

ANNE LAIHO & TARITA RIIKONEN

Sairaanhoidajakoulutus ja naiskansalaisuus: hyvinvointivaltion huomasta kilpailuyhteiskunnan realiteetteihin



Poliittiset valtasuhteet ja yhteiskunnalliset murrokset heijastuvat koulutuksen tavoitteisiin. Sairaanhoidajakoulutuksen ohjausdokumentit piirtävät esiin haasteellisia ideaaleja sairaanhoitajuudelle terveydenhuollon kiristyneissä vaateissa.

▶ ”LAURA OLI KITKUTELLUT vähän yli kahdentonnin palkalla koko ikänsä ja nyt hän halusi sisälle televisioon, viisi minuuttia riittäisi, siinä ajassa hän ehtisi kertoa sen mikä ei näy viivan alla: minä pyyhin paperilla suupielet, korvantaustat, selät ja niskat, minä jynssään kostealla, korkeatasoisella pyyhkeellä perseet, teen tämän kaiken kutsumuksesta ja hyvällä mielellä, mutta nyt hyvä mieleni on poissa ja se tulee takaisin vain, jos kuulen suorassa lähetyksessä seuraavat sanat: emme leikkaa Lauran osastolta Aa2, koska siellä laitetaan kuntoon paperimiehiä, kuittimiehiä, pukumiehiä, liikemiehiä ja rakennusmiehiä ikään ja mahdolliseen luonnevikaan

katsomatta ja riippumatta siitä, onko heidät itse valitun elämäntavan seurauksena osastolle kärrätty vai ovatko he siellä siksi, että he uupumattomalla tarmolla ovat muuttaneet metsämme yhteisiksi seteleiksi, niin tai näin, sairaanhoitajat laittavat kuntoon kaikki, ja kun viimeisellä tuomiolla katsotaan mitä jää numeroiden lisäksi viivan alle, niin sieltä löytyy kirkkautta ja kiitollisuutta, joka loistaa sairaalasta kotiin päässeiden potilaiden silmistä.” (Hotakainen 2013, 160–161.)

Kun Sari lukee Kari Hotakaisen kuvausta sairaanhoidajan kokemuksista ja tunnoista 2010-luvun kil-

pailuyhteiskunnan kurimuksessa, jossa hyvinvointivaltiota on tullut ”kirosana”, Sari ei voi olla samaistumatta Lauran työtodellisuuteen. Hyvinvointivaltion uudelleenmuotoilussa myös Sarin omaksumat hoitotyön periaatteet ja halu auttaa lähimmäisiä ovat asettuneet ristivetoon kiristyneiden resurssien ja kiireen kanssa.

Artikkeli kohdentuu sairaanhoitajakoulutukseen ja sen rakentamaan naiskansalaisuuteen eurooppalaistuvassa toimintaympäristössä 1990-luvulta alkaen. Lähtökohtana on, että ison, naisvaltaisen ammattiryhmän koulutuksen ja työn muutokset kertovat yleisemminkin suomalaisen naiskansalaisuuden ideoista ja ehdoista.

Suomessa on noin 75 000 laillistettua työikäistä sairaanhoitajaa. Tämän lisäksi sairaanhoitajareserviin kuuluvat terveydenhoitajat, kättilöt ja ensihoitajat, jotka ovat saaneet laillistuksen myös sairaanhoitajiksi. (Tehy 2016.) Vuonna 2013 sairaanhoitajan, osastonhoitajan ja ylihoitajan nimikkeillä työskentelevistä naisista oli yli 90 prosenttia, joten ammatti on täysin naisvaltainen (Ailasmaa 2015b).

Sairaanhoitajan ammatti on muotoutunut hyvinvointipolitiikan huomassa kiinnittyen vahvasti julkiseen sektoriin (Rinne & Jauhiainen 1988), johon on viimeisen 30 vuoden aikana kohdistettu kasvavia tulos- ja tehokkuusvaatimuksia. 1990-luku on suomalaisen hyvinvointivaltion käännekohta kohti globaalia kilpailuyhteiskuntaa. Tässä suunnanmuutoksessa julkinen sektori omaksui yksityiseltä sektorilta uusliberalistisen taloustieteen oppeja, jotka kulmineituvat muun muassa käsitteeseen uusi julkisjohtaminen. (Ks. esim. Henriksson & Wrede 2004; Julkunen 2008.) Hyvinvointivaltion liudentuminen on tarkoittanut myös sairaanhoitajakoulutuksen ja sairaanhoitajan työn muuttumista.

Hyvinvointivaltio on mielletty naisten liittolaiseksi. 1970- ja 1980-luvuilla hyvinvointipalvelut perustuivat naisvaltaisten ammattiryhmien palkkatyölle, jota valtio julkisoikeudellisesti sääтели. Tämä säättely yhtenäisti työehtoja ja turvasi ammattiryhmille työhön ja koulutukseen liittyviä sosiaalisia oikeuksia. (Henriksson & Wrede 2004, 14.) Naisystävällisyydeksi voidaan tulkita myös se, että valtio legitimoit sairaanhoitajien akateemisen koulutuksen

ja hoitotieteen vakiintumisen 1970-luvun lopulla (Laiho 2005, 274).

Koska julkisen sektorin työoloja on 1990-luvulta alkaen heikennetty – pätkätyö on lisääntynyt, henkilöstön niukkuus ja työpaineet ovat kasvaneet, palkkataso on pysynyt matalana ja uudet johtamiskäytännöt ja markkinaorientaatio ovat haastaneet julkisen sektorin ammattikulttuuria – voidaan hyvällä syyllä ajatella, että hyvinvointivaltio on pettänyt naiset (Kinnunen 2007). Sairaanhoitajien akateeminen koulutukseen ei tässä tilanteessa ole kyennyt takamaan toimivaltaa esimerkiksi hoitotyön johtamisessa (Laiho & Riikonen 2014, 652).

Kansalaisuuden käsite on monimerkityksinen. Sen käyttö pohjautuu erilaisiin teoriaperinteisiin, kuten politiikkaan, filosofiaan tai sosiaalipolitiikkaan. Perinteinen käsitys kansalaisesta on yhteisön poliittiseen elämään aktiivisesti osallistuva yksilö. Kansalaisuutta voi myös lähestyä oikeuksien, tasa-arvon, velvoitteiden ja ideaalien kautta yhteiskuntaelämän eri alueilla, kuten koulutuksessa ja työelämässä.

Kansalaisuuden ytimeen kuuluu heteronormi ja avioliitto sekä sen kautta muodostuva yhteiskunnallinen työnjako, jossa mieskansalaisuudella ja naiskansalaisuudella on omat toimintakenttensä (Julkunen 2010, 16–18; Sulkunen 1991). Vaikka sukupuoleen liittyvät normit ja odotukset ovat muutoksessa ja osin höllentyneetkin, tuoreet tilastot kertovat työelämän selkeästä jakautumisesta naisten ja miesten aloihin ja ammatteihin. Huolimatta vuosikymmeniä jatkuneista pyrkimyksistä purkaa sukupuolten työnjakoa, se ei ole olennaisesti lieventynyt. (Ks. Tilastokeskus 2016.)

Suomalaisen naiskansalaisuuden muutosta on analyseissä kuvattu siirtymäksi yhteiskunnallisesta äitiydestä palkkatyöäitiyteen. Liisa Rantalaihon (1994) mukaan naiskansalaisuutta leimaa sanaton sukupuolisopimus, jossa naisten toiminnan mahdollisuuksia ja rajoja määrittää ennen kaikkea yhteiskunnallinen äitiys. Tämä tarkoittaa sitä, että hyvinvointivaltiossa naiset toimivat naisten töissä sekä kotona että julkisen areenan hoiva- ja kasvatustehtävissä.

Sukupuolisopimukseen liittyy myös naisten palkkatyöläisyys, joka on ollut 1960–1970-luvuilta lähtien yhteiskunnallinen normi ja käytäntö. Naistutkimuksessa käytetty sukupuolisopimuksen käsite kumpuaa

politiikan tutkimuksesta. Sukupuolisopimuksella viitataan yhteiskunnassa vallitseviin sukupuolten työnjakoa, rooleja ja asemaa normittaviin yhteiskunnallisiin järjestyksiin. Kyseessä eivät ole konkreettiset tai viralliset sopimukset vaan yleisesti hyväksytyt poliittiset kehityssuunnat ja piiloiset oletukset sukupuolten välisistä velvollisuuksista ja oikeuksista sekä suhteista ja pakoista, jotka usein ajatellaan luonnollisiksi. (Kovalainen 2004; Rantalaiho 1994.) Raija Julkunen (2010) täydentää sukupuolisopimus-metaforan viittaavan myös sukupuolten väliseen sovussa elämiseen. Suomalaisessa palkkatyöäitiyden sopimuksessa neuvoteltiin naisten ja valtion – ei niinkään naisten ja miesten – välillä. (Julkunen 2010, 20, 89–90.) Yhteiskunnallisissa muutostilanteissa sukupuolisopimus voi muuntua konfliktiksi ja siten siitä tulee julkilausuttu (Julkunen 1994, 180). Sukupuolisopimusta voidaan soveltaa myös sairaanhoitajakoulutukseen, sillä siinä on kysymys naisvaltaisen ammattiryhmän ja valtion välisestä sopimuksesta, jossa ohjataan ja normitetaan alan koulutusta, ammattilaisten laillistusta ja toimivaltaa myös julkilausumattomien, epävirallisten sukupuolijärjestysten pohjalta.

Koska hyvinvointivaltio ei ole lunastanut naisammattilaisille annettuja lupauksia, on tärkeää tarkastella ensiksikin sitä, millaisia uudelleenorientoitumisen vaiheita sairaanhoitajakoulutus ja sen ohjaus sekä alan työmarkkinat ovat kohdanneet hyvinvointivaltion uudelleenmuotoilussa 1990-luvulta alkaen. Tämän lisäksi artikkelissa analysoidaan, millaista sairaanhoitajaideaalia (naiskansalaisuutta) sairaanhoitajakoulutuksen keskeiset ohjausdokumentit ilmentävät sekä millaisia hoitotyön ehtoja terveydenhuollon organisaatiot välittävät sairaanhoitajaopiskelijoille. Naiskansalaisuus ja sitä määrittävä sukupuolisopimus ovat hyvin monitasoisia ja kietoutuvat yhteiskunnallisen ja sosiaalisen elämän eri osa-alueille. Artikkelin lopuksi pohditaan vielä sairaanhoitajakoulutuksen rakentamaa ja välittämää naiskansalaisuutta.

