

# Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu tarve vuosille 2024–2028

Selvitystyö



Sosiaali- ja  
terveysministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriön  
JULKAISUJA | 2024:9

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:9

# Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu tarve vuosille 2024–2028

Selvitystyö

Liisa Karhe, Päivi Nygren ja Tia-Maria Kirkonpelto

Sosiaali- ja terveysministeriö Helsinki 2024

**Julkaisujen jakelu**

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston  
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-  
arkivet Valto

[julkaisut.valtioneuvosto.fi](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi)

Sosiaali- ja terveysministeriö  
CC BY-NC-ND 4.0

ISBN pdf: 978-952-00-5600-1  
ISSN pdf: 1797-9854

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2024

## Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu tarve vuosille 2024–2028 Selvitystyö

### Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2024:9

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö

**Tekijä/t** Liisa Karhe, Päivi Nygren ja Tia-Maria Kirkonpelto  
**Kieli** suomi **Sivumäärä** 102

#### Tiivistelmä

Pääministeri Orpon hallitusohjelman tavoitteet ja toimenpiteet tukevat sosiaali- ja terveysalan koulutuksen, osaamisen ja jatkuvan ammatillisen kehittämisen varmistamista. Koulutusmääriä lisätään ja koulutuksen rakenteita kehitetään, parannetaan mahdollisuuksia erikoistumiskoulutukseen ja osaamisen kehittämiseen sekä tarkastellaan valtion koulutuskorvauksia osana tuottavuusohjelmaa.

Kliinisen hoitotyön erikoisalojen kansallisessa määrittelyssä vuonna 2021 on laadittu arviot erikoistuneiden sairaanhoitajien tarpeesta keskimäärin vuosina 2022–2026 palvelusektoreittain. Hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyttyä 1.1.2023 on ollut tarpeen selvittää kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu tarve alueittain ja erikoisaloittain huomioiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain mukaiset hyvinvointialueiden TKKI-tehtävät sekä yhteistyöalueella tehtävä yhteistyö.

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti 1.6.2023 selvitystyön koskien kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitua tarvetta hyvinvointialueilla vuosina 2024–2028. Selvityshenkilönä toimi TtT Liisa Karhe ja selvitys toteutettiin yhteistyössä hyvinvointialueiden hoitotyön johdon ja Suomen Sairaanhoitajien kanssa. Selvitystä tarvitaan sosiaali- ja terveysministeriön ohjaustehtävässä osana hyvinvointialueiden arviointia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistamista.

Tämä raportti sisältää muodostetun tietopohjan kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoidusta määrällisestä tarpeesta vuoteen 2028 sekä ehdotukset koskien tietopohjan kehittämistä, erikoistumiskoulutuksen järjestämistä ja rahoitustarvetta.

**Asiasanat** hoitotyö, hyvinvointialue, sairaanhoitaja, kliininen erikoisala, osaaminen

**ISBN PDF** 978-952-00-5600-1

**ISSN PDF**

1797-9854

**Julkaisun osoite** <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5600-1>

## Uppskattat behov av sjukskötare med klinisk specialisering åren 2024–2028 Utredning

### Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2024:9

**Utgivare** Social- och hälsovårdsministeriet

**Författare** Liisa Karhe, Päivi Nygren ja Tia-Maria Kirkonpelto

**Språk** finska

**Sidantal**

102

### Referat

Målen och åtgärderna i regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering ger ett starkt ryggstöd åt att säkerställa utbildningen, kompetensen och den kontinuerliga yrkesutvecklingen inom social- och hälsovården. Utbildningsvolymerna ökas, utbildningsstrukturerna utvecklas, möjligheterna till specialiseringsutbildning och kompetensutveckling förbättras samt statens utbildningsersättningar utvärderas som en del av produktivhetsprogrammet.

I samband med den nationella definitionen av specialiteter inom kliniskt vårdarbete 2021 gjorde man uppskattningar av det genomsnittliga behovet av sjukskötare med klinisk specialisering enligt servicesektor åren 2022–2026. I och med att välfärdsområdena inledde sin verksamhet den 1 januari 2023 har det varit nödvändigt att utreda det uppskattade behovet av specialiserade sjukskötare enligt område och specialitet med beaktande av samarbetet inom samarbetsområden och välfärdsområdenas uppgifter inom forskning, utbildning, utveckling och innovation enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Social- och hälsovårdsministeriet inledde den 1 juni 2023 en utredning om det uppskattade behovet av sjukskötare med klinisk specialisering inom olika servicehelheter i välfärdsområdena 2024–2028. Utredaren var doktor i hälsovetenskaper Liisa Karhe och utredningen genomfördes i samarbete med ledningen för välfärdsområdenas vårdarbete och Finlands Sjukskötare. Utredningen behövs för social- och hälsovårdsministeriets styrningsuppgift som en del av utvärderingen av välfärdsområdena och säkerställandet av tillgången till social- och hälsovårdspersonal och av personalens kompetens.

Denna rapport innehåller ett kunskapsunderlag om det uppskattade kvantitativa behovet av sjukskötare med klinisk specialisering fram till 2028 och förslag som gäller utveckling av kunskapsunderlaget, ordnande av specialiseringsutbildning och finansieringsbehov.

**Nyckelord** vårdarbete, välfärdsområde, sjukskötare, kliniskt specialområde, kompetens

**ISBN PDF** 978-952-00-5600-1

**ISSN PDF**

1797-9854

**URN-adress** <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5600-1>

## Study on the anticipated need for clinical nurse specialists in 2024–2028

---

### Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2024:9

**Publisher** Ministry of Social Affairs and Health

---

**Author(s)** Liisa Karhe, Päivi Nygren ja Tia-Maria Kirkonpelto

**Language** Finnish

**Pages**

102

---

### Abstract

The objectives and measures set out in the Programme of Prime Minister Orpo's Government support the work to ensure education and training, skills and competence and continuing professional development in the field of healthcare and social welfare. Steps are taken to increase the intake of students, to develop the structures of education and training and to improve the opportunities for professional specialisation education and competence development. Compensation paid from state funds for education and training will also be reviewed as part of the productivity programmes specified in the Government Programme.

When the national definition of clinical nursing specialities was formulated in 2021, it was also assessed what the average need for clinical nurse specialists would be by service sector in 2022–2026. Following the launch of the wellbeing services counties on 1 January 2023, it has become necessary to determine what is the anticipated need for clinical nurse specialists by region and field of specialisation while taking into account the research, education, development and innovation-related duties of the wellbeing services counties under the Act on Organising Healthcare and Social Welfare Services and cooperation within the collaborative areas for healthcare and social welfare.

On 1 June 2023, the Ministry of Social Affairs and Health launched a study concerning the anticipated need for clinical nurse specialists in the wellbeing services counties in different service entities between 2024 and 2028. The study was carried out by Liisa Karhe, Doctor of Health Sciences, in cooperation with the management of nursing in the wellbeing services counties and Finnish Nurses Association. The study is necessary for the Ministry's guidance duty when assessing the wellbeing services counties and ensuring the sufficiency and competence of healthcare and social welfare personnel.

This report includes a compiled knowledge base on the anticipated quantitative need for clinical nurse specialists up until 2028 and the proposals for developing the knowledge base and organising professional specialisation education, along with the proposals concerning financing needs.

**Keywords** nursing, wellbeing services county, healthcare, clinical nurse specialist, competence

---

**ISBN PDF** 978-952-00-5600-1

**ISSN PDF**

1797-9854

---

**URN address** <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5600-1>

---

# Sisältö

<b>Lukijalle</b> .....	8
<b>Yhteenveto ehdotuksista</b> .....	9
Erikoistumiskoulutuksen ennakkoinnin tietopohja .....	9
Erikoistumiskoulutuksen tarve ja järjestäminen .....	11
Erikoistumiskoulutuksen rahoitus.....	16
<b>1 Johdanto</b> .....	18
<b>2 Selvitystyön tavoite ja tausta</b> .....	20
Sosiaali- ja terveydenhuollon TKKI-toiminta.....	20
Kliinisen hoitotyön erikoisalajat .....	23
<b>3 Tietopohja yhteistyöalueilta</b> .....	25
3.1 Tiedon keruu hyvinvointialueiden hoitotyön professiojohtajilta .....	25
3.2 Sairaanhoidajat yhteistyöalueilla 2023 .....	28
3.3 Sairaanhoidajien erikoisosaaminen yhteistyöalueilla 2023 .....	36
3.4 Sairaanhoidajien kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen ennakoitu tarve.....	39
3.4.1 Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoidajien tarve .....	39
3.4.2 Sairaanhoidajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus .....	44
<b>4 Kliinisen erikoisosaamisen varmistaminen</b> .....	49
<b>5 Kliinisen hoitotyön osaamisen johtaminen</b> .....	55
5.1 Kliinisen osaamisen kehittämisen tilanne .....	55
5.2 Sairaanhoidajien erikoistumiskoulutuksen hyödyntäminen työelämässä.....	59
<b>6 Osaamisen kehittäminen koulutusyhteistyössä</b> .....	63
6.1 Ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutukset.....	63
6.2 Erikoistumiskoulusten järjestäminen.....	65
6.3 Pätevyitysmispolku erikoisosaajille.....	70
6.4 Suppeiden erikoisalojen erityispätevyys.....	71
6.5 Kliinisen hoitotyön erikoisalajat ja ylemmät korkeakoulututkinnot .....	74

<b>7</b>	<b>Valtion taloudellinen tuki erikoistumiskoulutuksiin</b> .....	76
	<b>Liitteet</b> .....	80
	Liite 1. Tietopohjan kyselylomake.....	80
	Liite 2. Kuvio 5.....	96
	Liite 3. Taulukot 1, 2, 4, 6.....	97
	<b>Lähteet</b> .....	101



## LUKIJALLE

Kliinisen hoitotyön erikoisalojen kansallinen määrittely ja niiden osaamiskuvaukset laadittiin vuonna 2021 osana Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattihenkilöiden neuvottelukunnan hoitotyön jaoston koordinoimaa työskentelyä (STM 2021:36). Kliinisen hoitotyön erikoisalalla tarkoitetaan sairaanhoitajana laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista osaamista, jota tarvitaan välittömän potilas- ja asiakastyön vaativissa asiantuntijatehtävissä ja erikoisalan kehittämisessä. Kokonaisuus kattaa 17 erikoisalaa. Erikoisosaamisen kehittämisen lähtökohtia ovat terveyden edistäminen, muutokset väestön terveydessä ja toimintakyvyssä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet.

Kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen merkitys on vahvistunut Covid-19 -pandemian myötä sekä moniammatillisessa palveluiden ja palvelukokonaisuuksien kehitystyössä. Erikoisosaamisen kehittämistä tukevat kansainväliset terveysstrategiat sekä tutkimus-tieto erikoisosaamisen yhteydestä haattatapahtumien ehkäisyyn, näyttöön perustuvaan hoitoon, toiminnan tuloksellisuuteen ja hoitotyön vetovoimaisuuteen. Kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämistä ohjaavat ammattipätevyysdirektiivin ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain säännökset ammatillisen osaamisen jatkuvasta kehittämisestä.

Vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain säännökset koulutus-, tutkimus- ja kehittämis- ja innovaatiotoiminnasta sekä henkilöstön ammatillisen kehittymisen varmistamisesta luovat puitteet erikoisosaamisen kehittämiselle hyvinvointi- ja yhteistyöalueilla. Tämä julkaisu sisältää syksyllä 2023 muodostetun tietopohjan kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoidusta määrällisestä tarpeesta hyvinvointi- ja yhteistyöalueilla vuoteen 2028 eri erikoisalojen osalta sekä ehdotukset koskien tietopohjan kehittämistä, erikoistumiskoulutuksen järjestämistä ja rahoitustarvetta. Selvitystä tarvitaan sosiaali- ja terveysministeriön ohjaustehtävässä osana hyvinvointialueiden arviointia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden ja osaamisen varmistamista.

## Yhteenveto ehdotuksista

Tähän kappaleeseen on koottu selvitystyön kaikki ehdotukset (16) kuvauksineen koskien erikoistumiskoulutuksen ennakoinnin tietopohjaa, tarvetta ja järjestämistä sekä rahoitusta. Julkaisun kappaleissa 3–7 käsitellään kutakin ehdotusta tarkennetusti.

### Erikoistumiskoulutuksen ennakoinnin tietopohja

#### **EHDOTUS 1. Henkilöstöhallinnon järjestelmistä saadaan tiedot osaamisen ja henkilöstövoimavarojen johtamiseen.**

Hyvinvointialueiden henkilöstöhallinnon järjestelmiä kehitetään yhteistyössä hoitotyön johdon kanssa. Kehitystyön tuloksena järjestelmistä saadaan tiedot:

- tutkinnoittain ja yhtenäisin ammattinimikkein sekä tehtävittäin, ml. kliinisessä hoitotyössä toimivat sairaanhoitajat.
- erikoistumiskoulutuksen käyneet ja muut erikoisosajat ammattiryhmittäin sekä erikoisalaansa pätevöityneet asiantuntijat.
- ammattinimikkeittäin kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien ikätiedot, jotta pystytään ennakoimaan eläkeikään tulevien lukumäärät.

Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tietopoimintaa edistetään luomalla kansalliset yhtenäiset ja määritellyt ammatti- ja tehtävänimikkeet.

Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien määrää ja tarvetta ennakoidaan hyvinvointialueiden kesken kullakin yhteistyöalueella yhtenäisellä tietopohjalla.

Hoitohenkilöstön johdolla on pääsy henkilöstöhallinnon järjestelmiin.

## **EHDOTUS 2. Henkilöstön poistumia ja sijaisuuksia ennakoidaan tietopohjaa hyödyntäen.**

Hoitohenkilöstön poissaolojen seuranta on systemaattista ja sijaissuunnittelu ennakkoivaa varmistaen myös kunkin erikoisalalan osaamisen.

Hoitotyön johtajilla on suunnitelma vakinaisia ja määräaikaista sijaisuuksia koskien. Äkillisissä sijaistarpeissa huomioidaan tilannekohtainen asiakkaiden ja potilaiden palveluntarve.

Hyvinvointialueet varmistavat omat vakinaiset sijaiset, jotta vuokratyövoiman käyttö on hallittua ja suunnitelmallista.

Hyvinvointialueiden henkilöstöhallinnon järjestelmät tukevat sijaisten koordinaointia. Poissaoloja seurataan vuositasolla. Tilastollisesti ennakoitavissa olevaan poissaolotietoon pohjautuen suunnitellaan vakinaiset sijaiset.

## **EHDOTUS 3. Erikoisosaamistietoa käytetään osaamisen johtamisessa.**

Osaamisen johtamisen mahdollistamiseksi

- osaamisen hallinnan järjestelmiin tulee saada tieto erikoistumiskoulutuksen käyneistä ja eri osaamistasoille sijoittuvien määristä.
- palvelukokonaisuuksissa tai eri erikoisalojen toimintayksiköissä on asetettu tavoite erikoistumiskoulutettujen osuudelle.

Onnistuneen rekrytoinnin mahdollistamiseksi tarvitaan tietoa, millaista osaamista työyksikköön tarvitaan.

Erikoisosaamisen määrätietoa tarvitaan myös työvuorosuunnittelussa ja asiakas- ja potilasturvallisen työvuoron varmistamisessa.

Erikoisosaamista hyödynnetään myös laajemmin yhteistyöalueella.

## Erikoistumiskoulutuksen tarve ja järjestäminen

### **EHDOTUS 4. Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu lisätarve määritellyillä erikoisaloilla (STM 2021:36) on yhteensä noin 8 028 erikoistumiskoulutettua vuoteen 2028 mennessä hyvinvointialueilla.**

Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tavoiteosuudeksi arvioitiin yhteistyöalueilla 34–45 % kliinisessä hoitotyössä toimivista sairaanhoitajista. Aiemmin erikoistumiskoulutuksen käyneiden lisäksi arvio lisäkoulutustarpeesta oli kaikkiaan keskimäärin 23 % yhteistyöalueiden sairaanhoitajista.

Kaikille kliinisen hoitotyön 17 erikoisaloille on tarve kouluttaa vuoteen 2028 mennessä hyvinvointialueiden tarvearvion suuntaa antava määrä sairaanhoitajia huomioiden tulevat poistumat sekä suunnitella erikoistumiskoulutus niille erikoisaloille, joilla sellaista ei vielä ole. Eniten erikoistumiskoulutustarvetta on psykiatrisen hoitotyön ja mielenterveyden hoitotyön, palliatiivisen ja saattohoidon erikoisaloilla sekä päivistyshoitotyön ja diabeteksen hoitotyön erikoisaloilla.

Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien lukumäärille määritellään yhteistyö- ja hyvinvointialueittain asiakkaiden ja potilaiden palvelutarpeeseen pohjautuvat tavoiteosuudet kliinisen erikoisosaamisen varmistamiseksi.

Tulevien vuosien erikoistumiskoulutettujen sairaanhoitajien tarvetta laskettaessa osajapoistumaan lasketaan eläköitymisen, osa-aikaisen työajan ja sairaanhoitajavajeen aiheuttamat poistuma-arviot. Lisäksi huomioidaan alan ja tehtävän vaihdosta johtuva osajapoistuma sekä mahdollinen sijaistamattomien poissaolojen aiheuttama vaje.

### **EHDOTUS 5. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden erityispätevyyden (LMEP) sairaanhoitajan osaamista ja lääkkeenmääräämisoikeuden hyödyntämistä kehitetään ja lisätään.**

Hyvinvointialueilla tunnistetut syyt ja rakenteelliset esteet sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden vähäiselle hyödyntämiselle otetaan hyvinvointialueitasolla käsittelyyn ja puretaan esteitä tavoitteellisesti. Tehtävällä on vastuhenkilö.

Hyvinvointialueelta konsultoidaan yhteistyöalueen muita hyvinvointialueita ja otetaan mallia onnistuneista ja vaikuttavista ratkaisuista.

Yhteistyöaluetasolle kerätään hyvinvointialueilta tutkittua tietoa ja vaikuttavuustietoa siitä, miten LMEP-sairaanhoitajan osaamisen ja lääkkeenmääräämisoikeuden hyödyntäminen on vaikuttanut asiakkaiden ja potilaiden palveluihin ja hoidon sujuvuuteen. LMEP-sairaanhoitajan työn asiakas- ja potilasturvallisuutta seurataan valtakunnallisesti.

Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden hyödyntämisen lainsäädännölliset esteet ratkaistaan, jotta LMEP-sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeuden käyttö mahdollistuu myös etä-, digi- ja puhelinvastaanoitoilla. Lääkevalikoimaa laajennetaan niin, että potilasryhmien kokonaisvaltainen, sujuva ja turvallinen hoito mahdollistuu.

LMEP-sairaanhoitajien kouluttautuminen on ennakoivaa ja suunnitelmallista. Koulutetuille luodaan mahdollisuus hyödyntää täysimääräisesti osaamistaan. LMEP-sairaanhoitajan työnkuva moniammatillisen tiimin jäsenenä määritellään kansallisesti erilaisissa toimintakokonaisuuksissa.

## **EHDOTUS 6. Kliininen erikoisosaaminen varmistetaan yhteistyö- ja hyvinvointialueiden koulutusyhteistyöllä.**

Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tavoiteosuudet hoitohenkilöstön kokonaismäärästä määritellään yhteistyö- ja hyvinvointialuetasolla.

Yhteistyöalueiden hyvinvointialueet tekevät säännöllistä yhteistyötä osana TKKI-ohjelmaansa alueen koulutussuunnittelussa sekä kliinisen hoitotyön erikoisosaamistarpeiden ja koulutustarpeiden määrittelyssä ja ennakoinnissa.

Yhteistyöalueen hyvinvointialueiden väliseen yhteistyösopimukseen kirjataan erikoistuneen hoitohenkilöstön riittävyyden varmistaminen kliinisen hoitotyön erikoisaloilla.

Kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämiseksi yhteistyöalueille perustetaan hyvinvointialueiden, ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen alueellinen yhteistyöelin, jonka tarkoituksena on mm. edistää kliinisen hoitotyön ennakoitua erikoisosaamisen kehittämistä ja sopia erikoisosaamistarpeisiin vastaavien erikoistumiskoulutusten toteuttamisesta kliinisen hoitotyön erikoisaloilla.

Sairaanhoitajien erikoisosaamistarpeeseen vaikuttavat yhteistyöalueilla monet käynnissä olevat muutokset, minkä vuoksi tarvetta seurataan hyvinvointialueilla ja yhteistyöalueiden yhteistyöelimissä sekä muutoksiin reagoidaan ennakoivasti.

Erikoistumiskoulutustarjonta suunnitellaan alueellisesti ja valtakunnallisesti siten, että kriittisiin erikoisosaamistarpeisiin voidaan vastata.

### **EHDOTUS 7. Kliinisen hoitotyön osaamisen tunnistamista kehitetään osana uramallia sekä yhtenäisen nimike- ja vakanssiedon ja rekisteröinnin avulla.**

Yhteistyöalueen kaikilla hyvinvointialueilla otetaan käyttöön yhtenäinen asiakas- ja potilastarpeesta lähtevä kliinisen hoitotyön osaamisen uramalli.

Kliinisessä hoitotyössä toimiville sairaanhoitajille ja erikoistumiskoulutuksen käyneille tai pätevyyden hankkineille on määritelty osaamisvaatimustasot ja niihin tutkimustietoon perustuen toiminta- tai työyksikötason kriteerit.

Kliinisen hoitotyön vaativuuden arviointi on käytössä hyvinvointialueella kaikissa hoitotyötä sisältävissä palvelukokonaisuuksissa.

Erikoisosaamisen tunnistamiseksi kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneille sairaanhoitajille ja siirtymävaiheessa erikoistumiskoulutusta vastaavan osaamisen täydennyskoulutuksilla ja työkokemuksella hankkineille ja erikoisalan päteöitymisensä osoittaneille sairaanhoitajille otetaan hyvinvointialueilla käyttöön

- osaamista osoittava kansallisesti yhtenäinen nimike, ja
- kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan vakanssi

Kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneet tai pätevyyden hankkineet rekisteröidään kansalliseen rekisteriin erikoisosaamisen ja -koulutustarpeen alueellisen ja valtakunnallisen tason ohjauksen mahdollistamiseksi.

### **EHDOTUS 8. Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien osaamista hyödynnetään suunnitelmallisesti yhteistyö- ja hyvinvointialueilla.**

Yhteistyö- ja hyvinvointialueilla on käytössä

- osaamisen hallinnan järjestelmä, jonka kautta erikoisosaaminen voidaan tunnistaa ja erikoisosaamisen hyödyntämistä kehittää.
- yhtenäiset ja työssä tarvittavan erikoisosaamisen hankkimista lisäävät kannustimet sairaanhoitajille ja muulle henkilöstölle.

Erikoistumiskoulutuksiin kannustamisessa on mukana sairaanhoitajan urakehityssuunnittelu, jotta erikoistumiskoulutuksen käynyt sijoittuu osaamistaan vastaaviin tehtäviin ja tehtävien vaativuuden nousu näkyy palkassa.

Hyvinvointialueilla tarkastellaan avoimesti ja kriittisesti päivittämistä ja kehittämistä tarvitsevia monialaisen yhteistyön ja työnjaon käytäntöjä, jotka voivat olla esteenä sairaanhoitajan erikoistumiskoulutuksen hyödyntämiselle.

Erikoistumiskoulutukset toimivat sairaanhoitaja-ammatin veto- ja pitovoimatekijöinä ja hyvinvointialueella mahdollistetaan sairaanhoitajan erikoisosaamisen hankkiminen ja hyödyntäminen täysimääräisesti.

Erikoistumiskoulutuksen käyneiden työnkuva määritellään asiakas-/potilastarvelähtöisesti tavoitteena lisätä palvelun laatua, sujuvuutta ja vaikuttavuutta hyvinvointi-/yhteistyöalueilla.

## **EHDOTUS 9. Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien määrällistä tarvetta ja osaamista ennakoidaan ja ohjataan kansallisesti.**

Kansallisesti on linjattu ne erikoisalajat, joilta erikoistumiskoulutusten tarve on arvioitu kriittiseksi tai jatkuvaksi. Näiden koulutusten opetussuunnitelmat ovat yhtenäiset ja koulutukset aikataulullisesti ennakoitavissa.

Uusien työelämässä tarvittavien erikoisalojen koulutusten järjestäminen sovitaan kansallisesti ja alueellisesti.

Harvemmin kuin vuosittain tarvittavien erikoistumiskoulutusten tarjoajat on sovittu alueellisen tarpeen, korkeakoulujen sijainnin sekä keskinäisen sopimuksen mukaan.

Erikoistumiskoulutusten opetussuunnitelmien sisällön suunnittelussa kuullaan työnantajia ja opiskelijoita.

Erikoistumiskoulutusten suunnittelu, tarjonta ja sisältö on ennakoivaa ja perustuu työelämän tarpeisiin sekä palvelee asiakkaiden ja potilaiden palvelujen tarvetta.

## **EHDOTUS 10. Erikoistumiskoulutusten järjestäminen hyvinvointialueiden yhteistyössä**

Erikoistumiskoulutus toteutetaan monimuotokoulutuksena siten, että se integroituu työelämään ja on toteutettavissa joustavasti työn ohessa, esim. koulutusvakanssilla.

Erikoistumiskoulutuksen järjestäjien kesken tehtävänjako on selkeä.

Harjoittelujaksoa vastaavalla työssä tapahtuvalla opiskelujaksolla opiskelijalla on ohjaaja, jolla on erikoisalan laaja-alaista syväosaamista. Kliinisellä opiskelujaksolla keskitytään vahvasti kliinisen osaamisen ja näyttöön perustuvaan tietopohjan vahvistamiseen.

Työssä tapahtuva opiskelujakson palkallisuus ja valtion rahoitustuki ovat edellytyksiä sille, että erikoistumiskoulutukset toteutuvat tarvetta ja tahtotilaa vastaavasti.

Yhteistyöalueiden hyvinvointialueilla perustetaan erikoistuvan sairaanhoitajan koulutustoimia tai -vakansseja sellaisiin erikoisalojen yksiköihin, jotka toimivat koulutuspaikkoina erikoistuville sairaanhoitajille.

Tarvittavat henkilöstöresurssit kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen ja työelämässä tapahtuvan opiskelun mahdollistamiseksi suunnitellaan osana hyvinvointialueiden toimintayksikköjen henkilösuunnitelmaa ja vakanssijärjestelmää.

## **EHDOTUS 11. Erikoistumiskoulutuksen rinnalle pätevytymispolku jo erikoisosaamisen hankkineille**

Erikoistumiskoulutuksen rinnalle luodaan siirtymäajan kattava pätevytymispolku niille kokeneille erikoisosaajille, joille ei ole ollut aiemmin tarjolla erikoisalan erikoistumiskoulutusta ja jotka ovat hankkineet erikoistumiskoulutusta vastaavan osaamisen täydennyskoulutuksilla ja työkokemuksellaan.

Pätevytymispolun kautta kokeneet erikoisalan osaajat voivat osoittaa osaamisensa ja toimia vaativissa erikoisalan tehtävissä sekä saada saman nimikkeen ja palkkatason kuin varsinaisen erikoistumiskoulutuksen käynyt sairaanhoitaja.



## **EHDOTUS 12. Mahdollisuus suppean erikoisalan erityispätevyyskoulutukseen**

Kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten lisäksi tarvitaan suppeilta erikoisaloilta mahdollisuus hankkia koulutuksella ja erikoisalan työkokemuksella suppean erikoisalan erityispätevyys.

Suppeiden erikoisalojen erityispätevyyskoulutuksen järjestäjäksi hyvinvointialueilta nähdään ammattikorkeakoulut yhteistyössä yliopiston ja hyvinvointialueen kanssa.

Suppeiden erikoisalojen erityispätevyyskoulutuksen tulee olla tunnistettu ja tunnustettu urapolkumalleihin soveltuva koulutus.

## **EHDOTUS 13. Sairaanhoidajan urapolku erikoisaloilta ylempiin korkeakoulututkintoihin (YAMK, TtM)**

Kliinisen hoitotyön erikoisaloilla sairaanhoidajan on mahdollisuus kehittää osaamistaan myös ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon (YAMK) ja terveystieteiden maisterin (TtM) tutkinnon tasolle.

