


Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta, Hoitotyön jaosto


Kliinisen hoitotyön erikoisosaaminen

KEHITTÄMISEHDOTUKSET TUKEMAAN TYÖELÄMÄN MUUTOSTA

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	29.11.2016
Tekijät	Toimeksiantaja
Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta, Hoitotyön jaosto	Sosiaali- ja terveysministeriö
Rautiainen Elina, Vallimies-Patomäki Marjuka, Aitamurto Johanna, Merasto Merja, Moisio Eeva-Liisa, Tepponen Merja	HARE-numero ja toimeksiantamispäivä
	STM083:00/2013, 19.12.2013
Muiston nimi	
Kliinisen hoitotyön erikoisosaaminen - Kehittämissuositukset tukemaan työelämän muutosta	
Tiivistelmä	
<p>■ Henkilöstö on palvelujärjestelmän kulmakivi, ja sote-uudistuksen toimeenpano edellyttää henkilöstön saatavuuden, osaamisen ja sitouttamisen organisaatioon varmistamista. Tutkimusten mukaan tällaiset toimenpiteet liittyvät muiden ohella jatkuvaan ammatilliseen kehittämiseen ja tehtävien uudistamiseen.</p> <p>Sosiaali- ja terveysministeriön Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta asetti 11.3.2015 hoitotyön jaoston valmistelemaan ehdotuksen työelämässä tarvittavasta kliinisen hoitotyön erikoisosaamisesta ja viitekehuksesta sairaanhoitajatutkinnon jälkeistä kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusta varten. Viitekehys kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämisestä on tarkoitettu ammattikorkeakoulujen ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden käyttöön erikoistumiskoulutusten suunnittelua ja järjestämistä varten. Ammattikorkeakouluista annetun lain (932/2014) ja valtioneuvoston asetuksen (1129/2014) säännökset erikoistumiskoulutuksista tulivat voimaan 2015. Erikoistumiskoulutukset tarjoavat ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneille uuden väylän erikoisosaamisen kehittämiseen. Valmistelun taustalla oli muiden ohella myös selvitys ammattikorkeakoulujen erikoistumisopintojen nykytilasta Suomessa ja kliinisen hoitotyön erikoistumisopintojen järjestämisestä 12 EU maassa (Rautiainen & Vallimies-Patomäki 2014).</p> <p>Ehdotus viitekehuksesta laadittiin yhteistyössä sidosryhmien kanssa. Viitekehys sisältää ehdotukset kliinisen hoitotyön 10 erikoistumisalaksi, osaamisen kehittämisen koordinaation rakenteiksi, osaamisen varmistamisen ja tunnistamisen käytännöiksi sekä osaamisen kehittämisprosessiksi työelämässä. Raportin liitteinä ovat jaoston kuvaukset kansanterveyden muutostrendeistä ja sote-uudistuksesta sekä selvitykset terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamisen kehittämisestä Suomessa ja ulkomailla.</p> <p>Viitekehys on suunnattu sairaanhoitajien osaamisen kehittämiseen kliinisessä hoitotyössä. Koska sairaanhoitajat ovat terveydenhuollon suurin ammattiryhmä, heidän työpanoksellaan ja osaamisellaan on merkittävä vaikutus hoitoon pääsyyn, toiminnan sujuvuuteen, terveystuloksiin ja kustannuksiin. Sairaanhoitajatutkinnon suorittaneiden ohella viitekehys soveltuu terveydenhoitajien, kättilöiden ja ensihoitajien osaamisen kehittämiseen, kun he toimivat ehdotettujen erikoistumisalojen mukaisissa tehtävissä. Viitekehystä voidaan hyödyntää kokemusten myötä myös muiden ammattiryhmien osaamisen kehittämisessä.</p>	
Asiasanat	
hoitotyö, työelämä, sairaanhoitajat, erikoistumisopinnot	
Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:61	Muut tiedot
	www.stm.fi
ISSN-L 2242-0037	Kokonaissivumäärä
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)	47
ISBN 978-952-00-3843-4	Kieli
URN:ISBN: 978-952-00-3843-4	suomi
http://urn.fi/ URN:ISBN:978-952-00-3843-4	
 SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	29.11.2016
Författare	Uppdragsgivare
Delegationen för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, sektionen för vårdarbete: Rautiainen Elina, Vallimies-Patomäki Marjukka, Aitamurto Johanna, Merasto Merja, Moision Eeva-Liisa, Tepponen Merja	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM083:00/2013, 19.12.2013
Rapportens titel	
Specialkunnande inom kliniskt vårdarbete - Utvecklingsförslag till stöd för förändringar i arbetslivet	
Referat	
<p>■ Personalen är servicesystemets hörnsten, och genomförandet av social- och hälsovårdsreformen förutsätter att man säkerställer tillgången till och kunnandet hos personalen och att personalen förbinder sig till organisationen. Enligt undersökningar hänför sig sådana här åtgärder vid sidan av övriga till kontinuerlig yrkesmässig utveckling och förändringar i arbetsuppgifterna.</p> <p>Social- och hälsovårdsministeriets delegation för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården tillsatte 11.3.2015 en sektion för vårdarbete att bereda ett förslag till specialkunnande inom kliniskt vårdarbete som behövs i arbetslivet och en referensram för specialiseringsutbildning inom kliniskt vårdarbete efter sjukskötarexamen. Referensramen för utveckling av specialkunnandet inom kliniskt vårdarbete är avsedd för att användas av verksamhetsenheterna vid yrkeshögskolor och inom hälso- och sjukvården för planering och ordnande av specialiseringsutbildning. Bestämmelserna om specialiseringsutbildningar i yrkeshögskolelagen (932/2014) och statsrådets förordning om yrkeshögskolor (1129/2014) trädde i kraft 2015. Specialiseringsutbildningarna erbjuder de som avlagt yrkeshögskoleexamen en ny väg för att utveckla specialkunnandet. Bakom beredningen fanns vid sidan av andra även en utredning om nuläget för yrkeshögskolornas specialiseringsstudier i Finland och ordnandet av specialiseringsstudier i kliniskt vårdarbete i 12 EU-länder (Rautiainen & Vallimies-Patomäki 2014).</p> <p>Förslaget om en referensram utarbetades i samarbete med intressentgrupperna. Referensramen innehåller förslag till 10 specialområden inom kliniskt vårdarbete, strukturer för samordning av utvecklingen av kunnandet, praxis vid säkerställande och identifiering av kunnandet samt utvecklingsprocess för kunnandet i arbetslivet. Till rapporten har bifogats sektionens beskrivningar av förändringstrender inom folkhälsan och social- och hälsovårdsreformen samt utredningar om utvecklingen av kunnandet hos yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i Finland och utomlands.</p> <p>Referensramen är inriktad mot utveckling av sjukskötarens kunnande inom det kliniska vårdarbetet. Eftersom sjukskötarna är den största yrkesgruppen inom hälso- och sjukvården har deras arbetsinsats och kunnande en betydande inverkan på tillgång till vård, hur väl verksamheten fungerar, hälsoresultat och kostnader. Utöver de som avlagt sjukskötarexamen lämpar sig referensramen för utveckling av sjukskötarens, barnmorskornas och förstavårdarnas kunnande när dessa arbetar i uppgifter enligt de föreslagna specialområdena. I takt med erfarenhet kan referensramen även utnyttjas vid utvecklingen av kunnandet hos andra yrkesgrupper.</p>	
Nyckelord: vårdarbete, arbetsliv, sjukskötare, specialiseringsstudier	
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:61 ISSN-L 2242-0037 ISSN 2242-0037 (online) ISBN 978-952-00-3843-4 URN:ISBN: 978-952-00-3843-4 http://urn.fi/ URN:ISBN: 978-952-00-3843-4	Övriga uppgifter www.stm.fi/svenska
	Sidoantal Språk
47	finska
 SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET	

SISÄLLYS

1 Johdanto.....	5
2 Selvityksen tausta ja tavoitteet.....	5
2.1 Selvityksen taustaa	5
2.2 Jaoston asettaminen	6
2.3. Raportin tarkoitus	7
3 Aineisto ja menetelmät.....	7
4 Jaoston ehdotukset	8
4.1 Viitekehys kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämiseksi.....	8
4.2 Miten sairaanhoitajan tehtäväkuva ja osaamistarpeet muuttuvat?	10
4.3 Viitekehysten osa-alueet	12
I EHDOTUKSET: Kansallinen ja alueellinen koordinaatio	12
II EHDOTUKSET: Osaamisen kehittäminen ja varmistaminen yhtenäisin menetelmin ...	14
III EHDOTUKSET: Kliinisen hoitotyön erikoistumisalat	17
Lähteet	22
Liitekuvio 1	30
Liite 1 Hoitotyön jaoston asettaminen	31
Liite 2 Sidosryhmäkeskustelut.....	32
Liite 3 Kansanterveyden muutostrendit.....	33
Liite 4 Terveystieteiden ammattihenkilöiden osaamisen kehittäminen Suomessa ...	36
Liite 5 Kansainvälinen näkökulma terveysalan osaamisen kehittämiseen	44

1 Johdanto

Pääministeri Sipilän hallitusohjelman mukaan julkista taloutta vahvistetaan ja kustannusten hallintaa parannetaan uudistamalla sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenne ja tuotanto (Valtioneuvoston kanslia 2015). Sote-uudistuksen keskeisiä tavoitteita ovat potilaan ja asiakaan valinnanvapauden laajentaminen, perustason palveluiden vahvistaminen, erikoistason palveluiden keskittäminen ja hoitoon pääsyn parantaminen. Koska henkilöstö on palvelujärjestelmän kulmakivi, sote-uudistuksen toimeenpano edellyttää toimenpiteitä, joilla varmistetaan henkilöstön saatavuus, osaaminen ja sitouttaminen organisaatioon. Tutkimusten mukaan tällaiset toimenpiteet liittyvät muiden ohella jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen, tehtäväkuvien uudistamiseen, henkilöstövoimavarojen tarkoituksenmukaiseen kohdentamiseen sekä osallistumismahdollisuuksiin oman työn ja toiminnan kehittämiseen (Barriball ym. 2015).

Kansainvälisessä keskustelussa korostetaan henkilöstönäkökulman sisällyttämistä sosiaali- ja terveyspoliittisiin strategioihin ja ohjelmiin. Näkökulma on viime vuosina laajentunut henkilöstöväjeistä henkilöstösuunnitteluun, eri ammattiryhmien työnjaon uudistamiseen sekä osaamisen hyödyntämiseen ja kehittämiseen väestön palvelutarpeen mukaisesti. Samaan aikaan palveluiden innovatiivisista tuottamistavoista ja uudesta teknologiasta etsitään ratkaisuja väestön ikääntymiseen ja pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyviin haasteisiin. (OECD 2016, WHO 2016.)

Koska sairaanhoitajat ovat terveydenhuollon suurin ammattiryhmä, heidän työpanoksellaan ja osaamisellaan on merkittävä vaikutus hoitoon pääsyyn, toiminnan sujuvuuteen, terveystuloksiin ja kustannuksiin. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan asettama jaosto selvitti työelämän muutoksen edellyttämää kliinisen hoitotyön erikoisosaamista ja valmisti ehdotuksensa kansallisesta viitekehystä kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä voidaan viitekehysten avulla ennakoita tulevaisuuden osaamisvaatimuksia sekä kehittää yhteistyössä ammattikorkeakoulujen kanssa henkilöstön osaamista väestön terveystarpeiden ja palvelurakennemuutosten mukaisesti.

2 Selvityksen tausta ja tavoitteet

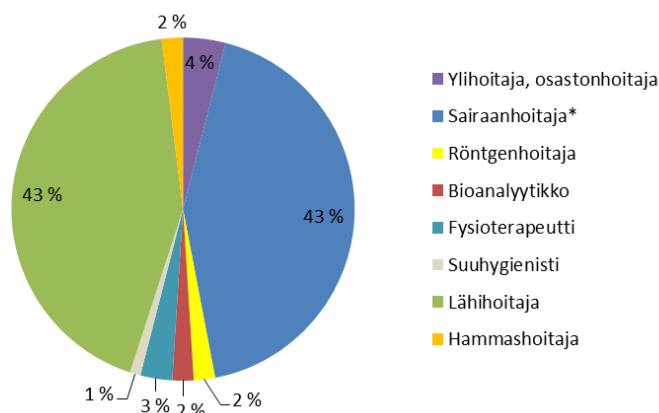
2.1 Selvityksen taustaa

Vuonna 2015 kuntasektorin sosiaali- ja terveydenhuollossa työskenteli 55 550¹ sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa, kättilöä ja ensihoitajaa (kuviot 1, Ailasmaa 2016). Tämä ryhmä muodosti hoitohenkilöstöstä 43 %. Suurena ammattiryhmänä sairaanhoitajien työpanoksella ja osaamisella on merkittävä vaikutus kansanterveysongelmien ehkäisyyn, palveluiden saatavuuteen, hoidon laatuun ja palvelujärjestelmän kustannuksiin. Sairaanhoitajat ovat avainasemassa myös palveluohjauksen toteuttamisessa ja asiakaslähtöisen palvelukokonaisuuden yhteensovittamisessa palveluiden rajapinnoissa.

Jotta uusissa palvelurakenteissa voidaan entistä vaikuttavammin vastata kansanterveyshaasteisiin ja toimintaympäristön muutoksiin, hoitotyön osaamista tulee kehittää sairaanhoitajakoulutuksen jälkeisillä kansallisesti yhtenäisillä erikoistumiskoulutuksilla. Ammattikorkeakouluista annetun lain (932/2014) ja valtioneuvoston asetuksen (1129/2014) säännökset eri-

¹ Terveydenhoitaja- ja kättilötutkinnon suorittaneet merkitään Terhikki-rekisteriin myös sairaanhoitajina ja ensihoitajatutkinnon suorittaneet sairaanhoitajina. Pelkän sairaanhoitajatutkinnon suorittaneet muodostavat tästä ryhmästä 84 %.

koistumiskoulutuksista tulivat voimaan 2015. Erikoistumiskoulutukset tarjoavat ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneille uuden väylän erikoisosaamisen kehittämiseen.



Kuvio 1. Sairaanhoidajien osuus kuntasektorin hoitohenkilöstöstä vuonna 2015. (Ailasmaa 2016.)

ARENE ry:n Sotelika-verkosto² valmistelee opetus- ja kulttuuriministeriön hankerahoituksella vuoden 2016 loppuun mennessä selvityksen sosiaali-, terveys-, liikunta- ja kauneudenhoitoalan erikoistumiskoulutusten tarpeista sekä määrittää ensi vaiheessa käynnistettävät erikoistumiskoulutukset. Painopiste on tulevaisuuden osaamisen sekä sote-uudistuksen myötä muuttuvien toimintaympäristöjen ja niiden monialaisten ja -ammattillisten koulutustarpeiden tunnistamisessa. Soteli-verkosto on sopinut OKM:n rahoituksen hakemista syksyllä 2016 lastensuojelutyön, moniammatillisen kotikuntoutuksen, syöpäpotilaan moniammatillisen hoitoketjun ja sote-palvelujen kehittäjän erikoistumiskoulutuksille. Kesän 2017 rahoitushakuun suunniteltavista erikoistumiskoulutuksista sovitaan loppuvuodesta 2016. Sotelika-verkoston hankkeessa arvioidaan syntyvän monia yhteisiä teemoja sairaanhoidajan kliinisen erikoisosaamisen kehittämistarpeista, vaikka hanke ei pääsääntöisesti tuota kliinisen osaamisen koulutusehdotuksia. Poikkeuksena tästä on syöpäpotilaan moniammatillisen hoitoketjun erikoistumiskoulutus, joka syventää kliinistä osaamista.

Jaoston työtä edelsi selvitys ammattikorkeakoulujen erikoistumisopintojen nykytilasta Suomessa ja kliinisen hoitotyön erikoistumisopintojen järjestämisestä 12 EU maassa (Rautiainen & Vallimies-Patomäki 2014). Jaoston työ pohjautuu myös ammattikorkeakoulujen Terveystieteiden verkoston selvitykseen sairaanhoidajakoulutuksen rakenteen ja sisällön kehittämisestä sekä Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus- hankkeeseen, jonka Metropolia ammattikorkeakoulu ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry:n toteuttivat yhteistyössä ammattikorkeakoulujen kanssa (Eriksson ym. 2015).

2.2 Jaoston asettaminen

Terveystieteiden ammattihenkilöiden neuvottelukunta asetti 11.3.2015 hoitotyön jaoston valmistelemaan ehdotuksen työelämässä tarvittavasta kliinisen hoitotyön erikoisosaamisesta ja viitekehuksesta sairaanhoidajatutkinnon jälkeistä kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusta varten (liite 1). Jaoston puheenjohtajaksi nimettiin neuvotteleva virkamies Marjukka Vallimies-Patomäki sekä jäseniksi hallintoylihoitaja Johanna Aitamurto Hallintoylihoitajat ry:stä, puheenjohtaja Merja Merasto Suomen sairaanhoidajaliitto ry:stä, puheenjohtaja Eeva-Liisa

² Sotelika-verkosto koostuu sosiaali-, terveys-, liikunta- ja kauneudenhoitoalan koulutusta antavien 23 ammattikorkeakoulujen edustajista. Tutkintonimikkeitä on yhteensä 20, joista 16 on terveystieteiden tutkintoja.

Moisio Arenen Terveysalan verkostosta ja kehittämisjohtaja Merja Tepponen Eksotesta. Työryhmän sihteerinä toimi terveystieteiden maisteri Elina Rautiainen Itä-Suomen yliopistosta. Työryhmä sai palautetta ehdotuksistaan myös neuvotteleva virkamies Marjaana Pelkoselta, neuvotteleva virkamies Maire Kolimalta, projektipäällikkö Anja Norolta ja ylilääkäri Teppo Heikkilältä sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä puheenjohtaja Nina Hahtelalta Suomen sairaanhoitajaliitto ry:stä.

2.3. Raportin tarkoitus

Hoitotyön jaosto laati yhteistyössä sidosryhmien kanssa ehdotuksen kansallisesta viitekehystä kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämiseksi. Viitekehys sisältää ehdotukset kliinisen hoitotyön erikoistumisaloiksi, osaamisen kehittämisen koordinaation rakenteiksi, osaamisen varmistamisen ja tunnistamisen käytännöiksi sekä osaamisen kehittämisprosessiksi työelämässä (luku 4). Tämän raportin liitteinä ovat jaoston kuvaukset kansanterveyden muutostrendeistä ja sote-uudistuksesta (liite 3) sekä selvitykset terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamisen kehittämisestä Suomessa (liite 4) ja ulkomailla (liite 5).

Raportissa ei käsitellä täydennyskoulutusta tai asetuksella säänneltyjä sairaanhoitajatutkinnon jälkeisiä lisäkoulutuksia, joita ovat sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutus (A 1089/2010) ja hoitotason ensihoitokoulutus (A 340/2011). Jaosto hyödynsi ehdotuksissa asiakasvastaavakoulutuksen sisältöalueita (STM 2011), mutta asiakasvastaavakoulutusta ei sellaisenaan sisällytetty ehdotuksiin.

Viitekehys on suunnattu sairaanhoitajien osaamisen kehittämiseen kliinisessä hoitotyössä. Sairaanhoitajatutkinnon suorittaneiden ohella viitekehys soveltuu terveydenhoitajien, kättilöiden ja ensihoitajien osaamisen kehittämiseen, kun he toimivat ehdotettujen erikoistumisalojen mukaisissa tehtävissä. Viitekehystä voidaan hyödyntää kokemusten myötä myös muiden ammattiryhmien osaamisen kehittämisessä. Viitekehys kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämisestä on tarkoitettu ammattikorkeakoulujen ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden käyttöön erikoistumiskoulutusten suunnittelua ja järjestämistä varten. Sote-uudistuksessa suunnitellaan maakunnille vastuuta alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä ja siihen liittyvästä yhteistyöstä (STM 2016a). Menetelmien ja palveluiden ohella kehittämisessä on kyse osaamisen kehittämistä väestön terveystarpeiden ja palvelurakenneuudistuksen mukaisesti yhteistyössä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa.

