

# Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi

Työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako.  
Työolosuhteiden kehittäminen ja täydennys-  
koulutuksen järjestäminen  
15.1.2002

Selvityshenkilöt:

Matti Uusitupa, rehtori, Kuopion yliopisto (vastuuhenkilö)

Riitta Simoila, terveysjohtaja, Helsingin kaupungin terveysvirasto

## Selvitystyön organisointi

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 1.10.2001 selvityshenkilöiksi, rehtori Matti Uusituvan Kuopion yliopistosta (vastuuhenkilö) ja terveysjohtaja Riitta Simoilan Helsingin kaupungin terveysvirastosta sekä tukiryhmän, johon nimettiin:

Marja-Liisa Niemi, opetusneuvos, opetusministeriö

Heikki Mäenpää, neuvotteleva virkamies, opetusministeriö

Tuomo Pääkkönen, johtava lääkäri, Suomussalmi

Marjukka Vallimies-Patomäki, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Silja Hiironniemi, apulaiskaupunginjohtaja, Oulu

Amos Pasternack, professori, Tampere

Vappu Taipale, pääjohtaja, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes

Hannu Pajunpää, sairaanhoitopiirin johtaja, Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Kerttu Oikarinen, yliopettaja, Rovaniemen ammattikorkeakoulu, terveysala

Ilkka Pernu, ylihoitaja, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, psykiatrian yksikkö

Helena Sällinen, perushoitaja, Jämsän sairaala

Selvityshenkilöt kutsuivat sihteeriksi TtT, johtava ylihoitaja Anneli Ension Varkauden sairaalasta.

## Sisällys

|                                                                                                                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 Johdanto ja tiivistelmä kehittämissesityksistä</b>                                                                                                                        | <b>5</b>  |
| <b>2 Tukiryhmän työskentely</b>                                                                                                                                                | <b>8</b>  |
| <b>3 Kehittämissesitykset</b>                                                                                                                                                  | <b>9</b>  |
| Valtakunnallisen neuvottelukunnan ja alueellisten neuvottelukuntien<br>nimeäminen terveydenhuollon työvoimatarpeen arviointia, koulutuksen<br>kehittämistä ja seurantaa varten | 9         |
| Terveydenhuollon vetovoimaisuuden ja julkisuuskuvan parantaminen                                                                                                               | 11        |
| Työvoimapulaan varautuminen                                                                                                                                                    | 12        |
| Yhtenäisen, moniammatillisen, alan korkeakoulututkinnon jälkeisen<br>johtamiskoulutuksen käynnistäminen terveydenhuollossa                                                     | 23        |
| Täydennyskoulutuksen järjestäminen                                                                                                                                             | 26        |
| Ensihoidon järjestäminen ja koulutus                                                                                                                                           | 28        |
| <b>Aiheeseen liittyvää kirjallisuutta</b>                                                                                                                                      | <b>29</b> |
| <b>Liite 1. Tukiryhmän kokousmuistiot (vain alkuperäisessä paperiversiossa)</b>                                                                                                |           |
| <b>Liite 2. Selvityshenkilöiden ja tukiryhmän kuulemat asiantuntijat</b>                                                                                                       |           |
| <b>Liite 3. Asiantuntijoiden esittämät kirjalliset kannanotot (vain alkuperäisessä<br/>paperiversiossa)</b>                                                                    |           |
| <b>Liite 4. Selvityshenkilöille toimitettu muu kirjallinen materiaali (vain alkuperäisessä<br/>paperiversiossa)</b>                                                            |           |

## 1. Johdanto ja tiivistelmä kehittämissesityksistä

Valtioneuvosto asetti 13.9.2001 kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (STM 125:00/2001). Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 1.10.2001 projektille selvityshenkilöt ja tukiryhmän tehtävälaittain. Tehtäväkokonaisuuden *Työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako. Työolosuhteiden kehittäminen ja täydennyskoulutuksen järjestäminen* (STM 125:2/2001) selvityshenkilöiksi nimettiin rehtori Matti Uusitupa Kuopion yliopistosta (vastuuhenkilö) ja terveysjohtaja Riitta Simoila, Helsingin kaupungin terveysvirastosta.

Sihteeriksi kutsuttiin TtT, johtava ylihoitaja Anneli Ensio Varkauden sairaalasta. Tukiryhmän jäsenet on esitetty sivulla 3 ja kuullut asiantuntijat (taustaryhmä) liitteessä 2.

Selvityshenkilöiden ja tukiryhmän tuli tehdä ehdotuksia täydennyskoulutuksen ja henkilöstön työnjaon kehittämisestä, terveydenhuollon työolosuhteiden parantamisesta sekä siitä, miten ehdotukset toteutetaan. Lisäksi tuli antaa työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan ehdotusten toimeenpanoesitys.

Selvitystehtävän taustasta asettamispäätöksessä todetaan lisäksi mm:

1. terveydenhuollon työvoimapula sekä perus- että erikoissairaanhoidossa,
2. terveydenhuollon yksiköiden johtamistehtäviin kouluttautumiseen liittyvät ongelmat ja johtamiseen liittyvät puutteellisuudet,
3. täydennyskoulutuksen epäsystemaattisuus ja riittämättömyys,
4. uusien käyttöön otettavien menetelmien arvioinnin puutteellisuus,
5. riittämätön huomiointi vaikuttavuudesta ja kustannuksista.

Selvitystyön aikana selvityshenkilöt ovat kuulleet paitsi tukiryhmäänsä, kutsuttuja asiantuntijoita (taustaryhmä), johtoryhmää sekä lukuisia muita terveydenhuollon asiantuntijoita ja käytännön työntekijöitä. Selvitystyön kulusta on informoitu myös peruspalveluministeri Soininvaaraa. Selvityshenkilöillä ja tukiryhmällä on ollut käytössään lukuisia raportteja sekä opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön virkamiesten toimittamia suullisia ja kirjallisia selvityksiä. Tukiryhmän kokousten muistiot ovat selvityksen liitteenä.

Työskentelyn alkuvaiheessa selvityshenkilöt kartoittivat keskinäisessä kokouksessaan tehtäväksi antoa, jäsensivät sitä ja laativat ryhmälleen tehtäväksiannon pohjalta keskeiset kehittämistarpeet tunnistettujen ongelmien pohjalta sekä työskentelyaikataulun.

Työskentely pohjautui seuraaviin työskentelytapoihin:

1. selvityshenkilöiden keskinäiset keskustelut,
2. olemassa olevan tiedon kokoaminen ja analysointi,
3. tukiryhmän kokoukset, joissa käsiteltiin asiat ongelma-aiheittain,

4. asiantuntijoiden kuuleminen ja kirjalliset kannanotot sekä muu selvityshenkilöille toimitettu kirjallinen materiaali,
5. kirjalliset kuulemiset.

Selvityshenkilöt ryhmittelivät tehtävänsä viiteen asiakokonaisuuteen:

1. työvoiman tarve,
2. keskinäinen työnjako,
3. työolosuhteet ja johtaminen,
4. täydennyskoulutus ja
5. perus- ja jatkokoulutus.

Ryhmittely vastasi asetettua tehtävää:

1. Miten työvoimatarpeen ennakkointitoimikunnan ehdotusten toimeenpano voidaan varmistaa?
2. Miten eri henkilöstöryhmien täydennyskoulutusjärjestelmää voidaan nykyisen ja tulevan koulustarpeen valossa parhaiten kehittää ja miten se tulee rahoittaa?
3. Miten työolosuhteita voidaan parantaa ja työssä pysymistä edistää kehittämällä johtamista ja johtamiskäytäntöjä?
4. Kuinka ja missä määrin keskeisten työntekijäryhmien työnjakoa voidaan kehittää?
5. Miten terveydenhuollon eri henkilöstöryhmien perus- ja jatkokoulutusta voidaan kehittää siten, että koulutus parhaiten vastaa palvelujärjestelmän tarpeisiin?
6. Mitkä ovat ne toimenpiteet, joilla esitettävät ehdotukset toteutetaan?

Työskentelyn aikana selvityshenkilöt ja tukiryhmä totesivat asetettujen tehtävien vastaavan hyvin terveydenhuollon kehittämistarpeita. Lisäksi työskentelyn aikana nousi esiin terveydenhuollon vetovoimaisuuden heikkeneminen, mikä koskee sekä alalle hakeutumista että jo koulutetun henkilöstön pysymistä alalla. Selvityshenkilöt totesivat puutteita myös terveydenhuollon henkilöstön koulutusmäärien arvioinnissa, koulutusten vastaavuudessa liittyen työelämän tarpeisiin ja eri vastuutahojen (mm. eri ministeriöt) ja koulutusyksiköiden keskinäisessä yhteistyössä. Koulutusmäärät eivät vastaa myöskään alueellisia tarpeita. 1990-luvun syvän laman todettiin edelleen vaikuttavan siihen, miten terveydenhuoltohenkilöstöä rekrytoidaan ja siihen, että yli 30 000 terveydenhuollon ammattilaista on pysyvästi siirtynyt muualle kuin terveydenhuollon palvelukseen. Eräillä alueilla Suomessa vallitseva paha lääkäripula koettiin keskeiseksi ongelmaksi ja siihen toivottiin nopeita ratkaisuja. Koulutusmääriä toivottiin nostettaviksi. Sairaanhoitajakoulutusta toivottiin uudistettavaksi ja yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen yhteistyön parantaminen katsottiin välttämättömäksi. Erityisesti tämä liittyy lähivuosina yhä pahentuvaan lähijohtajapulaan terveydenhuollossa. Täydennyskoulutus todettiin hajanaiseksi, eikä se ole riittävän tavoitehakuista. Täydennyskoulutuksen rahoituksessa on huomattavia työnantaja- ja aluekohtaisia eroja. Johtamiskoulutuksessa moniammatillista koulutusta pidettiin tärkeänä. Työryhmä otti kantaa myös ensihoidon järjestämiseen Suomessa, koska alan koulutustarpeet on tiedostettu ja ensihoito kaipaakin selkeitä valtakunnallisia linjauksia.

Työryhmätyöskentelyn tuloksena selvityshenkilöt päätyivät antamaan seuraavasti ryhmitellyt kehittämissesitykset, jotka kuvataan yksityiskohtaisemmin perusteluineen jäljempänä:

1. Terveystenhuollon työvoimatarpeen arviointi, koulutuksen kehittäminen ja seuranta.
2. Terveystenhuollon vetovoimaisuuden ja julkisuuskuvan parantaminen.
3. Työvoimapulaan varautuminen.
4. Johtaminen ja työyhteisöjen kehittäminen.
5. Täydennyskoulutuksen järjestäminen ja rahoitus.
6. Ensihoidon järjestäminen ja koulutus.