TEORIA, AINEISTO JA ANALYYSI

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat kiinnittyvät koulutussosiologiaan. Sairaanhoitajakoulutusta tarkastellaan yhteiskunnallisen vallankäytön ja hallin-

nan näkökulmista. Koulutuksen tavoitteet ovat poliittisia valintoja ja osa yhteiskunnallista vallankäyttöä. Koulutus ammattiin on kouluttamista haluttuun ja kulttuurisesti hyväksytyyn sekä sukupuolitettuun ideaaliin, joka rakentaa minuutta suhteessa koulutukseen ja työhön. (Silvennoinen & Kinnari 2015; Ylöstalo 2014.) Koulutus on keskeisessä asemassa kansalaisuuden ideaalin juurruttamisessa. Tässä tutkimuksessa naiskansalaisuutta lähestytäänkin sairaanhoitajakoulutuksen ohjausdokumenttien rakentamien sekä terveydenhuollon organisaatioiden tarjoamien sairaanhoitajaideaalin kautta. Koulutuksella muokataan subjektiviteetteja ja koulutus tuottaa erilaisia sisältöjä – ammatillista tietoa, taitoja, normeja, rituaaleja ja käytäntöjä. Koulutus on myös valintoja, toimivaltaa, sulkemismekanismia, hierarkioita sekä symbolista valtaa. (Noordegraaf 2011.) Ammatillisessa koulutuksessa opiskelevien odotetaan tulevan hyväksi työntekijäkansalaisiksi sekä kuuliaisiksi työntekijöiksi, jotka joustavat ja sopeutuvat työelämän muutoksiin. Ammattilaisia ei niinkään kasvateta työelämän uudistajiksi. Sen sijaan yleissivistävässä koulutuksessa korostetaan maailmaa ymmärtävien ja sitä muuttavien toimijoiden ihannetta. (Ylöstalo 2014, 12; ks. myös Pehkonen 2013.)

Tutkimusaineisto koostuu sairaanhoitajakoulutuksen ohjausdokumenteista eli lainsäädännöstä, opetussuunnitelman perusteista (OPH 1991; 1996) ja osaamiskuvauksista (OPM 2001; 2006; Eriksson ym. 2015). Ohjausdokumentit välittävät kansallisia ja ylikansallisia koulutuspoliittisia tavoitteita ja kertovat sairaanhoitajakoulutuksen tavoitteista. Aineistoksi rajattiin ohjausdokumenteista koulutusta koskevat yleiset osat sekä erityisesti sairaanhoitajakoulutukseen kohdentuvat osat.

Dokumentteja analysoitiin sisällönanalyysin avulla pelkistämällä ja ryhmittelemällä niiden sisältöä (lausumat, sanastot). Analyysia viitoitettiin seuraavilla kysymyksillä: Mitkä ovat sairaanhoitajakoulutuksen arvot ja tietoperusta? Miten sukupuoli ja kansalaisuus tulevat esille? Millaisin määrin luonnehditaan tavoiteltua, ideaalia sairaanhoitajaa (naiskansalainen)? Ajallisesti kolmelle eri vuosikymmenelle sijoittuvista dokumenttien ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Tämän lisäksi

tutkimuksen aineistona hyödynnettiin aiempia tutkimuksia ja tilastoaineistoa, muun muassa Työolotutkimuksia¹, koulutustilastoja sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojulkaisuja.

SAIRAANHOITAJIEN KOULUTUS- JA TYÖMARKKINAKEHYS 1990-LUVULTA ALKAEN

Yleismaailmallisena pyrkimyksenä on sitoa koulutusinstituutit talouden ja tuotantotoiminnan välineiksi. 1980-luvulta alkaen talouden argumentit on omaksuttu myös suomalaisessa koulutuspolitiikassa niin koulutuksen järjestäjien, oppilaitosten kuin opettajakunnan tahoilla.

Koulutuksen ohjausta kehitettiin 1990-luvulla valtionhallinnon yleistä kehitystä ja uusliberalistisen koulutuspolitiikan oppeja seuraten tulostavoitteilla ohjaamisen suuntaan. (Laiho & Ruoholinna 2011a; Silvennoinen & Kinnari 2015, 64.)

Muutoksia sairaanhoitajien koulutuksessa

Sairaanhoitajakoulutuksen kannalta merkittävin muutos 1990-luvulla oli ammattikorkeakoulujen perustaminen ja koulutuksen vähittäinen siirtyminen opistoasteelta korkeakoulujärjestelmään. Myös sairaanhoitajakoulutuksen valtiokeskeinen suunnittelu hajaantui 1990-luvun alussa, kun ammattikasvatus- ja lääkintöhallitukset lakkautettiin. Näitä keskusvirastoja korvanneilla Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL, aiemmin Stakes), Sosiaali- ja terveysalan lupavirastolla (Valvira) ja Opetushallituksella ei ole vastaavia ohjaustehtäviä kuin ammattikasvatus- ja lääkintöhallituksilla oli. (Laiho & Ruoholinna 2011a, 21.)

Ammattikorkeakoulu- ja opistoasteen sairaanhoitajia koulutettiin rinnakkain vuoteen 1999 saakka. Opistoasteen kasvattina myös Sari huomasi 2000-luvun alussa, että vanhamuotoisen sairaanhoitajakoulutuksen suorittaneilla ei ollut yhtäläisiä mahdollisuuksia hakeutua ammattikorkeakoulujen täydennyskoulutukseen. Työnantajat odottivat opistoasteen koulutuksen päivittämistä ammattikorkeakoulutasoiseksi, mutta tämä ei välttämättä hyödyttänyt sairaanhoitajia esimerkiksi palkkauksen suhteen.

Sen sijaan ammattikorkeakoulutus tuotti uusia jalkolinjoja ja hierarkioita ammattiryhmään. (Laiho & Ruoholinna 2008.)

Suomen liittyminen Euroopan unioniin (EU) 1990-luvulla tarkoitti sitä, että EU:n kansanterveydellisesti ja koulutuksellisesti merkittävät päätökset vaikuttivat myös Suomen sairaanhoitajakoulutuksiin. Suomi sitoutui EU:n direktiiveihin, jotka koskevat toisessa jäsenvaltiossa saadun ammattipätevyuden tai koulutuksen tunnustamista. (OPM 2009c, 20.)

Direktiivi ammattipätevyuden tunnustamisesta takaa muun muassa sen, että sairaanhoitajan pätevyuden hankkineet voivat ryhtyä harjoittamaan ammattiaan toisessa jäsenvaltiossa samoin oikeuksin kuin kyseisen valtion kansalaiset (Direktiivi 2005/36/EY). Vuonna 2013 uudistettu direktiivi määrittää yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan koulutuksen pituudeksi vähintään kolme vuotta ja 4600 opetustuntia. Tästä koulutuksen teoreettisen opetuksen osuus on vähintään kolmasosa ja kliinisen opetuksen osuus vähintään puolet. Suomalainen sairaanhoitajakoulutus (210 op) täyttää nämä vaatimukset, sillä se on 30 pistettä laajempi kuin direktiivi edellyttää. Direktiivi määrittelee myös yleissairaanhoitajan kahdeksan ydinkompetenssia. (Direktiivi 2013/55/EU.)

Vuonna 1999 annetun Bolognan julistuksen tavoitteena on eurooppalaisen korkea-asteen koulutusalueen muodostaminen. Ammattikorkeakoulut lähtivät mukaan Bolognan prosessiin vuonna 2004. Tämän seurauksena yhdenmukaistettiin tutkintorakenteita, muokattiin opetussuunnitelmia osaamisperustaisiksi (ammattikorkeakoulututkinnon yleiset ja tutkintokohtaiset kompetenssit), siirryttiin opin-
topistejärjestelmään ja kehitettiin laadunhallintaa. (Arene 2007; OPM 2009c, 11, 13.)

1990-luvulla opistotasoista sairaanhoitajakoulutusta ohjattiin kansallisilla opetussuunnitelman perusteilla, joita uudistettiin kahteen otteeseen. Opetussuunnitelman perusteet laadittiin opetushallituksessa yhteistyössä oppilaitosten ja työelämän kanssa. (OPH 1991, 1996.)

Ammattikorkeakouluihin siirryttäessä vastuu opetussuunnitelmista tuli oppilaitoksille. Koulu-

KOULUTUSPOLIITTINEN KEHYS	SAIRAANHOITAJAKOULUTUS JA TYÖMARKKINA-ASEMA
<p>1990-luku</p> <p>Valtiollisen koulutussuunnittelun ja ohjauksen muutos: ammattikasvatus- ja lääkintöhallitusten lakkauttaminen, tulosoajaus (aloituspaikat)</p> <p>EU-jäsenyys 1995</p> <p>Koulutuksen vähimmäisvaatimusten yhdenmukaistamiseen perustuvaan tunnustamisjärjestelmään ja yleiseen tutkintojen tunnustamisjärjestelmään sitoutuminen</p> <p>Ammattikorkeakoulujärjestelmän luominen (L 255/1995; A 256/1995)</p>	<p>Opistoasteen opetussuunnitelman perusteiden uudistaminen (OPH 1991, 1996)</p> <p>Ammattikorkeakouluun siirtyminen ja vähittäinen opistoasteen sairaanhoitajakoulutuksen väistyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - ensimmäiset AMK-sairaanhoitajat aloittavat opintonsa 1992 - uudet ammattikorkeakoulukohtaiset opetussuunnitelmat <p>1990-luvun alkupuoli: aloituspaikkojen lisääminen</p> <p>1990-luvun loppupuoli: aloituspaikkojen vähentäminen</p> <p>Työttömyys yleistyy selvästi, epävarmuus ja epätyypilliset työsuhteet lisääntyvät</p>
<p>2000-luku</p> <p>Bolognan prosessiin sitoutuminen</p> <p>Direktiivi ammattipätevyden tunnustamisesta (direktiivi 2005/36/EY)</p>	<p>Ammattikorkeakoulujen jatkotutkinnot 2001 (ylempi ammattikorkeakoulututkinto)</p> <p>Kansalliset osaamisvaatimukset sairaanhoitajakoulutukseen (OPM 2001, 2006)</p> <p>Tutkinnonuudistus 2005</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opintopistejärjestelmään siirtyminen - AMK-sairaanhoitajatutkinto rinnastuu alempaan korkeakoulututkintoon ja mahdollistaa siirtymisen yliopistoon opiskelemaan ylempää korkeakoulututkintoa (siltaopintojen kautta terveystieteiden maisteritutkintoon) <p>Paikoin sairaanhoitajapala</p>
<p>2010-luku</p> <p>Uusi direktiivi ammattipätevyden tunnustamisesta (direktiivi 2013/55/EU)</p> <p>Uusi ammattikorkeakoululaki ja -asetus (L 932/2014; A 1129/2014)</p>	<p>Kansalliset osaamisvaatimukset: Sairaanhoitajien ammatillinen osaaminen -hanke (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisis 2015)</p> <p>Aloituspaikkojen lisääminen</p> <p>Rinnakkain sairaanhoitajapalua ja -työttömyyttä, alueellisia ja alakohtaisia vaihtelua</p>

