

Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointi

Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 16

Lea Leiwo
Johanna Heikkilä
Maritta Matikainen

Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointi

Hoke-hankkeen loppuraportti



JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU
sosiaali- ja terveysala

Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja
Toimittaja • Eva Ijäs

© 2002

Tekijät & Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointi
Hoke-hankkeen loppuraportti

Kansi • Martti Pulakka ja Maritta Matikainen
Taitto • Pekka Salminen
Paino • Kopijyvä Oy, Jyväskylä • 2002

ISSN 1456-2332
ISBN 951-830-020-8

Myynti ja jakelu
Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjasto
PL 207, 40101 Jyväskylä
Rajakatu 35
40200 Jyväskylä
Puh. (014) 444 67 57
Faksi (014) 444 67 00
Sähköposti: kirjasto@jypoly.fi

Sisällysluettelo

Lukijalle	6
Tiivistelmä	8
Sammanfattning	10
Summary	12
Hankkeen tausta	14
Osaamis- ja koulutustarpeiden ennakoimallien kehittäminen	16
Tulevaisuuden tutkiminen ja ennakoiminen	16
Osaamis- ja koulutustarpeiden alueellinen, laadullinen ennakointi	18
HOKE-hankkeen tavoitteet, suunnitelma ja ennakointialue	23
HOKE-hankkeen tavoitteet ja toimintasuunnitelma	23
HOKE-hankkeen ennakointialueen kuvaus	24
Pilottitutkimus hoitotyössä tarvittavasta osaamisesta Keski-Suomessa	28
Taustatiedot	28
Terveydenhuollon palvelujen käyttäjien näkemykset tulevaisuudesta	37
Terveydenhuollon työntekijöiden näkemykset tulevaisuudesta	45
Terveydenhuollon hallinnossa työskentelevien näkemykset tulevaisuudesta	52
Tietotekniikkaa hyödyntävien tiedonkeruumittareiden kehittäminen ja kokeilu	68
Asiantuntijoiden verkkovälitteinen keskustelu	68
Sähköiseen kyselyyn vastaamisen esteet	72
Alueellisen tietokantasovelluksen suunnittelu ja toteutus	73
Ehdotus alueelliseksi ennakoimalliksi	79
Ennakoinnin tiedonlähteet ja ennakointitietojen kerääminen	80
Ennakoinnin asiantuntijaverkoston muodostaminen ja toiminta	83
Johtopäätökset ja ehdotukset	87
Hoitotyö, hoitotyöntekijät ja hoitotyössä tarvittava osaaminen tulevaisuudessa	87
Muut ehdotukset	91
Lähteet	94
Liitteet	101

Lukijalle

Kädessäsi on kuvaus erään ryhmän yhteisestä matkasta tulevaisuuteen ja siitä millaisia teitä sinne pyrittiin kulkemaan. Tulevaisuudentutkimus on oma tieteenalansa. Tämän hankkeen tekijät eivät ole tulevaisuustutkijoita, mutta olemme saaneet yhden kokemuksen siitä, mistä tutkimuksessa voi olla kyse.

Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeiden ennakointihankkeen tehtävänä oli alueellisen, laadullisen ennakointimallin luominen, mutta ennakointimallin luomiseksi selvitettiin myös tällaisessa ennakoinnissa tarvittavaa tietoa ja tiedonhankintatapoja. Hankkeen raportti sisältää alueellisen, laadullisen tiedonkeruun toteutuksesta tulokset, ehdotuksen alueelliseksi, laadulliseksi ennakointimalliksi sekä mallin päätelmien tekemiseen.

Hankkeen aikana on vahvistettu alueen terveydenhuollon työelämän ja kouluttajien yhteistyöverkostoa. Yhteistyöverkoston toimijoita ovat olleet hankkeen ohjausryhmä, projektiryhmä, terveydenhuollon palvelujen käyttäjiä, kymmeniä hoitotyöntekijöitä ja muita potilasta hoitavia asiantuntijoita, satoja terveydenhuollon johtajia ja esimiehiä sekä ammattikorkeakoulun opiskelijoita ja opettajia.

Ohjausryhmässä ovat työskennelleet:

Inkeri Papp (puheenjohtaja), Koulutusalaohjaaja JAMK,
Kristiina Porkkala (varapuheenjohtaja), Johtava ylihoitaja,
Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä,
Mai-Lis Hytönen, Puheenjohtaja, Jyväskylän seudun dementiayhdistys,
Terttu Jääskeläinen, Opetusneuvos, Opetusministeriö
Seija Kivelä, Koulutusjohtaja, Jämsän seudun koulutuskeskus,
sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos,
Eila Kuitunen, Lehtori, täydennyskoulutus ja palvelutoiminta, JAMK,
Päivi Lifflander, Terveydenhuollon tarkastaja, Länsi-Suomen lääninhallitus,
Sakari Möttönen, Sosiaali- ja terveystieteiden johtaja, Jyväskylän kaupunki,
Virva Salo, johtava hoitaja Keuruun-Multian terveydenhuollon kuntayhtymä,
Pirkko Valkonen, hallintoylihoitaja, Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä.

Hankkeen **projektiryhmään** ovat projektipäällikön lisäksi kuuluneet:
Maritta Matikainen, Osastonhoitaja, va. atk-suunnittelija, projektisihteeri

Raija Nurminen, Lehtori, TtT 1.12. 2000-28.2. 2001, asiantuntija, tutkimustyö
Johanna Heikkilä, THT, Yliopettaja, 1.9.2001-30.6.2002, asiantuntija, tutkimustyö
Kaarina Markkanen, asiantuntija, tietohallinto
Leena Nurmi, asiantuntija, tilastotiede, 3.9.-30.11.2001.

Hoitotyön opiskelijat Kirsi Hiironen ja Laura Tarnanen tekivät hankkeessa opinnäytetyönsä.

KIITOS KAIKILLE MUKANA OLLEILLE!

Säynätsalossa 7.6. 2002

Lea Leiwo
hankkeen projektipäällikkö

Tiivistelmä

Leiwo, Lea; Heikkilä, Johanna ja Matikainen, Maritta
Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointi,
HOKE-hankkeen loppuraportti.

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 2002, 126s.

(Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja, 16)

ISSN: 1456-2332

ISBN: 951-830-020-8

Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla toteutettu Opetusministeriön ja Euroopan sosiaalirahaston rahoittama hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointihanke liittyy Euroopan rakennerahastojen Suomen tavoite 3 -ohjelman toimenpidekokonaisuuteen 3.2 'Koulutuspalvelujen ohjaamisessa tarvittavien ennakointitietojen hankkiminen ja levittäminen'. Hankkeen tavoitteena oli kehittää työelämän edellyttämään osaamiseen perustuva alueellinen, laadullinen hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeiden ennakointimalli. Hankkeen pilottialueena on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Euroopan Unionin 2 rahoitusalueeseen kuuluvat kunnat. Pilottihanke on toteutettu yhteistyössä alueen terveydenhuollon kanssa.

Hankkeen tehtäviksi määriteltiin laadullisen osaamistarpeen määrittely, ennakointimittareiden laadinta, asianosaisryhmien määrittely ja asianosaisverkoston luominen sekä johtopäätösten ja suositusten laadintamallin luominen. Ennakointimalli pyrittiin suunnittelemaan lyhyen ja pitkän aikavälin ennakointiin sekä jatkuvaan käyttöön soveltuvaiksi. Hankkeessa pyrittiin lisäksi kehittämään tietotekniikkaa hyödyntäviä tiedonkeruumenetelmiä. Tässä hankkeessa selvitettiin, millaista osaamista terveydenhuollon työelämä odottaa tulevaisuudessa sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja-, kättilö- ja lähihoitajakoulutuksen suorittaneelta ja millaisia ovat työn jatkuvat ja tulevaisuudessa painottuvat osaamistarpeet.

Ennakointimalli on tarkoitettu hoitotyön koulutusta suunnittelevien, toteuttavien ja hallinnoivien organisaatioiden käyttöön, mutta ennakointitoiminta edellyttää työelämän vahvaa suunnittelupanosta. Laadullinen ennakointi on luonteeltaan toimintaa, joka edellyttää eri asianosaistahojen sitoutumista vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. Ennakointi nähdään hankkeessa työelämän, kouluttajien ja muiden asian-

osaistahojen yhteisenä työskentelyprosessina, jonka tuloksena määritellään työelämän muutokset ja koulutukselle asettamat vaatimukset. Määrittelyt antavat perustan ja suunnan nyt tehtäville päätöksille, se on mahdollisten ja vaihtoehtoisten tulevaisuuksien rakentamista täsmällisen tiedonkeruun ja asioiden perusteellisen pohdinnan tuloksena. Ehdotettavan alueellisen, laadullisen ennakointimallin osat ovat (1) ennakkoinnin tiedonlähteet ja ennakointitietojen kerääminen, (2) ennakkoinnin asiantuntijaverkoston (laaja asiantuntijapaneeli ja koordinoiva asiantuntijaryhmä) muodostaminen ja toiminta, sekä (3) näiden tuloksena tehtävät ehdotukset ja suositukset.

Hankkeessa on toteutettu pilottitutkimuksena ehdotetun mallin mukainen alueellinen tiedonkeruu ja suunniteltu mallin mukaisen asiantuntijaverkoston työskentelyn käynnistäminen syksyllä 2002.

Sammanfattning

Leiwo, Lea; Heikkilä, Johanna ja Matikainen, Maritta
Prognostiseringen av hälsovårdspersonalens yrkesmässiga utvecklings-
och utbildningsbehov. HOKE-projektets slutrapport.
Jyväskylä: Jyväskylä yrkeshögskola, 2002, 126s.
(Jyväskylä yrkeshögskolans publikationer, 16)
ISSN: 1456-2332
ISBN: 951-830-020-8

Jyväskylä Yrkeshögskolans social- och hälsobranch genomförde ett projekt som handlade om förutseendet av sjukvårdspersonalens utbildningsbehov. Projektet var finansierad av det Finska Utbildningsministeriet och den Europeiska Socialfonden och det ansluter sig till åtgärds-
helheten 3.2, som heter ”Skaffandet och utspridandet av förhandsin-
formation som behövs i styrandet av utbildningsservice” och som i sin
tur ansluter sig till Finlands mål 3-programm lanserat av Europas
strukturfonder. Projektets mål var att utveckla en regional och kvalita-
tiv prognosmodell för förutseendet av vårdpersonalens yrkesmässiga
kunskaps- och utbildningsbehov som baserar sig på yrkeslivets krav.
Projektets pilotområde omfattade de kommuner inom Mellersta Fin-
lands sjukvårdskrets som hör till Europeiska Unionens finansierings-
område nummer 2. Pilotprojektet genomfördes i samarbete med de ovan-
nämnda kommunernas hälsovårdsservice.

Projektets uppdrag definierades på följande sätt: konstaterandet av
kvalitativa kunskapsbehov, utarbetandet av prognosindikatorer, defi-
nierandet av vederbörande grupper och skapandet av ett nätverk mel-
lan medparterna samt skapandet av en modell för utformningen av
slutsatser och rekommendationer. Utarbetandet av prognosmodellen
strävade efter något som kunde användas med både kort- och långsik-
tig planering samt kontinuerligt. Projektets mål var också att utveckla
datorbaserade metoder för skaffandet av information. Detta projekt
utforskade vilket slags kunnande hälsovårdens arbetsliv i framtiden
förväntar sig att sådana, som har sjukskötare-, hälsovårdare-, barnmor-
ske- och närvårdarutbildning, skall ha. Ytterligare utreddes frågan om
hälsovårdsarbetets yrkesmässiga kunskapsbehov både nu och i framtiden.

Prognosmodellen är avsedd för organisationer som har med plane-

ringen, genomförandet och förvaltningen av hälsovårdsutbildningen att göra, men med aktiviteter som försöker förutse fram- och nutida utbildningsbehov behövs det också en stark planeringsinsats från arbetslivet. Att de olika medparterna binder sig till interaktion och samarbete ligger i naturen av kvalitativ prognostisering. Prognostisering ses i projektet som en samarbetsprocess mellan arbetslivet, utbildare och andra vederbörande. Denna process leder till definitioner av yrkeslivets förändringar och av de krav som således ställs till utbildningen. Definitionerna ger en underlag och riktning till de beslut som fattas nu, det är konstruerandet av möjliga och alternativa framtidsmönster som baserar sig på skaffandet av utförlig information och på ingående reflektion. Delarna av den prognosmodell som skall föreslås är (1) identifierandet av informationskällor och skaffandet av prognosinformation, (2) bildandet och verksamheten av ett expertnätverk (en omfattande expertpanel och en koordinerande expertgrupp) samt (3) de förslag och rekommendationer som således följer.

Som pilotundersökning har projektet genomfört en regional anskaffning av information enligt den föreslagna modellen och planerat påbörjandet av arbetet av ett modellenligt expertnätverk på hösten 2002.

Summary

Leiwo, Lea; Heikkilä, Johanna ja Matikainen, Maritta
Prognostication of Nurses' Professional Development and Learning
Needs. The Final Report of the HOKE-project.
Jyväskylä: Jyväskylä Polytechnic, 2002, 126p.
(Reports from Jyväskylä Polytechnic, 16)
ISSN: 1456-2332
ISBN: 951-830-020-8

The School of Social and Health Care of the Jyväskylä Polytechnic implemented a project dealing with the prognostication of nurses' educational needs. The project was funded by the Finnish Ministry of Education and the European Social Fund as part of action programme 3.2 included in the Finnish Target 3 programme of the European Structural Funds. The name of the action programme 3.2 was 'The Acquisition and Dissemination of Prognostic Information Needed in the Provision of Educational Services'. The objective of the project was to develop a regional and qualitative prognosis model for nurses' educational and professional development needs based on the requirements set by working life. The pilot area for the project was constituted by those municipalities of the Central Finland Hospital District, which belong to the 2-Funding Regions of the European Union. The pilot project was carried out in cooperation with the health care providers of the above areas.

The tasks of the project were outlined as defining the qualitative learning needs, devising the prognostication indicators, defining the parties involved and creating a network between the different parties as well as creating a model of making conclusions and giving recommendations. The objective related to the prognostication model was to make it applicable for both short and long-term prognoses as well as for continuous use. The project also aimed at developing information acquisition methods utilising IT-technology. This project studied what kind of future expectations health care working life had with regard to the professional skills of those having a nursing, public health nursing, midwifery and practical nursing education and what the professional development needs were both from the current and future points of view.

The prognostication model was planned for the use of organisa-

tions involved in the planning, implementation and administration of nursing education, but prognostic activities also need a strong planning input from working life. It is in the nature of qualitative prognostication that the different parties involved are committed to mutual interaction and cooperation. Prognostication, as defined by the project, is a working process of equal participation by working life, educators and all the other parties involved. The results of this process are the definitions of the changes in working life and the ensuing requirements set on professional education. The definitions give a basis and direction for the decisions currently being made, it is constructing possible and alternative scenarios for the future as a result of the acquisition of explicit information and in-depth reflection. The parts of the regional, qualitative prognostication model now being proposed are (1) defining the sources of information needed for prognoses and the collection of such information, (2) the formation and work of an expert network (an extensive panel of experts and a coordination group) and (3) the ensuing proposals and recommendations.

The project carried out a pilot research, which was conducted according to the proposed model and which focused on the collection of regional information and on the planning of the commencement of the work of an expert network in the autumn 2002.

Hankkeen tausta

Yhteiskunnan muutoksen seurauksena hoitotyöntekijöiltä odotettava osaaminen muuttuu jatkuvasti. Muutokset heijastuvat yleisiin osaamistarpeisiin, hoitotyön sisältöihin ja menetelmiin sekä asiantuntijuustasoon. Muutoksia aiheuttavat mm. väestön sairastavuuden muutokset, asiakkaiden lisääntyvät tiedontarpeet, teknologian kehittyminen, tiimityö ja verkostoituva asiantuntijuus. Lisäksi osaamis- ja koulutustarpeisiin vaikuttavat julkisen talouden kehitys, väestön ja työmarkkinoilla olevien ikääntyminen sekä palvelurakenteen muutokset. (esim. Metsämuuronen 1998; Kaivo-Oja & Kuusi 1999.)

Tulevaisuudessa tarvittava ammatillinen osaaminen on noussut kiinnostuksen kohteeksi viime vuosina samalla kun keskusjohtoista koulutuksen ohjausta on vähennetty ja suunnitteluvastuuta on siirretty koulutusorganisaatioille. Työelämän kehittämisessä on huomattu, että makrotason suunnittelu ei toimi riittävästi vaan käytännön toimintojen ja konkreettinen osaamisen parantaminen edellyttävät osaavaa mikro- ja mesotason suunnittelua. Tulevaisuuden yhteiskunta on aidosti osaamisen yhteiskunta ja siksi osaamistarpeiden ennakointi ja ennakointiosaamisen kehittäminen ovat keskeisiä haasteita työorganisaatioissa. (Kaivo-Oja & Kuusi 1999, 9, 11; ks. myös Stenvall 2001.)

Hoitotyön ammateissa tarvittavat osaamisvaatimukset ja tutkintoihin johtavat koulutukset ovat muuttuneet 1990-luvulla. Sairaanhoidtajien, kätilöiden ja terveydenhoitajien koulutus siirrettiin ammattikorkeakouluihin ja lähihoitajan koulutus muuttui kolmevuotiseksi. Myös perustutkintojen jälkeinen koulutus kehittyy jatkuvasti esimerkiksi erikoisammattitutkintojen ja jatkotutkintojen myötä. Muutosten taustalla on yleinen työssä tarvittavan osaamistason korottamistarve. Lisäksi terveydenhuollossa ja hoitotyössä on tähän omaleimaisia tarpeita. Koulutuksesta valmistuneilta edellytetään yleisten ammatillisten vaatimusten ja oman erityisalan asiantuntemuksen laaja-alaista hallintaa ja vahvaa kehittämisosaamista (esim. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2001).

Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden osastolla toteutettu Opetusministeriön ja Euroopan sosiaalirahaston rahoittama hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointihanke liittyy Euroopan rakennerahastojen Suomen tavoite 3 -ohjelman toimenpidekokonaisuuteen 3.2 Koulutuspalvelujen ohjaamisessa tarvittavien ennakointitieto-

jen hankkiminen ja levittäminen. Hankkeen tavoitteena oli kehittää työelämän edellyttämään osaamiseen perustuva alueellinen, laadullinen hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeiden ennakointimalli. Osaamis- ja koulutustarpeita tarkastellaan peruskoulutuksen sekä jatko- ja lisäkoulutuksen näkökulmasta. Hankkeen pilottialueena on Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä Euroopan Unionin 2 rahoitusalueeseen kuuluvat kunnat.

Opetusministeriön ja ammattikorkeakoulun välisessä sopimuksessa hankkeen tehtäviksi määriteltiin laadullisen osaamistarpeen määrittely, ennakointimittareiden laadinta, asianosaisryhmien määrittely ja asianosaisverkoston luominen sekä johtopäätösten ja suositusten laadintamallin luominen. Ennakointimalli pyrittiin suunnittelemaan soveltuvaksi lyhyen - ja pitkän aikavälin ennakointiin sekä jatkuvaan käyttöön. Hankkeessa pyrittiin lisäksi kehittämään tietotekniikkaa hyödyntäviä tiedonkeruumenetelmiä.

Ennakointimalli on tarkoitettu hoitotyön koulutusta suunnittelevien, toteuttavien ja hallinnoivien organisaatioiden käyttöön, mutta ennakointi edellyttää työelämän mukana oloa. Ennakointitoiminta antaa kaikille siihen osallistuville valmiuksia ennakoida ja kehittää omaa työtään ja työssä tarvittavaa osaamista aiempaa täsmällisemmän tiedon varassa. Laadullinen ennakointi on luonteeltaan toimintaa, joka edellyttää eri tahojen sitoutumista vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. Keskeistä on työelämän ja koulutuksen välinen yhteistyö, jonka tuloksena määritellään työelämän muutokset ja koulutukselle asettamat vaatimukset. Tässä hankkeessa keskitytään selvittämään, millaista osaamista terveydenhuollon työelämä odottaa tulevaisuudessa sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja-, kättilö- ja lähihoitajakoulutuksen suorittaneelta ja millaisia ovat työn jatkuvat ja tulevaisuudessa painottuvat osaamistarpeet.

Osaamis- ja koulutustarpeiden ennakointimallien kehittäminen

Tulevaisuuden tutkiminen ja ennakoiminen

Tulevaisuudelle ei ole vain yhtä vaihtoehtoa. Se ei ole ennustettavissa vain lineaarisesti etenevillä malleilla, vaan muotoutuu monenlaisen ja monentasoisen suunnittelun ja päätöksenteon kautta. Tulevaisuus ei määräydy jossakin ihmisten ulkopuolella vaan se tehdään. Osittain tulevaisuus on vaikeasti ennakoitavaa tai haltuun otettavaa. Tulevaisuuden haltuunottoon kuuluu tiedon hankintaa, käsittelyä, muokkausta, analyysia ja johtopäätösten tekoa sekä raportointia. (Turtiainen 1999.)

Tulevaisuuteen suuntautuneesta näkökulmasta asioihin käytetään käsitettä ennakointi (esim. Lehtinen 1997,6; Turtiainen 1999, 25). Turtiainen (1999) on todennut, että ennakoiminen voi olla tietoteoreettisesti mahdollista, koska ihmiset pyrkivät vaikuttamaan tulevaisuuteen tuntiessaan sitä riittävästi. Toisaalta voidaan ajatella, että ennakoinnin käytännöllinen tavoite onkin antaa osallistujille valmiuksia ottaa aktiivinen ote tulevaisuuden suunnitteluun ja sen tekemiseen. Moisseinen, Piriä, Lehikoinen ja Järvenpää (1999) korostavat, että ennakointi tulee nähdä nykyisen toiminnan hallintana tulevaisuuden perspektiivissä, tiedon ja toiminnan yhteytenä. Ennakointi on tulevaisuuden toiminnallisten vaihtoehtojen kartoittamista ja perustuu osaamiseen, jatkuvaan oppimiseen, eri näkökulmia edustavaan tietoon ja kaikkien relevanttien toimijoiden keskinäiseen vuorovaikutukseen. (Moisseinen ym. 1999.)

Tulevaisuutta voidaan tarkastella faktatietoina, jolloin esimerkiksi väestötietojen ja odotettavissa olevan kehityksen avulla historiatiedosta johdetaan menneen jatkamiseen perustuvia ennusteita (*deskriptiivinen tieto*). Toisaalta *skenaarioparadigman* mukaan tulevaisuudentutkimuksen tarkoituksena ei ole ennakoida toteutuvaa tulevaisuutta vaan tarkastella asianosaisten näkemyksiä tulevaisuuden mahdollisista muutossuunnista (suuret kehityslinjat ja skenaariot). Tällöin ennakoinnissa hahmotetaan eräänlaisia tulevaisuuden laaja-alaisia käsikirjoituksia. Kolmas tarkastelutapa on *evolutionaarinen* tulevaisuustutkimus, jossa etsitään yhteiskunnallisessa kehityksessä ilmeneviä kehitysprosesseja. Lähtökohta on, että kehitys- ja murroskaudet seuraavat toisiaan, ja että murrokset ovat luonnollisia systeemien kehityksessä. Ajattelutavan mukaan on hyödyllistä etsiä yhteiskunnan kehityksessä vaikuttavia evolutionaarisia prosesseja, sillä ne eivät ole organisaatioille

vain uhka vaan myös mahdollisuus. Muutoksien tunnistaminen antaa mahdollisuudet varautua niihin ennalta. (Mannermaa 1999, 26, 178-182.)

Deskriptiivinen ennakoiminen on perusfilosofialtaan määrällistä. Väestö- ym. tietojen pohjalta voidaan johtaa kohtuullisen luotettava kuva tulevaisuudesta. Skenaarioparadigman mukainen ajattelu on laadullista ja sisällöllistä ennakointia. Skenaarioajattelussa tuotetaan tulevaisuuskuvia, jotka voivat olla todennäköisiä, tavoiteltavia tai uhkaavia. Tulevaisuuskuvien hahmottamisprosessissa on keskeistä tulevaisuuteen liittyvien vaihtoehtojen havaitseminen ja valintojen tekeminen sekä vision ja strategioiden määrittäminen toimintaorganisaation työtä suuntaamaan. (Mannermaa 1999; Meristö 1993.)

Tulevaisuuden tutkimiseen liittyviä käsitteitä ovat lisäksi megatrendi ja heikot signaalit. Megatrendillä tarkoitetaan suuria kehityslinjoja, koko yhteiskuntaa koskevaa suurta muutosta tai murrosta. Megatrendit ilmentävät kunkin ajankohdan arvoja. Ruokanen ja Nurmio (1995) ovat todenneet, että tällä hetkellä vaikuttavia megatrendejä ovat globalisoituminen, verkostoituminen, kestävä kehitys, työn murros, julkisen sektorin roolin muutos, väestön ikääntyminen, kulttuurinen syrjäytyminen ja teknologinen kehitys (vrt. Kaivo-oja & Suvinen 2001). Heikot signaalit ovat sellaisia viestejä (mega)trendeistä ja ilmiöistä, jotka eivät vielä ole aivan ilmeisiä, mutta tarkkasilmäisen näkijän tai analyytikon aistittavissa (Metsämuuronen 1998). Heikkojen signaalien etsiminen on tärkeä osa tulevaisuuden tutkimista.

Tulevaisuuden tutkimisessa käytettäviä tutkimusmenetelmiä jaotellaan kaaos- ja evoluutioajatteluun perustuviksi, rakenteellis-innovaatiivisiksi menetelmiksi, asiantuntija- ja aikasarjatietoon perustuviksi menetelmiksi sekä kommunikatiiviseen tulevaisuuden hahmotteluun perustuviksi menetelmiksi (Miten tutkimme tulevaisuutta 1993). Eri-laiset asiantuntijatiedon käyttöön perustuvat menetelmät ovat yleisiä (ks. Mannermaa 1996). Tällaisia ovat mm. delfoitekniikka, tulevaisuusbarometrit, strategiatyöskentely, "pehmeä systeemimetodologia" ja tulevaisuusstudiot. Menetelmän valinta riippuu ennakoinnin aiheesta, tavoitteista ja käytettävissä olevista resursseista. (Miten tutkimme tulevaisuutta 1993.)

Osaamis- ja koulutustarpeiden alueellinen, laadullinen ennakointi

Osaamis- ja koulutustarpeiden ennakoinnin tarkoitus

Osaamis- ja koulutustarpeiden ennakoinnilla pyritään hankkimaan luotettavaa tietoa organisaatioiden ja työtehtävien kehittymisestä, työssä tarvittavasta osaamisesta sekä menetelmistä, joiden avulla muutoksia saadaan näkyväksi ja niistä tullaan tietoiseksi. Lisäksi pyritään hankkimaan tietoa nousevista ja laskevista aloista sekä työvoimatarpeesta. (Moisseinen ym. 1999.)

Perinteinen tapa määrittellä ammatillista osaamista on perustunut käytännöllisen osaamisen kuvaamiseen. Työelämän muutokset edellyttävät kuitenkin entistä laaja-alaisempaa ja vaativampaa osaamista, jolloin myös ammatillisen koulutuksen tavoitteena on usein asiantuntijaksi kehittyminen ja työssä kehittymisen tarkoituksena asiantuntijuuden kehittäminen. Asiantuntijan osaamista ei voida tarkastella pelkästään käytännöllisenä osaamisena vaan sitä määrittellään asiantuntijuusalueen tietona ja tiedon käyttönä sekä sen uudistamisena. Asiantuntijan osaamista tarkastellaan myös kyynä ottaa vastuuta omasta ja koko työyhteisön työstä sekä näiden kehittämisestä. Työntekijän pitää kyetä vastaamaan työn vaatimuksiin muuttuvassa toimintaympäristössä sekä kehittää koko työprosessia ja työssä tarvittavan tiedon aluetta. (esim. Eteläpelto 1992 ja 1997; Pirttilä 1997; Räisänen 1998; Taalas 1995.)

Ammatillisen osaamisen yhteydessä käytetään käsitteitä kvalifikaatio, kompetenssi ja pätevyys. Työnantaja määrittelee kvalifikaatiovaatimukset, joita työnantajan mielestä työn suorittamiseksi tarvitaan. Työntekijän kompetenssi ja kvalifikaatiot ovat vastaus näihin. Kvalifikaatio on koulutuksella tai muulla varmistetulla tavalla hankittu osaaminen, jolla vaatimuksiin vastataan. Kompetenssi taas tarkoittaa jonkin asian osaamista, pätevyyttä suoriutua työstä tai tehtävästä vaikka siihen ei muodollista kvalifikaatiota tai tutkintoa olekaan. (Ellström 1992; ks. myös Taalas 1993; Metsämuuronen 1998, Peltari 1998; Räisänen 1998.) Määrittelyt vaikuttavat suppeilta asiantuntijan osaamisesta ajatellen. Asiantuntija ei vain reagoi toisen ilmaisemaan tarpeeseen vaan vaikuttaa työn ja osaamisen määrittelyihin. Käsitteistä kompetenssi vaikuttaisi olevan lähimpänä asiantuntijan osaamisen määrittelyä.

Työssä tarvittava osaaminen jaotellaan yleisosaamiseen, ammatilliseen yleisosaamiseen ja ammatilliseen erityisosaamiseen. Yleisosaamisella tarkoitetaan eri alojen asiantuntijoiden yhteisiä osaamisalueita.

Tämän rinnalla Eteläpelto (1992, 24-25) puhuu monialaisesta osaamisesta tai yleisistä avainkvalifikaatioista tarkoittaessaan osaamisalueita, joita tarvitaan useilla ammattialoilla (ks. Kuusi 1996). Ammatillisella yleisosaamisella tarkoitetaan tietyn koulutusalan eri ammateissa tarvittavia yhteisiä osaamisalueita ja –sisältöjä. Ammatillisella erityisosaamisella viitataan kunkin koulutusammatin tai tehtävän erityisiin osaamisalueisiin. (Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa 2000, 12; Lehtinen 1997, 5-9; Räisänen 1998, 10-15.)

Galtung kyseenalaistaa Lehtisen (1997) mukaan koulutustarpeiden ennakointimahdollisuudet. Hän ei pidä ennakointia mahdottomana, mutta kysyy, onko empiirinen tutkimus riittävä tapa hankkia tietoa koulutustarpeista, vai pitääkö tietoa hankkia myös luovemmilla keinoilla ihmisiltä, jotka ovat suuntautuneet tulevaisuuteen. Galtungin mielestä ajatus oppimisesta ja opettamisesta pitää ottaa kriittiseen tarkasteluun, kuten tiedon nopean uusiutumisen vaikutukset ja ihmisen elämän jakaminen yksioikoisesti erilaisiin kausiin, joista opiskelu kuuluu vain tiettyyn elämänvaiheeseen. Koulutustarpeiden ennakointiin liittyy ihmisten valintojen vaikea ennustettavuus. Ihmiset saattavat haluta valita paitsi sen, mitä ja miten haluavat opiskella, myös sen milloin haluavat opiskella. Koulutussuunnittelussa tämä tarkoittaa mm. sitä, että pitää arvostaa erilaisuutta eikä yhtenäisyyttä. Galtung asettaa kyseenalaiseksi ajatuksen ihmisen kouluttamisesta tietylle alalle tiettyyn ammattiin. Hän korostaa kouluttautumista yleisempiin taitoihin kuten muutoksiin, koska ammatillinen ura ei tietoyhteiskunnassa etene yksivivaisesti saman työalan sisällä enemmän ja enemmän erikoistuen. (Lehtinen 1997, 5-9.)

Osaamis- ja koulutustarpeiden laadullisen ennakoinnin mallit

Esimerkkeinä laadullisista ennakointimalleista tarkastellaan OSENNA-hanketta (Visanti 1999) ja Luukkaisen (2000) tutkimusta Opettaja vuonna 2010. OSENNA -hankkeen tavoitteena oli kehittää osaamis- ja koulutustarpeiden laadullinen ennakointimalli opetushallinnon käyttöön. Mallin soveltuvuutta testattiin neljällä koulutuslalla. Hankkeen aikana kerättiin tietoja kultakin koulutuslalta kokonaisuudessaan, mutta analyyseissä keskityttiin toisen asteen koulutukseen. Hankkeen tiedonhankinnassa selvitettiin tausta-analyyseja, tulevaisuuden muutossuuntia ja skenaarioita sekä osaamistarpeita. Ennakointimallin ko-

konaisuudeksi ehdotetaan tausta-analyyseja, suurten kehityslinjojen ja tulevaisuuskuvien tarkastelua, yritysten osaamistarpeiden selvittämistä, asiantuntijatyöskentelyä sekä näiden tuloksena laadittuja osaamistarveraportteja ja vaikutusten määrittelyä. (Visanti 1999.)

Tuloksina todetaan, että suuria muutossuuntia (megatrendejä) ja tulevaisuuskuvia on tarkasteltava suhteessa alaan sillä muutoin ne jäävät helposti liian yleiselle tasolle. Yrityskyselyt todettiin työläiksi ja aikaa vieviksi, ja niiden tilalle ehdotetaan esimerkiksi asiantuntijoiden haastattelua strukturoitua lomaketta käyttäen. Yrityskysely voi olla käytökelpoinen kun halutaan tietoja voimakkaasti uudistuvista työalueista. Asiantuntijatyöskentelyssä korostetaan innovatiivisten työelämäosaajien hankintaa. Hankkeen perusteella ehdotetaan, että Opetushallituksen alakohtaiset asiantuntijat kokoavat taustaselvitykset ja asiantuntijapaneelit, joissa osaamisvaatimuksia analysoidaan ja täsmennetään. Tämä jälkeen voitaisiin vielä pyytää arviot työelämän, työmarkkinoiden ja tutkimuksen edustajilta. (Visanti 1999.)

Luukkaisen (2000) tutkimus on opettajakoulutuksen ennakointihanke, jonka tuotoksena esitellään ennakointimalli valtakunnallisen, alueellisen ja kansainvälisen tason sekä yksilötason ennakointiin. Hankkeessa yhdistetään laadullinen ja määrällinen ennakointi. Alueellisen tason ennakoinnissa toimivat määräytyvät kunkin alueen toimijakentässä, mutta sen sisällä on tarpeellista määritellä koordinoiva vastuutaho. Lähtökohtana on kansallisesti sovittujen päämäärien saavuttaminen alueellisen operatiivisen ennakoinnin avulla. Alueellinen ennakointi määritellään jatkuvaksi toiminnaksi, jossa toimijoita ovat yhteiskunnan sidosryhmät, opettajankoulutus ja opiskelijat. Ennakointityössä ehdotetaan käytettäväksi asiantuntijapaneelin tiedonvaihtoa, jonka avulla selvitetään osaamistarpeiden ja toimintaympäristön muutoksia. (Luukkainen 2000, 330-340.)

Osaamis- ja koulutustarpeiden alueellisen ennakoinnin malleja

Osaamis- ja koulutustarpeiden alueellisen ennakoinnin hankkeita on toteutettu eri puolilla maata. Keski-Suomessa on toteutettu pitkäkestoinen pk-yritysten osaamistarpeiden ennakointihanke, jossa päätavoitteena oli kehittää yritysten osaamis- ja koulutustarpeiden ennakoinnin menetelmiä ja järjestelmiä alueella (Ritsilä 1998; Storhammar & Ritsilä 1999). Hankkeessa tullaan siihen tulokseen, että ennakointijärjestelmä koostuu tietojärjestelmästä, tietojen analysointijärjestelmästä, ennakoin-

nin organisoinnista ja tietojen hyödyntämisen varmistavasta tiedotusjärjestelmästä. Yhteistyö erilaisten toimialan ennakoititoiminnassa olevien osapuolten kesken on tärkeää, koska eri osapuolilla on hyvin vaihtelevat ennakoitivalmiudet ja toimintamallit hyödyntää tuotettua tietoa. (Storhammar & Ritsilä 1999.)

Oulun Eteläisellä alueella on kehitetty mallia ennakoida alueen osaamistarpeita ja niiden kehittymistä (Hakuli 2001). Tutkimuksessa on selvitetty tiettyjen teknisten alojen tarpeita ja muutoksia. Ennakointijärjestelmän peruslähtökohtina olivat "opettava" ja yhteistyöhön haastava järjestelmä, mikä suuntaa toimijat tulevaisuuden hahmottamisen lisäksi sen rakentamiseen. Järjestelmän lähtökohtana on asiakas ja se paneutuu yritysten osaamis- ja kehittämistarpeisiin. Perustana mallissa ovat yrityshaastattelut, joilla selvitetään yrityksen strateginen tilanne, henkilöstömäärän kehitys viiden seuraavan vuoden aikana ja yrityksen osaamisprofiili tulevaisuudessa. (Hakuli 2001.)

Helsingin seudulla on kartoitettu määrällistä ja laadullista ammatillisen koulutuksen tarvetta ja luotiin ennakointiin tietojärjestelmää (Alatalo, Holopainen, Korkeamäki, Montén, Ojala, Passoja, Rimpioja & Surakka 2000). Sosiaali- ja terveystieteiden koulutus oli mukana tutkimuksessa. Hankkeen tavoitteena oli luoda seudullinen, helposti toteutettava ja ATK-järjestelmiä hyödyntävä ennakoitijärjestelmä. Hankkeessa kerättiin tietoja postikyselynä ja teemahaastatteluilla. Postikyselyn aikaperspektiivin oli vuodessa 2005. Määrällisessä ennakoinnissa käytettiin työvoimamallin sovellusta, jossa pyrittiin ennakoimaan työvoiman muutosennusteita, arvioita työvoiman poistumasta, kysyntäennusteita ja työvoiman tarjontaa. Työvoiman kysyntäennusteita on tarkasteltu toimialakohtaisesti ja sitä kautta on pyritty samaan ennusteita ammattirakenteiden muutossuunnista. Työvoimapoistumaa on selvitetty ammattiryhmä tarkkuudella. Laadullisessa ennakoinnissa on haettu tietoa toimialakohtaisista ammattikvalifikaatioista. Toimintamalliksi ehdotetaan opettajien vuosittain tekemiä haastatteluja, jotka koulutuksen järjestäjä hyödyntää opetussuunnitelmissa ja toimintansa kehittämisessä. (Alatalo ym. 2000.)

Pohjois-Karjalassa on tehty työvoiman määrällisen ennakkoinnin hanke, jonka osana on selvitetty sosiaali- ja terveystieteiden työvoimatarvetta (Holopainen & Hakulinen 2000). Ennakointia varten hankkeessa selvitettiin työvoiman määrällistä kehitystä, koulutusta ja työllistymistä, väestörakenteen aiheuttamia haasteita ja eläkepoistumia. Hankkeen perusteella ehdotetaan, että kerättyjä tietoja hyödynnetään kunnal-

Leiwo, Heikkilä & Matikainen

lisessä päätöksenteossa suunniteltaessa palvelutarpeita, palvelujen tuottamistapaa ja tuottajia sekä henkilöstörakenteita. Lähtökohtana sosi-aali- ja terveystietojen suunnittelussa ja päätöksenteossa pitäisi käyttää väestön terveystietoja ja hoidon tarpeita. (Holopainen & Hakulinen 2000.)

HOKE-hankkeen tavoitteet, suunnitelma ja ennakointialue

HOKE-hankkeen tavoitteet ja toimintasuunnitelma

Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointihankkeen (HOKE) tavoitteena on kehittää alueellinen, laadullinen hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeiden ennakointimalli. Ennakointitoiminnan avulla koulutusta suunnittelevat, toteuttavat ja hallinnoivat organisaatiot saavat tietoa hoitotyön koulutustarpeesta. Projektin vaikutuksena osaamis- ja koulutustarpeita pystytään ennakoimaan aiempaa täsmällisemmän tiedon varassa ja sen avulla lisätään toimijoiden ennakointi- ja tulevaisuusvalmiuksia. Projektissa pyritään lisäksi luomaan ja kokeilemaan tietotekniikkaa hyödyntäviä tiedonhankintavälineitä.

Pilottivaiheessa tutkimus koskee hoitotyön osaamistarpeita ja koulutusta, mikä tarkoittaa sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, kättilön ja lähi- tai perushoitajan työtä, osaamistarpeita ja koulutusta. Pilottihanke painottuu työhön terveydenhuollossa ja siihen liittyviin osaamistarpeisiin.

