

Osaaminen käyttöön

Laatua ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä



■ Mervi Flinkman

Osaaminen käyttöön

Laatua ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä

Mervi Flinkman

Tehy ry

Mervi Flinkman

Osaaminen käyttöön

Laatua ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä



Tehyn julkaisusarja B: 3/2014

Tehy ry

ISBN 978-952-6667-30-0 (nid.)

978-952-6667-31-7 (PDF)

Kansikuva: © Leremy | Dreamstime.com

Taitto ja paino: Multiprint Oy, Vantaa 2014

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtävä työ on muuttunut nopeasti. Nykyaikaiset hoitokäytännöt, lääketieteen nopea kehittyminen ja hoitoaikojen lyhentyminen edellyttävät onnistuakseen osavia terveydenhuollon ammattihenkilöitä, joiden työnjako on toteutettu järkevällä tavalla. Tarkoituksenmukainen työnjako ja tehtäväkuvien uudistaminen muodostavat perustan laadukkaille, vaikuttaville ja eettisesti korkeatasoisille palveluille.

Tämän julkaisun tarkoituksena on kuvata millaisia työnjaon uudistuksia on toteutettu. Julkaisu luotaa myös tulevaan: miten työnkuvat ja tehtävät muuttuvat organisaatioissa, joissa palvelut tuotetaan tehokkaasti, asiakaslähtöisesti ja terveyshyötyä tuottaen.

Maailman tapahtumat vaikuttavat myös suomalaisen työelämään ja koulutuspolitiikkaan. Siksi julkaisussa luodaan lyhyt katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen, joka käsittelee tehtäväkuvien laajentamista ja laajavastuisia, itsenäisiä asiantuntijatehtäviä.

Tämä julkaisu on kirjoitettu Tehyn yhteiskuntasuhteet- ja kehittäminen toimialalla, ja työhön on osallistunut useampi toimihenkilö. Työvoimapolitiittinen asiantuntija Mervi Flinkman on kirjoittanut julkaisuun sisältyvän johdannon, kirjallisuuskatsauksen ja lainsäädäntökappaleen. Tutkimuspäällikkö Juha Kurtti ja koulutuspolitiittinen asiantuntija Soila Nordström ovat koonneet kappaleen koulutuksesta ja osaamisesta. Julkaisutoimittaja Tuija Kinnunen-Moilanen on editoinut ja tarkistanut kieliasun sekä saattanut julkaisun painokuntoon. Lisäksi Tehyn yhteistyöjärjestöt ovat tarjonneet asiantuntemuksensa, kukin edustamansa ammattikunnan näkökulmasta. Kaikille lämmin kiitos hyvästä yhteistyöstä.

Helsingissä joulukuussa 2014

*Mervi Flinkman, sh, TtT
Työvoimapolitiittinen asiantuntija
Yhteiskuntasuhteet ja kehittäminen -toimiala*



Sisällysluettelo

| | | |
|----|--|----|
| 1 | Johdanto | 7 |
| 2 | Keskeiset käsitteet | 8 |
| 3 | Sosiaali- ja terveydenhuolto muutoksessa | 9 |
| 4 | Työnjaon kehittäminen ja laajennetut tehtäväkuvat | 11 |
| 5 | Työnjaon kehittäminen kansainvälisesti | 16 |
| 6 | Osaamisen varmistaminen uudessa työympäristössä | 18 |
| 7 | Lainsäädäntö mahdollistaa työnjaon | 21 |
| 8 | Työnjaon uudistamisen edellytykset | 23 |
| 9 | Lopuksi | 24 |
| 10 | Oppaita ja ohjeita työnjakoon liittyen | 25 |
| | Lähteet | 26 |
| | Liite Taulukko. Työnjaon kehittämiseen liittyvää lainsäädäntöä | 31 |

1 Johdanto

Työnjaon kehittämiseen ja tehtäväsiirtoihin vaikuttavat monet tekijät: muutokset lainsäädännössä, väestön palvelutarpeissa ja työelämässä, uusin tutkimustieto, teknologian kehittyminen sekä sosiaali- ja terveystieteiden ohjelmien linjaukset (Alasoini ym. 2012, STM 2012, Linturi ym. 2013, Sopenlehto 2014). Näyttöön perustuva kliininen hoitotyö, kroonisten sairauksien määrän lisääntyminen väestön ikääntyessä, työvoimapula ja palvelujärjestelmän uudistukset (esim. Kansallinen terveyshanke, Kaste-ohjelmat) ovat vauhdittaneet työnjaon kehittämistä.

Terveydenhuollon toiminnan on perustettava hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin (L1326/2010) sekä parhaaseen, ajantasaiseen tietoon. Työssä on käytettävä vaikuttaviksi tunnistettuja hoitokäytäntöjä ja menetelmiä (STM 2009). Toimintayksikköjen työkäytännöt ja prosessit on selkeästi määriteltävä (Valvira 2014). Kaikkien ammattiryhmien osaamista on hyödynnettävä tarkoituksenmukaisesti ja kustannustehokkaasti (STM 2013a, Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, Schoenstein & Ono 2014.).

Työnjaon lähtökohtana on toiminnan ja hoidon laadun varmistaminen. Työnjakoa kehitetään tehtäväkuvia laajentamalla tai syventämällä, delegoimalla tehtäviä ammattiryhmien sisällä tai välillä ja luomalla uudenlaisia tehtäviä. (STM 2005a.) Joitakin voidaan siirtää osaksi omahoitoa, asiakkaan itsensä tehtäväksi (Routasalo & Pitkälä 2009).

Näyttöön perustuva toiminta edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöt seuraavat oman alan kehitystä, hoitosuosituksia ja ovat tietoisia alan tutkimuksesta (Korhonen

ym. 2010, Korhonen ym. 2012). Lisäksi on osallistuttava täydennyskoulutukseen ja huolehdittava siitä, että osaaminen on ajantasaista (Sarajärvi 2011). Päätöksenteon tukena on hyödynnettävä kansallisia, näyttöön perustuvia hoitotyön suosituksia (www.hotus.fi) ja Käypä hoito -suosituksia (www.kaypahoito.fi/).

Tehtäväkuvien laajentaminen ja uudet tehtävät vaativat vankkaa perusosaamista, mutta myös jatkuvaa tiedon päivittämistä ja uuden oppimista. Kliinisessä työssä tarvitaan entistä laajempaa osaamista hoidon tarpeen arvioinnissa, sairaushistorian selvittämisessä, kliinisessä tutkimisessa, sähköisissä konsultaatioissa ja hoitoon liittyvässä päätöksenteossa sekä hoidon seurannassa (STM 2014).

Hoitotyön johtajat ja esimiehet ovat keskeisessä roolissa, kun työnjakoa kehitetään ja tehtäväkuvia laajennetaan (STM 2009, Aalto 2014). Muutosjohtajuus ja osaamisen johtaminen edellyttävät näkemyksellisyyttä, rohkeutta ja kykyä innostaa henkilöstöä uusiin toimintamalleihin (Vuorinen 2008).

Työnjaon uudistaminen ja laajennetut tehtäväkuvat luovat mahdollisuuden kehittyä kliinisessä työssä ja edetä uralla (Lindström 2003, Fagerström & Glasberg 2011, Jokiniemi 2014). Ne vahvistavat sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuutta, varsinkin nuorten työntekijöiden keskuudessa (Flinkman ym. 2014, Flinkman 2014) ja tehostavat sitoutumista organisaatioihin (Leppänen, Puupponen 2009). Ammatillinen kasvu ja osaamisen systemaattinen kehittäminen lisäävät kykyä rekrytoida ja sitouttaa osaavaa ja koulutettua työvoimaa (Meretoja & Koponen 2008, Moseley ym. 2008, Bonsdorff 2009, McGillis Hall ym. 2011).

2 Keskeiset käsitteet

Tässä julkaisussa käytetään seuraavia käsitteitä: työnjako, laajennettu tehtäväkuva ja tehtäväsiirrot. Käsitteet on määritelty sosiaali- ja

terveysministeriön selvityksessä ”Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa” (STM 2005a).

| Käsite | Määrittely |
|-------------------------|---|
| Työnjako | <p>Työnjako tarkoittaa koko työyhteisön toiminnan kehittämistä siten, että toiminta ja tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja ammattiryhmien välisen osaamisen näkökulmasta.</p> <p>Terveydenhuollon ammattiryhmien keskinäisen työnjaon kehittäminen koskee:</p> <ul style="list-style-type: none">• lääkäreitä• terveydenhuollon muita laillistettuja ammattiryhmiä• hammaslääkäreitä• suun terveydenhuollon muita ammattiryhmiä• terveysalan ammattikorkeakoulutuksen tai opistoasteen koulutuksen tai toisen asteen tai muun ammatillisen koulutuksen saaneita. <p>(STM 2005a, sivut 12–13)</p> |
| Laajennettu tehtäväkuva | <p>Tehtäväkuvien laajentaminen tarkoittaa tietyn henkilöstöryhmän toimenkuvan uudistamista laajentamalla tehtäväaluetta ja kehittämällä osaamista.</p> <p>(STM 2005a, s.13)</p> |
| Tehtäväsiirrot | <p>Tehtäväsiirroilla tarkoitetaan tietyille henkilöstöryhmälle aiemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä jonkun toisen henkilöstöryhmän tehtäviin.</p> <p>(STM 2005a, s.13)</p> |

3

Sosiaali- ja terveydenhuolto muutoksessa

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa pyritään turvaamaan asiakas-keskeiset ja yhdenvertaiset lähipalvelut. Tavoitteena on yhdistää sosiaali- ja terveydenhuolto sekä erikoissairaanhoidon yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Erikoisosaimista vaativia palveluita keskitetään suuriin organisaatioihin. Lähipalvelut järjestetään mielekkäinä kokonaisuuksina ja siten, että turhia siirtymisiä organisaatioiden välillä vältetään. (www.stm.fi)

Palvelurakenteen muutoksissa nykyisiä tehtäviä, työnkuvia, palveluprosesseja ja hoitoketjuja joudutaan järjestämään uudelleen. Jatkossa voidaan rakentaa entistä suurempia, moniammatillista asiantuntemusta sisältäviä palvelukokonaisuuksia ja mahdollistetaan henkilöstön nykyistä parempi liikkuvuus (Vallimies-Patomäki 2012, Kinnula ym. 2014). Koulutetun hoitohenkilöstön osaamisen, työtyytyväisyyden ja saatavuuden turvaaminen uusissa palveluissa edellyttää ammattitaitoisia hoitotyön johtajia ja esimiehiä.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteensovittaminen varmistaa esimerkiksi sen, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden asiantuntemusta voidaan nykyistä paremmin hyödyntää ikääntyneiden hoidossa ja palveluissa (Vallimies-Patomäki 2010).

Ikäihmisten hoito ja palvelut

Väestön ikääntyminen haastaa totut tavat työn tekemisessä ja palveluiden tarjoamisessa (Kinnula ym. 2014). Ikäihmisten laatusuutuksessa (STM 2013b) on asetettu tavoitteeksi, että 91–92 prosenttia yli 75-vuotiaista asuisi kotona tuettuina. Kun laitoshoidon puretaan,

yhä useampi asuu jatkossa kotonaan ja saa palvelut sinne. Se merkitsee muutoksia ammattihenkilöiden työnjakoon ja tehtäväkuviin.

