali- tai terveysalan ammattikorkeakoulututkinto. Seksuaalineuvojakoulutuksen laajuus on 30 opintopistettä. Koulutuksen jälkeen voi hakea auktorisointia Suomen seksologiselta seuralta (Auktorisoitu seksuaalineuvoja). Seksuaaliterapeutti on sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on sekä seksuaalineuvoja- että seksuaaliterapeuttikoulutus. Seksuaaliterapeutilla on vähintään 60 opintopisteen koulutus seksologiasta. Seksuaaliterapeutin auktorisointi on Specialist in Sexological Counselling (NACS) – Seksuaaliterapeutti, erityistaso (NACS). Kliininen seksologi on ammattihenkilö, jolla on seksuaalineuvojan ja -terapeuttikoulutuksen lisäksi 60 opintopistettä seksologista koulutusta. Kliinisen seksologin auktorisointia – Specialist in Clinical Sexology (NACS) – hakevalla tulee olla kokemusta kliinisestä työstä oman työnohjauksen lisäksi. Kliinisen seksologin peruskoulutus on ylempi korkeakoulututkinto. (Suomen Seksologinen Seura ry 2010.)

Suomessa on koulutettu seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijoita ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa. Nämä asiantuntijat toimivat seksuaaliterveyden edistämisen ennaltaehkäisevissä suunnittelu-, koordinointi- ja arviointitehtävissä terveydenhuollossa. Seksuaaliterveyden edistämiseen suuntautuneen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittamisen jälkeen on mahdollista hakea auktorisointia Authorized Sexual Health Promoter and Educator (NACS). Auktorisointinimikkeen pääpaino on terveyden edistämässä ja kouluttamisessa. Tässä auktorisoinnissa kliininen kokemus ei ole välttämätöntä. (Järvinen & Mällinen 2009, 19, Suomen seksologinen seura ry 2010.)

Seksuaaliterveyden edistämisen kliiniseksi asiantuntijaksi terveydenhuollossa on mahdollista kehittyä yhdistämällä aiemmin hankittu hoitotyön sekä seksologian osaaminen kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmasta saatavaan osaamiseen. Seksuaaliterveyden edistämisen kliinisellä asiantuntijalla on välttämätöntä olla kliinistä koulutusta ja kokemusta seksuaaliterveyskysymyksissä. Kliinisen asiantuntijan keskeinen rooli seksuaaliterveyden alueella on kliinisen työn kehittäminen näyttöön perustuvia menetelmiä hyödyntäen. Ylemmän korkeakoulutason koulutuksen, riittävän seksologian koulutuksen sekä kliinisen työkokemus- ja työnohjausvaatimusten täytyessä kliinisen asiantuntijan on mahdollista hakea kliinisen seksologin (NACS) auktorisointia.

Seksuaaliterveyden edistämisen rooleja kansainvälisesti

Seksuaaliterveyden edistämisen ANP-rooleja (Advanced Nursing Practice) on kuvattu kansainvälisesti terveydenhuollossa muun muassa Iso-Britanniassa, Australiassa ja Yhdysvalloissa. Ylemmän korkeakoulutason koulutuksen käyneiden seksuaaliterveyden edistämiseen suuntautuneiden ANP-roolissa toimivien nimikkeenä esiintyy usein *Sexual Health Nurse Practitioner* (Sexual Health NP, SHNP). *Sexual Health Nurse Practitionerin* (SHNP) työnkuvaan on kuvattu kuuluvan potilaan kokonaisvaltainen hoito seksuaaliterveyskysymyksissä. Usein tehtäväkuvassa näkyy seksuaalikontakteissa tarttuvien tautien hoito. SHNP:t haastattelevat ja tutkivat potilaan, ottavat näytteet, diagnosoi- vat, ohjaavat ja hoitavat. Australiassa on julkaistu *Nurse Practitioner Clinical Practice Guidelines* seksuaaliterveydenhoidon alueelta. Iso-Britanniassa toimii sairaanhoitajavetoisia seksuaaliterveysklinikkoita sairaaloissa (Nurse-led Sexual Health Clinic). Kaliforniassa Yhdysvalloissa lainmuutoksen myötä Nurse Practitionerien (Advanced Practice Clinicians APCs, Women's Health Nur-

se Practitioner) on ollut mahdollista hoitaa lääkkeellisiä raskaudenkeskeytyksiä itsenäisesti. (O’Keefe 2003/2004, 34, NHS Education for Scotland 2005, RCN 2009, Gardner ym. 2010).

Royal College of Nursing on luonut seksuaaliterveyden osaamiskuvauksen hoitotyössä. Mallissa kuvataan tietojen ja taitojen osaamisvaatimukset, jotka tietyssä roolissa työskentelevällä ammattihenkilöllä tulee olla seksuaali- ja lisääntymisterveyden hoidossa turvallisen, lainmukaisen ja vaikuttavan hoidon toteuttamiseksi. Osaamismalli sisältää viisi osaamisaluetta, joiden sisällä kuvataan viisi osaamistasoa. (RCN 2009, 5–8.) Skotlannissa on luotu seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamismallit hoitotyöhön jatkuvaa ammatillista kehittymistä varten. Mallit on luotu vastavalmistuneelle sairaanhoitajalle sekä asiantuntijatasoa tavoittelevalle hoitajalle. Mallien avulla on mahdollista peilata omaa osaamista seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamisalueisiin ja luoda suunnitelma oman osaamisen kehittämiseksi erilaisten menetelmien avulla. (NHS Education for Scotland 2004, 23, NHS Education for Scotland 2005, 4.) Sekä RCN:n että Skotlannin NHS:n asiantuntijaroolissa on tunnistettavissa samoja osaamisalueita ja vaatimustasoja, joita kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmalla yhdistettynä aiempaan seksologian ja hoitotyön osaamiseen voidaan saavuttaa.

KLIINISEN ASIAANTUNTIJAN ROOLIN KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT

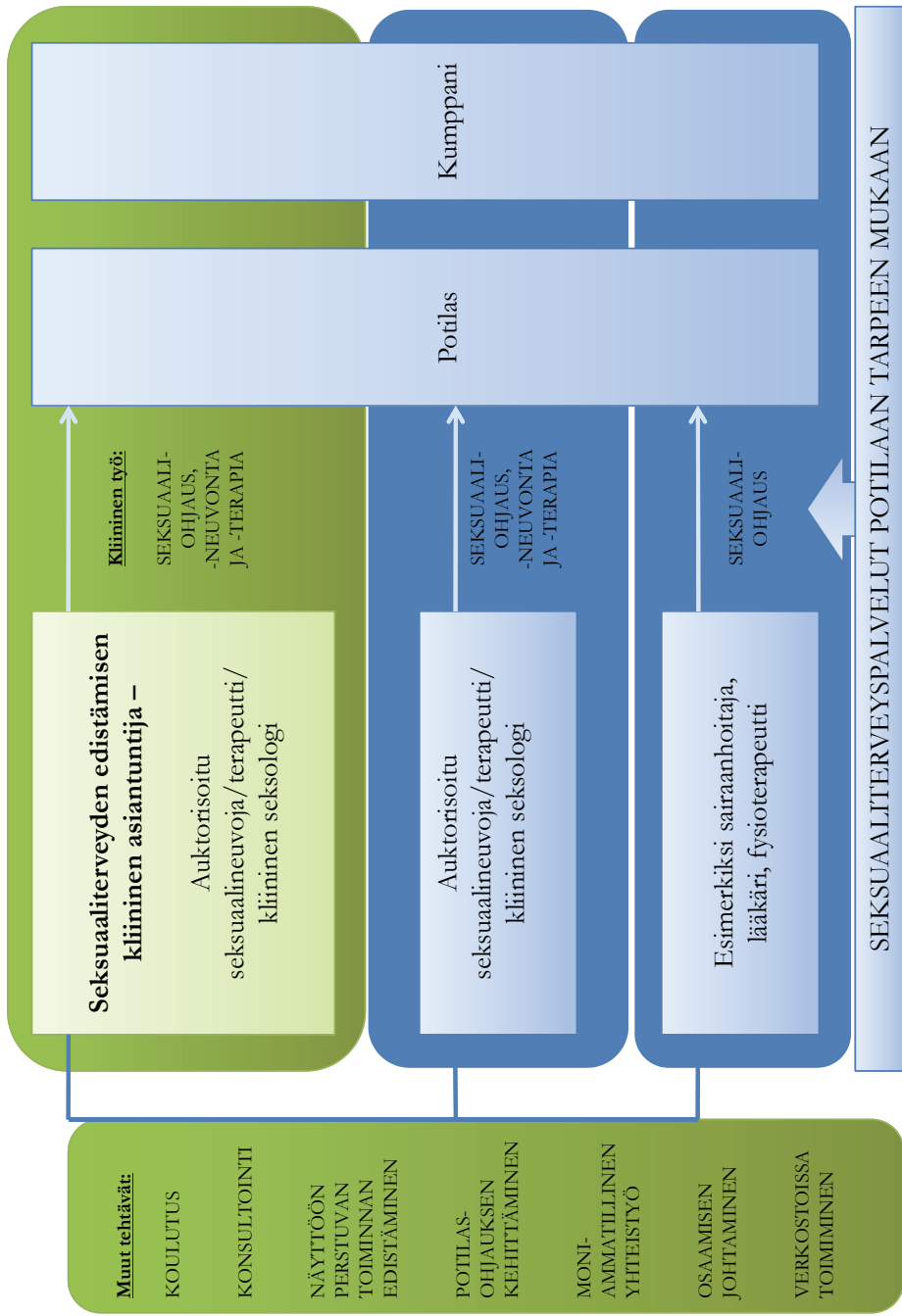
Kliinisen asiantuntijan roolin kehittämisellä seksuaaliterveyskysymyksissä on mahdollista parantaa aiheeseen liittyvän ohjauksen toteutumista sekä erityisosaamista vaativien seksuaaliterveyspalveluiden saatavuutta ja laatua. Kliinisen asiantuntijan roolin kehittämiseksi tulee tehdä yhteistyötä klinikoiden ja toimialojen ylilääkärien, ylihoitajien, osastonhoitajien, hoitohenkilökunnan sekä organisaatiossa työskentelevien seksuaalineuvojen ja -terapeuttien kanssa. Kliinisen asiantuntijan roolin kehittämiseksi ja jalkauttamiseksi on oleellista kartoittaa avainhenkilöiden näkemykset roolin vastuualueista ja tavoitteista. Yhteistyö avainhenkilöiden kanssa mahdollistaa onnistuneen muutoksen.

Seksuaaliterveyden edistämisen tulisi toteutua usealla eri tasolla terveydenhuollossa. Hoitohenkilökunnan ja lääkärin tulee antaa perustason ohjausta liittyen potilaan sairauteen ja hoitoihin siten, että ohjaus olisi osa kaikkien

potilaiden kokonaisvaltaista potilasohjausta. Potilaalla tulee olla mahdollisuus päästä tarvittaessa koulutetun seksuaalineuvojan tai -terapeutin vastaanotolle silloin, kun ohjaus ei potilaan tilanteeseen nähden ole riittävää. Haasteena on se, että seksuaalineuvojien ja -terapeuttien työtä ei ole systemaattisesti organisoitu sairaanhoitopiireissä, eikä palveluita ole kaikille tarvitseville saatavilla. Haasteena on erityisosajien irrottaminen perustyöstä ja resurssien kohdentaminen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa tapahtuvaan neuvonta ja -terapiatyöhön.

Kliinisen asiantuntijan vastualueet ja rooli

Kliininen asiantuntijan rooli seksuaaliterveyden edistämässä on kliinisen työn lisäksi seksuaaliterveyden edistämisen kehittämistoimintaan osallistuminen yhdessä henkilökunnan kanssa, seksuaaliterveyspalveluiden tuottaminen ja organisointi, asiantuntijaverkoston osaamisen johtaminen, konsultointi seksuaaliterveyskysymyksissä, moniammatillisissa verkostoissa toimiminen sekä koulutusten suunnittelu ja koordinointi. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Kliinisen asiantuntijan rooli subteassa potilaaseen ja muihin ammattiryhmiin.

Kliinisen asiantuntijan keskeinen vastuualue seksuaaliterveyden edistämisen kehittämistoiminnassa on näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen seksuaaliohjauksessa ja -neuvonnassa. Hän osallistuu potilaiden ohjaukseen ja ohjeisiin liittyviin kehittämishankkeisiin. Kliininen asiantuntija kehittää yhdessä yksikön henkilökunnan kanssa ohjauksen käytännön toteutusta. Hän koordinoi ja osallistuu kehittämistyöhön, jossa arvioidaan ja kehitetään järjestelmällisesti ohjauksessa ja neuvonnassa käytettäviä menetelmiä sekä implementoidaan uusia suosituksia, hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja. Käytännön potilasohjauksen kehittämisessä hyödynnetään kliinisen asiantuntijan seksuaaliohjauksen osaamista. Osana kehittämistyötä hän toteuttaa tarvittaessa kliinistä työtä koskevaa tutkimusta, jonka tuloksia hyödynnetään ohjauksen ja neuvonnan käytäntöjen kehittämisessä.

Kliininen asiantuntija koordinoi omalla vastuualueellaan seksuaaliterveyspalveluita. Hän osallistuu palveluiden suunnitteluun, organisointiin ja osaamisen johtamiseen. Lisäksi hän toimii konsulttina seksuaaliohjausta ja -neuvontaa toteuttaville ammattihenkilöille. Kliinisen asiantuntijan vastuualueisiin kuuluvat myös seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvien koulutusten koordinointi, suunnittelu ja toteutus.

Kliininen asiantuntija toimii monipuolisesti seksuaaliterveyden edistämisen verkostoissa moniammatillisessa yhteistyössä. Hän osallistuu yhteistyöhön alueellisessa kehittämistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteisten hoitoketjujen rakentamiseksi sekä sairaanhoitopiirin sisäisen ja alueellisen seksuaaliterveyden edistämisen kehittämiseksi. Hän toimii myös seksologian erityisosaajien verkostoissa alueellisesti ja valtakunnallisesti.

Kliinisen asiantuntijan roolin implementointi

Kliinisen asiantuntijan roolin implementointi vaatii organisaatiolta tahtotilaa nähdä seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijarooli ja Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman tavoitteet tärkeinä. Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijarooli vaatii uuden toimenkuvan luomisen. Organisaatiossa on määriteltävä asiantuntijan työnkuva, vastuualueet, rooli ja osaamisvaatimukset. Asiantuntijan rekrytointi vaatii tutkinto- ja osaamisvaatimusten vahvistamista. Osaamisvaatimusten laatimisessa voidaan hyödyntää kansainvälisesti tunnettuja APN-rooleja.

Kliinisen asiantuntijan rekrytoinnin haasteena voi olla koulutetun ja osaamisvaatimukset täyttävien asiantuntijoiden puute. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma ei tarjoa seksuaaliterveyden osaamista, mutta oppimistehtävät voidaan kohdentaa seksuaaliterveyden edistämisen kehittämiseen. Jotta kliinisen asiantuntijan rekrytointi olisi mahdollista seksuaaliterveyden osaamisalueella, tulee hakijalla olla aiempi seksologian koulutus ja kokemusta kliinisestä työstä, mikä takaa kliinisen osaamisen hoidon seksuaaliterveyskysymyksissä. Vaikka seksuaaliterveyden edistämisen kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmaa ei sellaisenaan ole vielä olemassa, antaa kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma aiempaan seksologian osaamiseen yhdistettynä vahvan osaamisen asiantuntijana toimimiseen organisaatiossa.

