

## **Vanhustyön vastuunkantajat**

Sairaanhoitaja pitkäaikaisen hoidon asiantuntijana  
Lähihoitaja vanhusten hoidon erityisosaajana



# **Vanhustyön vastuunkantajat**

---

Sairaanhoitaja pitkäaikaisen hoidon asiantuntijana  
Lähihoitaja vanhusten hoidon erityisosaajana

Tuulariitta Ruontimo

**Tehy ry**

Tuulariitta Ruontimo

**Vanhustyön vastuunkantajat**

Sairaanhoitaja pitkäaikaisen hoidon asiantuntijana

Lähihoitaja vanhusten hoidon erityisosajana



Tehyn julkaisusarja B: 3/2009

**Tehy ry**

Kehittämisyksikkö

Syyskuu 2009

ISBN 978-951-9172-70-5

Painopaikka: Multiprint Oy, Helsinki 2009

## Hyvä Ystävä, Arvokas Lukijani

Vanhusten hoito- ja hoivatyössä olosuhteet ovat ankarat, mutta henkilöstö parhaimmillaan erittäin motivoitunutta ja luovan uteliasta. Asiat etenevät suurin harppauksin tai pienin askelein. Välillä ne eivät etene lainkaan. Olennaista on kuitenkin horjumaton usko kehittymisen mahdollisuuteen. Asioihin on tartuttu tosissaan ja niistä ollaan yhdessä vastuussa.

Kokemukseni mukaan parhaimmillaan samassa veneessä on hoitotyön johtaja ja koko hänen miehistönsä – onneksi vielä pääosin naisistona!

Arki elää ja siinä tapahtuu – Pentti Saarikosken runoa lainaten ja muotoillen

*Kuljen joka päivä rakennustyömaan ohi  
kukaan ei tee mitään  
ja rakennus valmistuu*

Vanhustyössäkkin ”ohikulkijoita” on paljon ja päivittäin. Asiantuntijoitakin. Vanhusten laitoshoidossa ei ihmetystä herätä hiljaisuus, vaan kiire ja kehnot olosuhteet, se etteivät asiat tapahdu tai tapahdu oikein, se etteivät oikeudet toteudu. Keskustelun ja kommenttien sävyt yltyvät toisinaan miltei syyllistäviksi – eikö kukaan tee mitään.

Vaikka uskon vahvasti, että vanhuus on myös mahdollisuuksien elämänvaihe, olen täysin tietoinen siitä, ettei ikääntyminen tuo mukanaan pelkästään myönteisiä asioita. Vanhuuteen kuuluvat sairaudet, menetykset, toimintakyvyn rajoitteet. Tuentarve arkisissa asioissa voi kasvaa niin suureksi, ettei elämä enää suju ilman muiden apua. Ihmisenä olemisen ydin ei kuitenkaan katoa, eikä hoidon tarve vähennä ihmisarvoa.

Joskus tuntuu, että pitkäaikaishoidon työntekijät voisivat mukailla Saarikosken runoa omasta näkökulmastaan näin

*Katselen joka päivä hoitolaitoksen ohi kulkevia ihmisiä  
tietäväistä puhetta riittää  
vain teot puuttuvat, valmista ei tule*

Yhteiskunnan sivistystä mitataan edelleen sillä, kuinka se huolehtii heikoimmista jäsenistään. Vanhat ja sairaat tarvitsevat apua, huolenpitoa, hoivaa ja hoitoa. Miten me siitä huolehdimme? Miten sen järjestämme? Lainaen suomalaisen vanhustutkijan Jyrki Jyrkämän Gerontologia-lehdessä 2/2007 asiasta lausumaa:

”Suomalaisen vanhuspolitiikan peruslinjaksi on valittu tämä laitoksista kotihoitoon ja omaishoitoon. Tätä linjaa perustellaan muun muassa sillä, että vanhat ihmiset haluavat asua kotonaan. Se on tietenkin itsestään selvää. Mutta tämä kotipuhe on saanut vahvan ideologisen vireyksen: kotona nyt kerta kaikkiaan on parempi kuin laitoksessa. Mielestäni me tarvitsisimme

hyvää ja analyttistä keskustelua siitä, mitä me oikein kodilla tarkoitamme ja mihin tämä kotilija on myös johtamassa. Etenkin kriittiselle keskustelulle on yhä enemmän ja enemmän tarvetta”.

Pyörää ei tarvitse keksiä uudelleen hoitamisessa. Meillä on jo toimivia ja sujuvasti hoidettuja palveluketjuja ja ennen kaikkea osaavia ammattitaitoisia hoitajia. Vahvistamalla hyvän hoidon ja hoivan inhimillisiä voimavaroja ja toimintaedellytyksiä, meillä on mahdollisuus saavuttaa kaikki korkealaatuisille vanhuspalveluille asetetut tavoitteet. Hyvän työn, hoidon ja palvelun tekevät ihmiset – pitkäaikaisen hoidon ja vanhustyön ammattilaiset eri tehtävissään. Tarvitaan vain laajaa yhteistoimintaa eri ammattiryhmien välillä, vuorovaikutteisia keskusteluja, hyvää dialogia ja rohkeaa johtamista. **Kehittämistyössä tarvitaan ihmistä ihmisen lähelle – aivan kuten hyvässä vanhusten hoidossa.**

Muutosten näkeminen mahdollisuuksina on terveydenhuollon työn ja johtamisen kiehtova osa. Sitä olen pitänyt lähtökohtana kerätessäni useista lähteistä tietoa ja kokemuksia terveydenhuoltoon hahmotellusta työnjaosta ja uramallinnoista. Tavoitteenani on myös tämän työn kautta olla mukana nostamassa ikäihmisten hoidon arvostusta ja lisäämässä tasa-arvoista moniammatillisuutta käytännön pitkäaikaishoidossa ja vanhustyössä, siellä missä ikäihmisen loppuvaiheen hyvän elämän edellytykset luodaan.

Tässä julkaisussa esitetyt uudet tehtävämallinnukset on tarkoitettu moniammatillisen keskustelun käynnistämiseen työyhteisöissä. Uskon, että kaikkien ammattitaidon hyväksyminen ja täysi käyttäminen on mahdollista uudistamalla työnjakoa ja ottamalla käyttöön uudet hoitotyön asiantuntija- ja erityisosaajamallit. Pienehköillä toimilla voisi olla suuri vaikutus alan vetovoimaan, henkilöstön työhyvinvointiin ja hoidon laatuun. Näillä muutoksilla olisi myös yhteiskunnallisia vaikutuksia tuottavuuteen ja talouteen sekä yksilötasolla asiakkaan kokemaan hoidon laatuun ja palvelun toimintakykyyn.

Kiitän mahdollisuudesta pohtia ja perustella vanhusten ja pitkäaikaishoidon arkista työtä – ja osaltani tehdä sitä näkyväksi. Kiitän, että olen saanut omista lähtökohdistani ja työkokemukseeni nojaten pohjustaa keskustelua sairaanhoitajasta pitkäaikaisen hoidon asiantuntijana ja lähihoitajasta vanhusten hoidon erityisosaajana.

*Kiitos, ystäväni ja lukijani, että olet minua kannustanut, tukenut ja auttanut!*

*Tuulariitta Ruontimo  
ylivoitaja, THM, asiamies*

Ikääntyvässä Suomessa ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakennemuutosten pyörytyksessä on tarpeen käydä laajapohjaista ja avointa keskustelua vanhusten pitkäaikaisen hoidon tavoitteista, järjestämisestä sekä palvelujen kehittämisestä. Niukentuvien resurssien aikana palvelut tulisi järjestää tarkoituksenmukaisesti ja samalla turvata hoidon hyvä laatu sekä toiminnan tarvitsema määrältään ja ammatitaidoltaan riittävä henkilöstö. Tämän julkaisun tavoitteena on nostaa esiin, miten keskeinen hyvän hoidon edellytys on koulutetun hoitohenkilökunnan laaja-alaisen osaamisen täysi hyödyntäminen.

Suomessa on korkeatasoinen ja hyvä sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusjärjestelmä. Se tuottaa alalle monipuolisesti koulutettuja ammattilaisia, mm. sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Koulutuksen tasokkuudesta huolimatta vanhusten pitkäaikaisen hoidon yhteiskunnallinen arvostus on heikko, hoitoalan palkkaus matala, ja eri ammatteihin valmistuneista merkittävä osa ei koe työtä riittävän kiinnostavana tai antoisana pysyäkseen alalla. Kaikkiin näihin ongelmiin voidaan kuitenkin vaikuttaa kehittämällä ammattiryhmien välistä työnjakoa ja luomalla koulutetuille hoitajille uusia, entistä mielekkäämpiä tehtävänkuvia.

Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten palvelujen kehittämis- ja laatuhankeissa, kansallisessa terveyshankkeessa samoin kuin eri työnantajien kehittämisprojekteissa on etsitty uusia organisaatorakenne-, toimintaja työnjakoratkaisuja palvelujärjestelmän tarpeisiin. Useimmat ratkaisut ovat perustuneet resurssien ja koulutuksen lisäykseen tai organisaatioiden hallinnon muutoksiin. Perusteh-

tävässään säästöjen paineissa työtään tekevä henkilöstö ja sen jo olemassa oleva osaaminen ovat jääneet liian vähälle huomiolle.

Tässä julkaisussa on mallinnettu pitkäaikaishoidon asiantuntijasairaanhoitajan ja vanhusten hoidon erityisosaajalähihoitajan tehtävää ja pohdittu niiden toteutumisedellytyksiä. Vanhustyössä lähihoitajan vahvuudet ilmenevät parhaimmillaan henkilötason asiakaskontakteissa, kun sairaanhoitajan osaamisalue kattaa myös vastuun toiminnan kokonaisuudesta ja potilasasioiden hallinnasta hoitoketjussa. Pitkäaikaisen hoidon oma-leimaisimmat osa-alueet eivät rajoitu yksinomaan lääketieteellisen diagnoosin määrittämiin toimintoihin, vaan sisältävät kokonaisvaltaisemmin asiakkaan/potilaan yksilöllisen elämäntilanteen huomioinnin ja tarpeet.

Vanhusten ja pitkäaikaisen hoidon ammattien tehtäviä ei voi puristaa suoritteiksi ja tarakoiksi toimintaohjeiksi. Asiantuntijan ja erityisosaajan mallinuksissa tulee huomioida sekä asiakkaan/potilaan yksilölliset tarpeet että vanhusten hoidon eri hoitoyksiköiden erilaisuus. Vaikka pitkäaikaisen hoidon mallintaminen tässä suhteessa poikkeaa muilla terveydenhuollon alueilla jo tehdyistä mallinuksista, tulee koko terveydenhuollon alueen sairaanhoitajille ja lähihoitajille antaa samanarvoiset lähtökohdat ammatillisen osaamisen toteuttamiseen.

Rakenteiden, organisaation ja työnjaon kehittämiseen sisältyy myös mahdollisuuksia, joissa pienillä muutoksilla voi saavuttaa merkittäviä tuloksia. Lisäämällä sairaanhoitajan ammatillisen asiantuntijatoiminnan mahdollisuuksia ja tukemalla lähihoitajaa entistä

syvempään ammatinhallintaan voidaan saavuttaa sekä vanhusten hoidon asiakkaiden, työntekijöiden että yhteiskunnan kannalta merkittäviä myönteisiä tuloksia.

Uusien pitkäaikaisen hoidon asiantuntija-sairaanhoitajan ja vanhusten hoidon erityis-

osaajalähihoitajan mallien käyttöönotto voi osaltaan parantaa henkilöstön työhyvinvointia ja lisätä alan vetovoimaisuutta ja vanhus työn arvostusta. Se palvelisi myös ikäihmisten hoidon laatusuosituksen toteutumista ja loisi edellytykset jatkossakin vanhusten hyvälle hoidolle.



# Sammandrag

---

När Finland åldras och pressas av social- och hälsovårdens strukturreformer är det skäl att föra en bred och öppen debatt om målen i åldringarnas långvård, hur den skall ordnas och hur servicen skall utvecklas. Med allt knappare resurser borde servicen ordnas ändamålsenligt och samtidigt borde man trygga att vården är högklassig och personalen tillräckligt stor och kompetent för verksamheten. Syftet med denna publikation är att lyfta fram att en central förutsättning för god vård är att fullt utnyttja den utbildade personalens omfattande kunskande.

I Finland har vi ett högklassigt och gott utbildningssystem för social- och hälsovården. Det producerar för branschen mångsidigt utbildade personer, bl.a. sjukskötare och närvårdare. Trots den högklassiga utbildningen är uppskattningen av åldringarnas långvård svag i samhället, vårdbranschens löner låga och en betydande del av de i olika yrken utexaminerade upplever inte arbetet tillräckligt intressant eller givande för att stanna kvar i branschen. Alla dessa problem kan ändå påverkas genom att utveckla arbetsfördelningen mellan yrkesgrupperna och skapa utbildade sjukskötare nya, meningsfullare uppgiftsbeskrivningar.

Med social- och hälsovårdsministeriets utvecklings- och kvalitetsprojekt av åldringsservicen, det nationella hälsoprojektet och olika arbetsgivares utvecklingsprojekt har man sökt nya organisationsstrukturs-, verksamhets- och arbetsfördelningslösningar för servicesystemens behov. De flesta lösningar har baserats på ökade resurser och utbildningar eller administrativa ändringar i organisatio-

nerna. Personalen som arbetar med sin primära arbetsuppgift under sparpress och dess redan existerande kunskande har inte uppmärksamats tillräckligt. I denna publikation har långvårdens expertsjukskötares och närvårdarnas med specialkompetens i åldringssvård uppgifter beskrivits och deras realiseringsförutsättningar dryftats.

I åldringssvården kommer närvårdarnas styrka bäst fram i klientkontakterna på personplanet, medan sjukskötarens kunskapsområde även täcker ansvaret för verksamhetshelheten och administration av patientärenden i vårdkedjan. Långvårdens mest karakteristiska delområden begränsar sig inte enbart till funktioner bestämda av den medicinska diagnosen utan innehåller mer helhetsbetonat beaktandet av och behoven i klientens/patientens individuella livssituation.

Yrkesuppgifterna i åldrings- och långvården kan inte klämmas ihop till prestationer och exakta verksamhetsdirektiv. I beskrivningen för experter och specialkompetenta bör man beakta både klientens/patientens individuella behov och olikheterna i de olika åldringssvårdsanstalterna. Även om beskrivningen av långvård i detta avseende avviker från redan för andra hälsovårdsområden gjorda beskrivningar bör sjuksköterna och närvårdarna inom hela hälso- och sjukvården ges likvärdiga utgångslägen för att förverkliga sitt yrkeskunskande.

I utvecklingen av strukturer, organisationer och arbetsfördelning ingår även möjligheter att med små förändringar uppnå betydande resultat. Genom att öka möjligheterna för sjukskötarens yrkesmässiga expertverksam-

het och genom att stödja närvårdarna till allt djupare behärskning av yrket kan man uppnå betydande positiva resultat med tanke på åldringsvårdens klienter, arbetstagare och samhället.

När nya modeller för långvårdens expert-sjukskötare och närvårdare med specialkompetens i åldringsvård tas i bruk kan detta till

en del förbättra personalens arbetsvillmån- ga och öka branschens attraktivitet och värdering av åldringsarbetet. Det skulle även medverka till att åldringsvårdens kvalitetsre- kommendationer efterlevs och skapa förut- sättningar även i fortsättningen för god vård av åldringar.

# Sisällysluettelo

---

<b>Lukijalle</b>	3
<b>Tiivistelmä</b>	5
<b>1. Johdanto</b>	11
<b>2. Käsitteistä</b>	14
<b>3. Hoitoalan koulutuksesta ja tavoitteista</b>	17
3.1 Sairaanhoidajan ammattiosaaminen ja työalueet	17
3.2 Lähihoitajan ammattiosaaminen ja työalueet	18
<b>4. Vanhusten hoitoympäristöt ja niiden porrastus</b>	21
<b>5. Hoitojärjestelmän kehittäminen</b>	24
5.1 Kansallisen terveysthankkeen pilotit	24
5.2 Toimiva terveyskeskus -hanke	25
<b>6. Ammatillista vastuuta määrittelevät säädökset ja periaatteet</b>	27
<b>7. Työnjako koulutuksellisen osaamisen mukaan</b>	29
7.1 Hoitotyön osaaminen	29
7.2 Laillistetun ammattihenkilön osaamisalue, sairaanhoitaja	29
7.3 Nimikesuojatun ammattihenkilön osaamisalue, lähihoitaja	31
7.4 Moniammatillisen työnjaon toimintamalli	32
<b>8. Ammatitaidon osa-alueet pitkäaikaisessa hoidossa</b>	35
8.1 Pitkäaikaisen hoidon omaleimaiset osa-alueet	35
<b>9. Yhteiset ja eriytyneet osaamisalueet asiantuntijana ja erityisosaajana</b>	42
9.1 Yhteinen yleis- ja erityisosaaminen	42
9.2 Ammatillinen erityisosaaminen	43
<b>10. Mallinnus I : Sairaanhoitaja pitkäaikaisen hoidon asiantuntijana</b>	44
10.1 Asiakaslähtöinen sairaanhoitaja-asiantuntijuus	45
10.2 Sairaanhoitajan asiantuntijuuden toteutuminen	46
10.3 Toimeenpanoehdotukset	48
<b>11. Mallinnus II: Lähihoitaja vanhusten hoidon erityisosaajana</b>	49
11.1 Lähihoitajan erityisosaamisen toteutuminen	49
11.2 Toimeenpanoehdotukset	50
<b>12. Pohdinta</b>	51
<b>Kirjallisuusluettelo</b>	56
<b>Liitteet</b>	59



# 1 Johdanto

---

Suomi ikääntyy seuraavien vuosikymmenien aikana voimakkaasti. Kehitys haastaa päätöksentekijät ja alan ammattihenkilöt tunnistamaan, mihin suuntaan toimintaympäristö on muuttumassa ja pohtimaan, miten ikääntyneiden palvelut voidaan järjestää inhimillisesti, vaikuttavasti ja taloudellisesti. Vanhukset ovat suurin palvelujen käyttäjäryhmä asuinpalveluiden lisäksi sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidon useimmilla erikoisaloilla.

Pitkäaikaissairauksien ja kansantautien ennaltaehkäisy, tutkimuksen, hoidon ja palveluketjujen kehittäminen on väestön hyvinvoinnin ja kuntatalouden lähitulevaisuuden suurimpia haasteita. Avainasemassa on perusterveydenhuollon toimivuus ja vaikuttavuus vanhusten kokonaisvaltaisten hoitolinjausten käytännön toteuttajana, erityisesti kun erikoissairaanhoidon keskittyy yhä kapea-alaisempaan klinikka- ja sairausryhmäkohtaiseen osaamiseen.

Vanhusten hoidon näkökulmasta Ikäihmisten hoidon laatusuosituksella (2008) on periaatteellisenä linjauksena suuri ohjaava vaikutus palvelujen järjestämiseen. Suosituksessa on esitetty ikääntyneiden palveluiden laadun parantamiseksi strategisia linjauksia kolmella osa-alueella:

1. hyvinvointi ja terveydenedistäminen,
2. henkilöstö ja johtaminen,
3. asuin- ja hoitoympäristöt.

Tavoitteet eivät ole uusia, mutta onko laatusuosituksessa löydetty uusi tapa toteuttaa hyvää vanhusten hoitoa? Pyritäänkö asete-

tuilla tavoitteilla käytännössä vaikuttamaan palveluiden tuottamiseen, rahoitukseen vai tuloksellisuuteen? Ovatko keskiössä palvelun käyttäjät eli ikääntyneet vai tuottajat eli terveydenhuollon ammattihenkilöt – vai ehkä poliittiset päättäjät ja virkamiehet kunnissa? Näkökulmasta riippuen tuloksia mitataan joko elämänlaatukokemuksen, työn vetovoimaisuuden ja työssä viihtymisen laadullisin kriteerein tai määrällisin henkilöstö-, suorite- ja kulutuslukuin ja talousarvion loppusumman perusteella.

Kiinnostukseni vanhusten ja pitkäaikaishoidon toimintaedellytyksiin ja hoidon tuloksiin sekä sen vetovoimaan työalana ja työpaikana perustuu omiin työkokemuksiini sekä sairaanhoitajana ja lähiesimiehenä että uuden vanhusten sairaalan ylihoitajana. Pohdin käytännön työssäni, miksi terveydenhuollon ja varsinkin vanhusten pitkäaikaishoidon arvostus yhteiskunnassa on olematon. Alan ammattikoulutetuista sairaanhoitajista vain pieni osa hakeutuu vanhusten hoitoon tai osaa käyttää siellä hyvän ja laajan koulutuksensa tietotaitoa. Alan esimiehenä koen, ettei meillä ole varaa jättää käyttämättä koulutetun hoitohenkilöstön ammattitaitoa. Terveydenhuollon henkilöstöpulaa ei ole järkevää hoitaa lyhytnäköisesti siten, että yhden ryhmän helpotuksesta seuraa toisen ahdingon lisääntyminen.

Terveydenhuollon tehtävä- ja toiminta-alueella käytettävillä käsitteillä ei ole hyväksyttyä yhtenäistä sisältöä, joten määrittelen aluksi tässä julkaisussa käyttämiäni keskeisiä käsitteitä. Kolmannessa luvussa olen nostanut esiin tutkinto- ja koulutusvaatimusten mukaiset ammattitaitotavoitteet sellaisina, kuin ne täl-

lä hetkellä toteutettavassa sairaanhoitaja- ja lähihoitajakoulutuksessa ovat. Erityisesti vanhusten hoidossa koulutuksen ja ammattitaidon monialaisuus ja eettinen vaatavuustasonousevat instrumentaalista osaamista ja yksittäisiä suorituksia keskeisemmiksi ammattitaidon osa-alueiksi.

Neljännessä luvussa olen käsitellyt vanhus- ja vanhustenhuollon erilaisia hoitoympäristöjä ja niiden porrastusta. Toistuvien organisaatiouudistusten seurauksena järjestelmästä on muodostunut pirstaleinen ja sekava sekä palvelun käyttäjälle että työntekijöille. Vanhusten hoito on vahvasti medikalisoitunut. Se ei anna riittävästi tilaa asiakkaana olevan monisairaana ikäihmisen elämän yksilöllisille tarpeille ja jäljellä olevalle toimintakyvyille. Raken- teet rajoittavat ja muokkaavat myös vahvasti hoitajien toimintamahdollisuuksia ja pitävät työnkuvat muuttumattomina. Organisaatioiden byrokraattisuus, vanhakantaiset asenteet sekä ammattikuntien ja päättäjien näkökanta- erot ovat vaikeuttaneet hoitoketjun tai hoidon porrastuksen yhteisen tavoitteen löytämistä ja siihen yhdessä etenemistä.

Kansallinen terveyshanke on piloteissaan pyrkinyt ratkaisemaan ongelmia ja etsimään uusia toimintatapoja tehtäväjaon uudistami- sella ja ammattiryhmien välisillä tehtäväsiir- roilla. Piloteissa tehtäväsiirtojen pääpaino on ollut lääkäriltä sairaanhoitajille siirretyissä suoriteluonteisissa tehtävissä lähinnä vastaan- ottotoiminnassa tai sitä edeltävässä valmiste- lu-, ohjaus- ja neuvontatyössä. Suoriteperus- tainen tehtäväkuva ei kuitenkaan tee oikeutta sairaanhoitajan laaja-alaiselle ammattiosa- amiselle eikä ole riittävä pohja työnkuvien uudistamiselle. Piloteissa lähihoitajan teh- täväsiirtoja kokeiltiin erittäin vähän. Toimi- va terveyskeskus -hankkeelle asetetut hyvät tavoitteet tulisi muotoilla siten, että ne voivat toteutua myös ikäihmisten hoidossa.

Kuudennessa luvussa olen pohtinut van- husten hoidossa eri ammattiryhmien väli-

seen työnjakoon vaikuttavia säädöksiä ja vas- tuun periaatteita. Eniten ristiriitaa aiheuttaa se, että lääkärit päättävät potilaan hoidosta ja terveydenhoitolaitosten työnjaosta, vaika hoitohenkilöstöllä on omat alalle koulute- tut johtajansa. Käytännössä nämä kuitenkin usein ohitetaan omaa työalaa koskevassa pää- töksenteossa. Moniammatillinen yhteistyö ja yksijohtajajärjestelmä eivät johda käytännön toiminnassa todellisiin tuloksiin.