3 Aineisto ja menetelmät

Selvityksen aineistona käytettiin kohtuullisin voimavaroin saatavissa ollutta kirjallisuutta, kuten kotimaisia ja kansanvälisiä raportteja ja tutkimuksia kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen ennakoinnista ja järjestämisestä, sekä sidosryhmäkeskusteluiden tuotoksia. Lisäksi hyödynnettiin Sotkanet-tilastotietoja kansanterveysongelmien kehityssuunnista ja terveyspalveluiden käytöstä.

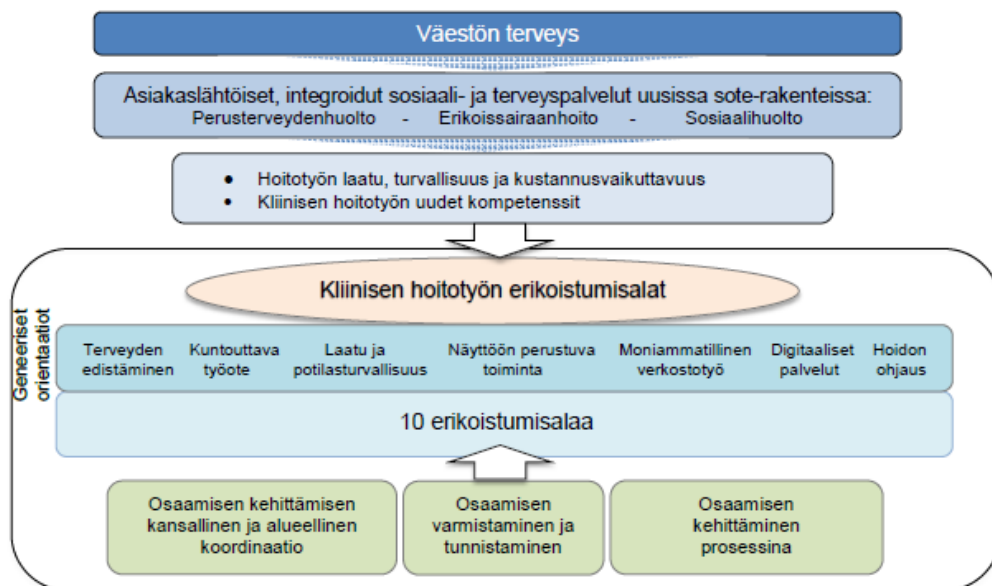
Jaosto kokoontui viisi kertaa ja järjesti kaksi sidosryhmäkeskustelua, joihin osallistui 21 asiantuntijaa 15 organisaatiosta (liite 2). Tarkoituksena oli saada palautetta kliinisen hoitotyön erikoistumisalojen määrittelystä ja varmistaa moniammatillinen näkökulma ehdotuksissa. Ensimmäisessä sidosryhmäkeskustelussa käsiteltiin erikoistumisalojen määrittelyä. Sidoryhmäkeskustelu toteutettiin Englannissa toimivan kansallisen Centre for Workforce Intelligence -organisaation (CfWI, <http://www.cfw.org.uk>) kanssa suunnitellun vuorovaikutteisen toimintatavan mukaisesti. Sidoryhmäkeskustelussa väestön terveystarpeiden ja toimintaympäristön

muutoksia kartoitettiin CfWI:n mallilla, joka on tarkoitettu terveydenhuollon osaamistarpeiden ja niihin vaikuttavien tekijöiden ennakointiin (CfWI 2014). Keskustelun tulokset on koottu liitekuviin 1. Toisessa sidosryhmäkeskustelussa koottiin sidosryhmien näkemykset kolmesta teemasta jaoston valmistelun pohjalta: (1) erikoistumisalat, (2) viitekehyyksen elementit ja (3) kansallinen ja alueellinen koordinaatio. Sidosryhmien näkemykset kirjattiin, ja jaoston ehdotuksia muokattiin edelleen näkemysten pohjalta.

4 Jaoston ehdotukset

4.1 Viitekehys klinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämiseksi

Kuvio 2 esittää jaoston ehdotuksen viitekehystä klinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämiseksi. Viitekehys sisältää klinisen hoitotyön erikoistumisalojen (ehdotus 6) ohella osaamisen kehittämisen koordinaation rakenteet ja käytännöt (ehdotukset 1-3), osaamisen varmistamisen yhtenäiset käytännöt ja aiemmin opitun tunnistamisen periaatteet (ehdotus 4) sekä osaamisen kehittämisen rakenteet ja menetelmät (ehdotus 5). Viitekehyyksen kokoamien rakenteiden ja käytäntöjen avulla voidaan kehittää klinisen hoitotyön erikoisosaamista väestön terveystarpeiden ja Sote-uudistuksen asettamien osaamisvaatimusten mukaisesti.



Kuvio 2. Ehdotus viitekehyyksi klinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämiseksi.

Hoitohenkilöstön asiantuntijuutta näyttöön perustuvassa toiminnassa voidaan kuvata neljällä tasolla (kuvio 3, STM 2009). Ne määrittävät sairaanhoitajan osaamista näyttöön perustuvassa toiminnassa ja ohjaavat sairaanhoitajan toimintaa näyttöön perustuvien käytäntöjen soveltamisessa ja levittämisessä ja kehittämisessä. Asiantuntijuuden tyypit ovat (1) kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat, (2) kliinisesti erikoistuneet hoitajat, (3) kliinisen hoitotyön asiantuntijat ja (4) kliinisen hoitotieteen asiantuntijat. Tässä raportissa tarkastellaan sairaanhoitajien kliinisen erikoisosaamisen kehittämistä kliinisesti erikoistuneina hoitajina. Kliiniseen hoitotyöhön erikoistuneen sairaanhoitajan tehtävänä on soveltaa näyttöön perustuvia käytäntöjä omalla erikoisalallaan sekä ohjata ja tukea niiden käyttöönottoa omassa työyksikössään. Tämä edellyttää erikoisalan asiantuntemuksen jatkuvaa ylläpitämistä ja kehittämistä.

Asiantuntijuuden tyypit	Kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat	Kliinisesti erikoistuneet hoitajat	Kliinisen hoitotyön asiantuntijat	Kliinisen hoitotieteen asiantuntijat
Osaamisen tavoite	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön osaaminen työyksikössä Tiedon soveltamisen osaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön osaaminen työyksikössä ja erityisosaamista Tiedon soveltamis- ja kehittämisosaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön ja kehittämisaamisen toimialalla Tutkimus- ja johtamisosaaminen Palvelujärjestelmän tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön sekä tutkimus- ja kehittämisosaaminen Johtamisosaaminen Kansallisen ja kansainvälisen palvelujärjestelmän tuntemus Kansainvälisen yhteistyön osaaminen
Osaamisen painotus	<ul style="list-style-type: none"> Kliinisen hoitotyön osaaminen Asiakaskohtainen tiedon käyttö ja soveltaminen 			
Toiminta näyttöön perustuvien (NP) käytäntöjen käyttöönotossa	NP-tiedon käyttö ja soveltaminen hoidossa Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen	NP-tiedon käyttö ja soveltaminen omalla erikoisalalla NP-käytäntöjen käyttöönoton ohjaus ja tuki työyksikössä Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen Tiedon levittäminen	Tieteellisen tiedon soveltaminen Käytäntöjen yhtenäistäminen toimintayksiköissä ja alueella NP-käytäntöjen kehittäminen, käyttöönoton tuki Tiedon hakeminen, levittäminen ja käytön seuraaminen Asiantuntijuuden kehittymisen tuki Kansallisen ja kansainvälisen kehityksen seuraaminen	Hoitotyön suositusten laatiminen Arviontimenetelmien kehittäminen, interventio, vaikuttavuustutkimus, hyvin/NP käytäntöjen toimeenpanon arviointi Kehittämisen- ja tutkimushankkeiden johtaminen Asiantuntijuuden ja johtamisen kehittymisen tuki Kansallisen ja kansainvälisen kehityksen seuraaminen

Kuvio 3. Asiantuntijuuden tyypit näyttöön perustuvassa toiminnassa (STM 2009).

Tutkimukset ovat viime vuosina antaneet uutta tietoa hoitotyön osaamistason merkityksestä hoidon laadun, turvallisuuden ja kustannusten kannalta. Erikoistuneiden sairaanhoitajien määrän on todettu olevan yhteydessä kirurgisten potilaiden hoidon komplikaatioista johtuvaan alempaan kuolleisuuteen (Kendall-Gallagher ym. 2011). Vastaavia tuloksia on saatu yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa sairaanhoitajien korkeamman koulutustason yhteydestä pienempään potilaskuolleisuuteen (Aiken ym. 2003) ja Euroopan alueella tehdyssä tutkimuksessa, jossa tutkittiin hoitohenkilöstön mitoitusta ja koulutusta suhteessa potilaskuolleisuuteen (Aiken ym. 2014).

Sairanhoitajien korkeamman koulutustason on todettu olevan yhteydessä myös vähäisempään painehaavojen, syvien veritulppien ja keuhkoveritulppien esiintyvyyteen (Blengen ym. 2013). Sairanhoitajien koulutustaso oli yhteydessä lisäksi hoitajakson lyhyempään keston akuuttihoitossa ja matalampiin kustannuksiin (Yakusheva ym. 2014). Koulutus vaikuttaa osaltaan työpaikkakulttuuriin, ja positiivisen työpaikkakulttuurin on todettu olevan yhteydessä lyhyempiin hoitoaikoihin ja hoidon matalampiin kustannuksiin (Hahtela 2015).

Jyväskylän kaupungin Huhtasuon terveysaseman moniammatillinen vastaanotto toiminta on suomalainen esimerkki sairaanhoitajan työpanosta painottavasta toimintamallista ja sen merkityksestä terveystuloksiin ja kustannuksiin.

Jyväskylän kaupungin Huhtasuon terveysaseman moniammatilliseen tiimiin kuuluvat sairaanhoitajan ja lääkärin ohella fysioterapeutti, sosiaaliohjaaja, psykologi, depressiohoitaja ja päihdehoitaja. Toimintatapaa muutettiin parantamalla hoidon tarpeen arviointia ja potilaiden itsehoidon tukemista, lisäämällä sairaanhoitajien vastuuta pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitosuunnitelmien laatimisesta ja hoidosta, ottamalla käyttöön terveystyömalli sekä käynnistämällä moniammatillinen vastaanotto toiminta. Vastaanottoa pitävillä aluehoitajilla on vastuuväestö. Sairaanhoitajista osalla on lääkkeenmääräämisoikeus. Vähäinen lääkäri työvoima kohdentuu lääkärin ammattitaitoa vaativiin potilaisiin. Potilaat ohjataan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella oikealle ammattihenkilölle.

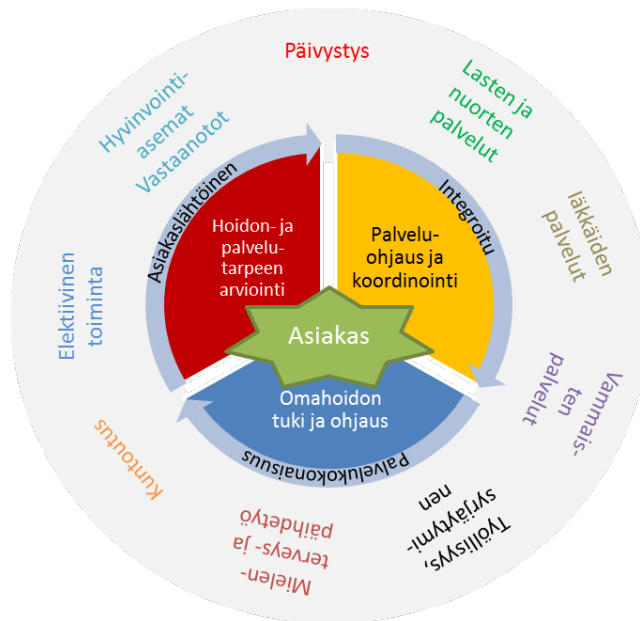
Uuden toimintamallin myötä hoitoon pääsy on parantunut, potilaiden itsehoito lisääntynyt ja kunkin ammattitaitoa käytetään tarkoituksenmukaisesti. Terveystyötä on osoitettu painon putoamisena, hoitotasapainon parantumisena, päihdeistä ja tupakasta luopumisena sekä oman elämän hallinnan, aktiivisuuden ja hyvinvoinnin kokemuksina. Suoritehinnat ovat edullisia muihin terveysasemiin verrattuna. Sairaanhoitajien kiinnostus ammattitaidon kehittämiseen ja ammatillisen osaamisen jakaminen ovat vahvistuneet. (Pekkilä 2015)

4.2 Miten sairaanhoitajan tehtäväkuva ja osaamistarpeet muuttuvat?

Jaosto pitää tärkeänä, että uudet erikoistumiskoulutukset tarjoavat mahdollisuuden kehittää sairaanhoitajan osaamista käytännön potilastyössä. Kliiniseen hoitotyöhön erikoistunut sairaanhoitaja tarvitsee vahvan osaamisen omalta erikoisalaltaan, jotta hän pystyy soveltamaan näyttöön perustuvia vaikuttavia käytäntöjä, tuomaan niitä moniammatilliseen työskentelyyn sekä tarjoamaan tukea ja ohjausta niiden käytöstä (kuvio 3). Tämä edellyttää oman alan tutkimuksen seuraamista ja tutkimustiedon välittämistä työyksikössä. Kliiniseen hoitotyöhön erikoistuneen sairaanhoitajan työssä korostuvat asiakaslähtöisyys, hyvät ohjausvalmiudet, toimintayksikön tuntemus ja kehittävä työote hoito- ja palveluprosessissa. Erikoistumiskoulutukset tarjoavat sairaanhoitajalle väylän uralle etenemiseen, mikä edistää alalle sitoutumista. (STM 2009, Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2016.)

Kuvio 4 esittää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integrointia asiakkaan näkökulmasta. Monialaisen ja -amatillisen tiimin asiantuntemus varmistaa palvelukokonaisuuden asiakaslähtöisyyden. Tiivis yhteistyö edellyttää eri ammattiryhmiltä sekä vahvaa oman alan osaamista että toisten ammattiryhmien osaamisalueiden tunnistamista ja osaamisen yhteensovittamista. Tiimissä on keskeistä lääketieteen, hoitotyön, kuntoutuksen sekä sosiaalityön ja muun sosiaalialan osaaminen. Esimerkiksi iäkkäiden toimintakykyä ja palvelutarvetta on arvioida laaja-alaisesti, mikä edellyttää riittävää asiantuntemusta gerontologiasta, muistisairauksista, kuntoutumisesta, mielenterveys- ja päihdetyöstä, apuvälineistä, kodinmuutostöistä, (gero)teknologiasta, eri asumismuodoista ja ympärivuorokautisesta hoivasta sekä omais- ja perhehoidosta.

Monialaisen ja -amatillisen tiimin jäsenenä sairaanhoitaja arvioi palvelun ja hoidon tarpeet, toteuttaa ja järjestää hoidon, seuraa hoidon toteutumista sekä ohjaa ja tukee omahoitoa. Sairaanhoitajan roolin muutos tiimin hoitotyön asiantuntijana, asiakkaan henkilökohtaisena valmentajana ja palvelujen koordinoijana luo yhtäältä uusia osaamisvaatimuksia. Toisaalta integroitu palvelurakenne luo uusia mahdollisuuksia käyttää sairaanhoitajan osaamista erilaisissa asiakaslähtöisissä hoito- ja palveluprosesseissa laadun ja potilasturvallisuuden varmistamisessa. Sairaanhoitajan roolia voitaisiin kehittää tällaisissa tehtävissä esimerkiksi kotona elämistä tukevissa sekä ikääntyneiden ja vammaisten palveluissa.



Kuvio 4. Sosiaali- ja terveystalujen integraatio asiakkaan näkökulmasta.

Jaoston näkemyksen mukaan erikoistuneen sairaanhoitajan osaamista voidaan hyödyntää entistä joustavammin gerontologisessa ja palliativisessa hoitotyössä sekä saattohoidossa. Kehittämistä tarvitaan myös kuntouttavan työtoimen viemisessä käytännön työhön, ravitsemustilan arvioinnissa ja seurannassa, lääkehoidon turvallisessa toteuttamisessa, lääkehoidon moniammatillisessa kokonaisarvioinnissa ja potilasturvallisuuden varmistamisessa. Ikäihmisten kotihoidon ja omaishoidon kärkihankkeessa kehitettävässä keskitetyn palveluohjauksen mallissa voidaan hyödyntää kliiniseen hoitotyöhön erikoistuneen sairaanhoitajan osaamista palvelutarpeen arvioinnissa, hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisessa ja seurannassa sekä asiakkaan ohjauksessa ja neuvonnassa tuista ja palveluista.

Toinen palvelusektori, jolla jaosto arvioi kliiniseen hoitotyöhön erikoistuneiden sairaanhoitajien työnkuvan uudistuvan, on avosairaanhoidon vastaanotto toiminta. Hoitajavastaanotot muodostavat tällä hetkellä 47 % perusterveydenhuollon avosairaanhoitokäynneistä (THL 2014d). Sairaanhoitajan tehtäväkuvaan kuluu hoidon tarpeen yksilöllinen arviointi, hoidon toteuttaminen, jatkohoidon suunnittelu sekä terveyden edistäminen ja itsehoiton ohjaus ja tuki. Nämä tehtäväalueet edellyttävät vahvaa akuuttien terveysongelmien ja keskeisten kansansairauksien ja niiden riskitekijöiden tuntemista sekä hoito- ja palvelupolkujen hallintaa. Päivystystoiminnan keskittäminen edellyttää sairaanhoitajalta kykyä hoidon kiireellisyyden arviointiin, itsenäiseen päätöksentekoon, muiden ammattiryhmien konsultointiin ja konsultoinnin tarjoamiseen. Sairaanhoitaja on avainasemassa myös monisairaiden ja monia palveluita käyttävien asiakkaiden hoidon ja palveluiden jatkuvuuden varmistamisessa palvelusektoreiden rajapinnoissa.

Kolmas kehityssuunta, jonka jaosto arvioi muuttavan sairaanhoitajan osaamisvaatimuksia, ovat digitalisaatio ja etäpalvelut. Digitalisaatio luo monia uusia mahdollisuuksia potilaiden ja asiakkaiden itsehoiton ja kotona elämisen tukemisessa, kroonisten sairauksien seurannassa sekä akuutteihin terveysongelmiin vastaamisessa. Digitalisaation hyödyntäminen edellyttää

tietosuojan ja -turvan tuntemista sekä tietojärjestelmien ja -sovellusten hallintaa. (STM & Kuntaliitto 2014.) Sairaanhoidajan palveluita tullaan viemään aikaisempaa enemmän myös asiakkaiden kotiin ja muihin elinympäristöihin. Silloin on tärkeää tukea sairaanhoidajan päätöksenteon asianmukaisuutta moniammatillisen etäkonsultaation ja sähköisten päätöksenteon tukijärjestelmien avulla.

4.3 Viitekehityksen osa-alueet

I EHDOTUKSET: Kansallinen ja alueellinen koordinaatio

Ehdotus 1. Yhteistyörakenteet ja -käytännöt kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen määrittelyssä

Jaosto ehdottaa, että kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämislinjauksista sovittaisiin viidellä yhteistyöalueella maakuntien ja alueen korkeakoulujen yhteistyössä. Osaamistarpeiden ennakkoinnin tulisi tapahtua näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen avulla. Tämä voisi tapahtua sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen kehittämis- ja yhteistyörakenteen puitteissa, jolloin osaamistarpeet määriteltäisiin alueen väestön ja työelämän tarpeiden pohjalta.

Ammattikorkeakoulut vastaisivat näiden linjausten pohjalta kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutustarjonnasta keskinäisen sopimusmenettelynsä puitteissa.