Kliinisen asiantuntijan roolin arviointi

Kliinisen asiantuntijan roolin arvioimisessa kiinnitetään huomiota seksuaaliohjauksen kehittämistä varten toteutettuihin toimenpiteisiin, henkilökunnan osaamisen vahvistumiseen, täydennyskoulutukseen sekä seksuaaliterveyspalveluiden saatavuuteen ja laatuun. Kliinisen asiantuntijan kanssa yhteistyössä toteutettua seksuaaliohjauksen kehittämisen vaikuttavuutta voidaan mitata henkilöstökyselyllä sekä potilastyytyväisyyttä, potilaiden hoitoon sitoutumista ja systemaattista kirjaamista arvioimalla. Hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistuminen tulee näkyväksi seksuaalisuuden puheeksi ottamisen ja ohjauksen toteuttamisen lisääntymisenä. Kirjaamisessa tulisi näkyä ohjauksen toteuttamisen lisääntyminen ja kirjallisten ohjeiden hyödyntäminen.

Hoitohenkilökunnan palautetta toteutetuista täydennyskoulutuksen sisällöistä ja menetelmistä arvioidaan. Hoitohenkilökunnalta kerätään palautetta seksuaaliohjauksen onnistumisesta ja osaamisen vahvistumisen kokemuksesta osana potilasohjausta. Myös hoitohenkilökunnan asenteiden ja uskomusten muutoksia seksuaaliohjauksen toteuttamisen suhteen voidaan mitata.

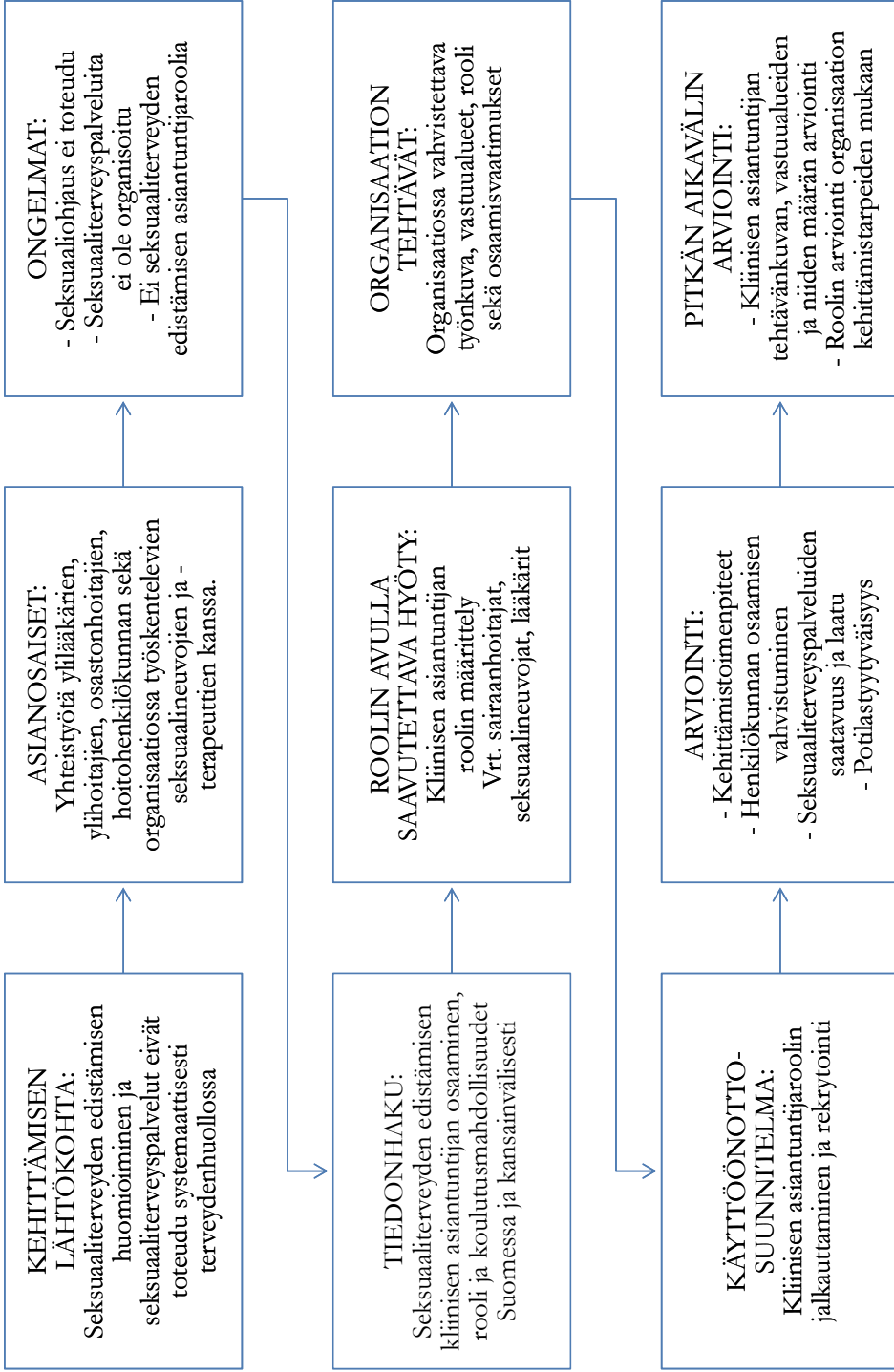
Hoitohenkilökunnan, lääkärien ja esimiesten kokemuksia kliinisen asiantuntijan roolista arvioidaan. Tarkasteluun nostetaan kokemukset yhteisistä kehittämishankkeista, täydennyskoulutuksista ja konsultaatiomahdollisuuksien toteutumisesta. Esimiesten ja muun henkilökunnan näkemyksiä roolin kehittämisestä kuullaan. Tarjolla olevia seksuaaliterveyspalveluita ja kliinisen asiantuntijan roolia niiden toteuttajana ja osaamisen johtajana arvioidaan. Potilaiden ohjautumista seksuaaliterveyspalveluiden piiriin sekä potilastyytyväisyyttä tulee myös mitata.

Pidemmällä aikavälillä on olennaista arvioida kliinisen asiantuntijan tehtävänkuvaan sekä vastuualueita ja niiden määrää. Kliinisen asiantuntijan roolin tulee muotoutua organisaation kehittämistarpeiden mukaan. Seksuaaliterveyspalvelut ovat terveydenhuollossa laaja-alaisesti vielä alkutekijöissään verrattuna muihin palveluihin. Seksuaaliterveyden edistämisen kliinisen asiantuntijan roolissa on upeita mahdollisuuksia monipuolisen, näyttöön perustuvaa toimintaa edistävän ja potilaiden hoidon laatua parantavan asiantuntijaroolin kehittymiselle.

YHTEENVETO

Seksuaaliterveyden huomioiminen laajasti on Suomessa melko uutta terveydenhuollossa. Terveydenhuollossa toimii tällä hetkellä jonkin verran seksuaaliterveysneuvoja ja -terapeutteja. Näiden seksologien erityisosaamisen hyödyntäminen perustyön ohella vaihtelee runsaasti. Seksuaaliterveyspalveluiden organisoiminen ja henkilökunnan kouluttaminen alkoi tehostua Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman julkaisun jälkeen vuonna 2007.