## 2. Tukiryhmän työskentely

Selvitystyö käynnistyi 18.10.2001 selvityshenkilöiden yhteisellä tapaamisella. Tukiryhmä on kokoon-  
tunut seitsemän kertaa. Tukiryhmä kutsui ensimmäisessä kokouksessaan pysyväksi asiantuntijaksi  
opetusneuvos Terttu Jääskeläisen opetusministeriöstä. Osaan tukiryhmän kokouksista on osallistunut  
myös neuvotteleva virkamies Jouko Isolauri sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Aiheen käsittely jaettiin kokouksittain seuraaviin teemoihin:

- 29.10.2001 keskustelu tehtäväksiannosta, työskentelytavoista sopiminen,
- 15.11.2001 ammattikorkeakoulujen ja toisen asteen koulutus, ammattikorkeakoulujen ja  
yliopistojen välinen yhteistyö terveystieteen ammattien koulutuksessa, työnja-  
ko,
- 07.12.2001 lääkäreiden perus-, erikois- ja täydennyskoulutus, terveydenhuoltohenki-  
löstön johtamiskoulutus,
- 12.12.2001 johtaminen ja työolosuhteet terveydenhuollossa, ensihoidon järjestäminen,  
tiettyjen ammattiryhmien koulutustarve,
- 20.12.2001 asiantuntijaryhmien, viranomaisten ja järjestöjen kuuleminen,
- 02.01.2002 asiantuntijaryhmien, viranomaisten ja järjestöjen kuuleminen,
- 03.01.2002 yhteenveto kuulemisista ja kehittämis ehdotusten muotoileminen.

Tukiryhmän kokousten muistiot ovat liitteessä 1 ja luettelo taustaryhmänä kuulluista henkilöistä liit-  
teessä 2. Taustaryhmän kuulemisen yhteydessä esitetyt kirjalliset kannanotot ovat liitteessä 3 sekä sel-  
vityshenkilöille toimitettu muu kirjallinen materiaali liitteessä 4.

Raportin laatimisessa on taustamateriaalina käytetty lisäksi selvityshenkilöiden, tukiryhmän jäsenten ja  
sihteerin kokoamaa materiaalia.

### 3. Kehittämisesitykset

#### **Kehittämisesitys 1: Valtakunnallisen neuvottelukunnan ja alueellisten neuvottelukuntien nimeäminen työvoimatarpeen arviointia, koulutuksen kehittämistä ja seurantaa varten**

Valtioneuvosto / asianomaiset ministeriöt asettavat toimintakaudekseen riittävän arvovaltaisen pysyvän neuvottelukunnan tai vastaavan toimielimen, johon kuuluu jäseniä sosiaali- ja terveysministeriöstä, opetusministeriöstä, työministeriöstä, valtiovarainministeriöstä, yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen koulutusyksiköistä sekä työnantajataholta. Neuvottelukunnan keskeinen tehtävä on ottaa kokonaisvastuu terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksen kehittämisestä, riittävydestä ja koulutustarpeen seurannasta. Tärkeää on, että ehdotettavalle toimielimelle nimetään vastuunalainen puheenjohtaja, esim. sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö. Tämä toimielin raportoi vuosittain valtioneuvostolle tehtäväksi antonsa edistymisestä, siinä ilmenneistä ongelmista ja kehittämistarpeista. Keskeisiä tehtäviä ovat koulutuksen kehittäminen vastaamaan työelämän vaatimuksia ja uuden tutkimustiedon ja informaatioteknologian tuomien mahdollisuuksien hyödyntäminen terveydenhuollon koulutuksessa, koulutusyksiköiden välisen yhteistyön tiivistäminen, koulutustarpeen arviointi ja seuranta, työmarkkinatilanteen seuranta ja riittävän rahoituksen turvaaminen alan koulutuksen ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi vastaamaan väestön tarpeita. Toimielimelle tulee perustaa pysyvä sihteeristö, joka tuottaa sen tarvitseman taustatiedon kehittämisesityksien ja päätöksenteon pohjaksi. Sihteeristö voidaan nimetä asianomaisten ministeriöiden virkamiehistä, opetushallituksesta ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta (Stakes).

Nimetään yliopistosairaanhoitopiirien vastuualueiden mukaisesti terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksen alueelliset neuvottelukunnat, joiden vastuulla on alueellisen koulutustarpeen arviointi, terveydenhuollon henkilöstön koulutuksen (perus- jatko- ja täydennyskoulutus) alueellinen järjestäminen ja kehittäminen ja raportointi kansalliselle elimelle. Alueelliset neuvottelukunnat nimeää sosiaali- ja terveysministeri nelivuotiskaudeksi. Neuvottelukunnan jäsenet valitaan lääninhallituksesta, yliopistoista, ammattikorkeakouluista, sairaanhoitopiireistä ja perusterveydenhuollosta sekä Työvoima- ja elinkeinokeskuksista (TE-keskukset). Neuvottelukunta voi nimetä erillisiä alatyöryhmiä tekemään selvityksiä ja kehittämis ehdotuksia.

#### **Tausta ja perustelut**

Terveydenhuoltohenkilöstön koulutustarpeen arviointi ja ennakointi useiden vuosien päähän ei ole helppo tehtävä, ja esim. lääkärinkoulutuksen kohdalla sisäännotot ovat vaihdelleet voimakkaasti varsin lyhyellä aikavälillä. Tehtyihin ratkaisuihin ovat vaikuttaneet paitsi kulloinkin vallitseva taloudellinen tilanne, esim. 1990-luvun lama, myös ristiriitaiset käsitykset koulutustarpeen riittävydestä. Sairaanhoitajakoulutuksen sisältöä ja rakennetta on voimakkaasti muutettu ja uusiutunutta koulutusta on ar-

vosteltu siitä, ettei se vastaa kaikin osin työelämän tarpeita. Myös lääkärikoulutuksessa on havaittu puutteita esim. koulutuksessa perusterveydenhuoltoon ja johtamiseen. Sairaanhoitajakoulutuksessa tarvitaan nykyistä enemmän yhteistyötä ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen välillä. Eräänä syynä koulutusmäärissä ja koulutuksen sisällössä todettuihin ongelmiin ja rahoituksen riittävyyteen on katsottu olevan eri ministeriöiden vastuualueiden kosketuspintojen vähäisyys. Sosiaali- ja terveysministeriön tärkeä tehtävä on turvata maassamme terveydenhuollon toimivuus ja vastata alan kehittämistä. Terveydenhuolto ei toimi kunnolla ilman riittävää ja hyvän koulutuksen omaavaa henkilöstöä. Koulutuksen sisällöstä ja koulutusmääristä vastaa viime kädessä opetusministeriö. Arvioitaessa terveydenhuoltohenkilöstön koulutustarvetta ja koulutuksen sisältöä (määrä ja laatu) sosiaali- ja terveysministeriö toimii koulutuksen "tilaajana" ja opetusministeriö järjestää koulutuksen yhteistyössä koulutusyksiköiden kanssa. Rahoituksen riittävyys ja osin kohdentuminen on riippuvainen paitsi valtioneuvoston myös valtiovarainministeriön ratkaisusta. Työministeriö puolestaan seuraa työmarkkinatilannetta ja kantaa työllistämisvastuun.

Koulutusyksiköillä on koulutuksen järjestelyissä varsin suuri autonomia. Tämä on osaltaan johtanut siihen, että erityisesti sairaanhoitajakoulutuksessa on syntynyt laadullista kirjavuutta, osasyynä on myös alalle hakeutuvan opiskelija-aineksen muutokset. Tiukka rahapolitiikka on johtanut mm. terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksen suhteen ratkaisuihin, joiden pitkäkestoista vaikutusta ei ole osattu ennakoida. Työnantajat laativat työntekijöiden pätevyysvaatimukset ottaen huomioon vallitsevan lainsäädännön. Kunnat ja kuntayhtymät ovat suurin työllistäjä julkisessa terveydenhuollossa maassamme, mutta kuntakenttä on varsin hajanainen ja kuntien taloudellinen kantokyky on erilainen. Em. seikat ovat johtaneet siihen, että terveydenhuoltohenkilöstömme koulutustarvetta ei ole osattu ennakoida riittävän tarkoin. Esim. sairaanhoitopiireille tehdyn kyselyn mukaan 1990-lopulla sairaanhoitopiirit ennakkoivat erikoislääkäritarpeen suurenemisen samalla kuin lääkärikoulutusta supistettiin varsin rajusti maassamme. Sairaanhoitajien koulutus tapahtuu varsin monissa ammattikorkeakouluissa, jolloin koulutuksen sisältö ja vaatimukset ja valmistuvien valmiudet siirtyä työelämään voivat olla vaihtelevia. Yliopistojen suhtautumisessa ammattikorkeakouluissa suoritettujen opintojen korvaavuuteen on alueellisesti eroja, kun opiskelija siirtyy ammattikorkeakoulusta yliopistoon. Selvittämättä on alemman korkeakoulututkinnon merkitys ja vastaavuus koskien terveydenhuoltohenkilöstön ammattinimikkeitä.

Osasyynä terveydenhuoltomme kasvaviin ongelmiin on koko järjestelmämme hajanaisuus ja keskitetyn ohjauksen ohuus. Tämä koskee osittain myös koulutuksessa ilmenneitä ongelmia. Perustuen koulutuksen haasteellisiin kehittämistarpeisiin on päädytty ehdottamaan em. neuvottelukuntaa/toimielintä, joka ottaisi kokonaisvastuun terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksen kehittämisestä ja määrän arvioinnista ja joka lisäisi vastuuministeriöiden sitoutumista ja horisontaalista yhteistyötä terveydenhuoltomme kehittämiseksi ja ilmiselvän koulutusvajeen korjaamiseksi tarkoituksenmukaisella ja taloudellisella tavalla. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan rooli tulisi arvioida uudelleen ja sen voisi myös lakkauttaa. On mahdollista, että esitettävä toimielin voisi ottaa myös laajemman roolin terveydenhuoltomme kehittämiseksi maassamme. Alueelliset neuvottelukunnat on tarkoitettu tukemaan valtakunnallista koulutuksen kehitystyötä.