Jaosto ehdottaa, että kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämislinjauksista sovittaisiin maakuntien ja alueen korkeakoulujen yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon uusien kehittämis- ja yhteistyörakenteiden puitteissa. Niissä voitaisiin ennakoida alueellisia erikoiskoulutetun työvoiman tarpeita ja laatia arviot sairaanhoidajien määrällisestä tarpeesta kliinisen hoitotyön eri erikoistumisaloilla. Tässä tulisi käyttää kansainvälisessä kirjallisuudessa suositeltuja ennakkoinnin menetelmiä (ks. Fellows & Edwards 2016). Alueelliset kehittämislinjaukset tarjoaisivat ammattikorkeakouluille tietoa työelämän määrällisistä ja laadullisista henkilöstötarpeista.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla ei tällä hetkellä koordinoita kansallisesti kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994, 41 §) ja asetuksen (564/1994, 19a, b §) nojalla valtakunnallisen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaoston. Jaoston tehtävänä on arvioida kansallisia koulutustarpeita ja tehdä aloitteita koulutuksen kehittämiseksi. Tätä varten valmistellaan valtakunnallinen strategia, joka sisältää arvion tarvittavista erikoisalakohtaisista koulutettavien määristä ja koulutuksen sisällöistä. Koulutusmääriä seurataan alueellisten neuvottelukuntien keräämien tietojen avulla. Jaoston näkemyksen mukaan vastaavanlaisia käytäntöjä voitaisiin jatkossa hyödyntää myös kliinisen hoitotyön erikoistumisalojen kehittämisessä koordinaatiojaostosta saatujen kokemusten pohjalta.

Ehdotus 2. Erikoisosaamisen kehittämisen rahoitusmekanismit

Jaosto ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriö selvittäisi jatkossa mahdollisuuksia suunnata valtion rahoitusta sairaanhoitajien osallistumisen tukemiseksi sairaanhoitaja (AMK) -tutkinnon ja vastaavan aiemman tutkinnon suorittaneiden osaamisen kehittämiseen kansallisesti määritellyillä kliinisen hoitotyön erikoistumisaloilla.

Lääkärien ja hammaslääkärien erikoistumiskoulutukseen suunnataan valtion rahoitusta terveydenhuoltolain (1326/2010) perusteella. Yliopistosairaala ylläpitävälle kuntayhtymälle korvataan valtion varoista lääkärin ja hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksesta aiheutuvia kustannuksia (myöhemmin EVO-rahoitus). Vastaava korvaus suoritetaan myös muussa terveydenhuollon toimintayksikössä annetun lääkärin tai hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksen kustannuksista. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnosta aiheutuvien kustannusten korvaus perustuu toteutuneiden koulutuskuukausien määrään.

Sosiaali- ja terveysministeriön teettämässä esiselvityksessä (Kejonen 2013) ehdotettiin EVO-rahoituksen laajentamista muidenkin terveydenhuoltoalan ammattiryhmien kuin lääkärin ja hammaslääkärien koulutukseen. Esiselvityksen mukaan EVO-rahoitusta tulisi kohdistaa hoitotyön ammattihenkilöstön asetuksella ohjattavasta lisäkoulutuksesta aiheutuvien kustannusten kompensointiin palvelujärjestelmälle. Lisäksi ehdotettiin, että selvitetäisiin EVO-rahoituksen laajentamistarpeita muihinkin hoitotyön ammattihenkilöstön erikoistumiskoulutuksiin. Erikoistumiskoulutusten työelämälähtöisyyden kehittämiseksi ehdotettiin kansallisen viitekehyksen luomista sekä osaamiskuvausten ja opetussuunnitelman perusteiden laatimista.

Järjestämislakiluonnoksen (STM 2016a) mukaan valtion varoista korvattaisiin kustannuksia, jotka aiheutuvat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden yliopistotasoisesta koulutuksesta ja siihen liittyvästä käytännön harjoittelusta. Korvaus suoritettaisiin yliopistollista sairaalaa ylläpitäville maakunnille. Edellytyksenä on maakuntien ja yliopistojen välinen koulutussopimus.

Jaosto on arvioinut osaamisen kehittämisen rahoitustarpeita kansallisesti määritellyillä kliinisen hoitotyön erikoistumisaloilla seuraavasti. Mikäli työelämässä tapahtuvaan oppimiseen suunnattaisiin yksi päivä viikossa 35 viikon ajan, olisi rahoitustarve yhtä opiskelijaa kohden 3 395 euroa. Arvio perustuu noin 100 euron suuruiseen sairaanhoitajan laskennalliseen päiväpalkkaan, jossa on huomioitu keskimääräiset henkilökohtaiset, työkokemus-, määrävuosilisät sekä vuorotyö- ja lomakorvaukset. Rahoitustarpeita aiheuttaa lisäksi ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutuksesta perimä maksu, joka olisi maksimissaan 120 euroa yhtä opintopistettä kohden (A 1440/2014, 1 §). Jos erikoistumiskoulutuksen laajuus on 30 opintopistettä, opiskelijamaksun suuruus olisi 3 600 euroa. Mikäli ammattikorkeakoulut hyödyntävät verkko-opetusta, opintopisteen hinta voisi olla 80-100 euroa. Tällöin opiskelijamaksun suuruus olisi 2 400 - 3 000 euroa. Näin ollen rahoitustarve voisi olla enimmillään runsas 6 000 euroa opiskelijaa kohden. Arvio perustuu uuden koulutuksen käynnistämiskustannuksiin.

Sairaanhoitajan tehtäväkohtainen palkka oli lokakuussa 2015 keskimäärin 2 424 euroa ja kokonaisansio 3 107 euroa (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2015a). Jaosto arvioi, että enintään 3000 - 3 600 euron suuruinen erikoistumiskoulutuksen opiskelijamaksu on niin korkea suhteessa sairaanhoitajan kuukausiansioihin, että sairaanhoitajat hakeutuisivat ensisijaisesti heille edullisempaan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavaan kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmaan, mikäli työntaja ei maksaisi erikoistumiskoulutuksen kustannuksia. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman tavoitteena ei kuitenkaan tällä hetkellä ole kliinisen osaamisen syventäminen vaan kehittämis- ja johtamisosaaminen (Ks. Ahonen 2012).

Jaosto ehdottaa, että yhteisalueilla käynnistettäisiin yhteistyössä ammattikorkeakoulujen kanssa pilotteja ehdotetuista kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksista (ks. ehdotus 6). Näissä piloteissa tulisi selvittää myös valtion rahoituksen suuntaamista koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin. Ammattikorkeakoulut muodostaisivat yhteistyöenkaita erikoistumiskoulutusten toteuttamiseksi.

Ehdotus 3. Erikoistumiskoulutuksessa saadun osaamisen rekisteröinti

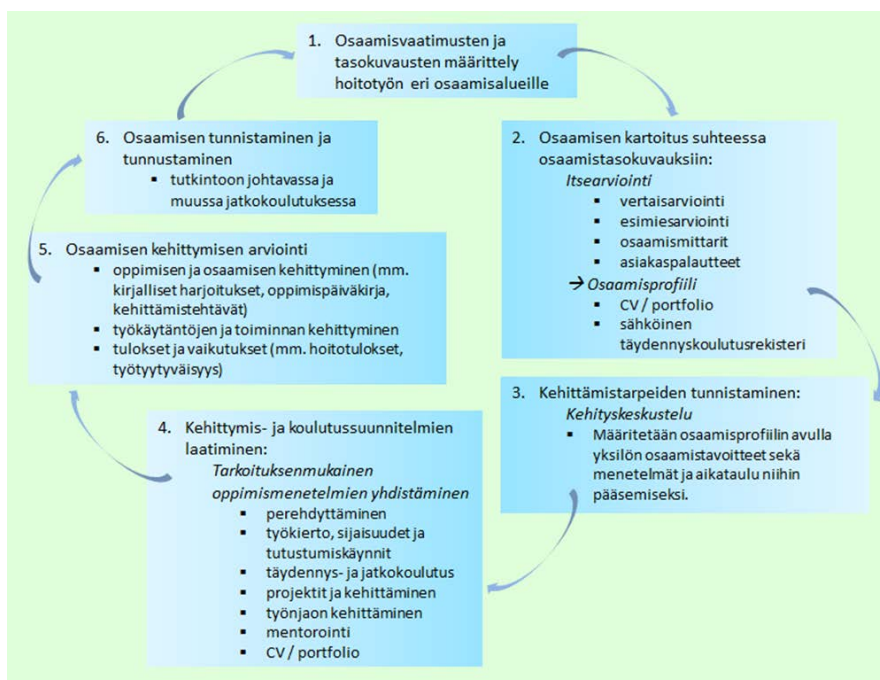
Jaosto ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriö selvittäisi mahdollisuutta rekisteröidä tieto erikoistumiskoulutuksista kansallisen viitekehyksen mukaisilla kliinisen hoitotyön erikoistumisaloilla.

Vuoden 2016 alusta voimaan tulleen sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain (817/2015, 16 §) mukaan Valvira merkitsee sosiaalihuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin tiedot muiden ohella korkeakoulutettujen erikoistumiskoulutuksista. Kyse on sekä yliopistojen että ammattikorkeakoulujen järjestämästä erikoistumiskoulutuksesta (HE 354/2014 vp.).

Valvira merkitsee terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994, 24a §) perusteella tiedon rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyydestä ja sen perustana olevasta koulutuksesta terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin. Jaosto ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriö selvittäisi mahdollisuutta rinnastaa tieto ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutuksista kliinisen hoitotyön erikoistumisaloilla terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 14 §:n mukaisiin erikoispätevyyksiin. Tämä yhdenmukaistaisi erikoistumiskoulutusten rekisteröintikäytäntöjä.

II EHDOTUKSET: Osaamisen kehittäminen ja varmistaminen yhtenäisin menetelmin

Jaosto kuvaa osaamisen kehittämistä kuvion 5 mukaisena suunnitelmallisena ja pitkäjänteisenä prosessina. Taustalla on sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuollon täydennyskoulutus-suositus (STM 2004). Suosituksen lähtökohtina ovat osaamisen johtaminen ja kansainvälisen kirjallisuuden mukaiset periaatteet ammatillisen osaamisen jatkuvasta kehittämisestä (Continuing Professional Development, CPD). Tavoitteena on työntekijän ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja syventäminen yhtäältä työntekijän osaamistarpeiden sekä toisaalta organisaation perustehtävän ja toiminnan kehittämisen mukaisesti.



Kuvio 5. Ammatillisen osaamisen kehittämisen prosessi.

Ehdotus 4. Yhtenäiset osaamistavoitteet ja osaamisen arviointimenetelmät

Jaosto ehdottaa, että kullekin kliinisen hoitotyön erikoistumisalalle määriteltäisiin yhtenäiset osaamistavoitteet ja osaamisen arviointimenetelmät. Osaamisperustaisuus antaisi pohjan myös näyttöjen avulla tapahtuvalle AHOT-menettelylle.

Ammattikorkeakoululain (L 932/2014, 11a §) mukaan erikoistumiskoulutuksena voidaan järjestää vain sellainen koulutus, jonka perusteista on sovittu ammattikorkeakoulujen keskinäisessä yhteistyössä. Sopimusmenettelyn aikana on tehtävä yhteistyötä työ- ja elinkeinoelämän edustajien kanssa. Sopimusmenettelyssä määritellään myös osaamisen tavoitteet ja osoittamisen tavat (A1129/2014, 6b §). Ammattikorkeakouluista annetun valtioneuvoston asetuksen (1129/2014, 6a §) mukaan erikoistumiskoulutuksen tavoitteena on, että opiskelija koulutustaustansa ja työkokemuksensa pohjalta:

1. kykenee toimimaan vaativissa asiantuntijatehtävissä ammattikorkeakoululain sopimusmenettelyssä määritellyllä työelämän osa-alueella,
2. saavuttaa asiantuntijuuden edellyttämän syvällisen erityisosaamisen tai monialaisen kokonaisuuden hallinnan,
3. osaa arvioida ja kehittää erityisalansa ammatillisia käytäntöjä perustuen tutkimukseen tai taiteellisen toiminnan menetelmiin sekä
4. kykenee toimimaan yhteisöissä ja -verkostoissa oman erityisalansa asiantuntijana.

Jaosto ehdottaa, että kullekin kliinisen hoitotyön erikoistumisalalle määriteltäisiin yhtenäiset osaamistavoitteet ammattikorkeakouluista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (1129/2014, 6b §) säädettyjen erikoistumiskoulutuksen tavoitteiden pohjalta. Osaamistavoitteet voitaisiin

määritellä sopimusmenettelyssä mukana olevien ammattikorkeakoulujen ja työelämän yhteistyönä.

Rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksessa kehitetyistä kliinisen osaamisen arviointimenetelmistä ja valtakunnallisesta loppukokeesta on saatu hyviä kokemuksia (Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto 2013, STM 2015). Jaoston näkemyksen mukaan erikoisosaamisen arviointimenetelmiä voisivat olla teoreettisten kokeiden ohella kliiniset kokeet ja loppukoe. Jaosto ehdottaa, että tällaiset arviointimenetelmät otettaisiin huomioon sopimusmenettelyssä.

Ammattikorkeakoululain (932/2014, 37 §) mukaan opiskelija saa tutkintoa tai erikoistumiskoulutusta suorittaessaan ammattikorkeakoulun päätöksen mukaisesti lukea hyväkseen muussa kotimaisessa tai ulkomaisessa korkeakoulussa taikka muussa oppilaitoksessa suorittamia opintoja ja korvata tutkintoon tai erikoistumiskoulutukseen kuuluvia opintoja muilla samantasoisilla opinnoilla. Hyväksi lukeminen tai opintojen korvaaminen voi tapahtua myös muulla tavoin osoitetulla osaamisella.

Jaoston näkemyksen mukaan aiemmin hankittu kliinisen hoitotyön erikoisosaaminen voidaan tunnistaa näyttöön pohjautuvalla AHOT-menettelyllä³, kun sairaanhoitaja suorittaa vastaavaan erikoistumisalaan liittyvää erikoistumiskoulutusta. Myös erikoistumiskoulutuksessa syntynyt osaaminen voitaisiin opintojaksokohtaisesti tunnistaa näyttöjen avulla AHOT-menettelyllä ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa koulutuksessa.

Ehdotus 5. Kliinisen hoitotyön osaamisen kehittäminen työelämässä

Jaosto ehdottaa, että viidellä yhteistyöalueella luodaan kliinisen hoitotyön erikoistumisalueille uudenlaiset osaamisen kehittämisen rakenteet ja menetelmät:

- opiskelijan henkilökohtaisessa opiskelusuunnitelmassa määritelty opiskelu aidoissa oppimisympäristöissä esimerkiksi työssä tapahtuvassa ohjatussa oppimisessä tai työnkierrossa
- harjoitteluun liittyvä kehittämissihtävä
- harjoittelun mentori

Ammattikorkeakoululaissa (932/2014) tai ammattikorkeakouluista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (1129/2014) ei säädetä erikoistumiskoulutuksiin sisältyvästä työssä tapahtuvasta oppimisesta. Jaoston näkemyksen mukaan kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittäminen edellyttää kuitenkin tavoitteellista ja työssä tapahtuvaa ohjattua oppimista aidoissa oppimisympäristöissä. Työssä tapahtuvasta ohjatusta oppimisesta on saatu hyviä kokemuksia rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksessa (STM 2015). Kliinistä osaamista voidaan kehittää myös simulaatiopedagogisin menetelmin. Niiden on todettu parantavan potilasturvallisuutta sekä lisäävän moniammatillista tiimityötä (Rosenberg ym. 2013.)

Jaosto ehdottaa, että viidellä yhteistyöalueella luotaisiin uudenlaisia työssä tapahtuvan ohjatun oppimisen käytäntöjä sairaanhoitajille ja muille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöryhmille. Tällaisia käytäntöjä voisivat olla myös opiskelijan henkilökohtaisessa opiskelusuunnitelmassa määritelty työnkierto ja kehittämissihtävä. Työssä tapahtuvaan ohjattuun oppimiseen avautuu aikaisempaa monipuolisempia mahdollisuuksia integroitujen palvelurakenteiden myötä. Työssä tapahtuvan oppimisen tai työnkierron mentorina voisi toimia kokenut sairaanhoitaja, joka on saanut lisäkoulutusta kyseisellä erikoistumisalalla. Mentorina voisi

³ AHOT-menettely tarkoittaa aiempien opintojen tai muutoin hankitun osaamisen hyväksilukemisen periaatteita siitä, miten aiempia opintoja tai muuten hankittua osaamista, jotka ovat tavoitteiltaan ja keskeisiltä sisällöiltään suoritettavan koulutuksen mukaisia, voidaan hyväksilukea suoritettavassa koulutuksessa (OPM 2004).

tarpeen mukaan toimia myös lääkäri. Kehittämistehtävä voisi liittyä esimerkiksi näyttöön perustuvan käytännön jalkauttamiseen.

Jaoston näkemyksen mukaan työssä tapahtuvaa oppimista tai työnkiertoa suorittavien sairaanhoitajien määrän tulisi perustua alueellisen yhteistyörakenteen (ks. ehdotus 1) puitteissa määriteltyyn koulutustarpeeseen. Sairaanhoitaja voisi käyttää työssä tapahtuvaan oppimiseen ja muuhun opiskeluun työajasta osan, esimerkiksi yhden työpäivän viikossa 35 opiskeluvuikon aikana.

Erikoistumiskoulutukseen sisältyvää teoreettista opetusta järjestetään lähiopetuspäivien lisäksi verkkokursseina. Tämä mahdollistaa opiskelijalle opiskelun joustavan aikataulutuksen työn ohessa. Verkkokurssi ei myöskään sido erikoistumiskoulutuksen suorittamista tietyn alueen koulutustarjontaan.

III EHDOTUKSET: Kliinisen hoitotyön erikoistumisalat

Ehdotus 6. Kansallisesti yhtenäiset kliinisen hoitotyön erikoistumisalat

Jaosto ehdottaa, että 10 erikoistumisalaa muodostaisivat kansallisesti yhtenäisiin osaamistavoitteisiin perustuvan kokonaisuuden kliinisen hoitotyön asiantuntemuksen kehittämiseksi kaikissa maakunnissa. Koulutukset näillä erikoistumisaloilla voitaisiin tuottaa ammattikorkeakoulujen sopimusmenettelyn mukaisina erikoistumiskoulutuksina.

Jaosto ehdottaa, että erikoistumisaloilla olisi yhteinen geneerinen orientaatio (ks. kuvio 2), joka antaa valmiuksia vastata elintapoihin liittyviin haasteisiin ja työskennellä sote- uudistuksen tavoitteiden, potilasturvallisuusvaatimusten ja näyttöön perustuvan toiminnan periaatteiden mukaisesti. Erikoistumisaloista osa soveltuu myös monialaiseen koulutukseen.

Jaosto ehdottaa, että maakunnissa pilotoitaisiin näiden erikoistumisalojen mukaisia koulutuksia ja kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen viitekehyksen mukaisia rakenteita ja käytäntöjä.

Jaosto on määritellyt kliinisen hoitotyön erikoistumisalat kolmesta lähtökohdasta. Ensiksi lähtökohtana ovat keskeiset kansanterveysongelmat ja niiden yleisimmät riskitekijät (ks. liite 3). Suomalaisten yleisimpiä kansanterveydellisiä ongelmia ovat sydän- ja verisuonitaudit, syövät, neuropsykiatriset sairaudet ja vammat sekä itsemurhat menetettyinä elinvuosina mitattuina. Yleisimpiä kansanterveydellisiä riskitekijöitä ovat elintapoihin liittyvät tekijät kuten kohonnut verenpaine, lihavuus, tupakointi, kohonnut verensokeritaso ja alkoholin ja muiden päihteiden käyttö.

Toisena lähtökohtana ovat väestön ikärakenteessa sekä palveluiden järjestämis- ja tuottamistavoissa tapahtuvien muutosten asettamat osaamisvaatimukset sairaanhoitajan erikoisosaamiselle (ks. liitteet 4 ja 5). Palvelutarpeiden odotetaan kasvavan väestörakenteen ikääntymisen seurauksena. Erityisesti eniten palveluita tarvitsevien, yli 80-vuotiaiden osuus tulee kasvamaan huomattavasti, mikä asettaa haasteita ikääntyneiden hoitotyölle. Jokaisella erikoistumisalalla on otettava huomioon myös palveluiden tuottamistavoissa tapahtuvat muutokset, kotona selviytymisen tukeminen ja palvelukokonaisuuksien asiakaslähtöisyys.

