

# OSAAMISEN VARMISTAMINEN TERVEYDENHUOLLON TYÖNJAOSSA

Hiekkavirta Mirva  
Rantanen Laura

Opinnäytetyö  
Kesäkuu 2012

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma  
Ylempi AMK  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



Tekijät HIEKKAVIRTA, Mirva RANTANEN, Laura	Julkaisun laji YAMK Opinnäytetyö	Päivämäärä 04.06.2012
	Sivumäärä 76	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi OSAAMISEN VARMISTAMINEN TERVEYDENHUOLLON TYÖNJAOSSA		
Koulutusohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma YAMK		
Työn ohjaaja TIIKKAINEN, Pirjo		
Toimeksiantaja Keski-Suomen RAMPE-hanke		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Perusterveydenhuollon muuttuvat tarpeet esimerkiksi hoitotakuulain myötä lisäävät tarvetta kehittää terveydenhuoltopalveluja. Terveys­den­huollon ammattiryhmien välinen työnjako on yksi keino lisätä palvelujen saatavuutta, sujuvuutta sekä kohdistaa resursseja ja osaamista tarkoituksenmukaisesti. Työnantajan on kuitenkin varmistettava ennen työnjaon toteuttamista, että työntekijöillä on uusien tehtävien tai tehtäväkuvien vaatima riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Osaamiseen kuuluu laaja-alainen tietojen, taitojen ja asenteiden yhdistämisen taito.</p> <p>Tämän kehittämistyön toimeksiantaja oli kansalliseen Kaste-ohjelmaan kuuluva RAMPE-hanke Keski-Suomen alueelta. Kehittämistyön tarkoituksena oli muodostaa kirjallisuuden pohjalta kuvaus terveydenhuollon työnjakoon liittyvästä prosessista ja osaamisen varmistamisesta tässä prosessissa. Tästä muodostui kehittämistyön ensimmäinen tuotos. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata työnjakoon liittyviä osaamisen varmistamisen menetelmiä Keski-Suomen RAMPE-alueen perusterveydenhuollon vastaanotoilta sekä kirjallisuuden pohjalta. Tästä muodostui kehittämistyön toinen tuotos, jossa on kuvattu kokonaisvaltaisen osaamisen varmistaminen työnjaossa sekä eri menetelmiä, joilla osaamista voidaan arvioida, kehittää ja testata.</p> <p>Kehittämistyön perustella voidaan todeta, että johtamisella on suuri merkitys työnjaon suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa. Työnjaon tulee olla tarkoituksenmukaista, siinä tulee huomioida eri osapuolien vastuukysymykset sekä varmistaa riittävä osaaminen. Osaamisen varmistaminen tulee suunnitella ja toteuttaa työnjaon muodon ja vaativuuden mukaan yhtenäisten käytäntöjen mukaisesti. Osaamista ja osaamisen ylläpitämistä tulee myös tukea näyttöön perustuvilla tukimuodoilla. Käytäntöjen yhtenäistämiseksi olisi tehtävä enemmän alueellista ja kansallista yhteistyötä työelämän ja oppilaitosten välillä sekä nykyistä tarkemmin määritellä yhtenäiset osaamisen kriteerit työnjaossa. Kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää eri ammattiryhmissä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työyksiköiden ja organisaatioiden työnjaon suunnittelussa, kehittämisessä, seurannassa sekä osaamisen varmistamisessa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Terveys­den­huollon työnjako, osaaminen, kompetenssi, ammattitaito, ammatillinen kehitys, osaamisen arviointi, osaamisen varmistaminen		
Muut tiedot		

Authors HIEKKAVIRTA, Mirva RANTANEN, Laura	Type of publication Master's Thesis	Date 04.06.2012
	Pages 76	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title ENSURING OF COMPETENCE IN SKILL-MIX OF HEALTH CARE		
Degree Programme Master`s Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Tutor TIIKKAINEN, Pirjo		
Assigned by RAMPE-project		
Abstract <p>The changing needs of public health care and the demands made upon it (for e.g. the availability of services) increase the need to improve health care services. Skill-mix between different groups of healthcare staff is one way of making services more functional and easily available, and of allocating resources and skill sets more appropriately. Before implementing skill-mix the employer must ensure that the staff has sufficient training, experience and professional competence to meet the requirements of the new tasks. Sufficient competence includes the extensive ability to combine information, skills and attitudes.</p> <p>This research work was commissioned by the Central Finnish RAMPE project, which is part of the national Kaste programme. The purpose of this research work was to give a description of the skill-mix-related process among healthcare staff, and of the ensuring of skill sets, on the basis of literary sources. This yielded the first output of the research. A further objective was to describe the methods for ensuring competence regarding skill-mix in the health care units of the RAMPE area in Central Finland, and on the basis of literary sources. This yielded the second output, which gives a description of the ensuring of integrated competence in skill-mix, and of various methods for assessing, developing and testing competence.</p> <p>The research leads to the conclusion that management plays an important role in planning, implementing and supervising skill-mix. Skill-mix must be applied appropriately, it must pay attention to the responsibilities of different parties and it must ensure sufficient competence. The ensuring of sufficient competence must be planned and implemented according to the form and demandingness of skill-mix and following standard practices. Competence and the maintenance of competence must also be supported by evidence based decision-making support systems. Standardizing practices requires more regional as well as national co-operation among professionals and educational establishments. It also requires a more precise definition of the criteria for standard skill sets regarding skill-mix. The results of this research work may prove beneficial to different occupational groups within health care service when it comes to planning, developing and supervising skill-mix among health care units and organizations or ensuring sufficient competence.</p>		
Keywords Skill-mix of health care, competence, professional development, competence assessment, ensuring competence		
Miscellaneous		

## Sisältö

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT</b> .....	<b>7</b>
2.1	Kehittämistyön tausta .....	7
2.2	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite .....	10
<b>3</b>	<b>TYÖNJAKO TERVEYDENHUOLLOSSA</b> .....	<b>11</b>
3.1	Työnjakoon liittyvien käsitteiden määrittely .....	12
3.2	Työnjaon lähtökohdat terveydenhuollossa .....	16
3.3	Työnjaon uudistamista ohjaava lainsäädäntö.....	18
3.4	Työnjaon johtaminen .....	20
3.4.1	Työnjaon suunnittelu ja toteutus osana työnjaon johtamista .....	22
3.4.2	Työnjaon seuranta ja työn vaatavuuden arviointi.....	24
3.4.3	Työnjaon tukeminen.....	25
3.5	Työntekijän vastuu ja velvollisuudet työnjaossa.....	26
<b>4</b>	<b>OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA YLLÄPITÄMINEN TYÖNJAOSSA</b> .....	<b>28</b>
4.1	Osaaminen hoitotyössä .....	28
4.2	Työnjako edellyttää osaamisen kehittämistä .....	29
4.3	Osaamisen johtaminen.....	31
4.4	Osaamisen kehittäminen ja kartoittaminen .....	32
4.5	Täydennyskoulutus osaamisen kehittämisessä .....	34
<b>5</b>	<b>TYÖNJAON PROSESSIKUVAUS</b> .....	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>OSAAMISEN VARMISTAMINEN TYÖNJAOSSA</b> .....	<b>38</b>
6.1	Perusterveydenhuollon vastaanottojen työnjakoon liittyviä osaamisen kehittämisen ja varmistamisen menetelmiä .....	38
6.2	Osaamisen kehittämisen ja varmistamisen menetelmiä kirjallisuudessa .....	41
6.3	Kuvaus osaamisen varmistamisen vaiheista.....	48
6.3.1	Menetelmiä osaamisen varmistamiseen - yhteenveto .....	49
<b>7</b>	<b>POHDINTA</b> .....	<b>52</b>
7.1	Kehittämistyön arviointi .....	52
7.2	Luotettavuus .....	53
7.3	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset .....	54
	<b>LÄHTEET</b> .....	<b>56</b>
	<b>LIITTEET</b> .....	<b>65</b>
	LIITE 1. Lupakäytäntö fysioterapeutin itsenäisesti suorittamasta akuutin alaselkäpotilaan tutkimisesta Saarijärvi-Karstulan terveydenhuollon kuntayhtymässä .....	65
	LIITE 2. Diabetespotilaan hoitopolku työnjaon tukena Wiitaunionin terveysasemilla .....	66
	LIITE 3. Lupakäytäntö pienten vammojen ja akuuttien infektiopotilaiden itsenäiseen tutkimiseen sairaanhoitajan vastaanotolla Keuruun terveysasemalla /Keski-Suomen Seututerveyskeskuksessa.....	67
	LIITE 4. Sairaanhoitajan vastaanottotyön (aluehoitajan) osaamisen varmistamisen prosessi Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksissa.....	68
	LIITE 5. Sairaanhoitajan vastaanottotyön ja siihen sisältyvien työnjaollisten tehtävien määrittely ja osaamisen varmistaminen Joutsan terveysasemalla .....	69
	LIITE 6. Lupakäytäntö verenohennuslääkkeen annosmääritykseen ja potilaan ohjaukseen .....	70
	LIITE 7a. Laajennetun työnkuvan työn kuvaus ja tarkoitus .....	71
	LIITE 7b. Työn edellyttämä osaaminen sairaanhoitajan laajennetussa työnkuvassa .....	72
	LIITE 7c. Keskeiset tehtävät/ tehtäväkokonaisuudet Keski-Suomen keskussairaalan yhteispäivystyksen sairaanhoitajan vastaanottotyössä.....	73

LIITE 7d. Keski-Suomen keskussairaalan yhteispäivystyksen sairaanhoitajan vastaanotto- työn toiminnan suunnittelu; yhteistyökumppanit ja työolosuhteet.....	74
LIITE 8. Kirjallinen päätös lääkärin ja hoitohenkilökunnan välisestä työnjaosta .....	74
LIITE 9. Päätös työjärjestelyjen kannalta perusteltujen tehtävien siirtämisestä sairaanhoitajalle/terveydenhoitajalle.....	75

## KUVIOT

KUVIO 1. Kehittämistyön eteneminen .....	9
KUVIO 2. Työnjaon uudistaminen.....	23
KUVIO 3. Organisaation osaamistarpeiden määrittely .....	32
KUVIO 4. Osaamisen kehittäminen prosessina.....	33
KUVIO 5. Kirjallisuuden perusteella muodostettu terveydenhuollon työnjaon prosessikuvaus.....	37
KUVIO 6. Osaamisen varmistamisen vaiheet työnjaossa .....	49
KUVIO 7. Kokonaisvaltaisen osaamisen varmistaminen sairaanhoitajan laajennetussa tehtäväkuvaassa .....	51

## TAULUKOT

TAULUKKO 1. Työnjako-käsitteen määrittely .....	14
TAULUKKO 2. Työnjakoon liittyvien alakäsitteiden määrittely.....	15
TAULUKKO 3. Työnjaon strateginen johtaminen.....	21
TAULUKKO 4. Lähiesimiehen rooli työnjaossa.....	22
TAULUKKO 5. Työntekijän vastuu työnjaossa .....	28
TAULUKKO 6. Sosiaali- ja terveysministeriön suositus terveydenhuollon täydennyskoulutuksen mahdollistamiseen ja toteutukseen .....	35
TAULUKKO 7. Työnjakoon liittyviä osaamisen varmistamisen menetelmiä Keski-Suomen Rampe-alueella .....	40
TAULUKKO 8. Osaamisen kehittämisen ja varmistamisen menetelmiä.....	50

## 1 JOHDANTO

Terveydenhuollon tämän hetkinen ja tulevaisuuden haasteena on lääkäreiden ja hoitohenkilöstön saatavuus. Suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle pulaa tulee olemaan kaikista terveydenhuollon ammattiryhmistä. Yleisesti tiedetään, että työvoimapulaa voidaan ehkäistä työn sisältöä ja sen menetelmiä kehittämällä ja tukemalla henkilöstön pysymistä työelämässä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a.) Perusterveydenhuollon toimintojen kehittäminen onkin suomalaisen terveyspolitiikan keskeinen haaste. Toimintaa kehitettäessä on huomioitava riittävät henkilöstöresurssit ja toimintaa vastaava osaaminen. Henkilöstön työn ja yhteistyön kehittämiseen tarvitaan eri ammattiryhmien välisiä keskusteluja sekä suunnitelmallista koulutusta ja laadun kehittämisen käytäntöjä. Hoitajien osaamisen varmistaminen ja vastuukysymykset ovatkin nousseet keskeisiksi asioiksi terveydenhuollossa. (Peltonen 2010, 6-7.)

Perusterveydenhuollossa työnjakoa on kehitetty monissa yksiköissä jo useiden vuosien, jopa vuosikymmenien ajan ja siitä on tullut osa jokapäiväistä terveydenhuoltoa. Työnjakoon liittyvät vastuukysymykset ja työnjaon tarkoituksenmukainen uudistaminen ovat kuitenkin edelleen ajankohtaisia terveydenhuoltoa koskevia aiheita, sillä työnjakoa eri ammattiryhmien välillä on edelleen kehitettävä riittävien resurssien, palveluiden saatavuuden, tuloksellisen toiminnan sekä sujuvien palveluiden turvaamiseksi (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 18). Myös uudistunut lainsäädäntö ja hoitajien rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden vuoksi toimintamalleja ja prosesseja on työnjaon osalta tarkasteltava ja arvioitava uudelleen. Työnjaon muutoksissa ja kehittämisessä on huomioitava kuitenkin monia seikkoja, kuten vastuukysymykset, palkan ja työnkuvan uudelleen arvioiminen vastuun mukaan, henkilökunnan koulutus sekä osaamisen varmistaminen (Haapa-aho ym. 2009, 18).

Tässä työssä *työnjaolla* tarkoitamme Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmää työnjaosta (ks. taulukko 1). Tämän kehittämistyön toimeksiantaja on perusterveydenhuollon toiminnan kehittämiseen keskittynyt Kaste-ohjelman alainen RAMPE-hanke, jonka alkuselvityksen pohjalta sekä hankkeen edustajien kanssa käydystä kes-

kustelusta tarve kehittämistyölle syntyi. Tämän kehittämistyön painopiste on perusterveydenhuollon työnjako mutta työtä voi soveltaa laajemmin koko terveystalouden työnjaossa ja eri ammattiryhmissä.

Tämän kehittämistyön **tarkoituksena** on muodostaa kirjallisuuden pohjalta kuvaus terveydenhuollon työnjakoon liittyvästä prosessista. Lisäksi tarkoituksena on kuvata työnjakoon liittyviä osaamisen varmistamisen menetelmiä sekä kirjallisuuden että työelämän esimerkkien pohjalta, jotka tässä työssä ovat Keski-Suomen RAMPE-alueen perusterveydenhuollon vastaanottojen lääkäreiden ja muiden laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden väliset työnjakoon liittyvät osaamisen varmistamisen menetelmät.

Kehittämistyön **tavoitteena** on, että saatua tietoa voidaan käyttää työnjakoon liittyvän osaamisen varmistamisen suunnittelussa ja kehittämisessä. Lisäksi tavoitteena on, että työtä voidaan hyödyntää työnjakoon liittyvien koulutuksien suunnittelemisessa ja toteuttamisessa RAMPE-hankkeen alueella yhteistyössä oppilaitosten kanssa.

## 2 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Kehittämistyön tausta

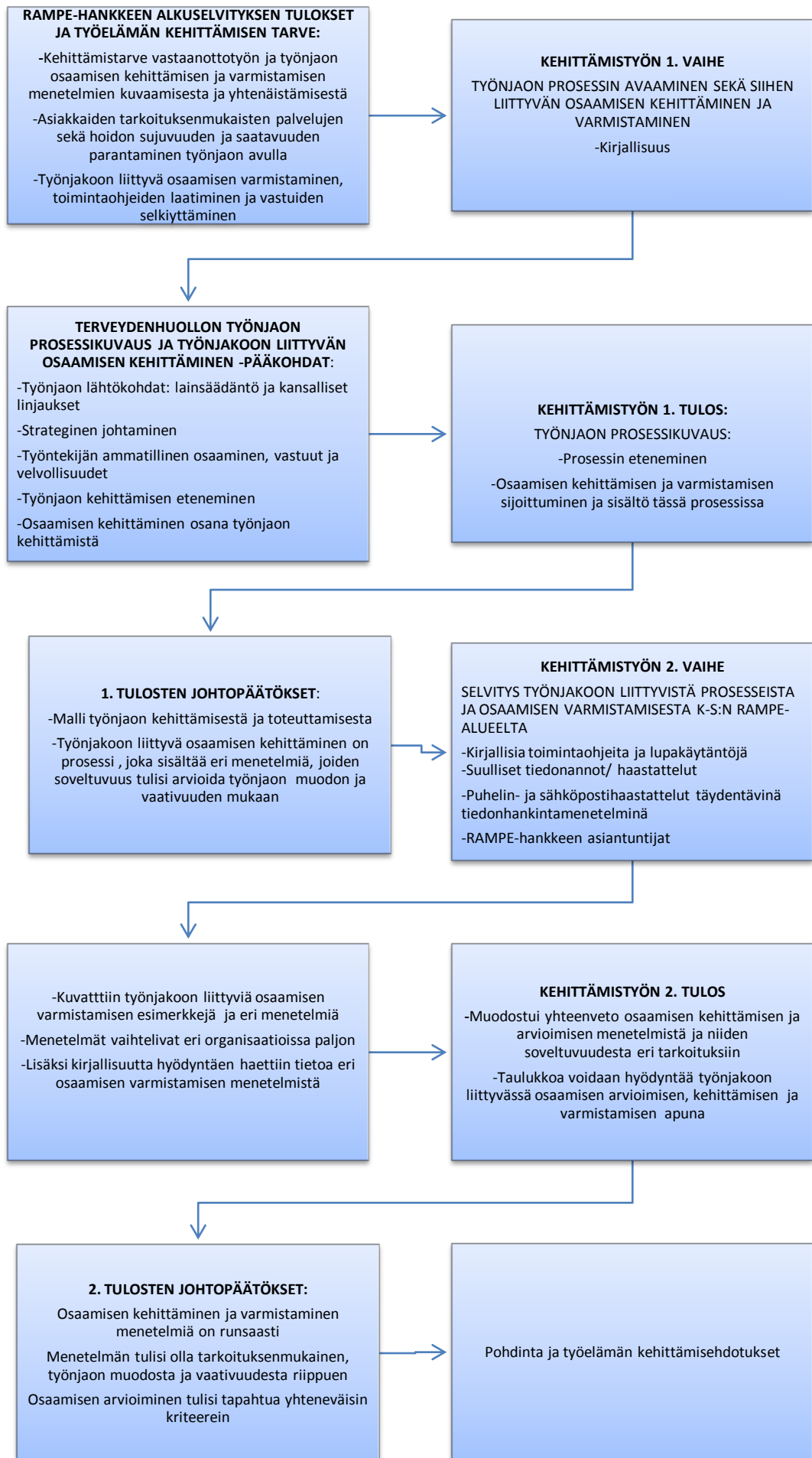
Tämän kehittämistyön työelämän toimeksiantaja ja yhteistyökumppani on Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon (RAMPE) – hanke, joka on osa Sosiaali- ja terveysministeriön kansallista kehittämisohjelmaa (KASTE) toteuttava henkilöstön kehittämishanke. Siinä on mukana Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Kainuun maakunta – kuntayhtymä, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä sekä Ylä-Savon SOTE- kuntayhtymä. Hanketta hallinnoi Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. RAMPE – hankkeessa perusterveydenhuollon ja koulutusorganisaatioiden edustajat toimivat tiiviissä yhteistyössä, jonka avulla edistetään työvoiman saatavuutta ja tasapuolista jakautumista eri terveyskeskuksissa sekä vahvistetaan henkilöstön osaamista. RAMPE -hankkeen toimenpiteet kohdentuvat perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotoille sekä yhteispäivystyksiin. Hankkeen keskeisenä tavoitteena on väestön terveyshyödyn lisääminen sekä asiakkaiden omahoitovalmiuksien tukeminen. (Koikkalainen, Ahonen, Ruoranen, Hänninen, Kuusinen, Tiikkainen, Kettunen, Honkanen & Kumpusalo 2011, 2.)

RAMPE-hankkeen alkuselvityksessä (Koikkalainen ym. 2011) kartoitettiin perusterveydenhuollon vastaanottojen toiminnan organisointia, vastaanotoilla käytössä olevia toimintamalleja sekä toiminnan sisältöjä. Alkuselvityksessä on myös kuvattu lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutukseen ja vastaanotolla työskentelevän henkilöstön osaamiseen liittyviä tekijöitä. Valtakunnallisesti yhtenäisiä menetelmiä ja työkaluja työpaikalla tapahtuvan osaamisen tunnistamisesta ja arvioimisesta ei Suomessa ole. Selvityksestä käy ilmi, että terveyskeskusten vastaanotoilla on vaihtelevat käytännöt henkilöstön osaamisen varmistamisessa. (Koikkalainen ym. 2011, 28.)

Alkuselvityksen tulosten perusteella todettiin, että eri ammattiryhmien välistä työnjakoa pidettiin tarpeellisena ja siihen liittyvää osaamisen varmistamista ja kirjallisten, yhteisesti sovittujen toimintamallien luomiseen ja vastuiden selkiyttämiseen tulisi nykyistä enemmän kiinnittää huomiota (Koikkalainen ym. 2011, 44). Näin ollen tarve selvittää perusterveydenhuollon vastaanottotyön osaamisen kehittämisen ja varmis-

tamisen menetelmiä ja niiden soveltuvuutta ja hyödynnettävyyttä, jotta toimintaa voitaisiin yhtenäistää ja yhteistyötä eri toimijoiden välillä lisätä, nousi työelämän kehittämisen tarpeista.

Kehittämistyö etenee vaiheittain. (Ks. kuvio 1.) Ensimmäisessä vaiheessa on kirjallisuuden avulla kuvattu terveydenhuollon työnjaon prosessi eri osapuolien vastuiden ja velvollisuuksien selkiyttämisen vuoksi ja, jotta työnjakoon liittyvä osaaminen sisältyisi selkeämmin osaksi laajempaa työnjaon kokonaisuutta. Tämän vaiheen jälkeen on selvitetty Keski-Suomen RAMPE-alueen toimintamalleja työnjakoon liittyvistä osaamisen kehittämisen ja varmistamisen menetelmistä ja käytännöistä. Selvitys on tehty eri organisaatioiden kirjallisia työnjakoon liittyviä toimintamalleja hyödyntäen. Tietoja on täydennetty vastaanottojen esimiehiä suullisilla tiedonannoilla ja puhelini- ja sähköpostihaastatteluilla. Tämän jälkeen työssä on kuvattu ammatillisen osaamisen kehittämisen ja varmistamisen menetelmiä kirjallisuuden kautta. Näiden perusteella kuvattu osaamisen kehittämisen ja varmistamisen menetelmiä, joita työnjaossa voidaan hyödyntää ja soveltaa. Seuraavassa kuviossa on kuvattu kehittämistyön eteneminen vaiheittain.



**KUVIO 1. Kehittämistyön eteneminen**

## 2.2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on muodostaa kirjallisuuden pohjalta terveydenhuollon työnjakoon liittyvä prosessikuvaus. Lisäksi tarkoitus on kuvata työnjakoon liittyviä osaamisen varmistamisen menetelmiä sekä kirjallisuuden että työelämän esimerkkien pohjalta. Esimerkkeinä ovat Keski-Suomen RAMPE-alueen perusterveydenhuollon vastaanottojen lääkäreiden ja muiden laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden väliset työnjakoon liittyvät osaamisen varmistamisen menetelmät.

Kehittämistyön tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan käyttää työnjaon suunnittelussa ja kehittämisessä. Lisäksi tavoitteena on, että työtä voidaan hyödyntää työnjakoon liittyvien koulutusten suunnittelussa ja toteuttamisessa RAMPE-hankkeen alueella yhteistyössä oppilaitosten kanssa.

### 3 TYÖNJAKO TERVEYDENHUOLLOSSA

Sairaanhoitajien tehtäväkuvan muuttumiseen ja laajentamiseen ovat vaikuttaneet pyrkimys kustannusten hillitsemiseen, hoitoon pääsyn parantaminen, lääkäripula mutta myös sairaanhoitajien lisääntynyt asiantuntijuus. Monissa eri tutkimuksissa on todettu, että hyvin koulutetut ja valmennetut sairaanhoitajat tuottavat yhtä korkealaatuista hoitoa perusterveydenhuollossa kuin lääkärit. Hyvät tulokset sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien itsenäisistä vastaanotoista esimerkiksi pitkäaikaissairauksien ohjauksessa kannustaa toiminnan kehittämiseen ja laajentamiseen. (Laitinen-Pesola 2011.)