Jokaisella kliinisen hoitotyön erikoisalalla tarvitaan sekä ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon että tiedekorkeakoulututkinnon suorittaneita. Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittanut erikoistunut sairaanhoitaja sijoittuu esimerkiksi asiantuntijasairaanhoidajan tai kliinisen hoitotyön asiantuntijan tehtäviin, kehittämis- ja tutkimustehtäviin, pedagogisiin tehtäviin tai hoitotyön johtamisen tehtäviin.

## **Erikoistumiskoulutuksen rahoitus**

### **EHDOTUS 14: Valtion taloudellinen tuki sairaanhoidajan erikoistumiskoulutukseen**

Sairaanhoidajien erikoistumiskoulutukset tarvitsevat valtion taloudellisen tuen toteutuakseen ehdotettujen erikoisalojen osalta valtakunnallisesti suunniteltuina sekä asiakkaiden ja potilaiden palvelutarpeisiin ja hyvinvointi- ja yhteistyöalueiden palveluihin vastaavina.

Sairaanhoitajan erikoistumiskoulutus lisätään valtion koulutuskorvausta saavien sosiaali- ja terveysalan erikoistumiskoulutusten piiriin, jossa on jo erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus, sosiaalityöntekijöiden erikoistumiskoulutus sekä sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen lisäkoulutus.

Sairaanhoitajan erikoistumiskoulutuksen tarve ja toteuma arvioidaan eduskunnan päättäessä vuosittaisen talousarvion yhteydessä koulutuskorvausten rahoitustasosta.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta edistää selvitystyön pohjalta sairaanhoitajan kliinisten erikoistumiskoulutusten järjestämisen ohjausta yhteistyössä koulutusjärjestelmän ja palvelujärjestelmän kanssa.

### **EHDOTUS 15: Erikoistuvan sairaanhoitajan koulutusvakanssi**

Yhteistyöalueiden hyvinvointialueilla perustetaan erikoistuvan sairaanhoitajan koulutusvakansseja sellaisiin erikoisalojen yksiköihin, jotka toimivat koulutuspaikkoina erikoistuville sairaanhoitajille.

Erikoistuvan sairaanhoitajan koulutusvakanssin tehtäväkuva määritetään suhteessa opintosisältöön ja osaamisvaatimukseen.

### **EHDOTUS 16: Erikoistumiskoulutukseen liittyvä työnantajan tuki**

Hyvinvointi- ja yhteistyöalueella linjataan työnantajan muusta tuesta, kuten esimerkiksi palkallisten koulutuspäivien ja lähikoulutuspäivien lukumäärästä sekä niiden resursoinnista.

# 1 Johdanto

Pääministeri Orpon hallitusohjelman tavoitteet ja toimenpiteet tukevat sosiaali- ja terveysalan koulutuksen, osaamisen ja jatkuvan ammatillisen kehittämisen varmistamista. Koulutusmääriä lisätään ja koulutuksen rakenteita kehitetään, parannetaan mahdollisuuksia erikoistumiskoulutukseen ja osaamisen kehittämiseen sekä tarkastellaan valtion koulutuskorvauksia osana tuottavuusohjelmaa.

Sosiaali- ja terveystaloudissa työskenteli vuonna 2021 noin 77 090 sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa, kättilöä ja ensihoitajaa sisältäen julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin (THL 2023). Hoitotyössä vaaditaan ammattikorkeakoulututkinnoissa saadun hoitotyön vahvan perusosaamisen ja yhteistyövalmiuksien lisäksi kliinistä erikoisosaamista sosiaali- ja terveydenhuollon eri palvelukokonaisuuksissa sekä perustasolla sekä erikoissairaanhoidossa. Kliinisen hoitotyön erikoisosaamisella tarkoitetaan sairaanhoitajana laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista osaamista, jota tarvitaan välittömän potilas- ja asiakastyön vaativissa asiantuntijatehtävissä ja erikoisalan kehittämisessä. Kliinisen hoitotyön erikoisalojen kokonaisuus on määritelty kansallisesti vuonna 2021 ja se kattaa 17 erikoisalaa (STM 2021:36). Ammattikorkeakoulut ovat järjestäneet erikoistumiskoulutuksia vuodesta 2016 ja vuonna 2023 raportoitiin 21 sosiaali- ja terveysalan erikoistumiskoulutusta, jotka kattoivat määritellyistä kliinisen hoitotyön erikoisaloista vajaa puolet (OKM 2023).

Kliinisen hoitotyön erikoisaloja koskevan kansallisen määrittelytyön osana laadittiin vuonna 2021 arviot erikoistuneiden sairaanhoitajien tarpeesta keskimäärin vuosina 2022–2026 palvelusektoreittain. Hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyttyä 1.1.2023 oli tarpeen selvittää erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu tarve alueittain ja erikoisaloittain yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa huomioiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021, järjestämislaki) mukaiset hyvinvointialueiden TKKI-tehtävät sekä yhteistyöalueella tehtävä yhteistyö.

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti 1.6.2023 selvitystyön koskien kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitua tarvetta hyvinvointialueilla vuosina 2024–2028. Selvityshenkilönä toimi TtT Liisa Karhe ja selvitys toteutettiin yhteistyössä hyvinvointialueiden hoitotyön johdon ja Suomen Sairaanhoitajien kanssa.

Selvitystyöhön osallistuivat neuvotteleva virkamies Päivi Nygren ja erityisasiantuntija Tia-Maria Kirkonpelto. Tämä julkaisu sisältää muodostetun tietopohjan kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitusta määrällisestä tarpeesta vuoteen 2028 yhteistyöalueittain sekä ehdotukset koskien tietopohjan kehittämistä, erikoistumiskoulutuksen järjestämistä ja rahoitustarvetta. Selvityksen ehdotusten tarkoituksena on tukea sosiaali- ja terveysministeriön ohjaustehtävää ja hyvinvointialueiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden sekä osaamisen jatkuvan kehittämisen varmistamiseksi.

## 2 Selvitystyön tavoite ja tausta

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksi antaman selvitystyön tavoitteena oli karottaa kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu tarve hyvinvointialueilla eri palvelukokonaisuuksissa, valmistella yhteistyöalueittain selvitys sekä laatia selvityksen pohjalta ehdotukset erikoistumiskoulutusten järjestämisestä ja rahoitustarpeesta yhteistyössä ammattikorkeakoulujen kanssa. Selvitystyö toteutettiin syksyllä 2023 sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan (TKKI) viitekehyksessä yhteistyössä 1.1.2023 käynnistyneiden hyvinvointialueiden kanssa hyödyntäen vuonna 2021 laadittua kansallista määriteltyä kliinisen hoitotyön erikoisaloista ja niiden kehittämisestä (STM 2021:36).

### Sosiaali- ja terveydenhuollon TKKI-toiminta

#### Hyvinvointialueen TKKI-tehtävät ja yhteistyö yhteistyöalueella

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) sisältää säädökset koskien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta, suunnittelua ja kehittämistä ja sen osana tehtävää tutkimus-, koulutus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa (32 §, TKKI). Järjestämislaissa (59 §) säädetään myös hyvinvointialueen täydennyskoulutusvelvollisuudesta ja jatkuvan ammatillisen kehittymisen varmistamisesta. Lisäksi järjestämislaki sisältää säädökset hyvinvointialueiden välisestä yhteistyöstä ja yhteistyösopimuksesta (36 §, YTA-sopimus) sekä sen osana tehtävästä TKKI-toiminnan strategisen suunnittelun ja sen toteuttamisen sekä yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen tehtävien kokonaisuudesta. Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi valtakunnalliset strategiset tavoitteet yhdenvertaisen, laadukkaan ja kustannusvaikuttavan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle (22 §). Valtakunnallisissa tavoitteissa on määriteltävä myös tavoitteet sosiaali ja terveydenhuollon TKKI-toiminnalle.

Hyvinvointialue koordinoi ja ohjaa palvelutuotannossa tapahtuvaa integroitua kehittämistyötä ja tukee kuntia hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvässä kehittämistyössä. Lisäksi hyvinvointialue osallistuu kansalliseen ja alueelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen ja toimii yhteistyössä kuntien sekä

TKKI-toimintaa harjoittavien organisaatioiden kanssa. Osana TKKI-toimintaa sosiaali- ja terveydenhuollon osaamis- ja työvoimatarpeen arviointia ja ammatillisen osaamisen kehittämistä on tehtävä yhteistyössä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja toisen asteen ammatillisten oppilaitosten kanssa, kuten myös muiden koulutusviranomaisten, työhallinnon ja maakuntien liittojen kanssa. Hyvinvointialueen tulee seurata sen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön, mukaan lukien sen yksityisen palveluntuottajan palveluksessa olevan henkilöstön, jolta hyvinvointialue hankkii palveluja, ammatillista kehittymistä ja huolehtia siitä, että henkilöstö osallistuu riittävästi oman alansa täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista säädetään tarkemmin sosiaali- ja terveydenhuollon asetuksella.

Yhteistyöaluesopimuksen tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta, tuottavuutta, laatua, asiakas- ja potilasturvallisuutta, tarpeenmukaisuutta, yhdenvertaista saatavuutta, kielellisiä oikeuksia sekä palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien toimivuutta. YTA-sopimuksessa on sovittava TKKI-toiminnan strategisesta suunnitelmasta ja sen toteuttamisesta sekä yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen koordinaatio-, ohjaus- ja neuvontatehtävistä näissä toiminnoissa. YTA-sopimuksen sisältöä ja valmistelua koskevan asetuksen (309/2023) mukaan strategisessa suunnitelmassa edistetään keinoja, joilla luodaan edellytykset yhteistyöalueen hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueella TKKI-toimintaa harjoittavien tahojen yhteistyölle sekä yhteiselle osaamistarpeiden arvioinnille ja ennakoinnille. YTA-sopimuksessa ja osana strategista suunnitelmaa sovittaisiin opetus- ja koulutustoiminnan yhteistyön rakenteista ja toimintamalleista, joiden tavoitteena olisi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasturvallisuuden, laadun ja vaikuttavuuden edellyttämän osaamisen ja jatkuvan ammatillisen kehittymisen varmistaminen. Tarkoituksena on lisäksi arvioida ja ennakoida osaamistarpeita koko yhteistyöalueen laajuisesti.

### **Terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutusta koskeva ohjaus**

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/564) säätelevät terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista koulutusta ja pätevyyttä. Terveydenhuollon ammattihenkilölain (41 §) nojalla valtioneuvosto asettaa kolmeksi vuodeksi neuvottelukunnan, jonka tehtävänä on antaa lausuntoja ja tehdä aloitteita terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksesta, ammattitoiminnasta ja viranomaisten välisestä yhteistyöstä. Terveydenhuollon ammattihenkilöasetuksen (18 §) mukaan neuvottelukunta 1) seuraa ja koordinoi terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksen järjestämistä, sisältöä ja kehittämistarpeita, 2) arvioi terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutustarvetta sekä tekee aloitteita ja antaa lausuntoja siitä, 3) tekee

aloitteita ja antaa lausuntoja terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksen uudistamisesta sekä 4) seuraa terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskinäistä ja viranomaisten välistä yhteistyötä sekä tekee aloitteita yhteistyön kehittämisestä. Neuvottelukunta voi asettaa asioiden valmistelua varten jaostoja, joiden tehtävät sen tulee määritellä.

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) on säännökset valtion koulutuskorvauksesta, sen maksamisesta ja maksamisessa noudatettavista menettelyistä. Valtion koulutuskorvausta maksetaan sosiaali- ja terveysalan perustutkintojen osalta lääkäreiden, hammaslääkäreiden ja sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkintojen koulutukseen sekä erikoistumiskoulutusten osalta erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen, sosiaalityöntekijöiden erikoistumiskoulutukseen ja sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen lisäkoulutukseen. Eduskunta päättää vuosittain valtion talousarvion yhteydessä koulutuskorvausten rahoitustasosta. Valtion koulutuskorvaukset ovat osa sosiaali- ja terveysalan laillistettujen ammattihenkilöiden perus- ja erikoistumiskoulutuksen järjestämistä yhteistyössä palvelujärjestelmän ja korkeakoulujen kanssa. Koulutuskorvaukset osaltaan myös mahdollistavat koulutusjärjestelmän laatua, vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta sekä vähentävät palvelutuotannon kuormitusta.

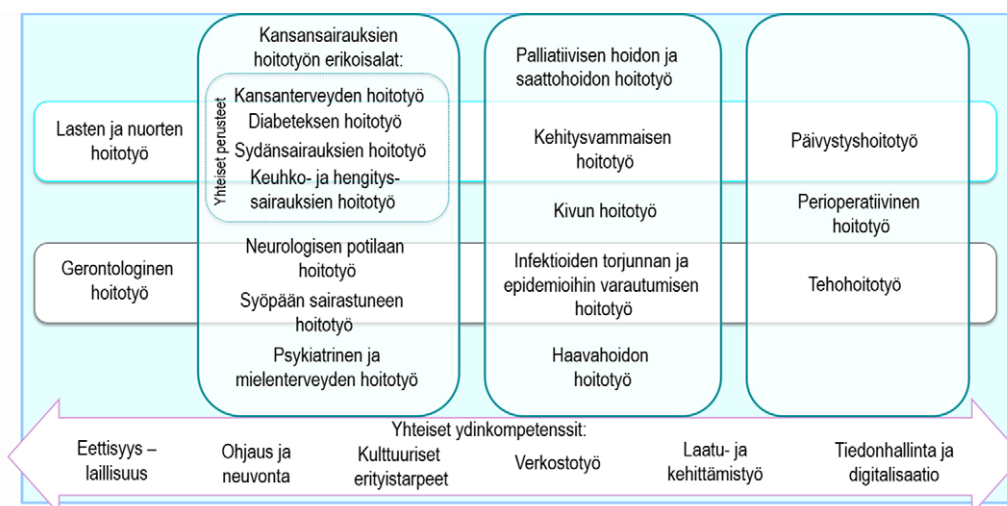
Erikoistumiskoulutukset ovat osa koulutusjärjestelmää ja yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen tehtävää. Erikoistumiskoulutuksen tarkoituksena on vastata työelämän ja korkeakoulujen yhdessä määrittämiin osaamistarpeisiin. Ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutusten tavoitteena on asiantuntijuuden edellyttämän syvällisen erityisosaamisen tai monialaisen kokonaisuuden hallinnan saavuttaminen (VNA 1129/2014). Ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutuksen tavoitteena on, että opiskelija koulutustaustansa ja työkokemuksensa pohjalta: 1) kykenee toimimaan vaativissa asiantuntijatehtävissä ammattikorkeakoululain (932/2014) 11 a §:n 3 momentin mukaisessa 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. Ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutusten vähimmäislaajuus on 30 opintopistettä.

## Kliinisen hoitotyön erikoisalalat

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan toimikauden 2020–2023 hoitotyön jaosto valmisteli ehdotukset kliinisen hoitotyön erikoisaloista ja osaamiskuvauksista, erikoisosaamisen kehittamisestä ja hyödyntämisestä työelämässä, erikoisosaamistarpeiden ennakoinnista ja seurannasta sekä arvion erikoistumiskoulutuksen kustannuksista. (STM 2021:36). Erikoisalojen kokonaisuus vastaa sekä erikoissairaanhoidossa että perustason sosiaali- ja terveystaloudissa vaadittavan kliinisen hoitotyön syventävän osaamisen tarpeisiin sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinnon jälkeen.

Kliinisen hoitotyön erikoisalojen kokonaisuus kattaa 17 erikoisalaa (kuvio 1). Kliinisen hoitotyön erikoisosaamisella tarkoitetaan sairaanhoitajana laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista osaamista, jota tarvitaan välitömän potilas- ja asiakastyön vaativissa asiantuntijatehtävissä sekä erikoisalan kehittämisessä. Hoitotyön jaosto kuvasi kliinisen hoitotyön erikoisaloilla vaadittavan osaamisen kaikille erikoisaloille yhteisinä ydinkompetensseina ja erikoisala-kohtaisina osaamiskuvauksina. Erikoisaloilla on kuusi yhteistä ydinkompetenssiä, jotka antavat generisen orientaation työskentelyyn kaikilla kliinisen hoitotyön erikoisaloilla. Kaksi ikäryhmään kohdentuvaa erikoisalaa sisältää useiden erikoisalojen osaamista sovellettuna ikäryhmän erityispiirteisiin. Kansansairauksien neljällä erikoisalalla on yhteinen tietoperusta.

**Kuvio 1.** Kliinisen hoitotyön erikoisalojen kokonaisuus (STM 2021:36).





Kliinisen hoitotyön erikoisalojen määrittelyn perustana oli terveydenhuollon lainsäädännön vaatimukset asiakas- ja potilasturvallisuudesta, palveluiden laadusta ja jatkuvasta ammatillisesta kehittämisestä. Kliinisen hoitotyön osaamisen kehittämisen lähtökohtia olivat kansanterveyden riskitekijät, muutokset väestön terveydessä ja toimintakyvyssä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteet. Valmistelu pohjautui toimikauden 2016–2019 hoitotyön jaoston ehdotuksiin rakenteista ja käytännöistä hoitohenkilöstön osaamisen johtamisessa sekä toimintayksiköiden ja koulutusorganisaatioiden alueellisessa yhteistyössä (STM 2020:3).

Kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan tehtävä ja osaaminen muodostaa osan kliinisen hoitotyön asiantuntijarakennetta (kuvio 2) näyttöön perustuvassa hoitotyössä ja sen kehittämisessä (STM 2009:18). Asiantuntijarakenne suuntaa kliinisen hoitotyön osaamisen jatkuvaa kehittämistä tehtävien vaativuuden kasvaessa hoitotyön erikoisaloilla. Kliinisen hoitotyön asiantuntijarakennetta on määritelty edelleen Suomen sairaanhoitajien (2016, 2023) sekä Hoitotyön tutkimussäätiön (2022) kansallisena kehittämistyönä. Kliinisen hoitotyön erikoisosaaminen vastaa kansallisen tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksen tason 6 osaamiskuvauksia (VNA 120/2017, OPH 2022).

**Kuvio 2.** Asiantuntijuuden kehittäminen kliinisessä hoitotyössä ja näyttöön perustuvassa toiminnassa (Mukaiilu, STM 2009:18).



Sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräamisen edellytyksistä säädetään terveydenhuollon ammattihenkilölaissa (559/1994). Hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvassa terveydenhuollon avohoidon toimintayksikössä työskentelevällä sairaanhoitajalla, jolla on riittävä käytännön kokemus ja joka on suorittanut tarvittavan lisäkoulutuksen, on rajattu oikeus määrätä apteekista hoidossa käytettäviä lääkkeitä hoitamalleen potilaalle. Rajatun lääkkeenmääräamisen erikoispatvevyyden (1089/2010) saaminen edellyttää 45 opintopisteen laajuisia korkeakouluopintoja, joiden tuottama osaaminen sijoittuu EQF-tasolle 7 (European Qualifications Framework).

## 3 Tietopohja yhteistyöalueilta

### 3.1 Tiedon keruu hyvinvointialueiden hoitotyön professiojohtajilta

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksi antamassa selvitystyössä koottiin tietopohja kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoidusta tarpeesta vuosina 2024–2028. Tietopohja suunniteltiin kerättävän yhteistyöalueittain hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuun palvelukokonaisuuksissa.

#### Selvitystyössä käytetyt käsitteet

##### *Erikoistumiskoulutus*

Erikoistumiskoulutuksella tarkoitetaan vähintään 30 opintopisteen ammattikorkeakoulun erikoistumiskoulutusta, tai vastaavan pituisia aiempien koulutusrakenteiden aikaisia sairaanhoitajan erikoistumiskoulutuksia.

##### *Kliinisesti erikoistunut sairaanhoitaja*

Kliinisesti erikoistuneella sairaanhoitajalla on erikoistumiskoulutukseen ja työkokemukseen perustuva erityisosaaminen (STM 2021:36). Tehtäväkuvassa korostuvat erikoisan vahva kliininen asiantuntemus, kehittävä työote sekä asiakaskohtaisen tiedon käyttö ja soveltaminen.

##### *Erityispätevyys*

Erityispätevyydellä tarkoitetaan hankittua ja tunnustettua erikoisosaamista suppealla erikoisosaamisalueella, jolle ei varsinaista erikoistumiskoulutusta ole mahdollista järjestää (vrt. lääkäreiden erityispätevyys).

##### *Palvelukokonaisuus*

Palvelukokonaisuudella tarkoitetaan hyvinvointialueiden itse määrittämiä palvelujen kokonaisuuksia, joissa työskentelee sairaanhoitajia.

##### *Sairaanhoitaja*

Sairaanhoitajalla tarkoitetaan kliinisessä hoitotyössä toimivaa sairaanhoitajaa, terveydenhuollon laillistettua ammattihenkilöä.

*Sairaanhoitajien lukumäärä*

Sairaanhoitajien lukumäärällä tarkoitetaan eri yhteyksissä palvelukokonaisuuksien/ hyvinvointialueiden/yhteistyöalueiden tarvitsemää ja budjetin mukaista kliinissä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien vakanssimäärää sisältäen myös sisäiset sijaisvakanssit. Jos käytössä ei ole vakanssijärjestelmää, niin sairaanhoitajien lukumäärällä tarkoitetaan henkilöstösuunnittelun mukaista sairaanhoitajien tarvittavaa kokonaismäärää.

*Sairaanhoitajien poissaolot*

Sairaanhoitajien poissaoloilla tarkoitetaan niitä poissaoloja, joita on tarkoitus tai tarve sijaistaa.

*Vahva kliininen erikoisosaaminen*

Vahvalla kliinisellä erikoisosaamisella tarkoitetaan eri uramalleissa määriteltyä perehtyvän ja suorittavan tason jälkeen tulevaa syväosaamista, joka on vähintään pätevän ja taitavan sairaanhoitajan tasoa.

**Tietopohjan sisältö**

Tietopohjan koonnin suunnittelua varten käytiin vuoropuhelua eri asiantuntijatahojen kanssa. Erikoislääkärikoulutuksen suunnittelusta vastaavia konsultoitii siitä, millaisilla tiedoilla erikoislääkärikoulutuksen ennakoivaa suunnittelua tehdään. Lisäksi tietopohjasisällöstä käytiin vuoropuhelua ammattikorkeakoulujen Terveysalan verkoston puheenjohtajan, sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämis-oikeuden koulutuksesta vastaavan asiantuntijan, Suomen Sairaanhoitajien, Tehy ry:n edustajien ja kolmen hyvinvointialueen hoitotyön johtajan kanssa.

Tietopohja koottiin webropol-kyselylomakkeella (liite 1), joka laadittiin aiemman kansallisen määrittelyn pohjalta. Vuonna 2021 sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi raportin kliinisen hoitotyön erikoisaloista ja niiden kehittämisestä (STM 2021:36), jonka ehdotusten pohjalta laadittiin 63 kysymyksen webropol-lomake, joka koostui nykytilanteen arviosta ja arviosta kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoidusta määrällisestä ja laadullisesta tarpeesta hyvinvointialueen eri erikoisalojen palvelukokonaisuuksissa. Lisäksi kartoitettiin hoitotyön professiojohtajien näkemyksiä kliinisen hoitotyön osaamisen johtamisesta, asiantuntijarakenteesta, erikoisosaamisen hyödyntämisestä ja kehittämisestä koulutuksen ja työelämän yhteistyönä sekä erikoisosaamisen seurannasta ja valtion tuen tarpeesta sairaanhoitajien erikoistumiskoulutukseen.

Tietopohjan kokonaisuus koostui seuraavista osa-alueista: 1) Kliinisessä hoitotyössä toimivat kaikki sairaanhoitajat sekä erikoistumiskoulutuksen käyneiden osuudet, 2) Sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen ennakoitu tarve hyvinvointi- ja yhteistyöalueilla, 3) Kliinisen hoitotyön osaamisen johtaminen, 4) Osaamisen kehittäminen koulutuksen ja hyvinvointialueen yhteistyössä 5) Valtion taloudellisen tuen tarve sairaanhoitajien klinisiin erikoistumiskoulutuksiin.

### Tiedonkeruun toteutus

Tiedonkeruu toteutettiin siten, että hyvinvointialueiden hoitotyön professiojohtajille tai vastaavassa tehtävässä toimiville hoitotyön johtajille lähetettiin 25.8.2023 pyyntö osallistua selvitykseen ja mukana oli linkki webropol-lomakkeelle. Tätä aiemmin oli 21.6.2023 lähetetty ennakkotieto tiedonkeruusta, jotta hyvinvointialueilla tiedettiin varautua elokuussa alkaneeseen tiedonkeruuseen. Vastauksia pyydettiin 30.9.2023 mennessä. Joillakin alueilla osoittautui haasteelliseksi löytää hoitotyötä koordinoivia hoitotyön johtajia, kun varsinaista nimettyä hoitotyön professiojohtajaa ei ollut alueella. Vastausaikaa jatkettiin niille hyvinvointialueille, joilla oli haasteita saada tietoja määräaikaan mennessä. Vastaaminen webropol-pohjaan ohjeistettiin siten, että jokaiselta hyvinvointialueelta saadaan yksi vastaus. Tarkoitus oli, että professiojohtaja tai vastaavassa tehtävässä toimiva hoitotyön johtaja kokoaa tarvittavat määrälliset tiedot (kysymykset 3–12 ja 18, liite 1) alueeltaan yhteen vastaukseen.

Tiedonkeruuseen liittyi arviointikeskustelu, jossa jokaisen yhteistyöalueen hyvinvointialueiden hoitotyön johtajat kutsuttiin keskustelemaan yhteistyöalueen tuloksista. Nämä keskustelut täydensivät tietopohjaa ja lisäsivät ymmärrystä tietojen taustoista ja auttoivat myös tiedonkeruun kysymysten ja tietojen tulkinnessa. Nämä viisi yhteistyöaluekeskustelua käytiin STM:n järjestäminä Helsingissä aikavälillä 16.10–5.11.2023. Näiden keskusteluiden perusteella tietoja korjattiin ja täydennettiin. Keskusteluissa kävi ilmi, että osalla hyvinvointialueista osaa tiedoista ei saatu lainkaan, osa kerättiin manuaalisesti ja osasta tiedoista jouduttiin antamaan paras mahdollinen arvio täsmällisen tilastotiedon puuttuessa. Osalla hyvinvointialueita suurin osa tiedoista saatiin henkilöstötietojärjestelmistä suoraan. Tiedonkeruussa käytettiin kaikilla alueilla järjestelmäosaajia ja hoitotyön hallinnon ja henkilöstöhallinnon asiantuntijoita. Viimeinen tietotäydennys saatiin 18.12.2023, kun lopulliseksi takarajaksi tietojen täydennyksille laitettiin 29.12.2023. Hyvinvointialueilta todettiin, että selvitystyön tiedonkeruu toi ilmi puutteet hyvinvointialueiden henkilöstöhallinnon järjestelmien keskeneräisyyksistä ja puutteista sekä puutteet tiedoista, joita tarvittaisiin osaamisen johtamisen ja ennakkoinnin mahdollistamiseksi.

## Palvelukokonaisuudet hyvinvointialueilla

Selvitystyön tietopohjan poimintayksikkönä käytettiin palvelukokonaisuutta, koska selvitystyön tavoitteeksi oli asetettu selvittää kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitua tarvetta hyvinvointialueilla eri palvelukokonaisuuksissa. Koska hyvinvointialueiden organisaatio- ja palvelurakenteet poikkesivat toisistaan, vastaajia pyydettiin määrittelemään palvelukokonaisuudet oman hyvinvointialueen palvelurakenteen mukaan. Jos selvitystä varten olisi luotu yhtenäiset palvelukokonaisuudet, olisi se vaikeuttanut poimintaa ja tiedonkeruuta muutoinkin vasta aloittaneilla hyvinvointialueilla, joissa rakenteellinen organisoituminen oli monella tavalla kesken ja tietojen poiminta uusista palvelukokonaisuuksista haastavaa.