Vanhuspalvelulaki (L980/2012) edellyttää, että kunta sisällyttää turvallisen lääkehoidon ohjauksen osaksi ikääntyneiden palveluja. Näin ollen esimerkiksi terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat ovat keskeisessä roolissa, kun lääkehoidon turvallisia käytäntöjä kehitetään ja viedään käytäntöön. Osalla sairaanhoitajista työnkuva voi muuttua hoitotyöntekijästä alueellisessa palvelussa työskenteleväksi ikäihmisten hoidon asiantuntijaksi. (Vallimies-Patomäki 2010.)

Päivystystoiminnan muutokset

Päivystystoimintaa keskitetään ja uudistetaan tulevana vuosina. Päivystysasetuksen edellyttämät laatustandardit vaikuttavat terveydenhuollon rakenteisiin ja palveluihin. Päivystysten ja synnytysyksiköiden määrä vähenee ja toiminta keskittyy suurempiin yksiköihin.

Päivystystyö vaatii vahvan kliinisen osaamisen lisäksi erikoistumista kapeammille osaamisalueille. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on oltava riittävä lääketieteellinen ja hoitotyön osaaminen. Esimerkiksi lääkärin ohjeiden mukaan tehty potilaiden asettaminen kiireellisyysjärjestykseen (triage) vaatii monialaista, mutta samalla erikoistunutta osaamista sekä alueen olosuhteiden tuntemista. (Keistinen & Jouttimäki 2013.)

Tietojärjestelmät haastavat työnjakoa

Terveydenhuollon tietojärjestelmien ja teknologian kehittäminen muuttaa terveydenhuol-

lon työnjakoa. Kansalliset terveydenhuollon (Kanta) ja sosiaalihuollon (Kansa) arkistot helpottavat potilastiedon hyödyntämistä ja siirtoa. Ammattihenkilöiden toteuttama asiakkaiden ja potilaiden sähköinen neuvonta ja seuranta sekä erilaiset asiantuntijakonsultaatiot lisääntyvät.

Asiakkaiden osallistuminen hoitoon aktiivisena oman terveyden edistäjänä ja hoidon toteuttajana kasvaa. Tulevaisuudessa asiak-

kaat tekevät yksinkertaiset mittaukset ja toimenpiteet itse (Linturi ym. 2013, Oksanen 2014). Tutkimukset osoittavat, että omahoito on vaikuttavaa sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä sekä elämäntapojen kohentamisessa. Ammattihenkilöiltä vaaditaankin jatkossa entistä enemmän osaamista omahoitoon ohjaamisessa ja motivoinnissa. (Routasalo & Pitkälä 2009.)

4

Työnjaon kehittäminen ja laajennetut tehtäväkuvat

Kansalliset hankkeet

Työnjaon systemaattinen kehittäminen alkoi Kansallisessa terveyshankkeessa (2001–2007). Yhtenä tavoitteena oli kehittää terveydenhuollon henkilöstöryhmien keskinäistä työnjakoa siten, että hoitoon pääsy voitiin turvata, toimintatavat uudistaa ja henkilöstön pysyvyyttä lisätä.

Työnjakoa kehitettiin pilottihankkeiden kautta. Kehittäminen liittyi yleisimmin sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanototyöhön perusterveydenhuollossa. Myös fysioterapeuttien ja röntgenhoitajien työnkuvia uudistettiin. Lisäksi perus- ja lähihoitajille siirrettiin sairaanhoidollisia tehtäviä. Piloteista saadut kokemukset olivat pääsääntöisesti myönteisiä. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, STM 2005a.)

Työnjaon kehittämistä on jatkettu Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelmassa (STM 2009) ja kansallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmissa (KASTE-ohjelmat 2008–2015). Esimerkkejä työnjaon kehittämisestä ovat hoitajien omat itsenäiset vastaanotot, hoitajavetoiset terveysasemat, hoitaja-lääkäri -työparityöskentely, hoitajien toteuttama pitkäaikaissairauksien seuranta sekä asiakasvastaava-toiminta. Lääkäreiltä on siirretty muille ammattihenkilöille myös tutkimuksia, joita tarvitaan todistusten myöntämiseen ja lausuntojen kirjoittamiseen (Vallimies-Patomäki 2010).

Asiantuntijuus näyttöön perustuvassa toiminnassa

Asiantuntijatehtävissä toimivat ammattihenkilöt ovat keskeinen voimavara, kun ediste-

tään näyttöön perustuvaa toimintaa ja turvataan potilaiden hoitoonpääsy (Fagerström & Glasberg 2011). Työssä tarvitaan monipuolista substanssi-, työyhteisö-, kehitymis- ja kehittämisosaaamista sekä kriittisen ajattelun taitoa (Sarajärvi 2011).

Sosiaali- ja terveysministeriö on esitellyt mallin, jossa kuvataan asiantuntijuuden tasoja näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Mallia voidaan hyödyntää näyttöön perustuvien käytäntöjen toimeenpanossa ja johtamisen tukena. Sitä on myös käytetty viitekehystenä, kun asiantuntijoiden tehtäväkuvauksia on suunniteltu ja niihin liittyvistä kelpoisuusehdoista on päätetty terveydenhuollon organisaatioissa.

Toimintamallin neljä asiantuntijuustasoa ovat:

- (1) kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat, jotka ovat suorittaneet ammattikorkeakoulu- tai opistoasteen tutkinnon,
- (2) kliinisesti erikoistuneet hoitajat,
- (3) kliinisen hoitotyön asiantuntijat,
- (4) kliinisen hoitotieteen asiantuntijat (STM 2012:7, sivu 7 ja liite 3)

Tasoilla 2–3 edellytetään lisäkoulutusta (esimerkiksi 30–45 opintopisteen laajuiset ammatilliset lisä- tai erikoistumisopinnot, ylempi ammattikorkeakoulututkinto tai tiedekorkeakoulun maisteritutkinto) sekä vahvaa kliinisen työn osaamista ja kehittämisosaaamista. Tasolla 4 vaaditaan pääsääntöisesti tohtoritason tutkinto.

Osaaminen ja koulutus painottuvat mallissa sen mukaan, missä määrin työntekijä osallistuu välittömään asiakastyöhön ja potilashoitoon. Lähimpänä perustehtävää eli asiak-

kaan ja potilaan hoitamista, osaaminen suuntautuu hoitamiseen, ohjaamiseen ja kuntoutukseen. Laajemmissa ja itsenäisemmissä asiantuntijatehtävissä korostuvat tutkimus-, teoria- ja kehittämistehtävät.

Asiantuntijuustyyppejä voidaan soveltaa hoitotyön lisäksi myös silloin, kun kuntoutus-, terapia- ja radiografiatieteiden sekä kliinisten laboratoriotieteiden asiantuntijuutta kuvataan. Asiantuntijoiden monialainen ja moniammatillinen yhteistyö kehittää näyttöön perustuvaa toimintaa sekä helpottaa yhtenäisten käytäntöjen toimeenpanoa.

Itsenäinen vastaanotto toiminta

Osa pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidosta ja seurannasta on siirtynyt lääkäreiltä muille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Myös osan akuutisti sairastuneista potilaista voi hoitaa muu terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri. (Erhola ym. 2013.)

Itsenäistä vastaanotto toimintaa on laillistetuista ammattihenkilöistä esimerkiksi sairaanhoitajilla, terveydenhoitajilla, kättilöillä, fysioterapeuteilla ja suuhygienisteillä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastaanotoilla tutkitaan, hoidetaan, ohjataan sekä seurataan akuutisti ja pitkäaikaisesti sairastuneita potilaita. Hoitaja vastaa potilaan hoidosta, ennalta sovitun työnjaon mukaisesti. Hoitajavastaanottokäynneillä voidaan korvata osa lääkäreiden vastaanottokäynneistä. (Nurmela ym. 2011.)

Vastaanotto työtä tekeviltä ammattihenkilöiltä vaaditaan monipuolista ja laaja-alaista erityisosaamista, mikä edellyttää lisä- ja täydennyskoulutusta (Tiikkainen 2012). Lisäksi vaaditaan kykyä arvioida asiakkaan tilanne ja tehdä päätöksiä yhteistyössä asiakkaan kanssa (Kukka 2009, Ruoranen ym. 2012). Ammattihenkilöillä on oltava myös hyvät tiedonhankintataidot ja osaamista kliinisten tietojärjestelmien hyödyntämisestä (Kesonen & Olkkonen 2012).

Hoitajavetoista terveysasemamallia on kehitetty esimerkiksi Jyväskylässä, Huhtasuon terveysasemalla. Lääkäripulaa on helpotettu siten, että sairaanhoitajien roolia on lisätty potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa, pitkäaikaissairauksien hoidossa ja moniammatillisen hoidon koordinoinnissa. Potilas voidaan myös tarpeen mukaan ohjata suoraan fysioterapeutin, depressiohoitajan, sosiaaliohjaajan, päihdehoitajan tai psykologin vastaanotolle (www.jyvaskyla.fi).

Itsenäisillä vastaanotoilla työskentelevillä ammattihenkilöillä ei ole kansallisesti yhteisiä tehtäväkuvia. Tehtävänimikkeetkin vaihtelevat organisaatioittain. Nimikkeitä ovat esimerkiksi päivystävä sairaanhoitaja, diabeteshoitaja, dialyysihoitaja, avannehoitaja, endoproteesihoitaja, ultraäänihoitaja, kipuhoitaja ja sonograferi (Nurmela 2011).

Työpari- ja tiimityö vastaanotto toiminnassa

Työnjaon tehokas uudistaminen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa edellyttää tiivistä hoitajan ja lääkärin tiimityötä (Liimatainen 2010). Parityöskentelyn on todettu lisäävän työn sujuvuutta ja vaikuttavan positiivisesti työmotivaatioon (Vierula 2010).

Suurella osalla (70 %) terveyskeskuksistamme on toteutettu lääkäreiden ja hoitajien välisiä työpari- tai tiimityömalleja. Väestöosuudeltaan ne muodostavat valtaosan (83 %) terveyskeskuksista. Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä koulutetun hoitohenkilöstön uusiin tehtäväkuviin. (Rintanen ym. 2014.)

Peltosen (2009) väitöskirjatutkimuksen aiheena oli lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö perusterveydenhuollon vastaanottojen toimintamallina. Lääkärin vastaanottoille valikoituivat hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen vain ne potilaat, jotka tarvitsivat lääkärin osaamista. Hoitajat kokivat, että uusi työnjako selkiytti työajan käyttöä ja vähensi terveydenhuollon kustannuksia. Myös lääkäriaikojen

saatavuus parantui. Lääkäreiden ja hoitajien työtapa koettiin ammattitaitoiseksi ja yksilölliseksi. Asiakkaat toivoivat kuitenkin lisää henkilökuntaa ja ajanvarauksen toimivuuden parantamista.