Hankkeen osatavoitteita ovat:

- laadullisen osaamistarpeen käsitteellinen määrittely,
- ennakointimittareiden laadinta (tiedonkeruumenetelmät) ja niiden kokeilu,
- asianosaisryhmien määrittely ja asianosaisverkoston rakentaminen,
- toimintamallin kehittäminen johtopäätösten ja suositusten tekemiseksi.

HOKE-hankkeen suunnitelma oli kolmivaiheinen:

I Vaihe:

Tavoitteena on selvittää mitä laadullinen tarve on (käsiteanalyysi) ja miten sitä mitataan.

Syyskuu 2000 - maaliskuu 2001

- Projektisuunnitelman tarkentaminen
- Laadullisen tarpeen osa-alueiden nimeäminen
- Mittariston alustava kokoaminen ja rakentaminen

- Tiedonkeruuryhmien nimeäminen
- Tiedonkeruu- ja analyysimenetelmien selvittäminen (sähköisen tiedonkeruun ja seurantajärjestelmän kokeilumalli)

II Vaihe:

Tavoitteena on mittariston, tiedonkeruun, tiedon analysoinnin ja hyödyntämisen testaaminen pilottiryhmällä sekä ennakointimallin kehittäminen.

Huhtikuu 2001 - kesäkuu 2002

- Pilottiryhmien perustaminen edellisen vaiheen pohjalta
- Ennakointitiedon kerääminen pilottina ja tietojen analysoiminen
- Pilotin ja sen hyödynnettävyyden arvioiminen
- Hoitotyön koulutuksen laadullisten ennakointikohteiden ja mittariston ominaispiirteiden määrittäminen

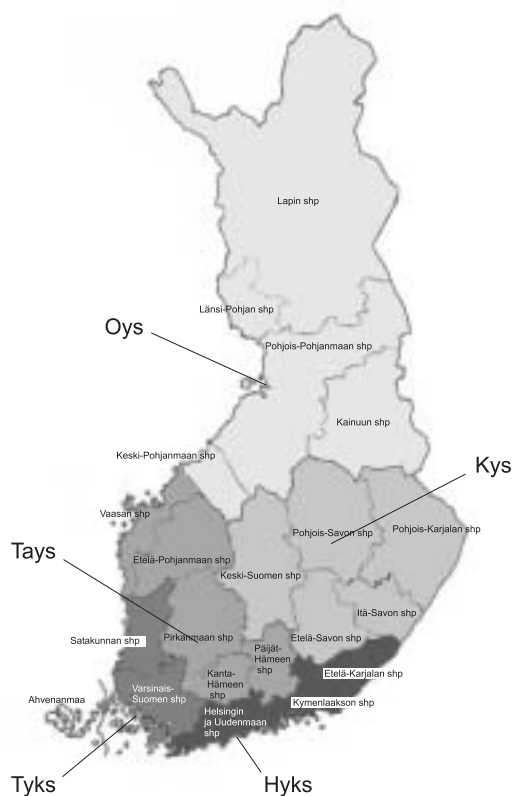
III Vaihe:

Tavoitteena on kehittää toimintamalli ja ehdotukset johtopäätösten, suositusten ja kehittämisehdotusten tekemiseksi ennakointitietojen pohjalta koulutuksen suunnittelussa

HOKE-hankkeen ennakointialueen kuvaus

Hankkeen ennakointialueena on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueesta Euroopan Unionin 2-rahoitusalueeseen kuuluvat kunnat. Ehdotettava ennakointimalli on maakunnallinen. (Kuvio 1.)

Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointi



Kuvio 1. Yliopistosairaalapiirit ja erikoissairaanhoitopiirit.

Väestöä hankkeen ennakointialueella on tällä hetkellä runsas 223 000 (taulukko 1). Kokonaisuudessaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella on runsas 260 000 asukasta. Väestömäärän ennakoidaan olevan kasvusuunnassa vuoteen 2020, minkä jälkeen sen oletetaan alkavan laskea. Alueen väestön ikääntyminen näkyy 65 -vuotiaiden ja sitä vanhempien ryhmän kasvuna ja erityisesti 75 vuotta täyttäneiden ryhmän voimakkaana kasvuna (19% vuoteen 2010). Alueella on kuntia, joissa 65 vuotta täyttäneiden osuus vuonna 2010 on lähes 30% väestöstä ja kunta, jossa se on 37%. Yleisesti 65 vuotta täyttäneitä on 20 - 25% väestöstä vuonna 2010. Lasten ja kouluikäisten osuus väestössä pienenee maakunnan tasolla. Ainoastaan Jyväskylän seudulla lasten ja nuorten määrän oletetaan kasvavan.

Taulukko 1. Tutkimusalueen väestöennuste, omavaraislaskelma 2001.
(<http://www.keskisuomi.fi/tilastot/vaestoennusteomav2000-2030.htm>)

	Vuosi 2000	Vuosi 2010	Vuosi 2015
Tutkimusalueen väestö	223506	222884	227143
Hankasalmi	5745	5502	5442
Joutsa	4250	3922	3793
Jyväskylä	78996	81940	82638
Jyväskylän mlk	32472	33849	34556
Jämsä	15537	15201	15079
Jämsänkoski	7689	7566	7509
Keuruu	11870	11328	11136
Korpilahti	5051	4870	4857
Kuhmoinen	2973	2661	2520
Laukaa	16547	16837	17144
Leivonmäki	1200	1081	1037
Luhanka	936	826	788
Multia	2153	1986	1923
Muurame	8101	8580	8851
Petäjävesi	3780	3629	3588
Sumiainen	1331	1250	1223
Suolahti	5624	5564	5516
Toivakka	2368	2233	2187
Uurainen	3125	3128	3168
Äänekoski	13758	14059	14188

Keski-Suomen maakunnan väestön hyvinvointi näyttäytyy Länsi-Suomen lääninhallituksen tilastoissa muuta lääniä heikompana. Kuolleisuus on korkein, miesten elinajan odote alhaisin ja työkyvyttömyyseläkkeitä saavien indeksi on korkein. Joka kolmas saa työkyvyttömyyseläkettä mielenterveyden ja käyttäytymishäiriöiden ja vajaa kolmannes tuki- ja liikuntaelinsairauksien takia. Nuoret miehet (35-64 -vuotiaat) kuolevat sepelvaltimotautiin hieman useammin kuin maassa keskimäärin. Verenkiertoelinten sairauksien takia työkyvyttömyyseläkettä saavia on vähiten maakunnan länsiosan kunnissa. (Länsi-Suomen läänin väestön ... 2000.)

Palvelujen käyttö painottuu perusterveydenhuoltoon. Terveyskeskusten avohoitokäyntejä asukasta kohden on Keski-Suomessa eniten Länsi-Suomen läänin alueella, mutta erikoissairaanhoidon käyntejä vähiten. (Länsi-Suomen läänin väestön ... 2000.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella erikoissairaanhoidoa tarjoavat Keski-Suomen keskussairaala ja Jokilaakson sairaala. Alueella on 14 terveyskeskusta, joista yhdeksän kuuluu hankkeen pilottialueeseen. STAKES:n ja Jyvässeudun kehittämissyhtiön (JYKES) tietojen

mukaan vuonna 2001 Keski-Suomessa toimi 255 sosiaali- ja terveysalan yritystä tai yrityksen toimipistettä, joista 145 oli terveydenhuoltoalan yrityksiä (Mäkelä & Nikkanen 2001).

Hoitotyön koulutusta Keski-Suomessa tarjoavat Jyväskylän ammattikorkeakoulu (JAMK) ja kolme sosiaali- ja terveysalan oppilaitosta. Ammattikorkeakoulussa on hoitotyön koulutusohjelma, jossa voi suorittaa sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön opinnot. Lisäksi ammattikorkeakoulussa on englanninkielinen sairaanhoitajan koulutusohjelma. Lähihoitajakoulutusta tarjoavat Jyväskylän ammatillisen koulutuksen kuntayhtymän sosiaali- ja terveysalan oppilaitos (Jystol), Pohjoisen Keski-Suomen oppimiskeskuksen sosiaali- ja terveysalan oppilaitos (Poke) ja Jämsän seudun koulutuskeskuksen sosiaali- ja terveysalan yksikkö (Jämsä). Kaikissa kouluissa on myös täydennyskoulutusta. Jyväskylän ammattikorkeakoulussa voi suorittaa ammatillisia erikoistumisopintoja (JAMKpalvelut) ja ammattikorkeakoulussa käynnistyy ammatilliseen jatkotutkintoon johtavat opinnot vuonna 2003. Alueen sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksilla on lisäksi järjestämissopimus toteuttaa erikoisammattitutkintoihin johtavaa koulutusta. Jyväskylän yliopistossa ei voi suorittaa hoitotieteen pääaineopintoja, mutta yliopistossa on muiden terveystieteiden opiskelumahdollisuuksia.

Pilottitutkimus hoitotyössä tarvittavasta osaamisesta Keski-Suomessa

Tulevaisuutta koskeva alueellinen tiedonhankinta koostuu ennakkoinnin taustatiedoista ja asiantuntijoiden näkemyksistä (vrt. Visanti 1999). Ennakkoinnin taustatietojen hankkimiseksi on analysoitu terveyskeskusten talous- ja toimintasuunnitelmat, selvitetty alueen oppilaitoksista valmistuneiden työhön sijoittuminen kyselyllä ja laadittu sähköinen tiedonkeruulomake, joka muodostaa alueellisen tietokannan. Asiantuntijoiden näkemyksiä tulevaisuuden terveydenhuollosta, hoitotyöstä, hoitotyöntekijöistä ja hoitotyössä tarvittavasta osaamisesta pilotti-alueella on hankittu terveydenhuollon työntekijöiltä eläytymispäivien pohjalta esseen, haastatteluun ja kyselylomakkeella sekä palvelujen käyttäjiltä, terveydenhoitajilta, hoitotyön johtajilta ja esimiehiltä haastatteleamalla että alueen terveydenhuollon johtajilta kyselyllä. Seuraavaksi kuvailaan hankkeessa käytetyt tiedonhankintatavat ja alueellisen tiedonkeruun tulokset.

Taustatiedot

Terveyskeskusten talous- ja toimintasuunnitelmat

Terveyskeskusten talous- ja toimintasuunnitelmien analysointi

Terveyskeskusten vuosien 2001-2003 talous- ja toimintasuunnitelmien analysoinnin tarkoituksena oli selvittää, soveltuvatko terveyskeskusten talous- ja toimintasuunnitelmat hoitotyön laadullisen osaamis- ja koulutustarpeen ennakkointiaineistoksi. Kuvailamalla talous- ja toimintasuunnitelmissa esitettyjä tulevaisuuden piirteitä, analyysin tavoitteena oli selvittää, mitä suunnitelmissa sanotaan (vrt. Metsämuuronen 1998, 50; Hildén 1999, 20):

1. toiminnan tarkoituksesta ja toiminnan muutoksista,
2. väestöstä ja väestön terveydestä sekä terveyden muutoksista,
3. henkilöstöstä, henkilöstön osaamisesta ja osaamisen kehittämisestä.

Analyysimenetelmänä oli aineistolähtöinen laadullinen sisällön-analyysi ennalta päätettyjen teemojen mukaisesti (Eskola & Suoranta

1996, 135-141, 145). Analyysissa ei käytetty aineiston kvantifiointia siitä huolimatta, että se olisi ollut mahdollista. Oleellisempaa oli löytää ne keskeiset asiat, joita suunnitelmissa tuodaan esiin alueen väestöstä, väestön terveydestä tai hyvinvoinnista, henkilöstöstä sekä henkilöstön osaamis- ja koulutustarpeista.

Talous- ja toimintasuunnitelmien laatimien perustuu kuntalakiin. Suunnitelmien alussa on yleensä johdanto-osa, jossa määritellään alueen toimintaympäristön piirteitä sekä suunnitteluajankohdan yleisiä tavoitteita ja lähtökohtia. Sen jälkeen on tulosityksikkökohtainen tarkennettu suunnitelma ja tämän jälkeen tai rinnalla toimintaa koskevat talousarvioluvut.

Analyysissa on käytetty kaikkia suunnitelmien sanallisia osia. Ensin talous- ja toimintasuunnitelmat on luettu läpi. Lukemisen yhteydessä teksteistä on merkitty luokittelurungon kategorioiden mukaiset luokat ja luetteloitu kaikki niihin liittyvät ominaisuudet ja sisällöt, jotka sitten raportoidaan tuloksina. Tulosten kirjoittamisen jälkeen suunnitelmat on vielä kertaalleen luettu läpi ja niitä on verrattu analyysiin riittävän tarkkuuden varmistamiseksi.

Tutkimusaineistona tarkasteltiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Euroopan Unionin 2-rahoitusalueen terveyskeskusten talous- ja toimintasuunnitelmia vuosille 2001-2003. Alueeseen kuuluu 21 kuntaa ja yhdeksän terveyskeskusta, joista kuusi on kuntayhtymien hallinnoimia ja kolme kuntien omia. Analyysissa on mukana seitsemän suunnitelmaa yhdeksästä. Suunnitelmat kattavat runsaan 200 000 asukkaan väestöpohjan (90% pilottialueen väestöstä) terveyspalvelut. Analyysissä ovat mukana Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän, Jämsä terveydenhuollon kuntayhtymän, Keuruun-Multian terveydenhuollon kuntayhtymän, Korpilahden-Muuramen kansanterveystyön kuntayhtymän, Palokan terveydenhuollon kuntayhtymän sekä Ääneseudun terveydenhuollon kuntayhtymän talous- ja toimintasuunnitelma. Jyväskylän tiedot on saatu suunnitelmasta Sosiaali- ja terveyspalvelut osana Jyväskylän kaupungin hyvinvointipolitiikkaa.

Terveyskeskusten toiminnan tarkoitus ja toiminnan muutokset

Terveyskeskusten talous- ja toimintasuunnitelmissa kuvataan toiminnan tarkoitusta niukasti, ei analysoiden ja visioiden. Terveyskeskusten toiminnan tarkoitus määritellään talous- ja toimintasuunnitelmissa kansanterveislain velvoitteilla, oman hallintoyksikön linjauksilla tai kunta-

lain määräyksellä suunnittelusta. Varsinaista visiota terveyskeskuksen toiminnalle ei suunnitelmissa ole. Osassa on määritelty toiminta-ajatus, joka on perustana toiminnalle.

Useimmiten palvelujen järjestämistavaksi on valittu tai ollaan valitsemassa alueellinen väestövastuu. Alueellisessa väestövastuussa tarkastellaan paljon toimijoiden yhteistyötä. Suunnitelmissa kuvataan toimintaympäristön muutoksia, jotka vaikuttavat työhön ja työssä tarvittavaan osaamiseen. Yleinen muutos on työn tekeminen ryhmissä tai verkostoissa. Ryhmät ovat oman ammattiryhmän sisäisiä tai moniammatillisia. Moniammatillinen asiantuntijatyö lisääntyy. Tähän liittyvät osaamistarpeina mm. taito rakentaa verkostoja sekä työskennellä niissä. Tämä tulevaisuuden osaamistarve on todettu aiemmissakin tutkimuksissa (Metsämuuronen 1998; Kuusi 1996). Suunnitelmissa yhteistyö nähdään keskeisenä keinona kehittää hoitokäytänteitä ja -prosesseja sekä vastata palvelutarpeisiin muuttuvissa olosuhteissa.

Toiminnan muutoksina tarkastellaan työssä käytettäviä yhteistyömuotoja, laadunkehittämistä, palvelujen tehokasta tuottamistapaa, avohoidon ensisijaisuutta, väestön ikääntymistä, lasten ja nuorten palveluja sekä mielenterveyspalvelujen kehittämistarpeita. Yhteistyöprosessit kuvataan omaa työyksikköä laajemmiksi, jopa yhdyskuntatasoiseksi toiminnaksi. Suunnitelmissa korostetaan lisäksi terveys- ja asiakaslähtöisyyttä sekä joustavuutta palvelujen tuottamisen keskeisinä periaatteina.

Laadun kehittäminen ja laatuajattelun edistäminen esiintyy kaikissa suunnitelmissa. Laatutyöskentely kuvataan työyhteisöjen sisäisenä, toimintayksikön tai palveluketjun toiminnan kehittämisenä. Näin ollen merkittävä hoitotyön osaamisalue on laadunhallinta. Työ terveydenhuollossa perustuu yhä enemmän määriteltyihin laatuvaatimuksiin ja laadunarviointiin. Laadunhallinta on tärkeä tulevaisuuden osaamisvaatimus myös Pelttarin (1997) tutkimuksessa. Tämän voi ajatella liittyvän asiantuntijatyöhön (esim. Eteläpelto 1992). Lisäksi se on oppivan organisaation piirre (vrt. Hätönen 1999; Senge 1990).

Palvelujen taloudellinen ja tehokas tuottamistapa mainitaan useissa suunnitelmissa. Osassa kuntia on erityisiä uhkia, jotka lisäävät tarvetta hallita kuluja ja toiminnan taloudellista tehokkuutta sekä vaikuttavuutta. Täsmällisiä linjauksia tai vaihtoehtoisia strategisia suunnitelmia siitä, miten kuntatalouden mahdollisiin ongelmiin varaudutaan tai miten palvelut turvataan voimavarojen vähentyessä, ei suunnitelmissa esitetä.

Mielenterveyspalvelujen kehittäminen näkyy useimmissa suunnitelmissa. Tähän liitetään usein huume- ja päihdetyö. Mielenterveys-, päihde- ja huume- ja huumetyötä ja työssä tarvittavaa osaamista kehitetään kaikkien väestöryhmien osalta, mutta erityisesti korostetaan lasten- ja nuorten sekä syrjäytymisriskissä olevien palveluja. Esimerkiksi kouluterveydenhuollossa työn sisältöä kehitetään tästä näkökulmasta. Toiminnan kehittämiseksi käytetään moniammatillista yhteistyötä, mielenterveys-suunnitelman laatimista, palvelujen uudelleen organisointia ja henkilöstön kehittämistä.

Terveyskeskusten vastuualueiden väestö ja väestön terveys

Väestö kuvataan tavallisimmin ikäryhmittäin lukumäärinä ja prosenttiosuuksina. Osasta suunnitelmia väestötiedot puuttuvat. Osassa suunnitelmia väestörakenteen muutos kuvataan myös sanallisesti. Tyypillisiä suunnitelmissa kuvattuja muutoksia ovat väestön väheneminen, vanheneminen ja ikärakenteen muuttuminen.

Väestön vanheneminen ja ikääntyneiden määrän lisääntyminen koskettaa jokaista terveyskeskusta ja synnyttää muutoksia palvelutarpeisiin. Osassa suunnitelmia pohditaan väestön vanhenemisen vaikutusta palvelujen järjestämistapaan, henkilöstötarpeisiin ja -rakenteisiin sekä henkilöstön osaamistarpeisiin. Vanhenevien hoidontarpeiden hallinnassa käytetään keskeisenä työtapana yhteistyömuotojen kehittämistä ja ennaltaehkäisykeinoja kuten toimintakyvyn ylläpitämistä sekä kuntouttavaa ja omatoimisuutta tukevaa työtä. Lisäksi lisätään henkilöstön sairaanhoidollista osaamista.

Useissa suunnitelmissa hahmoteltu tulevaisuuden muutos koskee lasten ja nuorten palveluja. Tulevana ongelmana kuvataan lasten ja nuorten päihteiden ja huumeiden käyttöä tekijöinä, jotka aiheuttavat uusia palvelutarpeita ja edellyttävät henkilöstön osaamisen kehittämistä. Näihin vastataan kehittämällä moniammatillista työtä, työn sisältöjä äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä kouluterveydenhuollossa, tukemalla perheitä ja vanhemmuutta.

Väestön terveyttä kuvataan palvelujen käyttönä, käyntikertoina vastaanotoilla tai neuvolassa tai kotikäynteinä sekä vuodeosaston käyttönä, ja suunnitelmissa arvioidaan palvelujen käytön tai tarpeen muuttumista. Osassa suunnitelmia otetaan kantaa erikoissairaanhoidon käytön tasoon, ja linjataan, mitä potilasryhmiä pyritään hoitamaan itse, mitä keskussairaalassa.

Terveyttä kuvataan lisäksi palvelutarvetta aiheuttavina terveys- tai hyvinvointiongelmoina tai hyvinvoinnin uhkina. Väestön terveyden kuvaaminen suoraan lukuina tai sairauksina on harvinaista, vain Jyväskylässä on nimetty tulevaisuudessa keskeiset sairausryhmät (mts. 12). Väestöön tai väestön terveyteen liittyviä kysymyksiä ilmaistaan palvelutarvetta aiheuttavina tekijöinä, hyvinvointiongelmoina tai hyvinvoinnin uhkina. Tällaisia ovat ikääntyneiden määrän kasvu, lasten- ja nuorten ongelmat, työttömyyden, mielenterveysongelmien tai dementian lisääntyminen. Ne nimetään palvelutarpeita lisääväksi tai uuttaa osaamista vaativiksi tekijöiksi.

Palvelujen käyttäjä, hänen omaisensa ja erilaiset vapaaehtoistyöntekijät muodostavat ryhmiä, jotka ovat lisääntyvästi mukana hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. Samalla korostuvat ammattilaisen rooli toimia palvelujen tarjoajana ja taidot työskennellä asiakaslähtöisesti hänen omatoimisuuttaan ja päätösvaltaansa tukien (vrt. Metsämuuronen 1998; Pelttari 1997).

Väestömuutoksista tehtävät johtopäätökset jäävät suunnitelmissa vähäisiksi ja vaikuttavat liian yleisiltä todellista työn muutoksen ja osaamistarpeiden määrittämistä ajatellen.

Henkilöstö, henkilöstön osaaminen ja osaamisen kehittäminen

Henkilöstö kuvataan talous- ja toimintasuunnitelmissa henkilöstörakenteena ja henkilöstömäärinä. Missään suunnitelmassa ei esitetä suuria henkilöstömäärien muutoksia, mutta osassa tehdään linjaus, että henkilöstömääriä ja -rakennetta tarkistetaan väestön tai toiminnan muuttuessa.

Henkilöstön ja työyhteisöjen hyvinvoinnin turvaaminen sekä ikääntyvän henkilöstön jaksaminen otetaan esiin useissa suunnitelmissa. Henkilöstön työkyvyn ja jaksamisen tueksi kehitetään johtamista, työilmapiiriä, työn sisältöjä ja työntekijöiden vaikuttamismahdollisuuksia.

Henkilöstön osaamisen haasteita kuvataan osaamistarpeiden ja vaatimusten kasvuna, palvelujen laatuun liittyvinä vaatimuksina sekä henkilöstökehittämisessä käytettävänä työtapoina. Useissa suunnitelmissa kytketään yhteen henkilöstön hyvinvointi, osaaminen ja osallistuminen. Osaamistarpeita määritellään yleisinä tai erityisinä. Yleisistä osaamistarpeista lähes kaikissa suunnitelmissa korostetaan laadunhallinnan ja yhteistyön osaamista. Erityisistä osaamistarpeista suunnitelmista löytyy vähän mainintoja, joissakin terveyskeskuksissa kehitetään ajatus-

ta eri tautiryhmiin ja potilaiden hoitoon suuntautuvien vastuuhenkilöiden tai koordinaattoreiden kouluttamisesta. Yksi konkreettisimmista osaamisen kehittämissuunnitelma on Jämsän suunnitelman (mts. 8) tavoite vaikuttaa siihen, että kaikilla sairaankuljetuksessa toimivilla on hoitotason tutkinto. Kivunhoidon osaaminen on yksi mainituista hoitotyön erityisosaamistarpeista.

Koulutus on useimmiten mainittu keino hankkia tai ylläpitää henkilöstön osaamista. Henkilöstön osaamista edistetään erilaisia asiantuntijuuden jakamisen muotoja hyödyntäen, esimerkiksi yhteisin koulutuksin, toisten työhön tutustumisin tai työnkierrolla oman työyhteisön eri yksiköiden välillä tai terveyskeskuksen ja sosiaalitoimen tai terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon välillä. Lisäksi panostetaan johtajuuden kehittämiseen, yhteisten hoito-ohjeiden ja yhteisten suunnitelmien tai hoitoketjujen työstämiseen sekä asiakas- tai omaispalautteen hyödyntämiseen. Osassa suunnitelmia korostetaan kannustamista omaehtoiseen opiskeluun tai sen tukemista. Muita keinoja ovat projektityöskentely ja opinnäytetyöt.

Henkilöstön työssä jaksamisen tukemista perustellaan suunnitelmisissa johtamistoiminnan, yhteisötasoisten toimintamallien ja työn vastuiden kehittämällä. Se, mitä suunnitelmissa ei käsitellä, on henkilöstön hyvinvoinnin ja kehittämisen laajempi kytkeminen organisaation tavoitteisiin ja strategioihin sekä tämän yhteys jaksamiseen. Työn tekemisessä tarvittava osaaminen ja henkilöstökehittäminen ovat mitä suurimmassa määrin strategisia

Terveyskeskusten talous- ja toimintasuunnitelmien hyödynnettävyys osaamis- ja koulutustarpeiden ennakoinnissa

Koulutuksen suunnittelua ajatellen talous- ja toimintasuunnitelmat ovat toisaalta informatiivisia, toisaalta eivät sitä ole. Suunnitelmista saa melko hyvän kuvan lähitulevaisuuden muutoksista ja kehittämistarpeista, mutta niitä ei juurikaan kytketä henkilöstön kehittämiseen. Suunnitelmissa otetaan niukasti kantaa henkilöstön osaamiseen ja osaamisen kehittämiseen siitä huolimatta, että henkilöstökulut ovat terveydenhuollon organisaatioiden suurin menoerä. Kehittämistarpeita joutuu tulkitsemaan suunnitelmissa esitetyistä toimintojen kehittämissuunnista.

Suunnitelmista voi tehdä sen johtopäätöksen, että terveyskeskuksissa on havahduttu siihen, että osaavan henkilöstön saaminen ja pitäminen ei ole tulevaisuudessa itsestään selvä asia. Organisaatioissa on

alettu miettiä henkilöstön jaksamista, mutta henkilöstön osaamis- ja koulutustarpeiden määrittely, joka perustuu toimintaympäristön ja väestörakenteen analyyttiseen tarkasteluun ja niistä tehtyihin visioihin ja strategisiin valintoihin, puuttuu suunnitelmista. Ylipäänsä suunnitelmat eivät ole visio- ja strategialähtöisiä.

Suunnitelmissa esiin tuodut osaamis- ja koulutustarpeet ovat useammin yleis- kuin erityisosaamistarpeita. Yleisosaamistarpeita ovat ihmishuuhdetaidot, ryhmässä toiminen ja muutoksessa eläminen (vrt. Kuusi 1996). Ammatilliseen yleisosaamiseen kuuluvina voitaneen pitää ainakin mielenterveys-, huume-, päihde- ja kivunhoidon osaamista sekä kuntouttavaa ja omatoimista selviytymistä tukevaa työtettä vanhusten hoidossa. Erityisosaamistarpeista esiin tuotiin varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen taidot terveydenhoitotyössä.

Hoitotyön perustutkintojen koulutusajat ja suunnitteluperspektiivi ovat niin pitkät, että terveyskeskusten talous- ja toimintasuunnitelmat eivät sovellu niiden suunnittelun ennakointiaineistoksi. Suunnitelmat antavat kuitenkin viitteitä vahvoista vallalla olevista trendeistä ja siinä mielessä kouluttajien on hyvä tuntee ne. Parhaiten suunnitelmia voidaan käyttää täydennyskoulutustarpeiden ennakoimisessa, koska täydennyskoulutussuunnittelun aikaperspektiivi on perustutkintojen koulutussuunnittelua lyhyempi ja tarpeisiin voidaan reagoida nopeasti. Jotta talous- ja toimintasuunnitelmia voitaisiin hyödyntää perustutkintojen koulutussuunnittelussa, terveydenhuollon yksiköiden pitäisi hahmottaa tulevaisuutta vähintään viisi vuotta eteenpäin ja mieluummin tätäkin pitemmälle.

Hoitotyön koulutusohjelmista valmistuneiden työhönsijoittumiskysely

Kyselylomakkeen kehittäminen ja kyselyyn vastaajat

HOKE-hankkeessa kehitettiin lomaketta vuosittain toteuttavaan 2. asteen oppilaitosten ja ammattikorkeakoulun työhönsijoittumiskyselyyn. Kyselyn päätarkoituksena oli selvittää koulutusten työelämän tarpeeseen vastaamista. Kyselyn tavoitteena oli selvittää, ovatko alueen oppilaitosten hoitotyön koulutusohjelmista valmistuneet työssä, vastaa-ko työ heidän saamaansa koulutusta sekä mihin tehtäviin kustakin koulutuksesta tyypillisesti sijoitutaan. (Kankaanpää 1998; Visanti 1999.) Lisäksi haluttiin kartoittaa, mille alueelle valmistuneet ovat sijoittuneet.

Lomakkeessa oli kysymyksiä myös valmistuneiden tyytyväisyydestä opintoihinsa. Tulokset annettiin kunkin oppilaitoksen käyttöön.

Kyselylomake muotoiltiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun sijoittumiskyselylomakkeen pohjalta työryhmässä, jossa oli edustaja kustakin alueen sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksesta. Kukin oppilaitos viimeisteli lomakkeensa. Ne postitettiin hankeen toimesta kunkin oppilaitoksen saatekirjeellä varustettuna. Jyväskylän ammattikorkeakoulun täydennyskoulutus-, rekrytointi- ja palvelutoiminta muokkasi lomakkeen omien tarpeittensa mukaiseksi. Kyselyt osoitettiin pääosin vuonna 2000 valmistuneille. Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmista (Terveysalan koulutusohjelma, Dergee Programme in Nursing) valmistuneille kyselyn toteutti marraskuussa 2001 ammattikorkeakoulun rekrytointipalveluyksikkö. Muille valmistuneille kysely lähetettiin oppilaitosten antamien osoitetietojen mukaan postikyselynä joulukuussa 2001 ja tammikuussa 2002.

Kyselyjä lähetettiin yhteensä 593, vastauksia saatiin 300 (taulukko 2). Osa vastaajista (35) jäi tavoittamatta vanhan osoitetiedon takia.

Taulukko 2. Sijoittumiskyselyyn vastaajat oppilaitoksittain.

Oppilaitos	Lähetetyt kyselyt (f)	Vastaajat (f)	Vastausprosentti (%)
Jaiko	94	42	49
Poke	104	43	47
Jämsä	80	54	68
Jystol	113	65	63
JAMKpalvelut	126	49	40
JAMK, hoitotyön koulutusohjelmat	76	47	62

Hoitotyön koulutusohjelmista valmistuneiden työhön sijoittuminen

Lähihoitajista kyselyn ajankohtana oli työssä 70.8% vastanneista (taulukko 3). Oman alan työtä olivat parhaiten saaneet ensihoidon (3=100%) sekä sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelmasta (50=76%) valmistuneet. Vähintään puolet oli sijoittunut oman alan työhön lisäksi vanhustyön (17=61%), vammaistyön (11=50%) sekä asiakaspalvelun ja tietohallinnon koulutusohjelmasta (4=57%). Työttömänä oli eniten mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelmasta valmistuneissa (5=25 %). Keski-Suomessa työskenteli 77% vastanneista lähihoitajista, Hämeen alueella 12.6%, Mikkelin seudulla 3.8% ja pääkaupunkiseudulla 2.5% (45 vastaajan tieto puuttuu).

Taulukko 3. Lähihoitajien työhön sijoittuminen koulutusohjelmittain.

Koulutus-ohjelma	Vastaaajat (f/% kaikista vastanneista)	Työssä omalla alalla+ muulla alalla	Kokoaika-työssä/ vakituinen työsuhde	Työttömänä	Päätoiminen opiskelija	Äitiys- tms. loma/ varusmiespalvelu	muu/ tieto puuttuu
Ensihoito	3/1.5	3	2/1	-	-	-	-
Lasten ja nuorten ...	49/24	23 + 6	22/5	8	8	3	1
Mielenterveys- ja päihdetyö	20/10	11 + 2	10/6	5	-	-	2
Sairaanhoidon ja huolenpito	66/33	50 + 6	47/20	1	5	2	2
Vammaistyö	22/11	11	8/9	1	5	2	3
Vanhustyö	28/14	17 + 4	19/12	2	-	1	4
Asiakaspalvelun ja ...	7/3.5	4	2/1	-	2	1	-
Muu ohjelma (sosiaalihoijaaja)	7/3.5	5 + 1	4/4	1	-	-	-

Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmista valmistuneista tutkimusjakohtana oli työssä 68%, työttömänä 14%, opiskelijana 9% ja äitiyslomalla tai varusmiespalvelussa 9% vastanneista. Valmistuneista työskenteli Keski-Suomessa 59% työssä olleista (n=27). **JAMKpalveluista valmistuneista** työssä oli 67%. Työttömänä vastaa- jista oli kaksi (4%), päätoimisena opiskelijana neljä (8%) ja isyys- tai äitiyslomalla kuusi (12%). Palvelutoiminnasta valmistuneista useim- mat jatkoivat entisessä työssään (67%), mutta vastaajat kokivat, että koulutus oli ollut tärkeä heidän kehittymisessään ja oli antanut heille uusia valmiuksia tehdä työtä.

Terveysthuollon palvelujen käyttäjien näkemykset tulevaisuudesta

Dementoituvien omaishoitajien ja hoitotyöntekijöiden haastattelut

Dementoituvien omaishoitajien ja hoitotyöntekijöiden haastattelujen analysointi

Tutkimuksen tarkoituksena oli hankkia tietoa siitä, mitä dementoituvia hoitavat omaiset odottavat tulevaisuudessa terveydenhuollon palveluilta, millaista dementoituvan hoitaminen jokapäiväisenä työnä kotona on, mitä apua ja osaamista omaishoitajat odottavat hoitotyön asiantuntijoilta, sekä miten omaishoitajien mielestä dementoituvien hoito pitäisi järjestää.

Tutkimusaineistona oli kuuden omaishoitajan ja kolmen dementoituvia hoitavan hoitotyöntekijän haastattelut. Omaishoitajat ovat viisi naista ja yksi mies. He ovat 63-83 vuoden ikäisiä ja ovat toimineet omaishoitajana 2-20 vuotta. Hoitotyöntekijät ovat naisia, kahdella on sairaanhoitajan ja yhdellä lähihoitajan tutkinto. Kaikilla on usean vuoden kokemus dementoituneiden hoitotyössä. Kaikilla on myös koulutuksella hankittua dementoituvien hoitotyön erityisosaamista.

Haastattelut on nauhoitettu ja kirjoitettu sanatarkasti nauhalta. Analyysi on tehty kirjoitetuista teksteistä. Analyysi on luonteeltaan induktiivinen ja tyypittelevä, teksteistä etsitään samankaltaisuuksia, joita yhdistellään tyypillisiksi ajatustavoiksi tai -rakennelmiksi (Eskola & Suoranta 1996, 141-145). Analyysi on alkulähtökohdiltaan induktiivinen, mutta loppuvaiheessa yleiset osaamisvaatimukset luokitellaan Evers ym:n (1998) mukaisesti siten, että pääkategoria ja yläluokka ovat tämän mukaisia ja alaluokka aineistolähtöinen. Kliinisen hoitotyön ja dementoituvan hoitotyön osaamiskategorioiden yläluokat ovat samat kuin tämän hankkeen muissakin osatutkimuksissa (ks. s. 47) ja alakategoriat ovat aineistolähtöisiä.

Dementoituvan hoito ja hoitotyössä tarvittava osaaminen sekä dementoituvien hoito- ja palvelujärjestelmä tulevaisuudessa

Dementia on etenevä sairaus, mikä aiheuttaa eriasteista, lisääntyvää toimintakyvyn alenemista. Hoidon tarve riippuu sairauden vaiheesta sekä sairastuneen ja hänen perheensä elämäntilanteesta. Sairauteen liit-

tyvä muistihäiriö alkaa yleensä hiljalleen ja sairauden alkuvaiheessa hämmennystä aiheuttaa omaisen käyttäytymisen muuttuminen. Tällöin tarvitaan diagnoosi, tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä etenemisestä. Mitä varhaisemmassa vaiheessa sairaus tunnistetaan ja aloitetaan hoito sekä ohjaus ja neuvonta sitä vankempi on omaisen osa, sitä paremmat mahdollisuudet hänellä on ymmärtää hoidettavaansa ja myös omat tunteensa. Omaisen osa on sillä tavalla raskas, että hän pystyy ymmärtämään läheisensä muuttumisen eri tavoin kuin sairastunut itse.

Tavallinen arjen ongelma kotona on nukkuminen. Joskus sairastunut on levoton, karkaileva ja aggressiivinen. Sairauden oireisiin voi liittyä myös pikkutarkka asioiden loppuun suorittaminen. Sairauden edetessä apua tarvitaan lisääntyvästi sairastuneen fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtimiseen, kodin hoitamiseen ja erilaisten asioiden hoitamiseen. Omaisen joutuu opettelemaan nämä, ellei ole niitä aikaisemmin tottunut hoitamaan. Sairauden edetessä hoitamiseen kuuluu yleensä asioiminen sosiaali- ja terveystieteiden palvelujärjestelmässä, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kanssa, lääkärinvastaanotoilla, sairaaloiden poliklinikoilla, päiväkeskuksissa ja erilaisissa lyhytaikaishoitoa järjestävissä laitoksissa sekä vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla elämän loppuvaiheessa.

Kotona asumisen ja lyhytkestoisten laitoshoidojen vaihe kestää yleensä vuosia. Laitoshoitopaikat ovat hyvin tarpeellisia, mutta vaihe voi olla uuvuttava ja siinä joudutaan jatkuvasti pohtimaan hoidon hyötyjä ja haittoja. Lyhytkestoisen laitoshoidon hyötynä hoitavan omaisen kannalta on mahdollisuus jakaa hoitovastuuta ja saada aikaa omaan vapaaseen. Haittana on sairastuneen tilan mahdollinen taantuminen. Käynnit erilaisilla vastaanotoilla ja muut hoidot kodin ulkopuolella saattavat lisätä sairastuneen epävarmuutta ja pelon tunteita, koska hän ei täysin ymmärrä mitä tapahtuu.

Hoitotyöntekijältä odotetaan kliinisen hoitotyön perusosaamista, dementoituvan hoitotyön erityisosaamista, kommunikointiosaamista, innovaatioiden ja muutosten vauhdittamisosaamista sekä elämänhallintaosaamista (taulukko 4). **Kliinisen hoitotyön perusosaamisen lähtökohta on hoitotyön tietoperustan hallinta, ja se edellyttää ammatillista koulutusta.** Käytännön taitoja ovat hoitotyön prosessin hallinta, ohjaus- ja neuvontataidot sekä eettisen päätöksenteon taidot.

Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointi

Taulukko 4. Dementoituvan hoitotyössä tarvittava osaaminen.