**Vastuutahot:** valtioneuvosto ja asianomaiset ministeriöt

## **Kehittämisesitys 2: Terveystenhuollon vetovoimaisuuden ja julkisuuskuvan parantaminen**

Terveystenhuollon toimijat ottavat terveystenhuollon vetovoimaisuuden ja julkisuuskuvan parantamisen yhteiseksi kehittämishankkeeksi. Tähän sitoutetaan terveystenhuollon eri ammattijärjestöt, työnantajat ja työntekijät. Julkisuudessa usein esitettyjen kielteisten kannanottojen lisäksi on syytä korostaa suomalaisen terveystenhuollon saavutuksia ja sen kansainvälistä arvostusta.

Vetovoimaisuuden parantamiseksi terveystenhuollon henkilöstön urakehitysmalleja monipuolistetaan, esim. kliinisellä uralla eteneminen tehdään kilpailukykyiseksi vaihtoehdoksi perinteisen hierarkkisen etenemisväylän rinnalla. Muita keinoja on kannustava palkkapolitiikka, työolosuhteiden kehittäminen, mielekäs työnkuva, tarkoituksenmukainen työnjako ja riittävä resursointi. Myös työaikojen joustavalla järjestelyllä voidaan helpottaa erityisesti nuorten lapsiperheiden mahdollisuuksia osallistua työelämään. Terveystenhuollon laatuajrjestelmien kehittäminen ja terveystenhuollon henkilöstön oikea mitoitutus edesauttavat alan vetovoimaisuutta ja julkisuuskuvan kohentumista. Koulutusta kehitetään vastaamaan entistä paremmin työelämän tarpeita. Muutetaan terveystenhuollon organisaatiota entistä enemmän palveluorganisaatioksi.

### **Tausta ja perustelut**

Suomen terveystenhuollossa on tapahtunut viimeisten 30 vuoden aikana huomattavia edistysaskeleita ja terveystenhuoltoamme on kehitetty sekä perusterveystenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Samanaikaisesti palvelujen saatavuus on parantunut, hoitomuotoja on kehitetty ja väestön terveydentila ja keskimääräinen elinikä on noussut.

Syvän laman aikana terveystenhuollon rahoitus heikkeni ja julkisuuteen tuli huoli terveystenpalvelujen riittävydestä ja saatavuudesta sekä väestöryhmien välisten terveydentilaerojen kasvusta. Samanaikaisesti käynnistyi keskustelu terveystenhuollon henkilöstön jaksamisesta. Tässä tilanteessa terveystenhuollon saavutukset ovat jääneet keskusteluissa taka-alalle, ja aikaisemmin vetovoimaisen terveystenhuoltoalan julkisuuskuva on heikentynyt. Tukiryhmässä terveystenhuollon vetovoimaisuuden vähenemiseen kiinnitettiin vakavaa huomiota. Julkisuuskuvalla on merkitystä mm. siihen, saadaanko tulevaisuudessa opiskelijoita terveystenhuoltoalalle ja pysyvätkö koulutetut alalla.

**Vastuutahot:** ammattijärjestöt, työnantajat, työntekijät, sairaanhoitopiirit, kunnat ja kuntayhtymät ja koulutusyksiköt

## Kehittämissesitys 3: Työvoimapulaan varautuminen

### 3.1 Koulutusmäärien lisääminen

- Lääketieteelliset tiedekunnat lisäävät uusien opiskelijoiden vuosittaisen sisäänoton 550 :stä 600:aan. Opetusministeriö neuvottelee jo kevään 2002 aikana tiedekuntien kanssa siitä, onko sisäänottoa mahdollista lisätä jo vuonna 2002.
- Käynnistetään heti myös jatkoselvitys siitä, miten erikoislääkärikoulutusta voitaisiin tehostaa niillä erikoisaloilla, joilla pula on suurin. Eräänä mahdollisuutena on koulutuksen hajauttaminen. Yliopistosairaaloiden ulkopuolella tapahtuvan erikoistumis-koulutuksen hyväksymisperiaatteet tulee olla yhtenevät koko maassa.
- Hammaslääketieteen uusien opiskelijoiden sisäänottoa lisätään sekä Helsingin että Oulun yliopistoissa. Samoin selvitetään kiireesti mahdollisuus käynnistää hammaslääkärikoulutus Kuopion yliopistossa yhdessä Oulun yliopiston kanssa siten, että prekliininen opetus toteutetaan Kuopion yliopistossa ja kliininen opetus osaksi Kuopion ja osaksi Oulun yliopistossa. Lisäksi selvitetään mahdollisuus käynnistää hammaslääkärikoulutuksen lisääminen Turun yliopistossa yhdessä Helsingin yliopiston kanssa. Kuopion yliopisto voisi ottaa lisää n. 10 ja Turun yliopisto n. 20 opiskelijaa. Sekä Kuopion että Turun yliopistoissa tapahtuva koulutus järjestetään yhdessä lääketieteellisten tiedekuntien kanssa. Mikäli tämä ei toteudu, sekä Helsingin että Oulun yliopistot lisäävät uusien opiskelijoiden sisäänottoa vastaavalla määrällä, yhteensä 30 opiskelijaa. Viimemainitulla järjestelyllä yksistään ei voida riittävästi varautua alueellisesti uhkaavaan hammaslääkäripulaan.
- Yliopistot lisäävät terveystieteiden maisterikoulutusta 50 - 100 opiskelijalla vuodessa. Nämä aloituspaikat tulee suunnata johtamiskoulutukseen. Pääkaupunkiseudulla käynnistetään terveystieteiden maisterikoulutus viimeistään vuonna 2003. Koulutus käynnistetään eri hoitotieteen laitosten yhteistyönä. Vastuuyliopistona toimii Kuopion yliopisto.
- Ammattikorkeakoulut lisäävät sairaanhoitajien (AMK) ym. koulutuksen (sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, kätilöt ja ensihoitajat) vuosittaista sisäänottoa n. 3 185 opiskelijasta 3 500 – 3 800 opiskelijaan.
- Sosiaali- ja terveysalan peruskoulutuksen (lähihoitajat) vuosittaisia aloituspaikkoja lisätään 7 860 aloituspaikasta 8 500 – 9 000 aloituspaikkaan vuodessa.
- Farmaseuttien koulutusta lisätään 330 - 370 aloituspaikkaan vuodessa. Vuonna 2001 uusien opiskelijoiden määrä oli 280 opiskelijaa vuodessa. Lisäksi vuonna 2001 otettiin yhteensä 100 opiskelijaa farmaseutin muuntokoulutukseen.

- Ennakoidaan myös terveydenhuoltoalan määrällisesti pienien ammattiryhmien (mm. toimintaterapeutti, hammashuoltaja, apuvälineteknikko) koulutustarve työelämän tarvetta vastaavaksi.

## Tausta ja perustelut

Lääketieteellisten tiedekuntien koulutusmäärät ovat vaihdelleet. Viime vuosien aikana toteutetun opiskelijamäärien vähentämisen on todettu olleen virheratkaisu ja osasyys nopeasti pahentuvaan lääkäripulaan. Sen syntymiseen ovat osaltaan vaikuttaneet myös alan naisistuminen ja joustavien työaika- ja eläkeratkaisujen käytön lisääntyminen. Lääkäreiden kasvava hakeutuminen perinteisen lääkärin ammatin ulkopuolelle, mm. lisääntyvässä määrin tutkimustyöhön ja teollisuuden eri alueille, on yhdessä yksityisen palvelujärjestelmän vahvistumisen myötä johtanut edellä mainittujen seikkojen kanssa julkisen sektorin lääkäripulaan erityisesti perusterveydenhuollossa mutta myös erikoissairaanhoidon tietyillä erikoisaloilla. Lääkäripulassa on alueellista vaihtelua.

Sairaanhoitopiireissä on tällä hetkellä (v. 2000) noin 600 erikoislääkärin ja perusterveydenhuollossa noin 300 lääkärin vaje. Lisäksi sairaanhoitopiireissä tarvittaisiin tilapäisesti lisää noin 200 erikoislääkärinä. Vuonna 2002 lääkäreiden vuosittainen työelämästä poistuma arvioidaan suuremmaksi kuin valmistuvien määrä. Vuosina 1999 - 2000 koulutuksen aloituspaikkojen määrä on ollut 460 opiskelijaa vuodessa. Vuonna 2001 koulutettavien määrää on lisätty 554:een. Työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietinnössä on ehdotettu lääkärikoulutuksen aloituspaikkojen määräksi vuodesta 2002 alkaen 600 - 800 paikkaa vuodessa.

Koulutusmäärän lisäämistarpeeseen on taustaryhmänä kuulluilla lääkärin ammattijärjestön edustajilla varovaisempi kanta kuin julkista sektoria edustavilla keskusjärjestöjen ja työnantajien edustajilla. Yksimielisyys on sen sijaan lähivuosina jonkin asteisesta koulutuksen lisäämistarpeesta, jonka ennustamisen vaikeutta on korostettu. Ennustamisen vaikeutta lisää mm. tietämättömyys siitä, miten yleisesti terveydenhuoltoalan suunnitellut uudistukset toteutuvat sekä, miten ala tulevaisuudessa pystyy kilpailemaan rajallisesta opiskelijajoukosta. Suuri merkitys alalle tarvittavan työntekijämäärän suuruutta arvioitaessa on koko palvelujärjestelmän kehittymisellä. Erityisesti perusterveydenhuollossa väestövastuumallin toteutumisen laajuudella on vaikutusta lääkäritarpeeseen.

Hammaslääkäreiden koulutusta on 1990-luvulla supistettu. Vuosina 1999 - 2000 koulutuksen aloituspaikkoja oli 70. Laaditun ennusteen mukaan koulutustarpeen ennakoidaan kasvavan 140 aloituspaikkaan vuodessa (Työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö 2001). Hammaslääkäreiden tarvetta koko maassa lisää vuosina 2001 - 2002 vaihteittain toteutettava hammashuollon korvattavuuden laajenus. Tulevina vuosina Pohjois- ja erityisesti Itä-Suomen hammaslääkäritilanteen on ennustettu olevan hyvin vaikea. Tämä puoltaa esitystä hammaslääkärikoulutuksen lisäämisestä. Alueellisen hammaslääkäreiden saatavuuden turvaamiseksi koulutus esitetään käynnistettäväksi Kuopion yliopistossa yhteistyössä Oulun yliopiston ja Turun yliopistossa yhteistyössä Helsingin yliopiston kanssa.