Työnjaon uudistaminen terveydenhuollossa on kansainvälisestikin ajankohtainen aihe, sillä Suomen lisäksi monissa muissa maissa on työnjaon uudistamiselle tarve mm. terveydenhuoltohenkilöstön pulan vuoksi (Dubois & Singh 2009). Lisäksi Laurant, Reeves, Hermens, Braspenning, Grol ja Sibbald (2004) toteavat, että useissa maissa väestön ikääntyminen, potilaiden lisääntyneet odotukset saamaansa hoitoa kohtaan sekä palvelujen uudistamiset lisäävät perusterveydenhuollon palvelujen kehittämisen tarvetta. Myös lääkäripula ja paine vähentää terveydenhuollon taloudellisia kustannuksia asettaa terveydenhuollolle suuria haasteita. Eri ammattiryhmien välisellä työnjaolla on pyritty vastaamaan näihin haasteisiin.

Työnjaon vaikutuksista potilaiden kokemuksiin saamastaan hoidosta on saatu kannustavia tuloksia. Laurant, Hermens, Braspenning, Reiner, Akkermans, Sibbald ja Grol (2008) kirjoittavat artikkelissaan, että työnjaon muutoksilla on pystytty vastaamaan potilaiden tarpeisiin hyvin. Lisäksi artikkelissa todetaan, että potilaiden (n=235) tyytyväisyys saamaansa hoitoon todettiin olevan riippumaton siitä, hoitaako potilasta lääkäri vai hoitaja. Tutkimuksen mukaan potilaat arvostivat enemmän hoidon vuorovaikutuksellisuutta eli esimerkiksi sitä, että heillä oli mahdollisuus osallistua hoitoansa koskevaan päätöksentekoon.

Lindströmin (2003, 15–16) mukaan terveydenhuollon eri ammattiryhmien väliset tehtäväsiirrot koskevat yleisimmin lääkäreiltä sairaanhoitajille siirrettyjä tehtäviä.

Perusterveydenhuollossa lääkärin ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen liittyy yleisimmin sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan itsenäiseen vastaanottotoimintaan. Lisäksi erilaiset asiantuntijasairaanhoitaja-toimenkuvat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ovat lisääntyneet. Myös kättilöille, terveydenhoitajille, röntgenhoitajille, laboratoriohoitajille, fysioterapeuteille sekä perushoitajille on siirretty erilaisia tehtäviä.

Työnjaon vaikutuksia hoidon laatuun on tutkittu jonkin verran. Esimerkiksi Laurant ym. (2004, 2) toteaa, että asianmukaisen koulutuksen saaneiden sairaanhoitajien antaman hoidon laadun todettiin olevan lääkäreihin verrattuna yhtä korkeatasoista. Tutkimuksesta käy lisäksi ilmi, että hoitajat ohjasivat ja neuvoivat potilaita enemmän kuin lääkärit ja potilaat olivat jopa tyytyväisempiä sairaanhoitajien vastaanottotoimintaan. Työnjaon kustannuksista tutkijat kuitenkin totesivat, että tämän tutkimuksen myötä ei varmuudella voitu todeta, oliko lääkärin ja sairaanhoitajan välinen työnjako taloudelliselta kannalta tarkasteltuna halvempaa muussa kuin palkkakustannuksissa. Dierick-van Daele, Steuten, Romeijn, Derckx ja Vrihoef (2011) totesivat lääkäreiden ja sairaanhoitajien välisen työnjaon lisäävän taloudellisia säästöjä silloin jos lääkäreiden resursseja voitiin työnjaon avulla vapauttaa.

Suomalaisen tutkimuksen mukaan työnjako hoitohenkilökunnan kanssa oli toiseksi merkittävin myönteinen muutos, jonka terveyskeskuslääkärit kokivat tapahtuneen neljän viime vuoden aikana. Työnjaon myönteiseksi muutokseksi joka kolmas vastaa ja ilmoitti lääkärin ja hoitajan parityöskentelyn. Hoitajavastaanotot esimerkiksi flunssapotilaille ovat antaneet terveyskeskuslääkäreille mahdollisuuden kohdentaa lääkärin resursseja ammatillisesti haastavampien ja enemmän lääkärin ammattitaidosta hyötyvien potilaiden hoitoon. (Haimakainen, Vehviläinen & Kumpusalo 2011.)

### **3.1 Työnjakoon liittyvien käsitteiden määrittely**

Hukkasen ja Vallimies-Patomäen (2005) laatima työnjakoa koskevien käsitteiden määrittely näyttää kirjallisuuden perusteella ohjaavan käsitteiden käyttöä ja niiden määritelmiä suomalaisessa kirjallisuudessa. Ulkomaisesta kirjallisuudesta esiin nou-

see työnjaon käsitteitä koskien erityisesti Buchan ja Calman (2004) sekä Sibbald, Shen ja McBride (2004). He ovat tutkimuksissaan määritelleet keskeiset terveydenhuollon työnjakoon liittyvät käsitteet, jotka Hukkanen ja Vallimies-Patomäki (2005, 12) ovat näiden pohjalta suomentaneet.

Hukkasen ja Vallimies-Patomäen (2005) selvityksen perusteella **työnjako** -käsite (skill-mix) toimii yläkäsitteenä (ks. taulukko 1). Sen alakäsitteitä (ks. taulukko 2.) ovat **tehtäväkuvan laajentaminen** (enhancement), **tehtäväsiirrot** (substitution), **tehtävien delegointi** (delegation), **uudet tehtäväkuvat** (innovation) sekä **tehtävien täydentäminen** (complementary). Nämä käsitteet kuvaavat keinoja suorittaa työnjakoa. Ulkomaisessa kirjallisuudessa puhutaan lisäksi hoitajien laajennettuun tehtäväkuvaan liittyvästä yläkäsitteestä 'advanced practice nurse' ja useista muista hoitajan rooliin liittyvistä käsitteistä, kuten 'nurse practitioner', 'nurse specialist', 'nurse consultant' ja 'nurse-led clinics'. Näille käsitteille ei kuitenkaan ole Suomen terveydenhuollossa täysin vastaavia käsitteitä, sillä eri maiden terveydenhuollon järjestelmät ja sairaanhoitajan koulutus- ja urakehitys ovat rakenteeltaan ja toimintamalleiltaan hyvin erilaisia. Suomen terveydenhuollossa näitä käsitteitä lähimpänä käytetään kirjallisuuden perusteella pääasiassa käsitettä 'hoitotyön asiantuntija', jota mm. Leppänen ja Puupponen (2009) käsittelevät tutkimuksessaan. Vallimies-Patomäki (2009a, 60) on määritellyt 'hoitotyön asiantuntijuuden' yhdeksi hoitotyön näyttöön perustuvan toiminnan osa-alueeksi.

Kirjallisuudessa puhutaan myös käsitteistä **laaja-alaiset hoitotyön vastuutehtävät** ja **laajavastuinen hoitotyö**. Hopian, Raappanan, Perttusen, Tiikkaisen ja Liimataisen (2006) mukaan laajavastuinen hoitotyö käsittää laajennettuun tehtäväkuvaan liittyvää hoitotyötä. Siihen liittyy asiantuntija- ja kehittämistehtävien laaja-alainen ja syvälinen asiantuntijaosaaminen sekä kliininen osaaminen niin pitkäaikaisissa kuin äkillisissä sairauksissa.

TAULUKKO 1. Työnjako-käsitteen määrittely

KÄSITE	ENGLANNINKIELINEN KÄSITE	MÄÄRITELMÄ	KETÄ KOSKEE	KIRJALLISUUS
TYÖNJAKO	<i>Skill-mix</i> <i>Advanced roles</i> <i>Role changes</i>	Taitojen, osaamisen, työntekijöiden sekä eri tehtäväkuvien yhdistelmä	Saman ammattiryhmän keskinäistä tai eri ammattiryhmien välistä	(Buchan & Calman 2004, 12-13)
		Toiminta ja tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden sekä eri ammattiryhmien välisen osaamisen näkökulmasta	Koko työyhteisöä koskeva toiminnan kehittäminen	(Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 12-13)
		Perustuu organisaation palvelu- ja henkilöstöstrategian kehittämiseen	Lääkärit ja terveydenhuollon muut laillistetut ammattiryhmät, hammaslääkärit ja suun terveydenhuollon muut ammattiryhmät, terveysalan amk-tutkinnon/opistoasteen koulutuksen saaneet sekä terveysalan toisen asteen tai muun ammatillisen koulutuksen saaneet	
		Työnjaon perustelut tulisi löytyä kuntien toimeenpanosuunnitelmasta sekä toiminta-, palvelu- ja henkilöstöstrategioista	Eri terveydenhuollon henkilöstöryhmien välillä tapahtuvaa toimintaa	(Haapa-aho ym. 2009, 16)

TAULUKKO 2. Työnjakoon liittyvien alakäsitteiden määrittely

KÄSITE	ENGLANNINKIELINEN KÄSITE	MÄÄRITELMÄ	KIRJALLISUUS
TEHTÄVÄKUVAN LAAJENTAMINEN	<p><i>Enhancement</i></p> <p>Hoitajia koskevat englanninkieliset käsitteet:</p> <p><i>Advanced practice nurse</i>  <i>Nurse practitioner</i>  <i>Nurse specialist</i>  <i>Nurse-led clinics</i></p>	Tietyn henkilöstöryhmän tehtäväkuvan laajentaminen	<p>(Buchan &amp; Calman 2004, 12)</p> <p>(Sibbald ym. 2004)</p> <p>(Hukkanen &amp; Vallimies-Patomäki 2005, 13)</p>
		<p>Toimenkuvan uudistaminen tehtäväkuva laajentamalla ja osaamista kehittämällä</p> <p>Toimenkuvan edellyttämät tehtävät eivät sisälly henkilön/ammattiryhmän peruskoulutukseen</p> <p>Itsenäisen työn ja vastuun määrä kasvaa ja/tai kehittämis-työ lisääntyy</p>	
TEHTÄVÄSIIRROT	<i>Substitution</i>	<p>Eri henkilöstöryhmien väliset tehtäväsiirrot, ammattiryhmän korvaaminen toisella</p> <p>Tietulle henkilöstöryhmälle aikaisemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttäminen jonkun toisen henkilöstöryhmän tehtäviin</p>	<p>(Buchan &amp; Calman 2004, 12)</p> <p>(Sibbald ym. 2004)</p> <p>(Hukkanen &amp; Vallimies-Patomäki 2005, 12-13)</p>
TEHTÄVIEN DELEGOINTI	<i>Delegation</i>	Henkilöstöryhmän tehtävien siirto saman ammattiryhmän sisällä	<p>(Buchan &amp; Calman 2004, 12)</p> <p>(Hukkanen &amp; Vallimies-Patomäki 2005, 12)</p>
UUDET TEHTÄVÄKUVAT	<i>Innovation</i>	Uuden/ uusien tehtäväkuvien luominen	<p>(Buchan &amp; Calman 2004, 12)</p> <p>(Sibbald ym. 2004)</p>
TEHTÄVIEN TÄYDENTÄMINEN	<i>Complementary</i>	Tietyn ammattiryhmän tehtävien täydentäminen jonkin toisen ammattiryhmän tehtävillä	<p>(Buchan &amp; Calman 2004, 12)</p> <p>(Sibbald ym. 2004)</p> <p>(Hukkanen &amp; Vallimies-Patomäki 2005, 12)</p>

### 3.2 Työnjaon lähtökohdat terveydenhuollossa

Työnjaon kehittäminen Suomessa juontaa juurensa 2000-luvun alkupuolelle. Valtioneuvosto teki vuonna 2002 periaatepäätöksen, että terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi on käynnistettävä kansallinen projekti, jonka yhtenä osahankkeena oli eri henkilöstöryhmien keskinäisen työnjaon kehittäminen. Työnjaon tavoitteena oli hoitoon pääsyn sekä henkilöstön saatavuuden turvaaminen sekä toimintatapojen päivittäminen terveystalveluiden tarpeita vastaaviksi. Hankkeessa oli mukana useita eri työnjakopilotteja vuosina 2002–2005 ja näiden pilottien tulokset koottiin vuonna 2005. Tuloksista kävi ilmi, että eniten tehtäviä siirrettiin lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Työnjaon kehittäminen liittyi tavallisimmin sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanottotyöhön perusterveydenhuollossa. Työnjaon muutokset liittyivät hoitoon, hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon ohjaamiseen äkillisissä sairastumisissa sekä pitkäaikaissairauksien seurannassa. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 3-4.)

Hankkeen tuloksista todettiin mm, että lääkärien päivystysvastaanottokäynnit vähenivät hoitajavastaanottojen vuoksi. Todettiin myös, että niin työntekijät kuin potilaat olivat pääosin tyytyväisiä uudistettuun työnjakoon ja esimerkiksi potilasvahingoista ei tullut ilmoituksia. Pilottien tuloksia hyödynnettiin myöhemmin valtakunnallisten suositusten laatimisessa, koulutuksen kehittämisessä ja muissa valmistelutöissä. (Mts. 3-4.)

Valtioneuvoston vuonna 2005 käynnistämä PARAS-hanke kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseksi tavoittelee laadukkaiden ja yhdenvertaisten terveystalvelujen saatavuutta koko maan kattavasti sekä toimintakykyisten ja eheiden kuntarakenteiden luomista (Sosiaali- ja terveystministeriö 2011). Lisäksi terveydenhuollon ja etenkin perusterveydenhuollon vahvistamista ja uudistamista ohjaa uudistettu terveydenhuoltolaki (L 1326/2010). Se ohjaa kuntia perusterveydenhuollon toiminnan vahvistamiseen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittämiseen. Lain lähtökohtana on terveyden edistämisen näkökulma, eri väestöryhmien terveyserojen kaventaminen, terveystalveluiden yhdenvertaistaminen, asiakas-

keisyyden ja perusterveydenhuollon toimintaedellytyksien vahvistaminen. Lisäksi terveydenhuoltolaissa määritellään mm. hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen, hoitoon pääsyn ja hoidon saatavuuteen, sekä yhtenäisiin hoidon perusteisiin liittyviä asioita.

Tärkein sosiaali- ja terveysalan kehittämistä ohjaava ohjelma on Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen Kaste-ohjelma, joka käynnistettiin vuonna 2008 ja joka kesti vuoteen 2011. Sen tavoite oli terveyden edistäminen, palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen sekä palveluiden alueellisten erojen kaventaminen. Kaste -ohjelma jatkuu vuosina 2012 – 2015 ja on osin jatkumoa ensimmäiselle kaudelle. Kaste 2012 – 2015 – ohjelma on pääohjelma sosiaali- ja terveydenhuollolle. Sen painopiste tulee olemaan koko väestön terveyden edistäminen sekä ongelmien ehkäiseminen mm. keskeiset lainsäädäntöuudistukset huomioiden. Kaste-ohjelmaan kuuluu useita paikallisia tai alueellisia terveydenhuollon työnjakoa ja uudistamista kehittäviä osahankkeita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a.)

Kaste-ohjelman toimeenpanosuunnitelman terveydenhuoltohenkilöstöä koskevan työnjaon kehittämisen käytännön toimenpiteitä, joita haluttiin vakiinnuttaa ja kehittää:

- Sairaanhoidajan ja terveydenhoitajan vastaanotot terveyskeskuksissa ja poliklinikoilla
- Lääkärin etäkonsultaation tukemat hoitajavastaanotot perusterveydenhuollossa
- Puhelinneuvonta, hoidon kiireellisyyden arvioiminen sekä sairaanhoidajan vastaanotto yhteispäivystyksessä
- Sairaanhoidajan laajennetut tehtäväkuvat eri toimenpideyksiköissä ja tehohoidossa
- Psykiatrisen sairaanhoidajan laajennettu tehtäväkuva
- Fysioterapeutin vastaanotto terveyskeskuksessa
- Suuhygienistin vastaanotto terveyskeskuksessa
- Sairaanhoidajan ja lähihoitajan työnjaon kehittäminen

(Vallimies-Patomäki 2009b)

### 3.3 Työnjaon uudistamista ohjaava lainsäädäntö

Terveydenhuoltoa ohjaavat useat eri lait, jotka määrittelevät terveydenhuollon toiminnan järjestämistä ja seurantaan sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja organisaatioiden että potilaiden näkökulmasta. Tässä kappaleessa olemme keskittyneet vain keskeiseen työnjakoa ohjaavaan lainsäädäntöön ja pyrkineet huomioimaan etenkin uusimmat lainsäädännön muutokset. Erityisesti olemme käsitelleet työnjakoa terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lain näkökulmasta.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994) on säädetty vuonna 1994 mutta siihen on myöhemmin tehty uudistuksia ja lisäyksiä mm. muuttuneen terveydenhuollon työnjaon ja sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden vuoksi. Lain (L559/1994:1§) tarkoitus on täten helpottaa ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä sekä tarkoituksenmukaista käyttöä. Toisin sanoen pyritään siihen, että terveydenhuollon ammattihenkilöt voisivat joustavasti tehdä tehtäviään *riittävän koulutuksen, työkokemuksen ja ammattitaidon puitteissa*. Lisäksi lailla pyritään edistämään potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994:2§) määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilöksi *laillistetut ammattihenkilöt, nimikesuojatut ammattihenkilöt* sekä *luvan saaneet ammattihenkilöt*. Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat esimerkiksi lääkäri, hammaslääkäri, sairaanhoitaja, kättilö, terveydenhoitaja, proviisori, fysioterapeutti ja psykologi. Nimikesuojattuja ammattihenkilöitä on mm. lähihoitaja, koulutettu hieroja, kiropraktikko, jalkaterapeutti ja psykoterapeutti. Nimikesuojatut ammattinimikkeet on erikseen määritelty asetuksessa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (A 564/1994:1§). Luvan saaneita ammattihenkilöitä ovat esimerkiksi EU/ETA-alueen ulkopuolella koulutetut lääkärit, joille Valvira voi myöntää ammatinharjoittamisluvat tietyin ehdoin (L 559/1994:6§).

Työnjaossa on huomioitava eroavaisuudet eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden valtuuksissa ja oikeuksissa. Suomen lainsäädännön mukaan vain laillistettu lääkäri tai hammaslääkäri ovat oikeutettuja päättämään potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, tekemään taudinmäärittäystä ja päättämään siihen liittyvästä hoidosta (L 559/1994:22§). Uudistetun työnjaon kannalta vuonna 2010 kyseiseen lakiin tehdyt lisäykset antavat kuitenkin hoitohenkilökunnalle laajennetut oikeudet potilaan hoitoon ja tutkimiseen. Esimerkiksi potilaan **oireenmukaisen hoidon** voi aloittaa luvan saanut tai laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, kuten sairaanhoitaja, koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtäväkuvansa sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella (L 559/1994:23a§). Toinen merkittävä esimerkki terveydenhuollon ammattihenkilöiden laajennetuista oikeuksista lainsäädännön puitteissa on **rajattu lääkkeenmääräämisoikeus** (L 559/1994:23b§), joka antaa riittävän kokemuksen omaavan sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai kättilön, jolla on valtioneuvoston asetuksella säädetty lisäkoulutus, rajatusti määrätä apteekista lääkkeitä tietyin ehdoin.

Lääkkeenmääräämisestä on lisäksi erillinen sosiaali- ja terveysministeriön asetus (A 1088/2010). Tässä asetuksessa säädetään lääkkeiden määräämisessä huomioon otettavat perusteet. Lisäksi tässä asetuksessa käsitellään lääkemääräyksen sisältöä ja muotoa. Siinä on mm. määritelty ne laillistetut ammattihenkilöt, jotka ovat oikeutettuja määräämään lääkkeitä sekä lueteltu lääkkeenmääräämistä koskevat rajaukset (A 1088/2010:3§-7§). Tässä asetuksessa on erikseen määritelty hoitajia koskeva rajattu lääkkeenmäärääminen (A 1088/2010:5§). Asetuksessa on lisäksi huomioitu mm. hoitajavastaanotolla käyvän, lääkehoitoa tai lääkärin arviota tarvitsevan potilaan oikeus päästä tällöin kohtuujassa lääkärin vastaanotolle (A 1088/2010:25§). Rajatun lääkkeenmääräämisen piirissä ovat tietyt lääkkeet, tautitilat ja lääkkeenmääräämisen rajaukset, jotka ovat erillisessä liitteessä määritelty.

Lisäksi **sairaanhoitajan määräaikainen lääkkeenmäärääminen** on määritelty laissa koskien terveydenhuollon ammattihenkilöä (L 559/1994:23c§). Sen mukaan sairaanhoitaja voidaan oikeuttaa määräämään apteekista tartuntataudin ehkäisyyn ja hoitoon käytettävää, tiettyä nimettyä lääkettä, kun kyseessä on laajalle levinnyt tartun-

tatauti ja lääkkeenmääräminen on tarpeen tartuntatautiin sairastuneiden hoitamiseksi tai väestön suojaamiseksi tartuntataudin leviämiseltä.

Työnantajan tulee määritellä työntekijöiden tehtävien kelpoisuusvaatimukset sekä tehtäväkokonaisuuksien että koulutusvaatimusten osalta terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lain (L 559/1994) pohjalta. Terveydenhuoltolain mukaan työnantajan tulee myös luoda edellytykset sille, että työntekijä voi tarvittaessa osallistua täydennyskoulutukseen (L 1326/2010:5§).

Laki (L 559/1994:24§) määrittelee myös **terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan valvonnan**. Valvonta tapahtuu Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston eli Valvira:n toimesta. Valvira on valtakunnallinen lupaviranomainen, jonka tehtävä on ohjata, valvoa ja hoitaa lupahallintoa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valvira myöntää oikeuden harjoittaa terveydenhuollon ammattia Suomessa. Se myös ylläpitää terveydenhuollon ammattihenkilörekisteriä Terhikkiä. (Valvira.)

### 3.4 Työnjaon johtaminen

Dubois ja Singh (2009) korostavat henkilöstöjohtamisen tärkeyttä terveydenhuollon ja muutosten johtamisessa. He ovat muodostaneet viitekehyksen henkilöstön johtamisesta ja tuovat siinä esiin yhtenä osa-alueena osaamisen sekä työnjaon johtamisen. Jotta terveydenhuollon henkilöstöresursseja voitaisiin hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti, on organisaatioiden huomioitava osaamisen ja työnjaon johtaminen osana henkilöstöjohtamisen kokonaisuutta, jossa korostuu suunnittelu ja resursointi, opetus ja koulutus sekä työolosuhteet.

Myös uuteen terveydenhuoltolakiin (L 1326/2010) on kirjattu yleisiä terveydenhuollon johtamista ohjaavia linjoja. Sen mukaan terveydenhuollon yksikön johtamisen tulee olla moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukasta ja turvallista hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä (L 1326/2010:4§). Myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste-ohjelman) yhtenä tavoitteena on johtamisen kehittäminen terveydenhuollossa. Sen mukaan johtamisella tulisi turvata toimivat palvelut

sekä osaava ja hyvinvoiva henkilöstö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 17.) Hyvinvoivan terveydenhuollon henkilöstön edellytyksenä on Wigginsin ja Hyrkäksen (2011) mukaan muutosprosessien ja osaamisen aktiivinen johtaminen sekä henkilökunnan mahdollisuus osallistua työnsä suunnitteluun ja sujuvuuteen liittyvään päätöksentekoon. Taulukoissa 3-4 on esitetty työnjaon johtamisessa huomioitavia asioita organisaation ja lähiesimiehen näkökulmista.