Taulukko 1. Sairaanhoitajakoulutuksen koulutuspoliittinen kehys ja keskeiset uudistukset sekä sairaanhoitajien työmarkkina-asema 1990–2010-luvuilla.

tuksen ohjauksessa siirryttiin normatiivisesta sääntelykulttuurista hajautettuun sekä tulostavoitteilla ja arviointijärjestelmillä kontrolloituun koulutukseen. Laki ja asetus ammattikorkeakouluista määrittelevät opetussuunnitelmaa hyvin väljästi. Lainsäädännön lisäksi koulutusta ohjaavat terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä annettu laki ja asetus sekä alan erityislainsäädännön vaatimukset. Ammattikorkeakoulut kehittivät aluksi erilaisia koulutusohjelmia ja tutkintoja, mutta järjestelmästä muotoutui vaikeasti hallittava ja kirjava. Opetusministeriö onkin ohjannut 2000-luvulta alkaen sairaanhoitajaopintoja osaamiskuvauksilla, joiden tavoitteena on yhtenäistää opintoja. Osaamiskuvauksia on laadittu

terveysalan opettajien yhteistyönä ja myös sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Valvira ovat ottaneet kantaa niihin. (OPM 2001; 2006.) Vuonna 2012 Sairaanhoitajaliitto ja Metropolia ammattikorkeakoulu käynnistivät hankkeen yleissairaanhoitajan osaamisvaatimusten uudistamiseksi. Hankkeen vaikuttimena olivat uuden ammattipätevyysdirektiivin määrittelemät ydinkompetenssit sekä toimintayksiköiden kriittinen palaute vastavalmistuneiden sairaanhoitajien osaamisesta ja kädentaidot. (Eriksson ym. 2015, 11–12.)

Sairaanhoitajakoulutuksen ohjaus on ollut eräänlaisessa heiluriliikkeessä. Kansallisten opetussuunnitelmien perusteista siirryttiin ammattikor-

keakoulujen vapauteen laatia opetussuunnitelmat itsenäisesti. Tätä seurasi kansallinen yhteistyö opetussuunnitelmia ohjaavien osaamisvaatimusten laatimisessa. Osaamiskuvaukset eivät kuitenkaan ole velvoittavia eikä niitä valvota eli tiukasti säännellyn ammatin koulutuksella on kansallisesti hajautettu ja löysä ohjaus. Tämä ohjauksen muutos, nykyiset ammattikorkeakoulujen säästöpainot ja niiden itsenäisen roolin opetuksen järjestämisessä ovatkin viime aikoina herättäneet huolta sairaanhoitajaopintojen laadusta, opetuksen sisällöistä ja opettajien pätevyydestä (ks. esim. Mäkisalo-Ropponen & Pietikäinen 2016).

1990-luku kohotti sairaanhoitajakoulutuksen korkeakoulutasoiseksi avaten sairaanhoitajille uusia koulutusmahdollisuuksia ammattikorkeakoulujen erikoistumisopintojen ja jatkotutkintojen muodossa. Tämän lisäksi 1990-luku mursi koulutuksen ja ammatin kansallista kehystä, mikä näkyy esimerkiksi kansainvälisyyden korostamisena ja vaihto-opiskelun yleistyksenä.

Sairaanhoitajatyöttömyys nousee

Ammatilliseen koulutukseen yhdistyy vahvasti lupaus työstä tai odotus paremmista ja vaativimmista työtehtävistä sekä yhteiskunnallinen asema. 1990-luvulla sairaanhoitajien työmarkkina-asemassa tapahtui dramaattinen muutos. Samaan aikaan kun julkisen sektorin työvoimasuunnittelun ja koulutuksen säätelyn välinen ohjaussuhde löystyi ja julkisen sektorin kasvu pysähtyi, ammattikorkeakoulut tuottivat suuria määriä sairaanhoitajia. Sairaanhoitajien aloituspaikkoja jopa lisättiin, mikä tarkoitti, että 1990-luvulla valmistui yli 31 000 sairaanhoitajaa. Tämä oli noin puolet sairaanhoitajien työvoimavarannosta vuonna 2000. (Santamäki 2004, 153, 163; Wrede 2008, 268–269.)

Sarin onneksi hänen äitiyslomansa osuivat 1990-luvun alkuun ja juuri ennen ensimmäisen lapsen syntymää hän onnistui saamaan ensimmäisen, vakituisen virkansa. Vakituudessa työsuhteessa oleviin hoitajiin 1990-luvun lama-aika heijastuikin lähinnä työtahdin kiristymisenä.

Sairaanhoitajatyöttömyydestä kärsivät ennen kaikkea vastavalmistuneet, ruuhka-Suomen ulkopuolella asuneet ja ”naisvapaita” käyttäneet hoitajat.

(Santamäki 2004, 163–165.) Yli 40 prosenttia terveydenhuoltoalan henkilöstöstä oli vuonna 2001 solminut vähintään viisi perättäistä työ sopimusta samalle työnantajalle (Sutela, Vänskä & Notkola 2001). Vielä laman jälkeenkin hoitotyön ammattilaisten kohdalla turvauduttiin määräaikaisiin työ sopimuksiin ja ketjutettuihin sijaisuuksiin, ja virkoja pidettiin täyttämättöminä (Wrede 2008, 258–259).

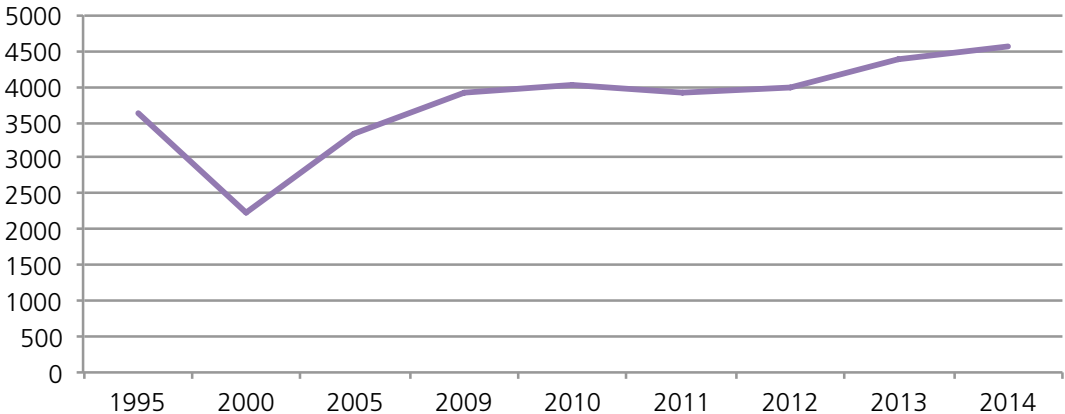
Osa 1990-luvulla kouluttautuneista sairaanhoitajista lähti töihin ulkomaille tai siirtyi terveydenhuollosta kokonaan muihin työtehtäviin. Vuonna 1997 ulkomailla työskenteli 3180 sairaanhoitajaa. Vuonna 2014 vastaava luku oli 3328. (Ailasmaa 2015a; Tehy 2016.) Hyvinvointivaltion uudelleenmuotoilu, jossa koulutusjärjestelmää eurooppalaistettiin ja sairaanhoitajakoulutuksen ohjausjärjestelmää uudistettiin, tarkoitti työmarkkinoiden näkökulmasta sitä, että valtio petti sairaanhoitajille annetun lupauksen työstä ja ehdollisti naisvaltaisen ammattiryhmän palkkatyötä esimerkiksi epätyypillisten työsuhteiden yleistyessä.

Sairaanhoitajien työttömyyteen reagoitiin 1990-luvun lopulla ja sairaanhoitajakoulutuksen aloituspaikkoja vähennettiin. 2000-luvulla aloittajamäärä kääntyi taas nousuun ja vuonna 2010 se ylti noin neljään tuhanteen. Koulutuspaikkoja on edelleen lisätty niin, että vuonna 2014 koulutuksen aloitti yli 4500 opiskelijaa. (**Kuvio 1.**)

Sairaanhoitajien määrä on kasvanut vuodesta 2000 lähtien melkein kaikissa OECD-maissa sekä absoluuttisena lukuna että asukaskohtaisesti laskettuna. Kasvun taustalla ovat suuremmat opiskelijamäärät sekä ulkomailla koulutuksen saaneiden sairaanhoitajien työskentely OECD-maissa lyhyen aikavälin hoitotarpeiden täyttämiseksi. Suomessa oli vuonna 2013 yli 14 hoitajaa 1000 asukasta kohden – viidenneksi eniten – kun OECD:n keskiarvo oli 9,1. (OECD 2015, 91.)

2000- ja 2010-lukujen työmarkkinoita sävyttävät samanaikainen sairaanhoitajapula ja -työttömyys. Työllisyydessä on alueellisia ja alakohtaisia vaihteluja. Työvoimapulan paikallisuudesta kertoo esimerkiksi se, että syksyllä 2005 pääkaupunkiseudun kunnat, HUS, Kuntaliitto ja Tehy matkasivat Lontooseen houkuttelemaan siellä työskenteleviä suomalaisia hoitajia takaisin kotimaahan

Sairaanhoitajakoulutuksen aloittaneet 1995–2014



Kuvio 1. Uudet sairaanhoitajaopiskelijät vuosina 1995–2014. Lähteet: Ammatilliset oppilaitokset 1996; Korkeakoulut 1996; Oppilaitostilastot 2001, 2006, 2010, 2012; Tehy tilastoina 2016.