Väitöstutkimuksessa Peltonen laati toimintamallin perusterveydenhuollon vastaanotto-toimintaan. Siinä hoitajat vastaavat potilaiden hoidon tarpeen arvioinnista, tutkimusten toteuttamisesta ja hoidon ohjauksesta potilailla, jotka sairastavat tavanomaisia infektioita. Hoitajien vastuulle kuuluu lisäksi kansansairauksien ehkäisy, potilaiden hoidon ohjaus ja seuranta.

Mallin keskeiset toimintatavat (Peltonen 2009, s.162):

- Asiakkaat ottavat yhteyttä hoitajaan, joka arvioi hoidon tarpeen.
- Hoitajien vastaanotot toimivat ajanvarauksella.
- Seurantakäynnit sovitaan edellisen vastaanottokäynnin yhteydessä.
- Hoitajat valmistelevat potilaiden asiat lääkärin vastaanotolle.
- Lääkäreiden ja hoitajien tehtävät sekä vastuut on sovittu kirjallisesti.
- Lääkäreiden ja hoitajien välille on sovittu toimivat konsultaatiojärjestelmät.
- Palaute erikoissairaanhoidosta tulee potilaan omalle lääkärille sekä hoitajalle.
- Kirjaamiseen panostetaan ja se on suunnitelmallista.

Asiantuntija alueellisissa palveluissa

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos luo uusia mahdollisuuksia alueellisten palveluiden tarjoamiseen. Terveystieteiden laillistetut ammattihenkilöt (esimerkiksi sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, kättilöt, fysioterapeutit ja suuhygienistit) voivat toimia asiantuntijoina alueellisissa palveluissa.

Asiantuntijat voivat tukea useita organisaatioita ja yksiköitä alueellaan näyttöön perustuvien ja turvallisten käytäntöjen jalkauttamisessa. Siten käytäntöjä ja hoitoketjuja voidaan yhtenäistää. Asiantuntijat voivat myös järjestää henkilöstökoulutusta, antaa konsultaatio-apua erityisosaamisalueeltaan ja seurata sekä arvioida palveluita potilasturvallisuuden näkökulmasta. (Vallimies-Patomäki 2010.)

Alueellisesti toimivat asiantuntijasairaanhoitajat voivat kehittää ikäihmisten hoidossa useamman yksikön yhteisiä lääkehoidon toteuttamisen käytäntöjä ja potilasturvallisuustyötä, tukea näyttöön perustuvien, turvallisten käytäntöjen käyttöönottoa sekä yhtenäistää hoidon käytäntöjä (Vallimies-Patomäki 2010.)

Asiakasvastaavat uutena toimintamallina

Asiakasvastaava-toiminta perustuu terveyshyötymalliin (Cronic Care Model), jonka lähtökohtana on monisairaana potilaan pitkäaikaissairauksien kokonaisvaltainen, suunnitelmallinen ja yksilöllinen hoito. Kun ongelmiin tartutaan ajoissa ja oikea-aikaisesti, kustannukset vähenevät ja inhimillinen kärsimys lievenee (Kanste ym. 2010, Muurinen 2010, Kanste ym. 2012, Jartti ym. 2011).

Monisairaiden ja/tai paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidosta ja seurannasta voidaan osa siirtää lääkärin suostumuksella asiakasvastaavalle (case manager), joka on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö (sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kättilö). Terveystieteiden nimikesuojatut ammattihenkilöt (esimerkiksi lähihoitajat) toimivat tiiviissä yhteistyössä asiakasvastaavien kanssa. Lähihoitajasta voi tulla yhdyshenkilö sen jälkeen, kun asiakas ei enää tarvitse asiakasvastaavan tukea. Fysioterapeutit voivat toimia tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavien asiakasvastaavina. Ravitsemusterapeutit, toimintaterapeutit ym. toimivat pääsääntöisesti konsultatiivisessa roolissa. (Muurinen ja Mäntyranta 2011.)

Asiakasvastaavien koulutusohjelmat käynnistyivät ammattikorkeakoulussa (30 op) (STM 2011) ja ensimmäiset hoitajat valmistuivat keväällä 2014. Asiakasvastaava-toimintaa on kehitetty esimerkiksi terveystieteiden keskuksissa (Muurinen & Mäntyranta 2011), kotihoitossa (Heikkilä 2014) ja ikäihmisten päiväkeskustoiminnassa (Koivunen 2013). Malli on sovellettavissa myös työterveyshuoltoon (Muurinen 2010).

Kliiniset asiantuntijat

Kliiniset asiantuntijat työskentelevät organisaatioissa laaja-alaisissa (Jokiniemi 2014) ja itsenäisissä tehtävissä (Nieminen ym. 2011), joissa he hyödyntävät moniammatillisia verkostoja (Vestman 2013). Työpanos jakautuu kliiniseen hoitotyöhön, tutkimukseen, kehittämiseen, konsultointiin, kouluttamiseen ja johtamiseen (Jaakkola 2012, Jokiniemi 2014).

Kliinisen asiantuntijan työhön valmistavaa koulutusta tarjoavat sekä ammattikorkeakoulut (YAMK) (Ahonen 2012) että tiedekorkeakoulut. Koulutusvaatimus vaihtelee eri organisaatioissa. Korkeakoulututkimuksen lisäksi vaaditaan laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön tutkinto sekä vahvaa kliinisen hoitotyön osaamista, tutkimus- ja kehittämisosaamista sekä terveydenhuollon palvelujärjestelmän tuntemusta. Kliinisen asiantuntijan nimike ei ole suojattu tai luvanvarainen, joten nimikkeet vaihtelevat (Jaakkola 2012).

Syksyllä 2014 viidessä yliopistosairaalassa työskenteli miltei neljäkymmentä kliinistä asiantuntijaa. Heistä suurin osa on sairaanhoitajia, mutta myös bioanalyttikkoja, fysioterapeutteja ja röntgenhoitajia toimii kyseisissä tehtävissä. Lisäksi muissa terveydenhuollon organisaatioissa työskentelee kliinisiä asiantuntijoita, mutta heidän määräänsä, kelpoisuusvaatimuksia, ammattiryhmiä tai nimikkeitä ei ole tilastoitu.

Kliinisten asiantuntijoiden tehtävät ovat maassamme melko uusia (Fagerström 2009).

Siksi niitä ei ole vielä kuvattu ja määritelty kansallisella tasolla. Sairaanhoitajaliitossa toimii parhaillaan työryhmä, joka pyrkii määrittelemään kliinisen hoitotyön laajavastuiset ja itsenäiset asiantuntijatehtävät, niihin vaadittavan koulutuksen ja nimikkeet. Lisäksi ryhmä visioi tehtävien tulevaisuutta ja pyrkii esittämään suosituksia mm. tehtäväkuvien, koulutuksen, lainsäädännön ja ammattipätevyysosalta. (<https://sairaanhoitajat.fi/>)

Rajattu lääkkeenmääräminen

Rajatun lääkkeenmäärämisosoikeuden voi saada laillistettu sairaanhoitaja sekä sairaanhoitajana laillistettu terveydenhoitaja sekä kättilö. Koulutukset käynnistyivät ammattikorkeakouluissa lainsäädännön astuttua voimaan vuonna 2011. Uudistuksen tavoitteena oli parantaa hoidon saatavuutta ja pitkäaikaissairaiden hoitoa sekä edistää tarkoituksenmukaista työnjakoa terveystieteiden keskuksissa (Mäntyranta ym. 2011).

Valviran myöntämä rajattu lääkkeenmäärämisosoikeus oli 142 hoitajalla elokuussa 2014. He työskentelevät pääsääntöisesti ammattikorkeakoulujen läheisyydessä olevilla terveysasemilla ja keskitetyissä päivystyksissä. Eniten reseptejä kirjoitettiin virtsatie- ja nieluinfektioiden hoitoon. (Heikkilä 2014, Virta 2014.)

Tehy teki marraskuussa 2012 kyselyn rajatun lääkkeenmäärämisosoikeuden saaneille ja sitä opiskeleville hoitajille (n = 50). Kokemukset olivat pääsääntöisesti positiivisia. Hoitajat kokivat, että uusi oikeus helpottaa heidän jokapäiväistä työtään ja organisaatio hyötyi siitä. Potilaat hyötyivät nopeasta hoitotoimenpiteestä. Haasteitakin oli tullut vastaan. Kaikissa organisaatioissa tehtäväkuvia ei ollut määritelty selkeästi. Toisissa rajatun lääkkeenmäärämisosoikeuden tehtävät olivat tulleet entisten tehtävien päälle. Jotkut hoitajat kokivat, että hoitotyön johtajat ja esimiehet eivät tukeneet heitä riittävästi. Osalla työpaikoista oli ilmennyt myös

kateutta esimerkiksi palkankorotuksen vuoksi. Vesterinen (2014) sai samankaltaisia tuloksia, kun hän tutki reseptihoitajien ja heidän esimiestensä kokemuksia.

Tehty on perustanut lääkkeenmääräämisen erikoispätevyysjaostoston. Tarkoituksena on koota yhteen ammattihenkilöt, jotka toimivat lääkkeenmääräämisoikeutta edellyttävissä tehtävissä. Jaosto edistää jäsentensä ammatillista asemaa. Lisäksi se osallistuu tehtäväalueen ja työolosuhteiden sekä koulutuksen kehittämiseen. (www.tehy.fi)

Avustavat tehtävät

Työnjaon kehittäminen koskee kaikkia työntekijäryhmiä. Esimerkiksi ikäihmisten hoitotyötä on pystytty tehostamaan siten, että koulutetun hoitohenkilöstön työaika on suunnattu välittömään hoitotyöhön ja niin sanotut tukipalvelutehtävät (kuten aterihuolto, pyykit, kuljetukset ja huoltotehtävät) on siirretty

toimitila- ja laitoshuoltajille. Jyväskylässä toteutetussa ikäihmisten hoidon kehittämishankkeessa huomattiin, että työtehtäviä uudelleen jakamalla ja palveluita järjeistämällä oli mahdollista vapauttaa jopa neljäsosa hoitohenkilöstön resursseista hoitotyöhön. (Halonen ym. 2014).

Työnjakoa on kehitetty myös erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän HeRa-hankkeessa työnjakoa kehitettiin mm. kirurgian, sisätautien ja psykiatrian osastoilla. Esimerkiksi osastofarmaseutin työpanoksen parempi hyödyntäminen vapautti työaika varsinaiseen potilastyöhön. Hankkeeseen liittyvässä tutkimuksessa todettiin, että miltei kymmenesosa hoitajien työajasta kuluu työtehtäviin, joilla ei ole varsinaista yhteyttä potilashoittoon (mm. odottaminen ja etsiminen, muut ei-hoidolliset tehtävät). (Melville 2012.)

5

Työnjaon kehittäminen kansainvälisesti

Monet maat ovat pyrkineet tehostamaan terveydenhuollon toimintaa uudistamalla ammattihenkilöiden työnjakoa ja tehtäväkuvia (The Prime Minister's Commission 2010, Institute of Medicine 2011, Carney 2014). Laajavastuisilla ja itsenäisillä tehtäväkuvilla on pyritty helpottamaan potilaiden hoitopaikkaan, vapauttamaan lääkäreille enemmän työaika lääketieteellisesti vaativien potilaiden hoitamiseen, säästämään terveydenhuollon kustannuksissa sekä mahdollistamaan työntekijöiden koko osaamisen hyödyntäminen.