TAULUKKO 3. Työnjaon strateginen johtaminen (Haapa-aho ym. 2009, 18)

#### Työnjaon strateginen johtaminen

- Toimintaa vastaava henkilöstörakenne
- Yhteistoimintamenettelyn noudattaminen henkilöstöön ja toimintaan vaikuttavissa muutoksissa
- Henkilöstön informoiminen muutoksista ja niiden vaikutuksista
- Yhteistyö ja yhteisymmärrys henkilöstön kanssa
- Menettelytapojen luominen työnjaon uudistamiselle, tehtävien vaativuuden arvioinnille, palkkamutoksille ja hoitovastuusta päättämiseksi
- Selkeän toimintajärjestelmän ja työnkuvien luominen ja vastuuhenkilöiden nimeäminen
- Esimiesten velvoittaminen henkilöstön osaamisen varmistamiseen sekä toiminnan seurantajärjestelmän ylläpitämiseen
- Täydennyskoulutuksen mahdollistaminen
- Muutokseen liittyvän konsultointimahdollisuuden järjestäminen

#### TAULUKKO 4. Lähiesimiehen rooli työnjaossa (Haapa-aho ym. 2009, 18-19)

##### Lähiesimiehen rooli työnjaossa

- Henkilöstörakenteen muutostarpeiden esiintuominen
- Neuvottelemine ja valtuuksien hakemine tehtäväjärjestelyihin tarvittavaan suunnitteluun ja toteutukseen
- Työntekijän osaamisen sekä koulutuksen tarpeen arvioimine (esimerkiksi osana kehityskeskustelua)
- Henkilöstön riittävän osaamisen ja tehtävässä suoriutumisen varmistamine
- Terveysthuollon koulutuksen rakenteissa tapahtuvien muutoksien ja niiden vaikutuksien seuraamine lisä- ja täydennyskoulutusten suunnittelussa
- Ajantasaisista kirjallisista toimintaohjeista huolehtimine
- Henkilökunnan informoimine toiminnan muutoksista ja uudelleen järjestelyistä
- On tietoinen työnjaon vaikutuksista eri ammattiryhmien tehtäväkuissa, työn kuormittavuudessa ja henkilöstötarpeissa
- Työntekijän osoitetun osaamisen varmistamine kirjallisesti
- Tehtäväkuvan uusimisen käynnistämine
- Työn vaatavuuden arvioimine ja palkkauksen tarkistamiseen
- Toiminnan tuloksellisuuden ja osaamistarpeiden seuraamisen organisoimine

#### 3.4.1 Työnjaon suunnittelu ja toteutus osana työnjaon johtamista

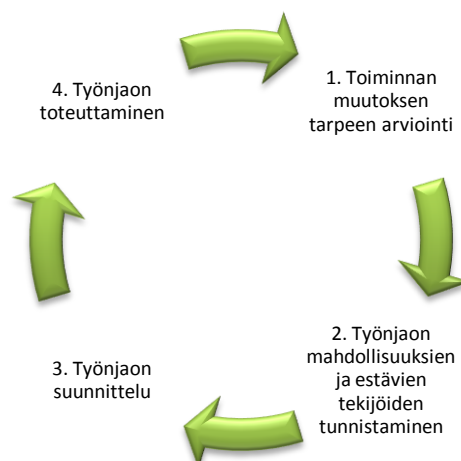
Työyhteisön kehittämine edellyttää olemassa olevien tehtävien, kelpoisuuksien ja sovitun työnjaon arviointia suhteessa työyhteisön muuttuviin tarpeisiin, jotta työyhteisö toimisi mahdollisimman tuloksellisesti (Sosiaali- ja terveystministeriö 2009, 68). Työnjohto-oikeus antaa esimiehelle oikeuden tehdä työnjohdollisia ratkaisuja mutta esimiehen on huolehdittava siitä, että oikeat henkilöt ovat tarkoituksenmukaisesti resursoitu. Työnjaossa esimies vastaa myös siitä, että työntekijät ovat tietoisia tehtäväsiirtojen edellytyksistä. (Kuirin, Pikkarainen, Wilen, Malinen & Maukonen, 2009.)

Kuirin ym. (2009) mukaan työnjaon tarkoituksenmukaisuus tulisi olla työnjaon lähtökohta. Sillä tarkoitetaan toiminnan kehittämistä siten, että toiminta ja tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisesti ja siinä otetaan huomioon hoidon kokonaisuus sekä eri ammattiryhmien välinen osaamine. Tarkastelun tavoitteena voi olla esimerkiksi hoidon joustavuus. Yksiköissä tulisi tehdä perusteellinen arvio siitä, mihin työnjaolla pyritään, miten se parantaa toimintaa ja miten sillä toteutetaan toiminnan tavoitteita. Uusien toimintatapojen tulisi olla yhteisesti sovittuja sekä tarkoin kirjallisesti määriteltyjä, sillä työnjako ja vastuunsiirto ei tapahdu pelkillä hallinnollisilla päätöksillä.

Honkalampi (2009, 14) toteaa, että työnjaon kehittämiseen tulisi luoda yhteiset pelisäännöt sekä osaamisen varmistamisen menetelmät, jotta hoidon laatu ja turvallisuus säilyvät. Työnjakomallien kehittäminen ja selkiytetyt valta- ja vastuusuhteet ovat tärkeitä tekijöitä toiminnan sujuvuuden ja henkilöstön työtyytyväisyyden kannalta.

Kunnallinen Työmarkkinalaitos (2009, 26) kehottaa selkeän suunnitelman laatimiseen ja yhteistoimintamenettelyn toteuttamiseen työnjakoa uudistettaessa, etenkin jos kyseessä on laajempien tehtävä- ja työnjakomuutosten toteuttaminen. Jo suunnitelmavaiheessa tulisi tiedottaa henkilökuntaa ja sopia käytännöistä etukäteen sekä tarvittaessa päivittää työnkuvat, työsopimukset ja palkkaukseen liittyvät muutokset. Kirjallisten ohjeistuksien laatiminen työyhteisölle tulisi myös huomioida suunnittelussa ja huomioida niissä mahdollinen erityislainsäädäntö.

Myös Buchan, Ball ja O`May (2000, 24) painottavat työnjaon huolellista suunnittelua. Työnjaon tulisi olla systemaattinen keino muuttaa organisaation toimintatapoja. Se edellyttää huolellista suunnittelua, kommunikaatiota, toteutusta ja arviointia. Työnjaon tulisi lähtökohtaisesti edistää organisaation tehokkuutta, hoidon laatua ja sen tulisi olla tiedostettu prosessi, jolla tavoitellaan toimintatapojen muutosta. Työnjaon uudistamisen tulisi sisältää neljä eri vaihetta (ks. kuvio 2.)



**KUVIO 2. Työnjaon uudistaminen (Buchan, Ball & O`May 2000, 24)**

Haapa-aho ym. (2009, 23) toteavat, että työnjakoon liittyvät käytännöt tulee olla kirjallisesti sovittu ja määritelty. Esimerkiksi vastuiden määrittelemine kirjallisesti on tärkeää. Lisäksi koulutus, konsultoinnin mahdollisuus sekä osoitettu osaaminen kyseiseen tehtävään tulisi olla kirjallisesti määritelty jo ennen uuteen tehtävään tai laajennettuun tehtäväkuvaan ryhtymistä, sillä jälkikäteen näiden asioiden sopiminen voi olla vaikeaa. Hukkasen ja Vallimies-Patomäen (2005, 22-23) mukaan työnjakoa koskevissa pilottityksiköissä vastuunjaosta oli pääsääntöisesti sovittu suositusten mukaisesti kirjallisilla ohjeilla ja/tai päätöksillä ja tavallisimmin sopiminen tapahtui työntekijä- tai ammattiryhmäkohtaisena sopimuksena.

RAMPE-hankkeen alkuselityksessä selvitettiin terveyskeskuksien työnjakoon liittyvien määräyslomakkeiden sisältöjä. Selvityksen mukaan useimmista työnjakoon liittyvistä kirjallisista lomakkeista kävi asianmukaisesti ilmi työntekijän nimi, yksilöidyt työtehtävät sekä ne tutkimukset tai toimenpiteet, joita työnantajan tekemä päätös tai määräys koskee. Lomakkeessa mainittiin usein myös toimipaikat ja työpisteet, joissa tehtäväsiirto on voimassa. Lomakkeen allekirjoittajana oli usein kyseisen yksikön toiminnasta vastaava lääkäri. Lomakkeissa kuitenkin harvemmin mainittiin se, minkälaisen ohjeistuksen nojalla siirrettyjä tehtäviä toteutetaan tai kuinka kauan tehty päätös on voimassa. Kaikista lomakkeista ei myöskään löytynyt mainintaa uudistetun työnjaon edellyttämästä osaamisen varmistamisesta, perus- tai lisäkoulutuksesta sekä ammattitaidosta ja työkokemuksesta. (Koikkalainen ym. 2011, 17-18.)

### **3.4.2 Työnjaon seuranta ja työn vaativuuden arviointi**

Haapa-ahon ym. (2009) mukaan työnjaon strategiseen johtamiseen kuuluu työnjaon seurantajärjestelmän ylläpitäminen. Työnjaon toteutumista ja laatua voidaan seurata esimerkiksi erilaisilla toimintaa kuvaavilla mittareilla: toimintaluvut, asiakastytyvyisyys (potilaspalaute), erilaiset talousmittarit, laatukäsikirjan poikkeamaraportit ja henkilökunnan työtyytyvyisyys (Nurmela, Isotalo & Nygren 2011; Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2009).

Myös Buchan, Ball ja O`May (2000, 22) kirjoittavat työnjaon seurantajärjestelmien ylläpitämisestä, kuten laadun, kustannusten ja tulosten arvioinnista. Työnjaosta saatuja tuloksia tulee tietyn määräajan kuluessa arvioida. Arvioinnin kohteena voi olla esimerkiksi muutosten vaikutukset toimintaan. Seurantajärjestelmän tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää työnjaon kehittämistyössä.

Jos työntekijöiden tehtäviä muutetaan merkittävästi tulee työnkuva päivittää. Työn vaativuus arvioidaan uudelleen työn kokonaisvaativuudessa tapahtuneiden muutosten selvittämiseksi. Sen myötä tarkistetaan tehtäväkohtaiset vaikutukset palkkaukseen. (Kunnallinen Työmarkkinalaitos 2009, 18-21.)

### **3.4.3 Työnjaon tukeminen**

Työnantajan tulee varmistua siitä, että työntekijöillä on aina konsultointimahdollisuus ja muita tukimuotoja sekä kirjalliset työnjakoon liittyvät ohjeet (Haapa-aho ym. 2009). Salinin, Liimataisen, Holmberg-Marttilan & Aallon (2012) mukaan kansainvälisten tutkimuksien perusteella voidaan todeta, että kokenut hoitaja pystyy itsenäiseen työhön silloin, kun sitä tuetaan tehokkaalla yhteistyöllä ja konsultointimahdollisuudella lääkärin kanssa ja hoidon sisällöstä on ennalta tehty selkeät ohjeistukset. Peltosen (2009, 184) tutkimuksen tulosten mukaan lääkäreiden ja hoitajien keskinäisiin konsultaatioihin varattua aikaa tulisi lisätä ja laatia paikallisiin oloihin sovellettuja hoitosuosituksia, joissa selkeästi kuvataan henkilöstön työnjako.

Sähköiset päätöksenteon tukimenetelmät parantavat ja yhtenäistävät hoitokäytäntöjä (Garg, Adhikari, McDonald, Rosas-Arellano, Devereaux, Beyene, Sam & Haynes 2005). Toisaalta Dowding, Mitchell, Randell, Foster, Lattimer ja Thompson (2009) toteavat, että osa sairaanhoitajista jätti sähköisten tukijärjestelmien sisältämiä suosituksia ja hoito-ohjeita huomioimatta, mikä saattaa johtaa hoidon vaihtelevuuteen ja virheiden lisääntymiseen. Kokemus, teknologiataidot sekä kyky soveltaa järjestelmistä saatua tietoa paikallisiin käytäntöihin ja ohjeisiin vaikuttivat tukijärjestelmien käyttöön.

Peltosen (2009, 168-184) tutkimuksessa terveyskeskuksen hoitajat kokivat lääkärin konsultaatiomahdollisuuden toteutuvan aina tarvittaessa. Hoitajista kolmasosan mukaan lääkäreiden ja hoitajien väliset puhelinkonsultaatiot toteutuivat hyvin. Tutkimuksessa todetaan lisäksi, että lääkärin ja hoitajan yhteisen konsultaatioajan lisääminen on yksi edellytys työnjaon laajentamiselle. Tuloksista käy myös ilmi, että terveyskeskuksen hoitajista puolet käytti päätöksenteossa konsultaation lisäksi tukena Terveysporttia. Myös paikallisia hoitosuosituksia käytettiin itsenäisen työn tukena. Kuitenkin lääkäreiden ja hoitajien tulisi vielä entisestään lisätä tiedonhakua ammattikirjallisuudesta, Käypä hoito -suosituksesta ja muista näyttöön perustuvista suosituksista sekä Terveysportista. Peltonen esittääkin sähköisten tietojärjestelmien antaman tuen hyödyntämisen yhtenä haasteena moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattiryhmien välillä.

Laaja-alaisilla, eri ammattiryhmien konsultaatiomahdollisuuksilla on tutkimuksissa todettu olevan merkitystä myös henkilöstön työtyytyväisyyteen ja hoidon tuloksellisuuteen (Kääriäinen, Törmä, Torppa & Paasivaara 2009, 5). Hukkasen ja Vallimies-Patomäen (2005) selvityksessä työnjakoon ja päätöksentekoon liittyvistä tukimuodoista yleisimmin käytettiin sähköisiä tietokantoja, eri ammattiryhmien konsultaatioita, paikallisia hoitosuosituksia sekä Terveysporttia ja Käypä hoito suosituksia.

### **3.5 Työntekijän vastuu ja velvollisuudet työnjaossa**

Myös työntekijän on huomioitava oma vastuu ja oikeudet sekä niiden rajoitukset. (Ks. taulukko 5.) Lähtökohtaisesti työntekijän tulee aina toimia vastuullisesti ja varmistaa oma osaaminen ja sen ajan tasalla oleminen. Työntekijän on lisäksi tiedostettava oma tehtäväkuvansa ja toimia aina oman osaamisen ja ammattitaitonsa puitteissa. Oikeudet, velvollisuudet ja vastuu perustuu koulutuksella hankittuun osaamiseen sekä käytännön työstä saatuihin taitoihin ja osoitettuun osaamiseen. (Haapaaho ym. 2009, 17-18.)

Terveystieteiden ammattihenkilöiltä koskevassa laissa painotetaan myös oman osaamisen ja ammattitaidon puitteissa toimimista esimerkiksi potilaan oireenmukaisesti hoitoa toteuttaessa. Sen mukaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö voi

*koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtäväkuvansa mukaisesti* aloittaa potilaan hoidon tämän oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. (L 559/1995:23a§.)

Työnjakoon liittyvä vastuu on herättänyt keskustelua Suomen lisäksi muissa maissa. Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto ICN (International Council of Nursing) painottaa suosituksessaan sairaanhoitajien työtä koskevien vastuiden ja velvollisuuksien tuntemisen tärkeyttä. ICN muistuttaa, että sairaanhoitajan tulisi olla tietoinen työtään ohjaavasta lainsäädännöstä sekä osata toimia lainsäädännön puitteissa. ICN tuo suosituksessa esiin sen, että sairaanhoitajan tulisi ymmärtää laillisten oikeuksiensa rajat ja vastuun sisällöt sekä seuraukset. ICN:n mukaan sairaanhoitajien työn lisääntynyt vastuun määrä on monesti ylittänyt laillisesti määritellyt tai määrättyt vastuun rajat. Yhteisymmärrys lainsäädännön sekä ammatillisten menettelytapojen välillä onkin enenevässä määrin ollut väitelty ja toisinaan jopa arka keskustelunaihe. ICN:n suosituksessa todetaan, että sairaanhoitajien vastuun ja oikeuksien rajat eivät ole kuitenkaan aina helposti määriteltävissä. Ne poikkeavat kansainvälisesti verrattuna eri maiden välillä mutta myös kansallisella tasolla eroavaisuuksia löytyy. (International Council of Nurses 2010, 5-6.)

TAULUKKO 5. Työntekijän vastuu työnjaossa (Haapa-aho ym. 2009, 19)

#### Työntekijän vastuu työnjaossa

- Huolehtii riittävästä lisä- ja täydennyskoulutuksesta
- Oman osaamisen ja tarvittavan lisä –tai täydennyskoulutuksen tarpeen arvioiminen suhteessa uudistettuun työnjakoon (yhteistyö esimiehen kanssa)
- Aktiivinen osallistuminen työnjakoa koskevaan keskusteluun ja neuvotteluihin
- Harkitsee suostumista uusiin tehtäviin oman osaamisen perusteella
- On aloitteellinen palkan uudelleen tarkistamisesta uusien tehtävien myötä
- Tekee tarvittaessa yhteistyötä luottamusmiehen ja/tai ammattijärjestön kanssa
- Vahvistaa suostumuksen uusiin tehtäviin tai laajennettuun työnkuvaan kirjallisesti
- Toimii aina vastuullisesti ja tiedostaa oman tehtäväkuvansa
- Toimii aina oman osaamisen ja ammattitaidon puitteissa

## 4 OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA YLLÄPITÄMINEN TYÖNJAOSSA

Valtakunnallisesti yhtenäisiä menetelmiä ja työkaluja työpaikalla tapahtuvan osaamisen tunnistamisesta ja arvioimisesta ei Suomessa ole. RAMPE-hankkeen alkuselityksen mukaan terveyskeskusten vastaanotoilla on kirjavat ja vaihtelevat käytännöt osaamisen varmistamisessa. Perusterveydenhuollon vastaanotolla työskentelevien tiimien ja ammattiryhmien osaamista tulisi tarkastella kokonaisuutena. Jokaisen työntekijän työpanosta ja osaamista tulisi hyödyntää osana koko työyksikön toiminnan kokonaisuutta. Osaamisen kehittämisen mahdollisuuksien sekä sen tukijärjestelmien toivottiin selvityksen mukaan olevan riittävän joustavia. (Koikkalainen ym. 2011, 28.)

### 4.1 Osaaminen hoitotyössä

Sairaanhoitajan osaamiselle on pyritty löytämään kansainvälisesti yhdenmukaista määritelmää (Yanhua & Watson 2011). Iso-Britaniassa Nursing & Midwifery Council (NMC) määrittelee osaamisen ”turvalliseksi, tehokkaaksi ja ilman ohjausta tapahtu-

vaksi toiminnaksi, jossa vaaditaan tietojen, taitojen ja asenteiden yhdistämistä” (NMC 2010, 145). Australian Nursing & Midwifery Councilin (2005, 8) luomat kansalliset, rekisteröityjä sairaanhoitajia koskevat osaamisen standardit määrittelevät osaamisen koostuvan taitojen, tietojen, asenteiden, arvojen ja kykyjen yhdistämisestä, jossa korostuu tehokas ja/tai erinomainen suoriutuminen omalla ammatillisella alueella. Sairaanhoitajan osaamisen määritelmä on kuvattu kanadalaisessa sairaanhoitajan toimivaltaan liittyvässä projektissa ”sairaanhoitajan kykyinä yhdistää tiedot, taidot, päätöksenteko ja henkilökohtaiset ominaisuudet, joita tarvitaan turvalliseen ja eettiseen toimintaan” (Black, Allen, Redfern, Muzio, Rushowick, Balaski, Martens, Crawford, Conlin-Saindon, Chapman, Gautreau, Brennan, Gosbee, Kelly & Round 2008, 173).

Suomessa on määritelty opetusministeriön toimesta kaikki terveysalan ammattikorkeakoulutuksesta valmistuvien osaamisvaatimukset, joissa on kuvattu AMK-koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen ja opintojen keskeiset sisällöt (Opetusministeriö 2006, 63-71.) Kansainvälisellä tasolla Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivissä (2005/36 /EY) määritellään sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset koskien Euroopan unionin aluetta. Lisäksi Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista (A 352/2003:7§,11§) määrittelee ammattikorkeakoulututkintoon johtavien opintojen tavoitteet sekä kansainvälisen lainsäädännön vaatimat asetukset koskien esimerkiksi sairaanhoitajan ja kättilön työtä.

#### **4.2 Työnjako edellyttää osaamisen kehittämistä**

Työnjakoon liittyvän osaamisen peruslähtökohtana on terveydenhuollon ammattihenkilön tutkinto, riittävä työkokemus tehtävään nähden, tehtävän edellyttämä lisäkoulutus sekä työnopastus. Jos työnjaossa siirretään tehtäviä, joihin henkilön perustai muu aikaisempi koulutus ei anna valmiuksia on työnantaja tällöin vastuussa asianmukaisen koulutuksen ja näyttökokeiden järjestämisestä. Työntekijän vastuulla on osallistua koulutussuunnitelman mukaiseen lisäkoulutukseen. (Kuri ym. 2009.)

Terveydenhuollossa osaaminen perustuu alati uudistuvaan, laaja-alaiseen ja monitieteiseen tietoperustaan. Lisäksi käytännöllinen osaaminen ja vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä osa-alueita. Terveydenhuollossa korostuu myös tutkittu, näyttöön perustuva tieto ja toiminta sekä se, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on osaamista työelämän kehittämisessä tarvittavaan tutkimus-, kehittämis- ja muutostoimintaan. Potilasturvallisuus ja palvelujen korkeatasoisen laadun turvaaminen ovat olleet keskeisiä tekijöitä määriteltäessä terveydenhuollon koulutuksen vähimmäisvaatimuksia. Terveydenhuollon työnjaon kehittäminen sekä tehtäväsiirrot edellyttävät vahvojen teoreettisten ja taidollisten perusvalmiuksien saamista ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa koulutuksessa. Vahva osaaminen antaa työelämälle mahdollisuuden rakentaa joustavasti uutta, yhteiskunnan kehityksen myötä muuttuvaa osaamista sekä arvioida valtakunnallista yhdenmukaisuutta edellyttävän erikoisosaamisen tarve ja tarvittavat opinnot. (Opetusministeriö 2006, 4.)

Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöiltä osaamisen ylläpitämistä; terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus ylläpitää sekä kehittää omaa ammatillista osaamista (L 559/1994:18§). Laitinen-Pesolan (2011) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja hankkiminen jää kuitenkin pitkälti työntekijöiden omalle vastuulle. Toisaalta sosiaali- ja terveysalalla hoitohenkilöstö on tutkimusten mukaan kiinnostunut hakeutumaan erilaisiin lisä- ja täydennyskoulutuksiin. Osaamisen kehittämisen haasteena on usein aiemmin hankitun osaamisen tunnistamisen ja tunnustamisen keinojen vajaavaisuus. Organisaation kautta hankitun osaamisen kytkeminen sujuvasti koulutusorganisaatioiden kautta hankittuun osaamiseen olisi tärkeää ja eduksi niin työntekijälle kuin organisaatiolle. Näin ollen henkilökunnan osaamista saataisiin enemmän näkyväksi ja organisaation toimintaa tehostavaksi.

Terveydenhuollon muuttuvat rakenteet ja toimintatavat asettavat uusia osaamisvaatimuksia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmasta valmistuneille laillistetuille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Muutokset edellyttävät koulutuksen suuntaamista nykyistä vahvemmin avohoidon puolelle sekä hoitotyön asiantuntijana työskentelyyn moniammatillisesti. Hoitotyön asiantuntijoina laillistetut terveyden-

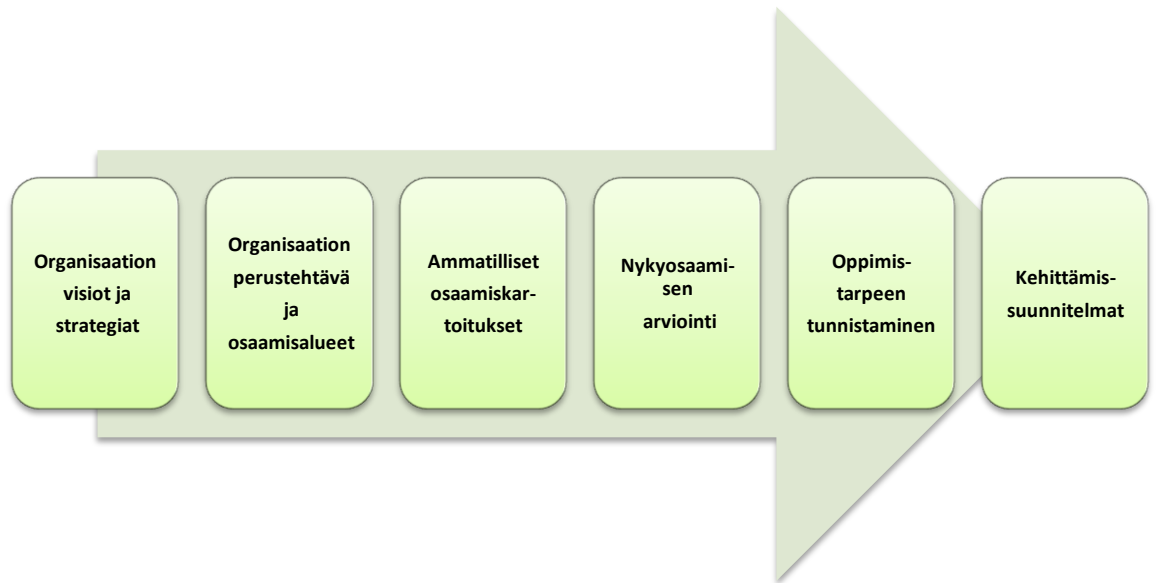
huollon ammattihenkilöt vastaavat entistä useammin itsenäisesti tiettyjen potilasryhmien hoidon tarpeen arvioinnista sekä terveyteen ja palveluihin liittyvästä neuvonnasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

### 4.3 Osaamisen johtaminen

Ennen kuin työnjakoa ja tehtäviä muutetaan terveydenhuollossa, on selvitettävä minkälaista osaamista uudessa tehtävässä tarvitaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 68). (Ks. kuvio 3.) Kanste (2011) kirjoittaa esimiehen roolista osaamisen tunnistamisessa ja kehittämisessä. Asiantuntijuutta ja ammattitaitoa tulisi hyödyntää riittävästi ja näin ollen esimiehen olisi tärkeä tuntee työntekijöiden osaamisalueet, jotta yksikön osaaminen voidaan yhdistää kollektiiviseksi osaamiseksi. Esimiehen on lisäksi kyettävä kehittämään työyhteisönsä ammattitaitoa ja osaamista. Asiantuntijuuden yhdistäminen sekä tiedon ja kokemuksen kollektiivinen jakaminen korostuu moniammatillisissa organisaatioissa. Myös yksilöllinen eri vaiheessa oleva urakehitys tulee huomioida esimiestyössä.