(HS 10.4.2006). Kunnat eivät viime vuosina ole rekrytoineet yhtä paljon alan ammattilaisia kuin aiemmin heikentyneen talouden ja pitkittyneen sote-ratkaisun vuoksi. Sairaanhoitajien kysyntä on tasoittunut, mutta työvoimapulaa on kuitenkin suuremmissa osassa maata ja työmarkkinanäkymät arvioidaan hyviksi. (Koponen 2015.)

1990-luku romutti sairaanhoitajan ammatin ”naisvakuutuksena”, koska ammatti ei enää välttämättä taannut työtä tai mahdollistanut turvallista työuraa. Toisaalta sairaanhoitajan kansalliset työmarkkinat monimuotoistuivat, kun yksityissektori vahvistui julkisen terveydenhuollon rinnalla. Myös Suomen sitoutuminen tutkintojen tunnustamisjärjestelmään helpotti sairaanhoitajien työllistymistä Euroopassa. Vuonna 2013 työllisistä (n=79934) sairaanhoitajista, terveydenhoitajista ja kättilöistä 65 prosenttia työskenteli julkisissa terveyspalveluissa (Ailasmaa 2015b, 7). Yksityinen sektori kuitenkin haastaa yhä enemmän hyvinvointivaltiolisia, julkisesti tuotettuja terveyspalveluja, niiden eetosta ja osaamista. Tästä hyvä esimerkki on työterveyshuollon rakentuminen vahvasti yksityisen sektorin varaan.

NÄYTTÖÖN NOJAAVA, YRITTÄJÄHENKINEN JA SUKUPUOLETON ASiantuntija

Kutsumussairaanhoitajan ominaisuuksista vallitsi melko laaja yksimielisyyys toiseen maailmansotaan asti. Sairaanhoitajakoulutus oli avoimesti normatiivista ja se tähtäsi tämän ideaalin saavuttamiseen. Kristillinen arvoperusta ja alalle sopivuuden painottaminen säilyivät aina 1960-luvulle asti. 1950-luvulla hoitotieteen teorioiden kehittäminen alkoi erityisesti Yhdysvalloissa. 1960-luvulla Maailman terveysjärjestö (WHO) käsitteli julkaisuissaan potilaskeskeisyyttä ja hoidon laatua. Nämä ideaalit siirtyivät myös suomalaiseen sairaanhoitajakoulutukseen, mikä tarkoitti koulutuksen teoretisointia ja tieteellistymistä. Hoitotieteen vakiintuminen yliopistoihin 1970-luvun lopulla ja sairaanhoitajien jatkokoulutuksen akatemisoituminen toivat uusia sisältöjä ja käsitteitä sairaanhoitajaopintoihin. 1980-luvulla sairaanhoitajakoulutuksen pääaineeksi tuli hoitotieteeseen perustuva hoitooppi. (Laiho & Ruoholinn 2011a; Sarkio 2007, 6–7, 345.)

Entä millaista sairaanhoitajaa tavoitellaan 1990-luvulta alkaen sairaanhoitajakoulutuksen ohjausdokumenteissa? Kaikkien analysoitujen dokumenttien

(Eriksson ym. 2015; OPH 1991, 1996; OPM 2001; 2006) valmistelussa naisvaltaisella sairaanhoitajakunnalla itsellään on ollut keskeinen rooli. Erityisesti terveydenhuollon opettajien, ammattijärjestön sekä terveydenhuollon organisaatioissa toimivien ääntä on kuultu. Sairaanhoitajaideaalien rakentamaa naiskansalaisuutta ei siis määritellä jostakin ”ulkopuolelta” vaan naiset rakentavat, neuvottelevat ja uusintavat sitä myös keskinäisessä vuorovaikutuksessaan, omalla sukupuolittuneella toimintakentällään.

Ohjausdokumentit tuovat esiin terveydenhuollon ammattien humanistis-eettisiä arvoja ja periaatteita koulutuksen lähtökohtana:

”Ihmisarvo, terveys, oikeudenmukaisuus, tasa-arvoisuus, vastuullisuus ja vapaus sekä oikeus kasvuun ja kehittymiseen ovat keskeisiä koulutusta ohjaavia arvoja” (OPM 2006, 15).

Tämän lisäksi koulutuksessa sitoudutaan ympäristöarvoihin ja kestäväan kehitykseen (OPH 1991, 18). 2000-luvulla koulutusta ohjaaviksi periaatteiksi nimetään myös tuloksellisuus ja vaikuttavuus (OPM 2006, 15), jotka ilmentävät taloudellisia arvoja ja uuden julkisjohtamisen sanastoa. Humanistis-eettiset arvot näkyvät myös opintojen sisällöissä ja sairaanhoitajan ammattikuvassaⁱⁱ.

”Ammatillinen toiminta merkitsee tietoista pyrkimystä toimia eettisten arvojen mukaan asiakkaan/potilaan parhaaksi (...) Sairaanhoitaja toimii tarvittaessa myös potilaan edustajana” (OPH 1991, 9–10).

Sairaanhoitajan monikulttuurisessa osaamisessa korostetaan erilaisuuden kohtaamista, suvaitsevaisuutta ja eri kulttuureista tulevien asiakkaiden yksilöllistä kohtaamista (OPM 2006, 67).

Hyvinvointivaltion uudelleenmuotoilua tahdittavan taloudellisen ajattelutavan ja uuden julkisjohtamisen sanasto on näkyvissä jo 1990-luvun ohjausdokumenteissa, mutta se alkaa rakentua niihin voimalisemmin 2000-luvulla. Sairaanhoitajalta odotetaan, että *”hän osaa suunnitella ja toteuttaa hoitotyötä taloudellisesti ja tehokkaasti ja pysyy arvioimaan toiminnan kustannuksia ja vaikuttavuutta”* (OPH 1996, 59). Osaamisvaatimukset tähdentävät myös uuden jul-

kisjohtamisen korostamaa johtajuutta ja arvioinnin keskeisyyttä organisaatioissa:

”Hän [sairaanhoitaja] toteuttaa, johtaa ja arvioi näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja vastaa tutkimukseen perustuvasta hoitotyön laadusta ja sen kehittämisestä” (OPM 2006, 63).

Uuden julkisjohtamisen tekniikat – kuten työn dokumentointi ja erilaiset mittarit – tulevat esiin uusimmissa osaamisvaatimuksissa:

”sairaanhoitajan on myös osattava tuottaa tietoa johtamisen tarpeisiin, mikä tarkoittaa asianmukaisen kirjaamisen lisäksi, että hän käyttää hoidon ja ohjauksen tarpeen arviointiin kehitettyjä kliinisiä mittareita” (Eriksson ym. 2015, 19).

Sairaanhoitajakoulutuksen tietoperusta kiinnitettiin hoitotieteeseen 1980-luvulla hoito-opin nimissä. 1990-luvulta alkaen hoitotiede on löytänyt muodollisen ilmauksensa koulutuksessa näyttöön perustuvasta (*evidence-based*) tietokäsityksestä (Nieminen 2008). Näyttöön perustuvan sairaanhoidon korostetaan rakentuvan systemaattiseen ja tieteelliseen tietoon, asiantuntijatietoon. Lisäksi ajattelutavassa painotetaan tutkimustulosten sovellettavuutta potilaiden hoitoon.

1990-luvulla ohjausdokumentit määrittävät sairaanhoitajan ammatin tietoperustaksi hoitotieteen ohella yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisen sekä luonnon- ja lääketieteellisen tiedon (OPH 1991, 10). 2000-luvun dokumenteissa osaamisalueet *Teoreettinen osaaminen* (OPM 2001), *Hoitotyön päätöksenteko* (OPM 2006) ja *Näyttöön perustuva toiminta* (Eriksson ym. 2015) painottavat kaikki hoitotieteellistä tietoa, tutkimuksellista osaamista ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Tämän painotuksen taustalla vaikuttaa kansallinen pyrkimys näyttöön perustuvan toiminnan ja yhtenäisten hoitokäytäntöjen soveltamisesta sekä kehittämisestä terveydenhuollossa (STM 2012). Kertoooko tietoperustan painotuksen hienoisesta muutoksesta se, että uusimmissa osaamiskuvauksissa hoitotieteen rinnalle on nostettu lääketiede ja farmakologia; yhteiskunta- ja käyttäytymistieteet mainitaan vasta näiden jälkeen (Eriksson ym. 2015, 11)?

Sairaanhoidaja on ohjausdokumenteissa sukupuoli, itsenäinen hoitotyön asiantuntija. Sukupuoli onkin lähes näkymätön, ainoastaan vuoden 1991 dokumentissa todetaan, että koulutuksen on annettava sukupuolen välisen tasa-arvon edistämisen kannalta tarpeellisia valmiuksia (OPH 1991, 18). Ohjausdokumenteissa ei esitetä tavoitteita tai opetus sisältöjä, jotka edistäisivät naisvaltaisen ammattiryhmän kykyä tunnistaa työnsä sukupuolistavia käytäntöjä ja kulttuurisia toimintamalleja tai sitä, mikä merkitys sairaanhoidajan tai potilaan sukupuolella on hoitotyössä.

Sairaanhoidajaopiskelijoiden harjoittelun ohjaajana Sari pohtii usein sitä, ohjaako hoitotieteeseen nojaava ja sairaanhoidajan itsenäistä, hoidon asiantuntijan roolia painottava koulutus opiskelijoita realistiseen käsitykseen hoitotyöstä. Sairaanhoidajat tekevät kuitenkin paljon toimisto- ja huoltotehtäviä ja lääkärin auktoriteettiasema on horjumaton.

1990-luvun opetussuunnitelmien perusteissa kirjoitetaan sairaanhoidajan oman persoonan arvioinnista ja kehittämisestä sekä tunne-elämästä näin:

"herkkyys, intuitiivisuus ja eettisyys ovat myös osa asiantuntijuutta. (...) Hän [sairaanhoidaja] käyttää hoitotyössä myös kokemuksellista ja intuitiivista tietoa" (OPH 1996, 10, 48, 55).