Seitsemännessä luvussa olen palannut sai- raanhoitajan ja lähihoitajan yhteiseen ja eri- laiseen koulutuksella hankittuun osaamiseen ja siitä johdettaviin työorientaation eroavuuk- siin. Lähihoitajan vahvuudet ilmenevät nimik- keen mukaisesti henkilötason asiakaskontak- tissa, kun sairaanhoitajan osaamisalue kattaa myös vastuun tiimin toiminnan kokonaisuus- desta ja potilasta koskevien asioiden yhdistä- misestä ja hallinnasta koko hoitoketjussa.

Kahdeksannen luvun pohdinnassa olen keskittynyt niihin pitkäaikaisen hoidon ammattitaidon osa-alueisiin, jotka eivät rajoi- tu yksinomaan lääketieteellisen diagnoosin määrittämiin toimintoihin. Näitä ovat mm. asiakkaan/potilaan kokonaisvaltainen huomi- ointi ja yksilöllisyys, hänen oman toimintaky- kynsä käyttäminen, monisuuntainen vuoro- vaikutus ja omaisten huomiointi sekä monet arkielämään kuuluvat osa-alueet, muun muassa ravitsemus, hygienia, virikkeellisyys, apuvälineet. Vanhuksen rinnalla kulkeminen kuoleman lähestyessä ja arvokkaan saattohoi- don osaaminen ovat keskeisiä ammattitaidon osa-alueita, jotka korostuvat pitkäaikaisessa hoidossa.

Edellä esitetyn perusteella olen mallintanut pitkäaikaishoidon asiantuntijasairaanhoita- jan ja vanhustenhuollon erityisosaajalähihoi- tajan tehtävää ja pohtinut niiden toteutumise- dellytyksiä. Vanhusten ja pitkäaikaisen hoidon ammattien tehtäviä ei voi puristaa suoritteik- si ja tarkoiksi toimintaohjeiksi, vaan hoitajalta edellytetään kokonaisvaltaisempaa työtettä.

Koska sekä vanhusten hoidossa että pitkäaikaisessa hoidossa on monivaihteisia ja toisistaan selvästi poikkeavia toimintayksiköitä, on kunkin yksikön omaleimaisuus voitava ottaa huomioon myös kaikissa mallinnuksen linjauksissa. Mallinnusten tulee antaa vanhusten hoidossa työskenteleville sairaanhoitajille ja lähihoitajille ammatillisen osaamisen toteuttamiseen samanarvoiset lähtökohdat kuin terveydenhoidon muilla alueilla, joilla mallinnuksia on tehty.

Viimeisessä luvussa otan kantaa rakennetta ja henkilöstömuutoksiin, niiden suunnitte-

luun ja toteuttamiseen sekä seurauksiin, joihin muutokset ja niin sanotut uudistukset johtavat. Näen myös mahdollisuuksia, joissa pienillä työnjaon muutoksilla voitaisiin saavuttaa merkittäviä tuloksia. Uusien hoitotyön asiantuntija- ja erityisosajamallien käyttöönotto voisi toimia yhtenä tekijänä pitkäaikaishoidon ja vanhustyön henkilöstön työhyvinvoinnin parantamisessa sekä työalan vetovoimaisuuden ja vanhustyön arvostuksen lisäämisessä. Se myös palvelisi ikäihmisten laatusuosituksen toteutumista ja loisi edellytykset jatkossakin vanhusten hyvälle hoidolle.

## 2 Käsitteitä

*Ammattitaito – kvalifikaatio, kompetenssi ja osaaminen*

*Työnjako – tehtäväsiirto, hoitajavastaanotto, asiantuntijahoitaja, laajavastuinen hoitotyö*

*Terveystieteiden ammattihenkilö – lailistettu ammattihenkilö, nimikesuojattu ammattihenkilö*

*Laitohoito – pitkäaikainen laitoahoito*

*Moniammatillinen työ*

*Elämänlaatu*

*Mallintaminen*

*Ammattitaito* viittaa työntekijän ominaisuuksiin ja työn vaatimuksiin, joita ammatinhallinta edellyttää. Työelämä asettaa henkilöstölle työn tekemiseen liittyviä kvalifikaatiovaatimuksia, joihin ammattitaitoinen henkilöstö vastaa hankkimallaan kompetenssilla (Peltari 1997). Ammattiosaamista kuvataan siis työn vaatimaa osaamista määrittelevillä käsitteillä kvalifikaatio, kompetenssi ja ammattitaito, joita käytetään joko synonyymeinä tai niille annetaan eri merkityksiä.

Nyky-suomen sanakirjan ja terveydenhuollon ammattien osaamisvaatimusten määritelmien mukaan *kvalifikaatio* tarkoittaa asetettujen ehtojen mukaisuutta, soveliaisuutta tai edellytyksiä. Yksilö hankkii koulutuksessa ja työelämänsä aikana kvalifikaatioita eli ammattitaitoja ja -tietoa oman yksilöllisen omaksumiskykynsä mukaan.

Työn kvalifikaatiovaatimukset ja yksilön kvalifikaatiot ovat suhdetekäsitteitä siten, että ammattihenkilön soveliaisuutta arvioidaan suhteessa tiettyyn työhön tai tehtävään, olosuhteisiin ja toimintaympäristöön. Käsitettä

kvalifikaatio voidaan käyttää korostettaessa ammattitaitoa, ammattilaisuutta, tasa-arvoa, palkkausta tai työvoiman laatua ja määrää (STM 2000).

*Kompetenssi* tarkoittaa samojen lähteitten mukaan koulutuksen ja työkokemuksen kautta hankittua pätevyyttä ja kelpoisuutta julkiseen virkaan tai toimeen eli työtä koskevaa tietoa, taitoa ja vaatimuksia. Laajalle kompetenssille löytyy työ- ja tehtävärajat ylittävää käyttöä, kun organisaatiospesifissä kompetenssissa työntekijän tiedot ja taidot ovat työskentelyorganisaatioon sidottuja ja soveltuvat parhaiten sen käyttöön. (STM 2000).

Suomen kielessä kompetenssin synonyymina käytetään osaamista. *Osaaminen* on yksilön ominaisuus, joka tarkoittaa tietoja ja taitoja, joilla henkilö suorittaa tehtävänsä onnistuneesti ja tarkoituksenmukaisesti, ja se kuvaa parhaiten koulutuksen tuottamia valmiuksia työssä tai ammatissa. Taitoon liittyy aina myös tieto ja ymmärrys, joiden avulla tietoa sovelletaan käytäntöön. Osaamistarve tai osaamisvaatimus kuvaa työelämän asettamia vaatimuksia.

*Yleisosaaminen tai ammatillinen yleisosaaminen* tarkoittavat peruskoulutuksen kautta saatuja yleisiä valmiuksia matemaattisissa ja tietotekniikan taidoissa, vieraisissa kielissä, kommunikaatiotaidoissa ja kyvyssä itsensä ilmaisuun sekä oman ammatin perustaitoja. Opinnot ja koulutus antavat perustan ja mahdollisuudet yksilöllisten kykyjen kehittämiseen ja ammatin osien tai osan syventämiseen (STM 2000, Lyhty 2007)

*Työnjaolla* tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa koko työyhteisön toiminnan



kehittämistä siten, että toiminta järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön ja osaamisen näkökulmasta. (STM 2005). Työnjaon kehittämisen tarkoituksena on terveydenhuollon tehokkuuden ja suorituskyvyn lisääminen.

Henkilöstöryhmien välistä työnjakoa voidaan muuttaa tehtäviä syventämällä, laajentamalla, delegoimalla tai luomalla kokonaan uusia tehtäväkuvia joko yksilöiden, yksiköiden tai terveydenhuollon eri sektoreiden välillä. Kansainvälisessä kirjallisuudessa henkilöstöryhmien keskinäisestä työnjaosta käytetään käsitteitä *skill-mix*, *advanced roles* ja *role changes*.

Työnjako työn organisoinnin perustana on historiallisesti kehittyvää ja tiettyyn tuotannolliseen sekä yhteiskunnalliseen rakenteeseen sitoutuvaa. Työnjakoon liittyvien teknisten ja tuotannon muutosten lisäksi siihen sisältyy aina myös laajempia yhteiskunnan rakenteisiin vaikuttavia merkityksiä, näkökohtia ja tavoitteita. Työnjaon kaikkia todellisia vaikutuksia ei voida arvioida näitä ulottuvuuksia huomioimatta (Pirkkalainen 2009).

*Tehtäväkuvan laajentaminen* tarkoittaa henkilöstöryhmän toimenkuvan uudistamista laajentamalla tehtäväaluetta ja kehittämällä osaamista ammatillista perusosaamista laajentamalla. Tehtäväalueen laajentaminen edellyttää lisäkoulutusta ja palkkauksen tarkistamista

Englanninkielisessä kirjallisuudessa laajennetun tehtäväkuvan mukaista työtä tekevistä kokeneesta sairaanhoitajasta käytetään käsitettä *advanced practise nurse* ja *hoitajista* käsitteitä *nurse practitioner*, *nurse specialist*, *nurse consultant*, *nurse-led clinics* (*itsenäinen vastaanotto toiminta*).

*Tehtäväsiirto* tarkoittaa aiemmin toiselle henkilöstöryhmälle kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä myös jonkun toisen ryhmän tehtäviin. Tehtäväsiirto ei välttämättä lisää työn vaatavuustasoa.

*Hoitajavastaanotto* on vastaanotto äkillisesti sairastuneille tai pitkäaikaissairaille.

*Asiantuntijahoitaja* on sairaanhoitaja tai muun vastaavan tasoisen terveystieteiden koulutuksen saanut hoitaja, jonka tehtäväkuvaa on uudistettu työnjakoa kehittämällä, ja joka on saanut tehtävän edellyttämän lisäkoulutuksen.

*Laajavastuinen hoitotyö* on laajennetun tehtäväkuvan mukaista hoitotyötä.

*Terveydenhuollon ammattihenkilöllä* tarkoitetaan henkilöä, joka on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut henkilö) tai henkilöä, jolla on oikeus käyttää terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu henkilö). Laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan ammatissaan ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä.

*Laillistettu ammattihenkilö* on Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaan oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Laillistettuja ammattihenkilöitä, joille lain nojalla myönnetään ammatinharjoittamisoikeus, ovat (17 nimikettä) lääkäri, hammaslääkäri, proviisori, psykologi, puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, farmaseutti, *sairaanhoitaja*, kättilö, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, laboratoriohoitaja, röntgenhoitaja, suuhygienisti, toimintaterapeutti, optikko ja hammasteknikko.

*Nimikesuojatulla ammattihenkilöllä* on Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaan lainmukainen oikeus käyttää asetuksella säädettyä ammattinimikettä, joita ovat (mm. seuraavat nimikkeet) jalkojenhoitaja, koulutettu hieroja, koulutettu kiropraktikko, *lähihoitaja*, psykoterapeutti, sairaalafyysikko, -geneetikko, -kemisti, -mikrobiologi, -solubiologi

Lähihoitajatutkintoon on vuodesta 1995 alkaen yhdistetty aikaisemmat hoitoalan kou-

luasteiset tutkintonimikkeet perushoitaja, hammashoitaja, kuntohoitaja, lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja ja mielenterveyshoitaja, jotka on samalla poistettu nimikesuojattujen luettelosta.

*Laitoshoidolla* tarkoitetaan henkilön ylläpitoa, hoitoa ja huolenpitoa sairaalassa, hoitolaitoksessa tai muussa vastaavassa yksikössä (STM 2007).

*Pitkäaikaiseksi laitoshoidoksi määritellään* Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (L734/1992) sellainen hoito, jonka arvioidaan kestävän pitempään kuin kolme kuukautta tai joka on jatkunut kolme kuukautta eikä sen päättymiseen ole perusteita. Hoitoajan pituudesta riippumatta lääkinnällisen kuntoutuksen laitoshoidoa tai kehitysvammaisten kuntoutusta laitoksessa ei lueta pitkäaikaishoidoksi.

*Moniammatillinen työ* voidaan määrittää eritasoisina toimintoina, jolloin käsite

- viittaa yhteistyökokoukseen, johon osallistuu eri ammattien edustajia, jotka tarkastelevat käsiteltäviä asioita oman ammatillisen osaamisensa näkökulmasta;
- tarkoittaa työtapaa, jolla eri ammattikuntien edustajat muodostavat synteesin eli yhteisen näkemyksen käsiteltävästä asiasta;

- ilmaisee käytännön asiakastyössä tapahtuvaa yhteisen todellisuuden rakentamista (Moniammatillinen työ todentuu yhdessä tekemällä ja tekemisen kautta eri ammattien näkökulmien tuomisella käytännön työhön. Yhdessä tekemällä opitaan toisten tarkastelu- ja toimintatavoista.);
- tarkoittaa toimintatapaa, jossa kukin ryhmä tuo asiakkaan käyttöön oman asiantuntemuksensa.

*Elämänlaatu* on käsitteenä paljon käytetty mutta vaikeasti määriteltävä ja monin eri tavoin ymmärrettävissä. Elämänlaatu liittyy yksilön persoonaan ja sen sisältö on jokaiselle erilainen. Elämänlaatu liittyy kaikkiin elämän ulottuvuuksiin, kuten terveyteen ja hyvinvointiin, elintasoon, sosiaalisiin suhteisiin, elämän mielekkyyteen, tyytyväisyyteen ja viihtyisään ympäristöön. Elämänlaatu sisältää siis kaiken, mikä on tarpeen, jotta ihminen voi hyvin: yleinen tyytyväisyys elämään, mielihyvän tunne ja onnellisuus, tarpeiden tyydyttäminen ja näiden kaikki yhdistelmät (Stakes 2002).

*Mallintaminen* tarkoittaa todellisuuden osan esittämistä muulla tai tavanomaisesta poikkeavalla tavalla. Mallinnuksen tuloksia voidaan käyttää mm. tutkimukseen, simulointiin, suunnitteluun ja eri tilanteiden ennustamiseen.

# 3

## Hoitoalan koulutuksesta ja tavoitteista

---

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutasoisista koulutusohjelmista suurin osa pätevoittää laillistettuihin terveydenhuollon ammattitehtäviin. Toisen asteen koulutusohjelmista valmistutaan lähihoitajan nimikesuojattuun ammattiin. Tässä julkaisussa käsitellään kuitenkin vain yhtä koulutusnimikettä ja sen ammattiosaamista kummastakin koulutuksen tasosta. Tavoitteena on perustella sairaanhoitajan asiantuntijuutta pitkäaikaisen hoidon ammattitoiminnassa sekä lähihoitajan erityisosaamisen perusteita vanhustenhoidossa.

### 3.1 Sairaanhoitajan ammattiosaaminen ja työalueet

Sairaanhoitajakoulutuksen tuottama ammattitaito ja osaaminen on ilmaistu ammattikorkeakoulujen tutkintovaatimuksissa seuraavasti:

- Sairaanhoitaja auttaa, hoitaa, tukee ja kuntouttaa eri-ikäisiä sairaita ihmisiä sekä auttaa heitä kohtaamaan sairastumisen, vammautumisen ja kuoleman.
- Hoitotyön asiantuntijana sairaanhoitaja toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen perustuu hoitotieteeseen ja hoitotyötä tukeviin muihin tieteenaloihin, kuten lääke-, yhteiskunta- ja käyttäytymis- sekä luonnontieteisiin.

Sairaanhoitajan ammatin osa-alueet voidaan määritellä lääketieteen erikoisalojen jaottelua noudattaen:

- lasten ja nuorten hoitotyö
- sisätauti-kirurginen hoitotyö
- mielenterveys- ja päihdetyö
- perioperatiivinen hoitotyö
- vanhusten hoitotyö

tai toiminta-alueitten mukaan:

- perusterveydenhuolto (sisältää ympäristöterveydenhuollon, tartuntataudit, vanhusten hoidon)
- erikoissairaanhoito
- sosiaalihuolto
- kehitysvammahuolto

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet ilmaisevat ammattikunnan perustehtävän yhteiskunnassa ja työn pääperiaatteet. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja siinä toimivien terveydenhuollon ammattihenkilöiden työn keskeisiä tavoitteita ovat väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, hyvinvoinnin tukeminen sekä turvallisuuden edellytysten luominen.

Työssä korostuvat vaativat ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot sekä kyky kohdata erilaisia ihmisiä eri elämäntilanteissa ja toimia yhteistyössä heidän kanssaan yhteiskunnan säädöksiin ja ammatillisiin arvoihin ja periaatteisiin sitoutuen.

Eettisissä ohjeissa toimintaa määritellään eri asioiden välisinä suhteina. Terveydenhuollon eettisissä ohjeissa ammattihenkilön toimintaa arvioidaan hoitajan ja potilaan,

hoitajan työn ja ammattitaidon, hoitajan ja työtoverien, hoitajan ja ammattikunnan sekä hoitajan ja yhteiskunnan välisenä suhteena.

Kaikissa näissä suhteissa ammattihenkilön toiminnassa vallitsevina periaatteina ovat ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, vastuullisuus sekä toinen toisensa arvostaminen, tukeminen ja ymmärtäminen. Näitten hoitotyön arvojen toteutuminen ilmenee asiakkaan inhimillisenä ja kunnioittavana kohtamisena ja kohteluna turvallisessa ja yksilöllisessä hoitosuhteessa (Halme 2007).

Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa, joissa kaikissa hän kohtaa ihmisen arvokkaana, ottaa huomioon toisen arvot, vakaumuksen ja tavat sekä edistää toimissaan yksilöllistä hyvää oloa. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja kannustamaan asiakasta/potilasta omien voimavarojensa käyttöön ja omatoimisuuteen sekä parantamaan heidän elämänsä laatua. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu keskinäiseen luottamukseen ja vuorovaikutukseen. Sairaanhoitaja vastaa itsenäisesti ja henkilökohtaisesti tekemästään hoitotyöstä. Ammatilliseen asiantuntemukseen sisältyy myös muiden ammattiryhmien työn ja ammattitaidon kunnioittaminen.

Sairaanhoitaja voi toimia ammattikoulutuksensa perusteella sekä avo- että laitoshoidossa eli hoitoketjun kaikissa osissa. Perinteisesti toiminta-alue on ollut laitoshoidossa ja noudattanut sairaalassa lääketieteen jaotusta sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Avohoidossa painopisteenä on terveyden edistäminen ja vastaanottotoiminta. Ikäihmisten hoidon on katsottu pääosin kuuluvan sosiaalitoimen alueelle tai painottuvan hoiva-, palvelu- ja avustamistehtäviin.

Käytännössä sosiaali- ja terveysalan tulisi yhdessä muodostaa sellainen kansalaisten tarvitsema palveluketju, joka palveluntuottajasta riippumatta toimii potilaan kannalta hyvin ja

jossa käyttäjän on tarpeetonta eritellä toiminnan sektoreita (Honkalampi 2008). Yhdistetyn toimialan tulisi siis toimia niin saumattomasti, että alan ammattilainen voi käyttää työssään ammattitaitoaan laaja-alaisesti ja asiakas saa viiveettömästi yksilöllisen, yhdenvertaisen ja oikeudenmukaisen palvelun koko elämänsä ajan.

### 3.2 Lähihoitajan ammattiosaaminen ja työalueet

Lähihoitajatutkinto on sosiaali- ja terveysalan toisen asteen ammatillinen perustutkinto, jossa koulutuksen tuottama ammattitaito määritellään koulutusvaatimusten mukaan seuraavasti:

- Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittaneen lähihoitajan työ sisältää käytännön hoito- ja hoivatyötä, kasvatusta, kuntoutusta ja asiakaspalvelutehtäviä valitusta koulutusvaihtoehdosta riippuen. Työn lähtökohtana kaikissa tehtävissä on asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen.

Perustutkintokokonaisuus muodostuu kaikille yhteisistä opinnoista sekä niiden jälkeen suoritettavasta valinnaisesta koulutusohjelmaosasta. Tutkinnon yhteiset ammatilliset opintojaksot ovat kasvun tukeminen ja ohjaus, hoito ja huolenpito sekä kuntoutuksen tukeminen, jotka hyväksyttävästi suoritettuaan opiskelija voi siirtyä koulutusohjelman valintaan yhdeksästä vaihtoehdoisesta koulutusohjelmasta:

- asiakaspalvelu ja tietohallinto
- ensihoito
- kuntoutus
- lasten ja nuorten hoito ja kasvatusta
- mielenterveys ja päihdetyö
- sairaanhoito ja huolenpito

- suun terveydenhoito
- vammaistyö
- vanhustyö

Sosiaali- ja terveystalouden työ on työtä ihmisten kanssa ja heitä varten. Valtakunnallisessa opetussuunnitelmassa lähihoitajan keskeisiksi osaamisalueiksi on määritelty kasvatuksen, hoidon ja huolenpidon perustaitojen lisäksi laaja-alaisesti hyvät ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot, kyky toimia tiimeissä ja vankka osaaminen hoito-, huolenpito- ja kasvatustehtävissä.

Lähihoitajatutkinnon suorittaneella on oltava kyky tukea erilaisten ja eri-ikäisten ihmisten voimavaroja ja toimintakykyä heidän omista lähtökohdistaan, ja hänen on osattava ottaa huomioon asiakkaiden kulttuuri- ja arvomaailmat. Lähihoitajan on hallittava alan arvo-osaaminen, ammattietiikka, suvaitsevaisuus ja ongelmanratkaisutaito käytännön taitojen ohella (OPH 2001, Vuorensyrjä 2007).

Kaikkien koulutusohjelmien ammattitaitovaatimuksiin kuuluvat riittävät valmiudet huolehtia asiakkaana olevan kohdeyhmän perustarpeista, auttaa ja tukea heitä selviytymään arjen askareista ja toiminnoista, järjestää mielekästä toimintaa ja avustaa hoitotoiminnassa.

Lähihoitajakoulutuksen uudistamisen tavoitteena on koulutuksen tuottamat valmiudet, jotka mahdollistavat lähihoitajille sosiaalisten ja terveydellisten tekijöiden yhtäaikaisen huomioimisen ja ihmisen kokonaistilanteesta lähtevän työikäytännön (Vuorensyrjä 2007). Koulutuksen tarkoituksena on kehittää omaloitteisia, tunnollisia ja luovia työyhteisön jäseniä sekä rohkeita, kekseliäitä ja työtään arvostavia työntekijöitä, ammatinharjoittajia ja yrittäjiä (Rantanen 2004).

Teoreettinen tieto on oleellinen osa sosiaali- ja terveystalouden toisen asteen ammatillisista tutkintoista. Se ei saa jäädä irralliseksi kirjattiedoksi, vaan sen on toimittava päivittäisen

ammattikäytännön luontevana osana (Vuorensyrjä 2007).

Vanhustyöhön suuntautuneen lähihoitajan työ on konkreettista ja vaatii hyvää henkistä ja fyysistä terveyttä, mutta myös kehittyneitä sosiaalisia ja vuorovaikutustaitoja. Lähihoitajan työssä ihmisen kohtaamisen ja kosketuksen taito korostuu toiminnoissa, joka liittyvät vanhuksen hoivaan, toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukemiseen, päivittäistoiminnoista, mm. riittävästä ravinnosta ja puhtaudesta, huolehtimiseen.

Hoitaja auttaa vanhuksia henkilökohtaisen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa. Hoitotiimiin osallistuminen edellyttää riittäviä tietoja tavallisimmista sairauksista, hoitomenetelmistä ja -tavoista. Peruskoulutus antaa lähihoitajille perustiedot eri lääkeryhmistä ja lääkkeiden sivuvaikutuksista sekä lääkehoito- ja lääketutkimustavoista. Turvallinen lääkehoito edellyttää kuitenkin koko lääkehoitokaaren ymmärtämistä, joten lääkehoitoon osallistuminen ja sen seuranta edellyttävät peruskoulutuksen lisäksi koko henkilöstöltä työpaikkakohtaista lupamenettelyä (STM 2005).

Lähihoitajan tulee työssään hallita asiakas- ja potilastiedon pääosin sähköisten asiakirjojen käyttö sekä hoitohuomioista tiedottaminen muulle työryhmälle. Vanhustyössä lähihoitajan tulee ymmärtää ikäihmisen elämäntapa ja sen yksilöllinen merkitys ja kohdata jokainen asiakas/potilas hänen ainutlaatuisuuttaan kunnioittaen. Työ edellyttää monipuolisia ihmissuhde- ja yhteistyötaitoja sekä joustavuutta ja kärsivällisyyttä (OPH 2007, Lyhty 2007). Lähihoitajan ammatillisen osaamisen ydintaitoja ovat perushoito ja -hoiva, vuorovaikutus ja elinkaariajattelu (Vuorensyrjä 2007).