Johtamisen merkitys korostuu myös ammatillisen osaamisen kehittämisessä työnjakoa uudistettaessa. Hoitotyön esimiehet ovat vastuussa hoitotyön osaamisesta. Esimiesten tehtävänä on määritellä osaamisen optimitasot, joiden on oltava kaikkien työntekijöiden tiedossa. Heidän velvollisuutenaan on huolehtia, että henkilökunnan teoreettiset tiedot ja käytännön taidot vastaavat kyseisen toimialueen perustehtävien vaatimuksia. (Kupiainen 2007.)

Työelämässä toimintaympäristön, työn ja työsuhteiden luonne muuttuu ja sitä myötä myös työelämässä vaadittavat osaamistarpeet ovat muuttuneet. Laajennettujen tehtäväkuvien sekä tehtäväsiirtojen johtaminen palvelu- ja henkilöstöstrategioiden kautta on koko työyhteisöä koskettavaa ja tarkoitus olisi tätä kautta hyödyntää koko henkilöstön osaamiskapasiteettia. Osaamisen arviointi onkin tärkeää tehtäväsiirtoja tai laajennettuja tehtäväkuvia suunniteltaessa. Niiden vaikutuksia tulisi arvioida olemassa olevaan tehtäväkuvaan, työn vaativuuteen sekä työntekijän palkkaan nähden. (Laitinen-Pesola 2011.)



**KUVIO 3. Organisaation osaamistarpeiden määrittely (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004)**

#### **4.4 Osaamisen kehittäminen ja kartoittaminen**

Henkilöstön kehittämisellä tarkoitetaan osaamisen ja työn vaatimuksien yhteensovittamista. Henkilöstön kehittämisessä voidaan koulutuksen lisäksi hyödyntää esimerkiksi erilaisia työssä oppimisen keinoja, kehityskeskusteluja ja perehdyttämistä. Henkilöstön kehittämisen tavoitteena on turvata se osaaminen, jota palveluiden järjestämisessä tarvitaan. Henkilöstön kehittämisen tavoitteet ovat osa henkilöstöstrategiaa. Koko henkilöstöä koskevan kehittämissuunnitelman lisäksi voidaan laatia myös työntekijöiden henkilökohtaiset kehittymistavoitteet. Ennen kuin henkilöstölle aletaan suunnitella koulutusta olisi hyvä kartoittaa se, miten henkilöstön osaamista voidaan kehittää esimerkiksi osaamista jakamalla ja työssä oppimalla. (Kuntatyönantajat 2011, 7-8.)

Kunnallisen Työmarkkinalaitoksen (2009) laatimassa oppaassa osaamisen kehittäminen on esitetty kolmivaiheisena prosessina (ks. kuvio 4.) Osaamisen kehittämisen tavoitteita ovat työn vaatiman osaamisen turvaaminen, muutosten mahdollistami-

nen, laadun varmistaminen sekä tuloksellisen toiminnan ylläpitäminen. Osaamisen kehittämällä voidaan lisäksi lisätä henkilökunnan motivaatiota ja sitoutumista sekä vahvistaa yksilöiden suoriutumiskykyä.



**KUVIO 4. Osaamisen kehittäminen prosessina (Kunnallinen Työmarkkinailaitos 2011, 11)**

Osaamiskartoitukset ovat organisaation ja työntekijän ydintehtävien hallintaa kartoittavia, strukturoituja teemakokonaisuuksia tai pidemmälle kehitettyjä mittaristoja. Ne antavat konkreettisen kuvan osaamisen vahvuuksista ja kehittämialueista sekä tuovat esiin yksittäisen työntekijän erityisosaamisen. Osaamiskartoitukset ovat hyvä työväline myös uuden työntekijän perehdytyksessä ja ohjaavat esimiestä koulutusten suunnittelussa. (Meretoja 2003; Kupiainen 2007, 14; Tuokko 2005, 7.) Osaamiskartoituksen pohjana tulisi olla organisaation tavoitteet. Kartoittaminen aloitetaan yleensä keskeisten osaamisalueiden ja osaamistasojen määrittämisellä (esimerkiksi asteikolla 1-5). Osaamistasoista arvioidaan nykytaso sekä osaamisen tavoitetaso. Jos nykytaso on tavoitetta matalammalla, kertoo se osaamisen lisäämistarpeesta. (Kuntatyönantajat 2011, 13.)

Osaamiskartoituksen pohjalta työntekijöille laaditaan henkilökohtainen ja tavoitteellinen koulutussuunnitelma (Haapa-aho ym. 2009, 10). Työnjakoon liittyvä koulutussuunnitelma tulee tehdä kirjallisesti. Siitä tulee käydä ilmi työnjakoon vaadittavat perustiedot- ja taidot sekä tehtävästä riippuen vaadittava työkokemus. Lisäksi koulutussuunnitelmasta tulee selvittää mistä työnjakoon liittyvästä koulutuksesta on kyse,

koulutuksen kohderyhmä, sisältö, vastuuhenkilöt, toteutustapa, opetusmenetelmät sekä keino koulutuksesta saatujen tietojen ja taitojen todentamisesta. (Kuiri ym. 2009; Hakulinen-Enroos, Humalamäki, Lassila, Mäkinen, Oikarinen, Perko, Pihlajamäki, Pyhälä-Liljeström, Ropponen, Venäläinen & Vilppola 2007.) Hukkasen ja Vallimies-Patomäen (2005, 26) selvityksen mukaan koulutussuunnitelman laatiminen oli työnjaon kehittämistä koskevissa pilottiyksiköissä yleistä. Yleisimmin laadittiin ammattiryhmäkohtaiset tai henkilökohtaiset koulutussuunnitelmat. Muut koulutussuunnitelmat koskivat koko henkilöstöä tai moniammatillisia tiimejä.

Hukkasen ja Vallimies-Patomäen (2005, 26) selvityksestä käy myös ilmi, että uudistettuun työnjakoon liittyviä osaamis- ja koulutustarpeita kartoitettiin yleisimmin osaauskartoitusten- ja kuvausten perusteella. Muita keinoja, joilla koulutus- ja osaamistarpeita kartoitettiin olivat esimerkiksi kehityskeskustelut, haastattelut ja kyselyt. Joissain yksiköissä työnjakoon liittyvää osaamis- ja koulutustarvetta ei kartoitettu ollenkaan.

#### **4.5 Täydennyskoulutus osaamisen kehittämisessä**

Täydennyskoulutuksen suunnittelun lähtökohtana tulisi olla ydinosaamisen ja ammatillisten valmiuksien sekä työntekijöiden henkilökohtaisten osaamis-, koulutus- ja kehittämistarpeiden määrittäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b). Täydennyskoulutustarve voidaan arvioida joko yksilö- tai ammattiryhmäkohtaisesti. Koulutuksen muoto riippuu työn muutosten laajuudesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 68).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004, 34-36) on laatinut suosituksen täydennyskoulutuksen mahdollistamisesta ja toteutuksesta (ks. taulukko 7.) Täydennyskoulutuksen tavoitteena on terveydenhuollossa osaamisen varmistaminen ja lisääminen sekä ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja syventäminen työntekijän koulutustarpeisiin sekä organisaation perustehtävään ja toiminnan kehittämiseen perustuen. Osaamisen varmistaminen kohdistuu yksittäisen työntekijän tietotaidon kehittämiseen tai organisaatiossa tarvittavan osaamisen parantamiseen. Ammatillisella täy-

dennyskoulutuksella voidaan parantaa toiminnan vaikuttavuutta, palveluiden laatua sekä potilasturvallisuutta. Lisäksi sillä voidaan lisätä asiakastyytyvyyttä sekä edistää henkilöstön työhön sitoutumista ja työhyvinvointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 22.)

TAULUKKO 6. Sosiaali- ja terveysministeriön suositus terveydenhuollon täydennyskoulutuksen mahdollistamiseen ja toteutukseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 34-36)

- ❖ Työnantajalla on pääasiallinen kustannusvastuu
- ❖ Osallistuminen on jokaisen työntekijän velvollisuus
- ❖ Täydennyskoulutuksen tulisi olla osa toiminnan kehittämistä ja laadunhallintaa
- ❖ Täydennyskoulutuksen perusteella voidaan tarvittaessa arvioida ja päivittää yksikön toimintaa
- ❖ Täydennyskoulutus voi olla yksilö-, ammattiryhmä-, työyksikkö- tai toimintayksikkökohtaista
- ❖ Koulutus toteutetaan mahdollisuuksien mukaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon alueellisessa tai seudullisessa yhteistyössä hoito- ja palveluketjut huomioiden
- ❖ Täydennyskoulutus tulisi mahdollistaa myös pienille organisaatioille
- ❖ Täydennyskoulutuksessa käytetään monipuolisia ja vaikuttavia oppimismenetelmiä (esim. verkko-opetusta ja muita etäopetuksen muotoja)

Koulutuksen merkitys korostuu erityisesti terveydenhuollossa, sillä hoitokäytännöt muuttuvat jatkuvasti eri tieteenalojen nopean kehityksen myötä. Terveydenhuollon täydennyskoulutuksen organisoinnissa, koordinoinnissa ja toteutuksessa on kuitenkin usein puutteita. Keskeisin ongelma on terveydenhuollon täydennyskoulutuksen suunnittelu, sillä se on harvoin osa organisaation strategista johtamista eikä työntekijöiden yksilöllisiä osaamistarpeita oteta aina riittävästi huomioon. Koulutukseen hakeutuminen on lisäksi tapahtunut enemmän tarjonnan, kuin yksilön tai työyhteisön tarpeisiin perustuen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 3; Sosiaali- ja terveysministeriö 2003c.)

Hukkasen ja Vallimies-Patomäen selvityksen (2005, 27-29) perusteella työnjakoon liittyvän osaamisen tukemiseksi työnjakopiloteissa oli järjestetty mm. toimipaikka-

koulutuksia, ammatillista lisäkoulutusta ja muita lyhytkestoisia lisäkoulutuksia. Koulutusten sisällöt vaihtelivat toimintasektorin ja erikoisalan mukaan. Koulutusmuotoja olivat mm. vieriopetus, asiantuntijaluennot, tutkimusten ohjattu suorittaminen sekä ammattijärjestöjen, laitetoimittajien, potilasjärjestöjen ja Kela:n pitämät koulutukset.

## 5 TYÖNJAON PROSESSIKUVAUS

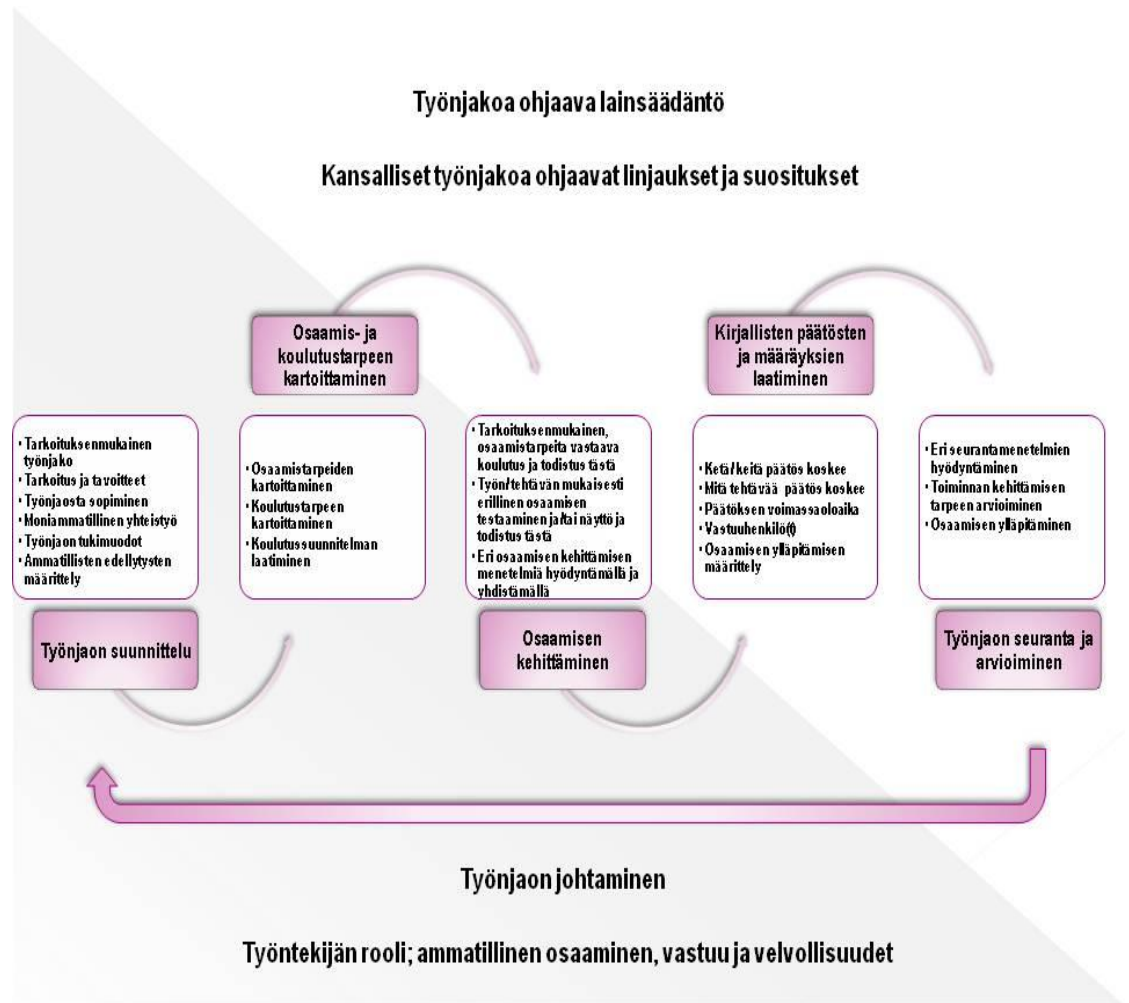
Kuviossa 5 on kirjallisuuden pohjalta kuvattu mitä työnjaon kehittäminen ja uudistaminen terveydenhuoltoalalla sisältää ja miten eri osapuolien vastuut ja velvollisuudet työnjaossa jakautuvat. Tässä vaiheessa työnjakoon liittyvä osaamisen kehittäminen ja varmistaminen hahmottui osana työnjaon kokonaisprosessia. Kirjallisuuden haussa on käytetty eri tietokantoja. Suomalaisista tietokannoista on käytetty Medic-tietokantaa ja ulkomaisista tietokannoista Cochrane ja CINAHL-tietokantoja. Hakusanojen valinnassa sekä tietokantahauissa on käytetty apuna Keski-Suomen sairaanhoitopiirin informaattikon apua. Lisäksi olemme täydentäneet hakuja Jyväskylän Ammatikorkeakoulun JaNet –kirjastoverkkoon sekä Google Scholariin. Täydentävillä hauilla on löydetty myös julkaisematonta ja tietokantojen ulkopuolella olevaa lähdeaineistoa.

Kirjallisuuden pohjalta terveydenhuollon työnjaosta kehittämiseen sisältyy viisi keskeistä osa-aluetta. Osa-alueista voidaan erotella työnjakoa ohjaavat neljä osa-aluetta, joita ovat *lainsäädäntö, kansalliset terveydenhuollon linjaukset, työnjaon ja osaamisen strateginen johtaminen sekä työntekijän ammatillinen osaaminen sekä vastuut ja velvollisuudet*. Viides osa-alue on *työnjaon kehittäminen ja siihen kuuluvat eri vaiheet* työnjaon muodon mukaan. Työnjaon kehittäminen sisältää prosessimaisesti etenevän kokonaisuuden, jossa työnjakoon liittyvä osaaminen ja sen kehittäminen muodosti suuren osan tätä prosessia. Työnjaon kehittäminen muodostui seuraavista osa-alueista:

- *työnjaon tarkoituksenmukainen suunnittelu*; työnjaon tarpeen tarkistaminen yksikkö- ja organisaatiokohtaisesti, työnjaon tarkoitus ja tavoitteet, työnjaos-

ta sopiminen ja moniammatillinen yhteistyö, kirjalliset toiminta-ohjeet ja päätökset, työn vaativuuden arviointi

- *osaamis- ja koulutustarpeen arvioiminen ja koulutussuunnitelman laatiminen*; tämän hetkisen osaamisen kartoittaminen ja osaamistarpeiden määrittelyminen, kirjallinen koulutussuunnitelma
- *osaamisen kehittäminen*; tarkoituksenmukainen koulutus ja työn/tehtävän mukaan erillinen osaamisen varmistaminen/ testaaminen
- *kirjallisten määräysten laatiminen*; mitä tehtävää/ tehtäviä määräys koskee, ketä työntekijää, kuinka kauan määräys on voimassa, kenen valtuutuksella päätös on tehty, miten osaaminen varmistetaan jatkossa
- *työnjaon seuranta ja arvioiminen sekä kehittäminen*; työnjakoa tulisi arvioida ja seurata systemaattisesti eri seurantamenetelmillä ja tarvittaessa uudelleen arvioida toiminnan kehittämisen tarvetta



**KUVIO 5.** Kirjallisuuden perusteella muodostettu terveydenhuollon työnjaon prosessikuvaus

## 6 OSAAMISEN VARMISTAMINEN TYÖNJAOSSA

### 6.1 Perusterveydenhuollon vastaanottojen työnjakoon liittyviä osaamisen kehittämisen ja varmistamisen menetelmiä

Taulukossa 8 esitetään toimintamalleja Keski-Suomen RAMPE-alueen perusterveydenhuollon yksikköjen työnjakoon liittyvistä osaamisen varmistamisen menetelmistä. Tiedonkeruumenetelminä on käytetty eri organisaatioiden perusterveydenhuollon vastaanottojen kirjallisia toimintamalleja työnjakoon liittyvistä osaamisen varmistamisen menetelmistä. Lisäksi olemme täydentäneet selvitystyötä ja tiedonhankintaa esimiesten suullisilla tiedonannoilla sekä sähköposti- ja puhelinhaastatteluilla. Tiedonkeruu kohdistui kuuteen Keski-Suomen perusterveydenhuollon organisaatioon; Perusturvaliikelaitos Saarikka, Keski-Suomen Seututerveyskeskus, Wiitaunioni, Äänekosken terveystalot, Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus sekä Keski-Suomen keskussairaalan perusterveydenhuollon yhteispäivystys. Työssä kuvatut toimintamallit ja menetelmät perustuvat uudistettuun työnjakoon lääkärien ja muiden ammattiryhmien (pääasiassa sairaanhoitajien) välillä. Työhön otettujen esimerkkien edellytyksenä oli, että toimintamalli oli kuvattu organisaatiossa kirjallisesti. Työnjakoon liittyvät toimintamallit sisälsivät sekä tehtäväsiirtoja että laajennettuja tehtäväkuvia ja ne koskivat lääkärien ja hoitohenkilökunnan sekä fysioterapeuttien välistä työnjakoa.

Yleisimmin työnjakoon liittyviä osaamisen kehittämisen ja varmistamisen menetelmiä olivat erilaiset koulutukset. Koulutusten muodoista käytettiin yleisimmin organisaation sisäisiä, tiettyyn tehtävänsiirtoon räätälöityjä koulutuksia. Kouluttajina toimivat pääsääntöisesti lääkärit ja muut aiheen asiantuntijat. Työnjakoon liittyvät koulutukset olivat pääsääntöisesti kunkin organisaation itse suunnitelmia ja järjestämiä. Selkeästi työnjakoon liittyviä organisaatioiden yhteisiä koulutuksia oli verenohennuslääkkeen määritykseen liittyvä koulutus sekä lääkehoidon osaamisen verkkokurssi (LOVE). Muutamassa yksikössä oli ammattikorkeakoulun kanssa yhteistyössä järjestetty laajennettuun tehtäväkuvaan liittyvä koulutus; sairaanhoitajan vastaanotto yhteispäivystyksessä sekä fysioterapeuttien selkäkoulutus (liite 1.)

Koulutuksen lisäksi joihinkin tehtäväsiirtoihin kuului koulutuksen jälkeinen erillinen osaamisen varmistaminen joko tentillä tai näyttökokeella. Näytön ja tentin lisäksi osassa tehtäväsiirroista tai laajennetuista tehtäväkuvista edellytyksenä oli lisäksi suullinen keskustelu toiminnasta vastaavan lääkärin kanssa. Lääkärin kanssa käytyä vieriovetusta käytettiin esimerkiksi haavanompelemisessa, korvien ja poskionteloiden tutkimisessa ja poskionteloiden ultraäänilaitteen käytössä eli johonkin yksittäiseen tehtäväsiirtoon liittyen. Myös itseopiskelua kuului osaamisen kehittämisen ja varmistamisen menetelmiin. Vieritestien tekemisestä ja niihin liittyvästä osaamisen varmistamisesta oli yhdessä organisaatiossa suunnitteilla erillinen koulutus. Koulutuksessa organisaation sisäisistä yksiköistä tietyt hoitajat koulutetaan suorittamaan vieritestit luotettavasti sekä ottamaan näyttöjä vastaan vieritestien suorittamisesta oman yksikön muilta hoitajilta.

Kaikissa organisaatioissa oli työnjaon tukena mahdollisuus lääkärin konsultaatioon sekä paikallisesti sovitut hoito- ja toimintaohjeet päätöksenteon tukena. Joissain yksiköissä osaamisen ja päätöksenteon tukena olivat pääasiassa paikalliset hoitopolut, esimerkiksi diabetespotilaan kirjallinen hoitopolku (liite 2) sekä laajennetun tehtäväkuvan sisältö. Myös kirjalliset määräykset työnjaosta oli kaikissa organisaatioissa käytössä. Osaamisen varmistamisen ajankohta ja menetelmä oli useimmissa paikoissa avoin.