Uudessa sote-rakenteessa sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon erilliset palvelut integroidaan asiakaslähtöisiksi hoito- ja palvelukokonaisuuksiksi. Niissä tarvitaan laaja-alaista kliinistä osaamista, joka mahdollistaa työskentelyn palvelujärjestelmän eri osa-alueilla. Tästä syystä erikoistumisalojen määrittelyssä otettiin huomioon laaja-alaisten

kokonaisuuksien oppiminen ja keskeisten palveluverkkojen tunteminen. Sairaanhoitaja käyttää kokonaisvaltaista lähestymistapaa toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden arvioinnissa, mikä edellyttää terveydentilan sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta huomiointia (ks. THL 2016). Tällöin sairaanhoitaja pystyy tunnistamaan sosiaaliset ja terveydelliset riskitekijät ja toimintakyvyn alentumisen sekä varmistamaan palveluiden oikea-aikaisen saatavuuden. Esimerkiksi vastaanotoilla työskentelevät sairaanhoitajat jalkautuvat care-manager -toimintamallin mukaisesti myös asiakkaiden kotiin ja vievät liikkuvia palveluita sinne, missä asiakkaat asuvat. (Ks. WHO 2014b.) Sairaanhoitajat tukevat potilaiden ja asiakkaiden omahoitoa digitaalisilla palveluilla sekä antavat asiakkaille palautetta ja ohjausta etäyhteyksien avulla.

Kolmanneksi erikoistumisalojen määrittelyssä huomioitiin erikoistumisalojen määrittelyn kansainväliset kriteerit (Styles 1989, ICN 1992, European Network of Nurses Organizations 2000, Accreditation Board for Specialty Nursing Certification 2015). Niiden mukaan määrittelyssä on huomioitava seuraavat näkökulmat:

- 1) erikoistumisala on laajuudeltaan kansallinen,
- 2) erikoistumisala sisältää määrittelyn ja kuvauksen tarkoituksesta ja hoitotyön toiminnoista,
- 3) erikoistumisala on rajattu ja määritelty hoitotyön osa-alue, joka vaatii erityisosaamista ja -taitoja,
- 4) erikoistumisalalle on selkeä tarve ja kysyntä yhteisössä,
- 5) erikoistumisala on osa hoitotyön ydinosaa, johon liittyvää tietoa syvennetään ja kehitetään aktiivisesti,
- 6) erikoisosaaminen voidaan hankkia erilaisilla yhdistelmillä kokemusta, koulutusta ja ammatillista kehittymistä hyödyntäen.

Jaosto ryhmitteli erikoistumisalat kolmeen ryhmään keskeisen osaamisalueen perusteella: (1) terveys- ja hyvinvointiosaaminen, (2) pitkäaikaissairaana ja ikääntyneen terveystarpeet sekä (3) akuutit terveystarpeet. Erikoistumisaloista osa ovat monialaisia. Niistä ovat esimerkiksi mielenterveys ja päihdetyö sekä palveluohjaus.

Generisenä orientaationa kliinisen hoitotyön erikoistumisaloille ovat terveyden edistäminen, kuntouttava työote, hoidon ohjaus sekä monialaisissa verkostoissa ja digitaalisissa palveluissa työskentely. Erikoistumiskoulutuksella vahvistetaan myös terveydenhuollon ammattihenkilön potilasturvallisuuden varmistamiseen ja hoidon vaikuttavuuteen liittyviä ammattieettisiä velvoitteita, jotka ovat terveydenhuollon ammatinharjoittamisen perusta.

Erikoistumisaloista kansansairauksien hoitotyö, mielenterveys- ja päihdetyö sekä syöpään sairastuneen hoitotyö tuottavat syvällisempää osaamista yleisimpien kansanterveysongelmien hoitoon. Tavoitteena on tukea hoitoon sitoutumista ja omahoitoa seurannan ja yksilöllisen ohjauksen keinoin sekä varmistaa jatkuvuus palveluiden rajapinnassa. Kansansairauksien hoitotyön erikoistumisala pohjautuu asiakasvastaavaan tehtäväkuvaan. (Taulukot 1 ja 2.)

Gerontologisen hoitotyön erikoistumisalalla tavoitteena on olemassa olevien voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitäminen sekä ikääntymiseen ja monisairastavuuteen liittyvien erityiskysymysten hallinta. Palveluohjaus tuottaa osaamista keskitettyyn monialaiseen palvelutarpeen arviointiin ja palveluiden kohdentamiseen yhdenmukaisin perustein. (ks. STM 2016b) Palveluohjauksella ja alueellisella palveluvalikolla tuetaan ikääntyneiden, monisairaiden, muistisairaiden, mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sekä vammaisten arjessa selviytymistä. Palveluohjauksella tuetaan myös asiakkaiden ja heidän omaistensa päätöksentekoa valinnanvapauden piiriin kuuluvista palveluista. Palliatiivisen hoitotyön ja kivunhoidon erikoistumisala soveltuu sekä kotona että laitoksissa olevien hoitoon. (Tauluko 1 ja 2.)

Taulukko 1. Ehdotus terveys- ja hyvinvointiosaamisen erikoistumisaloiksi.

Terveys- ja hyvinvointiosaaminen	
Erikoistumisala	Kuvaus
1. Kansansairauksien hoitotyö (sis. neurologinen hoitotyö)	<p>Toimiala:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kotiin vietävät palvelut, matalan kynnyksen palvelut, avopalvelut, instituutiot. <p>Keskeiset potilasryhmät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Keskeisiä somaattisia kansansairauksia sairastavat ja monisairaant. <p>Keskeiset tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kansansairauksien riskitekijät, sekundaari ja tertiääri preventio. Asiakaslähtöisen hoidon ja itsehoidon jatkuvuuden varmistaminen Laaja-alainen, valmentava, kuntouttava, konsultoiva ja etsivä ja voimaannuttava työote. Terveys- ja hoitosuunnitelmien laatimiseen osallistuminen sekä toteuttamisen tuki ja seuranta. Palvelujärjestelmän ja 3. sektorin tuntemus. Pohjautuu asiakasvastaavan tehtäväkuvaan.
2. Mielenterveys ja päihdetyö	<p>Toimiala:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avopalvelut, koti, instituutiot. <p>Keskeiset potilasryhmät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lapset, nuoret, aikuiset ja ikääntyneet sekä heidän perheensä. <p>Keskeiset tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mielenterveyden edistäminen ja varhaisvaiheen päihdetyö Mielenterveys- ja päihdehoidon erityispiirteet, sisältäen myös riippuvuuskien hoidon ja depression hoitotyön sekä lääkehoidon osaamisen. Asiakaslähtöisen hoidon ja itsehoidon jatkuvuuden varmistaminen. Laaja-alainen psykososiaalinen tuki sekä valmentava, kuntouttava, konsultoiva, etsivä ja voimaannuttava työote. Terveys- ja hoitosuunnitelmien laatimiseen osallistuminen sekä toteuttamisen tuki ja seuranta. Palvelujärjestelmän ja 3. sektorin tuntemus.
3. Palveluohjaus	<p>Toimiala:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avopalvelut, koti, instituutiot. <p>Keskeiset potilasryhmät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Monisairaant, ikääntyneet, maahanmuuttajat, paljon palveluita käyttävät. <p>Keskeiset tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Palvelujärjestelmän ja 3. sektorin tuntemus, hoidon tarpeen arviointi, asiakaslähtöisen palvelukokonaisuuden suunnittelu ja seuranta. Toimintakykyä tukeva ja asiakasta voimaannuttava työote. Ikäihmisten ja omaisten päätöksenteon tukeminen. Moniammatillinen toiminta.

Taulukko 2. Ehdotus kliinisen hoitotyön erikoistumisaloiksi pitkäaikaissairaana ja ikääntyneen palveluissa.

Pitkäaikaissairaana ja ikääntyneen terveystarpeet	
Erikoistumisala	Kuvaus
4. Gerontologinen hoitotyö	<p>Toimiala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asumisen ja palvelun yhdistelmät, avopalvelut, koti, instituutiot. <p>Keskeiset potilasryhmät:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ikääntyneet, muistisairaat ja monisairaat. <p>Keskeiset tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kliinistä osaamista painottava, ikääntyneen ja monisairaana hoidon erityispiirteet. • Laaja-alainen näkökulma ikääntyneiden palvelutarpeisiin ja niihin vastaamiseen, asiakaslähtöisen hoidon jatkuvuuden varmistaminen • Ravitsemusosaamisen, lääkehoidon arviointiosaamisen vahvistaminen, muistisairauksien ennaltaehkäisy ja hoito. • Toimintakyvyn ylläpito ja kuntoutus. • Terveys- ja hoitosuunnitelmien laatimiseen osallistuminen sekä toteuttamisen tuki ja seuranta. • Palvelujärjestelmän ja 3. sektorin tuntemus.
5. Syöpään sairastuneen hoitotyö	<p>Toimiala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avohoito, koti, tehostettu palveluasuminen, instituutiot. <p>Keskeiset potilasryhmät:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eri ikäiset potilaat ja heidän perheensä. <p>Keskeiset tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kliinistä osaamista painottava, syöpään sairastuneen hoidon erityispiirteet. • Hoidon koordinointi ja asiakaslähtöisen hoidon jatkuvuuden varmistaminen. • Riskitekijöiden tunnistaminen, tiedon jakaminen liittyen eri syöpiin, seulontoihin ja hoitomuotoihin. • Potilaan ja perheen tukeminen, kuntouttava ja voimaannuttava työote. • Työelämässä jatkamisen tukeminen. • Terveys- ja hoitosuunnitelmien laatimiseen osallistuminen sekä toteuttamisen tuki ja seuranta. • Palvelujärjestelmän ja 3. sektorin tuntemus.
6. Palliatiivinen hoitotyö ja kivunhoito	<p>Toimiala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tehostettu palveluasuminen, avopalvelut, koti, instituutiot. <p>Keskeiset potilasryhmät:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eri ikäiset saattohoidossa olevat potilaat ja heidän perheensä. <p>Keskeiset tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oireenmukainen, kipua lievittävä ja vähentävä hoito, kivun hoitomenetelmät, saattohoito. • Psykologiset, sosiaaliset, hengelliset ja elämäntarkoitukselliset näkökohdat. • Yksilön ja läheisten näkökulma. • Terveys- ja hoitosuunnitelmien laatimiseen osallistuminen sekä toteuttamisen tuki ja seuranta. • Asiakaslähtöisen hoidon jatkuvuuden varmistaminen • Palvelujärjestelmän ja 3. sektorin tuntemus.

Akuuttihoitotyön erikoistumisala antaa valmiuksia työskennellä perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja kotiympäristöissä äkillisten terveysongelmien hoidossa. Kirurgisen hoitotyön sekä anestesia- ja tehohoitotyön erikoistumisalat valmentavat sekä elektiiiviseen että kiireelliseen toimintaan laitoshoidossa. Epidemioihin varautumisen ja infektoiden torjunnan

erikoistumisala valmentaa tehtäviin pandemioiden varautumisessa ja uusien infektioautien torjunnassa. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Ehdotukset klinisen hoitotyön erikoistumisaloiksi akuutteihin terveystarpeisiin vastaamisessa ja infektioiden torjunnassa.

Akuutit terveystarpeet	
Erikoistumisala	Kuvaus
7. Akuuttihoitotyö	<p>Toimiala:</p> <ul style="list-style-type: none"> Perusterveydenhuollon avopalvelut, päivystys, kotiin vietävät palvelut. <p>Keskeiset potilasryhmät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eri ikäiset asiakkaat, joilla akuutti terveysongelma. <p>Keskeiset tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hoidon tarpeen arviointi, akuuttien terveysongelmien hoito ja jatko-hoito. Triage ja hoidon priorisointi.
8. Kirurginen hoitotyö	<p>Toimiala:</p> <ul style="list-style-type: none"> Instituutiot, alle 23h palvelut, avopalvelut <p>Keskeiset potilasryhmät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eri ikäiset kirurgiset potilaat. <p>Keskeiset tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kirurgisen potilaan hoito työ (perioperatiivinen) sisältää kaikki hoitoprosessin vaiheet: <ul style="list-style-type: none"> - leikkausta edeltävä (preoperatiivinen), - leikkauksen aikainen (intraoperatiivinen) - leikkauksen jälkeinen (postoperatiivinen) Hoidon ohjaus. Kuntoutus. Terveys- ja hoitosuunnitelmien laatimiseen osallistuminen sekä toteuttamisen tuki ja seuranta.
9. Anestesia- ja tehohoitotyö	<p>Toimiala:</p> <ul style="list-style-type: none"> Instituutiot, alle 23h palvelut. <p>Keskeiset potilasryhmät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eri ikäiset perioperatiiviset potilaat. Tehohoidossa olevat potilaat. <p>Keskeiset tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anestesiahoitotyö: potilaan hoito ja tukeminen toimenpidettä ennen, sen aikana ja jälkeen. Tehohoitotyö: vaikeasti sairastuneen tai loukkaantuneen elintoimintojen valvonta, ylläpitäminen ja tukeminen.
10. Epidemioihin varautuminen ja infektioiden torjunta	<p>Toimiala:</p> <ul style="list-style-type: none"> Instituutiot, avohoito, koti. <p>Keskeiset potilasryhmät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infektiopotilaat. <p>Keskeiset tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> Globaalien pandemioiden varautuminen ja niihin vastaaminen. Uusien infektioautien torjunta.

Lähteet

Accreditation Board for Specialty Nursing Certification. 2015. Accreditation standards. Verkkojulkaisuna <http://www.nursingcertification.org/resources/> Viitattu 7.7.2015.

Ahokas J, Honkatukia J, Lehmus M, Niemi J, Simola A, Tamminen S. 2015. Työvoiman tarve Suomen taloudessa vuosina 2015-2030. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus VATT. VATT Tutkimukset 181. Juvenes Print Oy, Helsinki. Verkkojulkaisuna http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/t181.pdf Viitattu 26.7.2015.

Ahonen P. 2012. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma uuden asiantuntijuuden tuottajana. Teoksessa: Ahonen P. (toim.) Kliininen asiantuntija: uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 130. Tampere: Juvenes Print Oy.

Ailasmaa R. 2016. Hoitohenkilöstö kunnallisissa sosiaali- ja terveystalouksissa 2015. Julkaisematonta tilastoaineistoa. THL, 11.9.2016.

Aiken L., Clarke L., Cheung R., Sloane D. & Silber J. 2003. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. JAMA 2003; 290 (12): 1617-1623.

Aiken L., Sloane D., Bruyneel L., Van den Heede K., Griffiths P., Busse R., Diomidou M., Kinnunen J., Kozka M., Lesaffre E., McHugh M., Moreno-Casbas M., Rafferty AM., Schwendimann R, Tishelman C., van Achterberg T. & Sermeus W. 2014. Association of nurse staffing and education with hospital mortality in 9 European countries. The Lancet 2014; 383: 1824-1830.

ARENE. 2015. Valiokunnat, työryhmät ja hankkeet. Verkkojulkaisuna <http://www.arene.fi/arene/valiokunnat-tyoryhmat-ja-hankkeet> Viitattu 7.7.2015.

Barriball L, Bremner J, Buchan J, Craveiro I, Dieleman M, Dix O, Dussault G, Jansen C, Kroezen M, Rafferty AM, Sermeus W. 2015. Recruitment and retention of the health workforce in Europe. European Commission, Brussels.

Blengen M., Goode C., Park S. Vaughn T. & Spetz J. 2013. Baccalaureate education in nursing and patient outcomes. The Journal of Nursing Administration 2013; 43(2): 89-94.

CfWI. 2014. Developing robust system-dynamics-based workforce models: A best-practice approach. CfWI technical paper series no. 0008. Verkkojulkaisuna <http://www.cfwi.org.uk/publications/developing-robust-system-dynamics-based-workforce-models-a-best-practice-guide> Viitattu 25.6.2015.

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

Diabetesliitto. 2013. Erityinen diabetes. Pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten diabeteksen hoidon ongelmia. Diabetes ja lääkäri. Suomen diabetesliitto 2/2013. 42. vuosikerta. Verkkojulkaisuna http://www.diabetes.fi/files/2604/Diab_ja_laakari_2_13_nettti.pdf Viitattu 23.11.2015.

Dowling M. 2000. Nurses' perceptions of the role of the clinical nurse specialist (CNS) role. *Nursing Review* 2000;17(4): 96–9.

Duodecim. 2015. Väestöryhmien väliset terveyserot. Suomalaisten terveys. Verkkajulkaisuna: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00043 Viitattu

Dury C., Hall, C., Dana J-L., Mondoux J., Barbieri-Figueirido A. & Debout C. 2014. Specialist nurse in Europe: education, regulation and role. *International Nursing Review* 2014; 61(4): 454-62.

EAHC. 2013. Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. Final report. Contract no. 2013 62 02. EU Health Programme 2008-2013. Verkkajulkaisuna http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf Viitattu 8.7.2015.

Eriksson E, Korhonen T, Merasto M, Moisio E-L. 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto, Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Bookwell Oy, Porvoo.

European Network of Nurses Organizations. 2000. Recommendations for a European Framework for Specialist Nursing Education. Verkkajulkaisuna http://www.esgena.org/assets/downloads/pdfs/general/enno_framework.pdf Viitattu 8.7.2015.

Fellows J & Edwards M. 2016. Future skills and competences of the health workforce in Europe. [www.healthworkforce.eu](http://portal.healthworkforce.eu). Verkkajulkaisuna <http://portal.healthworkforce.eu/future-skills-and-competences-of-the-health-workforce-in-europe/> Viitattu 1.9.2016.

Hahtela N. 2015. Workplace culture in primary health care. The connection to nursing-sensitive outcomes. Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis: 1607. Tampere University Press. Verkkajulkaisuna <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9962-3> Viitattu 27.12.2015.

Helldán A. & Helankorpi S. 2014a. Eläkeikäisen väestön terveystyytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993-2013. Raportti 15/2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkajulkaisuna <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-188-4> Viitattu 21.11.2015

Helldán A. & Helankorpi S. 2014b. Suomalaisen aikuisväestön terveystyytyminen ja terveys, kevät 2014. Raportti 6/2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkajulkaisuna <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-447-2> Viitattu 21.11.2015.

Honkatukia J. 2009. VATTAGE- yleisen tasapainon malli Suomen taloudesta. Kansantaloudellinen aikakauskirja .105. vsk. 1/ 2009. Verkkajulkaisuna: <http://www.taloustieteellinenyhdistys.fi/images/stories/kak/kak12009/kak12009honkatukia.pdf> Viitattu 13.7.2015.

Huttula T. 2015. Erikoistumiskoulutukset ammattikorkeakouluissa. Erikoistumiskoulutuksen käynnistysseminaarin esitys. Verkkajulkaisuna <https://www.youtube.com/watch?v=cQRel2IV-yY> Viitattu 26.6.2015.

ICN 1992. Guidelines on specialisation in nursing. International Council of Nurses., ICN, Geneva; 1992.

Jaakola S., Lyytikäinen O., Huusko S., Salmenlinna S., Pirhonen J., Savolainen-Kopra C., Liitsola K., Jalava J., Toropainen M., Nohynek H., Virtanen M., Löflund J-E., Kuusi M. & Salmiinen M. 2015. Tartuntataudit Suomessa 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 1172015. Verkkojulkaisuna <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-481-6> Viitattu 23.11.2015.

JAHWF. 2016. Future skills and competences of the health workforce in Europe. Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting. Verkkojulkaisuna <http://portal.healthworkforce.eu/future-skills-and-competences-of-the-health-workforce-in-europe/> Viitattu 1.9.2016.

Kaikkonen R., Mäki P., Hakulinen-Viitanen T., Markkula J., Wikström K., Ovaskainen M-L., Virtanen S. & Laatikainen T. (toim.) 2012. Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Raportti 16/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisuna: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80049/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8.pdf?sequence=1> Viitattu 21.11.2015.