Pääkategoria	Yläluokka	Alaluokka
Kliinisen hoitotyön perus-osaaminen	Hoitotyön tietoperustan hallinta	Ammatillinen koulutus ja riittävä kokemus
	Hoitotyön prosessin hallinta	Taidot arvioida ihmisen toimintakyky Taidot jakaa hoitovastuuta Taidot vastata hoitotyön laadusta
	Ohjaus- ja neuvontataidot	Taidot antaa tietoa, ohjata ja opettaa
	Eettisen päätöksenteon taidot	Taidot toimia hienotunteisesti Taidot ottaa etäisyyttä
Dementoituvan hoitotyön erityisosaaminen	Hoitotyön tietoperustan hallinta	Taidot käyttää tutkimustietoa hoitotyössä
	Hoitotyön prosessin hallinta	Taidot auttaa päivittäisissä toiminnoissa Taidot tehdä muistikuntoutusta Tavoitteellisen, suunnitelmallisen ja analyyttisen työn taidot Oivaltavan auttamisen taidot Taidot tuottaa onnistumiskokemuksia ja mielihyvää
	Taidot hoitaa asiakaslähtöisesti	Taidot hallita tunnetiloja Taidot mahdollistaa omassa elämässä toimiminen Taidot tukea omana persoonana olemista Taidot rakentaa elämänhistoriasta Taidot säilyttää sosiaalinen verkosto
	Eettisen päätöksenteon taidot	Taidot kohdella ihmisenä arvostaen Tunnetilan ohittamisen taidot Taidot havaita ja arvostaa toiveita Rehellisyys
Kommunikointi	Vuorovaikutustaito	Taidot olla rauhallinen ja rauhoittaa Eläytyvän kohtaamisen taidot Taidot hankkia perheen hyväksyminen Taidot jakaa kokemuksia Taidot antaa tukea
	Viestintätaito	Taidot käyttää ymmärrettävää kieltä Oivalluskyky
Elämänhallinta	Oppimisen taito	Taidot olla joustava ja tehdä toisin Taidot olla kasvu- ja kehityshakuinen
	Henkilökohtaiset vahvuudet	Taidot käsitellä omia tunteita Rohkeus käsitellä vaikeita asioita

Dementoituvan hoitotyön erityisosaamisessa hoitotyön tietoperustan hallinnassa korostuu tutkittu tieto ja sen hyödyntäminen. Hoitotyöntekijän pitää tuntea dementoivat sairaudet ja sairauksien erilaiset oireet. Hoitotyöntekijän pitää lisäksi tunnistaa muiden sairauksien oireita, joista potilas ei pysty asianmukaisesti kertomaan, vaan hänen reaktionsa on levoton tai aggressiivinen käyttäytyminen. Dementoituvan hoitotyön erityisosaamisen taitoja ovat päivittäisissä toiminnoissa auttaminen, muistikuntoutus sekä onnistumiskokemusten ja mielihyvän tuottaminen potilaalle, analyyttinen ja suunnitelmallinen toiminta sekä oivaltava auttaminen ja potilaan tunnetilojen hallinta. Usein sairastunut tarvitsee apua ruokailussa, pesuissa ja pukeutumisessa, pitää katsoa, että ne sujuvat ja auttaa tarpeen mukaan. Hoitotyön lähtökohta on voimavaralähtöinen, kuntouttava ote työhön. Se tarkoittaa potilaan ehdoilla ja hänelle tärkeiden asioiden tekemistä. Potilas pidetään mukana tapahtumissa, kerrotaan mitä tehdään, toistetaan tarvittaessa vaikka kuinka monta kertaa. Tuttujen asioiden kertaaminen on tärkeää hoitomuotonakin, se tuottaa mielihyvää ja onnistumisen kokemuksia. Hoitotyön asiantuntija tarvitsee lisäksi taidot tehdä erilaisia toimintakykymittauksia ja seurata toimintakykyä. Hänen täytyy mm. arvioida, miten potilas eri tilanteista kotona selviytyy.

Lääkehoitojen kehittyminen muuttaa tulevaisuudessa dementoituvien hoitoa. Lääkehoidot lisäävät ihmisten toimintakykyisiä vuosia, auttavat heitä hallitsemaan elämänsä pitempään, ja muuttavat ammattilaisen työtä. Esimerkiksi neuvonnan ja ohjauksen tarve lisääntyy. Taudinkuva voi muuttua siten, että sairaudesta huolimatta toimintakyky säilyy pitkään ja sairauden loppuvaiheessa sitten on lyhyt saattohoidon vaihe.

Asiakaslähtöisen työn taitoja ovat omassa elämässä toimimisen mahdollistaminen ja omana persoonana olemisen sekä sosiaalisen verkoston tukeminen. Eettisen päätöksenteon taitoja ovat arvostava kohteleminen, toiveiden tunnistaminen ja arvostaminen, tunnetilojen ohittaminen ja rehellisyys.

Kommunikointiosaamisessa korostuvat vuorovaikutustaidot, taidot olla rauhallinen ja rauhoittaa, eläytyvä kohtaaminen, hyväksynnän hakeminen sekä taidot jakaa kokemuksia ja antaa tukea. Dementoituvan hoitotyön erityistaito on ymmärrettävän kielen käyttäminen ja viestien ymmärtäminen. Hoitotyöntekijän kommunikoinnin pitää olla turvallista. Dementoituvan tunnekokemukset voivat olla vahvoja, ja hän ei välttämättä pysty ilmaisemaan itseään relevantisti. Hän aistii toisen

tunnetilat ja reagoi niihin ja hänen reaktionsa ovat tunnereaktioita, kuten pelkoa, iloa ja vihastumista. Käytännön taitoina hoitotyöntekijän pitää kyetä rauhoittamaan pelokas, levoton tai sekava potilas ja sopeutumaan hyvin erilaisiin ja nopeastikin muuttuviin tilanteisiin sekä olemaan vuorovaikutuksessa hyvin erilaisten ihmisten kanssa. Kokemusten jakamiseen liittyy moniammatillisen osaamisen hyödyntäminen ja oman asiantuntijuuden käyttö muiden asiantuntijoiden työtä täydentävänä. Hoitotyöntekijä työskentelee yhteistyössä esimerkiksi lääkärin, fysioterapeutin ja psykologin kanssa.

Elämänhallintaosaamisessa korostuu taito oppia. Hoitotyöntekijän on oltava joustava sekä kehitys- ja kasvuhakuinen. Hän tarvitsee taidot käsitellä omia tunteitaan ja rohkeutta käsitellä vaikeita asioita. Dementoituvan hoitotyössä tarvitaan paljon sekavuuden sietoa, joustavuutta hypätä mielikuvasta toiseen sekä oivalluskykyä siten, että pystyy ymmärtämään toisen viestejä. Huumorilla ja joustavuudella on tärkeä rooli työssä.

Tulevaisuuden **palvelujärjestelmää** hahmotettaessa dementoituvan ihmisen parhaana hoitopaikkana pidetään kotia ja hoitojärjestelmää pitääkin kehittää voimakkaasti kotiin suuntautuvaksi ja kotona tehtävää hoitotyötä tukevaksi. Kotona tehtävän hoitotyön kulmakivi on omaisten tai läheisten tukeminen ja perheen sosiaalisen verkoston ylläpitäminen ja sen hyödyntäminen. Tärkeänä tukemisen muotona pidetään omaisten koulutusta ja yhteistoiminnan järjestämistä.

Kotona tehtävän työn tukemisessa tärkeää on hoitavan omaisen vapauttaminen ajoittain hoitovastuusta. Kotipalveluja tarvitaan määrällisesti ja laadullisesti riittävästi. Osa palvelujen laatua on jatkuvuus hoitosuhteissa, että kunkin potilaan hoidossa on mukana vain muutama työntekijä. Palvelujärjestelmän kehittämiseksi toivotaan dementoituvan hoitotyön osaamiskeskustoja. Osaamiskeskusten pitäisi toimia käytännön palvelujen tarjoajana, neuvonta- ja ohjauspaikkana sekä paikkana, johon voi tuoda omaisensa hoitoon lyhyemmäksi tai pitemmäksi aikaa. Kuntiin tarvitaan dementoituvien hoitotyön koordinaattori, yksi neuvontapiste, jossa osataan ohjata palvelujen etsimisessä ja käyttämisessä.

Nuorten terveydenhuoltopalveluiden käyttäjien kirjoitelmien sisällönanalyysi

Nuorten kirjoitelmat tiedonhankintamenetelmänä

Nuorten terveydenhuoltopalveluiden käyttäjien kirjoitelmien tarkoituksena oli hankkia tietoa siitä mitä nuoret ajattelevat hyvinvoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä tulevaisuudessa. Jyväskyläläisessä luki-ossa 23 oppilasta kirjoitti äidinkielen tunnilla aineen otsikolla “Olet nuori aikuinen vuonna 2010. Miltä nuoren aikuisen elämä näyttää silloin? Mitkä tekijät vaikuttavat nuoren aikuisen hyvinvointiin vuonna 2010?” Aineet ovat keskimäärin kahden sivun mittaisia. Aineiden analysoinnissa käytettiin laadullista sisällönanalyysiä. Kirjoittajat olivat 17-19 -vuotiaita, 14 tyttöä ja yhdeksän poikaa.

Nuorten näkemykset tulevaisuuden yhteiskunnasta ja terveydenhuollosta

Kirjoitelmissa tarkastellaan tulevaisuuden muutossuuntia, arvoja, teknologian muutosta sekä elämäntapoihin ja terveyteen liittyviä muutoksia. Lukiolaisia kiinnostavat erityisesti **luonnon muuttuminen ja kansainvälistyminen**. Kirjoitelmissa tuodaan esiin lisäksi tulevaisuuteen liittyviä unelmia ja uhkia. Kirjoittajat luottavat maailman muuttumattomuuteen tunnistaen kuitenkin tulevaisuuden ennakoinnin vaikeuden. Kirjoitukset perustuvat asioiden jatkuvuuteen, tämänhetkisen maailman lähtökohdista tehtyihin arvioihin tällä hetkellä pinnalla olevien keskustelujen ja aiheiden varassa. Muutama kirjoittaja poikkeaa näistä. Yksi kirjoittaja olettaa ekokatastrofin ja kahdessa kirjoitelmassa kritisoidaan tieteiselokuvien tulevaisuuskäsityksiä.

Rakkaus, ystävyys ja perheen perustaminen ovat elämän perusarvoja. Tärkeinä ja arvokkaina pidetään myös terveyttä, elämästä nauttimista, onnellisuuden tavoittelua ja omien arvojen toteuttamista. Opiskelua ja työntekoa pidetään itsestänselvyyksinä. Muutama lukiolainen kirjoittaa kasvatuksesta ja valistuksesta tärkeänä arvona. Nuorille tulevaisuus tuo korostuvan vastuullisuuden omista teoista.

Tekniikan ja **teknologisen kehityksen** ennakointi on lähes jokaisessa kirjoitelmassa. Kehityksen kohteena ovat ne tekniset välineet, jotka ovat nuorten käytössä ja arvostamia tällä hetkellä kuten viestimet ja viihde, kännykät, tietokoneet, internet-palvelut, uudet kommunikoin-

tivälineet ja televisio. Yksityisauto on tärkeä. Autojen oletetaan kehittyvät yleisroboteiksi ja niiden turvallisuusominaisuudet ja luontoystävällisyys tekevät niistä ihmisten ystäviä.

Vuoteen 2010 mennessä ihmisen eliniän uskotaan edelleen kasvavan parantuneen elintason ja terveydenhuollon vuoksi. Terveysteknologia kehittyy. Lääketieteelliset keksinnöt auttavat toteamaan sairaudet ja parantavat sairauksia jopa ennen syntymää. Käyttöön otetaan leikkauksia tekevät robotit, haavoja ihmeparantavat laastarit, keinoelimet, geenimanipulaatio ja kloonaukset. Kirjoittajat uskovat geenimanipulaation sekä elinsiirtojen ja keinoelinten yleistymiseen. Arpien hoitona on jokin laserpysyminen. Vuonna 2010 laboratoriotekniikka tehdään kotona ja ne analysoidaan netissä.

Lääketieteen kehittymiseen uskotaan, vaikka sairauksia arvellaan olevan jatkossakin ihmisten vaivoina. Entisiin pikkuvaivoihin kuten flunssaan ja vanhoihin kauhuihin, syöpään ja aidsiin, löytyy parantavat lääkkeet. Uudet taudit ovat entistä vaikeampia ja rajoittavat ylikansoittumista. Toisaalta hyvinvointi on uhattuna luonnon saastumisen seurauksena. Tulevaisuuden suurimpina terveysuhkina pidetään mielen terveyden ongelmia. Huumeiden käytön aiheuttamien ongelmien ennakoitaan lisääntyvät ja huumelakien löystymisen seurauksia pelätään. Ylipaino ja lapsettomuus mainitaan myös yksittäisinä tulevaisuuden ihmisten ongelmina. Funktionaaliset elintarvikkeet on käytössä ja ruokailutottumukset muuttuvat, mm. kasvissyöjien määrän oletetaan lisääntyvän.

Luonto on tärkeä ja maaseutua arvostetaan puhtaan luonnon vuoksi. Nuoria huolestuttaa ihmisen holtittoman käyttäytymisen aiheuttama saastuminen. Tulevaisuuden energialähteet kiinnostavat. Kirjoittajat mainitsevat tuuli-, aurinko- ja ydinvoiman mahdollisina energianlähteinä ja ovat huolissaan fossiilisten polttoaineiden loppumisesta. Kasvihuoneilmiö, otsonikato, saastepäästöt ja sademetsien tuhoutuminen sekä eläinlajien sukupuuttoon kuoleminen huolestuttavat. Pahimmassa painajaisessa maailma on täysin saastunut, ilma pilaantunut, ruoka nautitaan ravintotiivistekapseleina ja robotit tekevät ihmisten työt. Liikuntaa harrastetaan vain virtuaalitodellisuudessa, koska jatkuva, aurin-
gonpolte estää ulkona liikkumisen.

Nuoret ovat huolissaan lähitulevaisuuden yhteiskunnallisesta kehityksestä ja kansainvälisistä tapahtumista. Hyvinvointivaltioissa sosiaaliturva on parantunut ja antaa monille uuden elämisen mahdollisuuden. Kehitys kaupungistumisen suuntaan jatkuu, ihmiset muuttavat

maaseudulta kaupunkeihin ja kaupungit kasvavat. Kirjoittajat tuntevat kolmannen maailman ongelmat kuten puutteen ruuasta, puhtaasta vedestä ja makuusuojusta. Tuloerojen aiheuttaman epätasa-arvon uskotaan kasvavan vuoteen 2010 mennessä joka puolella maailmaa. Väestönkasvu ja liikakansoitus aiheuttavat ongelmia. Kehitysmaiden ongelmien uskotaan pahenevan ja lisäävän siirtolaisuutta ja pakolaisuutta. Elämisen mahdollisuuksia lähdetään etsimään myös toisilta planeetoilta.

Kirjoittajat unelmoivat elämästä ilman sotia, nälänhätää ja ylikansoitusta. Onnen takaa myös toivottu ja viihtyisä työpaikka, oma perhe ja omakotitalo. Onnen saavuttamiseksi kaikkien ihmisten tulee kuitenkin tehdä työtä maapallon hyvinvoinnin takaamiseksi. Hyvinvoinnin ja onnellisuuden uhkia on paljon. Kiristynyt kilpailu suosii vahvoja ja syrjäytyminen lisääntyy.

Nuoret ovat enimmäkseen samoilla linjoilla kuin muutkin tulevaisuutta ennakoineet asiantuntijat tässä hankkeessa. Nuoret pitävät nykyistä terveydenhuoltojärjestelmää itsestäänselvyytenä. Elintapojen muuttuminen, liikunnan puute ja ruokailutottumusten huonontuminen sekä huoli henkisestä hyvinvoinnista korostuvat. Terveydenhuollon odotetaan vastaavan näihin. Teknisen kehityksen ja luonnontilan muutokset sekä globalisoitumisen aiheuttamat mahdollisuudet ja ongelmat ovat kirjoitelmissa selvemmin esillä kuin muilla asian-tuntijoilla.

Nämä tulevaisuuden aikuisten näkemykset tuleekin ottaa huomioon terveydenhuollon ja koulutuksen suunnittelussa. Terveysalan opiskelun täytyy tarjota mahdollisuus perehtyä, keskustella ja vaikuttaa luonnonsuojeluun ja kansainvälistymiseen. Elleivät nämä asiat näy opintosisällöissä, on mahdollista että nuoret eivät hakeudu alalle, vaan valitsevat alat, joissa voivat vaikuttaa ja osallistua heille tärkeissä asioissa.

Terveydenhuollon työntekijöiden näkemykset tulevaisuudesta

Eläytymispäiviin pohjautuva työskentely, esseet ja kyselyt

Eläytymispäivät tiedonhankintamenetelmänä

Ennakointitiedon hankkimiseksi terveydenhuollontyöntekijöiltä kokeiltiin eläytymispäivien järjestämistä. Tarkoituksena oli kehittää ja kokeilla toimintamenetelmää ennakointitiedon hankkimisen työvälineenä. Eläytymispäivissä selvitettiin pilottialueen työntekijöiden näkemyksiä hoitotyön jatkuvasta ja tulevaisuudessa painottuvasta osaamisesta, hoitotyöstä ja hoitotyön tekijöistä sekä tulevaisuuden yhteiskunnasta ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä (vrt. Kaivo-oja ja Kuusi 1997). Tiedonantajina toimivien haluttiin miettivän oman työalueensa tulevaisuutta ja työssä tarvittavaa osaamista. Alueellinen tieto kerättiin Jyväskylässä, Jämsässä ja Keuruulla hankittiin Delfoi –menetelmää käyttäen kolmella tiedonkeruukierroksella. Menetelmän katsotaan soveltuvan tilanteisiin, joissa halutaan saada esiin arvoja, uusia näkemyksiä ja ideoita. (Kaivo-oja ja Kuusi 1997; ks. myös Metsämuuronen 1998.) Ensimmäinen tiedonkeruukierros oli Jyväskylässä (31.3. 2001) toteutettu eläytymispäivä, toinen kierros oli vastaaminen väittämien muotoon tehtyyn kyselyyn ja kolmas oli osallistujien kanssa keskustelu kyselyn alustavista tuloksista.

Ennakointitiedon antajiksi etsittiin asiantuntijoita, jotka ovat suuntautuneet työhönsä ja sen kehittämiseen ammatillisesti ja luovasti. Valintakriteereinä käytettiin Kaivo-ojan ja Kuusen (1997, 19-20) määrittelyjä asiantuntijasta.

Asiantuntija

- pystyy tekemään hyviä arvioita ja ennusteita,
- on oman alansa kärjessä,
- on kiinnostunut tiedonaloista,
- näkee yhteyksiä nykyisen ja tulevan kehityksen välillä,
- pystyy tarkastelemaan ongelmia myös epätavanomaisesta näkökulmasta,
- on kiinnostunut tekemään jotain uutta,
- on muiden arvostama asiantuntijana.

Eläytymispäivien asiantuntijat hankittiin siten, että ylihoitajia ja johtavia hoitajia Jyväskylässä, Jämsässä ja Keuruulla pyydettiin nimeämään henkilöitä, jotka heidän mielestään täyttävät nämä asiantuntijan kriteerit. Samoin opettajia pyydettiin nimeämään valmistuneita, joita näillä kriteereillä voidaan pitää tulevaisuutta hahmottavina asiantuntijoina. Mainittuihin henkilöihin otettiin yhteyttä ja heitä pyydettiin osallistumaan eläytymispäivään.

Jyväskylän eläytymispäivä käynnistettiin paneelikeskustelulla, jossa kaksi kirjailijaa sekä yksi laulujen tekijä keskustelivat terveydenhuollon tulevaisuudesta. Tällä pyrittiin avaamaan uusia näkökulmia ja auttamaan osallistujia irtaantumaan jokapäiväisestä tavastaan ajatella työtään ja työnsä tulevaisuutta. Paneelikeskustelu kesti noin tunnin. Tämän jälkeen eläytymispäivään osallistujat vastasivat kolmeen essee tehtävään (liite 1).

Esseevastaukset analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen ja analyysin pohjalta laadittiin väittämiä (liite 2), joihin osallistujat ottivat kantaa seuraavassa vaiheessa (vrt. Metsämuuronen 1998). Väittämät koskivat yhteiskuntaa ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää (väittämät 1-88), hoitotyötä ja hoitotyöntekijöitä (väittämät 89-121) sekä hoitotyön osaamistarpeita (väittämät 122-213). Väittämät oli muotoiltu 6 -portaiselle Likert -asteikolle. Vastaajat arvioivat nykyhetkeä ja tulevaisuutta.

Analyysissa kullekin väittämälle on laskettu keskiarvo erikseen nykyhetkelle ja tulevaisuudelle. Keskiarvolukua, mikä on siis korkeintaan 6.0, kutsutaan väittämän painoarvoksi sekä ajankohtien välistä keskiarvojen erotusta muutosintensiteetiksi. Muutosintensiteetti voi olla nolla, positiivinen tai negatiivinen luku. Positiivinen muutosintensiteetti tarkoittaa, että osaamista tarvitaan tulevaisuudessa enemmän kuin nykyisin, negatiivinen, että sitä tarvitaan vähemmän kuin nykyisin. Alhainen keskiarvo tarkoittaa, että vastaajat eivät ole yksimielisiä osaamistarpeen tärkeydestä, korkea luku ilmaisee suurta yksimielisyyttä. (vrt. Metsämuuronen 1998.)

Analyysissä on määritelty jatkuvaksi osaamiseksi osaamisvaatimukset, joiden muutosintensiteetti on nolla tai pienempi kuin 0.4 ja painoarvo yli viisi. Osaamisvaatimukset, joiden muutosintensiteetti on yli 0.4 määritellään tulevaisuudessa painottuvaksi osaamiseksi. (vrt. Metsämuuronen 1998.) Tuloksissa nämä on yhdistetty, niitä pidetään osaamis- ja taitoalueina, jotka tulevaisuuden työssä on hallittava, mutta jotkin osaamisalueet ja taidot painottuvat tulevaisuudessa erityisesti.

Hoitotyötä ja hoitohenkilöstöä sekä yhteiskuntaa ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää vuonna 2010 tarkastellaan nykyisyydestä jatkuvina ja tulevaisuudessa painottuvina asioina. Nykyisyydestä jatkuviksi on luokiteltu väittämät, joiden muutosintensiteetti on 0.0 - 0.7, tulevaisuudessa painottuviksi väittämät, joiden muutosintensiteetti on 0.8 tai korkeampi. Tuloksissa kuvataan myös negatiivisen muutosintensiteettiä kautta asioita jatkuvuutena tai epäjatkuvuutena. (vrt. Metsämuuronen 1998.)

Kliinisen hoitotyön osaamisen pääkategorian alaluokitus on aineistolähtöinen. Luokat ovat Hoitotyön tietoperustan hallinta, Hoitotyön prosessin hallinta, Taidot hoitaa asiakaslähtöisesti, Ohjaus- ja neuvontataidot sekä Eettisen päätöksenteon taidot. Yleisten työelämän osaamisvaatimusten luokittelussa lopullisessa analyysissä käytetään Eversin, Rushin & Berdrowin (1998) luokittelua. Yleisten työelämävaatimusten pääkategoriat ja niiden alaluokat ovat:

Elämänhallinta: Tähän sisältyvät Oppimisen taito, Kyky organisoida ja hallita ajankäyttöä, Henkilökohtaiset vahvuudet, Ongelmanratkaisutaito ja analyttisyys

Kommunikointi: Tähän sisältyvät Vuorovaikutustaito, Kuuntelutaito ja Viestintätaito, mihin sisällytetään suullinen ja kirjallinen viestintätaito.

Ihmisten ja tehtävien johtaminen: Tähän sisältyvät Koordinoitukyky, Päätöksentekotaito, Johtaminen ja vaikuttaminen, Taito hallita konflikteja, Suunnittelu- ja organisointitaito

Innovaatioiden ja muutosten vauhdittaminen: Tähän sisältyvät Käsitteellinen ajattelu, Luovuus, innovatiivisuus, muutosherkkyys, Riskinotto-kyky, Visioitukyky.

Eläytymispäiviin osallistui 50 hoitotyöntekijää tai hoitotyöntekijöiden kanssa yhteistyötä potilaan hoidossa tekevää muuta asiantuntijaa. Jyväskylässä oli 26 osallistujaa, Jämsässä 10 ja Keuruulla 14. Jyväskylässä väittämiä arvioi 17 eläytymispäivän 26 osallistujasta. Kaikkiaan väittämiin otti kantaa 50:stä osallistujasta 41 (82%).

Jyväskylän osallistujista suurin osa työskenteli erikoissairaanhoidossa (n=21), neljä työskenteli perusterveydenhuollossa ja yksi järjestön tai kolmannen sektorin palveluksessa. Osallistujina oli 11 sairaanhoitajaa, joista kaksi työskenteli osastonhoitajana ja kaksi apulaisosastonhoitajana, kymmenen perus- tai lähihoitajaa, neljä kättilöä, yksi ter-

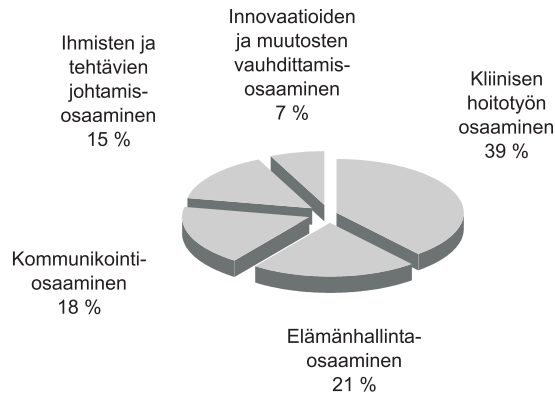
veydenhoitaja ja yksi laboratoriohoitaja. Jämsän eläytymispäivään osallistuneet työskentelivät Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä. Heidän työkokemuksensa painottuu kotisairaanhoidon. Koulutukseltaan viisi oli terveydenhoitajia, neljä lähi- tai perushoitajia ja yksi sairaanhoitaja. Keuruun ryhmään osallistuneet työskentelivät Keuruun - Multian terveydenhuollon kuntayhtymässä. Ryhmä oli moniammatillinen. Viidellä oli sairaanhoitajan, kolmella terveydenhoitajan ja kahdella perushoitaja tutkinto. Lisäksi ryhmässä oli puheterapeutti, psykologi, kuntahoitaja ja sosiaalityöntekijä.

Ryhmiin osallistuneet sairaanhoitajat olivat erikoistuneet leikkaus- ja anestesiatyöhön, sisätautien sairaanhoidon, sisätauti-kirurgiseen hoitotyöhön, sisätautien ja keuhkosairauksien sairaanhoidon tai psykiatriseen hoitotyöhön. Eläytymispäivien osallistujista kolme oli miehiä ja 47 oli naisia. Miehet osallistuivat Jyväskylän päivään. Osallistujista enemmistö oli 35-54-vuotiaita, heistä suurin ryhmä (n=14) 45-49-vuotiaita. Vähiten (n=2) oli 20-29-vuotiaita. Osallistujat olivat kokeneita työntekijöitä. Ammatillinen työkokemus vaihteli kahdesta 32 vuoteen. Noin puolet oli työskennellyt enemmän kuin 20 vuotta terveydenhuollon ammateissa tai ammattiteissa. Työkokemusta heillä oli keskimäärin 19 vuotta. Tämän hetkessä toimessa vastaajat olivat toimineet kahdesta kuukaudesta 30 vuoteen. Keskimäärin vastaajien kokemus tämänhetkessä työssä oli 11 vuotta.

Hoitotyössä tarvittava osaaminen, hoitotyö ja hoitohenkilöstö vuonna 2010

Eri kuntien ryhmät korostavan hoitotyön asiantuntijan osaamisessa pääosin samoja osaamisalueita tai taitoja. Kuitenkin se, mikä luokitellaan jatkuvaksi osaamiseksi ja mikä tulevaisuudessa painottuvaksi osaamiseksi, vaihtelee (liitetaulukot 1-3). Ryhmät määrittelevät jatkuvaksi osaamiseksi enemmän asioita kuin tulevaisuudessa painottuvaksi osaamiseksi (vrt. Metsämuuronen 1998). Hoitotyön *jatkuvassa osaamisessa* korostuu kliinisen hoitotyön osaaminen. Lisäksi tarvitaan elämänhallinnan, kommunikointi-, ihmisten ja tehtävien johtamis- sekä innovaatioiden ja muutosten vauhdittamisosaamista (kuvio 2).

Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointi



Kuvio 2. Yhteinen näkemys jatkuvan ja tulevaisuudessa painottuvan hoitotyöosaamisen luokista.

Kliinisessä hoitotyössä tarvitaan jatkuvasti vanhenemismuutosten hallintaa, taitoja käyttää hoitotyön prosessiajattelua, hoitaa asiakaslähtöisesti, eettistä päätöksentekoa sekä ohjaus- ja neuvontataitoja. Jatkuvia ovat lisäksi kädentaidot ja perushoidon taidot kuten taidot hoitaa haavoja aseptisesti ja suojata itsensä tartunnoilta. Hoitotyöntekijän on myös tunnettava palvelujärjestelmä siten, että voi suunnitella potilaan jatkohoitoa. Asiakaslähtöisessä toiminnassa jatkuvaa osaamista ovat kokonaishoidon osaaminen, asiakkaan päätöksenteon tukeminen sekä empatiaosaaminen ja humaani asennoituminen ihmiseen. Eettisen päätöksenteon taitoja ovat puuttuminen eriarvoisuuteen, potilaan oikeuksien tunteminen ja ihmisten samanarvoinen kohtelu. Ohjaus- ja neuvontataitojen sekä opetusmenetelmien monipuolinen hallinta on keskeistä ja jatkuvaa.

Tulevaisuudessa painottuvaa osaamista ovat trooppisten sairauksien ja niiden hoidon tunteminen, tiedot eri kulttuureista ja hoitotieteellisen tiedon hallinta. Tulevaisuudessa tarvitaan taitoja kohdata infektiopotilaita sekä huumeapotilaita, teknologian hallintaa, lääkehoitojen hallintaa sekä taitoja etsiä tietoa. Asiakaslähtöisen hoidon uudet osaamistarpeet liittyvät asiakkaiden tietotaitojen paranemiseen.

Elämänhallintaosaamisessa jatkuvia ovat taidot oppia kokemuksesta ja oppia uutta, taidot arvioida omaa osaamista ja työtä, taidot laatia

työn tavoitteita, omien arvojen tunnistaminen ja kokemusten käsittely, paineiden- ja stressinsieto, taidot pysyä ajan hermolla sekä kyky organisoida työtä. *Tulevaisuudessa* tarvitaan myös erityisosaamista, taitoja markkinoida omaa osaamista sekä itsepuolustustaitoja ja taitoja soveltaa tutkimustietoa.

Kommunikoinnissa *jatkuvia* taitoja ovat viestintä- ja vuorovaikutus sekä toisen kuunteleminen. Viestintätaitoja tarvitaan yhteistyössä, tiedottamisessa ja konsultoinnissa. Vuorovaikutustaitoja tarvitaan erilaisessa yhteistyössä, toimimisessa perheiden kanssa sekä tiimeissä ja yhteisöissä. *Tulevaisuudessa* painottuvat kielitaito, tulkkipalvelujen käyttötaidot sekä sähköisten kommunikaatiovälineiden käyttötaidot.

Ihmisten ja tehtävien johtamisosaamisen *jatkuvia* taitoja ovat johtaminen, päätöksenteko, suunnittelu ja organisointi sekä taidot hallita konflikteja. Johtamistaitoja ovat taidot arvioida toisen työtä ja toisen hyvinvoinnista huolehtiminen. Päätöksentekotaitoina tarvitaan ratkaisujen perustelutaitoja, vastuunottoa työssä ja taitoja hoitaa asiakasta itsenäisesti. *Tulevaisuudessa* korostuvat taidot työskennellä yksityissektorin kanssa, toisen mentorina toimiminen, liike-elämän perusteiden tunteminen sekä taidot priorisoida hoitoa tarvitsevia.

Innovaatioiden ja muutosten vauhdittamisessa tarvitaan *jatkuvina* taitoina valmiuksia ottaa käyttöön uusia työtapoja sekä tutkia omaa työtä ja työssä käytettäviä toimintamalleja. *Tulevaisuudessa* korostuvat luovuus, innovatiivisuus ja muutosherkkyys ja näihin liittyen uskallus kyseenalaistaa asioita, taidot tehdä työtä eläytymällä sekä joustaminen työssä.

Tulevaisuudessa hoitotyössä lisääntyvät mielenterveys- ja päihdeongelmaiset potilaat, teknologian käyttö, turvattomuus työssä, monisairaat ja vaikeahoitoiset potilaat sekä tutkitun tiedon käyttö hoitotyön päätöksenteossa (liitetaulukko 4). Mielenterveys- ja päihdeongelmaisia potilaiden hoito sitoo terveydenhuollon voimavaroja. Päihdeongelmaisissa on paljon nuoria ja potilailla on muitakin sairauksia. Viestintäteknologiaa käytetään potilasneuvonnassa ja -ohjauksessa internetissä sekä sähköisessä konsultoinnissa. Teknologian kehittyminen muuttaa tiedonkulkua ja potilaan hoidon kirjaamista ja tukee hoitotyötä. Väkivaltaisuus on lisääntynyt yhteiskunnassa ja myös potilaat ovat entistä väkivaltaisempia. Potilaiden hoitoisuuteen vaikuttavat mm. monisairastavuus ja ikääntyminen, sairaalabakteerien lisääntyminen sekä elinsiirtojen lisääntyminen. Osalla henkilökuntaa työtehtävät lähenevät lääkärin työtä. Nykyisyydestä jatkuvia hoitotyön piirteitä ovat

yksilövastuinen hoitotyö, ikääntyvän väestön huonokuntoisuus ja hoitohenkilökunnan loppuun palaminen ongelmana.

Henkilöstöön liittyviä piirteitä vuonna 2010 ovat työikäisen väestön väheneminen, pula ammattikoulutetusta henkilökunnasta, ammattikoulutettujen jakaantuminen hyvin ja heikosti koulutettuihin, koulutukseen perustuva työnjako sekä moniammatillinen tiimityö. Ammattikoulutettujen vastuu työssä kasvaa. Tästä seuraa panostamista koulutetun henkilökunnan jaksamisen tukemiseen, mutta myös jaksamisongelmia kuten loppuun palamista ja päihteiden käyttöä. Tiimityö on kasvava keino tehostaa asiakastyötä ja työssä jaksamista.

Yhteiskunta ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä vuonna 2010

Yhteiskuntaa ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevat väittämät luokittuvat seitsemään kategoriaan (liitetaulukko 5). Tulevaisuutta luonnehtivat eriarvoisuus, rajoitettu palvelutarjonta, taloudellisille tekijöille perustuva palvelutarjonta, monikulttuurisuus, muutos terveyspalvelujen organisoimisessa, väestön terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät sekä terveyspalvelujen käyttäjien oikeudet ja lisääntyvä vastuunotto omasta terveydestään ja hoidostaan.

Eriarvoisuus näkyy mm. siinä, että väestö on jakaantunut hyvinvoiviin ja heikosti voiviin sekä syrjäytyneisiin, ja näihin ryhmiin kuuluvilla on erilaiset mahdollisuudet hankkia terveyspalveluita. Myös ikä ja asuminen maaseudulla heikentävät mahdollisuuksiin hankkia palveluita. Vastuu palvelujen tuottamisesta on edelleen kunnilla, mikä osaltaan lisää eriarvoistumista. Terveyspalvelujen tarjontaa rajoitetaan taloudellisesti heikoissa kunnissa. Väestö on monikulttuurista ja eri kulttuurit elävät rinnakkain yhteiskunnassa.

Palvelujen organisointia tulevaisuudessa kuvaavat avohoitopainotisuus, lisääntyvä yhteistyö ja joustavuus eri toimijoiden ja toimijatasojen kesken, palvelujen maksullisuus, lisääntyvät yksityis palvelut ja erikoissairaanhoidon entistä syvällisempi erikoituminen. Hoito on entistä tehokkaampaa ja hoitoajat lyhyitä. Palvelujen organisointiin vaikuttaa yhteiskunnan monimutkaistuminen, sillä terveydenhuollolla on rajalliset mahdollisuudet edistää ja ylläpitää väestön terveyttä. Potilaan oikeudet korostuvat. Potilaalla on oikeus yksilölliseen ja korkeatasoiseen hoitoon ja palveluun sekä oikeus päättää hoidostaan ja hoitopaikastaan.

Arviointi eläytymispäivistä ennakoititiedon hankintamenetelmänä

Eläytymispäivissä tiedonantajina oli 50 hoitotyöntekijää ja muuta asiakas- tai potilastyötä tekevää terveydenhuollon asiantuntijaa Jyväskylässä, Keuruulla ja Jämsässä. Osallistujat valittiin asiantuntijuuden perusteella. Jyväskylän päivään osallistujat työskentelivät eri työnantajien palveluksessa ja olivat vapaaehtoisesti oman kiinnostuksensa perusteella mukana. Keuruulla ja Jämsässä osallistujat olivat yhden työnantajan palveluksessa.

Vastaajien näkemykset tulevaisuudesta ovat ristiriitaisia. Potilaan oikeudet ja yksilöllisyys palvelujen käyttäjänä näyttäytyvät vahvana, mutta toisaalta tuloksissa kuvataan erilaisia palvelujen saamista tai tarjoamista rajoittavia tekijöitä, kuten ikä, asuminen maaseudulla tai mahdollisuudet maksaa palveluista. Ilmeisesti tällä hetkellä on vaikea sanoa, millainen tulevaisuus on. Toteutuuko tulevaisuus, joka korostaa kaikkien kuntalaisten oikeuksia terveydenhuollon palveluihin ja ovatko maksuttomat palvelut edelleenkin yleinen suunta, vain ollaanko menossa kohti tulevaisuutta, jossa julkisia yleisiä palveluja on vähän ja kuntalaiset halutessaan ja kyetessään hankkivat täydentäviä palveluja?

Eläytymispäivissä saadut näkemykset tulevaisuuden terveydenhuollosta, hoitotyöstä ja hoitotyössä tarvittavasta osaamisesta eivät merkittävästi poikkea esimerkiksi Metsämuurosen (1998) tai Pelttarin (1997) tuloksista. Alueellisen tiedonhankinnan tarkoituksena voidaan nähdä oman työn ja sen tulevaisuuden pohtiminen. Eläytymispäivät ovat erinomainen keino hankkia tulevaisuustietoa ja niitä on syytä käyttää jatkossakin. Eläytymispäivissä voi käyttää erilaisia työtapoja. Nyt osanottajat kirjoittivat esseitä. Yhtä käyttökelpoisia voivat olla erilaiset yhteiseen keskusteluun perustuvat työtavat.

Terveydenhuollon hallinnossa työskentelevien näkemykset tulevaisuudesta

Terveydenhuollon johtajien ja esimiesten kysely

Johtajille ja esimiehille suunnattu kysely tiedonkeruumenetelmänä

Terveydenhuollon johtajille ja esimiehille suunnatun kyselyn tarkoituksena oli selvittää, mitä he ajattelevat tulevaisuuden terveydenhuollosta, terveydenhuollon palvelujärjestelmästä ja tehtävistä, palvelujen tuotta-

mistavoista ja tuottajista sekä hoitotyöstä, hoitotyön tekijöistä ja hoitotyötyössä tarvittavasta osaamisesta vuonna 2010. Samalla kokeiltiin sähköisesti levitettävää ja vastattavaa kyselylomaketta.

Kyselyn kohderyhmänä olivat ylihoitajat ja johtavat hoitajat, ylilääkärit ja johtavat lääkärit sekä osastonhoitajat ja tulosvastuussa olevat osastolääkärit, yksityisen terveydenhuollon johtajat hankkeen pilottialueella sekä hoitotyön opettajat. Kysely lähetettiin marras-joulukuussa 2001 107 lääkärille, 140 hoitotyön esimiehelle, 14 hoitotyön opettajalle ja 16 muun alan asiantuntijalle (N=277). Tieto kyselystä lähetettiin sähköpostina ja siinä ilmoitettiin internetosoite, jossa kysely on vastattavissa.

Kyselyn sisällöt perustuvat hankkeessa keväällä 2001 kerättyyn tietoon (eläytymispäivät ja haastattelut), aiempiin suomalaisiin tutkimuksiin (Metsämuuronen 1998, Pelttari 1997, Kuusi 1996; Vanttinen 1996), ammatinharjoittamista koskeviin määräyksiin ja selvityksiin (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2001, Terveydenhuollon ammattiharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia 2000, Terveydenhuollon ammattiharjoittamisoikeuden edellyttämät koulutukselliset vaatimukset 1994, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen opetussuunnitelman valtakunnalliset perusteet 1993) sekä valtakunnallisiin tulevaisuuskuviin ja linjauksiin (Kivelä & Mannermaa 1999; Ruokanen & Nurmio 1995; Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2010; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kansanterveysohjelma).

Kyselylomakkeessa (liite 3) oli kuusi taustamuuttujakysymystä sekä 68 strukturoitua ja kolme avointa tutkimuskysymystä. Strukturoiduissa tutkimuskysymyksissä käytettiin kuusiportaista asteikkoa, jossa 1 tarkoittaa, että vastaaja on täysin eri mieltä, 2, että on melko paljon eri mieltä, 3, hieman eri mieltä, 4, hieman samaa mieltä, 5, melko paljon samaa mieltä ja 6, että vastaaja on täysin samaa mieltä. Hoitotyössä edellytettävää osaamista tulevaisuudessa selvitettiin kysymyksellä, jossa 12 vaihtoehdosta piti valita korkeintaan kymmenen vastaajan tärkeinä pitämää osaamisaluetta.