Euroopan unionin (EU) lainsäädäntö (esimerkiksi Ammattipätevyysdirektiivi 2013/55/EU) ja kansainvälinen kehittämistyö vaikuttavat työnjakoon Suomessa. Kokemukset lisäkoulutettujen sairaanhoitajien itsenäisistä ja laajavastuisista tehtäväkuvista ja lääkkeen määräämis-oikeudesta ovat vauhdittaneet asiantuntijatehtävien ja rajatun lääkkeen määräämis-oikeuden kehittämistä. Toisaalta koulutettu hoitohenkilöstömme on jo pitkään tehnyt sellaisia tehtäviä, joita vain lääkärit ovat tehneet muissa maissa. Esimerkiksi neuroloissa terveydenhoitajat suorittavat tarkastuksia, joita lastenlääkärit tekevät useiden maiden palvelujärjestelmissä (Kinnula ym. 2014).

OECD:n vuonna 2010 julkaistun raportin mukaan sairaanhoitajien tehtäväkuvia on kehitetty ja laajennettu systemaattisesti varsinkin Yhdysvalloissa, Kanadassa, Isossa-Britanniassa ja Suomessa (Delamaire & Lafortune 2010). Myös Australiassa, Irlannissa (Delamaire & Lafortune 2010, Carney M. 2014) ja Hollannissa (Lindblad ym. 2010) on viime vuosina kehitetty itsenäisiä ja laajavastuisia

tehtäväkuvia. Tutkimuksia hoitotyön kliinisten asiantuntijoiden työstä on julkaistu pääsääntöisesti Australiasta, Islannista, Kanadasta, Isosta-Britanniasta ja Yhdysvalloista (Jokiniemi ym. 2012).

OECD-raportin mukaan laajennettuihin tehtäväkuviin on Suomessa vaikuttanut lääkeripula, tarve vastata paremmin potilaiden muuttuviin terveystarpeisiin (esimerkiksi kroonisten sairauksien määrän kasvu) ja terveydenhuollon resurssien niukkuus. Laajennetut tehtäväkuvat mahdollistaa koulutusjärjestelmämme, joka tuottaa uusien tehtävien edellyttämää osaamista. (Delamaire & Lafortune 2010.)

OECD-raportissa kuvataan niitä hyötyjä, joita laajennetut tehtäväkuvat tarjoavat. Asiantuntijasairaahoitajat voivat tarjota laadultaan yhtä hyvää hoitoa kuin lääkärit. Potilaat ovat olleet uusiin rooleihin tyytyväisiä, koska hoitajilla on ollut enemmän aikaa potilasta kohden. Myös kustannuksia on tarkasteltu joissakin tutkimuksissa. Tehtäväkuvan laajentamiset ovat olleet monissa tapauksissa joko kustannuksia vähentäviä tai kustannusneutraaleja. Kustannussäästöjä voi vähentää hoitajien pidemmät vastaanottoajat tai se, että hoitajat voivat joissakin tapauksissa määrätä lääkäreitä enemmän tutkimuksia. (Delamaire & Lafortune 2010.)

Yhdysvalloissa laajavastuisia, itsenäisiä hoitotyön asiantuntijatehtäviä on kehitetty jo 1960-luvulta lähtien (Carney 2014). Laajavastuiset hoitotyön asiantuntijatehtävät (advanced practice) jaotellaan maassa neljään kategoriaan: Nurse Practitioners NP (ei suomenkielistä käännöstä), Clinical Nurse Specialists

CNS (kliinisen hoitotyön asiantuntija), Nurse Anesthetists (anestesia-sairaanhoidaja) ja Nurse Midwives (kättilö).

Nurse Practitioner -roolissa toimivilla yhdysvaltalaisilla sairaanhoitajilla on itsenäisiä potilasvastaanottoja ja paljon lääketieteellistä osaamista. Kliinisen hoitotyön asiantuntijat (CNS) toimivat sairaaloissa ja he ovat kehittäneet osaamistaan erityisesti hoitotieteellisessä tiedossa. He tekevät hoitotyötä ja tutkimusta, kehittävät organisaatioiden toimintaa ja johtavat hoitotyötä. Sairaanhoitajatyövoimasta noin 6,5 % toimii laajavastuisissa ja itsenäisissä tehtävissä. Joissakin suurissa organisaatioissa voi olla jopa 500 NP- ja CNS-tehtävissä toimivaa sairaanhoitajaa.

Yhdysvalloissa on tehty kansallinen sopimus laajavastuisten hoitotyön asiantuntijatehtävien säätelystä (Consensus Model for APRN Regulation), jonka 41 sairaanhoitajaliittoa on hyväksynyt. Sopimus säätelää nimikkeitä, koulutusta, rekisteröintiä ja erikoisaloja, joissa laajavastuisissa hoitotyön asiantuntijatehtävissä toimivat sairaanhoitajat työskentelevät. Sopimuksella vahvistetaan sairaanhoitajien liikkuvuutta eri osavaltioiden välillä, ja se viedään osavaltiokohtaisiin lainsäädäntöihin vuoteen 2015 mennessä. (<http://www.nursingworld.org/consensusmodel>)

Tulevaisuudessa myös Euroopan unioni hyötyisi sopimus- tai lainsäädäntöraamasta, jolla säädeltäisiin laajavastuisia ja itsenäisiä hoitotyön asiantuntijatehtäviä. Se turvaisi asiantuntijatehtävissä toimivien terveydenhuollon ammattihenkilöiden liikkuvuuden eri jäsenmaiden välillä.

Kanadassa sairaanhoitajien laajavastuisia asiantuntijatehtäviä on kehitetty jo neljän vuosikymmenen ajan. Tehtävät on jaettu kolmeen kategoriaan: perusterveyden Nurse Practitioners (PHCNPs), akuutin hoitotyön Nurse Practitioners (ACNP) ja kliiniset hoitotyön asiantuntijat (CNS). Useimmissa Kanadan provinseissa Nurse Practitioners -tehtä-

viä koskeva lainsäädäntö antaa oikeuden diagnosoida, tehdä tutkimuksia ja määrätä lääkkeitä. Kliinisen hoitotyön asiantuntijatehtäviin (CNS) ei liity omaa lainsäädäntöä, vaan niitä säätelää yleinen sairaanhoitajia koskeva lainsäädäntö. (DiCenso & Bryant-Lukosius 2009.)

Ruotsissa lisäkoulutetuilla terveydenhoitajilla on ollut rajattu lääkkeenmääräämisoikeus vuodesta 1994, sairaanhoitajilla vuodesta 2001. Hoitotyön itsenäisiin ja laajavastuisiin tehtäviin päteväntä maisterikoulutusta on maassa ollut vuodesta 2005 alkaen (Lindblad ym. 2010). Myös asiakasvastaava-toimintaa on kehitetty viime vuosien aikana (Nergårdh & Forsberg 2013). Potilaat ovat suhtautuneet hoitotyön laajavastuisiin asiantuntijatehtäviin erittäin positiivisesti (Bergman ym. 2013). Haasteet ovat kuitenkin samanlaisia Suomessa: laajavastuisia tehtäviä ei ole kansallisesti määritelty, nimikkeitä ei ole suojattu lainsäädännöllä ja uusia vakansseja on vielä vähän tarjolla lisäkoulutuksen hankkineille hoitajille (Altersved ym. 2011, Carney 2014).

Irlannissa laajavastuisissa asiantuntijatehtävissä toimivilla sairaanhoitajilla ja kättilöillä (Advanced Nurse/Midwife) on suojattu nimitys ja he ovat kansallisessa rekisterissä (The Nursing and Midwifery Board of Ireland, NMBI). Vuonna 2014 oli rekisteröityneenä kuusi asiantuntijakättilöä ja 140 asiantuntijasairaanhoidajaa. Heillä on maisteritasoinen koulutus ja vähintään seitsemän vuoden työkokemus. Lisäksi vakanssit, joissa asiantuntijahoitajat toimivat, ovat kansallisessa rekisterissä. Organisaatiot hakevat NMBI:ltä asiantuntijavakansseja, jotka myönnetään joskus pitkän hakuprosessin jälkeen. Vakansseja oli syksyllä 2014 yhteensä 193. Vakanssin on oltava asiantuntijatehtävä, jossa tehtäväkuva on määritelty, jota organisaatio tukee ja jossa on järjestetty riittävät konsultaatiomahdollisuudet. (<http://www.nursingboard.ie>)

6

Osaamisen varmistaminen uudessa työympäristössä

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuudistus tuottaa uusia osaamisvaateita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstölle. Muutos korostaa myös alueellisen tai valtakunnallisen skenaariotyöskentelyn merkitystä, mikä ennakoii osaamistarvetta. Oppilaitosten, koulutustoimikuntien ja muiden ennakoitutyöskentelyyn osallistuvien sidosryhmien läpinäkyvä yhteistyö luo puitteet – niin määrällisten kuin laadullisten koulutustarpeiden tarkoituksenmukaiseen suunnitteluun, jotta muutostarpeeseen voidaan vastata riittävän nopeasti ja oikein.

Sosiaali- ja terveysalan tutkintoon johtava koulutus Suomessa tarjoaa valmistuneelle opiskelijalle suhteellisen laaja-alaiset perusvalmiudet ammatin harjoittamiseen. Uudet tutkinnon perusteet tai opetussuunnitelmat näyttävät vahvistavan suuntausta niin ammatillisella perusasteella kuin korkeakoulutuksessaakin. Työelämä tarvitseeikin osaajia, joilla on valmiudet toimia moniammatillisesti perinteiset koulutusalat ylittävissä verkostoissa.

Ammateissa tarvitaan samanaikaisesti syväosaamista, kun hoitomenetelmät kehittyvät ja potilaan tai asiakkaan rooli hoitoprosessissa uudistuu. Potilaan ohjaukseen ja neuvontaan liittyvä osaaminen edellyttää koko hoitoketjun tuntemista sekä verkostotyöskentelyn edellyttämiä taitoja. Tehtäväkuvat laajenevat ja lisäävät itsenäistä vastuuta ja ammatin kehittämismahdollisuuksia. Hoitohenkilöstön itsenäisen vastaanotto toiminta tai rajattu lääkkeen määrääminen ovat esimerkkejä laajentuvista tehtäväkuvista. Työelämän osaamistarvetta tyydytetään myös tehtäväsiirroilla erityisesti silloin, kun tietyn sosiaali- ja terveydenhuol-

lon tutkinnon suorittaneista ammattihenkilöstä on pulaa paikallisesti tai alueellisesti.

Ammattipätevyysdirektiivin (55/2013/EU) uudistaminen vahvistaa elinikäisen oppimisen tai jatkuvan ammatillisen kehittymisen viitekehystä sosiaali- ja terveysalalla. Koko työuran kestävä oppimisen vahvistuminen on keskeinen menestystekijä työurien kehittymiselle ja työn vetovoimaisuudelle. Sosiaali- ja terveysalan tutkintoon johtava koulutus ei kaikilta osin kykene reagoimaan työelämän osaamistarpeeseen riittävän reaaliaikaisesti, kun sosiaali- ja terveyspalvelut uudistuvat. Lisä- ja täydennyskoulutus parantavat valmiuksia ja niillä vastataan osaamistarpeeseen. Uudet korkeakoulutuksen erikoistumiskoulutukset ovat riittävän laajoja kokonaisuuksia, joilla voidaan syventää ammattien sisäistä tai välistä osaamista. Toisaalta II-asteen erikoisammattitutkinnot tuottavat osaamista vaativimpien työtehtävien hallintaan, tietyille osaamisalueille.