TAULUKKO 7. Työnjakoon liittyviä osaamisen varmistamisen menetelmiä Keski-Suomen Rampe-alueella

TYÖNJAON MUOTO	Organisaatio 1	Organisaatio 2	Organisaatio 3	Organisaatio 4
<b>Infektio-potilaan tutkiminen ja sairaaloma-todistuksen kirjoittaminen</b>	<b>Sisäinen koulutus</b> Asiantuntija-luennot infektiopotilaan tutkimisesta ja hoidosta (liite 3)  <b>Poskiontelon ultra-äänitutkimukset</b> Vieriopetus ja näytöt	<b>Itseopiskelumateriaali ja kirjallinen tentti</b> (liite 4)	<b>Sisäinen koulutus</b> Luennot Vieriopetus Kirjallinen tentti Näyttö (kuvio 5)	<b>Toimipaikka-koulutus infektio-potilaan tutkimisesta ja hoidosta</b> (liite 5)
<b>Varfariini-annoksen määritys</b>	<b>Alueellinen koulutus</b> (liite 6) Luennot Tentti Näytöt		<b>Ei käytössä</b>	<b>Alueellinen koulutus</b> (liite 6) Luennot Tentti Näytöt
<b>Laajennettu tehtäväkuva: sairaanhoitajan vastaanotto</b>	<b>Vastaanottosairaanhoitajan työnkuva</b>  Työnkuvaan kuuluvat tehtäväsiirrot, joihin koulutus tai näyttö	<b>Aluehoitajan työnkuva</b> (liite 4)  Kelpoisuusehdot Työnkuvaan kuuluvat yksittäiset tehtäväsiirrot, joista näyttö ja/tai koulutus	<b>Perusterveydenhuollon päivystyksen sh:n vastaanotto</b> (kuvio 7)  Kelpoisuusehdot (liite 7a ja 7b) Työnkuvaan kuuluvien tehtäväsiirtojen määrittely (liite 7c) Määritelty työnjaon tukimuodot, yhteistyökumppanit ja seuranta- menetelmät (liite 7d)  <b>Sisäinen koulutus</b> Luennot Vieriopetus Kirjallinen tentti Näytöt Keskustelu	<b>Vastaanotto sh:n tehtävät ja työnkuva</b> (liite 5)  Kelpoisuusehdot Määritelty työnkuvaan kuuluvat tehtäväsiirrot  <b>Toimipaikka-koulutus</b>  <b>Tutustumiskäynti toisen organisaation hoitajavastaanottoon</b>
<b>Muut yksittäiset tehtäväsiirrot</b>	<b>Pienten vammojen, ruhjeiden, venähysten hoito</b> Lääkärin pitämä 3h sisäinen koulutus (liite 3)	<b>Vieritestien ottaminen (koulutus suunnitteilla)</b> Tietyt hoitajat koulutetaan ottamaan vieritestien näytöt vastaan muilta hoitajilta	<b>Sisäinen koulutus</b> Luennot Vieriopetus Kirjallinen tentti Näyttö	<b>Ei muita yksittäisiä tehtäväsiirtoja</b>
<b>Lääkehoito</b>	<b>LOVE-tentti:</b> Itseopiskelu Kirjallinen tentti	Näytöt (yksikkökohtaisesti)	Keskustelu toiminnasta vastaavan lääkärin kanssa	

## 6.2 Osaamisen kehittämisen ja varmistamisen menetelmiä kirjallisuudessa

Tässä kappaleessa on kuvattu kirjallisuuden perusteella osaamisen kehittämisen ja varmistamisen menetelmiä. Menetelmät ovat kirjallisuudessa usein liitetty tai niitä on tutkittu jonkin tutkintoon johtavan koulutuksen puitteissa. Suoraan työnjakoon liittyviä osaamisen varmistamisen menetelmiä ja niiden soveltuvuutta tai vaikuttavuutta ei ole tutkittu. Kirjallisuudessa kuvatut menetelmät liittyivät usein sairaanhoitajan tai muiden terveydenhuollon ammattiryhmien peruskoulutukseen. Menetelmiä voi soveltaa myös muuhun terveydenhuollon henkilöstön osaamisen kehittämiseen ja varmistamiseen esimerkiksi työnjaossa.

Osaamisen kehittämiseen on olemassa erilaisia menetelmiä ja keinoja runsaasti. Erilaisiin osaamisalueisiin ja oppimistavoitteisiin tarvitaan vaihtelevia menetelmiä. Tietojen päivittämiseen soveltuu esimerkiksi luentotyyppinen koulutus, kun taas laajempiin toimintatapojen muutoksiin vaaditaan usein systemaattisempaa kehittämistä. Koko työyhteisön osaamista voi kehittää esimerkiksi seminaareissa, kehittämishankkeilla ja kokemusten jakamisella. (Helsingin kaupungin sosiaaliviraston työkirja 2007, 15.)

Osaamisen arvioinnissa voidaan käyttää joko laadullista eli tulkinnallista arviointia tai strukturoitua, systemaattista arviointimenetelmää. Laadullisia arviointimenetelmiä on kritisoitu siitä, että ne ovat epätarkkoja, liian subjektiivisia ja että niistä puuttuu johdonmukaisuus. Systemaattisia, strukturoituja arviointimenetelmiä on kritisoitu siitä, että ne eivät kannusta kriittiseen ajatteluun ja eivät ole menetelmänä riittävän opettavaisia. Osaamisen arvioimisen tulee kuitenkin perustua mahdollisimman yhtenäiseen ja standardisoituun järjestelmään. (Butler, Cassidy, Quillinan, Fahy, Bradshaw, Tuohy, O'Connor, McNamara, Egan & Tierney 2011.) Osaamisen arvioimisen ja testaamisen menetelmiä tulee käyttää perustellusti työn tai tehtävän mukaan ja osaaminen tulee arvioida kokonaisuutena. Osaamiseen kuuluu yksittäisestä tehtävästä selviytymisen lisäksi syvempi tieto ja ymmärrys sekä kyky toimia epävarmoissakin tilanteissa. Kompetenssiperustaisten osaamisen arvioimisen menetelmiä ovat esi-

merkiksi havainnointi, suulliset ja kirjalliset kyselyt ja testit, suositukset, projektit ja simulaatiot. (Purcell 2001.)

Osaamisen arvioiminen tulisi olla kokonaisvaltaista. Osaamiseen kuuluu eri osa-alueita ja osaamisen tasoja työnkuvasta tai tehtävästä riippuen (Kurki 2010, 74-75). Osaamisen arvioinnissa voidaan käyttää esimerkiksi Pyörälän (2007, 16) mukailemaa kliinisten taitojen tasoja kuvaavaa pyramidimallia, jossa osaamisen arvioinnissa huomioidaan neljä tasoa; 1) tiedot 2) tiedon ja taidon soveltaminen 3) osaamisen osoittaminen toiminnan kautta sekä 4) toimiminen.

Erilaisia portfolioita ja lokikirja-tyyppisiä kirjallisia, itsearviointiin ja reflektointiin perustuvia menetelmiä voidaan käyttää ammatillisen osaamisen arvioimisessa ja kehityksessä. Portfolioon voidaan kerätä erilaisia käytännöstä opittuja kokemuksia, sen avulla voidaan mitata henkilön oppimista, sitä voidaan käyttää reflektiivisen ajattelun työvälineenä, sen avulla voidaan ilmentää kriittisen ajattelun taitoja sekä itseohjautuvan oppimisen kykyjä. (Anderson, Gardner, Ramsbotham & Tones 2009; Cotter, Bradway, Cross & Taylor 2009; Scholes, Webb, Gray, Endacott, Miller, Jasper, & McMullan, 2003.) Cowanin (2008, 904-907) mukaan itsearvioinnin tarkoitus on toimia apuvälineenä oman osaamisen tunnistamisessa ja arvioimisessa. Itsearvioinnissa voidaan arvioida omaa osaamista hoitotyön eri osa-alueilla. Se on menetelmänä käytännöllinen ja sopiva ajankäytön, taloudellisuuden ja resurssien puolesta.

### **Case-menetelmä osaamisen kehittämisen muotona**

Ongelmakeskeinen eli tapausesimerkkeihin perustuva opetus

(eli ns. case-menetelmä) on ongelmalähtöisen oppimisen muoto. Se asettaa oppijan todenmukaisiin, käytännön työssä vastaantuleviin tilanteisiin. Menetelmän perusajatus on käyttää todellisia potilastilanteita ongelmaratkaisun pohjana. Oppijoiden on tällöin otettava kantaa ja harjoitettava päätöksentekoa.

Ongelmakeskeisen menetelmän alussa case-esimerkki kuvataan kirjallisesti ja sen lopussa esitetään näkökulma mistä ongelmaa halutaan tarkastella. Näkökulma voi olla esimerkiksi lääketieteen, etiikan tai juridiikan näkökulma kyseiseen ongelmaan. Ongelmakeskeinen oppimismenetelmän on todettu sopivan hyvin esimerkiksi lääke-

rikoulutukseen. Menetelmän etuina on se, että se sallii suurtenkin henkilömäärien opettamisen samanaikaisesti eli se on kustannustehokas. Se vaatii kuitenkin järjestelyjä ja aiheasiantuntijan, joka vastaa yhdessä käydyn keskustelun kulusta ja ylläpidosta sekä ratkaisun oikeellisuudesta. (Tärnvik 2005.)

### **Simulaatioharjoitukset**

Organisaation sisäisenä osaamisen kehittämisen ja ylläpitämisen apuvälineenä voidaan käyttää simulaatioharjoituksia. Niiden avulla voidaan harjoitella erilaisia hoitotyön tilanteita. Simulaatioharjoitukseen perustuvan koulutuksen on todettu parantavan sairaanhoitajien osaamista erilaisissa tilanteissa ja toimintaympäristöissä. Simulaatioharjoituksilla voidaan tuoda näkyväksi myös sairaanhoitajan osaamisen nykyinen taso. (Preusch, Bea, Roggenbach, Katusa, Jünger & Nikendei 2010; Weiner 2006.)

Brewerin (2011) mukaan simulaatioharjoitusten on todettu olevan niin opiskelijoiden kuin oppilaitosten puolesta hyvä ja toimiva menetelmä hoitotyön opetuksessa. Simulaatioharjoitukset ovat lisääntyneet erityisesti hoitotyön opetuksessa ja se on opiskelijoiden parissa koettu mielekkäänä ja opettavaisena. Brewer (2011) kuitenkin toteaa, että menetelmänä sitä ei vielä pystytä hyödyntämään täydellisesti, sillä simulaatiokoulutus vaatii sekä taloudellisia resursseja että koulutuksen järjestämisen edellyttämiä henkilöstöresursseja. Tutkimuksia simulaatioharjoitusten hyödyistä ja tehokkuudesta tarvittaisiin lisää, jotta sen käyttöä nykyistä laajemmin voitaisiin paremmin perustella. Mould, White ja Gallagher (2011) toteaa hyvin samansuuntaisia tuloksia simulaatioharjoitusten hyödyistä ja vaikuttavuudesta oppimismenetelmänä.

Simulaatioharjoittelu mahdollistaa myös eettisesti tasokkaan hoitotyön kehittämisen, sillä osallistuja voi simulaatio-opetuksen avulla tulla tietoisiksi omista vuorovaikutustaidoista, empatiakyvystä ja henkilökohtaisista arvoistaan. Simulaatio-opetuksessa korostuu myös työyhteisön tiimin jäsenenä toimiminen potilaan edun puolesta. Näiden osa-alueiden toteutuessa voidaan saavuttaa eettinen osaaminen ja varmistaa potilasturvallisuus. Simulaatioharjoittelu vahvistaa osaamisalueiden haltuunottoa sekä luo turvallisuutta hoitotyöhön, sillä osallistujalla on mahdollisuus toistaa, har-

jaannuttaa ja reflektoida oppimaansa turvallisesti ja näin ollen kehittää omaa eettistä toimintaansa. (Yliniemi & Poikela 2011.)

### **OSCE-menetelmä**

OSCE eli ”objektive structured clinical examination” on kehitetty kliinisen taitojen osaamisen arviointiin. OSCE koostuu eri osaamisalueita testaavista pisteistä ja lavastettua tilanneharjoitusta havainnoidaan ja arvioidaan strukturoidulla arviointilomakkeella. Menetelmällä saadaan selville testattavan henkilön kliinisen osaamisen heikkoudet ja vahvuudet ja sillä voidaan arvioida ammatillista kehittymistä. Menetelmä soveltuu terveydenhuollon eri ammattiryhmien koulutukseen ja taitojen testaamiseen. OSCE -menetelmän etuina on, että se mahdollistaa osaamisen arvioinnin häiriöttömässä tilanteessa ja potilasturvallisuus ei vaarannu. Lisäksi OSCE perustuu standardoituun arviointimenetelmään, mikä tekee arvioinnista kaikille tasavertaisen.

Heikkouksina on, että järjestäminen, suunnittelu, palautteen anto ja arviointi vie paljon resursseja. Hoitotyössä OSCE-menetelmä soveltuu erilaisten hoitotyön toimintojen, kuten lääkehoidon, vitaalielintoimintojen mittaamisen ja potilaan kliinisen tutkimisen osaamisen arvioimiseen. (Caballero, Creed, Gochmasnki & Lovegrove 2012, 1-7; Ahuja 2009.) Suomessa OSCE-menetelmää käytetään Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa (Pyörälä 2007, 2). Lisäksi sitä käytetään Novia Yrkeshögskolanin kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa sekä sairaanhoitajien rajatussa lääkkeenmääräämiskoulutuksessa kliinisen tutkimisen, päätöksenteon ja hoitotyön toteuttamisen osaamisen arvioinnissa ja varmistamisessa (Heikkilä 2011).

OSCE-menetelmän soveltuvuutta kliinisten taitojen arvioinnissa on tutkittu pääasiasa lääketieteen opetuksessa ja sen on useissa tutkimuksissa todettu olevan luotettava ja pätevä menetelmä. Hoitotyön puolella OSCE-menetelmää on tutkittu vähemmän (Walsh, Bailey & Koren 2009). Kuitenkin Caballeron ym. (2012, 1-5) mukaan Iso-Britanniassa OSCE menetelmää on kehitetty myös hoitotyön puolella ja sitä käytetään laajalti esimerkiksi sairaanhoitaja ja kättilöopiskelijoiden kliinisten taitojen arvioinnissa siitä saatujen hyvien kokemusten vuoksi.

Nursing and Midwifery Council (NMC) (2010, 32) suosittaa hoitotyön opiskelijoiden osaamisen arvioinnin tapahtuvan suoran havainnoinnin kautta ja suosittaa esimerkiksi OSCE-menetelmän käyttöä arvioinnin välineenä. NMC kehottaa myös erilaisten simuloitujen tilanteiden käyttöä osaamisen arvioinnissa, etenkin jos näytön antaminen käytännön hoitotyössä ei ole mahdollista. Osaamisen arvioinnin kokonaisuuden tulisi NMC:n mukaan sisältää erilaisia keinoja, kuten edellä mainitut OSCE-arviointi ja simuloidut tilanteet sekä oikeita hoitotilanteita.

Lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaitojen testaamiseen on kehitetty kirjallinen OSVE-tentti (objective structured video exam), jossa opiskelijoiden tulee havainnoida ja analysoida videoidusta potilashaastattelusta keskeisiä vuorovaikutustaitoja ja tilanteita. OSVE-menetelmä todettiin tehokkaaksi ja nopeaksi menetelmäksi arvioida opiskelijoiden tietoja ja taitoja. Sillä ei voi korvata OSCE-menetelmän käyttöä mutta sitä voi käyttää sen rinnalla vuorovaikutustaitojen arvioimisen tukena. (Humphris & Kaney 2000.)

### **Näyttökokeet**

Ammattiosaamisen näytöissä osaaminen osoitetaan käytännön työtehtäviä tekemällä ja mahdollisimman aidossa toimintaympäristössä. Näytöissä voidaan osoittaa miten hyvin henkilö on saavuttanut tavoitteiden mukaisen sekä työelämän edellyttämän ammattitaidon. Sosiaali- ja terveysalalla ammattiosaamisen näyttökokeet ovat käytössä mm. lähihoitajien koulutuksessa. (Jussila, Paavola & Mahlamäki-Kultanen 2008, 21.) Luotettava näyttö ammatillisesta osaamisesta edellyttää arvioinnissa huolellista suunnittelua ja toteutusta. Lisäksi näytön vastaanottajan on oltava riittävän pätevä arvioimaan annettua näyttöä ja arvioinnin kriteerien tulee olla selkeät ja ennalta määritelty. Näyttöperusteisen arvioinnin luotettavuutta lisää siis tavoite- ja kriteeriperustainen arviointi, palautteen saaminen, osallisuus sekä vertaisarvioinnin tuoma laadunvarmennus. (Räkköläinen 2011, 6.)

Myös hoitotasaisen sairaankuljettajan ammattiosaamisen varmistamisessa käytetään kirjallisen tentin lisäksi näyttökokeita, joiden uusimista sairaankuljetushenkilöstöltä vaaditaan määräajoin. Kirjallinen tentti tehdään verkossa, valvotuissa olosuhteissa ja

käytännön testauksen suorittaa kunkin sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri. Käytännön testaukseen kirjallisen tentin lisäksi päädyttiin, jotta pystyttiin varmistamaan henkilön teoreettisen osaamisen lisäksi käytännön taitojen osaaminen sekä tehokas ja nopea toiminta ensihoitotilanteissa. Lisäksi testauksen tarkoituksena oli aktivoida henkilöitä kertaamaan, opiskelemaan, harjoittelemaan ja arvioimaan omaa toimintaa. (Lauritsalo 2000.)

### **”Ääneen ajattelu”-menetelmä (“Thinking aloud”)**

Opiskelijaohjauksessa ääneen ajattelua eli thinking aloud- menetelmää voidaan käyttää yhtenä opettamisen menetelmänä. Sen etuja opiskelijan näkökulmasta on se, että opiskelija oppii huomioimaan käytännön tilanteissa tapahtuvia merkityksellisiä vaiheita sekä oppii perustelemaan käytännön tilanteissa tapahtuvaa päätöksenteon prosessia; mitä tehdään, missä vaiheessa ja miksi? Päätöksenteon oppiminen ja mahdollisuus kysymysten esittämiseen käytännön tilanteissa ja tätä kautta oman ajattelun ja päätöksenteon kehittäminen onkin ”ääneen ajattelun” suurin etu. (Price 2005.)

### **Verkko-opetus**

Verkko-opetuksella tarkoitetaan opiskelua ja oppimista, jota tuetaan tai jonka jokin osa perustuu tietoverkkojen, kuten internetin kautta saataviin tai siellä oleviin aineistoihin ja palveluihin (Tella, Vahtivuori, Vuorento, Wager ja Oksanen 2001, 21). Verkko-opetus voidaan jakaa ohjattuun verkko-opetukseen, itseopiskeluun verkossa sekä monimuoto-opetukseen, jossa yhdistellään lähiopetusta ja verkko-opetusta. Opiskelu voi tapahtua oppilaitoksessa, työpaikalla tai verkon välityksellä (Saimaan ammatti- korkeakoulu). Terveystieteiden verkko-opetusta käytetään esimerkiksi lääkehoidon osaamisen kehittämisessä ja varmistamisessa LOVE-koulutuksella eli lääkehoidon osaamisen verkkokurssilla. Verkkokurssiin kuuluu itseopiskelua ja osaaminen testataan verkkotentteillä. Lisäksi siihen kuuluu osaamisen näyttöjä, kuten laskimon kanylointi ja lääkehoidon toteuttaminen käytännössä. (Aho & Luojus 2010.) Lääkehoidon verkko-opetus on koettu oppimista tukevana, mielekkäänä ja itsenäinen opiskelu on koettu hyvänä ja joustavana menetelmänä (Salminen 2011, 43-45).

### **Hoitotyön tutkimusklubit**

Hoitotyön tutkimusklubit ovat keino edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä sekä asiakkaan hyvää hoitoa (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 135). Niiden tavoitteena on tuoda uutta tutkimustietoa sairaanhoitajien arvioitavaksi sekä hakea perusteluja jo olemassa oleville hoitokäytännöille. Tavoitteena voidaan pitää lisäksi ammatillisen keskustelun käynnistämistä ja viime kädessä koko hoitokulttuurin muutosta kohti näyttöön perustuvaa toimintaa. Näiden tavoitteiden toteutuessa on oletettavissa, että sekä hoidon laatu että tulokset paranevat. Hoitotyön tutkimusklubitoimintaa voidaan pitää näyttöön perustuvan hoitotyön menetelmänä, joka määritellään opetukselliseksi kokoukseksi, jossa ammattilaiset keskustelevat valitusta tutkimusartikkelista. Tutkimusklubit ovat Suomessa uusi asia, mutta Pohjois-Amerikassa ja Isossa-Britanniassa klubitoiminta on ollut aktiivista jo muutaman vuosikymmenen ajan. Alkujaan tutkimusklubitoiminta on lähtöisin lääketieteen parista ja siellä vakiintunut tapa ympäri maailmaa. (Meriö 2009, 29-30.)

Tutkimusklubeja voidaan pitää joko omassa yksikössä, omalla erikoisosaamisalueella tai isommalla toimiala-alueella. Klubia voidaan pitää yhteisenä oppimistapahtumana. Hoitotyön tutkimusklubi vaatii toimintaan sitoutuneen vetäjän. Vetäjä voi olla esimerkiksi hoitotyön kliininen asiantuntija, ylihoitaja, osastonhoitaja tai joku muu asiasta kiinnostunut. (Meriö 2009, 30-31; Luby, Riwley & Towne 2006, 101.)

### **Työpajateatterit, roolipelit ja simuloitut potilastilanteet**

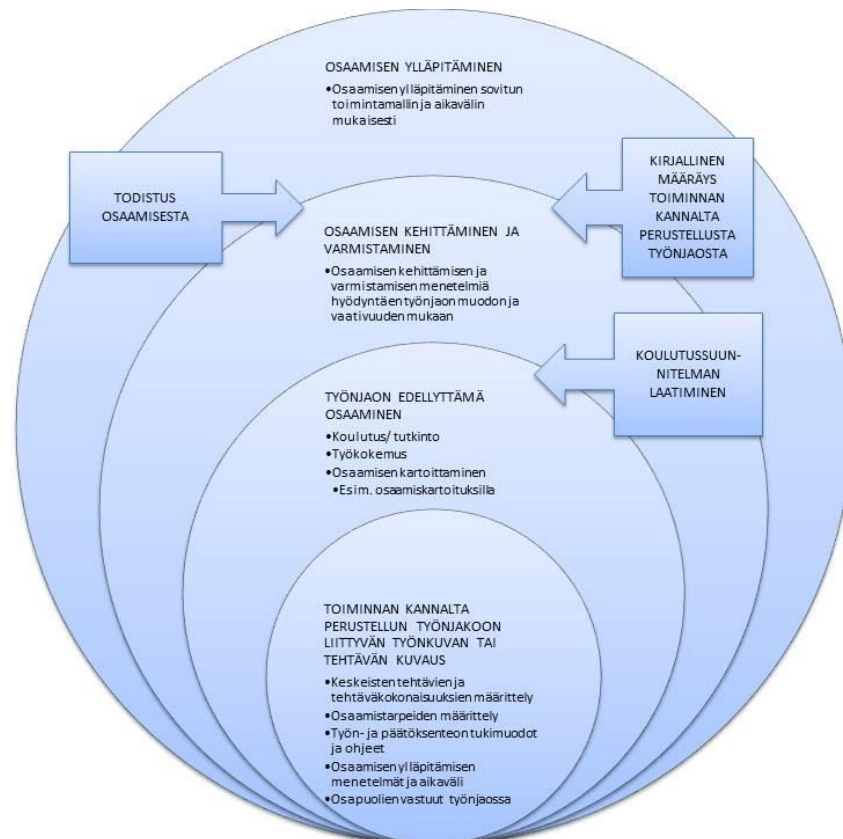
Koposen, Pyörälän ja Isotaluksen (2010) tutkimuksessa verrattiin suomalaisten lääketieteen opiskelijoiden näkemyksiä kolmen eri kokemuksellisen oppimismenetelmän erityispiirteistä ja menetelmien soveltuvuudesta vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Nämä kolme menetelmää olivat työpajateatterit, simuloitut potilashaastattelut sekä roolipelit. Lääketieteen opiskelijat kokivat nämä menetelmät hyvinä tai erittäin hyvinä vuorovaikutustaitojen oppimisessa. Myöhemmin tutkimusta on jatkettu Koposen (2011) toimesta ja siinä selvitettiin millaisia lääketieteen opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset näissä kolmessa eri ryhmässä olivat. Tästä tutkimuksesta kävi ilmi, että esimerkiksi potilaskeskeisyyttä opittiin parhaiten työpajateatteri-menetelmällä. Sen koettiin parhaiten stimuloivan

opiskelijoita pohtimaan vastaanottotilannetta potilaan näkökulmasta. (Koponen, Pyörälä & Isotalus 2011.)

### **6.3 Kuvaus osaamisen varmistamisen vaiheista**

Osaamisen varmistaminen edellyttää järjestelmällistä suunnittelua ja toteutusta. Työnjakoon liittyvät vastuut ja velvollisuudet sekä työnjaon tukimuodot kuvataan toiminnan suunnitteluvaiheessa. Toiminnan kannalta perustellun työnjaon, esimerkiksi tehtäväsiirtojen sisältö määritellään ja sen perusteella kuvataan työn edellyttämät osaamistarpeet. Koulutussuunnitelmien- ja sisältöjen laatimisessa osaamistarpeiden määrittely auttaa kehittämään osaamista tarkoituksenmukaisin keinoin.