Strukturoitujen kysymysten (väittämiä) ja taustamuuttujien analyysissä tarkastellaan frekvenssejä, prosentteja tai prosenttiosuuksia, keskiarvoja ja keskihajontoja. Taustamuuttujissa vastaajan ikä ja työkokemus kysyttiin luokittelemattomana, mutta analyysissä molemmat luokiteltiin. Iän luokittelu on alle 46 -vuotiaat (29% vastaajista), 46-50 -vuotiaat (14%), 51-55 -vuotiaat (33%) ja yli 55 -vuotiaat (24%). Työkokemuksen luokittelu on 1-5 (21% vastaajista), 6-15 (34%), 16-25 (25%) ja 26 vuotta tai yli (20%).

Ryhmiä välistä riippumattomuutta tutkittiin χ^2 testillä. Riippumattomuuden testaamiseksi kuusiportainen asteikko luokiteltiin kolmiportaiseksi siten, että 1+2 = eri mieltä, 3+4 = hieman eri tai samaa mieltä ja 5+6 samaa mieltä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoa tarkasteltiin omina ryhminään. Omina ryhminä tarkasteltiin myös yksityistä terveydenhuoltoa ja hoitotyön opettajia, mutta tätä ristiintaulukointia ei voida käyttää pienen osallistujaryhmän takia. Tulevaisuudessa henkilöstöhankinnan kriteereinä korostuvien osaamistarpeiden (Kyselylomakkeen osio C) analyysissä laskettiin kunkin osaamisalueen "kyllä" vastausten frekvenssit. Avoimien kysymysten analyysissä käytettiin laadullista sisällönanalyysia.

Sähköisesti kyselyyn saatiin 108 vastausta (39%), minkä jälkeen kysely lähetettiin kaikille myös postitse. Vastauksia saatiin yhteensä 164 (59%). Postikyselyn yhteydessä kysyttiin myös sähköiseen kyselyyn vastaamisen esteistä. Tutkittavien työnantajia olivat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin toimintayksiköt, terveydenhuollon yksiköt Äänessseudulla, Jämsän seudulla, Joutsa seudulla, Keuruun ja Multian seudulla, Palokan alueella, Korpilahden ja Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymässä sekä Laukaan ja Hankasalmen kunnat ja Jyväskylän sosiaali- ja terveystalvelukeskus. Yksityisistä terveystalvelujen tuottajista kyselyyn osallistuivat Sotainvalidien sairaskodin, Puistosairaalan, Avita lääkäriaseman, Keski-Suomen syöpäyhdistys ry:n poliklinikan johto, kotisairaanhoidoyrittäjiä Jyväskylässä sekä ammattikorkeakoulun hoitotyön opettajat. Yksityiset palvelujen tuottajat valittiin harkinnanvaraisesti.

Terveydenhuollon johtajien ja esimiesten näkemykset terveydenhuollosta, hoitotyöstä, hoitotyöntekijöistä ja hoitotyössä tarvittavasta osaamisesta vuonna 2010

Terveydenhuollon palvelujärjestelmä näyttäytyy entisen toimintaorganisaation ja toimintatapojen jatkumona, vaikka painotuseroja koulutusryhmien sekä joissakin tapauksissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä onkin löydettävissä. Merkittävimmät koulutusryhmien väliset näkemyserot koskevat terveydenhuollon perustehtävää, hoitotyön asemaa ja vastuuta sekä hoitotyössä tulevaisuudessa tarvittavia avaintaitoja ja osaamisalueita.

Terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimintaa kuvastavat perusterveydenhuollossa tehtävä työ, avohoitopainotteisuus sekä verkostoi-

tuminen asiakastyössä ammatti- ja organisaatorajat ylittäen. Avohoitopainotteisuus tarkoittaa, että kaikilla hoidon tasoilla työskennellään ulos organisaatioista, seinättömästi. Hoito jatkuu aina sairaalan ulkopuolella. Palvelujen keskittäminen saa kannatusta. Kuntien tuottamia palveluita siirretään seutukuntien vastuulle. Seutukunta yhteistyömuotona tarkoittanee muutakin kuin nykyiset kuntayhtymätyyppiset toimintamallit.

Erikoissairaanhoidon tulevaisuudessa nykyistä vaativampaa ja erikoistuneempaa. Se on akuutti- tai tehohoidon tyyppistä. Osa nykyisistä erikoissairaanhoidon tehtävistä siirtyy perusterveydenhuoltoon. Yksityisiä palvelujen tuottajia on nykyistä enemmän ja heidän toimintansa liittyy julkisten palvelujen kanssa, he ovat osa yhteistä palveluverkostoa. Kysymykseksi jää, miten tietoiseen ja aktiiviseen suunnitteluun yhteistyö julkisen ja yksityisen kesken perustuu, vai onko kyse asiakkaan ratkaisuista.

Potilaan hoitoa on suunniteltava kokonaisvaltaisesti ja hoitojaksoina, ei yksittäisinä toimenpiteinä. Kuva hoitotyöstä tulevaisuudessa ei ole yksimielinen. Hoitotyöllä on todennäköisesti nykyistä suurempi asiantuntija- ja hallinnollinen vastuu japotilasopetusta siirtyy hoitotyön vastuulle. Nämä ovat myös koulutuksen tuottamia valmiuksia ajatellen mahdollisia suuntia. Osa hoitotyöntekijöistä työskentelee vaativaa asiantuntijuutta edellyttävissä tehtävissä. Terveystiedon (neuvolat yms.) tulevaisuus käy ilmi kyselystä heikosti.

Tulevaisuudessa hoitotyöntekijältä edellytettävä osaaminen on hyvin samankaltainen kuin aiemmissa tutkimuksissa on esitetty. Työssä tarvitaan tietoja sairauksista ja niiden hoidoista, taitoja suunnitella ja toteuttaa potilaan hoitoa itsenäisesti ja moniammatillisessa yhteistyössä, taitoja tehdä muutenkin yhteistyötä, eettisiä taitoja, terveyden edistämisen ja potilasohjauksen taitoja, laaja-alaista osaamista arvioida ja toteuttaa ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa, taitoja vaikuttaa yhteiskunnassa sekä taitoja kehittyä asiantuntijuudessa ja kehittää työtä (esim. Hildén1999; Metsämuuronen 1998; Pelttari 1997). Tulevaisuuden osaamistarpeissa korostuvat päätöksenteko, teknologinen osaaminen, muutoksessa eläminen, yhteistyö- ja tutkimustaidot, taidot toimia terveystieteellisesti, itsehoidon tukeminen, työn laadun hallinta, monikulttuuriset taidot sekä oman asiantuntijuuden markkinointi (vrt. Metsämuuronen 1998; Pelttari 1997). Voidaan sanoa, että sellaiset asiantuntijatyön osaamisalueet korostuvat kuin itsenäisen päätöksenteon taidot, työn ja toimintamallien tutkiminen ja kehittäminen sekä itsensä ja ammattitaitonsa kehittäminen.

Tässä hankkeessa kysyttiin tietävästi ensimmäistä kertaa hoitotyössä yleisiä avaintaitoja käyttäen Kuusen (1996) tuloksia. Kaikki taidot eivät saa kannatusta hoitotyön avaintaitoina. Esimerkiksi taito valmistaa käsityönä esteettinen tuote, ei saa suurta kannatusta. Kielitaito hoitotyön asiantuntijan osaamisalueena saa yllättävän alhaisen kannatuksen siitä huolimatta, että työn tulevaisuus näyttäytyy selvästi monikulttuurisena ja kielitaito on monikulttuurin työn ja muunkin kansainvälisen toiminnan sekä näyttöön perustuvan työn edellytys.

Avoimilla kysymyksillä saadaan yksityiskohtaista tietoa sairastavuuden ja ikärakenteen muutoksen aiheuttamista vaikutuksista hoitotyössä tarvittavaan osaamiseen sekä odotettavissa oleviin hoitovastuiden ja tehtävien muutoksiin ammattiryhmien kesken. Tulevaisuudessa painottuu ikääntyneiden hoidon osaaminen sekä akuutti- että pitkäaikaishoidossa. Työhön tarvitaan riittävät tiedot, asennemuutosta suhtautua ikääntyneisiin arvostavasti ja hoitaa heitä terveyttä ja toimintakykyä tukien mahdollisimman aktiivisesti ja tehokkaasti, osaamista määrittellä moniongelmaisen ja - sairaan ihmisen hoidon tarpeita sekä taitoja kehittää ja hyödyntää erilaisia verkostoja hoidossa. Tulevaisuudessa kehittämistä edellyttävät myös työssä olevan ikääntyvän väestön palvelut.

Taidot kohdata moniongelmaisia ja - sairaita korostuvat myös lasten ja nuorten hoitotyössä. Akuuttipsykiatrian tarve nousee aika vahvana esiin, ja se ilmeisesti edellyttää paitsi uutta osaamista yleisesti, myös uusien toimintamallien kehittämistä. Nuorten terveysongelmana nousee esiin syrjäytymisriskissä olevat ja huumeiden käyttö. Miten terveydenhuollon palvelujärjestelmä vastaa näihin ennaltaehkäisten, miten organisoit hoidon?

Hoitovastuita ja tehtäviä siirretään lääkäreiltä hoitotyöntekijöille ja hoitotyön sisällä ammattiryhmältä toiselle. Vastaajat ovat sitä mieltä, että sairaanhoitajille siirtyy vastuuta mm. joidenkin pitkäaikaisspotilaiden hoidossa, ensi- ja tehohoitotyössä, ja että hoitotyöntekijät voisivat tehdä joitakin pieniä toimenpiteitä. Kolmannes vastaajista on sitä mieltä, että sairaanhoitajilla, terveydenhoitajilla ja kättilöillä voisi olla rajoitettu lääkkeenmääräämisoikeus. Osa hoitotyön vastuista vanhusien hoidossa siirtynee omaisille tai läheisille. Tähän liittyy myös uusia kysymyksiä ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä potilaan hoidossa.

Syitä tehtävien ja hoitovastuiden siirtämiselle ovat terveydenhuollon taloudellinen tilanne, henkilöstöpula ja tarve turvata palvelut, henkilökunnan ammattitaidon tarkoituksenmukainen hyödyntäminen ja

kansainvälisten käytänteiden mukainen toiminta. Lisäksi ajatellaan, että teknologian kehittyminen mahdollistaa uusia tapoja konsultoida ja tehdä yhteistyötä hoidossa. Tehtävien siirtämistä perustellaan lisäksi hoidon sujuvuudella ja potilashoidon pirstaleisuuden vähentämisellä sekä nykykäytänteiden laillistamisella. Tehtäviä ja hoitovastuita on liukunut käytännössä ammattiryhmältä toiselle.

Terveystieteiden johtajilla ja esimiehillä ei ole yhtenevää näkemystä tulevaisuudesta. Erityisesti lääketieteellisen koulutuksen ja hoitotyön koulutuksen saaneiden esimiesten ja johtajien näkemykset eroavat toisistaan. Erot ovat joissakin tapauksissa tilastollisesti merkitseviä tai erittäin merkitseviä. Tämä on organisaatioiden johtamiseen liittyvä keskeinen kehittämistarve. Tulevaisuuden hahmottaminen konkreettisina yhteisesti keskusteltuina ja linjattuina asioina siten, että esimies- ja johtaja asemassa olevat pystyvät määrittelemään organisaation tulevaisuuskuvan, vaatii vielä työtä. Vaikuttaa siltä, että visioiden määrittely ja strateginen suunnittelu eivät toimi riittävästi, joko niitä ei ole laadittu tai niihin ei ole sitouduttu. Myöskään henkilöstön osaamisen määrittely ja osaamisen kehittäminen eivät näy strategiseen suunnitteluun kuuluvana asiana siitä huolimatta, että vain tarkoituksenmukaisesti osaava henkilöstö voi toteuttaa organisaation perustehtävää.

Puutteellinen tietotekninen osaaminen ja puutteelliset mahdollisuudet käyttää tietokoneita on yksi tuloksista. Kaikki johtavassa ja esimiesasemassa olevat eivät käytä tietokonetta tai heillä on puutteelliset mahdollisuudet käyttää niitä. Osalla on myös asenteellisia kehittämistarpeita. Esimiesten rooli ja ajatukset tietotekniikasta on merkittävä henkilökunnan kehittämisen mahdollistajana.

Johtajille ja esimiehille suunnattu kysely keinona hankkia ennakoititietoa

Tuloksena esiin saatu kuva tulevaisuudesta Keski-Suomessa voi olla todennäköinen, jos lainsäädäntö ja voimavaranostukset terveydenhuoltoon pysyvät suunnilleen entisellään, ja jos ala säilyy kiinnostavana. Jos nämä muuttuvat oleellisesti, myös palvelujärjestelmä, työ ja kultakin ammattiryhmältä edellytettävä osaaminen muuttuvat. Tällä hetkellä vaikeasti ennakoitavia ja tuloksissa huonosti näkyviä ovat yksityisten palvelujen toiminta ja kuntien talouden muutosten vaikutukset palveluihin. Myös mahdollinen pula ammattikoulutetusta työvoimasta ja sen seuraukset näkyvät heikosti. Ehkä merkittävin virallisesta ter-

veyspolitiikasta poikkeava on tulos, että kaikki ammattiryhmät eivät pidä ennaltaehkäisyä ja terveyden edistämistä erikoissairaanhoidon perustehtävänä. Näkemysero saattaa näkyä myös käytännön työssä erilaisina hoidon tavoitteina.

Tuloksissa saa ristiriitaisen kuvan palvelujen tarvitsijan asemasta. Toisaalta korostetaan ihmisten omaa vastuutaan hoidossa, toisaalta tuodaan vahvasti esille erilaisia eriarvoisuutta aiheuttavia tekijöitä kuten potilaiden erilaiset taloudelliset mahdollisuudet ja erot kuntien taloudellisessa kantokyvyssä. Onko tulevaisuus kuitenkin sellainen, että osa väestöstä tai osassa kuntia saa minimipalvelut, ja osa käyttää monipuolisia maksullisia palveluja?

Selkeimmin uutta tietoa tässä kyselyssä saatiin avoimilla kysymyksillä, eli tuntuu siltä, että laadulliset menetelmät antavat vastaajille strukturoituja kysymyksiä enemmän mahdollisuuksia tuoda esiin omia ajatuksiaan. Tilastollinen osa on sillä tavoin merkityksellinen, että sen avulla saatiin esiin eri koulutusryhmien näkemyserot. Näkemyseroista tulee kuva, että terveydenhuollon organisaatioissa tulevaisuutta ei ole suunniteltu ja tehty näkyväksi sillä tavoin, että johtajilla ja esimiehillä olisi siitä yhtenevät käsitykset. Perimmältään on kyse johtamisen ongelmasta. Kyselyn vahvuuksia on mm. se, että lääkärit, jotka ovat tärkeä ammattiryhmä terveydenhuollossa ja hoitotyöntekijöiden kannalta keskeinen yhteistyötä tekevä ammattiryhmä, vastasivat kohtuullisen hyvin, kun esimerkiksi Metsämuurosen (1998) tutkimukseen ei saatu yhtään lääkäriä osallistujaksi.

Kyselyn tulosten yleistettävyyden on melko hyvä hoitotyön vastaajien osalta, koska vastausprosentti on korkea (73%). Lääketieteen vastaajien osalta voidaan esittää kysymys, voidaanko vastauksia pitää keskisuomalaisten johtajien ja esimiesten näkemyksenä, koska vastausprosentti jää alhaiseksi (36%). Vastaajia on kuitenkin 38, eli riittävästi esimerkiksi ristiintaulukointia ajatellen. Kyselyn tarkoituksena olikin ennen kaikkea hankkia kuvailevaa alueellista tietoa, tuloksia ei pyritä yleistämään laajemmin.

Tässä kyselyssä painottuvat erikoissairaanhoidossa työskentelevien näkemykset. Heitä on vastaajista runsas puolet (55%). Tilastollisesti merkitseviä näkemyseroja ei todettu kuitenkaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken. Yksityisen terveydenhuollon vastaajista olisi voinut ottaa tutkimukseen suuremman otoksen. Kuva yksityisen terveydenhuollon tulevaisuusnäkemyksistä jää ohueksi ja yksityisen terveydenhuollon vastaajat eivät pitäneet kaikkia kysymyksiä oman

työnsä näkökulmasta relevantisti muotoiltuina. Samoin kyselyn olisi voinut esittää kaikille alueen hoitotyön opettajille, jolloin heidät olisi sidottu jo tässä vaiheessa hankkeen mahdolliseen jatkotyöhön.

Ylihoitajien, johtavien hoitajien ja terveydenhoitajien haastattelu tiedonhankintamenetelmänä

Hoitotyöntekijöiden työtä ja osaamistarpeita vuonna 2010 erikoissairaanhoidossa on kysytty haastatteluissa kevään ja kesän 2001 aikana viideltä erikoissairaanhoidon ylihoitajalta ja viideltä osastonhoitajalta. Perusterveydenhuollon hoitotyötä ja hoitotyön osaamistarpeita on tutkittu haastatteleamalla seitsemää perusterveydenhuollon johtavaa hoitajaa tai ylihoitajaa, viittä osastonhoitajaa, neljää terveydenhoitajaa ja kahta työntekijää mielenterveyshuollon alueelta. Haastattelut on analysoitu induktiivisesti, aineistolähtöisesti, aineisto on sitten luokiteltu Evers ym. (1998) kategorioiden mukaisesti. Kliinisen hoitotyön luokituksessa on käytetty tämän hankkeen muidenkin tutkimusten luokittelua (ks. sivu 47). Synnytyistä hoitavan kättilön työtä ja työssä tarvittavaa osaamista tulevaisuudessa on selvitetty hankkeen toimesta opiskelijoiden opinnäytetyönä (Hiironen & Tarnanen 2001).

Hoitotyö ja hoitotyön osaamistarpeet erikoissairaanhoidossa vuonna 2010

Erikoissairaanhoidon työssä tarkastellaan pääosin sairaanhoitajan ja kättilön työtä ja työssä tarvittavaa osaamista. Työ on tiedollisesti ja taidollisesti vaativaa. Työn vaativuuteen vaikuttaa se, että hoitotyön itsenäisyys suunnitella ja toteuttaa potilashoitoa lisääntyy ja koulutettu työntekijä vastaa entistä useammin myös työn kehittämisestä. Erikoissairaanhoidon työssä puhutaan akuuttihoitosta kaikissa hoitoyksiköissä sekä taidoista tehdä ennaltaehkäisevää työtä kaikissa toimintakontesteissa. Akuuttihoitosta asiakkaat ovat kaiken ikäisiä. Työssä tarvitaan lisääntyvästi taitoja suunnitella ja toteuttaa myös iäkkäiden akuuttihoitotyötä. Teknologian kehittyminen lisää osaltaan työn vaativuutta, koska hoitomuodot lisääntyvät ja kehittyvät nopeasti. Tietoteknistä ja teknologista osaamista tarvitaan hoitotyön suunnittelun ja toteuttamisen lisäksi tiedonhankinnassa ja -vaihdossa. Osa hoitotyön asiantuntijoista tarvitsee myös taitoja olla mukana kehittämässä hoito- ja informaatioteknologiaa.

Erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajat (ja kätilöt) ovat hoitotyön perustaitojen osaajia, mutta usein myös joidenkin potilasryhmien hoidon asiantuntijoita, erityisosaajia. Tällöin he ovat tiettyjen potilaiden hoidon asiantuntijoita omassa toimintaorganisaatiossaan ja alueellisesti verkottuen myös valtakunnallisesti ja kansainvälisesti. Erikoiskoulutettu sairaanhoitaja ja kätilö kehittää asiantuntijuusalueensa potilaiden hoitolinjoja ja käytänteitä sekä toimii muille konsulttina ja yhteistyökumppanina.

Hoitotyössä jatkuvasti tarvittavan osaamisen alueita ovat kommunikoinnin, kliinisen hoitotyön, ihmisten ja tehtävien johtamisen, elämäntalouden sekä innovaatioiden ja muutosten vauhdittamisen osaaminen. **Kommunikoinnissa** korostuvat viestintä- ja vuorovaikutustaidot. Vuorovaikutustaidot liittyvät työskentelyyn potilaiden sekä oman ammattiryhmän ja muiden ammattiryhmien kanssa. Sen perustana ovat taidot olla ihmisten kanssa sekä taidot hallita tietoista ja tavoitteellista vuorovaikutusta. Potilashoidon tehtävät ovat aiempaa monimutkaisempia. Siksi hoidossa tarvitaan monen alan asiantuntemusta. Myös potilaan jatkohoidon varmistaminen edellyttää vuorovaikutustaitoja. Hoitotyön johtajat ja esimiehet ajattelevat, että hoitotyön rooli on potilashoidon moniammatillisen yhteistyön koordinointi. Työyhteisössä tarvitaan lisäksi taitoja viestiä hoitoon liittyviä asioita kirjallisesti ja suullisesti, taitoja työskennellä lähekkäin pitkäkestoisesti, taitoja ottaa vastaan ja antaa palautetta sekä taitoja keskustella, perustella ja kuunnella.

Kommunikoinnissa potilaan kanssa on kyse vuorovaikutuksesta, jonka avulla saadaan selville potilaan tapa elää ja olla olemassa, hoidon tarpeet, luodaan turvallinen ilmapiiri hoidossa, saadaan viestitettyä potilaalle hänen sairauteensa ja hoitoonsa liittyviä asioita, autetaan potilasta ymmärtämään sairauttaan ja hoitojaan sekä lisätään hänen valmiuksiaan huolehtia itsestään. Tämä edellyttää taitoja kohdata eri ikäisiä, erilaisen koulutus- ja sosiaalisen taustan omaavia ihmisiä ja ottaa huomioon ihmisten erilaiset kulttuuriset, kielelliset ja muut kommunikatiiviset toimintatavat.

Kliinisen hoitotyön osaamista korostavat kaikki vastaajat. Näihin kuuluvat taitoalueina hoitotyön tietoperustan ja hoitotyön prosessin hallinta asiakaslähtöisesti sekä ohjaus- ja neuvontataidot. Taitojen perustana ovat tiedot ihmisestä, sairauksista ja niiden hoidosta sekä taidot valikoida tietoa relevantisti potilashoidossa. Hoitotyön prosessin hallinta on mahdollista ainoastaan tietoa käyttäen ja yhdistellen, käyttäen sekä tutkimus- että kokemustietoa. Erikoissairaanhoidossa tarvit-

tavassa osaamisessa korostetaan taitoja tarkkailla ja arvioida ihmisen vitaalielintoimintoja sekä taitoja arvioida jatkuvasti hoidontarpeita ja muuttaa hoitotyön suunnitelmaa potilaan tilanteen niin vaatiessa, erilaisten tutkimusten ja mittausten suorittamista ja tutkimustulosten tulkintaa suhteessa potilaan tilanteeseen. Tähän liittyy myös jatkuvasti teknistyvän toimintaympäristön hallintataidot ja taidot tehdä perus- ja erikoishoitoja monimutkaisessa toimintaympäristössä.

Potilasohjauksen ja neuvonnan taidot ovat tärkeä osa kliinisen hoitotyön osaamista. Sen tavoitteena on potilaan valmentaminen itse- ja kotihoitoon. Ohjauksen ja neuvonnan perustaitoja ovat taidot analysoida erilaisten ihmisten osaamista ja oppimistarpeita ja didaktiset taidot. Tulevaisuudessa korostuvat taidot käyttää potilasopetuksessa hyväksi informaatioteknologiaa ja sähköisiä oppimisympäristöjä. Potilasohjauksen ja neuvonnan lähtökohtana ovat terveys- ja asiakaslähtöisyys. Hoitotyöntekijä tarvitsee taitoja kohdata ja ymmärtää ihmisiä heidän omasta arvomaailmastaan käsin. Työn tekemisessä tarvitaan yhä enemmän kulttuurien tuntemusta ja kielitaitoa. Ohjaukseen ja neuvontaan liittyy myös eettinen elementti, potilaan itsehoidon ja hoitoon liittyvien päätösten tukeminen, sekä taidot tunnistaa ja ottaa huomioon ne apua tarvitsevat, jotka eivät itse pysty pitämään elämäänsä hallinnassa.

Sairaanhoitajan ja kätilön osaamisalueisiin erikoissairaanhoidossa liittyy **ihmisten- ja tehtävien johtaminen** kuten ammatillisen päätöksenteon taidot, taidot ymmärtää työnsä osana yhteiskunnan toiminnan kokonaisuutta ja päätöksentekoa sekä taidot tukea toista työntekijää. Ammatillisen päätöksenteon perusajatus on yksilövastuinen hoitotyö. Tähän tarvitaan taitoja tehdä ja perustella hoitopäätöksiä, osaamista tulkita tutkimustuloksia suhteessa potilaan tilanteeseen, taitoja hankkia, valikoida ja yhdistellä tietoa päätöksenteon perustaksi, taitoja suunnitella työtä potilaan hoitajaksoina ei yksittäisinä hoitotapahtumina, taitoja tehdä valintoja ja asettaa asioita tärkeysjärjestykseen sekä keskustella valintojen periaatteista.

Yhteiskunnallisen toiminnan ja päätöksenteon ymmärtämistä ja keskusteluun osallistumista pidetään yhtenä hoitotyön asiantuntijan osaamisalueena. Tähän liittyy lainsäädännön ja arvojen perustan hallinta, oman työn hahmottaminen osaksi yhteiskunnan kokonaisuutta ja potilaiden elämän hahmottamista yhteiskunnallisessa viitekehyksessä sekä taidot osallistua hoitoa koskevaan julkiseen keskusteluun ja vaikuttaa asenteisiin.

Innovaatioiden ja muutosten vauhdittaminen on tulevaisuudessa

painottuva osaamisvaatimus. Useat haastatellut puhuvat taidoista kehittämistä työtä. Kehittäminen perustuu tutkimus- ja kokemustiedon hyödyntämiseen sekä taitoihin etsiä tietoa. Työntekijän on hallittava taidot tutkia työtä ja työssä käytettäviä toimintamalleja näkökulmana hoitotyön laadun kehittäminen, taidot laatia mittareita laadun kehittämiseksi sekä toteuttaa näihin liittyviä interventioita. Kehittämisessä tarvitaan myös taitoja laatia visioita ja strategioita, taitoja rakentaa hoitolinjoja väestön tarpeiden mukaisesti sekä taitoja työskennellä projektimaisesti. Kehittäminen edellyttää sitoutumista ja kiinnostusta työhön.

Tieto uusiutuu terveydenhuollossa niin nopeasti, että jokaisen on kyettävä seuraamaan tutkimuksia ja ottamaan mielekkäästi haltuun informaatiota. Tiedon etsimisestä, seulonnasta ja kriittisestä tarkastelusta on tulossa keskeinen tekijä hoitotyön laadun ja hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämisessä. Se ei ole vain yksilöiden vaan ennen kaikkea yhteisöjen kehittymisen kysymys. Tähän tarvitaan kielitaitoa, taitoja käyttää tietokonetta, tietoverkkoja ja kriittistä ajattelua sekä kykyä yhdistää eri lähteistä saatua tietoa.

Työntekijän näkökulmasta tulevaisuudessa on tärkeää myös **elämänhallinta**, kaikki mikä auttaa voimaan hyvin ja jaksamaan, itsestä huolehtiminen, taidot elää muutoksessa ja suunnitella tulevaisuutta. Reflektiiviset taidot määrittellä omat osaamisalueet ja kompetenssit, tehdä itse ja vertaisarviointia ja antaa palautetta sekä ottaa vastaan palautetta ovat välineitä elämänhallintaan. Siihen kuuluvat myös taidot irtaantua työasioista ja kokemuksista sekä taidot purkaa paha oloa rakentavasti.

Psykiatrisessa hoitotyössä korostetaan kliinisen hoitotyön ja kommunikointiosaamista. Nämä limittyvät siten, että taidot arvioida yksilöiden ja perheiden vuorovaikutusta on osa hoidontarpeen arviointia. Sairaanhoidajan on hallittava taidot hoidontarpeiden varhaiseen tunnistamiseen ja puuttumiseen sekä taidot suunnitella hoitoja potilaiden kanssa osana heidän arjen kokonaisuuttaan. Keskeisiä osaamisalueita ovat vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaidot, yksilö- ja perhetyön taidot, ja joissakin tapauksissa erityiset terapiataidot sekä taidot lisätä yhteiskunnassa ymmärrystä ja hyväksyntää näitä sairauksia ja potilaita kohtaan.

Vastajaat tarkastelevat erityisosaamistarpeiden lisäksi laaja-alaisen osaamisen tarpeita. Laaja-alainen osaaminen tarkoittaa sellaista sairauksien, hoitojen ja palvelujärjestelmän tuntemusta, mitä tarvitaan potilaan kokonaisuhoitoon suunnittelussa ja verkostoituvan työn toteut-

tamisessa. Laaja-alaista osaamista tarvitaan polikliinisessä hoitotyössä ja työssä vuodeosastoilla. Laaja-alaisen osaamisen tarvetta kasvattaa palvelujen lisääntyvä tarjoaminen avohoidossa, mm. kotisairaala-toiminnan kehittäminen.

Kätilön osaamisvaatimukset synnyttäjän hoitotyössä tulevaisuudessa

Osana HOKE-hanketta on tehty opinnäytetyö synnytystä hoitavan kätilön työstä ja työssä tarvittavasta osaamisesta tulevaisuudessa (Hiironen & Tarnanen 2001). Tulokset perustuvat tähän tutkimukseen. Kätilötyö perustuu synnyttäjän elämänpiirin tunnistamiseen. Tähän tarvitaan erilaisten kulttuurien ja elinyhteisöjen elämisen tapojen tunnistamistaitoja ja ymmärtämistä, sekä kielitaitoa. Synnyttäjän kulttuurin ja elämänpiirin ymmärtäminen on välttämätöntä myös potilasohjauksessa. Kätilö voi ymmärtää paremmin synnyttäjän ajattelua ja tiedollisia lähtökoh- tia. Vuorovaikutus- ja kliinisen työn osaaminen ovat kätilön tärkeim- mät osaamisalueet. Vuorovaikutukseen kuuluvat taidot toimia ihmi- nen ihmiselle -tasolla, kohtelias käyttäytyminen, kysyminen, kuuntele- minen ja keskusteleminen sekä synnyttäjän ja hänen tukihenkilönsä oh- jaaminen synnytyksen aikana. Vuorovaikutustaitoja tarvitaan myös työ- yhteisössä toimimiseen. (Hiironen & Tarnanen 2001.)

Kätilön kliinisen hoitotyön taidot perustuvat teorian tietoon. Hoito- työn aluetta ovat erityisesti synnytysoppiin ja kivunhoitoon liittyvä tut- kimus- ja teorian tieto. Kätilötyön pysyviä taitoja ovat ulkotutkimuksen tekeminen, verenpaineen mittaaminen, pulssin tunnustelu, sikiön sy- dänäänten kuuntelu ja kädentaidot avustaa synnytyksessä. Tekninen kehitys ei poista näitä osaamistarpeita vaan teknologiaa käytetään perinteisen työn rinnalla. Uuden teknologian hallinta korostuuakin tule- vaisuudessa. (Hiironen & Tarnanen 2001.)

Itsensä ja ammattitaitonsa kehittämiseen liittyviä ovat taidot arvi- oida itseä ja omaa työtä sekä taidot kehittää työtä. Ajattelun- ja pää- töksenteon osaamisessa korostetaan tietoja ja kokemusta yhdistävän ajattelun taitoja, rohkeutta puuttua asioihin ja tilanteisiin sekä koko- naisvaltaista tapaa hahmottaa synnyttäjän tilanne. (Hiironen & Tar- nanen 2001.)

Hoitotyö ja hoitotyön osaamistarpeet perusterveydenhuollossa vuonna 2010

Perusterveydenhuollon työtä vuonna 2010 luonnehtii lisääntyvä verkostoituminen ja aiempaa akuutimpien potilaiden hoitotyö, mutta myös huomattava kuntouttavan ja hoivatyön tarve. Lapsia ja nuoria on asiakkaina kaikissa toimintaympäristöissä ja pitkäaikaissairaiden lasten määrän oletetaan kasvavan. Työtä tehdään kodeissa, neuvoloissa, koulu-, opiskelija- ja työterveyshuollossa, vastaanotoilla, sairaalassa, avosairaanhoidon monenlaisissa toimintaympäristöissä sekä erilaisissa vanhuksille, vammaisille tai kuntoutujille tarkoitetuissa asumis- ja kuntoutusyksiköissä.

Perusterveydenhuollossa korostetaan työn laaja-alaista, kokonaisvaltaista orientaatiota. Laaja-alaisuus tarkoittaa, että työssä kohdataan jatkuvasti monen lääketieteen erikoisalan potilaita, monen ikäisiä ja monenlaisen sosiaalisen taustan ihmisiä. Kokonaisvaltaisuus tarkoittaa, että hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa otetaan huomioon ihmisten monisairastavuus ja moniongelmaisuus, näiden vaikutukset jokapäiväiseen elämään sekä taidot ja mahdollisuudet huolehtia itsestään. Kokonaisvaltaisen hoitotyön suunnittelun ja toteutuksen näkökulmana on korostuvasti mukana sosiaalisen verkoston hyödyntäminen ja tukeminen.

Kliinisen hoitotyön osaamisalueet perusterveydenhuollossa liittyvät sairaanhoitoon ja terveydenedistämiseen. Työssä tarvitaan hoitotyön prosessin hallintaa, ohjaus- ja neuvontataitoja sekä eettistä osaamista. Kaikki hoitotyöntekijät tarvitsevat kädentaitoja tehdä perushoitoa ja sairaanhoidollisia toimenpiteitä sekä taitoja tukea potilaan omatoimista selviytymistä. Hoitotyön prosessin hallinnan perustana ovat tiedot. Perusterveydenhuollon työssä korostetaan kansantautien ja tarttuvien tautien ja niiden hoidon tuntemista, tietoja lapsen kasvusta, kehityksestä ja kasvatuksesta sekä vanhenemista ja ikääntyneiden sairauksia ja niiden hoitoa koskevaa tietoa. Hoitotyön tarpeenarvioinnissa joissakin tilanteissa on kyse akuuttipotilaan, mutta useammin pitkäaikaissairaahan potilaan hoitotyön tarpeiden määrittelystä. Usein lääketieteellinen sairaus on vain osa hoitotyön tarpeenarvointia. Lisääntyvä osaamisalue on kotihoidon suunnittelu ja toteuttaminen yhteistyössä muiden ammattiryhmien ja omaisten tai läheisten kanssa sekä omaisten ohjaaminen hoidon toteuttamisessa. Oma osaamisalueensa on saattohoitopotilaan hoitotyön suunnittelu ja toteuttaminen.

Perusterveydenhuollossa huomattava osa työstä on terveydenedis-

tämistä ja terveysneuvontaa. Terveydenedistämistyöhön kuuluvat taidot tehdä aluetyötä sekä auttaa yksilöitä ja perheitä hahmottamaan terveystarpeitaan ja niiden uhkia sekä tekemään näihin liittyviä valintoja. Tällöin tarvitaan taitoja rakentaa ja käyttää ryhmiä terveydenedistämässä. Perhehoitotyön taidoissa yhtenä taitoalueena on perheen vuorovaikutuksen tunnistaminen ja sen edistäminen. Terveydenedistämistyö alueilla on vaikuttamista elin- ja asuinympäristöjen suunnitteluun. Siihen hoitotyöntekijä tarvitsee taitoja kartoittaa asuinalueiden fyysisiä ja sosiaalisia rakenteita sekä taitoja viestiä terveysnäkökohtia päätöksentekoon. Tämä edellyttää ympäristöasioiden hallintaa sekä osaamista mitata, arvioida ja hallita elinympäristöissä olevia terveysuhkia. Terveydenedistämistyössä osa työntekijöistä tarvitsee myös taitoja tehdä määriteltyjä terveystarkastuksia ja seulontatutkimuksia.

Ohjaus- ja neuvontataitoja tarvitaan perusterveydenhuollossa kaikissa hoitoympäristöissä. Tähän liittyvät taidot tunnistaa eri ikäisten ja erilaisten ihmisten yksilöllisiä ohjauksen ja neuvonnan tarpeita sekä taidot hallita tiedollisesti ja taidollisesti erilaisten ihmisten ja eri sairauksia sairastavien ohjaus ja neuvonta (mm. diabeetikon, laihduttajan, reumapotilaan). Ohjaus- ja neuvontaprosessi pitää osata toteuttaa yksilöiden ja perheiden tai muiden ryhmien kanssa. Kehittyvänä osaamistarpeena on ohjauksen ja neuvonnan toteuttaminen sähköisesti sekä neuvontamateriaalin ja potilasohjeiden jatkuva tuottaminen myös sähköiseen käyttöön.

Jatkuvaa eettistä osaamista ovat taidot kohdata kaikenlaisia ihmisiä, mutta erityisesti tarvitaan taitoja tunnistaa ja ottaa huomioon sellaiset apua tarvitsevat, jotka eivät itse pysty pitämään elämänsä hallinnassa, puhutaan etsivän työn taidoista. Eettiset kysymykset saattavat olla tulevaisuudessa vielä nykyistä tärkeämpiä, jos esimerkiksi joudutaan tilanteeseen, jossa kaikkia ei hoideta julkisessa terveydenhuollossa, vaan työssä joudutaan tekemään potilasvalintoja ja ottamaan kantaa valinnan periaatteisiin.

Kommunikointiosaamisessa viestintä- ja vuorovaikutustaidot ovat tulevaisuudessa myös perusterveydenhuollossa keskeisiä. Kyse on taidoista tehdä tavoitteellisesti työtä erilaisten asiakkaiden ja heidän läheistensä sekä muiden asiantuntijoiden kanssa. Vuorovaikutustaidot ovat yhteistyön edellytys. Hoitotyöntekijä tarvitsee taitoja tulla uuteen tilanteeseen, kohdata ihmisiä, kuunnella heitä, kommunikoida heidän kanssaan, toteuttaa tavoitteellista hoitoa sekä taitoja tehdä kirjallista ja suullista hoitotyön suunnittelua.

Haastateltavat käyttävät moniammatillisesta työstä usein käsitettä verkostoituva työ tai työn verkottuminen. Taitoina hoitotyöntekijän täytyy kyetä olemaan yhteistyössä muiden ihmisten kanssa, rakentamaan potilaan hoidon kannalta mielekkäitä yhteistyöverkostoja sekä viemään hoitoprosessia eteenpäin verkostossa. Perustaitona ovat ihmishuuhdetaidot ja itsetuntemus. Lisäksi tarvitaan tietoja eri ammattiryhmien asiantuntijuusalueista ja palvelujärjestelmän rakenteista. Yhteistyökumppanit vaihtelevat tehtävien ja asiakkaiden mukaan. Tyypillinen yhteistyökumppani on lääkäri sekä muut terveydenhuollon asiantuntijaryhmät, mutta yhteistyötä tehdään paljon myös sosiaalitoimen asiantuntijoiden kanssa. Neuvoloissa ja terveysneuvonnassa toivotaan yhteistyön lääkäreiden kanssa kehittyvän nykyisestä.

Asiantuntijatyön lisäksi yhteistyöverkostot liittyvät potilaaseen. Hänen hoitoaan tukevien verkostojen rakentaminen ja hyödyntäminen kokonaisuhoitoon suunnittelussa ja toteuttamisessa on jatkuva hoitotyön tehtävä. Perusterveydenhuollossa tarvitaan taitoja tehdä yhteistyötä myös ammattikouluttamattomien kanssa, potilasta hoitavan omaisen, läheisen tai ystävän kanssa. Tulevaisuudessa mukana voi olla lisääntyvästi vapaaehtoistyötä tekeviä. Yhtenä tulevaisuuden osaamistarpeena pidetäänkin vapaaehtoistyön periaatteiden tuntemista sekä vapaaehtoisten oikeuksien ja velvollisuuksien tuntemista. Hoitotyön asiantuntija on ammattikouluttamattomien resurssina, työn ohjaajana ja tukena.

Monikulttuuriset taidot ovat osa vuorovaikutusosaamista. Työssä tarvitaan uskontojen ja kulttuurien riittävä tuntemista ja kielitaitoa. Esimerkiksi potilasohjausta täytyy pystyä tekemään myös muulla kuin suomen kielellä. Tärkeintä on kuitenkin tuntea kulttuurien peruslähtökohtia sillä tavoin, että kohtaamistilanteissa ei synny vaikeita ongelmia ymmärtää toisen käyttäytymistä tai ohjeita. Monikulttuuriseen osaamiseen liittyy myös tulkkipalvelujen käytön hallinta.