Työelämän rooli on keskeinen, kun järjestetään suppeampaa lisä- tai täydennyskoulutusta, jolla voidaan vastata yksittäisten työtehtävien osaamisvajeeseen. Organisaation koulutussuunnittelussa on avainasemassa se, että henkilöstö voi osallistua koulutukseen. Esimerkiksi uudet virtuaaliset oppimisympäristöt mahdollistavat joustavan opiskelun työuran eri vaiheissa.

Terveydenhuollon johtamis-, kehittämis- ja muita asiantuntijatehtäviä tarvitaan jatkossakin, kun palvelujärjestelmät uudistuvat. Koulutusjärjestelmämme tuottaa osaajia kyseisiin tehtäviin niin akateemisen koulutusväylän (maisterikoulutus) kuin ammattikorkeakoulutuksenkin kautta (YAMK-koulutus).

Korkeakoulutusten osittainen päällekkäisyys tuottaa hieman erityyppistä osaamista koulutusväylästä riippuen, esimerkiksi terveydenhuollon johto- tai kliinisen asiantuntijan tehtäviin. Nykyistä koulutusjärjestelmän mallia on kehitettävä. Sillä varmistetaan, että ylempään korkeakoulututkintoon johtava koulutus on vetovoimaista, laadukasta ja vastaa aidosti työelämän tarpeisiin.

Elinikäisen oppimisen viitekehyksessä huomioidaan myös muodollisen, formaalin kouluttautumisen lisäksi informaali, työpaikalla tapahtuva oppiminen. Muodollinen pätevyys ei yksin riitä, jotta työurat kehittyvät. Työssä oppimisen merkitystä ammatillisessa kehittämisessä on korostettava.

II-asteen koulutus

Sosiaali- ja terveysalan työpaikoilla toimii vielä aiemman koulutusjärjestelmän mukaisesti valmistuneita perushoitajia, lastenhoitajia jne. Keskiasteen koulutus uudistettiin 1990-luvun alussa. Siitä lähtien kaikki II asteen sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittaneet ovat toimineet nimikkeellä lähihoitaja.

Lähihoitaja on suojattu ammattinimike, jota haetaan Valviralta tutkintotodistuksella. Kun työnjakoa kehitetään työpaikoilla, on tärkeää ottaa huomioon, että tutkintonimike on kaikilla sama, mutta osaaminen vaihtelee, heti tutkinnon suorittamisen jälkeenkin.

Sosiaali- ja terveysalan ammatillisen perustutkinnon rakenne, tutkinnon osat ja ammattitaitovaatimukset ovat muuttuneet useaan otteeseen. Viimeisin uudistus tehtiin vuonna 2010 (OPH 17/011/2010 ja OPH 37/011/2011). Nykyisessä tutkinnossa on kolme kaikille pakollista tutkinnon osaa: kasvun tukeminen ja ohjaus, hoito ja huolenpito sekä kuntoutumisen tukeminen.

Näiden lisäksi valitaan yksi kymmenestä koulutusohjelmasta tai osaamisalasta:

- Asiakaspalvelu ja tietohallinta
- Ensihoito

- Kuntoutus
- Lasten ja nuorten hoito ja kasvatusta
- Mielenterveys- ja päihdetyö
- Sairaanhoido ja huolenpito
- Suun terveydenhoito
- Vammaistyö
- Vanhustyö
- Jalkojenhoito

Koulutusohjelma tai osaamisala on tutkinnon laajin (30 ov). Pakollisten tutkinnon osien, valinnaisen koulutusohjelman tai osaamisalan lisäksi tutkintoon sisältyy 10 ov:n laajuinen valinnainen tutkinnon osa, jonka voi valita myös muista kuin sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan tutkinnoista.

Sosiaali- ja terveysalan tehtäviin on viime vuosina työllistetty myös vajailla tutkinnoilla. Työ- ja elinkeinohallinnon tavoitteiden mukaisesti on järjestetty ns. hoiva-avustajakoulutusta, jossa aikuisopiskelijat suorittavat vain kaksi pakollista tutkinnon osaa sosiaali- ja terveysalan perustutkinnosta: kasvun tukeminen ja ohjaus sekä kuntoutumisen tukeminen. Työtehtäviä määriteltäessä on tärkeää muistaa, että hoiva-avustajat eivät ole sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Koulutus ei mahdollista itsenäistä vastuunottoa hoidosta. Se on huomioitava erityisesti lääkehoitoon liittyvissä tehtävissä, mutta myös niissä, joissa edellytetään todellista ammattihenkilön osaamista.

Osaamisen tunnistamisen työväline – erityispätevyysjärjestelmä

Työelämässä on nojaututtu perinteisesti osaamiseen, joka perustuu tutkintoihin. Työelämä edellyttää työntekijöiltä erikoistunutta ja syvällistä osaamista sekä sen jatkuvaa kehittämistä muuttuvassa toimintaympäristössä. Työnantajan ja työntekijän olisi tunnistettava työssä opittu tai täydennys- ja lisäkoulutuksella hankittu ammatillinen osaaminen ja sen muutokset.

Tehy ja sen yhteistyöjäsenjärjestöt ovat luoneet yhteistyössä erityispätevyysjärjestelmän helpottamaan erityisosaamisen tunnistamista. Järjestelmä sisältää sekä ammattialakohtaisen että johtamisen erityispätevyden. Ammattialakohtaisella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden kliinistä erityispätevyyttä, jolle kukin Tehyn yhteistyöjäsenjärjestö on laatinut oman ammattialansa vaatiman kriteeristön. Yhteistyöjäsenjärjestöt vastaavat ammattialakohtaisen erityispätevyysjärjestelmän kehittämisestä, ylläpidosta sekä nimikkeen myöntämisestä jäsenilleen.

Johtamisen erityispätevyuden tavoitteena on tukea esimiesten urakehitystä. Koulutuk-

sen lisäksi järjestelmä painottaa esimiestehtävässä hankittua työkokemusta. Tehy vastaa järjestelmään liittyvän erikoisasantuntijarekisterin ylläpidosta ja palkkaukseen vaikuttamisesta. Ammattihenkilö voi todistetusti osoittaa näkyväksi ammattialakohtaisen tai johtamisen erityisosaamisensa rekisteröintijärjestelmän avulla. Järjestelmää voidaan hyödyntää myös osaamisen tunnistamisen työvälineenä. (Partanen 2014.)

Tarkempia lisätietoja erityispätevyysjärjestelmistä löytyy Tehyn ja yhteistyöjäsenjärjestöjen verkkosivuilta (Ks. www.tehy.fi/tehy_jarjestona/yhteistyojasenjarjestot/).

Lainsäädäntö mahdollistaa työnjaon

Potilailla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (L1992/785) ja palveluiden on oltava laadukkaita, turvallisia ja asianmukaisesti toteutettuja (L1326/2010). Terveydenhuollon yhteiset eettiset periaatteet korostavat potilaan oikeutta hyvään hoitoon ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastuuta sen toteuttamisessa (<http://www.etene.fi/fi>).

Terveydenhuollon ammattihenkilöt tekevät työtä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammatillisen osaamisensa mukaisesti, ja jokainen vastaa työstään henkilökohtaisesti. Ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin (L1994/559).

Ammattihenkilölaki

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetulla lailla (559/1994) (ammattihenkilölaki) pyritään edistämään potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua, mahdollistamalla terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyö ja ammattiryhmien tarkoituksenmukainen työnjako.

Ammattihenkilölain 2 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat saaneet ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö), ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö) tai heillä on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö).

- Laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä.
- Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammatissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito.
- Jos laissa tai lain nojalla annetussa asetuksessa ei säädetä toisin, laillistetut, luvan saaneet tai nimikesuojatut ammattihenkilöt voivat toimia toistensa tehtävissä, kun se on työjärjestelyjen ja terveystalvelujen tuottamisen kannalta perusteltua.

Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja, kättilö, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, laboratoriohoitaja, röntgenhoitaja ja suuhygienisti. Edellä mainittuja ammatteja saa harjoittaa vain laillistettu ammattihenkilö.

Nimikesuojattuja ammattihenkilöitä ovat esimerkiksi apuvälineteknikko, lähihoitaja ja jalkaterapeutti. Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammateissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on hoitamaansa tehtävään riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Heillä ei kuitenkaan ole oikeutta käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä. (www.valvira.fi)

Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Vastaavasti laillistettu hammaslääkäri päättää hammaslääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta.

Muu lainsäädäntö työnjaon uudistamisessa

Oireenmukaiseen hoitoon liittyvät ammattihenkilölain muutokset astuivat voimaan 1.7. 2010. Ammattihenkilölain 23 a § perusteella laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtäväkuvansa mukaisesti aloittaa hoidon potilaan oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella

Hoidon tarpeen arviointi edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilöltä asianmukaista koulutusta ja työkokemusta sekä terveydenhuollon toimintayksikössä sovittua työnjakoa (STM 2010b). Oireenmukaiseen hoitoon voi sisältyä sairaanhoitajan rajattuun lääkkeenmääräämisoikeuteen perustuva uuden lääkeshoidon aloittaminen ja lääkärin tekemän taudinmäärityksen pohjalta lääkemääräyksen uusiminen.

Sairanhoitajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus antaa uusia mahdollisuuksia kehittää perusterveydenhuollon työnjakoa tarkoituksenmukaiseksi. Sairanhoitajien, kätilöiden ja terveydenhoitajien rajattua lääkkeenmääräämistä koskeva lainsäädäntö tuli voimaan vuonna 2010 (559/1994, muutos 433/2010) ja lakia täydentävät asetukset ja asetusmuutokset seuraavan vuoden alusta (A1088/2010, A1089/2010).

Rajatun lääkkeenmääräämisen edellyttämä lisäkoulutus (45 op) suoritetaan ammattikorkeakoulussa. Ammattihenkilö voi hakeutua koulutukseen, kun hänellä on vähintään kolmen vuoden työkokemus viideltä viime vuo-

delta alueelta, jolta hän tulee lääkkeitä määräämään. Koulutuksen jälkeen erikoispätevyyden toteamista haetaan Valviralta.

Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus edellyttää työ-/palvelusuhdetta terveyskeskukseen, kuntayhtymään tai sairaanhoitopiiriin. Lisäksi vaaditaan terveyskeskuksen vastaavan tai sairaanhoitopiirin johtavan lääkärin kirjallinen määräys, jossa todetaan lääkkeet, joita sairaanhoitaja saa määrätä sekä niihin liittyvät mahdolliset rajoitukset. Ammattihenkilö vastaa aina omasta toiminnastaan lääkkeitä määrätessään.