Ajatus kliinisen asiantuntijan roolista seksuaaliterveyden edistämisessä on uusi Suomessa. Kansainvälisesti seksuaaliterveyden edistämisen alueella terveydenhuollossa toimii kliinisiä asiantuntijoita (Sexual Health Nurse Practitioner, SHNP), joiden tehtävänkuvaan kuuluu potilaiden hoito seksuaaliterveyskysymyksissä sekä erilaiset seksuaaliterveyspalveluihin liittyvät kehittämis-, koulutus-, konsultointi- ja asiantuntijatehtävät. Kliinisen asiantuntijan roolin kehittämisellä on mahdollista edistää terveydenhuollon organisaation henkilökunnan osaamista ja potilaiden seksuaaliohjauksen toteutumista sekä kehittää seksuaaliterveyspalveluita (kuviot 3).



KUVIO 3. Kliinisen asiantuntijan roolin kehittämisen PEPPA-viitekehyksen avulla seksuaaliterveyden edistämiseksi.

LÄHTEET

- Gardner, G. E., Gardner, A., Middleton, S., Della, P. & Doubrovsky, A. 2010. A snapshot of Australian nurse practitioners' extended practice activities. *Nurse Practitioner Series*, 3(1). 8–15.
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim.
- Järvinen, S. & Mällinen, A. 2009. Seksuaaliterveyden ja seksologian opetus ja koulutus Suomessa 2003–2009. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. *Duodecim* 119, 237–246.
- Magnan, M.A. & Reynolds, K.E. 2006. Barriers to Addressing Patient Sexuality Concerns Across Five Areas of Specialization. *Clinical Nurse Specialist* 20(6), 285–292.
- Magnan, M.A., Reynolds, K.E. & Galvin, E.A. 2005. Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practise. *MEDSURG Nursing* 14(5), 282–289.
- NHS Education for Scotland 2004. A Route to Enhanced Competence in Sexual and Reproductive Health Nursing (post-registration pre-specialist level).
- NHS Education for Scotland 2005. A Route to Enhanced Competence in Sexual and Reproductive Health Nursing at Specialist Level.
- Nordic Association for Clinical Sexology NACS. Nordic Sexology authorisation. Viitattu 31.8.2011. <http://www.nacs.eu/index.php?1,29>.
- Nylund, A-M., Järvinen, S., Susi, J. & Vihtamäki, P. 2008. Seksuaalineuvonta gynekologisen syöpäpotilaan hoitoprosessiin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2008. Tampere.
- Petäjä, H. 2010. Seksuaaliterveyden edistämisen toimintamallin kehittäminen. Turun ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK. Opinnäytetyö. Viitattu 31.8.2011. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010112816030>.
- Royal College of Nursing. 2004. Sexual health competencies, an integrated career and competency framework for sexual and reproductive health nursing. Lontoo.
- Ritamo, M., Pelkonen, M. & Nikula, M. 2010. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Avauksia. Viitattu 31.8.2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/cbbcdf34-116e-4a6e-b588-1b46b202f1b2>

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.

Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. 2010. Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing* 66(6), 1308–1316.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki.

Southard, N.Z. & Keller, J. 2009. The Importance of Assessing Sexuality: A Patient Perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 13(2), 213–217.

Stead, M.L., Fallowfield, L., Brown, J.M., & Selby, P. 2002. Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: Qualitative study. *Western Journal of Medicine*, 176(1), 18–19.

Suomen Seksologinen Seura ry 2010. Viitattu 31.8.2011. <http://www.seksologinenseura.fi/>.

TERVEYDENHUOLLON ASIAKASPALVELUPROSESSIN KEHITTÄMINEN

Seija Lohisto

Terveydenhuoltoon kohdistuu monia arvolatautuneita tavoitteita ja odotuksia vastata yksilöllisesti jokaisen asiakkaan tarpeisiin. Hyvä palvelu koetaan erittäin tavoiteltavaksi arvoksi. Tässä artikkelissa kuvataan erään terveydenhuollon yksikön asiakaspalveluprosessin mallintaminen hoitotyön kliinisen asiantuntijan näkökulmasta. Prosessin lähtökohtana oli ulkoinen asiakas ja hänen tarpeensa. Kehityshaasteena on saada palvelutapahtuma toimimaan siten, että asiakkaalle jää terveydenhuollon organisaatiosta miellyttävä tunne, ja hän kokee saaneensa hyvää palvelua.

LÄHTÖKOHDAT

Funktionaalisen organisaatiomallista prosessijohdettuun toimintatapaan

Terveydenhuollon organisaatiot ovat perinteisesti rakentuneet eri tehtäviä hoitavista toiminta-alueista. Funktionaalinen organisaatio koostuu erikoistuneista toiminnoista ja osastoista, jotka tekevät yhteistyötä organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi. Organisaation tehokkuuden perustana on erikoistuminen ja kunkin erikoisalan osaamisen vaaliminen. Funktionaalisen organisaation ongelmia ovat kokonaisuuden hallinnan vaikeus ja tehottomuus yksiköiden rajapinnoilla. Yksi ratkaisu näihin ongelmiin on järjestää toiminta erikoistuneiden funktioiden sijaan asiakastarpeiden mukaan prosesseiksi. Prosessiorganisaatio rakentuu asiakastarpeiden täyttämiseksi toimivien ydinprosessien ympärille. Prosessit helpottavat toiminnan rakentamista asiakkaan ja tavoitteiden ympärille. (Tolkki ym. 2008, 41,43.)

Julkisen vallan keinot vaikuttaa ja ohjata terveydenhuollon kehitystä ovat muuttumassa kansalaisten vaatimustason noustessa sekä taloudellisen integ-

raation ja globalisaation edetessä. Olennainen kysymys terveydenhuollon tulevaisuuden kannalta on se, pystytäänkö vastaamaan sekä terveystalouden kasvun että kansalaisten odotusten ja vaatimustason nousuun. Palveluiden tuotannon näkökulmasta tulevaisuuden merkittäviä haasteita ovat palvelujen rahoitus, vastuunjako paikallisen ja valtiollisen tason välillä, julkisen ja yksityisen sektorin suhteet sekä osaavan työvoiman saannin varmistaminen. (Willberg & Valtonen 2007, 4.)

Kliininen asiantuntija toiminnan kehittäjänä

Terveydenhuollossa ja hoitotyössä tavoitellaan toiminnan perustumista näyttöön. (Perälä ym. 2008, 11). Näyttöön perustuva toiminta on monimutkainen ongelmanratkaisuprosessi, johon vaikuttavat sekä yksilö- että ympäristötekijät (Elomaa & Mikkola 2008,10). Organisaatioilla ei useinkaan ole prosesseja, joilla tukea sairaanhoitajan järjestelmällistä tapaa kehittää ja arvioida hoitotyön interventioita, säännöstyöjä, kriittistä arviointia ja toimintatapoja, jotka perustuvat tieteelliseen näyttöön (Newhouse ym. 2005, 35). Asiantuntijan erottaa muista työnsä hallitsevista henkilöistä ongelmanratkaisutaidot, ammattillisten rajojen tunnistaminen, erilaisten rajojen yli ulottuva joustava toiminta sekä kyky synnyttää muutoksia. Kliinisten asiantuntijoiden toimintaa tukevasa organisaatiossa arvostetaan asiantuntijuutta ja luodaan sille toimintaedellytykset sekä mahdollistetaan tietojen ja taitojen jatkuva päivittäminen. (Arminen ym. 2008, 24–25.)

Kliiniset asiantuntijat ovat tietotyöntekijöitä, jotka tuottavat tietoa ja välittävät sitä eteenpäin. He työskentelevät prosessien ja tuotosten epäselvässä välimaastossa. Tämä edellyttää kliiniseltä asiantuntijalta tavoitteellisuutta, näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä ja kykyä osoittaa toiminnalla aikaansaatu muutos. (Judin ym. 2008, 6.)