Kejonen P. 2013. Hoitosektorin EVO-koulutusrahoituksen esiselvitys. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kendall- Gallagher D., Aiken L., Sloane D. & Cimiotti J. 2011. Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue. *Journal of Nursing Scholarship* 2011; 43(2):188-94.

Koskinen S. 2009. Suomalaisten terveys ja haasteita sen parantamiseksi. Duodecim. Verkkojulkaisuna http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00159 Viitattu 21.11.2015.

Koskinen S., Lundqvist A., & Ristiluoma N. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisuna https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1 Viitattu 21.11.2015.

Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2014. Osaamisen ennakoitinkuntapalveluissa. Loppuraportti. Verkkojulkaisuna <http://shop.kuntatyonantajat.fi/uploads/osaamisen-ennakointi-raportti.pdf> Viitattu 13.7.2015.

Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2015a. Palkat ja ammatit 2015. Verkkojulkaisuna <http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/kunta-tyonantajana/palkat-ammattit-ja-tutkinnot/palkat-2015/Sivut/default.aspx> Viitattu 8.9.2016.

Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2015b. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammatillinen täydennyskoulutus ja muun henkilöstön ammatillista osaamista kehittävä koulutus 2015. Verkkojulkaisuna <http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/ajankohtaista/tilastot/tiedustelut-jaselvitykset/taydennyskoulutus/sosiaali-ja-terveydenhuollon-taydennyskoulutus-2015/Sivut/default.aspx> Viitattu 7.9.2016.

Lammi-Taskula J. & Karvonen S. (toim.) 2014. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. THL, Teema 21, 2014.

Lauttamäki V. & Hietanen O. 2006. Sosiaali- ja terveysalan työvoima- ja koulutustarpeet 2015. Loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon ennakointihankkeesta. Tulevaisuuden tutkimuskeskus TUTU-julkaisuja 4/2006. Verkkojulkaisuna https://www.utu.fi/fi/yksikot/ffrc/julkaisut/tutu-julkaisut/Documents/Tutu_2006-4.pdf Viitattu 13.7.2015.

McLelland, M., McCoy, M. & Burson, R. 2013. Clinical Nurse Specialists. Then, Now, and the Future of the Profession. *Clinical Nurse Specialist* 2013; 27(2): 96-102.

Nurminen R. 2011. Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Raportteja 113. Turun ammattikorkeakoulu. Verkkojulkaisuna <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162038.pdf> Viitattu 13.10.2015.

OECD. 2016. Health workforce policies in OECD countries. Rights jobs, right skills, right places. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris.

OKM. 2013. Asiantuntijuus edellä. Korkeakoulujen uusi erikoistumiskoulutus. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2013:7. Verkkojulkaisuna <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2013/liitteet/tr07.pdf?lang=fi> Viitattu 7.7.2015.

OKM. 2015a. Ehdotus ammattikorkeakoulujen rahoitusmalliksi 2017 alkaen. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2015:18. Verkkojulkaisuna <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2015/liitteet/tr18.pdf?lang=fi> Viitattu 8.12.2015.

OKM. 2015b. Suomi osaamisen kasvu-uralle. Ehdotus tutkintotavoitteista 2020-luvulle. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2015:14. Verkkojulkaisuna <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2015/liitteet/tr14.pdf?lang=fi> Viitattu 30.7.2015.

OKM. 2016a. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi tutkintojen ja muun osaamisen viitekehystä. Luonnos 28.6.2016.

OKM. 2016b. Lausuntopyyntö hallituksen esityksestä eduskunnalle laiksi tutkintojen ja muun osaamisen viitekehystä. OKM/25/010/2016.

OKM. 2016c. Koulutustoimikuntajärjestelmän kehittäminen osaamisen ennakointifoorumiksi. Koulutustoimikuntajärjestelmän ohjausryhmä, 6.4.2016. Verkkojulkaisuna: http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/koulutuspolitiikka/vireilla_koulutus/koulutustoimikunnat/Liitteet/Koulutustoimikuntajarjestelman_ohjausryhman_ehdotus.pdf Viitattu 24.5.2016.

OPH. 2015. Työvoimamenetelmät ja sen sovellutukset. Verkkojulkaisuna: http://www.oph.fi/download/166630_Mitenna.pdf Viitattu 13.7.2015.

OPM. 2004. Aikaisemmin hankitun osaamisen tunnustaminen koulutusjärjestelmässä Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:27.

Pekkilä J. 2015. Huhtasuo haltuun 1.10.2012 – 30.9.2014. Loppuraportti. Jyväskylän yhteis-toiminta-alueen terveyskeskus.

Pulcini J., Jelic M., Gul R. & Loke A.Y. 2010. An international survey on advanced nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship* 2010;42(1): 31-39.

Rautiainen E & Vallimies-Patomäki M. 2014. Kliinisen hoitotyön lisäkoulutus. Nykytilanne ja kehittämisehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:9. Verkko-julkaisuna https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116142/URN_ISBN_978-952-00-3478-8.pdf?sequence=1 Viitattu 7.7.2015.

Robinson S. & Griffiths P. 2007. Nursing education and regulation: international profiles and perspectives. National Nursing Research Unit, King's College London. Verkkojulkaisuna <http://eprints.soton.ac.uk/348772/1/NurseEduProfiles.pdf> Viitattu 8.7.2015.

Rosenberg P., Silvennoinen M., Mattila M-M. & Jokela J. (toim.) 2013. Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Fioca Oy.

Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksensuomalainen korkeakouluverkosto. 2013. Sairaanhoitajan lääkkeenmääräminen - Koulutuksen yhteiset perusteet 45 op. Suositus.

Scott A., Kirwan M., Matthews A., Lewwaldt D., Morris R. & Staines A. 2013. Report of the Irish RN4CAST Study 2009-2011: A nursing workforce under strain. Verkkojulkaisuna <http://www.dcu.ie/sites/default/files/snhs/pdfs/RN4CAST%20FINAL%20report%2018%20A pril%202013.pdf> Viitattu 26.6.2015.

Sermeus W., Aiken L., Van den Heede K., Rafferty A., Griffiths P., Moreno-Casbas M., Busse R., Lindqvist R., Scott A., Bruyneel L., Brzostek T., Kinnunen J., Schubert M., Schoonhoven L., Zikos, D. & RN4CAST consortium. 2011. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing* 2011; 10(6): 1-9.

Sheer B. & Wong F. 2008. The Development of Advanced Nursing Practice Globally. *Journal of Nursing Scholarship* 2008;40(3): 204-211.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2012. Sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön erityispätevyys. Verkkojulkaisuna <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2014/10/kliinisen-hoitoty%C3%B6n-erityisp%C3%A4tevyuden-hakukriteerit.pdf> Viitattu 13.7.2015.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2016. Sairaanhoitajien uudet työnkuvat - laatua tulevaisuuden sote-palveluihin.

Suomen yliopistojen rehtorien neuvosto, Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. 2009. Oppimisesta osaamiseen: aiemmin hankitun osaamisen tunnistaminen ja tunnustaminen. Työryhmäraportti.

STM. 2004. Terveysthuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Verkkojulkaisuna <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113090/Opp200403.pdf?sequence=1> Viitattu 7.7.2015.

- STM. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Verkkojulkaisuna http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf Viitattu 26.6.2015.
- STM. 2011. Asiakasvastaava-koulutuksen yhtenäiset perusteet. Työryhmän raportti 28.2.2011. Verkkojulkaisuna http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15515.pdf.
- STM. 2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitoyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7. Verkkojulkaisuna <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111940/URN%3aNBN%3afe201504224497.pdf?sequence=1> Viitattu 26.6.2015.
- STM. 2015. Työnjakoa uudistamalla nopeammin hoitoon ja joustavuutta palveluihin. Selvitys rajatun lääkkeenmääräämisen toteutumisesta ja kehittämisehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:49. Verkkojulkaisuna <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74771> Viitattu 24.5.2016.
- STM. 2016a. Luonnos laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, 1.9.2016. Sote- ja maakuntauudistuksen lausuntokierros 31.8.-9.11.2016. Verkkojulkaisuna <http://alueuudistus.fi/hallituksen-esitysluonnos-31-8-2016> Viitattu 1.9.2016.
- STM. 2016b. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Kärkihanke. Hankesuunnitelma. Luonnos 25.2.2016.
- STM & Kuntaliitto. 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena - Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkojulkaisuna http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70321/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1 Viitattu 1.9.2016.
- Styles. 1989. On specialization in nursing: towards a new empowerment. ANA Publ. 1989;(75): 1-182.
- Taipale- Lehto U. 2012. VOSE- projektissa kehitetyn ennakointimallin kuvaus. Verkkojulkaisuna http://www.oph.fi/download/143985_vose-prosessin_kuvaus.pdf Viitattu 11.12.2015.
- TTL. 2013. Stressin yhteydet terveyteen. Työterveyslaitos. Internetlähteenä: http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/stressi/stressin_yhteydet_terveyteen/sivut/default.aspx Viitattu 23.11.2015.
- THL. 2014a. Huono-osaisuuden ylisukupolvisuus. Verkkojulkaisuna: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointipolitiikka/elinolot-ja-hyvinvointi/syrjaytyminen-ja-osallisuus/nuorten-syrjaytyminen/huono-osaisuuden-ylisukupolvisuus> Viitattu 25.12.2015.
- THL. 2014b. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-2013 – Kouluterveyskyselyn tulokset. Raportti 25/2014. Verkkojulkaisuna: <http://www.julkari.fi/handle/10024/116692> Viitattu 20.11.2015.

THL. 2014c. Muistisairauksien yleisyys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisuna <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys> Viitattu 20.11.2015.

THL. 2014d. Perusterveydenhuollon tilastoraportti 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

THL. 2015. Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2013. Suomen virallinen tilasto. Palkat ja työvoimakustannukset 2015. Tilastoraportti 26/2015.

THL. 2016. ICF –luokitus. Verkkojulkaisuna <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus> Viitattu 4.5.2016.

Valtioneuvoston kanslia. 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Verkkojulkaisuna: <http://vnk.fi/julkaisu?pubid=6405>. Viitattu 30.10.2015.

Vesterinen M-L. 2011. Suosituksia sosiaali- ja terveysalan koulutuksen kehittämiseen. Teoksessa Vesterinen M-L. (toim.) Sote-ennakointi – sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Etelä-Karjalan kuntayhtymän raportteja ja tutkimuksia 3. Verkkojulkaisuna http://www.oph.fi/download/133556_SOTE-ENNAKOINTI_loppuraportti.pdf Viitattu 26.6.2015.

Vuorinen R. 2012. Hyksin ervan hoitohenkilöstö ja akateemiset erityistyöntekijät 2025. Selvitys hoitohenkilöstön ja akateemisten erityistyöntekijöiden pitkän aikavälin työvoimatarpeesta sekä henkilöstön perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksesta.

WHO. 2014a. Strengthening nursing and midwifery. European strategic directions towards Health 2020 goals. Draft for discussion at the Regional Committee 64, Technical briefing. World Health Organization, regional Office for Europe. Verkkojulkaisuna http://efnma.org/files/file/strengthening_nurs_midw.pdf Viitattu 6.7.2015.

WHO. 2014b. Nurses and midwives: A vital resource for health. Compendium of good practices in nursing and midwifery. Draft for discussion at the Regional Committee 64, Technical briefing. World Health Organization, regional Office for Europe. Verkkojulkaisuna http://efnma.org/files/file/compendium_of_good_practices.pdf Viitattu 6.7.2015.

WHO. 2015. Country health profile: Finland.

Internetlähde: <http://www.who.int/gho/countries/fin.pdf?ua=1> Viitattu 24.6.2015.

WHO. 2016. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Draft for the 69th World Health Assembly. World Health Organization. Verkkojulkaisuna http://www.who.int/hrh/resources/16059_Global_strategyWorkforce2030.pdf?ua=1 Viitattu 1.9.2016.

Wickham S. 2011. The clinical nurse specialist in an Irish hospital. *Clinical Nurse Specialist* 2011; 25(2): 57–62.

Yakusheva O., Lindrooth R., Weiss M. 2014. Nurse value-added and patient outcomes in acute care. *Health Services Research* 2014; 49(6): 1767-1786.

LAIT

Ammattikorkeakoululaki 932/2014.

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

ASETUKSET

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 1129/2014.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakoulujen toiminnasta perittävistä maksuista 1440/2014.

Valtioneuvoston asetus koulutustoimikuntajärjestelmästä 882/2010.

Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010.

HALLITUKSEN ESITYKSET

Hallituksen esitys eduskunnalle ammattikorkeakoululaiksi ja laiksi yliopistolain 49 §:n muuttamisesta HE 26/2014 vp.

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon ammattihenkilöistä ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta annetun lain muuttamisesta HE 354/2014 vp.

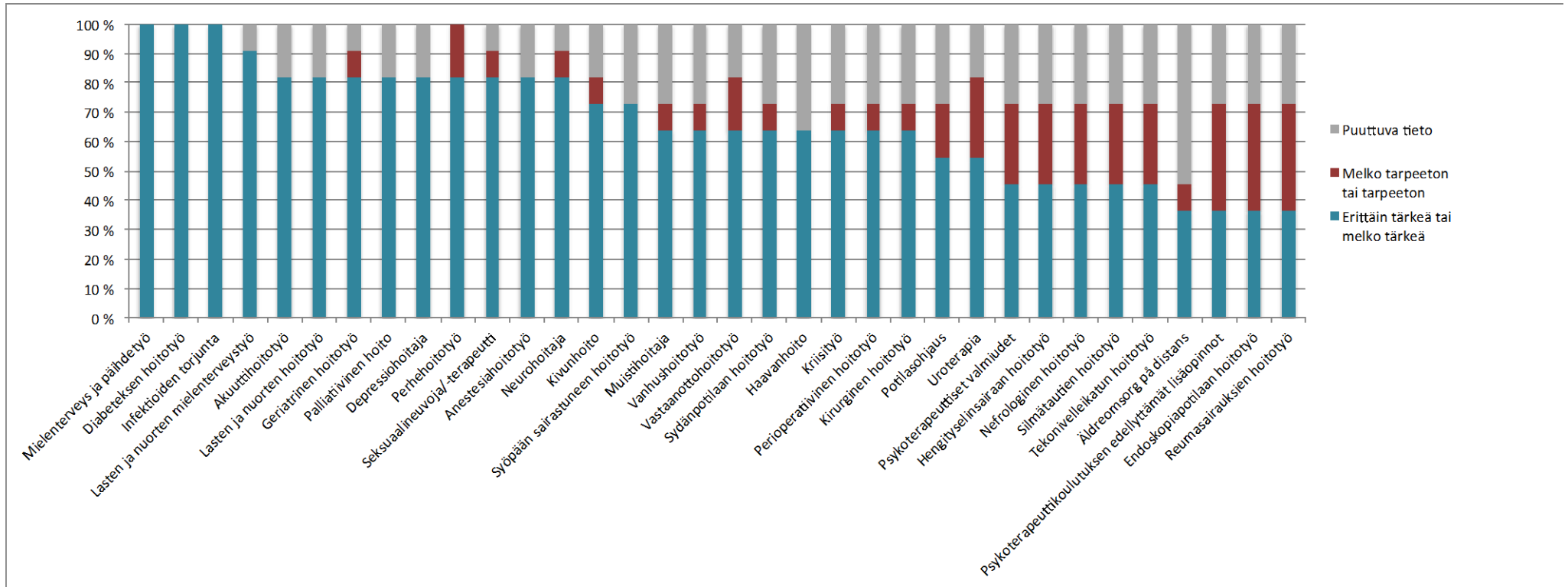
DIREKTIIVIT

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY ammattipätevyyden tunnustamisesta.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU ammattipätevyyden tunnustamisesta annetun direktiivin 2005/36/EY ja hallinnollisesta yhteistyöstä sisämarkkinoiden tietojenvaihtojärjestelmässä annetun asetuksen (EU) N:o 1024/2012 (IMI-asetus) muuttamisesta.

Liitekuvio 1

I Sidosryhmäkeskustelu Kliinisen Hoitotyön Erikoisaloista 9.10.2015 – Priorsointi tulokset



Liite 1 Hoitotyön jaoston asettaminen

SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

STM083:00/2013

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta

11.3.2015

HOITOTYÖN JAOSTON ASETTAMINEN

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta asetti kokouksessaan 11.3.2015 hoitotyön jaoston valmistelemaan neuvottelukunnalle ehdotuksen työelämässä tarvittavasta kliinisen hoitotyön erikoisosaamisesta ja viitekehyksestä sairaanhoitajatutkinnon jälkeistä kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusta varten. Tarkoitus on, että ammattikorkeakoulut, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköt ja muut yhteistyötahot voivat käyttää jaoston ehdotusta hyväksi ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutusta ja täydennyskoulutusta suunnitellessaan ja järjestäessään.

Jaoston toimikausi on 16.3.-31.12.2015. Jaoston puheenjohtajaksi ja jäseniksi nimetään jäsenpyyntöön saatujen ehdotusten perusteella seuraavat henkilöt:

Puheenjohtaja:	Vallimies-Patomäki Marjukka, neuvotteleva virkamies, STM
Jäsenet:	Aitamurto Johanna, hallintoylihoitaja, Hallintoylihoitajat ry Merasto Merja, puheenjohtaja, Suomen sairaanhoitajaliitto ry Moisio Eeva-Liisa, puheenjohtaja, Arenen Terveysalan verkosto Tepponen Merja, kehittämisjohtaja, Eksote

Jaoston tulee järjestää yhteistyökokouksia sosiaali- ja terveysministeriön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaston, opetus- ja kulttuuriministeriön, Suomen Kuntaliiton, Suomen Terveydenhoitajaliitto ry:n, Suomen Kätilöliitto ry:n, Tehy ry:n ja korkeakoulujen sosiaalialan verkoston kanssa. Yhteistyökoukusten tarkoituksena on muiden ohella varmistaa, että jaoston ehdotuksessa kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämisestä otetaan huomioon myös moniammatillisuus ja -alaisuus.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa (STM:n raportteja ja muistioita 2014:9) tehdyt ehdotukset kliinisen hoitotyön lisäkoulutusten viitekehyksestä tarjoavat pohjaa jaoston työlle. Lisäksi jaosto käyttää hyväksi Metropolia ammattikorkeakoulun ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n johdolla laadittuja sairaanhoitajakoulutuksen osaamiskuvauksia.