Lähihoitajan eettiset ohjeet (SuPer 2006) määrittelevät lähihoitajan perustehtäväksi toiminnan ihmisen lähellä, hänen auttamisensa ja tukemisenensa jokapäiväisissä toiminnoissa.

sa hyvän elämän edellytysten saavuttamiseksi. Koska hoitajan ammatillinen toiminta vaikuttaa toisen ihmisen elämään, työntekijä tarvitsee vahvaa ammatti-identiteettiä ja kykyä käyttää omaa persoonaansa työvälineenä.

Vaikeiden kysymysten ja ongelmien ratkaiseminen edellyttää työntekijältä valmiutta pohtia ja nähdä työn eettinen ulottuvuus sekä toimia eettisesti kestävien periaatteiden mukaisesti. Lähihoitajan eettiset periaatteet voidaan kiteyttää viiteen velvoittavaan kokonaisuuteen:

- itsemääräämisoikeus,
- oikeudenmukaisuus,
- tasa-arvo,
- vastuullisuus
- työyhteisön ja yhteiskunnan jäsenyyden huomioiminen

Lähihoitajakoulutuksen voi suorittaa nuoriso- tai aikuisopintoina, näyttötutkintona tai oppisopimuskoulutuksessa.

Lähihoitajan työpaikkana voi olla asiakkaan koti, sairaala, terveyskeskus, päiväkot, palvelukeskus, hammaslääkäriasema tai sairaankuljetus. Lähihoitajat voivat toimia myös itsenäisinä ammatinharjoittajina tai työskennellä ulkomailla. Valtaosa lähihoitajista toimii perusterveydenhuollossa ja vanhustyössä joko kotihoidossa, palvelutaloissa, vanhainkodeissa tai hoivahoidon osastoilla.

## 4

# Vanhusten hoitoympäristöt ja niiden porrastus

### Kenellä on vastuu hoidon järjestämisestä?

Suomessa terveyspalvelut perustuvat kansainvälisesti ainutlaatuihin kunnille asetettuun järjestämisvelvoitteeseen. Käytännössä se toteutuu kuntien ylläpitämänä verorahoitteisena järjestelmänä, jossa palvelujen tuottamistavasta päättävät kunnat itsenäisesti. Ne voivat täyttää järjestämisvelvoitteen tuottamalla palvelut itse, yhdessä muiden kuntien kanssa tai muilta tuottajilta hankkimalla. Kunnallinen järjestelmä kattaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut sekä vanhushuoltoa.

Terveyspalveluja koskeva lainsäädäntö ei perustu oikeuteen saada yhteiskunnan järjestämänä kaikkea haluamaansa hoitoa. Palveluihin ovat oikeutettuja vain kunnan vakituiset asukkaat, ja hoidon tarpeesta päättää lääkäri. Toisin kuin esimerkiksi pienten lasten päivähoidossa tai tietyissä vaikeavammaisille tarkoitetuissa palveluissa apua tarvitsevilla ikäihmisillä ei ole subjektiivista oikeutta palvelujen saamiseen, vaan kunta voi käyttää tarveharkintaa vanhushuoltoa kohdentamispäätöksissään (STM 2000, Pukkila 2005).

### Voiko vanhusten asumista ja hoitoa erottaa toisistaan?

Ikäihmisten palvelut, etuudet, oikeudet ja niiden laajuus tai maksullisuus määräytyvät useiden eri säädösten kautta. KELA määrittelee korvausperusteissaan esimerkiksi avo- ja laitoshoidon rajausta siten, että palveluasumisen ja vanhainkodin eroja on käytännössä

hyvin vaikea hahmottaa muuten kuin asiakkaan maksuvelvoitteen osalta.

Pitkäaikainen hoito tarkoittaa jatkuvaa ja pysyvää asumista hoitopaikassa, joka voi olla terveyskeskuksen osasto, vanhainkoti tai muu ympärivuorokautista hoitoa, hoivaa ja huolenpitoa antava paikka. Pitkäaikaista hoitoa voi tuottaa kunta, säätiö tai yksityinen yritys. Avo- ja laitoshoidon raja on varsin keinotekoinen ja käsitteitä pitkäaikainen ja/tai ympärivuorokautinen hoito, pitkäaikainen hoiva, hoivapalvelut käytetään sekä toistensa synonyymeinä että toimintojen erojen määrittelyyn.

Asiakkaalle pitkäaikaishoidon päätöksellä on taloudellista merkitystä. Esimerkiksi palvelutalossa asukas maksaa itse ns. vuokransa lisäksi lääkkeensä, tarvitsemansa hoidon sekä kaikista muista käyttämistään palveluista (esimerkiksi ruokahuolto, puhtaanapito, vaatehuolto) hinnaston mukaiset maksut. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa hoitopäätöksen jälkeen hoidon, ruoan ja tilat kustantaa täysihoitoperiaatteella yhteiskunta, joka perii palveluista tulotasoon suhteutetun säädösten mukaisen hoitomaksun.

### Terveyskeskukset

Terveyskeskus, terveyskeskussairaala ja terveyskeskuksen vuodeosasto käsitteillä voidaan ilmaista samoja tai täysin toisistaan poikkeavia toiminnan muotoja. Sanalla sairaala voidaan tarkoittaa hyvin erilaisia palvelukonsepteja ja muotoja.

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) asetetaan tavoitteeksi ikääntyneiden kuntalaisten pitkäaikaishoivan rakenteiden ja

toimintatapojen uudistaminen siten, että vail- la lääketieteellistä perustetta oleva pitkäaikai- nen hoito terveyskeskuksen vuodeosastoilla korvautuu muilla vaihtoehdoilla. Tällöin ter- veyskeskusten vuodeosastot voivat keskittyä akuuttihoitoon ja kuntoutukseen, kun pitkä- aikainen hoiva järjestetään kotona tai kodin- omaisissa olosuhteissa.

Näiden kaikkien hoitopaikkojen tulee kui- tenkin tarjota riittävästi asiakkaiden tarpeiden mukaista kuntouttavaa pitkäaikaista hoivaa, hoitohenkilökuntaa ympäri vuorokauden ja joustavia lääkäripalveluja. Mikä muu kuin nimi ja johtamisjärjestelmä erottavat terveys- keskuksen osaston tästä ns. uudesta hoivapal- velumuodosta? Onko tavoitteena rajoittaa sai- raala-nimityksen käyttö vain lyhytaikaisen hoidon laitoksiin, vaikka kansanterveyslain mukaiset terveyskeskukset huolehtivat nykyi- sin sairaaloissaan ja vuodeosastoillaan sekä akuutti- että pitkäaikaishoidosta?

Uuden hoivapalvelumuodon rakentamisen sijasta voitaisiin todennäköisesti kehittää ja uudistaa jo olemassa olevien laitosten organi- saatioita, toimintatapoja ja -edellytyksiä ja eri- tyyppistä perusterveydenhuoltoa ja vanhust- enhoitoa niiden yksiköissä.

Myös vanhojen sairaalarakennusten asian- mukaiseen saneeraukseen ja tilojen muunta- miseen hoidon nykyvaatimuksia ja tarpeita vastaaviksi tulisi kiinnittää huomiota. Tämä tapahtuu esimerkiksi jakamalla suuria, monen hengen huoneita pienemmiksi, lisäämäl- lä potilaskohtaisia hygienianhoitotiloja sekä varaamalla riittävästi yhteisiä oleskelu-, kun- toutumis- ja viriketiloja. Hyvä ympäristö yllä- pitää ja edistää fyysistä, psyykkistä ja sosiaa- lista toimintakykyä sekä elämänlaatua. Näistä syistä tulisi vanhusten huollon hoitoympäris- töjen turvallisuuteen, esteettömyyteen, kodik- kuuteen, viihtyisyyteen sekä yksityisyyden mahdollistaviin ratkaisuihin panostaa nykyis- tä enemmän.

## Sairaalat

Sairaala on perinteisesti ollut julkisin varoin ylläpidetty lääkärijohtoinen laitos, jonka ide- aalina on hoitaa lääketieteellisesti määriteltyä akuuttihoitoa ja kuntoutusta tarvitsevia poti- laita. Ns. hoivahoidon eli pitkäaikaishoidon potilaat pyritään erottamaan tästä joukos- ta määrittelemällä sairaalahoidon kriteeriksi aina lääketieteellisesti perusteltu ympärivuo- rokautisen hoidon tarve.

Nykyisellään terveyskeskus, terveyskeskuk- sen vuodeosasto ja hoivahoito eivät ole sisäl- löltään selkeästi toisistaan eroavia, eikä näi- den käsitteiden käyttö ole johdonmukaista. Asumisen ja sairauksien hoidon erottaminen toisistaan erilliseksi tai riippumattomaksi voi vaikuttaa hyvältä tavoitteelta, mutta se ei ole käytännössä realistista. Tavoite, ettei ikäihmi- sen hoidon tarpeen kasvaessa tarvitsisi siir- tyä hoitopaikasta toiseen, vaan hoitoresurssit siirtyisivät asiakkaan luo, johtaa käytännössä umpikujaan. Pitkäaikaiseen ympärivuorokau- tiseen laitoshoitoon turvaudutaan jatkossakin tilanteissa, joissa hoitoketjun muut palvelu- muodot eivät enää riitä vastaamaan kasvaneen hoidon tarpeeseen

Laitoshoitoon hakeudutaan vahvasti hei- kentyneen toimintakyvyn ja suureksi kasva- neen hoitotarpeen vuoksi (Vuorensyrjä 2007). Kyseessä ei enää ole hoiva tai huolenpito vaan useiden sairauksien hoidontarve ja niiden edellyttämä monialainen hoito. Vaikka oman toimintakyvyn aleneminen johtaa jatkuvaan avun tarpeeseen päivittäisissä toiminnoissa, hoitopaikka on edelleen yksilön loppuelämän koti. On ikäihmisen edun mukaista saada sekä hoito että asuminen tässä kodiksi muodostu- neessa ympäristössä.

Nykymuotoiset mahdollisimman kodin- omaisiksi muotoutuneet vanhusten sairaalat vastaavat muuttuneita hoidon tarpeita, mut- ta sopivat huonosti muuttumattomina säily- neisiin laitossäännöksiin. Niissä pääpaino on



edelleen lääketieteelliseen diagnoosiin, sairauten tai vaivan perustuvassa lääketieteellisessä sairaalahoidossa, jonka alkamisesta ja päätymisestä päättää sairaalan ylilääkäri. Muun terveydenhuoltohenkilöstön ammattitaito samoin kuin ikäihmisen arjen elämälaatu, jäljellä olevat voimavarat ja merkityksellisen päivittäisen toiminnan mahdollistaminen ja tukeminen jäävät hallintorakenteissa vähemmälle huomiolle – potilaan yksilöllisyyden korostamisesta huolimatta.

### **Vanhainkodit**

Vanhainkodeissa ja palvelutaloissa sairaanhoitajan ammattitaito ja itsenäinen asiantuntijatehtävä on ollut rajatulla ammatillisen toiminnan alueella hyväksytympi kuin laitoshoidon muissa toimintayksiköissä. Palvelutalot eivät ole laitoshoidoa, ja usein henkilöstörakenne painottuu muuhun kuin terveydenhuollon ammattihenkilöstöön. Kaikissa pitkäaikaisen hoidon toiminnoissa sairaanhoitaja on kuitenkin ammatillisesti koulutettu alansa asiantuntija, jonka arvioon muut ammatti- ja henkilöstöryhmät voivat oman toimintansa perustaa, ja jonka arvioon luottaen asiakkaat/potilaat saavat hyvää hoitoa ammattieettisten ja hoitotieteen periaatteiden sekä näyttöön perustuvan tiedon mukaisesti.

Terveydenhuollon ammattihenkilöinä sekä lähihoitajat että sairaanhoitajat toimivat omissa tehtävissään oikeudenmukaisesti ja hoitavat jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta.

### **Hoidolle asetetut tavoitteet eivät toteudu käytännössä**

Ikäihmisten hoito- ja palvelutoimintaa kehitetään kunnissa erilaisin strategioin ja visioin, joilla on yhteinen näkemys hyvän hoidon ja palvelun tavoitteista. Hyvää hoitoa luonnehtii ikäihmisten voimavarojen ylläpitäminen ja tukeminen sekä laajamittainen yksilöllisyyden kunnioittaminen.

Valtakunnallisella tasolla sekä pääministeri Vanhasen II hallitusohjelmassa että sosiaali- ja terveystieteiden strategioissa tähdennetään ikääntyneiden toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumisen vahvistamista, kuntouttavaa työtettä sekä palvelujen saumattomuutta ja monipuolisuutta. Näitä tavoitteita on vielä täsmennetty STM:n julkaisussa Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Niissä huomioidaan myös sosiaali- ja terveyspalveluissa tarvittava riittävä ammattitaitoinen henkilöstö, työelämälähtöinen koulutus, kilpailukykyinen palkkaus, työn sisällön ja johtamisen kehittäminen sekä omaan työhön vaikuttamisen mahdollisuuksien lisääminen.

Käytännön vanhustyössä ja pitkäaikaisen laitoshoidon arjessa strategiapapereihin kirjattu ymmärtämys ja kannustus näkyvät erittäin vähän. Talouden taantumun ja kuntien entisestään kiristyneen taloustilanteen varjossa ikäihmisten hoidon resurssien parantamiseen ei juuri löydy tukea ohjelmien ja juhlapuheiden lisäksi. Vanhusten hoitoa ei toimialana pidetä erityisen kiinnostavana, eivätkä yhteiskunnassa vallitsevat asenteet ole kannustavia. Sosiaali- ja terveydenhuollossa suurimpien vanhuksia hoitavien ammattiryhmien ääntä ei päätöksenteossa useimmiten kuunnella, ja käytännön ongelmat jäävät työyhteisöissä tai työntekijätasolla ratkaistaviksi. Tilanne kuormittaa henkilöstöä ja on omiaan vähentämään ammattien vetovoimaisuutta.

## Hoitojärjestelmän kehittäminen

### 5.1 Kansallisen terveys- hankkeen pilotit

Kansallisen terveyshankkeen työnjaon kehittämisen lähtökohtia ovat potilaan hoitoon pääsyn turvaaminen ja henkilöstövoimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö. Joukko alueellisia pilottihankkeita tuotti kokeiluja ja toimintojen mallinnuksia, joissa käytettiin ammattiryhmien välisten tehtäväsiirtojen ja tehtäväkuvien laajentamisen menetelmää ja tavoiteltiin terveydenhuollon tehokkuuden lisäämistä. Piloteissa työnjako kohdistui pääosin terveyskeskuksen ja/tai avohoidon vastaanotto toimintaan. Näkökulma lienee perusteltu kansallisen hankkeen ensimmäisen tavoitteen eli hoitoon pääsyn turvaamisen kannalta.

Työnjakopiloteissa tehtäväsiirrot painottivat lääkäriltä sairaanhoitajille siirtyviin tehtäviin ja Suomen terveydenhoitajaliiton tehtäväjulkaisussa lääkäreiltä terveydenhoitajille. Molemmista terveydenhuoltoalan laillistetun ammattihenkilön koulutukseen perustuva ammattitaito on lähtökohtaisesti kavennettu sarjaksi erilaisia irrallisia ja/tai peräkkäisiä suoritteita. Sairaanhoitajan, samoin kuin terveydenhoitajan, perusammatti ja ydintehtävä on kuitenkin oleellisesti laaja-alaisempi. Se sisältää yksilön/asiakkaan/potilaan hoitotarpeen kokonaisvaltaisen arvioinnin ja siihen yhdistettävän, tutkittuun tietoon, näyttöön ja ammattitaitoon perustuvan päätöksenteon ja toimintavalinnat, jotka sovelletaan yksilöllisesti kunkin asiakkaan tarpeisiin ja toteutetaan hänen ymmärtämällään tavalla.

Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa -hankkeen piloteissa tehtäväsiirto- ja toisen asteen koulutetuille ammattiryhmille (mm. lähi- ja perushoitajat) tehtiin melko vähän. Työnjaon kehittämisessä on kuitenkin tärkeää huomioida kaikki toimintaprosessiin osallistuvat ammattiryhmät kaikilla toimintasektoreilla. Piloteissa toisen asteen koulutettujen tehtäväkuvien laajentaminen liittyi perusterveydenhuollossa puhelinneuvontaan, tehostettuun kotisairaanhoidon, kotihoitoon ja moniammatilliseen tiimityöhön sekä erikoissairaanhoidossa omahoitajatoimintaan, sairaanhoidollisten toimenpiteitten suorittamiseen, lääkehoidon toteuttamiseen tai ohjaus- ja neuvontavastuun lisäämiseen.

Työnjaossa, laajennetussa tehtäväkuvassa tai tehtäväsiirroissa ei voi olla kysymys ainoastaan suorittamisesta, irrallisista suoritteista tai niiden siirroista. Useissa piloteissa painotettiin tavalla tai toisella ehkäisevien kotikäyntien ja potilasohjauksen kehittämistä sekä itsehoitoon tukemista. Niissä todettiin, että tehostetulla potilasohjauksella ja -neuvonnalla osana ammattitaitoisten hoitajien tehtäväkuvaa voidaan vaikuttaa potilaiden hoitoon sitoutumiseen ja elämänlaatuun sekä hoitotasapainon ylläpitämiseen useimpien pitkäaikaisrauksien seurannassa ja hoidossa.

Hyvät tulokset terveyden- ja sairaanhoitajien toiminnasta verenpaine-, sydän- ja diabetespotilaiden ohjauksessa kannustavat kehittämään ja laajentamaan tehostettua potilasohjausta osana kaikkien pitkäaikaisrauksien hoitoa ja seuranta. Sama toiminta tulisi sisällyttää avohoidon lisäksi myös työskentelyyn laitoshoidossa olevien potilai-

den kanssa, ja valtuuttaa se ammattitaitoisten sairaanhoitajien tehtäväksi. Sairaanhoitajan ammattiosaamisen täysi hyödyntäminen olisi myös yhteiskuntataloudellisesti perustelua henkilöstövoimavarojen käyttöä.

Kansallisen terveyshankkeen piloteista yli puolet teki jo vuonna 2005 useita konkreettisia jatkotoimenpide-ehdotuksia. Ne liittyivät työnjaon uudistamista koskeviin valtakunnallisiin linjauksiin, lainsäädännön muutostarpeisiin, koulutuksen kehittämiseen sekä ammattiryhmien toimintaedellytyksiin omissa organisaatioissaan. Vaikka lainsäädännön muutokset on todettu merkittäväksi työnjaon kehittämistä vauhdittavaksi tekijäksi, ei niitä ole Suomessa toteutettu. Esimerkiksi lääkärin erityisiin oikeuksiin kuuluviin hoidosta ja tutkimuksesta päättämiseen ole puututtu, ja lääkkeenmääräämisen yksinoikeuteen on valmisteilla muutoksia vasta vuoden 2009 suunnitelmissa. Vastaavat erityisoikeudet on muissa pohjoismaissa jo pääosin poistettu lainsäädännöstä.

Potilasvahinkoja tai hoitovirheitä ei terveyshankkeen piloteissa ilmennyt. Kokemukset työnjaon kehittämisestä olivat henkilöstöryhmien kannalta pääosin myönteisiä, ja asiakkaat suhtautuivat hoitajatyöpanoksen lisäämiseen erittäin myönteisesti. Potilaat kokivat saavansa hoitajilta enemmän aikaa ja yksilöllisempää kohtelua kuin lääkärinvas-

taanotolla. He myös kokivat saamansa hoidon asiantuntevaksi ja ammattitaitoiseksi ja olivat valmiita suosittelemaan sen käyttöä laajemminkin (STM 2005).

Käytännössä pilottien kokeiluissa joustavat toimintatavat eivät aina noudattaneet tiukasti lainsäädäntöä, vaan raja-aitoja ”taivutettiin” toiminnan turvaamiseksi ja lainsäädännön harmaalla alueella tapahtuva toiminta valtuutettiin hallinnollisin päätöksin paikallisesti (STM 2005). Kun kaikin tavoin pyritään kehittämään tarkoituksenmukaista toimintaa, sujuvia palveluketjuja ja kaikkien ammattiryhmien täyden osaamisen hyödyntämistä, tulisi myös toimintaa säätelevää ohjeistoa uusia ja ajantasaistaa riittävän joustavasti.

## 5.2 Toimiva terveyskeskus -hanke

Kansalliseen terveyshankkeeseen sisältyy yhtenä suurena kokonaisuutena Toimiva terveyskeskus -kehittämisohjelma. Sen tavoitteeksi on asetettu sekä palvelutuotannon että johtamisen tehokkuuden ja sujuvuuden parantaminen.

Asetetut tavoitteet tulee muotoilla siten, että ne voidaan toteuttaa myös ikäihmisten hoidossa ja vanhuspalveluissa.

Toimiva terveyskeskusohjelman esitys	Tehyn laajennus vanhuksiin
<b>Palvelutuotannon kehittämislinjaukset</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laadukkaiden ja tarpeenmukaisten palvelujen hyvä saatavuus, jolloin hoitoon pääsy paranee ja jonottamisesta johtuva viive vähenee</li> </ul>	Periaatetta on sovellettava myös hoitoon pääsyn jälkeen. Hoidossa olevien mahdollisuuksia vaikuttaa omaan hoitoonsa ja hoitopäätöksen tekoon tulee vahvistaa hoitoketjun kaikissa vaiheissa.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakaskeskeisyyden parantaminen; ”asiakas keskiössä”</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ terveyskeskustoiminnan perustana</li> </ul>	Periaate on huomioitava myös hoidossa, jolloin esim. pitkäaikaishoidon aikana hoitoympäristöt ja toimintatavat tulee kehittää yksilöllisiksi, omatoimisuutta tukeviksi ja jäljellä olevat voimavarat huomioiviksi.

Terveyskeskus on kansanterveyslain mukaan monitoimintainen kokonaisuus, jossa useiden eri ammattilaisten yhteistoiminnalla saavutetaan asiakkaalle paras mahdollinen palvelutaso sekä avo- että laitoshoidossa samoin kuin ehkäisevän terveydenhuollon piirissä.

Hallinnon ja johtamisen kehittämisen painopisteet	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osaavan työvoiman saatavuus</li> </ul>	<p>Osaava työvoima käsittää kaikki toimintaan tarvittavat ammattiryhmät. Pitkäaikaisessa hoidossa kaikkien ryhmien saatavuudesta ja työn vetovoimaisuudesta huolehtiminen on yhtä tärkeää.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Johtamisen korkeatasoisuuden turvaaminen terveyskeskuksessa</li> </ul>	<p>Johtaminen perustuu hallinnolliseen osaamiseen ja toiminnan laaja-alaiseen tuntemiseen sekä omaa ammattitoimintaa laajempaan ja osoitettuun johtamisosaamiseen</p> <p>Korkeatasoinen terveyskeskuksen johtaminen tarkoittaa ammattimaista päätoimista monialaista johtamistoimintaa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palveluiden tilaajien riittävä tietotaito</li> </ul>	<p>Kunnallisessa päätöksenteossa on selkeytettävä, keneltä tilaajatyöskentelyn tietotaitoa edellytetään eli mikä rooli päätöksenteossa on poliitikoilla, erityisasiantuntijoilla ja virkamiehillä valmistelussa, esittelyssä sekä asiantuntemuksen käytössä.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terveysnäkökohdat kunnan kaikkien hallinnonalojen päätöksenteossa</li> </ul>	<p>Kunnan on tarjottava kaikille ikäryhmille väestön terveyttä palvelevat liikuntamahdollisuudet, -paikat ja tarvittava välineistö, infrastruktuuri jne.</p> <p>Hallinnonaloille luotava yhteistoimintakulttuuri, joka laajentaa omatoimisen terveydenedistämisen mahdollisuuksia ja lisää kokonaishyötyä.</p>

## 6

# Ammatillista vastuuta määrittävät säädökset ja periaatteet

### Vastuuta määrittävät säädökset

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, ammattihenkilöiden oikeuksia ja velvollisuuksia sekä näiden keskinäisiä suhteita käsitellään useissa eri laeissa ja asetuksissa, joista tässä tarkastelussa merkittävimmiksi on nostettu

- Laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä L559/1994, A 564/1994
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 785/1992
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta L812/2000
- Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä A 99/2001
- Henkilötietolaki HetiL 523/1999
- Potilasvahinkolaki L585/1986
- Kansanterveyslaki L66/1972, Erikoissairaanhoidolaki L1062/1989 Mielenterveyslaki L1116/1990 ja asetus A1247/1990, muut terveydenhuollon erityislait
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982
- Perustuslaki 731/1999

### Vastuunjaon periaatteet

Kukin terveydenhuollon ammattihenkilö on itse vastuussa siitä, mitä tekee tai jättää tekemättä. Työnantaja kantaa osaltaan oman vastuunsa toiminnasta. Terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuus on kaikessa toiminnassaan ylläpitää ja edistää terveyttä, ehkäistä sairauksia ja parantaa tai lievittää sairaiden kärsimyksiä. Työtehtävissä on sovellettava yleisesti hyväksytyt, ammattikoulutuksella hankittuja ja kokemusperäisesti perusteltuja menettelytapoja.