Julkisen terveydenhuollon palveluksessa oleva ja riittävän koulutuksen saanut laillistettu kätilö tai terveydenhoitaja voi itsenäisesti suorittaa säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksen ja antaa todistuksen vanhempainrahaa varten (L437/2010, A1090/2010). Jälkitarkastus tehdään toimintayksikössä sovittua työnjakoa ja kansallisia hoitosuosituksia noudattaen (STM 2010a, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013). Ammattikorkeakoulut järjestävät terveydenhoitajille vähintään kolmen ja kätilöille vähintään yhden opintopisteen laajuisia täydennyskoulutuksia. Niiden sisältö ja toteuttamistapa vaihtelevat eri ammattikorkeakouluissa (Moilanen & Vainio-Kivimäki 2014). Opintokokonaisuus sisällytetään kätilön ja terveydenhoitajan tutkintoihin johtavaan koulutukseen (STM 2010a, Berglund ym. 2011).

Liitteeseen (s. 32) on koottu keskeisiä lainsäädännön pykäläitä, jotka koskevat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjakoa.

8

Työnjaon uudistamisen edellytykset

Työnantajan vastuulla on työvoiman käyttö ja tehtävien tarkoituksenmukainen jakaminen eri ammattiryhmien kesken. Työnantaja vastaa työntekijän perehdytyksestä, osaamisen varmistamisesta työtehtävien muuttuessa, osaamisen kehittämisen tukemisesta sekä työtehtäviin liittyvästä ohjauksesta ja valvonnasta (STM 2009, s.10).

Työtehtävät sosiaali- ja terveydenhuollossa määräytyvät ammattihenkilön koulutukseen ja tutkintoon perustuvan osaamisen perusteella. Kun tehtäviä muutetaan tai siirretään ammattiryhmältä toiselle, on työnantajan otettava huomioon työntekijöiden koulutus, kokemus ja tosiasiallinen osaaminen. Työnantajan on luotava lisäksi edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen.

Ammattihenkilölain 15 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä, kokemusperäisiä ja perusteltuja menettelytapoja. Ammattihenkilön on toimittava tehtävä-

kuvansa puitteissa oman toimintansa ja kykensä sekä ammattitaitonsa rajat tunnistaen. Hän on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa ja perehtymään säädöksiin ja määräyksiin. Huolellinen ja asianmukainen kirjaaminen on olennaisen tärkeää sekä potilasturvallisuuden että ammattihenkilön oman oikeusturvan näkökulmasta.

Tehyn näkemyksen mukaan työnjaon muutoksissa ja niihin liittyvissä tehtäväsiirroissa on sovittava kirjallisesti:

- henkilön suostumuksesta
- palkasta
- vastuista
- konsultoinnista ja koulutuksesta
- osoitetun osaamisen riittävydestä ja sen varmistamisesta määräajoin.

Kun näitä periaatteita noudatetaan organisaatioissa, työnjaon kehittäminen tehdään hallitusti ja siitä hyötyvät niin ammattihenkilöt, asiakkaat/potilaat kuin työnantajakin.

9 Lopuksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöistä tulee pulaa, kun väestö ikääntyy ja koulutettu hoitohenkilöstö eläköityy nopeaa tahtia. Työnjakoon liittyvät uudistukset ovat yksi keino varautua tulevaan.

Julkisen ja yksityisen sektorin on toimittava jatkossa tuloksellisemmin ja tuottavammin. Ammattihenkilöiden osaaminen on hyödynnettävä nykyistä paremmin niukkojen resursien aikana. Tämä tarkoittaa laajavastuisempia ja itsenäisempiä tehtäviä. Moniammatillinen yhteistyö, tiimien johtaminen, paljon hoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon koordinointi, potilaiden tukeminen itsehoidossa ja konsultaatiotehtävät lisääntyvät.

Ammattitaitoisten hoitotyön johtajien ja esimiesten rooli on keskeinen, kun koulutetun hoitohenkilöstön työnjakoa ja tehtäviä uudistetaan. Työnjaon uudistaminen edellyttää vahvaa johtamisosaamista, hyvää kliinistä osaamista sekä kykyä muutosjohtamiseen.

Tehyn näkemyksen mukaan työnjakoa uudistamalla voidaan nopeuttaa hoitoon pääsyä, parantaa hoidon laatua ja hallita kustannuksia. Samalla voidaan tarjota mielekkäitä urakehityspolkuja ja lisätä työntekijöiden pysyvyyttä sekä organisaatioiden vetovoimaisuutta.

Otetaan osaaminen käyttöön!

10

Oppaita ja ohjeita työnjakoon liittyen

- Suomalainen potilasturvallisuusstrategia. STM:n julkaisu 2009:3.
- Turvallinen lääkehoito-opas. STM:n oppaita 2005:32. (uusi opas julkaistaan 2015)
- Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. STM 2012:4
- Lääkehoidon toteuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valviran esite 2:2012.
- Potilasturvallisuusopas. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 15:2011.
- Terveydenhuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu.
- Rokottajan käsikirja. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen thl.fi-palvelun Rokottaminen-aihesivusto: www.thl.fi/rokottaminen
- Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 29:2013.
- Antikoagulaatiohoidon käsikirja. Ohjeistus varfariinihoidon toteutuksesta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Käsikirja ja koulutusmateriaali: <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/antikoagulaatiohoidon-ohjeet>
- Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 17:2012

Oppaat ja ohjeet löydät internetistä.

- Aalto P. 2014. Muutos sosiaali- ja terveydenhuollon organisoinnissa ja hoitotyön johtajuus. *Hoitotiede* 3(26), 231-231.
- Ahonen P. 2012. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma uuden asiantuntijuuden tuottajana. Teoksessa: Kliininen asiantuntija. Uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta. Toim. P. Ahonen. Turku, Turun ammattikorkeakoulun raportteja 130, sivut 7-35.
- Alasoini T., Järvensivu A. & Mäkitalo J. 2012. Suomen työelämä vuonna 2030. Miten ja miksi se on toisennäköinen kuin tällä hetkellä? Työ- ja elinkeinoministeriön raportti 14/2012.
- Altersved E., Zetterlund L., Lindblad U. & Fagerström L. 2011. Advanced practice nurses: a new resource for Swedish primary health-care teams *International Journal of Nursing Practice* 17(2), 174-80.
- Berglund M., Häsänen M., Kosonen L., Mört S. & Tuominen M. 2011. Uutta osaamista äitiyshuoltoon. Vastauksia terveysalan oppimishaasteisiin 5. Turun ammattikorkeakoulun raportteja. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn/9789522162335.pdf#page=24>
- Bergman K., Perhed U., Eriksson I., Lindblad U. & Fagerström L. 2013. Patients' satisfaction with the care offered by advanced practice nurses: a new role in Swedish primary care. *International Journal of Nursing Practice* 19 (3), 326-333. Viitattu 25.8.2014.
- Carney M. 2014. Advanced practice literature review. Nursing and Midwives Board of Ireland (NMBI). http://www.nursingboard.ie/en/join_register.aspx Viitattu 5.12.2014.
- Delamare M. & Lafortune G. 2010. "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing.
- DiCenso A. & Bryant-Lukosius D. 2009. Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada: A Decision Support Synthesis. Ottawa: CHSRF. http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/Dicenso_EN_Final.sflb.ashx Viitattu 3.12.2014
- Erhola M., Jonsson P.M., Pekurinen M. & Teperi J. 2013. Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. *Luonnos* 3.10.2013. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. http://www.thl.fi/documents/10531/97574/Jonottamatta_hoitoon_sivut.pdf Viitattu 15.8.2014.
- Fagerström L. 2009. Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *International Nursing Review* 56, 269-272.
- Fagerström L. & Glasberg, A. 2011. The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland – the perspective of nurse leaders. *Journal of Nursing Management* 19, 925-932.
- Flinkman M. 2014. Young registered nurses' intent to leave the profession in Finland – a mixed-method study. *Annales Universitatis Turkuensis D* 1107. <http://www.doria.fi/handle/10024/95711> Viitattu 11.12.2014.
- Flinkman M., Leino-Kilpi H. & Salanterä S. 2014. Työyhteisön keinot pitää nuoret sairaanhoitajat työpajassa ja ammatissa. Teoksessa: Ranta I. & Tilander E. *Hoitotyön vuosikirja 2014. Työhyvinvoinnin keinot.* Fioca Oy, sivut 45-60.
- Halonen U., Jolanki M. & Ohmero S. 2014. Mielekäs työnjako paransi vanhuspalveluita. *Premissi* 3/2014, 28-31.
- Heikkilä A. & Forsström N. 2014. Asiakasvastaavat kotiutuksen tukena Kouvolan kotihoidossa. *Vanhustyön vastuunkantajat kongressikirja*, sivu 115. http://vanhustyonvastuunkantajat-fi-bin.directo.fi/@Bin/1258a696b0d03cd986528bf45f4b7faa/1409054376/application/pdf/189342/Vanhusty%C3%B6n_vastuunkantajat_2014_Kongressikirja.pdf Viitattu 26.8.2014.

- Hukkanen E. & Vallimies-Patomäki M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja 2005:21.
- Institute of Medicine. 2011. The Future of Nursing: leading change, advancing health. Washington, DC: National Academic Press.
- Jaakkola V. 2012. Hoitotyön kliininen asiantuntijuus terveydenhuollossa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu-tutkielma, Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120589/urn_nbn_fi_uef-20120589.pdf
Viitattu 27.8.2014
- Jartti L., Heinonen P., Urpeier E. & Seppälä M. 2011. Vanhus – päivystyksen suurkuluttajako? Lääkärelehti 40(66), 2968–2970.
- Jokiniemi, K., Pietilä, A.-M., Kylmä, J., Haatainen, K. 2012. Advanced Nursing Roles: A systematic Review. Nursing and Health Sciences 14, 421-431.
- Jokiniemi, K. 2014. Clinical Nurse Specialist Role in Finnish Health Care. University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 249. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1579-5/urn_isbn_978-952-61-1579-5.pdf
Viitattu 5.12.2014
- Kanste O, Holappa M, Miettinen K, Rissanen A. & Törmänen L. 2010. Monisairaille oma palveluohjaaja terveysasemalta – kohti hyvää elämää. Kirjassa (toim.): Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy, sivut 51-62.
- Kanste O., Timonen O. & Ylitalo-Katajisto K. 2012. Paljon palveluita tarvitsevien asiakasvastaavatoiminta terveyskeskuksissa. Sairaanhoidaja 85 (1), 55-57.
Viitattu 15.8.2014.
- Keistinen T. & Jouttimäki R.-M. 2013. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja 2013: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja 2013. Muistio 29.8.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6556944&name=DLFE-27323.pdf
- Kesonen P. & Olkkonen S. 2012. Vastaanottohoitajan osaamisvaatimukset perusterveydenhuollossa – poliikkatoiminnasta kokonaisvaltaiseen asiakkaan kohtaamiseen. Opinnäytetyö. Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47185/Kesonen_Paula_Olkkonen_Sanna_Opinnaytetyo.pdf?sequence=1
Viitattu 26.8.2014
- Kinnula P., Malmi T. & Vauramo E. 2014. Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua? KAKS – Kunnallisanalyyttämässä. http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_82_net_0.pdf
Viitattu 15.8.2014.
- Koivunen S. 2013. Asiakasvastaavatoiminta osaksi ikäihmistien päiväkeskumallia. Opinnäytetyö YAMK. Sosiaali- ja terveysala. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/68830/Koivunen_Sini.pdf?sequence=1
Viitattu 26.8.2014
- Korhonen A., Korhonen T. & Holopainen A. 2010. Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. Tutkiva hoitotyö 8 (3), 38-42.
- Korhonen A., Jylhä V. & Holopainen A. 2012. Millaiseen tietoon potilaan hoitoa koskevat päätökset perustuvat? Puheenvuoro. Tutkiva Hoitotyö 10(1), 40–42.
- Kukka A. 2009. Selvitys fysioterapeuttien laajennetuista tehtävänkuvista ja tehtäväsiirroista kansainvälisesti ja Suomessa. Suomen Fysioterapeutit 12/ 2009.
- Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2009. Tehtävien ja työnjaon muutokset. Opas terveydenhuollon ja työelämän kehittämiseen. 1. painos. Kirjapaino Uusimaa. Helsinki.
- Leppänen N. & Puupponen A. 2009. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: hoitotyön asiantuntija – käsitteen määrittelyä. Ylempi AMK-opinnäytetyö: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, terveyden edistämisen koulutusohjelma.
- Liimatainen A. 2010. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa. Tapaustutkimus laajennetusta tehtäväkuvasta. Lisensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100015/