JAKELU

Aitamurto Johanna, hallintoylihoitaja, Hallintoylihoitajat ry
Merasto Merja, puheenjohtaja, Suomen sairaanhoitajaliitto ry
Moisio Eeva-Liisa, puheenjohtaja, Arenen Terveysalan verkosto
Tepponen Merja, kehittämisjohtaja, Eksote

TIEDOKSI

Osastopäällikkö Veli-Mikko Niemi, STM/HTO
Osastosihteeri Riitta Talvasto, STM/STO/AHE
Osastosihteeri Virpi Andersson, STM/STO/AHE

Liite 2 Sidosryhmäkeskustelut

I Sidosryhmäkeskustelu	
<i>Kutsutut</i>	<i>Osallistuneet</i>
Ahopelto Maire (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä)	Maire Ahopelto (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä)
Aschan Hanna (Pihlajalinna)	-
Hahtela Nina (Suomen sairaanhoitajaliitto ry.)	Nina Hahtela (Suomen sairaanhoitajaliitto ry)
Hakala Paula (Tampereen kaupunki)	Paula Hakala (Tampereen kaupunki)
Heikkilä Johanna (JAMK)	Johanna Heikkilä (JAMK)
Helminen Jari (Arenen Sosiaalialan verkosto)	-
Hirsivaara Sanna (OKM)	-
Hyry-Honka Outi (Lapin ammattikorkeakoulu)	-
Häkkinen Hannele (Kuntaliitto)	Hannele Häkkinen (Kuntaliitto)
Kejonen Pirjo (OYS)	Pirjo Kejonen (OYS)
Kupiainen Marketta (Helsingin kaupunki)	Marketta Kupiainen (Helsingin kaupunki)
Lehtomäki Leila (Suomen Terveydenhoitajaliitto ry.)	Tarja Leinonen (Suomen Terveydenhoitajaliitto ry)
Matintupa Eva (Novia)	Eva Matintupa (Novia)
Miettinen Merja (KYS)	-
Niemi Antti (Taja ry.)	Antti Niemi (Taja ry)
Pelkonen Marjaana (STM)	-
Torppa Kaarina (HUS)	Marja Renholm (HUS)
Vesivalo Rauno (Tehy ry.)	Juha Kurtti (Tehy ry)
Viihala Taina (Laurea)	-
Virtanen Terhi (Suomen kättilöliitto ry.)	Millariikka Rytönen (Suomen Kättilöliitto ry)
II Sidosryhmäkeskustelu	
<i>Kutsutut</i>	<i>Osallistuneet</i>
Ahopelto Maire (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä)	-
Aschan Hanna (Pihlajalinna)	Arja Laitinen (Pihlajalinna)
Becker Eve (Tehy ry)	-
Flinkman Mervi (Tehy ry.)	Flinkman Mervi (Tehy ry)
Hakala Paula (Tampereen kaupunki)	-
Heikkilä Johanna (JAMK)	Heikkilä Johanna (JAMK)
Heino Helinä (Tehy ry:n akateemisen jaosto)	Heino Helinä (Tehy ry:n akateemisen jaosto)
Helminen Jari (Arenen Sosiaalialan verkosto)	-
Hirsivaara Sanna (OKM)	-
Hyry-Honka Outi (Lapin ammattikorkeakoulu)	-
Häkkinen Hannele (Kuntaliitto)	-
Kejonen Pirjo (OYS)	-
Kotila Jaana (HUS)	Kotila Jaana (HUS)
Kupiainen Marketta (Helsingin kaupunki)	Kupiainen Marketta (Helsingin kaupunki)
Lehtomäki Leila (Suomen Terveydenhoitajaliitto ry.)	Lehtomäki Leila (Suomen Terveydenhoitajaliitto ry)
Matintupa Eva (Novia)	Matintupa Eva (Novia)
Miettinen Merja (KYS)	Miettinen Merja (KYS)
Niemi Antti (Taja ry.)	Niemi Antti (Taja ry)
Pelkonen Marjaana (STM)	-
Suutarla Anna (Sairaanhoitajaliitto)	Suutarla Anna (Suomen sairaanhoitajaliitto ry)
Torppa Kaarina (HUS)	-
Vesivalo Rauno (Tehy ry.)	Juha Kurtti (Tehy ry)
Viihala Taina (Laurea)	-
Virtanen Terhi (Suomen kättilöliitto ry.)	-
Ylikukkonen, Petra (HUS)	Ylikukkonen, Petra (HUS)

Liite 3 Kansanterveyden muutostrendit

Viitekehykseen sisältyvien erikoistumisalojen määrittelyn yhtenä perusteena ovat keskeisten kansanterveysongelmien kehityssuunnat. Suomalaisten yleisimpiä kansanterveydellisiä riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, lihavuus, tupakointi, kohonnut verensokeritaso ja alkoholin käyttö. Vuonna 2012 merkittävimpiä kansanterveydellisiä ongelmia menetettyinä elinvuosina (YLL) mitattuna olivat sydän- ja verisuonitaudit, syövät, neuropsykiatriset sairaudet ja vammat sekä itsemurhat. (Duodecim 2015, WHO 2015.) Lisääntyviä palvelutarpeita aiheuttavat myös pitkäaikaissairastavuus sekä monisairaiden kasvava osuus. Esimerkiksi diabetesta sairastavista iäkkäistä arviolta 70 %:lla on kaksi tai useampia oheissairauksia. (Diabetesliitto 2013, Duodecim 2015.)

Globaalit epidemiat ja pandemiat, viimeisimpänä ebolaepidemia Länsi-Afrikassa aiheuttavat uusia haasteita infektioiden torjunnalle ja epidemioiden hallinnalle. Vanhoista infektioitaudeista keuhkotuberkuloositapaukset ovat yleistyneet maahanmuuttajien keskuudessa. (Jaakola ym. 2015.) Seuraavassa tarkastellaan keskeisiä kansanterveydellisiä ongelmia ja niiden muutostrendejä ikäryhmittäin.

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointi

Lasten ja nuorten hyvinvointia tarkastellessa tulee huomioida perheen olosuhteet. Perheen hyvinvointiin vaikuttavat osaltaan vanhempien sosioekonominen asema, koulutus, taloudellinen ja terveydellinen tilanne sekä muutokset perhesuhteissa. Erityisesti vanhemman sairastuminen, työttömyys ja mielenterveyden ongelmat näkyvät lasten hyvinvoinnin ja mielenterveyden ongelmina. (Lammi-Taskula & Karvonen 2014.) Vähintään lieviä masennusoireita oli tytöistä 14 %:lla ja pojista 3 %:lla. Kohtalaisia tai vakavia masennusoireita oli tytöistä 7 %:lla ja pojista 1 %:lla. (Kaikkonen ym. 2012.) Köyhyys ja mielenterveysongelmat siirtyvät usein sukupolvelta toiselle. Esimerkiksi mielenterveysongelmaisten vanhempien lasten mielenterveyshäiriöt ovat yleensä vakavampia, kestoltaan pidempiä ja alkavat varhaisemmassa iässä. (THL 2014a.)

Psykososiaalisten terveysongelmien ohella astma ja diabetes yleistyvät. Lasten ylipaino ja lihavuus ovat merkittävä kansanterveydellinen riskitekijä. Vuonna 2008 kolme- ja viisivuotiaista pojista 10 % ja tytöistä 15 % oli ylipainoinen tai lihava. Kouluikäisistä jo yli 20 % oli ylipainoisia tai lihavia. Tutkimuksen mukaan vanhempien koulutustausta oli yhteydessä lasten ylipainoon. (Kaikkonen ym. 2012.)

Nuoret

Nuorten hyvinvointi on kehittynyt pääasiassa parempaan suuntaan, mutta nuorten huume- ja alkoholi- ja tyttöjen kokemukset seksuaalisesta väkivallasta ovat lisääntyneet. Nuorten tavallisimpia terveysongelmia ovat mielenterveyden häiriöt, sillä nuorista noin 20-25 % kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä. Lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmien ennaltaehkäisy on tärkeää, koska niillä voi olla pitkäkestoisia seurauksia muiden ohella oppimiseen ja työuraan. (THL 2014b.) Muita tavallisimpia nuorten pitkäaikaissairauksia ovat astma, allerginen nuha ja muut allergiat sekä epilepsia ja diabetes.

Työikäiset

Työikäisten terveyskäyttäytymisessä on tapahtunut yhtäältä myönteistä pitkän aikavälin kehitystä esimerkiksi tupakointi- ja ruokailutottumuksissa. Toisaalta alkoholin kulutus on edelleen korkealla tasolla ja ylipainoisten osuus on pysynyt korkeana. Lisäksi kovien rasvojen kulutus on kasvanut, ja työmatkaliikunnan määrä on vähentynyt viime vuosina. Lihavuus on vakava kansanterveyden riskitekijä työikäisten keskuudessa, sillä naisista vain 30 % ja miehistä 40 % on normaalipainoisia. (Heldán & Helakorpi 2014b.)

Vuonna 2013 työikäisistä suomalaisista aikuisista 68 % koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Joka seitsemännellä työikäisellä oli kohonnut verenpaine tai verenpainetauti ja 13 %:lla kohonnut veren kolesteroli. (Helldán & Helankorpi 2014b.) Terveysongelmista ovat yleistyneet runsaan alkoholin aiheuttamat terveystaudit, allergiat ja astma, diabetes, naisilla rintasyöpä ja tupakoinnin aiheuttamat taudit sekä miehillä eturauhassyöpä (Koskinen 2009). Lisäksi viidennes työikäisistä koki itsensä jännittyneeksi tai stressaantuneeksi. Psykkistä kuormittuneisuutta lisää osaltaan muiden ohella yleistynyt epävarmuus omasta työpaikasta. (Koskinen ym. 2012.) Pitkittyneellä stressillä on haitallisia vaikutuksia terveyteen, sillä stressi lisää masennuksen, metabolisen oireyhtymän ja sepelvaltimotaudin riskiä (TTL 2013).

Ikääntyneet

Eläkeikäisistä 53 % koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi vuonna 2013. Eläkeikäisen väestön terveysongelmista yleisimpiä olivat verenkiertoelinten sairaudet. Yli 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista joka kolmannella miehellä ja joka neljännellä naisella oli sepelvaltimotauti. Myös tuki- ja liikuntaelinten kivut ja toiminnanvajeet ovat yleisiä. (Helldán & Helankorpi 2014a.)

Muistisairauksien määrä on kasvussa väestö ikääntymisen seurauksena. Muistisairauksia sairastavia henkilöitä arvioidaan olevan Suomessa yhteensä noin 120 000. Heistä lievää muistisairautta sairastavia on 35 000 ja vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavia noin 85 000. Lisäksi noin 120 000 henkilöllä tiedonkäsittelytoiminta on lievästi heikentynyt. Muistisairauksien yleisyys lisääntyy iän myötä, ja eliniän kasvaessa muistisairauksien lukumäärä tulee kasvamaan voimakkaasti. On arvioitu, että muistisairauksia sairastavien määrä tulee kaksinkertaistumaan vuoteen 2050 mennessä. (THL 2014c.)

PALVELURAKENTEEN UUDISTUS

Toinen erikoisosaamisen kehittämistä ohjaava kokonaisuus on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uusitus. Pääministeri Sipilän hallitusohjelman (Valtioneuvoston kanslia 2015) tavoitteena on vahvistaa julkisen talouden kestävyttä, turvata julkisten palvelujen ja sosiaaliturvan rahoitus rakenteellisilla uudistuksilla sekä kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja. Keskeisiä keinoja ovat asiakaslähtöiset, integroidut palvelukokonaisuudet, toimivat peruspalvelut ja digitalisaation hyödyntäminen. Hallitusohjelman toimeenpano tapahtuu viidellä painoalueella. Hyvinvoinnin ja terveyden painoalueella toteutetaan seuraavat viisi kärkihanketta (www.valtioneuvosto.fi):

1. Palvelut asiakaslähtöisiksi
2. Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta
3. Toteutetaan lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma
4. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa sekä vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa
5. Osatyökykyisille tie työelämään

Aluehallinnon ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamista varten maahan perustetaan 18 maakuntaa (www.alueuudistus.fi). Uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistehtävät siirtyvät nykyisiltä noin 190 viranomaiselta maakunnille. Maakunnat vastaavat lisäksi pelastustoimesta, ympäristöterveydenhuollosta, alueellisesta kehittämisestä ja elinkeinojen edistämisestä, alueiden käytön ohjauksesta ja suunnittelusta, maakunnallisen kulttuurin edistämisestä sekä muista alueellisista palveluista.

Maakunta tuottaa sote-palvelut itse tai käyttää siinä yksityisen tai kolmannen sektorin palveluita. Maakunnan on erotettava oma palvelutuotantonsa maakunnan muusta toiminnasta osakeyhtiön tai maakunnan julkisoikeudellinen laitoksen hoidettavaksi. Laaja ympärivuorokautinen erikoisalapäivystys ja vaativa sosiaalialan päivitys keskitetään 12 sairaalaan. Muut

nykyisistä keskussairaaloista tarjoavat suppeampaa ympärivuorokautista perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon yhteispäivystystä.

Maakunnilla on viisi yhteistyöaluetta, joista jokaisella on yliopistollinen sairaala. Yhteistyöalueiden tehtävät liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliseen yhteensovittamiseen sekä tutkimus- ja kehittämistoiminnan tukemiseen. Maakuntien yhteistyölle luodaan puitteet yhteen toimivilla tietojärjestelmillä.

Osana sote-uudistusta säädetään valinnanvapauslainsäädäntö, jotta potilas ja asiakas voi valita julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajan. Valinnanvapaus tulee olemaan perustasolla pääsääntö ja erikoistasolla käytössä soveltuvin osin. Tarkoituksena on turvata nopeampi hoitoon pääsy. Valinnan mahdollisuus turvataan palveluiden yhtenäisillä laatu-perusteilla.

Vastuu sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä maakunnille 1.1.2019. Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö siirtyy maakuntien palvelukseen.

Liite 4 Terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamisen kehittäminen Suomessa

Säännökset terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutuksesta

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) säädetään terveydenhuollon ammattihenkilön täydennyskoulutusvelvollisuudesta ja työnantajan velvoitteesta luoda edellytykset tarvittavaan täydennyskoulutukseen osallistumiselle ja seurata ammatillista kehittymistä. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän velvoitteesta huolehtia terveydenhuoltohenkilöstön riittävästä osallistumisesta täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen sisällössä on otettava huomioon henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö.

Vastaava säännös maakuntien velvoitteesta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen järjestämisestä sisältyy järjestämislakiluonnokseen (STM 2016a). Siihen sisältyvät myös säännös riittävästä henkilöstövoimavaroista ja osaamisesta maakuntien yhteistyösopimuksen perusteella palveluita antavissa toimintayksiköissä sekä säännös sosiaali- ja terveydenhuollon osaamistarpeiden arvioinnista ja ammatillisen osaamisen kehittämisestä yhteistyössä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa.

Ammattipätevyysdirektiivi

Suomalainen sairaanhoitajakoulutus täyttää Euroopan parlamentin ja neuvoston ammattipätevyyden tunnustamisesta antaman direktiivin 2005/36/EY (myöhemmin ammattipätevyysdirektiivi) vaatimukset. Direktiivin muutoksella (2013/55/EU, 31 artikla) määritellään sairaanhoitajakoulutuksen ydinkompetenssit, joissa korostetaan sairaanhoitajien itsenäistä roolia osana moniammatillista tiimiä.

Muutosdirektiivillä (2013/55/EU, artikla 22, ensimmäisen kohdan b alakohta) vahvistettiin säännös terveydenhuollon säänneltyjen ammattihenkilöryhmien jatkuvasta ammatillisesta kehittämisestä, jota sovelletaan lääkäreihin, hammaslääkäreihin, proviisoreihin, sairaanhoitajiin ja kättilöihin. Jäsenvaltioiden on omien menettelyjensä mukaisesti kannustamalla jatkuvaan ammatilliseen kehittämiseen varmistettava, että ammattihenkilöt voivat ajanmukaistaa tietojaan, taitojaan ja pätevyyttään voidakseen harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja tehokkaasti sekä pysyä alansa kehityksen tasalla. Muutosdirektiivin mukaiset terveydenhuollon ammattihenkilölain (559/1994) säännökset jatkuvasta ammatillisesta kehittämisestä ja työnantajan velvoitteesta seurata terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista kehittymistä tulivat voimaan vuoden 2016 alusta lukien.

Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on julkaissut terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutuksen valtakunnalliset suositukset (STM 2004), jotka koskevat täydennyskoulutuksen suunnittelua, koulutuksen toteutusta, seuranta- ja arviointia yksilö-, työyksikkö- ja toimintayksikkötasolla sekä alueellisessa yhteistyössä. Lähtökohdina suosituksessa olivat osaamisen johtaminen ja periaatteet ammatillisen osaamisen jatkuvasta kehittämisestä (Continuing Professional Development, CPD). Täydennyskoulutuksen tavoitteena on työntekijän ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja syventäminen yhtäältä organisaation perustehtävän ja toiminnan kehittämisen sekä toisaalta työntekijän osaamistarpeiden mukaisesti. Näin ollen täydennyskoulutus liittyy organisaation strategiseen johtamiseen sekä henkilöstövoimavarojen suunnitelmalliseen ja tarvelähtöiseen kehittämiseen. Osaamisen kehittäminen voi tapahtua myös omaehtoisena lisäkoulutuksena, kuten ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutuksena.

Kunnallinen työmarkkinalaitos seuraa vuosittain kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen toteutumisesta. Vuonna 2015 ammattikorkeakoulututkinnon ja vastaavan aiemman tutkinnon suorittaneista 70 % osallistui täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuspäiviä tässä ryhmässä oli 3,5 vuoden aikana. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2015b.)

Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n suositus täydennyskoulutuksen määrästä on kuusi päivää vuodessa. Sairaanhoitajaliiton tekemän selvityksen mukaan vuonna 2011 sairaanhoitajista 77 % osallistui täydennyskoulutukseen ja 23 % ei osallistunut siihen lainkaan. Keskimäärin koulutuspäiviä oli vuodessa 4,3. Täydennyskoulutukseen osallistuneista vain 6 %:lle kertyi Sairaanhoitajaliiton suosituksen mukaiset 6-10 koulutuspäivää.

EQF- ja NQF-viitekehykset

Eurooppalainen tutkintojen ja osaamisen viitekehys (European Qualifications Framework EQF) on Euroopan parlamentin ja neuvoston yhteiseen suositukseen perustuva järjestely, jonka avulla eri maiden kansallisia tutkintojärjestelmiä ja tutkintojen viitekehyksiä pyritään kytkemään toisiinsa. Viitekehukseen sisältyvät yleissivistävän, ammatillisen ja korkeakoulutuksen tutkinnot. EQF:n kahdeksan viitetasoa perustuvat oppimistuloksiin, jotka kuvataan tietoina, taitoina ja pätevyytenä. Kunkin tason pitäisi olla saavutettavissa erilaisten koulutus- ja uravalintojen kautta. (www.oph.fi)

Opetus- ja kulttuuriministeriössä on valmisteltu hallituksen esitys laiksi tutkintojen ja muun osaamisen viitekehuksesta (OKM 2016b). Kansalliseen koulutus- ja tutkintojärjestelmään kuuluvat tutkinnot, oppimäärät ja muut laajat osaamiskokonaisuudet jaotellaan niiden edellyttämän osaamisen perusteella viitekehysten kahdeksalle vaativuustasolle. (OKM 2016a.) Viitekehys kuvaa tutkintojen, oppimäärien ja laajojen osaamiskokonaisuuksien edellyttämän osaamisen tietoina, taitoina ja pätevyyksinä. Ammattikorkeakoulututkinnot, alemmat korkeakoulututkinnot ja korkeakoulujen erikoistumiskoulutukset, joiden kelpoisuusvaatimuksena on korkeakoulututkinto tai alempi korkeakoulututkinto, sijoittuvat viitekehysten tasolle 6. Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot ja korkeakoulututkinnot sekä korkeakoulujen erikoistumiskoulutukset, joiden kelpoisuusvaatimuksena on ylempi korkeakoulututkinto, sijoittuvat tasolle 7.

Ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutuksen sääntely ja kehittäminen

Ammattikorkeakoululain (932/2014) ja ammattikorkeakouluista annetun valtioneuvoston asetuksen (1129/2014) säännökset erikoistumiskoulutuksista tulivat voimaan 1.1.2015. Ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutukset ovat vähintään 30 opintopisteen laajuisia, korkeakoulututkinnon jälkeen suoritettavia koulutuksia, jotka suunnataan työelämässä toimiville edistämään ammatillista kehittymistä ja erikoistumista. Erikoistumiskoulutusten tavoitteena on tuottaa osaamista sellaisilla asiantuntijuuden aloilla, joilla ei ole markkinaehtoisesti toteutettua koulutustarjontaa. Erikoistumiskoulutusten järjestämisen tulee perustua ammattikorkeakoulujen keskinäiseen yhteistyöhön. Sopimusmenettelyn aikana on tehtävä yhteistyötä työ- ja elinkeinoelämän edustajien kanssa.

Erikoistumiskoulutusten kehittäminen käynnistyi ammattikorkeakouluissa keväällä 2015, jolloin opetus- ja kulttuuriministeriö julkisti rahoitushaun uusien erikoistumiskoulutusten suunnittelua ja toteuttamista varten. Opetus- ja kulttuuriministeriön mukaan erikoistumiskoulutusten tulee olla yhteistyössä toteutettavia, laajoja ja toimialan osaamistarpeiden kannalta tärkeimpiä.