Tehdyn selvityksen mukaan vain 6 opiskelijaa Itä-Suomesta on aloittanut hammaslääketieteen opiskelut Helsingin ja Oulun yliopistoissa viime vuosina.

Työvoimatarpeen ennakkointitoimikunnan mietinnön mukaan vuosina 2001 - 2010 kunnallisen vanhuuseläkeiän saavuttaa noin 2 500 ylihoitajaa ja osastonhoitajaa. Vuosittaiset eläkkeelle siirtyjien määrät vaihtelevat 195 (vuonna 2002) - 303 (vuonna 2006) välillä. Kokonaispoistuma on joustavien eläkeratkaisujen johdosta edellä mainittua suurempi. Terveystieteiden maisterikoulutukseen tulevien tämänhetkinen sisään otto yliopistojen hoitotieteen sekä terveyshallinnon ja - talouden laitoksilla on 225 - 230 opiskelijaa vuodessa. Määrä ei sisällä eri alueiden muuntokoulutusta. Terveystieteiden maisterit sijoittuvat laajalti terveydenhuollon eri alueille, mm. asiantuntija- ja opetustehtäviin ja ainoastaan osa hallintotehtäviin. Koulutettavien määrä on nykytilanteessa täysin riittämätön eikä kata tulevien vuosien alalta poistumaa. Erityisen hälyttävä tilanne on pääkaupunkiseudulla, josta hoitotieteen maisterikoulutus lopetettiin v. 1994. Selvityshenkilöt esittävät hoitotieteen maisterikoulutuksen pikaista käynnistämistä pääkaupunkiseudulla, jotta alueen koulutusvaje saadaan korjattua.

Suomessa toimii runsaasti sairaanhoitajakoulutuksen saaneita henkilöitä terveydenhuollon ulkopuolella Yleisestä taloudellisesta tilanteesta johtuen kuntien ja kuntayhtymien mahdollisuus rekrytoida sairaanhoitajia on lamavuosina ollut rajoitettu. Sairaanhoitajien koulutusmääriä ei ole muutettu ja valmistuneita on ollut enemmän kuin julkinen terveydenhuolto tarpeesta huolimatta on voinut palkata. Rekrytoinnin lisääntyminen ja alalta edelleen odotettavissa oleva poistuma osoittaa koulutuksen lisäämistarvetta jo vuodesta 2002 alkaen Samansuuntaisesti vaikuttaa suurten ikäluokkien eläkeiän saavuttaminen vuosina 2005 - 2013. Sairaanhoitajien lisätarvetta on erityisesti vanhusten avo- ja laitoshoidossa sekä psykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa. Terveydenhoitajien lisätarve kohdistuu lasten, aikuisten ja erityisesti vanhusten ehkäisevään terveydenhuoltotyöhön. Koulutuksen lisätarve saattaa olla laskennallista ennakkointia suurempi. Tähän vaikuttaa myös esitettävä uudistettu työnjako lääkäreiden ja sairaanhoitajien sekä terveydenhoitajien välillä.

Vaikka ulkomaille siirtyneiden sairaanhoitajien ja vastaavien prosentuaalinen osuus koko varannosta oli vuonna 2000 ainoastaan 4,5 %, tarkoittaa se määrällisesti 4500 sairaanhoitajan ja vastaavan koulutuksen saaneen poistumaa maamme terveydenhuoltohenkilöstöstä. Lääkäreiden vastaava prosenttiosuus vuonna 2000 oli 5,4 ja kokonaismäärä 930 lääkäriä. (Ailasmaa 2002). Määrä on suuruudeltaan sairaanhoitopiirien ja perusterveydenhuollon vuonna 2000 ilmoittamaa lääkärivajetta vastaava.

Farmaseuttikoulutusta antavat Helsingin ja Kuopion yliopistot sekä Åbo Akademi. Farmaseuttiopiskelijoiden koulutuksen aloituspaikat olivat vuonna 2001 Helsingin yliopistossa 130, Kuopion yliopistossa 125 ja Åbo Akademiassa 25 opiskelijaa. Lisäksi Helsingin yliopisto kouluttaa farmaseutteja muuntokoulutuksella yhteistyössä Turun ja Kuopion yliopisto yhteistyössä Oulun yliopiston kanssa. Muuntokoulutuksen aloitti vuonna 2001 yhteensä 100 opiskelijaa. Farmaseuttien tämänhetkinen koulutustarve on riittämätön tulevaisuuden tarpeeseen verrattuna. Apteekkariliiton selvityksen mukaan avohuollon apteekeissa vajeus on tällä hetkellä 200 ja sairaaloissa sekä terveyskeskuksissa muutama kymmenen farmaseuttia. Koulutusta antavat yliopistot ovat lisänneet koulutettavien määrää, lähinnä muuntokoulutuksen kautta, mutta lisäystä tarvitaan myös tulevina vuosina. Farmaseuttien ikärakenne johtaa siihen, että vuonna 2004 eläkkeelle jäävien määrä ylittää valmistuneiden määrän. Vuonna 2002 ainoastaan Kuopion yliopisto lisää aloituspaikkoja (130 syksyllä 2002).

Sosiaali- ja terveysalan peruskoulutuksen suorittaneet lähihoitajat sijoittuvat pääasiassa perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yksikköihin. Koulutuksen sisällölliset muutokset sekä koulutusajan pidentäminen 2,5 vuodesta 3 vuoteen lisää sijoittumismahdollisuuksia myös erikoissairaanhoidon työtehtäviin. Ensimmäiset pidemmän koulutuksen suorittaneet valmistuvat keväällä 2002. Lähihoitajatarpeen on arvioitu terveydenhuollossa lisääntyvän erityisesti vanhusten laitoshoidossa. Tukiryhmä ja kuullut ammattijärjestöjen sekä työnantajatahon edustajat painottivat työnjaon tarkistamista myös hammaslääkäreiden ja -hoitajien, eri mielenterveystyöntekijöiden sekä sairaanhoitajien ja lähi- / perushoitajien välillä.

Selvityshenkilöt pitävät tärkeänä, että työvoimatarvetta seurataan jatkuvasti sekä alueellisesti että valtakunnallisesti ja että muutostarpeisiin reagoidaan nopeasti.

**Vastuutahot:** sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, koulutusyhteisöt

### 3.2 Terveystenhoito henkilöstön työnjaon muuttaminen

Käynnistetään toimenpiteet työnjaon järkevöittämiseksi terveydenhuollon eri henkilöstöryhmien kesken.

Lääkäreiltä sairaanhoitajille ja vastaaville siirrettävien tehtäväalueiden hallinta edellyttää, terveyden- ja sairaanhoitajilta lisäkoulutusta, jonka voi suorittaa työn ohella ja vaihteittain. Siihen tulee sisällyttää riittävä teoreettinen osa, joka toteutetaan niissä yliopistoissa, joissa on sekä lääketieteellinen että hoitotieteellinen koulutusohjelma. Lisäksi lisäkoulutukseen tulee sisällyttää kliinisen työn opiskelu, joka toteutetaan lähiopetuksena työyksiköissä, sekä näyttökoe. Lisäkoulutuksen tulee antaa valmiudet uusien tehtäväalueiden syvästä ymmärtämisestä ei pelkästään yksittäisten työtehtävien suorittamisesta. Esitetty työnjako koskee erityisesti perusterveydenhuollon toimintatapojen uudistamista.

Lääkäreiltä terveyden- ja sairaanhoitajille siirrettäviä tehtäväalueita ovat

1. tiettyjen kroonisten sairauksien ennaltaehkäisy ja hoidon pitkäaikaisseuranta (esim. tyypin 2 diabetes, liikapaino, kohonnut verenpaine, astma, reuma),
2. akuuttien, lievien infektiosairauksien tutkiminen ja hoito (esim. hengitystieinfektio, virtsatieinfektio),
3. tiettyjen terveydentilatoistusten laatiminen.

Selvitetään mahdollisuudet myös muiden terveydenhuollon ammattiryhmien väliseen työnjaon uudistamiseen. Tällaisia ovat esim. hammaslääkäreiden ja hammashuoltajien ja sairaanhoitajien ja lähi- / perushoitajien välinen tehtävien jako.

Kaikkien lääkärintodistusten tarpeellisuus arvioidaan kriittisesti ja käynnistetään lakimuutosten ja ohjeistusten valmistelu niistä tilanteista, joissa lääkärintodistusta ei tarvita. Nykyiset todistuskäytännöt ovat lääkäreiden työpanoksen käytön näkökulmasta epätarkoituksen mukaisia. Lyhyiden sairauslomien todistaminen tulee siirtää etukäteen yhdessä työnantaja- ja työntekijäjärjestöjen kanssa sovitulla kriteereillä terveydenhuollon ammatillisilta sairastuneelle henkilölle itselleen.

Kansaneläkelaitoksen ja muiden vakuutusyhtiöiden kaikkien todistuslomakkeiden sisältö tulee arvioida ja niiden rakenne muuttaa tukemaan sähköistä asiointia.

### Tausta ja perustelut

Terveystenhoitopalvelujen järjestämisessä on alueellisesti jouduttu tilanteisiin, joissa eri ammattiryhmien välistä työnjakoa on olosuhteiden vuoksi jouduttu tarkistamaan. Tämä on johtanut julkiseen keskusteluun työnjaon tarkistamisesta laajalti ja järjestelmällisesti. Myös keskustelu muutosten vaatimista järjestelyistä on käynnistynyt.

Sosiaali- ja terveysministeriö on ehdottanut toimenpiteitä lääkäritarpeen turvaamiseksi. Yksi näistä on lääkäreiden ja terveydenhuollon muiden ammattihenkilöiden työnjaon kehittäminen ja sellaiset tehtäväsiirrot, jotka parantavat eri ammattihenkilöiden asiantuntemuksen tarkoituksenmukaista käyttöä ja järkevöittävät toimintatapoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman ennakointitoimikunnan mietinnön mukaan tulevaisuuden terveydenhuollon organisaatiot kehittyvät sellaisiksi, joissa hierarkiat ovat matalia ja eri ammattiryhmien väliset raja-aidat lähes huomaamattomia ja toimintatavat verkostoihin perustuvia ja joustavia. Työnjaon muuttaminen on nähty tarpeellisimmaksi perusterveydenhuollon avopalveluissa ja hammashuollossa. Erikoissairaanhoidossa keskustelua työnjaon muuttamisesta lääkäreiden ja sairaanhoitajien kesken on käyty mm. anestesiologyian erikoisalalla sekä ensihoidon sektorilla.