Työnjaon edellyttämää ammatillista osaamista voidaan kartoittaa esimerkiksi osaamiskartoituksia hyödyntäen. Koulutussuunnitelman mukaisesti työntekijän on kehitettävä osaamistaan työnjaon edellyttämää osaamista vastaavaksi ja tarvittaessa osaaminen osoitetaan erillisellä näytöllä tai muulla keinolla. Osaamisesta saadaan kirjallinen todistus ja sen mukaan kirjallinen määräys työnjakoon liittyvistä tehtävistä tai tehtäväkuvasta, jossa työntekijä on oikeutettu riittävän koulutuksen, työkokemuksen ja ammattitaidon puitteissa toimimaan. Sekä työnantajan että työntekijän on huolehdittava myös riittävästä osaamisen ylläpitämisestä, jonka työnantaja määrittelee. Alla olevassa kuviossa (ks. kuvio 6.) on kuvattu osaamisen varmistamiseen kuuluvat vaiheet.



**KUVIO 6. Osaamisen varmistamisen vaiheet työnjaossa**

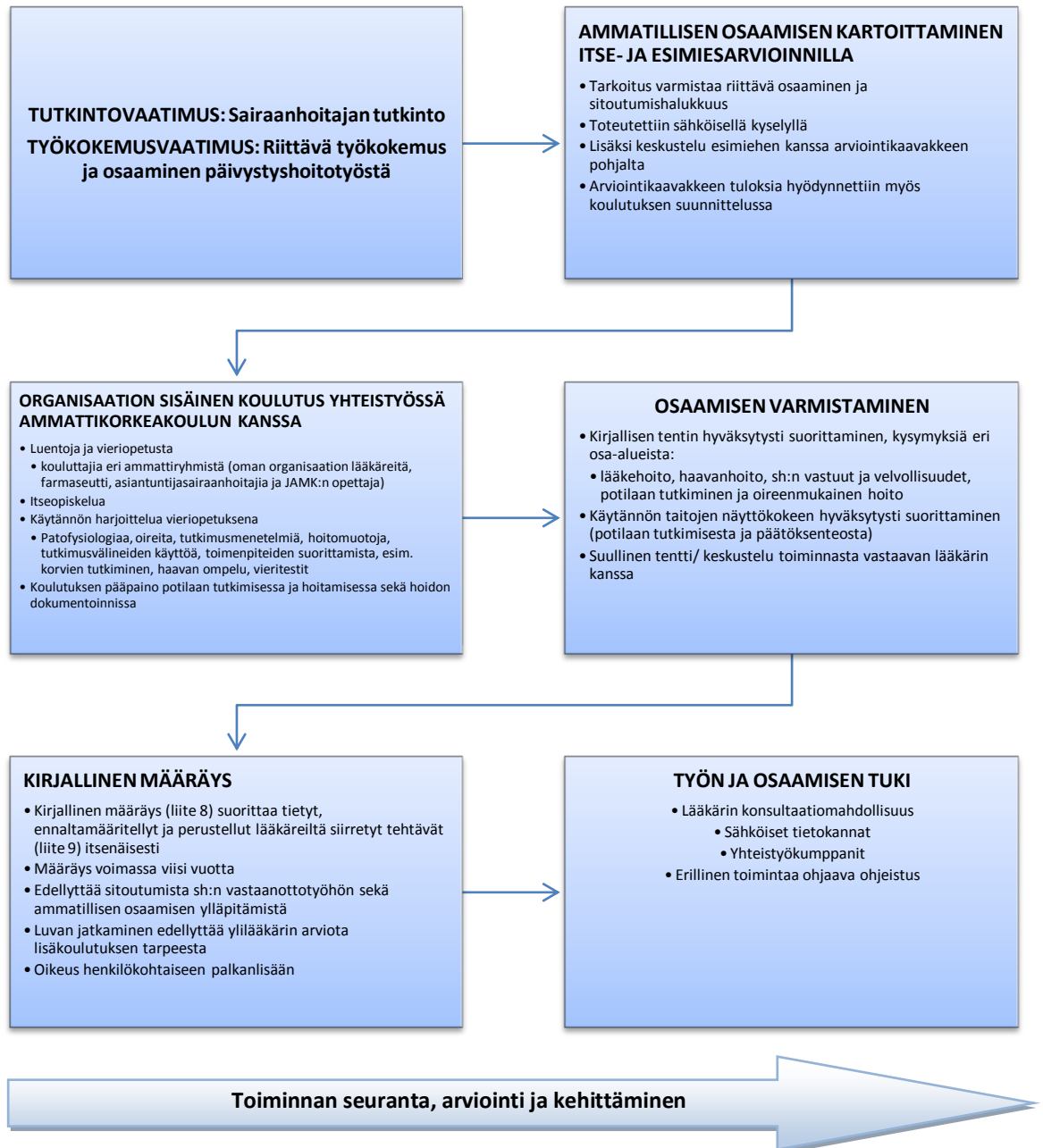
### 6.3.1 Menetelmiä osaamisen kehittämiseen ja varmistamiseen - yhteenveto

Osaamisen kehittämisen ja varmistamisen eri menetelmiä voidaan hyödyntää erityyppisissä tarkoituksissa ja niitä voidaan käyttää toisiansa täydentävinä menetelminä. Riippuen työnkuvasta tai tehtävästä, niitä voidaan hyödyntää kokonaisvaltaisesti, jotta osaaminen olisi tarkoituksenmukaista, tehtäväkuvaan vastaavaa ja laaja-alaisesti huomioitu kokonaisuus. Alla olevassa taulukossa (ks. taulukko 9.) on esitetty ammatillisen osaamisen varmistamisen menetelmiä. Menetelmät ovat nousseet kirjallisuuden sekä Keski-Suomen RAMPE-alueen työnjaossa käytettävistä menetelmistä.

AMMATILLISEN OSAAMISEN KARTOITTAMINEN		OSAAMISEN KEHITTÄMINEN		OSAAMISEN TESTAAMINEN JA VARMISTAMINEN		TYÖN EDELLYTYKSET JA OSAAMISEN TUKI
OSAAMISEN KEHITTÄMISTÄ JA OPPIMIS-TA KUVAAVAT MENETELMÄT	ITSE- TAI VERTAISARVIOINTIIN PERUSTUVAT OSAAMISEN ARVIOIMISEN JA KARTOITTAMISEN MENETELMÄT	TYÖSSÄ-OPPIMISEN MENETELMÄT	OSAAMISTA KEHITTÄVÄT KOULUTUS- JA OPETUSMENETELMÄT	KLIINISTEN TAITOJEN JA PÄÄTÖKSENTEON KEHITTÄMISEN JA TESTAAMISEN MENETELMIÄ	TEORIATIE TOJEN JA TAITOJEN TESTAAMINEN	OSAAMISVAATIMUKSET JA EDELLYTYKSET SEKÄ OSAAMISEN TUKIMUODOT
<p>Portfoliot</p> <p>Lokikirjat</p> <p>Oppimis-päiväkirjat</p> <p>Työkirjat</p> <p>Oppimis-kansiot</p>	<p>Osaamiskartoitukset</p> <p>Kehityskeskustelut</p> <p>Kehityssuunnitelmat</p> <p>Itsearviointi</p> <p>Esimiesarviointi</p> <p>Vertaisarviointi</p>	<p>Työkierto</p> <p>Hiljaisen tiedon siirto</p> <p>Tutustumiskäynnit ja vierailut</p> <p>Mentorointi ja tutorointi</p> <p>Perehdyttäminen</p> <p>Projektit</p> <p>Vastuu-alueet</p> <p>Tiimityö</p> <p>Moniammatillinen työskentely</p> <p>Tutkimus-klubit</p>	<p>Tutkintoon johtava täydennyskoulu-tus</p> <p>Ammatillinen lisäkoulutus ja erikoistumisopinnot</p> <p>Oppisopimus-koulutus</p> <p>Asiantuntija-luennot</p> <p>Itseopiskelu</p> <p>Verkko-opiskelu/ verkkokurssit</p> <p>Toimipaikkakoulutus</p> <p>*Vieriopetus</p> <p>*Thinking aloud</p>	<p>Simulaatioharjoitukset</p> <p>Case-menetelmä</p> <p>PBL-menetelmä</p> <p>OSCE-menetelmä</p> <p>Työpajat/ työpa-jateatteri</p> <p>(Mainitut menetelmät voidaan luokitella myös opetusmenetelmiin)</p> <p>Näyttökokeet</p>	<p>Kirjalliset tentit:</p> <p>-Esseekysymykset</p> <p>-Monivalinta-kysymykset</p> <p>-Verkkotentit</p> <p>-Suulliset tentit</p> <p>-OSVE-tentti</p>	<p>Pätevyysvaatimukset:</p> <p>-koulutus</p> <p>-työkokemus</p> <p>-erityisosaaminen</p> <p>Päätöksenteon tukimuodot:</p> <p>-Konsultaatio</p> <p>-Paikalliset/ alueelliset toiminta- ja hoito-ohjeet</p> <p>-Sähköiset tukimuodot (Terveysportti ja muut näyttöön perustuvat tietokannat)</p>
<p>Pienet kustannukset</p> <p>Helppoja toteuttaa</p> <p>Laadullisia menetelmiä</p> <p>Subjektii-vinen näkemys/ arvio</p> <p>Kertoo sitoutumisesta ja kehityskaaresta</p> <p>Ammatillisen kehittymisen ja oppimisen arvioiminen</p>	<p>Pienet kustannukset</p> <p>Korostuu yksilöllisyys</p> <p>Perustuu arviointiin, ei "näyttöön"</p> <p>Yksilölliset ominaisuudet korostuu</p> <p>Vahvat osaamisalueet ja kehittämistarpeet voidaan arvioida</p> <p>Voi olla vertailukelpoinen jos strukturoitu arviointilomake</p>	<p>Edellyttää resur-seja</p> <p>Kustannukset vaihtelee</p> <p>Vaatii sitoutumista ja motivaatiota</p> <p>Vaatii suunnittelua ja arviointia</p>	<p>Koulutusmuodosta riippuen kustannukset vaihtelee</p> <p>Erlaisia opetusmentelmiä voi hyödyntää vaihtelevasti</p> <p>Voi olla yksilö-ammattiryhmä,- työyksikkö tai toimintayksikkö-koh-taista</p>	<p>Korostuu kliininen osaaminen ja päätöksentekotaidot</p> <p>Teoriatiedon ja kädentaitojen soveltaminen ja yhdistäminen</p> <p>Yksilön tai ryhmän osaaminen</p> <p>Objektiivisia menetelmiä</p> <p>Kustannukset voivat olla suuret</p> <p>Vaatii huolellista suunnittelua</p> <p>Yhtenäiset arviointikriteerit</p>	<p>Teoriatiedon hallitseminen</p> <p>Päätöksenteko</p> <p>Tentin laatiminen vaatii huolellista suunnittelua ja arviointia</p> <p>Vertailukelpoisia</p>	<p>Varmistetaan ammatillinen perusosaaminen</p> <p>Yhdenmukaistaa toimintaa ja hoitoa</p> <p>Tukimuodot näyttöön perustuvia</p> <p>Lisää toiminnan sujuvuutta</p> <p>Lisää potilasturvallisuutta</p> <p>Kustannukset pääsääntöisesti edullisia</p> <p>Voidaan hyödyntää ja soveltaa hyviä käytäntöjä muista yksiköistä</p>
<p>Voi arvioida kykyä/ pätevyyttä suorittaa työtehtäviä</p>		<p>Osaamisen lisääminen, kehittämisen, syventäminen</p>		<p>Osaamisen mittaaminen, arvioiminen, testaaminen</p>		<p>Tiedon ja osaamisen tuki, varmistaa päätöksentekoa ja osaamista</p>

## Osaamisen varmistamisen prosessi - esimerkki sairaanhoitajan laajennettuun tehtäväkuvaan liittyvästä osaamisen varmistamisesta

Kuviossa 7 on kuvattu sairaanhoitajan vastaanottotyön laajennetun tehtäväkuvan osaamisen kehittämisen ja varmistamisen prosessi.



**KUVIO 7. Osaamisen varmistaminen sairaanhoitajan laajennetussa tehtäväkuvassa**

## 7 POHDINTA

### 7.1 Kehittämistyön prosessin arviointi

Tämän kehittämistyön tarkoitus oli muodostaa kirjallisuuden pohjalta kuvaus terveydenhuollon työnjakoon liittyvästä prosessista ja työnjakoon liittyvistä osaamisen varmistamisen menetelmistä, joita työnjaossa voidaan hyödyntää. Tarkoituksena oli lisäksi kuvata sekä kirjallisuudesta nousevia että Keski-Suomen RAMPE-alueen perusterveydenhuollon vastaanottojen eri ammattiryhmien välisessä työnjaossa käytettäviä osaamisen varmistamisen menetelmiä. Tavoitteena oli, että saatua tietoa voidaan käyttää terveydenhuollon työnjaon ja siihen liittyvän osaamisen kehittämisessä ja varmistamisessa sekä koulutusten ja koulutustarpeiden suunnittelussa ja toteuttamisessa yhteistyössä oppilaitosten kanssa. Kehittämistyön avulla saatiin tietoa työelämän kehittämisen avuksi, sillä osaamisen varmistamista ei ole aikaisemmin kuvattu terveydenhuollon työnjaon näkökulmasta. Kehittämistyössä on pääosin keskitytty sairaanhoitajan työtä koskevaan työnjakoon, mutta työn tuloksia voi hyödyntää ja soveltaa laaja-alaisemmin terveydenhuoltoalalla.

Kehittämistyön eri vaiheet tukivat toisiaan. Työnjaon prosessin kuvaaminen selvensi työnjakoon liittyviä vastuukysymyksiä sekä hahmotti osaamisen varmistamisen kokonaisuutta osana työnjakoa. Työnjakoon liittyvien toimintamallien ja osaamisen varmistamisen menetelmien selvittäminen työelämän esimerkkien pohjalta nosti esiin käytäntöjä ja toimintamalleja, joita työnjaossa voi hyödyntää laajemmalti toimintatapojen yhtenäistämiseksi. Kirjallisuuden pohjalta nousseiden osaamisen kehittämisen ja varmistamisen menetelmien avulla saatiin toisaalta tutkittua tietoa eri menetelmistä, joita työnjakoon liittyvässä osaamisen kehittämisessä ja varmistamisessa voisi hyödyntää ja soveltaa. Lisäksi osaamisen varmistamisen eri vaiheet työnjakoon liittyen kuvattiin kokonaisuudessaan, jota kirjallisuuden perusteella ei ole aikaisemmin kuvattu.

Kehittämistyön tavoitteisiin päästiin kohtalaisesti. Kehittämistyön aihe oli ajankohdainen ja työelämän kehittämistarpeista noussut. Aiheen laajuudesta johtuen kehittämistyön prosessin eteenpäin vieminen oli kuitenkin haastavaa. Lisäksi RAMPE-

hankkeen päättymisaikataulun vuoksi kehittämistyö tuli saada vaativalla aikataululla valmiiksi. Kehittämistyön etenemisessä aiheen tarkempi rajaaminen tai selkeän näkökulman valinta olisi ohjannut työtä täsmällisemmin ja tarkempiin työelämän kehittämisehdotuksiin.

Rampe-hankkeen toiveena oli, että luotaisiin toimintamalli osaamisen varmistamisen prosessista. Kirjallisuuden ja työelämästä saatujen toimintamallien pohjalta onnistuimme luomaan kuvauksen osaamisen varmistamisesta yleisellä tasolla (ks. kuvio 6). Kuvausta voi hyödyntää työnjaon suunnittelussa ja toteuttamisessa mutta esimerkiksi alueellista toimintamallia luotaessa toiminnan yhtenäistäminen vaatisi eri organisaatioiden välistä yhteistyötä ja sitoutumista pitkällä aikavälillä, sillä haasteeksi kuvauksen luomisessa osoittautui organisaatioiden erilaiset käytännöt, henkilöstörakenteet ja toimintakulttuurit. Työnjakoon liittyvän osaamisen varmistamisen yhtenäisen toimintamallin luominen edellyttäisi myös yhteneväisiä työnjaon sisältöjä sekä käsitteiden ymmärtämistä.

## **7.2 Luotettavuus**

Kehittämistyön kirjallisuutta kuvaavissa osioissa aineiston keruussa on käytetty sekä kotimaisia että ulkomaisia tietokantoja, jotta näyttöön perustuvaa tietoa saataisiin mahdollisimman kattavasti. Hakusanojen valinnassa ja hakujen tekemisessä on lisäksi käytetty informaation apua. Haasteeksi kirjallisuuden hakemisessa osoittautui kuitenkin kehittämistyön aiheen laajuus, käsitteiden kirjavuus sekä tutkitun, näyttöön perustuvan tiedon saaminen, sillä aihetta on tutkittu hyvin vähän. Ulkomaisen kirjallisuuden hyödyntäminen oli myös haastavaa erilaisten terveydenhuoltojärjestelmien vuoksi.

Tiedonkeruu Keski-Suomen RAMPE-alueen perusterveydenhuollon vastaanottojen esimiehiltä tapahtui kirjallisten toimintaohjeiden pohjalta sekä tietoja täydentävillä esimiesten puhelin- ja sähköpostitse tapahtuvilla tiedonannoilla. Tiedonantojen avulla aineistoa saatiin kirjallisten toimintaohjeiden lisäksi sellaisista asioista, jotka eivät käyneet kirjallisesta aineistosta ilmi. Tällä lisättiin tiedonkeruusta saatua tietoa ja

luotettavuutta. Koska tietoja jouduttiin usein täydentämään puhelimitse tai sähköpostilla, niin toimintamallit, jotka kehittämistyössä on kuvattu, on ennen niiden liittämistä työhön hyväksytetty kirjallisessa muodossa kyseisen yksikön esimiehellä asiavirheiden poissulkemiseksi.

Saimme työelämän toimintamalleihin liittyvää aineistoa jokaisesta organisaatiosta, johon tiedonkeruu kohdistui. Kirjallisen materiaalin sisällöt kuitenkin vaihtelivat suuresti, sillä työnjakoon liittyvästä osaamisen varmistamisesta ei ollut kaikissa yksiköissä selkeää toimintamallia. Työnjakoon liittyvä osaamisen varmistaminen oli entuudestaan melko vähän tutkittu ja selvitetty aihe ja jo ennalta tiedettiin, että toimintamallit vaihtelevat paljon. Tämän vuoksi tiedettiin myös se, että aihe tuottaa hyvin erilaisia ja vaihtelevia vastauksia. Siitä syystä suulliset tiedonannot tukivat tiedonkeruuta hyvin. Tiedonkeruu ei kuitenkaan tässä tapauksessa olisi toistettavissa, sillä aineiston käsittelyssä tietoja on täydennetty tarpeen mukaan eli järjestelmällistä, toistettavissa olevaa aineiston käsittelytekniikkaa ei voitu suorittaa. Tämä vähentää tulosten luotettavuutta (vrt. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 261).

### **7.3 Johtopäätökset ja kehittämissuositukset**

Työnjaon lähtökohtana tulisi olla asiakkaiden palveluiden parantaminen ja hoidon sujuvoittaminen. Johtamisella mahdollistetaan työnjaon toteutuminen tarkoituksenmukaisesti: osaamisen varmistaminen tulisi huomioida työnjaon suunnittelussa, kehittämisessä, toteuttamisessa ja seurannassa, jotta potilasturvallisuus, työturvallisuus ja niin henkilöstön kuin asiakkaan oikeusturva säilyy. Myös laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä ylläpitämään omaa ammatillista osaamista sekä tunnistamaan oman osaamisen rajat ja ammatilliset oikeudet.

Työnjaon tulisi toteutua turvallisesti ja suunnitelmallisesti ja se tulisi nähdä laajalaisena kokonaisuutena. Vastuukysymysten ratkaisu sekä osaamisen kehittäminen ja varmistamisen toteutuminen on työnjaossa jäänyt pitkälti organisaatioiden johdon ja lähiesimiesten päätettäväksi. Osaamisen varmistaminen tulisi suunnitella työnjaon muodon ja vaativuuden mukaan yhtenäisiä käytäntöjä mukailleen sekä alueellisella

että valtakunnallisella tasolla. Työnjaossa vaadittava osaaminen tulisi olla ennalta määritelty sekä työnjaon sisältöön ja laajuuteen suhteutettuna; pätevyysvaatimukset, osaamisvaatimukset ja -tasot, miten osaaminen varmistetaan ja ylläpidetään jatkossa. Suomessa ei ole luotu työnjakoon liittyviä kansallisia eikä alueellisesti yhteneväisiä, aukottomia toimintatapoja henkilöstön osaamisen varmistamisessa. Yhteneväisillä toimintamalleilla, joissa osaamisen varmistaminen olisi systemaattista, voisi alueellisia ja yksikkökohtaisia eroavaisuuksia kaventaa. Toiminnan yhtenäistämällä työnjakoon liittyvää prosessia saataisiin valtakunnallisesti läpinäkyvämmäksi.

Osaamisen kehittämisen ja varmistamisen suhteen tulisi yhteistyötä tehdä entistä enemmän työelämän ja oppilaitosten välillä. Yhteistyöllä mahdollistetaan esimerkiksi näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen, yhtenäisten toimintatapojen juurruttaminen ja vaihtelevien opetusmenetelmien hyödyntäminen työnjakoon liittyvässä osaamisessa. Osaamisen kehittämisessä, kuten työnjakoon liittyvien koulutuksien toteutuksessa, tulisi hyödyntää tehokkaita ja tarkoituksenmukaisia opetusmenetelmiä, kuten potilasturvallista simulaatio-opetusta (Berkenstadt, Erez, Munz, Simon & Ziv 2007; Nishisaki, Keren & Nadkarni 2007) ja OSCE-menetelmää, jolla on todettu olevan myönteisistä oppimistuloksista sairaanhoitajaopiskelijoiden parissa (Caballero, Creed, Gochmasnki & Lovegrove 2012, 1-7; Brewer 2011; Preusch, Bea, Roggenbach, Katusa, Jüngerc & Nikendei 2010; Ahuja 2009; Weiner 2006). Tätä tietoa voisi soveltaa myös työnjaon osaamisen kehittämisessä ja varmistamisessa.

## LÄHTEET

Aho, H. & Luojus, K. 2010. Lääkehoitokoulutusta verkossa. *Sairaanhoitaja* 4 (83), 43-44.

Ahuja, J. 2009. How to develop and run an OSCE (Objective Structured Clinical Examination). *Practice Nurse* 5, 37.

Anderson, D., Gardner, G., Ramsbotham, J. & Tones, M. E-portfolios: developing nurse practitioner competence and capability. *Australian Journal of Advanced Nursing* 26, 4, 70-76. Viitattu 6.4.2012.

[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564. Finlex® – Valtion säädöstietopankki. Viitattu 23.1.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940564>

Australian Nursing and Midwifery Council (ANMC). 2005. National Competency Standards for the Registered Nurse. Viitattu 15.3.2012.

<http://theses.flinders.edu.au/uploads/approved/adtSFU20100708.110421/public/09Appendix7.pdf>

Berkenstadt, H., Erez, D., Munz, Y., Simon, D. & Ziv, A. 2007. Training and assesment of trauma management: The role of simulation-based medical education. *Anesthesiology Clinics*, 25, 1.

Black, J., Allen, D., Redfern, L., Muzio, L. Rushowick, B., Balaski, B., Martens, P., Crawford, M., Conlin-Saindon, K., Chapman, L., Gautreau, G., Brennan, M., Gosbee, B., Kelly, C. & Round, B. 2008. Competencies in the context of entry-level registered nurse practice: a collaborative project in Canada. *International Nursing Review* 55, 171-178. Viitattu 24.2.2012.

[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.

Brewer, E. 2011. Successful Techniques for Using Human Patient Simulation in Nursing Education. *Journal of Nursing Scholarship* 43, 3, 311–317. Viitattu 20.3.2012.

[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.

Buchan, J. & Calman, L. 2004. Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. *OECD Health Working Papers*. Viitattu 16.1.2012.

<http://www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785.pdf>

Buchan, J., Ball, J. & O`May, F. 2000. Determining Skill Mix: Practical Guidelines for Managers and Health Professionals. Queen Margaret University College. Edinburgh. Issues in health services delivery. World Health Organization. Geneva. Viitattu 10.3.2012.

[http://www.who.int/management/determining\\_skill\\_mix.pdf](http://www.who.int/management/determining_skill_mix.pdf)

Butler, M.P., Cassidy, I., Quillinan, B., Fahy, A., Bradshaw, C., Tuohy, D., O'Connor, M., McNamara, M., Egan, G. & Tierney, C. 2011. Competency assessment methods eTool and processes: A survey of nurse preceptors in Ireland. *Nurse Education in Practice* 11, 298-303. Viitattu 6.4.2012.