Kohdeorganisaation asiakaspalveluprosessista ei ollut olemassa aikaisempaa prosessikuvausta. Prosessin osapuolet tunnistettiin, ja heille annettiin mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa dialogissa yhdessä uuden toimintamallin luomiseksi. Uuden hoitotyön mallin tarpeen määrittelyn ja asiakasprosessin mallintamisen jälkeen rajattiin kehittämiskohteeksi asiakaspalveluprosessin implementointi. Tämä vahvistaa organisaation prosessiosaamista ja brändiä. Keskeisiksi ongelmiksi ja tulevaisuuden kehittämistavoitteeksi määriteltiin eri hoitolinjojen prosessien mallintaminen näyttöön perustuen, moniammatillisessa tiimissä sekä erityisesti rajapinnat huomioiden. (Vrt. Bryant-Lukosius & DiCenso 2004, 533–534.)

Nykyinen toimintamalli	Funktionaaliseen organisaatiomallista prosessijohdettuun toimintatapaan
Asiansaisten tunnistaminen (rajapinnat)	<ul style="list-style-type: none"> – Erikoissairaanhoido – Perusterveydenhuolto – Yksityissektori – Muut yhteistyötahot (Ensihoito, tukipalvelut)
Uuden hoitotyön mallin tarpeen määrittely	<ul style="list-style-type: none"> – Asiakaspalveluprosessin mallintaminen ja implementointi – Prosessien mallintaminen hoitolinjoittain – Prosessiosaamisen vahvistaminen
Keskeisten ongelmien ja tavoitteiden tunnistaminen	<ul style="list-style-type: none"> – Prosessien mallintaminen näyttöön perustuen moniammatillisissa tiimeissä rajapinnat huomioiden – Muutosten läpiviemi
Uuden hoitotyön mallin ja kliinisen asiantuntijan roolin määrittely	<ul style="list-style-type: none"> – Eri hoitolinjoiden prosessimallinnukset asiakaspalvelun näkökulmasta – Prosessin kuvaaminen ja analysointi – Kliininen asiantuntija toimii prosessinomistajana
Uuden mallin käyttöönoton suunnittelu	<ul style="list-style-type: none"> – Organisaation johdon hyväksyntä ja sitoutuminen mallinnettuihin prosesseihin – Prosessien implementointi hoitolinjoittain
Kliinisen asiantuntijan roolin käyttöönoton suunnittelu	<ul style="list-style-type: none"> – Kliininen asiantuntija toimii ”muutosagenttina” uuden toimintamallin käyttöönotossa – Uusi toimintamalli parantaa potilaiden hoidon laatua ja asiakastytyväsyyttä
Kliinisen asiantuntijan roolin ja toimintamallin arviointi	<ul style="list-style-type: none"> – Prosessien säännöllinen arviointi ja päivittäminen – Mittarit: läpimenoaika, asiakaspalaute, Haipro, kehityskeskustelut, sähköinen täydennyskoulutusseuranta, hoitolinjan kompetenssimestarit – Tunnistetaan asiantuntijan vaikutukset toiminnan tuloksiin
Asiantuntijan roolin ja toimintamallin pitkäaikainen seuranta	<ul style="list-style-type: none"> – Asiantuntijan roolin ja toiminnan arviointi – Prosessien arviointi hoitolinjoittain, pitkällä aikavälillä – Asiantuntijan/ prosessin omistajan rooli organisaatiossa

KUVIO 1. *Kliinisen asiantuntijan rooli.*

Tarkastelussa käytettiin PEPPA-viitekehystä, joka on yhdeksänportainen prosessimalli osallistuvan, näyttöön perustuvan ja potilaskeskeisen hoitotyön kliinisen asiantuntijan roolin kehittämiseksi, käyttöönottamiseksi ja arvioimiseksi (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004, *Advanced Nursing Practice: A National Framework* 2008, 42). PEPPA-mallin avulla määriteltiin ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneen kliinisen asiantuntijan rooli päivystystoiminnan asiakaspalveluprosessin suunnittelussa ja implementoinnissa.

ASIAKASKESKEISYYS

Terveys- ja hyvinvointilain toisen pykälän yhtenä tarkoituksena on ”vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeyttä”. (Terveys- ja hyvinvointilaki 1326/2010). Asiakaslähtöisyyden haaste on ihmisten erilaisuus. Palvelutarpeet ja -ongelmat vaihtelevat sekä ihmisten välillä että samalla ihmisellä eri ajankohtina. Terveys- ja hyvinvointilain työntekijöiltä edellytetään herkkyyttä tunnistaa ihmisten ja tilanteiden erilaisuus sekä valmiutta muuttaa omia toimintatapojaan. Toiminnan tulee vastata ennen kaikkea asiakkaiden tarpeisiin heidän omasta näkökulmastaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 1999, 11–12.)

Chien ym. (2008) tutkivat hoitajien suorittamien palvelutapahtumien vaiheita ja seurauksia sähköpostikyselyllä, johon vastasi 127 hoitajaa kuudessa eri sairaalassa. Tutkimuksessa havaittiin, että asiakaslähtöisellä käyttäytymisellä oli positiivinen vaikutus organisaation asiakkaiden käyttäytymiseen. Sekä hoitajien että asiakkaiden käytöksellä todettiin olevan merkittävä myönteinen vaikutus palvelujen toteuttamiseen. Tulokset osoittivat myös, että korkeammin koulutetut hoitajat yhdistivät palvelutapahtumassa sekä asiakasta että asiakkaiden käytöstä havainnoivaa toimintaa.

Asiakaspalvelu

Terveys- ja hyvinvointilain erilaisia tapoja käynnistää palveluprosessi ovat esimerkiksi hoitoon hakeutuminen, lähete, ilmoitus ja kutsu. Palvelu tehdään asiakasta varten. Se tuotetaan ja kulutetaan samanaikaisesti.

Asiakaspalvelussa on yhtä aikaa kyse sekä organisaation strategiasta ja taloudellisista tavoitteista että ihmisten kohtaamisesta. (Pesonen ym. 2002.) Kohtaamisen onnistumiseen vaikuttaa se, kuinka asiakaslähtöistä toimintaa orga-

nisaatiossa harjoitetaan. (Aarnikoivu 2005.) Asiakaspalvelun tehtävä on saada asiakas tyytyväiseksi sekä kokemaan ja tuntemaan, että hän saa omia tarpeitaan vastaavaa palvelua. (Pesonen ym. 2002.) Asiakaspalvelun toteuttamiseen osallistuu jokainen organisaatiossa toimiva henkilö riippumatta siitä, kohtaako hän asiakkaat kasvotusten (Reinboth 2008, 109). Asiakaspalvelutaidoista tärkein on asiakkaan asemaan asettuminen ja hänen näkökulmansa ymmärtäminen. (Pesonen ym. 2002.)

Hyvä palvelu luodaan yhdessä asiakkaan kanssa palvelutilanteessa. Sitä ei voi tehdä varastoon, mutta sen vaikutukset saattavat olla erittäin pitkävaikutteisia. Asiakkaiden kohtaamisessa ensimmäiset hetket ovat yhtä tärkeitä kuin viimeisetkin (Valvio 2010, 144). Potilaskuormitus, henkilöstön suuri vaihtuvuus ja sitoutumattomuus sekä hoitoketjujen toimimattomuus ovat uhkatekijöitä hoidon laadulle. Ne luovat kuilua asiakkaan odotusten ja kokeman laadun välille. (Teittinen 2008.)