ARENE ry:n Sotelika-verkosto⁴ sai opetus- ja kulttuuriministeriön kehittämishankerahaa syksyllä 2015. Kehittämishankkeen tavoitteena on selvittää ammattikorkeakoulujen ja työelämän yhteistyönä sosiaali-, terveys-, liikunta- ja kauneudenhoitoalan erikoistumiskoulutusten tarve, määrittää ensi vaiheessa käynnistettävät erikoistumiskoulutukset ja niiden toteuttajat sekä laatia suunnitelma erikoistumiskoulutusten rakentamisesta ja kehittämisestä hankkeen jälkeen. Osaamistarpeiden kartoitukseen sidosryhmien kanssa osallistuvat kaikki alan ammattikorkeakoulut. Työelämäkeskusteluilla ja yhdessä työskentelyllä varmistetaan alueellisesti ja sisällöllisesti kattavat tulokset. Hanke toteutetaan vuonna 2016, ja raportti on tarkoitus julkaista vuoden 2016 loppuun mennessä.

Hankkeessa pidetään tärkeänä tunnistaa myös moniammatillisen koulutuksen merkitys ja tarve, paitsi sotelika-alan sisällä, myös muiden alojen kanssa. Kyse on laajasta yhteistyöhankkeesta, jossa painopiste on tulevaisuuden osaamisen ja sote-uudistuksen myötä muuttuvien toimintaympäristöjen tunnistamisessa sekä niiden monialaisten ja -amatillisten koulutustarpeiden löytämisessä. Sotelika-hankkeessa arvioidaan syntyvän monia yhteisiä teemoja sairaaanhoitajan kliinisen erikoisosaamisen kehittämistarpeista.

Ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutuksen rahoitus

Ammattikorkeakoulujen rahoitusperusteita uudistettiin 2014 ammattikorkeakoululain muuttamisen yhteydessä. Koulutuksen rahoitusperusteista säädetään ammattikorkeakouluista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (1129/2014). Ammattikorkeakoulujen rahoitus määräytyy pääasiassa suoritettujen tutkintojen (46 %), vähintään 55 opintopistettä suorittaneiden ammattikorkeakoulututkintoa opiskelevien lukumäärän (24 %) sekä tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan (15 %) perusteella. Ammattikorkeakoulujen yksikköhinta määräytyy laskennallisin perustein, joissa huomioidaan toiminnan laajuus, laatu ja vaikuttavuus. Erikoistumiskoulutus tulee sisällyttämään ammattikorkeakoulujen rahoitusperusteisiin 2017 alkavasta sopimuskaudesta alkaen. Tällöin erikoistumiskoulutukset lisätään osaksi rahoitusmallin tekijää ”avoimen amk-opetuksen, erillisten opintojen ja maahanmuuttajien valmentavan koulutuksen opintopisteet”, jonka perusteella määräytyy 5 % korkeakoulujen rahoituksesta. (HE 26/2014 vp., OKM 2015a).

Ammattikorkeakoulut voivat jatkossa järjestää erikoistumiskoulutusta maksutta tai periä enintään 120 euroa opintopistettä kohden (A 1440/2014). Valtion vuoden 2014 talousarvioon sisältyi 4 miljoonaa euroa korkeakoulujen erikoistumiskoulutusten kehittämiseen. Opetus- ja kulttuuriministeriön keväällä 2015 korkeakoulujen haettavaksi avaamalla kehittämisrahoituksella tuetaan erikoistumiskoulutusten sopimuksia edeltävää valmistelua (OKM dnro 5/592/2015).

Työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointi Suomessa

Opetus- ja kulttuuriministeriö ja Opetushallitus vastaavat koulutustarpeiden määrällisestä ja laadullisesta ennakkoinnista. Koulutustarpeiden määrällinen ennakointi perustuu työvoimatarpeiden ennakointiin. Valtion taloudellisen tutkimuskeskus VATT on ennakoinnut työvoiman kysynnän kehitystä toimialoittain ja ammattiryhmittäin vuosina 2015–2030 erilaisten tulevaisuusskenaarioiden avulla (Ahokas ym. 2015). Tuotantorakenteen ja työvoimatarpeiden ennakointia ohjaa työ- ja elinkeinoministeriön, opetus- ja kulttuuriministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön ja valtiovarainministeriön muodostama konsortio.

Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen mukaan julkisen sektorin terveyspalveluiden kysyntä tulee 2010-luvulla kasvamaan keskimäärin 1,2 prosenttia ja sosiaalipalveluiden 1,8 prosenttia vuodessa. Vastaavasti 2020-luvulla terveyspalveluiden kysynnän kasvun ennakoidaan

⁴ Sotelika-verkosto koostuu sosiaali-, terveys-, liikunta- ja kauneudenhoitoalan koulutusta antavien ammattikorkeakoulujen edustajista. Näillä aloilla toimii 23 ammattikorkeakoulua ja tutkintonimikkeitä on yhteensä 20, joista 16 on terveysalan tutkintoja.

putoavan 0,7 prosenttiin mutta sosiaalipalveluiden kysynnän kasvun nousevan yli 2 prosenttiin. Terveyspalvelujen yksityinen kulutuskysynnän ennakoidaan kasvavan julkista kysyntää nopeammin ja sosiaalipalveluiden hitaammin. Vuonna 2030 sosiaali- ja terveyspalveluissa työskentelisi noin 480 000 henkilöä. Tämä tarkoittaisi, että toimialan työllisten määrä kasvaisi noin 97 000 henkilöllä vuosina 2012-2030. Tällaisen kasvun ei arvioida olevan kestävä koulutustarpeiden tai julkisen sektorin kantokyvyn kannalta. (Ahokas ym. 2015.)

Opetus- ja kulttuuriministeriön arvion mukaan terveydenhuollon työvoimatarpeen kasvua kuitenkin hillitsevät palveluiden digitalisoituminen, teknologisten innovaatioiden käytön lisääntyminen ja työnjaon kehittäminen. Samoin sosiaali- ja terveystuollon rakennemuutos tarjoaa mahdollisuuksia palveluiden uudelleen järjestämiseen ja tuottavuuden parantamiseen, jolloin lisätöyövoiman tarve jää vähäisemmäksi kuin toimialaskenaarioissa. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmä esittikin sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan tutkintojen kokonaismäärän pitämistä 2020-luvulle samalla tasolla kuin vuosina 2011-2013 suoritettujen tutkintojen keskiarvo. Koska terveysalan ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkoja on lisätty viime vuosina, vuotuisen aloittajatarpeen esitettiin pysyvän lähes vuosien 2011-2013 aloittaneiden keskiarvon tasolla. Aloittajatarpeen kasvua esitettiin sosiaali- ja terveysalan ammatilliseen peruskoulutukseen. (OKM 2015b.)

Erikoisosaamisen ennakointi – Opetushallituksen selvitykset

Opetushallituksen (OPH 2015) mukaan valtakunnallista pitkän aikavälin ennakoitintietoa ammatillisesti suuntautuneesta aikuiskoulutuksesta on tarjolla vain vähän. Opetushallituksen mukaan ennakoinnin tulisi perustua eri sidosryhmätasojen väliseen vuorovaikutukselliseen verkostoitumiseen ja avoimeen tiedonvaihtoon.

Opetushallituksen esiselvityksessä (OPH 2015) valtakunnallinen aikuiskoulutuksen ennakoitintarve rajattiin näyttötutkintoperustaisten ammatillisten perustutkintojen, ammatti- ja erikoisammattitutkintojen ja ylempien ammattikorkeakoulututkintojen ennakointiin. Selvityksessä todetaan, että muiden aikuiskoulutusmuotojen ennakoinnin kehittämishaasteet koskevat erityisesti koulutuksen järjestäjiä, korkeakouluja ja yrityksiä. Opetushallituksen ennakointimallin nähtiin palvelevan myös muiden aikuiskoulutusmuotojen ennakoitintarpeita.

Opetushallituksessa on laadittu aikuiskoulutuksen ennakointimalli, jossa on kolme ennakoinnin tasoa. Valtakunnallisella (strategisella) tasolla hyödynnetään koulutuspoliittisia linjauksia ja skenaarioita pitkän aikavälin työvoima- ja koulutustarpeista. Tällä tasolla käytetään MITENNA⁵- ja VATTAGE⁶-malleja määrällisten koulutustarpeiden ennakointiin. Operatiivisella tasolla ennakoidaan alakohtaisia ja alueellisia työvoiman kysynnän ja tarjonnan kohtaamisia, ammattirakenteiden muutoksia ja alakohtaisia osaamistarpeita hyödyntäen esimerkiksi VOSE⁷-mallia. Reaktiivisella tasolla alueelliset toimijat ja järjestäjät laativat kyselyitä ja barometreja lyhyen aikavälin ennakoitintiedon keräämiseksi. Ennakoinnissa hyödynnetään strategisen, operatiivisen ja reaktiivisen tarkastelutason välistä dialogia. (OPH 2015.)

Koulutustoimikunnat toimivat osaltaan laadullisen ennakoinnin asiantuntijaeliminä. Koulutustoimikuntajärjestelmän tehtävänä on edistää yhteistyössä opetus- ja kulttuuriministeriön ja Opetushallituksen kanssa koulutuksen ja työelämän vuorovaikutusta sekä seurata, arvioida ja ennakoida työelämässä tarvittavan osaamisen kehittymistä pitkällä aikavälillä. Terveysalan koulutustoimikunta vastaa terveydenhuollon toimialan laadullisen ennakoinnin tehtävistä. (A 882/2010.) Koulutustoimikuntajärjestelmän ohjausryhmä on ehdottanut, että osaamisen ennakointifoorumi korvaisi koulutustoimikuntajärjestelmän 1.1.2017 alkaen (OKM 2016c.)

⁵ MITENNA-malli perustuu toimialaennusteisiin, joiden pohjalta tuotetaan laskentamallin avulla laskelmia työvoiman kysynnän muutoksista, työvoimapoistumista, koulutuksen aloittajatarpeista, suoritettavista tutkinnoista ja koulutetun työvoiman tarjonnasta. Nämä laskennalliset tulokset muutetaan ammatillisen koulutustarpeen ennakoitintiedoksi (OPH 2015).

⁶ VATTAGE-malli on Valtion taloudellisessa tutkimuskeskuksessa kehitetty dynaamisen yleisen tasapainon malli, jota sovelletaan politiikan vaikutusten arviointiin sekä pitkän aikavälin talousskenaarioiden laadintaan (Honkatukia 2009).

⁷ VOSE-malli on ammatillisten osaamistarpeiden ennakointiin kehitetty toimintamalli (Taipale-Lehto 2012).

Kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen ennakointi –alueellisia terveydenhuollon hankkeita ja selvityksiä

Taulukkoon 4 on koottu tietoa alueellisista terveydenhuollon hankkeista ja selvityksistä, joissa on mallinnettu erikoisosaamisen ennakointia, ennakoitu tulevaisuuden erikoisosaamistarpeita ja arvioitu ennakkoinnin haasteita. Yhteenvetona näiden hankkeiden ja selvitysten tuloksista voidaan todeta, että täydennyskoulutusten määrän ennakoidaan kasvavan merkittävästi ja monialaisuuden lisääntyvän. Erikoisosaamistarpeina nousevat esille hoitohenkilöstön roolin laajeneminen ja asiantuntemuksen syveneminen vastaanotto- ja konsultaatiotoiminnoissa sekä erikoissairaanhoidon erikoisaloilla. Terveyden edistämisen ja omahoidon ohjauksen merkitys lisääntyvät entisestään. Palvelujärjestelmässä korostuvat asiakkaan kotiin vietävät palvelut, moniammatillinen työskentely ja terveysteknologian hyödyntäminen.

Erikoisosaamisen kehittäminen – Opetus- ja kulttuuriministeriön erikoistumiskoulutus-työryhmän ehdotukset

Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmäraportin mukaan korkeakoulututkinnon jälkeinen erikoistumiseen tähtäävä koulutus ei nykyisellään vastaa asiantuntijatyössä työskentelevien korkeakoulututkinnon suorittaneiden henkilöiden ja työelämän kehittämisen tarpeisiin riittäväällä tavalla. Selvityksessä ehdotettiin kehitettäväksi korkeakoulujen erikoistumiskoulutuksia, jotka olisivat jo työelämässä toimineille henkilöille suunnattuja koulutuksia ja joiden tavoitteena on ammatillinen kehittyminen ja erikoistuminen. Erikoistumiskoulutukset olisivat laajuudeltaan vähintään 30 opintopistettä. (OKM 2013).

Raportin mukaan uusien erikoistumiskoulutusten suunnittelun tulisi tapahtua yhteistyössä työelämän kanssa ja koulutuksille laadittaisiin yhtenäiset osaamisperustaiset tavoitteet. Modulaarinen rakenne mahdollistaisi muun muassa peruskoulutukseen sisältyvien suuntaavien opintojen hyödyntämisen erikoistumisopinnoina. Rahoitus toteutuisi monikanavaisesti julkisin varoin, työnantajan rahoittamana ja opiskelumaksuina. (OKM 2013).

Erikoisosaamisen kehittäminen - Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke

Suomen sairaanhoitajaliitto ry ja Metropolia ammattikorkeakoulu koordinoivat Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus-hanketta, jonka tavoitteena oli kehittää sairaanhoitajien osaamista valtakunnallisesti tasalaatuiseksi ja vertailtavaksi (Eriksson ym. 2015). Lisäksi tavoitteena oli varmistaa, että kaikilla sairaanhoitajatutkinnon saavilla on ammattipätevyysdirektiivin edellyttämä yleissairaanhoidajan 180 opintopisteen laajuinen vähimmäisosaaminen. Terveysalan ammattikorkeakoulujen verkosto tuki hanketta osallistumalla hankkeen projektiryhmän toimintaan. Kaikki 23 sairaanhoidajakoulutusta järjestävät ammattikorkeakoulut sitoutuivat osaamiskuvausten ja keskeisten sisältöjen laatimiseen. Hankkeessa laaditut osaamiskuvaukset ovat valtakunnallisesti sairaanhoidajakoulutuksen osaamisperustaisten opetussuunnitelmien perustana.

Hankkeessa ehdotettiin, että sairaanhoitaja (AMK) -tutkintoon sisältyviä 30 opintopisteen laajuisia syventäviä opintoja voitaisiin tulevaisuudessa tarjota myös valmistuneiden täydennyskoulutukseen, mikä mahdollistaisi sairaanhoitajien horisontaalisen liikkuvuuden erikoisalalta toiselle. Uudistuvaan sairaanhoitajatutkintoon tullaan tulevaisuudessa sisällyttämään valtakunnalliset sähköiset osaamistestit, jotka suoritetaan ennen suuntaavia opintoja. Osaamisen varmistamiseen kehitetään myös kliininen passi. Yhtenäinen lääkehoidon passi on jo käytössä ammattikorkeakouluissa. (Eriksson ym. 2015.)

Suomen sairaanhoitajaliitto ry (2012) on luonut erityispätevyysjärjestelmän erityisen osaamisen ja asiantuntijuuden tunnistamiseksi ja tunnustamiseksi. Erityispätevyysjärjestelmä tukee osaltaan sairaanhoitajien osaamisen tunnistamisen systemaattista kehittämistä.

Taulukko 4. Kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen ennakointi – alueellisia terveydenhuollon hankkeita ja selvityksiä.

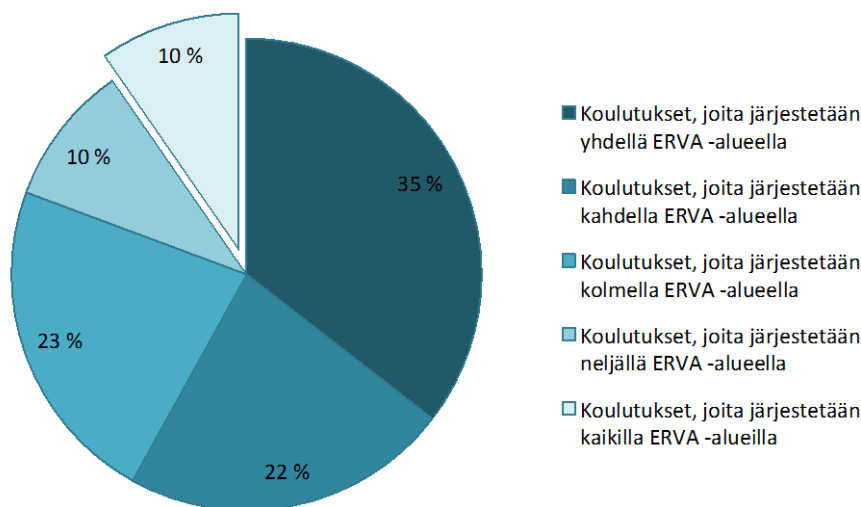
Hanke/selvitys	Keskeiset tulokset ja haasteet	Erikoisosaamisen ennakoinnin mallintaminen
Osaamisen ennakointi kuntapalveluissa (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2014)	8 % kuntaorganisaatioista kerää ennakoitietoa osaamisen kehittämistä ja 11 % tulevaisuuden palvelutarpeista. Haasteena tiedonkeruulle tunnistettiin ennakoinnin organisointi sekä työnjakkoon ja johtamiseen liittyvät tekijät.	Keski-Suomen pilotissa kehitettiin systemaattinen, jatkuvaan tiedonseurantaan ja -tuotantoon keskittyvä maakunnallinen ennakointimalli.
Sosiaali- ja terveysalan työvoima- ja koulutustarpeet 2015 (Lauttamäki & Hietanen 2006)	Täydennyskoulutuksen määrä ja monialaisuus lisääntyvät merkittävästi. Erikoistumisopintoja järjestetään yhä enemmän työpaikkatasolla, mikä mahdollistaa toimipaikkakohtaisen profiloinnin.	-
Sote-ennakointi – sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi (Vesterinen 2011)	Tunnistettiin uudenlainen ammatillinen ydin- ja erityisosaaminen. Pitkäaikaissairaiden hoitomalli käyttöön terveyskeskusten lisäksi vanhuspalveluissa, mielenterveys- ja päihdetyössä ja soveltaen erikoissairaanhoidossa. Palvelujärjestelmän kehittyminen asiakaslähtöisemmäksi ja ehkäiseviä avopalveluita painottavaksi. Palveluiden vieminen asiakkaan kotiin. Työskentely moniammatillista, terveysteknologiaa hyödyntäen.	Koulutusorganisaatioita varten laadittiin osaamistarpeiden ennakointimalli prosessikuvauksena.
Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa (Nurminen 2011)	Tulevaisuuden osaamisen määrittely nähtiin innovaatioprosessina, jolle tunnusomaisia piirteitä ovat prosessin eri osatekijöiden keskinäinen riippuvuus ja vuorovaikutus. Terveyden edistämisen erityisosaaminen nostettiin keskeiseksi näkökulmaksi erikoissairaanhoidossa.	Malli, jonka avulla voidaan tunnistaa nykyinen ja tulevaisuudessa tarvittava osaaminen.
Hyks-ervan hoitohenkilöstö ja akateemiset erityistyöntekijät 2025 (Vuorinen 2012)	Hoitohenkilöstön ammattitaidon kehittäminen pitkäkestoisella täydennyskoulutuksella, esim. taitava kirurginen hoitaja- ja taitava tehohoitaja -koulutuksella. Erikoiskoulutusta tehovalvonnan, syöpäsairaanhoitajan ja ultraääni-kätilön tehtäviin. Psykiatriassa moniammatillisia koulutuskokonaisuuksia. Hoitohenkilöstön rooli laajenee kokonaisvaltaisemmaksi ja asiantuntemus syvenee mm. vastaanotto- ja konsultatiivitoimintaan. Terveyden edistämisen ja omahoidon ohjauksen rooli kasvavat.	-

Selvitys ammatillisten erikoistumisopintojen tarjonnasta kliiniseen hoitotyöhön

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (Rautiainen & Vallimies-Patomäki 2014) selvityksessä kliinisen hoitotyön lisäkoulutuksen nykytilasta todettiin, että koulutustarjonta on ollut alueellisesti epätasaisesti jakautunutta eikä erikoistumisopinnoista ole ollut olemassa yhtenäistä sopimusta tai määrittelyä. Ammattikorkeakoulut ovat suunnanneet budjettirahoitustaan ja järjestäneet ammatillisia erikoistumisopintoja vaihtelevin sisällöin alueellisen kysynnän pohjalta.