Sairaanhoidajan osaamisen eksistentiaalinen ulottuvuus (Schuster 2011) – persoona, tunne, kokemus, intuitio – ei saa 2000-luvun dokumenteissa huomiota, vaan niissä korostetaan tiedeperustaisuutta (ks. kuitenkin Eriksson 2015, 37). Myöskään potilaiden kokonaisvaltainen hoito, joka hoitotieteen legitimaatioprosessissa oli tärkeä vasta-argumentti lääketieteen tarjoamalle pirstaleiselle, tautikeskeiselle lähestymistavalle (Laiho 2005, 270), ei esiinny 2000-luvun ohjausdokumenttien sanastossa.

Norjalaiset hoitotieteen tutkijat Jeanne Boge ja Kari Martinsen (2006; ks. myös Nieminen 2008) ovat kritisoineet näyttöön perustuvaa tietokäsitystä. He toteavat, että taustalla on ajatus kehittää terveydenhuollon instituutioista standardoituja, tehokkaampia ja helpommin hallittavia (mt.). Näyttöön perustuvalla hoitamisella on perustansa lääketieteen tutkimuksessa, mikä hierarkisoi hoitotyön perustana olevaa tutkimusta. Mitattavaa, lääketie-

teellistä tietoa arvostetaan, kun taas laadullisen tutkimuksen ja kokemuksen tuottama tieto, hoivatieto, asetuu alempiarvoiseksi. Tutkijoiden mukaan hoitamisen tulisi rakentua laajaan tietoperustaan, sillä muuten potilaiden, joilla on lääketieteelliseen näyttöön perustuvia sairauksia, asema on parempi kuin niiden, jotka tarvitsevat apua ja hoitoa, mutta joilla ei tällaisia sairauksia ole.

1990-luvulla ammatillisen koulutuksen yleisavoitteet velvoittavat sairaanhoidajaopiskelijoiden perehdyttämistä yrittäjyyteen ja yritystoimintaan (OPH 1991, 18). Myös termi sisäinen yrittäjyys ilmestyy ohjausdokumenttien sanastoon (OPH 1996, 25). Yrittäjyyteen liittyvät tavoitteet ilmentävät Euroopan unionin yrittäjyyden tukemista painottavaa koulutuspolitiikkaa, mikä kansallisella tasolla näkyy opetusministeriön tavoitteessa nostaa yrittäjyyskasvatus yhdeksi osa-alueeksi kaikilla koulutusasteilla (OPM 2009a, 2009b).

Yrittäjäideaali näyttäytyy entistä vahvempana 2000-luvun ohjausdokumenteissa ja yrittäjyys on määritelty myös ammattikorkeakoulutettujen yhteiseksi osaamiseksi (OPM 2006, 13). Sairaanhoidajan on osattava markkinoida omaa osaamistaan ja asiantuntijuuttaan työllistyäkseen. Tämän lisäksi dokumentit tuovat esiin, että sairaanhoidajat voivat toimia yksityisinä yrittäjinä ja heillä tulee olla perustiedot oman alan yrittäjyydestä (OPM 2001, 64). Yrittäjyys- ja markkinointiosaaminen ilmentävät uudenlaista työmarkkinakansalaisuutta, jonka eteen jokainen on velvoitettu tekemään työtä – identiteettityötä, elinikäistä oppimista – ja jossa yksilön vastuu ja riskinkanto – individualismi – korostuvat (ks. esim. Suikkanen & Lindh 2010).

Sairaanhoidajan asiantuntijuuteen nähdään kuuluvaksi osaaminen, jota tarvitaan yhteiskunnan ja terveyspalvelujen kehittämisessä sekä yhteiskunnallisessa päätöksentekojärjestelmässä (OPM 2006, 63). Euroopan unioniin liittyminen näkyy 1990-luvun ohjausdokumentissa EU-kansalaistaitojen vaatimuksena (OPM 1996, 17). Tämä koulutusideaali voidaan liittää klassiseen käsitykseen kansalaisesta yksilönä, joka osallistuu aktiivisesti yhteisönsä poliittiseen elämään. Katri Komulainen (2006) taas toteaa, että aktiivi kansalaisuus tuli uu-

tena käsitteenä koulutusdokumenteihin 1990-luvulla kytkettyä yhteen yrittäjyyskasvatuksen kanssa. Aktiivinen kansalaisuus merkitsi ihmisten kykyä huolehtia itsestään. Myös sairaanhoitajakoulutuksen ohjausdokumentit korostavat opiskelijan vastuuta elämästään, valinnoistaan ja tulevaisuudestaan (OPM 1996, 10).

Sairaanhoitajalla odotetaan olevan valmiuksia myös elinikäiseen oppimiseen (OPM 2001, 63). Tosin sairaanhoitajille koulutuksen merkitys on aina ollut jopa ylikorostunut moniin muihin ammattiryhmiin verrattuna (Heikkinen & Henriksson 2001, 214–215), vaikka tämä koulutususko ei välttämättä ole tuottanut parempaa asemaa tai palkkaa. Historiallisesti taustalla on sairaanhoitajajärjestöjen määrätietoinen pyrkimys koulutustason kohottamiseen (Laiho 2005). Sairaanhoitajien koulutus-halukkuus ilmentää myös ammattiin liitettyä kuuliaisuutta ja korkeaa moraalista, jota aiemmin kontrolloitiin tiukoin moraaliseettisillä rajanvedoilla, mutta nyt koulutautumisella rakennetaan ”hyvää” hoitajuutta (Laiho & Ruoholinn 2011b). Lisäksi koulutus antaa mahdollisuuden hengähdystaukoon, ja ottaa etäisyyttä työelämän ongelmiin ja paineisiin (Henriksson 2001, 130).

Ammattikorkeakoulupolitiikassa on korostettu työelämälähtöisyyttä ja yhteyksiä elinkeinoelämään eikä niinkään korkeakoulutukseen liittyvää sivistysulottuvuutta. Yleissivistys liitetään vahvasti peruskouluun, lukioon sekä yliopistojen generalistialojen koulutukseen ja se näyttäytyy helposti ammatillisen koulutuksen vastakohtana (Pehkonen 2013, 32). 1990-luvun ohjausdokumentissa esiintyy vielä ammattisivistyksen käsite, joka ei kuitenkaan siirtynyt ammattikorkeakoulutuksen tavoitteisiin:

”Ammatillisen koulutuksen päämääränä on laaja ammattisivistys, jossa yhdistyvät hyvä ammattitaito ja yleissivistys, opiskelijan monipuolinen kehitys ja kasvu yhteiskunnan aktiiviseksi ja vastuulliseksi

jäseneksi sekä valmiudet elinikäiseen oppimiseen. Ammattisivistykseen kuuluu sisäistetty oman alan ammattitietikka ja arvo-osaaminen, jotka auttavat eettisesti ja yhteiskunnallisesti vastuullisten ratkaisujen tekemistä omassa elämässä, asiantuntijana ja kansalaisena.” (OPH 1996, 10.)

Ammattikorkeakoululaki määrittää ammattikorkeakoulujen opetuksen perustuvan muun muassa sivistyksellisiin lähtökohtiin (SA 2014/932, 4§). 2000-luvun ohjausdokumenteissa ei kuitenkaan puhuta sivistysulottuvuudesta. Sivistykselle on luotu periaatteessa mahdollisuuksia ohjausdokumenteissa. Näistä esimerkkeinä toimivat ammattikorkeakoulun yhteisissä osaamistavoiteissa vaikkapa kansainvälisyys ja kielitaito osaamisessa tai sairaanhoitajien monikulttuurisessa osaamisessa (esim. OPM 2006), mutta ne liitetään vahvasti ammattiosaamiseen. Sivistys on myös itseisarvo, ei vain väline. Sivistys on ihmiseksi tuleminen (ks. Ojanen 2008) ja tärkeä ulottuvuus ihmissuhdeammattissa, jossa toiminta ei pelkisty vain ”teknisesti taitavaksi osaamiseksi”, vaan myös ihmisten väliseksi kohtaamiseksi ja vuorovaikutukseksi.

SAIRAANHOITAJAN TYÖN REUNA-EHDOT – KIIRE, RESURSSIPULA JA JOUSTAVUUDEN VAATIMUS

Työharjoittelu terveydenhuollon organisaatioissa välittää tehokkaasti ammattikulttuuria, muun muassa hierarkioita, julkilausumattomia normeja ja sukupuolittavia jäsenyyksiä, ja opettaa mitä koulutuksessa tarjotut ideaalit tarkoittavat käytännössä. Ohjattu harjoittelu (90 op) on keskeinen osa opin-
toja. Sairaanhoitajakoulutuksessa harjoittelu on palkatonta, mikä on yleistä terveysalan koulutuksessa. Sen sijaan esimerkiksi miesvaltaisen tekniikan alan ja sukupuolijakaumaltaan tasaisemman liiketalouden alan ammattikorkeakouluopiskelijoilla on pa-

SAIRAANHOITAJAN ON OSATTAVA MARKKINOIDA OMAA OSAAMISTAAN JA ASIANTUNTIJUUTTAAN TYÖLLISTYÄKSEEN.

remmat mahdollisuudet saada palkkaa harjoittelun aikana. (HS 2014.)

Onko sairaanhoitajaopiskelijoiden palkaton harjoittelu osa sukupuolisopimusta, johon on sopeuduttu ja josta ei ole onnistuttu neuvottelemaan ammattikorkeakoulussakaan? Terveysalalla palkatonta harjoittelua on perusteltu esimerkiksi vetoamalla siihen, että opiskelija saa olla oppijan roolissa eikä häntä voida velvoittaa ja vastuuttaa siten kuin työsuhteessa.

Millaisiin hoitotyön toimintaympäristön vaatimukseen ja ehtoihin sairaanhoitajaopiskelijat sopeutuvat harjoittelun aikana? Hyvinvointivaltion uudelleen muokkaaminen on tarkoittanut julkisen sektorin työolojen heikentymistä. Myös Sari on kokenut työnsä varsin kuormittavaksi. Uuden teknologian opettelu, työyhteisön ja potilaiden kulttuurinen moninaistuminen sekä lukuisat organisaatiomuutokset ovat tuoneet uusia vaatimuksia työhön. Sari päättääkin vielä kerran hakeutua koulutukseen, ammattikorkeakoulun jatkotutkintoon. Opiskelu antaa myös kaivatun irtioton työstä.