Potilaalla tai asiakkaalla on oikeus hyvään hoitoon, inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämisoikeuteen eikä häneltä muunlaisia päätöksiä tai valintoja saa edellyttää (Laki 785/1992).

Yksilöllä on aina oikeus päättää omista asioistaan, jota itsemääräämisoikeutta hoitotoimissa ei perusteettomasti saa eikä voi ohittaa. Yhteisymmärrystä tulee hakea ilman johdatelua, painostusta tai pakkoa (Suonsivu 2009). Potilaan suostumus hoitoon on lähtökohtana terveydenhuollon ammattihenkilön oikeudelle ja velvollisuudelle hoitaa potilasta. Mahdollista ilmaistua hoitotahtoa on kaikissa olosuhteissa noudatettava.

Ammattihenkilön tehtävistä ei ole lueteloita, joista ilmeni, mitä kukin saa tai ei saa tehdä. Oikeudet, velvollisuudet ja vastuu perustuvat koulutuksella hankittuun pätevyyteen, valmiuksiin ja osaamiseen sekä niitä määrittelevään lainsäädäntöön. Lisävalmiuksia ja oikeuksia voidaan hankkia ja antaa asianmukaisen lisäkoulutuksen perusteella.

Työnantajalla on oikeus päättää työnjaosta työnjohto-oikeuden perusteella. Työnantajan ja esimiehen työnantajan edustajana tulee antaa työn edellyttämä riittävä tieto ja ohjeistus sekä valvoa annettujen ohjeitten noudattamista. Hallinnollisen asemansa perusteella johtava lääkäri voi tehdä terveydenhuollon toimipaikkakohtaisen kirjallisen tehtäväsiirtopäätöksen. Siinä määritellään vastualueet ja potilasryhmät, joita tehtäväsiirrot koskevat sekä ne tehtävät ja toimenpiteet, joihin lupa annetaan. Useimmiten on kyse sellaisista lääkäriltä siirtyvistä tehtävistä, joihin sairaanhoitajalle annetaan suoriutuslupa ilman lääkärin konsultaatiota.

Asianmukaisesta tehtäväsiirtoon tarvittavasta lisäkoulutuksesta ei ole valtakunnallista yhtenevää ohjeistusta, ja käytännöt toimipisteissä ovat varsin kirjavat. Johtavien lääkäreiden käsitykset tehtäväsiirroista koulutuksellisen, juridisen ja potilasturvallisuusvastuitten osalta perustuvat pääosin henkilökohtaiseen käsitykseen, jota ei voi pitää hallinnollisen päätöksen kestäväna perustana.

Sairaanhoitajat eivät useinkaan henkilöstöhallinnollisesti kuulu johtavan lääkärin alaiseen henkilökuntaan, mikä mutkistaa tilannetta juridisesti edelleen. Asiaa tulisi pikimmiten selventää valtakunnallisin ohjeituksin sekä potilas- että työturvallisuusriskien välttämiseksi.

Ikäihmisten palvelun, hyvän hoidon, myös siihen oleellisesti kuuluvan pitkäaikaisen laitoshoidon, tavoite on tukea kaikkien ikääntyneiden hyvää elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista hoito- ja palvelutilanteissa toimintakyvystä riippumatta.

Vanhusten hoidossa ja kaikessa pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveydenhuollon ammattihenkilöstön pääosan muodostavat eri koulutuksen saaneet joko laillistetut tai nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Hoitajien ammattitaidolla tuotetaan toi-

minnan tulokset: hoidon laatu, yksilölliset ratkaisut ja hoidettavan paras saavutettavissa oleva elämänlaatu.

Lääketieteellisen hoidon määrittäminen on tärkeää, mutta käytännössä lääkäriytyöpanos rajoittuu vanhusten hoidossa sairauden diagnosointiin ja hoidosta päättämiseen, jolloin se kattaa ajallisesti vain pienen osan pitkäaikaisen hoidon arjesta. Hoidon toteutus, seuranta ja arviointi ovat täysin muun ammattihenkilöstön vastuulla.

Potilasliitto ilmaisee asian näin: ”*Suomalainen potilas elää ja asioi arjessa, jossa kaikkien tärkeimmäksi tekijäksi muodostuu tilanne, jossa potilas kohtaa terveydenhuollon henkilökunnan, lääkärit ja hoitajat. Potilaan tärkeimmät suhteet rakentuvat läheisessä vuorovaikutuksessa sairaanhoitajiin ja hoivahenkilökuntaan. Lääkäri tutkii potilaan, tekee diagnoosin ja määrää hoidon. Hoitajat laativat hoitosuunnitelman ja toteuttavat sitä yhteistyössä potilaan kanssa. Hoitajilla on tiedonvälittäjän rooli potilaan voimien muuttuessa ja hoitosuunnitelmaa tarkistettaessa. Tämä välittäjän rooli korostuu erityisesti silloin, kun potilas on huonokuntoinen tai hyvin iäkäs, toisinaan sanoen kykenemätön toimimaan ja viestimään ajatuksiaan itsensä.*”

# 7

## Työnjako koulutuksellisen osaamisen mukaan

Potilasturvallisuus ja palvelujen korkea taso ovat ominaispiirre, josta terveydenhuollon kaikkien koulutusammattien osaamisen vähimmäisvaatimuksia lähdetään määrittelemään. Oman ammatin hallinnan perustana ovat sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset lähtökohdat, arvot, toimintaperiaatteet ja toiminnan painotukset.

Vaikka ammattikoulutuksissa on paljon yhtenevää, joustavan tehtävien hoidon ja palvelujen sujuvuuden edellyttämää osaamista, kunkin ammatin osoitettu ja varmistettu osaaminen on omaleimaista. Ammattien ja ammattiryhmien välinen työnjako määräytyy sekä ammatinharjoittamista säätelevien lakien että koulutuksen antaman osaamisen perusteella (OPM 2006).

### 7.1 Hoitotyön osaaminen

Hoitotyön ammatillisen yleisosaamisen perusta on monitieteellinen. Hoitotyön tietoperusta on hoitotieteessä, ja muita keskeisiä lähitieteitä ovat yhteiskunta- ja käyttäytymistieteet, lääketiede ja luonnontieteet. Hoitotyön ammatillisen koulutuksen tehtävänä on antaa riittävä työelämän tuntemus sekä työn edellyttämä tietoperusta ja tarvittavat käden taidot. Niiden ohella koulutuksen tulee osaltaan olla ohjaamassa ammattialan kehitystä.

Koulutuksen tulee tuottaa laajapohjaista yleispätevää osaamista, joka on vain vähäisesä määrin organisaatio- tai tehtäväspesifiä, ja joka antaa edellytykset ymmärtää yksilöä ja yhteiskuntaa ja siinä vallitsevia vuorovaikutussuhteita. Lisäksi koulutuksen tulee tuottaa

ammattispesifistä osaamista, ammatin edellyttämien taitojen hallintaa, edellytykset erityistaitojen oppimiselle, riittävät työelämätaidot sekä kykyä soveltaa oppittua käytäntöön.

Terveysalan koulutuksessa asetetaan ammattityölle myös persoonallisuuden kehittämistavoitteita, joissa painotetaan työn edellyttämää jatkuvaa oppimista ja itseohjautuvuutta, kriittistä ja tutkivaa työtettä, vastuuntuntoa ja sitoutumista työhön. Hoitotyön koulutus eroaa monista muista aloista myös siten, että koulutuksessa korostuvat kautta linjan potilasturvallisuuden erityisvaatimukset (STM 2000).

### 7.2 Laillistetun ammattihenkilön ammatillinen osaamisalue, sairaanhoitaja

#### Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen laillistettuna ammattihenkilönä

Sairaanhoitajan työn edellyttämä osaaminen perustuu hoitotyön ammatilliseen perusosaamiseen sekä hoitotyön syventäviin ammatitiopintoihin, koulutuksen ja siihen liittyvän ammattitaitoa edistävän harjoittelun kautta saatuihin ammatillisiin valmiuksiin. Sairaanhoitajan osaaminen kattaa seuraavat vastuualueet

- ammattieettinen toiminta ja vastuu potilaan oikeuksien toteutumisesta
- hoitotyön teoreettinen perusta
- työn sisältö ja sen laatu, kliininen osaaminen
  - hoitoketjun kaikissa vaiheissa ja eri hoitotilanteissa

- hoidon koordinointi ja vastuu hoitoon osallistuvan ryhmän johtamisesta
- sairaanhoitoon kuuluvien tutkimusten ja hoitojen suorittaminen, niissä avustaminen sekä menetelmien hallinta kaikilla hoitotyön osa-alueilla (lääketieteen erikoisalajat, tehohoito, mielen-terveys-, kriisi- ja päihdetyö, ensihoito, kivun hoito, saattohoito, vanhustyö, lasten ja nuorten hoitotyö, perusterveydenhuollon hoitotyö, kuntoutus ja kuntouttava työote kaikessa hoitamisessa)
- ensiapu ja katastrofitilanteet
- tutkimus- ja hoitolaitteiden hallinta
- aseptiikka ja tartuntojen ehkäisy ja hoito
- lääkehoito, sen ohjaus sekä lääkehoitoa koskevan ohjeistuksen hallinta
- opetus ja ohjaus
  - potilaan ja omaisten ohjaus, terveyden edistäminen, itsehoitotaidot
  - yksilö- ja ryhmäohjauksia
  - opiskelijaohjaus
  - perehdyttäminen ja kollegiaalinen ohjaus
- oman työn ja työyhteisön kehittäminen
- monikulttuurinen hoitotyö

Sairaanhoitajan hoitotyön laaja asiantuntijuus sisältää hyvän hoitotyön tietoperustan, vahvaa kliinistä ammattitaitoa, kyvyn hahmottaa asiakkaan hoitotarpeen kokonaisuus, sisäistetyn eettisen arvoperustan, jatkuvaa oman osaamisen koulutuksellista kehittämistä sekä hoitotyön käytännön kokemusta itenäisesti, hoitoa koordinoiden tai hoitotiimin johtamisvastuussa.

Asiantuntijuus sisältää kyvyn kehittää ja arvioida työtä ja omaa ammattitaitoa tutkitun tiedon perusteella sekä kyvyn tuottaa uutta tietoa työelämästä, ammatillisesta asiantuntijuudesta ja sen kehittämisestä. Sairaanhoitajan ammatissa toimiminen edellyttää lujaa ammatti-identiteettiä ja omaa asiantuntijuutta yhteis-

työssä toisten ammattiryhmien edustajien kanssa sekä itsenäistä tehtäväalueen hallintaa ja siihen liittyvän vastuun ottamista ja päätöksentekoa oman työn ja vastualueen osalta.

Ikäihmisten hyvän hoidon ja palvelun tavoitteena on asiakaslähtöisyys ja asiakkaan elämänlaadun tukeminen kaikissa hoito- ja palvelutilanteissa. Keskeiset periaatteet, joiden varaan hyvä hoito sairaanhoitajan työssä rakentuu, ovat ihmisen kunnioittava kohtaminen, asiakaslähtöinen toiminta, kuntouttava työote ja hoito- ja palveluketjun saumattomuus. Kaiken hoitotoiminnan tulee tapahtua yhdessä asiakkaan/potilaan kanssa, ei hänen puolestaan. Ammattihenkilön valtaistavalla tai voimaannuttavalla (empowerment) työtavalla vahvistetaan asiakkaan/potilaan luottamusta omaan toimintavoimaan, tietoisuutta ja mahdollisuutta oman elämän valintoihin sekä riippumattomuutta muista ihmisistä.

Sairaanhoitajan tulee työssään, kaikessa toiminnassaan ja vuorovaikutussuhteissaan vanhustyössä ja pitkäaikaishoidossa laaja-alaisesti ottaa huomioon ainakin ammattiosaamisensa seuraavat ulottuvuudet

- oman tiedon ja osaamisen soveltaminen
- vanhuksen ja hänen läheistensä huomioiminen, mukaan ottaminen ja tukeminen sekä kannustaminen
- vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin erityispiirteiden osaaminen (muu kuin sanallinen kommunikointi)
- hoitotyön toimintakykyä tukeva, kuntouttava, työote kaikissa toimintaympäristöissä ja yhteistyössä eri asiantuntijoiden sekä tukiryhmien kanssa läpi koko hoitoketjun
- kuntoutus- ja terapiamenetelmien sekä apuvälineitten riittävä tuntemus
- virikkeellisen arjen ja liikunnan mahdollisuuksien edistäminen, ohjaus ja hyödyntäminen
- vanhuksen saattohoidon toteuttaminen ja kuoleman lähestymiseen valmistautuminen



Arviointi luo pohjan toiminnan tavoitteelliselle toteutukselle. Palveluissa arvioidaan, ylläpidetään ja edistetään asiakkaiden toimintakykyä, kuntoutumista ja/tai elämänlaatua esimerkiksi toimintakykymittareita, asiakas- ja omaispalautteita sekä havainnointia hyväksikäyttäen. Ammattihenkilön työssä arvioidaan ammattitaidon ja osaamisen hyödyntämistä ja soveltamista yksilöllisesti kunkin asiakkaan/potilaan tarpeisiin ja toiminnan vaikuttavuutta eli sitä, saavutetaanko hoidossa sille asetetut yksilölliset ja yhteiskunnalliset tavoitteet.

Ammattihenkilön persoonan soveltuvuutta ikäihmisten kanssa ja pitkäaikaisessa hoitosuhteessa työskentelyyn kuvaa päivittäistöiminnassa osoitettava henkilökohtainen vahva asiaan sitoutuminen, kiinnostus ja aito vanhuuden arvostus. Oman persoonallisuuden käyttöä ja vuorovaikutustaitoja arvioidaan ammatillisessa käytännössä sekä yksittäisessä hoitosuhteessa että työyhteisön kokonaisu-toiminnassa, ja sen heijastuma on nähtävissä hoitokulttuurisesti.

Kaikissa arvioinneissa sairaanhoitajan ammattitaito ja laaja-alainen osaaminen vastuullisena toimijana, hoidon koordinoijana ja hoitotiimin johtajana korostuu erityisesti pitkäaikaisessa hoidossa ja vanhustyössä.

### **7.3 Nimikesuojatun ammattihenkilön ammatillinen osaamisalue, lähihoitaja**

#### **Lähihoitajan ammatillinen osaaminen nimikesuojattuna ammattihenkilönä**

Lähihoitaja työskentelee sosiaali- ja terveydenhuollossa perustason auttamis- ja ohjaamistehtävissä elämäntilanteeltaan erilaisten ihmisten kanssa ja moniammatillisissa työryhmissä, monimuotoisissa hoito- ja palveluyksiköissä ja -tehtävissä sekä avo- että laitoshoidon organisaatioissa.

Lähihoitajatyön ammatillisen kehityshistorian tarkastelu auttaa ymmärtämään toimijatason ammattikulttuurin lähtökohtia ja nykymuotoja vanhustyössä. Ammattiryhmän kehitys alkoi terveyden- ja sosiaalihuollon avustavien tehtävien hoitamisesta. Tehtäväkuva kehittyi 1900-luvun teollistumisajan niukkuuden apusisarajasta 1940-luvulla alkaneeseen murroskauden ja kunnalliskotien apuhoitaja-aikaan. Ensimmäiset apuhoitajat koulutettiin kokeilumielessä vuonna 1946 ja ammattikoulutus vakiintui vuonna 1962. Hyvinvointivaltion kansalaisvastaulliseen, vanhainkotipainotteiseen perushoitajakautteen siirryttiin nimikkeen muutoksen myötä vuonna 1987. Hyvinvointiyhteiskunnaksi nimetty, 1990-luvulta alkanut aika muutti ammattinimikkeen aikakaudelle paremmin sopivaksi lähihoitajaksi.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden uudeksi nimikesuojatuksi ammattiryhmäksi ja ainoaksi toisen asteen koulutusammattiksi lähihoitajatutkinto ja -nimike vahvistettiin vuonna 1995 (Paasivaara 2002). Kaikkien koulusteisten ammattien yhdentymisen yhdeksi sosiaali- ja terveysalan perustutkinnoksi oli osa pyrkimystä yhdistää ja mukauttaa palveluita vastaamaan sekä väestön arkielämän että työelämän muuttuvia tarpeita (Rantanen 2004).

Lähihoitajan perustutkinto antaa valmiudet toimia erilaisissa hoiva- ja palvelutehtävissä koulutusohjelmavalinnoista riippuen eri-ikäisten ja eri syistä apua tarvitsevien kansalaisten parissa. Auttamis-, ohjaus-, huolenpito- ja hoivatehtävät edellyttävät hoitajalta kykyä sekä oman tehtäväalueen itsenäiseen hoitamiseen että moniammatillisessa yhteistyössä tapahtuvaan toimintaan.

Kaikille yhteiset opinnot antavat perustiedot ihmisen kasvun ja kehityksen normaalikulusta sekä siinä tapahtuvien poikkeavuuksien yleisimmistä linjoista. Lisäksi harjaannutaan ryhmätyö- ja työyhteisötai-

doissa sekä itsensä ilmaisussa tavanomaisten kädentaitojen ohella.

Hoidossa ja huolenpidossa tutustutaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaperiaatteisiin ja -järjestelmään sekä opiskellaan hoidon perusteita, anatomiaa, fysiologiaa, aseptista ja ergonomista toimintaa, lääketietoutta, suositusten mukaista ravitsemusta jne. Kuntoutumisen tukemisen jakso antaa valmiudet ymmärtää toimintakyvyn ylläpitämisen perusteita, keinoja ja menetelmiä sekä perustiedot apuvälineistä.

Vanhusten hoidossa – koti-, avo- ja laitoshoidossa – lähihoitajan vahva osaaminen kohdistuu vanhusten perushoidosta ja arkipäivän askareista huolehtimiseen sekä niissä avustamiseen. Lähihoitaja huolehtii ruokailusta, hygieniasta, liikunnasta ja muusta hyvinvoinnista, johon oleellisesti kuuluvat arjen päivittäiset virikkeet ja mielekäs ajankulu. Parhaimmillaan ammattitaito tuo esiin arki- luovuutta jokapäiväisen elämän tilanteissa, eikä sen milloinkaan tulisi ajautua rutiinitehtävien mekaaniseksi suorittamiseksi.

Hoitoalan ammattilainen on vastuussa myös siitä, että hänen hoidossaan olevilla henkilöillä on mahdollisuus tavanomaisiin tai tottumustensa mukaisiin nautintoihin ja henkilökohtaisiin iloihin. Esimerkiksi esteettiset elämykset, mielihyvää tuottavat makunautinnot ja erilaiset liikuntamahdollisuudet sekä ulkoilu voivat edustaa näitä elämänalueita.

Vanhusten hoito on ihmissuhdetyötä, jossa on tärkeää osata olla läsnä ja hoidettavan lähellä tämän yksilöllisyyttä kunnioittaen ja yksityisyyttä loukkaamatta. Vaikka lähihoitaja on työssään asiakkailleen läheinen, suhteen tulee säilyä ammattillisesti luotettavana ja olla tasapuolisesti kaikkien hoidettavien saavutettavissa. Työssä vaaditaan ammattillisuutta ja vahvaa eettistä omaatuntoa riippumatta siitä, onko hoitaja asiakkaansa kanssa kahden vai ryhmässä.

Lähihoitajan ammattitutkinto antaa perustason toimintaedellytykset mutta ammatillinen erityisosaaminen syntyy syventävien opintojen, jatko- ja täydennyskoulutuksen, asioihin perehtymisen ja kokemusten kautta sekä vahvan oman kiinnostuksen ja luovan ammatillisuuden avulla. Erityisosaajan ammatillinen kasvu ilmenee taitoina ja asiantuntemuksen lisääntymisenä sekä vuorovaikutusverkoston kehittymisenä.

Vanhusten hoidon erityispätevyys voi hankkia esimerkiksi suorittamalla vanhustyön erikoisammattitutkinnon tai lukuisilla alan lisäopinnoilla, joita käytäntöön henkilökohtaisesti soveltamalla voi saavuttaa parhaan ammattitaidon ja sen mukaisen työalueen.

Oman persoonan avoin käyttö ja laajamittainen ammatillinen hyödyntäminen on luovan lähihoitajatyön onnistumisen edellytys ja suurin käyttövoima. Kenenkään ei pitäisi työkennellä hoitoalan ammatissa sellaisissa vuorovaikutusta edellyttävissä tehtävissä, joihin ei tunne innostusta.

## **7.4 Moniammatillisen työnjaon toimintamalli**

Ikäihmisten palvelujärjestelmässä, jossa pitää sovittaa yhteen eri toimijoiden tuottamia palveluja, on monia ongelmia tuottavia solmu-kohtia. Usein vaikeuksien taustalla on eri tahojen – sosiaali- ja terveydenhuollon, avo- ja laitoshoidon, julkisten ja yksityisten palveluntuottajien sekä vapaaehtoistoimijoiden – yhteistyön vähäisyys ja riittämätön tieto muiden toimintatavoista ja palveluista. Kokonaisuuden hallitseminen vaatii ammattihenkilöstöltä laaja-alaista osaamista, uudenlaisia asennetta yhteistyön mahdollistamiseksi ja aitoa halua pohtia hoitoa ja palvelua asiakkaan näkökulmasta (Stakes 2002).

Onnistunut palveluketju perustuu kaikkien vanhusten hoitoon ja palveluun osallistuvien

henkilöiden yhteistyöhön ja asiantuntemuksen käyttämiseen. Ikääntyvän yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma edellyttää eri ammattiryhmien tehokasta yhteistoimintaa, ammatillisen osaamisen uudennaisia yhdistelmiä ja yhteisen vastuun lisäämistä sekä vastuunjaon uudelleen arviointia, josta syntyy moniammatillinen toimintakokonaisuus.

Laadukas moniammatillinen yhteistyö vaatii kunkin ammattiryhmän erityisosaamisen tuomista yhteiseen käyttöön sekä ennakkoluulotonta raja-aitojen kaatamista. Moniammatillisen työn toimintatavat ja mallit muotoutuvat kunkin työyhteisön tavoitteista ja mahdollisuuksista, ja sitä voi tehdä monella erilaisella tavalla (Stakes 2002).

Pitkäaikainen hoito muodostuu tällä hetkellä pirstaleisesti eri organisaatioiden ja erillisten ammattiryhmien palveluista, eikä asiakkaalle muodostu toimivaa hoitopolkua tai pysyvää hoitosuhdetta diagnoosin tekemisestä, kotiin annettavasta tuesta ja ympärivuorokautisesta hoidosta (Lehtoranta 2007).

Sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillista toimintaa on pitkään peräänkuulutettu ja monissa organisaatiouudistuksissa tavoiteltu. Toimiva terveyskeskus -hankkeessakin yhtenä vahvana tavoitteena on moniammatillisen toiminnan toteutuminen käytännössä entistä laajempina ja selvemmin.

Eri ammattiryhmien välisessä työnjaossa ja sen mukaan rakennetussa toimintamallissa palvelun/toiminnan tuottamisen tulisi ylittää organisaatio- ja ammattiryhmärajat. Kaikkia rajoitteita tulisi voida tarkastella palvelun joustavan tuottamisen, vaikuttavuuden ja tuloksien näkökulmasta. Oikein ymmärrettyä ja toteutettuna se ei ole ristiriidassa ammattipätevyysien kanssa eikä uhkaa hoitoturvallisuutta, mutta se edellyttää kaikkien toimintaan osallistuvien yhteisöjen ja yksilöiden yhteisiä periaatteita ja sopimuksia toteuttamistavoista ja keskinäisestä työnjaosta.