Asiakaspalvelu ei ole organisaation muusta toiminnasta irrallaan oleva toiminto. Sitä tulee johtaa ja kehittää osana organisaation kokonaistoimintaa. (Reinboth 2008, 34.) Tehokas tapa vastata kehittämisen haasteisiin on oppiva organisaatio, jossa reagoidaan asiakkaiden vaatimaan muutoshasteeseen ja opitaan jatkuvasti omasta ja asiakkaiden toiminnasta. Näin toimien voidaan nopeasti reagoida toimintaympäristön muutoksiin ja itse johtaa omaa kehitystä. (Risänen 2006, 19, 98.)

Asiakaspalvelun laatu

Terveysthuollon laatua voidaan tarkastella eri näkökulmista. Asiakkaan näkökulmassa korostuu se, mitä asiakas odottaa ja haluaa. Terveysthuollon ammattilaisten näkökulmasta on tärkeää se, mitä asiakas tarvitsee lääketieteellisiin perusteisiin. Organisaation johdon näkökulmasta laatu kuluttaa resursseja, jolloin tavoitteena on paras mahdollinen tulos resursseja tuhlaamatta, virheettömästi ja viiveettä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Asiakkaan ja ammattihenkilön näkemykset palvelun laadusta voivat erota toisistaan, ja esimerkiksi epäystävällinen kohtelu saattaa peittää alleen muilta osin laadukkaan palvelun ja hoidon (Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa 1996, 12–13).

Palvelun laatua voi tarkastella erottamalla palvelun lopputulos ja palveluprosessin laatu toisistaan. Palvelun lopputuloksen laatu viittaa siihen, mitä asiakas palveluprosessin aikana saa. Palveluprosessin laatu viittaa asiakkaan ja orga-

nisaation vuorovaikutuksen onnistumiseen. Asiakkaan laatumielikuva syntyy usein pitkälti palveluprosessin perusteella. (Jaakkola ym. 2009, 34.) Palveluntarjoajan imago vaikuttaa ennakkoon syntyvien odotusten muodostumiseen. Jos asiakkailla on palveluntarjoajasta myönteinen mielikuva, annetaan pienet virheet helpommin anteeksi. Kielteisessä imagossa mikä tahansa toimipisteessä tapahtuva virhe vaikuttaa suhteellisesti enemmän. Laatu on hyvää, kun koettu laatu vastaa asiakkaan odotuksia. Koettu laatu tuo asiakkaalle arvoa ja saa aikaan asiakastyytyväisyyttä. Odotusten ollessa epärealistisia kokonaislaatu koetaan alhaiseksi, vaikka objektiivisesti mitattuna laatu olisi hyvää. Laadun kokemus ilmenee asiakkaiden tyytyväisyytenä tai tyytymättömyytenä. (Grönroos 2001, 101, 104–106, Perälä 2006, Jaakkola ym. 2009, 34.)

Kujala (2003) on tutkinut laadunhallinnan mallia, jossa teoreettisena lähtökohtana oli asiakaslähtöisyys. Hoitamisen korkea laatu perustui kahteen ulottuvuuteen: hoitavan tahon tavoittelemaan asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaan kokemaan osallisuuteen. Kerätystä aineistosta etsittiin intensiivisellä otteella asiakkaan kokemuksia ja niissä ilmenneitä laadun poikkeamia kuten heikkoina koettuja hoitotapahtumia ja hoitotilanteita, joiden perusteella tehdään johdopäätöksiä hoidon laadusta. Tutkimustuloksissa voitiin osoittaa, miten hoidossa tuetaan asiakkaan osallisuuden kokemusta, ja siitä voitiin johtaa laadunhallinnan malli, joka perustui käsitteeseen ”osallisuus omaan hoitoonsa”. Tutkimustulokset rohkaisivat parantamaan laatua ja osoittivat asiakaslähtöisyyden käyttökelpoiseksi laadun kehittämisen lähtökohdaksi terveydenhuollossa.

Prosessi

Prosessilla tarkoitetaan tässä yhteydessä sarjaa toimenpiteitä sekä niihin liittyviä voimavaroja ja menetelmiä, joilla saadaan aikaan haluttu palvelu asiakkaalle. Hoitolinja muodostaa organisaation sisällä tapahtuvan asiakkaan palvelukokonaisuuden. Osa hoitolinjoihin sisältyvistä prosesseista ovat suoraan asiakkaan kanssa toimimiseen liittyviä ydinprosesseja ja osa niiden tukiprosesseja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 22.) Palvelu- ja hoitoprosessien määrittelyn ja suunnittelun lähtökohtana tulee olla asiakkaan tarpeet. (Tanttu 2007.) Prosessien kuvaaminen auttaa ymmärtämään toiminnan kokonaisuutta sekä ihmisten roolia siinä. Prosessien kuvaaminen saattaa johtaa myös työkokonaisuuksien kasvattamiseen, monitaitoisuuteen ja työtovereiden osaamisen arvos- tamiseen. (Laamanen 2009, 23.)

Prosessit sekä toimintamallit ja -tavat ovat useissa organisaatioissa kriittistä aineetonta pääomaa. Aineettoman pääoman tarkastelulla pyritään avaamaan ja auki kirjoittamaan prosesseja hallittaviksi asiakokonaisuuksiksi käyttämällä hyväksi aineettoman pääoman jaottelua (inhimillinen, rakenne- ja suhdepääoma). (Ic Partners 2004, 6.) Tässä artikkelissa kuvattavassa kehittämistehtävässä asiakaspalveluprosessin tunnistamisen lähtökohdaksi valittiin menestystekijöiden analysointi (taulukko 1).

TAULUKKO 1. *Asiakaspalveluprosessin kriittiset menestystekijät.*

<p>ASIAKAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • saavutettavuus • tasalaatuisuus • ennakko-odotukset / asenteet • vuorovaikutustaidot • asiakkaan kohtaaminen / asiakaspalvelun laatu • odotusaika / palveluvasteaika / läpimenoaika • palveluprosessin hallinta • läheisten huomioiminen • yksilöllisyys / kohtelu • infrastruktuuri 	<p>HENKILÖSTÖ</p> <ul style="list-style-type: none"> • yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot / tilannetaju • osaaminen ja sen jakaminen, osaamisen kehittäminen (yksilön ja työyksikön tarpeet) → kompetenssimestarit • työnjako • ohjaus / tiedottaminen / viestintä • työhyvinvointi • inhimillinen pääoma
<p>TALOUS, TEHOKKUUS, VAIKUTTAVUUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • läpimenoaika / prosessin mittarit • tutkimukset /toimenpiteet • vuorokaudenaika, vuodenaika, viikon-päivä • voimavarat / resurssit • tulevaisuuden osaamistarpeet/ rekrytointi / osaamisen johtaminen/ Talent management • riskienhallinta • yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa • kustannustehokkuus • palveluimago 	<p>PROSESSIT JA LAATU</p> <ul style="list-style-type: none"> • prosessin kuvaus • työnjako • rajapinnat (ensihoito /vuodeosastot / yksityissektori / tukipalvelut) • tietojärjestelmät / tiedon läpinäkyvyys • näyttöön perustuva toiminta • asiakastyytyväisyys • läpimenoaika • riskienhallinta • systemaattinen arviointi ja kehittäminen • BRÄNDI, IMAGO

Organisaatio luo puitteet ja edellytykset toiminnalle. Toiminnan lähtökohtana on asiakkuus, jonka palvelua prosessinomistaja koordinoi. Prosessijohtaminen tukee tehokkaasti asiakaslähtöisen toiminnan toteutumista. Prosessin pääta-voitteet asetetaan kokonaisille prosesseille. Jokaisen prosessin osan tulee toimia tavoitteiden saavuttamiseksi. Prosessityö ilmentää jokaisen työntekijän roolia ja toimijuutta suhteessa lopputulokseen (= tyytyväinen asiakas).