Vuoden 2013 työolotutkimuksen mukaan kiire on selvästi haitallisinta terveydenhoitoalan tehtävissä. Asiantuntijoista – lähinnä sairaanhoitajat – 36 prosenttia katsoo kiireen haittaavan erittäin tai melko paljon. Henkilöstön vähäinen määrä nähdään keskeisenä syynä kiireelle. Terveydenhoitoalalla näin ajattelevien osuus on kaikkein korkein, kun tarkastellaan koko vastaajajoukkoa. Asiantuntijat kuten sairaanhoitajat (56 %) ja erityisasiantuntijat kuten lääkärit (53 %) valittavat eniten henkilöstövajauksesta. (Sutela & Lehto 2014, 69, 71; ks. myös Laine ym. 2005, 28.)

Työterveyslaitoksen vuoden 2005 kyselyssä 13 prosenttia sairaanhoitajista katsoi, ettei potilas- tai asiakastyössä voi toimia eettisesti oikein työpaikan rajallisten resurssien vuoksi. Vuoden 2010 kyselyssä vastaava osuus oli kaksinkertainen (26,2 %). (Laine ym. 2011.) Uusimmassa työolotutkimuksessa yli puolet sairaanhoitajavastaajista oli sitä mieltä, ettei ehdi tehdä työtään niin hyvin ja huolellisesti kuin haluaisi (Tilastokeskus 2013).

Työn ajalliset kehykset ovatkin ristiriidassa hyvään hoivaan liitettyjen eettisten vaatimusten, kuten

mahdollisuus ja kyky antaa potilaalle aikaa ja osoittaa välittämistä, kanssa (Hirvonen & Husso 2012). Helena Hirvonen ja Marita Husso (2012) toteavat, että hoivatyö edellyttää omista tarpeista ja aikatauluista joustamista, mitä voi olla muilla aloilla työskentelevien vaikea ymmärtää. Työolotutkimuksissa noin puolet sairaanhoitajavastaajista ilmoitti joustavansa työajoissa vähintään viikoittain (Tilastokeskus 2003, 2008, 2013).

Joustavuuden vaatimukset hoitotyössä liittyvät myös sairaanhoitajien naisvaltaisiin työyhteisöihin, jotka luovat leimansa ilmapiiriin ja arkikäytäntöihin. Naisvaltaisilla työpaikoilla on paljon perheväpaita, mikä tarkoittaa sijaiten hankintaa, perehdyttämistä ja töiden uudelleen organisoimista. Tällöin naisilta vaaditaan myös suurempaa muuntautumista ja sopeutumiskykyä. (ks. Työ ja terveys Suomessa 2006, 122.)

Näitä naisvaltaisen työyhteisön julkilausumattomia velvoitteita voi tulkita sukupuolisopimukseen kuuluvina odotuksina. Työtehtävissä vaaditun joustamisen ohella sairaanhoitajilta on vaadittu aina sopeutumista työmarkkinatilanteiden nopeisiin ja yllättäviin muutoksiin, joita esimerkiksi edellä kuvattu 1990-luvun työmarkkinatilanne hyvin kuvaa. Kirsi Santamäki (2004, 148) toteaa, että sairaanhoitajien tarjonta ja kysyntä eivät olet Suomessa olleet juuri koskaan tasapainossa.

Vaikutusmahdollisuuksia omaan työhön pidetään piirteinä, jotka voivat auttaa selviytymään vaativissa työolosuhteissa. Työolotutkimuksissa sairaanhoitajien kokemukset vaikutusmahdollisuuksistaan työn sisältöön ja työtahtiin ovat olleet vähäisempiä kuin kaikkien vastaajien. Mahdollisuus vaikuttaa työtehtävien sisältöön on selvästi vähentynyt vuodesta 1990, jolloin 41 prosenttia sairaanhoitajavastaajista koki voivansa vaikuttaa paljon tai melko paljon työtehtäviinsä. Vastaavasti vuonna 2013 joka neljäs sairaanhoitaja vastasi näin. Sairanhoitajien vaikutusmahdollisuudet omaan työtahtiin ovat myös selvästi vähäisemmät kuin kaikkien vastaajien. Alle 40 prosenttia sairaanhoitajista kokee voivansa vaikuttaa paljon tai melko paljon työtahtiinsa, kun taas kaikkien vastaajien osuus on noin 60 prosenttia. (**Taulukko 2.**)

Sairaanhoitajaliiton työolobarometrissa kaikkien osa-alueiden arvioinnit (asteikolla 1–10) heikentyivät aiempiin vuosiin nähden lukuun ottamatta työn ja yksityiselämän yhteensovittamista. Arvioitujen osa-alueiden (toimivat käytännöt, osallistava johtaminen, työn palkitsevuus, asiantuntijuuden kehittäminen, korkeatasoinen hoidon laatu sekä työn ja yksityiselämän yhteensovittaminen) keskiarvot vaihtelevat 6,17–7,12 välillä. Nuoret sairaanhoitajat näyttävät muita ikäryhmiä tyytymättömämpinä työelämään. (Hahtela 2015.)

Julkisuudessa onkin kannettu huolta sairaanhoitajien ammattiin sitoutumisesta ja työn houkuttelevuudesta. Näihin kysymyksiin paneutuvien tutkimusten tulokset ovat osin ristiriitaisia. Mervi Flinkmanin (2014, 85) tutkimuksessa joka neljäs nuori sairaanhoitaja ilmaisi aikomuksensa lähteä ammatistaan ja 37 prosenttia harkitsi lähtemistä nykyisestä työpaikastaan. Vuoden 2013 työolotutkimuksessa alle 40-vuotiaista sairaanhoitajista 17 prosenttia ilmoitti olevansa valmis vaihtamaan toiselle ammattialalle (Tilastokeskus 2013). Kun verrataan alle 40-vuotiaiden sairaanhoitajien halukkuutta ammatinvaihtoon kaikkien nuorten työntekijöiden vastauksiin, se ei poikkea erityisesti, sillä nuoremmat vastaajat ovat yleensäkin muita innokkaampia vaihtamaan alaa. Itse asiassa sairaanhoitajat näyttävät tyytyväisemmiltä omaan ammattialaansa, sillä noin kolmannes nuorista naisista ja miehistä haluaisi eri alalle (ks. Sutela & Lehto 2014, 216).

Kansainvälinen RN4CAST-tutkimus sairaanhoitajan työstä tuo esiin, että työpaikan vaihtohalut olivat Suomessa tutkimuksen kärkeä: 49 prosenttia suomalaisista sairaanhoitajista ilmoitti harkitsevansa työpaikan vaihtoa. Lähtöajatukset olivat kuitenkin ristiriidassa sen kanssa, että kaksi kolmesta hoitajasta vastasi olevansa erittäin tai melko tyytyväinen työ-

hönsä. (Heinen ym. 2013; ks. myös Laine ym. 2005.) Myös vuoden 2003 työolotutkimuksessa 94 prosenttia sairaanhoitajista ilmaisi olevansa erittäin tai melko tyytyväinen työhönsä (Tilastokeskus 2003). Vaikka sairaanhoitajat työskentelevät tiukkojen aikataulujen, vähäisten henkilöstöresurssien sekä kustannustehokkuusodotusten paineessa ja vaikutusmahdollisuudet arvioidaan melko heikoiksi, omaan alaan ollaan selvästi myös tyytyväisiä.

SAIRAANHOITAJAKOULUTUS NAISKANSALAISSUUDEN RAKENTAJANA

Sairaanhoitajakoulutuksessa vielä 1960-luvulla vallinnut kristillis-eettinen eetos tiukkoine kurinpidon käytäntöineen (esimerkiksi pukeutumismääräykset, rajoitukset henkilökohtaisissa elämänvalinnoissa ja oppilaskotijärjestelmä) on rakentunut 1990-luvulta alkaen hoitotieteelliseksi eetokseksi, jossa korostetaan sairaanhoitajan näyttöön perustuvaa sukupuoletonta asiantuntijuutta. Kurinpito on vaihtunut hienovaraisiin hallinnan mekanismeihin, kuten koulutuksessa juurrutettavaan ajattelutapaan itse itseään sääntelevistä aktiivisista ammattilaisista, jotka ovat vastuussa omasta työllistymisestään, osaamisestaan ja menestymisestään.

Terveystieteiden rakennemuutokset ja uusi julkisjohtaminen näkyvät taloudellisten arvojen ja lähtökohtien korostamisena analysoiduissa ohjausdokumenteissa. Sairaanhoitajan osaamista ja ammatikuvaa määritellään yhä enemmän uudentyypisten työelämä-, organisaatio- sekä talous- ja yritysjohtajien kautta. Ohjausdokumenteissa painotetaan kuitenkin myös humanistis-eettisiä arvoja, jotka liittyvät koulutuksen lähtökohdat ihmisoikeuksiin, it-

VAIKUTUSMAHDOLLISUUDET	1990	1997	2003	2008	2013
Työtehtävien sisältöön					
- sairaanhoitajat	41	36	30	24	25
- kaikki vastaajat	37	40	41	40	37
naiset/miehet	37/38	38/43	38/45	38/43	34/41
Työtahtiin					
- sairaanhoitajat	38	39	36	32	35
- kaikki vastaajat	64	57	55	57	57
naiset/miehet	61/67	54/61	50/61	51/63	51/64

Taulukko 2. Sairaanhoitajien ja kaikkien vastaajien osuudet "Voi vaikuttaa paljon tai melko paljon" (%) (Työolotutkimukset 1990, 1997, 2003, 2008, 2013; Sutela & Lehto 2014).

semääraamisoikeuteen, suvaitsevaisuuteen sekä erilaisuuden kohtaamiseen ja kunnioittamiseen. Nämä lähtökohdat korostavat sairaanhoitajuutta ihmislähtöisenä ammattina ja liittävät sen kulttuuriseen feminiinisyteen ja naisten perinteiseen hoivarooliin.