Moniammatillisten toimintamallien käyttöönotto tarkoittaa siis kaikkien ammattihenkilöiden ja -ryhmien työpanoksen täysimittaista hyödyntämistä toiminnassa. Se tarkoittaa kaikkien asiantuntemuksen hyväksymistä kokonaisuuteen vaikuttavana osana. Se tarkoittaa yhteisiä neuvotteluja, sopimista ja yhteistoimintakykyä ja halukkuutta siihen. Näin menetellen toimintamalli sulkee pois mahdollisuuden yksisuuntaisiin päätöksiin ja/tai sanelupolitiikkaan ja mahdollistaa kaikkien mukana olevien osallisuuden yhteisiin asioihin sekä päätöksen tekoon.

Lehtomäki (2009) on väitöskirjatutkimuksessaan todennut, että vaikka terveydenhuollon toimintayksiköissä, terveyskeskuksissa, lääkärit, hoitajat ja johto pitää yhteistyötä ja moniammatillista toimintaa tärkeänä ja tavoiteltavana, silti käytännössä yhteistyö organisoituu pääosin ammattiryhmäkohtaisesti ja yhteistyökäytännöt näyttävät jopa vahvistavan ammattikohtaista tai yksin työskentelyn kulttuuria.

Johton suosimat ammattiryhmien yhteiset koulutustilaisuudet jäävät usein tiedon passiiviseksi vastaanottamiseksi ja keskustelua käydään vähän. Lehtorannan tutkimuksen mukaan lääkäreitä oli vaikea saada mukaan yhteisiin tilaisuuksiin tai keskusteluihin, ja ammattiryhmä käsitteli kehittämisasioita mieluiten omassa ryhmässään. Hoitajat taas osallistuiivat yhteisiin tilaisuuksiin, mutta eivät olleet halukkaita osallistumaan niissä aktiivisesti keskusteluun lääkäreiden kanssa.

Eri ammattiryhmät asettivat moniammatilliselle yhteistyölle erilaisia odotuksia, ja sillä oli erilainen merkitys ryhmän ammattitoiminnassa. Näistä lähtökohdista ei potilaan hoidon yhteinen moniammatillinen kokonaiskoordinointi toteutunut riittävästi. (Lehtomäki 2009).

Vanhusten hoidossa moniammatillisen toimintamallin käyttöönoton tulisi johtaa siihen, että

- kaikki hoitoon osallistuvat toimivat yhdessä yhteisen kokonaistavoitteen eli vanhuksen hyvän hoidon toteuttamisessa
- johtamisjärjestelmä perustuu johtamisosaamiseen ja perustehtävän tuntemukseen ja on kaikille ammattiryhmille mahdollinen
- toimintayksiköissä ja hoitotiimeissä keskinäinen työnjako voi yhteisin sopimuksin perustua asiantuntijahoitajuuteen, jota voivat vanhusten hoidossa toteuttaa esimerkiksi pitkäaikaishoidon asiantuntija sairaanhoitaja ja pitkäaikaishoidon erityisosaaja lähihoitaja.

## 8

# Ammattitaidon osa-alueet pitkäaikaisessa hoidossa

---

Sairaanhoitajan ammatillisen toiminnan olennainen sisältö muodostuu hoidon kokonaisuuden itsenäisestä ammatillisesta hahmottamisesta, suunnittelusta ja arvioinnista sekä hoidon ja hoivan toteuttamisesta sen kaikilla osa-alueilla ja ulottuvuuksilla. Sairaanhoitaja toimii myös tiimensä vastuuhenkilönä, työn koordinaattorina ja kantaa vastuun hoidon kokonaisuudesta sekä yksittäisen asukkaan/potilaan kohdalla että yhteisön, toimintayksikön ja palvelujärjestelmän toiminnassa oman työnsä kautta. Sairaanhoitajan ammatillinen vastuu on kaikessa toiminnassa omaa ammatillista suorittamista laajempi ja kattaa ainakin välillisesti aina myös vastuun hoitokokonaisuuden tarkoituksenmukaisuudesta, taloudellisuudesta ja tarpeenmukaisuudesta koko hoitotiimin osalta.

Lähi/perushoitajan pitkäaikaisen hoidon erityisosaaminen korostuu ammatillisessa vuorovaikutus- ja yhteistyösuhteessa henkilökohtaisessa asiakas/asukas/ potilastyössä. Erityisosaaminen kattaa oman ammattitoiminnan osa-alueet ja vastuu painottuu oman toiminnan yksilöllisen, tarkoituksenmukaisesti sovelletun ammattitaidon ja -tiedon potilaskohtaiseen käyttämiseen; auttamiseen, tukeen ja kannustamiseen.

### 8.1 Pitkäaikaisen hoidon omaleimaiset osa-alueet

#### Hoidon ja hoivan merkityksellisiä ja omaleimaisia osa-alueita pitkäaikaisessa hoidossa

Hoidon ja hoivan osa-alueet kaikissa hoitamisen muodoissa ovat periaatteiltaan samoja, mutta niiden painoarvo muuttuu toimintasektorin luonteen perusteella. Eri-ikäisten hoidossa hoitajalta edellytetään ammattitaidon osa-alueilla erilaisia ja eri tavalla painotettavia taitoja ja tietoja. Lasten ja nuorten kanssa työskentely edellyttää erilaista persoonallisuuden käyttöä, työmenetelmiä ja käden taitoja kuin vanhusten hoito tai hammashoito, mielenterveytyksen menetelmät eroavat asiakaspalvelun ja tietohallinnon osaamisvaatimuksista ja akuuttihoitotyö esimerkiksi ensihoidossa tai teho-osastolla poikkeaa pitkäaikaisen hoidon osaamisvaatimuksista (Lyhty 2007). Kaikissa toiminnoissa osaamisvaatimus on ammatillinen; osaaminen on erilaista mutta sitä ei voi luokitella enemmän tai vähemmän ammattitaitoa vaativaksi. Erilaisuus ei siis suoraan osoita ammattitaidon vaativuustasoa.

Ikäihmisen hoitotyön erityisosaaminen perustuu siihen, että hoitaja ymmärtää biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset vanhenemisprosessit ja vanhuuden ainutkertaisena elämänvaiheena ja osaa asettaa hoidettavan ihmisen oman elämänhistorian ja yksilölliset voimavarat kaiken hoitotyönsä lähtökohdaksi (Stakes 2002).

## **Iäkkään ihmisen hyvä yksilöllinen elämä**

Pitkäaikainen laitoshoido on työntekijälle haasteellinen mutta vaihteleva ja palkitseva toiminnan alue. Kun tavoitteena on mahdollistaa iäkkäiden monisairaiden ja monella tavalla toimintavajeisten ihmisten hyvä yksilöllinen elämä sen viime vaiheessa, laitoksessakin pitää pyrkiä siihen, että vanhus voi elää mahdollisuuksien mukaan haluamallaan tavalla yksiköstä riippumatta. Vanhustyössä on tärkeää ihmisen arvostuksen ja hänen elämänsä edellytysten tukeminen niin, että hän kokee kuuluvansa yhteisöön ja asuinympäristöönsä.

Sairauksien ja terveydenedistämisen rinnalla hoiva- ja hoitotyöhön tarvitaan myös sosiaalista toimintakykyä tukevaa ja edistävää toimintaa sekä avopalveluissa että laitoksissa (Vuorensyrjä 2007). Keskeinen periaate on ymmärtää, että jokaisen tulee voida olla itsenäisesti ”oman elämänsä sankari” erilaisuuksista riippumatta. Ikäihmisillä säilyy oma tahto, jota on kuultava ja kunnioitettava. Tunteenilmaisut ovat sallittuja, ja vanhuksella on mahdollisuus kertoa toiveensa.

Hoidon ja hoivan järjestämisen johtavana ajatuksena tulee olla kunkin jäljellä olevien voimavarojen tukeminen ja mahdollisuus elää kotona tai kodinomaisesti. Toiminnassa onnistuminen edellyttää ammattihenkilöltä lukuisien eri osatekijöitten ja yksilöllisten tarpeitten yhteensovittamista. Asukkaan/potilaan ystävällinen ja asiallinen kohtaaminen aikuisella tasolla on hoitamisen tärkeä työväline ja myös erityinen ammattitaidon mitta. Ikäihmisten oikeudet itsenäisyyteen, osallisuuteen, itsensä toteuttamiseen, hoitoon ja huolenpitoon sekä arvokkuuteen ovat hyvän laitoshoidon perusta (Suonsivu 2009, Lehtoranta 2007, Halme 2007, Vaarama 2005, Stakes 2002).

Vanhusten pitkäaikaisessa hoidossa tehdyissä tutkimuksissa on todettu positiivisten, terveyslähttöisten toimintaperiaatteiden suuri merkitys sekä hoitokulttuuriin että hoidon

tuloksiin. Vaikka vanhusten toimintakyvyn ylläpitäminen vaatii usein enemmän aikaa kuin puolesta tekeminen, (Ahosola 2007), voitaneen yleistäen sanoa, että kuntoutumista edistävällä osastolla on vaivannäön tuloksena vähemmän vuodepotilaita ja enemmän sosiaalisesti aktiivisia asukkaita kuin muilla vastaavilla osastoilla (Vähäkangas 2008). Näin pitkäaikaishoidon osastoilla vuodepotilaiden suuri määrä kertoo työyhteisön passiivisesta työotteesta (Lehtoranta 2007). Pitkäaikaisen hoidon erityispiirteenä korostuu siis varsin laajasti ikääntyvän ihmisen elämän laadun tukeminen kaikin hoitotyön ja inhimillisesti käytettävissä olevin fyysisin, psyykkisin ja sosiaalisin keinoin yksilöllisesti soveltaen.

Pitkäaikaisen hoidon merkityksellisistä ja omaleimaisista osa-alueista voidaan oleellisen tärkeinä ja muusta hoidosta eriytyvänä pitää koulutusohjelmien, monien tutkimusten ja selvitysten sekä käytännön asiantuntijakokemukseen perustuen ainakin seuraavia työssä painottuvia ulottuvuuksia

- Asiakkaan/asukkaan/potilaan **yksilöllisen hoidon, hoivan ja avun tarpeen tunnistamisen** sen ilmaisutavasta riippumatta – silloinkin kun ilmaisu poikkeaa tavanomaisesta – on yksilölliseen tilannearvioon perustuvan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen perusta.

Hoitohenkilöstön ammattitaitoon kuuluu ikäihmisen, vanhuksen, pitkäaikaispotilaan ja omaisten kuunteleminen, kuuleminen sekä heidän näkökantansa ymmärtäminen ja huomioiminen hoito- ja palvelusuunnitelman kokonaisuudessa. Samoin **omaisten osallistumisen mahdollistaminen** kunkin yksilöllisten edellytysten mukaisessa laajuudessa on tärkeää.

Pitkäaikaisessa hoidossa omaisilla on tärkeä asema ja merkitys sekä hoidettavalle sosiaalisina läheissuhteina että omahoitajalle taustatietojen antajana. Hoitajan tehtävänä on auttaa läheisiä sopeutumaan vanhuksen sairaalas-

saaloon, jotta vanhus voi säilyttää yhteydet ja pitää tärkeät henkilöt mukanaan elämän- ja sairaudenkulun eri vaiheissa (Stakes 2002).

- Myönteinen hoitosuhde rakentuu hoidettavan yksilöllisten **elämänkaarikokemusten** tuntemiseen ja sen **ymmärtämiseen**, miten ne vaikuttavat hänen tapoihin suhtautua asioihin, ihmisiin, vastoinkäymisiin ja onnistumisiin.

Pitkäaikaisessa hoitosuhteessa taustakulttuurien ymmärtäminen, kommunikaatio- ja toimintaerojen huomioiminen ja soveltaminen asiakkaan elinkaareen sekä vanhuksen omien toimintatapojen ja tottumusten kunnioittaminen on luottamuksellisen hoitosuhteen perusta (Vuorensyrjä 2007). Ammattitaitoisen hoitajan kyky huomioida mahdolliset elämänskatsomuserot ja niiden vaikutukset ja toimia niitä kunnioittaen sekä arjen pienissä että suuremmissa asioissa edesauttaa yhteistyön ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntyä.

Yksilöllinen hengellinen vakaumus, sen voimakkuus tai siinä tarvittava tuki edellyttävät hienovaraista ymmärrystä. Kaikki ikäihmiset eivät suhtaudu tai koe tarvitsevana samalla tavalla hartaus- tai sielunhoitopalveluita, mutta niiden välittäminen ja yhteyden ylläpitäminen on toisille erittäin merkittävää. Asumista tunteva omahoitaja osaa järjestää tarvittaessa oikeat hiljentymisen edellytykset jokaiselle hoidettavalleen.

Elämänkaarikokemusten ymmärtämistä ja kunnioittamista toiminnassa edesauttaa ammattihenkilön oma työhön **sitoutuminen**, **aito kiinnostus ja positiivinen asenne** iäkkääseen ihmiseen, hänen elämänlaatuunsa ja -kokemuksiinsa (Stakes 2002).

- Pitkäaikaisessa hoidossa ja hoitosuhteessa lähi- ja sairaanhoitajan **itsenäinen ammatillinen arviointi ja päätöksenteko** potilaan tilasta, tarpeista ja toimenpiteistä muodostaa ammatillisen vuorovaikutussuhteen pohjan.

Ammattihenkilön tulee tuntea potilaansa ja osata itsenäisesti päätellä ja arvioida tilan, käyttäytymisen, oireiden ja muiden ilmenevien asioiden syyt, seuraukset, vaikutukset, valinnaiset ratkaisut ja vaihtoehdot. Hänen tulee myös osata arvioida erilaisen viestinnän ja/tai yhteydenottojen tarpeet esimerkiksi omaisiin, lääkäriin, muihin asiantuntijoihin jne.

- **Pysyvä hoitosuhde/vuorovaikutussuhde sisältää potilaan lisäksi myös omaiset ja läheiset** kiinteämmin kuin akuuttihoitossa. Jo yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa omaisten kuuleminen ja osalliseksi ottaminen hoitoneuvottelun, tulohaastattelun tai hoitopaikkaan tutustumisen muodossa auttavat toimivan hoitosuhteen syntymisessä.

Voimavara- ja omaishoidon, itsenäiseen selviytymiseen ja omatoimisuutta tukeviin toimintatapoihin kannustava kumppanuus, merkityksellisten osallistumismahdollisuuksien luominen ja vanhusten/omaisten aktivointi ja ohjaaminen niiden piiriin luovat yhteistä elämänsisältöä sekä hoidettavalle että heidän omaisilleen muuttuneessa elämäntilanteessa.

**Sanallisen ja sanattoman viestinnän ymmärtäminen** ja tilanteen mukainen käyttäminen – ja puhetta tuottavien menetelmien hyödyntäminen tarvittaessa – luovat kanavia yhteistoiminnan ylläpitämiselle ja sosiaaliselle yhteydelle.

Omaisten kannustaminen, ohjaaminen, tukeminen ja asiallinen mukana pitäminen läheisen yhä enenevässä toimintakyvyn menetyksessä on vaativa ammattitehtävä.

- **Monisairaiden** pitkäaikashoidon vanhuspotilaiden **lääkehoidon osaaminen** pitää sisällään lääkehoidon toteuttamisen ja arvioinnin sekä lääkkeiden käytön ohjaamisen, vanhusten kivunhoidon riittävän ja monipuolisen osaamisen sekä lääkkeiden yhteisvaikutusten tunnistamisen. Osaamisalueen hallin-

ta edellyttää oman ammattitiedon ja -taidon tunnistamista, jatkuvaa ajantasaistamista, lisäkouluttautumista ja uusiin lääkehoito-oihin ja valmisteisiin perehtymistä tarvittavassa laajuudessa (Kivelä 2006).

Vanhusten lääkehoidon turvallisuuden ja asianmukaisuuden arviointi vaatii erityistä asiantuntemusta, koska iän myötä lääkkeiden imeytyminen muuttuu ja useiden lääkkeiden samanaikainen käyttö yleistyy. Lisäksi on osattava varautua, tunnistaa ja toimia mahdollisissa haittavaikutuksissa ja allergisissa reaktioissa.

Ammatillinen koulutus antaa lääkehoidon perusvalmiudet. Osa hoitohenkilökunnan toteuttamasta lääkehoidosta on luvanvaraista, ja lupatodistus perustuu työpaikkakohtaiseen lisäkoulutukseen ja hyväksytyyn näyttöön lääkehoidon riittävästä osaamisesta (STM 2005).

- **Kuntouttava työote** on tapa toimia yhdessä arjen tilanteissa. Kuntouttava työote, toimintakykyä säilyttävä kuntoutumisen kokonaisvaltainen tukeminen, arkiliikunnan ohjaaminen sekä yksilö- ja ryhmäliikunnan edistäminen ja omaisten ohjaus aktivoivien toimintamallien käytössä/käyttöön ovat pitkäaikaishoidossa kaikkien hoitoalan ammattilaisten ammattitoimintaa.

Kuntoutumista edistävä hoito edellyttää perustietojen hallinnan lisäksi kykyä ymmärtää ikääntyneen toimintakyvyn arviointi osana kokonaisuhoitoa (Vähäkangas 2009). Lähtökohtana on hoidettavan jäljellä oleva toimintakyky ja mahdollisimman normaali elämä iän, sairauksien tai muun syyn aiheuttamista vajeista riippumatta. Ikäihmisten arjessa kuntoutumista edistävä toiminta perustuu tavallisiin päivittäisiin toimintoihin: kävelemiseen, ulkoiluun, peseytymis- ja ruokailutilanteisiin, sosiaaliseen osallisuuteen.

**Toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö** on terveyslähtöinen toimintatapa, joka huomioi ja hyödyntää asiakkaan/potilaan resurssit ja

minimoi kuntoutumista hidastavia fyysisiä, emotionaalaisia ja sosiaalisia esteitä. Yksilön toimintakyky on muuttuvaa ja vaihtelee eri elämäntilanteissa ja -vaiheissa (Stakes 2002).

- Pitkäaikaisessa laitoshoidossa korostuu toimintakyvyn ylläpitämisen lisäksi **komplikaatioiden ennaltaehkäisy**, jossa hoitajalta vaaditaan vahvaa kliinistä osaamista ja kykyä ennakoita tilanteita (Vähäkangas 2009).

Erilaisten ja eri syistä johtuvien paine- haavaumien, lonkka- ja muiden murtumien ehkäisy sekä sosiaalisen eristäytymisen tai muusta syystä johtuvan masennuksen ehkäiseminen virikkeellisen arjen avulla kuuluu pitkäaikaisen hoidon erityisosaamisen ja -huomioinnin piiriin ja on merkittävä hoitotyön osa (Stakes 2002).

- Ympäristön hallintaa, sosiaalisia suhteita, toimintakykyä ja turvallisuutta tukevien **apuvälineiden tuntemus**, hankinta, käytön ohjaus ja hyödyntäminen lisäävät liikkumishalukkuutta. Erikoisammattilaisten apua ja -ammattitaitoa on pitkäaikaisessa vanhusten hoidossa usein vain rajallisesti käytettävissä ja laaja-alainen osaaminen apuvälineasioissa on sekä sairaanhoitajan että lähihoitajan tehtävissä tarpeen (Vähäkangas 2009, Lehtoranta 2007).

- **Ravitsemus- ja ruokailukäytäntöjen** kehittäminen sellaisiksi, että niiden avulla tuetaan omatoimisuutta ja edistetään riittävän monipuolisen ravitsemustilan säilymistä iän ja sairauksien aiheuttamista muutoksista huolimatta edellyttää sairaanhoitajalta tavanomaista ammattitietoutta laajempaa paneutumista vanhusten ravitsemukseen. Hoitajan on tunnettava ravitsemuksen merkitys terveyden edistäjänä, tunnistettava vanhuksen ravitsemusohjauksen tarpeet ja löydettävä asiakaslähtöiset ohjausratkaisut (Soini 2005).



Pitkäaikaisen hoidon päiväjärjestyksissä ruokailuilla on asukkaalle suuri merkitys, joten niistä tulisi luoda mahdollisimman kodinomaisia ja yksilölliset mahdollisuudet huomioivia tilanteita. Ruoka on myös merkittävä mielihyvän lähde useimmille, ja omat makutottumukset säilyvät läpi elämän.

Henkilökunta on avainasemassa varmistamassa, että ruokakulttuurinen huomioiminen toteutuu koko yksikössä ja yksilöllisissä hoitotilanteissa. Oleellista on kiinnittää huomio ruoan ja tarjoiluannosten ulkonäköön ja esteettisyyteen, yksilöllisiin makumieltymyksiin, aterioiden riittävän tiheään ajoitukseen ja aterioiden tasapainoiseen ravintosisältöön. Kaikki tämä mielellään yhdistettynä pieneen liikuntaan siten, että sosiaalisen elämän ylläpitokin samalla mahdollistuu (Lehtoranta 2007, Stakes 2002).

- Mielekästä aikuista arkea ja toimintakykyä edistävä **hoitoympäristö** sekä **virikkeellinen**, virkistävä **arkitoiminta** tuottavat mielihyvän tunteita ja esteettisiä elämyksiä, vahvistavat itseilmaisua ja lisäävät turvallisuuden ja luottamuksen tunnetta. Tätä kautta ne parantavat sekä hoidon tulosta että potilaan koettua elämänlaatua.

Ympäristöllisillä tekijöillä voidaan merkittävästi kompensoida heikentyneitä kykyjä ja aistitoimintoja. Laitosympäristöissä tulisikin kiinnittää huomiota kodinomaisuuteen, riittävään liikkumistilaan, hahmotusta helpottaviin materiaali-, muoto- ja värivalintoihin, valaistukseen ja harkitun turvallisiin rakenteisiin (Lehtoranta 2007). Aktiivisuuden ylläpitäminen ja viriketoiminta laitoshoidossa vastaavat asukkaan yhteisöllisyyden tarpeisiin, jotka säilyvät yksilöllisinä läpi koko elämän. Yhteys luontoon ja vuodenajan vaihteluihin ikkunoista, parvekkeilta tai piha-alueella on osoittautunut hyväksi virkistäväksi ja aktivoivaksi ympäristötekijäksi myös pitkäaikaisen hoidon arjessa (Stakes 2002).

- **Eettiset periaatteet ja arvot** ja ihmisarvon kunnioittaminen pitkäaikaishoidon ihmishuone- ja asiakastyössä ovat ammattitoiminnalle keskeiset. Yksilön itsemääräämisoikeuden ja arvokkuuden kunnioittaminen ei menetä merkitystään iän, sairauden tai toimintakyvyn muutosten perusteella. Ihminen on aina yhtä arvokas sellaisena kuin hän on.

Kaiken jäljellä olevan omatoimisuuden käytön tukeminen (empowerment) kaikissa pitkäaikaishoidon päivittäisissä toiminnoissa ja täyden yksilöllisyyden hyväksyminen ovat ammattitaidon ydintä, jota jokaisen hoitoalan ammattilaisen tulee erityisesti vanhustyössä jatkuvasti kehittää.

Myös sosiaali- ja terveystalouksia koskevassa tutkimuksessa on oltava eettisesti kestävä arvopohja. Tutkimus ei saa perustua pelkästään taloudelliseen kustannus-hyöty-analyysiin. Tarvitaan ikäihmistä arvostavaa ja häntä voimaannuttavaa tutkimusotetta, joka voidaan tarvittaessa yhdistää myös taloudelliseen näkökulmaan (Vaarama 2006, Halme 2007).

- **Vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiudet** korostuvat pitkäaikaisissa hoitosuhteissa ja pysyvän hoidon yhteisön päivittäisessä toiminnassa. Työntekijältä vaaditaan hyvää itse-tuntemusta ja oman persoonansa jatkuvaa ammatillista käsittely- ja kehittämisvalmiutta. Omien valmiuksien ja vakaumuksen merkityksen tunnistaminen työssä on tärkeää. Ammatti-identiteetin tulee painottua ikäihmistien hoitoon.