Suomen nykykäytännöstä poikkeava työnjako lääkäreiden ja hoitotyön henkilöstön välillä on kirjallisuushaun mukaan Yhdysvalloissa, Iso-Britanniassa, Kanadassa, Australiassa, Taiwanissa ja Länsi-Afrikan alueella. Näissä maissa on myös käynnistetty hoitotyön henkilöstölle erillinen tehtäviin vaadittava koulutus (Vallimies-Patomäki & Lindsröm 2001).

Erityisesti pienten terveyskeskusten nopeasti pahentunut lääkäripula on pakottanut peruspalvelujen säilyttämiseksi uusiin toimintatapoihin mm. järjestämään sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanottoja, joissa tehtäviin koulutetut sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat huolehtivat tiettyjen kroonisten sairauksien ennaltaehkäisystä ja hoidon pitkäaikaissuunnituksesta, sekä akuuttien, lievien infektiosairauksien tutkimisesta ja hoidosta.

Uuden työnjaon systemaattinen käyttöönotto edellyttää terveyden- ja sairaanhoitajien kouluttamista lisätehtäviin. Sekä tukiryhmä että taustaryhmä painottivat järjestelmään siirtymisen edellyttämien lisäkoulutuksen joustavaa toteuttamista. Kokonaiskestoltaan 40 opintoviikon koulutus voidaan koota esim. 10 opintoviikon moduleista kunkin työntekijän aikaisempi työhistoria huomioon ottaen. Tämä antaa mahdollisuuden hankkia joustavasti ja yksilöllisesti lisäkoulutusta työn ohessa. Lisäkoulutuksen suunnitteluvastuu annetaan yliopistojen yleislääketieteen ja hoitotieteen laitoksille. Lisäkoulutukseen tulee sisällyttää riittävästi teoreettisia lääketieteen opintoja, tarvittavien taitojen harjoittelumahdollisuutta käytännössä sekä näyttökoe. Uudistetun työnjaon ja tehtäväkuvan laajenemisen onnistuminen edellyttää sairaanhoitajilta ja terveydenhoitajilta riittävän pitkää työkokemusta ja koulutuksen lisäksi jatkuvaa lääkärin konsultointimahdollisuutta sekä yhteisesti laadittuja hoitosuosituksia ja alueellisia toimintaohjeita.

Tukiryhmä painotti keskusteluissaan työnjaon tarkistamisen välttämättömyyttä ja paikallisista olosuhteista johtuvien käytäntöjen virallistamista. Edellytyksenä on toiminnan uudelleen organisointiin liittyvien vastuukysymysten selvittäminen ja lainsäädännöllisten muutosten käynnistäminen siltä osin, kun lääkäreiden lakisäateisiä tehtäviä siirretään muille ammattiryhmille.

Terveydenhuollossa on toimintoja, joiden tarpeellisuus erityisesti lääkäripulan laajetessa, on asetettu kyseenalaiseksi. Terveyskeskuslääkäreiden työpanos käytetään osittain epätarkoituksenmukaisiin tehtäviin. Lääkäreiden antamia todistuksia edellytetään hyvin erilaisiin tarkoituksiin. Tällaisia ovat mm. terveydentilatodistukset liittyen koululiikunnasta vapauttamiseen, asuntohakemukseen, koulukuljetuksen

tarpeen osoittamiseen, invalidipysäköintioikeuteen, turvavyö- tai kypäräpakosta vapauttamiseen, erityisruokavaliotarpeen osoittamiseen ja asuntohakemukseen. Lyhyiden, alle neljän vuorokauden sairauspoissaolojen todistamisesta luopuminen pääsääntöisesti tulee neuvotella työnantaja- ja työntekijäjärjestöjen kanssa.

Mikäli valtakunnallisesti ei ole mahdollista luopua em. todistuksista, tulee harkita niiden siirtämistä soveltuvin osin sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien uudelleen määriteltäviin tehtäviin.

Yhteiskunnan edellyttämien lääkärintodistusten suuri määrä on käynnistänyt todistuskäytäntöjen muutוסvaatimisten lisäksi keskustelun niiden sisältöjen muuttamisesta sähköiseen muotoon ja käytön yksinkertaistamisesta. Sähköisen allekirjoituksen käyttöönotto muutamassa vuodessa tulee osaltaan lisäämään kaikkien allekirjoitettavien todistusten tuottamista ja sähköistä välittämistä. Muutos edellyttää valtakunnallisia sopimuksia, järjestelmäsovelluksia ja todistusten elektronista lähettämismahdollisuutta Kelaan ja muihin vakuutusyhtiöihin.

**Vastuutahot:** Sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, työnantaja- ja työntekijäjärjestöt, koulutusyhteisöt

### 3.3 Terveystieteiden ammattikorkeakoulutuksen kehittäminen

Ammattikorkeakoulujen terveystieteiden opetussuunnitelmien kirjavuus ja koulutuksen tavoitteiden erilaisuus tulee poistaa vuoden 2003 loppuun mennessä yhtenäistämällä ja muuttamalla opetussuunnitelmat valtakunnallisesti siten, että

1. tiedeperusta (esim. hoitotiede) on tunnistettavissa opintoviikkoina,
2. lääketieteellisten aineiden osuus on vakioitu opintoviikkoina ja niiden osuutta on lisätty nykyisestä,
3. opiskelijan läsnäoloa edellyttävää lähiopetusta on lisätty huomattavasti nykyisestä (Kuntaliiton ilmoittaman tiedon mukaan lähiopiskelun keskiarvo on nykyään n. 1 tunti/viikko/opettaja),
4. opiskelijoiden kliinisten taitojen oppiminen on varmistettu riittävän hyvin resursoidulla ohjatulla lähiharjoittelulla (esim. apulaisopettaja- tms. järjestelmä),
5. terveystieteiden tutkintojen koulutusjatkumoa on lyhennetty lukemalla hyväksi ammattikorkeakoulujen terveystieteiden opinnoista 70 opintoviikkoa terveystieteiden maisterin opintoihin.

Terveystieteiden ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien kehittämistyö tulee toteuttaa ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen terveystieteiden laitosten yhteistyönä. Tällä varmistetaan se, että terveystieteiden ammattikorkeakouluopinnoista oppilaitoksesta riippumatta voidaan hyväksyä korvauksena 70 opintoviikkoa terveystieteiden maisterin tutkintoon samoin kuin osa terveystieteiden maisterin tutkinnon opinnoista ammattikorkeakoulun terveystieteiden opintoihin.

#### Tausta ja perustelut

Terveystieteiden koulutusta on muutettu Suomessa useita kertoja 1980- ja 1990-luvuilla. Suuri muutos toteutettiin terveystieteiden opistoasteen koulutuksen siirryttyä ammattikorkeakouluihin vuosien 1992 – 1999 aikana. Tämä on merkinnyt muutoksia mm. sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden koulutuksen rakenteissa, opetussuunnitelmissa ja opetusmenetelmissä. Ammattikorkeakoulu-uudistuksen myötä purettiin mm. sairaanhoitajakoulutuksen sisällön sääntely valtakunnallisilla opetussuunnitelmilla. Ammattikorkeakouluihin onkin muodostunut sisällöltään heterogeenisiä koulutusohjelmia, joiden pohjalta työnantajien on ollut vaikea muodostaa käsitystä tutkinnon suorittaneiden osaamisesta.

Terveydenhuollon organisaatioista on usean vuoden ajan tullut palautetta, etteivät ammattikorkeakoulujen terveydenhuollon koulutusten sisällöt ja tutkinnon suorittaneiden valmiudet vastaa riittävästi käytännön työelämän tarpeita. Toisaalta on todettu, että ammattikorkeakoulujen toimittua vasta muutaman vuoden on liian varhaista tehdä johtopäätöksiä tehtyjen uudistusten todellisista vaikutuksista. Kansallisen terveystieteiden projektin kuulemistilaisuudessa sekä työelämän että ammattijärjestöjen edustajat toivat selkeästi esiin ammattikorkeakoulujen terveystieteiden opetussisältöjen uudistamistarpeen. Asian esille nostamista pidettiin erittäin perusteltuna. Ongelman esiin nostamista puoltavat myös tehdyt arvioinnit ja tutkimukset, joita seuraavassa on lyhyesti referoitu.

Korkeakoulujen arviointineuvosto teetti vuosina 1998 – 1999 terveysalan korkeakoulutuksen arvioinnin, jolle asetettiin kolme tavoitetta. Tehtävänä oli:

1. selvittää ja muodostaa kokonaiskuva siitä, miten terveysalan korkeakoulutusta toteutetaan yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa,
2. arvioida, miten ko. koulutus vastaa yhteiskunnan, työelämän ja koulutuksen kehittämislle asetettuihin vaatimuksiin ja
3. arvioida ja tehdä ehdotuksia, miten yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen välistä työnjakoa tulisi selkeyttää ja yhteistyötä kehittää terveysalan koulutuksessa.

Arviointi kohdistui yhdeksään ammattikorkeakouluun ja viiteen yliopistoon, joissa oli hoitotieteen tai fysioterapian opetusta. Arvioinnin tulosten mukaan keskeisimmät koulutuksen kehittämistarpeet liittyivät terveysalan ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmiin, opiskelijoiden ohjaukseen, opiskelun tiiviyyteen ja harjoitteluun. Arviointi osoitti, että ammattikorkeakoulujen terveysalan opetussuunnitelmien keskinäinen vertailu on vaikeaa opetussuunnitelmien ammattikorkeakoulukohtaisuudesta johtuen. Opiskelijat kokivat saavansa liian vähän ohjausta eikä harjoittelun ohjaus toteutunut toivotulla tavalla. Opettajien käynnit työelämäjaksoilla olevien opiskelijoiden luo olivat vähentyneet eikä työelämän edustajat olleet riittävästi kyenneet ottamaan lisävastuuta opiskelijoiden ohjaamisesta. Työelämän edustajien mukaan opiskelijoiden käden taidot olivat aikaisempaa harjaantumattomampia. Lisäksi alalta valmistuneiden tutkintotodistus antoi työelämän edustajien mukaan riittämättömästi tietoa siitä, mitä opiskelija itse asiassa oli oppinut. Terveystenhuollon koulutusjatkumo todettiin opiskelijoiden, korkeakoulujen ja työelämän edustajien mielestä liian pitkäksi, myös kansainvälisesti verrattuna. (Tietoa ja taitoa terveysalalle – terveysalan korkeakoulutuksen arviointi 1999)

Parin vuoden kuluttua em. arvioinnista toteutettiin seuranta-arviointi, jonka tarkoituksena oli selvittää, mihin vuoden 1998 arviointiin osallistuneet koulutusyksiköt olivat ryhtyneet saamiensa kehittämissuosituksen pohjalta. Tulosten mukaan arvioinnin esiin nostamiin kehittämiskohteisiin oli paneuduttu. Valtakunnallisista suosituksista osa oli toteutunut, osa ei. (Terveysalan korkeakoulutuksen arvioinnin seuranta 2001.)