Vuosina 2009-2013 järjestettiin kliinisen hoitotyön erikoistumisopintoja yhteensä 30 erikoistumisalalta. Yleisimmät erikoistumisalat olivat hoitotyö päivystyspoliklinikalla/akuuttihoitotyö, kivun- ja palliatiivinen hoito/syöpään sairastuneen hoito, mielenterveys/depressiohoitajakoulutus, perioperatiivinen hoitotyö/tehohoito, perhehoitotyö, seksuaali-neuvoja sekä vastaanottohoitotyö/asiiantuntijahoitajakoulutus. Niitä järjestettiin vähintään viidessä ammattikorkeakoulussa. Kliinisen hoitotyön ammatillisten erikoistumisopintojen tarjonnassa oli kuitenkin havaittavissa suuria alueellisia eroja (kuvio 3). Enemmistö erikoistumisopinnoista (35%) järjestettiin vuosina 2007-2013 vain yhdellä erä-alueella. (Kuvio 6.) Vastaavasti kaikista tarjolla olevista erikoistumisopinnoista vain 10% järjestettiin jokaisella erä-alueella. (Rautiainen & Vallimies-Patomäki 2014).

Vuosina 2011-2012 käynnistettiin kolme uuden tyyppistä sairaanhoitajatutkinnon jälkeistä lisäkoulutusta. Ne ovat hoitotason ensihoidon lisäkoulutus (A 340/2011), sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen edellyttämä koulutus (A 1089/2010) sekä asiakasvastaavakoulutus osana Toimiva terveyskeskus-ohjelmaa. (STM 2011, STM 2012).



Kuvio 6. Erikoistumisopintojen alueellinen jakautuminen sairaanhoitopiirien erityisvastuualueittain.

Ammattikorkeakoulujen uusien erikoistumiskoulutusten kehittäminen

Keväällä 2015 käynnistettiin opetus- ja kulttuuriministeriön johdolla uusien erikoistumiskoulutusten suunnittelu- ja kehittämistyö. Uudet erikoistumiskoulutukset tuovat koulutusjärjestelmään vaihtoehdon tutkinnon jälkeiseen osaamisen täydentämiseen. Tavoitteena on, että erikoistavan koulutuksen sisältö ja asema suhteessa markkinoilla liiketoiminnallisena toimintana järjestettävään täydennyskoulutukseen selkiytyy ja erikoistumiskoulutusten tarjonta laajenee. Erikoistumiskoulutukset ovat suhteessa peruskoulutukseen ja ylempään ammattikor-

keakoulututkintoon ensisijaisesti osaamista laajentavia koulutuksia, jotka mahdollistavat uuden osaamiskombinaatioiden luomisen. (Huttula 2015.)

Ammattikorkeakoulujen keskinäisessä sopimusmenettelyssä sovitaan erikoistumiskoulutuksen nimestä, laajuudesta, tavoitteista, kohderyhmästä ja opiskelijan asiantuntemuksen osoittamisesta (L 932/2014). Lisäksi voidaan sopia koulutuksen rakenteesta, hyväksilukukäytännöistä, työssäoppimisen vaatimuksista, koulutuksen suorittamisen tavoiteajasta ja perittävästä maksuista. (OKM 2013.) Erikoistumiskoulutus voisi toimia AHOT- menettelyn kautta myös osana YAMK- tutkintoa. Aikaisemmin hankittua osaamista arvioitaessa tulee varmistaa osaamisen samanarvoisuus suhteessa opetussuunnitelmaan ja tutkinnon perusteisiin (Suomen yliopistojen rehtorien neuvosto, Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto 2009)

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston Soteli-työryhmä määrittää ensi vaiheessa käynnistettävät uudet erikoistumiskoulutukset (ks. luku 2.1). Erikoistumiskoulutustarpeita on paljon, ja resurssien tehokas käyttö edellyttää kaikkien koulutusalan ammattikorkeakoulujen sekä työelämätahojen kanssa yhteistyössä tehtävää osaamistarpeiden ennakointia, priorisointia ja yhteissuunnittelua. Lisäksi asemoidaan alan erikoistumiskoulutusten rooli korkeakoulutuksen kentässä ja määritetään niiden suhde muuhun koulutustarjontaan. (ARENE 2015, Soteli-hankesuunnitelma 2015).

Liite 5 Kansainvälinen näkökulma terveysalan osaamisen kehittämiseen

Kansallisen lisäkoulutuksen kehittämistyötä on tarkoituksenmukaista tarkastella myös suhteessa kansainväliseen kehitykseen. Aiheeseen liittyvien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että kliinisesti erikoistuneen hoitajan roolin kehittäminen on tunnistettavissa oleva globaali trendi (Daly & Carnwell 2003, Sheer & Wong 2008, Pulcini ym. 2010, McLelland ym. 2013). Maailman terveysjärjestö WHO:n Euroopan aluetoimisto on osana Health 2020 -toimintaohjelmaa laatinut strategiset linjaukset hoitotyön vahvistamiseksi Euroopan alueella. Sairaanhoidajien jatkuvan ammatillisen kasvun ja urakehityksen vahvistaminen on keskeinen osa-alue strategiassa. (WHO 2014a, WHO 2014b.)

WHO:n yleiskokous hyväksyi toukokuussa 2016 maailmanlaajuisen strategian "Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030" (WHO 2016). Strategian tavoitteena on edistää terveyspalveluiden universaalia kattavuutta ja YK:n kestävä kehityksen tavoitteiden (Sustainable Development Goals SDGs) saavuttamista. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin haasteisiin vastaaminen sekä hoitoon pääsyn ja palveluiden kattavuuden varmistaminen edellyttävät muiden ohella tehokasta koulutusta, vaikuttavampaa henkilöstövoimavarojen ennakoitua, tilastointia ja kohdentamista sekä työskentelyolosuhteiden ja urapolkujen kehittämistä. Globaalin talouden tasolla arvioidaan terveydenhuollossa syntyvän noin 40 miljoonaa uutta työpaikkaa vuoteen 2030 mennessä. Niistä suurin osa syntyy keskitason ja korkean tulotason maissa. Matalamman tulotason maissa arvioidaan olevan samaan aikaan 18 miljoonan terveydenhuollon työntekijän vaje, joka aiheutuu osittain työvoiman liikkuvuudesta.

Terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutuksen järjestäminen Euroopan alueella

Euroopan komission alaisen virasto Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) (nyk. CHAFEA⁸) selvitti terveydenhuollon henkilöstön osaamisen kehittämisen ja elinikäisen oppimisen nykytilaa Euroopan alueella. Selvityksen mukaan osaamisen kehittämistä ja täydennyskoulutuksen järjestämisestä vastasivat useat tahot, kuten ammatilliset järjestöt, terveysministeriöt, korkeakoulut sekä tieteelliset yhteisöt. Täydennyskoulutuksen sisältöön liittyvät vaatimukset vaihtelivat. Esimerkiksi pakollisiksi määriteltyjen osioiden osuus vaihteli vastanneissa maissa. Sairaanhoidajille pakollisten osioiden määrä oli noin 36 %, ja ne liittyivät usein työntekijän määrittelemiin kompetensseihin. (EAHC 2013.)

Raportissa kartoitettiin lisäksi täydennyskoulutuksen aiheita, jotka olivat hyvin maakohtaisia. Useimmiten tarjottiin kliiniseen työhön, kroonisten sairauksien hallintaan ja potilasturvallisuuteen liittyviä koulutuksia. Moniammatillisten koulutusten osuus oli kaikista terveydenhuollon ammanteista pienin sairaanhoidajilla (66 %). Niissä maissa, joissa moniammatillisia koulutuksia järjestettiin sairaanhoidajille, aiheet liittyivät useimmiten infektioiden torjuntaan, potilasturvallisuuteen, laadun parantamiseen, kansanterveyteen, kliinisiin hoitopolkuihin, ensiapuun tai kroonisiin sairauksiin. (EAHC 2013.)

Raportin mukaan sairaanhoidajien osaamisen kehittämisen kansallinen akkreditointijärjestelmä löytyi EU-maista 66 %:sta. Myös osaamisen kehittämisen rahoittajatahot vaihtelivat. (EAHC 2013.) Useimmiten rahoittajana toimi työntekijä, toiseksi yleisintä oli työnantajan rahoitus, ja kolmanneksi yleisimmän rahoittajatahon muodostivat ammattijärjestöt. Esteiksi täydennyskoulutukseen osallistumiselle tunnistettiin ammattiryhmästä ja maasta riippumatta ajanpuute ja koulutusmaksut. Vastaavia tuloksia on saatu tutkimuksista, joissa kartoitettiin erikoistumisopintoihin osallistumiseen liittyviä haasteita (Dowling 2000, Wickham 2011).

⁸ Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency.

Aikaisemmat tutkimukset ovat tunnistaneeet suurta maakohtaista ja alueellista vaihtelua kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten järjestämistavoissa. (Dury et al. 2014). Kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen järjestämistapoja verranneessa eurooppalaisessa tutkimuksessa tunnistettiin peruskoulutuksen jälkeiset erikoistumisopinnot yleisimmäksi malliksi (Robinson & Griffiths 2007). Kliinisesti erikoistuneiden hoitajien osaamisen tunnistamista voidaan vahvistaa luomalla koulutuksille yhtenäinen viitekehys, joka edistää elinikäistä oppimista ja parantaa potilasturvallisuutta. (Dury ym. 2014). Viitteitä rakenteellisista muutoksista kliinisen hoitotyön lisäkoulutuksen kehittämässä on havaittavissa Suomen lisäksi 6 EU-maassa (Saksa, Unkari, Italia, Slovenia, Puola ja Espanja), joissa on raportoitu institutionaalisia muutoksia sairaanhoitajien osaamisen kehittämisen sääntelyssä (EAHC 2013).

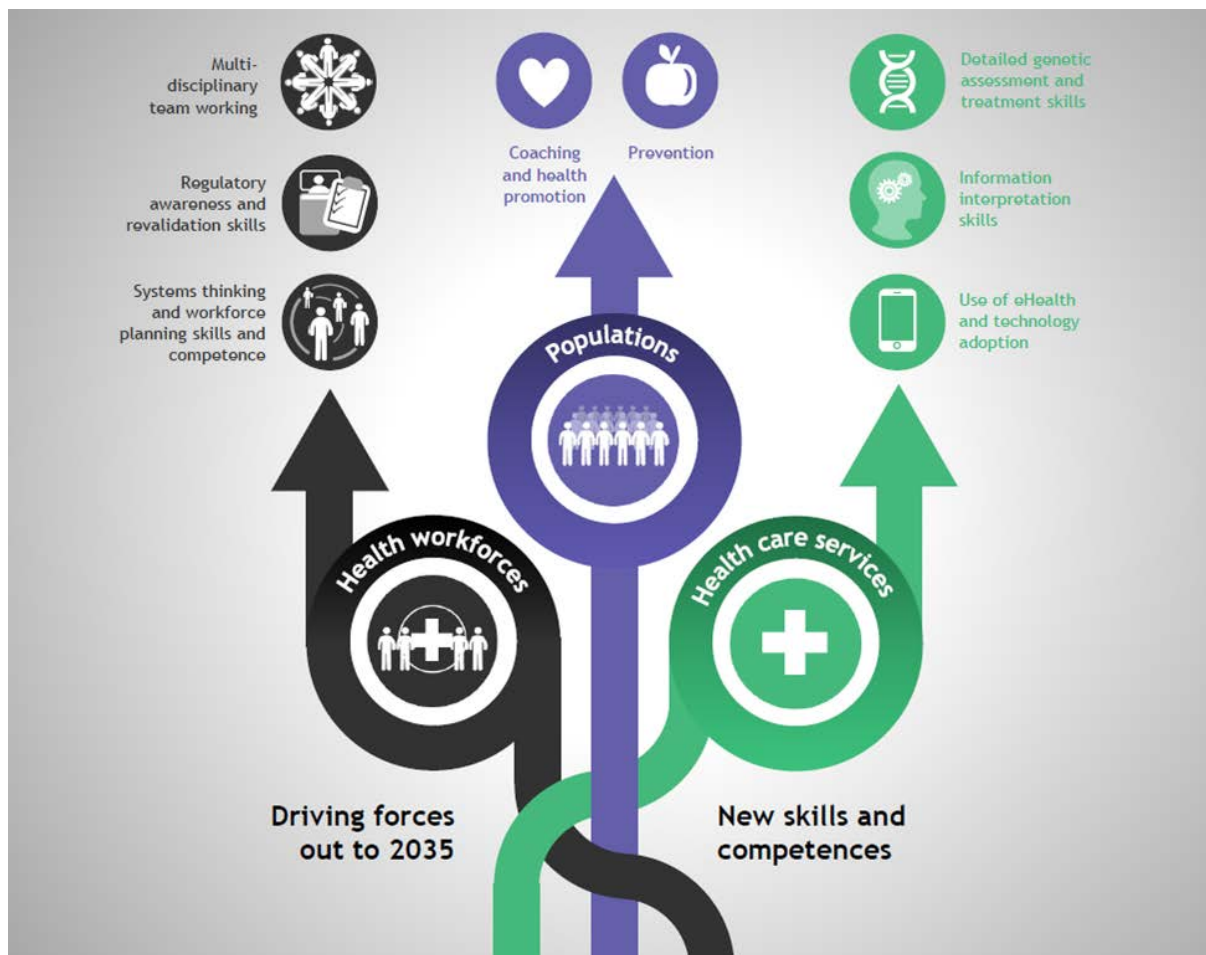
European Specialist Nurses Organisations (ESNO) kehittää yhtenäistä viitekehystä erikoisalojen ja erikoistumiskoulutuksen automaattiseksi tunnustamiseksi EU:n tasolla ja liikkuvuuden helpottamiseksi. (<http://www.esno.org/>.) ESNO selvitti erikoistuneiden sairaanhoitajien koulutusta vuonna 2015. Kyselyyn saatiin vastauksia 27 maasta. Vastajat työskentelivät 16 erikoisalalla, joista suurimmat olivat tehohoito, mielenterveystyö, operatiivinen hoito, anestesia, päivystys ja geriatria. Lisäksi mainittiin 22 muuta erikoisalaa.

ESNO on määritellyt erikoistuneen sairaanhoitajan roolin ja suhteen muihin terveydenhuollon ammattihenkilöryhmiin. Lisäksi ESNO on laatinut kuvaukset erikoistuneen sairaanhoitajan 10 geneeristä kompetenssia sekä niiden kuvaukset ja oppimistulokset (<http://www.esno.org/cms-assets/documents/247246-783364.51b---esno-ns-competences-2015---30-10>).

Eurooppalaisia terveysalan osaamisen ennakoitihankkeita

Nurse forecasting in Europe (RN4Cast) -projekti toteutettiin vuosina 2009-2011. Projektin tavoitteena oli tunnistaa innovatiivisia ennakoitimenetelmiä hoitotyön osaamisvaatimusten ja laadun näkökulmasta. Tulosten mukaan hoitotyön työvoiman tarpeen ennakoiti oli puutteellista. Nykyiset ennakoitimet eivät huomioineet muun muassa hoitaja-potilas -suhdelukua tai sairaanhoitajien koulutustasoa. Raportissa todettiin, että terveydenhuollon työvoiman suunnittelussa tulisi keskittyä nykyistä kattavammin ennakoimaan väestön terveystarpeita tulevaisuudessa. (Sermeus ym. 2011.) Esimerkiksi Irlannin RN4Cast -tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien koulutustason vaikutukset hoitotyön lopputuloksiin eivät välttämättä olleet hoitotyön suunnittelijoiden ja johtajien tiedossa (Scott ym. 2013).

EU:n komission ja jäsenmaiden hankkeessa ennakoitiin terveydenhuoltohenkilöstön osaamiseen vaikuttavia muutostekijöitä ja tulevaisuuden osaamista. (JAHWF 2016). Muutostekijöitä ja tulevaisuuden osaamista kuvattiin väestön tarpeiden, palvelujärjestelmän ja henkilöstön näkökulmista. (Kuvio 7.) Tulevaisuuden osaamisvaatimukset liittyivät terveyden edistämiseen ja ehkäisevään toimintaan, geneettiseen hoitoon, informaation tulkintaan, teknologian hyödyntämiseen, moniammatilliseen tiimityöhön, säännösten tuntemiseen ja osaamisen kehittämiseen sekä systeemiseen ajatteluun ja työvoimasuunnitteluun.



Kuvio 7. Terveydenhuoltohenkilöstön osaamiseen vaikuttavat muutostekijät ja tulevaisuuden osaaminen EU:n komission ja jäsenmaiden hankkeessa "Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting". (Lähde: Fellows & Edwards 2016.)

Selvitys klinisen hoitotyön lisäkoulutuksen järjestämisestä EU-maissa

Osana sosiaali- ja terveysministeriön selvitystä tehtiin kysely klinisen hoitotyön lisäkoulutuksen järjestämistavoista, sääntelystä ja rahoituksesta Euroopan unionin alueella (Rautiainen & Vallimies-Patomäki 2014). Kyselyyn osallistui yhteensä 11 maata (Belgia, Espanja, Irlanti, Iso-Britannia, Italia, Kypros, Puola, Tanska, Tšekien tasavalta ja Viro) mukaan lukien kaksi Iso-Britannian aluetta (Skotlanti ja Wales). Keskeisimmäksi havainnoksi nousi suuri maa- ja koulutusohjelmakohtainen vaihtelu klinisen hoitotyön lisäkoulutuksen järjestämisessä. Erikoistumisaloja tunnistettiin yhteensä 42, joista yleisimpiä olivat tehohoitotyö, mielenterveys-hoitotyö, leikkaussalihoitotyö, ensihoito ja lastentaudit (taulukko 5). Koulutustarjonnan laajuus vaihteli huomattavasti, ja kattavinta erikoistumiskoulutustarjontaa oli Irlannissa ja Skotlannissa. Koulutukset olivat useimmiten laajuudeltaan 60 ECTS pistettä.

Koulutuksia järjestettiin yliopistoissa, terveyspalveluiden tarjoamina erikoistumisvakanseina ja edellä mainittujen yhdistelminä. Erikoistumiskoulutusten sisäänpääsyvaatimukset vaihtelivat maittain ja erikoistumisaloittain, mutta useimmiten vaadittiin rekisteröitymistä sairaanhoitajaksi ja työkokemusta 12-24 kuukautta. Enemmistössä vastanneista maista erikoistumiskoulutus johti uuteen ammattinimikkeeseen. Joissakin vastanneista maista erikoistumiskoulutuksen perusteella myönnetty ammattinimike oli sidoksissa koulutusohjelman laajuuteen, mutta useimmissa maissa koulutuksia järjestettiin vain yhdessä laajuudessa ja myönnettävä ammattinimike vaihteli erikoistumisaloittain.

Erikoistumiskoulutusten sääntelyssä oli maakohtaista vaihtelua. Erikoistumiskoulutuksia säänneltiin useimmiten erikoistumisalojen, sisäänpääsyvaatimusten, koulutuksen keston ja minikompetenssien osalta erilaisten lakien, asetusten ja muun sääntelyn avulla. Myös koulutuksen rahoittajataho vaihteli maittäin. Useimmiten rahoituksesta vastasi joko valtio, työnantaja tai niiden yhdistelmä.

Taulukko 5. Yleisimmät erikoistumisalat EU:n alueella (n=12). (Rautiainen & Vallimies-Patomäki 2014.)

Erikoistumisala	Vastaajien määrä	Osuus kaikista vastanneista, %
Intensive care	8	67
Mental health	8	
Operating room	7	57
Emergency care	6	50
Paediatrics	6	
Anesthesiology	5	42
Cardiovascular care	5	
Diabetes nursing	5	
District nursing	5	
Geriatrics	5	
Medical-surgical	5	
Midwifery	5	
Oncology	5	
Palliative care	5	
Public health	5	