Ihmisten ja tehtävien johtamisosaamisessa korostetaan ammatillista päätöksentekoa. Tähän liittyvät taidot tehdä tilannearvioita, hoitoon liittyviä valintoja, keskustella valintojen ja ratkaisujen perusteista sekä uskallus ottaa asiakkaan kanssa puheeksi vaikeitakin asioita ja puuttua niihin. Ammatillisen päätöksenteon hallinta edellyttää sitoutumista työhön ja sen arvo- sekä tietoperustaan. Lisäksi korostetaan taitoja organisoida työtä ja ajankäyttöä.

Elämänhallintaan kulminoituvat monet asiat tulevaisuudessa. Tähän sisällytetään ammatillinen sitoutuminen, itsensä kehittäminen, tai-

dot tunnistaa omat vahvuudet ja heikkoudet sekä taidot käsitellä kokemuksista ja purkaa pahaa oloa.

Tulevaisuuden asiantuntijuuteen perusterveydenhuollossa sisällytetään myös **työn kehittämisen taidot**. Asenteellisesti on tärkeää, että henkilö pitää kehittämistä tärkeänä ja on kiinnostunut tekemään sitä. Taitoina hänen täytyy kyetä visioimaan kehityssuuntia, tutkimaan työtä, hankkimaan tietoja ja yhdistelemään eri lähteistä hankittuja tietoja analyyttisesti.

Tietotekniikan ja teknologian käyttö liittyy hoitotyöhön ja kommunikointiin. Siihen kuuluvat taidot käyttää tietokoneita, sähköpostia ja Internetiä sekä taidot käyttää hyväksi sähköisiä oppimisympäristöjä potilastyössä sekä itsensä ja työnsä kehittämisessä. Terveystieteiden tutkimistyössä sähköinen asiointi nähdään nopeasti kehittyväksi tulevaisuuden suunnaksi. Se edellyttää tietoteknisten taitojen hallintaa ja työssä käytettävien toimintojen kehittämistä. Kehittyvänä mahdollisuutena nähdään myös sähköinen konsultointi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Tietotekniikkaa hyödyntävien tiedonkeruumittareiden kehittäminen ja kokeilu

Opetusministeriön ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun sopimukseen on sisällytetty tietotekniikkaa hyödyntävien ennakoititiedonkeruuvälineiden kehittäminen. Hankkeessa on käytetty verkkovälitteistä keskustelua (netti) ja sähköisiä kyselyjä. Verkkovälitteinen keskustelu toteutettiin työterveyshuollon asiantuntijoiden keskuudessa. Terveystiedonkeruun johtajille ja esimiehille suunnattu kysely toteutettiin sähköisesti. Vastaajilta pyydettiin lisäksi tiedot sähköiseen kyselyyn vastaamisen esteitä strukturoitua lomaketta käyttäen. Toinen sähköinen kysely suunnattiin alueen terveyskeskuksille ja siitä on tarkoitus kehittää jatkuvaan käyttöön alueellinen tietokanta hankkia taustatiedot alueen kuntien väestömäärästä ja ikärakenteesta, väestön terveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä terveydenhuollon palveluista ja palvelujen tuottajista kunkin terveyskeskuksen alueella. Tietokantaan sisällytettiin lisäksi tiedot hoitotyön ammattiryhmien koosta ja rakenteesta ja näiden muutoksista sekä alueella vaikuttavista megatrendeistä ja niiden ilmenemissuunnista.

Asiantuntijoiden verkkovälitteinen keskustelu

Verkkovälitteinen keskustelu

Verkkovälitteinen keskustelu on kontekstiin sidottua useamman henkilön välistä sähköistä keskustelukanavaa hyödyntävää tekstipohjaista vuorovaikutusta. Se vapauttaa osallistujat ajasta ja paikasta sekä mahdollistaa reflektiivisen kommunikoinnin. Verkkoympäristössä osallistujat eivät näe keskusteluryhmää. Osallistujien identiteetti (sukupuoli, ammatti, ikä jne.) säilyy ryhmässä, mutta ne voidaan jättää kertomatta. Keskustelussa voidaan esiintyä nimettömänä tai keksityllä persoonallisuudella. Koska keskustelu on ei-reaaliaikaista, keskusteleminen samoista teemoista, keskinäinen ymmärrys ja kohtaaminen saattavat vaikeutua. Keskustelusta jää kuitenkin dokumentti, johon voi palata. Tämän rakentamiseen on kiinnitettävä huomiota keskustelukanavaa rakennettaessa. Keskusteluketjujen hahmottaminen voi olla vaikeaa, ellei tekniikka tue sitä. (Matikainen 2001.)

Verkkovälitteisessä keskustelussa on useita toimijarooleja. Selvim-

min erottuvat keskustelun vetäjä sekä aktiiviset ja passiiviset keskustelijat. Keskusteluun tarvitaan vetäjä. Hän on ryhmän virallinen johtaja, ja voi seurata keskustelun kulkua ja ryhmäläisten reaktioita. Keskustelun vetäjän roolin luomiseen kannattaa kiinnittää huomiota ja hänen on tiedettävä tekojensa merkitys. Hän voi tietoisesti valita keskustelun tyylin, esimerkiksi virallisen tai epävirallisen tyylin, ja osallistumisensa aktiivisuustason. Keskustelun demokraattinen luonne lisääntyy jos vetäjä ei osallistu kovin paljon. (Matikainen 2001.)

Verkkokeskustelu on tasa-arvoisempaa kuin tavanomainen keskustelu. Kirjoitusprosessiin liittyvällä ajattelulla on todettu olevan oppimista edistävä vaikutus. Verkkokeskustelu sopii parhaiten tehtäväkeskeiseen viestintään, jossa pysytään asiassa, ja viesteissä korostuu sisältö mielipiteen esittäjän sijasta. Keskustelu voidaan jakaa osiin aiheen mukaan. Keskustelu on luonteeltaan yksisuuntaista, mutta myös reaktiivista ja vuorovaikutteista. Useammat aikaisemmat viestit ja koko viestikonteksti voidaan ottaa huomioon ja keskustelun dialogisuutta voidaan lisätä kysymyksin. (Matikainen 2001.)

Sähköposti- tai keskusteluryhmä eivät vaadi suuria tietoteknisiä taitoja. Keskusteluryhmää perustettaessa on otettava huomioon kohderyhmä ja viestinnän tarkoitus. Esimerkiksi on päätettävä, kuinka pakollista tai vapaaehtoista vuorovaikutus on. Tärkein edellytys on keskustelijoiden sisäinen motivaatio. (Matikainen 2001.)

Verkkovälitteinen keskustelu ennakoititiedon hankintavälineenä

Verkkovälitteisen keskusteluryhmän tarkoitus HOKE-hankkeessa oli selvittää menetelmän käyttökelpoisuutta hankittaessa tietoa asiantuntijoiden näkemyksestä tulevaisuudesta ennakoinnin pohjaksi. Oletuksena oli, että keskustelukanava voisi olla helppo keino hankkia tietoa. Hankkeen keskusteluun osallistujat toimivat työterveyshuollossa tai työsuojeluorganisaatiossa. Ennakkovaatimuksena osallistumiselle oli asiantuntijuus (Kaivo-Oja ja Kuusi 1997) ja halu kehittää ammattia sekä riittävät tietotekniset taidot ja mahdollisuus käyttää tietokonetta, jossa on internet yhteys. Tekniset seikat karsivat osallistujia. Työterveyshuollon työntekijöillä ei aina ole tietokonetta henkilökohtaisessa käytössä tai sitä ei ole lainkaan. Keskusteluryhmään ilmoittautui kuusi kiinnostunutta henkilöä. Kaksi heistä työskentelee perusterveydenhuollon työterveyshuollossa, kaksi suorittaa työterveyshuollon erikoistumisopintoja, ja kaksi toimii eri tehtävissä työsuojeluorganisaatiossa.

Valmistautuminen keskusteluun kesti puolitoista kuukautta. Verkko-ympäristön tekninen valmistelemine aiheutti viivästystä, samoin yhden osallistujan virheellinen sähköpostiosoite. Hankkeen keskustelukanava avattiin Windows NT-palvelimelle asennettuun WebCT-ohjelmiin. Kanavalle perustettiin keskusteluaihe HOKE ja siihen luotiin tunnukselliset käyttäjät. Hankkeen lähtökohdaksi otettiin osallistujien anonyymius. Ennen keskustelukanavan avaamista osallistujille annettiin tekniset ohjeet ja nimimerkki. Koska osallistujia oli seitsemän, heidät nimettiin Aleksis Kiven Seitsemän veljeksien mukaan. Ensimmäinen sähköpostikontakti lähetettiin yksitellen eikä ryhmänä, jolloin toiset olisivat voineet nähdä muiden postinsaajien osoitteet. Missään vaiheessa osallistujat eivät tulleet tietämään toistensa henkilöllisyyttä, sukupuolta, ammattinimikettä tai kotipaikkaa. Keskusteluun ilmoittautuneiden aktiivisuus varmistettiin sähköpostitse, samalla varmistui heidän osallistumismahdollisuutensa.

Keskustelun aloittajana toimi hankkeen edustaja. Hän esitti peruskysymykset (liite 4), kommentoi vastauksia ja esitti näkemyksiä, joiden toivottiin olevan motivoivia ja herättävän kannanottoja. Vetäjän rooli oli tietoisesti aktiivinen. Nettikeskustelukanava oli auki 31.10 - 26.11.-01. Keskusteluun osallistuttiin pääsääntöisesti työaikana ja työpaikalta.

Verkkovälitteisen keskustelun tulokset ja osallistujien kokemukset keskustelusta

Osallistujien aktiivisuus vaihteli suuresti. Ensimmäiseen viestiin, jossa varmistettiin yhteyksien toimiminen, vastasi viisi keskustelijaa. Varsinaisessa asiakeskustelussa oli mukana vain kolme osallistujaa. Osallistumiskertoja heillä oli kaksi, kolme ja neljä kertaa. Viestien pituudet vaihtelivat kahdesta seitsemään lauseeseen. Enimmäkseen mielipiteet esitettiin neljän lauseen mittaisina. Yhteensä osallistujat tuottivat yhdeksän vastausta. Neljässä niistä oli myös kommentti toisen keskustelijan esittämään mielipiteeseen. Varsinaista osallistujien välistä keskustelua ei kuitenkaan syntynyt.

Vastauksista ei voida tehdä laajalle meneviä yleistyksiä, koska kyseessä on vain kolmen henkilön mielipiteet. Mielipiteitä esitettiin vanhenevien työikäisten kunnan huonontumisesta, asuinpaikkakunnan aiheuttamasta eriarvoisuusriskistä, yli 45-vuotiaiden yksinäisten miesten terveydentilan heikkenemisestä useiden riskitekijöiden vuoksi ja syr-

jäytymiskehityksestä. Kaikki keskustelijat olivat sitä mieltä, että potilaasta kertyvät työterveyshuollon ja muiden terveyspalveluiden terveys-tiedot tulisi yhdistää lisäämään palveluiden sujuvuutta. Yritysten kasvavaa merkitystä terveyspalveluiden tuottajana pidettiin mahdollisena, koska työikäinen väestö ikääntyy ja vähenee ja tulevaisuudessa työntekijöitä täytynee houkutellessa yrityksiin erilaisilla keinolla.

Keskustelun päätyttyä osallistujiksi ilmoittautuneilta pyydettiin mielipiteitä menetelmästä ja keskustelusta. Palaute saatiin kaikilta keskusteluun osallistuneilta ja yhdeltä, joka ei osallistunut kertaakaan. Keskusteluun osallistumaton piti syynä työkiireitä, mutta arveli että menetelmällistä osaamattomuuttakin oli. Osallistuneet arvioivat laite- ja osaamisvalmiutensa hyväksi, vaikkakin keskustelun aikana kahden keskustelijan laitteistoissa oli käyttöongelmia. Keskusteluaiheita pidettiin ajankohtaisina ja mielenkiintoisina ja riittävän laajoina. Useimmin osallistunut toivoi, että toiset olisivat esittäneet enemmän kannanottoja dialogin syntymiseksi. Pitemmän kanavan aukioloajan olisi arveltu tuottavan enemmän mielipiteitä ja vilkastavan keskustelua. Anonymiteettiä pidettiin pääasiassa hyvänä. Se esti liiallista profiloitumista, eikä toisten reaktioita tarvinnut ottaa huomioon omia mielipiteitä esitettäessä. Toisaalta kaikki keskustelijat kertoivat olevansa tottuneita työnsä puolesta esittämään mielipiteitä omalla nimellään. Kaikki pitivät nettikeskustelumenetelmää mielenkiintoisena ja helppona. Yksi keskustelija arveli, että jos keskustelu olisi jatkunut pitempään, olisi tarvittu lisää pelisääntöjä, esimerkiksi vastaamisnopeudesta. Yleisesti osallistujat olivat tyytyväisiä kokemukseen.

Verkkovälitteisen keskustelun soveltuminen ennakoititiedon hankkimisen välineeksi

Tärkein edellytys keskustelun onnistumiseksi on hyvien asiantuntijoiden löytäminen. Hyvät tietotekniset valmiudet ja tottumus käyttää tietokonetta ovat välttämättömiä, samoin mahdollisuus käyttää tietokonetta silloin kun itse haluaa. Keskustelulle varatun ajan tulee olla riittävän pitkän, jotta mielipiteiden vaihto onnistuu. Jos haetaan vastauksia vetäjän esittämiin kysymyksiin, aika tulee rajata, jotta vältetään turhaa viivyttelyä. Nimettömänä esiintymisessä on etuja, mutta se ei ole välttämätöntä. Riippuu keskustelun ja esille otettavien asioiden luonteesta, onko keskustelijoiden tunnistamisella merkitystä. Aidon asiantuntijoiden välisen vuorovaikutuksen syntymiseksi saattaa olla eduksi,

että keskustelijat tietävät toistensa henkilöllisyyden tai ainakin viiteryhmän.

Verkkovälitteinen keskustelu on yleistynyt kotisivujen yhteyteen. Sen käyttöön totutaan ja sitä opitaan nopeasti käyttämään mielipiteiden vaihdon välineenä. Verkkovälitteistä keskustelua voidaan käyttää esimerkiksi palvelujen käyttäjien mielipiteiden vaihdon välineenä. Jos halutaan terveydenhuollon tai hoitotyön asiantuntijoiden näkemyksiä, keskustelijat kannattaa valita ja rajata keskustelukanavalle pääsevät. Ennakointitiedon hankinnassa tätä menetelmää voi käyttää esimerkiksi alueella sijaitsevien saman ammattiryhmän asiantuntijoiden mielipiteiden vaihdon kanavana. Verkkovälitteinen keskustelu vapauttaa osallistujat aikarajoitteista ja mahdollistaa dialogimuotoisen keskustelun. Keskustelun vetäjän valintaan kannattaa kiinnittää huomiota. Hänen roolinsa kysymysten ja kannanottojen esittäjänä on tärkeä, jotta keskusteluun syntyy avoin ja kannustava ilmapiiri.

Sähköiseen kyselyyn vastaamisen esteet

Terveydenhuollon johtajille ja esimiehille suunnatun kyselyn yhteydessä kysyttiin myös sähköiseen kyselyyn vastaamisen esteistä (liite 5). Tämä toteutettiin postikyselynä. Tiedot vastaamisen esteistä saatiin 36 tutkittavalta. Ajan puute ja muu syy olivat tavallisimmat vastaamattomuuden syyt. Suurimman syyryhmän muodostivat kuitenkin erilaiset tietokoneen käyttöön tai tietotekniikkaan liittyvät ongelmat. Niitä mainittiin 32.

Taulukko 5. Sähköisen kyselyn vastaamisen esteet.

Vastaamattomuuden syy	f
Ei ollut aikaa vastata	18
Kyselyyn liittyvät syyt	22
Tottumattomuus vastata sähköiseen kyselyyn tai käyttää tietokonetta	21
Tietokoneeseen tai työpaikan tietotekniisiin järjestelyihin liittyvät syyt	11
Muu syy	2

Tuloksista voidaan tehdä sellainen johtopäätös, että sähköpostin ja internetin käyttö ei ole vielä itsestään selvä asia terveydenhuollossa Keski-Suomessa. Jos ajatellaan tulevaisuuden kehityshaasteita kuten sähköinen asiointi, nettineuvonta ja sähköisten potilasasiakirjojen käyt-

tö, panostuksia myös perusasioihin tarvitaan vielä. Perusasioita tässä mielessä ovat tietokoneet ja ohjelmat sekä niiden käyttötaidot ja -mahdollisuudet. Varsinaisesti ei selvitetty, millaisessa organisaatioasemassa olevilla vastaajilla oli suurimmat ongelmat sähköisen kyselyn kanssa, mutta muiden yhteydenottojen kautta muodostui käsitys, että esimerkiksi osastonhoitajat eivät kaikissa organisaatioissa voi käyttää tai käytä tietokonetta. Mutta tämä ei ole koko todellisuus, vastaamattomuuden syitä saimme kaikilta vastaajaryhmiltä. Eniten tuloksissa mietityttä johtavassa tai esimiesasemassa olevien vastaukset, että he eivät halua eivätkä aio ruveta käyttämään sähköpostia tai tietokonetta. Esimiehen tehtävänä myös tämän alueen kehittämistä työorganisaation toiminnassa.

Alueellisen tietokantasovelluksen suunnittelu ja toteutus

Alueellinen tietokanta ennakoinnin taustatietojen hankkimiseksi

Alueellisen tietokannan muodostamisen tavoitteena oli luoda työväline, jolla voidaan jatkuvasti kerätä ja pitää yllä terveyskeskusten tulevaisuuden suunnittelun ja ennakoinnin taustatiedoksi strukturoitua perustietoa organisaatioiden tulevaisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Tietokantakyselyn osatavoitteina oli selvittää voidaanko sähköisellä lomakkeella kerätä tiedot alueen kuntien väestömäärästä ja ikärakenteesta, väestön terveyteen vaikuttavista tekijöistä, terveydenhuollon palveluista sekä palvelujen tuottajista kunkin terveyskeskuksen alueella. Lisäksi tavoitteena oli selvittää tiedot hoitotyön ammattiryhmien koosta ja rakenteesta ja näiden muutoksista sekä alueella vaikuttavista megatrendeistä ja niiden ilmenemissuunnista. (vrt. Kankaanpää 1998; Metsämuuronen 1998; Hildén 1999; Holopainen & Hakulinen 2000.)

Hankkeen tietokantasovellus toteutettiin tietokantapohjaisesti tietotekniikkaa hyödyntäen. Tavoitteena oli luoda tietoverkossa toimiva käyttäjäystävällinen ja uudelleenkäytettävä sähköinen tiedonkeruusovellus. Sovelluksen suunnittelu ensimmäisessä vaiheessa tehtiin esitutkimus ja määrittelytyö, joiden pohjalta suunnittelu käynnistettiin. Käsitemallin menetelmää käyttäen luotiin käsitelmä (kuvio 3), jonka perusteella tietokanta toteutettiin Microsoft Access 2000-ohjelmalla. Tietokanta suunniteltiin siten, että se voidaan joustavasti siirtää tehokampaan ympäristöön. Tietomalliksi valittiin relaatiotietokanta ja

tietokannan testaamiseksi rakennettiin Access-käyttöliittymä. (Markkanen 2002.)



Kuvio 3. Tietokannan käsitelmä.

Suunnittelun toisessa vaiheessa toteutettiin tiedonsyöttölomake tietoverkkoon. Lomake suunniteltiin dynaamiseksi Accessin tietokantasivuja käyttäen. Käytettyjä ohjelmointikieliä ovat ASP, VBScript, SQL ja HTML, joilla huolehdittiin lomakkeella olevien tietojen siirrosta tietokantaan, virheenkorojauksesta ja lomakkeen muotoilusta. Sovellus julkaistiin tietoverkossa kolmikerrosarkkitehtuuria käyttäen (kuvio 4). Tietokantakerroksessa sijaitsee varsinainen Access-tietokanta. Keski-kerroksessa kuvataan tietokannan liityntöjä palvelimelle ja sovellukseen. Keski-kerrokseen sijoittuu myös ODBC, Open Database Connectivity. ODBC -liittymä on tietojen hakemisen standardi ja se rajapinta, johon määritellään haluttu tietolähde eli yhteys haluttuun tietokantaan. Keski-kerroksen ja asiakaskerroksen välillä toimiva ActiveX server -tekniikka (Active Server Pages, ASP) mahdollistaa ActiveX-skriptien ja -komponenttien ajamisen www-palvelimessa. Verkkosovelluksen valmistuttua se siirrettiin kehitysympäristöstä tuotantoympäristöön www-palvelimelle. (Markkanen 2002.)



Kuvio4. Sovelluksen verkkojulkaisun arkkitehtuuri.

Tiedonkeruun aikaperspektiivi oli nykyhetkessä ja lähitulevaisuudessa (v. 2005) ja tiedot on tarkoitus päivittää vuosittain. Tietokantakyselyt lähetettiin terveyskeskusten johtaville hoitajille. Ajatus oli, että kysely täytetään johtoryhmätyöskentelynä, mutta käytännössä johtavat hoitajat vastasivat yksin kyselyyn. Väestötiedot kysyttiin yleisistä tietokannoista (esim. SOTKA) poikkeavalla ikärakennejaolla. Ikäryhmä 15-64 -vuotiaat kysyttiin kymmenvuotisarheinä (15-24 -vuotiaat, 25-34 -vuotiaat jne.), koska kukin ikäryhmä hakee jossain määrin eri palveluita. Nuoret aikuiset hakevat mm. perhesuunnittelu-, lasten- ja äitiysneuvolapalveluita ja yli 50 -vuotiaat enemmän terveyden tukemiseen, kuntoutukseen ja sairaanhoitoon liittyviä palveluita. Lisäksi kysyttiin erikseen 75-84 -vuotiaiden ja 85 täyttäneiden väestöryhmien osuudet, koska nuoremmat eläkeikäiset tarvitsevat erilaisia terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen liittyviä palveluita kun taas sairaan- ja laitoshoidon tarve painottuu yli 85 -vuotiaisiin.

Hoitohenkilökuntatietoja kysyttiin henkilöstönimikkeinä ja lukumäärinä nyt ja vuonna 2005. Eläkkeelle jäävän henkilöstön tiedot kysyttiin erikseen nimikkeinä ja lukumäärinä. Alun perin ajateltiin, että henkilöstönimikkeet ja määrät kysytään palvelutoiminnoittain, mutta siitä luovuttiin, koska kysymystä pidettiin työläänä vastata. Henkilöstötiedot kysyttiin myös sairaanhoitopiiristä. Ryhmään "sairaanhoitaja"

on luokiteltu sairaanhoitajien lisäksi osaston- ja apulaisosastonhoitajat sekä. Ryhmään lähihoitaja tai vastaava on luokiteltu perushoitajat, lastenhoitajat, mielenterveyshoitajat ja lääkintävahtimestarit.

Sosiaali- ja terveyspalveluita koskeva tiedonkeruu painottuu toimintoihin, jotka on määritelty kuntien vastuulle, ja joissa hoitotyöntekijät tyypillisesti työskentelevät. Tähän kysymykseen kytkettiin myös palvelujen tuottaja, ja kysymykseen rakennettiin erilaisia vaihtoehtoisia palvelujen tuottajia ja tuottajien yhdistelmiä.

Megatrendien havaitsemiseksi kysyttiin väestön terveyspalvelujen tarpeeseen ja käyttöön liittyvinä tekijöinä väestön ikääntymistä, ikääntyneiden parantunutta toimintakykyä, syrjäytymisen lisääntymistä, kuolleisuuden vähenemistä, aikuisväestön sekä lasten ja nuorten mielenterveysongelmien lisääntymistä, pitkäaikaissairaiden määrän lisääntymistä, muuttoliikettä alueelta ja alueelle sekä muita tekijöitä (vrt. Nurmio & Ruokanen 1995; Metsämuuronen 1998; Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010). Vastaajat ottivat kantaa siihen, vaikuttaako kyseinen tekijä alueella vai ei, vastausvaihtoehdot olivat "kyllä" tai "ei".

Tietokantaan tietoja syöttäneet terveyskeskukset ja tiedonkeruun tulokset

Alueelliseen tietokantaan saatiin kuuden terveyskeskuksen (Hankasalmi, Joutsa, Jyväskylä, Keuruu - Multia, Konnevesi ja Palokka) tulokset osittain ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstörakenne vuoden 2001 lopussa sekä tiedot eläkkeelle jäävistä vuosina 2002 - 2005. Väestön ikärakenteeseen on saatu vastaus kolmesta terveyskeskuksesta, joten tulosta ei raportoida tiedon niukkuuden takia. Totesimme kuitenkin, että ikärakenne on mahdollista arvioida myös tällä jaottelulla.

Terveyspalvelujen tarpeeseen ja käyttöön vaikuttavat väestön ikääntyminen, mielenterveysongelmien lisääntyminen sekä päihteiden ja huumeiden käytön lisääntyminen. Lähes kaikissa kunnissa terveyspalvelujen tarpeeseen ja käyttöön vaikuttavat lisäksi ikääntyneiden parantunut toimintakyky, syrjäytymisen lisääntyminen, pitkäaikaissairaiden määrän lisääntyminen ja muuttoliike pois alueelta. Muuttoliike alueelle vaikuttaa Keuruulla ja Laukaassa, kuolleisuuden väheneminen Laukaassa. Jyväskylästä ei saatu vastausta tähän kysymykseen.

Vuosien 2001-2002 vaihteessa vastaajien työorganisaatioissa työskenteli 1135 sairaanhoitajaa, 198 terveydenhoitajaa, 56 kättilöä ja 957 lähihoitajaa tai vastaavaa. Vuonna 2005 sairaanhoitajien lukumäärän

arvioidaan olevan 9% ja lähihoitajien 4% nykyistä suurempi. Eläkkeelle jää vuoteen 2005 mennessä 86.5 sairaanhoitajaa (7.6%), seitsemän terveydenhoitajaa (3.5%) ja 75.5 lähihoitajan tai vastaavan koulutuksen saanutta (7.9%).

Useimmissa terveystaloksissa ajatellaan, että kunnan rinnalla on vuonna 2005 muita palvelujen tuottajia, yleisimmin sairaankuljetuksessa, kotisairaanhoidossa, kotihoidossa, vanhustenhoidossa sekä mielenterveys- ja päihdetyössä. Ilmeisesti nämä ovat palveluja, joissa jo nyt on monenlaisia toimijoita ja tämän suunnan ajatellaan jatkuvan. Kaikissa näissä kunnallisten toimijoiden rinnalla on yksityisyrittäjiä. Vuonna 2005 kunta tai seutukunta vastaavat lääkärin vastaanotto toiminnasta, neuvolatoiminnasta sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta.

Megatrendeistä vahvimmin terveystalosten toimintaan vaikuttavat kuntatalouden muutokset. Muutokset tuovat epävarmuutta palvelujen pitkäjänteiseen suunnitteluun ja kehittämiseen. Kuntatalouden muutokset näkyvät mm. siten, että rahaa voidaan käyttää julkiseen terveydenhuoltoon yhä vähemmän, ja on valittava, mitä palveluja tuotetaan ja miten. Valtiovallan päätökset vaikuttavat merkittävästi terveystalosten toimintoihin. Vahvasti vaikuttavia megatrendejä ovat lisäksi vaikeudet hankkia henkilöstöä, teknologinen kehitys, väestön ikääntyminen, julkisen sektorin rooliin muutos sekä työn verkostoituminen ja hyvinvoinnin epätasainen jakaantuminen.

Vaikeuksia hankkia osaavaa ja ammattitaitoista henkilöstöä pidetään todennäköisenä koko alueella, mutta erityisesti tätä pelätään kaukana taajamista. Tähän liittyvät vaikeudet saada sijaisia ja muuta tilapäistä henkilökuntaa, jolloin vaarantuu palvelujen järjestäminen samantasoisina kaikkialla ja kaikkina ajankohtina. Vastaajat olettavat, että koulutettua ja osaavaa henkilökuntaa ei saada, ellei palkkatasoa pystytä saamaan kilpailukykyisemmäksi.

Teknologinen kehitys tuo uusia mahdollisuuksia mm. vanhusten hoitoon ja voi auttaa keventämään työtä. Uhkakuvana nähdään ihmistyön korvaaminen teknologialla (esim. roboteilla). Osa palveluista siirtyy sähköisiin verkkoihin.

Väestön ikääntyminen näkyy erityisesti vanhimman ikäluokan kasvuna. Monipuolisten, tasokkaiden palvelujen tuottaminen kääntyneille edellyttää lisää resursseja. Erityisesti kotisairaanhoidon ja kotihoidon palveluja tarvitaan lisää. Julkisen sektorin roolin muutos liittyy yksityisen ja kolmannen sektorin lisääntyvänä mukaan tulona palvelujen tuottamiseen. Tästä seuraa tarpeita sovittaa palveluita yhteen.

Työn verkostoituminen tulee esiin kaikissa hankkeen osatutkimuksissa, niin myös tässä. Verkostoituminen on välttämätöntä palvelujen turvaamiseksi. Se ilmenee käytännössä lisääntyvänä yhteistyönä ja asiantuntijuuden ja hoitovastuiden jakamisena. Vastaajat ovat huolissa väestön hyvinvoinnin epätasaisesta jakaantumisesta ja siitä, että huonompiosaiset ja raskashoitaiset potilaat ovat terveyskeskusten vastuulla.

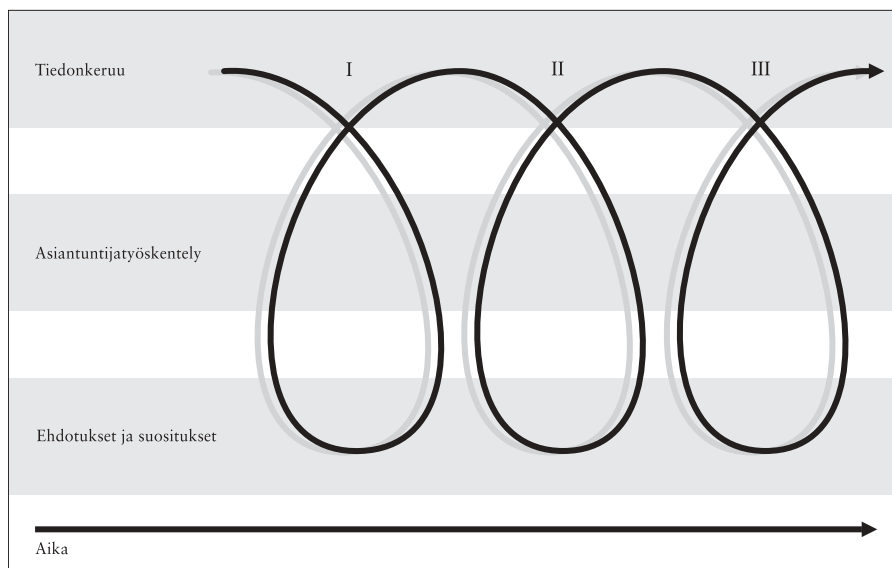
Tietokannan käytettävyys

Alueellisen tietokannan kerääminen terveydenhuollon tulevaisuuden ennakoinnin perustietojen keräämiseksi oli yksi hankkeen innovaatioista. Tietokannan valmisteluun lähdettiin siitä syystä, että terveyskeskusten talous- ja toimintasuunnitelmat perustuivat puutteellisiin tietoihin väestöstä ja väestön terveyspalvelujen tarpeeseen vaikuttavista paikallisista tai yleisemmistäkin tekijöistä. Lisäksi haluttiin tiedosto, jossa on määritelty alueen terveydenhuollon palvelurakenne sekä hoitohenkilökunta ja henkilökunnan muutos tulevaisuudessa. Tietokanta toteutettiin sähköisen kyselylomakkeen muodossa.

Tietokantakyselyyn saatiin tiedot vain muutamalta vastaajalta. Vastanneet eivät pitäneet tietojen syöttämistä lomakkeeseen vaikeana, joten vastaamattomuuteen on muita syitä. Ongelmallisimpana pidettiin väestön ikärakennetta koskevaa kysymystä, mutta siihenkin oli vastattu. On perusteltua, että terveyspalveluja suunniteltaessa käytetään nykyistä hienojakoisempaa väestön ikärakennetta, koska eri ikäiset aikuiset hakevat todennäköisesti eri palveluja terveydenhuollossa. Olisi tarkoituksenmukaista, että esimerkiksi SOTKA -tietokantaan tehdään tällaiset muutokset. Tietokantakyselyä ei pidetty terveyskeskuksissa johtoryhmän yhteisenä asiana, siihen vastaaminen jäi yksin johtavien hoitajien vastuulle. Alueellisen tietokannan kehittämistä on syytä jatkaa. Samoin on syytä harkita, kenen vastuulle tietokannan ylläpitäminen kuuluu. Sen ylläpitäminen ei ole koulutusorganisaatioiden tehtävä, vaan se voisi mieluummin olla sairaanhoitopiirin tai lääninhalituksen tehtävä.

Ehdotus alueelliseksi ennakointimalliksi

Ennakointi nähdään hankkeessa työelämän, kouluttajien ja muiden asianosaistahojen yhteisenä työskentelyprosessina, joka antaa perustaa ja suunnan nyt tehtäville päätöksille. Se on mahdollisten ja vaihtoehtoisten tulevaisuuksien rakentamista täsmällisen tiedonkeruun ja asioiden perusteellisen pohdinnan tuloksena (vrt. Luukkainen 2000; Moisainen ym. 1999; myös Maljojoki 2002.) Ehdotettavan alueellisen, laadullisen ennakointimallin (kuvio 5) osat ovat (1) ennakoinnin tiedonlähteet ja ennakointitietojen kerääminen, (2) asiantuntijaverkoston (laaja asiantuntijapaneeli ja koordinoiva asiantuntijaryhmä) luominen ja työskentely, sekä (3) näiden tuloksena tehtävät ehdotukset ja suositukset.



Kuvio 5. Alueellisen, laadullisen ennakointitoiminnan kokonaisuus.

Ennakoinnin tiedonlähteet ja ennakointitietojen kerääminen

Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakkoinnin tiedonlähteinä käytetään ennakointia ohjaavia ajankohtaisia asiakirjoja ja tutkimuksia, taustatietoja sekä asiantuntijoiden näkemyksiä tulevaisuudesta. Kerätyt tiedot käytetään laadittaessa alueen hoitotyön visiota ja strategioita sekä kehitettäessä koulutusta.

Ennakointia ohjaavat asiakirjat ja tutkimukset

Ennakointia ohjaavat asiakirjat jakaantuvat kahteen ryhmään, 1) yleisiä työvoimatarpeita, terveydenhuollon ammatinharjoittamista, hoitotyön ammattihenkilöstöä ja koulutusta määrittäviin asiakirjoihin ja tutkimuksiin sekä 2) terveydenhuollon palveluja ja suunnittelua ohjaaviin asiakirjoihin ja tutkimuksiin. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa ohjaavat laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994; A 564/1994). Sairaanhoitaja, terveydenhoitaja ja kättilö ovat laillistettuja ammattihenkilöitä, joiden työn tekeminen edellyttää säädetyn koulutuksen ja rekisteröinnin. Sairaanhoitajan ja kättilön koulutusta säädelään lisäksi Euroopan Yhteisöjen direktiiveillä. Ammattikorkeakouluopinnoista, tutkinnoista ja opetuksen järjestämisestä säädetään lailla (L 255/1995). Asetuksella (A256/1995) ammattikorkeakouluopinnoista määrätään tutkintonimikkeistä ja tutkintojen, opintojen ja opetuksen perusteista, kuten opintojen rakenteesta ja laajuuksista. Lähihoitaja on nimikesuojattu tutkinto ja koulutusta määritellään valtakunnallisilla opetussuunnitelman perusteilla (Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinnon opetussuunnitelman valtakunnalliset perusteet 1993).

Tiedonkeruun pohjana käytetään lisäksi muita ajankohtaisia ammatinharjoittamista koskevia määräyksiä ja selvityksiä (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2001; Terveydenhuollon ammattiharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia 2000; Terveydenhuollon ammattiharjoittamisoikeuden edellyttämät koulutukselliset vaatimukset 1994). Ajankohtaisina selvityksinä työvoimatarpeista tulevaisuudessa on käytettävissä tutkimuksia, kuten Ammatillinen koulutus 2010 sekä Työllisyys ja hyvinvointi uuden vuosituhannen alkaessa.

Tutkimuksia hoitotyössä tarvittavasta osaamisesta on useita ja uusia valmistuu vuosittain. Pilottitutkimuksessa käytettiin tulevaisuudessa tarvittavaa osaamista koskevia tutkimuksia. Tiedonhankinnan taust-

ta-ajatteluna on käytetty Kuusen (1996), Metsämuurosen (1998), Peltarin (1997) ja Vääntisen (1996) tuloksia. Kuusen tutkimuksen avain- taidot sisällytettiin terveydenhuollon johtajille ja esimiehille suunnattuun kyselyyn, muita tutkimuksia käytettiin asiantuntijatiedon keräämisessä taustatietona.

Terveydenhuollon palveluja ohjaavat mm. laki ja asetus potilaan asemasta ja oikeuksista terveydenhuollossa, erikoissairaanhoidolaki, kansanterveyslaki ja -asetus, mielenterveyslaki ja -asetus sekä laki ja asetus yksityisestä terveydenhuollosta. Palvelujen suunnittelua ohja- taan myös kuntien toimintaa koskevalla lainsäädännöllä, joista keskei- nen on kuntalaki. Terveydenhuollon valtakunnallista ohjausta on vä- hennetty 1990 -luvulla, mutta edelleen palveluista ja palvelujen järjes- tämisestä on normeja, ohjeita ja suosituksia.

Ajankohtaisia terveyspalvelujen kehittämistä linjaavia asiakirjoja ovat Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2010 ja Terveys 2015 - kansanterveysohjelma. Ajankohtaisia selvityksiä ovat lisäksi kunta-alan tulevaisuusbarometrin tulokset (Kivelä & Mannermaa 1999), Suomi - skenaariot (Ruokanen & Nurmio 1995; myös Kaivo-Oja & Suvinen 2001; Mikkola 2001) sekä Kansallinen projekti terveydenhuollon tule- vaisuuden turvaamiseksi (STM 2002).

Ennakoinnin taustatietojen kerääminen ja tiedonkeruun toteuttaminen

Ennakoinnin taustatietojen keräämiseksi (vrt. deskriptiivinen tulevai- suustieto) muodostetaan **alueellinen tietokanta** (Markkanen 2002). Tietokantaan kerätään terveyskeskuksittain (tai kunnittain) tiedot alue- een väestömääristä ja väestön ikärakenteesta, väestön terveyspalvelujen tarpeeseen vaikuttavista tekijöistä, alueen perusterveydenhuollon pal- velujen rakenteesta ja palvelujen tuottajista, perusterveydenhuollon hoi- totyön ammattiryhmien koosta, rakenteesta ja näiden muutoksista sekä alueella vaikuttavista megatrendeistä ja niiden suunnista. (vrt. Kan- kaanpää 1998; Metsämuuronen 1998; Hildén 1999; Holopainen & Hakulinen 2000). Tiedot kerätään sähköisesti ja ne päivitetään vuosit- tain. Tiedonkeruun aikaperspektiivi on nykyhetkessä ja lähitulevaisuu- dessa (pilottihankkeessa vuosi 2005). Alueellinen tietokanta on tarkoi- tettu työvälineeksi, jota käyttäen voidaan jatkuvasti kerätä ja pitää yllä perustietoja alueen terveydenhuollosta ja terveydenhuollon tulevai- suuteen vaikuttavista tekijöistä terveydenhuollon organisaatioiden

oman suunnittelun pohjaksi. Megatrendit ja niiden suunnat edustavat skenaarioparadigman mukaista ajattelua edustaen vastaajien näkemystä tulevasta. Megatrenditietojen tarkastelua tarvitaan lähinnä siinä mielessä, että alueen tulevaisuus on kytkettävä myös valtakunnallisiin muutossuuntiin.

Osana taustatietoja selvitetään alueen oppilaitoksista hoitotyön koulutusohjelmista **valmistuneiden työhön sijoittuminen**. Työhön sijoittumiskyselyn tarkoituksena on saada tietoa valmistuneiden sijoittumisesta työelämään ja koulutustaan vastaavaan työhön, millaisissa tehtävissä valmistuneet työskentelevät sekä missä määrin he sijoittuvat lähialueille ja missä määrin kauemmaksi. Vuosittain tehtävä tiedonkeruu antaa kuvan myös ammatillisesta liikkuvuudesta ja mahdollisesti muuttuvista rekrytointikäytännöistä. (vrt. Kankaanpää 1998; Moisseinen ym. 1999.)