Jaroman (2000) väitöskirjatutkimuksen tulokset osoittivat mm., että opistoasteelta ja ammattikorkeakouluista valmistuvien kättilö-, sairaanhoitaja-, ja terveydenhoitajaopiskelijoiden koulutusammattien opetussisällöt olivat pirstaleisia. Jokin tärkeä kokonaisuuden osa sai poikkeuksellisen vähän huomiota, jolloin myös opiskelijan asiaan liittyvä ymmärrys ja ammattitaito saattavat jäädä vajavaisiksi. Käden taitojen ja teknisten taitojen opetusta oli ammattikorkeakouluopiskelijoilla vähemmän kuin opistoasteella. Vastuuta niiden opetuksesta ja opiskelusta oli siirretty käytännön opiskelupaikoille. Oppilaitoksissa ja käytännön opiskelupaikoissa painotettiin opetussisällön käsittelyssä erilaisia asioita. Tutkijan mukaan opetussisältöjen pirstaleisuutta voidaan vähentää pitämällä hoitotyön opetuksen suunnittelun lähtökohtana kättilöiden, terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien ammattitaitovaatimuksia sekä opettajien ja käytännön ohjaajien näkemyksiä hoitotyön yhteiskunnallisesta tehtävästä. Opiskelijoiden itsenäistä ei ohjattua opiskelua tulisi käyttää harkitusti. Jaroman (2000) tutkimus osoitti myös, että ammattikor-

keakoulutuksessa painottui opistoastetta enemmän kehittämistaitojen, kriittisen ajattelun ja tutkimustyön opiskelu.

Työelämän edustajilta ja opiskelijoilta saatu palaute sekä arviointi- ja tutkimusnäyttö osoittavat monelta eri taholta tulevaa painetta terveystieteen ammattikorkeakoulutuksen opintorakenteiden tarkistamistarpeeseen. Vaikka ammattikorkeakoulut ovatkin itsenäisiä korkeakouluja, terveystieteen koulutuksen valtakunnallisesti yhteneväinen sisältö tulee varmistaa terveydenhuollon erityisvaatimuksista johtuen. Terveydenhuollon ammatinharjoittamista säännellään sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Sääntelyn tarkoituksena on potilasturvallisuuden, terveystieteen palveluiden laadun ja terveystieteen palvelujärjestelmän toimivuuden takaaminen.

Opetusministeriön johdolla tehty ammattikorkeakoulujen terveystieteen valmistuvien osaamisvaatimusten ja keskeisten opintojen vähimmäislaajuuksien määrittely on askel opetuksen keskeisten rakenteiden yhtenäistämiseksi. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2001). Aloitettua kehittämistyötä tulee kuitenkin välittömästi jatkaa yhteistyössä yliopistojen terveystieteen laitosten kanssa. Ammattikorkeakoulujen terveystieteen opintokokonaisuudet tulee ryhmitellä valtakunnallisesti yhteneväisiksi siten, että niistä on erotettavissa selkeä pohja myös terveystieteen yliopisto-opinnoille. Lähes kaikilla terveystieteen maisterikoulutukseen jatkavilla on takanaan joko opistoasteen tutkinto tai terveystieteen ammattikorkeakoulututkinto. Terveystieteen ammattikorkeakoulutuksen sisältöjen valtakunnallisen yhtenäisyyden ja vertailtavuuden puuttuessa yliopistojen hoitotieteen laitosten hyväksyminen korvaavuus on ollut n. 30 opintoviikkoa. Tästä seuraa kohtuuttoman pitkä koulutusjatkumo, jota voidaan lyhentää ammattikorkeakoulun opintojen sisällöllisellä ryhmittelyllä selkeästi erotettaviin osiin (esim. pääaineena hoitotiede, lisäksi lääketieteelliset ja yhteiskuntatieteelliset aineet). Korvaavuudet on yhtenäistettävä myös toisin päin, eli yliopistojen terveystieteen maisterin tutkinnon opinnoista osa tulee lukea hyväksi ammattikorkeakouluopinnoissa. Ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen yhteistyötä tiivistämällä on mahdollista poistaa turhia ja opiskeluaikaa pidentäviä esteitä terveystieteen koulutuksesta.

**Vastuutahot:** sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, koulutusyhteisöt

### **3.4 Terveystieteiden maisterikoulutuksen aloittaminen pääkaupunkiseudulla viimeistään vuonna 2003. Koulutuksen organisoinnin vastuutahona on Kuopion Yliopisto**

#### **Tausta ja perustelut:**

Helsingin Yliopiston terveydenhuollon maisterikoulutuksen viimeinen opiskelijoiden sisäänotto oli vuonna 1994. Pääkaupunkiseudulla ei ole tämän jälkeen ollut mahdollisuutta opiskella terveystieteiden maisteriksi, vaikka huomattava osa väestöstä, terveydenhuollon palveluista ja opiskelijapotentialista keskittyy pääkaupunkiseudulle. Uudenmaan isot terveydenhuollon organisaatiot ovat ilmaisseet huolensa terveystieteiden maisteripulasta ja esittäneet tarpeen aloittaa koulutus välittömästi uudelleen pääkaupunkiseudulla. Kansallisen terveysprojektin kuulemistilaisuudessa asian pikaista hoitamista painottivat työnantajaorganisaatioiden lisäksi myös ammattijärjestöjen ja yliopistojen edustajat. Kuopion, Turun ja Tampereen Yliopistojen sekä Åbo Akademin edustajat ilmoittivat kiinnostuksensa toimia yhteistyötahoina terveystieteiden maisterikoulutusta pääkaupunkiseudulle järjestettäessä. Opetusta voidaan toteuttaa eri yliopistojen yhteistyönä erikseen sovittavalla työnjaolla. Hankkeen koordinointi ja organisointi esitetään annettavaksi Kuopion Yliopistolle, jolla on pisimmät perinteet terveystieteiden koulutuksen toteuttamisessa ja joka on ilmoittanut kiinnostuksensa hankkeen koordinointiin. Koska terveystieteiden maistereista on pulaa myös muualla Suomessa, pääkaupunkiseudun maisterikoulutus tulee toteuttaa lisäämällä aloituspaikkoja.

**Vastuutahot:** sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, koulutusyhteisöt

## Johtaminen ja työyhteisöjen kehittäminen

### Kehittämisesitys 4: Yhtenäisen, moniammatillisen, alan korkeakoulututkinnon jälkeisen johtamiskoulutuksen käynnistäminen terveydenhuollossa

Terveydenhuollon esimiestehtäviin valmentava moniammatillinen johtamiskoulutus muodostuu 40 - 60 opintoviikosta, joista vähintään 20 opintoviikkoa tulee tapahtua moniammatillisissa opiskelijaryhmissä.

Koulutuksen rakenne on seuraava:

- erikoislääkäritutkinnon suorittaneille 40 opintoviikkoa, joista vähintään 20 -opintoviikkoa tulee olla moniammatillista johtamiskoulutusta, -
- terveystieteiden maisterikoulutuksen osana 40 opintoviikkoa, josta vähintään 20 opintoviikkoa tulee olla moniammatillista johtamiskoulutusta,
- terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneille 60 opintoviikkoa ammatillisia erikoistumisopintoja, joista vähintään 20 opintoviikkoa tulee olla moniammatillista johtamiskoulutusta ja 2 x 20 opintoviikkoa yhteistyössä yliopistojen kanssa suunniteltuja ja toteutettuja esimiestyön erikoistumisopintoja .

Koulutuksen suunnittelua, toteutusta ja koordinoitua varten tarvitaan valtakunnallinen yhteistyöverkosto kouluttajatahojen välillä. Koulutuksen yhteneväisyyden varmistamiseksi sen tulee perustua valtakunnallisesti ohjeistettuihin opetussuunnitelmiin. Kouluttajatahoiksi hyväksyttyjen tulee olla sellaisia, että terveydenhuollon moniammatillisissa ryhmissä opiskelu toteutuu vähintään 20 opintoviikon osalta. Koulutukseen on hakumenettely, joka sovitaan valtakunnallisesti yhteneväiseksi. Koulutusohjelman suorittaminen on mahdollista sovittaa työn oheen. Johtamistutkinto tulee jatkossa edellyttää henkilöiltä, jotka hakeutuvat terveydenhuollon lähi- ja keskijohdon tehtäviin. Tämä koulutus soveltuu myös muille terveysalan korkeakoulututkinnon suorittaneille.

Terveydenhuollon ylimpiin johtamistehtäviin tarvitaan em. koulutuksen lisäksi valmentavaa koulutusta ja riittävää kokemusta johtamistehtävissä sekä johtamistaitoja.

### Tausta ja perustelut

Terveydenhuollon johtamista pidetään yhtenä nopeimmin korjaamista vaativista Suomen terveydenhuollon ongelmista. Johtamisen uudistamistarve on nostettu 1990-luvulta alkaen esiin sekä kansainvälisissä että kansallisissa terveydenhuollon arvioinneissa, terveystieteiden asiakirjoissa ja tutkimusraporteissa. Laaja yksimielisyys johtamisongelmien olemassaolosta ja niiden ratkaisemisen tärkeydestä on tuotu esiin myös niissä kannanotoissa, joita terveydenhuollon organisaatiot, kuntatyönantajat, ammattijärjestöt, yliopistojen ja valtionhallinnon edustajat sekä työelämän tutkijat ovat välittäneet kansalliselle terveydenhuollon projektille. Edellä mainitut tahot ovat jakaneet sen yhteisen näkemyksen, että terveydenhuollon johtamisessa tarvitaan huomattavaa johtamisosaamisen lisäämistä ja johtamiseen

panostamista. Kannanotoissa on myös painotettu eri ammattiryhmille yhdenvertaista mahdollisuutta edetä johtamistehtäviin, tarvetta johtamisjärjestelmien selkeyttämiseen sekä tarvetta uusiin hallinto- ja johtamismalleihin. Johtamisen kehittämisen on myös nähty olevan keskeisin väline terveydenhuollon henkilöstön työhyvinvoinnin lisäämiseen.