Tiedonkeruussa tehtiin tutkimusteknisistä syistä rajaus, että pyydyt tiedot voi ilmoittaa kyselypohjaan maksimissaan 20 palvelukokonaisuudelta ja palvelukokonaisuudet olivat ne kokonaisuudet, joissa sairaanhoitajia oli töissä. Hyvinvointialueet ilmoittivat tiedot keskimäärin 10 palvelukokonaisuudelta (min 2, max 35). Palvelukokonaisuudet vaihtelivat jokaisen hyvinvointialueen rakenteen mukaan niin kooltaan kuin sisällöltäänkin, joten mitään yhtenäistä raportointikokonaisuutta niistä oli mahdotonta koota. Hyvinvointialueilla palvelukokonaisuudet oli jaoteltu erilaisten palveluiden, toiminnan, erilaisten asiakas- ja potilasryhmien tai tulosalueiden mukaan. Yksinkertaisimmillaan hyvinvointialueen palvelukokonaisuudet oli jaettu kahtia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon. Palvelukokonaisuudet vaihtelivat kooltaan niin, että palvelukokonaisuuksittain ilmoitetut sairaanhoitajamäärät vaihtelivat välillä 1–3 555. Kooltaan heterogeenisten palvelukokonaisuuksien tietojen yhdistäminen koko hyvinvointialueen tiedoksi oli siksi haasteellista ja näiltä osin tulokset ovat karkealla tasolla.

## 3.2 Sairaanhoitajat yhteistyöalueilla 2023

Kliinisessä hoitotyössä toimi 48 902 sairaanhoitajaa, joista hieman yli kolmannes toimi Etelä-Suomen yhteistyöalueella. Pohjois-Suomen alueella oli eniten yli 55-vuotiaita sairaanhoitajia. Myöhäisin eläköitymisikä oli Länsi-Suomen yhteistyöalueella. Vuosien 2024–2028 aikana 65 vuotta täyttäviä, kliinisessä hoitotyössä toimivia sairaanhoitajia yhteistyöalueilla arvioitiin olevan reilut 6 200. Sairaanhoitajista noin 16 % tekee osittaista työaika ja osittaisen työajan osiaikaprosentti oli keskimäärin 72. Yhteistyöalueiden sairaanhoitajavaje oli keskimäärin 5 % ja poissaoloista sijaistettiin keskimäärin 74 %. Vakinaisilla sijaisilla oli tavoitteena sijaistaa keskimäärin 66 % poissaoloista ja määräaikaisilla sijaisilla 30 % poissaoloista.

### **Ehdotus 1. Henkilöstöhallinnon järjestelmistä saadaan tiedot osaamisen ja henkilöstövoimavarojen johtamiseen**

Hyvinvointialueiden henkilöstöhallinnon järjestelmiä kehitetään yhteistyössä hoitotyön johdon kanssa. Kehitystyön tuloksena järjestelmistä saadaan tiedot:

- tutkinnoittain ja yhtenäisin ammattinimikkein sekä tehtävittäin ml. kliinisessä hoitotyössä toimivat sairaanhoitajat.
- erikoistumiskoulutuksen käyneet ja muut erikoisosaajat ammattiryhmittäin sekä erikoisalaansa pätevöityneet asiantuntijat.
- ammattinimikkeittäin kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien ikätiedot, jotta pystytään ennakoimaan eläkeikään tulevien lukumäärät.

Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tietopoimintaa edistetään luomalla kansalliset yhtenäiset ja määritellyt ammatti- ja tehtävänimikkeet.

Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien määrää ja tarvetta ennakoidaan hyvinvointialueiden kesken kullakin yhteistyöalueella yhtenäisellä tietopohjalla.

Hoitohenkilöstön johdolla on pääsy henkilöstöhallinnon järjestelmiin.

### **Ehdotus 2. Henkilöstön poistumia ja sijaisuuksia ennakoidaan tietopohjaa hyödyntäen**

Hoitohenkilöstön poissaolojen seuranta on systemaattista ja sijais suunnittelu ennakoivaa varmistaen myös kunkin erikoisalan osaamisen.

Hoitotyön johtajilla on suunnitelma vakinaisia ja määräaikaisia sijaisuuksia koskien. Äkillisissä sijaistarpeissa huomioidaan tilannekohtainen asiakkaiden ja potilaiden palveluntarve.

Hyvinvointialueet varmistavat omat vakinaiset sijaiset, jotta vuokratyövoiman käyttö on hallittua ja suunnitelmallista.

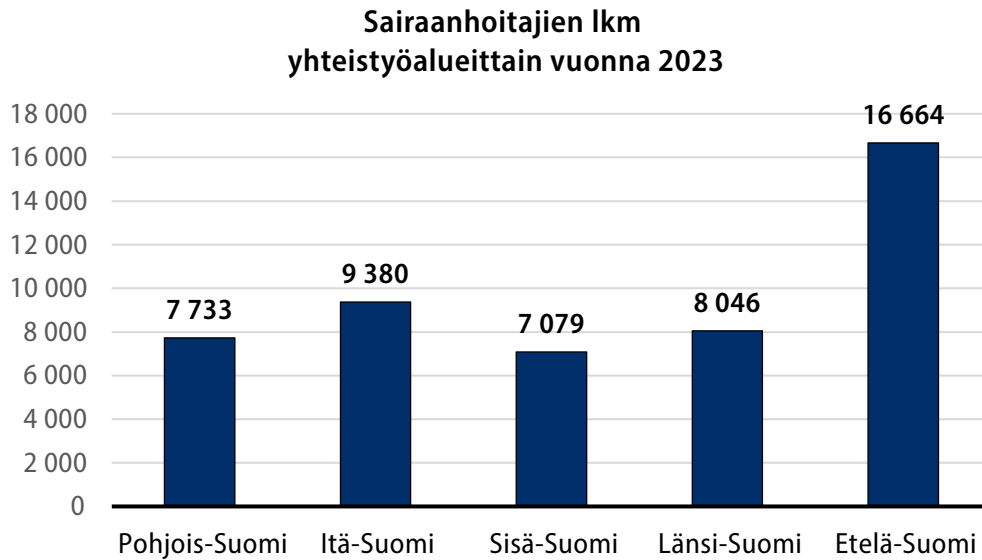
Hyvinvointialueiden henkilöstöhallinnon järjestelmät tukevat sijaisten koordinoitua. Poissaoloja seurataan vuositasolla. Tilastollisesti ennakoitavissa olevaan poissaolotietoon pohjautuen suunnitellaan vakinaiset sijaiset.

### Sairaanhoitajien määrä, ikäjakauma ja eläköityminen

Yhteistyö- ja hyvinvointialueiden lähtötilanteen hahmottamiseksi selvitettiin kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien määrää, ikärakennetta, eläkeikää ja arviota eläköityvistä sairaanhoitajista.

Hyvinvointialueilta saatujen tietojen mukaan viidellä yhteistyöalueella toimi kliinisessä hoitotyössä yhteensä 48 902 sairaanhoitajaa. Hyvinvointialueet ovat hyvin eri kokoisia kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien lukumääriltään, sillä ilmoitetut lukumäärät vaihtelivat välillä 201–7 816. Sisä-Suomen, Länsi-Suomen, Itä-Suomen ja Pohjois-Suomen yhteistyöalueilla kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien lukumäärät olivat välillä 7 733–9 380, kun Etelä-Suomen yhteistyöalueella vastaava sairaanhoitajien lukumäärä oli 16 664 (kuviot 3).

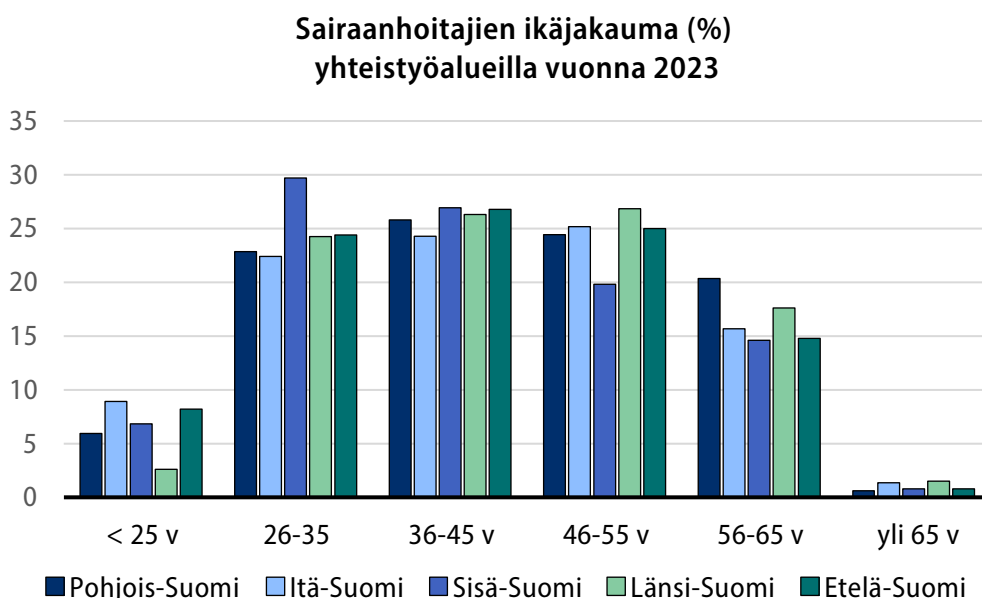
**Kuvio 3.** Kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien lukumäärät yhteistyöalueittain vuonna 2023 hoitotyön profesiojohtajien ilmoittamana.



Kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien ikäluokat jakautuivat tasaisesti kolmessa 26–55-vuotiaiden ikäluokissa. Nämä ikäluokat kattoivat kolmeneljäsosaa kaikista ikäluokista. Alle 25-vuotiaita oli 6 % ja yli 55-vuotiaita oli 19 %. Ikäjakaumat ovat suuntaa antavia, sillä niiden kerääminen palvelukokonaisuuksista oli haastavaa hyvinvointialueilla. Sisä-Suomen yhteistyöalueella oli enemmän 26–35-vuotiaita sairaanhoitajia kuin muilla yhteistyöalueilla ja Pohjois-Suomen alueella eniten yli 55-vuotiaita sairaanhoitajia (kuvio 4).



**Kuvio 4.** Kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien ikäjakauma (%) yhteistyöalueilla vuonna 2023.



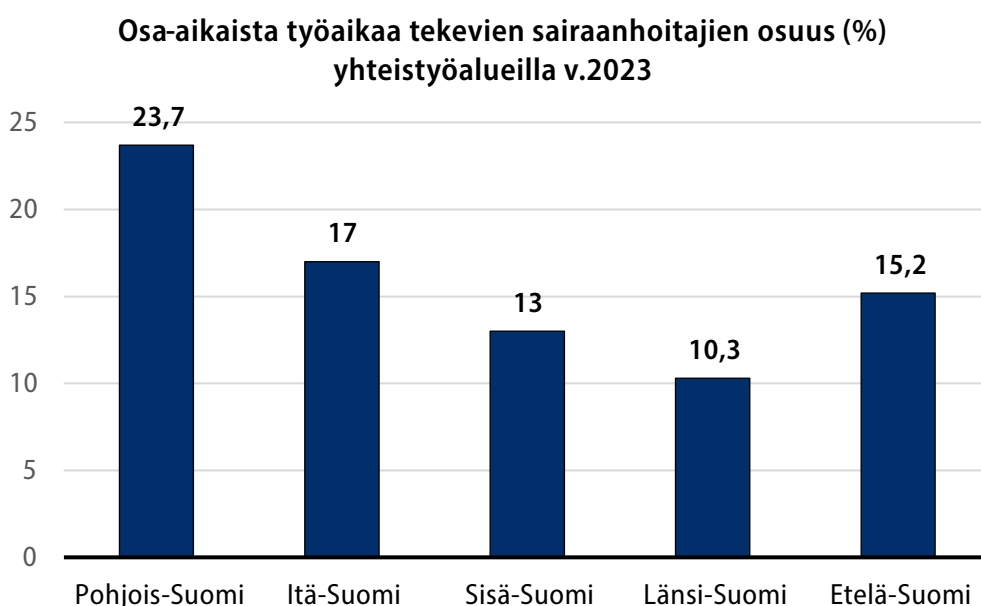
Vuonna 2022 kliinisessä hoitotyössä toimineet sairaanhoitajat olivat jääneet eläkkeelle yhteistyöalueilla keskimäärin 64,1 vuoden iässä ja eläköitymisiän vaihtelu oli välillä 63,6–64,7 vuotta. Vuosien 2024–2028 aikana 65-vuotta täyttäviä, kliinisessä hoitotyössä toimivia sairaanhoitajia yhteistyöalueilla arvioitiin olevan reilut 6 800 (n. 13 % vuoden 2023 sairaanhoitajien lkm:stä), kun kahden hyvinvointialueen puuttuvat tiedot korvattiin kansallisella keskiarvolla (taulukko 1 / liite 3). Eläkeikään (65 v) tulevien sairaanhoitajien määrä kasvaa tämän arvion mukaan yhteistyöalueilla vuodesta 2024 vuoteen 2028 mennessä hyvinvointialueesta riippuen 1–7 kertaiseksi. Suurin 65-vuotiaiden sairaanhoitajien lukumäärän kasvu näyttäytyy ilmoitettujen lukujen valossa Pohjois-Suomen yhteistyöalueella (22 %) ja vähäisin Sisä-Suomen alueella (7 %) (kuvio 5 / liite 2).

### Sairaanhoitajien osa-aikaisuus, vajeet ja sijaistilanne

Yhteistyö- ja hyvinvointialueiden kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien poistumaa vuosien 2024–2028 eläköitymisen (n. 13 %) lisäksi arvioitaessa selvitetiin sairaanhoitajien osa-aikaisuutta ja sairaanhoitajavajetta ja vajeen korvaamista sijaisilla. Yhteistyöalueiden osajapoistuma näiden suureiden mukaan on keskimäärin vähintään 22 %.

Yhteistyöalueiden kaikista kliinisessä hoitotyössä toimivista sairaanhoitajista teki osa-aikaista työaikaa noin 16 %. Yhteistyöalueilla osa-aikaisen työajan osuus oli keskimäärin välillä 10–24 % (kuvio 6).

**Kuvio 6.** Arvio osa-aikaista työaikaa tekevien kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien prosenttiosuudesta yhteistyöalueilla vuonna 2023.



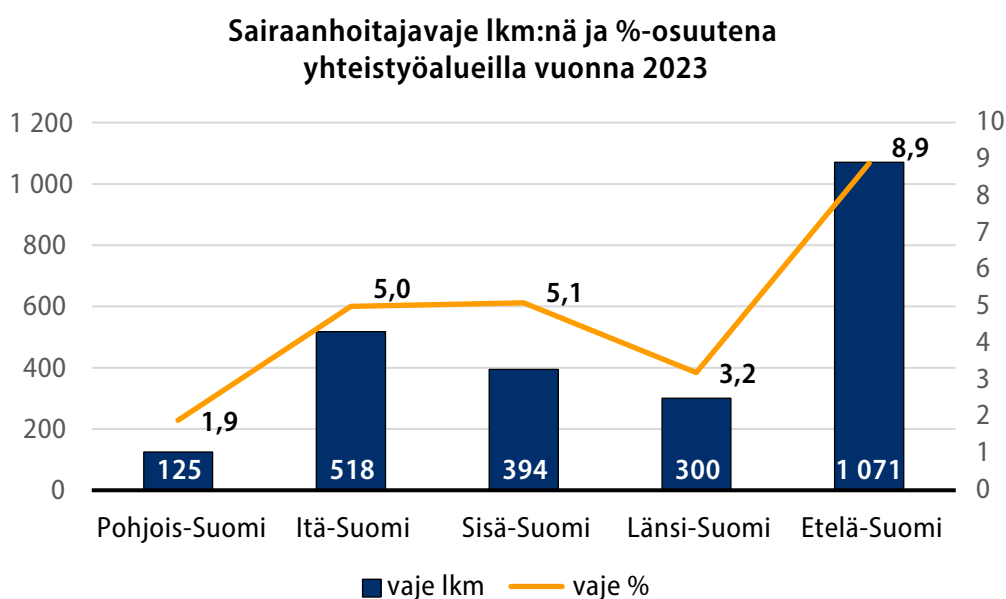
Hyvinvointialueittain osa-aikaista työaikaa tekevien osuuden arvio vaihteli välillä 5–40 %. Eniten osa-aikaista työaikaa ilmoitettiin tehtävän Pohjois-Suomen (n. 24 %) ja vähiten Länsi-Suomen yhteistyöalueella (n.10 %). Kahdelta hyvinvointialueelta ei saatu tietoa ja niiden kohdalla käytettiin yhteistyöalueen osa-aikaisen työajan keskiarvoa (ka16 %, mediaani 15 %).

Osa-aikaisen työajan osa-aikaprosentti oli keskimäärin yhteistyöalueilla 72 % (mediaani 72 %) ja hyvinvointialueilla noin 71 %. Suurin keskimääräinen osa-aikaprosentti oli Sisä-Suomen alueella (76,55 %), toiseksi suurin (74 %) Pohjois-Suomen alueella ja pienin (64,17 %) Länsi-Suomen alueella. Itä-Suomessa 71,91 % ja Etelä-Suomessa 71,13 oltiin keskimääräisissä lukemissa. Kahdelta hyvinvointialueelta puuttui tieto osa-aikaprosentista.

Arviot kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien vajeesta kerättiin palvelukokonaisuuksittain hyvinvointialueilta. Vaje ohjeistettiin arvioimaan tarvittavasta sairaanhoitajien lukumäärästä. Keskimääräinen hyvinvointialueiden vaje oli 5,8 % (mediaani 4,8 %, vaihtelu 1,1 %–16,5 %) ja yhteistyöalueiden sairaanhoitajavaje

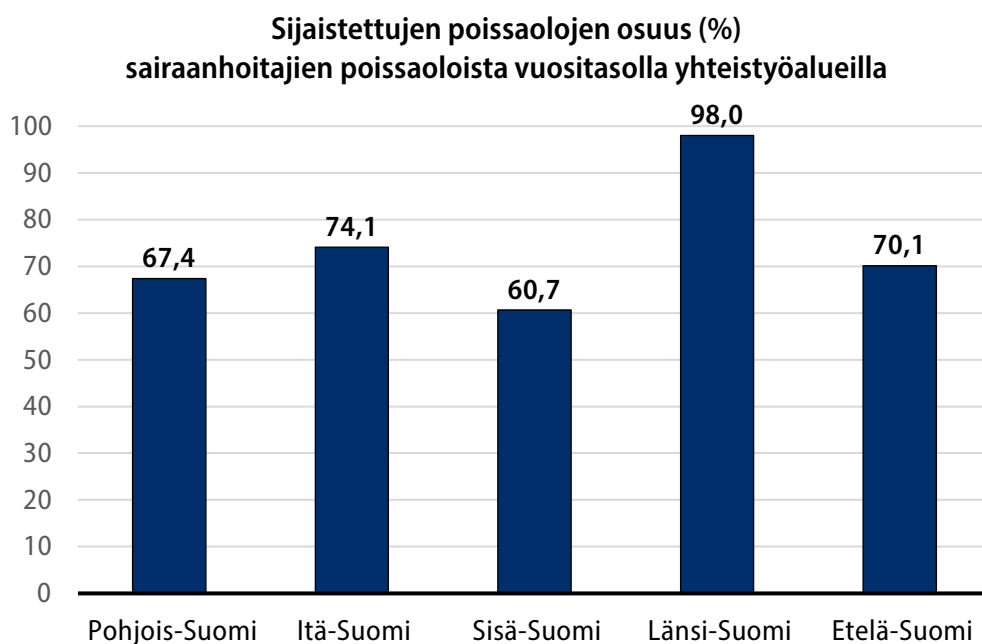
keskimäärin 4,8 % ilmoitetusta kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien kokonaismäärästä. Suurin vaje oli Etelä-Suomen yhteistyöalueella (8,9 %) ja pienin Pohjois-Suomen yhteistyöalueella (1,9 %) (Kuvio 7).

**Kuvio 7.** Kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien keskimääräinen vaje (lkm ja %) yhteistyöalueilla vuonna 2023.



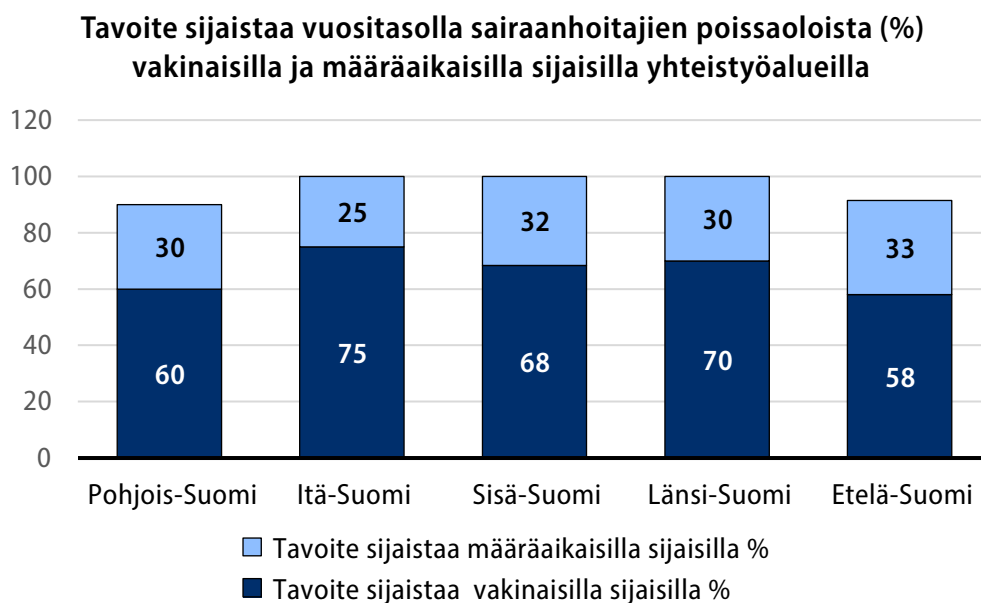
Kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien poissaoloista oli keskimäärin vuositasolla sijaistettu hyvinvointialueilla 69 % (vaihtelu 8–95 %, mediaani 75 %). Sijaistustieto puuttui yhdeltä hyvinvointialueelta. Yhteistyöalueittain vuositasolla sijaistettiin keskimäärin noin 74 % sairaanhoitajien poissaloloista (kuvio 8).

**Kuvio 8.** Kliinistä hoitotyötä tekevien sairaanhoitajien sijaistettujen poissaolojen keskimääräinen osuus (%) vuositasolla yhteistyöalueilla.



Sijaistustietojen manuaalinen poiminta osoittautui haasteelliseksi. Vuositason poissaolojen sijaistustietoa ei saatu kuudelta hyvinvointialueelta. Yhteistyöalueiden sairaanhoitajien poissaoloista arviointiin tavoiteltavan sijaistaa vakinaisilla sijaisilla keskimäärin 66 % poissaoloista (vaihtelu 58–75 %, mediaani 68 %). Tämä tieto puuttui viideltä hyvinvointialueelta. Määräaikaisten sijaisilla oli tavoitteena sijaistaa keskimäärin 30 % (vaihtelu 25–33 %, mediaani 30 %) yhteistyöalueiden sairaanhoitajien poissaoloista. Suunniteltu ja tavoitteellinen vakinaisten ja määräaikaisten sijaisten käyttö vaihteli paljon hyvinvointialueittain ja seitsemältä hyvinvointialueelta tiedot puuttuivat tai olivat puutteellisia. Yhteistyöalueittain sijaistustavoitteet on kuvattu kuviossa 9.

**Kuvio 9.** Kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien poissaolojen keskimääräinen vuositason sijaistustavoite (%) sijaistaa vakinaisilla ja määräaikaisilla sijaisilla yhteistyöalueilla.



### 3.3 Sairaanhoitajien erikoisosaaminen yhteistyöalueilla 2023

Yhteistyöalueiden kliinisessä hoitotyössä toimivista sairaanhoitajista keskimäärin 17 %:lla oli jokin erikoistumiskoulutus ja 44 %:lla ei ollut erikoistumiskoulutusta, mutta oli vahva kliininen erikoisosaaminen. Hyvinvointialueiden palvelukokonaisuuksissa tulisi olla keskimäärin 40 %:lla sairaanhoitajista työyksikössä tai laajemmin tarvittava kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutus. Erikoiskoulutettavien osuus olisi noin 23 %, jotta päästäisiin tavoitteeseen.

### **Ehdotus 3. Erikoisosaamistietoa käytetään osaamisen johtamisessa**

Osaamisen johtamisen mahdollistamiseksi

- osaamisen hallinnan järjestelmiin tulee saada tieto erikoistumiskoulutuksen käyneistä ja eri osaamistasoille sijoittuvien määristä.
- palvelukokonaisuuksissa tai eri erikoisalojen toimintayksiköissä on asetettu tavoite erikoistumiskoulutettujen osuudelle.

Onnistuneen rekrytoinnin mahdollistamiseksi tarvitaan tieto, millaista osaamista työyksikköön tarvitaan.

Erikoisosaamisen määrätietoa tarvitaan myös työvuorosuunnittelussa ja asiakas- ja potilasturvallisen työvuoron varmistamisessa.

Erikoisosaamista hyödynnetään myös laajemmin yhteistyöalueella.

### **Erikoistumiskoulutuksen käyneet**

Yhteistyöalueiden tämänhetkisen tilanteen mukaan kliinisessä hoitotyössä toimivista sairaanhoitajista keskimäärin 17 % (mediaani 16,3) oli käynyt erikoistumiskoulutuksen. Hyvinvointialueiden antamien tietojen mukaan eniten (19 %) erikoistumiskoulutettuja oli Länsi-Suomen yhteistyöalueella ja vähiten Itä-Suomen yhteistyöalueella (15 %).

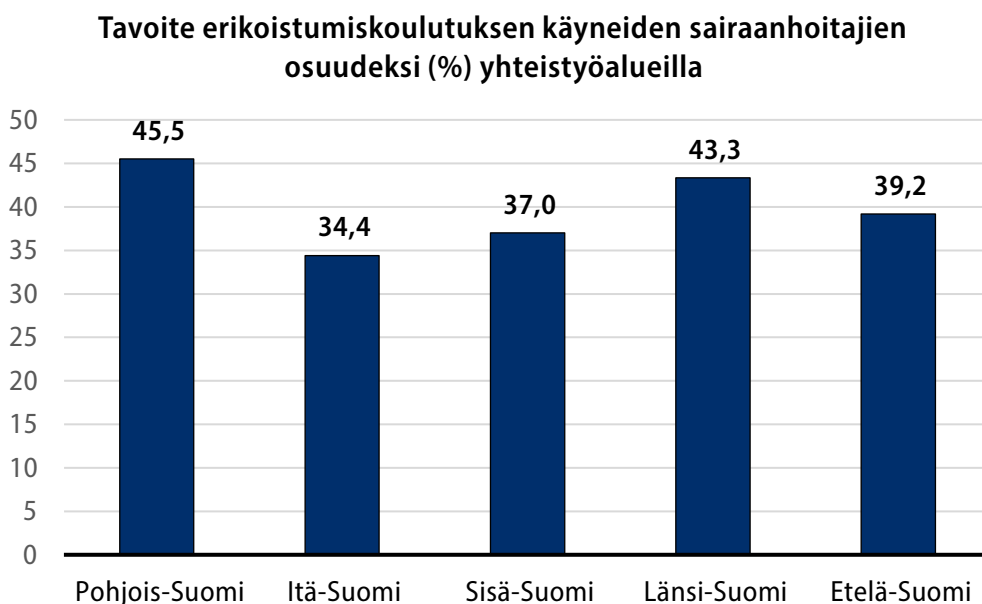
### **Vahva kliininen erikoisosaaminen ilman erikoistumiskoulutusta**

Hyvinvointialueilta kysyttiin myös arviota sitä, kuinka monella kliinisessä hoitotyössä toimivalla sairaanhoitajalla on vahva kliininen erikoisosaaminen huolimatta siitä, että varsinaista erikoistumiskoulutusta ei ole. Vahva erikoisosaaminen arvioitiin olevan keskimäärin 43,7 %:lla (mediaani 42,5) yhteistyöalueiden sairaanhoitajista. Vahvimaksi (52,5 %) alueensa sairaanhoitajien vahvan kliinisen erikoisosaamisen arvioitiin Pohjois-Suomen yhteistyöalueella. Vastaavasti pienimmäksi (36,6 %) erikoisosaaminen ilman erikoistumiskoulutusta arvioitiin Itä-Suomen yhteistyöalueelta.