Asiantuntijoiden näkemyksiä koskeva tiedonkeruu

Asiantuntijoiden (luettelo terveydenhuollon ennakoinnissa keskeisistä asiantuntijaryhmistä esitetään kuviossa 6) näkemykset tulevaisuuden yhteiskunnasta, terveydenhuollon palvelujärjestelmästä, hoitotyöstä, hoitotyön tekijöistä sekä hoitotyössä tarvittavasta osaamisesta muodostavat keskipitkän aikavälin ennakointitiedon. Käyttökelpoisia tiedonkeruutapoja ovat esimerkiksi eläytymispäivät ja sähköisissä verkostoissa toteutettava keskustelu. Molemmat voidaan toteuttaa toimintakonteksteittain. Asiantuntijoita hankittaessa on kiinnitettävä huomiota siihen, että mukaan tulee riittävästi muitakin kuin hoitotyön asiantuntijoita. Ellei näin tapahdu, kannattaa harkita kyselyä täydentämään laadullista tiedonhankintaa. HOKE-hankkeessa kysely terveydenhuollon johtajille ja esimiehille tuotti tietoa, jota ei muulla tiedonkeruulla saatu.

Asiantuntijoiden näkemyksiä koskeva tiedonhankinta voidaan kytkeä opettajien työelämäyhteistyöhön. Opettajat voivat hankkia tulevaisuuden työtä ja työssä tarvittavaa osaamista koskevat näkemykset. Työskentelyn etuna on, että opettajalla on jatkuvasti viimeinen tieto työelämän tarpeista, ja sitä voidaan käyttää opetuksen suunnittelussa hyväksi (vrt. Alatalo ym. 2000). Tämä auttaa myös kouluttajien ja työelämän yhdessä oppimista (vrt. Lyytinen 2002). Opiskelijoiden opinäytetyöt ovat myös keino hankkia ennakointitietoa.

Ennakkoinnin asiantuntijaverkoston muodostaminen ja toiminta

Hoitotyön asiantuntijatahot ja ennakkoinnin asiantuntijaverkoston muodostaminen

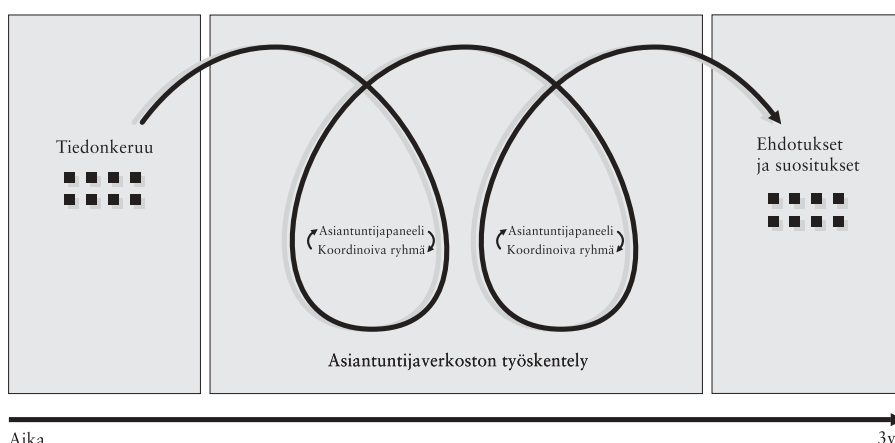
Alueen ennakkoinnin asiantuntijaverkoston muodostavat asiantuntijapaneeli ja koordinoiva ryhmä. Ydinkysymykseksi nousee asiantuntijoiden löytäminen. Asiantuntijaverkostossa toimivan henkilön on täytettävä asiantuntijan kriteerit (ks. Kaivo-oja & Kuusi 1997), mutta hänen roolinsa toimijana on kaksisuuntainen. Hän on asiantuntijapaneelissa määrittelemässä alueen visiota ja strategioita, mutta hänen tulee huolehtia myös siitä, että hänen taustaorganisaationsa tai -ryhmänsä työskentelee tavoitteiden edistämiseksi. Asiantuntijaverkoston työ voidaan käynnistää ammattikorkeakoulun toimesta siten, että pyydetään kiinnostuneita asiantuntijatahoihin kuuluvia ilmoittautumaan. Tämän jälkeen tarkistetaan verkoston alueellinen ja ammatillinen edustavuus sekä täydennetään ryhmää tarvittaessa. Kuviossa 6 on ehdotus niistä asiantuntijatahoista, joita voidaan pitää asianosaisina hoitotyön ennakkoinnissa, asiantuntijaverkosto muodostetaan näistä ryhmistä.

TERVEYDENHUOLLON ENNAKONNIN ASIAANTUNTIJATAHOT	
<p>Palvelujen käyttäjät</p> 	<p>Kuntapäätäjät</p> <ul style="list-style-type: none"> · kunnalliset luottamushenkilöt, valtuuston, hallituksen, sosiaali- ja terveyslautakunnan puhejohtajisto yms. · kuntien johtajat
<p>Terveydenhuollon ym. asiantuntijaryhmät (alueen terveydenhuollon yksiköissä, sairaaloissa, terveyskeskuksissa, yksityiset palvelujen tuottajien palveluksessa työskentelevät)</p> <ul style="list-style-type: none"> · hoitotyöntekijät · potilasta hoitavat muut asiantuntijaryhmät · hoitotyön johtajat ja esimiehet · muut terveydenhuollon johtajat ja esimiehet · kuntien sosiaali- ja terveysjohtajat 	<p>Muut alueelliset toimijatahot</p> <ul style="list-style-type: none"> · lääninhallitus · Keski-Suomen liitto · TE-keskus · työntekijäjärjestöt, Tehy, AKAVA, OAJ, Super, Sairaanhoidajaliitto, Terveydenhoitajaliitto, Kättilöliitto, Työterveyshoitajat
<p>Koulutuksen edustajat</p> <ul style="list-style-type: none"> · ammattikorkeakoulun opettajat ja johtajat · sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten opettajat ja johtajat · täydennyskoulutuksen/palvelutoiminnan johtajat ja henkilökunta · opiskelijat · yliopisto 	<p>Valtakunnan toimijatahot</p> <ul style="list-style-type: none"> · ministeriöt · OPM · Stakes · työministeriö · työntekijä- ja ammattijärjestöt

Kuvio 6. Terveydenhuollon ennakkoinnin asiantuntijatahot.

Asiantuntijaverkoston toiminta

Ehdotusten ja suositusten tekeminen alueen osaamis- ja koulutustarpeista on kaksiportaisen keskusteluprosessin tulos. Prosessin toimijoita ovat laaja alueellinen asiantuntijapaneeli ja koordinoiva asiantuntijaryhmä.



Kuvio 7. Asiantuntijaverkon toiminta ja toiminnan vaiheet.

Laaja asiantuntijapaneeli on alueen työelämän, kouluttajien ja muiden asianosaistahojen yhteistyöelin. Sen tehtävänä on käydä keskustelua alueen kehityssuunnista ja muutoksista, laatia tiedonkeruun ja omien näkemystensä pohjalta alueen hoitotyön ja sen koulutuksen tulevaisuuskuvat ja hahmotella strategioita valitun tulevaisuuskuvan saavuttamiseksi (vrt. Lyytinen 2002). Prosessissa haetaan yhteistä kuvaa alueen hoitotyöstä ja hoitotyössä tarvittavasta osaamisesta tarkastelujankohtana ja määritellään suuntaviivat toimista, joita tulevaisuuskuvan saavuttaminen edellyttää eri organisaatioissa. Asiantuntijapaneelin on edustettava kattavasti erilaisia alueen (ja valtakunnan) asianosaistahoja. Paneeliin osallistuvan täytyy pitää tulevaisuuden määrittelyä tärkeänä asiana ja hänellä täytyy olla sellainen asema edustamassaan asiantuntijatahossa, että hän on hyvin selvillä tulevaisuuden suunnista ja suunnitelmista, ja että hänellä on mahdollisuus edistää yhdessä sovittuja tavoitteita. Lisäksi hänen täytyy pystyä yhteistyöhön ja keskustelemaan vuorovaikutukseen monenlaisten ihmisten kanssa, ja hänellä pitää olla taidot ja mahdollisuudet käyttää sähköistä viestintää.

Laaja asiantuntijapaneeli valmistelee joka kolmas vuosi alueen hoitotyön koulutusta koskevan ehdotuksen osaksi ammattikorkeakoulun ja Opetusministeriön välistä tulos- ja tavoitesopimusta, mutta tarkistaa ehdotuksen vuosittain käytäviin neuvotteluihin. Ehdotus alueella tarvittavasta toisen asteen koulutuksesta ja työn osaamistarpeista välitetään alueellisten koulutusorganisaatioiden päätöksentekoon. Vuosiaikataulu on samankaltainen kuin ammattikorkeakouluissa eli päätösehdotukset tarvitaan alkuvuodesta ja päätökset tehdään loppukeväästä. Asiantuntijapaneeli voidaan tarvittaessa koota tuottamaan näkemystä ja perusteluja jostain erityisasiasta tai ajankohtaisesta kysymyksestä.

Koordinoiva asiantuntijaryhmä on "työrukkanen", joka pitää huolen siitä, että prosessi on liikkeellä, tiedot hankitaan ja viedään eteenpäin asianosaisille, ja että kannanotot saadaan aikataulussa. Ryhmän puheenjohtaja/vetäjä on keskeinen henkilö (ks. Luukkainen 2000). Hänen tulee olla alaa ja/tai ennakointia hyvin hallitseva henkilö, jolla on myös auktoriteettia linjata asioita ja saada ihmiset työskentelemään yhteisen tavoitteen edistämiseksi. Ryhmä viimeistelee tulevaisuuskuvan ja strategiat ja tekee alustavan ehdotuksen alueen osaamis- ja koulutustarpeesta, minkä toimittaa uudelleen laajan asiantuntijapaneelin keskusteluun. Koordinoiva asiantuntijaryhmä viimeistelee alueen ehdotuksen koulutustarpeesta tarkasteluvuonna. Opetusministeriön päätös koulutuksesta ja toiminnasta on osa seuraavan tarkastelukierroksen tietoa. Osa tiedonkeruun ja keskusteluprosessin tuloksena hankitusta tiedosta on sellaista, mitä ei ole tarpeen raportoida aluetta kauemmaksi, vaan otetaan huomioon perustutkintojen opetussuunnitelmissa, täydennyskoulutuksen suunnittelussa tai työelämän kehittämisessä.

Ennakointityö kytketään ammattikorkeakoulun ja Opetusministeriön välisen talous- ja toimintasopimuksen aikatauluun. Laaja tiedonkeruu tehdään joka kolmas vuosi ja ehdotus tarkistetaan vuosittain. Ammattikorkeakoulut valmistelevat toimintasuunnitelmansa opetusministeriölle syyslukukauden aikana, esitykset tehdään alkuvuodesta (tammi-kuu) ja sopimusneuvottelut käydään loppukeväästä. Seuraava sopimus tehdään vuosille 2004-2006. Tämä suunnittelu käynnistyy syksyllä 2002 ja asiantuntijapaneelin työ käynnistetään syyskuussa 2002 HOKE-hankkeen tiedonkeruun pohjalta.

Suunnittelun aikataulu (jatkuvana toimintana):

- Tammi-helmikuu: Koordinoiva työryhmä kokoontuu ja käynnistää toimintaprosessin. Ammattikorkeakoulussa käydään läpi ennakkointia ohjaavat viimeiset asiakirjat
- Maalis-huhtikuu: Kerätään asiantuntijoiden näkemykset ja tehdään niistä koosteet
- Kesäkuu: Laaja asiantuntijapaneeli kokoontuu ensimmäiseen tapaamiseen. Laaditaan alueen hoitotyön visio ja strategiset tavoitteet asiantuntijatietoa hyödyntäen sekä keskustellaan koulutusohjelmien alueellisista kehittämistarpeista.
- Loka-marraskuu: Päivitetään alueellinen tietokanta ja toteutetaan valmistuneiden työhönsijoittumiskyselyt
- Joulutammikuu: Koordinoiva työryhmä viimeistelee alueen hoitotyön vision ja suunnitelmat ammattikorkeakoulun TATU:un ja muuhun suunnitteluun.

Johtopäätökset ja ehdotukset

Hoitotyö, hoitotyöntekijät ja hoitotyössä tarvittava osaaminen tulevaisuudessa

Tulevaisuuden hoitotyötä ja hoitotyöntekijöitä kuvaavia piirteitä

- Hoitotyö muuttuu entistä vaativammaksi. Hoitotyöntekijöille siirtyy lisää vastuuta suunnitella, toteuttaa, arvioida ja kehittää työtä, erityisesti vanhusten, pitkäaikaisspotilaiden, päihde- ja mielenterveysongelmaisten hoitotyön sekä ensi-, teho- ja anestesiahoitotyön alueella.
- Potilasohjauksen ja -opetuksen vastuuta siirretään hoitotyöntekijöille. Hoitotyön roolin painottuminen mahdollistaa ennaltaehkäisevän työn kehittämisen.
- Teknologia helpottaa tai tehostaa hoitotyötä. Informaatioteknologiaa käytetään lisääntyvästi viestinnässä asiakkaiden kanssa ja työntekijöiden kesken. Internetissä tai muilla teknologiaa hyödyntävillä menetelmillä toteutettava potilasohjaus ja neuvonta sekä konsultointi ovat jokapäiväinen tapa tehdä työtä. Potilasta koskeva tiedonkulku organisaatioiden välillä nopeutuu ja muuttuu reaaliaikaiseksi. Hoitoteknologia kehittyy jatkuvasti ja luo uusia hoitomenetelmiä sekä asiakasryhmiä.
- Yksilövastuinen hoitotyö/omahoitajuus on käytössä oleva tavallinen toimintamalli. Sen lisäksi hoitotyö on yhteistyötä. Työtä tehdään moniammatillisissa ryhmissä ja asiakkaan läheisten kanssa.
- Lääketieteellistä hoitoa ja hoitotyötä suunnataan tutkitun tiedon ja vaikuttavuuden mukaan (näyttöön perustuva hoitotyö). Tutkitun tiedon löytämisestä ja haltuunotosta tulee kriittinen tekijä terveydenhuollon organisaatioiden toiminnassa.
- Asiakas- ja terveyslähtöisyys ovat keskeisiä arvoja. Hoitotyön laatu edellyttää sitoutumista näihin arvoihin.
- Asiakkaat edustavat monia eri kulttuureja, samoin terveydenhuollon työntekijät.

- Vaihtoehtoiset tutkitut hoitomuodot lisääntyvät.
- Ammattikoulutetusta henkilökunnasta on pulaa. Hoitotyötä tekevät myös omaiset, kouluttamattomat ja vapaaehtoiset. Omaiset vastaavat kotihoidosta. Kouluttamattomien määrän lisääntyminen lisää ammattikoulutettujen vastuuta ja muuttaa työtä suunnittelevan, ohjaavan, neuvovan ja konsultoivan työn suuntaan. Hoitotyötä tehdään enemmän kodeissa.
- Tulevaisuudessa hoitotyöntekijät voivat valita työpaikkansa. Työnantajan imago ratkaisee sen, kuka saa työntekijän. Työnantajat kilpailevat työntekijöistä lisäksi palkalla, työn kiinnostavuudella ja huolehtimalla henkilöstön hyvinvoinnista.

Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, kättilön ja lähihoitajan koulutuksessa huomioon otettavat yleiset osaamis- ja taitoalueet

- **Muutoksiin sopeutuminen ja oppimisvalmiudet.** Tähän liittyvät toiminnan visionäärinen suunnittelu sekä laadunarviointi ja laadunkehittäminen.
- **Kommunikointi-, viestintä- ja yhteistyötaidot.** Tämä liittyy asiantuntijatyön jatkuvaan erikoistumiseen, tieto ja työtoiminta muuttuvat niin nopeasti, että työntekijä voi hallita syvällisen asiantuntijuuden tasolla entistä suppeampaa aluetta. Työntekijän on hallittava taidot arvioida omaa vuorovaikutustaan, työskennellä tavoitteellisesti erilaisissa verkostoissa ja rakentaa niitä potilaan hoidon edistämiseksi. Tulevaisuudessa korostuvat taidot työskennellä myös vapaaehtoistyötä tekevien kanssa.
- **Taidot käyttää sähköisiä kommunikaatiovälineitä ja tietokoneita.** Tähän liittyvät mm. tiedonhaku, sähköinen konsultointi, ohjaus- ja neuvonta sekä niihin liittyvien toimintamallien ja sisältöjen kehittäminen.
- **Kliinisen hoitotyön taidot** ovat jatkuva hoitotyöntekijän taitoalue, jonka toimintatapoja on myös kehitettävä jatkuvasti. Kliinisen työn perustana ovat tiedot ihmisestä ja hänen elinympäristöstään sekä sairauksista ja niiden hoidosta. Kliinisen hoitotyön taidot kuuluvat lisäksi **käden taidot**, joiden avulla toteuttaa perushoitoa ja sairaanhoidollisia toimenpiteitä, **taidot käyttää hoitotyön prosessiajattelua** yksilövastuisena hoi-

tajana ja asiantuntijaryhmän jäsenenä, **taidot toimia asiakaslähtöisesti** sekä **eettinen osaaminen**. Kliinisessä hoitotyössä tarvitaan taitoja suunnitella hoitoa kokonaisvaltaisesti, mikä edellyttää ihmisen elämän laaja-alaista ymmärtämistä. Jatkuvasti kehittyvänä kliinisen hoitotyön taitona korostuu terveydenedistämistyö ja edellä mainitut taitoalueet osana sitä sen toteuttamisessa.

- **Ennaltaehkäisevän hoitotyön taidot** on hallittava kaikilla hoidon tasoilla, erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja yksityisessä terveydenhuollossa. Erityisesti ennaltaehkäisevän työn taidot korostuvat perusterveydenhuollossa. Tähän kuuluvat ihmisten **omatoimisen selviytymisen ja itsehoidon tukeminen, asiakaslähtöinen ohjaus ja opettaminen sekä elinympäristöjen hyvinvoinnin arvioiminen ja edistäminen**. Käytännössä tarvitaan taitoja analysoida yksilöiden, perheiden ja muiden ryhmien oppimistarpeita sekä taitoja suunnitella, toteuttaa, arvioida oppimistilanteita ja käyttää monipuolisia opetusmenetelmiä. Tulevaisuudessa on osattava tehdä myös opetus- ja neuvontamateriaalia sähköiseen käyttöön.

- **Vanhenevien ja ikääntyneiden hoitotyön taidot**. Vanhenevien ja ikääntyneiden hoitotyön osaamista tarvitaan kaikilla hoidon tasoilla ja erilaisissa hoitoympäristöissä, sekä akuutti- että pitkäaikaishoidossa. Ikääntyneiden hoitotyön kehittäminen edellyttää myös asennemuutosta kohdata ikääntyneitä sekä hoitaa heitä tarpeenmukaisesti sekä terveyslähtöisesti. Jokaisen hoitotyöntekijän on hallittava tiedot ikääntymisestä sekä ikääntyneiden sairauksista ja niiden hoidosta. Työntekijät tarvitsevat myös taitoja kehittää kotona tapahtuvan hoitotyön toimintamalleja.

- **Taidot etsiä tietoa** ja Näyttöön perustuva työ edellyttää taitoja etsiä tietoa, arvioida sitä kriittisesti ja käyttää hoitotyön päätöksenteossa.

- **Ammatillisen päätöksenteon taidot**. Itsenäisen asiantuntijavastuun lisääntyminen edellyttää taitoja tehdä päätöksiä itsenäisenä asiantuntijana ja moniammatillisen ryhmän hoitotyön asiantuntijana.

- **Itsensä kehittäminen ja omien vahvuuksien tunteminen**. Jokaisen on tunnettava oma osaamisensa ja omat vahvuutensa sekä kyettävä markkinoimaan niitä.

- **Kulttuurien tunteminen ja kielitaito.** Monikulttuurisessa yhteiskunnassa kulttuurien tunteminen on edellytys asiakaslähtöiselle toiminnalle. Kielitaitoa tarvitaan lisäksi tutkitun tiedon hankkimisessa ja verkostoituvassa asiantuntijuudessa.

Hoitotyön erityisosaamisen alueita

Hoitotyön erityisosaamisen (asiantuntijuuden) alueet voidaan jakaa kolmeen ryhmään: vaativa kliininen hoitotyö, terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy osana asiakkaan kokonaishoitoa ja vanhusten hoitotyö erilaisissa toimintaympäristöissä.

- **Kliinisen hoitotyön asiantuntijuusalueita** ovat esimerkiksi tavallisimpia kansantauteja sairastavien hoitotyö (esim. diabetesta, metabolista oireyhtymää, nivelreumaa, verenpainetauti ja sydämen vajaatoimintaa sairastavan hoitotyö), aikuisten mielenterveystyö (esim. masennuspotilaat), lasten mielenterveystyö (esim. akuuttipsykiatria), syöpäpotilaan hoitotyö, kivunhoito ja akuuttihoitotyö. Työhön kuuluu näiden potilaiden hoitotyön asiantuntijana ja asiantuntijaverkostoissa työskenteleminen.

- **Terveydenedistämistyössä** uutta osaamista tarvitaan asuin- ja elinympäristöjen terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen. Samoin tehostamista tarvitaan asiakaslähtöisen terveydenedistämistyön ja perhehoitotyön osaamiseen sekä kansansairauksien ehkäisemistyöhön. Terveydenedistämistyössä kehittämistä ja uutta osaamista vaativat ehkäisevä mielenterveys- ja päihdehoitotyö erityisesti perusterveydenhuollossa.

- **Vanhusten hoitotyön** osaamista tarvitaan kaikilla toiminnan tasoilla. Erityisosaamista on lisääntyvä sairaanhoidollinen osaaminen, taidot suunnitella ja toteuttaa hoitotyötä kokonaisvaltaisesti ja asiakaslähtöisesti unohtamatta hoivatyön merkitystä kuoleman lähestyessä. Dementoituvien hoitotyö on yksi tulevaisuuden erityisosaamisalueista. Työ on luonteeltaan asiantuntijatyötä ja moniammatillista työtä.

Muut ehdotukset

Alueiden, kuntien ja terveyskeskusten suunnittelu visioivaksi ja strategioita tuottavaksi ennakoinniksi

Alueellisen laadullisen ennakoititiedon hankkiminen perustuu työelämän ja koulutusorganisaatioiden yhteistyöhön. Lähtökohta on, että alueelta kerätään taustatietoja ja asiantuntijoiden näkemyksiä tulevaisuudesta. Erilaisten intressitahojen yhteistyönä tiedonkeruuta hyödyntäen tuotetaan alueen hoitotyön (terveydenhuollon) tulevaisuuskuva (visio), jonka pohjalta määritellään henkilöstötarpeet ja henkilöstöltä edellytettävä osaaminen. Hankittua tietoa käytetään koulutusten ja opetussuunnitelmien kehittämisessä paikallisesti ja alueellisesti. Lisäksi hankittu tieto ja tulevaisuuskuva ohjaavat Opetusministeriön ja Ammattikorkeakoulun välisen talous- ja toimintasopimukseen laadintaa sekä toisen asteen ammatillisen koulutuksen suunnittelua osana alueellista toimintamallia.

Tulevaisuuden muutoksista ei tällä hetkellä saada kovinkaan selkeää kuvaa nykyisistä asiakirjoista. Terveyskeskusten ja muiden terveydenhuollon organisaatioiden toiminnan suunnittelu ei perustu määritelyyn analyysiin alueen väestökehityksestä, väestön terveyden muutoksista ja palvelutarpeista tai toimintaympäristön muutoksista. Muutoksia kuvataan esim. talous- ja toimintasuunnitelmissa, mutta niiden edellyttämiä strategisia toimia ei suunnitella systemaattisesti. Vaikuttaa siltä, että suunnittelu on talouteen perustuvaa. Suunnittelusta tulee myös sellainen kuva, että peruskunnat eivät ota kovinkaan paljon kantaa terveydenhuollon toimintaan, mikäli se on kuntayhtymän hallinnoimaa.

Alueellinen ja laadullinen ennakointi edellyttää realististen tavoitteiden asettamista ja strategiaprosessin läpikäymistä. Alueellinen ennakoitintalli on kouluttajien ja työelämän yhteinen kehittämistehtävä, jonka työstämisessä ammattikorkeakoulu voi perustehtävänsä mukaisesti olla vastuullinen toimija sekä tiedon ja intressitahojen kokoaja yhteistyössä esimerkiksi yhteistyössä sairaanhoitopiirin, lääninhallituksen, maakuntaliiton ja muiden alueellisten toimijoiden kanssa.

Johtajille ja esimiehille yhtenäinen kuva terveydenhuollon tulevaisuudesta ja strategioista

Erilaisen koulutustaustan omaavilla terveydenhuollon johtajilla ja esimiehillä ei ole yhteistä kuvaa tulevaisuudesta. Erityisesti lääketieteellisen koulutustausta ja hoitotyön koulutustaustan omaavat johtajat ja esimiehet määrittelevät toisistaan poikkeavalla tavalla terveydenhuollon perustehtävän ja hoitotyöntekijöiltä edellytettävän osaamisen. Tavoitteellinen toiminta ei ole mahdollista ilman yhteistä kuvaa tulevaisuudesta ja strategioita, joista henkilöstö ja henkilöstön kehittäminen ovat keskeisiä terveydenhuollon palvelujen toteuttamisen kannalta.

Tietoteknistä osaamista on parannettava terveydenhuollossa

Suomella on virallinen ohjelma tietoyhteiskuntakehittämisestä (Elämänlaatu, osaaminen ja kilpailukyky 1998) ja Kansallisen terveysprojektin ehdotuksissa (Työryhmämuistioita 2002:3 ja tähän liittyvä valtioneuvoston päätös) korostuu sähköisten tietojärjestelmien käyttö. Yksi tämän hankkeen tavoitteista oli sähköisten tiedonhankintamenetelmien kehittäminen. Hankkeen tiedonkeruu osoitti, että tietoteknisessä osaamisessa ja käyttömahdollisuuksissa on edelleen suuria työpaikka- ja yksilökohtaisia eroja. Esimerkiksi kaikissa organisaatioissa esimiestason työntekijät eivät käytä tietokonetta jokapäiväisenä työvälineenään, eikä kaikissa organisaatioissa ole hoitotyötä tekevillä käytössä tietokonetta. Suurin syyryhmä sähköiseen kyselyyn vastaamisen esteissä terveydenhuollon johtajilla ja esimiehillä liittyi tietokoneen käyttötaitoihin, käyttömahdollisuuksiin ja tietoteknisen tuen puutteisiin.

Muut kehittämistarpeet

Hankkeen tiedonkeruun perusteella ehdotetaan, että **valtakunnallisessa väestötietojen keruujärjestelmässä** (esim. SOTKA -tietokanta) ikäryhmä 15 - 64 -vuotiaat jaotellaan 10 -vuotisryhmiin tai ainakin nykyistä hienojakoisempiin ryhmiin, koska nuoret aikuiset, keski-ikäiset ja lähellä eläkeikää olevat hakevat erilaisia palveluja.

Mikäli valtakunnallisesti kerätään tietoja **valmistuneiden työhön sijoittumisesta**, hoitotyön koulutuksen näkökulmasta kyselyn pohjana on mielekästä käyttää suuntautumisvaihtoehtoa, ei koulutusohjelmaa. Alueellista (ja valtakunnallistakin) koulutussuunnittelua ajatellen on tär-

keää tietää erikseen sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kätilöiden työllistyminen, ja myös mihin tehtäviin he ovat työllistyneet. Jos suurin osa terveydenhoitajista ja kätilöistä työllistyy sairaanhoitajan tehtäviin, ja terveydenhoitaja- ja kätilötyössä ei ole henkilöstöpulaa, koulutustarpeen suunnittelu on ollut virheellinen.

HOKE-hanke ympäröivän yhteiskunnan muutoksessa, tämä hetki on erilainen, kuin se, jona hanke aloitettiin

HOKE-hanke saatetaan loppuun ajankohtana, jona on julkaistu kansallisen terveysprojektin tulokset ja ehdotukset. Sen tuloksena terveydenhuollon toimintaympäristöä, toiminnan tavoitteita ja henkilöstön työnjakoa uudistetaan lähivuosina. Uudistustyö käynnistyy alueellisenä toimintana tämän vuoden aikana. HOKE-hankkeen tulokset ovat monissa kohdin saman suuntaisia terveysprojektin ehdotusten kanssa, ja terveysprojekti osaltaan tukee sitä kehittämis- ja ennakoititoimintaa, mitä tämän hankkeenkin tuloksena esitetään.

Osaamis- ja koulutustarpeiden ennakointiin ollaan kehittämässä uusia toimintatapoja ja välineitä valtakunnalliseen ja alueelliseen toimintaan. Tämä hanke on tuottanut laadullisen osaamis- ja koulutustarpeiden ennakointimallin, jota voidaan käyttää täydentämään erilaisten laskennallisten ennakointimallien tuottamaa kuvaa alueellisesta koulutustarpeesta.

Lähteet

Alatalo, R., Holopainen, K., Korkeamäki, H., Montén, S., Ojala, S., Passoja, S., Rimpioja, T. & Surakka, I. 2000. Ammatillisen koulutuksen määrällisen ja laadullisen koulutustarpeen kartoittaminen Helsingin seudulla. Rauma: Lai-net Oy.

Aluebarometri 2/2000. Helsinki: Tilastokeskus.

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Opetusministeriö.

Asetus 256/1995. Asetus ammattikorkeakouluopinnoista.

Autio, V., Hanhijoki, I., Katajisto, J., Kimari, M., Koski, L., Lehtinen, J., Montén, S., Taipale, U. & Vasara, A. 1999. Ammatillinen koulutus 2010. Työvoiman tarve vuonna 2010 ja ammatillisen koulutuksen mitoitus. Helsinki: Opetushallitus.

Ellström, P-E. 1992. Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv. Stockholm: Publica, CE Fritzens Ab.

Elämänlaatu, osaaminen ja kilpailukyky. 1998. Tietoyhteiskunnan strategisen kehittämisen lähtökohdat ja päämäärät. SITRA 206.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C 13. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Eteläpelto, A. 1992. Tulevaisuuden asiantuntijuuden kehittämiseen. Teoksessa Ekola, J. (toim.) Johdatusta ammattikorkeakoulupedagogiikkaan. Juva: WSOY. 25-26

Eteläpelto, A. 1997. Asiantuntijuuden muuttuvat määritykset. Teoksessa Kirjonen, J., Remes, P. & Eteläpelto, A. (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino, 86-102.

Evers, F. T., Rush, J. C., & Berdrow, I. 1998. *The Bases of Competence. Skills for Lifelong Learning and Employability.* California: Jossey-Bass Inc., Publishers.

Hakuli, M. 2001. Osaamistarpeiden ennakointi Oulun Eteläisessä. Teoksessa Stenvall, K. (toim). *Kokemuksia ammatillisen koulutuksen ennakoinnista.* Helsinki: Suomen kuntaliitto, 40-48.

Hiironen, K. & Tarnanen, L. 2001. Kätilö synnyttäjän hoitajana - kätilöiden ajatuksia kätilön tarvitsemista tieto- ja taitoalueista synnyttäjän hoidossa nyt ja tulevaisuudessa. *Opinnäytetyö.* Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala.

Hildén, R. 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 706.

Holopainen, A. & Hakulinen T. 2000. Sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan lisää työvoimaa. Työvoiman määrällinen ennakointi Pohjois-Karjalan maakunnassa. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.

<http://www.keskisuomi.fi/tilastot/vaestoennusteomav2000-2030.htm>

<http://www.sitra.fi/tietoyhteiskunta/suomi/st21/sitra2062b.htm>

Hätönen, H. 1998. *Osaava henkilöstö - nyt ja tulevaisuudessa.* Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Kaivo-oja, J. & Kuusi, O. 1997. Delfoi-menetelmän käyttö ennakointitoiminnassa. *Futura* 1/97, 16-23.

Kaivo-Oja, J. & Kuusi, O. 1999. Arvioita ja analyyskejä tietoyhteiskunnan työmarkkinoiden kehityspiirteistä Suomessa. *ESR -julkaisut* 42/99. Helsinki: Oy Edita Ab.

Kaivo-Oja, J. & Suvinen, N. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuudennäkymät vuoteen 2030. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2002. Hoitotyön tulevaisuus.* Helsinki: Tammi, 9-45.

Lähteet

Kankaanpää, A. 1998. Työelämän osaamistarpeiden ennakoinnista. Ennakointimallin rakentaminen. Tulevaisuuden osaamistarpeiden laadullinen ennakointi (OSENNA), Väliraportti, Osa II. Helsinki: Opetushallitus.

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. STM. Työryhmämuistioita 2002:3.

Kivelä, S. & Mannermaa, M. 1999. Kuntien tulevaisuus. Kunta-alan tulevaisuusbarometri 1999. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Kuntaliitto. 2000. <http://www.kuntaliitto.fi/tilastot/venn2030.htm>. 1.12.2000

Kuusi, O. 1996. Tulevaisuuden avaintaidot. Futura 4/96, 80-96.

Laki 255/1995. Laki ammattikorkeakouluopinnoista.

Lehtinen, J. 1997. Ammatillisen koulutuksen tarpeen ennakointi - kirjallisuuskatsaus. Opetushallitus. Moniste 8. Helsinki: Oy Edita Ab.

Luukkainen, O. 2000. Opettaja vuonna 2010. Opettajien perus- ja täydennyskoulutuksen ennakoitihankkeen (PRO) selvitys 15. Loppuraportti. Helsinki: Opetushallitus.

Lyytinen, H. K. 2002. Ammattikorkeakoulut oppivien alueiden kehittäjänä. Toistaiseksi julkaisematon artikkeli.

Länsi-Suomen läänin väestön sairastavuuden analyysi. Kunta- ja maakuntakohtainen tarkastelu 1997. Sosiaali- ja terveystieteiden osasto. Länsi-Suomen lääninhallituksen julkaisu nro 1, 2000.

Maljojoki, P. 2002. Ammattikorkeakoulut ja alueelliset innovaatiojärjestelmät. Taoksessa Liljander J-P (toim.) Omalla tiellä. Ammattikorkeakoulut kymmenen vuotta. Helsinki: Edita, 215-234.

Mannermaa, M. 1996. Asiantuntijamenetelmät jääneet tulevaisuudentutkimukseen. Futura 4/96, 17-25.

Mannermaa, M. 1999. Tulevaisuuden hallinta - skenaariot strategia-työskentelyssä. Helsinki: WSOY.

Markkanen, K. 2002. HOKE-luotain. Tietokantasovellus ja sen hyödyntäminen projektin tiedonkeruussa tietoverkon avulla. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tekniikka ja liikenne.

Matikainen, J. 2001. Vuorovaikutus verkossa – Verkkopohjaiset oppimisympäristöt vuorovaikutuksen näyttämöinä, Helsinki: Yliopistopaino, Palmenia kustannus.

Meristö, T. 1993. Skenaariotyöskentely strategisessa johtamisessa. Teoksessa Vapaavuori, M. (toim.) Miten tutkimme tulevaisuutta? Painatuskeskus, 215-221.

Metsämuuronen, J. 1998. Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? ESR -julkaisu 39/98. Helsinki: Oy Edita Ab.

Mikkola, T. 2001. Tulevaisuuden sairaustaakka. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2002. Helsinki: Tammi.

Miten tutkimme tulevaisuutta? 1993. Vapaavuori, M. (toim.) Helsinki: Painatuskeskus.

Moisseinen, E., Pirilä, I., Lehikoinen, M. & Järvenpää, M. 1999. Visioiden mosaiikit – ESR-ennakoinnin arviointi. ESR -julkaisu 67/00. Helsinki: Oy Edita Ab.

Mäkelä, T., Nikkanen, R. 2001. Keski-Suomen hyvinvointitoimijat. Toistaiseksi julkaisematon artikkeli.

Pelttari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kva-
lifaatiovaatimukset. Stakes. Tutkimuksia 80. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pirttilä, I. 1997. Teoria, markkina-analyysi ja futurologinen silmä eksperttiyden ehtona. Teoksessa Kirjonen, J., Remes, P. & Eteläpelto, A. (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino, 73-82.

Lähteet

Ritsilä, J. Alueellisen osaamistarve-ennakoinnin kolme ulottuvuutta. ESR -julkaisu 23/98. Helsinki: Oy Edita Ab.

Ruokanen, T. & Nurmio, A. 1995. Suomi ja mahdolliset maailmat. SIT-RAN julkaisu nro 146. Juva: WSOY.

Räisänen, A. 1998. Hallitaanko ammatti? Pätevyyden määrittelyä arvioinnin perustaksi. Helsinki: Opetushallitus.

Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön monisteita 2000:15. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Senge, P. M. 1990. The Fifth Discipline. The Art & Practice of The Learning Organization. Kent: Mackays of Chatham PLC.

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon opetussuunnitelman valtakunnalliset perusteet. 1993. Helsinki: Opetushallitus.

Sosiaali- ja terveyspalvelut osana Jyväskylän kaupungin hyvinvointipolitiikkaa. Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen julkaisuja 3/2000.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. 2001. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2001:3.

Stenvall, K. 2001. Ammatillisen koulutuksen ennakointi ja ennakoinnin tekijät. Teoksessa Stenvall, K. (toim). Kokemuksia ammatillisen koulutuksen ennakoinnista. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Storhammar, E. ja Ritsilä, J. 1999. Pk-yritysten osaamistarpeiden alueellisen ennakoinnin osat ja kokonaisuus. ESR -julkaisu 53/99. Helsinki: Oy Edita Ab.

Taalas, M. 1995. Ammattitutkinto ammattitaidon näyttönä. Ammatillisten aikuistutkintojen kehittäminen. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisusarja A. Tutkimuksia 62.

Terveydenhuollon ammattienharjoittamisoikeuden edellyttämät koulutukselliset vaatimukset. 1994. Helsinki: Opetushallitus.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.

Turtiainen, J. 1999. Ennakointi - käsitteellistä analyysiä. Futura 2/99, 25-31.

Työllisyys ja hyvinvointi uuden vuosituhannen alkaessa. Työvoima 2017. Loppuraportti. 1999. Helsinki: Työministeriö.

Visanti, M-L. 1999. Tulevaisuuden osaamistarpeiden laadullinen ennakointi OSENNA. Helsinki: Opetushallitus.

Vuorenmaa, M. & Räisänen, A. 1997. Lähihoitajat työelämään. Lähihoitajakoulutuksen käynnistysvaiheen arviointia. Helsinki: Opetushallitus.

Vänttinen, T. 1996. Kätilö synnyttäjän ja hänen perheensä hoitajana - tulevaisuusorientoitunut delfitutkimus kätilön kvalifikaatioista muuttuvassa toimintaympäristössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Licensiaattitutkimus.

Liitteet

Liitteet

Liite 1. Eläytymispäivien esseiden aiheet.

Esseiden aiheet olivat

1. Määrittele terveydenhuollon yleiset kehitysnäkymät Suomessa vuoteen 2010. Mitkä ovat keskeiset erot nykyhetken ja vuoden 2010 välillä?
2. Kuvittele työpäivääsi vuonna 2010. Keitä hoidat, millaisessa työpaikassa, miten hoito on järjestetty, ketkä muut hoitavat tätä ihmistä tai näitä ihmisiä? Kuvaile tekemääsi hoitotyötä, millaista osaamista tarvitset hoitotyön tekemisessä, mitä uutta osaamista tarvitset tässä työssä, mikä nykyisin työssä tarvitsemasi osaaminen ei ole enää tarpeellista.
3.
 - a. (hoitotyöntekijät) Mitä osaamista nämä vaativat ammattikunnaltani?
 - b. (muut asiantuntijat) Miten tämä muuttaa oman ammattikuntani ja hoitotyöntekijän välistä työnjakoa tai yhteistyötä?