- Viitattu 2.12.2014
- Lindblad E., Hallman E.B., Gillsjö C., Lindblad U. & Fagerström L. 2010. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care – A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 16(1), 69–74.
- Lindström E. 2003. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. *Monisteita* 2003:12.
- Linturi R., Kuusi O. & Ahlqvist T. 2013. Suomen sata uutta mahdollisuutta: radikaalit teknologiset ratkaisut. *Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu* 6/2013.
- McGillis-Hall L., Peterson J., Lalonde M., Cripps L. & Dales L. 2011. Strategies for retaining midcareer nurses. *The Journal of Nursing Management* 41(12), 531-537.
- Melville T. 2012. Kuluuko hoitajien työaika siihen mihin sen pitääkin? KSSHHP. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sidosryhmälehti 2/2012, sivut 4-5. http://www.ksshp.fi/download/noname/%7BE-5B1A897-B87C-47BF-867F-824C3_D5EB567%7D/40620
Viitattu 26.8.2014.
- Meretoja, R. & Koponen, L. 2008. Vetovoimainen sairaala. Teoksessa: Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Sairaanhoidajaliitto. Suomen Graafiset palvelut Oy, sivut 9 – 20.
- Moilanen R. & Vainio-Kivimäki H. 2014. Säännöllisen synnytyksen jälkitarkastus. Tehtävänsiirto kättilöille ja terveydenhoitajille. Opinnäytetyö, Hoitotyön koulutusohjelma, Oulun ammattikorkeakoulu. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70936/Moilanen_Reetta_Vainio-Kivimaki_Heini.pdf?sequence=1
Viitattu 25.8.2014
- Moseley A., Jeffers L. & Paterson J. 2008. The retention of the older nursing workforce: a literature review exploring factors that influence the retention and turnover of older nurses. *Contemporary Nurse* 30(1), 46–56.
- Muurinen, S. 2010. Monisairaille oma vastuutyöntekijä terveyskeskuksiin. *Tessö* 8, 42-43.
- Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2011. Asiakasvastaava-toiminta Terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimiva terveyskeskusoehjelma.
- Nergårdh A. & Forsberg G. 2013. Rapport. Aktiv Hälsostyrning – vårdcoacher 2013. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Stocholms läns lansting. <http://www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/Projekt/Vardcoacher/Dokument/Rapport-Aktiv-halsostyrning---vardcoacher-2013/>
Viitattu 15.8.2014.
- Nieminen A-L., Mannevaara B. & Fagerström L. 2011. Advanced practice nurses' scope of practice a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(4), 661-70
- Nurmela T., Isotalo A. & Nygren P. 2011. Hoitotyön laajojen vastuutehtävien määrittely ja hallinnollisten menettelyjen kehittäminen. Lahden Ammattikorkeakoulu. http://pro.phkk.fi/kit/articles%5CNurmela_article.pdf
Viitattu 2.12.2014.
- Oksanen E. 2014. Kansalaisesta oman terveyden herra. *Premissi* 1/2014, s. 18-19.
- Partanen K. 2014. Johtamisen erityispätevyydellä osaanminen näkyväksi. *Fysioterapia* 6/14, 61, s. 34-37.
- Peltonen E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Vertaileva tutkimus. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 168. Kuopion yliopisto.
- Peltonen E., Vehviläinen-Julkunen K., Pietilä A-M. & Elonheimo O. 2010. Uusi toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaan. Teoksessa: Muurinen, S. & Nenonen, M. & Wilskman, K. & Agge, E. 2010. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy, sivut 63-73.
- Rintanen H., Puromäki H. & Heinämäki L. 2014. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt Suomessa. Kysely terveyskeskuksille keväällä 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 18/2014. Helsinki 2014.
- Routasalo P., Pitkälä K. 2009. Omahoidon tukeminen – opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. *Duodecim*.
- Ruoronen M., Koikkalainen P., Ahonen T., Salminen S., Hämäläinen V., Lämsä T., Muranen A., Hänninen J. & Kettunen T. 2012. Rautaiset ammattilaiset terveyshyödyn tuottajina – Lääkäreiden ja hoitajien työn ja

- osaamisen kehittäminen. RAMPE-hankkeen loppuraportti. RAMPE-hanke.
<http://www.ksshp.fi/download/noname/ %7B3805A743-86E8-446B-AC34-195E390D543B%7D/45347>
 Viitattu 2.12.2014
- Sarajärvi A., Mattila L-R. & Rekola L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. WSOYpro Oy Helsinki.
- Schoenstein M. & Ono T. 2014. Skills use and skills mismatch in the health sector. Working Group on the European Workforce for Health. Brussels, 2 June 2014.
http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/ev_20140602_co03_en.pdf
 Viitattu 8.8.2014.
- Sopenlehto K. 2014. Bioanalyttikoiden tehtäväsiirrot ja laajennettu tehtäväkuva. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Bioanalyttikko ylempi AMK, Kliininen asiantuntija. Opinnäytetyö.
<https://www.theseus.fi/handle/10024/81036>
 Viitattu 7.12.2014
- STM. 2004:3. Terveydenhuollon täydennyskoulutusosuus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. Helsinki.
- STM. 2005a. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Selvityksiä 2005:21.
- STM. 2005b. Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako terveydenhuollossa – osahanke.
- STM. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Julkaisu ja 2009:18.
- STM. 2010a. Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta annetun valtioneuvoston asetuksen 3 §:n muuttamisesta. Muistio 26.11.2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-14803.pdf
 Viitattu 7.12.2014
- STM. 2010b. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Julkaisuja 2010:4.
- STM 2011. Asiakasvastaava-koulutuksen yhtenäiset perusteet. Työryhmän raportti. 28.2.2011
- STM 2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiot 2012:7.
- STM. 2013a. Suun terveyttä koko väestölle. Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämis ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiot 2013:39. Helsinki 2013.
- STM. 2013b. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- STM. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere 2014.
- Tengvall E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesioleille ja kirurgeille. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0226-9/
 Viitattu 2.11.2014
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29:2013.
- The Prime Minister's Commission. 2010. Front line care: the future of nursing and midwifery in England. Report of the Prime Minister's Commission, UK. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100331110400/http://cnm.independent.gov.uk/wp-content/uploads/2010/03/front_line_care.pdf
 Viitattu 19.12.2014
- Tiikkainen P. 2012. Asiakasvastaava-osaaminen perusterveydenhuollon vastaanoton sairaan- ja terveydenhoitajien itsearvioimana. RAMPE-hanke.
- Vallimies-Patomäki M. 2012. Riittääkö meille hoitajia? STM yläkulma.
<http://www.stm.fi/ylakulma/artikkeli/-/view/1743248>
 Viitattu 2.11.2014
- Vallimies-Patomäki M. & Hukkanen E. 2006. Miten hoitajien tehtäväkuva on laajennettu? Tuloksia kansallisesta terveyshankkeesta. Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja 2006. Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. (toim.). Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Gumme-

- rus Kirjapaino Oy, sivut 61–86.
- Vallimies-Patomäki M. 2008. Terveydenhuollon kasvavat henkilöstövoimavarat. Seurannan ja ennakkoinnin tuloksia. Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja 2008. Vetovoimainen terveydenhuolto. Toim. Leena Koponen ja Hanna Hopia. Sairaanhoitajaliitto, sivut 35-50.
- Vallimies-Patomäki M. 2010. Sairaanhoitajan uudistuva rooli perusterveydenhuollossa. Teoksessa Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Edita Prima Oy, sivut 227–140.
- Valvira. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan havaintoja. <http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Valvontahavaintoraportti.pdf>
Viitattu 15.12.2014.
- Vesterinen M-L. 2014. Reseptihoitaja nopeuttaa palvelua – tutkimus rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden saaneiden hoitajien tehtävistä, työnjaosta lääkäreiden ja muun henkilöstön kanssa sekä vaikutuksista terveydenhuollon kustannustehokkuuteen. Kunnallisalan kehittämissätiö.
<http://www.kaks.fi/sites/default/files/Reseptihoitaja%20nopeuttaa%20palvelua.pdf>
Viitattu 5.12.2014
- Vestman J. 2013. Asiantuntijahoitajaksi nimityksen kriteerit ja perustelut kliinisessä hoitotyössä. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö / Hoitotiede, Pro gradu –tutkielma. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84834/gradu06917.pdf?sequence=1>
Viitattu 27.8.2014.
- Vierula H. 2010. Työparityö muuttaa terveyskeskuksia. Lääkärelehti 42/2010, 3387-3388.
- von Bonsdorff M.E. 2009. Intentions of early retirement and continuing to work among middle-aged and older employees. Jyväskylä Studies in Business and Economics 83. University of Jyväskylä, Jyväskylä. Doctoral thesis.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/21764/9789513936730.pdf?sequence=1>
Viitattu 11.12.2014
- Vuorinen R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66405/978-951-44-7485-9.pdf?sequence=1>
Viitattu 2.11.2014