Terveydenhuollon johtajien koulutus on ollut perinteisesti ammattiryhmäkeskeistä ja johtamiskoulutusta on pidetty liian kapeana ja hajanaisena. Johtamistehtäviin on kouliinnuttu usein käytännön kokemuksen kautta ja sen ohella johtamistaitoja on lisätty lähinnä erilaisilla kursseilla. Sairaanhoidajille on ollut hallinnon ja johtamisen koulutusta aikaisemmin opistoasteella (sairaanhoidajajohtajan tutkinto) ja vuodesta 1979 alkaen yliopistokoulutuksena. Tällä hetkellä koulutusta järjestetään Kuopion, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistoissa sekä Åbo Akademiassa pääaineena joko hoitotiede tai terveydenhuollon hallinto. Erikoislääkäreillä on vuodesta 1978 alkaen ollut mahdollisuus suorittaa hallinnon pätevyys. Tämä lakkaa nykymuodossa vuoden 2002 loppuun mennessä ja se on tarkoitus uudistaa vuodesta 2003 alkaen. Lääkärien johtamiskoulutuksen tulevaisuutta on valmistellut työryhmä, joka on jättänyt 15.6. 2001 esityksensä erikoislääkäriin johtajatutkinnosta. Lääkärijohtajilla esiintyy edelleen ongelmia johtamistehtävien ja kliinisen työn painotuksissa. Perusterveydenhuollossa lääkäripula vaikeuttaa terveyskeskustoiminnan systemaattista kehittämistä, koska aikaa joudutaan käyttämään myös potilastyöhön.

Suomessa ei ole ollut 1990-luvulta alkaen yhtenäistä näkemystä siitä, millainen terveydenhuollon osastonhoitajien koulutuksen tulee olla. Asia on ollut ratkaisematta 1990-luvun alussa toteutetusta terveydenhuollon keskiasteen koulunuudistuksesta lähtien, jolloin ammattikorkeakouluihin siirtynyt uudistettu koulutus ei enää antanut osaamisvalmiuksia eikä pätevyyttä osastonhoitajan tehtäviin. Johtamistehtävän vaativuus, tarve laajaan tietoperustaan ja näyttöön perustuvaan työskentelyyn sekä moniammatillisten työyhteisöjen johtamishaasteet ovat olleet perusteluja hoitotyön johtajien maisteritasoiselle koulutukselle. Ammattikorkeakoulut ovat puolestaan olleet halukkaita järjestämään osastonhoitajien koulutusta ammattikorkeakoulujen erikoistumisopintoina. Vuoteen 2010 mennessä kunnallisen eläkeiän saavuttavien ylihoitajien ja osastonhoitajien määrä on n. 2 500. Osastonhoitajien koulutusasia vaatii nopeaa ratkaisua. Tässä kuvattu kehittämisesitys antaa mahdollisuuden hankkia lähijohtajakoulutus joko terveystieteiden maisterikoulutuksen osana tai terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon jälkeen 60 opintoviikon erikoistumisopintojen kautta.

Kansallisen terveysprojektin kuulemistilaisuudessa tuotiin hallinnon asiantuntijoiden taholta esiin myös perustelut käynnistää Suomessa moniammatillinen terveydenhuollon lähi- ja keskijohdon tehtäviin valmentava koulutus, joka olisi irti ammattikuntapohjaisuudesta ja johon voidaan hakeutua taustakoulutuksista riippumatta. Koulutus muodostuisi yllä kuvatuista moduleista. Terveydenhuollon työntekijät voivat hakeutua koulutukseen eri reittejä myöten. Koulutuksen tulee olla riittävän vaativa, jotta se antaa valmiudet suoriutua terveydenhuollon johtamisen nykyhaasteista. Kaikki koulutukseen liittyvät modulit tulee perustua valtakunnallisten kouluttajien yhteistyöverkoston hyväksyntään. Tämä vahvistaa yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen yhteistyötä ja roolia työyhteisöjen kehittäjänä ja ammattitaidon lisääjänä.

Terveydenhuollon johtamistehtävistä tulee maksaa myös kilpailukykyinen palkka.

Johtamiskoulutuksen lisäksi tukiryhmässä korostettiin tarvetta terveydenhuollon työyhteisöjen omaehtoiseen kehittämiseen. Tätä varten esitettiin käynnistettäväksi kansallinen terveydenhuollon työyhteisöjen kehittämisohjelma, jossa kehittämisvastuu on työyhteisöllä itsellään ja jonka rahoitus tapahtuisi osin työnantajan ja osin kansalliseen työelämän kehittämisohjelmaan suunnatulla lisärahoituksella. Kehittämistoimenpiteitä olisivat johtamismallien kehittämisen lisäksi mm. moniammatillisen tiimityöskentelyn tukeminen sekä työnjakomallien kehittäminen terveydenhuollon eri ammattiryhmien välillä.

Työyhteisöjen toimivuutta heikentävät myös pienet työyksikkökoot. Terveydenhuollon palvelujen saatavuuden turvaamiseksi myös haja-asutusalueilla tarvitaan työyksiköiden verkostoitumista ja pienimpien organisatorista yhdistämistä.

**Vastuutahot:** sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, koulutusyhteisöt, työnantajatahot

## Kehittämisesitys 5: Täydennyskoulutuksen järjestäminen

Täydennyskoulutusta koskevat työntekijän ja työnantajan velvollisuuksia täsmentävät säännökset tulee ottaa kansanterveys- ja erikoissairaanhoidolakiin. Tällainen sääntely kytkee henkilöstön jatkuvan ammatillisen kehittämisen terveydenhuollon toimintayksiköiden toiminnan kehittämiseen ja laadunhallintaan. Työntekijän osalta tulee säätää työntekijän velvollisuudesta osallistua yksilölliseen ja työyhteisölle suunnattuun täydennyskoulutukseen toimintayksikön henkilöstön kehittämissuunnitelman mukaisesti. Työnantajan osalta tulee säätää työnantajan velvollisuudesta huolehtia henkilöstön täydennyskoulutuksesta osana toimintayksikön toiminnan ja henkilöstön kehittämistä. Lisäksi tulee säätää työnantajan velvollisuudesta seurata täydennyskoulutuksen toteutumista ja siihen osallistumista osana organisaation toiminnan seurantajärjestelmää.

Täydennyskoulutukseen osallistumista koskevat minimisuositukset tulee sisällyttää osaksi sosiaali- ja terveysministeriön yhdessä opetusministeriön, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen, Stakesin, Suomen Kuntaliiton, Kunnallisen työmarkkinalaitoksen, palvelu- ja koulutusjärjestelmän sekä ammattijärjestöjen edustajien kanssa laatimia terveydenhuoltohenkilöstön jatkuvaa ammatillista kehittämistä koskevia valtakunnallisia suosituksia.

Täydennyskoulutuksen kestoksi tulee määritellä vähintään 10 arkipäivää vuodessa henkilöä kohti. Tähän sisältyy myös työpaikalla toteutettava koulutus. Lisäksi terveyskeskuslääkäreille tulee antaa mahdollisuus 3 - 6 kuukauden pituiseen koulutusvapaaseen 3 - 5 vuoden välein. Tämä ei korvaa täydennyskoulutusta.

Täydennyskoulutuksen perusrahoituksen tulee sisältyä terveydenhuollon toimintayksikön henkilöstöbudjettiin. Tätä varten kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin suunnattavaa valtionosuusjärjestelmää tulee kehittää siten, että valtion talousarvioon sisällytetään sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuusmäärärahaa myös täydennyskoulutusta varten. Täydennyskoulutukseen suunnataan myös sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisrahoja.

### Tausta ja perustelut:

Täydennyskoulutus on ammatillisten valmiuksien ylläpitämistä ja kehittämistä ja osa ammatillista lisäkoulutusta. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattihenkilöiden neuvottelukunta 2001). Täydennyskoulutuksen toteuttaminen terveydenhuollossa ei ole ollut systemaattista eikä valtakunnallisesti strukturoitua. Lain-säädäntöön perustuvaa järjestämisvelvollisuutta ei ole. Kunnalliseen virka- ja työsopimukseen liittyvä koulutussopimus on täydennyskoulutuksen osalta luonteeltaan suositussopimus sekä koulutuksen järjestämisestä että siihen osallistumisesta.

Lääkärisopimuksen soveltamisohjeen mukaan lääkärit velvoitetaan säännöllisesti vuosittain osallistumaan ennalta suunniteltuun, noin viikon kestäväan ammatilliseen täydennyskoulutukseen, joka sisältää

hoidon porrastukseen liittyviin toimenpiteisiin tai hoitokäytäntöihin perehtymistä sekä niiden käytännön opettelua. Koulutusta järjestävät lähinnä sairaanhoitopiirit. Oppilaitoksilla on täydennyskoulutuksen järjestämisessä suuri autonomia. Tämä näkyy koulutuksen monimuotoisuutena.

Varsinkin lääkärikunta on kokenut systemaattisen täydennyskoulutuksen puuttumisen työmotivaatiota vähentävänä tekijänä. Ongelma on koulutuksen epätasainen toteutuminen valtakunnallisesti sekä koulutusajan sijaisjärjestelyt erityisesti väestövastuumallin mukaisesti toimivissa terveyskeskuksissa. Lääkärijärjestöjen laatiman täydennyskoulutusyhteistyöesityksen mukaan täydennyskoulutuksen ongelmia ovat: puutteellinen rahoitus, koulutukseen pääsyn vaikeus, tarjonnan epäsystemaattisuus ja vanhojen opetusmenetelmien käyttö. Esityksessä ehdotetaan, että lääkäreiden täydennyskoulutuksesta huolehtii lääkärikunta eri järjestöjensä kautta. Koulutusta arvioimaan esitetään perustettavaksi arviointitoimikunta, johon kuuluisivat edustajat lääkäriliitosta, erikoislääkäriyhdistyksistä ja lääketieteellisistä tiedekunnista. (Pasternack 2001).