Liite 2. Eläytymispäivien esseevastausten pohjalta muotoillut väittämät ja niiden saamat arvot.

	ka nyt	ka tuleva	erotus
1 Ihmiset ovat eriarvoisia yhteiskunnassa	4,85	5,41	0,6
2 Ihmisillä on erilaiset mahdollisuudet hankkia tai saada terveystalvveluja	4,90	5,24	0,3
3 Maalla ei saa yhtä hyviä palveluja kuin kaupungeissa	4,34	4,83	0,5
4 Koulutus lisää mahdollisuuksia hankkia terveystalvveluja	4,93	5,07	0,1
5 Hyvää hoitoa saavat vain ne, joilla on varaa maksaa palveluista	3,41	4,78	1,4
6 Väestö on jakaantunut A- ja B- kansalaisiin ja syrjäytyneisiin	4,22	5,22	1,0
7 Syrjäytyneet jäävät ilman hoitoa	3,49	4,44	1,0
8 Sairaalat ja hoitopaikat jakaantuvat kalliisiin hyvätasoisiin yksityisiin ja huonompiin kunnallisiin	3,20	4,71	1,5
9 Hoidon priorisointi on välttämätöntä, kaikille ei ole varaa antaa kaikkea	3,76	4,63	0,9
10 Maksuttomia terveystalvveluja tarjotaan kaikille	3,56	2,44	-1,1
11 Kunnallistalvveluissa eletään yli varojen, mikä johtaa terveydenhuollon yksityistämiseen	3,73	4,43	0,7
12 Kaikkia ei voida hoitaa, koska resursseja on rajallisesti	3,61	4,71	1,1
13 Kaikkia ei voida hoitaa, koska hoito on kallista	3,20	4,34	1,1
14 Terveydenhuollon palvelutasoa on laskettava	2,05	2,37	0,3
15 Yksityissairaaloiden määrän kasvu lisää valinnanmahdollisuuksia	4,44	4,98	0,5
16 Yhteiskunta panostaa terveydenhuoltoon riittävästi laadukkaiden palvelujen turvaamiseksi	2,49	2,41	-0,1
17 Raha ratkaisee hoidossa	3,90	4,98	1,1
18 Ihmisten arvot muuttuvat kovemmiksi	4,27	4,95	0,7
19 Maksavia potilaita otetaan myös muista maista	3,33	4,61	1,3
20 Erikoissairaanhoidossa ei hoideta kaikkia hoitoa tarvitsevia	3,41	4,34	0,9
21 Palvelutarpeiden muutoksia on vaikea ennakoida	3,39	3,85	0,5
22 Yhteiskunnallisen muutoksen vauhti on nopea	4,71	5,12	0,4
23 Eri kulttuurit elävät rinnakkain yhteiskunnassa	3,85	4,61	0,8
24 Väestö on monikulttuurista	4,15	5,32	1,2
25 Vierasmaalaisten asiakkaiden määrän kasvu lisää hoidon tarvetta	3,88	4,59	0,7
26 Ihmisten liikkuminen ja matkustelu tuo uusia ja tuntemattomia sairauksia	4,54	5,24	0,7
27 EU -jäsenyys tuo uusia ja tuntemattomia sairauksia	3,38	3,63	0,3
28 Potilaat ovat vaikeahoitaisia	4,10	4,76	0,7
29 Ikääntyvä väestö on huonokuntoista	4,17	4,37	0,2
30 Suuri osa ikääntyneistä on monisairaita	4,59	4,83	0,2
31 Ikä ei vaikuta hoitojen saamiseen	3,39	3,22	-0,2
32 Väestön ikääntyminen lisää hoidon tarvetta	5,05	5,46	0,4
33 Hyväkuntoisia vanhuksia on laitoksissa	2,49	2,30	-0,2
34 Ikääntyneitä hoidetaan kodinomaisissa hoitoyhteisöissä	4,00	4,90	0,9
35 Lapsia syntyy vähän	4,55	4,95	0,4
36 Perherakenteet ovat monimuotoisia	4,72	5,45	0,7
37 Päihteen ja huumeiden käyttö on merkittävä hoitotyön tarvetta aiheuttavana tekijänä	4,72	5,62	0,9
38 Yhteiskunnan väkivaltaisuus lisää hoidon tarvetta	4,65	5,40	0,8
39 Väkivaltaisten asiakkaiden määrä hoitotyössä on ongelma	4,13	5,03	0,9
40 Henkilökunta käyttää hälyttimiä turvanaan	3,78	5,50	1,7
41 Tietoturva on tärkeää tietotekniikan ja kirjaamisjärjestelmien kehittyessä	5,50	5,88	0,4
42 Teknologiaa käytetään tukemaan potilaan hoitoa, ei korvaamaan ihmistyötä	4,55	4,80	0,3
43 Kotihoito on tärkeä osa hoidon kokonaisuutta	5,20	5,55	0,4
44 Kotisairaaloimintaa on joka paikkakunnalla	1,95	4,50	2,6
45 Avohoito on yleisin hoitopalvelu	3,55	4,88	1,3
46 Perheverkostot ovat välttämättömiä hoitoa järjestettäessä	4,18	4,58	0,4
47 Terveydenhuollon mahdollisuudet edistää terveyttä ovat hyvät	3,69	3,41	-0,3

Liitteet

48	Terveydenhuollon mahdollisuudet ylläpitää terveyttä ovat hyvät	3,70	3,33	-0,4
49	Pitkäaikaishoitopaikkojen määrä on riittävä	2,55	2,33	-0,2
50	Elinsiirrot lisääntyvät	4,38	5,13	0,8
51	Tehokkuus hoidon organisoinnissa lisääntyy	4,03	4,85	0,8
52	Laki ja potilaan oikeudet ohjaavat hoitoa	4,00	4,82	0,8
53	Palveluilta edellytetään suurta yksilöllisyyttä	4,29	5,18	0,9
54	Potilaan tarpeet määräävät hoidot	3,95	4,60	0,6
55	Ihmiset ovat vaativia palvelujen käyttäjinä	4,23	5,55	1,3
56	Potilaat tekevät itseään ja hoitoaan koskevat päätökset	3,23	4,70	1,5
57	Potilaalla on täysi vastuu itsehoidostaan	3,70	4,43	0,7
58	Elämän kunnioittaminen on keskeinen arvo terveydenhuollossa	4,83	4,58	-0,3
59	Hoitotyö on ihmisläheistä	4,95	4,68	-0,3
60	Potilaat vaativat hoitajilta ajantasaista tietoa	4,93	5,65	0,7
61	Potilaat vaativat ammattitaitoista palvelua	5,15	5,65	0,5
62	Ihmiset vaativat vaihtoehtoja hoidolleen ja hoitopaikalleen	4,13	5,48	1,4
63	Potilaat ovat hyvin omatoimisia	2,80	4,05	1,3
64	Mielenterveysongelmien hoito sitoo huomattavasti resursseja	4,43	5,28	0,9
65	Päihdeongelmien myötä hoitoon tulee paljon nuoria	4,70	5,45	0,8
66	Päihdeongelmien mukana tulee uusia sairauksia	4,93	5,45	0,5
67	Riskipotilaita (huume- ja päihdeongelmaisia) on paljon	4,43	5,48	1,1
68	Laadukas työ edellyttää koulutettua henkilökuntaa	5,68	5,65	0,0
69	Sairaalahoito on tiukasti ohjelmoitua	4,33	4,43	0,1
70	Erikoissairaanhoidon tarve on suuri	4,68	5,13	0,5
71	Erikoissairaanhoidon palveluja tarjotaan myös perusterveydenhuollossa	3,64	4,74	1,1
72	Erikoissairaanhoidossa on hyvin erikoistuneita hoitoja	4,58	5,18	0,6
73	Erikoissairaanhoidossa on hyvin kalliita hoitoja	5,03	5,43	0,4
74	Erikoissairaanhoido on poliklinikkapainotteista	3,68	5,10	1,4
75	Sairaanhoitopiirit ovat tarpeettomia	2,59	3,03	0,4
76	Uudet hoitomuodot painottuvat lääkehoitoihin	3,76	3,63	-0,1
77	Uudet hoitomuodot painottuvat leikkaushoitoihin	3,39	3,76	0,4
78	Lääkärin ja hoitajan työt lähenevät toisiaan	3,44	3,93	0,5
79	Kilpailu rahanjaosta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken on kovaa	4,35	4,75	0,4
80	Haasteiden lisääntyminen parantaa yhteistoimintaa ja joustavuutta eri hoidon tasojen ja toimijoiden kesken	3,80	4,44	0,6
81	Julkinen terveydenhuolto ajetaan alas	3,00	3,56	0,6
82	Kokonaisuuksien hallinta hoitotyössä on vaikeaa	3,44	3,88	0,4
83	Vaikeita sairaalabakteereja esiintyy yhä enemmän	4,28	4,83	0,6
84	Väestön ikärakenteen muutos muuttaa painopisteitä terveydenhuollossa	4,98	5,41	0,4
85	Potilas saa vain välttämättömän hoidon	3,23	3,78	0,6
86	Kuntouttava hoito lisääntyy	4,29	4,76	0,5
87	Hoidetaan enemmän sairautta kuin potilasta	4,05	3,59	-0,5
88	Hoitojaksot sairaalassa ovat hyvin lyhyitä	4,00	4,97	1,0
89	Potilastiedot ovat sähköisessä muodossa	4,00	5,85	1,9
90	Fyysinen työympäristö tukee henkilöstön jaksamista	3,27	4,02	0,8
91	Hoitotyön auttamismenetelmät ovat monipuolisia	4,46	4,98	0,5
92	Yksilövastuista hoitotyötä ei tarvita	1,98	2,05	0,1
93	Hoitotyö on kaavamaista	3,10	2,59	-0,5
94	Hoitotyö on ihmisten kohtaamista	5,64	5,26	-0,4
95	Hoitotyö ja hoitotyön päätöksenteko perustuu tutkittuun tietoon	4,41	5,02	0,6
96	Vastuukysymykset ovat tärkeitä	5,37	5,61	0,2
97	Koulutettujen vastuu kasvaa kouluttamattomien hoitajien myötä	4,66	5,20	0,5
98	Henkilöstörakenne on kaksiportainen	3,55	4,03	0,5
99	Ammattiryhmien määrää voidaan supistaa	1,93	2,08	0,2
100	Sähköinen konsultointi on jokapäiväistä hoitotyössä	3,10	5,45	2,4
101	Työtä tehdään sähköisissä verkoissa, on nettihoitajia	2,27	4,63	2,4
102	Tiedonkulku on nopeaa ja muuttaa hoitotyötä	3,50	5,05	1,6
103	Hoitohenkilöstö ikääntyy eikä pysty tekemään yhtä paljon työtä kuin aiemmin	4,05	4,20	0,1

104	Työikäisten väheneminen vaikeuttaa henkilökunnan saanti hoitotyöhön	4,44	5,02	0,6
105	Osa hoitotyöntekijöistä on ulkomaalaisia	3,22	5,08	1,9
106	Koulutetusta henkilökunnasta on pulaa	3,39	5,00	1,6
107	Uuden työvoiman tarve on suuri	4,05	5,44	1,4
108	Koulutetun henkilökunnan pulan takia sairaaloihin tulee kouluttamatonta hoitohenkilökuntaa	2,88	4,41	1,5
109	Hoitotyöntekijöitä ei palkata niin paljon kuin olisi tarpeen	5,39	5,22	-0,2
110	Jokainen koulutettu otetaan työhön, osaamista ei voida käyttää rekrytoinnin perustana	2,66	4,20	1,5
111	Kouluttamaton henkilökunta tekee perushoitoa	3,34	4,02	0,7
112	Kotihoidossa on paljon kouluttamattomia hoitoavustajia	2,98	3,85	0,9
113	Omaiset vastaavat kotihoidosta	3,56	4,20	0,6
114	Ammattikoulutetut hoitavat vain kaikkein sairaimpia	2,85	4,62	1,8
115	Koulutettu ja osaava henkilökunta siirtyy ulkomaille	3,93	3,83	-0,1
116	Loppuunpalaminen on merkittävä ongelma hoitotyössä	4,76	4,90	0,1
117	Päihteen käyttö on tavallista hoitotyöntekijöiden keskuudessa	2,40	3,08	0,7
118	Ammattiryhmät toimivat potilaan laadukkaan hoidon hyväksi tasavertaisina, ammattiryhmien välillä ei ole kilpailua	3,39	3,85	0,5
119	Hoitohenkilökunta jakaantuu selvästi hyvin koulutettuihin osaajiin ja vastuunkantajiin sekä huonosti koulutettuihin tekijöihin	2,49	3,34	0,9
120	Hoidon teknistyminen on huimaa	4,41	5,17	0,8
121	Moniammatillinen tiimi vastaa hoidosta	4,50	5,33	0,8
122	Kaikki entinen osaaminen on tarpeellista	4,83	4,56	-0,3
123	Tarvitaan kädentaitojen osaamista	5,41	5,34	-0,1
124	Tarvitaan perushoidollista osaamista	5,51	5,32	-0,2
125	Tarvitaan kykyä organisoida työtä	5,61	5,73	0,1
126	Tarvitaan paineiden- ja stressinsietokykyä	5,73	5,93	0,2
127	Teknologisen osaamisen tarve työssä on suuri	4,49	5,41	0,9
128	Lääkehoitoihin liittyvän osaamisen tarve on suuri	4,98	5,44	0,5
129	Työssä tarvitaan taitoja etsiä tietoa	5,34	5,78	0,4
130	Oman työn tavoitteiden laatiminen ja niistä keskustelu kuuluu asiantuntijan osaamiseen	5,34	5,56	0,2
131	Hoitomenetelmien kehittyminen edellyttää kykyä priorisoida hoitoa tarvitsevia	4,56	5,10	0,5
132	Työssä tarvitaan uskallusta kyseenalaistaa asioita	5,27	5,63	0,4
133	Tarvitaan oman työn arviointitaitoja	5,51	5,63	0,1
134	Tarvitaan taitoa arvioida toisen työtä rakentavasti	5,44	5,71	0,3
135	Työssä täytyy hallita fyysisen ja psyykkisen vanhenemisen muutokset	5,32	5,54	0,2
136	Dementoituneen hoidon osaamista tarvitsevat kaikki	4,49	4,88	0,4
137	Tarvitaan taitoja hoitaa haavoja aseptisesti	5,66	5,66	0,0
138	Tarvitaan osaamista suojata itseään tartunnoilta	5,71	5,88	0,2
139	Tiedottamisosaamista tarvitaan	5,56	5,80	0,2
140	Tarvitaan konsultointitaitoja	5,56	5,83	0,3
141	Tarvitaan taitoja havainnoida potilasta	5,83	5,80	0,0
142	Potilaan kuuntelu on tärkeä työväline	5,85	5,76	-0,1
143	Tarvitaan taitoja arvioida asiakkaan elinympäristön vaikutuksia hoitoon	5,56	5,63	0,1
144	Eettisen päätöksenteon osaaminen on keskeistä	5,15	5,39	0,2
145	On osattava kohdella ihmisiä samanarvoisina	5,83	5,68	-0,1
146	Tarvitaan taitoa tukea asiakkaan omaa päätöksentekoa hoidossa	5,46	5,61	0,1
147	Empatiaosaamista tarvitaan	5,71	5,63	-0,1
148	Työssä tarvitaan humaania asennoitumista ihmisiin	5,68	5,61	-0,1
149	Tarvitaan sosiaalista osaamista	5,71	5,68	0,0
150	On osattava puuttua eriarvoisuuteen	5,54	5,66	0,1
151	Tarvitaan taitoja pysyä ajan hermolla	5,63	5,78	0,1
152	Tarvitaan taitoja kehittää omaa työtä	5,76	5,80	0,0
153	Tarvitaan valmiuksia ottaa käyttöön uusia työtapoja	5,73	5,85	0,1
154	Tarvitaan taitoja tutkia omaa työtä ja työssä käytettäviä toimintamalleja	5,61	5,71	0,1
155	On osattava perustella ratkaisujaan	5,61	5,78	0,2
156	On osattava oppia uutta jatkuvasti	5,54	5,85	0,3

Liitteet

157	On tiedettävä, mitä osaa hyvin	5,49	5,71	0,2
158	On osattava soveltaa tutkimustietoa työssä	5,18	5,63	0,5
159	Hoitotieteellisen tiedon hallinta on tärkeää	4,66	5,05	0,4
160	Perusterveydenhuollossa täytyy osata hoitaa kaikenlaisia potilaita	5,17	5,29	0,1
161	Erikoissairaanhoidossa täytyy osata hoitaa kaikenlaisia potilaita	4,85	5,02	0,2
162	Täytyy tuntea trooppisia sairauksia ja niiden hoitoa	3,73	4,88	1,1
163	Täytyy osata itsepuolustusta	4,07	4,90	0,8
164	On hallittava valmiudet siirtyä hoitopaikasta toiseen	4,61	5,41	0,8
165	On osattava käyttää tulkkipalveluita	4,88	5,46	0,6
166	On osattava käyttää tietokoneita	5,56	5,95	0,4
167	On osattava käyttää sähköpostia	5,29	5,88	0,6
168	Työssä tarvitaan käsinäppäryyttä	5,46	5,54	0,1
169	Kokonaishoidon osaaminen on keskeistä hoitotyössä	5,46	5,54	0,1
170	On osattava oppia kokemuksesta	5,61	5,68	0,1
171	On osattava toimia tiimissä ja yhteisössä	5,80	5,85	0,0
172	On osattava toimia toisen mentorina	4,77	5,26	0,5
173	Omasta hyvinvoinnista on osattava huolehtia	5,59	5,88	0,3
174	Työtoverien hyvinvoinnista on osattava huolehtia	5,20	5,46	0,3
175	Tarvitaan hyvää ihmistuntemusta	5,44	5,66	0,2
176	On pystyttävä tunnistamaan omia arvoja	5,59	5,71	0,1
177	On osattava käsitellä kokemuksia avoimesti	5,12	5,37	0,2
178	Tarvitaan taitoja tehdä työtä eläytymällä	4,88	5,05	0,2
179	On osattava ottaa asiantuntijan vastuu työstään	5,46	5,66	0,2
180	Omaa asiantuntijuutta on osattava markkinoida	4,90	5,63	0,7
181	Työssä tarvitaan luovuutta	5,54	5,73	0,2
182	Työssä tarvitaan liike-elämän perusteiden tuntemista	3,34	4,61	1,3
183	Pitää osata kartoittaa ihmisen perustarpeet	5,56	5,63	0,1
184	Pitää osata työskennellä moniammatillisissa työryhmissä	5,71	5,85	0,1
185	Pitää tuntea hyvin jatkohoitomahdollisuudet	5,44	5,76	0,3
186	Pitää osata tehdä yhteistyötä yksityissektorin kanssa	4,66	5,63	1,0
187	Täytyy hallita työmenetelmiä kohdata huumeiden käyttäjiä	4,80	5,83	1,0
188	Täytyy hallita työmenetelmiä kohdata HIV –positiivisia ihmisiä	4,93	5,83	0,9
189	Täytyy osata tehdä yhteistyötä perheiden kanssa	5,59	5,88	0,3
190	Vuorovaikutustaidot ovat perusosaamista	5,83	5,85	0,0
191	Yhteistyötaidot ovat välttämättömiä	5,78	5,78	0,0
192	Tarvitaan taitoa joustaa työssä	5,49	5,76	0,3
193	Tarvitaan taitoa kantaa vastuuta itsenäisesti	5,63	5,85	0,2
194	Ohjaus- ja neuvontaosaamista tarvitaan paljon	5,56	5,80	0,2
195	Työssä on hallittava opetusmenetelmiä monipuolisesti	5,20	5,54	0,3
196	Tarvitaan kykyä kuunnella toista ihmistä	5,88	5,80	-0,1
197	Asiakaslähtöisen työn osaamisen tarve on suuri	5,44	5,71	0,3
198	Potilaan oikeudet on tunnettava hyvin	5,46	5,66	0,2
199	Tarvitaan taitoja sietää erilaisuutta	5,68	5,90	0,2
200	Tarvitaan taitoja hoitaa itsenäisesti asiakasta	5,32	5,51	0,2
201	Koulutuksen tavoitteena on yleishoitajuus	3,68	3,83	0,1
202	Perusterveydenhuollossa tarvitaan laaja-alaista osaamista	5,46	5,71	0,2
203	Kaikilta ammattilaisilta vaaditaan laaja-alaista osaamista	4,88	5,02	0,1
204	Todellisia ammattilaisia on yhä vähemmän	3,38	3,78	0,4
205	Yleinen ammattitaitovaatimus hoitotyössä on suuri	5,12	5,32	0,2
206	Asiakkaiden tietotaitotason paraneminen vaatii uuden tyyppistä osaamista	5,05	5,68	0,6
207	Hoitotyön asiantuntijat pitävät ammattitaitonsa kehittämistä tärkeänä	5,41	5,68	0,3
208	Erytisoamisen tarve on merkittävää	5,02	5,41	0,4
209	Erytisoaminen tulee entistä rajatumaksi	4,51	5,20	0,7
210	Tarvitaan erikoistumista	4,93	5,12	0,2
211	Kielitaitoa tarvitaan jokapäiväisesti	3,05	4,98	1,9
212	Englannin kieltä tarvitaan työssä	3,34	5,05	1,7
213	Monikulttuurisuus edellyttää tietoa eri kulttuureista	4,66	5,49	0,8

Liite 3. Kysely tulevaisuuden terveydenhuollosta, hoitotyöstä ja hoitotyössä tarvittavasta osaamisesta terveydenhuollon johtajille, esimiehille ja opettajille.

Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointihanke (HOKE)

Taustatietolomake

Pyydämme Sinua vastaamaan (ympyröimällä) itseäsi koskeva vaihtoehto tai kirjoittamalla annettuun tilaan.

1. Olen työssä

1. Perusterveydenhuollossa
2. Erikoissairaanhoidossa
3. Sosiaalitoimessa
4. Yksityissektorilla tai järjestössä

2. Työnantajani on

1. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin toimintayksikkö
2. Ääneseudulla (Sumiainen, Suolahti, Äänekoski)
3. Jämsän seudulla (Jämsä, Jämsänkoski, Kuhmoinen, Kuorevesi)
4. Joutsan seudulla (Joutsa, Leivonmäki, Luhanka)
5. Palokan alueella (Jyväskylän mlk, Petäjävesi, Toivakka, Uurainen)
6. Keuruun - Multian seudulla (Keuruu, Multia)
7. Korpilahden - Muuramen alueella (Korpilahti, Muurame)
8. Jyväskylän kaupunki
9. Laukaan kunta
10. Sotainvalidien sairaskoti, Keski-Suomen syöpäyhdistys, Puistosairaala, Lääkärikeskus Avita tai kotisairaanhoidoyritys
11. Hankasalmen kunta

3. Olen koulutukseltani

1. Lääketieteen asiantuntija
2. Hoitotyön asiantuntija
3. Muun alueen asiantuntija, minkä? _____

4. Työkokemukseni tässä tehtävässä on _____vuotta

5. Olen 1. mies
2. nainen

6. Ikäni on _____vuotta

KIITOS!

Kysely tulevaisuuden terveydenhuollosta, hoitotyöstä ja hoitotyössä tarvittavasta osaamisesta terveydenhuollon johtajille, esimiehille ja opettajille.

A. Terveydenhuollon palvelujärjestelmä vuonna 2010

Alla on lueteltu tulevaisuuden terveydenhuollon palvelujärjestelmän perustehtäviä ja tulevaisuudessa painottuvia tehtäväalueita. Ole hyvä ja valitse kuhunkin väittämään lähinnä omaa näkemystäsi kuvaava vaihtoehto ympäröimällä sitä vastaava numero. Tarkasteluvuosi on 2010.

	Eri mieltä	1	2	3	4	5	6	Samaa mieltä
1. Ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen on perusterveydenhuollon perustehtävä	1	2	3	4	5	6		
2. Ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen on erikoissairaanhoidon perustehtävä	1	2	3	4	5	6		
3. Ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen on yksityisen terveydenhuollon perustehtävä	1	2	3	4	5	6		
4. Sairaanhoidon perustehtävä on perusterveydenhuollon perustehtävä	1	2	3	4	5	6		
5. Sairaanhoidon perustehtävä on erikoissairaanhoidon perustehtävä	1	2	3	4	5	6		
6. Sairaanhoidon perustehtävä on yksityisen terveydenhuollon perustehtävä	1	2	3	4	5	6		
7. Julkisen terveydenhuollon vastuulla on vain äkillisesti sairastuneiden hoito	1	2	3	4	5	6		
8. Verrattuna vuoteen 2001 mielenterveystyö sitoo terveydenhuollon voimavaroja huomattavasti enemmän	1	2	3	4	5	6		
9. Verrattuna vuoteen 2001 huume- ja päihdetyö sitoo terveydenhuollon voimavaroja huomattavasti enemmän	1	2	3	4	5	6		
10. Organisaatioiden tehtävänä korostuu henkilökunnan hyvinvoinnista ja osaamisesta huolehtiminen	1	2	3	4	5	6		
Seuraavaksi pyydämme Sinua ottamaan kantaa väittämiin palvelutarjonnan periaatteista vuonna 2010.								
11. Terveyspalvelut tarjotaan samanlaisina kaikille tarvitseville	1	2	3	4	5	6		
12. Julkinen terveydenhuolto turvaa vain minimipalvelut	1	2	3	4	5	6		
13. Erikoissairaanhoidon saavat kaikki erikoissairaanhoidon tarvitsevat	1	2	3	4	5	6		
14. Erikoissairaanhoidon palveluja tarjotaan lapsille, nuorille ja työikäisille	1	2	3	4	5	6		
15. Laitoshoidon korvataan enenevästi avohoidolla	1	2	3	4	5	6		
16. Erikoissairaanhoidon palvelujärjestelmässä korostuu avohoito (polikliininen ja kotisairaaloiminta)	1	2	3	4	5	6		
17. Palvelujen kilpailuttaminen tuo toimintaan taloudellista tehokkuutta	1	2	3	4	5	6		
18. Palvelujen laadukas tuottaminen edellyttää osaamisen keskittämistä	1	2	3	4	5	6		
19. Hoitosuosituksien yhtenäistävät palvelujen laatua	1	2	3	4	5	6		
20. Hoitosuosituksien parantavat väestön terveyttä	1	2	3	4	5	6		

Seuraavat väittämät koskevat terveydenhuollon palvelujen tuottamisjärjestelmää ja kansalaisten yhdenvertaisuutta palvelujen saamisessa. Tarkasteluvuosi on edelleen 2010.

21. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido yhdistyvät hallinnollisesti	1	2	3	4	5	6
22. Terveydenhuollon palvelujen tuottamisvastuu siirtyy huomattavassa määrin julkisesta yksityiseen	1	2	3	4	5	6
23. Yksityiset terveyspalveluyritykset sopivat palvelutuotannosta kuntien tai seutukuntien kanssa	1	2	3	4	5	6
24. Kansainväliset terveyspalveluyritykset ovat merkittävä työn tarjoaja	1	2	3	4	5	6
25. Vanhainkodit ja terveyskeskukset ovat kuntien yhteiskäytössä	1	2	3	4	5	6
26. Yksityiset sairaalat ja vanhainkodit myyvät hoitopaikkoja kunnille	1	2	3	4	5	6
27. Seutukunnat vastaavat peruspalvelujen järjestämisestä kuntien sijaan	1	2	3	4	5	6
28. Huume - ja päihdepalvelujen järjestäminen on perusterveydenhuollon vastuulla	1	2	3	4	5	6
29. Ikääntyneiden hoitopalvelujen tuottaminen on julkisen palvelujärjestelmän vastuulla	1	2	3	4	5	6
30. Järjestöt ja vapaaehtoiset tuottavat osan nykyisistä kuntien lakisääteistä terveyspalveluista	1	2	3	4	5	6
31. Julkisen sektorin tehtävänä on luoda edellytyksiä vapaaehtoistyölle	1	2	3	4	5	6
32. Osaamisen tasainen alueellinen jakaantuminen takaa yhdenvertaiset palvelut	1	2	3	4	5	6
33. Terveyspalveluiden taso vaihtelee jyrkästi kunnan varakkuuden mukaan	1	2	3	4	5	6
Lopuksi pyydämme Sinua ottamaan kantaa väittämiin, jotka koskevat hoitopäätösten tekemistä vuonna 2010						
34. Kansalaisella on vastuu hyvinvoinnistaan	1	2	3	4	5	6
35. Potilaat päättävät omasta hoidostaan	1	2	3	4	5	6
36. Asiantuntijat päättävät potilaan hoidosta	1	2	3	4	5	6
37. Juristit ovat mukana hoitoratkaisuista päätettäessä	1	2	3	4	5	6
38. Terveyspalvelujärjestelmän taloudelliset mahdollisuudet määräävät hoitoratkaisuja	1	2	3	4	5	6
39. Kansalaiset hankkivat terveyspalvelunsa hoitoseleillä	1	2	3	4	5	6

B: Hoitotyötä ja hoitotyön tekijöitä koskevat muutokset

Seuraavaksi pyydämme Sinua ottamaan kantaa siihen, ketkä tekevät hoitotyötä tulevaisuudessa eri toiminta-alueilla. Tarkasteluvuosi on 2010.

	Eri mieltä	Samaa mieltä
40. Erikoissairaanhoidossa työskentelee vain sairaanhoitajia ja kätilöitä	1 2 3 4 5 6	
41. Perusterveydenhuollossa työskentelee vain sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja kätilöitä	1 2 3 4 5 6	
42. Yksityisissä terveyspalveluyrityksissä työskentelee vain sairaanhoitajia, terveydenhoitajia tai kätilöitä	1 2 3 4 5 6	
43. Vanhuksille suunnatuissa palveluissa työskentelee vain lähihoitajia	1 2 3 4 5 6	
44. Vammaisille suunnatuissa palveluissa työskentelee vain lähihoitajia	1 2 3 4 5 6	
45. Hoitoalalla työskentelee myös muita kuin alalle koulutettuja	1 2 3 4 5 6	
46. Koulutettuja hoitotyöntekijöitä on saatavilla riittävästi	1 2 3 4 5 6	
Seuraavat väittämät koskevat hoitotyön asemaa, tehtäviä ja ammatillista vastuuta vuonna 2010		
47. Hoitotyöllä on itsenäinen asiantuntijavastuunsa	1 2 3 4 5 6	
48. Hoitotyöllä on itsenäinen hallinnollinen vastuunsa	1 2 3 4 5 6	
49. Potilashoidon tehtävät eriytyvät koulutuksen mukaan	1 2 3 4 5 6	
50. Palvelujen laadun takaamiseksi työtehtäviin valitaan pidemmälle koulutettuja	1 2 3 4 5 6	
51. Hoitotyöntekijät vastaavat potilasohjauksesta	1 2 3 4 5 6	
52. Osa lääkäreiden tehtävistä siirtyy hoitohenkilökunnalle	1 2 3 4 5 6	
53. Omaiset vastaavat kotihoidosta ammattikoulutettujen ohjauksessa	1 2 3 4 5 6	
54. Moniammatillinen ryhmä vastaa hoidosta	1 2 3 4 5 6	
55. Eri ammattiryhmät toimivat tasavertaisina potilaan laadukkaana hoidon hyväksi	1 2 3 4 5 6	
56. Hoitotyössä edellytetään laaja-alaisuutta ja erityisosaamista	1 2 3 4 5 6	
57. Erityisosaaminen hoitotyössä on aiempaa rajatumpaa	1 2 3 4 5 6	
58. Päätökset hoitotyössä tehdään tutkitun tiedon perusteella	1 2 3 4 5 6	

C. Hoitotyössä edellytettävä osaaminen ja uudet osaamistarpeet

Olet läheisen yhteistyöorganisaatiosi kanssa laatimassa henkilöstöhankinnan strategiaa tuleville vuosille. Millainen osaaminen korostuu hoitohenkilökunnan valinnan kriteereinä? Rastita seuraavasta luettelosta korkeintaan kymmenen tärkeimpänä pitämääsi osaamisaluetta, kykyä tai taitoa.

Laaja-alainen osaaminen
Taidot eettiseen ja arvoperusteiseen pohdintaan ja päätöksentekoon
Viestintätaidot
Neuvottelutaidot
Yhteistyötaidot
Englannin kielen taito

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Tiedot sairauksista ja niiden hoidosta
Tiedot ihmisestä ja hänen elinympäristöstään
Itsensä kehittämisen taidot
Taidot vaikuttaa yhteiskunnalliseen päätöksentekoon
Klinisen työn taidot
Erityisosaaminen

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Missä määrin seuraavat avaintaidot vaikuttavat hoitotyöntekijän valinnassa tulevaisuudessa
(Lähde: Kuusi, O. Kvalifikaatioiden Top Ten vuonna 2006. Futura 4/96, 90)

	Eri mieltä					Samaa mieltä
59. Älyllinen notkeus muutoksiin sopeutumiskykenä ja oppimisvalmiutena	1	2	3	4	5	6
60. Selviäminen vieraassa kulttuuriympäristössä ja erilaisuuden hyväksyminen	1	2	3	4	5	6
61. Kyvyt sähköpostin ja muiden sähköisten kommunikaatiojärjestelmien käyttöön	1	2	3	4	5	6
62. Tietointensiivinen ammattiosaaminen erityisesti matemaattis-luonnontieteellisenä ja teknisenä osaamisena (mm. digitaalitekniikan tai biokemiallisen tiedon hallinta)	1	2	3	4	5	6
63. Englannin ohella yhden nousevan vieraan kielen kuten ranskan, saksan tai kiinan hallinta (ruotsi kuuluu laskeviin)	1	2	3	4	5	6
64. Muut ihmissuhdetaidot kuten palveluaittius ja ryhmänä oppimisen taidot	1	2	3	4	5	6
65. Eettisyys liittyneenä erityisesti vastuun kantamisen valmiuteen maailmanlaajuisista ongelmista ja ympäristökysymyksistä	1	2	3	4	5	6
66. Kriittisen tieteellisyden taito	1	2	3	4	5	6
67. Fyysinen kuntoisuus	1	2	3	4	5	6
68. Taito valmistaa myös käsityönä esteettinen tuote	1	2	3	4	5	6

Lopuksi pyydämme arvioimaan, vaikuttavatko seuraavat tekijät ja millä tavoin vaikuttavat hoitohenkilöstön osaamisvaatimuksiin tulevaisuudessa.

69. Tapahtuuko toiminta-alueellanne sellaista potilaiden sarastuvuuden muutosta, mikä edellyttää hoitohenkilökunnalta uutta osaamista? Millaisia muutokset ovat ja mitä uutta osaamista ne edellyttävät?

70. Tapahtuuko toiminta-alueellanne sellainen potilaiden ikärakenteen muutos, mikä edellyttää hoitohenkilökunnalta uutta osaamista? Millaisia muutokset ovat ja mitä uutta osaamista ne edellyttävät?

71. Oletatteko, että vuoteen 2010 mennessä toteutuu sellaisia tehtävien muutoksia, mitkä edellyttävät hoitohenkilökunnalta uutta osaamista (esim. rajoitettu reseptien kirjoittamisoikeus)? Mitkä tehtävät siirtyvät hoitotyöntekijöille ja mille ammattiryhmälle (lähihoitajille, sairaanhoitajille, terveydenhoitajille vai kättilöille)?

Kiitos!

Liite 4. Verkkovälitteisen keskustelun aiheet.

Keskusteluaiheet noudattivat hankkeen tiedonkeruun aihealueita, kysymykset olivat:

1. Millainen mielikuva sinulle on muodostunut keskisuomalaisten tai Keski-Suomessa asuvien työikäisten hyvinvoinnista? Kuvaile asiaa ammattisi kautta saamiesi kokemusten pohjalta.

Kommenttikysymys: Mitä arvelette, onko terveydenhuollon palvelujärjestelmällä mahdollisuuksia vaikuttaa tulevaisuudessa työikäisten syrjäytymisen ehkäisemiseksi, vai jääkö vastuu yksilöille itselleen?

2. Millaista osaamista työssä käyvä ja suhteellisen terve aikuinen odottaa terveydenhuollon (työterveyshuollon) ammattilaiselta? Onko näissä odotuksissa nähtävissä muutoksia seuraavien vuosien kuluessa?

3. Tapani Ruokanen ja Aarne Nurmio ovat esittäneet kirjassaan ” Suomi ja mahdolliset maailmat ” vision: ”Suuryrityksillä itsellään on kattavia sosiaalipalveluita alkaen lastenhoidosta aina eläkeläistoimintaan. Yrityksiin perustetaan henkilöstörahoja ja joissakin tapauksissa yritykset tekevät työntekijöidensä kannalta edullisia sopimuksia sosiaalialan yrittäjien kanssa: palkan lisäksi yrityksen tarjoama turva yksilölle ja hänen perheelleen tulee kilpailuvaltiksi haalittaessa palvelukseen parhaita työntekijöitä. Valtio kannustaa entistä joustavampia, julkista palvelua täydentäviä järjestelmiä verohelpotuksin. Ammattitaitoinen työvoima on yritysten ja yhteiskunnan pääomaa, josta pidetään huolta.” Miltä tämä visio vaikuttaa?

Liitteet

Liite 5. Selvitys sähköiseen kyselyyn vastaamisen esteistä.

Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointihanke (HOKE)

Selvitys sähköiseen kyselyyn vastaamisen esteistä

Mitkä seuraavista tekijöistä vaikuttivat siihen, että jätit vastaamatta sähköiseen kyselyyn?

Vastaa ympyröimällä kaikki ne tekijät, jotka omalla kohdallasi estivät vastaamisen.

1. Tutkimuksen tarkoitus jäi minulle epäselväksi
2. Kyselyn tarkoitus ei ole kiinnostava tai tärkeä työni kannalta
3. Olisin tarvinnut tarkemmat vastaamisohjeet
Mitä ohjeita kaipasit? _____

4. Kyselylomakkeen ulkoasu ei houkuttanut vastaamaan
5. Kysely oli liian pitkä
6. Ei ollut aikaa vastata
7. Kyselylomakkeessa eteneminen oli hidasta
8. En luottanut tutkimuksen tietoturvaan
9. En ole aikaisemmin vastannut sähköiseen kyselyyn
10. Olen tottunut käyttämään atk:ta, sähköpostia tai internetiä
11. Tietokoneen käyttömahdollisuus työpaikallani on hankalaa
12. Työyhteisössäni ei ole mahdollista saada tietoteknistä apua
13. Internetyhteys katkesi kesken vastaamisen
14. Tietokoneeni on liian hidas
15. Muu syy, mikä? _____

Liitetaulukko 1. Keuruun ryhmän näkemykset jatkuvasta ja tulevaisuudessa painottuvasta osaamisesta.