### Tavoite erikoistumiskoulutettujen sairaanhoitajien prosenttiosuudeksi

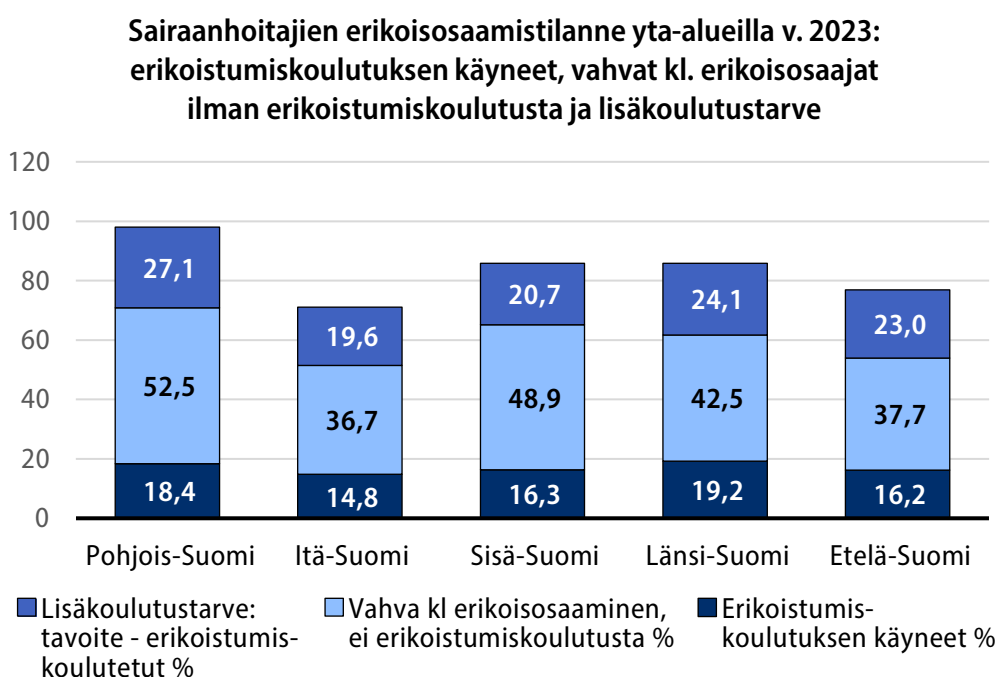
Hyvinvointialueilta arvioitiin, että palvelukokonaisuuksissa tulisi olla keskimäärin 40 %:lla (mediaani 39 %) sairaanhoitajia työyksikössä tai laajemmin tarvittava kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutus. Palvelukokonaisuuksissa tavoitteet vaihtelivat palvelun mukaan välillä 0–100 %. Korkeimmaksi erikoistumiskoulutettujen prosentuaalisen osuuden tavoite asetettiin Pohjois-Suomen yhteistyöalueella (45,5 %) ja pienimmäksi Itä-Suomen alueella (34,4 %) (kuvio 10).

**Kuvio 10.** Tavoite kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien erikoistumiskoulutusosuudeksi (%) yhteistyöalueilla.



Tieto tarvittavasta erikoistumiskoulutettavien sairaanhoitajien osuudesta (ka 23 %) saatiin laskemalla nykyisten erikoistumiskoulutettujen lisäksi tarvittava erikoistumiskoulutettavien osuus. Tavoitteesta vähennettiin jo erikoistumiskoulutettujen osuus, jolloin saatiin tarve erikoistumiskoulutettavien prosenttiosuudelle, jotta tavoite toteutuu (kuvio 11). Näissä luvuissa ei ole huomioitu mahdollista poistumaa.

**Kuvio 11.** Kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien erikoisosaamisen tilanne yhteistyöalueilla: erikoistumiskoulutuksen jo käyneet (tilanne v. 2023), vahvat kliiniset erikoisosaajat ilman erikoistumiskoulutusta (tilanne v. 2023) ja arvioitu tarve erikoistumiskoulutettavien osuudeksi (%), jotta hyvinvointialueiden asettama tavoite erikoistumiskoulutettujen määrästä toteutuisi.



### 3.4 Sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen ennakoitu tarve

#### 3.4.1 Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tarve

Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tavoiteosuudeksi arvioitiin yhteistyöalueilla 34–45 % kliinisessä hoitotyössä toimivista sairaanhoitajista. Aiemmin erikoistumiskoulutuksen käyneiden lisäksi arvio lisäkoulutustarpeesta oli kaikkiaan keskimäärin 23 % yhteistyöalueiden sairaanhoitajista.



#### **EHDOTUS 4. Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu lisätarve määritellyillä erikoisaloilla (STM 2021:36) on yhteensä noin 8 028 erikoistumiskoulutettua vuoteen 2028 mennessä hyvinvointialueilla**

Kaikille kliinisen hoitotyön 17 erikoisaloille on tarve kouluttaa vuoteen 2028 mennessä hyvinvointialueiden tarvearvion suuntaa antava määrä sairaanhoitajia huomioiden tulevat poistumat sekä suunnitella erikoistumiskoulutus niille erikoisaloille, joilla sellaista ei vielä ole.

Eniten erikoistumiskoulutustarvetta on psykiatrisen hoitotyön ja mielenterveyden hoitotyön, palliatiivisen ja saattohoidon erikoisaloilla sekä päivystyshoitotyön ja diabeteksen hoitotyön erikoisaloilla.

Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien lukumäärille määritellään yhteistyö- ja hyvinvointialueittain asiakkaiden ja potilaiden palvelutarpeeseen pohjautuvat tavoite-osuudet kliinisen erikoisosaamisen varmistamiseksi.

Tulevien vuosien erikoistumiskoulutettujen sairaanhoitajien tarvetta laskettaessa osaajapoistumaan lasketaan eläköitymisen, osa-aikaisen työajan ja sairaanhoitajavajeen aiheuttamat poistuma-arviot. Lisäksi huomioidaan alan ja tehtävän vaihdosta johtuva osaajapoistuma sekä mahdollinen sijaistamattomien poissaolojen aiheuttama vaje.

#### **Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tavoiteosuudet**

Yhteistyöalueiden kliinisesti erikoistuneiden tavoiteosuudeksi saatiin edellä 34,4–45,4 % kliinisessä hoitotyössä toimivista. Tässä ei rajattu erikoistumistavoitetta tiettyihin erikoisaloihin, vaan kysyttiin yleisesti erikoistumiskoulutettujen tavoitemäärää. Kun jo erikoistumiskoulutuksen käyneet vähennettiin, jäi erikoistumiskoulutettavien osuudeksi keskimäärin 23 % yhteistyöalueilla. Tämä tarkoittaa nykyisten yhteistyöalueiden kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien lukumäärästä (48 902) noin 11 250 sairaanhoitajaa.

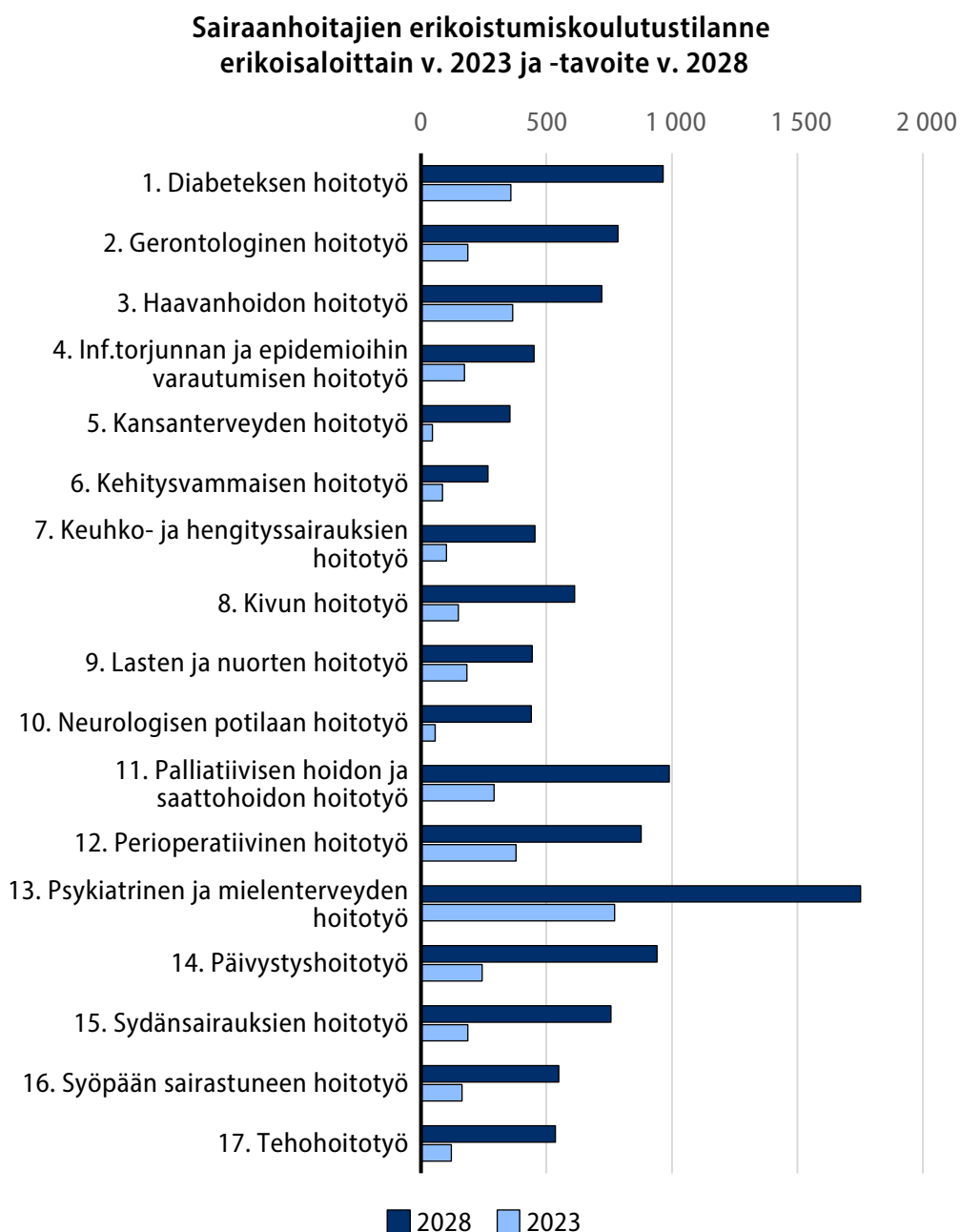
Vuosien 2024–2028 koulutuslukumääriä laskettaessa on hyvä huomioida edellä kappaleessa 3.2 kuvattuja tulevien vuosien keskimääräiseen osaajapoistumaan liittyviä tekijöitä. Lisäksi osaajapoistumaa aiheutuu siitä, että sairaanhoitajat lähtevät kliinisestä hoitotyöstä toisiin tehtäviin. Poistuman on arvioitu Tilastokeskuksen

tilastojen perusteella olleen viiden vuoden jaksolla (2016–2021) vuositasolla noin 12 % (Suomen Sairaanhoidajat 2023). Näissä tilastoluvuissa ei ole huomioitu sairaanhoidajan työstä poistumaa useita kertoja. Näiden tietojen valossa vuonna 2023 kliinisessä hoitotyössä toimineista sairaanhoitajista karkeasti arvioituna kolmannes ei välttämättä enää toimi kliinisessä hoitotyössä vuonna 2028.

### **Arvio kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen tarpeesta erikoisaloittain**

Hyvinvointialueilta arvioitiin kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien tavoiteltava lukumäärää vuodelle 2028 sekä vastaushetken (2023) tilanne 17 aiemman STM:n raportoin (2021:36) ehdotuksen mukaisten 17 kliinisen hoitotyön erikoisalan mukaan. Kuviossa 12 kuvataan erikoistumiskoulutus-tilanne 2023 ja tavoite 2028 näillä kliinisen hoitotyön erikoisaloilla.

**Kuvio 12.** Sairaanhoidajien erikoistumiskoulutustilanne vuonna 2023 ja -tavoite vuonna 2028 kliinisen hoitotyön erikoisaloilla hyvinvointialueilla.



Yhteistyöalueittain erikoistumiskoulutustarpeesta 41 % tulee Etelä-Suomen alueelta (taulukko 2 / liite 3). Taulukossa 3 kuvataan koulutettavien tarve erikoisaloittain, kun erikoistumiskoulutustavoitemäärästä vähennetään jo erikoistumiskoulutetut.

**Taulukko 3.** Kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutettujen tavoitemäärä v. 2028 ja tilannearvio erikoistumiskoulutuksen käyneistä erikoisaloittain v.2023.

Erikoisala	2028	2023	lisätarve
1. Diabeteksen hoitotyö	965	359	606
2. Gerontologinen hoitotyö	785	187	598
3. Haavanhoidon hoitotyö	721	366	355
4. Inf.torjunnan ja epidemioihin varautumisen hoitotyö	451	174	277
5. Kansanterveyden hoitotyö	355	46	309
6. Kehitysvammaisen hoitotyö	267	86	181
7. Keuhko- ja hengityssairauksien hoitotyö	454	102	352
8. Kivun hoitotyö	613	150	463
9. Lasten ja nuorten hoitotyö	444	184	260
10. Neurologisen potilaan hoitotyö	440	57	383
11. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitotyö	989	292	697
12. Perioperatiivinen hoitotyö	878	379	499
13. Psykiatrinen ja mielenterveyden hoitotyö	1 752	772	980
14. Päivystyshoitotyö	941	244	697
15. Sydänsairauksien hoitotyö	757	187	570
16. Syöpään sairastuneen hoitotyö	550	164	386
17. Tehohoitotyö	536	121	415
Yhteensä	11 898	3 870	8 028

Määrällisesti eniten erikoistumiskoulutustarvetta näyttäisi tämän arvion mukaan olevan psykiatrisen hoitotyön ja mielenterveyden hoitotyön sekä palliatiivisen ja saattohoidon erikoisaloilla sekä päivystyshoitotyön ja diabeteksen hoitotyön erikoisaloilla. Kaikkiaan noin 8 028 erikoistumiskoulutettua tarvitaan lisää hoitotyön professiojohtajien näkemyksen mukaan vuoteen 2028 mennessä, kun tällä hetkellä näiden erikoisalojen mukaisia erikoistumiskoulutettuja on 3 870.

### 3.4.2 Sairaanhoidajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus

Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden erityispätevyuden (LMEP) omaavien sairaanhoitajien koulutustarpeeksi vuosille 2024–2028 arvioitiin yhteensä 763 uutta aloituspaikkaa, joka on keskimäärin noin 153 aloituspaikkaa vuodessa. Kaikilta yhteistyöalueilta nostettiin esiin samansuuntaisia esteitä sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuden hyödyntämiseksi. Lääkkeenmääräämisoikeus oli käytössä noin 66 %:lla LMEP-sairaanhoitajista, joilla oli oikeus voimassa 23.8.2023. Hoitotyön professiojohtajien mukaan osaamisen hyödyntämisessä on kehittämistarvetta, sillä yhdellä hyvinvointialueella LMEP-sairaanhoitajia hyödynnetään kattavasti ja 14 alueella kohtalaisesti.

#### **Ehdotus 5. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden erityispätevyuden (LMEP) sairaanhoitajan osaamista ja lääkkeenmääräämisoikeuden hyödyntämistä kehitetään ja lisätään**

Hyvinvointialueilla tunnistetut syyt ja rakenteelliset esteet sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden vähäiselle hyödyntämiselle otetaan hyvinvointialueitasolla käsittelyyn ja puretaan esteitä tavoitteellisesti. Tehtävällä on vastuuhenkilö.

Hyvinvointialueelta konsultoidaan yhteistyöalueen muita hyvinvointialueita ja otetaan mallia onnistuneista ja vaikuttavista ratkaisuista.

Yhteistyöalueitasolle kerätään hyvinvointialueilta tutkittua tietoa ja vaikuttavuustietoa siitä, miten LMEP-sairaanhoitajan osaamisen ja lääkkeenmääräämisoikeuden hyödyntäminen on vaikuttanut asiakkaiden ja potilaiden palveluihin ja hoidon sujuvuuteen. LMEP-sairaanhoitajan työn asiakas- ja potilasturvallisuutta seurataan valtakunnallisesti.

Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden hyödyntämisen lainsäädännölliset esteet ratkaistaan, jotta LMEP-sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeuden käyttö mahdollistuu myös etä-, digi- ja puhelinvastaanoitoilla. Lääkevalikoimaa laajennetaan niin, että potilasryhmien kokonaisvaltainen, sujuva ja turvallinen hoito mahdollistuu.

LMEP-sairaanhoitajien kouluttautuminen on ennakoivaa ja suunnitelmallista. Koulutetuille luodaan mahdollisuus hyödyntää täysimääräisesti osaamistaan. LMEP-sairaanhoitajan työnkuva moniammatillisen tiimin jäsenenä määritellään kansallisesti erilaisissa toimintakokonaisuuksissa.

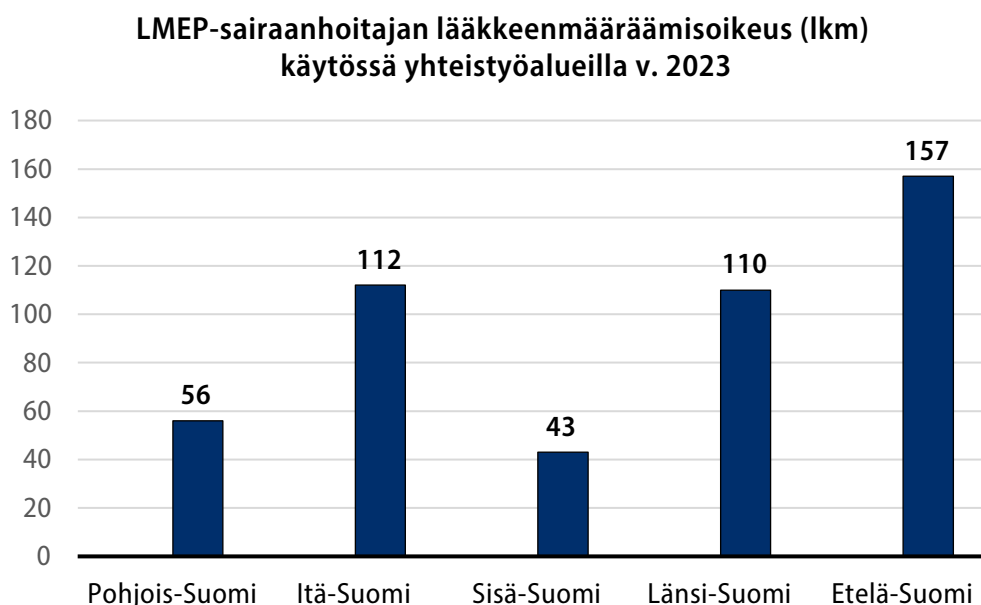
### Rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyden hyödyntäminen

Hyvinvointialueilta selvitettiin kliinisen hoitotyön erikoisalojen lisäksi myös sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyden (LMEP) saaneiden sairaanhoitajien nykytilannetta, tarvetta ja erikoisosaamisen hyödyntämistä hyvinvointi- ja yhteistyöalueilla.

LMEP-sairaanhoitajien ja heidän osaamisensa hyödyntämisessä on hyvinvointialueiden mukaan kehittämistarvetta, sillä vain yhdellä hyvinvointialueella heitä koettiin hyödynnettävän kattavasti. Neljällätoista hyvinvointialueelta vastattiin, että LMEP:n saaneita sairaanhoitajia hyödynnetään kohtalaisesti ja kahdeksalta hyvinvointialueelta oltiin sitä mieltä, että erikoispätevyyttä hyödynnettiin verrattain rajatusti. Syyksi hyödyntämättömyyteen nähtiin, että LMEP-sairaanhoitajia oli joko koulutettu liian vähän tai työn vaativuuden lisääntymistä ei huomioitu palkkauksessa eikä organisaatiossa määritelty osaamisen hyödyntämiseksi asiakaspolkuja, työnkuvia eikä toimintamalleja. Myös työnkuvista oli syntynyt ristiriitaa ja kaikkialla ei nähty olevan sellaisia tehtäviä, joihin LMEP-sairaanhoitajaa tarvittaisiin.

LMEP-sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeus oli käytössä hyvinvointialueiden ilmoittaman tiedon mukaan 478 sairaanhoitajalla yhteistyöalueilla (Kuvio 13), mikä on noin 66 % LMEP-sairaanhoitajista, joilla oli oikeus voimassa 23.8.2023 (Valvira 2023).

**Kuvio 13.** Sairaanhoidajan lääkkeenmääräämisoikeuden erityispätevyden saaneen sairaanhoidajan lääkkeenmääräämisoikeus käytössä (lkm) yhteistyöalueilla v. 2023.



Lääkkeenmääräämisoikeuden erikoispätevyden saaneita sairaanhoitajia hyödynnettiin hyvinvointialueiden erilaisissa avosairaanhoidon palveluissa ja vastaanotto- palveluissa niin sote-keskuksissa, terveysasemilla, päivystyksissä, poliklinikoilla, opiskelija- ja kouluterveydenhuollossa, erilaisissa neuvolapalveluissa, perhe- suunnittelussa, seksuaaliterveysneuvonnassa, kotisairaalassa, avosairaanhoidossa, sairaanhoitajien kiirevastaanotoilla ja kiireettömällä vastaanotoilla ja pitkäaikais- potilaiden määräaikaistarkastusvastaanotoilla kuin päivystysvastaanotoilla ja ensi- linjan puhelinpalveluissa.

### Palvelut, joissa nähdään lisäämistarvetta

Suurin osa hyvinvointialueiden edustajista näki LMEP-sairaanhoidajien lisäämis- tarvetta erityisesti sairaanhoitajien kiirevastaanottopalveluissa (18 hva/23 hva) ja päivystysvastaanotoilla (17/23) ja sairaanhoidajan vastaanottopalveluissa (17/23). Yli puolet tai lähes puolet lisäisi myös LMEP-sairaanhoidajia etä-, puhelin- ja digi- vastaanotoille (13/23) ja erikoissairaanhoidon avovastaanotoille ja seksuaali- ja ehkäisyneuvoloihin (10/23). Myös muihin palveluihin nähtiin lisäämistarvetta mm. lastensuojelun yksiköt (taulukko 4 /liite 3).

## LMEP-sairaanhoitajakoulutuksen aloituspaikkatarve lähivuosille

LMEP-sairaanhoitajien koulutustarpeeksi vuosille 2024–2028 kaikilta hyvinvointialueilta arvioitiin yhteensä 763 uutta aloituspaikkaa, joka on keskimäärin noin 153 aloituspaikkaa vuotta kohden. Hyvinvointialueittain aloituspaikkatarve vaihteli 0:sta 105:een. Yhteistyöalueilla tarve vaihteli 62–321 ja vuositasolla välillä 8–70 (taulukko 5).

**Taulukko 5.** LMEP-sairaanhoitajien koulutuspaikkatarve hyvinvointialueiden hoitotyön profesiojohtajien arvioimana yhteistyöalueilla v. 2024–2028.

Yhteistyöalue	2024	2025	2026	2027	2028	Yhteensä
Pohjois-Suomi	9	24	13	8	8	62
Itä-Suomi	27	20	15	15	15	92
Sisä-Suomi	26	32	25	25	25	133
Länsi-Suomi	31	31	31	31	31	155
Etelä-Suomi	70	62	61	64	64	321
Yhteensä	163	169	145	143	143	763

## Rakenteelliset esteet sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuden hyödyntämisen laajentamiselle

Kaikilta yhteistyöalueilta nostettiin esiin osin samansuuntaisia esteitä sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuden hyödyntämiseksi. Kaikilla yhteistyöalueilla hyödyntämistä hidasti tai esti:

- työnjakosymykset: työnjaon selkeyttämättömyys
- tehtäväkuva: professioiden näkemuserot
- vanhat toimintamallit: eivät mahdollista tai tue lääkkeenmääräämisoikeuden hyödyntämistä
- lainsäädännölliset esteet:
  - etä-, digi- ja puhelinvastaanotot lisääntyvät, mutta niissä LMEP-sairaanhoitajan lääkkeenmääräminen vaatii potilaan läsnäolökäynnin
  - lääkevalikoima rajallinen: potilas saa uusittua vain osan resepteistään



Hyvinvointialueiden kesken oli myös eroja. Toisilla alueilla oli päästy kehittämään moniammatillista yhteistyötä ja tehtävänkuvia ja luomaan uusia toimintamalleja. Toisaalla nämä olivat vielä kesken. Lääkäripalveluiden riittämätön tuki hidasti lääkkeenmääräämisoikeuden hyödyntämistä. Osalla hyvinvointialueista koettiin, että resurssipula estää lääkkeenmääräämisoikeuden hyödyntämistä, kun näitä sairaanhoitajia ei voida irrottaa heidän osaamistaan vastaavaan työhön. Tästä seurasi taas osaamishukkaa ja pitovoimahaasteita.

## 4 Kliinisen erikoisosaamisen varmistaminen

Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tavoiteosuuksia hoitohenkilöstön kokonaismäärästä ei ollut vielä määritelty yhteistyö- eikä hyvinvointialue- tasolla. Yhteistyösopimuksen valmistelu oli vielä kesken suurimmalla osalla. Yhdellä alueella oli yhteistyösopimukseen sovittu kirjattavan erikoistuneen hoitohenkilöstön riittävyden varmistaminen kliinisen hoitotyön erikoisaloilla. Hyvinvointialueet olivat vielä eri vaiheissa korkeakoulu yhteistyön osalta. Yhteistyötä hyvinvointialueen ja korkeakoulun kesken tehdään erilaisissa hanke-, kehittämis- ja suunnittelufoorumeissa. Yhteistyöalueilla ei ollut vielä perustettu hyvinvointialueiden, ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen kanssa yhteistyö- elimiä. Tulevina vuosina sairaanhoitajien erikoisosaamistarpeeseen vaikuttavat yhteistyöalueilla erityisesti väestön palvelutarpeen ja palvelurakenteen muutokset, hyvinvointialueiden taloustilanne, henkilöstö- ja erikoisosaamis- vaje sekä teknologian ja hoitomahdollisuuksien kehittyminen. Erityisen kriittiseksi erikoisosaamisvaje koettiin kaikilla yhteistyöalueilla gerontologisessa ja diabetespotilaan hoitotyössä, mielenterveys- ja päihdehoitotyössä sekä haavan- hoitotyössä. Erikoisosaamisen arvioitiin lisääntyvän merkittävästi palliatiivis- sessa ja saattohoidossa, ikääntyvien ja kotiin vietävissä palveluissa.

### **Ehdotus 6. Kliininen erikoisosaaminen varmistetaan yhteistyö- ja hyvinvointialueiden koulutusyhteistyöllä**

Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tavoiteosuudet hoito- henkilöstön kokonaismäärästä määritellään yhteistyö- ja hyvinvointialue- tasolla.

Yhteistyöalueiden hyvinvointialueet tekevät säännöllistä yhteistyötä osana TKKI-ohjelmaansa alueen koulutussuunnittelussa sekä kliinisen hoitotyön erikoisosaamis- tarpeiden ja koulutustarpeiden määrittelyssä ja ennakoinnissa.

Yhteistyöalueen hyvinvointialueiden väliseen yhteistyösopimukseen kirjataan erikoistuneen hoitohenkilöstön riittävyyden varmistaminen kliinisen hoitotyön erikoisaloilla.

Kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämiseksi yhteistyöalueille perustetaan hyvinvointialueiden, ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen alueellinen yhteistyöelin, jonka tarkoituksena on mm. edistää kliinisen hoitotyön ennakoitua erikoisosaamisen kehittämistä ja sopia erikoisosaamistarpeisiin vastaavien erikoistumiskoulutusten toteuttamisesta kliinisen hoitotyön erikoisaloilla.

Sairaanhoitajien erikoisosaamistarpeeseen vaikuttavat yhteistyöalueilla monet käynnissä olevat muutokset, minkä vuoksi tarvetta seurataan hyvinvointialueilla ja yhteistyöalueiden yhteistyöelimissä sekä muutoksiin reagoidaan ennakoivasti.