Pysyvissä hoitosuhteissa ja -yhteisöissä onnistumiselle ratkaisevaa on oman persoonan ammatillinen käyttö, sosiaalinen vastuuntunto ja tunneosaaminen. Kyky eläytyä aidosti toisen tilanteeseen tarvitaan sekä potilas/asiakassuhteissa että henkilöstön välillä. Ihmissuhdetaidoissa jatkuva tiedon soveltaminen sekä omaan että yhteisön kehittämi-

seen on osa ammattilaisen läpi elämän jatkuva kouluttautumista.

• **Yksilö- ja ryhmäohjaustaidot** ovat pitkäaikaisessa vanhusten hoidossa monipuolisesti tarpeen sekä yksilöllisessä potilasohjauksessa että erilaisissa ryhmätilanteissa. Hoitaja tarvitsee ohjaustaitoja ja tietoa eri ohjausmenetelmistä kaikkien hoitotyön toimintojen alueella (Soini 2005). Niistä on hyötyä myös työyhteisössä sekä useiden eri toimijoiden ja yhteisöjen kanssa toimittaessa.

Jatkuvan perehdyttämisen, ohjauksen ja opastuksen taito sekä joustava ja kannustava toimintatapa toimivat voimavaroja vapauttavina elementteinä. Niitä tarvitaan työssä, jossa omien taitojen ja rajojen tunnistaminen, arviointi ja kehittäminen ovat merkkejä vastuullisuudesta ja riittävä toisten asiantuntijoiden ja ammattilaisten konsultointi sekä mahdollisten tukipalveluiden käyttö takaavat optimaaliset palvelut asiakkaalle.

• **Sairaanhoito ja huolenpito** sisältävät **kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti** huomioiden vanhuksen kaikki sairaudet, toimintakykyrajoitteet, yksilölliset vaihtelut ja ilmaisukyvyyn erilaisuudet. Sairaanhoidossa korostuvat lääketieteellisen hoidon lisäksi inhimillisuus ja yksilöllisyys, toisen ihmisen läsnäolo ja huomioon ottaminen.

Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen terveys ja hyvinvointi ovat elämänsäkaarellisia, kokemuksiin perustuvia tapoja ja tottumuksia. Voimavara- ja terveyslähtöisen, selviytymistä tukevan työotteen jatkuminen katkeamattomana kaikessa toiminnassa on tärkeää vanhenemisen ja sairauksien johtuvista tai dementoivien ja muiden sairauksien aiheuttamista muutoksista riippumatta.

Omaisten ja läheisten ottaminen mukaan, ohjaaminen ja tukeminen ovat kaikkien osapuolen etu myös uusiin tilanteisiin ja menetyksiin sopeutumisessa. Vanhuksen per-

soonallisuudessa, tavoissa, reaktioissa ja osallistumisen mahdollisuuksissa, jopa mielenterveydessä tapahtuvat muutokset saattavat aiheuttaa sekä hoidettavalle että hänen läheiselleen ristiriitaitilanteita, ahdistusta ja ongelmia, joiden ratkaisemisessa kaivataan hoitoalan ammattilaisen apua.

o Kuoleman lähestymisen ja siihen valmistautumisenkin tulee pitkäaikaisessa vanhusten hoidossa olla arvokasta elämänaikaa. Vielä hoitosuhteen viime vaiheessa elämänsäkaari-kokemuksia on mahdollisuus jakaa tai käydä läpi yhdessä, kertoa ja kerrata. Muistelemisen merkitys on useissa tutkimuksissa ja selvityksissä todettu rauhoittavaksi valmistautumistavaksi kuolemaa lähestyttäessä.

**Hyvä pitkäaikaispotilaan saattohoito** on pitkä prosessi, joka vaatii hoitotaitojen ohella suurta sosiaalista ja psykologista ammattitaitoa, hienovaraisuutta ja yksilöllistä ymmärtämystä tullakseen asiallisesti ja arvokkaasti hoidetuksi. Sanat ja teot välittävät asukkaalle hoitajan ja työyksikön ammattitaidon määrän ja laadun.

Luottamuksellinen pitkä hoitosuhde auttaa omahoitajaa antamaan riittävästi tukea henkilökohtaista riippumattomuutta loukkaamatta. Vanhustyössä kuolevan hoito, vainajaan liittyvät toimenpiteet sekä omaisten valmistaminen ja tukeminen surutyössä – kuoleman lähestyessä, kuoleman kohdatessa, kuoleman jälkeisiin järjestelyihin liittyen – ovat oleellinen ja vaativa osa hoitosuhteen kokonaisammattitaitoa. Omahoitajan merkitys korostuu parhaimmillaan potilassuhteen lisäksi kiinteänä ja turvallisena omaisyhteytenä. Omaisille hoitohenkilöstöltä saatu tuki on tärkeää pitkään vielä hoitosuhteen ja laitoshoidon päätyttyä kuolemaan (Stakes 2002).

• Palvelujärjestelmät sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat moninaiset. Koko **palvelujärjestelmän** ja **hoitoketjun** muutosten seuran-

ta sekä yksilöllisen **hoitopolun tuntemus** ja sen soveltaminen kunkin asukkaan/potilaan kohdalla laajasti ja moniammatillista asiantuntemusta hyödyntäen on hoidon onnistumiselle välttämätöntä. Sen merkitys koros-

tuu sekä pitkäaikaisen hoidon erityispiirteenä että sairaanhoitajan ja lähihoitajan ammattitaitovaatimuksena ja päivittäisessä käytännön toiminnassa.

## Yhteiset ja eriytyneet osaamisalueet asiantuntijana ja erityisosaajana

Sairaanhoitajan ja lähihoitajan ammattiosaaminen on paljon yhteisiä hoidon osaamisen alueita, joissa toimitaan alan ammatillisen yleisosaamisen eri tasoilla oman ammatin ja ammatinharjoittamisoikeuden säätelemisissä rajoissa. Ammatteihin sisältyy yhteisen osaamisen lisäksi omaa erityisosaamista eikä yhteinen siis tarkoita ammattien osaamistarpeiden yhtenevyyttä (Lyhty 2007). Eriytynyt osaaminen voidaan jaotella edelleen yhteiseen erityisosaamiseen ja ammatin omaan erityisosaamiseen. Näitten ammattien eriytyneiden erityisosaamisalueitten pohjalta on muodostettu tässä mallinnuksessa esitetyt pitkäaikaisen hoidon asiantuntijan ja erityisosaajan toimintalinjat, tehtäväkuvaus ja osaamisvaatimukset.

### 9.1 Yhteinen yleis- ja erityisosaaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollossa sairaanhoitajan ja lähihoitajan yhteisen yleisosaamisen alueisiin vaikuttavat yhteiset toimintaympäristöt, yhteiskunnan taloudelliset ns. reunaehdot ja yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla tapahtunut arvojen muuttuminen sekä väestön ikääntymisen mukana syntyvä asiakkaiden moniongelmaisuus ja monien sairauksien yhteisvaikutukset.

*Yhteiseksi osaamisalueiksi* voidaan listata Tulevaisuuden työelämäselvityksen (Lyhty 2007) mukaan esimerkiksi vuorovaikutusosaaminen, kanssakulkemisen taito, teknologiaosaaminen, projektiosaaminen, perushoivan osaaminen, toimintakykyä edis-

tävä osaaminen, sisäisen yrittäjyyden osaaminen, talous- ja vaikuttavuusosaaminen, palvelujärjestelmäosaaminen, moniammatillisuus- ja monikulttuuriosaaminen, reflektointiosaaminen, ennaltaehkäisevän työotteen osaaminen, yhteiskunnallisen vaikuttamisen osaaminen ja eettinen osaaminen.

Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten työhön kuuluu ohjausta, opastusta, opetusta ja neuvontaa jota ammattihenkilö työnsä asioidista jakaa työyhteisössä, asiakkaille ja omaisille tarvittaessa. Sekä sairaanhoitajan että lähihoitajan ammattitoiminnassa tarvitaan yleisosaamisen tietotaitoja mutta yleisosaamisen ja sen osa-alueitten merkitys, painoarvo ja rooli ammatin kokonaiskuvassa on erilainen.

Sairaanhoitajan ja lähihoitajan *yhteinen erityisosaaminen* muodostuu ohjaamisosaamisen, kuntouttavan työotteen hallinnan, prosessiosaamisen ja yrittäjyysosaamisen alueilla. Yhteinen erityisosaaminen ei tarkoita osaamistarpeiden täyttä samanlaisuutta vaan sitä, että niillä voi olla yhteisiä tai toisiaan hyvin lähellä olevia toimintoja, jotka yhdessä tukevat kokonaisuutta (Lyhty 2007).

Pitkäaikaisessa hoidossa esimerkiksi ohjausosaamisella ja kuntouttavan työotteen hallinnalla on molemmissa hoitoammateissa suuri merkitys. Lähihoitajan työssä se toteutuu pääosin henkilötason asiakas- ja opiskelijatyössä ja sairaanhoitajan työssä potilas- ja omaisohjauksessa, uuden työntekijän perehdyttämisessä, hoitotiimivastuussa sekä opiskelijaohjauksessa. Kuntouttavan työotteen taas tulee sisältyä kaikkeen hoitotyöhön ja asiakas/potilaskontakteissa ikääntyvien itsenäisen selviytymisen tukemiseen.

Prosessiosaamista työntekijä tarvitsee oman työnsä vastuulliseen toteuttamiseen, arviointiin ja kehittämiseen. Sisäisen yrittäjyyden käsitteen laajaa ymmärtämistä ja siihen kuuluvaa yrittäjyysosaamista tarvitaan sekä avo-, koti- että laitoshoidossa palvelujen tehokkuusvaatimusten lisääntyessä ja tuottamistapojen monipuolistuessa (Lyhty 2007).

## **9.2 Ammatillinen erityisosaaminen**

Ammatillinen erityisosaaminen on kunkin ammatin omaa asiantuntijaosaamista. Eri ammattien erityisosaamisen etuna hoitotyön toimintojen ja palvelutuotannon yhteisillä raja-alueilla kaikille osapuolille, niin asi-

akkaalle, työntekijälle kuin yhteisöllekin, voisi olla moniammatillisuuden ja laaja-alaisen näkemyksen hyödyntäminen sekä koulutuksessa että käytännön toiminnassa. Tämä edellyttää lähellä toisiaan olevien ammattien tehtäväalueen ja osaamisen määrittelyä rinnakkaisesti, ei toisiaan poissulkeviksi tai keskenään kilpaileviksi kunkin ammatin omia erityisosaamisen alueita korostaen (Lyhty 2007).

Jo koulutusvaiheessa eri ammattiryhmillä voisi olla keskeisten osaamisvaatimusten yhteisinä järjestettyjä opintoja vaikka syventäviltä osilta opinnot säilyvät eriytyneinä. Opiskeluaikainen yhteistoiminta voisi myöhemmin parantaa ammattiryhmien välisen moniammatillisen yhteistyön edellytyksiä työelämässä (Vuorensyrjä 2006).

# 10

## Mallinnus I: Sairaanhoidaja pitkäaikaisen hoidon asiantuntijana

### Pitkäaikaishoidon asiantuntijahoitaja

Asiantuntijasairaanhoidaja määritellään hoitajaksi, jolla on alansa erityisosaamista siinä määrin, että hän sen avulla kykenee monimutkaiseen ja vaativaan päätöksentekoon potilashoidossaan. Asiantuntijatehtävissä osaava sairaanhoidaja vahvistaa yksikön hoitotyön käytäntöjä ja yksilöllisten asukas/potilaslähtöisten toimintatapojen omaksumista ja kehittymistä kokonaisuutena yhdessä esimiehen ja työyhteisön kanssa. Usein asiantuntijahoitajan tehtäviin sisältyy myös opastamisen, perehdytyksen ja täydennyskoulutuksen antamista omassa toimintayksikössä.

Sairaanhoidajan asiantuntijatehtävä laitoshoidossa/vanhustyössä on vertailukelpoinen ja rinnakkainen muihin mallinnuksiin, esimerkiksi pitkäaikaissairauksien vastaanottotyöhön tai polikliinisen potilaan hoidon kiireellisyuden arviointiin (triage). Perusterveydenhuollon pitkäaikaishoidon, osastotyön, työolojen ja vetovoimaisuuden kannalta kehitysmallinnus näillä alueilla on erityisen merkityksellinen.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä sallii, että terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat toimia toistensa tehtävissä

koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveyspalvelujen tuottamisen kannalta.

Työnjaon kehittäminen terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä on siis mahdollista ja työnjakoa voidaan muuttaa lainsäädäntöä noudattaen sopimalla vastuu-, koulutus- ja palkkakysymyksistä. Hyvä hoito edellyttää aina koulutuksella ja kokemuksella saavutettua ammattitaitoa ja asiantuntijuutta. Kaikilla osa-alueilla ja sopimusaloilla tulee terveydenhuollon asiantuntijatehtävistä maksaa työn vaatavuuden mukainen palkka.

Asiantuntijasairaanhoidaja tekee yksikössä, osastolla, pääosin asiakas- tai potilastyötä. Yksikössä voi olla useampia asiantuntijahoitajia. Asiantuntijalla on kokonaistoiminnallinen vastuu ja oman asiantuntijuuden alueella muiden toimijoiden perehdytys- ja koulutusvastuu. Mikäli asiantuntijatehtävä ei ole päätoiminen, on asiantuntijatehtävään käytettävästä ajasta tehtävä erillinen sopimus.

Sairaanhoidajan ammatilliseen asiantuntijaosaamiseen sisältyvät (OPM 2006) ns. läpilyöntiperiaatteella (kaikessa ammatillisessa toiminnassa vaikuttavana perus- ja taustavoimana) seuraavat toiminnot. (Ks. taulukko):

### Sairaanhoidajan ammatilliseen asiantuntijaosaamiseen vaikuttavat toiminnot

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| – eettinen toiminta                          | – terveyden edistäminen      |
| – hoitotyön päätöksenteko                    | – ohjaus ja opetus           |
| – kliininen hoitotyö                         | – monikulttuurinen hoitotyö  |
| – lääkehoito                                 | – yhteiskunnallinen toiminta |
| – yhteistyö useiden eri tahojen kanssa       |                              |
| – tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen |                              |

Sama kokonaisvaltainen asiantuntijatyöote sairaanhoitajan eriytyvässä erityisosaamisessa on tulevaisuuden työelämähankkeessa (Lyhty 2007) jaoteltu kaikkiaan 15 erikseen nimettyyn asia-kokonaisuuteen, joissa asiantuntemus ilmenee. (Ks. taulukko):

Sairaanhoitajan asiantuntemus (Lyhty 2007)	
– arviointiosaaminen	– sairaanhoidon kliininen osaaminen
– johtamiosaaminen	– näyttöön perustuva osaaminen
– konsultointiosaaminen	– lääkehoidon osaaminen
– koordinoitiosaaminen	– potilasopetusosaaminen
– päätöksenteko-osaaminen	– palveluohjausosaaminen
– muutoksenhallinnan osaaminen	– terveyden edistämisen osaaminen
– tutkimus - ja kehittämisosaaminen	– perhe- ja yhteisöosaaminen
	– tiimi- ja verkosto-osaaminen

Edellä esitetyt sairaanhoitajan asiantuntijuuden osa-alueet ovat jo nykyisiin koulutusohjelmiin sisältyviä, olemassa olevia ammattitaidon alueita, joiden osaamisen täysi hyöty tulisi kanavoitua pitkäaikaishoidon käyttöön lainsäädännön pienin tarkennuksin tai selvennöksin sekä valtakunnallisin palvelutuotanto-ohjein, laatuvaatimuksin ja uudistuksin.

Pienuhköillä toimilla voisi olla suuri vaikutus vanhusten hoidossa alan vetovoimaan, henkilöstön työhyvinvointiin ja hoidon laatuun. Näillä muutoksilla olisi myös yhteiskunnalliset vaikutukset tuottavuuteen ja talouteen sekä yksilötasolla asiakkaan kokemaan hoidon laatuun ja palvelun toimintakykyyn.

### 10.1 Asiakaslähtöinen sairaanhoitaja-asiantuntijuus

Pitkäaikaisen hoidon sairaanhoitajan asiantuntijatehtävissä ammattikoulutuksella hankittua ammattitaitoa ja osaamisen soveltamista käytännön asiakas/asukas/potilastyössä tarvitaan muita työalueita painotetummin tai tavanomaisesta ammattitaitovaatimuksesta poiketen työn omaleimaisilla ulottuvuuksilla. Näitä vaatimuksia voidaan luonnehtia esimerkiksi omaisesti seuraavan nelijaon mukaan

#### 1. Itsenäinen ammatillinen toiminta

##### ”Ei rutiineja vaan arjen elämän toistuvia asioita yhdessä”

- asukkaan/potilaan *hoidon* tarpeen, hoidon ja muutosten *kokonaisvaltainen havainnointi ja arviointi* sekä niihin perustuva yksilöllinen toiminta
- *eettinen päätöksenteko* ikäihmisen elämänsäkaressa (esim. ER- päätökset, hoitolinjojen valinnat ja vaihtoehdot, välilliset ja pitkän aikavälin seuraukset), aito ihmisenä läsnäolo, vanhuuden kunnioittaminen
- moniammatillisesti asiakkaasta tuotetun *tiedon yhdistäminen* jatkuvaksi hoitosuunnitelmaksi/*käytännön toiminnaksi*
- *virikkeellisen* arvokkaan yksilöllisen *elämän mahdollistaminen* hoidossa, monialainen arkiluovuus
- voimavaralähtöinen *kuntouttava työote*, olemassa olevan toimintakyvyn ”kunnioittaminen”,
- lääketieteellisesti määritellyn *hoidon toteuttaminen, arviointi* ja muutoksissa tarvittaviin toimiin ryhtyminen
- kuolemaan valmistautuminen, *ikäihmisen saattohoito* sekä kuolemantapaukseen liittyvät toimenpiteet

## 2. Omaisyhteistoiminta

### ”Omaiset ja viranomaiset yhtä sukua asukkaalle/potilaalle”

- ylläpitää, luoda ja kehittää *omaisten* mahdollisuutta olla monipuolisesti osallisena läheisensä/asukkaan/potilaan arjessa
- korvata sosiaalinen verkosto tai toimia sen osana omaisten puuttuessa
- toteuttaa *tuen ja ohjauksen keinoin* kuntouttavaa toimintatapaa omaisena/yhdes-ässä olossa
- tukea, ohjata ja neuvoa omaisia sairauden ja hoidon kaikissa vaiheissa sekä pitkäaikaisen hoitosuhteen päättyessä/päättyttyä

## 3. Systemaattinen kehittäminen ja seuranta

### ”Toimintamme on hyvää, mutta aina on varaa vielä parempaan”

- *hoitosuunnitelman sisältöön* perehtyminen, niiden teon ohjaaminen ja kehittäminen voimavara- ja asiakas/potilaslähtöisiksi
- jatkuvan *palveluohjauksen kehittäminen*
- laadukkaan *hoitopaikkasiirron varmistaminen*
- uuden *tiedon välittäminen ja soveltaminen*
- *hoitotyön laadun kehittäminen*; kirjaaminen, asiakas/omaispalautteet
- *sairaanhoidollinen erityisasiantuntijuus*; lääke-, haava-, kipu-, dementiahoito, toimintakyvyn ylläpito, saattohoito tai ikäihmisen arvokas kuolema.

Pitkäaikaissairaiden monien eri lääkkeitten käytön haitallisten yhteisvaikutusten tunteminen ja tunnistaminen sekä vanhusten tasapainoisen psyyken- ja unilääkkeitten käytön arviointi ja *lääkehoidon* kokonaisuuden hallinta ovat asiantuntijahoitajan tehtäviä.

Ikäihmisen *toimintakyvyn ylläpidon asiantuntijuus* tarkoittaa aktivoivaa ja mahdollisimman itsenäistä selviytymistä tukevaa ammatillista toimintatapaa kaikissa arjen

päivittäistoiminnoissa ja ilman erikoisammattilaisten apua. Toimintakyvyn ylläpitäminen kannustaa ikäihmisen elämänhallinnan yksilölliseen säilyttämiseen hoitoketjun kaikissa vaiheissa ja jatkuu keskeytymättömänä kotihoidosta pitkäaikaiseen ja pysyvään laitoshoidoon.

## 4. Uusien toimintatapojen

### omaksuminen/juurruttaminen

### ”Otamme kiinnostuneina ja innostuneina vastaan työmme uusia haasteita, kokeilemme ja kehitämme kaiken aikaa”

- mentori/senioritoiminta
- opiskelijaohjauksen *koordinointi* yksikössä
- kliinisten näyttöjen vastaanottaminen (täydennyskoulutus, erikoisammattitutkinnot, esim. lääkehoitolupa ja muut erillisluvat)
- *tiimityön koordinointi*, hoitokokouksiin osallistuminen
- perehdyttämisen toteuttamis- ja kehittämisvastuu
- uusiutuvat *apuvälineet*, koneet ja laitteet ja niiden käyttöönotto
- kokeilutoiminnan laaja-alaisuus – kaikkea voi ainakin kokeilla, suurta ja pientä
- ennakkoluuloton jatkuva luovuus ammatityössä

## 10.2 Sairaanhoidajan asiantuntijuuden toteutuminen

Moniammatillisissa työryhmissä, vanhusten hoidossa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa sairaanhoitaja voi ottaa – koulutuksen kehittymisen, ammattikuvan laajenemisen ja ammattihenkilöiden välisen työnjaon muutosten oikeuttamana – hoitotyön asiantuntijavastuun ja toimia hoitoketjussa ohjaajana, tiedon hankkijana ja välittäjänä sekä hoitokokonaisuuden koordinoijana.



Toiminta edellyttää alueellisten, kansallisten ja kansainvälisten hoito-ohjelmien, -menetelmien ja -suositusten tuntemusta kliinisessä päätöksenteossa sekä potilastyössä, jossa tutkimustiedon lisäksi on otettava huomioon potilaan tilanne ja toivomukset sekä ammattihenkilön asiantuntemus.

Myös pitkäaikaisten hoitosuhteitten luonne muuttuu kun potilaitten vaikutus- ja valinnanmahdollisuudet lisääntyvät ja ammattiasiantuntijaa tarvitaan potilaan tiedonantajana ja korostuneesti hänen oman päätöksentekonsa tukijana (Pelttari 1997, STM 2000).

Pitkäaikaisen hoidon asiantuntijasairaanhoidajan tehtävässä korostuva laaja-alainen ammatillinen osaaminen ja ymmärrys ilmenvät seuraavissa muodoissa:

- **pitkäaikaishoitotyön** sisällön hyvä/syvä osaaminen ja **hallinta:** koulutus, kokemus, kiinnostus, **sitoutuminen**
- **ammatti-identiteetti**, jossa korostuu osallisuus ja sen merkitys ikäihmisten elämän laatuun
- **oman persoonan käyttö**, aito läsnäolo ihmisenä ihmisen lähellä ja ”kyky tulkita ja olla läsnä piiloutumatta temppujen taakse”
- **eettinen arvoperusta**, ”ammatillinen omatunto”, rohkeus olla puolestapuhuja ja edunvalvoja, kyky ymmärtää sanatonta viestintää ja/tai rajoittunutta ilmaisua
- opetus-, ohjaus-, neuvonta- ja ryhmätyötaitot, **kyky soveltaa** ja kohdentaa ohjaus (asiakas/potilas, omainen, opiskelija, uusi työntekijä, kollega, kuntalainen, päättäjä jne.) sekä monipuoliset **vuorovaikutustaidot** esim. perustelussa, vakuuttamisessa, muutosten eteenpäin viemisessä
- eri järjestelmien tuottaman **tiedon hyödyntäminen käytännössä** (mm. erilaiset mittarit, tilastot, selvitykset)
- **palvelujärjestelmän kokonaistuntemus**, jotta hoitoketjun kokonaisuus ja asiakkaan hoitopolku muotoutuu tarkoituksemukaiseksi ja palvelut ovat joustavasti tavoitettavissa

Mielenterveyden keskusliiton kuntoutussuunnittelija Markku Lehto (2008) on koonnut kyselytutkimuksensa aineistosta luettelon ehdoista, joilla terveyspalvelujen käyttäjien odotukset näkyisivät ja toteutuisivat asiantuntijan työtavoissa.