Terho Pursiaista (2002) mukaillen voidaan kysyä, kenen agenttiⁱⁱⁱ sairaanhoitaja on: taloudellisuuteen ja vaikuttavuuteen vannovan terveystalouden ja palvelujärjestelmän agentti vai potilaan oikeuksia ja inhimillistä kohtelua puolustava agentti. Kuten edellä todettiin, molemmat lähtökohdat ovat läsnä ohjausdokumenteissa. Sairaanhoitaja saa toimivaltansa yhteiskunnalta, valtion laillistamana ja siten ammattilaisella on velvoitteet työnantajansa eli valtiota, kuntaa tai yritystä kohtaan. Taustalla on myös filosofinen kysymys asiantuntija-ammattin agentuurista: kenen arvoja, näkemyksiä ammattilaisen tulisi puolustaa.

Ohjausdokumentit asettavat haasteellisia ideoita sairaanhoitajuudelle terveydenhuollon kiristyneissä vaateissa. Hoitotyön taloudellisuus ja vaikuttavuus eivät välttämättä aina ole ristiriidassa potilaan oikeuksien ja inhimillisen kohtelun kanssa. Opetussuunnitelmatyössä ohjausdokumentteihin nojaavat oppilaitokset asettuvat keskeiseen asemaan tulkittessaan ja välittäessään sairaanhoitajaideoita. Myös hoitotieteelle avautuu kriittisiä tutkimuskysymyksiä koulutuksen tarjoamien ideoiden toteuttamisen mahdollisuuksista käytännön hoitotyössä.

Sairaanhoitajakoulutuksen julkilausuttu tietoperusta rakentuu hoitotieteeseen ja näyttöön perustuvaan tietokäsitykseen. Tämä koulutuksen tietoperusta on muuttunut sairaanhoitajakunnan aiemmin korostamasta hoidon kokonaisvaltaisuudesta, joka nähtiin vastapainona eriytyneelle lääketieteelle (ks. Laiho 2005), kohti kapea-alaisempaa, tautikeskeisempää ja näyttöön perustuvaa hoitokäytäntöä. Samalla se on siirtynyt lähemmäksi lääketieteen tiedemallia. Maria Sarkio (2007, 8) toteaaakin sarkastisesti, että näyttöön perustuvan näkemyksen mukaiset ohjeet muistuttavat suuresti 1900-luvun alkupuoliskon lääketieteellisesti painottuneita sairaanhoidon oppikirjoja.

Sairaanhoitajan osaamisen eksistentiaalinen ulottuvuus jää vähemmälle huomiolle uusimmissa ohjausdokumenteissa. Tätä osaamista on kuitenkin erityisesti naisilla, jotka yhteiskunnallisesti tuotetun

sosiaalisen sukupuolensa vuoksi ovat perinteisesti kantaneet hoivavastuuta. (Laiho & Ruoholinn 2011a; Schuster 2011.) Ohjausdokumenttien välittämää sairaanhoitajan ja naiskansalaisen ideaalia voi siis luonnehtia maskuliiniseksi, mutta samaan aikaan myös sukupuolettomaksi. Boge ja Martinsen (2006) tulkitsevat näyttöön perustuvan tietokäsityksen jopa ”naisvihamieliseksi”, koska se syrjäyttää naisten perinteisen hoivatiedon ja asettaa lääketieteellisen, maskuliinisen tiedon ensisijaiseksi. Myös Hanna Ylöstalo (2014, 8) kirjoittaa, että uusliberaalin ideaaliyksilön rakennusaineet, kuten rohkeus, riskinottokyky ja kilpailuhenkisyys liitetään maskuliinisuuteen. Sitä vastoin feminiiniset ominaisuudet kuten pehmeys ja hoiavaisuus määrittellen ei-toivotuiksi ominaisuuksiksi.

Sairaanhoitajan ja naiskansalaisen ideaali on aktiivinen ja kansainvälinen. Lisäksi hänellä on vahva yrittäjämiinus ja sisäisen yrittäjyyden eetos kustannustietoisena ja taloudellisuuteen pyrkivänä ammattilaisena. Aktiivisen kansalaisen ja yrittäjäkansalaisen ideoihin ei kuitenkaan sisälly ajatusta yhteiskunnallisesta eriarvoisuudesta (ks. esim. Komulainen ym. 2010; Ylöstalo 2014). Työelämä ei ole tasa-arvoinen sairaanhoitajille esimerkiksi sukupuolen, iän, etnisen taustan tai paikkalisuuden näkökulmista.

Ohjausdokumenttien ilmentämä sairaanhoitajaideo toistaa monia työelämän yleisiä muutospiriteitä ja vaatimuksia – esimerkiksi joustavuus, yksilöllisyys, kansainvälisyys ja epävarmuus – joita työelämän sosiologit ovat tiivistäneet käsitteeseen uusi työ (ks. esim. Julkunen 2008, 19). Sairaanhoitajakoulutuksessa korostuvat kuitenkin erityisesti, niin ohjausdokumenteissa kuin työorganisaatioiden ja työmarkkinoiden ehdoissa, joustavuuden ja sopeutumisen odotukset. Kärjistäen tulkittuna esimerkiksi sisäisen yrittäjyyden eetoksen omaksunut ammattilainen on aina valmis uhrautumaan ja joustamaan työantajan ja yrityksen hyväksi enemmän kuin palkka ja työehdot edellyttävät (Silvennoinen & Kinnari 2015, 79).

Joustavuuden vaatimukset liittyvät myös sairaanhoitajien naisvaltaisten työpaikkojen perhevapaisiin, jotka edellyttävät sairaanhoitajilta enemmän muuntautumis- ja sopeutumiskykyä kuin tasa- tai miesvaltaisissa ammateissa työskenteleviltä. Työtehtävissä vaaditun joustamisen ohella sairaanhoitajatyövoii-

malta on aina edellytetty joustavuutta myös työvoimapolitiittisten olosuhteiden vaihteluissa. Näitä sopeutumisen ja joustavuuden vaatimuksia voidaan pitää keskeisinä sairaanhoitajuuden ideaaleina ja samalla naiskansalaisuutta rakentavina, sukupuolisopimukseen kuuluvina normeina. Ne ovat hienovaraisia arjen tapoja ja velvoitteita, joita sairaanhoitajakoulutus osaltaan uusintaa.

Anne Laiho
KT, yliopistonlehtori, dosentti
Kasvatustieteiden laitos
Turun yliopisto

Tarita Riikonen
KT, tutkimuskoordinaattori
Kasvatustieteiden laitos
Turun yliopisto

LÄHTEET

- Arene (2007). *Ammattikorkeakoulut Bolognan tiellä. Ammattikorkeakoulujen osallistuminen eurooppalaiseen korkeakoulutukseen*. Projektin loppuraportti. Helsinki: Arene ry.
- Boge, J., & Martinsen, K. (2006). Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. *Vård i Norden* 26(2), 32–35.
- Flinkman, M. (2014). *Nuorten sairaanhoitajien aikomus lähteä ammatistaan Suomessa – Monimenetelmällinen tutkimus*. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D, osa 1107.
- Heikkinen, A. & L. Henriksson. (2001). Kansallisten toimialojen rakentajista ylikansallisten organisaatioiden sekatyöläisiin. Teoksessa A.-H. Anttila & A. Suoranta (toim.) *Ammattia oppimassa*. Vuosikirja Väki Voimakas 14. Helsinki: Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, 206–263.
- Heinen, M., Theo van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Strømseng Sjetne, I., Moreno Casbas, T., Ball, J. & Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies* 50(2), 174–184.
- Henriksson, L. (2001). "Kun kädet ja jalat eivät riitä." Ammatillisen kasvun ihanteet ja käytännöt terveysalalla. Teoksessa A. Heikkinen, M. Borgman, L. Henriksson, M. Korkiakangas, L. Kuusisto, P. Nuotio & L. Tiilikka (toim.) *Niin vähän on aikaa: ammatillisen kasvun katoava aika, paikka ja tila?* Ammatikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus, 125–147.
- Henriksson, L. & Wrede, S. (2004). Hyvinvointityön ammattien tutkimus. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.): *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 9–19.
- Hirvonen, H. & Husso, M. (2012). *Hoivotyön ajalliset kehyykset ja rytmiristiriidat*. Työelämän tutkimus 10(2), 3–17.
- Hotakainen, K. (2013). *Luonnon laki*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Siltala.
- HS 24.8.2014. *Moni opiskelija työskentelee ilman palkkaa – korkeakoulut vastustavat palkattomia työharjoitteluja*. Ura & Raha.
- HS 10.4.2006. *Suomessa ei ole pulaa hoitajista vaan rahasta*. Pääkirjoitus.
- Julkunen, R. (2010). *Sukupuolen järjestykset ja tasa-arvon paradoksit*. Tampere: Vastapaino.
- Julkunen, R. (2008). *Uuden työn paradoksit. Keskusteluja 2000-luvun työpross(e)ista*. Tampere: Vastapaino.
- Julkunen, R. (1994). Suomalainen sukupuolimalli – 1960-luku käsitteenä. Teoksessa A. Anttonen, L. Henriksson & R. Nätkin (toim.): *Naisten hyvinvointivaltio*. Tampere: Vastapaino, 179–201.
- Kauppinen, T., Hanhela, R., Heikkilä, P., Kasvio, A., Lehtinen, S., Lindström, K., Toikkanen, J. & Tossavainen, A. (toim.) (2006). *Työ ja terveys Suomessa*. Työterveyslaitos.
- Kinnunen, M. (2007). *Sosiaalinen, talous ja yhteiskunta*. Virkaanastujaisesityelmä 28.2.2007 Lapin yliopisto. [http://www.ulapland.fi/Suomeksi/Ajankohtaista/Tapahtumat/Tapahtumia-2007/Virkaanastujaisilaisuus-282/Merja-Kinnusen-esitysma\(10.3.2016\)](http://www.ulapland.fi/Suomeksi/Ajankohtaista/Tapahtumat/Tapahtumia-2007/Virkaanastujaisilaisuus-282/Merja-Kinnusen-esitysma(10.3.2016))
- Komulainen, K. (2006). Neoliberal Educational Policy. A Case Study of Finnish Textbooks of Entrepreneurial Education. *Nordisk Pedagogik* 26(3), 212–228.
- Komulainen, K., Keskkitalo-Foley, S., Korhonen, M. & Lappalainen, S. (2010). (toim.) *Yrittäjyyskasvatus hallintana*. Tampere: Vastapaino.
- Kovalainen, A. (2004). Hyvinvointipalvelujen markkinoituminen ja sukupuolisopimuksen muutos. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 187–209.