<http://www.mendeley.com/research/competency-assessment-methods-tool-processes-survey-nurse-preceptors-ireland/#>

Caballero, C., Creed, F., Gochmanski, C. & Lovergrove, J. 2012. *Nursing OSCEs. A complete guide to exam success.* Oxford: Oxford University Press.

Cotter, V.T., Bradway, C.K., Cross, D. & Taylor, M.A. 2009. Clinical evaluation tools for dual track adult and gerontology nurse practitioner students. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* Vol 21, 658–662.

Cowan, D. Wilson-Barnett, J. Norman, I. & Murrells, T. 2008. Measuring nursing competence: Development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *International Journal of Nursing Studies* 45, 904–907. Viitattu 20.3.2012.

<Http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO.

Dierick-van Daele, A., Steuten, A., Romeijn, A., Derckx, E. & Vrijhoef, H. 2011. Is it economically viable to employ the nurse practitioner in general practice? *Journal of Clinical Nursing* 20, 526.

<Http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO.

Dowding, D., Mitchell, N., Randell, R., Foster, R., Lattimer, V. & Thompson, C. 2009. Nurses' use of computerised clinical decision support systems: a case site analysis. *Journal of Clinical Nursing* 18(8), 1159-1167.

<Http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO.

Dubois, C-A. & Singh, D. 2009. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Review. Human Resources for Health* 2009, 7, 87.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY ammattipätevyyden tunnustamisesta. Viitattu 16.2.2012.

<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:fi:PDF>

Garg, AX., Adhikari, NK., McDonald, H., Rosas-Arellano, MP., Devereaux, PJ., Beyene, J., Sam, J & Haynes, RB. 2005. Effects of computerized clinical decision support systems on practioner performance and patient outcomes: a systematic review. *The Journal of the American Medical Association* 9, 293(10), 1223-1238. Viitattu 18.3.2012.

<Http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO.

Haapa-aho, M., Koskinen, M-K., Kuosmanen, I. 2009. Työnjakomallit - Laajennetaan-ko tehtäväkuva vai siirretäänkö tehtäviä. Tehy:n julkaisusarja F: 3/2009. Tehy ry.  
Haimakainen, H., Vehviläinen, A. & Kumpusalo, E. 2011. Perusterveydenhuollon johtamista ja terveystieteiden lääkäreiden oman työn hallintaa on parannettava. Suomen Lääkärilehti 34, 66, 2423-2424.

Heikkilä, J. 2011. Näytöt osaamisen varmistamisessa - esimerkkinä sairaanhoitajien rajattuun lääkkeenmäärämisoikeuteen liittyvä koulutus. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.2.2012.  
[www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=31172](http://www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=31172)

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. 2007. Kehitä osaamista! –työkirja. Toim. Eklund, R., Tyyskä, U. & Ropo, R. Viitattu 20.3.2012.  
[http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/ebb374004a176e1293d6fb3d8d1d4668/kehita\\_osaamista.pdf?MOD=AJPERES](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/ebb374004a176e1293d6fb3d8d1d4668/kehita_osaamista.pdf?MOD=AJPERES)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. p. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Honkalampi, T. 2009. Johtaminen avainasemassa muutoksessa. Tehyn julkaisusarja F: 2/09.

Hopia, H. Raappana, M. Perttunen, J. Tiikkainen, P. & Liimatainen, L. 2006. Laajavastuinen hoitotyö asiantuntijasairaanhoitajan haasteena. Sairaanhoitaja 8, 14-16.  
Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveystieteiden työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön selvityksiä. Helsinki.

Humphris, G.M. & Kaney, S. 2000. The Objective Structured Video Exam for assessment of communication skills. Medical Education 34, 939-945.

Hätönen, H. 2003. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Helsinki: Educa-Instituutti Oy.

International Council of Nurses (ICN). 2010. Guidelines. Law and the Workplace. Viitattu 19.2.2012.  
[http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline\\_law\\_workplace.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_law_workplace.pdf)

Jussila, A., Paavola, A. & Mahlamäki-Kultanen, S. 2008. Ammattiosaamisen näytöt – kokemuksia ensimmäiseltä kierrokselta. Opetushallitus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kanste, O. 2011. Asiantuntijoiden johtamisen haasteet ja mahdollisuudet hoitotyössä. Teoksessa Sairaanhoitaja asiantuntijana – Hoitotyön vuosikirja 2011. Iiri Ranta (toim.) Sairaanhoitajaliitto. Edita Prima Oy. Helsinki. Sivulta 131-132.

Koikkalainen, P., Ahonen, T., Ruoranen, M., Hänninen, J., Kuusinen, A., Tiikkainen, P., Kettunen, T., Honkonen, P. & Kumpusalo, E. 2011. Rautaista ammattitaitoa - terve-

yskeskustyö kestävän kehityksen polulla. Rampe-hankkeen alkuselvityksen tuloksia. Viitattu 3.2.2012.

<http://www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=34523&GUID={664C298A-B5E9-4225-B79D-AF5534441135}>

Koponen, J. 2011. Kokemukselliset oppimismenetelmät lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Koponen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. 2011. ”On tärkeää kuunnella potilasta tarkkaan ja myös osoittaa se” – lääketieteen opiskelijoiden itsearvioidut oppimistulokset kolmessa ryhmässä. Prologi. Puheviestinnän vuosikirja 2011, 7-24.

Koponen, J., Pyörälä, E. & Isotalus, P. 2010. A comparison of medical students’ perceptions of three experiential methods. Health Education 4 (111), 296 – 318.

Kunnallinen Työmarkkinalaitos. 2009. Tehtävien ja työnjaon muutokset. Opas terveydenhuollon ja työelämän kehittämiseen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kirjapaino Uusimaa.

Kuntatyönantajat. 2011. Osaamista kehittämään! Periaatteita ja menetelmiä osaamisen ylläpitoon ja lisäämiseen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Viitattu 11.2.2012. [shop.kuntatyönantajat.fi/uploads/osaamista\\_kehittamaan.pdf](http://shop.kuntatyönantajat.fi/uploads/osaamista_kehittamaan.pdf)

Kupiainen, M. 2007. Osaamiskartta antaa suuntaa ammatilliselle kehittymiselle. Premissi: terveys- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu 2, 5, 14-16.

Kääriäinen, O., Törmä, A-M., Torppa, K. & Paasivaara, L. 2009. Vetovoimaisen hoitotyön malli ja sen piirteitä OYS:n ERVA-alueen sairaaloissa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/2009.

Laitinen-Pesola, J. 2011. Tuottavuus sairaanhoitajan työssä. Teoksessa Sairaanhoitaja asiantuntijana – Hoitotyön vuosikirja 2011. Toim. I. Ranta. Sairaanhoitajaliitto. Helsinki: Edita Prima Oy, 152-155.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Finlex® – Valtion säädöstietopankki. Viitattu 23.1.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. & Sibbald, B. 2004. Substitution of doctors by nurses in primary care (Review). The Cochrane Library 2009, Issue 1.

Laurant, M., Hermens, R., Braspenning, J., Reinier, H., Akkermans, R., Sibbald, B. & Grol, R. 2008. An overview of patients’ preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. Journal of Clinical Nursing 17, 2690.

- Lauritsalo, S. 2000. Hoitotason sairaankuljettajien testaus Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä. *FINNANEST* 33 (2), 169-170.
- Leppänen, N. & Puupponen, A. 2009. Hoitotyön asiantuntija -käsitteen määrittelyä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö.
- Lindström, E. 2003. Terveysthuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:12. Helsinki.
- Luby, M., & Riwley, J. & Towne, G. 2006. Nursing Research Journal Clubs: Bridging the Gap Between Practice and Research. *MEDSURG Nursing* 2, 15, 100-102.
- Meretoja, R. 2003. Nurse competence scale. Väitöskirja. Turku: Turun Yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Meriö, A. 2009. Hoitotyön tutkimusklubit tuovat teorian käytäntöön. *Sairaanhoitaja* 12 (82), 29-31.
- Mould, J., White, H. & Gallagher, R. 2011. Evaluation of a critical care simulation series for undergraduate nursing students. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 38(1/2), 188-189.
- Nishisaki, A., Keren, R. & Nadkarni, V. 2007. Does simulation improve patient safety?: Self-efficacy, competence, operational performance and patient safety. *Anesthesiology Clinics* 25, 225-236.
- Nurmela, T., Isotalo, A. & Nygren, P. 2011. Hoitotyön laajojen vastuutehtävien määrittely ja hallinnollisten menettelyjen kehittäminen. Lahden Ammattikorkeakoulu. Viitattu 2.2.2012.  
[http://pro.phkk.fi/kit/articles%5CNurmela\\_article.pdf](http://pro.phkk.fi/kit/articles%5CNurmela_article.pdf)
- Nurmela, T. & Isotalo, A. 2011. Laaja-alaisten hoitotyön tehtävien kartoitus ja organisointi. Raportissa Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla. Aluvaikutavuutta ASTE-projektilla. Toim. M. von Schantz, H. Toivonen, K. Lind. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 97-98. Viitattu 20.2.2012.  
<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161802.pdf>
- Nursing & Midwifery Council (NMC). 2010. Standards for Pre-registration Nursing Education. Nursing and Midwifery Council, London. Viitattu 16.2.2012.  
<http://standards.nmc-uk.org/PublishedDocuments/Standards%20for%20pre-registration%20nursing%20education%2016082010.pdf>
- Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.

- Peltonen, E. 2010. Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan organisointi henkilöstön työnjakoa uudistamalla. *Pro Terveys* 38,1, 6-7.
- Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa - Vertaileva tutkimus. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Preusch, M., Bea, F., Roggenbach, J., Katus H., Jünger, J. & Nikendei, C. 2010. Resuscitation Guidelines 2005: does experienced nursing staff need training and how effective is it? *The American Journal of Emergency Medicine* 28, 4, 477.
- Price, B. 2005. Thinking aloud your practice. *Nursing Standard* 19 (31), 13-19.
- Purcell, J. 2001. National Vocational Qualifications and competence-based assessment for technicians - from sound principles to dogma. *Education + Training* 43, 1, 30-39. Viitattu 6.4.2012.  
<http://www.jamk.fi/kirjasto>, Lehtiportaali.
- Pyörälä, E. 2007. Oppimisen arviointijärjestelmä osana lääketieteellisen tiedekunnan laatu järjestelmää. Viitattu 13.4.2012.  
<http://www.med.helsinki.fi/tuke/tiedostot/arviointijarjestelma.pdf>
- Renholm, M. 2005. Työnjaon tarkistamisen kautta osaamisen lisäämiseen. *Pro Terveys* 2, 8-9.
- Räkköläinen, M. 2011. Mitä näytöt näyttävät? Luotettavuus ja luottamus ammatillisten perustutkintojen näyttöperusteisessa arviointiprosessissa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, kasvatustieteiden yksikkö.
- Saimaan Ammattikorkeakoulu. Verkko-opetus. Viitattu 22.4.2012.  
<http://www.saimia.fi/fi-FI/opiskelu/opiskelu-saimaan-amk/verkko-opetus>
- Salin, S., Liimatainen, T., Holmberg-Marttila, D. & Aalto, P. 2012. Erikoissairaanhoidon hoitajavastaanottojen hyödyistä kansainvälistä näyttöä. *Suomen Lääkärilehti* 6, 67, 423-426.
- Salminen, S. 2011. Hoitajien ja hoitajaopiskelijoiden itsearviointi verkkokurssin vaikuttavuudesta lääkehoidon osaamiseen. Pro Gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta- Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Scholes, J., Webb, C., Gray, M.A., Endacott, R., Miller, C.M.L., Jasper, M. & McMullan, M. 2003. Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced nursing* 41, 3, 283-294.
- Sibbald, B., Shen, J. & McBride A. 2004. Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of Health Services Research & Policy* 9,1, 28-38.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088. Finlex® - Valtion säädöstietopankki. Viitattu 23.1.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003a. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:33. Helsinki 2004.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003b. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen nykytila ja parhaat käytännöt. Työryhmämuistioita 2002:23. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003c. Terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutus Suomessa ja eräissä muissa maissa. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Terveydenhuollon täydennyskoulutus- osahanke. Monisteita 2003:11. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 23.2.2012.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Kunta -ja palvelurakennemuutos (Paras). Viitattu 6.2.2012.  
[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/palvelurakennemuutos/paras](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos/paras)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012 – 2015. Viitattu 6.2.2012.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-17905.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-17905.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012b. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7.

Tella, S., Vahtivuori, S., Vuorento, A., Wager, P. & Oksanen, U. 2001. Verkko opetuksessa -opettaja verkossa. Helsinki: Edita oyj.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Finlex® – Valtion säädöstietopankki. Viitattu 23.1.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Terveydenhuoltolaki>

- Torppa, K. 2011. Asiantuntijoiden johtaminen terveydenhuollossa. Teoksessa Sairaanhoidtaja asiantuntijana – Hoitotyön vuosikirja 2011. Iiri Ranta (toim.) Sairaanhoidtajaliitto. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Tuokko, A. 2005. Osaamiskartoitukset ja osaamisen johtaminen. *Pro Terveys* 2, 8-9.
- Tärnvik, A. 2005. Ongelmakeskeinen oppimismenetelmä sitouttaa. Todenmukaiset harjoitukset valmentavat opiskelijoita lääkärin työhön. *Suomen Lääkärilehti* 60, 18-19, 2109-2113.
- Vallimies-Patomäki, M. 2009a. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön – Kansallinen toimintaohjelma 2009 - 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:18. Helsinki.
- Vallimies-Patomäki, M. 2009b. Miten työnjaon uudistamista jatketaan? Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 27.1.2012.  
[http://www.sosiaalikallega.fi/kaste/lappi/perusterveydenhuollon\\_kehittaminen/tyonjakohanke/tyonjakohankkeen-loppuseminaarimateriaalit/Miten%20tyonjaon%20uudistamista%20jatketaan%20-%20Vallimies-Patomaki.pdf](http://www.sosiaalikallega.fi/kaste/lappi/perusterveydenhuollon_kehittaminen/tyonjakohanke/tyonjakohankkeen-loppuseminaarimateriaalit/Miten%20tyonjaon%20uudistamista%20jatketaan%20-%20Vallimies-Patomaki.pdf)
- Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 15.5.2003/ 352. Viitattu 16.2.2012.  
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030352?search\[type\]=pika&search\[pika\]=asetus%20ammattikorkeakouluista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030352?search[type]=pika&search[pika]=asetus%20ammattikorkeakouluista)
- Valvira. Ammattioikeudet. Viitattu 26.1.2012  
<http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet>
- Walsh, M., Bailey, P. & Koren, I. 2009. Objective structured clinical evaluation of clinical competence: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 65(8), 1584-1595.
- Weiner, E. 2006. Addressing Emergency Preparedness and Response Competencies for Nurses through Simulation Experiences. *Clinical Simulation in Nursing* 2, 2, 46-47.
- Wiggins, M.S. & Hyrkäs, K. 2011. Achieving Excellence in Nursing Management. *Journal of Nursing Management* 19, 2. Viitattu 21.2.2012.  
<Http://www.jamk.fi/kirjasto, Lehtiportaali>.
- Yanhua, C. & Watson, R. 2011. A review of clinical competence assessment in nursing. *Nursing Education Today* 31, 832-836. Viitattu 20.2.2012.  
<Http://www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, EBSCO>.
- Yliniemi, P. & Poikela, P. 2011. Simulaatio-opetus mahdollistaa eettisesti korkeatasoisen hoitotyön. *Sairaanhoidtaja* 9, 84, 40-41.

### **Julkaisemattomat lähteet**

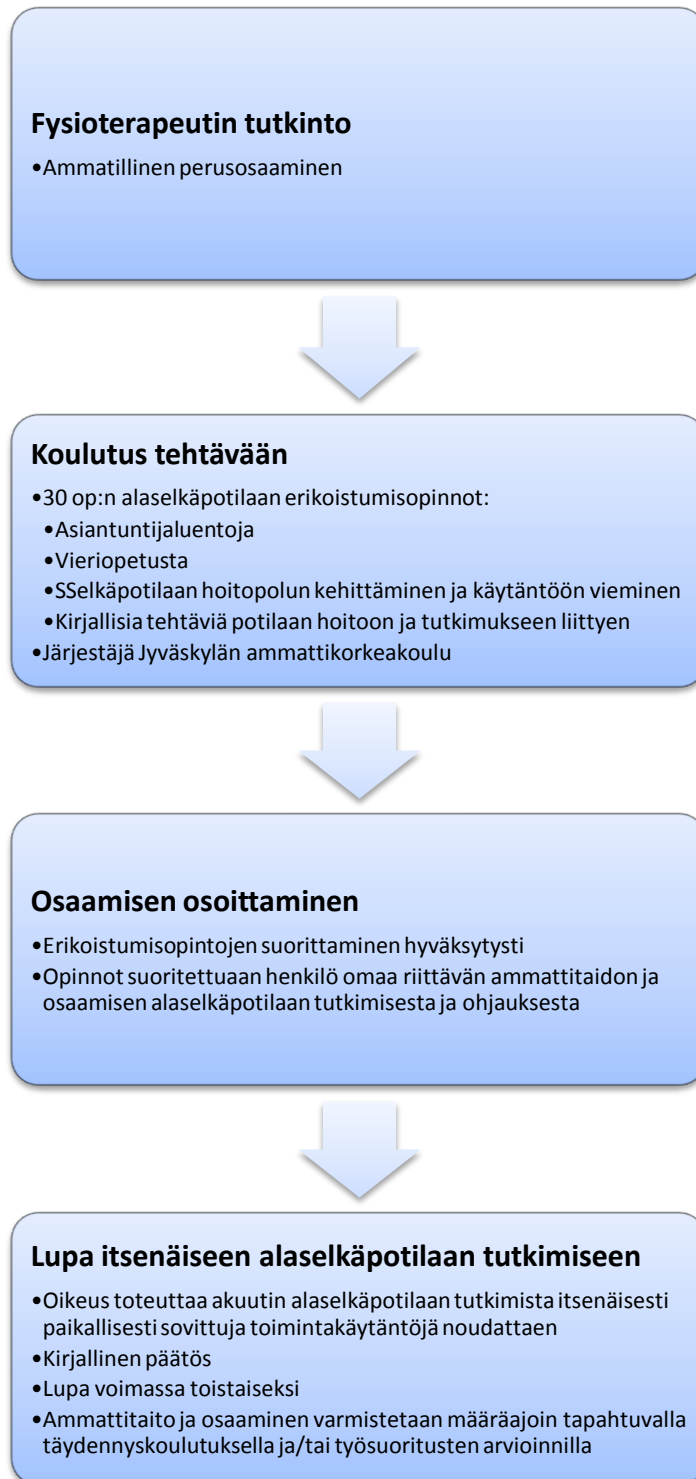
Hakulinen-Enroos, H., Humalamäki, E., Lassila, M., Mäkinen, P., Oikarinen, R., Perko, U., Pihlajamäki, K., Pyhälä-Liljeström, P., Ropponen, A., Venäläinen, M. & Vilppola, P. 2007. Ammattiryhmien välinen tehtäväsiirto työnjaon kehittämisessä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Työryhmän laatima ohjeistus. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2009. Keski-Suomen keskussairaalan yhteispäivystyksen sairaanhoitajan itsenäisen vastaanottotoiminnan prosessin kuvaus.

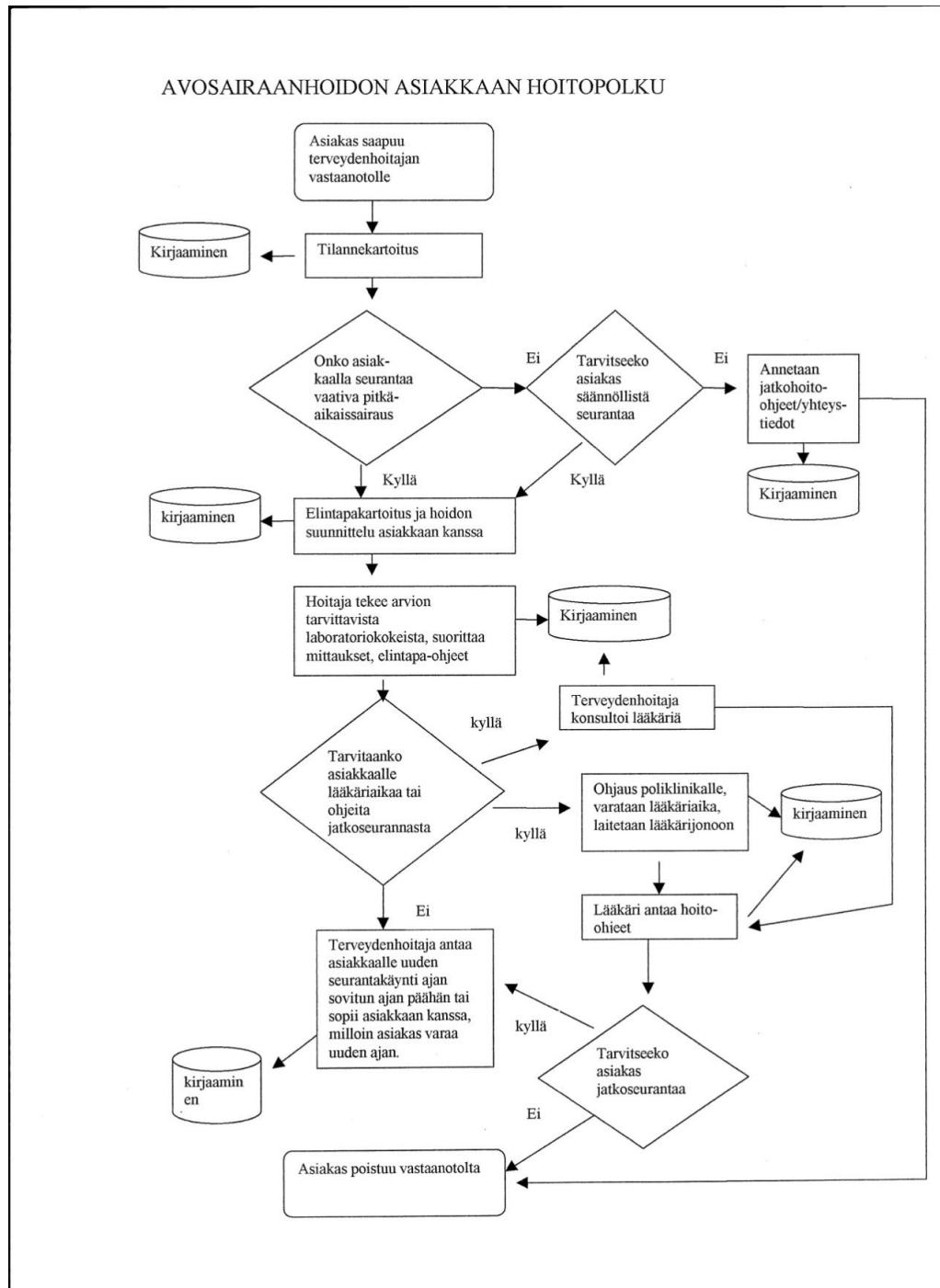
Kuiri, S., Pikkarainen, A., Wilen, S., Malinen, S. & Maukonen, M. 2009. Ammattiryhmien välinen tehtäväsiirto ja työnjako toiminnan kehittämisen välineenä. Työryhmän laatima ohjeistus. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.