Pääkategoria	Jatkuva osaaminen. alaluokka ja väittämät (Ka tulevaisuudessa, muutosintensiiteetti)	Tulevaisuudessa painottuva osaaminen. alaluokka ja väittämät (Ka tulevaisuudessa, muutosintensiiteetti)
Hoitotyön ammatillinen osaaminen		Hoitotyön tietoperustan hallinta. "Työssä täytyy hallita fyysisen ja psyykkisen vanhenemisen muutokset" (5.43, 0.4), "Täytyy tuntea trooppisia sairauksia ja niiden hoitoa" (4.79, 1.1) "Monikulttuurisuus edellyttää tietoa eri kulttuureista" 5.21, 1.0)
	Hoitotyön prosessin hallinta. "Tarvitaan taitoja hoitaa haavoja aseptisesti" (5.21, 0.0), "Tarvitaan osaamista suojata itsensä tartunnoilta" (5.79, 0.2), "Tarvitaan taitoja arvioida asiakkaan elinympäristön vaikutuksia hoitoon" (5.43, 0.0), "Tarvitaan taitoja havainnoida potilasta" (5.50, -0.1), "Pitää osata kartoittaa ihmisen perustarpeet" (5.21, 0.1)	Hoitotyön prosessin hallinta. "Teknologisen osaamisen tarve työssä on suuri" (5.00, 1.1), "On osattava käyttää tietokonetta" (5.86, 0.5), "Täytyy hallita työmenetelmiä kohdata huumeiden käyttäjiä" (5.50, 0.9), "Täytyy hallita työmenetelmiä kohdata HIV -positiivisia ihmisiä" (5.64, 1.1) "Pitää tuntea hyvin jatkohoitomahdollisuudet" (5.50, 0.4) "Työssä tarvitaan taitoja etsiä tietoa" (5.50, 0.5)
	Taidot hoitaa asiakaslähtöisesti. "Empatiaosaamista tarvitaan" (5.21, -0,1) "Työssä tarvitaan humaania asennoitumista ihmisiin" (5.21, -0.3),	Taidot hoitaa asiakaslähtöisesti. "Asiakkaiden tietotaitotason paraneminen vaatii uuden tyyppistä osaamista" (5.43, 0.6)

Liitteet

	Taidot hoitaa asiakaslähtöisesti. "Empatiaosaamista tarvitaan" (5.21, -0,1) "Työssä tarvitaan humaania asennoitumista ihmisiin" (5.21, -0.3), "Asiakaslähtöisen osaamisen tarve on suuri" (5.43, 0.1), "Tarvitaan taitoja tukea asiakaan omaa päätöksentekoa hoidossa" (5.36, 0,0), "Kokonaishoidon osaaminen on keskeistä hoitotyössä" (5.29, -0.1)	Taidot hoitaa asiakaslähtöisesti. "Asiakkaiden tietotaitotason paraneminen vaatii uuden tyyppistä osaamista" (5.43, 0,6)
	Ohjaus- ja neuvontataidot. "Ohjaus- ja neuvontaosaamista tarvitaan paljon" (5.64, 0.1), "Työssä on hallittava opetusmenetelmiä monipuolisesti" (5.14, 0.2)	
	Eettisen päätöksenteon taidot. "Eettisen päätöksenteon osaaminen on keskeistä" (5.29, 0.2) "On osattava kohdella ihmisiä samanarvoisina" (5.21, -0.4), "On osattava puuttua eriarvoisuuteen" (5.36, 0,0), "Potilaan oikeudet on tunnettava hyvin" (5.57, 0.2)	
Elämänhallinta	Oppimisen taito. "On osattava oppia jatkuvasti uutta" (5.71, 0.3) "On osattava oppia kokemuksesta" (5.36, 0.1) "Erityisosaamisen tarve on merkittävä" (5.07, 0.3)	Oppimisen taito. "Erityisosaaminen tulee entistä rajatummaksi" (5.36, 0,9)
	Henkilökohtaiset vahvuudet. "Oman työn tavoitteiden laatiminen ja niistä keskustelu kuuluu asiantuntijan osaamiseen" (5.21, 0,0), "Tarvitaan oman työn arviointitaitoja" (5.21, -0.2), "Tarvitaan taitoja pysyä ajan hermolla" (5.57, 0.1) "On tiedettävä, mitä osaa hyvin" (5.36, -0.1), "On pystyttävä tunnistamaan omia arvoja" (5.43, -0.1), "On osattava käsitellä kokemuksia avoimesti" (5.00, -0.1) "Tarvitaan paineiden- ja stressinsietokykyä" (5.79, 0.2)	Henkilökohtaiset vahvuudet. "Omasta hyvinvoinnista on osattava huolehtia" (5.79, 0,4), "Omaa asiantuntijuuttaan on osattava markkinoida" (5.71, 0,7) "On hallittava valmiudet siirtyä hoitopaikasta toiseen" (5.14, 0,6)
	Ongelmanratkaisutaito ja analyttisyys. "Tarvitaan taitoja kehittää omaa työtä" (5.50, -0.1)	
Kommunikointiosaaminen	Kuuntelutaito. "Potilaan kuuntelu on tärkeä työväline" (5.50, -0.1), "Tarvitaan kykyä kuunnella toista ihmistä" (5.57, -0.2)	
	Vuorovaikutustaito. "Tarvitaan sosiaalista osaamista" (5.36, -0.1), "Tarvitaan hyvää ihmistuntemusta" (5.43, 0.2), "On osattava toimia tiimissä ja yhteisössä" (5.57, 0,0),	Vuorovaikutustaito. "Täytyy osata tehdä yhteistyötä perheiden kanssa" (5.71, 0,4)

	"Pitää osata työskennellä moniammatillisissa työryhmissä" (5.57, 0.0), "Vuorovaikutustaidot ovat perusosaamista" (5.71, -0.1), "Yhteistyötaidot ovat välttämättömiä" (5.64, -0.2)	
	Viestintätaito. "Tarvitaan konsultointitaitoja" (5.50, 0.3)	Viestintätaito. "On osattava käyttää tulkkipalveluita" (5.21, 0.9) "Kielitaitoa tarvitaan jokapäiväisesti" (4.86, 1.9) "Englannin kieltä tarvitaan työssä" (4.93, 1.7) "Tiedottamisosaamista tarvitaan" (5.43, 0.4), "On osattava käyttää sähköpostia" (5.86, 0.6)
Ihmisten ja tehtävien johtamisosaaminen	Johtamistaito. "Työtoverin hyvinvoinnista on osattava huolehtia" (5.21, 0.1) "Tarvitaan taitoa arvioida toisen työtä rakentavasti" (5.36, -0.1)	Johtamistaito. "Työssä tarvitaan liike-elämän perusteiden tuntemista" (4.64, 1.2) "Pitää osata tehdä yhteistyötä yksityissektorin kanssa" (5.50, 0.9)
	Päätöksentekotaito. "On osattava perustella ratkaisujaan" (5.57, -0.1), "On osattava ottaa asiantuntijan vastuu työstään" (5.57, 0.1), "Tarvitaan taitoa kantaa vastuuta itsenäisesti" (5.57, 0.2)	Päätöksentekotaito. "Hoitomenetelmien kehittyminen edellyttää kykyä priorisoida hoitoa tarvitsevia" (5.00, 0.8)
	Taito hallita konflikteja. "Tarvitaan taitoja sietää erilaisuutta" 5.93, 0.3)	
	Suunnittelu- ja organisointitaito. "Tarvitaan kykyä organisoida työtä" (5.36, 0.1)	
Innovaatioiden ja muutosten vauhdittamisosaaminen	Käsitteellinen ajattelu. "Tarvitaan taitoja tutkia omaa työtä ja työssä käytettäviä toimintamalleja" (5.43, -0.1), "Tarvitaan valmiuksia ottaa käyttöön uusia työtapoja" (5.71, 0.1), "Tarvitaan taitoja kehittää omaa työtä" (5.50, -0.1)	
	Luovuus, innovatiivisuus, muutosherkkyys. "Tarvitaan taitoa joustaa työssä" (5.50, 0.2) "Tarvitaan uskallusta kyseenalaistaa asioita" (5.43, 0.1) "Työssä tarvitaan luovuutta" (5.36, 0.0)	

Liitteet

Liitetaulukko 2. Jämsän ryhmän näkemykset jatkuvasta ja tulevaisuudessa painottuvasta osaamisesta.

Pääkategoria	Jatkuva osaaminen , alaluokka ja väittämät (Ka tulevaisuudessa, muutosintensiiteetti)	Tulevaisuudessa painottuva osaaminen , alaluokka ja väittämät (Ka tulevaisuudessa, muutosintensiiteetti)
Hoitotyön ammatillinen osaaminen	Hoitotyön tietoperustan hallinta. "Työssä täytyy hallita psyykkisen ja fyysisen vanhenemisen muutokset" (5.60, 0.2) "Hoitotieteellisen tiedon hallinta on tärkeää" 5.20, 0.3)	Hoitotyön tietoperustan hallinta. "Monikulttuurisuus edellyttää tietoa eri kulttuureista" (5.40, 0.8)
	Hoitotyön prosessin hallinta. "Tarvitaan kädentaitojen osaamista" (5.30, -0.3), "Tarvitaan perushoidollista osaamista" (5.40, -0.1), "Työssä tarvitaan käsinäppäryyttä" (5.90, 0.1) "Pitää osata kartoittaa ihmisen perustarpeet" (5.70, 0.0) "Tarvitaan taitoja arvioida asiakkaan elinympäristön vaikutuksia hoitoon" (5.80, -0.1), "Tarvitaan taitoja havainnoida potilasta" (5.90, 0.0) "On osattava käyttää tietokoneita" (6.0, 0.1), "Tarvitaan taitoja hoitaa haavoja aseptisesti" (5.80, 0.0) "Tarvitaan osaamista suojata itseään tartunnoilta" (5.90, 0.2)	Hoitotyön prosessin hallinta. "Täytyy hallita työmenetelmiä kohdata HIV -positiivisia ihmisiä" (5.80, 1.1), "Täytyy hallita työmenetelmiä kohdata huumeiden käyttäjiä" (5.90, 1.2) "Pitää tuntea hyvin jatkohoitomahdollisuudet" (5.90, 0.4) "Teknologisen osaamisen tarve työssä on suuri" (5.50, 0.8) "Lääkehoitoihin liittyvän osaamisen tarve on suuri" (5.90, 0.4)
	Taidot hoitaa asiakaslähtöisesti. "Kokonaishoidon osaaminen on keskeistä hoitotyössä" (5.70, 0.0) "Tarvitaan taitoa tukea asiakkaan omaa päätöksentekoa hoidossa" (5.60, 0.1) "Empatiaosaamista tarvitaan" (5.80, -0.2), "Työssä tarvitaan humaania asennoitumista ihmisiin" (5.60, -0.1) "Asiakaslähtöisen työn osaamisen tarve on suuri" (5.70, 0.1)	Taidot hoitaa asiakaslähtöisesti. "Asiakkaiden tietotaitotason paraneminen vaatii uuden tyyppistä osaamista" (5.80, 0.4)
	Ohjaus- ja neuvontataidot. "Ohjaus- ja neuvontaosaamista tarvitaan paljon" (5.80, 0.0), "Työssä on hallittava opetusmenetelmät monipuolisesti" (5.60, 0.2)	
	Eettisen päätöksenteon taidot. "Potilaan oikeudet on tunnettava hyvin" (5.60, -0.2) "Eettisen päätöksenteon osaaminen on keskeistä" (5.50, 0.3) "On osattava kohdella ihmisiä samanarvoisina" (5.80, -0.2) "On osattava puuttua eriarvoisuuteen" 5.70, 0.1)	

Elämänhallinta	Oppimisen taito. "On osattava oppia uutta jatkuvasti" (5.80, 0.1), "On osattava oppia kokemuksesta" (5.70, 0.0) "Erityisosaamisen tarve on merkittävä" (5.20, 0.2)	Oppimisen taito. "Erityisosaaminen tulee entistä rajatummaksi" (5.20, 0.5)
	Henkilökohtaiset vahvuudet. "Tarvitaan oman työn arviointitaitoja" (5.90, 0.3), "On tiedettävä, mitä osaa hyvin" (5.80, 0.1), "Omasta hyvinvoinnista on osattava huolehtia" (6.0, 0.1), "On pystyttävä tunnistamaan omia arvoja" (5.90, 0.0), "On osattava käsitellä kokemuksia avoimesti" (5.80, 0.1) "Tarvitaan paineiden- ja stressinsietokykyä" (6.00, 0.3) "Tarvitaan taitoja pysyä ajan hermolla" (5.80, 0.2)	Henkilökohtaiset vahvuudet. "Oman työn tavoitteiden laatiminen ja niistä keskustelu kuuluu asiantuntijan osaamiseen" (5.60, 0.6), "On hallittava valmiudet siirtyä hoitopaikasta toiseen" (5.40, 0.8), "Omaa asiantuntijuutta on osattava markkinoida" (5.60, 0.5)
	Ongelmanratkaisutaito ja analyttisyys. "Tarvitaan taitoja kehittää omaa työtä" (5.90, 0.1), "On osattava soveltaa tutkimustietoa työssä" (5.67, 0.3)	Ongelmanratkaisutaitoa ja analyttisyys. "Täytyy osata itsepuolustusta" (5.40, 1.0)
Kommunikointiosaaminen	Viestintätaito. "Tiedottamisosaamista tarvitaan" (6.0, 0.3), "On osattava käyttää sähköpostia" (5.80, 0.3), "Tarvitaan konsultointitaitoja" (6.0, 0.2)	Viestintätaito. "Kielitaitoa tarvitaan jokapäiväisesti" (4.70, 1.7) "Englannin kieltä tarvitaan työssä" (4.60, 1.6), "On osattava käyttää tulkkipalveluita" (5.30, 0.6)
	Vuorovaikutustaito. "Tarvitaan sosiaalista osaamista" (5.70, 0.0), "Tarvitaan hyvää ihmistuntemusta" (5.90, 0.0), "Pitää osata työskennellä moniammatillisissa ryhmissä" (6.0, 0.3), "On osattava toimia tiimissä ja yhteisössä" (6.00, 0.0) "Täytyy osata tehdä yhteistyötä perheiden kanssa" (5.90, 0.1) "Vuorovaikutustaidot ovat perusosaamista" (5.80, -0.2) "Yhteistyötaidot ovat välttämättömiä" (5.80, 0.0)	
	Kuuntelutaito. "Potilaan kuuntelu on tärkeä työväline" (5.70, -0.3), "Tarvitaan kykyä kuunnella toista ihmistä" (5.80, -0.2)	
Ihmisten ja tehtävien johtamisosaaminen	Johtamistaito. "On osattava toimia toisen mentorina" (5.11, 0.2), "Työtoverin hyvinvoinnista on osattava huolehtia" (5.80, 0.2)	Johtamistaito. "Tarvitaan taitoja arvioida toisen työtä rakentavasti" (5.90, 0.5), "Pitää osata tehdä yhteistyötä yksityissektorin kanssa" (5.60, 0.6)

Liitteet

	Päätöksentekotaito. "On osattava perustella ratkaisuja" (5.90, 0.0), "On osattava ottaa asiantuntijan vastuu työstään" (5.70, -0.1), "Tarvitaan taitoa kantaa vastuuta itsenäisesti" (6.0, 0.0), "Tarvitaan taitoja hoitaa itsenäisesti asiakasta" (5.70, 0.1)	Päätöksentekotaito. "Hoitomenetelmien kehittyminen edellyttää kykyä priorisoida hoitoa tarvitsevia" (5.10, 0.5)
	Taito hallita konflikteja. "Tarvitaan taitoja sietää erilaisuutta" (5.80, 0.0)	
	Suunnittelu- ja organisointitaito "Tarvitaan kykyä organisoida työtä" (6.00, 0.2)	
Innovaatioiden ja muutosten vauhdittamisosaaminen	Käsitteellinen ajattelu "Tarvitaan valmiuksia ottaa käyttöön uusia työtapoja" (5.90, 0.1)	Käsitteellinen ajattelu "Tarvitaan taitoja tutkia omaa työtä ja työssä käytettäviä toimintamalleja" (5.70, 0.4)
	Luovuus, innovatiivisuus, muutosherkkyys. "Työssä tarvitaan uskallusta kyseenalaistaa asioita" (5.90, 0.3), "Työssä tarvitaan luovuutta" (5.90, 0.0), "Tarvitaan taitoa joustaa työssä" (6.0, 0.2), "Tarvitaan taitoja tehdä työtä eläytymällä" (5.30, -0.2)	

Liitetäulukko 3. Jyväskylän ryhmän näkemykset jatkuvasta ja tulevaisuudessa painottuvasta osaamisesta.

Pääkategoria	Jatkuva osaaminen , alaluokka ja väittämät (Ka tulevaisuudessa, muutosintensiiteetti)	Tulevaisuudessa painottuva osaaminen , alaluokka ja väittämät (Ka tulevaisuudessa, muutosintensiiteetti)
Kliinisen hoitotyön osaaminen	Hoitotyön tietoperustan hallinta. "Työssä täytyy hallita psyykkisen ja fyysisen vanhenemisen muutokset" (5,59, 0.1)	Hoitotyön tietoperustan hallinta. "Hoitotieteellisen tiedon hallinta on tärkeää" (5.18, 0.8), "Monikulttuurisuus edellyttää tietoa eri kulttuureista" (5.76, 0.7) "Täytyy tuntea trooppisia sairauksia ja niiden hoitoa" (5.00, 1.1)
	Hoitotyön prosessin hallinta. "Tarvitaan kädentaitojen osaamista" (5.82, 0.0), "Pitää osata kartoittaa ihmisen perustarpeet" (5.94, 0.1) "Tarvitaan perushoidollista osaamista" (5.88, -0.1), "Työssä tarvitaan käsinäppäryyttä" (5.88, 0.0), "Tarvitaan taitoja havainnoida potilasta" (6.0, 0.0), "Tarvitaan taitoja hoitaa haavoja aseptisesti" (5.94, 0.1) "Tarvitaan osaamista suojata itsensä tartunnoilta" (5.94, 0.1) "Tarvitaan taitoja arvioida asiakkaan elinympäristön vaikutuksia hoitoon" (5.71, 0.2), "Pitää tuntea hyvin jatkohoitomahdollisuudet" (5.88, 0.2)	Hoitotyön prosessin hallinta. "Teknologisen osaamisen tarve työssä on suuri" (5.71, 0.8) "Täytyy hallita työmenetelmiä kohdata HIV -positiivisia ihmisiä" (6.0, 0.9) "Työssä tarvitaan taitoja etsiä tietoja" (5.88, 0.4) "Lääkehoitoihin liittyvän osaamisen tarve on suuri" (5.82, 0.5), "On osattava käyttää tietokoneita" (6.0, 0.5)
	Taidot hoitaa asiakaskeskeisesti. "Empatiaosaamista tarvitaan" (5.88, 0.1), "Työssä tarvitaan humaania asennoituminen ihmisiin" (5,94, 0.1), "Kokonaishoidon osaaminen on keskeistä hoitotyössä" (5.65, 0.3) "Tarvitaan taitoa tukea asiakkaan omaa päätöksentekoa hoidossa" (5.82, 0.3)	Taidot hoitaa asiakaskeskeisesti. "Asiakaslähtöisen työn osaamisen tarve on suuri" (5.94, 0.5), "Asiakkaiden tietotaitotason paraneminen vaatii uuden tyyppistä osaamista" (5.82, 0.8)
		Ohjaus- ja neuvontataidot. "Ohjaus- ja neuvontaosaamista tarvitaan paljon" (5.94, 0.5), "Työssä on hallittava opetusmenetelmiä monipuolisesti" (5.82, 0.5)
	Eettisen päätöksenteon taidot. "Eettisen päätöksenteon osaaminen on keskeistä" (5.41, 0.2) "On osattava kohdella ihmisiä samanarvoisina" (6.0, 0.1) "On osattava puuttua eriarvoisuuteen" (5.88, 0.2)	Eettisen päätöksenteon taidot. "Potilaan oikeudet on tunnettava hyvin" (5.76, 0.4)
Elämänhallinta	Oppimisen taito. "On osattava oppia kokemuksesta" (5.94, 0.1)	Oppimisen taito. "On osattava oppia uutta jatkuvasti" (5.94, 0.5), "Erityisosaamisen tarve on merkittävä" 5.82, 0.6), "Erityisosaaminen tulee entistä rajatummaxi" (5.06, 0.6)

Liitteet

	Henkilökohtaiset vahvuudet. "Oman työn tavoitteiden laatiminen ja niistä keskustelu kuuluu asiantuntijan osaamiseen" (5.82, 0.2), "Tarvitaan oman työn arviointitaitoja" (5.82, 0.3) "Tarvitaan paineiden- ja stressinsietokykyä" (6.00, 0.1) "Tarvitaan taitoja pysyä ajan hermolla" (5.94, 0.1)	Henkilökohtaiset vahvuudet. "On hallittava valmiudet siirtyä hoitopaikasta toiseen" (5.65, 0.9), "Omaa asiantuntijuutta on osattava markkinoida" (5.59, 0.9), "On tiedettävä, mitä osaa hyvin" (5.94, 0.5), "Omasta hyvinvoinnista on osattava huolehtia" (5.88, 0.4), "On pystyttävä tunnistamaan omia arvoja" (5.82, 0.4), "On osattava käsitellä kokemuksia avoimesti" (5.41, 0.6)
	Ongelmanratkaisutaito ja analyttisyys. "Tarvitaan taitoja kehittää omaa työtä" (6.0, 0.1)	Ongelmanratkaisutaito ja analyttisyys. "On osattava soveltaa tutkimustietoa työssä" (5.88, 0.9)
Kommunikointiosaaminen	Vuorovaikutustaito. "Tarvitaan sosiaalista osaamista" (5.94, 0.1), "Pitää osata työskennellä moniammatillisissa ryhmissä" (6.0, 0.2), "On osattava toimia tiimissä ja yhteisössä" (6.00, 0.1), "Vuorovaikutustaidot ovat perusosaamista" (6.0, 0.3), "Yhteistyötaidot ovat välttämättömiä" (5.88, 0.2)	Vuorovaikutustaito. "Tarvitaan hyvää ihmistuntemusta" (5.71, 0.4), "Täytyy osata tehdä yhteistyötä perheiden kanssa" (6.0, 0.4)
	Kuuntelutaito. "Potilaan kuuntelu on tärkeä työväline" (6.0, 0.0), "Tarvitaan kykyä kuunnella toista ihmistä" (6.0, 0.1)	
	Viestintätaito. "Tiedottamisosaamista tarvitaan" (6.00, 0.1), "Tarvitaan konsultointitaitoja" (6.0, 0.3), "On osattava käyttää tulkkipalveluita" (5.76, 0.3)	Viestintätaito. "On osattava käyttää sähköpostia" (5.94, 0.7) "Kielitaitoa tarvitaan jokapäiväisesti" (5.24, 2.1) "Englannin kieltä tarvitaan työssä" (5.41, 1.8)
Ihmisten ja tehtävien johtamisosaaminen		Johtamistaito. "On osattava toimia toisen mentorina" (5.71, 0.9), "Pitää osata tehdä yhteistyötä yksityissektorin kanssa" (5.76, 1.3), "Tarvitaan taitoja arvioida toisen työtä rakentavasti" (5.88, 0.4), "Työtoverin hyvinvoinnista on osattava huolehtia" (5.47, 0.5)
	Päätöksentekotaito. "Tarvitaan taitoja hoitaa itsenäisesti asiakasta" (5.59, 0.3)	Päätöksentekotaito. "Hoito menetelmien kehittyminen edellyttää kykyä priorisoida hoitoa tarvitsevia" (5.18, 0.4), "On osattava perustella ratkaisuja" (5.94, 0.4), "On osattava ottaa asiantuntijan vastuu työstään" (5.71, 0.4), "Tarvitaan taitoa kantaa vastuuta itsenäisesti" (6.0, 0.4)
	Taito hallita konflikteja. "Tarvitaan taitoja sietää erilaisuutta" (5.94, 0.3)	
	Suunnittelu- ja organisointitaito. "Tarvitaan kykyä organisoida työtä" (5.88, 0.1)	

Innovaatioiden ja muutosten vauhdittamisosaaminen	Käsitteellinen ajattelu "Tarvitaan taitoja tutkia omaa työtä ja työssä käytettäviä toimintamalleja" (5.94, 0.1), "Tarvitaan valmiuksia ottaa käyttöön uusia työtapoja" (5.94, 0.1)	
		Luovuus, innovatiivisuus ja muutosherkkyys. "Työssä tarvitaan uskallusta kyseenalaistaa asioita" (5.65, 0.6), "Tarvitaan taitoja tehdä työtä eläytymällä" (5.18, 0.5), "Työssä tarvitaan luovuutta" (5.94, 0.5), "Tarvitaan taitoa joustaa työssä" (5.82, 0.4)

Liitetaulukko 4. Hoitotyö ja hoitohenkilöstö vuonna 2010.

Pääkategoria	Alakategoriat	Väittämät
Hoitotyö	Teknologia liittyy jokapäiväiseen työhön	Sähköinen konsultointi on jokapäiväistä hoitotyössä 5.45, 2.4 Työtä tehdään sähköisissä verkoissa, on nettihoitajia 4.63, 2.4 Tiedonkulku on nopeaa ja muuttaa hoitotyötä 5.05, 1.6 Hoidon teknistyminen on huimaa 5.17, 0.8 Teknologiaa käytetään tukemaan potilaan hoitoa, ei korvaamaan ihmistyötä, 5.19, 0.9 Tietoturva on tärkeää tietotekniikan ja kirjaamisjärjestelmien kehittyessä 5.88,0.4
	Hoitotyössä käytetään monipuolisia auttamismenetelmiä	Hoitotyön auttamismenetelmät ovat monipuolisia 5.30, 0.8 Yksilövastuista hoitotyötä ei tarvita 1.90, -0.5 Hoitotyö on kaavamaisista 2.59, -0.5 Kuntouttava hoitotyö lisääntyy 5.50, 1.1 Lääkärin ja hoitajan työt lähenevät toisiaan 4.50, 0.8
	Potilaat ovat monisairaita ja vaikeahoitoisia,	Suuri osa ikääntyneistä on monisairaita 4.90, 0.8 Potilaat ovat vaikeahoitoisia 4.76,0.7 Vaikeita sairaalabakteereja esiintyy yhä enemmän 4.50, 0.9 Elinsiirrot lisääntyvät 5.13, 0.8 Ikääntyvä väestö on huonokuntoista 4.37, 0.2
	Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoito korostuu	Mielenterveysongelmien hoito sitoo huomattavasti resursseja 5.28, 0.9 Päihdeongelmien myötä hoitoon tulee paljon nuoria 5.45, 0.8 Päihteiden ja huumeiden käyttö on merkittävä hoitotyön tarvetta aiheuttavana tekijänä 5.62, 0.9 Päihdeongelmien mukana tulee uusia sairauksia 5.60, 0.8
	Hoitotyön päätöksenteko perustuu tutkittuun tietoon	Hoitotyö ja hoitotyön päätöksenteko perustuu tutkittuun tietoon 5.18, 0.9
	Työssä koetaan turvattomuutta	Väkivaltaisten asiakkaiden määrä hoitotyössä on ongelma 5.03, 0.9 Yhteiskunnan väkivaltaisuus lisää hoidon tarvetta 5.40, 0.8 Henkilökunta käyttää hälyttimiä turvanaan 5.50, 1.7 Riskipotilaita (päihde- ja huumeongelmaisia) on paljon 5.48, 1.1
Henkilöstö	Pula ammattikoulutetuista työntekijöistä	Työikäisten väheneminen vaikeuttaa henkilökunnan saantia hoitotyöhön 5.02,0.6 Koulutetusta henkilökunnasta on pulaa 5.00, 1.6

Liitteet

		Uuden työvoiman tarve on suuri 5.44, 1.4 Koulutetun henkilökunnan pulan takia sairaaloihin tulee kouluttamatonta henkilökuntaa 4.41, 1.5 Jokainen koulutettu otetaan työhön, osaamista ei voida käyttää rekrytoinnin perustana 4.20,1.5
	Ammattikoulutetut jakaantuvat hyvän ja heikon koulutuksen saaneisiin	Hoitohenkilökunta jakaantuu selvästi hyvin koulutettuihin osajiin ja vastuunkantajiin sekä huonosti koulutettuihin tekijöihin 3.34, 0.9
	Koulutus vaikuttaa tehtävien jakoon hoitotyössä	Koulutettujen vastuu kasvaa kouluttamattomien hoitajien myötä 5.35, 0.9 Ammattikoulutetut hoitavat vain kaikkein sairaimpia 4.62, 1.8
	Henkilökuntapula vaikuttaa työssä olevien jaksamiseen	Päihteiden käyttö on tavallista hoitotyöntekijöiden keskuudessa 3.77,0.8 Loppuun palaminen on merkittävä ongelma hoitotyössä 4.90, 0.1
	Henkilöstön jaksamista tuetaan	Fyysinen työympäristö tukee henkilöstön jaksamista 4.02, 0.8 Hoitotyöntekijöitä ei palkata niin paljon kuin olisi tarpeen 5.22, -0.2
	Moniammatillinen tiimityö on toimivaa	Moniammatillinen tiimi vastaa hoidosta 5.33, 0.8 Ammattiryhmät toimivat potilaan laadukkaana hoidon hyväksi tasavertaisina 3.85, 0.5
	Osa henkilökunnasta on ulkomaalaisia	Osa hoitotyöntekijöistä on ulkomaalaisia 5.08,1.9
	Kouluttamattomat ja omaiset hoitavat iäkkäitä kotihoidossa	Kotihoidossa on paljon kouluttamattomia hoitoavustajia 3.84, 0.9 Omaiset vastaavat kotihoidosta 4.65, 0.9
	Kouluttamaton henkilökunta tekee perushoitoa	Kouluttamaton henkilökunta tekee perushoitoa 4.24, 1.0

Liitetaulukko 5. Yhteiskuntaa ja palvelujärjestelmää vuonna 2010 luonnehtivat piirteet.

Pääkategoria	Alakategoriat	Väittämät
Eriarvoisuus yhteiskunnassa ja palvelujen saamisessa	Ihmiset ovat eriarvoisia yhteiskunnassa Väestö jakaantuu hyvinvoinnin ja syrjäytyneisiin Hyvinvoivat voivat hankkia terveyspalveluita, syrjäytyneet jäävät ilman hoitoa Maaseudulla asuvilla on kaupungeissa asuvia heikommat mahdollisuudet hankkia terveyspalveluja Kalliit yksityissairaalat tarjoavat kunnallisia sairaaloita parempitasoisia palveluja Ikä vaikuttaa hoitojen saamiseen Hoitopaikkoja ei riitä kaikille Arvojen koveneminen vaikuttaa palvelutarjontaan	Ihmiset ovat eriarvoisia yhteiskunnassa. (5.57, 1.0) Väestö on jakaantunut A- ja B -kansalaisiin ja syrjäytyneisiin. (5.22, 1.5) Syrjäytyneet jäävät ilman hoitoa 4.44, 1.0) Malla ei saa yhtä hyviä palveluja kuin kaupungeissa. (4.40, 0.9) Sairaalat ja hoitopaikat jakaantuvat kalliisiin hyvätasoisiin yksityisiin ja huonompiin kunnallisiin. (4.71, 1.5) Hyvää hoitoa saavat vain ne, joilla on varaa maksaa palveluista. (4.78, 1.4) Ikä ei vaikuta hoitojen saamiseen. (3.22, -0.2) Väestön ikärakenteen muutos muuttaa painopisteitä terveydenhuollossa. (5.41, 0.4) Pitkäaikaispaikkojen määrä on riittävä. (2.33, -0.2) Elämän kunnioittaminen on keskeinen arvo terveydenhuollossa. (4.58, -0.3) Ihmisten arvot muuttuvat kovemiksi. (4.95, 0.7)
Rajoitettu palvelutarjonta	Kaikkia hoitoa tarvitsevia ei hoideta Terveyspalvelujen saajat päätetään hoidon tarpeen ja hoitomahdollisuuksien perusteella (priorisoidaan)	Hoidon priorisointi on välttämätöntä, kaikille ei ole varaa antaa kaikkea. (4.63, 0.9) Kunnallistalouksissa eletään yli varojen, mikä johtaa terveydenhuollon yksityistämiseen. 4.00,

	Kuntien taloudellinen kantokyky vähentää palvelujen tuottamista	Kaikkia ei voida hoitaa, koska resursseja on rajallisesti. (4.71, 1.1) Kaikkia ei voida hoitaa, koska hoito on kallista. (4.34, 1.1) Erikoissairaanhoidossa ei hoideta kaikkia hoitoa tarvitsevia. (4.34, 0.9) Potilas saa vain välttämättömän hoidon. (3.78, 0.6)
Taloudellisille tekijöille perustuva palvelutarjonta	Potilaat saavat hoitoa maksukyvn mukaan	Raha ratkaisee hoidossa. 4.89, 1.1) Maksavia potilaita otetaan myös muista maista. 4.61, 1.3) Kilpailu rajanjaosta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken on kovaa. (5.75, 0.4)
Monikulttuurinen yhteiskunta	Väestö on monikulttuurista ja kulttuurit elävät rinnakkain yhteiskunnassa Vierasmaalaiset asukkaat ja matkustelu lisäävät palvelujen tarvetta ja tuovat uusia sairauksia	Eri kulttuurit elävät rinnakkain yhteiskunnassa. (4.61, 0.8) Väestö on monikulttuurista. (5.32, 1.2) Vierasmaalaisten asiakkaiden määrän kasvu lisää hoidon tarvetta. (4.76, 0.8) Ihmisten liikkuminen ja matkustelu tuo uusia ja tuntemattomia sairauksia. (5.59, 0.8)
Muutos palvelujen organisoimisessa	Palvelujen tuottamisessa painottuu avohoito Lisääntyvä yhteistyö ja joustavuus hoidon eri tasojen ja toimijoiden kesken Julkista terveydenhuoltoa on vähennetty ja yksityistä lisätty Yksityyssairaalat lisäävät valinnanmahdollisuuksia Hoidot on organisoitu tehokkaasti, hoitoajat sairaalassa ovat lyhyitä Perheiden merkitys hoidon toteuttajina lisääntyy Laitoksissa hoidetaan vain huonokuntoisia vanhuspotilaita, ikääntyneitä hoidetaan kodeissa ja kodinomaisissa hoitoyksiköissä Erikoissairaanhoidon tarjoaa hyvin erikoistunutta hoitoa valikoiduille potilaille Terveydenhuollon palvelut ovat maksullisia	Kotisairaalatoimintaa on joka paikkakunnalla. (4.50, 2.6) Kotihoito on tärkeä osa hoidon kokonaisuutta. (5.55, 0.4) Avohoito on yleisin hoitopalvelu. 4.88, 1.3) Erikoissairaanhoidon on poliklinikkapainotteista. (5.10, 1.4) Julkinen terveydenhuolto ajetaan alas. (4.64, 0.9) Haasteiden lisääntyminen parantaa yhteistoimintaa ja joustavuutta hoidon eri tasojen ja toimijoiden kesken. (4.65, 1.0) Hoitojaksot sairaalassa ovat hyvin lyhyitä. 4.97, 1.0) Yksityyssairaaloiden määrän kasvu lisää valinnanmahdollisuuksia. (5.67, 1.0) Tehokkuus hoidon organisoimisessa lisääntyy. 4.85, 0.8) Erikoissairaanhoidon palveluja tarjotaan myös perusterveydenhuollossa. 4.74, 1.1) Perheverkostot ovat välttämättömiä hoitoa järjestettäessä. (4.58, 0.4) Hyväkuntoisia vanhuksia on laitoksissa. (2.30, -0.2) Ikääntyneitä hoidetaan kodinomaisissa hoitoyksiköissä. (4.90, 0.9) Erikoissairaanhoidossa on hyvin erikoistuneita hoitoja. (5.18, 0.6) Erikoissairaanhoidossa on hyvin kalliita hoitoja. (5.43, 0.4) Maksuttomia terveystalvuuksia tarjotaan kaikille. (2.44, -1.1)
Monet tekijät yhteiskunnassa vaikuttavat väestön terveyteen ja hyvinvointiin	Terveydenhuollon toimet yksin eivät riitä edistämään ja ylläpitämään väestön terveyttä	Terveydenhuollon mahdollisuudet edistää terveyttä ovat hyvät. (3.41, -0.3) Terveydenhuollon mahdollisuudet ylläpitää terveyttä ovat hyvät. (3.33, -0.4)

Liitteet

<p>Terveyspalvelujen käyttäjien oikeudet lisääntyvät, samoin heidän vastuunottonsa omasta terveydestään ja hoidostaan</p>	<p>Potilailla on oikeus yksilöllisten tarpeiden mukaiseen hoitoon Potilailla on oikeus korkeatasoiseen hoitoon ja hyvää palveluun Ihmisillä on oikeus päättää omasta hoidostaan ja hoitopaikastaan Ihmiset vastaavat itsehoidostaan</p>	<p>Laki- ja potilaan oikeudet ohjaavat hoitoa. (4.82, 0.8) Palveluilta edellytetään suurta yksilöllisyyttä. (5.18, 0.9) Potilaan tarpeet määräävät hoidot. (5.25, 1.3) Ihmiset ovat vaativia palvelujen käyttäjinä. (5.55, 1.3) Potilaat tekevät itseään ja hoitoaan koskevat päätökset. (4.70, 1.5) Potilaalla on täysi vastuu itsehoidostaan. (4.44, 0.8) Potilaat vaativat hoitajalta ajantasaista tietoa. (5.69, 0.9) Potilaat vaativat ammattitaitoista palvelua. (5.64, 0.8) Ihmiset vaativat vaihtoehtoja hoitopaikalleen ja hoidolleen. (5.48, 1.4) Potilaat ovat hyvin omatoimisia. (4.05, 1.3)</p>
---	--	---



Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja

- 1
Nousiainen, Inkeri 1998.
Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsitteitä sairaanhoitajan työn osaamisalueista.
Jyväskylä.
Sosiaali- ja terveysala.
- 2
Hakonen, Sinikka (Toim.) 1999.
Sinä poljet – minä ohjaan, Sosiaalialan käytännön ohjauksen teoreettisia perusteita. Jyväskylä.
Sosiaali- ja terveysala.
- 3
Hakonen, Sinikka 2000.
Polkuja asiantuntijuuteen, Sosiaalialan käytännön ohjauksen kehittämisen – prosessikuvaus. Jyväskylä.
Sosiaali- ja terveysala.
- 4
Kaikkonen, Leena; Hanson, Siiri; Kraav, Mare & Mutka, Ulla (EDS.) 1999.
Spanning Boundaries in Collaboration, Developing Vocational Teacher Education in Estonia. Jyväskylä.
Vocational Teacher Education College. Centre for Human Resource Development.
- 5
Arola, Esa; Mikkonen, Tuula (Eds.) 1999.
Tourism Industry and Education Symposium, Symposium Proceedings. Jyväskylä.
School of Tourism and Services Management.
- 6
Immonen, Mirja; Hynynen, Pirjo; Mälkiä, Esko; Panhelainen, Mauri; Töytäri-Nyrhinen, Aija 2001.
Fysioterapian tulevaisuutta rakentamassa, Jyväskylän yliopiston ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun fysioterapiakoulutuksen yhteistoimintakokeilu. Jyväskylä.
Sosiaali- ja terveysala.
- 7
Nurminen, Anne (Toim.) 2001.
Internetistä vuohenmaitojuustoon, Artikkelikokoelma Jyväskylän ammattikorkeakoulun matkailu-, ravitsemis- ja talousalan vuoden 2000 opinnäytteistä. Jyväskylä.
Matkailu-, ravitsemis- ja talousala.
- 8
Virtala, Matti (Toim.) 2001.
Ammattikoulusta korkeakouluun?, Väylä-projektin loppuraportti. Jyväskylä.
- 9
Nurminen, Anne (Toim.) 2001.
Suosta sähköiseen käsikirjaan, Artikkelikokoelma Jyväskylän ammattikorkeakoulun matkailu-, ravitsemis- ja talousalan vuoden 2001 opinnäytteistä. Jyväskylä.
Matkailu-, ravitsemis- ja talousala.
- 10
Lehto, Eija; Heikkilä, Johanna 2001.
Maatalousyrittäjien työssä jaksaminen, Agro-poli-hankkeen loppuraportti. Jyväskylä.
Sosiaali- ja terveysala.

11

Perttinä, Pirkko 2002.

Kuka minusta puhuu?, Asiakkaan asema kuntoutussuunnittelussa. Jyväskylä.

Sosiaali- ja terveysala.

12

Kukkola, Jenni; Renfors, Tiina;

Kallioniemi, Kirsi 2002.

Suo mahdollisuutena matkailussa. Jyväskylä.

Matkailu-, ravitsemis- ja talousala.

13

Karhunen, Jouni (toim.); Hokkanen, Simo; Luukkainen, Martti 2002.

Johdatus logistiseen ajatteluun. Jyväskylä.

Tekniikka ja liikenne.

14

Lerikkanen, Jukka 2002.

Koulutus- ja uravalinnan ongelmat. Koulutus- ja uravalinnan tavoitteen saavuttamista haittaavat ajatukset sekä niiden yhteys ammattikorkeakouluopintojen etenemiseen ja opiskelijoiden ohjaustarpeeseen. Jyväskylä.

Ammatillinen opettajankorkeakoulu.

15

Arola, Esa; Kärkkäinen, Jouni; Siitari, Maija-Liisa (EDS.) 2002.

Tourism and Well-Being, The 2nd Tourism Industry and Education Symposium, Symposium Proceedings.

School of Tourism and Services

Management

16

Leiwo, Lea; Heikkilä, Johanna;

Matikainen, Maritta 2002.

Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointi, Hoke-hankkeen loppuraportti.

Sosiaali- ja terveysala.

Myynti ja Jakelu

Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjasto

PL 207, 40101 Jyväskylä

Rajakatu 35

40200 Jyväskylä

Puh. (014) 444 67 57

Faksi (014) 444 67 00

Sähköposti: kirjasto@jypoly.fi



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JYVÄSKYLÄ POLYTECHNIC

PL 207, 40101 Jyväskylä
Rajakatu 35
40200 Jyväskylä
Puh. (014) 444 66 11
Faksi (014) 444 66 00
Sähköposti: jamk@jypoly.fi

Luonnonvarainstituutti
School of Natural Resources

Tekniikka ja liikenne
School of Engineering and Technology

Informaatioteknologian instituutti
School of Information Technology

Hallinto ja kauppa
School of Business

Matkailu-, ravitsemis- ja talousala
School of Tourism and Service Management

Sosiaali- ja terveysala
School of Health and Social Care

Kulttuuri
School of Cultural Studies

Ammatillinen opettajakorkeakoulu
Vocational Teacher Education College