Taulukko. Työnjaon kehittämiseen liittyvää lainsäädäntöä

| Laki | Pykälä | Kirjaus |
|---|--------|--|
| Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) | 2§ | Laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammatissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Tämä ei kuitenkaan estä, jollei laissa tai lain nojalla annetussa asetuksessa toisin säädetä, laillistettuja, luvan saaneita tai nimikesuojattuja ammattihenkilöitä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toimimasta toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveyspalvelujen tuottamisen kannalta. |
| | 23a § | Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtäväkuvansa mukaisesti aloittaa hoidon potilaan oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. |
| | 23b § | Sairaanhoitajalla, jolla on riittävä käytännön kokemus ja joka on suorittanut valtioneuvoston asetuksella säädettyä lisäkoulutuksen, on rajattu oikeus määrätä apteekista hoidossa käytettäviä lääkkeitä terveyskeskuksessa hoitamalleen potilaalle, kun kyseessä on ennalta ehkäisevä hoito tai lääkityksen jatkaminen, kun lääkäri on tehnyt taudinmäärityksen tai kun lääkitys perustuu sairaanhoitajan toteamaan hoidon tarpeeseen (rajattu lääkkeenmäärääminen). |
| | 23c § | Valtioneuvoston asetuksella voidaan oikeuttaa sairaanhoitaja määräämään apteekista tartuntataudin ehkäisyyn ja hoitoon käytettävää, asetuksessa nimettyä lääkettä, kun kyseessä on laajalle levinnyt tartuntatauti ja lääkkeenmäärääminen on tarpeen tartuntatautiin sairastuneiden hoitamiseksi tai väestön suojaamiseksi tartuntataudin leviämiseltä (määräaikainen lääkkeenmäärääminen). |
| Terveydenhuoltolaki (1326/2010) | 49§ | Potilaalla on mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa. |
| Terveydenhuoltolaki (1326/2010) | 51§ | Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. |

| Laki | Pykälä | Kirjaus |
|--|--|--|
| Terveystieteiden laaki (1326/2010) | 52 § | Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. |
| STM:n asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä (29.8.2013) | 3§ | Päivystysyksikön käytössä on oltava moniammatillinen henkilökunta, jolla on riittävä koulutus ja työkokemus ja joka tuntee alueen olosuhteet. |
| | 7§ | Kiireellisen hoidon neuvonta on järjestettävä siten, että siihen on kaikkina vuorokauden aikoina varattu riittävästi koulutettuja ja riittävän työkokemuksen omaavia terveydenhuollon ammattihenkilöitä. |
| | 8§ | Päivystysyksikön vastaavan laillistetun lääkärin tai hammaslääkärin taikka hänen antamiensa ohjeiden mukaan muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön on ohjattava potilas... |
| | 9§ | Päivystyksestä vastaavan laillistetun lääkärin tai hammaslääkärin tai hänen ohjeidensa mukaan muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön on huolehdittava potilaan tarpeen mukaisesta jatkohoidon tai muun hoidon suunnittelemisesta tilanteen vaatimalla tavalla kunnan perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa tai muutoin sovittavalla tavalla. Potilaille on annettava riittävät, tarvittaessa kirjalliset ohjeet siitä, miten hän voi seurata oireitaan, missä tilanteessa hänen on tarpeen ottaa yhteyttä terveydenhuollon ammattihenkilöön ja missä jatkohoito tapahtuu. |
| 10§ | Alaikäinen potilas ja hänen perheensä on otettava huomioon päivystyksessä ja hänen hoidon tarpeensa arvioinnissa on oltava mukana lasten sairauksiin perehtynyt sairaanhoitaja tai laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. | |
| VN:n asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004) | 2 § | Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitetietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat. Vastaanottokäynnin yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, työkokemuksensa ja toimintayksikössä sovitun työnjaon perusteella tehdä hoidon tarpeen arvioinnin potilaan kertomien esitetietojen ja hänestä tehtyjen riittävien selvitysten perusteella. |
| Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta (1335/2004) | 2 Luku, 1§ | Erytisätiysrahaa koskevaan hakemukseen vakuutetun on liitettävä lääkäriin, sairaanhoitajan, kättilön tai terveydenhoitajan antama todistus raskaudesta sekä työpaikan työterveyshuoltoja toteuttavan lääkärin taikka muun vakuutetun työolosuhteet tunnevan lääkärin lausunto... Vanhempainpäivärahaa haettaessa vakuutetun on esitettävä lääkärin, sairaanhoitajan, kättilön tai terveydenhoitajan todistus siitä, että raskaus on kestänyt vähintään sairausvakuutuslain 9 luvun 2 §:n 1 momentissa säädetyn ajan. |

| Laki | Pykälä | Kirjaus |
|---|--------|--|
| VN:n asetus neuvola-toiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta | 5§ | Terveydenhoitajan, kättilön, lääkärin, hammaslääkärin, suuhygienistin tai hammashoitajan on pyrittävä selvittämään määräaikaista terveys-tarkastuksista poisjäävien tuen tarve. Terveystarkastuksen voi tehdä terveydenhoitaja, kättilö tai lääkäri. Laajan terveystarkastuksen tekee terveydenhoitaja tai kättilö yhteistyössä lääkärin kanssa. Suun terveystarkastuksen voi tehdä hammaslääkäri, suuhygienisti tai hammashoitaja. |
| | 8§ | Ensimmäistä lasta odottavan perheen suun terveydentilan ja hoidon tarpeen arvioi suun terveydenhuollon ammattihenkilö haastattelulla ja tarvittaessa muilla menetelmillä. Alle kouluikäisien suun terveystarkastuksen tekee suuhygienisti tai hammashoitaja ja tarpeen mukaan hammaslääkäri. Oppilaan suun määräaikaistarkastuksen tekee hammaslääkäri, suuhygienisti tai täydennyskoulutuksen saanut hammashoitaja. Kunnan on järjestettävä |
| | 9§ | 2) lapselle tämän ensimmäisen ikävuoden aikana vähintään yhdeksän terveystarkastusta; terveystarkastuksiin sisältyy kuusi terveydenhoitajan terveystarkastusta, kaksi terveydenhoitajan ja lääkärin yhteistä terveystarkastusta lapsen ollessa 4–6 viikon ja 8 kuukauden ikäinen sekä laaja terveystarkastus 4 kuukauden iässä; 3) lapselle tämän ollessa 1–6 vuoden ikäinen vähintään kuusi terveystarkastusta, joihin sisältyvät laaja terveystarkastus 18 kuukauden ja 4 vuoden iässä; yhteen terveystarkastukseen on sisällytettävä terveydenhoitajan arvio suun terveydentilasta; 5) opiskelijalle, joka opiskelee 3 §:n 1 momentin 1–4 kohdassa tarkoitettussa oppilaitoksessa tai 10 kohdassa tarkoitettussa muussa kuin ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa koulutuksessa, ensimmäisenä opiskeluvuonna terveydenhoitajan tarkastus ja ensimmäisenä tai toisena opiskeluvuonna lääkärintarkastus, jolle lääkärintarkastusta ole tehty opiskelijaksi hyväksymisen yhteydessä; lääkärintarkastus tulee kuitenkin aina järjestää ensimmäisenä opiskeluvuonna opiskelijalle, joka on erityisopetuksessa tai jonka terveydentilan ja opiskelukyvyn selvittäminen on tarpeellinen opiskelualan tai tulevan ammatin vuoksi |
| | 17§ | 3) suun terveydenhuollon palvelut, jotka sisältävät terveysneuvonnan, suun- ja hampaiden yksilöllisen tarpeen mukaiset tutkimukset ja hoidon sekä suun terveydenhuollon ammattihenkilön terveystarkastuksen perusteella laatiman omahoidon sisältävän hoitosuunnitelman; |
| Kelan lääkärinlausunto C | | Terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan osaltaan laatima ja allekirjoittama lausunto tuen hakijan toimintakyvystä, avuntarpeesta sekä ohjauksen ja valvonnan tarpeesta. |





Tehy

www.tehy.fi

Tehy on maamme suurin terveys- ja sosiaalialan tutkinnon suorittaneiden ja alalle opiskelevien ammattijärjestö.

Tehyn tehtävänä on:

- **valvoa** ja parantaa jäsentensä taloudellista asemaa,
- **valvoa** ja parantaa palvelussuhteen ehtoja ja ammatillisia, sosiaalisia ja oikeudellisia etuja,
- **toimia** työolosuhteiden kehittämiseksi
- **osallistua** koulutuksen, ammattitaidon ja terveyden- ja sosiaalihuollon kehittämiseen
- **jäsenten** keskinäisen yhteenkuuluvuuden lisääminen

Tehyläiset toimivat kaikentasoisissa tehtävissä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.

Tehy yhdistää terveys- ja sosiaalialan tutkinnon suorittaneet ja alalle opiskelevat yhteiseen ammatti- ja etujärjestöön. Tehyyn kuuluu yhdeksän ammatillista yhteistyöjäsenjärjestöä sekä ammatillisia jaostoja, jotka edistävät jäsentensä ammatillista toimintaa.

Tehyn toiminnan perustana on yli 230 ammattiosastoa, jotka hoitavat mm. paikallista edunvalvontaa. Ammattiosastot yhdistävät saman työnantajan palveluksessa olevat ja saman alueen tehyläiset. Kaikki tehyläiset kuuluvat ammattiosastoihin tai Tehyn opiskelijayhdistykseen.

Tehyn jäsenmäärä on 160 000. Tehyyn kuuluu mm. bioanalyytikoita, ensihoitajia, fysioterapeutteja, hammashoitajia, kättilöitä, laboratoriohoitajia, lastenhoitajia, lähi- ja perushoitajia, lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia, mielenterveyshoitajia, osastonhoitajia, röntgenhoitajia, sairaanhoitajia, suuhygienistejä, terveydenhoitajia, toimintaterapeutteja ja ylihoitajia.

Tehy on Toimihenkilökeskusjärjestö STTK:n jäsen. Järjestäytymisaste hoitoalalla on korkea ja noin 90 % työssä olevista kuuluu ammatilliliittoon. Yli 70 % jäsenistä työskentelee kuntien, kuntainliittojen tai kuntayhtymien palveluksessa.

Tehy ry | Postiosoite: PL 10, 00060 Tehy | Puhelinvaihe (09 5422 7000)
Käyntiosoite: Järjestötalo I, Asemamiehenkatu 4, Itä-Pasila, Helsinki | www.tehy.fi

Osaaminen käyttöön

Työnjaon muutokset, tehtäväsiirrot ja moniammatillinen yhteistyö ovat osa työntekijöiden arkipäivää. Työtä jaetaan ja tehtäviä organisoidaan uudelleen toiminnan joustavuuden, tuloksellisuuden ja hoidon laadun lisäämiseksi.

Tämä julkaisu on ajankohtaiskatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa toteutettuihin työnjaon muutoksiin ja tehtäväsiirtoihin. Luotaamme myös tulevaan: miten työnkuvat ja tehtävät muuttuvat organisaatioissa, joissa palvelut tuotetaan tehokkaasti, asiakaslähtöisesti ja terveyshyötyä tuottaen. Julkaisussa on lisäksi lyhyt kansainvälinen kirjallisuuskatsaus, joka esittelee tehtäväkuvien laajentamista ja laajavastuisia, itsenäisiä asiantuntijatehtäviä.

Tehyn mielestä tarkoituksenmukainen työnjako ja tehtäväkuvien uudistaminen ovat perusta laadukaille, vaikuttaville ja eettisesti korkeatasoisille palveluille. Samalla terveydenhuollon vetovoimaisuus lisääntyy ja koulutetulle hoitohenkilöstölle avautuu uusia, mielenkiintoisia urapolkuja. Järkevä työnjako on niin asiakkaan/potilaan, työntekijän, työnantajan kuin yhteiskunnankin etu.

Otetaan siis osaaminen käyttöön!

Tehyn julkaisusarja: A: Tutkimusraportteja • B: Selvityksiä • C: Muistioita • D: Tilastoja • E: Videot • F: Muut julkaisut
Tehyn selvitykset: www.tehy.fi/vaikuttajana/julkaisut ja tilastot