## LIITTEET

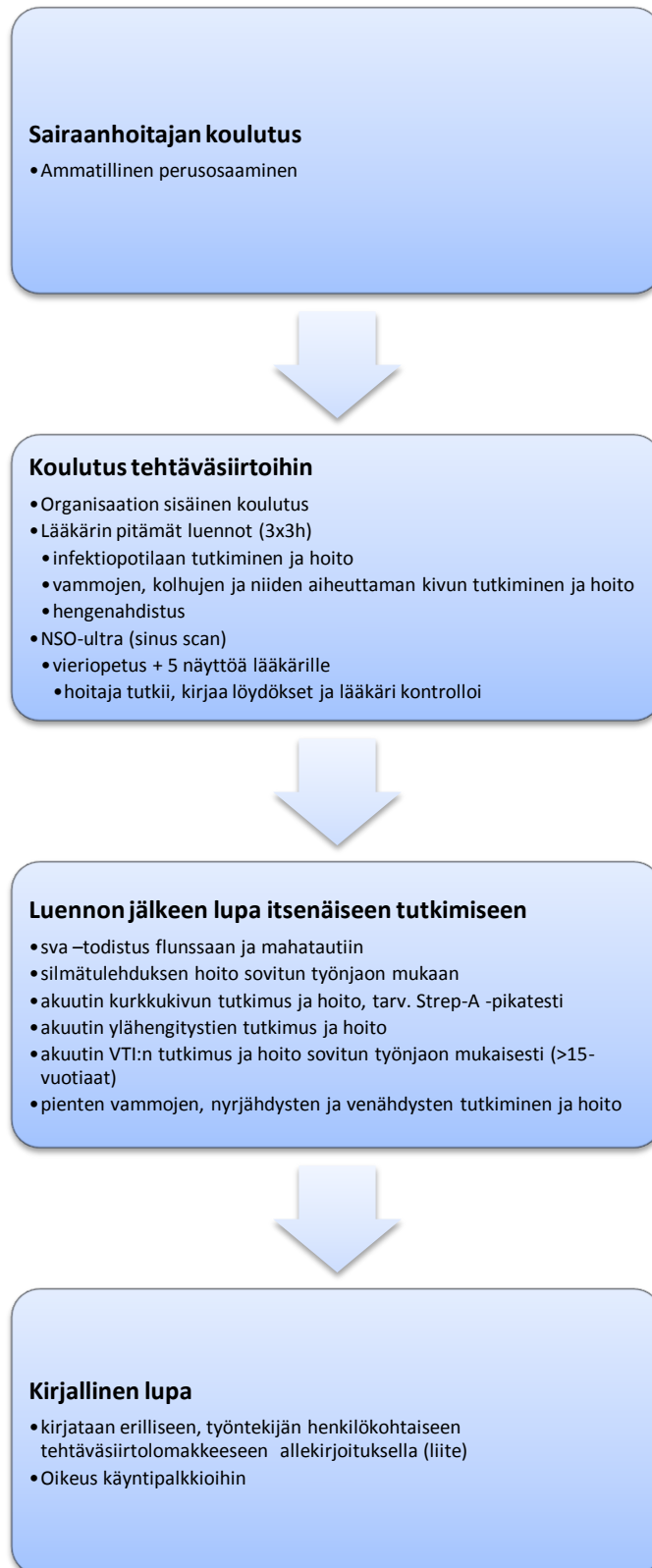
LIITE 1. Lupakäytäntö fysioterapeutin itsenäisesti suorittamasta akuutin alaselkäpotilaan tutkimisesta Saarijärvi-Karstulan terveydenhuollon kuntayhtymässä



## LIITE 2. Diabetespotilaan hoitopolku työnjaon tukena Wiitaunionin terveysasemilla



LIITE 3. Lupakäytäntö pienten vammojen ja akuuttien infektiopotilaiden itsenäiseen tutkimiseen sairaanhoitajan vastaanotolla Keuruun terveysasemalla /Keski-Suomen Seututerveyskeskuksessa



#### LIITE 4. Sairaanhoidajan vastaanottotyön (aluehoitajan) osaamisen varmistamisen prosessi Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksissa

##### Osaamis- ja pätevyysvaatimukset

- sairaanhoidajan tutkinto
- vähintään kahden vuoden työkokemus, josta yhden vuoden työkokemus avosh:n vastaanotto toiminnasta ja tietoa yhteistyötahoista
- kykyä itsenäiseen päätöksentekoon
- perehtyneisyyttä infektiosairauksien ja keskeisimpien kansansairauksien hoitoon
- tietoteknisiä valmiuksia, huolellista kirjaamista ja tilastointia asiakirjoihin
- kykyä uuden tiedon hankintaan ja soveltamiseen
- ymmärtää terveyttä edistävän ja sairauksia ehkäisevän ohjaustyön merkitys ja kyetä soveltaa ohjaustyötä osana itsehoidon tukemista



##### Voi koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtäväkuvansa mukaisesti aloittaa hoidon potilaan oireiden, käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella:

- osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen
- määrätä yleisimpiä laboratoriotestejä
  - kokeiden määräämisen tulee olla perusteltua (pitkäaikaissairauden kontrolli, akuutti oire/sairaus) ja sen tulee tapahtua tarvittaessa lääkärin konsultoiden ja sovitujen hoitokäytäntöjen mukaisesti
- tulkita laboratoriotestien vastauksia



##### Laaja-alaiseen vastaanottotyöhön liittyvä tehtävien siirto tapahtuu lisäkoulutuksen ja sitä seuraavan osaamisen varmentamisen jälkeen ja ne koskevat tiettyjä potilasryhmiä ja niiden hoitoa:

- antikoagulanttihoitoannostuksen määräys
  - erillinen koulutus+tentti+näytöt
- tutkimusten tekeminen käyttäen apuna erilaisia tutkimusvälineitä (sinuscan)
  - Näytöt
- sovitujen hoitokäytäntöjen mukaisesti sairaanhoitaja voi tarvittaessa kirjoittaa hoito/sairauslomaa 1-5 päivää tietyissä infektiosairauksissa
  - itseopiskeluna näyttöön perustuva infektiosairauksien hoitokartta ja hoitokäytännöt
- vieritestien tekeminen (mm. pika CRP, pikanielunäyte, Hb, U-stix)
  - tulossa koulutus, jossa tietyt hoitajat koulutetaan ottamaan vastaan näyttöjä omilla toimipisteissä
- reumapotilaiden turvakokeet
- reseptinanolupa tiettyihin rokotteisiin ja sairaudenhoitoon käytettäviin lääkkeisiin (vti, silmätulehdus, nielutulehdus, näärännäppy, palovamma)
  - Infektiosairauksien itseopiskelumateriaalin pohjalta kirjallinen tentti (VALVIRAN ERITYISLUPA)
- Lääkehoidon toteutus
  - LOVE-tentti 5-vuoden välein (itseopiskelu+tentti+näytöt)

## LIITE 5. Sairaanhoidajan vastaanottotyön ja siihen sisältyvien työnjaollisten tehtävien määrittely ja osaamisen varmistaminen Joutsan terveysasemalla

### JOUTSAN SEUDUN TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ

#### TODISTUS KOULUTUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Sairaanhoidaja ..... on osallistunut tehtäväkuvan laajentamiseen liittyvään koulutukseen ajalla 28.10.2004-24.02.2005 ja koulutus jatkuu edelleen.

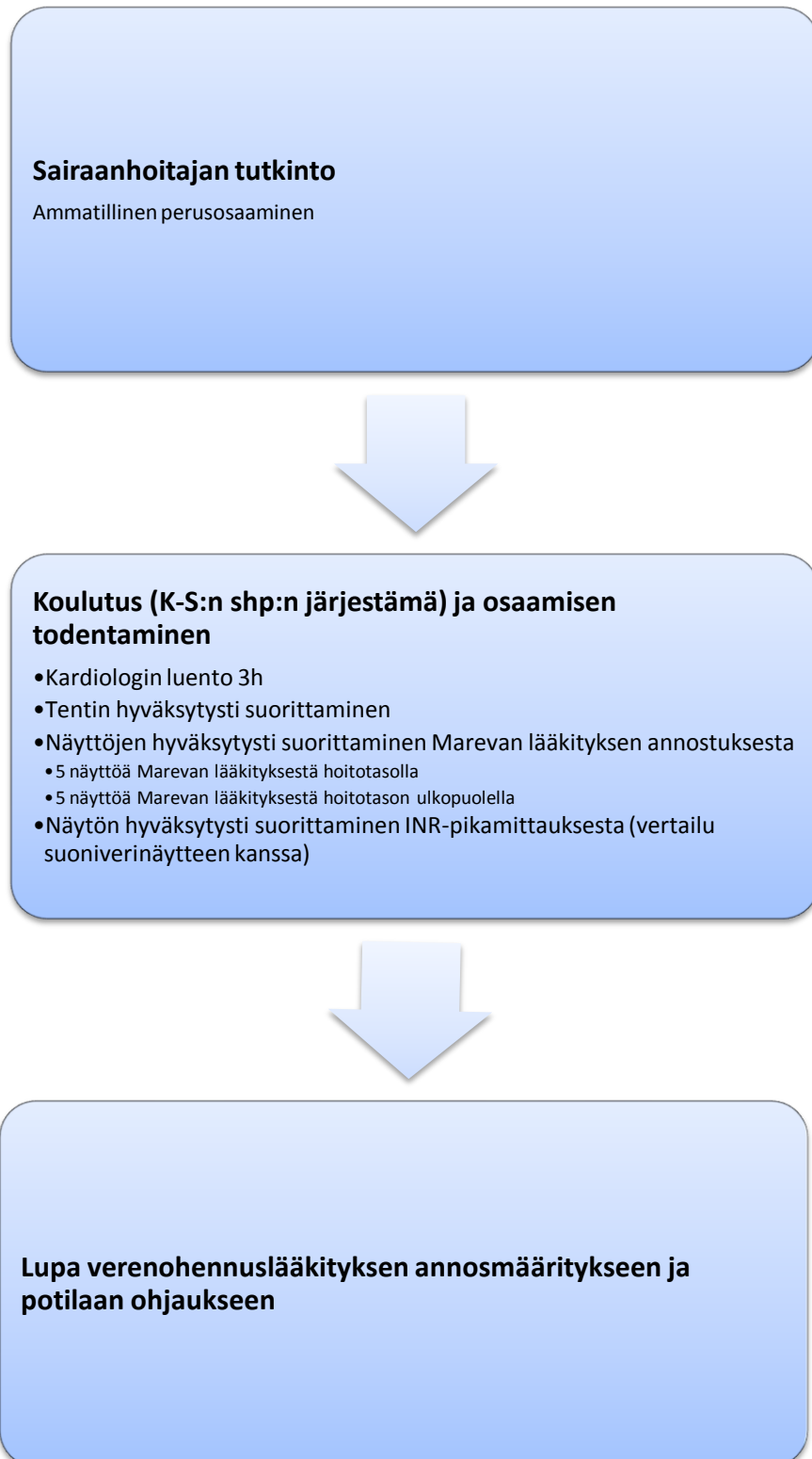
Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä on järjestetty toimipaikkakoulutuksena hoitotakuuseen liittyen viidelle sairaanhoidajalle täydennyskoulutusta. Edellä mainittu sairaanhoidaja on soittanut omaavansa riittävän ammattitaidon ja osaamisen vastaanottosairaanhoidajan tehtävään ja hänellä on oikeus toteuttaa ko. tehtäviä itsenäisesti sovittuja periaatteita noudattaen Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä.

Koulutuksen sisällöt ovat olleet seuraavia:

- Hoitotakuuseen liittyvät lainsäädännölliset muutokset
- Vastuukysymykset / työjakokysymykset / konsultaatiokäytännöt
- Ohjeistus suoraan lääkärinhoitoon ohjattavista potilasryhmistä
- Nuorten ja aikuisten hengitystietulehduspotilaan ohjaus
- Poskiontelotulehdus potilaan ohjaus
- Sydänhoitajan vastaanotto toiminnan toteuttaminen hoitosuosituksen mukaisesti
- Nielurisatulehduspotilaan ohjaus
- Korvatulehduspotilaan ohjaus
- Ohjeita laboratorioarvojen tulkintaan
- Vierasesine silmässä
- Silmätulehdus
- Silmäallergian hoito
- Tyypillisimmät ihosairaudet
- Lymen taudin hoito-ohje
- Yskä
- Virtsatieinfektio potilaan hoito ja ohjaus
- Vatsakipupotilaan ohjaus
- Haavahoitoon liittyviä ohjeita
- Palo- ja paleltumavammat
- Myrkytykset
- Opintokäynti Saarijärvin Karstulan terveydenhuollon kl hoitajavastaanoton järjestelyihin

Työkokemukset, koulutuksen sekä sovittujen ohjeiden mukaisesti annan valtuudet toimia vastaanottosairaanhoidajan tehtävissä 01.03.2005 alkaen toistaiseksi. Työntekijän osaaminen varmistetaan määräajoin tapahtuvalla täydennyskoulutuksella ja tarvittaessa työsuorituksen arvioinnilla.

LIITE 6. Lupakäytäntö verenohennuslääkkeen annosmääritykseen ja potilaan ohjaukseen



## LIITE 7a. Laajennetun työnkuvan työn kuvaus ja tarkoitus

## Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

## Työn kuvaus

Tehtävänimike Päivystyssairaanhoitaja = Sairaanhoitajan itsenäisen vastaanottoa hoitava sairaanhoitaja yhteispäivystyksessä

Kelpoisuus Terveystieteiden ammattihenkilöstä annetun lain edellyttämä pätevyys. Työkokemusta äkillisesti sairastuneen hoitotyöstä vähintään 3 vuotta.

Työyksikkö Päivystyspoliklinikka (2009)

Vastuualue Päivystysalue (40)

## Tehtävän tarkoitus

Tulevaisuuden haasteena yhteispäivystyksessä on suurten potilasmäärien mukanaan tuoma paine selvittää työstä olemassa olevilla resursseilla. Toimintamallien muutoksella ja työnjaolla on mahdollista vaikuttaa yhteispäivystyksen työnjakoon sekä ruuhkiin hoitamalla erikseen sovitut potilasryhmät sairaanhoitajan päivystysvastaanotolla ja ohjata lääkärin hoitoa tarvitsevat potilaat lääkärin vastaanotolle.

Päivystystoiminnan kehittämisen yhtenä tavoitteena on palvelujen tehostaminen ja toimintaprosessien kehittäminen siten, että noin 80% potilaista voi siirtyä päivystysalueelta eteenpäin viimeistään kahden tunnin kuluessa päivystykseen saapumisestaan (Nova 2006). Sairaanhoitajan vastaanotto tehtäväsiirtoineen on osa päivystyspotilaan tarkoituksenmukaista hoitoprosessia.

Sairaanhoitajan vastaanotto on ilta- ja viikonloppupainotteista toimintaa, se toteutuu yhteispäivystyksessä perusterveydenhuollon alueella, tällöin sairaanhoitajan vastaanottotila on fyysisesti lähellä päivystävän lääkärin työtilaa: konsultaatiot ja yhteistyö mahdollisimman sujuvaa. Toiminnan alussa sairaanhoitajan vastaanotot toimivat osana perusterveydenhuollon tiimiä arkisin klo 13.30-21.30 ja viikonloppuisin (la-su) sekä juhlapäyhinä myös klo 7.00 - 15.00. Sairaanhoitajan vastaanotolle ohjautuvat potilaat ovat yli 15-vuotiaita, poikkeuksena on pinnallisten haavojen hoito myös lapsipotilailta. Sairaanhoitajan työkaluna toimivat Terveysportista löytyvät Käypähoitosuositukset.

## LIITE 7b. Työn edellyttämä osaamisen sairaanhoitajan laajennetussa työnkuvassa

## Työn edellyttämä osaaminen

ks yllä kelpoisuusehdot, sen lisäksi:

- Hyvä-tasoinen ammattillinen pätevyys. Arviointi tapahtuu JAMK:n osaamisen arviointimallin sekä esimiehen kanssa käydyn henkilökohtaisen arviointikeskustelun avulla.
- Sitoutuminen tehtäväsiirtoihin liittyvään koulutukseen, itsenäiseen työskentelyyn, toiminnan kehittämiseen ja siihen liittyvään oman osaamisen ylläpitämiseen (päivystyshoitotyön osaamista tukeva täydennyskoulutus min 3 koulutuspäivää / vuosi)
- Laajennettuun toimenkuvaan liittyvän sairaanhoitopiirin sisäisen koulutuksen hyväksytysti suorittaminen ja siihen liittyvän osaamisen osoittaminen (tentit, näytöt).

Tammikuussa 2009 aikana päivystyssairaanhoitaja-toimintaan mukaan nykyisestä henkilöstöstä rekrytoidut sairaanhoitajat (n. 12 hoitajaa) koulutetaan pääosin omana toimintana, osin yhteistyössä AMK:n kanssa. Jatkossa hyödynnetään mahdollisia AMK:n järjestämiä päivystyshoitotyön erikoistumisopintoja.

Maalis-huhtikuussa 2009 toteutettava koulutus koostuu luento-opetuksesta (yht. noin 4 koulutuspäivää/sh) ja siihen liittyvästä problem-based-learning-perustaisesta itseopiskelusta, tietotaitopajatyöskentelystä (noin 2 koulutuspäivää/sh) ja työparilääkärin kanssa tehtävästä vieriovetuksesta. Koulutuksen pääpaino on potilaan tutkimisessa, hoitamisessa ja dokumentoinnissa. Koulutuksen eteneminen kirjataan lokikirjaan.

Osaamisen varmistaminen tapahtuu suorittamalla kirjallinen tentti, jonka pohjana on tehtävänsiirtoihin liittyvä teoreettinen, luennoilla annettu opetus. Käytännön taidoista annetaan näyttö. Näytön vastaanottajana toimii lääkäri.

Työjärjestelyjen kannalta perusteltujen tehtävien siirtämiseen tarvittavat luvat allekirjoittaa perusterveydenhuollon päivystystyöstä vastaava ylilääkäri. Luvat ovat voimassa 5 vuotta sillä edellytyksellä, että sairaanhoitaja toimii päivystyssairaanhoitajan tehtävissä osana päivystyspoliklinikalla työskentelyään ja on huolehtinut osaamisensa ylläpitämisestä pätevyyskriteerien mukaisesti. Perusterveydenhuollon päivystyksestä vastaava ylilääkäri arvioin yksilöllisen lisäkoulutuksen tarpeen ennen luvan uusintaa.

LIITE 7c. Keskeiset tehtävät/ tehtäväkokonaisuudet Keski-Suomen keskussairaalan yhteispäivystyksen sairaanhoitajan vastaanottotyössä

**Keskeiset tehtävät / tehtäväkokonaisuudet**

Siirrettävät tehtävät, joiden hoitamisesta sairaanhoitaja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksessä vastaa itsenäisesti:

\*Potilaan tutkiminen

\*Hoidontarpeen arviointi

\*Tutkimusten toteuttaminen ja niiden tulkinta

\*Hoidon toteuttaminen

\*Potilasohjaus

\*Sairausloman arviointi ja määrääminen

Seuraavien potilasryhmien osalta:

- Ylähengitysteiden infektiioireet
- Nielutulehdusoireet
- Oksennus- ja ripulioireet
- Pienet ihorikkeet, rakot ja nirhaumat
- Katetrien tai kanyyliin huuhtelut, toimintakyvyn tarkistaminen, vaihtaminen
- Pinnalliset vierasesineet
- Pinnalliset haavat ja palovammat

Liite 7d. Keski-Suomen keskussairaalan yhteispäivystyksen sairaanhoitajan vastaanot-  
totyön toiminnan suunnittelu; yhteistyökumppanit ja työolosuhteet

### Yhteistyö

Keskeisimmät yhteistyökumppanit työvuorossa ovat Triagehoitaja, päivystävä lääkäri, poliisi ja psykiatrinen hoitotiimi. Lisäksi ks. alla.

### Työolosuhteet

Sairaanhoitajan vastaanotto on ilta- ja viikonloppupainotteista toimintaa, se toteutuu yhteispäivystyksessä perusterveydenhuollon alueella, tällöin sairaanhoitajan vastaanottotila (erillinen työhuone varustuksineen) on fyysisesti lähellä päivystävän lääkärin työtilaa: konsultaatiot ja yhteistyö mahdollisimman sujuvaa. Toiminnan alussa sairaanhoitajan vastaanotot toimivat osana perusterveydenhuollon tiimiä arkisin klo 13.30-21.30 ja viikonloppuisin (la-su) sekä juhlapäivinä myös klo 7.00 - 15.00. Sairaanhoitajan vastaanotolle ohjautuvat potilaat ovat yli 15-vuotiaita, poikkeuksena on pinnallisten haavojen hoito myös lapsipotilailta. Lisäkoulutettuja, itsenäiseen vastaanottotoimintaan valtuutetut sairaanhoitajat ovat päivystyspoliklinikan sairaanhoitajia, joille tulee keskimäärin 1-4 sairaanhoitaja vastaanottotyövuorossa / 3 viikon periodi, silloin kun sairaanhoitajavastaanotolla ei ole potilaita, hoitavat ko. sairaanhoitajat muita perusterveydenhuollon hoitoryhmälle Triagen ohjaamia potilaita. Sairaanhoitajan työkaluna toimivat Terveysportista löytyvät Käypähoitosuoritukset sekä erillinen toimintaa ohjaava oma ohjeistus linkeineen.

Sairaanhoitajavastaanoton toimintaa seuraa ja kehittää erikseen nimetty työryhmä, jossa ovat mukana toiminnan vastuusairaanhoitaja, osastonhoitaja, ylilääkäri, ylihoitaja ja päivystysalueen laatuvaastaava.

**PÄÄTÖS TYÖJÄRJESTELYJEN KANNALTA PERUSTELTUIJEN TEHTÄVIEN  
SIIRTÄMISESTÄ SAIRAANHOITAJALLE/TERVEYDENHOITAJALLE**

<b>Työntekijän nimi ja henkilötunnus:</b>  Sairaan Hoitaja 010203-4567	<b>Työyksiköt, joissa työntekijä työskentelee:</b>  Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystys
--	---

Olen saanut riittävästi koulutusta ja ohjausta edellä mainittujen tehtävien toteuttamiseen. Sitoudun ylläpitämään ammattitaitoani ja osaamistani ko. tehtävissä sekä noudattamaan paikallisissa - /käypähoitosuosituksissa sovittuja käytäntöjä.		Edellä mainittu sairaanhoitaja / terveydenhoitaja on osoittanut omaavansa riittävän ammattitaidon ja osaamisen listaan merkittyjen työtehtävien suorittamiseen ja hänellä on oikeus toteuttaa ko. tehtäviä itsenäisesti sovittuja periaatteita noudattaen Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Lisätehtävien vaatima osaaminen ja ammattitaito on varmistettu täydennys- ja toimipaikkakoulutuksen ja/tai työssä saatujen näyttöjen kautta.		
<b>Varmistuspäivämäärä ja päätöksen voimassaoloaika</b>	<b>Näyttökoe/koulutus</b>	<b>Työntekijän allekirjoitus</b>	<b>Osastonhoitajan allekirjoitus</b>	<b>Ylilääkärin tai työyksikön lääkärin allekirjoitus</b>
10.4.2009 - 10.4.2014	Koulutus 16.3.2009 - 6.4.2009  Näyttökoe 8.4.2009			

**Työntekijän osaaminen ja ammattitaito varmistetaan määräajoin tapahtuvalla täydennyskoulutuksella ja tarvittaessa työsuorituksen arvioinnilla (ks. päivystyssairaanhoitajan pätevyyskriteerit).**

LIITE 9. Päätös työjärjestelyjen kannalta perusteltujen tehtävien siirtämisestä sairaanhoitajalle/terveydenhoitajalle

<b>Työntekijän nimi ja henkilötunnus:</b> Sairaanhoidaja 010203-4567		<b>Työyksiköt, joissa työntekijä työskentelee:</b> Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystys	
<b>Siirretty tehtäväkokonaisuus</b>	<b>Pvm</b>	<b>Tehtäväkokonaisuuksista siirretyt yksittäiset toimenpiteet</b>	<b>Pvm</b>
Itsenäinen vastaanotto ( potilaan tutkiminen, hoidontarpeen arviointi, tutkimusten toteuttaminen ja tulosten arviointi, hoidon toteuttaminen, potilas-ohjaus, sairasloman arviointi ja määrääminen) seuraavien potilasryhmien osalta			
Komplisoimattomat ylähengitysteiden infektio-oireiset yli 15-vuotiaat potilaat		Sinuskan, tympanometria, pika CRP, Pika-strepA,	
Nielutulehdusoireiset yli 15-vuotiaat potilaat		Pika -strepA	
Komplisoimattomat oksennus- ja ripulioireiset, yli 15-vuotiaat potilaat			
Kaikenikäisten potilaiden pienet ihorikkeet, rakot ja nirhaumat			
Kaikenikäisten potilaiden pinnalliset vierasesineen		Puudutus ja vierasesineen poisto	
Pinnalliset haavat ja palovammat yli 15-vuotiailla potilailla		Puudutus, haavan liimaus / ompelu	
Katetri- / kanyylipotilaat, yli 15-vuotiaat		Katetrien tai kanyyliin huuhtelut, toimintakyvyn tarkistaminen, vaihtaminen	
Humalatilatutkimus		Verinäytteenotto	
Sairaanhoidon lapsen hoitamiseen tai hoidon järjestämiseen liittyvät todistusasiat työnantajalle		Selvitys / todistus	
(Korvakipuiset yli 15-vuotiaat potilaat, myöhemmin erikseen sovittuna ajankohtana)		Tympanometria	