Asiakaspalveluprosessin kehittämisen prosessiin kuuluu olennaisena osana myös onnistumisen seuranta ja mittaaminen. Palvelun laatua voidaan tarkastella erottamalla palvelun lopputulos ja palveluprosessin laatu toisistaan. Palvelun lopputuloksen laatu viittaa siihen, mitä asiakas palveluprosessin aikana saa. Palveluprosessin laatu viittaa asiakkaan ja organisaation vuorovaikutuksen onnistumiseen.

Seuranta on tärkeää pitkäjänteiselle palvelujen kehittämiseksi. Erilaisten mittareiden käyttäminen tukee arviointia tuottamalla konkreettista tietoa prosessin eri vaiheista. Mittareiden tulee kiinteästi liittyä organisaation tavoitteisiin, jotta niistä on hyötyä päätöksenteossa. Mittarit liittyvät mm. taloudelliseen kannattavuuteen, asiakastyytyväisyyteen sekä henkilöstön tyytyväisyyteen ja osaamisen vahvistumiseen. On tärkeää, että mitataan vain oleellisia asioita ja että mittareiden tuottamaa tietoa käytetään hyväksi. Mittarit tulee suunnitella siten, etteivät työntekijät koe olevansa henkilökohtaisen arvioinnin tai liian tarkan seurannan kohteena. Asiakaspalveluprosessin mittarit on lueteltu taulukossa 2.

TAULUKKO 2. *Asiakaspalveluprosessin mittarit.*

ASIAKAS	<ul style="list-style-type: none">• Asiakastyytyväisyyskyselyt (THL)• Läpimenoaika• Reklamaatiot, potilaspalautteet, Haipro, Valvira
HENKILÖSTÖ	<ul style="list-style-type: none">• Kehityskeskustelut (alais- ja esimiesarviot)• Osaamiskartoitus• Koulutuksiin osallistuminen• Työhyvinvointi• Henkilöstön vaihtuvuus
TALOUS TEHOKKUUS VAIKUTTAVUUS	<ul style="list-style-type: none">• Keskimääräinen käynnin kustannus• Läpimenoaika• Käyntimäärät kotikunnittain• Budjetin/toteutuneiden kustannusten suhde
PROSESSIT JA LAATU	<ul style="list-style-type: none">• Sidosryhmien tyytyväisyys yhteistyöhön• Palveluvasteajat/läpimenoaika• Osaamiskartoitukset• Auditointi (sisäinen/ulkoinen)

Osa prosessin ohjaustyöstä tehdään päivittäisen työn ohessa ilman, että se aiheuttaa erillistä lisätyötä. Mittaustulosten hyödyntämisellä ja palautteen annolla tuetaan prosessissa työskentelevien ihmisten ja tiimien itseohjautuvuutta.

KLIINISEN ASIAANTUNTIJAN ROOLI ASIAKASPALVELUPROSESSIN IMPLEMENTOINNISSA

Siirtyminen funktionaalisesta organisaatiomallista prosessijohdettuun toimintatapaan muokkaa organisaatorakenteita. Usein perinteinen esimiehen rooli muuttuu valmentajaksi ja mahdollistajaksi entisen ohjaavan ja sanelevan roolin sijaan. Esimies ei tee enää jokaista yksittäistä päätöstä eikä organisoi työtehtäviä. Vastuu tästä on siirtynyt työntekijöille, mikä puolestaan nopeuttaa prosessien läpivientä ja laskee kustannuksia. Esimiestyö nähdään prosessijohdattamisessa osaamisen hankkimisena, resurssien ylläpitämisenä sekä ihmisten johtamisena. (Laamanen 2009, 119–120.) Oppivassa organisaatiossa tulee aikaansaada sellainen tapa toimia, joka tuottaa laadukkaita palveluita. Toimintatavan tulee olla helposti ohjattava. Palveluiden tulisi olla sellaisia, että nopea reagoiminen asiakkaiden tarpeisiin mahdollistuu. Toimintaprosessien tulee olla tarkoituksenmukaisia, yksityiskohdiltaan mietittyjä, ja niitä tulee kehittää

jatkuvasti. Jatkuva parantaminen on osa kaikkien työntekijöiden työskentelytapaa. (Hätönen 2007, 4.)

Prosessilähtöisessä toiminnassa, joka perustuu pitkälti asiantuntijoiden osaamiseen, ovat osaamisen johtamistaidot tärkeitä. Prosessijohtamisen haasteena on yhdistää yksilötason osaaminen ja palveluprosessien jatkuvuus yli organisaatorajojen asiakkaiden hyväksi niin, että muodostuu sujuva palveluketju. (Tanttu 2007, 175–176.)

Kliininen asiantuntija toimii prosessinomistajan roolissa. Hänen työnsä tavoitteena on prosessin erinomainen suorituskyky sekä asiakassuuntautuneen toiminnan jatkuva parantaminen. Hänen tehtävänä on huolehtia, ettei prosessin toteutus jää pelkkään prosessin kuvaamiseen ja dokumentointiin, jolloin toivottuja hyötyjä ei saavuteta, ja palataan entiseen toimintatapaan. Hän myös varmistaa, että ihmiset ovat tietoisia kokonaisuudesta sekä heidän omasta roolistaan siinä.

Prosessinomistaja pitää organisaation esimiehet ja johtajat tietoisina prosessin tarpeista. Hän sopii esimiehensä kanssa prosessin resurssien riittävydestä, prosessin yleisestä valvonnasta sekä syvällisen erityisosaamisen hallinnasta ja palkitsemisesta. Mahdollisiin muutostilanteisiin ja poikkeamiin hän tarttuu nopeasti.

Itse prosessissa keskitytään huolehtimaan suorituskyvyn ylläpidosta sekä palautetietojen keräämisestä strategista suunnittelua varten. Uuden toimintamallin odotetaan parantavan asiakaspalvelun laatua, henkilökunnan osaamista ja työtyytyväisyyttä. Kehittämistehtävän jatkohaasteiksi nousevat eri hoitolinjojen hoitoprosessien mallintaminen.

KLIINISEN ASIANTUNTIJAN ROOLIN JA ASIAKASPALVELUPROSESSIN SEURANTA JA KEHITTÄMINEN

Kliinisen asiantuntijan roolin käyttöönotto on prosessi, jossa roolin käyttöönotto ja jalkauttaminen, rooliin liittyvät toimintaohjeet ja -tavat sekä henkilökunnan kouluttaminen ovat jatkuvassa muutoksessa. Arvioinnin avulla tunnistetaan asiantuntijan ja uuden toimintamallin vaikutukset toiminnan tuloksiin. Parantuneet tulokset kertovat kliinisen asiantuntijan onnistuneen kehittämishankkeen läpiviemisessä. (Vrt. Bryant-Lukosius & DiCenso 2004, 537.)

Näyttöön perustuvalla toiminnalla on vaikutusta potilaiden hoitotuloksiin vasta sitten, kun tieto saa aikaan muutoksen työntekijöiden tiedoissa, asenteissa ja käyttäytymisessä (Perälä ym. 2008, 18). Kliinisen asiantuntijan roolia ja toimintaa arvioidaan säännöllisesti. Se vaikuttaa toimenkuvan jatkuvaan kehittämiseen. Säännöllinen arviointi auttaa organisaation johtoa muodostamaan selkeän näkemyksen kliinisen asiantuntijan roolin vastaavuudesta kulloisiinkin tarpeisiin. Arviointi kohdistuu myös koko PEPPA-viitekehukseen (kuvio 1.). Arvioinnin perusteella tehdään tarvittavat muutokset kliinisen asiantuntijaan rooliin sekä hoitotyön toimintamalliin. (Vrt. Bryant-Lukosius & DiCenso 2004, 537–538.)

VISIO TULEVAISUUTEEN

Terveydenhuollon toimintaympäristön muutokset sekä uudet palvelukonseptit muuttavat hoitotyötä vaativammaksi ja itsenäisemmäksi. Nämä edellyttävät vahvaa tiimityötä ja hoitotyön integroimista moninaisiin verkostoihin.