*– Ihmislähtöisyys toteutuu, kun hoidon lähtökohtana on asiakkaan omat tarpeet, odotukset ja tavoitteet, kohtelemme potilaita kokonaisuina ihmisinä, olemme kiinnostuneita ihmisistä ja heidän hyvinvoinnistaan sekä huolehdimme hoidon jatkuvuudesta.*

*– Muutoksen edistäminen toteutuu, kun uskomme että jokaisella ihmisellä on mahdollisuus kuntoutua vaikkei välttämättä parantua, kerromme että jokaisella on oikeus kuntoutua omassa tahdissaan ja omalla tavallaan, luomme muutosta mahdollistavat olosuhteet ja ympäristön kaikissa palveluissa, kannustamme ihmisiä toimimaan itse muutoksen puolesta omassa elämässään sekä uskomme työemme merkityksellisyyteen yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta.*

*– Sitoutuminen toteutuu kun hyödynnämme asiakkailta opittua kaikessa palveluiden suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Työmotivaatio paranee, koska uskomme työemme lopputulokseen, arvostamme kaikkia työtehtäviä, jaamme kokemukseen perustuvaa tietoa ammattilaisten kesken, teemme työemme mahdollisimman hyvin ja olemme sitoutuneet arvioimaan, kehittämään ja muuttamaan sitä tarvittaessa.*

*– Kunnioitus tarkoittaa, että kuuntelemme ja kuulemme aktiivisesti kysyen, annamme tilaa erilaisille näkemyksille arvottamatta niitä, rohkaisemme ja annamme asiakkaalle tilaa tehdä yksilöllisiä ratkaisuja, kohtelemme kaikkia samalla tavalla riippumatta ihmisen henkilökohtaisista ominaisuuksista tai asemasta sekä hyväksymme ja kunnioitamme ihmisiä sellaisina kuin he ovat.*

*– Asiantuntijuus toteutuu siten, että ilmaissimme jos emme tiedä jotain mutta olemme*

*valmiita ottamaan selvää asiasta. Työn tietopohjan ja sisältöjen kehittäminen tapahtuu vuorovaikutuksessa, kun työtapoja kehitetään yhdistämällä kokemuksesta opittua tieteelliseen tietoon ja työn kautta opittu tieto välitetään eteenpäin.*

Korkeatasoinen asiantuntijuus siis todentuu sairaanhoitajan toiminnassa silloin kun hän kaikessa hoitotyössään toimii velvoittavien ammattien eettisten periaatteiden mukaisesti.

### **10.3 Toimeenpanoehdotukset**

Mitä käytännössä pitäisi tehdä, jotta asiantuntijasairaanhoitaja voisi toimia pitkäaikaisessa hoidossa edellä esitetyn mallin mukaan täyttää koulutuksensa mukaista osaamista käyttäen?

Pitkäaikaisen hoidon asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuva tulisi hyväksyä itsenäisenä, laaja-alaisena ammattitoimintana. Vanhusten hoidossa sairaanhoitaja on potilaansa edustaja ja lähin asiantuntija, jonka toimivalta hoitopäätöksissä tulisi valtuuttaa, laillistaa ja hyväksyä käytännön toiminnassa.

Asiantuntijuuden edellyttämät tehtäväkuvat tulee laatia toimintayksiköittäin, ja asiantuntijatehtävien palkkaus tulee määritellä työn vaativuuden mukaan oikeassa suhteessa muiden toimijoiden palkkaukseen. Myös muita palkitsemisen muotoja tulisi mahdollisuuksien mukaan suosia kunnan käytäntöjä noudattaen.

Vanhusten hoitolaitosten johto- ja esimies-suhteita tulisi selkeyttää ja keventää siten, että muodollisesta johtajuudesta voidaan luopua. Toimintojen, päätösten ja vastuiden tulee olla siellä, missä ammatillinen päätöksenteko tosiasiallisesti tapahtuu.

Vanhusten elämää ei pidä liikaa medikaloida, vaikka ikääntyminen kiistatta tuo mukanaan monisairautta ja useita samanaikaisesti hoidon tarvetta aiheuttavia vaivoja. Pitkäaikaisessa hoidossakin tulee säilyttää elämän muut ulottuvuudet ja panostaa vahvasti hoidettavan kokonaisvaltaiseen parhaaseen mahdolliseen saavutettavissa olevaan elämänlaatuun. Sen asiantuntijaksi tulee vastuuttaa hyvin koulutettu ja tehtävänsä vahvasti sitoutunut sairaanhoitaja, pitkäaikaisen hoidon asiantuntija.

## Mallinnus II: Lähihoitaja vanhusten hoidon erityisosaajana

Lähihoitajan ja sairaanhoitajan ammattiosaamis on siis yhteisiä ja eriytyneitä osaamisalueita, kuten aikaisemmin on todettu. Koulutuksen lähtötaasovaatimukset, koulutuksen järjestäminen ja kummassakin koulutuksessa eri tavalla asetetut osaamistavoitteet korostavat näiden ammattien erilaista perustehtävää yhteisellä toiminnan alueella.

Ammattitaidon yhtenä kriteerinä voidaankin osaltaan pitää ammatillisen toiminnan ja oman osaamisen rajojen tuntemista ja tunnistamista, toisen ammatin osaamisen, ammattitaidon ja työalueen arvostusta sekä moniammatillisen yhteistyön laaja-alaisen käytön osaamista. Tätä kautta kaikkien ammattitaito tulee kokonaisuudessaan hyödynnetyksi pyrittäessä yhteiseen tavoitteeseen asiakkaan hoidossa ja hoitoketjun toiminnassa.

### Sairaanhoitajan ja lähihoitajan yhteiset ja eriytyneet osaamisalueet

#### Yhteinen erityisosaaminen

- kuntouttava työtapa
- ohjaamisosaaminen
- prosessiosaaminen
- yrittäjyysosaaminen
- lääkehoito-osaaminen
- terveyden edistämisen osaaminen

#### Eriytynyt erityisosaaminen

- perushoidon osaaminen
- puhtaanapito-osaaminen
- arjen tukemisen osaaminen
- apuvälineosaaminen
- ravitsemusosaaminen

### 11.1 Lähihoitajan erityisosaamisen toteutuminen

Lähihoitajan erityisosaajan toiminta-alue, eriytyvä erityisosaaminen, määritellään tulevaisuuden työelämähankkeessa (Lyhty 2007) hoitamisen neljän yhteisen ja kuuden nimeytyneen eriytyvän erityisosaamisen toimintaloheella.

Vanhusten hoidossa erityisosaamisen kuntouttava työote painottuu ikääntyneen kotona selviytymisen tukemiseen, jäljellä olevan toimintakyvyn säilyttämiseen ja mahdollisimman rajoitteettoman elämän mahdollistamiseen toimintakyvyn laskusta huolimatta. Ohjausta annetaan kaikissa asiakassuhteissa, ja niiden lisäksi taitoa tarvitaan myös opiskelijajoukoissa ja työyhteisön perehdytyksessä.

Itsenäiseen erityisosaajavastuuseen sisältyy kasvava päätöksentekovelvoite, oman työn suunnittelu ja arviointi sekä kyky toimia jäsenenä laajenevassa moniammatillisessa työryhmässä. Yrittäjyysosaamiseen sisällytetään myös julkisella sektorilla toimintatapa, jossa ammatilliselta edellytetään tehokkuusvaatimuksen nimissä palvelujen taloudellisuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointiin perustuvaa palvelujen kehittämistä.

Lääkehoidon osaamisen perusvalmiudet hankitaan ammattikoulutuksella. Turvallinen lääkehoito edellyttää koko lääkehoidon kaaren ymmärtämistä, minkä vuoksi osahoitohenkilökunnan toteuttamasta lääkehoidosta on luvanvaraista. Lääkehoidon edellyttämä laajempi työkohteessa tarvittava osaaminen varmistetaan lisäkoulutuksella ja näytöllä, jonka hyväksyttävästi suoritettuaan

työntekijä saa lääkehoitoon osallistumisesta lupatodistuksen.

Pääsääntö lääkehoidon toteuttamisen vastuissa on, että jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva kantaa vastuun toiminnastaan ja vastaa siitä, että lääkkeet jaetaan ja annetaan määräysten mukaan. Työnantajan tehtäviin kuuluu arvioida työntekijän koulutus, kokemus ja ammattitaito suhteessa hoidettavaan tehtävään. Työnantajan ja esimiehen tulee seurata lääkehoidon turvallisuutta ja ottaa henkilöstön osaaminen huomioon työnjaon, työtehtävien sekä työvuorojen suunnittelussa (STM 2005, Tokola 2006, Vaasan lääkehoitosuunnitelma 2008).

Lähihoitajan tehtävän ydinosaamista on arjen tukemisen, perushoidon ja -hoivan, vuorovaikutuksen ja elinkaariajattelun osaaminen (Vuorensyrjä 2006). Näihin jo koulutusohjelmissa perustasolla painotettuihin työn ulottuvuuksiin erityisosaaja saa syvyyttä, mikä lisäksi hänen osaamisensa laajenee uusille alueille: apuvälineosaamiseen ja terveyden edistämisen toiminta-alueelle. Jälkimmäisessä korostetaan itsenäistä selviytymistä ja terveitä elämäntapoja päivittäisessä toiminnassa.

Erityisosaajana toimiessaan lähihoitaja osaa yhdistää ammattitietonsa ja taitonsa asiakkaan tarpeisiin ja soveltaa niitä yksilöllisesti. Tämä ns. asiakkuusosaaminen on ammattitaitoa, jolla hoitaja löytää asiakkaan kannalta toimivimman tavan vastata juuri hänen palvelutarpeeseensa. Asiakkuusosaaminen vaatii vuorovaikutustaitoa, jossa korostuvat kohtaamisen taito, esiintymistaidot, teknologian käyttötaito sekä muu kommunikointi- ja yhteistyökyky (Lyhty 2007).

Näitä taitoja lähihoitaja toteuttaa työssään vanhusten hoidon erityisosaajana tämän selvityksen osassa 8 käsitellyillä pitkäaikaisen hoidon omaleimaisilla osa-alueilla ja kaikilla muilla ammattinsa työalueilla sen kuhunkin kohderyhmään ja työympäristöön sovellettuna.

## 11.2 Toimeenpanoehdotukset

Lähihoitajan vanhusten hoidon erityisosaajan mallin käyttöönotolle ei ole esteitä.

Vanhustyön erikoisammattitutkintojärjestelmä on jo olemassa, eikä sillä saavutetun osaamisen hyödyntämiseen ole lainsäädännöllisiä esteitä.

Työnantajien ja työelämän toiminnan tulisi tukea ja kannustaa vanhustyön erityisosaajien tavanomaista syvempää ammatinhallintaa sekä luoda ja vakiinnuttaa sille tehtäväkuvat. Ansioitunut ammattitoiminta tulisi palkita asianmukaisesti työn vaativuudenarvioinnin mukaan palkkauksellisesti ja muin mahdollisin kunnan/työnantajan noudattamin menettelytavat.

Työyksiköissä lähiesimiesten tulisi saada omien esimiestensä, hoitotyön johtajien, tukea työnjaollisen järjestelmän käyttöönotossa, jotta tarpeettomilta ennakkoluuloilta vältyttäisiin ja henkilöstön koko työpanos suuntautuisi vanhusten hoidon perustehtävän hyväksi.

# 12

## Pohdinta

---

Ikään ja vanhenemiseen liittyvät kysymykset ovat herättäneet viime vuosina runsaasti keskustelua, jossa käsitykset vanhenemisestä vaihtelevat pohtivasta tahosta riippuen. Suurten ikäluokkien vanheneminen voidaan nähdä joko taloudellisesti uhkaavana rasitteena sosiaali- ja terveystaloukselle tai sitä voidaan pitää mahdollisuutena, jonka ns. kolmas ikä tuo mukanaan.

Varhaisemman vanhus-käsityksen mukaan ikääntyneet muodostavat suuren raihnaistuneitten joukon, jonka hoidon ja hoivan tarve uhkaavasti kasvaa yhteiskunnan sietokyvyn rajoille. Nytemmin vanhuutta on lähestytty osana ihmisen normaalia elämäntahtoa, jossa yksilö säilyttää elämänsä loppuun asti paikkansa elinympäristössään sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja arvokkaana yksilönä, jolla on omat tapansa, tahtonsa ja tarpeensa. Ikääntyminen voidaan näin ymmärtää mahdollisuuksiksi ja voimavaroiksi uudelle kehitykselle, jossa ikääntyvät edustavat osaamista, kulttuuriperintöä, kuluttamista ja kokemusta (Vuorensyrjä 2007).

Globalisoituvassa maailmassa tapahtuu muutoksia, jotka vaikuttavat ikääntymiskysymyksiin myös terveyden ja hyvinvoinnin, eriarvoistumisen sekä sosiaalisten suhteiden osalta. Ikäkysymyksiin liittyy eettisiä näkökulmia ja myös ongelmia.

Ikääntyneen väestön tarpeista, vaikutusmahdollisuuksista ja osallisuudesta päätöksentekoon omissa ja yhteiskunnan asioissa tarvitaan laajenevaa ja moniarvoista keskustelua. Keskustelua tarvitaan myös tasa-arvosta, ikäsyöjännän estämisestä sekä palvelujärjestelmien muutoksista. Tarvitaan lisää tietoa siitä,

millaisia vaikutuksia järjestelmien muutoksilla on ikääntyvän arkielämään.

Yhteiskunnan rakenteiden ja toimintamallien muutosten perusteiksi esitetään julkisen sektorin tehottomuutta ja muutosjäykkyyttä, ikääntymisestä johtuvan palvelutarpeen kasvun ja eläköitymistä seuraavan työvoiman riittämättömyyden ristiriitaa tai globalisointimista ja kilpailua. Vahvimmin muutostarvetta perustellaan kuntien taloustilanteella, jossa ne eivät selviä asetetuista lakisääteisistä tehtävistä riittävän tehokkaasti ja tuottavasti menojen kasvaessa ja verotulojen pienentyessä (Pirkkalainen 2007).

Rakene- ja työnjakomuutosten varsinaiset syyt löytyvät usein talouden sijasta ideologiselta tasolta, vaikka sen merkitystä julkishallinnon päätöksenteossa on pyritty häivyttämään. Näin on tehty muun muassa väittämällä, ettei sillä ole kuntalaisen kannalta merkitystä, kuka palvelun tuottaa. Yhteiskunnassa meneillään olevalla rakennemuutoksella on kuitenkin vaikutusta yhteiskunnalliseen työnjakoon ja sitä kautta kansalaisenkin toiminta-oikeuksiin (Pirkkalainen 2009).

Sosiaali- ja terveystaloukselle eivät voi koskaan toimia vain taloushallinnollisina suoritteina, vaan niissä on yksilön tasolla kyse ihmisoikeuksien toteutumisesta, osallisuudesta ja yksilön tarpeisiin vastaamisesta. Valinnat perustuvat aina joillekin arvoille ja ideologisille lähtökohdille. Hyvinvoinnin rakentamisen kannalta on tärkeää tunnistaa, millaisiin arvoihin valinnat pohjautuvat (Vuorensyrjä 2006).

Toimintamalliuudistuksiin liittyvä prosessijohdantamisen malli luo uudenlaisia jännitteitä

eri ammattiryhmien välille. Se näkyy mm. erilaisina yhteistyön ja asiakaslähtöisyyden vaa-teina, joiden kautta eri ammattien ja professi-oiden keskinäinen työnjaollinen suhde tavalla tai toisella muuttuu. Ammattiryhmien välillä vaikuttaa kaksi erisuuntaista voimaa: operationaalisen johdon alainen tuotannollinen toiminta ja työn tekemisen ehtojen yhteiskun-nalliset määräytymisrakenteet eri tasoilla, esi-merkiksi työmarkkinat, työehtosopimukset, lainsäädäntö ja sopimusohjaus.

Yksittäisen toimintamallin muutos luo paineita läpi hallinnon ja pakottaa muuttamaan myös muita rakenteita. Esimerkiksi työn-jaollisen muutoksen seurauksena tarvitaan muutoksia kuntalakiin ja sosiaali- ja kansan-terveyslakiin, mikä puolestaan luo paineita tarkistaa ammattiryhmien vastuisiin kohdis-tuvaa lainsäädäntöä ja myös valtakunnallisia työehtosopimuksia. Pieneltä vaikuttavas-sa muutoksessa voi siis olla aineksia erittäin merkittävään uudistukseen, jonka kaikkia vai-kutuksia ei edes tunneta (Pirkkalainen 2009).

Kun työnjaon muutokset saattavat olla vai-kuutuksiltaan näin kerrannaisia, ne epäile-mättä vaikuttavat myös eri ammattiryhmi-en asenteisiin ja toimintaan. On aihetta kysyä, vastustaako sosiaali- ja terveysalalla voimak-kaampi ammattikunta muutoksia säilyt-tääkseen oman professionsa taloudellisen ja muun saavutetun aseman. Onko vanhusten ja pitkäaikaisen hoidon uudistusten ja muu-tosten hitaan etenemisen syynä osaltaan siis ammattikateus?

Kaikessa vanhusten hoitoa koskevassa pää-töksenteossa tarvitaan selkeä yhteinen tavoite, ikäihmisten hyvän elämän turvaaminen sekä eettisesti kestävä arvopohja. Päätökset eivät voi perustua vain taloudelliseen tai yhden ammattiryhmän hyötyajatteluun. Työssä tar-vitaan ikäihmistä arvostavaa ja hänen voima-varojensa vahvistamiseen pyrkivää näkökul-maa (Vaarama 2006).

1980-luvulta alkaen on sosiaali- ja terveys-toimialan ympärivuorokautista laitoshoidoa yhdistetty ”ennakkoluulottomasti” toiminnan sujuvuuden takaamiseksi samaan organisaat-ion eli sosiaali- ja terveystoimialaksi. Tämä on tehty yhdistämällä sosiaali- ja terveystoi-men hallinto ja liittämällä laitoshoidossa van-hainkodit terveyskeskuksiin vuodeosastoiksi.

Näin on syntynyt sairaalakäsitteeseen ris-tiriitainen laajennus, kun kaikki hoitoon sijoittamisen syyt eivät ole yksinomaan lää-ketieteellisesti perusteltavia. Muutoksessa sairaalalaitoksen säädökset laajenivat koske-maan myös vanhusten pitkäaikaista hoitoa, joka medikalisoitui ja vanhainkodeista tuli terveyskeskuksen vuodeosastoina muodolli-sesti lääkärijohtoisia.

Nykytilanteessa on perusteltua pohtia, oli-ko muutossuunta oikea tai edes järkevä. Para-niko toiminnan sujuvuus ja turvasiko muutos vanhusten elämänlaadun tasoa? Mikäli nyky-tietämyksen ja kokemusten perusteella pal-jon monenlaista apua ja hoitoa sekä hoivaa tarvitsevien ikäihmisten viimeinen koti voisi olla inhimillisempi ja kodinomaisempi toisen-laisin johto- ja hallintosuhtein, tulisi muutos toteuttaa välittömästi. Se ei vähentäisi pitkäai-kaishoidossa vanhusten lääketieteellisiä palve-luja, mutta voisiko se parantaa elämän laatua?

Käsitteiden käyttö terveydenhuollon teh-täväalueita ja/tai tehtäviä määriteltäessä on epäyhtenäinen ja hyväksytty sisältö epäselvä. Terveyskeskus voi tarkoittaa joko peruster-veydenhuollon laajaa toimintakokonaisuut-ta tai se on rajattu lähes yksinomaan vastaan-ottotoimintaan. Sairaala ei nykysäännösten mukaan voine tarkoittaa vain lääketieteellisten erikoisalojen tai lyhytaikaista hoitotoimin-taa, eikä vanhusten hoito rajautua ainoastaan hoiva- huolenpito- ja asumispalveluihin.

Sosiaali- ja terveydenhoidon organisaati-oissa palvelun järjestämisen muodot ovat käy-tännössä muuttuneet merkittävästi voimak-kaammin kuin toiminnan säädökset. Palvelun

käyttäjän näkökulmasta organisaatiolla, sen rajoilla tai palvelun tuottajalla ei ole merkitystä, ellei se rajaa saatavuutta, palvelun laatua tai hinnan määrittelyn perusteita.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteena on siirtyminen seudulliseen tai alueelliseen palveluvastuuseen ja palvelutuotannon perustuminen nykyistä suurempiin väestöpohjiin. Muutos merkitsee samalla myös palvelua tuottavan henkilöstön osaamisen uudenlaista tehtävärakennemäärittelyä suurilla palvelualueilla ja monituotajuuteen perustuvissa auttamis-, hoito- ja hoivatyön palvelumalleissa (Vuorensyrjä 2006).

Paras-hanke ja valmisteilla oleva uusi terveydenhuoltolaki muuttavat myös perusterveydenhuoltoa. Syntyykö niistä kokonaisnäkemyksellinen palvelurakenne ja -malli? Päästäänkö rakenne-, organisaatio- ja valtakeskustelusta todelliseen toiminnan kehittämiseen? Pystytäänkö laatimaan sellainen yhteinen terveydenhuollon toiminnan tavoite, jonka ammattikunnat, poliitikot ja virkamiehet yhteisesti voivat hyväksyä ja edetä sen konkreettiseen, vaiheittaiseen, toimintojen kokonaisuutta palvelemaan toteuttamiseen? Onko kehittämistyössä kaikkien ammattiryhmien tasavertainen edustus, ja saavatko eri ammattiryhmät äänensä riittävästi kuuluville suunnittelun ja toteutuksen kaikissa vaiheissa? Väestöryhmien, palvelun eri osien, ohjauksen, vastuiden ja rahoituksen pirstaleisuudesta voidaan edetä muutoksen toteuttamiseen ainoastaan, mikäli tavoitteeseen sitoutuu riittävän laaja ja yhtenäinen toimijoitten joukko yhdessä.

Kun työnjakoasioita kehitetään jatkossa, on merkityksellistä ottaa mukaan ja huomiioon koko terveydenhuollon toiminta-alue, siis myös vanhusten hoidon ja pysyvän hoidon toiminnat tasapuolisesti vastaanottotyön ohella. Ammattikoulutetusta henkilöstöstä yhä enenevä osa toimii vanhusten hoidon tehtävissä ja perusterveydenhuollossa, joten kehittämis-

hankkeitten kohteetkaan eivät voi olla vain erikoissairaanhoidossa tai vastaanottotyössä.

Palvelurakenteen ja työn sisältöjen muutosten tulee painottua väestön palvelutarpeiden mukaisesti. Muutoksia ei voida ratkaista yksinomaan voimavarojen lisäyksillä, sillä lisäresurssi yhdessä toiminnassa tarkoittaa vähennystä toisessa. Jatkossa jouduttaneen myös arvioimaan uudelleen joitakin tai joidenkin ryhmien ns. saavutettuja etuuksia. Ne ovat ehkä olleet aikanaan perusteltuja, mutta ovat saattaneet olojen ja olosuhteiden kehityksen mukana menettää merkitystään.

Sosiaali- ja lääkärityön perinteiset työalueen perusteet ja rajat eivät muuttumattomina enää palvele kokonaisuutta parhaalla mahdollisella tavalla. Väestön ikääntyminen johtaa palvelurakenteen painottumiseen aikaisemmasta poikkeaviin ikäryhmiin ja myös resursien uusjakoon. Vähintään julkisen palvelutuotannon osalta nämä peruspainotukset tullevat toteutumaan osana vireille pantuja rakennemuutoksia (STM 2007).

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja sen ammattien arvostuksen sekä erityisesti julkisen sektorin työvoimapolitiikan kannalta toimivilla rakenteilla ja vetovoimaisilla työpaikoilla on suuri yhteiskunnallinen merkitys. Terveystieteiden kokonaiskustannusten arvioinnin tulee perustua realistiseen ja jo käytännössä noudatettavaan järjestelmään. Yhteiskunnallisesti, ammatillisesti ja toiminnallisesti tapahtuneet muutokset ja ennakoitavat muutostarpeet tulee ottaa säädöksissä ja määräyksissä asiallisesti huomioon.

Moniammatillista toimintamallia tavoiteltaessa työnjaon muutokset ja tehtäväsiirrot eivät voi kohdistua yhden ammattiryhmän tehtävien keventämiseen, vaan muutoksissa tulee tasapuolisesti huomioida niiden kokonaisvaikutukset hoito- ja palveluketjussa ja kaikkien ammattiryhmien tehtävissä. Tehtäväjaon uudelleen organisoinnissa tulee tarkastella ja huolella arvioida eri ammat-

tiryhmien määrälliset edellytykset ja mahdollisuudet toteuttaa työn muutokset käytännön toiminnassa.