Tukiryhmän keskustelussa todettiin lääkäreiden täydennyskoulutuksen epäkohtien pätevän myös muiden terveydenhuollon ammattiryhmien täydennyskoulutukseen. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta on laatinut omat ehdotuksensa täydennyskoulutuksen järjestämiseksi. Täydennyskoulutusjärjestelmän tulee esityksen mukaan perustua yhteneviin periaatteisiin kaikkien terveydenhuollon ammattiryhmien osalta. Täydennyskoulutuksen järjestämisvastuu on työnantajalla ja koulutukseen osallistumisvelvollisuus työntekijällä. Julkisten varojen ohjaaminen täydennyskoulutukseen edellyttää sen yhtenäistä toteuttamisperiaatetta kaikille ammattiryhmille sekä työnantajalle oikeutta täydennyskoulutuksen suunnitteluun ja toteutumisen seurantaan.

Koulutuksen järjestämis- ja siihen osallistumisvelvollisuuden säädöspohjaisuus takaa sen tasavertaisen toteutumisen alueellisesti. Suosituksenomaisesti täydennyskoulutuksen kesto voidaan määritellä 10 arkipäivään vuodessa. Koulutus sisältää myös työpaikalla järjestettävän koulutuksen. Täydennyskoulutuksen toteutumista seurataan henkilökohtaisella portfolioilla. Perusterveydenhuollossa työskenteleville lääkäreille tulee antaa mahdollisuus määrävuosin (3-5 v) osallistua pidempiaikaiseen täydennyskoulutukseen esim. sairaaloissa sekä tiedollisten että taidollisten valmiuksien ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Tällä on myös työmotivaation kannalta tärkeä merkitys.

**Vastuutahot:** sosiaali- ja terveysministeriö, työnantajataho, työntekijät

## Kehittämisesitys 6: Ensihoidon järjestäminen ja koulutus

Sairaanhoitopiirien tulee kantaa kokonaisvastuu ensihoidon järjestämisestä alueellaan. Sairaanhoitopiireihin tulee nimetä ensihoidon vastuulääkärit. Sairaanhoitopiirit laativat alueelleen ensihoidon toimintaperiaatteet, laadulliset kriteerit ja koulutussuunnitelman sekä ohjeistavat hätäkeskukset. Perusterveydenhuollon (terveyskeskusten) tulee kantaa primaarivastuu ensihoidon toimivuudesta ja laadullisista kriteereistä. Ensihoidon yksiköiden tulee toimia alueellisesti. Tätä toimintaa koordinoivat hätäkeskukset. Helikopteritoiminta tulee liittää osaksi erikoissairaanhoitoa, ja toiminnan tulee tapahtua kiinteässä yhteistyössä yliopistosairaaloiden kanssa.

Sairaankuljettajilta vaaditaan 40 opintoviikon lisäkoulutus ja näyttökoe. Koulutukselle määritellään yhtenäiset valtakunnalliset laatukriteerit. Myös määrävälein tapahtuva täydennyskoulutus ja tiedollisten sekä taidollisten valmiuksien testaus edellytetään. Hoitajatasen ensihoidon koulutustarve arvioidaan ja ensihoitajat tulee lainsäädännöllisesti saattaa ammatinharjoittajina samanvertaiseen asemaan kuin sairaanhoitajat. Ensihoitajille tulee valtakunnallisesti laatia yhteneväiset laatukriteerit ja valtakunnallinen testaus sekä täydennyskoulutus.

### Tausta ja perustelut

Ensihoito on maassamme kehittynyt viime vuosina merkittävästi. Hoito aloitetaan jo tapahtumapaikalla ja sitä jatketaan sairaankuljetuksen aikana. Riittävän ajoissa aloitettu hoito pelastaa ihmishenkiä. Eräät sairaanhoitopiirit ovat kehittäneet systemaattisesti ensihoitoa alueellaan. Myös sairaankuljettajien ja ensihoitajien koulutus on käynnistynyt. Ensihoito on osa alueellista ja osin jopa valtakunnallista toimintaa. Tämän vuoksi Suomeen tarvitaan valtakunnallinen ensihoidon kehittämissuunnitelma, alan henkilöstötarpeen arviointi ja sekä peruskoulutuksen että järjestettävän täydennyskoulutuksen laatukriteerit. Myös potilaskuljetukseen ja ensihoitoon osallistuvien helikoptereiden toiminta tulee valtakunnallisesti järjestää pysyväälle pohjalle. Ensihoitajakoulutus on sairaanhoitajatasoista koulutusta, mutta ensihoitajien ammattinimike puuttuu terveydenhuollon laillistetuista ammattinimekkeistä.

**Vastuutahot:** Sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, sairaanhoitopiirit, koulutusyksiköt

## Aiheeseen liittyvää kirjallisuutta

Ailasmaa, R. Siirtyvätkö Suomen terveydenhuollon ammattilaiset sittenkään ulkomaille? Julkaisematon moniste 2002.

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. 2001. Opetusministeriön julkaisuja. Helsinki.

Brännback, M., Hyvönen P., Raunio H. ym.. Finnish Pharma Cluster - Vision 2010. Target Programme initiated by the Finnish Pharma Cluster. Tecnology Review 112/2001.

Health at a Glance 2001. Organisation for Economic co-operation and development (OECD).

Hoitotyön johtaminen ja kehittäminen. Integroitu terveystieteiden maisterin tutkinto. Kuopion yliopisto ja Mikkelin ammattikorkeakoulu. Suunnitteluraportti. Syyskuu 2000. Kuopion yliopisto.

Hyppölä, H. Development and Evaluation of Undergraduate Medical Education in Finland. Kuopion yliopiston julkaisuja D, Lääketiede 237. Kuopion yliopisto, Kuopio 2001.

Isolauri J. Terveydenhuolto 2000-luvulle. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:21.

Jaroma, A. Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä. Kysely kättilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitaja-opiskelijoille. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 83. Kuopio 2000.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakkointitoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001:7. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Korpivuoma E. & Pirttilä I. Terveyskeskukset ja ikääntyvä työvoima. Selvityksiä 2001:7. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mäenpää H. Selvitys terveydenhuoltohenkilöstön työllistämisestä alueittain. Moniste 2001.

Health Statistics in the Nordic Countries 1999. NOMESCO. Nordic Committee 61:2001.

Pasternack A. Suullinen esitys 7.12.2001. Lääkäreiden täydennyskoulutuksen järjestäminen.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennys- ja muuta lisäkoulutusta käsittelevä muistio 19.12.2001. Sosiaali- ja terveysministeriö

Terveysalan korkeakoulutuksen arvioinnin seuranta. 2001. Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja 11. Oy Edita Ab, Helsinki.

Tietoa ja taitoa terveysalalle. Terveysalan korkeakoulutuksen arviointi. 1999. Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja 8. Oy Edita Ab. Helsinki.

Vallimies-Patomäki M. & Lindström E: Sairaanhoidajien ja lääkäreiden työnjaon kehittäminen. Julkaisematon moniste 2001

**Tukiryhmän kokousmuistiot (vain alkuperäisessä paperiversiossa)**

## Selvityshenkilöiden ja tukiryhmän kuulemat asiantuntijat

Tutkija Bjarne Andersson, Kunnallinen työmarkkinalaitos  
Sosiaali- ja terveystieteiden pääasiantuntija Jorma Back, Suomen Kuntaliitto  
Professori Matts Brommels, Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen laitos  
Professori Katie Eriksson, Åbo Akademi  
Koulutuspäällikkö Hannu Halila, Suomen Lääkäriliitto  
Professori Juhani Ilmarinen, Työterveyslaitos  
Professori Arja Isola, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos  
Johtaja Anneli Jaroma, Mikkelin ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala  
Toimialajohtaja Pekka Karma, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
Professori Juha Kinnunen, Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos  
Dekaani Pertti Kirkinen Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta  
Sopimustoimitsija Minna Koivuniemi, Kunta-alan ammattiliitto KTV ry.  
Apulaistoiminnanjohtaja Santero Kujala, Suomen Lääkäriliitto  
Terveystieteiden asiantuntija Ilkka Kunnamo, Saarijärven – Karstulan seudun terveystieteiden keskus  
Puheenjohtaja Katriina Laaksonen, Suomen sairaanhoitajaliitto ry.  
Puheenjohtaja Jaana Laitinen-Pesola, Tehy  
Erityisasiantuntija Ritva Larjomaa, Suomen kuntaliitto  
Professori Juhani Lehto, Tampereen yliopisto, Terveystieteiden laitos  
Professori Helena Leino-Kilpi, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos  
Puheenjohtaja Eine Lukander, Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry.  
Sairaanhoitopiirin johtaja Jukka Männistö, Etelä-Savon sairaanhoitopiiri  
Kehittämispäällikkö Arja Niittynen, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super  
Neuvottelupäällikkö Ulla-Riitta Parikka, Kunnallinen työmarkkinalaitos  
Dekaani Juhani Partanen, Kuopion yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta  
Apulaiskaupunginjohtaja Markku Porvari, Lahden kaupunki  
Kunnanjohtaja Mauri Posio, Posion kunta  
Koulutusala johtaja Katariina Raij, Laurea - ammattikorkeakoulu  
Dekaani Heikki Ruskoaho Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta  
Puheenjohtaja Ursula Schwab, Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry.  
Dekaani Jouko Suonpää, Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta  
Professori Ulla Talvitie, Jyväskylän yliopisto Terveystieteiden laitos  
Puheenjohtaja Tuomo Tikkanen, Suomen psykologiliitto  
Koulutusasiainsihteeri Mervi Tolonen, Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö  
Lääninlääkäri Antti Turunen, Itä-Suomen läänihallitus  
Puheenjohtaja Eeva-Liisa Urjanheimo, Suomen Terveystieteiden liitto STHL ry.  
Varadekaani Heikki Vapaatalo, Helsingin yliopisto Lääketieteellinen tiedekunta  
Professori Katri Vehviläinen-Julkunen, Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos  
Osastopäällikkö Aimo Välimaa, Lapin lääninhallitus  
Professori Päivi Åstedt-Kurki, Tampereen yliopisto Hoitotieteen laitos  
Toiminnanjohtaja Markku Äärimaa, Suomen Lääkäriliitto

Liite 3.

**Asiantuntijoiden esittämät kirjalliset kannanotot (vain alkuperäisessä paperiversiossa)**

Liite 4.

**Selvityshenkilöille toimitettu muu kirjallinen materiaali (vain alkuperäisessä paperiversiossa)**