Erikoistumiskoulutustarjonta suunnitellaan alueellisesti ja valtakunnallisesti siten, että kriittisiin erikoisosaamistarpeisiin voidaan vastata.

## **Kliinisen erikoisosaamisen ennakointi**

Kliinisen erikoisosaamisen varmistamiseksi kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tavoiteosuuksia hoitohenkilöstön kokonaismäärästä ei ollut vielä määriteltä yhteistyöaluetasolla eikä millään hyvinvointialuetasollakaan. Kaikilla yhteistyöalueilla oli määrittelytyö kuitenkin aloitettu yhdellä tai useammalla hyvinvointialueella tai tavoiteosuuksien määrittely oli ainakin suunnitelmassa.

## **Erikoistuneen hoitohenkilöstön riittävyys yhteistyösopimuksessa**

Samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden tulee laatia keskinäinen yhteistyösopimus ensimmäisen kerran vuoden 2025 loppuun mennessä. Yhteistyösopimuksessa sovitaan muun muassa hyvinvointialueiden välisestä työnjaosta. Yhteistyösopimusten kirjaaminen oli vielä kesken tai aloittamatta suurimmalla osalla yhteistyöalueita. Vasta yhdellä alueella oli yhteistyösopimukseen sovittu kirjattavan erikoistuneen hoitohenkilöstön riittävyyden varmistaminen kliinisen hoitotyön erikoisaloilla ja kahdella yhteistyöalueella asiaa oli suunniteltu.

## Ennakointiyhteistyö yhteistyöalueiden ja korkeakoulujen kesken

Yhteistyöalueiden hyvinvointialueet olivat vielä eri vaiheissa korkeakoulujen kanssa tehtävässä yhteistyössä, jossa kliinisen hoitotyön erikoisosaamistarpeita ennakoidaan yhteisellä koulutussuunnittelulla. Kaikilla yhteistyöalueilla oli hyvinvointialueita, jotka ilmoittivat tekevänsä jatkuvaa yhteistyötä korkeakoulujen kanssa ja lähes kaikilla yhteistyöalueilla oli hyvinvointialueita, jotka olivat aloittamassa yhteistyötä tai suunnittelemassa yhteistyön aloittamista. Yhteistyöalueen kaikkien hyvinvointialueiden yhteinen suunnittelu ei vielä toteutunut korkeakoulujen kanssa.

## Nykyinen yhteistyö hyvinvointialueiden ja korkeakoulujen kesken

Yhteistyömuotoina korkeakoulujen kanssa mainittiin kehittämis- ja hankeyhteistyön lisäksi hyvinvointialueilta mm. yhteinen suunnitteleva täydennyskoulutusryhmä, ennakointifoorumi, yhteinen neuvottelukunta ammattikorkeakoulun kanssa sekä hoitotyön opetusneuvosto -toiminta. Yhteistyöaiheiksi eri foorumeissa kuvattiin mm. koulutustarpeiden esilletuominen, opetussuunnitelmien ja niiden sisältöjen keskustelut, harjoittelujen toteuttaminen, erikoistumiskoulutusten suunnittelu ja erikoisosaamistarpeiden kartoittaminen sekä kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen edistäminen.

## Alueellinen yhteistyöelin

Kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämiseksi yhteistyöalueilla ei olla vielä perustettu hyvinvointialueiden ja ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen alueellista yhteistyöelintä (STM 2021:36) eikä kaikilla hyvinvointialueilla ollut edes tietoa tästä. Alueellisen yhteistyöelimen tehtävänä on sopia erikoistumiskoulutusten toteuttamisesta ennakoitujen erikoisosaamistarpeiden mukaisesti kliinisen hoitotyön erikoisaloilla. Kolmella yhteistyöalueella oli kuitenkin muutama hyvinvointialue, joilta kerrottiin oltavan mukana tällaisessa tai vastaavassa yhteistyöelimessä. Mukaan jo toimivaan yhteistyöhön oli otettu hyvinvointialueiden hoitotyön johdon, ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen lisäksi myös toisen asteen oppilaitokset. Hyvinvointialueilta kerrottiin hyödynnettävään aiempia yhteistyörakenteita, mutta yhteistyöalueen yhteinen toteutus oli vielä eri vaiheissa hyvinvointialueilla.

## Sairaanhoitajien erikoisosaamistarpeeseen vaikuttavat muutokset

Hyvinvointialueilla painottuvat alueen luonteen mukaan hieman eri erikoisosaamistarpeeseen vaikuttavat asiat. Kaikkiaan tulevana vuosina kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien erikoisosaamistarpeeseen vaikuttavat yhteistyöalueilla erityisesti:

#### Väestön palvelutarpeiden muutokset

- väestön ikääntyminen
- mielenterveys- ja päihdepalveluiden lisääntyvä tarve

#### Palvelurakenteen muutokset

- digitalisaation ja etäpalvelujen eteneminen
- erikoissairaanhoidon painotteisuudesta perusterveydenhuollon painotteisuuteen
- erikoisosaamisen keskittäminen
- tehtäväsiirrot
- palveluverkoston keskittäminen

#### Taloudelliset paineet hyvinvointialueilla

- lakisääteisten tehtävien lisääntyminen
- palveluverkkopäivitys
- vaikuttavien, näyttöön perustuvien palveluiden käyttö

#### Henkilöstövajeen ja henkilöstön poistuman myötä osaamisvaje

- työvoimavaje
- henkilöstön vaihtuvuus
- eläköityminen

#### Teknologian ja hoitojen kehittyminen

- uudet hoitomahdollisuudet ja toimintatavat
- hoitomenetelmien kehittyminen
- osaamisvaatimusten kasvu

### **Kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen tarve palvelukokonaisuuksissa**

Yhteistyöalueilta listattiin samansuuntaisesti puuttuviksi arvioituja, erilaisia kliinisiä erikoisosaamisalueita niiden 17 kliinisen erikoisalalan lisäksi, joita STM:n raportissa (2021:36) kuvataan. Osa puuttuviksi listattuja erikoisosaamisaloja oli 17 erikoisalalan alle jääviä suppeampia erikoisaloja, esimerkiksi vastasyntyneiden ja lasten tehohoito, neuropsykiatrinen hoitotyö ja päihdehoitotyö. Kaikkiaan puuttuviksi erikoisaloiksi nähtiin erilaiset kirurgisen ja sisätautien ja erityisesti osastohoitotyön alle sijoittuvat erikoisalalat. Näitä olivat mm. urologinen, gastroenterologinen, ortopedinen, nefrologinen ja hematologinen hoitotyö sekä reumasairauksien, muistisairauksien, allergiasairauksien, uniapnean ja muiden unihäiriöiden hoitotyö tai näiden kirurgisten ja sisätautien erikoisalajien alle sijoittuvia suppeampia erikoisaloja, kuten esimerkiksi IBD-hoitotyö, AMD-hoitotyö, avannehoitotyö, tekonivelhoitotyö jne.

Hyvinvointialueiden eri palvelukokonaisuuksista nostettiin esiin eri ikäryhmien mielenterveyshoitotyön erikoisosaamisen ja erityisesti myös päihdehoitotyön sekä riippuvuuksien hoitotyön erikoisosaamisen lisääntyvä tarve. Näiden erikoisalojen erikoisosaamisen sisällyttäminen nykyistä enemmän myös jo sairaanhoitajan peruskoulutukseen nähtiin tärkeänä. Myös gerontologisen hoitotyön erikoiskoulutusten tarve tulevina vuosina nähtiin kasvavana ja myös tarpeellisena monissa palvelukokonaisuuksissa. Lisäksi monissa hyvinvointialueiden palvelukokonaisuuksissa nähtiin tarvetta päivystykselliselle hoitotyölle, jossa korostuu hoidon tarpeen arvioinnin osaaminen. Tämä nähtiin eri sisältöisenä kuin akuuttihoitotyön erikoisosaaminen tai ensihoitajan erikoisosaaminen.

Monelta hyvinvointialueelta listattiin puuttuvaksi myös niitä erikoistumisaloja, joita oman alueen ammattikorkeakoulu jo tarjoaa, mutta jotka eivät näy suoraan 17 erikoisalan listassa. Kaikkiaan kaikkien kliinisten erikoisalojen erikoisosaamisen ja erikoistumiskoulutuksen tarpeen arvioitiin kasvavan tulevina vuosina. Lisäksi nostettiin esiin myös muita kuin ns. kliinisen hoitotyön erikoisosaamisaloja. Nämä olivat toiminnallisen ja rakenteellisen jaottelun sekä tiettyjen asiakasryhmien hoitotyön mukaisia erikoisosaamisalueita, esimerkiksi digiosaaminen, akuuttihoitotyö, kotiin annettavien palvelujen hoitotyö ja maahanmuuttajien parissa tehtävä hoitotyö. Esiin nousi myös diagnostisten alojen erikoisosaamistarve ja mm. röntgenhoitajien ja bioanalytikkojen erikoistumiskoulutustarve.

Kaikilla yhteistyöalueilla oli hyvinvointialueiden palvelukokonaisuuksissa tarve sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksille seuraavilla erikoisaloilla:

- Mielenterveys- ja päihdehoitotyö sekä psykiatrinen hoitotyö
- Gerontologinen hoitotyö
- Tehohoitotyö
- Palliatiivinen hoitotyö
- Lasten ja nuorten hoitotyö
- Neurologinen hoitotyö
- Kansanterveyden/-sairauksien hoitotyö
- Kehitysvammaisen hoitotyö

Neljällä yhteistyöalueilla palvelukokonaisuuksissa nousi esiin erikoistumiskoulutuksen tarve seuraavilta erikoisaloilta:

- Syöpäsairauksien hoitotyö
- Diabetespotilaan hoitotyö
- Perioperatiivinen hoitotyö
- Keuhko- ja hengityselinsairauksien hoitotyö
- Sydänsairauksien hoitotyö
- Haavanhoitotyö

Kolmelta yhteistyöalueelta tuotiin esiin erikoistumiskoulutuksen tarve erikoisaloilla:

- Päivystyshoitotyö
- Akuuttihoitotyö
- Infektio- ja tartuntatautihoitotyö
- Kivunhoitotyö
- Allergiahoitotyö

### **Erikoisosaamisen vajeen aiheuttama kriittinen tilanne erikoisaloilla**

Kaikilla tai lähes kaikilla yhteistyöalueilla kriittisimmäksi tilanne nähtiin erikoistumiskoulutettujen sairaanhoitajien vajeen takia gerontologisessa hoitotyössä, diabetespotilaan hoitotyössä, mielenterveys- ja päihdehoitotyössä sekä haavanhoitotyössä. Vähintään kolmella viidestä yhteistyöalueista oli sairaanhoitajavajeen takia tilanne kriittinen myös tehohoitotyössä ja perioperatiivisessa hoitotyössä sekä myös kotihoidossa. Etelä-Suomen yhteistyöalueelta kerrottiin sairaanhoitajien erikoisosaamisen vajeen takia tilanteen olevan kriittinen kaikkien eri erikoisalojen vaativilla kolmivuorotyön vuodeosastoilla. (taulukko 6 / liite 3).

### **Tulevina vuosina merkittävästi lisääntyvä erikoisosaamisen tarve**

Kaikilla yhteistyöalueilla nähtiin, että erikoisosaamisen tarve hyvinvointialueiden palveluissa lisääntyy merkittävästi tulevina vuosina palliatiivisessa hoidossa, saattohoidossa, ikääntyvien palveluissa ja kotiin vietävissä palveluissa. Eri hyvinvointialueilta nostettiin esiin erilaisia painotuksia. Kaikkiaan nähtiin, että erikoisaloilla tarvitaan laaja-alaista ja itsenäistä osaamista, jossa painottuu laaja-alainen tiimi-osaaminen, laatu, vaikuttavuus, asiakas- ja potilasturvallisuus sekä ennaltaehkäisy ja osallisuus.

## 5 Kliinisen hoitotyön osaamisen johtaminen

### 5.1 Kliinisen osaamisen kehittämisen tilanne

Yhtenäistä kliinisen hoitotyön uramallia ei ollut käytössä vielä yhteistyö-alueilla siten, että se olisi alueen kaikkien hyvinvointialueiden käytössä. Kliinissä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien osaamistasojen ja -kuvausten sekä toimintayksikkötason kriteerien laadinta oli eri vaiheissa yhteistyö-alueilla. Kaikilla alueilla ei ollut vielä osaamisvaatimus- tai uramallitasoa, jolle kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneet tai vastaavan pätevyyden kokemuksellaan ja muulla tavoin hankkineet sairaanhoitajat sijoittuvat. Kliinisen hoitotyön vaativuuden arviointi oli eri vaiheissa alueilla. Hoitotyön johto oli yksimielinen siitä, että erikoisosaamisen tunnistamisen helpottamiseksi tarvitaan kansallisesti yhtenäinen nimike kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneille sairaanhoitajille. Kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan vakanssien perustamista ja kansallista rekisteröintiä pidettiin tarpeellisena hyvinvointialueilla.

#### **Ehdotus 7. Kliinisen hoitotyön osaamisen tunnistamista kehitetään osana uramallia sekä yhtenäisen nimike- ja vakanssitiedon ja rekisteröinnin avulla**

Yhteistyöalueen kaikilla hyvinvointialueilla otetaan käyttöön yhtenäinen asiakas- ja potilastarpeesta lähtevä kliinisen hoitotyön osaamisen uramalli.

Kliinissä hoitotyössä toimiville sairaanhoitajille ja erikoistumiskoulutuksen käyneille tai pätevyyden hankkineille on määritelty osaamisvaatimustasot ja niihin tutkimustietoon perustuen toiminta- tai työyksikkötason kriteerit.



Kliinisen hoitotyön vaativuuden arviointi on käytössä hyvinvointialueella kaikissa hoitotyötä sisältävissä palvelukokonaisuuksissa.

Erikoisosaamisen tunnistamiseksi kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneille sairaanhoitajille ja siirtymävaiheessa erikoistumiskoulutusta vastaavan osaamisen täydennyskoulutuksilla ja työkokemuksella hankkineille ja erikoisalan pätevyötymisensä osoittaneille sairaanhoitajille otetaan hyvinvointialueilla käyttöön

- osaamista osoittava kansallisesti yhtenäinen nimike, ja
- kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan vakanssi

Kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneet tai pätevyyden hankkineet rekisteröidään kansalliseen rekisteriin erikoisosaamisen ja -koulutustarpeen alueellisen ja valtakunnallisen tason ohjauksen mahdollistamiseksi.

Hyvinvointi- ja yhteistyöalueilla sairaanhoitajien kliinisen osaamisen kehittämisen tilanne näyttäytyi tulevaisuuteen suuntautuvalta. Hyvinvointialueilla oltiin eri vaiheissa osaamisen kehittämisen suhteen.

### Yhtenäisen uramallin käyttöönotto

Yhtenäistä kliinisen hoitotyön uramallia ei ollut käytössä vielä millään yhteistyöalueella siten, että se olisi alueen kaikkien hyvinvointialueiden käytössä. Yhteistyöalueisiin kuuluvien hyvinvointialueiden tilanne vaihteli. Kolmella hyvinvointialueella uramalli oli käytössä jollakin hyvinvointialueella. Yhdeksällä hyvinvointialueella oltiin ottamassa uramallia käyttöön, ja niistä kolmella uramallia oltiin ottamassa käyttöön myös yhteistyöalueella. Kymmenellä hyvinvointialueella ei ollut uramallia käytössä. Nämä hyvinvointialueet jakautuivat neljälle yhteistyöalueelle, joten yhdellä yhteistyöalueen kaikki hyvinvointialueet olivat vähintään jo ottamassa uramallia käyttöön.

### Osaamisvaatimustasot ja niiden kuvausten ja kriteerien määrittely

Osaamisvaatimustasot ja niiden kuvaukset oli määritelty kaikille kliinisessä hoitotyössä toimiville sairaanhoitajille kolmella hyvinvointialueella ja osalle sairaanhoitajista seitsemällä hyvinvointialueella. Seitsemällä hyvinvointialueella ei ollut

laadittu osaamisvaatimustasoja. Toistaiseksi vain yhden yhteistyöalueen kaikilla hyvinvointialueilla oltiin vähintään laatimassa osaamisvaatimustasoja. Osaamistasoille ja -kuvauksille oli määritelty tutkimustietoon perustuen toiminta- tai työyksikkötason kriteerit vain yhdellä hyvinvointialueella sekä osittain 12 hyvinvointialueella ja yhdellä yhteistyöalueella. Neljällä yhteistyöalueella oli hyvinvointialueita, joilla ei ollut vielä määritelty kriteerejä.

### **Erikoistumiskoulutuksen käynyt uramallissa tai osaamisvaatimuksissa**

Sairaanhoitajien osaamisvaatimuksissa tai uramalleissa oli kahdeksalla hyvinvointialueella taso, johon voidaan sijoittaa kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneet tai vastaavan pätevyyden kokemuksellaan ja muulla tavoin hankkineet sairaanhoitajat. Seitsemällä hyvinvointialueella oli osalle erikoistumiskoulutuksen käyneitä sopiva taso osaamisvaatimuksissa tai uramallissa ja kolmella hyvinvointialueella katsottiin sellaisen tason olevan luotavissa. Viidellä hyvinvointialueella ja kolmella yhteistyöalueella ei ollut vielä osaamisvaatimus- tai uramallitasoa, jolle erikoistumiskoulutuksen käyneet voitaisiin sijoittaa.

### **Kliinisen hoitotyön vaativuuden arviointi**

Kliinisen hoitotyön vaativuuden arviointi oli käytössä seitsemällä hyvinvointialueella kaikissa palvelukokonaisuuksissa ja viidellä hyvinvointialueella osassa palvelukokonaisuuksia tai palveluyksiköitä. Viidellä hyvinvointialueella oltiin ottamassa vaativuuden arviointia käyttöön ja kuudelta se puuttui kokonaan eikä aikataulusta ollut vielä tietoa. Kahdella yhteistyöalueella kliinisen hoitotyön vaativuuden arviointi oli joko käytössä tai sitä oltiin ottamassa käyttöön.

### **Kansallisesti yhtenäinen nimike ja vakanssi erikoistumiskoulutuksen käyneille**

Kaikkien hyvinvointialueiden hoitotyön johto piti tärkeänä sitä, että erikoisosaamisen tunnistamisen helpottamiseksi otetaan käyttöön osaamista osoittava kansallisesti yhtenäinen nimike kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneille sairaanhoitajille. Kymmeneltä hyvinvointialueelta kannatettiin erikoissairaanhoitajanimikettä ja 11 alueelta kliinisesti erikoistunut sairaanhoitaja -nimikettä. Myös asiantuntijanimikkeitä ehdotettiin. Kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan vakanssien perustamista pidettiin tarpeellisena 21 hyvinvointialueella.

## Kansallinen rekisteröinti erikoistumiskoulutuksen käyneille

Kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien kansallisen rekisteröinnin merkitystä perusteltiin 20 hyvinvointialueelta seuraavasti:

- vahvistaa osaamisen johtamista ja osaamistarpeen ennakointia
- vahvistaa kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ammatillista asemaa
- tuo painoarvoa ja statusta koulutukselle
- erikoistuneet tuovat tutkitun tiedon käytäntöön
- tunnustetaan ja tunnustetaan osaaminen ja turvataan osaamisen laatutaso
- tukee erikoistuneiden sairaanhoitajan laillisuuden hallintaa
- valtakunnallisesti voidaan tunnistaa erikoistumiskoulutuksen käyneet
- kansallisesta rekisteristä voidaan tarkistaa/varmistaa koulutus/ammattiosaaminen (tällä merkitystä myös potilaan/asiakkaan kannalta)
- seurataan kansallisesti erikoisosaajien määrän kehitystä
- helpottaa huomattavasti tilannekuvan muodostamista osaajista
- helpottaa kliinisen erikoistumiskoulutuksen arviointia ja osaamisen ennakointia
- erikoistumiskoulutusten määrällistä tarvetta ja tarjontaa voidaan ennakoida
- koulutuspaikkojen määrän ennakointi ja suunnittelu mahdollistuvat
- helpottaa palvelutarpeeseen vastaamista ja osaamisen jakamista
- laaja-alaista osaamista voidaan hyödyntää valmius- ja varautumistilanteissa
- valtakunnallinen verkostoituminen ja yhteistyö mahdollistuvat
- kansainvälinen vertailtavuus mahdollistuu

## Erikoisosaamisesta palkitseminen

Viidellätoista hyvinvointialueella oli käytössään jonkinlainen palkitsemisjärjestelmä, joka kattoi kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen omaavat sairaanhoitajat. Kaikilla yhteistyöalueilla oli hyvinvointialue tai hyvinvointialueita, joilla oli ja ei ollut palkitsemisjärjestelmää. Niillä hyvinvointialueilla, joissa palkitsemisjärjestelmä oli, sillä tarkoitettiin palkkakorimallia, henkilöstön palkitsemisjärjestelmää, työn vaativuuden arviointiperusteista palkitsemista, erillistehtävien eri palkkatasoja, henkilökohtaisia tai tehtäväkohtaisia lisiä, uramalliin liittyvää palkkakehitystä tai erikoistumiskoulutuksen myötä annattavaa palkankorotusta, kun työnkuvaukseen liittyvät kriteerit täyttyvät.

## 5.2 Sairaanhoitajien erikoistumiskoulutuksen hyödyntäminen työelämässä

Kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneet sairaanhoitajat tunnustettiin vain osittain suurimmalla osalla hyvinvointialueita. Yli puolella hyvinvointialueista kannustettiin sairaanhoitajia hakeutumaan erikoistumiskoulutuksiin. Hyvinvointialueiden monialaisen yhteistyön ja työnjaon käytännöt eivät kaikkialla tukeneet sairaanhoitajan erikoistumis-koulutuksen hyödyntämistä. Hyvinvointialueilla oltiin yksimielisiä sairaanhoitajien erikoistumiskoulutusten merkityksestä sairaanhoitajien sitoutumiseen ja ammatin vetovoimaan. Hoitotyön johtajat näkivät omalla hyvinvointialueellaan myös mahdollisia esteitä tai uhkia sairaanhoitajien mahdollisuudelle hankkia erikoisalan osaamista erikoistumiskoulutuksella.

### **Ehdotus 8. Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien osaamista hyödynnetään suunnitelmallisesti yhteistyö- ja hyvinvointialueilla**

Yhteistyö- ja hyvinvointialueilla on käytössä

- osaamisen hallinnan järjestelmä, jonka kautta erikoisosaaminen voidaan tunnistaa ja erikoisosaamisen hyödyntämistä kehittää.
- yhtenäiset ja työssä tarvittavan erikoisosaamisen hankkimista lisäävät kannustimet sairaanhoitajille ja muulle henkilöstölle.

Erikoistumiskoulutuksiin kannustamisessa on mukana sairaanhoitajan urakehityssuunnittelu, jotta erikoistumiskoulutuksen käynyt sijoittuu osaamistaan vastaaviin tehtäviin ja tehtävien vaativuuden nousu näkyy palkassa.

Hyvinvointialueilla tarkastellaan avoimesti ja kriittisesti päivittämistä ja kehittämistä tarvitsevia monialaisen yhteistyön ja työnjaon käytäntöjä, jotka voivat olla esteenä sairaanhoitajan erikoistumiskoulutuksen hyödyntämiselle.

Erikoistumiskoulutukset toimivat sairaanhoitaja-ammatin veto- ja pito-voimatekijöinä ja hyvinvointialueella mahdollistetaan sairaanhoitajan erikoisosaamisen hankkiminen ja hyödyntäminen täysimääräisesti.

Erikoistumiskoulutuksen käyneiden työnkuva määritellään asiakas-/potilaslähtöisesti tavoitteena lisätä palvelun laatua, sujuvuutta ja vaikuttavuutta hyvinvointi-/yhteistyöalueilla.

Hyvinvointialueiden hoitotyön professiojohtajilta kysyttiin, miten sairaanhoitajien nykyisiä erikoistumiskoulutuksia hyödynnetään hyvinvointialueen ja yhteistyöalueen sosiaali- ja terveystalouden järjestämislain piirissä olevissa palvelukokonaisuuksissa. Erikoistumiskoulutuksen hyödyntäminen edellyttää, että koulutuksen käyneet tunnustetaan.

### **Erikoistumiskoulutuksen käyneiden tunnistaminen**

Kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneet sairaanhoitajat tunnustettiin systemaattisesti kolmella hyvinvointialueella, jossa heille oli osoitettu vaativa erityistehtävä tai asiantuntijan työnkuva. Kolmelta muulta hyvinvointialueelta vastattiin, että erikoistumiskoulutuksen käyneitä ei tunnusteta. Kolmellatoista hyvinvointialueella erikoistumiskoulutuksen käyneet sairaanhoitajat tunnustettiin osittain. Hyvinvointialueen jollain toimialalla oli erikoistumiskoulutuksen käyneille nimikkeet ja palkkausperiaatteet, tai työtehtävät olivat painottuneet erikoistumiskoulutuksen sisältöihin tai erikoisosaamisen mukaan. Tunnistettaviksi mainittiin LMEP-sairaanhoitajat ja diabeteshoitajat. Osittainen tunnistaminen johtui hyvinvointialueilla vastaajien mukaan myös siitä, että erikoistumiskoulutuksen käynyt tunnustetaan vain yksikön tai korkeintaan vastuualueen sisällä, jolloin osaamista ei hyödynnetä laajemmin. Työntekijän koulutus oli tunnustettu esimerkiksi rekrytoinnin yhteydessä. Syyksi osittaiseen tunnistamiseen mainittiin myös, että erikoistumiskoulutuksen mukaisia tehtävien lisävastuita ja palkkausta ei ole systemaattisesti mietitty ja hyödynnetty. Osittainen tunnistaminen johtui hyvinvointialueilla myös siitä, että osaamistasorakenne puuttui eikä järjestelmä antanut näitä tietoja, vaan tiedot piti kerätä manuaalisesti, esimerkiksi esihenkilön toimesta, tai kirjata osaamisen hallintajärjestelmään. Joillain alueilla oltiin luomassa osaamisen hallintajärjestelmää ja jollain alueella sellaista oltiin ottamassa käyttöön.

## Erikoistumiskoulutukseen kannustaminen

Yhteistyöalueilla ja hyvinvointialueilla sairaanhoitajien kannustaminen vaihteli, mutta pääasiassa sairaanhoitajia kannustettiin hankkimaan erikoistumiskoulutusta, joka vastaa asiakkaiden ja potilaiden palvelutarpeisiin ja palvelee työtehtäviä ja työnantajan tarvetta. Yhdeksältä hyvinvointialueelta vastattiin, että sairaanhoitajia kannustettiin erikoistumiskoulutuksiin ja 13 hyvinvointialueelta vastattiin, että sairaanhoitajia kannustetaan osittain. Kannustimina käytettiin kehitys- ja urakeskusteluissa kannustamista, koulutuksista informointia sekä koulutuksiin osallistumisen kannustamista. Myös palkallisia koulutus- tai lähipäiviä mahdollistettiin. Lisäksi kannustimiksi listattiin työvuorojoustot ja opiskelun aikaisen harjoittelun mahdollistaminen sekä tuen antaminen opinnäytetöiden ja kehittämistehtävien valintoihin. Erikoistumiskoulutusten koulutuskustannuksia korvattiin osittain tai kokonaan ja pyrittiin huomioimaan erikoisosaaminen työnkuvissa ja palkkauksessa. Kannustamistoimia rajoittivat määrärahojen vähyys tai se, ettei niitä ollut korvaamarkittu riittävästi tai ei lainkaan budjettiin. Myöskään erikoistumiskoulutusten hyödynnettävyys ei ollut selkeää. Tuotiin myös esiin, että sairaanhoitajia ei oikeastaan kannusteta hankkimaan erikoistumiskoulutusta, koska tarvetta ei nähdä.