Hoidon laadun ja potilasturvallisuuden kuten myös toiminnan tehokkuuden sekä vaikuttavuuden kannalta on tärkeää, että henkilöstö pitää terveyskeskusta houkuttelevana työpaikkana. Hoitohenkilöstön näkökulmasta terveyskeskus on houkutteleva työpaikka silloin, kun työssä voi kokea työn iloa! Tämä edellyttää sitä että jokaisen ammattiosaamista arvostetaan, ja työtä voi tehdä eettisiä periaatteita kunnioittaen (Honkalampi 2008).

Kun terveydenhuollon henkilöstö kokee voivansa toimia arvojensa mukaisesti ja keskittyä perustehtäväänsä, se pystyy järjestämään oman työnsä asiakkaan ja potilaan kannalta laadukkaasti. Näin pystytään tarjoamaan suomalaista hyvää perusterveydenhuoltoa väestölle myös tulevaisuudessa (ETENE 2008).

Ammattihenkilölle työn edellytyksillä on merkitystä sekä asenteellisesti ammatin yhteiskunnallisen arvostuksen että käytännön toiminnan kannalta. Hoitajan tulee voida toimia oman ammattitaidon koko koulutuksellista pääomaa hyödyntäen sosiaali- ja terveydenhuollon kaikilla osa-alueilla. Urakehitystä tulee edistää tasapuolisesti mallinnusten avulla ehkäisevässä terveydenhoidossa, vastaanotto-, koti- ja laitoshoidossa ja mahdollistaa kaikilla alueilla arvostettu ammatillinen toiminta asiantuntijasairaanhoidajana ja erityisosaaialähihoitajana.

Vaikka suomalainen terveydenhuollon ammattikoulutus antaa laajat valmiudet ihmisen hoitamiseen erilaisissa elämäntilanteissa, alan ammattien yhteiskunnallinen arvostus on heikko ja alan vetovoima vähäinen. Kun kilpailu hyvästä työvoimasta eri toimialojen välillä edelleen kiristyy, nostaa se keskusteluun työn sisällön, organisoinnin, henkilöstön riittävyuden ja alalla edellytettävän koulutuksen (Vuorensyrjä 2006). Seurauksia on poh-

dittava perusteellisesti, ja niin ammattikuntien itsensä kuin päättäjien ja vaikuttajienkin olisi ryhdyttävä toimiin. Alan vetovoimaisuutta voi vanhusten ja pitkäaikaisen hoidon alueella vahvistaa työn arvostusta lisäämällä sekä yleisiä käsityksiä korjaamalla. Suuri kysymys lienee se, miten arvostuksiin ja uskomuksiin käytännössä vaikutetaan ja mikä saa asenne muutoksen pysyvästi toteutumaan.

Hoitotyön johtaminen on alansa osaavien ja koulutettujen ammattilaisten ydintehtävä. Vetovoimaisissa organisaatioissa hoitotyön ylin johto on asemaltaan ja vaikutusvallaltaan tasavertainen organisaation muun johdon kanssa. Näkyvä ja arvostettu asema heijastuu koko hoitotyöhön ja voimaannuttaa henkilöstöä niin, että laadukas toiminta on mahdollista (Hoitotyön vuosikirja 2008). On vaikea ymmärtää, miksi yhteiskunnallisessa päätöksenteossa muut tekevät suurimman osan alaa koskevista päätöksistä hoitoammateissa toimivien ”puolesta”, vaikka perustehtävän koulutuksessa painotetaan yhdessä toimimista, yhteistyötä ja monisuuntaista vuorovaikutusta.

Johtamisen tehtävänä on suunnata henkilöstön osaaminen tarkoituksenmukaisesti, ja luoda alan vetovoimaisuutta parantavat kannustusjärjestelmät. Toisin sanoen arvokasta inhimillistä henkilöstöpääomaa hyvin johtamalla saadaan aikaan vaikuttavia ja kustannustehokkaita hoitotuloksia. Näitä hoitotuloksia ovat asiakkaan/potilaan hyvä hoito ja elämänlaatu, henkilöstön työhyvinvointi sekä yhteiskunnallisesti taloudellinen hoidon tarpeisiin vastaava saumaton ja riittävä palvelun tuotanto ja hoitoketju.

Sairaanhoitajien työhön sitoutumista pitkäaikaishoidossa voi parantaa kehittämällä työn organisointia ja johtamista sekä huolehtimalla siitä, että hoitajat pystyvät työssään hyödyntämään osaamistaan ja omaan työhön vaikuttamista. Aliarvostetuissa, epätarkoitukseenmukaisesti organisoiduissa ja alistetuis-



sa olosuhteissa saavutettavissa olevat hyvän hoidon tavoitteet eivät toteudu, henkilöstön sitoutuminen ja työhyvinvointi kärsivät, asiakkaan tyytyväisyys palveluun heikkenee ja hoidossa olevan yksilön paras mahdollinen elämänlaatu jää saavuttamatta.

Osaamisen oikein kohdistaminen ja työn tarkoituksenmukainen organisointi taas tuottavat yhteiskunnallisesti ja taloudellisesti vaikuttavuutta oikein mitoitettuna, riittävän ja asiansa osaavan henkilöstön avulla. Henkilöstön korkeatasoinen osaaminen on siten myös sosiaali- ja terveydenhuollossa taloudellisesti tuottava investointi (Vuorensyrjä 2006).

Lisäämällä sairaanhoitajan itsenäisen ammatillisen asiantuntijatoiminnan mahdollisuuksia, valtuuttamalla ja vastuuttamalla hoitaja käyttämään koulutuksella hankkimaansa osaamista täysimääräisesti voidaan pitkäaikaisessa laitoshoidossa saavuttaa yhteiskunnan ja yksilön kannalta merkittäviä tuloksia sekä asiakkaan että työntekijän eduksi. Vanhusten hoidon erityisosaajana lähihoitaja paneutuu asiakkaansa elämän laatuksymyksiin ammattitaidolla, jonka tulokset näkyvät asiakastytyväisyytenä sekä työhyvinvointina. Molemmat ulottuvuudet vaikuttavat sekä vanhustyön ja pitkäaikaishoidon vetovoimaisuuteen että sen uskottavuuteen hyvän hoidon toteuttamisessa.

Ikäihmisten lähi- ja sairaanhoitajan perustehtävänä on toimia asiakkaan/asukkaan/potilaan puolestapuhujana ja pitkäaikaisen hyvän hoidon toteuttajana siten, että ihminen tulee kuulluksi ja asianmukaisesti hoidetuksi hänen yksilöllistä minuuttaan ja aikuisuuttaan kaikissa hoitotilanteissa kunnioittaen. Jokaiselle on turvattava oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta. Ihmisarvoisen elämän turvaavia eettisiä periaatteita hoitoalan ammattilaisen jokapäiväisessä käytännön työssä ovat itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus koko elämänkaaren ajan ja kaikissa asuin- ja hoitopaikoissa. Näiden sanojen suuri sisältö tehdään todeksi jokaisessa arkipäivän kohtaamisessa.

*”Hoidon inhimillinen laatu antaa parhaimmillaan ihmisarvon mukaiset puitteet synty-miseen, elämiseen ja kuolemiseen. Sellaisen hoidon tärkein edellytys on työntekijäkunta, joka on arvostettu ja jolla on riittävät edellytykset työnsä laadukkaaseen suorittamiseen. Päittäjien on annettava tällaiseen hoitoon tarvittavat resurssit ja puitteet. Hoitajat antavat sille sydämensä.”*

Martti Lindqvist artikkelissa Asioilla on reunansa julkaisussa Tämä päivä luo pitkän varjon, Tehy ry 1996

## Lähteitä

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009:(16.3)Toimiva terveyskeskus toimenpideohjelma
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:3 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:48 Ikäntyneiden palveluiden uudet konseptit
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005:32 Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:8 Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005:21 Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2000:15 Sairaanhoidajan osaamisvaatimukset terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia.
- Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta. Moniste.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L 559/1994 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista L1506/1994 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista L 734/1992 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L785/1992 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- Työsuojelulaki L 738/2002 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- Stakes, Oppaita 49; 2002:
- Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri H
- Suomen sairaanhoitajaliitto 1996: Sairaanhoidajan eettiset ohjeet
- SuPer/ Suomen lähi- ja perushoitajaliitto 2006: Lähihoitajan eettiset ohjeet
- Tehyn julkaisusarja F: 2/2009 Johtaminen avainasemassa muutoksessa
- Tehyn näkemyksiä sosiaali- ja terveysalan johtamisesta Honkalampi Tarja
- Tehyn julkaisusarja F: 1/2009 Aikamoisia arvoja. Pohdintoja hoitamisen etiikasta. Tehyn eettinen toimikunta
- Tehyn julkaisusarja F: 2/2008 Tehyläiset terveyden edistäjinä Tehyn linjauksia sosiaali- ja terveyspalveluista Honkalampi Tarja
- Tehyn julkaisusarja F 1/2006 Kunta-alan työn vaativuuden arviointi ja tulospalkkio-ohjee Paatola Riitta, Pesonen Ritva
- Tehyn julkaisusarja A: 1/2004 Puun ja kuoren välissä. Hoitotyön johtajan tehtävät ja asema Suonsivu Kaija
- Ahosola Päivi, Hägg Tina 2007: Toimintakyvyn ylläpitäminen osana hyvää hoitoa. TUIKE hanke Hyvinkää
- Erkkilä Sari 2007 Työhyvinvointi lähihoitajan työssä. Kehittämistehtävä Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, ammatilliset erikoistumisopinnot. Tampere
- Halme Sirkka-Liisa 2007 Tasa-arvo ja eettiset näkökulmat hoitotyössä. Arvo yhteistyöhanke Oulun seudulla.
- Hoitotyön vuosikirja 2008: Vetovoimainen terveydenhuolto Sairaanhoidajaliitto; toim Koponen Leena; Hopia Hanna.
- Hoitotyön vuosikirja 2005: Sairaanhoidajaliitto; toim Miettinen merja, Hopia Hanna, Koponen Leena, Wilskman Kaarina. Sipoo

- Honkalampi Tarja 2008 Hoitajan asema ja rooli terveydenhuollossa. STM:n julkaisussa Terveydenhuollon työvoiman liikkuvuus, vaihtuvuus ja eettinen vastuu. ETENE-julkaisuja 24: ETENE 9. kesäseminaari 26.8.2008. Helsinki
- Kivelä Sirkka-Liisa 2006: Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. STM:n selvityksiä. [www.stm.fi](http://www.stm.fi)
- Laine Marjukka 2005: Hoitajana huomenna. Väitöskirja. Työterveyslaitos. Turun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta
- Lehto Markku 2008 Palvelujen käyttäjän rooli ja asema. STM:n julkaisussa Terveydenhuollon työvoiman liikkuvuus, vaihtuvuus ja eettinen vastuu. ETENE-julkaisuja 24: ETENE 9. kesäseminaari 26.8.2008. Helsinki
- Lehtomäki Leila 2009 Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampere
- Lehtoranta Heini, Luoma Minna-Liisa, Muurinen Seija (toim.) 2007 Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti. Stakesin raportteja 19/2007. Helsinki
- Lyhty Tuomo, Hirvonen Johanna, Luukkainen Sirpa, Hirsimäki Reetta, Poikala Riitta 2007: Tulevaisuuden työelämä- ja osaamistarpeet sosiaali- ja terveysalalla. AMOK hanke, Etelä-Savon ennakointiryhmä
- Myllymäki Kati 2008: Perusterveydenhuollon tulevaisuus. STM:n julkaisussa Terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuus, vaihtuvuus ja eettinen vastuu. ETENE-julkaisuja 24: ETENE 9. kesäseminaari 26.8.2008. Helsinki.
- Paasivaara Leena 2002 Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta: Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto
- Peltari Paula 1997 Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikatiovaatimukset. Stakes. Tutkimuksia 80
- Pirkkalainen Jaana, Kaatrakoski Heli 2009 Organisaatioiden kehittäminen yhteiskunnallisen työnjaon muutoksessa. Raportteja. 66. Tekes. Helsinki
- Pukkila Tarmo 2005 Ikävallankumous. Kunnallisan alan kehittämissäätiön Polemia – sarjan julkaisu nro 57. Vammala
- Rantanen Sinikka 2004 Lähihoitajien urakehitys, koulutus ja ammatillinen osaaminen. Tutkimus Harjavallan sosiaali- ja tervysalan oppilaitoksesta vuosina 1995-2003 valmistuneista lähihoitajista. ESR selvityksiä
- Suonsivu Kaija 2009 Työhyvinvointi – hyvän hoidon tausta. Julkaisussa Tehy F 1/2009: Aikamoisia arvoja Pohdintoja hoitamisen etiikasta. Tehy eettinen toimikunta. Helsinki
- Tokola Eeva 2006 Lääkehoito kotona. Toinen painos 2009. Raahe
- Vaarama Marja, Koskinen Simo 2006 Toinen kansallinen ikääntymisen foorumi 11.11.2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES.
- Vuorensyrjä Matti, Borgman Merja, Kempainen Tarja, Mäntysaari Mikko, Pohjola Anneli 2006 Sosiaalialan osaajat 2015. Sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointihanke SOTENNA. Tampere
- Vähäkangas Pia, Noro Anja 2009 Osastonhoitajan pitkäaikaisessa laitoshoidossa; kuvaus lähijohtamisen sisällöstä kuntoutumista edistävillä osastoilla. Hoitotiede 2009, 21 (2), ss 97-108
- OPH 2007: Näyttötutkinto-opas näyttötutkinnon järjestäjien ja tutkintotoimikuntien käyttöön. Helsinki OPM 2006:24
- OPH 2002: Vanhustyön ammattitutkintojen perusteet

- OPH 2001: Ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelma ja näyttötutkinnon perusteet. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto Lähihoitaja. Helsinki
- OPH 1994: Terveydenhuollon ammattienharjoittamisoikeuden edellyttämät koulutukselliset vaatimukset. Moniste
- OPM 2006: Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Helsinki
- WHO 2000: Munchenin julistus: Sairaanhoitajat ja kättilöt: vaikuttajia terveyden edistämiseksi.
- TEO Holi Tarja: Terveydenhuollon ammattihenkilön vastuu ja oikeudet Kalvosarja
- TEO: Ammattioikeudet määritelmiä
- Kustaankartanon vanhustenkeskus: Hyvän hoidon kriteerit
- Espoon kaupunki: Sairaanhoitajan urakehitysmalli vanhusten palveluissa 1.2.2008
- Osastonhoitajien määrittelemä pitkäaikais-hoidon sairaanhoitajan erityisosaaminen LKS/Jalkarannan sairaala Siirilä Elisabet, Salonen Marita 2009

1. Sairaanhoidajan vala vuodelta 1958 sairaanhoitajakoulujen ja -opistojen johtajattarien muotoilemana
2. Lähihoitajan lupaus
3. Munchenin julistus

## Liite 1

### Sairaanhoidajan vala vuodelta 1958

”Lupaen, että vakaa ja vilpitön tahtoni on sairaanhoidajan tointa harjoittaessani parhaan kykyäni ja ymmärrykseni mukaan täyttää ne velvollisuudet, jotka minulle sairaanhoidajana kuuluvat ja pitää aina mielessäni sairaanhoidajan työn korkeat ihanteet.”

## Liite 2

### Lähihoitajan lupaus

”Lupaen lähihoitajana tehdä työtäni ihmisyyttä kunnioittaen ja salassapitovelvollisuuteni muistaen. Lupaen toimia hyvän elämän edistämiseksi sekä terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Lupaan tukea ihmisen kasvua ja kehitystä, edesauttaa toimintakyvyn ylläpitämistä, ennalta ehkäistä syrjäytymistä, edistää terveyttä, hoitaa sairaita, lievittää inhimillistä kärsimystä ja saattaa hyvään kuolemaan. Lupaan vaikuttaa sosiaali- ja terveysalan sekä työyhteisöni ja oman ammattini kehittämiseen.”

## Liite 3

### Munchenin julistus

#### Sairaanhoidajat ja kätilöt: Vaikuttajia terveyden edistämiseksi

*Maailman terveysjärjestön II hoito- ja kätilötyötä koskeva ministerikokous käsittelee Euroopan kuuden miljoonan sairaanhoidajan ja kätilön ainutlaatuisista osuutta ja panosta terveyden kehittämisessä ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Ensimmäisen, yli kymmenen vuotta sitten Wienissä pidetyn WHO:n ministerikokouksen jälkeen Euroopassa on saavutettu joitakin edistysaskelleita sairaanhoidajien ja kätilöiden aseman vahvistamiseksi ja heidän kykyjensä hyödyntämiseksi täysimittaisesti.*

WHO:n Euroopan alueen jäsenvaltioiden terveysministereinä, jotka osallistuvat Munchenin kokoukseen:

**Uskomme**, että sairaanhoidajat ja kätilöt ovat **yhä enemmän avainasemassa**, kun on kyse yhteiskunnan ponnisteluista vastata aikamme kansanterveyshaasteisiin, samoin kuin sellaisten korkeatasoisten, esteettömien, tasa-arvoisten, tehokkaiden ja ihmisten tarpeet huomioivien terveyspalvelujen varmistamisessa, jotka turvaavat hoidon jatkuvuuden ja ottavat huomioon ihmisten oikeudet ja muuttuvat tarpeet.

**Kehotamme** kaikkia WHO:n Euroopan alueen asianomaisia viranomaisia tehostamaan toimintaansa **Hoito- ja kätilötyön vahvistamiseksi**:

- varmistamalla hoito- ja kätilötyön edustajien osallistumisen päätöksentekoon **toimintapolitiikan** kehittämisen ja toteuttamisen kaikilla tasoilla;

- kiinnittämällä huomiota **esteisiin**, erityisesti rekrytointipolitiikkaan, sukupuolta ja asemaa koskeviin asioihin sekä lääketieteen valta-asemaan;
- antamalla taloudellisia kannustimia ja mahdollisuudet **uralla etenemiseen**;
- parantamalla ammatillista peruskoulutusta ja jatkuvaa **koulutusta** sekä pääsyä korkeampaan sairaanhoitaja- ja kättilökoulutukseen;
- luomalla **sairaanhoitajille, kättilöille ja lääkäreille mahdollisuudet oppia yhdessä** sekä perusopintojen että jatko-opintojen yhteydessä, jotta voitaisiin varmistaa yhä paremmin yhteistoimintaan perustuva ja monialaisempi työskentely potilaan hoidon edistämiseksi;
- tukemalla tutkimusta ja tiedon levittämistä **tiedollisen perustan ja näyttöön perustuvan toiminnan** kehittämiseksi hoito- ja kättilötyössä;
- pyrkimällä löytämään mahdollisuuksia luoda ja tukea **perhekeskeisiä yhteisöhoito- ja kättilötyön** ohjelmia ja palveluja, mukaan lukien tarpeen mukaan Family Health Nurse;
- vahvistamalla sairaanhoitajien ja kättilöiden asemaa **kansanterveyden, terveyden edistämisen ja yhteisön kehittämisen alueella**.

**HYVÄKSYMME**, että sitoutumista ja vakavia ponnisteluja hoito- ja kättilötyön vahvistamiseksi tulisi tukea:

- kehittämällä kattavia **strategioita työvoimasuunnitteluun** hyvin koulutettujen sairaanhoitajien ja kättilöiden riittävän määrän varmistamiseksi;
- varmistamalla, että terveydenhuoltojärjestelmän kaikilla tasoilla on olemassa **tarpeellinen lainsäädäntö ja tarvittavat sääntelyjärjestelmät**;

- tekemällä sairaanhoitajille ja kättilöille mahdolliseksi työskennellä tehokkaasti ja vaikuttavasti hyödyntäen kykyään täysimittaisesti, sekä **itsenäisinä** että **toisista riippuvaisina** ammatinharjoittajina;

**SITOUDEMME** työskentelemään yhteistyössä kaikkien asianomaisten ministeriöitten sekä lakisääteisten ja kansalaisten muodostamien elinten kanssa, maiden sisällä, kansallisella ja kansainvälisellä tasolla, tämän julistuksen tavoitteiden toteuttamiseksi;

**LUOTAMME** siihen, että WHO:n Euroopan aluetuomio antaa strategista ohjausta ja auttaa jäsenvaltioita kehittämään yhteensovittamisjärjestelmiä silmällä pitäen yhteistyötä kansallisten ja kansainvälisten elinten kanssa hoito- ja kättilötyön vahvistamiseksi, sekä

**PYYDÄMME** aluejohtajaa raporttoimaan säännöllisesti Euroopan aluekomitealle ja järjestämään vuonna 2002 ensimmäisen kokouksen tämän julistuksen seurantaan ja arviointia varten.

#### Liite 4

Opetusministeriön koulutusohjelmien sekä ammattitoiminnasta tehtyjen selvitysten (OPH 1994, Erkkilä 2007, Lyhty 2007) ja ammattinettitietojen perusteella voisi asian tuntija- ja erityisosaaajatehtäviä luonnehtia esimerkiksi seuraavasti:

*Sairaanhoitaja pitkäaikaisen hoidon ja hoitosuhteen asiantuntijana*

- *toimii itsenäistä ammatillista päätöksentekotaitoa osoittaen*
- *havainnoi ja huomio kokonaisvaltaisesti yksilön/ asiakkaan/potilaan*
- *arvioi ja tekee perusteltuja vaihtoehtoisia toimintavaihtoehtoja*
- *soveltaa asiakaskohtaisesti tietoperustaa*
- *osaa hoitotoiminnasta viestinnän ja tiedottamisen*

- *tunnistaa oman ammattitoiminnan ja osaamisensa rajat*
  - *toimii kokonaisuudet huomioiden hoidon koordinoijana ja hoitotiimin vastuullisena johtajana*

Asiantuntija toimii tehtävissään tavoitteellisesti, tarkoituksenmukaisesti ja taloudellisesti sekä kantaa itsenäisesti toimintansa sekä esimiestyönsä henkilöstöhallinnollisen vastuun.

- Lähihoitaja vanhusten hoidon erityisosajana*
- *toimii asiakkaan/potilaan apuna ja tukena päivittäistoiminnoissa*
  - *toimii hoitotiimin jäsenenä ja omassa ammattitehtävässään*
  - *on lähellä ihmistä, ylläpitää sosiaalisia suhteita, toimii linkkinä työryhmään*
  - *omaa sosiaalisen ja terveydellisen yhdistävän terveyttä edistävän toimintaotteen*
  - *tuntee toiminnassaan ammatilliset ja henkilökohtaiset rajat*











## Vanhustyön vastuunkantajat

Yhteiskunnan sivistystä mitataan edelleen sillä, kuinka se huolehtii heikoimmista jäsenistään. Vanhat ja sairaat tarvitsevat apua, huolenpitoa, hoivaa ja hoitoa. Miten järjestämme vanhusten hoidon?

Tehyn mielestä on jo olemassa toimivia ja sujuvasti hoidettuja palveluketjuja ja ennen kaikkea osaava ammattitaitoinen henkilökunta. Lisäksi tarvitaan nykyistä laajempaa yhteistoimintaa eri ammattiryhmien välillä ja uusia työnjakomalleja. Oleellista on, että kukin voi keskittyä osaamisensa täysimittaiseen hyödyntämiseen – onpa kyseessä sitten lääketieteellinen tai hoitotyön toiminta.

Hyödyntämällä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan asiantuntijuutta nykyistä paremmin voidaan lisätä tuottavuutta. Hyvällä johtamisella on myönteisiä taloudellisia vaikutuksia.

Tehyn asiamies, ylihoitaja, terveydenhuollon maisteri Tuulariitta Ruontimo on tehnyt mallinnuksen, jossa sairaanhoitaja toimii vanhusten hoidon asiantuntijana ja lähihoitaja vanhusten hoidon erityisosaajana. Mallinnuksen käyttöönotto edistää vanhusten hyvää hoitoa ja parantaa henkilöstön työhyvinvointia sekä vanhustyön arvostusta.

Julkaisu liittyy Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelmaan, jonka tavoitteeksi on asetettu asiakas-keskeisyyden lisäksi sekä palvelutuotannon että johtamisen tehokkuuden ja toimivuuden parantaminen sekä ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus.

---

**Tehyn julkaisusarja:** A: Tutkimusraportteja • B: Selvityksiä • C: Muistioita • D: Tilastoja • E: Videot • F: Muut julkaisut  
Tehyn selvitykset internetissä: [www.tehy.fi/selvitykset](http://www.tehy.fi/selvitykset)