- Laiho, A. (2005). "Sisar tieteen saloissa" – sairaanhoitajien akatemisoimisprojekti Pohjoismaissa 1900-luvulla. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 232.
- Laiho, A. & Riikonen, T. (2014). Kuka saa johtaa terveydenhuoltoa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79(6), 642–655.
- Laiho, A. & Riikonen, T. (2011a). Koulutus ja ammatillisuus terveysalalla: Lähtökohtia ilmiön tutkimiseen. Teoksessa A. Laiho & T. Ruoholinna (toim.) *Terveysalan ammatit ja koulutus*. Helsinki: Gaudeamus, 9–35.
- Laiho, A. & Riikonen, T. (2011b). Koulutuspuheen ristivetoa – antiakateemiset versus koulutuskuuliaisat. Teoksessa A. Laiho & T. Ruoholinna (toim.) *Terveysalan ammatit ja koulutus*. Helsinki: Gaudeamus, 247–271.
- Laiho, A. & Ruoholinna, T. (2008). Terveysalan ammattilaisten koulutuspuhe: erontekojä, nostalgia sekä koulutuksen ja työn epäsuhtaa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73(1), 36–51.
- Mäkisalo-Ropponen, M. & Pietikäinen, S. (2016). *Sairaanhoitajaopintojen laatu on turvattava*. Helsingin sanomat, Vieraskynä 9.5.2016.
- Nieminen, P. (2008). Caught in the science trap? A case study of the relationship between nurses and "their" science. Teoksessa J. Välimaa & O.-H. Ylijoki (toim.) *Cultural perspectives on higher education*. New York: Springer, 127–141.
- Noordegraaf, M. (2011). Remaking professionals? How associations and professional education connect professionalism and organizations. *Current Sociology* 59(4), 465–488.
- Ojanen, E. (2008). *Sivistyksen filosofia*. Helsinki: Kirjapaja.
- OPM (2009a). *Korkeakoulupohjaisen yrittäjyyden edistäminen*. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2009:10.
- OPM (2009b). *Yrittäjyyskasvatuksen suuntaviivat*. Opetusministeriön julkaisuja 7.
- OPM (2009c). *Tutkintojen ja muun osaamisen kansallinen viitekehys*. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2009:24.
- Pehkonen, L. (2013). Saako yöntekijäkansalaista sivistää. Teoksessa K. Brunila ym. (toim.) *Ammatillinen koulutus ja yhteiskunnalliset eronteot*. Helsinki: Gaudeamus, 31–46.
- Pursiainen, T. (2002). Ammattien etiikka. Teoksessa R. Sarras (toim.) *Etiikka koulun arjessa*. Keuruu: Opetusalan eettinen neuvottelukunta, 35–53.
- Rantalaiho, L. (1994). Sukupuolisopimus ja Suomen malli. Teoksessa A. Anttonen, L. Henriksson & R. Nätkin (toim.) *Naisten hyvinvointivaltio*. Tampere: Vastapaino, 9–30.
- Rinne, R. & Jauhiainen, A. (1988). *Koulutus, professionaalistuminen ja valtio. Julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muotoutuminen Suomessa*. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisusarja A: 128.
- Santamäki, K. (2004). Sairaanhoitajatyöttömyys ja ammattikunnan lohkoutuminen. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 144–167.
- Sarkio, M. (2007). *Sairaanhoitajaksi kasvattaminen. Sairaanhoitajakoulutus ja siinä käytetyt oppikirjat Suomessa vuoteen 1967 asti*. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 208.
- Schuster, M. (2011). Ammatillinen kohtaaminen – hoitamisen eksistentiaalinen ulottuvuus. Teoksessa A. Laiho & T. Ruoholinna (toim.) *Terveysalan ammatit ja koulutus*. Helsinki: Gaudeamus, 131–157.
- Silvennoinen, H. & Kinnari, H. (2015). Koulutus, kilpailukyky ja hallinta. Teoksessa E. Harni (toim.) *Kontrollikoulu. Näkökulmia koulutukselliseen hallintaan ja toisiin oppimiseen*. Jyväskylä: Kampus Kustannus, 64–87.
- STM (2012). *Koulutuksella osaamista asiakaskeiseisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7.
- Suikkanen, A. & Lindh, J. (2010). Työmarkkinakansalaisuus ja ammatillisen kuntoutuksen luova tuho. *Kuntoutus* 2/2010, 53–62.
- Sulkunen, I. (1991). *Retki naishistoriaan*. Helsinki: Hanki ja jää.
- Tilastokeskus (2016). *Naiset ja miehet Suomessa*. <http://www.tilastokeskus.fi/uutinen/naiset-ja-miehet-suomessa-2016> (4.8.2016)
- Wrede, S. (2008). Miten globalisaatio haastaa terveydenhuollon protektionismin? Ammattilaisten kansainvälinen liikkuvuus ja ammattijärjestöjen strategiat. Teoksessa M. Helander (toim.) *Going Global. Ay-liikkeen menestysresepti globaalissa ajassa?* Helsinki: Minerva, 249–282.
- Ylöstalo, H. (2014). Työntekijäkansalaisia vai maailman muuttajia. Opiskelijat uusliberalistisessa yliopistossa. *Sukupuolentutkimus* 27(4), 5–16.

- A 256/1995. Ammattikorkeakouluasetus.
- A 1129/2014. Ammattikorkeakouluasetus.
- Ailasmaa, R. (2015a). *Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstön kansainvälinen liikkuvuus*. Tilastokeskus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ailasmaa, R. (2015b). *Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2013*. Tilastokeskus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ammatilliset oppilaitokset (1996). Koulutus 1996:11. Tilastokeskus.
- Direktiivi 2005/36/EY. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi ammattipätevyyden tunnustamisesta.
- Direktiivi 2013/55/EU. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi ammattipätevyyden tunnustamisesta annetun direktiivin 2005/36/EY ja hallinnollisesta yhteistyöstä sisämarkkinoiden tietojenvaihtojärjestelmässä annetun asetuksen (EU) N:o 1024/2012 (IMI-asetus) muuttamisesta.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moiso, E.-L. (2015). Sairaanhoidajien ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf> (26.2.2016)
- Hahtela, N. (2015). *Sairaanhoitajien työolobarometri 2014*. Sairaanhoitajaliiton julkaisu. <https://sairaanhoitajat.fi/2015/sairaanhoitajat-ovat-entistatyytymattomampia-tyooloihinsa/> (12.4.2016)
- Koponen, E. (2015). *Sosiaali- ja terveysalan työvoiman riittävyys nyt ja tulevaisuudessa*. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, TEM raportteja 13/2015.
- Korkeakoulut (1996). Koulutus 1996:12. Tilastokeskus.
- L 932/2014. Ammattikorkeakoululaki.
- L 255/1995. Ammattikorkeakoululaki.
- Laine, M., Wickström, G., Pentti, J., Elovainio, M., Kaarlela-Tuomaala, A., Lindström, K., Raitoharju, R. & Suomala, T. (2005). *Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla*. Työterveyslaitos.
- Laine M., Kokkinen L., Kaarlela-Tuomaala, A., Valtanen, E., Elovainio, M., Suomi, R. & Keinänen, M. (2011). *Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010*. Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Työterveyslaitos.
- OECD (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing. <http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/8115071ec026.pdf?expires=1458720517&id=id&acname=guest&checksum=82D933DCFE7119391C63E387BDD3B42EA> (2.3.2016)
- OPH (1991). Sairaanhoitaja, kättilö ja terveydenhoitaja opetussuunnitelman perusteet.
- Opetussuunnitelmasarja 1/1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- OPH (1996). Ammatillisen koulutuksen opetussuunnitelmien perusteet. Sosiaali- ja terveysala, opistoaste. Helsinki: Hakapaino Oy.
- OPM (2001). Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Opetusministeriö.
- OPM (2006). Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 24.
- Oppilaitostilastot (2001). Koulutus 2001:4. Tilastokeskus.
- Oppilaitostilastot (2006). Koulutus 2007. Tilastokeskus.
- Oppilaitostilastot (2010). Koulutus 2011. Tilastokeskus.
- Oppilaitostilastot (2012). Koulutus 2013. Tilastokeskus.
- RN4CAST-tutkimus. Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing. <http://www.rn4cast.eu>. (10.3.2016)
- Sutela, H. & Lehto, A.M. (2014). Työolojen muutokset 1977–2013. Tilastokeskus.
- Sutela, H., Vänskä, J. & Notkula, V. (2001). *Pätkätyöt Suomessa 1990-luvulla*. Työmarkkinat 1. Helsinki: Tilastokeskus.
- Tehy (2016). Tehy tilastoina 2016. Tehyn julkaisusarja D. Tilastoja ja kartoituksia 2016/1.
- Tilastokeskus 1990, 1997, 2003, 2008, 2013. Työolotutkimukset, sairaanhoitajavastaajat.

ⁱ Työolotutkimusten vastaajajoukosta erotettiin tilastokeskuksen ajossa sairaanhoitajat, joita oli seuraavasti: 1990: n=74, 1997: n=67, 2003: n=135, 2008: n=154 ja 2013: n=159. Tähän aineistoon viitataan yksinkertaisesti Tilastokeskus 1990, 1997, 2003, 2008, 2013.

ⁱⁱ Vuoden 1991 opetussuunnitelman perusteissa puhutaan sairaanhoitajan ammattikuvasta ja vuoden 1996 ohjausdokumentissa käytetään otsikkoa ammatin kuvaus. Myöhemmissä ohjausdokumenteissa käsitteitä ei enää esiinny.

ⁱⁱⁱ Agentti tekee päätöksiä asiakkaan arvomaailman perusteella. Vaatimus on holhoussuhteen etiikan eli paternalismin etiikan yleisesti tunnustettu perusnormi. Esimerkiksi lääkäri ei paljasta nuoren alkoholinkäyttäjän tietoja hänen vanhemmilleen tai pappi ei paljasta ripissä saamia tietoja. (Pursiainen 2002.)