## Yhteistyö- ja työnjakokäytännöt erikoisosaamisen hyödyntämisen esteenä

Hyvinvointialueiden palveluissa vallitsevat monialaisen yhteistyön ja työnjaon käytännöt eivät kaikkialla tukeneet sairaanhoitajan erikoistumiskoulutuksen hyödyntämistä. Kaikille viidelle yhteistyöalueelle jakautuvilla kahdeksalla hyvinvointialueella koettiin, että yhteistyön ja työnjaon käytännöt eivät tukeneet erikoistumiskoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien osaamisen hyödyntämistä. Näillä alueilla nähtiin kehittämistarpeita siihen, miten monialaisen yhteistyön rakenteita olisi tarpeen lisätä mm. vastuualueiden välillä ja kehittää toimintaa niin, että erikoistumiskoulutuksen käyneitä sairaanhoitajia hyödynnettäisiin ja osaamista otettaisiin käyttöön nykyistä enemmän. Osa erikoistuneista sairaanhoitajista toimi vain omalla erikoisalallaan ja osa monialaisemmin, esimerkiksi kipuhoidajat ja haavahoitajat. Eri palveluissa tilanne vaihteli. Monialaisen yhteistyön ja työnjaon haasteet nähtiin olevan johtamisjärjestelmäriippuvaisia ja vaikuttavan siihen, miten hoitotyön johto pystyy asiaan puuttumaan. Hyvinvointialueen sote-keskuksissa kuvattiin näkyvän suuntausta siirtyä yleissairaanhoitajien vastaanottoihin asiantuntijasairaanhoitajien vastaanottojen sijaan. Sairaanhoitajia työskentelee myös sosiaalihuollon ammattilaisten johtamissa palveluissa mm. lastensuojelussa.

## **Erikoistumiskoulutusten avulla voidaan lisätä alalle sitoutumista sekä alan veto- ja pitovoimaa**

Sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen avulla voidaan lisätä sairaanhoitajien sitoutumista alalle ja lisätä sairaanhoitajan ammatin vetovoimaa. Tästä kaikilla yhteistyöalueiden hyvinvointialueilla oltiin yksimielisiä. Samaan aikaan kaikki hoitotyön professiojohtajat olivat sitä mieltä, että omalla hyvinvointialueella on myös mahdollisia esteitä tai uhkia sairaanhoitajien mahdollisuudelle hankkia tarvitsemaansa erikoisalan osaamista erikoistumiskoulutuksella.

## 6 Osaamisen kehittäminen koulutusyhteistyössä

### 6.1 Ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutukset

Hoitotyön professiojohtajat arvioivat ammattikorkeakoulujen nykyistä sairaanhoitajien erikoistumiskoulutustarjontaa suhteessa työelämän tarpeeseen omalla hyvinvointialueellaan. Lähes jokaisella yhteistyöalueella oli sellaisia hyvinvointialueita, joissa koettiin erikoistumiskoulutusten vastaavan hyvinvointialueen tarpeisiin. Kaikilla yhteistyöalueilla oli myös hyvinvointialue/-alueita, joissa erikoistumiskoulutusten ei koettu vastaavan hyvinvointialueen tarpeisiin. Kaikilta yhteistyöalueilta tuli toiveita erikoistumiskoulutusten järjestämisen suhteen. Erikoistumiskoulutusten ja niiden sisältöjen osalta toivottiin kuunneltavan työnantajien ja työelämän tarvetta. Useammalta alueelta todettiin, että erikoistumiskoulutuksen sisällöt tukevat vahvemmin erikoisalansyväällisen tietopohjan muodostumista. Työn ohessa toteutettava monimuotokoulutus toimii hoitotyön professiojohtajien mielestä parhaiten. Erikoistumiskoulutusten hinnan todettiin olevan este työnantajalle mahdollistaa työntekijän erikoistuminen.

#### **Ehdotus 9. Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien määrällistä tarvetta ja osaamista ennakoidaan ja ohjataan kansallisesti**

Kansallisesti on linjattu ne erikoisalot, joilta erikoistumiskoulutusten tarve on arvioitu kriittiseksi tai jatkuvaksi. Näiden koulutusten opetussuunnitelmat ovat yhtenäiset ja koulutukset aikataulullisesti ennakoitavissa.

Uusien työelämässä tarvittavien erikoisalojen koulutusten järjestäminen sovitaan kansallisesti ja alueellisesti.



Harvemmin kuin vuosittain tarvittavien erikoistumiskoulutusten tarjoajat on sovittu alueellisen tarpeen, korkeakoulujen sijainnin sekä keskinäisen sopimuksen mukaan.

Erikoistumiskoulutusten opetussuunnitelmien sisällön suunnittelussa kuullaan työnantajia ja opiskelijoita.

Erikoistumiskoulutusten suunnittelu, tarjonta ja sisältö on ennakoivaa ja perustuu työelämän tarpeisiin sekä palvelee asiakkaiden ja potilaiden palvelujen tarvetta.

Arviot ammattikorkeakoulujen nykyisten sairaanhoitajien erikoistumiskoulutustarjonnan palvelevuudesta vaihtelivat sekä yhteistyöalueittain että hyvinvointialueittain yhteistyöalueiden sisällä. Lähes jokaisella yhteistyöalueella oli sellaisia hyvinvointialueita, joissa koettiin erikoistumiskoulutusten vastaavan hyvinvointialueen tarpeisiin hyvin tai melko hyvin. Näillä alueilla koulutuksia kuvattiin keskeisiksi, relevanteiksi ja yhdessä suunnitelluiksi täsmäkoulutuksiksi. Yhteistyötä kuvattiin tiiviiksi, toiveita kuulevaksi, toimivaksi ja säännölliseksi.

Kaikilla yhteistyöalueilla oli myös hyvinvointialue tai -alueita, joissa nähtiin erikoistumiskoulutusten vastaavan melko huonosti, tai huonosti hyvinvointialueen tarpeisiin. Kaikilta yhteistyöalueilta tuli toiveita erikoistumiskoulutusten järjestämisen suhteen. Joitain koulutuksia ei toteutunut siinä määrin kuin olisi ollut hyvinvointialueen tarve, vaan oli jouduttu itse järjestämään vastaavaa koulutusta. Tarjontaa kuvattiin myös hajanaiseksi, paikalliseksi tai vaihtelevaksi ja toivottiin ylipäätään erikoistumiskoulutustarjontaa enemmän. Toisaalla pohdittiin, että onko jollain alueella tarjontaa jopa liikaa ja pitäisikö keskittyä siihen, mihin on eniten tarvetta. Vastauksissa nostettiin esiin myös koulutusten vakaus ja yhtenäisyys, sillä koulutustarjonta ja budjetointi eivät aikataulullisesti kohtaa, jolloin budjetoitaessa ei tiedetä koulutustarjonnasta. Useammalta alueelta todettiin, että työelämän tarpeen pitäisi ohjata erikoistumiskoulutusten järjestämistä. Vastauksissa tuotiin esiin, että opetussuunnitelmien sisällön suunnittelussa ei riittävästi kuulla työnantajia. Useammalta alueelta todettiin, että erikoistumiskoulutukset eivät aina vastaa syväosaamisen tarpeeseen ja sisällön toivottiin olevan alan tietoon syvälle menevää, koska yleiskoulutusta ei tarvita erikoistumisvaiheessa.

Monimuotokoulutusta toivottiin enemmän ja verkkokoulutuksia pidettiin hyvänä vaihtoehtona mahdollistaa opiskelu työn ohessa. Opiskelijoiden matkustaminen opiskelujen takia työn ohessa todettiin haasteelliseksi. Erikoistumiskoulutusten hintaa pidettiin työnantajille esteenä mahdollistaa erikoistumiskoulutuksia.

## 6.2 Erikoistumiskoulusten järjestäminen

Yhteistyö- ja hyvinvointialueittain ehdotukset kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen toimiviksi koulutusmuodoiksi olivat yhtenevät. Koulutuksen toivottiin olevan monimuotokoulutusta, joka on integroitavissa työelämään, onnistuu työn ohessa, tukee työtä ja huomioi opiskelijan aiemman ja yksilöllisen osaamisen. Ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen roolit nähtiin tärkeinä mutta pääosin erilaisina. Sairaanhoidajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten järjestämisessä ammattikorkeakoulujen roolia pidettiin ensisijaisina ja merkittävänä. Yliopistojen rooli nähtiin tutkimusosaamisen ja näyttöön perustuvan toiminnan ymmärtämisen tukemisessa sekä näyttöön perustuvan tiedon tuottamisessa sekä kriittisessä arvioinnissa. Työnjaon toivottiin olevan selkeää. Sairaanhoidajan kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutukseen liittyvä työssä tapahtuva opiskelujakso tulisi järjestää hyvinvointialueen ja opiskelijan kannalta optimaalisesti siten, että jakso on ohjattu, opiskelijalla on oma kiinnostus kehittää osaamistaan ja työnantajalla on tarve erikoisosaamiselle. Lähes kaikkien hyvinvointialueiden hoitotyön professiojohtajat kannattivat työssä tapahtuvan kliinisen opiskelujakson palkallisuutta. Suurin osa professiojohtajista piti koulutus- ja erikoistumis-vakansseja tai vastaavia tehtäväpohjia nimikkeineen tarpeellisina tai selvittämisen arvoisina. Erikoistumiskoulutukseen liittyvään resurssitarpeen ratkaisuun oli hyvinvointialueilla tahtotila olemassa.

### **Ehdotus 10. Erikoistumiskoulutusten järjestäminen hyvinvointialueiden yhteistyössä**

Erikoistumiskoulutus toteutetaan monimuotokoulutuksena siten, että se integroituu työelämään ja on toteutettavissa joustavasti työn ohessa, esim. koulutusvakanssilla.

Erikoistumiskoulutuksen järjestäjien kesken tehtävänjako on selkeä.

Harjoittelujaksoa vastaavalla työssä tapahtuvalla opiskelujaksolla opiskelijalla on ohjaaja, jolla on erikoisalan laaja-alaista syväosaamista. Kliinisellä opiskelujaksolla keskitytään vahvasti kliinisen osaamisen ja näyttöön perustuvaan tietopohjan vahvistamiseen.

Työssä tapahtuva opiskelujakson palkallisuus ja valtion rahoitustuki ovat edellytyksiä sille, että erikoistumiskoulutukset toteutuvat tarvetta ja tahtotilaa vastaavasti.

Yhteistyöalueiden hyvinvointialueilla perustetaan erikoistuvan sairaanhoitajan koulutusvakansseja sellaisiin erikoisalojen yksiköihin, jotka toimivat koulutuspaikkoina erikoistuville sairaanhoitajille.

Tarvittavat henkilöstöresurssit kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen ja työelämässä tapahtuvan opiskelun mahdollistamiseksi suunnitellaan osana hyvinvointialueiden toimintayksikköjen henkilösuunnitelmaa ja vakanssijärjestelmää.

### Toimiva koulutusmuoto

Yhteistyöalueittain mutta myös hyvinvointialueittain ehdotukset kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen toimiviksi koulutusmuodoiksi olivat hyvin samansuuntaiset.

Koulutuksen toivottiin olevan monimuotokoulutusta, joka on integroitavissa työelämään, onnistuu työn ohessa, tukee työtä ja huomioi opiskelijan aiemman ja yksilöllisen osaamisen. Monimuotokoulutuksen toivottiin koostuvan lähi- ja etäpäivistä. Koulutusmuodoiksi listattiin mm. verkko-opinnot, taitopajat, simulaatiot, erikoistumistehtävä hoitotyöhön vastaavasti kuin lääkäreidenkin erikoistumiskoulutuksessa. Erikoistumiskoulutuksen toivottiin tuovan vahvan teoriapohjan ja mahdollistavan näyttöön perustuvien menetelmien haltuunottoa. Erikoistumiskoulutuksen toteutusta ja tuloksia toivottiin arvioitavan yhteistyössä työelämän edustajien kanssa.

## Ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen rooli erikoistumiskoulutuksessa

Yhteistyöalueilla nähtiin ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen roolit tärkeinä mutta pääosin erilaisina. Sairaanhoidtajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten järjestämisessä ammattikorkeakoulujen roolia pidettiin ensisijaisina, keskeisenä ja merkittävänä, koska ammattikorkeakoulujen yhteys työelämään on vahvempi. Yliopistojen rooli nähtiin tutkimusosaamisen ja näyttöön perustuvan toiminnan ymmärtämisen tukemisessa sekä näyttöön perustuvan tiedon tuottamisessa sekä kriittisessä arvioinnissa. Yliopistot tarjoavat monialaisia opintoja yhdessä lääketieteen ja sosiaalialan kanssa ja kouluttavat esim. kliinisen hoitotieteen opettajia ja asiantuntijoita. Tärkeänä pidettiin sitä, että työnjako on selkeä yliopiston ja ammattikorkeakoulun kesken.

Muutamalla hyvinvointialueella nähtiin hieman muista eriävästi, että yliopistojen rooli erikoistumiskoulutuksessa on merkittävä ja ne voisivat olla tarpeen mukaan mukana perustamassa erikoistumiskoulutuksia yhteistyössä ammattikorkeakoulun ja hyvinvointialueen kanssa tai erikoistumiskoulutukset tulisi tarpeen mukaan kytkeä yhteen muun yliopistotasaisen sote-alan koulutuksen kanssa.

## Erikoistumiskoulutukseen liittyvä työssä tapahtuva opiskelujakso

Sairaanhoidajan kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutukseen liittyvä työssä tapahtuva opiskelu tulisi järjestää hyvinvointialueen ja opiskelijan kannalta optimaalisesti siten, että lähtökohtana on opiskelijan oma kiinnostus kehittää osaamistaan ja työnantajalla on tarve tälle osaamiselle. Työssä tapahtuvan opiskelujakson tulee erikoistumiskoulutuksessakin olla ohjattua, jotta opiskelija saavuttaa koulutukseen sisältyvät osaamisvaatimukset. Ohjaukseen tulisi olla riittävät resurssit, jotta resurssivaje ei vie pohjaa työssä oppimiselta.

Hoitotyön professiojohtajien mukaan työssä tapahtuvaan oppimiseen tulisi sisältyä vahvasti kliinisen osaamisen vahvistaminen ja näyttöön perustuvaan tietoon pohjaava osaaminen. Työssä tapahtuvan opiskelun toteuttamiseksi ehdotettiin hyödynnettäväksi hyvinvointi- ja yhteistyöalueiden moninaisia harjoittelumahdollisuuksia. Opiskelijavaihto esimerkiksi yliopistosairaaloissa tai harjoittelujaksot keskussairaalaan ja terveydenhuollosta sosiaalihuoltoon voisivat olla osaamisen kehittämisen kannalta antoisia. Työelämässä turvataan joustavat siirtymiset eri toimipisteiden sisällä ja mahdollistetaan eri yksiköissä opiskelu, jotta työelämän tarjoamat oppimiskokemukset tulisi hyödynnettyä. Myös työyksikköön tuleva opiskelija voi toimia tiedon lisääjänä työyhteisössä, joten hyöty on molemminpuolinen. Opinnollistavissa työsuhteissa oppilaitos räätälöisi oppimisisällöt siten, että niitä voi suorittaa työtehtävissä ja työnantaja mahdollistaisi työtehtävien räätälöinnin opintojen ajaksi.

## Työssä tapahtuvan opiskelujakson palkallisuus

Hyvinvointialueiden professiojohtajat olivat yksimielisiä siitä, että sairaanhoitajat ovat halukkaita kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksiin, mikäli koulutus on valtion tukeman rahoituksen piirissä ja työssä tapahtuva opiskelujakso on palkallista. Palkallisuutta kannatti 22/23 (96 %) hyvinvointialueen professiojohtajaa. Palkattomuutta perusteltiin budjetin tiukkuudella. Työssä tapahtuvan opiskelujakson palkallisuutta puolestaan perusteltiin yhdenvertaisuudella. Kaikkia korkeakoulutason koulutusaloja tulee tarkastella samalla tavalla palkallisuuden suhteen.

Työssä tapahtuvan opiskelun palkallisuus sai runsaasti muitakin perusteluja. Se mahdollistaa erikoistumiskoulutuksen, sitouttaa organisaatioon, kannustaa ja motivoi työntekijöitä, mutta myös lisää alan vetovoimaa, joten hyöty on kaikinpuolinen. Palkallisuutta perusteltiin myös sillä, että erikoistuvat ovat valmiita sairaanhoitajia ja käyttävät aiempaa ammatillista osaamistaan erikoistumisen ja työssä tapahtuvan opiskelun aikana, vaikka kliininen työssä tapahtuva opiskelu tapahtuisikin muualla kuin omassa organisaatiossa.

Palkallisuutta perusteltiin lisäksi sillä, että erikoistuminen on työnantajan tarve ja erikoistumiskoulutuksen tavoitteet ovat työelämälähtöiset ja tuotokset hyödyntävät käytännön hoitotyötä. Työssä tapahtuva opiskelujakso voi aiheuttaa kustannuksia (esim. matkat, asuminen jne.) opiskelijalle.

Tässä yhteydessä ehdotettiin yhtenä vaihtoehtona, että valtion koulutuskorvaus tulisi korvata kliinisesti työssä tapahtuvaa opiskelua samaan tapaan kuin sosiaali- ja terveysalan tutkintoon johtavat harjoittelukorvaukset. Yksi näkemys oli, että harjoittelu voisi olla palkatonta, kun se tapahtuu muualla kuin omassa yksikössä, mutta juuri tällöin harjoittelu voi aiheuttaa ylimääräisiä kustannuksia opiskelijalle.

## Tahtotila sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen mahdollistamiseen

Kaikilla yhteistyöalueilla ja niiden hyvinvointialueilla oltiin halukkaita mahdollistamaan sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutukseen osallistumista, mikäli hyvinvointi- ja yhteistyöalueen palvelutarpeisiin vastaava erikoistumiskoulutus olisi tulevaisuudessa valtion tukeman rahoituksen piirissä samoin kuin työssä tapahtuva opiskelu olisi palkallista. Hyvinvointialueilla on niukka taloudellinen tilanne ja valtion tukema rahoitus varmistaisi erikoistumiskoulutusten toteutumisen. Hoitotyön professiojohtajat olivat sitä mieltä, että erikoistumiskoulutetuille osaajille on kasvava tarve yhteistyö- ja hyvinvointialueilla. Osaaminen

on palveluiden vaikuttavuuden perusta ja erikoistumiskoulutukset tukevat organisaatiota osaamisen kasvattamisessa. Tarve hoitotyön osaamisen kasvattamiseen on suuri, jotta voidaan parhaalla mahdollisella tavalla vastata tulevaisuuden haasteisiin.

Kuitenkaan pelkkä tahtotila ei riitä erikoistumiskoulutusten mahdollistamiseen. Tahtotilan lisäksi tarvitaan rahoitus, jota perusteltiin samoilla veto- ja pitovoimatekijöillä kuin edellä työssä tapahtuvan opiskelun palkallisuutta. Valtion rahoitustuki erikoistumiskoulutukseen myös mahdollistaisi sairaanhoitajien urakehityksen ja tukisi ammatillista kehittymistä ja uramallin käyttöönottoa. Lisäksi se lisäisi osaamista asiakas- ja potilastyössä samalla, kun se mahdollistaisi työntekijälle opiskelun ilman koulutuksesta koituvaa taloudellista ongelmaa.

### Erikoistuvan sairaanhoitajan koulutusvakanssit

Suurin osa (20/23, 87 %) hyvinvointialueiden professiojohtajista piti koulutusvakansseja tai vastaavia tehtäväpohjia nimikkeineen tarpeellisina tai selvittämisen arvoisina. Kolmen hyvinvointialueen ja kahden eri yhteistyöalueen kolme hoitotyön professiojohtajaa perustelivat kielteistä kantaansa byrokratian lisääntymisellä ja sillä, että vakanssit voisivat estää ammatillisen tehtäväkokonaisuuden laajentumista ja rajata koulutuksiin lähetettävien määrää. Muut perustelivat myönteistä kantaansa sillä, että koulutusvakanssit tai vastaavat tehtäväpohjat lisäisivät halukkuutta erikoistumisopintoihin ja mahdollistaisivat sijaisten palkkaamisen opiskelijan tilalle. Nimetyt vakanssit tai tehtäväpohjat myös tekevät erikoistumistehtävän tunnistetuksi ja tunnustetuksi ja sitouttavat työntekijät tehtävään, turvaavat opiskelun ja tukevat osaamisen vahvistamista. Näin myös palkka olisi varattu talousarvioon. Kehittämistehtävä tai vastaava tuo lisäarvoa koulutusvakanssille tai -tehtävälle.

Suurin osa (18/23, 83 %) hoitotyön professiojohtajista piti koulutusvakansseja tai vastaavia tehtäviä mahdollisena keinona turvata erikoistumisen vaatima työssä tapahtuva opiskelujakso palkallisena samalla tavalla kuin erikoislääkäriopiskelijoillakin. Erikoistumiskoulutuksen työssä tapahtuva opiskelujakso oli kaikkien hyvinvointialueiden professiojohtajien (23/23, 100 %) mukaan toteutettavissa toisessa erikoistumisalaa edustavassa työyksikössä. Suurimman osan mielestä myös työssä tapahtuva opiskelujakso on mahdollista toteuttaa opiskelijavaihtona mahdollisten vaihtoyksiköiden kanssa (78 %, 18/23) ja nimetä ohjaaja, jolla on riittävä erikoisalan osaaminen erikoistuvan sairaanhoitajan ohjaamiseen (17/23, 74 %). Suuren osan (16/23, 70 %) mielestä työssä tapahtuva opiskelu voidaan toteuttaa myös omassa työyksikössä, jolloin harjoittelun voi suorittaa erillisinä tehtävinä.

## Henkilöstöresurssit erikoistumiskoulutukseen

Kolmella yhteistyöalueilla oli kullakin yksi hyvinvointialue, joiden hoitotyön professiojohtajat olivat sitä mieltä, että heillä on mahdollisuus varmistaa riittävät henkilöstöresurssit sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen ja työelämässä tapahtuvan opiskelun mahdollistamiseksi osana toimintayksikön henkilösuunnitelmaa ja vakanssijärjestelmää. Suurimmalta osalta (20/23, 87 %) hyvinvointialueita vastattiin, että tähän mennessä heillä ei ole ollut mahdollista varmistaa riittäviä henkilöstöresursseja sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutukseen, mutta tahtotila asian edistämiseksi on olemassa.

## 6.3 Pätevyitysmispolku erikoisosaajille

Hyvinvointialueilla nähtiin tarpeelliseksi saada erikoistumiskoulutusten rinnalle pätevyitysmispolku jo erikoisosaamisen hankkineille. Tavoitteena oli erikoisosaajien erikoistumiskoulutusta vastaavan osaamistason tunnustaminen ilman koko erikoistumiskoulutuksen suorittamista.

### **Ehdotus 11. Erikoistumiskoulutuksen rinnalle pätevyitysmispolku jo erikoisosaamisen hankkineille**

Erikoistumiskoulutuksen rinnalle luodaan siirtymäajan kattava pätevyitysmispolku niille kokeneille erikoisosaajille, joille ei ole ollut aiemmin tarjolla erikoisalan erikoistumiskoulutusta ja jotka ovat hankkineet erikoistumiskoulutusta vastaavan osaamisen täydennyskoulutuksilla ja työkokemuksellaan.

Pätevyitysmispolun kautta kokeneet erikoisalan osaajat voivat osoittaa osaamisensa ja toimia vaativissa erikoisalan tehtävissä sekä saada saman nimikkeen ja palkkatason kuin varsinaisen erikoistumiskoulutuksen käynyt sairaanhoitaja.

Luvussa 5.4 kuvattiin, että yhteistyöalueiden sairaanhoitajista yli 40 %:lla on vahva kliininen erikoisosaaminen mutta ei erikoistumiskoulutusta. Heidän joukossaan on sairaanhoitajia, jotka ovat syväosaajia ja ovat hankkineet tietonsa ja osaamisensa erilaisista koulutuksista ja pitkän työkokemuksen kautta. Suurin osa (20/23, 87 %) hyvinvointialueiden hoitotyön professiojohtajista näki tarpeelliseksi saada sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten rinnalle jo erityisosaamista hankkineille pätevytymispolun, jolla nämä erikoisosaajat voisivat saavuttaa erikoistumiskoulutusta vastaavan osaamistason tunnustamisen ilman, että heidän pitää käydä erikoistumiskoulutus alusta asti.

Pätevytymispolkua perusteltiin sillä, että se sitouttaisi ja motivoisi ja mahdollistaisi joustavan urakehityksen. Olemassa olevat aiemmat täydennyskoulutukset huomioiden saataisiin pitempään työelämässä olleille mahdollisuus osoittaa pätevyytensä. Tämä lisäisi myös pitovoimaa. Pätevytymisen tulisi olla linjassa nimikkeiden ja palkkatason määrittelyn kanssa. Osaaminen tulisi osoittaa esimerkiksi näytöillä ja/tai kokeilla. Pätevytymisen tulisi vastata 30–60 op opintovaatimuksia ja sen arviointi olisi hyvä tehdä oppilaitoksissa, eikä jättää sitä työnantajien tehtäväksi.

Hoitotyön professiojohtajat pohtivat vastauksissaan eri vaihtoehtoja ja jotkut puntarivat sitä, että olisiko tällainen pätevyyden tunnustaminen oikeudenmukainen vaihtoehto ja kuinka paljon se vaatisi resursseja. Toiset taas näkivät, että saavutettu osaaminen kannattaa tunnustaa ja hyödyntää huolimatta siitä, missä ja miten se on hankittu.

## 6.4 Suppeiden erikoisalojen erityispätevyys

**Erikoistumiskoulutusten ohelle tarvitaan sairaanhoitajien tunnistettua ja tunnustettua erityispätevyyskoulutusta suppeilta kliinisen hoitotyön erikoisaloilta. Ammattikorkeakoulujen rooli nähtiin keskeisenä suppeampien erikoisalojen erityispätevyyskoulutuksien järjestäjänä ja yliopistojen rooli tärkeänä yhteistyökumppanina.**



## Ehdotus 12. Mahdollisuus suppean erikoisalan erityispätevyys-koulutukseen

Kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten lisäksi tarvitaan suppeilta erikoisaloilta mahdollisuus hankkia koulutuksella ja erikoisalan työkokemuksella suppean erikoisalan erityispätevyys.

Suppeiden erikoisalojen erityispätevyyskoulutuksen järjestäjäksi hyvinvointialueilta nähdään ammattikorkeakoulut yhteistyössä yliopiston ja hyvinvointialueen kanssa.

Suppeiden erikoisalojen erityispätevyyskoulutuksen tulee olla tunnistettu ja tunnustettu urapolkumalleihin soveltuva koulutus.

Suurin osa (18/23, 78 %) hyvinvointialueiden hoitotyön professiojohtajista piti tarpeellisena saada kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten ohelle sairaanhoitajien erityispätevyyskoulutusta suppeilta kliinisen hoitotyön erikoisaloilta, joille ei varsinaista erikoistumiskoulutusta olla järjestämässä. Suppeiden erikoisalojen osalta esitettiin, että niissä pitää olla selkeä rakenne ja koulutusosiot, jotta niitä voidaan hallita ja sovittaa urapolkumalleihin.

Erityispätevyyttä kannattaneet kuvasivat esimerkkejä suppeista erikoisaloista, joille he esimerkiksi ajattelivat erityispätevyyskoulutuksia:

- perfuusiohoitaja
- hybridihoitaja
- tahdistinhoitaja
- harvinaissairauksien hoitotyö
- ihotaudit
- hematologia
- munuaispotilaan hoito
- dialyysihoitaja
- ect-hoito
- silmätaudit: pistoshoidot
- gastroenterologia, IBD-hoitaja
- ortopedia ja traumatologia
- urologia
- neonatologia

Niiltä hyvinvointialueilta (5/23), joilta ei nähty tarpeelliseksi sairaanhoitajien erityispätevyyskoulutusta suppeilta kliinisen hoitotyön erikoisaloilta, perusteltiin näkemystä sillä, että koulutus voisi olla täydennyskoulutustyypistä, koulutustarjonta on jo riittävää, koulutustarvetta ei tällä hetkellä ole tai, että hoitotyö pilkkoutuu näin liian kapeaksi. Täsmäkoulutustarvetta saattaa lisätä muuttuvat tehtävänkuvat ja hoitokäytännöt tai kokonaan uudet hoitomuodot.

*Ammattikorkeakoulujen rooli* nähtiin keskeisenä ja tärkeänä suppeampien erikoisalojen erityispätevyyskoulutuksen järjestäjänä. Suppeampi erityispätevyyskoulutus voisi koostua osasta kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusta ja yhteistyötä voitaisiin tehdä yliopiston ja hyvinvointialueen kanssa. Hyvinvointialueilla saattaa tulla nopeastikin näyttöön perustuvaa täsmäkoulutustarvetta kliinisillä erikoisaloilla, jossa keskeistä on tiedon hankinta, arviointi, implementointi.