Hoitotyön kliininen asiantuntija pystyy koulutuksensa perusteella tarjoamaan muuttuvan työelämän tarpeisiin laaja-alaista ammattiin liittyvää tietoperustaa ja ammattipätevyyttä. Asiantuntijan roolin kehittämisessä keskitytään potilaiden hoidon laadun parantamiseen kehittämällä kliinistä toimintaa, koulutusta, tutkimusta sekä moniammatillista yhteistyötä. Kliinisen asiantuntijan prosessinomistajuuden roolia ja vahvuuksia on visioitu taulukossa 3.

TAULUKKO 3. *Kliininen asiantuntija prosessinomistajana.*

PROSESSINOMISTAJAN ROOLI	KLIINISEN ASIAANTUNTIJAN VAHVUUDET		
<ul style="list-style-type: none"> • Asiakaspalveluprosessin ohjaaminen, kehittäminen ja ylläpito toimialueittain (strategian mukaisesti) • Prosessin mittareiden seuranta ja mittausjärjestelmien kehittäminen • Kehitysideoiden, palautteiden ja poikkeamien kerääminen ja analysointi • Poikkeamiin ja laatuongelmiin tarttuminen • Rajapintatyöskentely saumattoman toiminnan saavuttamiseksi • Varmistaa työntekijöiden tietoisuus kokonaisuudesta ja hänen roolistaan siinä • Prosessissa työskentelevien henkilöiden valmentaminen • Hoitotyön laadun sekä henkilöstön osaamisen vahvistaminen näyttöön perustuen • Yhteistyö sidosryhmien, oppilaitosten ja alueen muiden toimijoiden kanssa • Opiskelijaohjauksen ja oppimisympäristön laadun seuranta ja arviointi • Opinnäyte- ja kehittämis töiden käytäntöön soveltaminen • Artikkelien kirjoittaminen / suulliset esitykset 	<p>SUBSTANSSI-OSAAMINEN</p>		<ul style="list-style-type: none"> – korkeakoulututkinto – pitkä ja monipuolinen työkokemus – tietotekniikkaosaaminen – asiakaspalveluosaaminen
	<p>KEHITTÄMIS- JA KEHITTÄMIS-OSAAMINEN</p>	<p>P R O S E S S I O S</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Oman osaamisen systemaattinen arviointi ja kehittäminen – Tiedon hankinta ja käsittely sekä tiedon kriittinen arviointi – Analyttinen, innovatiivinen, tutkiva ja kehittävä työte – Projektihallinta – Kielitaito
	<p>TYÖYHTEISÖ-OSAAMINEN</p>	<p>A A M I N E N</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Vastuunotto omasta toiminnasta – Oman organisaation yhteiskuntavastuu – Organisaation toiminnan kehittäminen – Muutoksen havainnointi ja johtaminen – Verkosto-osaaminen – Kirjallinen, suullinen ja visuaalinen viestintä – Kokonaisuuksien hahmottaminen
	<p>ASIAANTUNTIJUUDEN VAHVISTAMINEN / KEINOT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Varsat – MediMerc-koulutus • Auditointikoulutus • Täydennyskoulutus • Ammattikirjallisuus 	

Asiakaspalvelussa näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa hoitopäätösten perustumista parhaaseen ajantasaiseen tietoon työntekijän asiantuntemuksen, asiakkaan toiveiden ja toimintaympäristön tarjoamien mahdollisuuksien ohella. Kliininen asiantuntija toimii tulevaisuudessa terveydenhuollon asiakkuuksien ja palveluketjujen kehittämisessä prosessinomistajan roolissa. Hänen toimintansa on tulevaisuuteen suuntautunutta, analyttistä, tutkivaa ja kehittävää.

LÄHTEET

Aarnikoivu, H. 2005. Onnistu asiakaspalvelussa. Helsinki: WSOY.

Advanced Nursing Practice: A National Framework 2008. Canadian Nurses Association.

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

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

Chien, C., Chou, H. & Hung, S. 2008. A Conceptual Model of Nurses' Goal Orientation, Service Behavior and Service Performance. *Nursing Economic* November-December 2008/ No.6.

Elomaa, L. & Mikkola, H. 2008. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. 4. uudistettu painos. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Grönroos, C. 2001. Palveluiden johtaminen ja markkinointi. Helsinki: WSOY.

Hätönen, H. 2007. Oppiva organisaatio. Helsinki: Educa-Instituutti Oy.

Ic Partners. Kauppa- ja teollisuusministeriö, Tekes, Työvoima- ja elinkeinokeskus, Teollisuus-sijoitus, Finnvera. 2004. Aineettoman pääoman johtaminen. Työkirja. IC Partners. www.icpartners.fi.

Jaakkola, E., Orava, M. & Varjonen, V. 2009. Palvelujen tuotteistamisesta kilpailuetua. Opas yrityksille. Helsinki: Tekes.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.

Laamanen, K. 2009. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona – ideasta käytäntöön. 8. Painos. Espoo: Redfina.

Newhouse, R., Dearholt, S., Poe, S., Pugh, L. & White, K. 2005. Evidence-based Practice. A Practical Approach to Implementation. JONA Volume 35, Number 1, pp 35–40, Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Perälä, M-L. 2006. Asiakkaan näkökulma laatuun. Viitattu 27.2.20011. <http://www.tay.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/Perala.pdf>.

Perälä, M-L., Toljamo, M., Vallimies-Patomäki, M. & Pelkonen, M. 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) arviointi. Stakes. Viitattu 11.12.2009 <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R28-2008-VERKKO.pdf>.

Pesonen, H-L., Lehtonen, J. & Toskala, A. 2002. Asiakaspalvelu vuorovaikutuksena. Helsinki: Gummerus Oy.

Reinboth, C. 2008. Johda ja kehitä asiakaspalvelua. Helsinki: Gummerus Oy.

Rissanen, T. 2006. Hyvän palvelun kehittäminen. Vaasa: Kustannusyhtiö Pohjantähti Polestar Ltd

Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Suomen Kuntaliitto. 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Helsinki: Gummerus Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2008:28. Helsinki.

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Sosiaali- ja terveyshallintatieteen väitöskirjatutkimus. Vaasan yliopisto. Hallintotieteiden tiedekunta. Julkisjohtamisen laitos.

Teittinen, J. 2008. Mikä on laatua päivystyksessä? Keski-Suomen sairaanhoito-piiri. Päivystys 2008-seminaari. Viitattu 23.2.2011. <http://nova.ksshp.fi/public/default.aspx?contentid=16212&nodeid=6459>.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/ 1326. Finlex. Valtion säädöstietopankki. Viitattu 24.2.2011. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki).

Tolkki, O., Särkkä, M. & Jalonen, K. 2008. Organisaatiomallien teoriatarkastelu. Ihannesairaala-hanke.

Valvio, T. 2010. Palvelutapahtuma ja asiakkaan kohtaaminen. Hämeenlinna: Kauppakamari.

Willberg, M. & Valtonen, H. 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:36. Helsinki.

KIRJOITTAJAT

Pia Ahonen

TtT, koulutuspäällikkö, yliopettaja
Turun ammattikorkeakoulu

Katja Heikkinen

TtT, lehtori
Turun ammattikorkeakoulu

Tiina Ilola

sairaanhoitaja (ylempi AMK)
kliininen asiantuntija

Jaana Kurki

sairaanhoitaja (ylempi AMK)
kliininen asiantuntija

Seija Lohisto

sairaanhoitaja (ylempi AMK)
kliininen asiantuntija

Hanna Petäjä

sairaanhoitaja (ylempi AMK)
kliininen asiantuntija