*Yliopistojen roolia* osa hoitotyön professiojohtajista piti tärkeänä erityisesti yhdessä lääketieteen kanssa, mutta osa vähemmän tärkeänä. Yliopistojen roolia pidettiin yhteistyökumppanina ja osittain myös koulutusten järjestäjänä mutta vähintäänkin tukijana koulutusohjelmien sisällön määrittelyssä. Suppeampien erikoisalojen erityispätevyyskoulutuksia esitettiin myös osaksi tiedekuntien ja laitosten kurssisisältöjä. Uudenlaisille koulutusmuodoille toivottiin olevan mahdollisuuksia.

*Ammatillisten erikoisalajärjestöjen rooli* nähtiin käytännön opetuksessa omalla suppealla erikoisalalla mm. koulutuksen toteuttajana ja mahdollistajana sekä ajantasaisena tiedon päivittäjänä. Erikoisalajärjestöt ovat mukana AMK:n järjestämissä koulutuksissa ainakin osalla alueista.

*Ammattijärjestöillä* ei nähty suurta roolia suppeampien erikoisalojen erityispätevyyskoulutuksen järjestämisessä. Järjestöjen rooli nähtiin työehtoihin vaikuttajina. Suomen Sairaanhoitajat mainittiin ainoana ammattijärjestöstä, jonka tehtävänä on sairaanhoitajien osaamisen tukeminen.

*Muiksi mahdollisiksi koulutusyhteistyötahoiksi* listattiin potilasjärjestöt, laite-edustajat, kaupalliset firmat mm. lääkefirmat ja yksityiset palveluntuottajat silloin, kun julkista koulutusta ei ole tarjolla. Tällä hetkellä koulutusohjelmat ovat kunkin järjestäjän itse räättelöimiä, koska valmiita koulutuksia ei ole. Myös työyksiköt- ja -organisaatiot voivat järjestää kohdennettua koulutusta. Koulutusten pätevyys tulisi olla tunnistettu. Koulutusyhteistyötä tehdään oman organisaation ja hyvinvointialueiden lisäksi yhteistyöalueella.

## 6.5 Kliinisen hoitotyön erikoisalajat ja ylemmät korkeakoulututkinnot

Hoitotyön professiojohtajat arvioivat, millä kliinisen hoitotyön erikoisaloilla pitäisi olla mahdollisuus kehittää osaamista myös ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon ja terveystieteiden maisterin tutkinnon tasoilla. Kuusi erikoisalaa mainittiin useammin kuin kerran hyvinvointialueilta. Kaikilta yhteistyöalueilta, mutta yhteensä seitsemältä hyvinvointialueelta kannatettiin vaihtoehtoa, että kaikilta erikoisaloilta pitäisi olla mahdollisuus myös ylempiin korkeakoulututkintoihin tai nähtiin, ettei korkeakoulututkinnon tarvitse olla välttämättä erikoisalariippuvainen.

### **Ehdotus 13. Sairaanhoidajan urapolku erikoisaloilta ylempiin korkeakoulututkintoihin (YAMK, TtM)**

Kliinisen hoitotyön erikoisaloilla sairaanhoidajan on mahdollisuus kehittää osaamistaan myös ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon (YAMK) ja terveystieteiden maisterin (TtM) tutkinnon tasolle.

Jokaisella kliinisen hoitotyön erikoisalalla tarvitaan sekä ylemmän ammattikorkeakoulu-tutkinnon että tiedekorkeakoulututkinnon suorittaneita.

Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittanut erikoistunut sairaanhoitaja sijoittuu esimerkiksi asiantuntijasairaanhoidajan tai kliinisen hoitotyön asiantuntijan tehtäviin, kehittämis- ja tutkimustehtäviin, pedagogisiin tehtäviin tai hoitotyön johtamisen tehtäviin.

Hoitotyön professiojohtajilta kysyttiin mielipidettä siitä, millä kliinisen hoitotyön erikoisaloilla pitäisi olla mahdollisuus kehittää osaamista myös ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon ja terveystieteiden maisterin tutkinnon tasoilla. Kaikilta yhteistyöalueilta, mutta yhteensä seitsemältä (7/19) hyvinvointialueelta

kannatettiin vaihtoehtoa, että kaikilta erikoisaloilta pitäisi olla mahdollisuus myös ylempiin korkeakoulututkintoihin tai nähtiin, ettei korkeakoulututkinnon tarvitse olla välttämättä erikoisalariippuvainen:

- Yleispätevä nykyisen kaltainen koulutus antaa valmiuksia erikoisalasta riippumatta.
- Oman erikoisalan hyödyntäminen on jo nykyään mahdollista YAMK ja TtM tutkinnoissa, mutta opintoihin voisi lisätä urasuunnittelua tukemaan oman uran kannalta viisaita valintoja.
- Jokaisella hoitotyön erikoisalalla tarvitaan sekä ylempään ammatti- että tiedekorkeakoulututkinnon suorittaneita.
- Yliopistokoulutus tähtää tutkimukseen, pedagogiseen koulutukseen ja johtamiseen.
- Maisterin tutkinnon viitekehys on kliinisen hoitotieteen opinnot, joita voi hyödyntää eri erikoisaloilla.

Erikoisaloista ehdotettiin ylempään korkeakoulutuksen tutkinnoiksi useammalta kuin yhdeltä hyvinvointialueelta:

- kansansairaudet tai kansansairauksien erikoisalat
- psykiatrinen ja mielenterveys- ja päihdehoitotyö
- diabeteshoitotyö
- gerontologinen hoitotyö
- kardiologinen hoitotyö
- palliatiivinen hoitotyö

Lisäksi hyvinvointialueilta oli listattu muita kuin kliinisen hoitotyön erikoisaloja mm. erilaisten läpileikkaavien osaamisalueiden osalta mm. digitalisaatio, hoitotyön tiedonhallinta.

## 7 Valtion taloudellinen tuki erikoistumiskoulutukseen

Sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten tukeminen valtion rahoituksella on ratkaisuna yhdenvertainen niin sairaanhoitajien kuin hyvinvointialueidenkin kannalta. Hyvinvointialueiden taloudellisen tilanteen keskellä valtion rahoitustuki on hoitotyön professiojohtajien näkemyksen mukaan ratkaiseva sille, saadaanko riittävä määrä sairaanhoitajia erikoistumiskoulutettua, saadaanko osaamista ja urakehitystä vahvistettua ja saadaanko lisättyä täten alan veto- ja pitovoimaa. Hyvinvointialueiden omat tukimahdollisuudet ovat vaihtelevat ja siksi epätasa-arvoiset sairaanhoitajille. Erikoistuvan sairaanhoitajan koulutusvakanssin kustannuksiin ehdotettiin laskettavan palkka-, koulutus-, matka-, yöpymis-, ohjaus- ja sijaistuskulut.

### **EHDOTUS 14: Valtion taloudellinen tuki sairaanhoitajan erikoistumiskoulutukseen**

Sairaanhoitajien erikoistumiskoulutukset tarvitsevat valtion taloudellisen tuen toteutuakseen ehdotettujen erikoisalojen osalta valtakunnallisesti suunniteltuina sekä asiakkaiden ja potilaiden palvelutarpeisiin ja hyvinvointi- ja yhteistyöalueiden palveluihin vastaavina.

Sairaanhoitajan erikoistumiskoulutus lisätään valtion koulutuskorvausta saavien sosiaali- ja terveysalan koulutusten piiriin, jossa on jo erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus, sosiaalityöntekijöiden erikoistumiskoulutus ja sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen lisäkoulutus.

Sairaanhoitajan erikoistumiskoulutuksen tarve ja toteuma arvioidaan eduskunnan päättäessä vuosittaisen talousarvion yhteydessä koulutuskorvausten rahoitustasosta.

Terveys- ja hyvinvointialueiden ammattihenkilöiden neuvottelukunta edistää selvitystyön pohjalta sairaanhoitajan kliinisten erikoistumiskoulutusten järjestämisen ohjausta yhteistyössä koulutusjärjestelmän ja palvelujärjestelmän kanssa.

### **EHDOTUS 15: Erikoistuvan sairaanhoitajan koulutusvakanssi**

Yhteistyöalueiden hyvinvointialueilla perustetaan erikoistuvan sairaanhoitajan koulutusvakansseja sellaisiin erikoisalojen yksiköihin, jotka toimivat koulutuspaikkoina erikoistuville sairaanhoitajille.

Erikoistuvan sairaanhoitajan koulutusvakanssin tai -tehtävän sisältö määritetään suhteessa opintosisältöön ja osaamisvaatimuksiin.

### **EHDOTUS 16: Erikoistumiskoulutukseen liittyvä työnantajan tuki**

Hyvinvointi- ja yhteistyöalueella linjataan työnantajan muusta tuesta kuten esimerkiksi palkallisten kouluspäivien ja lähikoulutuspäivien lukumäärästä sekä niiden resursoinnista.

## **Valtion rahoitustuki erikoistumiskoulutuksille on ratkaiseva**

Aiemmin luvuissa 5.4 ja 6 todettiin, että sairaanhoitajien kliinisille erikoistumiskoulutuksille on todellinen tarve ja tahtotila hyvinvointialueilla. Luvussa 8.2 todettiin, että erikoistumiskoulutuksen toteuttaminen on kiinni valtion rahoitustuesta. Suurimmalla osalla (18/23, 78 %) hyvinvointialueita oltiin sitä mieltä, että kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksia ei ole mahdollista toteuttaa ilman valtion rahoituksen tukea. Tätä perusteltiin hyvinvointialueiden taloudellisella tilanteella.

Sairaanhoitajan ammatilliseen kehittymiseen halutaan valtion tuki ja yhdenvertainen ammattirakenne. Valtion rahoituksella on myös yhdenvertaisuuden kannalta merkityksellistä, sillä lääkäreiden erikoistumiskoulutus saa valtion rahoitustukea. Samanaikainen aikuiskoulutustuen poistaminen tekee sairaanhoitajille entistä haasteellisemmaksi erikoistumiskoulutuksiin lähdön. Sairaanhoitajien osaamisen varmistaminen ja urapolkujen toteuttaminen ovat edellytys

osaamisen vahvistamiselle ja uudenlaisien tehtävänkuvien muodostumiselle. Tässä yhteydessä tuotiin esiin, että erikoistumiskoulutusmäärät jäävät huomattavasti alle tavoitellun, mikäli valtion rahoitusta koulutusten toteuttamiseksi ei saada.

Hyvinvointialueilla nähdään sairaanhoitajien erikoisosaamisen tarpeen mukainen halukkuus erikoistumiskoulutuksiin samoin kuin työnantajien tarve erikoisosaamiselle, mitkä ovat kiinni siitä, saadaanko koulutukselle valtion tukemaa rahoitusta.

Rahoituksella edesautetaan sairaanhoitajan työn heikentyntä veto- ja pitovoimaa. Valtion rahoitustuki erikoistumiskoulutukseen mahdollistaa ennen kaikkea sairaanhoitajien osaamisen lisäämistä ja urakehitystä ja tukee ammatillista kehittymistä ja uramallin käyttöönottoa. Lisäksi se lisää osaamista asiakas- ja potilastyössä samalla, kun se mahdollistaisi työntekijälle opiskelun ilman koulutuksesta koituvaa taloudellista ongelmaa. Käytännössä sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksia ei ole mahdollista toteuttaa ilman valtion rahoituksen tukea,

### Hyvinvointialueiden tuki erikoistuvalla

Hyvinvointialueiden työnantajatukea erikoistuvalla sairaanhoitajalle oli olemassa: paikallisia lähikoulutuspäiviä (19/23, 83 % hyvinvointialueista), palkatonta opintovapaata (18/23, 78 % hyvinvointialueista) sekä kurssimaksujen maksua osittain tai kokonaan (15/23, 65 % hyvinvointialueista). Hyvinvointialueet pystyvät tarjoamaan vähemmän palkallisia koulutuspäiviä opintojen suorittamiseen (10/23, 44 %) tai muuta tukea (3/23, 13 %) kuten osa-aikaisuutta, opintoihin ja työhön liittyviä kehittämistehtäviä tai täydennyskoulutukseen vapaata tai koulutuspäiviä. Sairanhoitajien saama tuki on täten työnantajariippuvaista eikä siten yhdenvertaista.

### Sairanhoitajan oma maksuosuus

Hoitotyön professiojohtajista vajaa kolmannes (7/23) oli sitä mieltä, että sairaanhoitajan ei pidä joutua maksamaan itse erikoistumiskoulutuksestaan ja 65 % (15/23) oli sitä mieltä, että sairaanhoitaja voi maksaa osittain erikoistumiskoulutuksestaan.

### Erikoistuvan sairaanhoitajan koulutusvakanssien laskentaperusteita

Hoitotyön professiojohtajat kuvasivat erilaisia laskentaperusteita erikoistuvan sairaanhoitajan koulutusvakanssin hinnalle osana henkilöstösuunnitelmaa. Koulutusvakanssin kustannuslaskentaan vaikuttaa se, onko kyseessä uusi vakanssi vai muutetaanko olemassa oleva vakanssi koulutusvakanssiksi.

Koulutusvakanssin kustannuksiin vaikuttavia tekijöitä:

- Erikoistumiskoulutuskustannus: tällä hetkellä n. 1 500 €/erikoistumiskoulutus
- Palkkakustannukset sivukuluineen ja sijauskustannukset
  - Kustannusvaikutukset tehtäväkohtaiseen palkkaan
  - Palkkauksen suhteuttaminen työn vaativuuteen ja urapolkuun
  - Palkkakuluissa arviolta 5–10 % lisäys
  - 1 henkilötyövuosi
- Opintopisteet työajaksi muutettuna
- Palkalliset koulutuspäivät
- Matkustus- ja majoituskustannukset

Koulutusvakanssilla voidaan vaikuttaa muiden kustannusten pienemiseen:

- Vaikuttavien hoitomenetelmien käyttöönoton vaikutus
- ROI:n laskeminen, sijoitetun pääoman tuottoasteen laskeminen
- Mahdolliset korvaukset erikoistumiskoulutettujen määrän perusteella

Koulutusvakanssien suunnittelua varten esitettiin mahdollisuuksia:

- Erikoistuvalla sairaanhoitajalle määritellään vakanssi ja sen tehtäväkuva, jossa hänen erikoistumisopintonsa etenevät. Tämän pohjalta muodostuu laskentaperusteet koulutusvakanssin määrärahasi.
- Erikoistuvan sairaanhoitajan erikoistumisopinnoissa määritellään osa-alueet, joita koulutusvakanssin tehtäväkuvaan tulee sisältyä. Tehtäväkuvalle määritellään tehtävän vaativuuden arvioinnin ja palkkausjärjestelmän pohjalta palkkataso suhteutettuna esimerkiksi kliinisen hoitotyön asiantuntijan tai sairaanhoitajan tehtävään. Palkkataso voi nousta esimerkiksi erikoistumisopintojen vaiheen ja pätevytyksen mukaan (vrt. erikoistuva lääkäri). Laskentaperusteita ovat myös mm. tehtävän vaativuuden ja opintojen vaiheen eteneminen.



# Liitteet

## Liite 1. Tietopohjan kyselylomake

### **STM selvitys: Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu tarve vuosille 2024–2028**

Hyvä hoitotyön professiojohtaja tai vastaavassa tehtävässä toimiva hoitotyön johtaja

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksi antaman selvitystyön tavoitteena on koota tietopohja kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoidusta tarpeesta vuoteen 2028 yhteistyöalueittain hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuun palvelukokonaisuuksissa sekä laatia ehdotukset erikoistumiskoulutusten järjestämisestä ja rahoitustarpeesta.

Selvitystyön tietopohjan muodostamisessa hyödynnämme kansallista määritettyä kliinisen hoitotyön erikoisaloista ja niiden kehittämistä (STM 2021:36). Tiedonkeruu koostuu nykytilanteesta ja arviosta kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoidusta määrällisestä ja laadullisesta tarpeesta hyvinvointialueen eri erikoisalojen palvelukokonaisuuksissa.

Koska hyvinvointialueiden organisaatio- ja palvelurakenteet poikkeavat toisistaan, pyydämme teitä määrittelemään palvelukokonaisuudet oman palvelurakenteenne mukaan. Palvelukokonaisuus tarkoittaa hyvinvointialueen määrittelemää tietyn väestö- tai asiakasryhmän ennaltaehkäisevien, hoitavien, korjaavien ja kuntouttavien palvelujen kokonaisuutta (mukaellen THL 11/2020). Palvelukokonaisuusiksi voitte tässä kyselyssä määrittää oman hyvinvointialueenne organisaatorakenteen mukaiset kokonaisuudet.

Lisäksi kartoitamme tiedonkeruussa näkemyksiänne kliinisen hoitotyön osaamisen johtamisesta, asiantuntijarakenteesta, erikoisosaamisen hyödyntämisestä ja kehittämisestä koulutuksen ja työelämän yhteistyönä sekä erikoisosaamisen seurannasta ja valtion tuen tarpeesta sairaanhoitajien erikoistumiskoulutukseen.

Odotamme vain yhtä vastausta hyvinvointialuetta kohden 30.9.2023 mennessä. Toivomme, että professiojohtaja tai vastaavassa tehtävässä toimiva hoitotyön johtaja kokoaa tarvittavat määrälliset tiedot (kysymykset 3–12 ja 18) alueeltaan yhteen vastaukseen. Vastaukset voi välitallentaa ja jatkaa toisella kertaa. Kyselyä koskevat tiedustelut: liisa.karhe@sairaanhoitajat.fi

Ystävällisin yhteistyöterveisin,

Liisa Karhe, selvityshenkilö, Suomen Sairaanhoitajat ry

Päivi Nygren, neuvotteleva virkamies, STM

Tia-Maria Kirkonpelto, erityisasiantuntija, STM

### **Taustatiedot**

Vastaajan tiedot

1. Hyvinvointialue tai vastaava, jota vastaukset edustavat

*Pohjois-Suomen yhteistyöalue*

- Kainuun hyvinvointialue
- Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue
- Lapin hyvinvointialue
- Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

*Itä-Suomen yhteistyöalue*

- Etelä-Savon hyvinvointialue
- Keski-Suomen hyvinvointialue
- Pohjois-Karjalan hyvinvointialue
- Pohjois-Savon hyvinvointialue

*Sisä-Suomen yhteistyöalue*

- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue
- Kanta-Hämeen hyvinvointialue
- Pirkanmaan hyvinvointialue

*Länsi-Suomen yhteistyöalue*

- Pohjanmaan hyvinvointialue
- Satakunnan hyvinvointialue
- Varsinais-Suomen hyvinvointialue

*Etelä-Suomen yhteistyöalue*

- Etelä-Karjalan hyvinvointialue
- Helsinki
- HUS
- Itä-Uudenmaan hyvinvointialue
- Keski-Uudenmaan hyvinvointialue
- Kymenlaakson hyvinvointialue
- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
- Päijät-Hämeen hyvinvointialue
- Vantaa ja Keravan hyvinvointialue

*Ahvenanmaa*

- Ålands hälso- och sjukvård

2. Vastaajan yhteystiedot: Nimi, Toimipaikka, Sähköpostiosoite, Puhelinnumero, Sijoittuminen organisaatiossa, Vastaajan esihenkilön ammattinimike

**Hyvinvointialueen tiedot kliinisessä hoitotyössä toimivista sairaanhoitajista**

Kysymyksillä 3–10 kartoitetaan sosiaali- ja terveystieteiden järjestämislain piirissä olevien hyvinvointialueen palvelukokonaisuuksien osalta määrällistä tietoa kliinisessä hoitotyössä toimivista sairaanhoitajista.

Palvelukokonaisuuksien tulee kattaa kaikki hyvinvointialueen palvelut, joissa sairaanhoitajia työskentelee. Käyttäkää kaikissa palvelukokonaisuuksittain tietoja keräävissä kysymyksissä tässä 3. kysymyksessä määrittelemiänne palvelukokonaisuuksia.

Sairanhoitajien lukumäärällä tässä tarkoitetaan palvelukokonaisuuteen tarvittavaa ja budjetin mukaista kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien vakanssimäärää sisältäen myös sisäiset sijaisvakanssit.

Jos käytössä ei ole vakanssijärjestelmää, niin sairaanhoitajien lukumäärällä tarkoitetaan henkilöstösuunnittelun mukaista sairaanhoitajien tarvittavaa kokonaismäärää.

3. Nimeä hyvinvointialueen palvelukokonaisuudet (10–20 kokonaisuutta), joille voidaan laskennallisesti sijoittaa hyvinvointialueen kliinisessä hoitotyössä toimivat sairaanhoitajat ja kirjaa sairaanhoitajien lukumäärät nimetyille palvelukokonaisuuksille.

Esimerkki palvelukokonaisuus x: lasten ja nuorten palvelut (lyhyt kuvaus, mitä palveluja sisältää), 155 sh

Palvelukokonaisuus 1–20

Palvelukokonaisuuden nimi ja lyhyt kuvaus

Sairaanhoitajien lkm

4. Mitkä ovat määrittelemässänne hyvinvointialueenne palvelukokonaisuuksissa kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien ikäluokkien prosenttiosuudet?

Palvelukokonaisuus 1–20

alle 25, 26–35, 36–45, 46–55, 56–65, yli 65

Palvelukokonaisuudet yhteensä

alle 25, 26–35, 36–45, 46–55, 56–65, yli 65

5. Kuinka suuri osuus (%) kaikista kliinisessä hoitotyössä toimivista sairaanhoitajista tekee osittaista työaikaa? noin %:

6. Mikä on osittaista työaikaa tekevien sairaanhoitajien keskimääräinen osittaisen työajan prosentti? noin %:

7. Arvioi tämänhetkinen kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien lukumääräinen vaje palvelukokonaisuuksittain tarvittavasta sairaanhoitajien lukumäärästä (vakanssimäärästä/henkilöstösuunnitelman mukaisesta sairaanhoitajien kokonaismäärästä)

esim. Lasten ja nuorten palvelut, vaje noin 15 sh

Palvelukokonaisuus nro:

vaje lukumäärittäin:

8. Kuinka monta prosenttia kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien poissaoloista on keskimäärin vuositasolla

a) kaikkiaan sijaistettu? %:

b) tavoitteena sijaistaa sisäisillä vakinaisilla sijaisilla? %:

c) tavoitteena sijaistaa määräaikaisilla sijaisilla? %:

9. Mikä oli vuonna 2022 kliinisessä hoitotyössä toimineiden sairaanhoitajien keskimääräinen ikä (v) heidän jäädessään vanhuuseläkkeelle? vuotta:

10. Mikä on hyvinvointialueellanne 65 vuotta täyttäneiden kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien lukumäärä tulevina vuosina 2024–2028?

65-vuotiaat tai yli/lkm vuositasolla ja palvelukokonaisuuksittain

### **Hyvinvointialueen tämänhetkinen tilanne kliinisessä hoitotyössä toimivista erikoistumiskoulutuksen käyneistä sairaanhoitajista**

Kysymyksellä 11 kartoitetaan tämänhetkistä tietoa kliinisessä hoitotyössä toimivista erikoistumiskoulutuksen käyneistä sairaanhoitajista sekä niistä kliinisessä hoitotyössä toimivista sairaanhoitajista, joilla ei ole erikoistumiskoulutusta, mutta heillä on vahva kliininen erikoisosaaminen.

Vahvalla kliinisellä erikoisosaamisella\* tarkoitetaan eri uramalleissa määriteltyä perehtyvän ja suorittavan tason jälkeen tulevaa syväosaamista, joka on vähintään pätevän ja taitavan sairaanhoitajan tasoa.

11. Mitkä ovat tämänhetkisen tilanteen mukaiset osuudet (%) kliinisessä hoitotyössä toimivista sairaanhoitajista, jotka ovat käyneet erikoistumiskoulutuksen sekä niistä sairaanhoitajista, joilla ei ole varsinaista erikoistumiskoulutusta, mutta jotka omaavat vahvan kliinisen erikoisosaamisen\*?

Palvelukokonaisuus nro:

erikoistumiskoulutuksen käyneet (%):

ei erikoistumiskoulutusta, mutta vahva kliininen erikoisosaaminen (%):

## **SAIRAAHOITAJIEN KLIINISEN HOITOTYÖN ERIKOISOSAAMISEN ENNAKOITU TARVE HYVINVOINTI- JA YHTEISTYÖALUEIDEN PALVELUISSA**

### **Kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen varmistaminen**

Hyvinvointialueella on sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämislain mukaan oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Kysymyksillä 12–17 kartoitetaan arviotanne hyvinvointialueenne hoitotyön erikoisosaamisen varmistamisesta ja kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien määrällisestä tarpeesta sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämislain piirissä olevien määrittelemienne palvelukokonaisuuksien osalta.

Kliinisesti erikoistuneella sairaanhoitajalla on erikoistumiskoulutukseen ja työkokemukseen perustuva erityisosaaminen (STM 2021:36). Tehtäväkuvassa korostuvat erikoisalan vahva kliininen asiantuntemus, kehittävä työote sekä asiakas-kohtaisen tiedon käyttö ja soveltaminen.

12. Kuinka suurella osalla (%) kliinisessä hoitotyössä toimivista sairaanhoitajista tulisi olla työyksikössään tai laajemmin tarvittava kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutus?

Arvioi tavoiteltavat %-osuudet määritellyin palvelukokonaisuuksittain.

Palvelukokonaisuus nro:

tavoite kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneiden osuudeksi %-osuus:

13. Onko hyvinvointialueellanne ja yhteistyöalueellanne määritelty kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tavoiteosuudet hoitohenkilöstön kokonaismäärästä?

Kyllä molemmilla

Ollaan määrittelemässä hyvinvointialueelle

Ollaan määrittelemässä hyvinvointialueen lisäksi yhteistyöalueelle

Ei mutta se on tulevaisuuden suunnitelmissa

- Ei ole eikä ole vielä tietoa suunnitelmista
- En osaa sanoa

14. Onko yhteistyöalueen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa kirjattu erikoistuneen hoitohenkilöstön riittävyyden varmistaminen kliinisen hoitotyön erikoisaloilla?

- Kyllä
- Ei ole kirjattu vielä, mutta olemme sopineet tai suunnitelleet sen kirjaamisesta jatkossa
- Ei ole kirjattu
- En osaa sanoa

15. Ovatko hyvinvointialueenne edustajat tehneet yhteistyötä korkeakoulujen kanssa kliinisen hoitotyön erikoisosaamistarpeiden ennakoimisen suhteen?

- Kyllä teemme jatkuvaa yhteistyötä. Kuvaa millaista yhteistyötä?
- Olemme aloittamassa yhteistyötä
- Emme ole vielä tehneet yhteistyötä, mutta olemme suunnittelemassa yhteistyön aloittamista
- Emme ole tehneet yhteistyötä
- En osaa sanoa

16. Onko hyvinvointialueenne mukana hyvinvointialueiden ja ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen alueellisessa STM:n raportin (2021:36) perustettavaksi suosittelemassa yhteistyöelimessä tai vastaavassa työryhmässä, jonka tarkoituksena on edistää mm. kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen kehittämistä?

- Olemme mukana. Mitkä muut tahot ovat mukana yhteistyöelimessä?
- Emme ole mukana
- Emme ole tietoisia, onko tällaista yhteistyöelintä perustettu
- Yhteistyöelintä ei ole vielä perustettu
- En osaa sanoa

17. Mitkä ovat merkittävimmät tekijät, jotka tulevina vuosina vaikuttavat hyvinvointialueenne ja yhteistyöalueenne kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien erikoisosaamistarpeeseen?

### **Kliinisen hoitotyön erikoisalot**

Kysymyksillä 18–28 kartoitetaan arviotanne kliinisen hoitotyön erikoisaloista ja erikoisosaamistarpeista sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämislain piirissä olevien palvelukokonaisuuksien osalta. STM:n raportin (2021:36) ehdotuksessa määriteltiin

17 kliinisen hoitotyön erikoisalaa, joilla erikoistumiskoulutusta tulisi järjestää. Lisäksi kysymme sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden edellyttämän erikoispätevyyden koulutuksesta.

18. Mikä on arvionne kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien tavoiteltavasta lukumäärästä vuonna 2028 sekä tämänhetkisestä tilanteesta hyvinvointialueellanne?

1. Diabeteksen hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
2. Gerontologinen hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
3. Haavanhoidon hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
4. Infektiotorjunnan ja epidemioihin varautumisen hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
5. Kansanterveyden hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
6. Kehitysvammaisen hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
7. Keuhko- ja hengityssairauksien hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
8. Kivun hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
9. Lasten ja nuorten hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
10. Neurologisen potilaan hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
11. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
12. Perioperatiivinen hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
13. Psykiatrisen ja mielenterveyden hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
14. Päivystyshoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
15. Sydänsairauksien hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
16. Syöpään sairastuneen hoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne
17. Tehohoitotyö: Määrällinen tavoite vuonna 2028, Tämänhetkinen tilanne

19. Puuttuuko STM:n raportin (2021:36) kliinisistä erikoisaloista (17 kpl) joku toimintanne kannalta olennainen erikoisala, jolla näette merkittävän sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutustarpeen tulevina vuosina? Jos jotain puuttuu, niin kirjaa myös, mille hyvinvointi- ja yhteistyöalueenne palveluille tätä sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusta tarvitaan?

20. Missä hyvinvointialueenne palvelukokonaisuuksissa sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusta erityisesti tarvitaan?

Kuvaa jokaiselle määrittelemällemme palvelukokonaisuudelle maksimissaan kolme tärkeintä STM:n raportin (2021:36) ehdotuksen mukaista kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusala (joko ehdotuslistasta tai sen ulkopuolelta), joilla sairaanhoitajat tarvitsevat erikoistumiskoulutusta.

Esim. lasten ja nuorten palvelut 1. lasten ja nuorten hoitotyö 2. lasten tehohoitotyö 3. psykiatrinen ja mielenterveyden hoitotyö

Palvelukokonaisuus nro:

21. Millä kliinisen hoitotyön erikoisaloilla on kaikkein kriittisin tilanne erikoistumiskoulutettujen sairaanhoitajien vajeen takia?

22. Missä hyvinvointialueenne palveluissa näette sairaanhoitajien erikoisosaamistarpeen lisääntyvän merkittävästi tulevina vuosina?

### **Sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden edellyttämä erikoispätevyys**

Kysymyksillä 23–28 kartoitetaan rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyden omaavien sairaanhoitajien nykytilannetta, tarvetta ja hyödyntämistä hyvinvointialueenne eri palveluissa. Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus ja sen edellyttämä erikoispätevyys perustuvat lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja valtioneuvoston asetukseen (1089/2010). Koulutuksen järjestämisestä ja valtion koulutuskorvauksesta säädetään terveydenhuoltolain nojalla (1326/2010).

23. Hyödynnetäänkö mielestänne hyvinvointialueellanne lääkkeenmääräämisoikeuden erikoispätevyyden saaneita sairaanhoitajia?

- Erittäin kattavasti
- Kattavasti
- Kohtalaisesti
- Verrattain rajatusti, miksi?
- Ei lainkaan, miksi?

24. Kuinka monen lääkkeenmääräämisoikeuden erikoispätevyyden saaneen sairaanhoitajan lääkkeenmääräämisoikeus on käytössä hyvinvointialueellanne? (lkm)



25. Missä hyvinvointialueenne palveluissa hyödynnetään jo lääkkeenmääräämisoikeuden erikoispätevyden saaneita sairaanhoitajia?

26. Missä hyvinvointialueenne palveluissa lääkkeenmääräämisoikeuden erikoispätevyden omaavia sairaanhoitajia tulisi lisätä?

- sairaanhoitajan vastaanotto
- sairaanhoitajan kiirevastaanotto
- perhesuunnittelu
- seksuaali- ja ehkäisyneuvola
- koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto
- työterveyshuolto
- kotisairaanhoido
- etä-/puhelin-/digivastaanotto
- päivystysvastaanotto
- erikoissairaanhoidon avovastaanotto
- muu, mikä

27. Mikä on arvionne lääkkeenmääräämisoikeuden omaavien sairaanhoitajien koulutustarpeesta hyvinvointialueellanne lähivuosina?

2024 Vuosittainen aloittajamäärä

2025 Vuosittainen aloittajamäärä

2026 Vuosittainen aloittajamäärä

2027 Vuosittainen aloittajamäärä

2028 Vuosittainen aloittajamäärä

28. Mitä rakenteellisia esteitä näette sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuden hyödyntämisen laajentamiselle?

## **KLIINISEN HOITOTYÖN OSAAMISEN JOHTAMINEN**

### **Kliinisen osaamisen kehittämisen tilanne hyvinvointi- ja yhteistyöalueella**

STM:n raportin (2021:36) mukaan osaamisen johtaminen perustuu tavoitteellisen osaamisen kehittämis- ja arviointiprosessiin ja erikoisosaamista kehitetään hyvinvointi- ja yhteistyöalueiden yhtenäisen uramallin mukaisesti. Tässä raportissa (STM 2021:36) ehdotetaan myös, että kliinisesti erikoistuneet sairaanhoitajat työskentelevät uramallin mukaisesti oman erikoisalansa asiantuntijoina sekä sitä, että alueelliset erikoisalakohittaiset osaamiskuvaukset ja -tasot määritellään uramallin pohjalta hyödyntäen yhteisiä ydinkompetensseja ja erikoisalakohittaisia osaamiskuvauksia

Kysymyksillä 29–38 kartoitetaan sitä, missä vaiheessa hyvinvointialueellanne ollaan kliinisen hoitotyön osaamisen kehittämässä ja arvioinnissa. Lisäksi kysymme hyvinvointialueenne tilannetta uramallin käyttöönoton, käytön ja osaamisvaatimusten määrittelyjen suhteen sekä mielipidettänne kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan nimikkeestä, vakansseista ja rekisteröinnistä.

29. Onko hyvinvointialueellanne/yhteistyöalueellanne käytössä yhtenäinen kliinisen hoitotyön uramalli?

- Kyllä on hyvinvointialueellamme. Kerro mikä uramalli? Onko uramallista raporttia tai kuvausta?
- Kyllä on yhteistyöalueellamme mutta ei vielä meillä. Kerro mikä uramalli? Onko uramallista raporttia tai kuvausta?
- Kyllä on sekä hyvinvointi- että yhteistyöalueellamme. Kerro mikä uramalli? Onko uramallista raporttia tai kuvausta?
- Olemme ottamassa käyttöön hyvinvointialueellamme uramallia. Kerro mikä uramalli? Onko uramallista raporttia tai kuvausta?
- Olemme ottamassa käyttöön sekä hyvinvointi- että yhteistyöalueellamme uramallia. Kerro mikä uramalli? Onko uramallista raporttia tai kuvausta?
- Ei ole käytössä
- En osaa sanoa

30. Onko kliinisessä hoitotyössä toimiville hyvinvointialueenne sairaanhoitajille määritelty osaamisvaatimustasot ja niiden kuvaukset?

- Kyllä
- Kyllä osittain
- Ei
- En osaa sanoa

31. Onko osaamistasoille ja -kuvauksille määritelty tutkimustietoon perustuen toiminta- tai työyksikkötason kriteerit?

- Kyllä
- Kyllä osittain
- Ei
- En osaa sanoa

32. Onko sairaanhoitajien osaamisvaatimuksissa taso, johon sijoittuvat kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneet tai vastaavan pätevyyden kokemuksellaan ja muulla tavoin hankkineet sairaanhoitajat?

- Kyllä käytössämme olevassa uramallissa tai osaamisvaatimustasokuvauksissa on taso, jonne kliinisesti erikoistuneet sairaanhoitajat sijoittuvat
- Osalla on ja osassa ei ole

- Kyllä osaamistaso voidaan luoda, jos tulevaisuudessa erikoistumiskoulutus-uudistus tuo siihen tarpeen
- Ei ole
- En osaa sanoa

33. Onko hyvinvointialueellanne käytössä kliinisen hoitotyön vaativuuden arviointi?

- Kyllä hyvinvointialueen kaikissa palvelukokonaisuuksissa
- Kyllä mutta vain osassa palvelukokonaisuuksia tai -yksiköitä
- Ei vielä, mutta olemme ottamassa arviointia käyttöön
- Ei ole, enkä osaa sanoa aikataulua

34. Pidätkö tärkeänä, että erikoisosaamisen tunnistamisen helpottamiseksi otetaan käyttöön osaamista osoittava kansallisesti yhtenäinen nimike kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneille sairaanhoitajille?

- Kyllä, perustelu
- Ei, perustelut

35. Mikä nimike olisi mielestänne sopiva kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneelle sairaanhoitajalle?

- Erikoissairanhoitaja
- Kliinisesti erikoistunut sairaanhoitaja
- Muu, mikä?
- En kannata nimikettä erikoistumiskoulutuksen käyneelle, perustelut

36. Mikä merkitys on mielestänne sillä, että kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneet sairaanhoitajat olisi rekisteröity johonkin kansalliseen rekisteriin?

37. Onko hyvinvointialueellanne tarvetta perustaa kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan vakansseja?

- Kyllä, perustelut
- Ei, perustelut
- En osaa sanoa

38. Onko hyvinvointialueellanne käytössä palkitsemisjärjestelmää, joka kattaa kliinisen hoitotyön erikoisosaamisen omaavat sairaanhoitajat?

- Kyllä, millainen?
- Ei

**Sairaanhoitajien erikoistumiskoulutuksen hyödyntäminen työelämässä**

Kysymyksillä 39–44 kartoitetaan sitä, miten sairaanhoitajien erikoistumiskoulutusta hyödynnetään hyvinvointialueen ja yhteistyöalueen sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämislain piirissä olevissa palvelukokonaisuuksissa.

39. Tunnistetaanko hyvinvointialueellanne tällä hetkellä klinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käyneet sairaanhoitajat?

- Kyllä systemaattisesti, miten?
- Kyllä osittain, miten
- Ei
- En osaa sanoa

40. Kannustetaanko hyvinvointialueellanne sairaanhoitajia hankkimaan erikoistumiskoulutusta?

- Kyllä, miten?
- Kyllä osittain, miten?
- Ei oikeastaan, miksi?
- Ei lainkaan, miksi?

41. Tukevatko hyvinvointialueenne palveluissa vallitsevat monialaisen yhteistyön ja työnjaon käytännöt sairaanhoitajan erikoistumiskoulutuksen hyödyntämistä?

- Kyllä, miten?
- Ei, perustelut ja mitä pitäisi muuttaa?

42. Voidaanko hyvinvointialueen palvelutarpeeseen vastaavien, sairaanhoitajien klinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten avulla lisätä mielestänne sairaanhoitajien sitoutumista alalle?

- Kyllä, perustelut
- Ei, perustelut

43. Voidaanko sairaanhoitajien klinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusmahdollisuuksien kehittämisellä lisätä mielestänne sairaanhoitajan ammatin vetoaamaa?

- Kyllä, perustelut
- Ei, perustelut

44. Näettekö hyvinvointialueellanne esteitä tai uhkia sairaanhoitajien mahdollisuudelle lisätä tarvitsemaansa erikoisalansa osaamista erikoistumiskoulutuksella?

- Kyllä, mitä?
- Ei, mahdolliset kommentit

## **OSAAMISEN KEHITTÄMINEN KOULUTUKSEN JA HYVINVOINTIALUEEN YHTEISTYÖSSÄ**

Kysymyksillä 45–59 kartoitetaan näkemyksiänne kliinisen hoitotyön erikoistumis- koulutusten toteuttamisesta, työelämäyhteistyöstä erikoistumiskoulutusten järjestäjien kanssa sekä näkemyksiänne siitä, miten erikoistumiskoulutuksessa opiskelevalle voidaan mahdollistaa erikoisalan osaamisen edellyttämä työssä tapahtuva opiskelu/harjoittelu.

45. Miten nykyiset ammattikorkeakoulujen olemassa olevat erikoistumiskoulutukset palvelevat hyvinvointialueenne tarpeita?

46. Millainen koulutusmuoto toimisi mielestänne parhaiten sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksissa?

47. Millaisena näette mahdollisten yhteistyötahojen roolin sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten järjestämisessä?

ammattikorkeakoulut:

yliopistot:

48. Miten sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutukseen liittyvä työssä tapahtuva opiskelu olisi järjestettävä, jotta se olisi hyvinvointialueen ja opiskelijan kannalta optimaalista?

49. Pitäisikö erikoistuvan sairaanhoitajan työssä tapahtuvan opiskelun/harjoittelun olla palkallista?

Kyllä, perustelut

Ei, perustelut

50. Mikä on näkemyksenne hyvinvointialueeltanne, ovatko sairaanhoitajat halukkaita kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutukseen, mikäli koulutus olisi valtion tukeman rahoituksen piirissä ja työssä tapahtuva opiskelu/harjoittelu olisi palkallista?

Kyllä

Ei

51. Mikä on näkemyksenne, oletteko hyvinvointialueellanne halukkaita mahdollistamaan sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutukseen osallistumista, mikäli hyvinvointi- ja yhteistyöalueen palvelutarpeisiin vastaava erikoistumiskoulutus olisi tulevaisuudessa valtion tukeman rahoituksen piirissä ja työssä tapahtuva opiskelu/harjoittelu olisi palkallista?

Kyllä, perustelut

Ei, perustelut

52. Onko mielestänne tarpeellista ottaa käyttöön klinisen hoitotyön koulutus- tai erikoistumisvakansseja?

- Kyllä, perustelut  
 Ei, perustelut

53. Ovatko erikoistumisvakanssit mahdollinen keino turvata erikoistumisen vaatima työssä tapahtuva opiskelu/harjoittelu palkallisena samalla tavalla kuin erikoislääkäriopiskelijoillakin on?

- Kyllä  
 Ei

54. Onko mielestänne erikoistumiskoulutuksen työssä tapahtuva opiskelu/käytännön harjoittelujakso toteuttavissa (STM2021:36 luku 2.5)?

- omassa työyksikössä, jolloin harjoittelun voi suorittaa erillisinä tehtävinä  
 toisessa erikoistumisalaa edustavassa työyksikössä, jolloin opiskelijan kokemus laajenee  
 erikoistumisalan huippuyksikössä, jolloin opiskelijalla on mahdollisuus oppia saada erikoisalan huippuosaamista  
 halutessaan vaikka ulkomailla erikoistumisalaa edustavassa yksikössä, jolloin opiskelija voi itse hakeutua erikoistumisalaansa vastaavaan harjoitteluun  
 opiskelijavaihtona mahdollisten vaihtoyksiköiden kanssa  
 siten, että myös harjoittelupaikan tarjoava taho hyötyy osaamisvaihdosta  
 siten, että erikoistuvalla on mahdollisuus nimetä ohjaaja, jolla on riittävä erikoisalan osaaminen erikoistuvan sairaanhoitajan ohjaamiseen  
 muuten, miten?

55. Onko hyvinvointialueellanne mahdollisuus varmistaa riittävät henkilöstöresurssit sairaanhoitajien klinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen ja työelämässä tapahtuvan opiskelun mahdollistamiseksi?

- Kyllä osana toimintayksikön henkilöstösuunnittelua ja vakanssijärjestelmää, kuvaa miten  
 Ei tähän mennessä, mutta tahtotila asian edistämiseksi on olemassa  
 Ei, emmekä näe tällä hetkellä tarvetta erityiseen erikoistumiskoulutuksen tukemiseen

56. Näettekö tarpeelliseksi saada sairaanhoitajien klinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten rinnalle jo erityisosaamista hankkineiden pätevöitymispolun, jolla he voivat saavuttaa erikoistumiskoulutusta vastaavan osaamistason tunnustamisen ilman, että heidän pitää käydä erikoistumiskoulutus?

- Kyllä, perustelut  
 Ei, perustelut

57. Näettekö tarpeelliseksi saada kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten ohelle sairaanhoitajien erityispätevyyskoulutusta suppeilta kliinisen hoitotyön erikoisaloilta? Erityispätevyydellä tarkoitetaan tässä hankittua ja tunnustettua erikoisosaamista suppealla erikoisosaamisalueella, jolle ei varsinaista erikoistumiskoulutusta ole mahdollista järjestää (vrt. lääkäreiden erityispätevyys).

- Kyllä, esimerkiksi mille erikoisosaamisaloille  
 Ei, perustelu

58. Millaisena näette mahdollisten yhteistyötahojen roolin suppeampien erityispätevyyskoulutusten järjestämisessä?

ammattikorkeakoulut:

yliopistot:

amatilliset erikoisajärjestöt:

ammattijärjestöt:

muu, mikä?:

59. Millä kliinisen hoitotyön erikoisaloilla pitäisi olla mahdollisuus kehittää osaamista myös ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon ja terveystieteiden maisterin tutkinnon tasoilla?

### **VALTION RAHALLISEN TUEN TARVE SAIRAANHOITAJIEN KLIINISEN HOITOTYÖN ERIKOISTUMISKOULUTUKSIIN**

Kysymyksillä 60–63 kartoitetaan näkemyksiänne siitä, miten sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutus tulisi rahoittaa. STM:n raportin (2021:36) mukaan sosiaali- ja terveysministeriö arvioi tarpeita ja mahdollisuuksia laajentaa valtion koulutuskorvauksia sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinnon tai vastaavan aikaisemman opistoasteen tutkinnon jälkeisten erikoistumiskoulutusten kustannuksiin sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemillä kliinisen hoitotyön erikoisaloilla.

60. Onko sairaanhoitajien kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutukset mahdollista toteuttaa ilman valtion rahoituksen tukea?

- Kyllä, perustelut  
 Ei, perustelut

61. Millaista tukea hyvinvointialueenne erikoistuva sairaanhoitaja saa työnantajalta tällä hetkellä erikoistumiskoulutukseensa?

- Kurssimaksut osittain tai kokonaan koulutusmäärärahasta  
 Palkallisia lähikoulutuspäiviä  
 Palkallisia koulutuspäiviä opintojen suorittamiseen  
 Palkatonta opintovapaata koulutuksen mahdollistamiseksi

- Emme pysty tukemaan mitenkään
- Muuta, mitä?

62. Tulisiko sairaanhoitajan maksaa itse klinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksestaan?

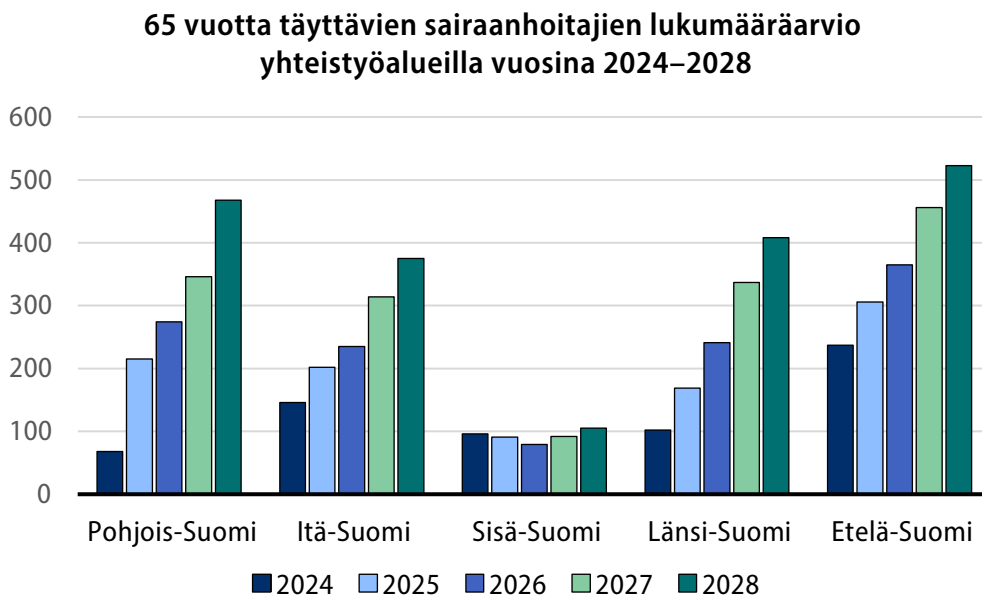
- Kyllä kokonaan
- Osittain
- Ei lainkaan

63. Minkälaiset laskentaperusteet arvioitte sairaanhoitajan erikoistumisvakanssin hinnalle osana henkilöstösuunnitelmaa?



## Liite 2. Kuvio 5

**Kuvio 5.** Hyvinvointialueiden ilmoittama arvio 65-vuotta täyttävien kliinisessä hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien lukumäärästä yhteistyöalueilla vuosille 2024–2028.



## Liite 3. Taulukot 1, 2, 4, 6

**Taulukko 1.** Arvio 65 vuotta täyttäneiden sairaanhoitajien lukumääristä yhteistyöalueilla vuosille 2024–2028.

<b>Yhteistyöalue</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>2028</b>	<b>Yhteensä</b>
Pohjois-Suomi	68	215	274	346	468	1 371
Itä-Suomi	146	202	235	314	375	1 272
Sisä-Suomi	96	91	79	92	105	463
Länsi-Suomi	102	169	241	337	408	1 257
Etelä-Suomi	237	306	365	456	523	1 887
Yhteensä	649	983	1 194	1 545	1 879	6 259

**Taulukko 2.** Kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutuksen käynten määrän tilannearvio v. 2023 ja tavoitemäärä v. 2028 erikoisaloittain yhteistyöalueilla

<b>Erikoisalat</b>	<b>Pohjois-Suomi 2023</b>	<b>Pohjois-Suomi 2028</b>	<b>Itä-Suomi 2023</b>	<b>Itä-Suomi 2028</b>	<b>Sisä-Suomi 2023</b>	<b>Sisä-Suomi 2028</b>	<b>Länsi-Suomi 2023</b>	<b>Länsi-Suomi 2028</b>	<b>Etelä-Suomi 2023</b>	<b>Etelä-Suomi 2028</b>
1. Diabeteksen hoitotyö	40	172	67	140	81	131	50	156	121	366
2. Gerontologinen hoitotyö	45	137	23	138	22	68	62	139	35	303
3. Haavanhoidon hoitotyö	68	89	53	117	22	37	69	168	154	310
4. Inf.torjunnan ja epidemioihin varautumisen hoitotyö	10	72	62	77	19	58	24	88	59	156
5. Kansanterveyden hoitotyö	16	130	12	34	3	5	5	39	10	147
6. Kehitysvammaisen hoitotyö	20	25	5	34	2	13	0	18	59	177
7. Keuhko- ja hengityssairauksien hoitotyö	5	48	21	84	8	53	5	44	63	225
8. Kivun hoitotyö	42	64	23	98	19	106	39	78	27	267
9. Lasten ja nuorten hoitotyö	0	105	8	25	21	41	44	70	111	203
10. Neurologisen potilaan hoitotyö	0	109	5	74	5	43	2	30	45	184
11. Palliativisen hoidon ja saattohoidon hoitotyö	47	266	73	174	59	150	28	105	85	294
12. Perioperatiivinen hoitotyö	50	170	34	70	138	233	8	31	149	374
13. Psykiatrinen ja mielenterveyden hoitotyö	117	331	97	224	302	423	27	114	229	660
14. Päivystyshoitotyö	76	283	4	60	33	85	25	34	106	479
15. Sydänsairauksien hoitotyö	30	155	13	78	53	138	20	108	71	278
16. Syöpään sairastuneen hoitotyö	7	109	11	66	30	68	19	64	97	243
17. Tehohoitotyö	18	205	9	45	22	66	6	12	66	208
<b>Yhteensä</b>	<b>591</b>	<b>2 470</b>	<b>520</b>	<b>1 538</b>	<b>839</b>	<b>1 718</b>	<b>433</b>	<b>1 298</b>	<b>1 487</b>	<b>4 874</b>

**Taulukko 4.** Hyvinvointialueiden palvelut, joissa LMEP-sairaanhoitajia tulisi lisätä hoitotyön professiojohtajien arvion mukaan.

Yhteistyöalue	n (hva)	Prosentti
sairaanhoitajan kiirevastaanotto	18	78,30 %
sairaanhoitajan vastaanotto	17	73,90 %
päivystysvastaanotto	17	73,90 %
etä-/puhelin-/digivastaanotto	13	56,50 %
erikoissairaanhoidon avovastaanotto	10	43,50 %
seksuaali- ja ehkäisyneuvola	10	43,50 %
kotisairaanhoito	9	39,10 %
koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto	9	39,10 %
perhesuunnittelu	7	30,40 %
työterveyshuolto	3	13,00 %
muu	5	21,70 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>päivystysapu 611711, SoTe-keskusten lääkäri- ja sairaanhoitajavastaanotot, kotisairaala, lastensuojeluyksiköt, kehitysvammaisten palvelut</li> </ul>		

**Taulukko 6.** Sairaanhoidajavajeen takia kriittisimmät erikoisalot klinisen hoitotyön 17 erikoisalasta yhteistyöalueilla vuonna 2023. Taulukossa x tarkoittaa kriittistä erikoisalaa, - tarkoittaa ei-kriittistä erikoisalaa.

Yhteistyöalue	Pohjois-Suomi	Itä-Suomi	Sisä-Suomi	Länsi-Suomi	Etelä-Suomi
Gerontologinen hoitotyö	x	x	x	x	x
Mielenterveys- ja päihdehoitotyö	-	x	x	x	x
Tehohoitotyö	x	x	x	-	x
Diabeteksen hoitotyö	x	-	x	x	x
Haavanhoitotyö	-	x	x	x	x
Perioperatiivinen hoitotyö	x	-	x	-	x
Palliativinen hoitotyö	x	x	-	x	-
Neurologinen hoitotyö	-	x	x	x	-
Kivun hoitotyö	-	x	x	-	-
Kardiologinen hoitotyö	-	-	x	x	-
Päivystyshoitotyö	-	x	-	-	x
Infektioiden torjunta	-	-	x	x	-

## Lähteet

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2022. FinAME-asiantuntijuusmalli™. <https://hotus.fi/tutkimusnaytto-kayttoon/tukirakenteet-ja-toimintamallit/finame-asiantuntijuusmalli/>

STM. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toiminta-ohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:18. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2919-7>

STM. 2020. Uusia käytäntöjä ja rakenteita näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen kehittämiseen. Ehdotukset työelämälle ja koulutukselle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:3. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4145-8>

STM. 2021. Kliinisen hoitotyön erikoisalot: Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:36. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8428-8>

Suomen Sairaanhoitajat<sup>1</sup>. 2023. APN-raportti 2023. Laajavastuinen hoitotyö – sairaanhoitajan uramalli lähellä ihmistä. Suomen Sairaanhoitajien laajavastuisen hoitotyön asiantuntijatyöryhmä. [https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2023/04/APN-raportti-2023\\_final.pdf](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2023/04/APN-raportti-2023_final.pdf)

Suomen Sairaanhoitajat<sup>2</sup>. 2023. Tilastotietoa sairaanhoitajista. Tilastokeskuksen ostotilastot 2023 / tiedot vuoteen 2021 asti. Päivitetty 3.8.2023. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/tilastoja-sairaanhoitajista-2/>

THL. 2023. Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2021. Tilastoraportti 67/2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20231204151137>

Valvira. 2023. Eeva Sallinen, ylitarkastaja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto / Johanna Heikkilä, Sairaanhoitajan lääkkeenmääräämiskoulutuksen suomalainen korkeakouluverkosto.

OKM. 2023. Sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutuksen kehittäminen -hanke. Loppuraportti. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:15. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-958-8>

OPH. 2022. Osaamistasokuvaukset. Kansallinen tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehys, Eurooppalainen tutkintojen viitekehys, Eurooppalaisen korkeakoulutusalueen tutkintojen viitekehys. [https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/tutkintojen\\_viitekehysten\\_osaamistasokuvaukset\\_fi\\_sv\\_en.pdf](https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/tutkintojen_viitekehysten_osaamistasokuvaukset_fi_sv_en.pdf)

### **Lainsäädäntö:**

Ammattikorkeakoululaki 932/2014.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 1129/2014.

Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010.

Valtioneuvoston asetus tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä 120/2017.

ISSN pdf: 1797-9854  
ISBN pdf: 978-952-00-5600-1



Sosiaali- ja  
terveysministeriö

[stm.fi/julkaisut](http://stm.fi/julkaisut)  
[julkaisut.valtioneuvosto.fi](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi)