

Terveyskeskuksissa opitaan ja kehitytään

**Sari Pitkänen
Markku Kero
Merja Ellilä
Paula Vainiomäki**

SARJA
SERIE

B

nro 1
2015

Terveyskeskuksissa opitaan ja kehitytään

Sari Pitkänen
Markku Kero
Merja Ellilä
Paula Vainiomäki

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja, sarja B nro 1, 2015

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
Turku 2015

© Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja tekijät

ISSN 1797-1327

ISBN 978-952-5142-31-0 (nid.)

ISBN 978-952-5142-32-9 (pdf)

Teoksen nimi: Terveyskeskuksissa opitaan ja kehitetään			
Laajuus:	45	sivua	18 liitesivua
Tekijä(t): Pitkänen S, Kero M, Ellilä M, Vainiomäki P.			
Tiivistelmä: Toimipaikkakoulutus, täydennyskoulutus, perehdytys, ammattikirjallisuuteen perehtyminen, laatutyöhön osallistuminen sekä ohjaus perus- ja jatkokoulutusohjelmissa ovat oppimiseen ja työn kehittämiseen tähtääviä toimintoja, jotka toteutuvat terveyskeskuksissa usein työnantajan järjestämänä tai avustuksella. Onnistuneeseen lopputulokseen tarvitaan työntekijöiden vahva motivaatio ja sitoutuminen. Toimipaikkakoulutuksesta, täydennyskoulutuksesta ja jatkokoulutuksesta on viranomaisien ja järjestöjen antamia ohjeita ja määräyksiä. Lukuosat tahot järjestävät koulutustilaisuuksia terveydenhuollon työntekijöille. Nykyisen käsityksen mukaan koulutuksen tulee muodostaa jatkumo, joka lähtee työntekijän, työntekijäyhteisön, työnantajan ja potilaiden yhteen sovitetuista ja todetuista tarpeista, ei pelkästään yksittäisistä toiveista. Koulutus suunnitellaan kohderyhmälle sopivaksi, sen toteutumista seurataan ja lopulta mitataan, onko toivottu muutos toiminnassa tapahtunut. Yhden ammattihenkilön tai -ryhmän koulutus ei riitä, vaan tarvitaan moniammatillista koulutusta. Lopullinen tulos on näkyvissä vasta paljon myöhemmin, esimerkiksi väestön terveyden muutoksena. Tässä tutkimuksessa selvitettiin Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksissa tapahtuvaa täydennys- ja toimipaikkakoulutusta sekä myös muita jatkuvan ammatillisen kehittymisen toimintoja. Tutkimuksessa pyrittiin keskittymään vastaanottotoimintaan, mutta tämä ei täysin onnistunut terveyskeskusten erilaisten toimintamallien takia. Vastauksia saatiin kaikista alueen terveyskeskuksista ja kyselyyn vastasivat pääosin johtavat hoitajat ja johtavat lääkärit. Ensin kerättiin vuoden 2013 toteutuneet täydennys- ja toimipaikkakoulutusohjelmat sekä pyydettiin selvitys siitä, miten koulutuksen toteutumista seurataan. Jatkossa käytettiin yksityiskohtaista lomakekyselyä, jossa oli sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen tuloksena selvisi, että koulutusta järjestettiin paljon ja siihen osallistuttiin, mutta seuranta oli monin paikoin puutteellista. Moniammatillista toimipaikka- ja täydennyskoulutusta pidettiin hyvin tärkeänä. Käytännössä moniammatillisuus ei silti aina toteutunut. Toimipaikkakoulutuksen keskimääräinen toteutuminen ei vastannut yliopiston asettamaa jatkokoulutusvaatimusta. Tärkeimpänä keinona arvioida työntekijän koulutustarvetta pidettiin kehityskeskustelua. Laatutyön tuloksia käytettiin myös koulutustarpeiden arvioinnissa. Tärkeimpinä koulutuksen järjestäjinä pidettiin julkisia järjestäjiä, kuten esimerkiksi sairaanhoitopiiriä. Terveyskeskusten ulkopuolisten toimijoiden, mm. lääketeollisuuden, osuus koulutuksen resursoinnissa vaikutti ainakin lääkärin osalta olevan merkittävä. Johtavien viranhaltijoiden-vastauksissa jäi myös taka-alalle, miten pohtia tai mitata toiminnan toivottua muutosta tai koulutuksen vaikuttavuutta, toisaalta viranomaismääräyksistään ei nouse tähän toimintaan riittävästi ohjeistusta. Osaava ja oikein toimiva henkilökunta on terveyskeskuksessa tärkein voimavara. Ajan ja resurssien puuttuessa sekä arkityön paineessa henkilökunnan ammatillista kehittymistä ei ehkä kuitenkaan nähdä riittävän tärkeänä tehtävänä. Koulutus ja ammatillinen kehittyminen eivät ole pelkkä kulu, vaan investointi laatuun ja kehittämiseen. Terveyskeskuksia ylläpitävien kuntien ja kuntayhtymien sekä valtiovallan edustajien tulee ottaa ammatillinen kehittyminen vakavasti terveydenhuoltoa uudistettaessa. Kaupallisten yritysten maksaman koulutuksen rooli on myös otettava uudelleen harkintaan ja tämä osuus tulee tulevaisuudessa korvata julkisilla voimavaroilla. Terveyskeskuksiin tulee rakentaa sellaiset ammatillisen kehittymisen ja koulutuksen muodot, jotka aidosti perustuvat terveyskeskuksen moniammatilliseen toimintaympäristöön eivätkä muodostu pelkästään erikoisala- ja tautikohtaisista kysymyksistä.			
ISSN: ISSN 1797-1327		ISBN: ISBN 978-952-5142-31-0 (nid.) ISBN 978-952-5142-32-9 (pdf)	
Jakelu: Raportti löytyy nettiosoitteesta: http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Sivut/julkaisusarjat.aspx			

Publikation: I HÄLSOCENTRALERNA LÄR MAN SIG OCH UTVECKLAR SIG			
Omfattning:	45	sidor	18 sidor bolagor
Författare: Pitkänen S, Kero M, Ellilä M, Vainiomäki P.			
Sammandrag:			
Arbetsplatsutbildning, fortbildning, introduktion, att sätta sig in i yrkeslitteraturen, att delta i kvalitetsarbete samt handledning i grund- och fortbildningsprogram är funktioner avsedda att främja inläring och arbetsutveckling. I hälsocentralerna är det ofta arbetsgivaren som helt eller delvis ansvarar för dessa. Ett lyckat resultat förutsätter att arbetstagarna är välmotiverade och binder sig till målsättningen. Myndigheter och organisationer har utfärdat direktiv och bestämmelser för arbetsplatsutbildning, kompletterande utbildning och fortbildning. Många instanser anordnar utbildningstillfällen för arbetstagare inom hälsovården. Enligt nutida uppfattning bör utbildningen vara ett kontinuum som utgår från arbetstagarens, arbetsgemenskapens, arbetsgivarens och patienternas sammanjämkade och konstaterade behov, inte bara från enskilda önsksningar. Utbildningen planeras och anpassas till målgruppen, verkställigheten uppföljs och till slut mäts om verksamheten förändrats i önskad riktning. Det räcker inte med att utbilda en yrkesperson eller –grupp, utbildningen måste vara yrkesövergripande. Det slutliga resultatet kommer till synes långt senare, exempelvis i hälsoförändring hos befolkningen. I den här undersökningen utreddes kompletterande utbildning och arbetsplatsutbildning i Satakundas och Egentliga Finlands hälsocentraler samt också andra åtgärder avsedda att främja kontinuerlig yrkes-utveckling. Mottagningsverksamheten placerades i fokus, vilket inte helt lyckades pga. hälsocentralernas olika verksamhetsmodeller. Svar inkom från alla områdets hälsocentraler och det var i allmänhet ledande vårdare och ledande läkare som svarade på enkäten. Alla år 2013 genomförda fortbildnings och arbetsplatsutbildningsprogram insamlades och utredning ombads om hur man uppföljer förverkligandet av utbildningen. Sedan distribuerades en detaljerad enkät med såväl slutna som öppna frågor. Undersökningen visade att det anordnades rikligt med utbildning och deltagandet var stort. Däremot var uppföljningen ofta bristfällig. Yrkesövergripande arbetsplatsutbildning och kompletterande utbildning ansågs vara mycket viktig. I praktiken förverkligades emellertid inte alltid yrkesövergripande utbildning. Arbetsplatsutbildningen förverkligades i genomsnitt inte i enlighet med utbildningskraven som ställts av universitetet. Den viktigaste metoden för att bestämma arbetstagarens utbildningsbehov var utvecklingssamtal. Också resultaten från kvalitetsarbete användes för att definiera utbildningsbehovet. Offentliga organisationer som sjukvårdsdistrikten ansågs vara de viktigaste utbildningsorganisationerna. Utomstående aktörers, bl.a. läkemedelsindustrins, andel av utbildningsresurserna verkade åtminstone för läkarnas del vara betydande. I de ledande tjänsteinnehavarnas svar föll möjligheterna att överväga eller mäta de önskade resultaten av åtgärderna eller utbildningen i skuggan, men myndighetsdirektiven ger inte heller tillräcklig vägledning för denna verksamhet. Kunnig och rätt fungerande personal är hälsocentralernas viktigaste resurs. Brist på tid och resurser i förening med vardaglig arbetspress leder till att personalens yrkesutveckling kanske inte prioriteras som den borde. Utbildning och yrkesutveckling orsakar inte bara kostnader, utan utgör investeringar i kvalitet och utveckling. Representanterna för kommuner och samkommuner som upprätthåller hälsovårdscentraler samt statsmaktens företrädare måste ta professionell utveckling på allvar när hälsovården reformeras. Utbildningen som erbjuds av kommersiella företag har en roll som bör dryftas på nytt och dess andel bör i framtiden ersättas med offentliga resurser. Hälsocentralerna bör bygga upp sådana former för yrkesutveckling och utbildning som i verklighet grundar sig på hälsocentralens multiprofessionella verksamhetsmiljö och inte bara på specialfrågor eller sjukdomsspecifika frågor.			
ISSN: ISSN 1797-1327		ISBN: ISBN 978-952-5142-31-0 (nid.) ISBN 978-952-5142-32-9 (pdf)	
Distribution: Rapporten finns på webbplats: http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Sivut/julkaisusarjat.aspx			

LUKIJALLE

Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirien yhteinen perusterveydenhuollon yksikkö ja Turun yliopiston yleislääketieteen oppiaine vastaavat kumpikin omalta osaltaan alueensa terveyskeskusten terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillisesta täydennys- ja toimipaikkakoulutuksesta. Täydennyskoulutuksen tukeminen on yksi perusterveydenhuollon yksikön keskeisistä lakisääteisistä tehtävistä. Yleislääketieteen oppiaine vuorostaan vastaa lääkärien erikoistumiskoulutuksen terveyskeskuskoulutuksesta, yleislääketieteeseen erikoistumisesta ja yleislääketieteen erityiskoulutuksesta (YEK). Yleislääketieteen oppiaineen vastuualue ulottuu vuoden 2013 alusta myös Vaasan sairaanhoitopiiriin. Edellä mainittujen kahden toimijan on tarkoituksenmukaista kehittää yhdessä terveyskeskusten lääkäreiden jatkokoulutusta, täydennys- ja toimipaikkakoulutuksen laatua, moniammatillista alueellista koulutusyhteistyötä sekä erityisesti yleislääketieteen erikoislääkärikoulutusta yhteistyössä terveyskeskusten kanssa.

Terveydenhuollon ammattilaisilla on eettinen ja lain edellyttämä oikeus ja velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan. Terveydenhuollon päämääränä on potilaiden hyvä hoito ja väestön terveyden edistäminen. Ammattitaidon ylläpitämiseen taas tarvitaan motivaatiota oppia ja kehittyä. Aina nämä vaatimukset eivät toimi yhteen.

Yliopistot ja niiden täydennyskoulutuskeskukset, ammattikorkeakoulut, ammatilliset oppilaitokset ja aikuiskoulutuskeskukset sekä terveydenhuollosta vastaavat viranomaiset järjestävät terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutusta Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirien alueella, kuten muuallakin. Lisäksi yksityiset tahot, lääketeollisuus, ammattijärjestöt, terveydenhuollon laitevalmistajat ja monet muut yhteisöt järjestävät koulutusta.

Täydennyskoulutuksen runsaasta tarjonnasta huolimatta sen organisointi, koordinointi ja toteutus näyttävät olevan puutteellisia. Ongelmia aiheuttavat esimerkiksi koulutuksen pirstoutuneisuus, suunnittelun puute sekä puutteelliset osallistumismahdollisuudet. Koulutustarpeiden arvioiminen on hankalaa eikä siihen ole opittu käyttämään toimivia työkaluja: työyksikön toiminnan kehittäminen ja potilaan hyvän hoidon päämäärä saattavat joskus asettua jopa työntekijöiden yksilöllisiä erityisosaamistarpeita ja toiveita vastaan. Työnantajan oma rahoitus ei useinkaan ole riittävä ja toisaalta rahoittajien omat kaupalliset intressit vaikuttavat herkästi koulutukseen.

Koska meillä kirjoittajilla oli mahdollisuus saada yhteen terveyskeskusten koulutuksesta kiinnostunut ryhmä, päätimme selvittää tilanteen alueellamme. Jokainen meistä oli arkityössään kokenut, ettei koulutuksen viidakkoon saa otetta. Siksi päätimme yrittää yhdessä selvittää tilannetta ja toivomme, että tämä raportti edesauttaa koulutuksen ja ammatillisen kehittymisen mahdollisuuksia perusterveydenhuollossa

Turussa, marraskuussa 2014

Sari Pitkänen
KM, terveydenhoitaja
Opetushoitaja, TY
Suunnittelija, VSSHP

Markku Kero
LL, erikoislääkäri
Asiantuntijalääkäri, VSSHP

Merja Ellilä
LL, erikoislääkäri
Kliininen opettaja, TY
Erikoislääkäri, VSSHP

Paula Vainiomäki
LT, erikoislääkäri
Professori (ma), TY
Ylilääkäri (ma), VSSHP
Lääkärikouluttajan
erityis pätevyys

SISÄLLYSLUETTELO

LUKIJALLE	5
SISÄLLYSLUETTELO	6
1. KIRJALLISUUSKATSAUS.....	8
1.1 KÄSITTEITÄ	8
1.2 TERVEYDENHUOLLON TÄYDENNYSKOULUTUSTA SÄÄTELEVÄ LAINSÄÄNDÄNTÖ, OHJEISTUS JA SUOSITUKSET	10
1.2.1 KOULUTUKSEN SUUNNITTELU	12
1.2.2 KOULUTUKSEN TOTEUTUS JA RAHOITUS.....	12
1.2.3 KOULUTUKSEN SEURANTA.....	13
1.2.4 KOULUTUKSEN SISÄLLÖN, LAADUN JA TULOKSEN ARVIOINTI	14
1.3 TERVEYDENHUOLLON ERI AMMATTIRYHMIEN OSAAMISVAATIMUKSET PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA JA LIITTOJEN TÄYDENNYSKOULUTUSSUOSITUKSET	15
1.3.1 LÄÄKÄRIT.....	15
1.3.2 YLEISLÄÄKETIETEEN ERIKOISLÄÄKÄRIT	17
1.3.3 SAIRAAHOITAJAT JA TERVEYDENHOITAJAT.....	17
1.3.4 LÄHIHOITAJAT	19
1.4 TOIMIPAIKKAKOULUTUS.....	20
1.5 TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖIDEN VALVONTA SUOMESSA SEKÄ ALAA KOSKEVIA KANSAINVÄLISIÄ SÄÄDÖKSIÄ.....	20
2 TAVOITTEET.....	23
3 AINEISTO JA MENETELMÄT	23
3.1 TUTKIMUKSEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ.....	23
3.1.1 ALKUKARTOITUS	23
3.1.2 LOMAKEKYSELY	24
3.1.3 MENETELMÄT	25
4 TULOKSET	26
4.1 KOULUTUSTARPEIDEN ARVIOIMINEN	26
4.2 TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN SUUNNITTELU JA JÄRJESTÄMINEN TERVEYSKESKUKSISSA	27
4.2.1 MONIAMMATILLISUUS TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSESSA.....	27
4.2.2 TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN TOTEUTUMISTA HELPOTTAVAT TEKIJÄT	28
4.2.3 TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN RAHOITUS	29

4.3 TÄYDENNYSKOULUTUSTILAISUUKSIIN OSALLISTUMINEN	30
4.4 TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN SEURANTA.....	31
4.5 KOULUTUKSEN VAIKUTUSTEN ARVIOINTI KÄYTÄNNÖSSÄ	31
4.6 TERVEYSKESKUSTEN KÄYTÄNNÖT HENKILÖKUNNAN AMMATILLISEN KEHITTÄMISEN TUkena32	
4.7 LÄÄKÄREIDEN JATKOKOULUTUS.....	34
5 POHDINTA	35
5.1 ONNISTUIKO TUTKIMUS LUOTETTAVASTI?	36
5.2 MONIAMMATILLISUUS TERVEYSKESKUSTEN KOULUTUSOHJELMISSA	36
5.3 KOULUTUSTARPEIDEN ARVIOINTI, KOULUTUKSEN SUUNNITTELU JA JÄRJESTÄMINEN	37
5.4 SEURANTA, TULOSTEN ARVIOINTI JA VAIKUTTAVUUS	39
5.5 YHTEENVETO	40
6 LÄHTEET	41
7 LIITTEET	46
LIITE 1. Terveystenhuollon täydennyskoulutusta koskevat suositukset (STM 2004:3).....	46
LIITE 2. Alkukartoituksen sähköpostisaate.....	47
LIITE 3 Webropol-kyselylomakkeet.....	48
LIITE 4 Alkukartoitukseen ja lomakekyselyyn vastanneet terveyskeskukset.....	63

1. KIRJALLISUUSKATSAUS

1.1 KÄSITTEITÄ

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on lakisääteinen velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan (1). Lääketieteen, terveystieteiden ja teknologian nopea kehitys, tiedon lisääntyminen sekä potilaiden ja väestön valvutuneisuus edellyttävät terveydenhuoltoalan ammattihenkilöiltä elinikäistä oppimista sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.

Terveydenhuollon ammattihenkilöille, sekä lääkäreille ja hoitajille että muille ammattihenkilöille, on eri vaiheissa uraa tarjolla ammatillista ja tieteellistä lisä- ja jatkokoulutusta, toimipaikkakoulutusta, täydennyskoulutusta sekä muuta lisäpätevöitymiseen tähtäävää koulutusta. Koulutuskäsitteiden käyttö on vaihtelevaa ja päällekkäistä. Tarkastelunäkökulmasta ja ammattiryhmästä riippuen käytetään samasta asiasta eri termejä. Yhdelle koulutukseen osallistumiseen on täydennyskoulutusta, toiselle sama koulutus voi olla lisäkoulutusta, jatkokoulutusta tai jopa terveydenhuoltoalan ammatillista peruskoulutusta.

Tässä raportissa käytetään seuraavia peruskäsitteitä: moniammatillisuus, ammatillinen täydennyskoulutus, toimipaikkakoulutus, jatkokoulutus, muu ammatillinen kehittyminen sekä jatkuva ammatillinen kehittyminen, jotka pyrimme määrittelemään tässä.

Moniammatillisuuden käsite on monimuotoinen ja sitä voidaan tarkastella eri näkökulmista. Englannin kielessä moniammatillisuudesta käytetään useita rinnakkaisia käsitteitä, jotka kuvaavat moniammatillisen yhteistyön eri tasoja: inter- (tieteiden välinen), trans- ja cross- (poikkitieteellinen) ja multidisciplinary (monitieteinen) (2). Lisäksi multiprofessional-käsitettä käytetään nimenomaan moniammatillisesta oppimisesta (3). Moniammatillisuus voi olla yksilöiden välistä, mutta myös ryhmän, organisaation tai jopa eri hallinnonaloilla toimivien välistä vuorovaikutusta ja toimintaa. Suomen kielessä ovat vakiintuneet käsitteet moniammatillinen yhteistyö tai moniammatillinen tiimityö, joihin sisältyy sekä rinnakkain työskentely että roolirajoja rikkova työskentely. Terveydenhuollossa merkityksellistä on, että moniammatillisuudella pyritään yhteiseen tavoitteeseen, potilaan ja väestön hyvään hoitoon, yhdistämällä monialainen asiantuntijuus. Moniammatillisuudesta voidaan sanoa, että se parhaimmillaan on enemmän kuin jäsentensä osaamisen summa (4,5).

Tulevaisuudessa terveydenhuollossa korostuu entisestään yhdessä työskenteleminen, mikä edellyttää yhteistä moniammatillista täydennys- ja toimipaikkakoulutusta sekä tiimin jäseniltä toistensa roolin, työnkuvan, erityisosaamisalueiden tuntemista ja yhteistyön harjoittamista. Moniammatillisuus on otettu huomioon myös terveydenhuoltolaissa, jossa todetaan, että ”terveyskeskuksen on huolehdittava asianmukaisella tavalla moniammatillisen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä” (6). Tulevat sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisut näyttävät edellyttävän laajaa eri hallinnonalojen välistä, pysyvää yhteistyötä (7). Tämä edellyttää moniammatillisuutta ja tuo moniammatillisuudelle uusia muotoja. Moniammatillisuus ei ole uusi keksintö, vaan maailma terveysjärjestö WHO (8) on jo vuonna 1988 raportissaan peräänkuuluttanut terveydenhuollon henkilökunnan moniammatillista oppimista: ”Learning together to work together for health”.

Ammatillisella täydennyskoulutuksella tarkoitetaan perus- ja jatkokoulutuksen jälkeistä suunnitelmallista koulutusta, joka täyttää sovitut laatuksiteerit ja perustuu terveydenhuollon toimintayksikössä tehtyyn suunnitelmaan. Täydennyskoulutus voi olla lyhyt- tai pitkäkestoista, omaehtoista tai työnantajan rahoittamaa. Se ei johda uuteen ammattipätevyyteen eikä -tutkintoon, mutta voi antaa mahdollisuuden vastuun lisääntymiseen, palkkatason nousuun sekä syventää

ammattitaitoa. Perekdytys, työnohjaus ja jatkokoulutusohjelma eivät ole täydennyskoulutusta. Ulkopuolelle jäävät osastokokoukset ja usein myös lääkäreiden meetingit (9).

Täydennyskoulutuksen ensisijaisena päämääränä on terveydenhuollon henkilöstön ammattitaitoa ylläpitämällä ja ajantasaistamalla kehittää potilaiden hoitoa sekä edistää väestön yleistä hyvinvointia. Näin voidaan parantaa toiminnan vaikuttavuutta, pitkäjänteisyyttä sekä myös moniammatillista yhteistyötä. Henkilöstön koulutukseen osallistumisesta hyötyvät viime kädessä myös sekä potilaat että koko terveydenhuoltojärjestelmä (9,10).

Toimipaikkakoulutuksella tarkoitetaan työnantajan järjestämää organisaation sisäistä moniammatillista kehittämis- ja koulutustoimintaa. Se tarjoaa työntekijöille työaikana mahdollisuuden osallistua koulutustilaisuuksiin, joissa käsitellään ja käydään läpi tarvelähtöisesti ja suunnitellusti keskeisiä työhön liittyviä kysymyksiä. Suunnitelmallisuutta tarvitaan, jotta toimipaikkakoulutusta voidaan hyödyntää terveyskeskusten tavoitteiden saavuttamisessa ja toiminnan kehittämisessä (11,12). Jatkokoulutuksessa olevalla lääkärillä tulee olla mahdollisuus yleislääketieteen erityiskoulutuksen (YEK) ja erikoislääkärikoulutuksen aikana osallistua työaikana toimipaikkakoulutukseen vuosittain sadan tunnin ajan, josta osa on moniammatillista (13). Muilla ammattiryhmillä ei ole vastaavaa tuntimääräistä velvoitetta.

Toimipaikkakoulutuksen yhtenä tavoitteena on moniammatillisuus ja terveyskeskusten yhteisen osaamisen kehittäminen ja toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen. Työntekijöiden ammatillinen kehittyminen ei ole pelkästään lääketieteellisen osaamisen lisääntymistä, vaan se on myös kehittymistä työyhteisön ja moniammatillisen tiimin jäsenenä sekä terveyskeskuksen toimintojen kehittäjänä. Toimipaikkakoulutus on parhaimmillaan ammattien yhteensovittamista, työyhteisön oppimista ja kehittämistä sekä yksilön täydennyskoulutusta ja ammatillista kehittymistä (11). Tiimin jokaisella jäsenellä on kaksi työtä: oma työnsä ja oman työnsä kehittäminen.

Järjestettyjen, sisäisten ja ulkoisten, täydennys- ja toimipaikkakoulutustilaisuuksien rinnalla on muu ammatillinen kehittyminen. Siihen kuuluvat oman ammattitaidon itsenäinen ylläpito, kehittämis- ja laatutyö, lukeminen, oppimisprojektit, verkko-oppiminen, kollegakonsultaatiot sekä potilastyö, jotka osaltaan lisäävät osaamista. Näiden merkitystä oppimisessa ja ammatillisessa kehittämisessä ei saa aliarvioida. Työssä oppii paljon.

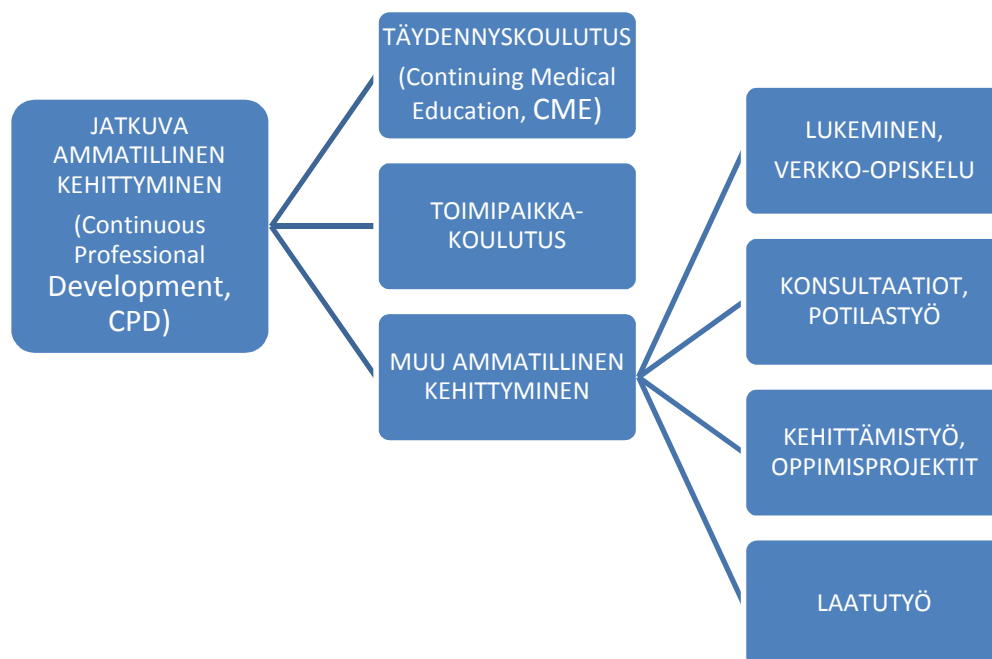
Tarkasteltaessa elinikäistä oppimista ja ammatissa kehittymistä laajemmin nousee yläkäsitteeksi jatkuva ammatillinen kehittyminen (continuous professional development CPD). (Ks. kuvio 1.) ”Sillä tarkoitetaan ammatin harjoittamiseen liittyvien tietojen, taitojen ja asenteiden jatkuvaa ylläpitämistä, parantamista ja tarvittaessa niiden muuttamista” (14). Käsitteenä jatkuva ammatillinen kehittyminen (CPD) kuvastaa paremmin koko prosessia sekä kehittymisen ja kypsymisen suuntaa kuin käsite täydennyskoulutus (continuing medical education CME), joka usein ymmärretään perinteisenä ulkoisena luentokoulutuksena.

Jatkokoulutuksella terveydenhuollossa tarkoitetaan tässä raportissa ennen kaikkea lääkärin jatkokoulutusohjelmia, jotka tähtäävät erikoislääkärin tutkintoon.

Jatkuva ammatillinen kehittyminen (CPD) on elinikäinen prosessi, johon kuuluvat sekä jatkuva kliinisen lääketieteellisen osaamisen ylläpitäminen että myös johtamis- ja vuorovaikutustaitojen ja persoonakohtaisten taitojen kehittyminen (ihmisenä kehittyminen tai kypsyminen) (15). Koulutustarpeiden määrittely on tasapainottelua työyhteisön tai organisaation ja yksittäisen työntekijän tarpeiden välillä unohtamatta kuitenkaan palvelujärjestelmän käyttäjien eli potilaiden, asiakkaiden tai väestön tarpeita. Organisaation strategia luo koulutukselle puitteet, tavoitteet ja suuntaviivat, mutta yksittäisen työntekijän koulutus- ja kehittymistarpeiden kuunteleminen ja

huomioon ottaminen lisäävät motivaatiota ja sitoutumista. Potilaan hyvä hoito ja väestön hyvinvointi on päämäärä, joka edellyttää koulutustarvearvioiden yhteensovittamista (16,17). Vuosittaisissa kehityskeskusteluissa työntekijän kanssa laaditaan henkilökohtainen, urakehitystä tukeva opintosuunnitelma sekä sovitaan, mihin koulutuksella pyritään ja miten se tehdään mahdolliseksi (9,10,16) Jatkuvan ammatillisen kehittymisen kriittinen kohta on toimintatapojen muutoksen aikaansaaminen. Laadukaskaan koulutus ei välttämättä johda oppimiseen saati sitten toivottuun muutokseen. Siksi jatkuvan ammatillisen kehittymisen perustana tulee nähdä toimintatapojen muutoksen arviointi (18).

KUVIO 1. Terveystenhuollon työntekijöiden jatkuva ammatillinen kehittyminen (Mukaellen 9, 14, 15).



1.2 TERVEYDENHUOLLON TÄYDENNYSKOULUTUSTA SÄÄTELEVÄ LAINSÄÄNDÄNTÖ, OHJEISTUS JA SUOSITUKSET

Terveystenhuollon täydennyskoulutus eroaa monien muiden alojen ammatillisesta täydennyskoulutuksesta lakisääteisyytensä vuoksi, mikä velvoittaa terveydenhuollon henkilöstöä ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan. Täydennyskoulutusta ohjaavat terveydenhuoltolaki (6), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1) ja työterveyshuoltolaki (19) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (20). Lait velvoittavat myös kuntaa/kuntayhtymää sekä työnantajaa huolehtimaan ja mahdollistamaan henkilöstön osallistumisen täydennyskoulutukseen (taulukko 1).

STM:n (20) asetuksen 1194/2003 mukaan ”täydennyskoulutuksen tarkoituksena on lisätä ja ylläpitää työntekijän ammattitaitoa ja osaamista sekä tukea terveydenhuollon toimintayksiköiden toimintaa ja sen kehittämistä terveyden edistämisessä sekä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Terveystenkeskukset ja sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä voivat järjestää täydennyskoulutusta omana

toimintanaan tai hankkia sen toiselta terveystieteeltä, sairaanhoitopiirin kuntayhtymältä tai muulta täydennyskoulutuksen järjestäjältä.”

TAULUKKO 1. Täydennyskoulutusta koskeva terveydenhuollon erityislainsäädäntö ja niihin liittyvät henkilöstön ja työnantajan velvoitteet. (mukaillen STM:n asetus (20) sekä edellä tekstissä mainitut lait ja asetus.)

LAIN/ASETUksen NIMI JA NUMERO	KESKEINEN TÄYDENNYSKOULUTUSTA KOSKEVA VELVOITE
Terveystieteidenlaki 1326/2010 (6)	Laki velvoittaa kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän huolehtimaan , että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen sisällössä on otettava huomioon henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. (5§, 1 mom.)
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 (1) sekä muutoslaki 312/2011 (21) ja muutosasetus 377/2011 (22)	Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. (18§, 1 mom.). Laki velvoittaa työnantajan luomaan työntekijöilleen edellytykset osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen. (18§, 2 mom.).
Työterveyshuoltolaki 1383/2001 (19)	Työterveyshuollon ammattihenkilöstöllä ja asiantuntijoilla tulee olla riittävällä täydennyskoulutuksella ylläpidetyt tiedot ja taidot (5§, 2 mom.). Laki velvoittaa työterveyshuollon työnantajaa huolehtimaan siitä, että ammattihenkilöt ja asiantuntijat osallistuvat riittävästi, kuitenkin vähintään kolmen vuoden välein ammattitaitoaan ylläpitävään täydennyskoulutukseen. (5§, 4 mom.).
STM:n asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 1194/2003 (20)	Asetuksessa säädetään erikseen täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadun edellytyksistä, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista.

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä (23) terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi on määritelty, että henkilöstön tulee osallistua työpaikan ulkopuoliseen, työnantajan kustantamaan täydennyskoulutukseen keskimäärin 3-10 työpäivää vuodessa. Täydennyskoulutuspäivien määrään vaikuttavat peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja toimenkuvan muuttuminen sekä ammatilliset kehittymistarpeet (20).

Sosiaali- ja terveysministeriön täydennyskoulutussuositus keskittyy täydennyskoulutuksen neljään osa-alueeseen sekä niitä koskeviin suosituksiin ja parhaisiin käytäntöihin (9). Suosituksen osa-alueet ovat täydennyskoulutuksen suunnittelu, mahdollistaminen ja toteutus, seuranta ja arviointikriteerit (Liite 1). Suosituksen mukaan organisaatiossa tulee laatia näistä erilliset ohjeet.

Myös eri ammattiryhmien ammattijärjestöt; Suomen Lääkäriliitto (10), Suomen Terveystieteidenliitto (24), Suomen Sairaanhoitajaliitto (25) ja Suomen Perushoitajaliitto (26) ovat antaneet omat suosituksensa työntekijöiden täydennyskoulutuksesta sekä määrällisistä ja laadullisista tavoitteista. Lisäksi Lääkäreiden ammatillisen kehittämisen Arviointineuvosto on antanut oman suosituksensa (27). Nykyisin arviointineuvosto toimii Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen lääkäriilyn ja Finska Läkaresällskapetin yhteisenä yhdistyksenä, nimeltään ProMedico.

1.2.1 KOULUTUKSEN SUUNNITTELU

Täydennyskoulutuksen ja työntekijöiden osaamisen kehittämisen linjaukset perustuvat organisaation strategiaan, sen perustehtävään ja osaamisalueisiin sekä nykytilanteen arviointiin. Niistä vastaa tavallisimmin organisaation johtoryhmä kuultuaan myös henkilöstön koulutustarpeita kehityskeskustelujen ja osaamiskartoitusten yhteydessä. Harjun ja Risikon (28) STM:lle tekemässä raportissa todetaan, että joka kolmannessa organisaatiossa vastuualueen johtaja ja joka neljännessä osastonhoitaja tai osastopäällikö vastaa täydennyskoulutuksen suunnittelusta. Joka viidennessä suunnittelusta vastaa työntekijä itse.

Täydennys- ja toimipaikkakoulutuksen suunnittelu edellyttää kokonaisuuden hallintaa: terveydenhuoltohenkilöstön eri ammattiryhmien, työnantajan, potilaiden, terveyspalvelujärjestelmän ja koko yhteiskunnan muuttuvien tarpeiden huomioon ottamista sekä taitoa hyödyntää alueellista ja seudullista yhteistyötä. Yhteinen valtakunnallinen täydennyskoulutuskalenteri, johon voi liittää myös työpaikan sisäisen koulutuksen, helpottaa koulutusten yhteensovittamista, mahdollistaa pitkäjänteisen suunnittelun sekä vähentää päällekkäisyyttä (9, 29). Esimerkiksi lääkärijärjestöillä on käytössä valtakunnallinen täydennyskoulutuskalenteri (30). Myös Suomen Sairaanhoidajaliiton omistamalla koulutus- ja kustannusyhtiö Fioca Oy:llä on oma koulutuskalenterinsa (31).

Täydennyskoulutus on käytännössä usein kuitenkin hajanaista ja koulutustilaisuuksien valintaan vaikuttavat pikemminkin aiheen ajankohtaisuus ja koulutustarjonta kuin yksilön tai työyhteisön tarpeet. Koulutuksen sisällön ja määrän yhteensovittaminen organisaation perustehtävän kanssa on usein myös jäsentymätöntä. Täydennyskoulutus suunnitelmien puuttuminen ja resurssien niukkuus vaikeuttavat koulutuksen toteuttamista, mikä puolestaan laskee henkilöstön koulutusmotivaatiota. Henkilöstön ikääntyminen sekä motivaation puute itsensä ja työnsä kehittämiseen tuo omat ongelmansa (9, 29).

1.2.2 KOULUTUKSEN TOTEUTUS JA RAHOITUS

Täydennyskoulutuksen toteutuksessa on suunnittelijoilla ja opettajilla tärkeä rooli. Koulutuksen tulee olla laadukasta ja sisällön perustua näyttöön sen sijaan, että kaupalliset tekijät tai muut taloudelliset tavoitteet sitä muovaavat. Koulutuksen toteuttamisessa tulee lisäksi ottaa huomioon aikuisen oppimisen erityispiirteet ja käyttää vaihtelevasti eri oppimismenetelmiä (32).

Terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutustarve on jatkuva, sillä lääketiede ja terveydenhuolto uudistuvat ja kehittyvät nopeasti. Koulutuksen kustannuksista vastaa ensisijaisesti työnantaja, jonka tulee tukea työntekijän mahdollisuutta osallistua täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutus on osa terveydenhuollon toimintaa ja siitä aiheutuvat kulut ovat täten tavanomaisia terveydenhuollon ja yhteiskunnan menoja (9,10).

Koulutuksen järjestäminen on kuitenkin kallista, mikä saattaa lisätä houkutusta ottaa mukaan kaupallisia toimijoita. Tämä näkyy erityisesti lääkäreiden täydennys- ja toimipaikkakoulutustilaisuuksissa, joissa on usein mukana kaupallinen toimija. Yhtälö on ongelmallinen, jos koulutusosuus ja markkinointi eivät ole selvästi erotettavissa toisistaan. Kaupallisen tahon kanssa toteutetun koulutuksen on todettu ohjaavan mm. lääkkeenmääräämiskäytäntöjä. Haasteena on tunnistaa eturistiriitoja ja arvioida niiden vaikutuksia asiantuntijan toimintaan. ”Eturistiriita syntyy olosuhteista ja on riski sille, että asiantuntijan ensisijaiseen tavoitteeseen tehdä objektiivinen päätös vaikuttaa toissijainen tavoite, oman tai läheisen hyöty” (33). Uskottavan ja rahoitukseltaan läpinäkyvän täydennyskoulutuksen

edellytyksenä on sidonnaisuuksien ilmoittaminen sekä kaupallisten toimijoiden roolin tuominen esiin (33, 35, 36).

Täydennyskoulutuksen riippumattomuuden edistämiseksi ProMedico on laatinut suosituksen lääkäreille, täydennyskoulutuksen järjestäjille ja terveydenhuollon päättäjille. Lääkäreiden eturistiriitoja ja kaupallisten yritysten toimintaa käsitellään myös Suomen Lääkäriliiton antamassa ”Lääkärit ja kaupalliset yritykset –ohjeessa” (37) sekä Lääkärin sosiaalinen vastuu ry:n (38) julkaisussa ”Lääkärien eturistiriitojen tunnistaminen ja ratkaiseminen täydennyskoulutuksessa”. Terveydenhuollon muiden ammattiryhmien, kuten hoitohenkilökunnan kohdalla kaupallisten tahojen osallistumista koulutuksiin on tutkittu Suomessa ja kansainvälisestikin varsin vähän. Markkinointi ei kohdistu samassa määrin hoitohenkilökuntaan kuin lääkäreihin, mutta myös hoitajien tulee tiedostaa eturistiriidat ja markkinointi osallistuessaan esimerkiksi tuote-esittelyyn (39).

1.2.3 KOULUTUKSEN SEURANTA

Täydennyskoulutusasetus (20) edellyttää terveydenhuollon toimintayksiköiltä koulutuksen toteutumisen, osallistumisen ja kustannusten seuranta sekä yksilö-, ammattiryhmä- että organisaatiotasolla. Näissä voidaan käyttää apuna esimerkiksi kehityskeskusteluja, osaamiskansioita tai portfolioita ja sähköisiä täydennyskoulutusrekisterejä.

Seurannasta hyötyvät sekä yksittäinen työntekijä, tulosityksiköt että koko toimintayksikkö. Seuranta on osa koulutuksen hyvää suunnittelua. Koulutuksen toteutumisen ja osallistumisen seurantaan on saatavilla sähköisiä täydennyskoulutusrekisterejä, joihin kootaan tietoa koulutustarjonnasta, toteutuneista koulutusohjelmista, ulkopuolisista koulutuksista sekä henkilöstön koulutukseen osallistumisesta ja kustannuksista. Rekisterin avulla voidaan seurata myös yksittäisen työntekijän osaamisen kehittymistä ja urakehitystä (9). Lääkäri on voinut myös itse kirjata oppimistaan ja osaamistaan esimerkiksi Duodecimin nimikirjaan. Nykyisellään käytössä on ProMedicon kehittämä Taitoni.fi, johon lääkäri voi kerätä sähköistä ansioluetteloa ja portfolioa sekä seurata omaa kehittymistään (40). Hoitohenkilökunnalla ei vastaavanlaista palvelua ole toistaiseksi käytössä, mutta monet kuitenkin pitävät itse kirjaa omasta kouluttautumisestaan.

Kattavien tilastojen puuttuminen on tehnyt seurannan ongelmalliseksi kuntasektorilla. Koulutustilaisuuksiin osallistumisen ja rahoituksen seuranta on ollut monissa paikoissa puutteellista, minkä vuoksi tarkkoja ja vertailukelpoisia lukuja ei voi antaa (41). Kunnallinen työmarkkinalaitos on valtakunnallisella tasolla kerännyt vuodesta 2004 lähtien täydennyskoulutusasetuksen (20) mukaisesti vuosittain seurantatiedot terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusmääristä ja kustannuksista. Kerättäviin tietoihin kuuluvat: täydennyskoulutukseen osallistuvien lukumäärä, täydennyskoulutuspäivien määrä sekä täydennyskoulutuksen kustannukset. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen ensimmäisessä muistiossa todetaan, että monissa kunnissa ja kuntayhtymissä ei ollut vielä valmiuksia vuoden 2004 täydennyskoulutustietojen ilmoittamiseen vaaditulla tarkkuudella. Kirjanpito- ja seuranta-järjestelmien puutteet ja keskeneräisyys ovat vaikeuttaneet erityisesti kustannustietojen keräämistä ja raportointia (42). Vaikka kuntien valmiudet ilmoittaa täydennyskoulutustietoja ovat toki parantuneet vuosien 2004 – 2013 tehdyn seurannan aikana, on seurantajärjestelmissä edelleen parantamisen varaa. Sisäisten koulutustilaisuuksien ja kustannustietojen kerääminen ja raportointi ovat tuottaneet erityisiä ongelmia. Kustannuksia koskeviin tietoihin tulee suhtautua varauksella, sillä se, mitä kustannuksiin eri kunnissa lasketaan, vaihtelee suuresti. Lisäksi jatkuvat muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteissa ja järjestämistavoissa ovat vaikeuttaneet täydennyskoulutustietojen saamista (42). Tehyn toimesta vuonna 2005 tehdyn selvityksen, ”Täydennyskoulutuksesta terveydenhuollossa”, kohteena ovat

olleet tehyläiset osastonhoitajat ja ylihoitajat. Selvityksestä saadut tulokset ovat samansuuntaisia kuin kunnallisen työmarkkinalaitoksenkin (41).

1.2.4 KOULUTUKSEN SISÄLLÖN, LAADUN JA TULOKSEN ARVIOINTI

Koulutuksen vaikuttavuutta, merkitystä ja tuloksellisuutta sekä erityisesti sitä, muuttuivatko koulutukseen osallistujien toimintatavat, on arvioitava. Täydennyskoulutuksen ja ammatillisen kehittymisen päämääränä on kehittää terveydenhuoltoa ja sitä kautta parantaa potilastyötä ja edistää väestön terveyttä. Koulutuksen lopulliset tulokset ja vaikuttavuus näkyvät parhaimmillaan käytännön työssä ja toimintatapojen muuttumisessa aikaisempaa paremmiksi (9, 29, 32).

Koulutuksen arvioinnissa ei pelkästään riitä, että kysytään koulutukseen osallistujien tyytyväisyyttä sekä kouluttajien ja terveydenhuollon toimintayksiköiden näkökulmaa tilaisuuden onnistumisesta. Oleellista on arvioida koulutuksen vaikutuksia käytännössä eri näkökulmista (mukaillen (9, 32):

- TYÖNTEKIJÄ: Mitä henkilökohtaista hyötyä saavutin koulutuksella? Opinko uusia tietoja, taitoja ja asenteita?
- OMA TYÖ: Muuttuiko toimintani koulutuksen jälkeen ja pystyinkö siirtämään opittua käytäntöön?
- ORGANISAATIO: Mitä hyötyä organisaatiolle on työntekijän osallistumisesta koulutukseen ja koulutuksen tuloksista?
- VÄESTÖ: Miten potilaat, potilashoito ja koko väestö hyötyvät työntekijän koulutautumisesta?

Arvioinnissa voidaan käyttää sekä sisäisiä että ulkoisia kriteerejä ja joko suoria tai välillisiä menetelmiä. Sisäiset kriteerit mittaavat koulutuksenaikaisia tai välittömästi sen jälkeen todettuja muutoksia, joista kerätään koulutustilaisuuden jälkeen palautetta kyselyin tai haastattelulla. Välittömästi koulutustilaisuuden jälkeen kerätty palaute mittaa useimmiten sitä, onko osallistuja kokenut tilaisuuden mukavana ja onko hän tyytyväinen. Vasta myöhemmin voidaan mitata, onko todella jotakin opittu ja onko toiminta muuttunut. Jokaisen työntekijän tulisi arvioida myös omaa täydennyskoulutustaan vuosittaisessa kehityskeskustelussa (9, 29).

Esimerkiksi laatutyöskentelyssä toiminnan muutos usein mitataan ennen ja jälkeen interventiota. Kun toivottu toiminnan muutos terveydenhuollossa tulee näkyväksi, se voidaan mitata ja löytää jopa uusi kehittämisalue. Oppiminen voidaan nähdä samankaltaisena kehänä. Ammattihenkilöiden toiminnan muuttuminen on hidasta ja vaatii monenlaisia panoksia, oppimiskanavia ja –keinoja, joita vielä ei ole keskenään pystytty asettamaan paremmuusjärjestykseen (44).

Koulutuksen vaikuttavuuden mittarina käytetään tavallisesti toimintojen muutosta varsinaisen koulutusvaiheen jälkeen esimerkiksi työntekijän työtavoissa ja tätä kautta potilaiden hoidon laadun paranemisessa. Vaikuttavuuden mittaamisessa voidaan tarkastella mm. virheiden ja komplikaatioiden määrän vähenemistä sekä arvioida asiakastyytyväisyyttä ja työkäytäntöjen muutosta (9, 29). Vaikuttavuuden mittaamiseen on kehitetty kuusiportainen malli, jossa tarkastellaan osallistujamäärää, osallistujien tyytyväisyyttä, osallistujien kokemaa oppimista, koulutuksen jälkeisiä käytännön toimintamallien muutoksia sekä myös vaikutusta potilaiden tai väestön sairastuvuuteen (taulukko 2) (45).

Useimmiten täydennyskoulutuksen arvioinnissa liikutaan tasoilla 1 – 3. Toimintatapojen muutoksia (taso 4) voidaan seurata kyselyin, mittauksin ja potilastietojärjestelmästä saatavan tiedon avulla. Tasojen 5-6 arvioiminen edellyttää asiantuntemusta, tieteellistä tutkimusta sekä resursseja. Mittaamista voi vaikeuttaa koulutustilaisuuden ja väestön mahdollisten terveysmuutosten välillä

oleva pitkä viive sekä useat muuttuvat tekijät. Näiden tasojen lopputulosten kannalta merkityksellistä on se, miten potilaat noudattavat hoito-ohjeita ja miten terveydenhuolto on kokonaisuutena järjestetty (45, 46).

TAULUKKO 2. Kuuden tason malli täydennyskoulutuksen vaikutusten arvioinnille (45).

taso	arvioitava vaikutus	määritelmä	mittaaminen	oppimistavoitteet
1	osallistuminen	paikallaolo	osallistujatilastot	
2	tyytyväisyys	osallistujien tyytyväisyys	palautekyselyt tilaisuuden jälkeen	
3	oppiminen	muutokset tiedoissa, taidoissa tai asenteissa	tiedon, asenteiden ja taitojen muutoksen mittaaminen ennen ja jälkeen	informaatio, ymmärtäminen
4	käyttäytyminen	muutokset työskentelytavoissa	vastaukset tapauksiin, todellisen toiminnan tarkkailu, auditointi, työssä kehittymisen seuranta kyselyin ja mittauksin	soveltaminen, tiedon yhdistäminen, taidot, asenteet
5	potilaiden terveydentila	muutokset potilaiden terveydentilassa	tilastot potilas-tapauksista	analysointi, tietojen yhdistäminen, arviointi
6	väestön terveydentila	muutokset väestön terveydentilassa	väestötilastot	analysointi, tietojen yhdistäminen, arviointi

Suomen Lääkäriliitto (10) ja Suomen Sairaanhoidajaliitto (47) ovat osaltaan määritelleet täydennyskoulutuksen laatuksiteerit. Laatuksiteerit auttavat varmistamaan, että koulutustilaisuudet ja koulutuksen järjestäjät saavuttavat vaaditun tason. Tavoitteena on, että koulutus on tavoitteiltaan, sisällöltään sekä toteutukseltaan taloudellisesti riippumatonta. Suurin osa lääkärijärjestöistä on sitoutunut lääkärijärjestöjen perustaman ProMedicon täydennyskoulutussuosituksiin.

1.3 TERVEYDENHUOLLON ERI AMMATTIRYHMIEN OSAAMISVAATIMUKSET PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA JA LIITTOJEN TÄYDENNYSKOULUTUSSUOSITUKSET

Osaamistarpeet ja niiden painotukset vaihtelevat työntekijän uran aikana sekä työtehtävien muuttuessa. Hoitajan tai lääkärin osaamista arvioitaessa on hyvä tarkastella hoitajuutta tai lääkäriyttä kokonaisuutena, mutta myös osaamisalueiden kautta. Tällöin saadaan paremmin käsitys vahvuuksista ja kehittämisalueista, mikä mahdollistaa osaamisen laaja-alaisen kehittämisen (46).

1.3.1 LÄÄKÄRIT

Vuoden 2013 lopulla Suomen terveyskeskuksissa työskenteli kaikkiaan noin 3800 lääkärinä. Heistä noin 1100 oli yleislääketieteen erikoislääkäreitä. (Piitu Parmanne, henkilökohtainen tiedonanto.) Muihin terveyskeskuslääkäriin kuuluu kaikkien alojen erikoistuvia lääkäreitä, jotka suorittavat terveyskeskuspalvelua. Lisäksi yleislääketieteen erityiskoulutusvaiheen lääkärit työskentelevät terveyskeskuksissa.

Suomessa on kuusivuotinen lääketieteen lisensiaattitutkintoon johtava peruskoulutus. Tiedekunnat ovat varsin riippumattomia koulutusohjelmia laatiessaan. Valmistumisen jälkeen lääkäreille on tarjolla sekä ammatillista että tieteellistä jatkokoulutusta. Ammatilliseen jatkokoulutukseen kuuluvat yleislääketieteen erityiskoulutus (entinen perusterveydenhuollon lisäkoulutus), erikoislääkärikoulutus, johon on odotettavissa merkittäviä rakenteellisia muutoksia (48) sekä yliopistoissa toteutuvat erikoislääkärin lisäkoulutusohjelmat. Yliopistojen lisäksi Suomen Lääkäriliitto myöntää lääkäreille erityispätevyyksiä niillä osaamisalueilla, jotka liitto on hyväksynyt (esimerkiksi päihde-, kivunhoito- ja vakuutuslääketiede). Tieteellisellä jatkokoulutuksella tarkoitetaan ylemmän korkeakoulututkinnon jälkeistä tohtorikoulutusohjelmaa, joka tähtää tohtorintutkintoon. Nämä sekä tutkijankoulutus, täydennyskoulutus ja kansainvälinen toiminta kuuluvat kaikissa yliopistoissa lääketieteellisen tiedekunnan jatkokoulutusyksikön toiminta-alueeseen.

Suomessa lääkäri saa muista EU-maista poiketen heti valmistuttuaan laillistettuna ammattihenkilönä oikeuden harjoittaa lääkärin ammattia peruskoulutuksensa jälkeen. Mikäli hän haluaa toimia yleislääkärinä sosiaaliturvan piirissä muussa EU- tai ETA-maassa kuin Suomessa, tulee hänen suorittaa yleislääketieteen erityiskoulutus (YEK). Tästä koulutuksesta on säädetty terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetulla muutoslailla 312/2011 (21) ja -asetuksella 377/2011 (22). YEK-vaiheen tavoitteena on perehtyä lääkärin tehtäviin perusterveydenhuollossa, terveydenhuollon hallintaan, sosiaaliturvajärjestelmään sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön. Vastaava terveyskeskusjakso on pakollinen myös kaikkien erikoisalojen erikoislääkärikoulutuksessa, jolloin lääkärin tulee vähintään 9 kuukauden aikana osallistua monipuolisesti ja ohjattuna terveyskeskuksen toimintaan (13).

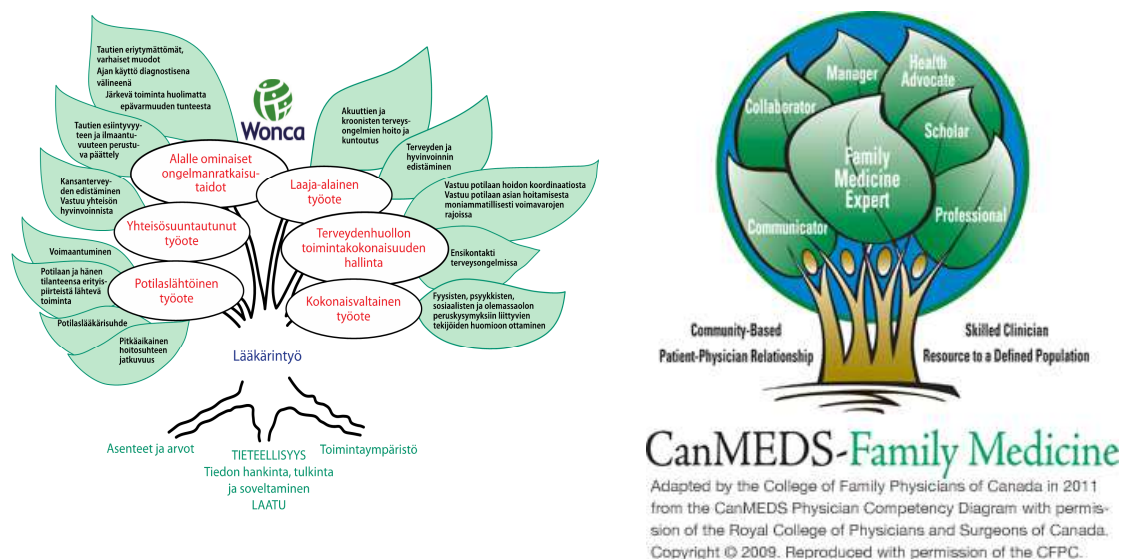
Lääkärin työtä ja osaamista voidaan tarkastella sekä kokonaisuutena että osaamisalueina. Lääkärin työtä kuvaamaan voi käyttää esimerkiksi kanadalaista mallia, jossa lääketieteelliseen osaamiseen yhdistetään tiedonhallinta ja oppiminen, vuorovaikutustaidot, yhteistyötaidot, professionalismi, johtamistaidot ja terveyden edistäminen ((49). Lääkäreiden täydennyskoulutus on perus- tai jatkokoulutuksen jälkeistä aikuiskoulutusta. Suomen Lääkäriliitto sekä Lääkäreiden ammatillisen kehittämisen arviointineuvosto ovat antaneet lääkäreiden täydennyskoulutuksesta suosituksensa, jonka mukaan lääkäreiden tulisi osallistua työpaikan ulkopuoliseen täydennyskoulutukseen vähintään kymmenen työpäivää vuodessa. Lisäksi jokapäiväisen työn pitää mahdollistaa oman ammattialan kehityksen seuraaminen. Lääkärin tulee myös laatia vuosittainen suunnitelma täydennyskoulutukseen osallistumisesta sekä arvioida saamaansa koulutusta ja oppimaansa (10, 46). Litmasen ym. (50) tutkimuksessa lääkäreiden keskeisimmät koulutustarpeet liittyvät nykyisin muihin kuin kliinisen lääketieteen osaamistarpeisiin. Johtamistaitojen, mutta myös vuorovaikutustaitojen, tarve on noussut, mutta tukea tai koulutusta siihen saadaan varsin myöhään. Litmasen ym. (50) tutkimuksessa johtamistaitoihin sisältyivät oman työn hallinta, työprosessien hallinta, tietotekniikka sekä talousosaaminen.

Suomen Lääkäriliitto on kerännyt vuoden 2012 työmarkkinatutkimuksessa tietoa lääkäreiden täydennyskoulutukseen osallistumisesta. Kymmenen täydennyskoulutuspäivän suositukseseen ylsi kaikista lääkäreistä vain neljännes ja terveyskeskuslääkäreistä joka kuudes. Kaikista lääkäreistä 8 % ei osallistunut lainkaan täydennyskoulutukseen ja terveyskeskusten lääkäreistä 9% (51). Lääkäriliiton vuonna 2006 tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin puolestaan erikoislääkäreiden täydennyskoulutukseen osallistumista. Tutkimus osoitti, että erikoislääkäriyhmistä muun muassa yleislääketieteen erikoislääkärit osallistuivat vähiten työpaikan ulkopuoliseen koulutukseen, heikoiten erikoistumattomat terveyskeskuslääkärit. Ongelma oli myös terveyskeskusten toimipaikkakoulutuksessa, josta usein puuttui myös systemaattisuus ja suunnitelmallisuus (52, 53).

1.3.2 YLEISLÄÄKETIETEEN ERIKOISLÄÄKÄRIT

Vuoden 2013 lopulla oli Suomessa työikäisiä yleislääketieteen erikoislääkäreitä noin 2400. (Piitu Parmanne, henkilökohtainen tiedonanto.) Maailman yleislääkärijärjestö Woncan Euroopan osasto on julkaissut vuonna 2002 eurooppalaisen yleis- ja perhelääketieteen määritelmän (54), joka on myös suomalaisen yleislääketieteen perusta (55). Yleislääketieteen oppialaa ja yleislääketieteen erikoislääkärin ydinosaa alueita ja niiden soveltamista havainnollistavat sekä WONCA- että CanMEDS:n Family Medicine –puu (Ks. kuvio 2).

KUVIO 2. Yleislääketieteen erikoislääkärin keskeiset osaamisalueet – WONCA-puu (suomenkielinen sovellus) (55) sekä CanMEDS:n Family Medicine -puu (49).



Wonca-puun oksat muodostavat yleislääketieteen ydinosaa alueen: potilaslähtöinen, yhteisösuuntautunut, laaja-alainen ja kokonaisvaltainen työote, alalle ominaiset ongelmanratkaisutaidot sekä terveydenhuollon toimintakokonaisuuden hallinta. Lehdet ja juuret kuvaavat yleislääketieteen keskeisiä piirteitä. WONCA-puun suomalaisessa sovelluksessa rungon sana lääkärintyö sisältää alkuperäisen puun käsitteet: kliiniset tehtävät, vuorovaikutustaidot ja vastaanoton hallinta. Can Meds – puussa on kuvattu kaikki samat käsitteet ja piirteet.

1.3.3 SAIRAANHOITAJAT JA TERVEYDENHOITAJAT

Hoitokäytäntöjen muutokset ja asiakkaiden lisääntyneet vaatimukset edellyttävät myös hoitohenkilökunnalta kouluttautumista ja ammattitaidon ylläpitämistä, tutkimustiedon hyödyntämistä sekä kriittistä työtettä. Nykyisin osa ammattitaitoa on kyky sopeutua työelämän ja toimintaympäristön muutoksiin. Hoitotyössä tarvitaan entistä enemmän tiimi- ja yhteistyötaitoja, tiedon- ja teknologian hallintaa sekä kehittämis- ja arviointitaitoja. Meretojan (56) kehittämä sairaanhoitajien ammattipätevyysmittari (NCS, Nurse Competence Scale) helpottaa sekä sairaanhoitajan itsensä että esimiesten tekemää ammattipätevyyden tason arvioimista erilaisissa toimintaympäristöissä.

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnoista valmistuvien osaamisvaatimukset on päivitetty vuonna 2006 (57). Selvityksessä todetaan sairaanhoitajan olevan hoitotyön

asiantuntija, jonka työn hoitaminen edellyttää jatkuvaa hoitotieteen, lääketieteen ja farmakologian sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisen tutkimustiedon teoreettista seuraamista.

Sairaanhoitajan ammatillisen asiantuntijuuden ja osaamisen kymmenen osaamisaluetta ovat:

- Eettinen toiminta
- Terveyden edistäminen
- Hoitotyön päätöksenteko
- Ohjaus ja opetus
- Yhteistyö
- Tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen
- Monikulttuurinen hoitotyö
- Yhteiskunnallinen toiminta
- Kliininen hoitotyö
- Lääkehoito.

Terveydenhoitaja puolestaan on erityisesti terveyden edistämisen, terveydenhoitotyön ja kansanterveystyön asiantuntija. Koulutus sisältää sairaanhoitajakoulutuksen ydinosaamisen lisäksi terveydenhoitotyön. Terveydenhoitaja tekee kokonaisvaltaista työtä, joka kattaa ihmisen koko elämänkaaren.

Terveydenhoitajan ammatinharjoittamisen keskeiset osaamisalueet ovat (57):

- Eettinen toiminta terveydenhoitotyössä.
- Terveyden edistäminen ja kansanterveystyö:
 - terveydenhoitajan toiminnan lähtökohdat
 - terveydenhoitotyön ja terveyden edistämisen työmenetelmät
 - terveyden edistäminen ja tartuntatautien ehkäisy
 - hoito ja rokotustoiminta sekä
 - ympäristöterveyden edistäminen.
- Yhteiskunnallinen ja monikulttuurinen terveydenhoitotyö.
- Tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen terveydenhoitotyössä.
- Terveydenhoitotyö elämänsyklin eri vaiheissa:
 - lasta odottavien perheiden terveydenhoitotyö
 - lasten, kouluikäisten, nuorten ja heidän perheidensä terveydenhoitotyö
 - työikäisten ja heidän perheidensä terveydenhoitotyö sekä
 - ikääntyneiden /vanhusten ja heidän perheidensä terveydenhoitotyö.

Suomen Terveydenhoitajaliitto on lisäksi kehittänyt terveydenhoitajien ammatillisen osaamisen tunnistamiseen mallin, jota on mahdollista hyödyntää osaamisen tasojen arvioinnissa, kehityskeskusteluissa, perehdytyksessä sekä palkkauksen kehittämisessä. Osaamista arvioidaan viidellä tasolla verbien tietää, ymmärtää, soveltaa, analysoi ja kehittää avulla (24).

Ammattikorkeakoulut tarjoavat ammattiin valmistumisen jälkeen sekä sairaanhoitajille että terveydenhoitajille erikoistumisopintoja (esim. kivun hoito), jotka eivät johda tutkintoon. Molempien tutkintojen jälkeen on myös mahdollista suorittaa jatkotutkintona ylempi

ammattikorkea-koulututkinto ja yliopistossa terveystieteiden kandidaatin tai maisterin tutkinto. Yliopistoissa on tarjolla erilaisia suuntautumisvaihtoehtoja: hoitotyön johtaminen, opettajankoulutus, ennaltaehkäisevän tai kliinisen hoitotieteen asiantuntija. Korkeimpana tutkintona hoitotyön puolella on tohtorikoulutusohjelmassa tehtävä terveystieteiden tohtorin tutkinto (25).

Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien täydennyskoulutus on tutkinnon jälkeistä, suunnitelmallista joko lyhyt- tai pitkäkestoista lisäkoulutusta. Täydennyskoulutuksen tulee liittyä työtehtäviin ja niiden kehittämiseen. Koulutuksen tavoitteena on ylläpitää, kehittää ja lisätä työntekijän ammattitaitoa ja osaamista sekä tukea työssä jaksamista (47, 58).

Suomen Sairaanhoitajaliitto on määritellyt sairaanhoitajien täydennyskoulutuksen vähimmäismääräksi kuusi päivää vuodessa (25). Työnantajan tulee taata vakinaisten työntekijöiden lisäksi yli vuoden sijaisena toimineen sekä osa-aikatyötä tai yötyötä tekevän sairaanhoitajan mahdollisuuden osallistua täydennyskoulutukseen (47).

Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tavoitteena on puolestaan turvata jokaisen terveydenhoitajan osallistuminen täydennyskoulutukseen vähintään seitsemän päivää vuodessa työnantajan kustannuksella. Tämä koskee myös yli puoli vuotta terveydenhoitajan tehtävissä toimineita sijaisia ja määräaikaissä tehtävissä olevia. Koulutuksen määrässä huomioidaan työtehtävien yksilölliset vaatimukset kuten erityisosaamisen tarve sekä se, hoitaako terveydenhoitaja useaa toimialuetta. Lisäksi pidempikestoiseen yli seitsemän päivää ylittävään täydennyskoulutukseen tulisi päästä muutaman vuoden välein. Tarvearvioinnissa huomioidaan yksilölliset koulutustarpeet, motivaatio ja urakehityssuunnitelmat (58).

1.3.4 LÄHIHOITAJAT

Lähihoitajien osaamisalueiden ennakkoinnissa on esitelty tulevaisuuden ammattitaitovaatimukset. Lähihoitajan ammatillisen osaamisen ydin muodostuu ammatillisesta vuorovaikutuksesta, perushoivan ja hoitotaitojen sekä toimintaympäristöstä riippuvien erityistaitojen osaamisesta sekä eettisestä osaamisesta. Uudet työnjakomallit, moniammatillisuus, hoitajavastaanottojen laajentuminen ja monimuotoistuminen sekä uudet substanssiosaamisen vaatimukset vaikuttavat myös lähihoitajien tulevaisuuden osaamistarpeisiin. Edellä mainittujen työelämän avaintaitojen ja alan perusosaamisen lisäksi on lähihoitajan ammattitaitovaatimuksia laajennettu käsittämään verkosto-osaaminen, palvelu- ja ympäristöosaaminen, työn kehittämisen, teknologian, yrittäjyyden, moniammatillisen tiimityön ja kulttuurisen lukutaidon (kansainvälisyys) osaaminen sekä ehkäisevä ja ennakkoiva osaaminen (59).

Suomen Lähi- ja perushoitajaliitto SuPer toteaa täydennyskoulutuksen olevan lakisääteistä ja täten työntekijällä on oikeus ja velvollisuus osallistua työnantajan maksamaan täydennyskoulutukseen noin 3 – 10 päivänä vuodessa. Liitto kannustaa laatimaan kehittämiskeskustelujen pohjalta työyksikkökohtaiset koulutussuunnitelmat. Täydennyskoulutus nähdään voimavarana, joka tukee työhyvinvointia ja sitoutumista työhön (26).

1.4 TOIMIPAIKKAKOULUTUS

Terveyskeskusten toimipaikkakoulutuksesta Suomessa löytyy varsin vähän kirjallisuutta ja tutkimusta. Aihetta on selvittänyt Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen vastuualue vuosina 2006-2007. Selvitykseen kohderyhmänä olivat Sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveyskeskusten koulutusvastaavat. Valtaosassa terveyskeskuksia (67 %) säännöllistä tai lähes säännöllistä toimipaikkakoulutusta oli viikoittain noin 2 tuntia. 7 %:ssa terveyskeskuksista koulutusta oli vain noin 12 tuntia vuodessa. Useimmiten pienillä terveyskeskuksilla oli vaikeuksia järjestää riittävästi toimipaikkakoulutusta (12).

Toimipaikkakoulutusten suunnittelusta, vetäjänä toimimisesta ja järjestämisestä vastasi useimmissa terveyskeskuksissa (69 %) nimetty vastuuhenkilö. Vastuuhenkilöä pidettiin tärkeänä koulutuksen toteutumisen ja onnistumisen kannalta ja nähtiin tarpeellisena, että hänellä on myös mahdollisuus kouluttautua tehtävänsä (12).

Henkilöstön ajankohtaiset koulutustarpeet vaikuttivat eniten toimipaikkakoulutusten sisältöön (63 %). Toiseksi eniten sisältöön koettiin vaikuttavan kaupallisten tahojen tarjoamat ja kustantamat koulutukset (45 %). Kolmanneksen mukaan julkisen terveydenhuollon tarjoamat koulutukset sekä johdon määrittelemät koulutustarpeet vaikuttivat paljon koulutussuunnitteluun. Toimipaikka-koulutuksen toteutuksessa arvostettiin vuorovaikutuksellisuutta ja osallistavia koulutusmenetelmiä (83 %). Yli puolet vastaajista (55 %) piti myös moniammatillisuutta tarpeellisena, vaikka koulutustilaisuudet toteutuivatkin enimmäkseen ammattiryhmäkohtaisina (12).

Holmberg-Marttila ym. (11) selvittivät puolestaan toimipaikkakoulutusten käytäntöjä, odotuksia, tarpeita ja mahdollisuuksia Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien terveyskeskuksissa (n=51). Terveyskeskusten välillä oli suuria eroavuuksia toimipaikkakoulutuksen järjestämisessä. Koulutus järjestettiin vähimmäisvaatimusten mukaan ja pääasiassa ammattiryhmittäin. Moniammatillisen koulutuksen määrä ja sisältö vaihtelivat erittäin paljon eri terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien välillä. Pääsääntöisesti vain lääkäreille organisoitua toimipaikkakoulutusta oli yli 70 tuntia vuodessa ja hoitajille noin 30 tuntia vuodessa.

Lääkärit priorisoivat koulutuksessa oman lääketieteellisen tietonsa päivittämiseen tähtäävää täydennyskoulutusta. Heillä moniammatillinen kehittämistoiminta jäi helposti toiseksi työkiireiden vuoksi. Hoitajien asenteet moniammatilliseen koulutukseen olivat myönteisemmät kuin lääkäreiden. Puutteita oli toimipaikkakoulutustarpeiden selvittämisessä ja koulutuksen koordinoinnissa. Koulutusohjelmat eivät kytkeytyneet terveyskeskuksen strategiaan ja kirjallinen koulutusohjelma puuttui useimmiten. Seudullista yhteistyötä ei myöskään osattu hyödyntää riittävästi (11).

1.5 TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖIDEN VALVONTA SUOMESSA SEKÄ ALAA KOSKEVIA KANSAINVÄLISIÄ SÄÄDÖKSIÄ

Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutus perustuu pitkälti vapaaehtoisuuteen, ja ammattitaidon säilymistä valvotaan jälkikäteen lakisääteisesti. Henkilökohtaista motivaatiota ja kiinnostusta jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen on pidetty parempana täydennyskoulutukseen osallistumisen motiivina kuin esimerkiksi toimiluvan määräaikaistamista. Suomalaisen terveydenhuollon ammattihenkilön toimilupa ja

oikeudet ovat olleet myös elinikäiset, ellei viranomainen niitä jostain erityisestä syystä ole rajoittanut (9). Terveysturvakeskus (nykyisin Valvira) voi esimerkiksi velvoittaa työntekijän työnäytteeseen tai kuulusteluun ammattitaidon selvittämiseksi, jos on syytä epäillä puutteita ammattitiedoissa ja -taidoissa (1).

Suomen lainsäädännön lisäksi myös EU-parlamentti asettaa jäsenmailleen säädöksiä. Työvoiman liikkuvuutta sekä terveydenhuollon ammattilaisten koulutus- ja pätevyysvaatimuksia säätelee mm. ammattipätevyyden tunnustamista koskeva ammattipätevyysdirektiivi. Direktiivi on uudistettu ja hyväksytty EU:ssa marraskuussa 2013 (60) ja se korvaa vuoden 2005 direktiivin. Direktiivin mukaan jäsenvaltioiden tulee antaa julkinen raportti lääkäreiden ja eräiden muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillisen kehittymisen seurannasta Euroopan komissiolle. Ensimmäisen kerran raportti tulee antaa tammikuussa 2016. Direktiivimuutoksen tavoitteena on mahdollistaa turvallinen ja tehokas terveydenhuolto, jonka tärkeä osa on terveydenhuollon ammattilaisten jatkuva ammatillinen kehittyminen. Uutena asiana on EU-tason hälytysmekanismi niistä terveydenhuollon ammattilaisista, joiden oikeuksia on rajoitettu tai poistettu. Osa direktiiviuudistusta ovat myös eurooppalainen ammattikortti terveydenhuollon ammattilaisille, kielitaitovaatimusten tiukentaminen sekä täydennyskoulutuksen sisältöön ja minimivaatimuksiin liittyvät kohdat. Muutoksen tavoitteena on myös parantaa kansalaisten mahdollisuutta saada keskitetysti tietoa terveydenhuoltoalan ammattilaisista.

Lääkäreitä koskevia erillissäädöksiä on paljon. Euroopassa seitsemässä maassa kymmenestä seurataan lääkäreiden täydennyskoulutuksen toteutumista. Toimiluvan uusiminen tietyin väliajoin (resertifikaatio, eng. recertification, uudelleen hyväksyntä) on myös käytössä jo suurimmassa osassa EU:n jäsenvaltioita. Osaamista seurataan ja arvioidaan neljään eri ryhmään jaoteltavien menetelmien avulla (61):

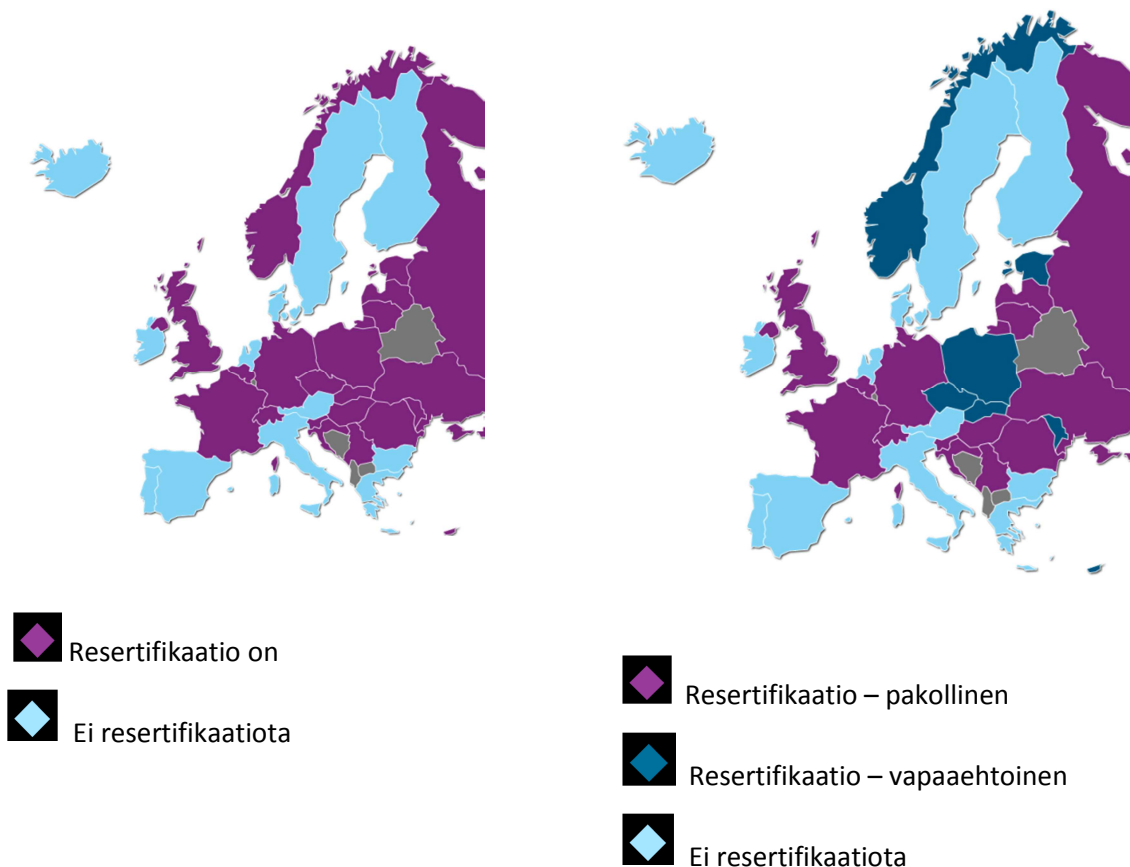
- tiedollisen tason testaaminen (tentit, verkkokurssit)
- osallistumisen mittaaminen (koulutuspäivät)
- työympäristöstä kerättävä arviointi (auditoinnit, vertaisarviointit, strukturoitu 360°-arviointi muilta työntekijöiltä)
- oman kehittymisen dokumentointi (kehityskeskustelut, portfolioit, oppimistietokannat).

Lääkärin toimiluvan uusimisen edellytyksenä on useimmiten viiden vuoden aikana osallistuminen täydennyskoulutukseen sekä maakohtaisten kriteerien täyttyminen. Osassa maita lääkärille aiheutuu eriasteisia seuraamuksia, mikäli vaaditut täydennyskoulutuskriteerit eivät täyty. Kuitenkin vain harvassa jäsenvaltiossa lääkäri voi menettää toimilupansa, ja seuraukset ovat lähinnä taloudellisia menetyksiä. Täydennyskoulutusvelvoitteen laiminlyönti on jossain määrin sanktioitu Pohjoismaista ainoastaan Norjassa. Terveysturvakeskus voi määrätä koulutukseen, jotta hän säilyttäisi palkkatasonsa. Englannissa on ollut vuodesta 2012 lähtien käytössä tiukka lääkäreiden toiminnan ja osaamisen arviointijärjestelmä, revalidaatio (eng. revalidation, voimassaolon uudelleen arviointi). Myös muulla terveydenhuollon ammattihenkilöstöllä (sairaanhoitajat, kätilöt) työsuhteen solmiminen ja jatkaminen edellyttävät Englannissa rekisteröintiä ja osallistumista määrävuosina täydennyskoulutukseen. Lisäksi heidän, samoin kuin lääkäreiden, tulee luoda itselleen henkilökohtainen kehityssuunnitelma koulutustarpeineen. Järjestelmän lopullista vaikutusta ammattitaitoon ei kuitenkaan vielä tunneta (62).

Mikään seuranta- ja arviointimenetelmistä ei kuitenkaan ole aukoton. Olennaista on löytää ne lääkärit ja muut hoitohenkilöt, joiden toiminnassa on paljon kehittymistarpeita ja tukea heitä täydennyskoulutuksella (10, 29, 61).

EU:n alueella lääkärin on suoritettava kolmen vuoden jatkokoulutusohjelma, jotta hän saa oikeuden toimia yleislääkärinä sosiaaliturvajärjestelmässä. Monessa Euroopan maassa yleislääkärin on myös osallistuttava jonkinasteiseen resertifikaatioon. Kuviossa 3 on esitetty yleislääkäreiden resertifikaatiokäytännöt Euroopassa vuosien 2011-2012 tietojen pohjalta European Academy of Teachers in General Practice/ Family Medicine (EURACT) kokoaman yhteenvedon perusteella. Suomessa lääkärit kuitenkin laillistetaan yliopistosta valmistumisen jälkeen ja he voivat toimia yleislääkäreinä Suomessa ilman jatkokoulutusta ja ammattioikeuksien uudelleenarviointia.

KUVIO 3. Yleislääkäreiden resertifikaatiokäytännöt Euroopassa Euractin tekemän selvityksen mukaan vuosina 2011-2012 (Ruth Kalda, henkilökohtainen tiedonanto). Kaikista maista ei tietoa (harmaat alueet).



2 TAVOITTEET

Tämän kuvailevan tutkimuksen tavoitteena oli

- kuvata, millä tavalla toimipaikka- ja täydennyskoulutus toteutuu Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksissa
- kuvata, miten terveyskeskusten henkilökunnan jatkuva ammatillinen kehittyminen toteutuu
- selvittää, onko toimipaikka- ja täydennyskoulutus moniammatillista
- selvittää johtavien lääkärien käsitys siitä, toteutuuko lääkärien jatkokoulutus määräysten mukaisena
- saada aikaan keskustelua jatkuvan ammatillisen kehittymisen merkityksestä terveyskeskustyössä.

3 AINEISTO JA MENETELMÄT

3.1 TUTKIMUKSEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Vuonna 2013 Varsinais-Suomessa oli 15 ja Satakunnassa 7 terveyskeskusta. Varsinais-Suomessa oli useita pieniä terveyskeskuksia, kun taas Satakunnassa esim. Porin perusturvaan kuului useita aiemmin itsenäisesti toimineita terveyskeskuksia. Terveyskeskusten väestöpohja vaihteli Turun kaupungin terveyskeskuksen 182 000:sta Säskylän ja Köyliön terveyskeskuksen 7200 väestöpohjaan. Tutkimuksemme terveyskeskukset olivat hallintomalleiltaan ja organisaatorakenteiltaan erilaisia.

Myös Vaasan sairaanhoitopiiri on kuulunut Turun Yliopistollisen Keskussairaalan erityisvastuualueeseen vuoden 2013 alusta ja sillä on oma perusterveydenhuollon yksikkönsä. Tässä vaiheessa tutkimus- ja selvitystyötä ei vielä ohjattu Vaasan sairaanhoitopiiriin alueelle.

Turun yliopistolla ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirillä on erillinen sopimus lääkärien perusopetuksesta yhden Satakunnan, neljän Varsinais-Suomen ja yhden Vaasan sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksen kanssa. Lääkäreiden jatkokoulutuksen osalta Satakunnan terveyskeskukset ovat olleet koulutusopimuksessa Turun yliopiston ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa vuodesta 2011 lähtien. Vaasan sairaanhoitopiireissä sijaitsevat terveyskeskukset ovat solmineet vastaavan sopimuksen vuonna 2014.

Hoitajien koulutukseen liittyen on sekä ammattikorkeakouluilla, terveyskeskuksilla että alueen sairaaloilla erilaisia sopimuksia. Koulutuksen yhteistyökenttä on myös hoitajien osalta laaja.

Tämä tutkimus tehtiin Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteisen perusterveydenhuollon yksikön ja Turun yliopiston yleislääketieteen oppiaineen toimesta. Perusterveydenhuollon yksikön lakisääteinen tehtävä on täydennyskoulutuksen tukeminen. Turun yliopiston yleislääketieteen oppiaine vastaa lääkäreiden jatkokoulutuksesta koko erityisvastuualueella.

3.1.1 ALKUKARTOITUS

Ennen ensimmäistä aineistopyyntöä ja myös tutkimuksen edetessä etsittiin tietoa terveydenhuollon täydennys- ja toimipaikkakoulutuksesta kotimaisista tietokannoista (Medic, Terveysportti) sekä viranomaisten, järjestöjen ja tiedeyhteisöjen nettisivuilta. Joiltakin osin perehdyttiin myös kansainvälisiin tietokantoihin ja kirjallisuuteen. Tutkimuksen aikana keskusteltiin henkilökohtaisissa tapaamisissa tai sähköpostitse useiden asiantuntijoiden kanssa, mm. sosiaalihammaslääketieteen ja hoitotieteen professorin sekä perusterveydenhuollon yksikön johdon kanssa.

Täydennyskoulutuksesta näytti olevan runsaasti tietoa ja tutkimuksia saatavilla, mutta toimipaikkakoulutuksesta vain hyvin vähän.

Ensimmäinen aineistonkeruu tapahtui ottamalla sähköpostitse yhteyttä alueen terveyskeskusten johtaviin viranhaltijoihin maaliskuussa 2014. Koska tähän tutkimukseen sopivaa valmista kyselylomaketta ei ollut käytettävissä, tarvittiin alustava kuva toteutuneesta koulutuksesta pohjaksi tarkemmalle kyselylle. Johtavia viranhaltijoita pyydettiin lähettämään terveyskeskusten vuoden 2013 toimipaikkakoulutusohjelma ja tiedot vuoden 2013 henkilökunnan täydennyskoulutuksiin osallistumisesta. Lisäksi kysyttiin, kuinka henkilökunnan osallistumista täydennys- ja toimipaikkakoulutuksiin seurataan. (liite 2)

Aineistonsa eri vaiheissa toimittaneet viranhaltijat on kuvattu taulukossa 3. Aineistopyyntö tehtiin kahdesti ja lopulta osa viranhaltijoista haastateltiin (SP) puhelimitse aineiston saamiseksi. Toimitettuihin aineistoihin pyydettiin tarvittaessa tarkennuksia ja käytiin keskustelua sähköpostitse. Pienten terveyskeskusten johtavat hoitajat vastasivat tutkimukseen aktiivisemmin kuin väestöpohjaltaan suurempien.

TAULUKKO 3. Aineiston alkukartoitusta varten toimittaneet terveyskeskusten johtavat viranhaltijat sairaanhoitopiireittäin.

viranhaltija	sairaanhoidopiiri	toimitetut aineistot 3.3.2014	toimitetut aineistot 17.3.2014	puhelinhaastattelu	aineistot/ johtavien viranhaltijoiden määrä *	aineistot yhteensä
johtavat lääkärit	VSSH	6	6	0	12/15	19/22
	SatSH	5	1	1	7/7	
johtavat hammaslääkärit	VSSH	5	6	0	11/15	17/22
	SatSH	3	1	2	6/7	
johtavat hoitajat**	VSSH	7	4	0	11/15	18/22
	SatSH	4	3	0	7/7	

*Tutkimuksesta jäi tässä vaiheessa kokonaan pois kaksi terveyskeskusta ja kolmesta terveyskeskuksesta saatiin vastaus vain johtavalta hammaslääkäriltä. Nämä terveyskeskukset ovat väestöpohjaltaan pieniä tai keskisuuria.

** Tiedonkeruuseen vastanneista hoitohenkilökunnan edustajista yhdeksän nimikkeenä oli johtava hoitaja. Muita nimikkeitä olivat lähiesimies, hoitotyön johtaja/esimies, hallintoylihoitaja, ylihoitaja sekä hoitotyön päällikkö.

3.1.2 LOMAKEKYSELY

Tutkijaryhmä valmisteli toimipaikka- ja täydennyskoulutusta käytännön kannalta selvittävän strukturoidun kyselylomakkeen alkukartoituksen pohjalta. Tämä toukokuussa 2014 toteutunut lomakekysely pyrittiin ohjaamaan vain terveyskeskusten vastaanottotoimintaa koskevaksi. Kyselyn ulkopuolelle jätettiin suun terveydenhuolto ja terveyskeskuksen erityistyöntekijät, kuten esim. puheterapeutit. Turun hyvinvointitoimialaa ja Porin perusturvaa konsultoitui ennen kyselyn lähettämistä. Konsultoinnin pohjalta kysely lähetettiin Turussa vain johtaville viranhaltijoille, sen sijaan Porissa neljän alueen alueylilääkäreille ja osastonhoitajille: Pohjois-, Itä-, Keski- ja Länsi-Poriin. Kyselyä pilotoitiin Vaasan sairaanhoitopiirissä, mutta sitä kommentoi vain yksi johtava hoitaja. Webropol-muotoinen kysely on liitteenä 3. Lomakkeessa kysyttiin terveyskeskusten koulutustarpeiden arvioinnista, koulutuksen resursoinnista, suunnittelusta, toteuttamisesta ja koulutuksen tuloksen seurannasta sekä moniammatillisuudesta ja ammatillisen kehittymisen mahdollisuuksista. Lisäksi selvitettiin mm. lääkäreiden jatkokoulutuksen (YEK-vaihe, erikoistuminen) toteutumista.

Pyydetty aineisto tai vastaus lomakekyselyyn saatiin joiltakin osin jokaisesta terveyskeskuksesta (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Lomakekyselyyn vastanneet johtavat viranhaltijat sairaanhoitopiireittäin ja uusintakyselyissä saatujen vastausten mukaan jaoteltuna.

viran- haltija	sairaan- hoito- piiri	vastaukset 26.5.2014	uusintakyselyt			myöhemmin saadut vastaukset	vastaukset/ johtavien viranhaltijoiden määrä	*kaikki vastaukset
			vastaukset 4.6.2014	vastaukset 12.6.2014	vastaukset 19.8.2014			
johtavat lääkärit	VSSHP	4	3	1	3	1	12/15	17/25
	SatSHP	3	2	0	0	0	5/10	
johtavat hoitajat	VSSHP	4	3	4	0	ei koske	11/15	15/25
	SatSHP	3	0	1	0	ei koske	4/10	

*Tutkimukseen jätti tässä vaiheessa kokonaan vastaamatta kaksi väestöpohjaltaan pientä terveyskeskusta. Porista saatiin vastaukset vain Itä-Porin osalta. Edellisten lisäksi terveyskeskuksen jompikumpi viranhaltija jätti vastaamatta seuraavasti: johtavista lääkäreistä kolme ja johtavista hoitajista viisi.

3.1.3 MENETELMÄT

Tämän kuvailevan tutkimuksen aineisto analysoitiin määrällisten kysymysten osalta prosenttiosuuksilla ja pienen aineiston vuoksi usein myös absoluuttisina lukuina. Maakuntien välisiä eroja ei tutkittu pienten vastaajamäärien vuoksi, mutta joiltakin osin päädyttiin tutkimaan ammattiryhmien välisiä eroja.

Avoimet vastaukset analysoitiin laadullisin menetelmin lähinnä rinnakkais- ja peräkkäistulkinnoilla. Rinnakkaistulkinta oli yksimielistä. Tulosten luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa paranee, jos niitä esitetään tutkittaville. Tutkijaryhmä selvitti alustavia tuloksia kummankin sairaanhoitopiirin terveyskeskusten johtavien lääkäreiden kokouksessa, jolloin tarjoutui mahdollisuus myös osallistuvaan havainnointiin. Johtavilla hoitajilla ei vastaavanlaista foorumia löytynyt, joten heitä ei kuultu.

4 TULOKSET

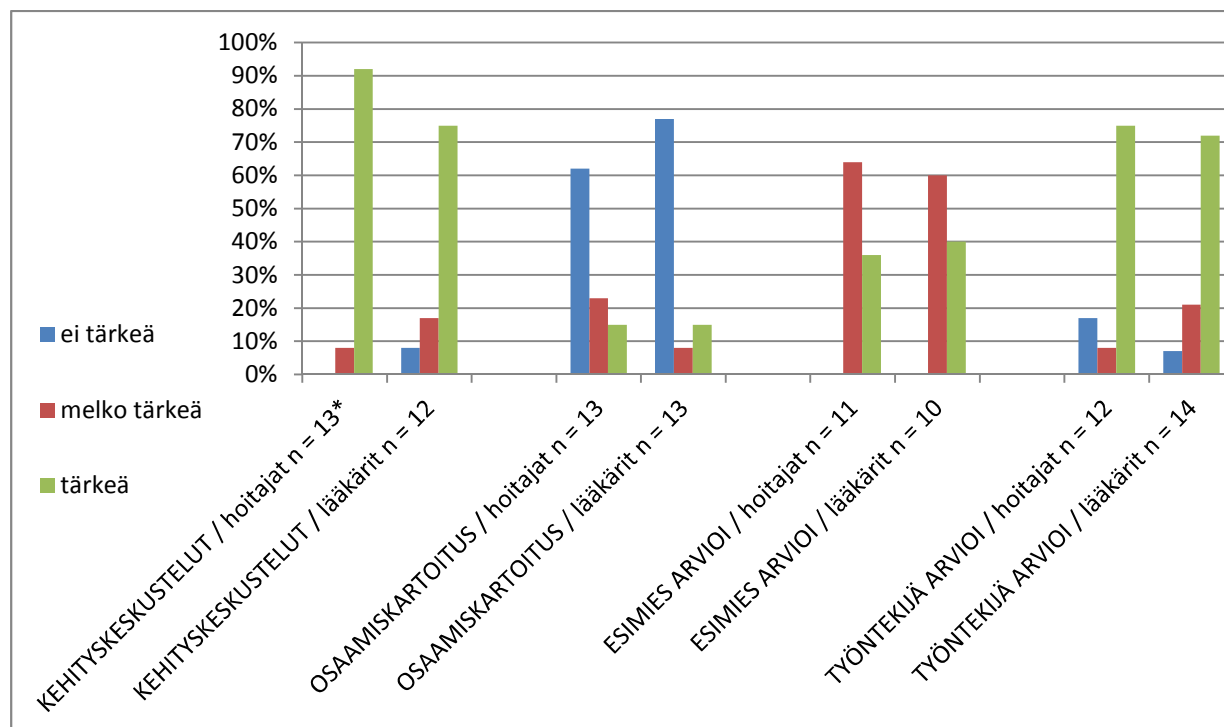
Ensimmäisen aineistonkeruun pohjalta saatiin alustava kuva siitä, että terveyskeskuksissa oli paljon koulutusta, mutta se oli keskenään hyvin eritasoista ja koulutusten järjestämisessä oli suuria eroja terveyskeskusten välillä. Osassa terveyskeskuksia toimipaikkakoulutus oli hyvin suunniteltua ja koulutusohjelmat tehty huolellisesti. Osassa koulutusohjelmaa ei vastaavasti ollut tehty lainkaan. Monessa toimipaikkakoulutusohjelmassa kiinnittyi huomio lääketeollisuuden osuuteen koulutuksen resursoijana. Tämän aineiston pohjalta havaittiin, että suun terveydenhuollon henkilökunnalla oli yleisesti ottaen enemmän sekä moniammatillista toimipaikka- että täydennyskoulutusta kuin terveyskeskusten lääkäreillä ja hoitohenkilökunnalla.

Jatkossa strukturoidun kyselyn tuloksia tarkastellaan siinä järjestyksessä kuin kirjallisuudessa yleisesti kuvataan koulutuksen järjestämisen eri vaiheet (ks. sivu 9-13). Käytetyssä kyselyssä (ks. liite 3) oli sekä valmiita vastausvaihtoehtoja sisältäviä suljettuja kysymyksiä että avoimia kysymyksiä, joilla kysyttiin tarkennuksia tai perusteluja. Koska tuloksissa käytetään paljon absoluuttisia lukuja, on sulkumerkkien sisään merkitty, millaisesta vastaajien joukosta kulloinkin vastaajien määrä erottuu.

4.1 KOULUTUSTARPEIDEN ARVIOIMINEN

Johtavilta hoitajilta ja johtavilta lääkäreiltä tiedusteltiin, miten yksittäisen työntekijän koulutustarve arvioidaan (kuvio 4). Kysymyksessä annettiin valmiit vastausvaihtoehdot, jotka pyydettiin laittamaan tärkeysjärjestykseen. Lisäksi kysymykseen oli mahdollista kirjoittaa omakin vastausvaihtoehto.

KUVIO 4. Yksittäisen työntekijän koulutustarpeen arviointiin käytetyt menetelmät. Johtavat viranhaltijat merkitsivät annetut vaihtoehdot tärkeysjärjestykseen, jossa arvo 1 oli vähiten tärkein ja arvo 5 tärkein. Kysymyksen kohdalla on yhdistetty arvot 1-2 (ei tärkeä), 3 (melko tärkeä) ja 4-5 (tärkeä).



*Vaihtoehdon perässä oleva n kertoo, kuinka moni johtava hoitaja tai johtava lääkäri vastasi kyseiseen kohtaan. Luvut y-akselilla on ilmaistu vertailun mahdollistamiseksi prosentteina, vaikka määrät ovat vähäisiä.

Johtavat hoitajat ja johtavat lääkärit pitivät kehityskeskusteluja tärkeimpänä keinona arvioida yksittäisen työntekijän koulutustarve. Molemmat ammattiryhmät pitivät toiseksi tärkeimpänä työntekijän itsensä tekemää arviota. Esimiehen tekemä arvio koulutustarpeesta nähtiin melko tärkeänä. Osaamiskartoitusta käytettiin harvoin koulutustarpeen arvioinnissa molemmissa ammattiryhmissä. Ammatillisen kehittymisen menetelmiä koskevassa kyllä/ei –muotoisessa kysymyksessä useimmat johtavat hoitajat (9/15) ja johtavat lääkärit (9/16) vastasivat, että laatutyön tuloksia käytetään koulutustarpeiden arvioinnissa.

4.2 TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN SUUNNITTELU JA JÄRJESTÄMINEN TERVEYSKESKUKSISSA

Täydennys- ja toimipaikkakoulutuksen suunnittelusta ja järjestämisestä kysyttiin suljetuin kysymyksiin. Suurimmassa osassa terveyskeskuksia johtavat hoitajat ilmaisivat vastaavansa tasapuolisesti hoitohenkilökunnan kanssa täydennyskoulutuksen suunnittelusta. Johtava hoitaja vastasi kuitenkin koulutussuunnittelusta täysin kuudessa (6/15) terveyskeskuksessa. Useimmissa näistä terveyskeskuksista johtava hoitaja toimi myös nimettynä koulutusvastaavana ja hänen työjärjestykseen oli varattu aikaa koulutuksen suunnitteluun ja järjestämiseen. Tutkimuksen yhteydessä onnistuttiin keräämään käyttökelpoinen lista terveyskeskuksen koulutusvastaavista.

Lääkärien täydennys- ja toimipaikkakoulutuksen suunnitteluun osallistuivat vastausten perusteella tasapuolisesti sekä koulutusvastaavat, yllälääkärit että lääkärit itse. Yli puolessa terveyskeskuksista oli nimetty koulutusvastaava, ja heistä vajaalle puolelle oli varattu työjärjestykseen aikaa koulutuksen suunnittelua varten.

Terveydenhuoltohenkilökunnan yhteinen täydennys- ja toimipaikkakoulutussuunnitelma laadittiin suurimmassa osassa terveyskeskuksia kahden vuoden välein. Asiasta näytti olevan johtotasolla erilaisia näkemyksiä. Johtavista hoitajista kaksitoista (12/15) ja johtavista lääkäreistä kymmenen (10/17) oli sitä mieltä, että terveyskeskuksessa laaditaan yhteinen suunnitelma.

4.2.1 MONIAMMATILLISUUS TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSESSA

Kaikissa terveyskeskuksissa järjestetään toimipaikkakoulutusta. Hoitohenkilökunnalle suunnattua toimipaikkakoulutusta oli keskimäärin 18 tuntia vuodessa (vaihteluväli 8-44 tuntia). Tästä hieman yli puolet oli moniammatillista. Lääkärit osallistuivat toimipaikkakoulutukseen keskimäärin 60 tuntia vuodessa (vaihteluväli 20-100 tuntia). Moniammatillista toimipaikkakoulutusta oli tästä keskimäärin 17 tuntia vuodessa (vaihteluväli 4-35 tuntia).

Moniammatillista täydennys- ja toimipaikkakoulutusta pidettiin terveyskeskuksissa tärkeänä. Johtavista hoitajista yksitoista (11/15) ja johtavista lääkäreistä kahdeksan (8/17) piti moniammatillisuutta hyvin tärkeänä. Kaikki muut pitivät moniammatillisuutta tärkeänä.

Lisäksi pyydettiin perustelemaan vastaukset ja näkemykset moni-ammattillisesta koulutuksesta. Molempien ammattiryhmien mielestä moniammatillisen koulutuksen merkitystä kuvasi hyvin sana ”yhdessä”. Yhdessä tekemisen ja oppimisen koettiin lisäävän työntekijöiden yhteistä ymmärrystä, teoreettisia ja kliinisiä valmiuksia sekä selkeyttävän toimintaa ja yhtenäisiä toimintatapoja. Yhteisiä koulutustilaisuuksia pidettiin tarpeellisina, jotta kaikki saavat samansisältöistä tietoa ja ajankohtaisia teemoja voidaan käsitellä kokonaisvaltaisesti ja monipuolisesti eri näkökulmista. Moniammatillinen ote ja yhteistyö nähtiin tärkeänä sekä potilaan hyvän hoidon ja potilasturvallisuuden että terveyskeskuksen toiminnan kehittämisen ja laadun seurannan kannalta.

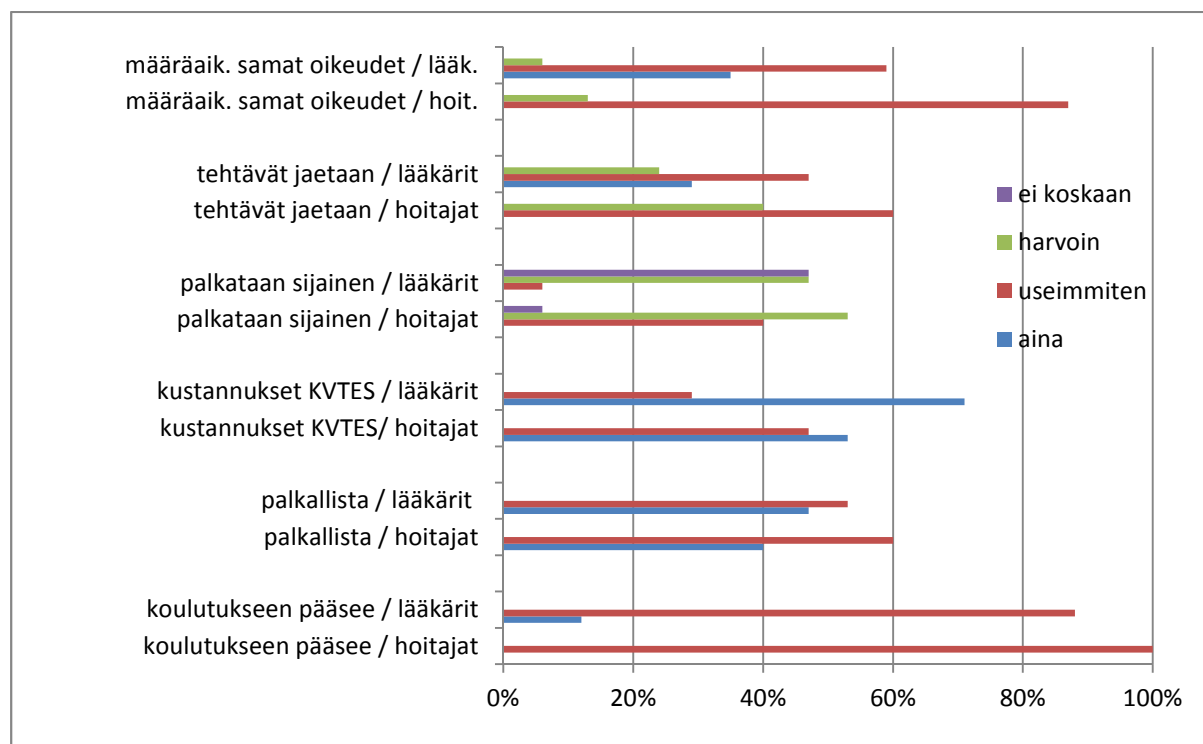
4.2.2 TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN TOTEUTUMISTA HELPOTTAVAT TEKIJÄT

Täydennys- ja toimipaikkakoulutuksen toteutumista helpottavia tekijöitä tiedusteltiin avoimella kysymyksellä. Johtavien hoitajien ja johtavien lääkärien näkemyksen mukaan työntekijöiden koulutusmyönteisyys, motivaatio, aktiivisuus ja innostus nähtiin koulutuksen toteutumista helpottavina tekijöinä. Koulutussuunnittelun, yhteistyön eri organisaatioiden ja asiantuntevien kouluttajien kanssa sekä kunnan koulutusmyönteisyyden koettiin myös vaikuttavan positiivisesti koulutuksen toteutumiseen. Käytännön kannalta merkityksellistä oli, että koulutustilaisuuksista tiedotetaan riittävän ajoissa ja koulutustarjonta on monipuolista, ajankohtaista sekä toteutettavissa työaikana. Koulutuspaikan läheisyyden tai muutoin helpon tavoitavuuden sekä toimivien koulutustilojen koettiin tuovan lisäarvoa.

Vaihtoehtoja sisältävällä kysymyksellä kysyttiin, miten työnantaja tukee ja helpottaa työntekijöiden mahdollisuutta osallistua täydennyskoulutukseen. Ammattiryhmien välillä näyttäisi olevan vähäisiä eroja sen suhteen, miten työnantaja tukee kouluttautumista. Sekä johtavien hoitajien että johtavien lääkäreiden mielestä hoitohenkilökunta ja lääkärit pääsevät useimmiten osallistumaan haluamaansa koulutukseen. Molempien ammattiryhmien koulutus oli vajaassa puolessa terveyskeskuksia aina palkallista työaikaa ja loppuissa useimmiten. Työnantaja kustansi KVTES:n mukaisesti koulutuksen useammin lääkäreille kuin hoitohenkilökunnalle.

Sijaista ei juurikaan palkattu koulutukseen lähtevälle työntekijälle kummassakaan ammattiryhmässä, lääkärille vielä harvemmin kuin hoitajille. Sen sijaan koulutukseen lähtijän tehtävät jaettiin muiden kesken lääkäreillä useammin kuin hoitajilla. Määräaikaisten työntekijöiden ja sijaisten mahdollisuudet päästä haluamaansa koulutukseen olivat lääkäreillä paremmat kuin hoitotyöntekijöillä. (kts. kuvio 5.)

KUVIO 5. Työnantajan käyttämät keinot tukea hoitajien ja lääkärien mahdollisuutta osallistua täydennyskoulutukseen johtavien viranhaltijoiden näkemysten mukaan.



Luvut on ilmaistu vertailun mahdollistamiseksi prosentteina, vaikka määrät ovat vähäisiä. Tämän kysymyksen kaikissa kohdissa vastanneet johtavat hoitajat n = 15 ja johtavat lääkärit n = 17.

4.2.3 TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN RAHOITUS

Johtavista lääkäreistä runsas kolmannes (6/16) vastasi, että terveyskeskuksessa oli ammattiryhmittäin budjetoitu erillinen määräraha täydennyskoulutukseen. Johtavista hoitajista tätä mieltä oli vain viidesosa. Kysymyksestä ei kuitenkaan ilmennyt, tarkoitettiinko hoitajien ammattiryhmien välisiä eroja.

Terveyskeskusten hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden täydennyskoulutukseen oli työntekijää kohden käytettävissä vaihtelevasti rahaa. Vuonna 2013 täydennyskoulutukseen oli varattuna rahaa, mutta vastaajien oli vaikea ilmoittaa tarkkoja ammattiryhmäkohtaisia määriä. Kuusi johtavista hoitajista (6/15) ja seitsemän johtavista lääkäreistä (7/17) ei vastannut tähän kysymykseen tai ei määrittänyt varatun rahan määrää. Kysytyn absoluuttisen rahamäärän sijasta moni vastaaja ilmaisi prosenttiosuuden palkkasummasta tai kaikkien ammattiryhmän edustajien yhteisen koulutusrahan. Näytti kuitenkin siltä, että lähihoitajaa kohden varattu raha jäi vähäisemmäksi kuin sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien jopa 200 euroon/vuosi. Lääkäriä kohden vaihtelu oli hoitajia suurempaa, 200 – 1000 euroa/vuosi.

Johtavilta hoitajilta ja johtavilta lääkäreiltä kysyttiin, osallistuvatko terveydenhuollon kaupalliset yritykset ja lääketieteellinen henkilökunnan täydennys- ja toimipaikkakoulutuskustannuksiin. Heitä pyydettiin myös arvioimaan prosentteina, kuinka suuri tämä osuus on koulutuskustannuksista. Vastausten perusteella kaupalliset yritykset ja lääketieteellinen osallistuivat molempien ammattiryhmien koulutuskustannuksiin, mutta hoitajilla vähemmän kuin lääkäreillä. Yksittäiset johtavat lääkärit antoivat kirjallisia kommentteja, joissa mainittiin tilavuokra, ruoka, luennoitsijapalkkiot, kahvilleipä, marginaalinen osallistuminen. Monessa yksittäisessä vastauksessa oli ”noin” -merkintä tai laaja prosentuaalinen vaihteluväli, joten keskimääristä prosenttiosuutta ei ollut laskettavissa.

Johtavista hoitajista kuusi (6/15) ilmoitti kaupallisten yritysten ja lääketieteellisuuden osallistuvan terveyskeskuksensa hoitajien täydennyskoulutuskustannuksiin jossain määrin. Neljä näistä johtavista hoitajista arvioi terveydenhuollon kaupallisten yritysten osuuden olevan 2-20 % täydennyskoulutuskustannuksista, lisäksi oli yksi maininta diabeteshoitajien 50 %:n teollisuuden tuesta. Johtavista hoitajista neljä (4/15) ilmoitti yritysten osallistuvan myös toimipaikkakoulutuskustannuksiin. Näistä kolme arvioi toimipaikkakoulutuksen kustannuksista 5-30 % saatavan teollisuudelta.

Kysymykseen vastanneiden johtavien lääkäreiden (16/17) mukaan lääketieteellisuuden osallistui useimmissa terveyskeskuksissa (13/16) lääkäreiden täydennyskoulutuskustannuksiin. Kolme niistä johtavista lääkäreistä (3/13), jotka vastasivat lääketieteellisuuden osallistuvan kustannuksiin, jätti arvioimatta lääketieteellisuuden rahoittaman prosentuaalisen osuuden. Seitsemän (7/13) ilmoitti lääketieteellisuuden täydennyskoulutuskustannusten osuuden olevan 5-60 %. Kolmessa (3/16) terveyskeskuksessa lääketieteellisuus ei osallistunut kustannuksiin lainkaan.

Vastausten perusteella lääketieteellisuuden osallistui lääkäreiden toimipaikkakoulutusten kustannuksiin yhtä terveyskeskusta lukuun ottamatta kaikissa terveyskeskuksissa (16/17). Osa niistä johtavista lääkäreistä, jotka vastasivat lääketieteellisuuden osallistuvan kustannuksiin, jätti arvioimatta lääketieteellisuuden rahoittaman prosentuaalisen osuuden. Kahdeksan johtavaa lääkärä (8/16) arvioi teollisuuden rahoittaman prosentuaalisen osuuden olevan 10-70 % ja muut antoivat sanallisia kommentteja.

4.3 TÄYDENNYSKOULUTUSTILAISUUKSIIN OSALLISTUMINEN

Molempien ammattiryhmien arvioimana terveydenhuollon henkilökunta osallistui paljon sairaanhoitopiirin järjestämiin koulutustilaisuuksiin. Koulutustilaisuuksien mahdollisista järjestäjistä annettiin kyselylomakkeessa valmis lista. Lomakkeessa ei kysytty, oliko koulutustilaisuuteen osallistuttu työaikana ja/tai työnantajan toimesta.

Hoitohenkilökunta osallistui vähintään jonkin verran ammattikorkeakoulun sekä muun julkisen järjestäjän (STM, THL, AVI ym.) ja vähän tai ei lainkaan yliopiston, ammatillisten järjestöjen tai lääke- ja hoitotarviketeollisuuden järjestämiin koulutustilaisuuksiin.

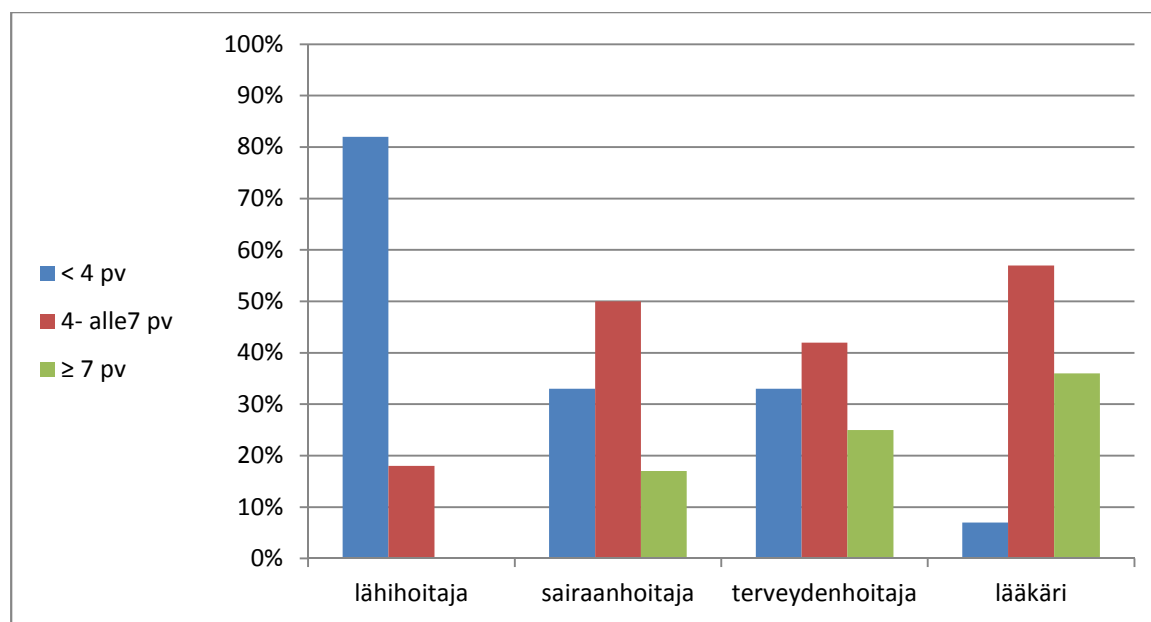
Johtavien lääkärien arvioimana lääkärit puolestaan osallistuivat vähintään jonkin verran lääketeollisuuden, yliopistojen tai lääkärijärjestöjen järjestämiin sekä muiden julkisten järjestäjien (esim. THL, STM, AVI, Kuntaliitto) koulutustilaisuuksiin. Lisäksi johtavista lääkäreistä kuusi (6/16) arvioi lääkäreiden osallistuvan paljon ja seitsemän (7/16) jonkin verran lääketeollisuuden koulutustilaisuuksiin.

Vuoden 2013 täydennyskoulutukseen osallistumista kysyttiin ammattiryhmittäin, keskimääräisinä päivinä työntekijää kohden ja lisäksi vaihteluvälinä saman ammattiryhmän eri työntekijöiden välillä. Melkein kaikki vastaajat ilmoittivat osallistumislukuja, joissa kuitenkin oli laaja vaihteluväli.

Vuonna 2013 lääkäreillä oli eniten täydennyskoulutuspäiviä ja lähihoitajilla vähiten keskimäärin ilmoitettuna. Koulutuspäiviä oli 14 johtavan lääkärin (14/17) ilmoituksen mukaan keskimäärin 3-10 päivää lääkäriä kohden. Johtavien hoitajien (11/15) vastausten mukaan lähihoitajilla oli keskimäärin 1-4 täydennyskoulutuspäivää lähihoitajaa kohden. Koulutuspäivien keskimääräinen jakautuminen ammattiryhmittäin työntekijää kohti on esitetty kuviossa 6.

Täydennyskoulutuspäivien vaihteluväli vuonna 2013 oli yksittäisten lääkärien välillä 0-20, lähihoitajilla 0-6, sairaanhoitajilla 0-20 ja terveydenhoitajilla 1-10.

KUVIO 6. Johtavien viranhaltijoiden ilmoittamat täydennyskoulutukseen osallistumispäivät ammattiryhmittäin keskimääräisinä päivinä ammattiryhmän työntekijää kohden vuonna 2013.



4.4 TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN SEURANTA

Lomakkeessa kysyttiin koulutuksen seurannasta pääosin strukturoidusti kyllä/ei –muodossa. vastauksiin oli mahdollista esittää tarkennuksia.

Hoitohenkilökunnan esimies (14/15) seurasi täydennyskoulutukseen osallistumista lähes kaikkien vastanneiden johtavien hoitajien mukaan. Esimiehen apuna seurannassa olivat kehityskeskustelut, tilastot, osallistujaluettelot ja seurantataulukot. Vastanneiden johtavien lääkäreiden mukaan lääkäreiden esimies (17/17) seurasi lääkäreiden täydennyskoulutukseen osallistumista. Seurantakäytännöt vaihtelivat paljon. Tärkein menetelmä osallistumisen arviointiin oli koulutuspäätösten tilastointi ja atk-seuranta.

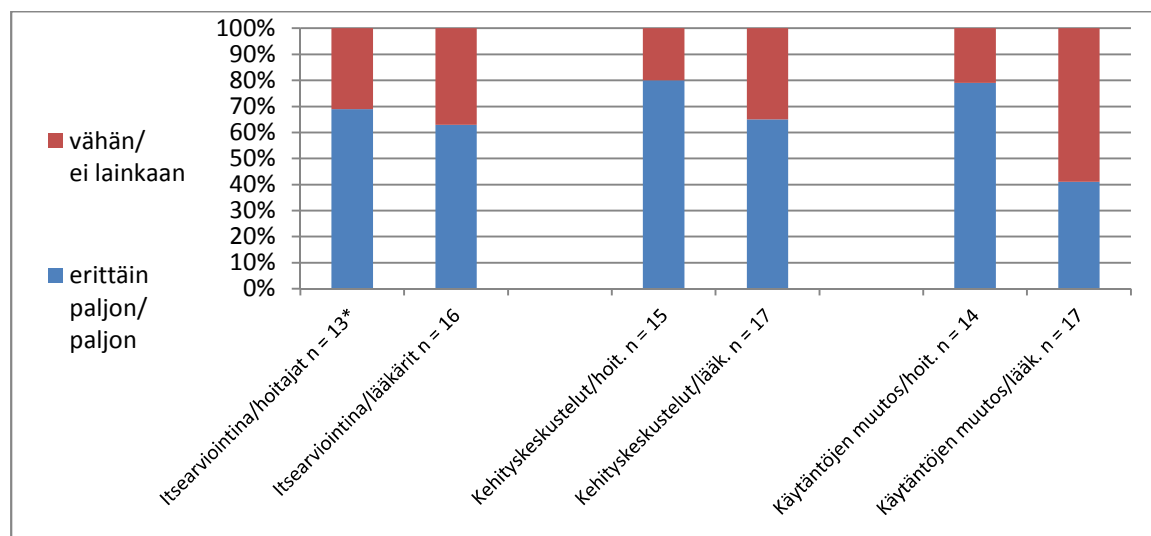
Koulutusseuranta toteutui terveyskeskuksissa muun muassa Excel-tilukoinnin ja WEB-tallennuksen avulla. Johtavista hoitajista vain hieman yli neljäsosa (4/15) ja johtavista lääkäreistä vajaa puolet (7/15) seurasi henkilökuntansa osallistumista koulutuksiin jonkin sähköisen koulutuksen hallintajärjestelmän avulla.

Molemmilta ammattiryhmiltä kysyttiin arviota siitä, miten työntekijät itse seuraavat koulutustaan. Vain harva johtava viranhaltija oletti henkilökunnan seuraavan koulutustaan itse. Tässä kysymyksessä ei kuitenkaan ollut vaihtoehtoa ”En osaa sanoa”. Avointen kommenttien mukaan henkilökuntaa oli kuitenkin kehoitettu pitämään omaa seuranta.

4.5 KOULUTUKSEN VAIKUTUSTEN ARVIOINTI KÄYTÄNNÖSSÄ

Arvioita täydennyskoulutuksen tuloksesta käytännössä kysyttiin valmiin vaihtoehtolistan avulla. Johtavien hoitajien mielestä käytännön toimintojen tulosten arviointi toteutui pääasiassa kehityskeskusteluissa (12/15) ja toimintakäytäntöjen muutosta arvioimalla ja mittaamalla (11/14), mutta myös henkilöstön itsearviointina (9/13) (Kuvio 7).

KUVIO 7. Täydennyskoulutuksen tuloksen arvioinnissa käytetyt menetelmät johtavien viranhaltijoiden arvioimana.



* Vaihtoehdon perässä oleva n kertoo, kuinka moni johtava hoitaja tai johtava lääkäri vastasi kyseiseen kohtaan.

Luvut y-akselilla on ilmaistu vertailun mahdollistamiseksi prosentteina, vaikka absoluuttiset lukumäärät ovat vähäisiä.

Johtavien lääkärien mielestä täydennyskoulutuksen tuloksista käytännön toimintojen kannalta saatiin parhaiten tietoa henkilöstön itsearviointina (10/16) ja kehityskeskusteluissa (11/17). Johtavien lääkärien (10/17) vastausten pohjalta toimintakäytäntöjen muutosta arvioidaan tai mitataan vain vähän tai erittäin vähän (Kuvio 7).

Johtavien hoitajien ja johtavien lääkärien näkemykset erosivat vain yhden annetun vaihtoehdon kohdalla: toimintakäytäntöjen muutoksen arviointi tai mittaaminen. Johtavista hoitajista 11/15 ja johtavista lääkäreistä 7/17 oli sitä mieltä, että täydennyskoulutuksen tuloksia arvioidaan toimintakäytäntöjen muutosten pohjalta.

4.6 TERVEYSKESKUSTEN KÄYTÄNNÖT HENKILÖKUNNAN AMMATILLISEN KEHITTÄMISEN TUkena

Kyselyssä selvitettiin kyllä/ei –muodossa terveyskeskusten käytäntöjä tukea hoitajien ja lääkärien ammatillista kehittymistä (Kuviot 8 ja 9). Hoitajien ja lääkärien mahdollisuudet omaan ammatilliseen kehittämiseensä olivat suurin piirtein samanlaiset johtavien viranhaltijoiden arvioimana.

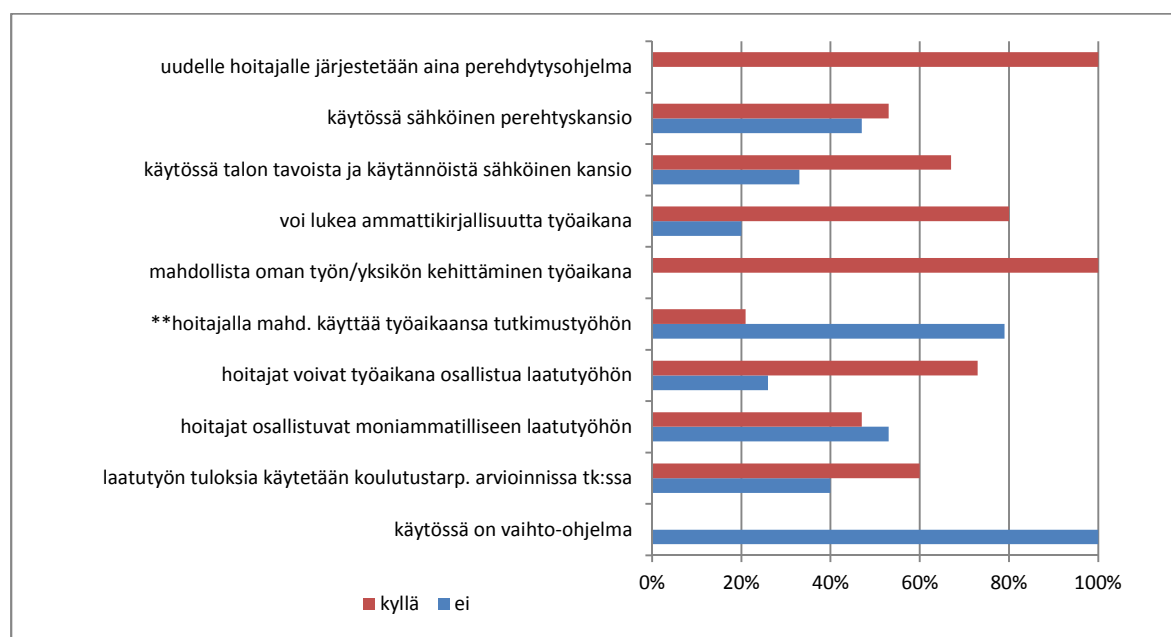
Molempien ammattiryhmien edustajat olivat yksimielisiä siitä, että uudelle työntekijälle järjestetään aina perehdytysohjelma. Vastaajia pyydettiin lisäksi kuvailemaan lyhyesti uuden työntekijän perehdytystä. Uuden hoitotyöntekijän ja lääkärin perehdytykseen sisältyi terveyskeskuksessa sekä koko organisaation yleisperehdytys että yksikön omiin toimintakäytäntöihin kohdistuva perehdytys. Perehdytyksestä vastasi usein nimetty perehdyttäjä tai asiat käsiteltiin lähiesimiehen kanssa. Perehdytyskansio oli joko sähköisenä tai paperisena. Hieman yli puolessa terveyskeskuksia se oli sähköisenä. Johtavista lääkäreistä neljäsosa (14/17) arvioi, että lääkäreillä oli käytössä talon tapoja ja käytäntöjä selvittävä sähköinen kansio. Vastaavasti johtavista hoitajista kymmenen (10/15) arvioi, että hoitajilla oli käytössä tällainen kansio. Lisäksi joissain paikoissa oli käytössä perehdytyskortti, jonka avulla seurataan perehdytyksen toteutumista. Yksi johtava hoitaja kommentoi lisäksi, että uusi työntekijä on myös itse vastuussa perehtymisestään ja asioiden selvittämisestä.

Vastanneiden johtavien hoitajien (15/15) mielestä hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus käyttää työaikaansa oman työnsä ja/tai yksikkönsä kehittämiseen. Johtavista lääkäreistä viisisitoista (15/16) oli lääkärien mahdollisuuksista samaa mieltä. Johtavista hoitajista kaksitoista (12/15) arvioi, että hoitajat voivat käyttää potilastyön ulkopuolella työaikaansa perehtyäkseen ammattikirjallisuuteen ja verkko-oppimisympäristöihin. Johtavista lääkäreistä tätä mieltä oli kaksitoista (12/17).

Kyselylomakkeessa kuvattiin laatutyötä esimerkeillä, kuten laatumittaukset, vertaisarviointi, laatupiiri ja oman väestön terveystietojen seuranta. Johtavien lääkärien (15/17) mukaan lääkärin ja johtavien hoitajien (11/15) mukaan hoitajat voivat osallistua laadun parantamiseen tähtäävään toimintaan työaikanaan. Vastaajia pyydettiin myös kuvailemaan laatutyötä, johon vastuualueella osallistutaan. Johtavien hoitajien mukaan joissakin terveyskeskuksissa oli käytössä laatujärjestelmä, joissakin sitä suunniteltiin. Yksittäinen vastaaja suhtautui hyvin kriittisesti laatujärjestelmään, koska järjestelmä ei puutu toiminnan sisältöön. Lisäksi yksittäisiä mainintoja oli HaiProsta, lääkehuollosta ja potilastyöväisyysselvityksistä. Lääkäreiden vastauksissa nousivat esiin laatujärjestelmät ja osallistuminen laatuverkostoihin.

Johtavista lääkäreistä kaksitoista (12/16) arvioi, että lääkärin osallistuivat moniammatilliseen laatutyöskentelyyn. Vastaavasti johtavista hoitajista noin puolet (7/15) arvioi hoitajien toimivan näin. Johtavilla hoitajilla (9/15) ja johtavilla lääkäreillä (9/16) oli samanlainen arvio siitä, että laatutyön tuloksia käytetään koulutustarpeiden arvioinnissa. Tätä mieltä oli yli puolet molempien ammattiryhmien vastaajista. Johtavista lääkäreistä seitsemän (7/16) arvioi, että lääkäreillä on mahdollisuus käyttää työaikaansa tutkimustyöhön tai sen alkuvaiheen selvitystyöhön. Johtavista hoitajista kolme (3/14) oli hoitajien osalta tätä mieltä.

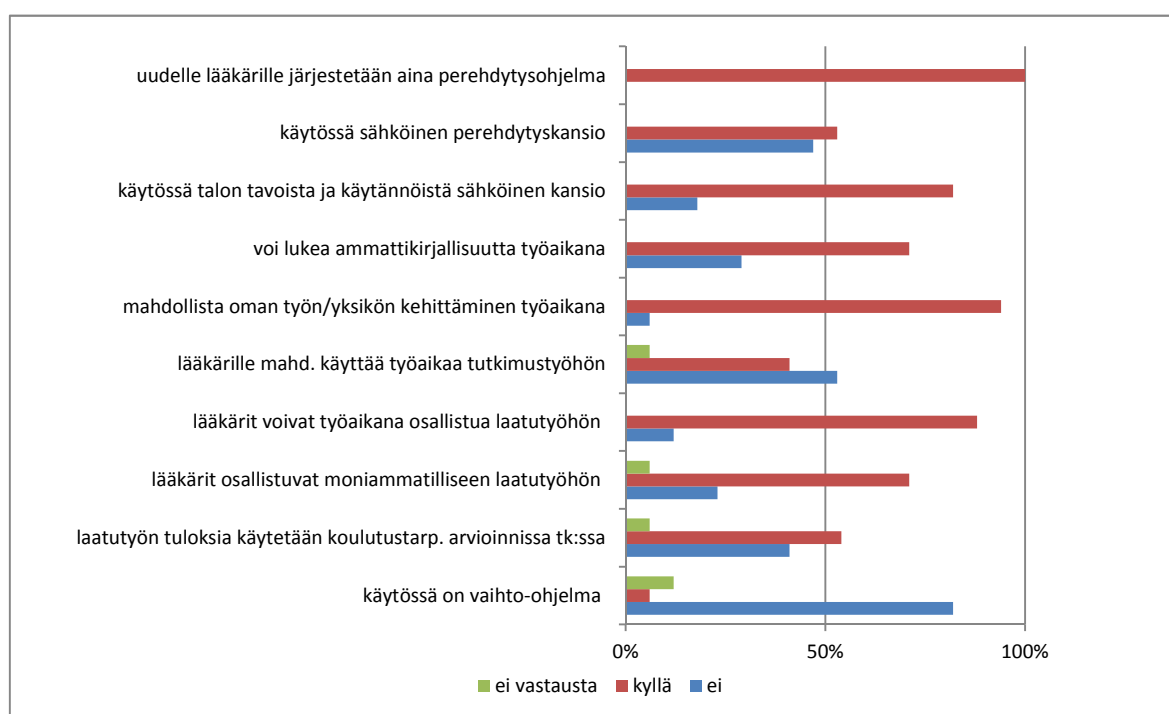
KUVIO 8. Terveyskeskuksen käytäntöjä hoitajien ammatillisessa kehittämisessä.



* Luvut on ilmaistu vertailun mahdollistamiseksi prosentteina, vaikka määrät ovat vähäisiä.

** n = 14, kaikissa muissa kohdissa n = 15

KUVIO 9. Terveyskeskusten käytäntöjä lääkäreiden ammatillisessa kehittämisessä (n = 17)



* Luvut on ilmaistu vertailun mahdollistamiseksi absoluuttisista luvuista prosentteina, vaikka määrät ovat vähäisiä.

Strukturoitu säännöllinen työn vaihto-ohjelma toisen terveyskeskuksen tai erikoissairaanhoidon kanssa näytti olevan Varsinais-Suomen ja Satakunnan alueen terveyskeskuksissa vieras käytäntö. Vaihto-ohjelma oli käytössä vain yhden terveyskeskuksen lääkäreillä. Muissa terveyskeskuksissa ei tällaista käytäntöä ollut.

4.7 LÄÄKÄREIDEN JATKOKOULUTUS

Johtavilta lääkäreiltä kysyttiin lomakkeen lopussa erikseen lääkäreiden jatkokoulutuksesta (kaikkien alojen 9 kk:n terveyskeskuspalvelu, YEK-vaihe ja yleislääketieteen erikoistuminen) sekä terveyskeskuksen käytännöistä sen suhteen. Kysymyksessä oli valmis lista ja vain kyllä/ei – vaihtoehdot (kuvio 10).

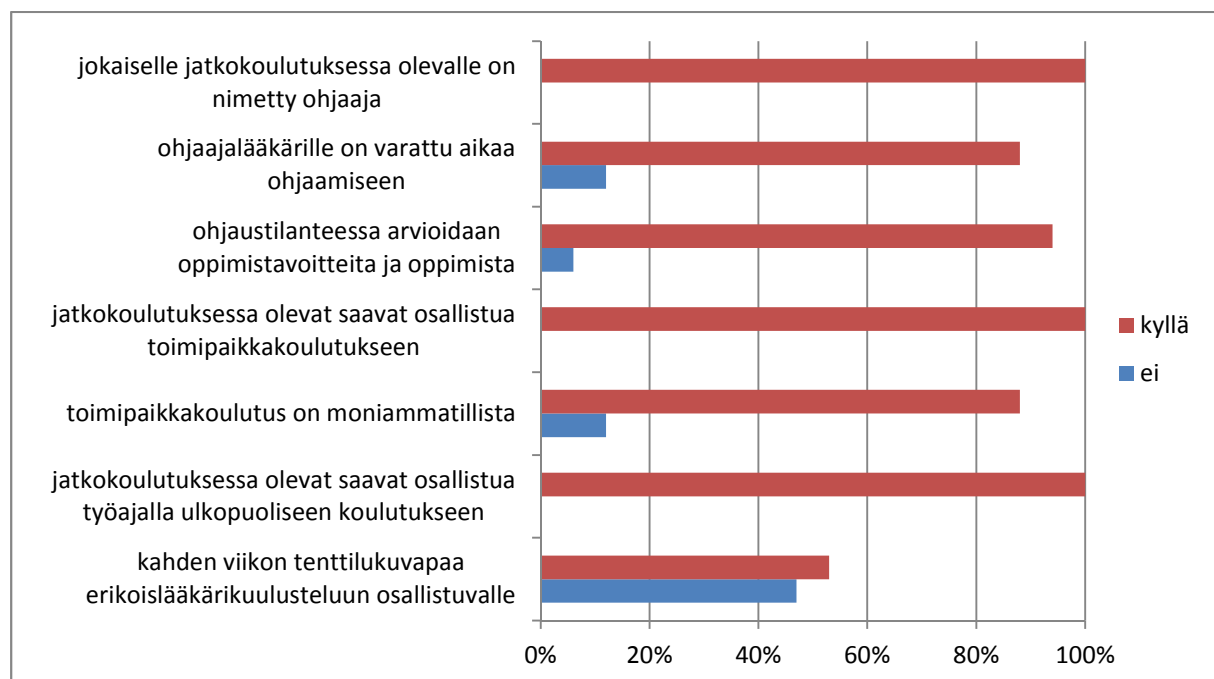
Jokaiselle jatkokoulutuksessa olevalle oli johtavien lääkärien mukaan nimettynä ohjaajalääkäri, jolle lähes jokaisessa terveyskeskuksessa oli myös varattuna aikaa ohjaamiseen. Ohjaustilanteissa arvioitiin jatkokoulutuksessa olevan oppimistavoitteita ja oppimista.

Jatkokoulutuksessa olevat saivat osallistua sekä toimipaikkakoulutukseen että työajallaan myös talon ulkopuoliseen koulutukseen. Toimipaikkakoulutus oli kahta terveyskeskusta lukuun ottamatta myös moniammatillista.

Hieman vajaassa puolessa terveyskeskuksia (8/17) johtavat lääkärit ilmaisivat lääkärin saavan erikoislääkäritentin lukemiseen kaksi viikkoa vapaata. Kysymyksessä ei selvitetty kahden viikon vapaan palkallisuutta. Johtavien lääkärien tapaamisessa kävi ilmi, että alueella on kuitenkin ainakin yksi terveyskeskus, jossa tämä on palkallista.

Lomakkeessa kysyttiin myös, onko aluehallintoviraston maksamalle jatkokoulutuksen erityisvaltionosuudelle oma tilinsä tai kustannuspaikkansa terveyskeskuksen budjetissa. 11 johtavaa lääkäriä (11/17) vastasi, että oma tili on, yksi (1/17) ei asiaa tiennyt ja viisi (5/17) vastasi, ettei omaa tiliä tai kustannuspaikkaa ole.

KUVIO 10. Johtavien lääkärien käsitys yleislääketieteen erikoistumisen käytännöistä terveyskeskuksissa (n = 17 jokaisessa kohdassa).



5 POHDINTA

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on eettinen ja lakisääteinen velvollisuus ylläpitää ja kehittää osaamistaan. Työnantajan on luotava puitteet työntekijän ammattitaidon kehittymiselle. Kaikki terveydenhuollossa toimivat tunnistavat, että eri tahot järjestävät runsaasti koulutustapahtumia ja valinta niiden kesken on vaikeaa.

Täydennyskoulutus, toimipaikkakoulutus ja jatkokutkintokoulutus tapahtuvat terveydenhuollossa rinnakkain ja toisiinsa limittyen. Sama koulutustapahtuma voi yhdelle olla täydennyskoulutusta, toiselle osa jatkokoulutusta ja kolmannelle ammattihenkilön perusopetusta tai muuta oppimiseen tähtäävää toimintaa. Jatkuva ammatillinen kehittyminen sisältää paljon muitakin asioita, esimerkiksi laatutyön, opiskelun lukemalla tai tutkimalla, perehdytyksen sekä päivittäisen toisen ammattihenkilön ohjaamisen tai neuvomisen pulmatilanteissa. Näitä toimintoja ei yleensä lasketa koulutukseksi. Tulevaisuudessa yhden toimijan kouluttaminen ja kehittyminen ei enää riitä, vaan tarvitaan koko tiimin yhteistä moniammatillista kehittymistä potilaan ja väestön hyvinvointia tukemaan. Terveydenhuollon tiimin koulutus ja kehittyminen laajennee tulevaisuudessa osittain muiden hallinnonalojen kanssa yhteiseksi toiminnaksi.

Koulutuksen kentällä on myös paljon ohjeita ja määräyksiä (STM), uusina muun muassa laki koulutuskulukorvauksista (63) ja taloudellisesti tuetusta ammatillisen osaamisen kehittämisestä (64). Uusien, ammattipätevyysien uudelleenarviointia koskevien EU-määräyksien myötä koulutuksen seurannasta on ilmoitusmenettelyineen tulossa entistä vaativampaa. Toimipaikka- ja täydennyskoulutus tapahtuu monimutkaisessa ”viidakossa”.

Tässä kuvailevassa, Varsinais-Suomen ja Satakunnan terveystieteiden koulutustoimintoja koskevassa tutkimuksessa kävi ilmi, että terveydenhuollon eri ammattiryhmille järjestettiin paljon erilaista koulutusta ja henkilökunta osallistui erilaisiin koulutustapahtumiin, tosin ilmoitettujen tietojen mukaan varsin vaihtelevasti. Johtavat viranhaltijat pitivät koulutuksen onnistumiseen vaikuttavana keskeisenä tekijänä motivoitunutta, kehittämistyöhön ja koulutukseen positiivisesti asennoituvaa henkilökuntaa. Moniammatillisuutta pidettiin hyvin tärkeänä, joskaan tämä ei kaikkien kohdalla näkynyt toimipaikkakoulutuksen käytännön toteutuksessa. Muun ammatillisen kehittymisen näkökulmasta nousivat esiin hyvät perehdytysohjelmat, laatutyöskentelyn yhteys koulutukseen ja myönteinen suhtautuminen oman työn kehittämiseen. Johtavien lääkärin mielestä lääkärin jatkokoulutus toteutui ohjeiden mukaisena. Osa terveystieteidenkeskuksista esitti jo alkukartoituksessa monipuolisen lääkäreiden toimipaikkakoulutusohjelman. Monien terveystieteidenkeskusten ohjelmissa ei moniammatillisuutta näkynyt ja joissakin ohjelmissa alan teollisuuden osuus kustannuksista oli merkittävä.

Johtavat viranhaltijat näkivät koulutuksen toteutumisessa paljon ongelmia. Oman terveystieteidenkeskuksen taloudellisten voimavarojen vähäisyyden koettiin haittaavan koulutusta. Koulutukseen lähtijöille ei aina voitu palkata sijaista eikä sellaista usein ollut edes käytettävissä. Kaikissa terveystieteidenkeskuksissa ei kerätty systemaattisesti tietoa koulutuksesta, joissakin taas kerättiin. Yleisvaikutelmaksi jäi se, että koulutus on hajanaisesti järjestettyä, jos verrataan esimerkiksi erikoissairaanhoidon tapaan järjestää oman alansa koulutusta. Koulutuksen jatkumo (koulutustarve, suunnittelu, toteutus, seuranta, toiminnan muutos, vaikuttavuus) oli usein hyvin puutteellinen.

Kokoamamme valtakunnalliset ohjeet ja määräykset eivät näyttäneet riittävästi panostavan koulutuksen kautta tapahtuvan toiminnan muuttumisen tai lopullisen vaikutuksen arviointiin, joten niidenkin uudelleenarviointi olisi paikallaan. Pelkkä suunnittelun ja koulutuspäivien seuranta ei takaa koulutuksen tuottavan toivottua vaikutusta. Aineiston keruun aikana syntyi jonkin verran keskustelua toimipaikka- ja täydennyskoulutuksesta ainakin johtavien lääkärin kokouksissa.

5.1 ONNISTUIKO TUTKIMUS LUOTETTAVASTI?

Kyselyn analysointivaiheessa jouduttiin useaan kertaan pohtimaan, vastasivatko tulokset koulutuksen todellista tilannetta ja pystyttiinkö käytetyllä kyselyllä ja muilla tiedonkeruumenetelmillä kokoamaan luotettava kuva terveyskeskusten järjestämästä tai sen maksamasta koulutuksesta ja ammatillisesta kehittämisestä.

Alkukartoituksen jälkeen laadittu kyselylomake pyrittiin pitämään mahdollisimman lyhyenä, jotta siihen olisi helppo vastata. Sopivaa, valmista lomakemallia ei löytynyt, joten itse työstetty lomake perustui kirjallisuuteen, alkukartoitukseen ja tutkijoiden kokemukseen. Huolimatta pyrkimyksestä sanamuotojen yksiselitteisyyteen muutama kysymys näytti antavan tilaa väärinymmärryksille. Tämä saattoi tuottaa muutaman ristiriitaisen vastauksen. Tällaiset kysymykset jätettiin lopulta pois tuloksista, koska niiden sisältämää tietoa ja sen oikeellisuutta ei voitu arvioida eikä näillä ollut vaikutusta lopputulokseen.

Pyydetyn tiedon kokoaminen oman terveyskeskuksen koulutusasioista tai edes arvion esittäminen näytti olevan osalle johtavista viranhaltijoista vaikeaa, sillä rekisterit olivat osin puutteellisia. Tietoa oli vaikea löytää ja toimittaa. Erilaisia pyyntöjä ja kyselyjä tulee terveyskeskuksiin liian usein. Myös oman sairaanhoitopiirimme toimesta oli samaan aikaan muitakin kyselyjä meneillään eikä informaatio ollut kulkenut eri toimijoiden välillä. Lopulta joitakin tietoja saatiin kuitenkin kaikista terveyskeskuksista. Tietoja antaneiden terveyskeskusten lista on liitteessä 4.

Vastaukset kerättiin vain johtavilta viranhaltijoilta ja heidän näkemyksensä voi poiketa merkittävästi esimerkiksi henkilökunnan näkemyksistä. Aineistoista voi tästä syystä syntyä koulutuksen kokonaisuuden kannalta jopa virheellisiä tulkintoja. Kaikki saamamme tieto ei ollut yksiselitteistä, vaan laajalla haarukoinnilla arvioitua. Esimerkiksi koulutukseen varattujen, kyselyssä ilmoitettujen resurssien vaihteluväli näytti vastauksissa jo yhdenkin vastaajan antamana suurelta eikä eri terveyskeskusten kesken voinut tehdä vertailuja. Kyselyssä pyrittiin tutkimaan vain vastaanottohenkilökunnan jatko- ja täydennyskoulutusta, mutta tämäkään ei toteutunut tarkasti erilaisten hallintomallien vuoksi. Samalla kyselyn ja syntyvän kuvauksen alun perin suunnitellusta laajuudesta jouduttiin tinkimään.

Toisessa johtavien lääkärien kokouksista tutkimustuloksia esiteltäessä syntyi kriittisyyttä kyselyä kohtaan. Tämä saattoi merkitä myös sitä, että kyselyn aihe, toimipaikka- ja täydennyskoulutus oli sekä tärkeä että samalla arka. Keskustelua saatiin syntymään. Kyselyn tekeminen näytti monin paikoin toimivan interventiona siihen, että nyt ainakin johtavat viranhaltijat keräsivät ja pohtivat koulutustietoja.

Avoimiin kysymyksiin esitetyt kommentit tulkittiin usean tutkijan (4) toimesta ja yksimielisyys oli hyvä. Avoimet vastaukset olivat lyhyitä. Yksimielisyysprosentteja ei laskettu, koska tulkintoja lyhyistä vastauksista oli helppo tehdä ja arvioida yhtäpitäviksi. Tutkimuksen tulos ei ole yleistettävissä perusterveydenhuollon toimintayksiköihin eikä koko maahan. Aiemmatkaan tätä asiaa koskevat tutkimukset ja selvitykset eivät ole onnistuneet luomaan kattavaa kuvaa (42, 43) Kyselyn lopputulos näytti vastaavan aiheesta aiemmin julkaistuja ja käytettävissä olevia tietoja.

5.2 MONIAMMATILLISUUS TERVEYSKESKUSTEN KOULUTUSOHJELMISSA

Terveyskeskusten toimintaa sekä täydennys- ja toimipaikkakoulutusta koskevissa suosituksissa ja virallisissa määräyksissä korostetaan moniammatillisuutta. Työ mielletään pari- ja

tiimityöskentelyksi, jatkossa jopa ryhmävastaanottomuotoiseksi enemmän kuin pelkästään yksittäisen toimijan työksi. Tästä syystä halutaan entistä enemmän kouluttaa koko henkilökuntaa ja eri hallinonaloja yhteisesti, jotta asioihin saadaan samansuuntaisia näkemyksiä ja opitaan arvostamaan toinen toisensa osaamista.

Tämän tutkimuksen ensimmäisen aineistonkeruun yhteydessä tutkijoille syntyi näkemys, jonka mukaan suun terveydenhuollon henkilökunnalla oli enemmän moniammatillista toimipaikka- ja täydennyskoulutusta kuin terveyskeskusten vastaanottojen lääkäreillä ja hoitohenkilökunnalla. Tämä todennäköisesti johtui osaltaan siitä, että tiivis, päivittäinen yhteistyö hammashuollossa edellyttää moniammatillista koulutusta. Tutkijoiden näkemys kävi yksiin asiantuntijoiden kanssa käydyn keskustelun kanssa.

Kun johtavat viranhaltijat arvioivat terveyskeskusten vastaanottohenkilökunnan moniammatillisen toimipaikka- ja täydennyskoulutuksen merkitystä ja määrää terveyskeskuksissa, sitä pidettiin hyvin tärkeänä. Käytännössä tämä ei silti aina toteutunut. Vaikka moniammatillisuus kulki kyselyssä yhtenä punaisena lankana, ei tutkijaryhmäkään osannut pyytää viranhaltijoiden yhteistä moniammatillista vastausta kysymyksiinsä. Nämä havainnot ilmentänevät sitä, ettei käsitys moniammatillisuudesta ole riittävästi läpäissyt koulutuskenttää. Ohjeet ja määräykset eivät anna riittävästi näkökulmia tai ohjeita siihen, miten moniammatillisuuden tulisi toteutua koulutuksessa. Selkeitä toimintatapoja tai malleja tähän toimintaan ei ole vielä löydetty. Lääketieteellisissä tiedekunnissamme ja hoitoalan koulutusohjelmissa on jo nyt monia moniammatillisia koulutusvaiheita, myös perusterveydenhuollossa. Yhteistyötä ja samalla yhteistä koulutusta tullaan tarvitsemaan esimerkiksi sosiaalihuollon toimijoiden kanssa. Terveystenhuoltohenkilökunnan peruskoulutusohjelmissa tulee luoda moniammatillisuuteen sopivat asenteet ja taidot, joiden vaikutus tulee näkyviin vasta myöhempinä vuosina.

5.3 KOULUTUSTARPEIDEN ARVIOINTI, KOULUTUKSEN SUUNNITTELU JA JÄRJESTÄMINEN

Koulutustarpeiden arvioinnista kysyttiin kahdella eri kysymyksellä. Valmiiden, annettujen vaihtoehtojen pohjalta johtavat viranhaltijat pitivät kehityskeskusteluja tärkeimpänä keinona arvioida työntekijän koulutustarvetta. Myös työntekijän itsensä tekemää arviota pidettiin melko tärkeänä. Ammatillisen kehittymisen käytäntöjä pohtivissa vastauksissa nousi esiin se, että laatutyön tuloksia käytettiin koulutustarpeiden arvioinnissa, joskaan tätä asiaa ei spontaanisti esitetty koulutustarpeen arviointia koskevassa avoimessa kysymysoasassa. Avoimeen osaan sai kirjata käyttämiään arviointimetodeja. Havainto laatutyön ja koulutuksen liittymisestä toisiinsa on samansuuntainen asiaa koskevan kirjallisuuden kanssa (65). Terveystenhuollon laatu ja sen arviointi nousevat todennäköisesti entistä enemmän julkiseen keskusteluun nykyisissä muutospaineissa.

Jos koulutustarpeita arvioitaessa asetetaan yksittäisen ammattihenkilön tarve, toive tai halu tärkeimmäksi, seurauksena on usein se, ettei ammattihenkilö halua asettua mukavuusalueensa ulkopuolelle. On helpompi osallistua oman vahvan osaamisalueensa koulutukseen kuin itselle vieraaseen osaamisalueeseen. Usein koulutustarpeita kerätään työntekijöiden omista ehdotuksista, mutta tämä tapa jättää aina avoimeksi kysymyksen, onko kysymyksessä todellinen tarve vai pelkästään työntekijän tai työntekijäryhmän kiinnostus tai toive. Perusterveydenhuollon työ vaatii laaja-alaista osaamista, oman mukavuusalueen ulkopuolelle on uskallettava mennä. Johtavien viranhaltijoiden vastausten perusteella osaamiskartoitusta käytettiin hyvin vähän koulutustarpeiden arvioinnissa. Kehityskeskusteluissa todennäköisesti käytetään jonkinlaista osaamiskartoitusta keskustelun pohjana ja ehkä annettu käsite oli vieras.

Tämä tutkimus ei tuonut esiin sitä, miten yksittäisen henkilön koulutustarpeet sovitettiin toimipisteen henkilöstön tarpeisiin, työnantajan tai potilaiden tarpeisiin, joskin yhteinen koulutussuunnitelma laadittiin monessa terveyskeskuksessa. Suurimmassa osassa terveyskeskuksia johtavat hoitajat vastasivat tasapuolisesti hoitohenkilökunnan kanssa täydennyskoulutuksen suunnittelusta, sama koski useimpia vastanneita johtavia lääkäreitä. Verrattaessa Harjun ja Risikon tutkimukseen (28) näyttäisi siltä, että yhteinen, koko talon toimintatapoihin vaikuttava koulutussuunnittelu olisi terveyskeskuksissa lisääntynyt. Tässä kyselyssä ei kysytty, miten yhteinen suunnittelu tapahtuu.

Koulutusvastaava oli nimetty useimmissa vastanneissa terveyskeskuksissa. Tässä tutkimuksessa selvitimme koulutusvastaavan toimenkuvaa ainoastaan suunnitteluvastuun ja ajankäytön osalta. Kyselyn avulla saatiin lähes kattava ja käyttökelpoinen nimi- ja sähköpostilista koulutusvastaavista sekä hoitajien että lääkärien osalta.

Virheistä oppiminen ja HaiPro-ilmoitusten käsitteleminen nousi muutamassa vastauksessa esiin ammatillista kehittymistä koskeissa vastauksissa. Tällaisten *läheltä piti*- ja virhetilanteiden syyllistämätön käsittely vaatii kirjallisuuden mukaan sellaista osaamista, mitä varten myös kouluttajat ja tilaisuuksien vetäjät tarvitsevat koulutusta. Kun potilasturvallisuus on nostettu aiempaa selkeämmin esiin terveydenhuollon toiminnoissa, potilasturvallisuuskoulutusta sekä kouluttajia ja muita toimijoita on saatu lisää (66).

Tärkeimpinä koulutuksen järjestäjinä pidettiin julkisia järjestäjiä, kuten esimerkiksi sairaanhoitopiiriä. Terveyskeskusten ulkopuolisten toimijoiden, mm. lääketeollisuuden, osuus koulutuksen resursoinnissa vaikutti silti ainakin lääkärien osalta olevan merkittävä. Tätä asiaa tutkijaryhmä pohdiskeli useampaankin otteeseen, sillä lääkärivastaajien arvioimissa kustannusosuuksissa oli runsas hajonta ja laajat vaihteluvälit. Luennoitsijoiden palkkiot, tilavuokrat ja ruokailukustannukset voivat muodostaa ison osan kokonaiskustannuksista. Jos osallistujien palkkauskustannukset olisi totuttu laskemaan mukaan koulutustilaisuuksien kokonaiskustannuksiin, voisi arviointi paremmin vastata todellisia kustannuksia. Hoitajien osalta ulkopuolisten toimijoiden mukanaolo näytti vähäisemmältä. Terveysterveystoiminnan teollisuuden edustajien tehtävä on myynnin edistäminen, joskin paljon vielä ajatellaan, etteivät teollisuuden esittelyt vaikuta toimintakäytäntöihin. Tätä tulkintaa voi pitää virheellisenä, sillä esimerkiksi lääke-esittelyt vaikuttavat lääkkeenmääräyskäytäntöihin jo perusopintojen vaiheessa ja niihin voidaan lainsäädännönkin kautta vaikuttaa esimerkiksi rajoittamalla nuorimpien opiskelijoiden lääke-esittelyjä (67). Tähän kustannuskysymykseen kiinnitetään jo nyt ja entistä enemmän tulevaisuudessa huomiota, koska sekä lääkärijärjestöt että EU ovat puuttuneet tältä osin terveydenhuollon toimintaan vaatimalla lisää julkisuutta koulutuksen kustannuskysymyksiin (35).

Jos lääketeollisuuden ja muiden kaupallisten toimijoiden tuki jää pois, on tärkeää löytää vastaava resursointi työnantajapuolelta, jonka vastuulla on tehdä mahdolliseksi toimipaikka- ja täydennyskoulutus. Työnantajan rahoitus voisi turvata myös neutraalimman koulutuksen. Työnantaja voi myös monella muulla tavalla tukea koulutuksen toteutumista, esimerkiksi sallimalla ammattikirjallisuuden lukemisen työaikana tai mahdollisuuksien mukaan helpottamalla sijaisten palkkaamista, jos sijaisia tulevaisuudessa on nykyistä paremmin saatavissa.

Tärkeänä koulutuksen toteutumista helpottavana tekijänä johtavat viranhaltijat kokivat koulutukseen myönteisesti suhtautuvat, motivoituneet työntekijät. Käytännön seikat, kuten tilaisuuksista ajoissa ilmoittaminen ja helppo osallistumismahdollisuus koettiin tärkeänä. Tulevaisuudessa myös terveyskeskuksissa koulutusta helpottanevat kasvavat mahdollisuudet opiskella verkon kautta tai osallistua videopohjaisiin koulutustilaisuuksiin, jolloin kustannukset

laskevat. Tämän mahdollisuuden tulee kuitenkin toteutua työaikana. Oppimisen kannalta myös sosiaalinen vuorovaikutus koulutustilaisuuden yhteydessä on hyödyllistä.

Tutkimuksessamme ei kysytty terveyskeskusten yhteisistä koulutustilaisuuksista, eivätkä vastaajat niitä myöskään avoimissa vastauksissa tuoneet esille. Tällainen toiminta antaisi hyvän mahdollisuuden vertaisarviointiin eri terveyskeskusten välisistä toiminnoista ja tarjoaisi mahdollisuuden oppia yhdessä. Aikanaan toimineen Rohdon ja nykyisin valtakunnallisesti toimivan terveyskeskusten kehittäjäverkoston (68) yksi keskeisistä toimintamalleista on vuorovaikutteinen, yhdessä oppimiseen perustuva työpaja. Pajassa voidaan käyttää vertaisarviointiin pohjautuvaa eri terveyskeskusten yhteistä koulutusta, joka perustuu laatutyön menetelmiin. Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa tällainen toiminta on tiettävästi vähäistä. Varsinais-Suomessa oli aktiivinen ROHTO-toiminta, joka kuitenkin päättyi vuoden 2006 lopussa.

5.4 SEURANTA, TULOSTEN ARVIOINTI JA VAIKUTTAVUUS

Koulutuksen seuranta näytti tulosten pohjalta vaihtelevan paljon. Ilmeisesti osassa terveyskeskuksia hankittiin seurantatietoja alkukartoitusaineistoa pyydettäessä tai lomakekyselyn tultua, joissakin tiedot olivat valmiina lähetettäväksi. Viranomaisohjeissa, eri järjestöjen suosituksissa ja lääkärin jatkokoulutuksen osalta yliopistojen ohjeissa on ilmaistu selviä päivä- ja tuntimääriä koulutuksen suhteen. Vastausten perusteella näytti siltä, että ohjeluku minimissään kolmen päivän koulutuksesta ei toteudu ainakaan joka paikassa eikä kaikkien ammattiryhmien kohdalla. Toisaalta kyselyssä käytetty yhden vuoden aikajänne ei kerro koko totuutta siitä, onko vähimmäismäärän sääntöjä pidemmällä aikajänteellä arvioiden noudatettu vai ei.

Vaikka koulutuspäivinä mitaten kriteerit jopa täyttyisivät, voi silti jäädä pohtimaan, opiskellaanko tilaisuuksissa juuri niitä asioita, joita perusterveydenhuollossa tarvitaan. Litmasen ym. (50) tutkimuksen mukaan lääkäreillä suurin osaamisvajae on muissa taidoissa kuin lääketieteellisessä osaamisessa. Lääketieteellinen tieto on nykyisin hyvin seulottuna saatavissa jokaiselle näyttöpäätteelle, sen sijaan yhteistyötaidoissa, vuorovaikutuksessa ja johtamisessa koetaan puutteita. Monet koulutustilaisuudet myös rakentuvat erikoisala- ja tautikohtaisina, mikä ei useinkaan vastaa terveyskeskusten ongelmakirjoa.

On myös huomattava, että tarkat päiväkohtaiset määräykset saattavat ohjata käsitykseen, että talon ulkopuoliset koulutukset jollakin lailla olisivat erityisen merkittäviä oppimisen ja toiminnan muutoksen kannalta. Suuri osa oppimisesta tapahtuu kuitenkin omalla työpaikalla tai lukemalla kirjallisuutta, osallistumalla laatutyöhön, tutkimalla omaa työtään, keskustelemalla kollegoiden ja potilaiden kanssa. Työssä oppiminen on yhtä arvokasta kuin ulkopuolisessa koulutustilaisuudessa oppiminen, tähänkin kannattaisi kannustaa tarkkojen päivämäärien asemesta. Terveyskeskuksen omat sisäiset meetingit voisivat parantaa terveydenhuollon laatua. Määrällinen vaatimus koulutuksesta ei takaa koulutuksen laatua.

Tämän tutkimuksen mukaan lääkärin jatkokoulutus näyttäisi toteutuvan erinomaisesti lähes kaikissa terveyskeskuksissa. Toimipaikkakoulutusta koskeva ainoa määrällinen ohje löytyy yliopiston jatkokoulutusohjeista, viranomaisohjeet sisältävät vain sen, että toimipaikkakoulutusta on järjestettävä. Tässä aineistossa ilmoitettu toimipaikkakoulutuksen keskimääräinen toteutuminen ei vastaa yliopiston vaatimusta. Erikoistujien mielestä jatkokoulutus ei yleensä toteudu niin hyvin, kuin johtavat viranhaltijat sen arvioivat sujuvan. Valtakunnallinen arviointi erikoislääkärikoulutuksesta vahvisti, että ohjattavat kuvaavat koulutustilanteen kaikilta osiltaan heikommaksi kuin kouluttajat ja johtavat lääkärit (69). Erikoissairaanhoidossa on käytössä kahden viikon palkallinen lukuvapaa erikoislääkäritenttiin menijöille, mikä tällä hetkellä tuntuu terveyskeskuksissa olevan harvinaista.

Kuntaliiton tekemässä koulutustutkimuksessa näyttää korostuvan määrällisen seuraamisen merkitys. Viranomaismääräyksissä ei nosteta esiin riittävästi mahdollisuutta pohtia tai mitata toiminnan toivottua muutosta ja koulutuksen vaikuttavuutta. Erityisen tärkeää olikin, että vastauksissa mainittiin laatutyön käyttäminen koulutustarpeiden arvioinnissa. Jos laatutyössä löytyy työn ongelmakohtia, niitä tulee korjata koulutuksen avulla, jos mahdollista. Koulutuksessa on tärkeää sen laatu: mitä opitaan, mikä muuttuu käytännöksi ja mikä lopulta on vaikuttavaa. Monet eurooppalaiset lääkärijärjestöt (70) hyväksyvät koulutuksia niiden etukäteisohjelmien perusteella, tulokset ja vaikuttavuus tuntuvat tälläkin tasolla unohtuneen. Onko niin, että tyydytään helppoon tekniseen, määrälliseen seurantaan sen sijaan, että edes yritettäisiin löytää keinoja mitata muutosta ja vaikuttavuutta?

Ammattioikeuksien uudelleenarviointi on varmuudella tulossa. Jo nyt on käytössä joitakin siihen viittaavia määräyksiä, kuten esimerkiksi se, että työnantajan tulee varmistaa henkilöstönsä lääkehoito-osaaminen (71). Hoitajilla on määräajoin esimerkiksi lääkehoidon osaamisen varmistamiseen liittyviä tenttejä (LOVe eli lääkehoidon osaamisen varmistaminen verkossa). Rokotusosaamista vaativissa toimipisteissä tulee hoitajien määräajoin osoittaa rokotusosaamisensa, jotta rokotuslupa/rokottamisoikeus säilyy. Lääkäreillä vastaavia pakollisia uudelleenarviointeja on toistaiseksi vähän, esimerkkinä vaikkapa säteilysuojaustentti, jonka vaatimus on 0,2 opintopistettä viidessä vuodessa. Erikoislääkärikoulutukseen suunnitellaan valintamenettelyä, jonka muotoa ei kuitenkaan vielä tunneta (48).

Kolmannes johtavista lääkäreistä oletti, että vain kolmannes lääkäreistä seuraa jollakin menetelmällä itse koulutustaan, johtavista hoitajista yli puolet oletti vastaavasti näin tapahtuvan. Koska ammattioikeuksien uudelleenarvioinnin vaatimus on jo voimassa, on tätäkin toimintaa syytä tehostaa sekä työnantajien että lääkäreiden omana toimintana. Jokaisen ammattihenkilön velvollisuus on tulevaisuudessa osata todistaa oma osaamisensa määrävälein. Ammattijärjestöt ovat kehittäneet tähän sopivia välineitä (taitoni.fi) (40).

5.5 YHTEENVETO

Tutkimuksemme vahvistaa aikaisempien tutkimusten käsitystä siitä, miten täydennys- ja toimipaikkakoulutus toteutuu perustasolla. Koulutus on hajanaisesti järjestettyä, moniammatillista koulutusta on vähän, koulutusta ei riittävästi seurata, toiminnan muutosten seurannasta tai vaikuttavuudesta puhumattakaan. Koulutusasioille ei ole aikaa eikä resursseja arkisen työn viedessä kaiken huomion ja voimavarat.

Moniammatillisen koulutuksen osuutta eri koulutusohjelmissä tulee lisätä. Myös koulutuksen kustannuskysymykset tulee ottaa avoimeen pohdintaan, erityisesti terveydenhuoltoalan kaupallisten toimijoiden suhteen. Terveyskeskuksen toiminnassa koulutuskysymykset eivät ole vielä nousseet riittävän tärkeään rooliin. Terveyskeskuksiin tulee rakentaa sellainen koulutustoiminta, joka aidosti perustuu terveyskeskuksen toimintaympäristöön eikä muodostu pelkästään erikoisala- ja tautikohtaisista kysymyksistä.

Hyvin koulutettu henkilökunta on terveyskeskuksen tärkein voimavara. Koulutus ja ammatillinen kehittyminen eivät ole kulu, vaan investointi. Myös terveyskeskuksia ylläpitävien kuntien ja kuntayhtymien sekä valtiovallan edustajien tulisi ottaa tämä huomioon terveydenhuolto uudistettaessa.

6 LÄHTEET

1. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559.
www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559
2. Woodruff, G., McGonigel, M.J. Early Intervention Team Approaches: The Transdisciplinary Model. Council for Exceptional Children, Reston, VA.; ERIC Clearinghouse on Handicapped and Gifted Children, Reston, VA. ERIC (The Education Resources Information Center) Publications. ERIC Number: ED302971. 1988. (Siteerattu 17.2.2014) <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED302971.pdf>
3. Kontio, M. Jaetun ymmärryksen rakentuminen moniammatillisten oppilashuoltoryhmien kokouksissa. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Oulun yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta. ACTA Universitatis Ouluensis E138. 2013; 17.
4. Isoherranen K. Moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY 2005; 14-17.
5. Kontio, M. Moniammatillinen yhteistyö. TUKEVA-hanke. Lapsiperheiden hyvinvointihanke. Oulu. Mainostoimisto SIBERIA 2010; 8-9.
6. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326
7. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yläkulma: Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on historiallinen 24.03.2014. <http://www.stm.fi/ylakulma/artikkeli/-/view/1878483>
8. WHO 1988. World Health Organization. Learning together to work together for health. Report of a WHO study group on multi-professional education for health personnel: A team approach. World Health Organization Technical Report Series 769. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_769.pdf
9. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 3/2004, 3-40.
10. Suomen Lääkäriliitto. Suomen Lääkäriliiton suositus 2014a: Lääkärien ammatillisen kehittymisen ja täydennyskoulutuksen suuntaviivat. Hyväksytty Lääkäriliiton hallituksessa 10.2.2014. www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/suositukses/taydennyskoulutus/
11. Holmberg-Marttila D, Vilppula O, Savolainen A. , Mattila K. Toimipaikkakoulutus terveyskeskuksissa. Suomen Lääkärilehti 2008; 63: 3023-27.
12. Savolainen A., Holmberg-Marttila D., Mattila K. Toimipaikkakoulutus Sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveyskeskuksissa. Yleislääkäri 6/2006; 21: 36-9.
13. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Erikoislääkärikoulutuksen opinto-opas 2013-2015. www.utu.fi/fi/yksikot/med/opiskelu/opinto-opaat/Documents/opinto_opas_EL_2013_2015.pdf
14. Wentz, D.K ., Paulos, G. Is now time for continuing medical education to become continuing physician professional development? The Journal of Continuing Education in the Health Professions 2000; 20: 181-7.
15. Peck C, McCall M, McLaren B ym. Continuing medical and continuing professional development: international comparisons. BMJ 2000; 320: 432-5.

16. Jaatinen PT, Saxén U, Aho P. Täydennyskoulutuksen toteuttaminen – ei ihan yksinkertainen asia. Suomen Lääkärilehti 2007; 62: 4133-5.
17. Patja K, Litmanen T, Helin-Salmivaara A ym. Lääkärin ammatillisen osaamisen laajentaminen. Duodecim 2009; 125: 2365-72.
18. Wensing M, Bosch M, Grol R. Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. Canadian Medical Association or its licensors 2010; 182 (2): E85-8.
19. Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383
20. Sosiaali- ja terveysministeriö. Asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 15.12.2003/1194. www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20031194
21. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 8.4.2011/312. [www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110312?search\[type\]=pika&search\[pika\]=312%2F2011](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110312?search[type]=pika&search[pika]=312%2F2011)
22. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen muuttamisesta 28.4.2011/377. [www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110377?search\[type\]=pika&search\[pika\]=377%2F2011](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110377?search[type]=pika&search[pika]=377%2F2011)
23. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 6/2002, 5.
24. Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus ry, 2008a. Terveystieteen ammatillisen osaamisen tunnistaminen. (siteerattu 7.3.2014) www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/liitteet/TH_am_os_tunnistami_6_10.pdf
25. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. Sairaanhoidajan täydennyskoulutus. (Siteerattu 14.2.2014) www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyop/opiskelu_sairaanhoidajaksi/hakeudu_a_lalle/ sekä <https://sairaanhoidajat.fi/koosteet/sairaanhoidajan-taydennyskoulutus/>
26. Suomen Lähi- ja Perushoidajaliitto. (Siteerattu 17.2.2014) www.superliitto.fi/tyoelamassa/taydennyskoulutus/
27. Promedico. Arviointineuvosto. Suositus täydennyskoulutuksesta. Lääkärien ammatillisen kehittämisen arviointineuvosto 11.4.2007. (siteerattu 5.2.2014) www.promedico.fi/storage/julkaisut/suositus_taydennyskoulutuksesta.pdf
28. Harju A, Risikko P. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen nykytila ja parhaat käytännöt. Loppuraportti 14.1.2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 23/2002; 44.
29. Mustajoki M. Terveystieteenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutus Suomessa ja eräissä muissa maissa. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Terveystieteenhuollon täydennyskoulutus –osahanke. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 11/2003; 11-37.
30. ProMedico. (siteerattu 1.10.2014) <http://koulutuskalenteri.promedico.fi/>
31. Suomen Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidajaliiton koulutus- ja kustannusyhtiö Fioca Oy. (Siteerattu 1.10.2014). <https://sairaanhoidajat.fi/fioca-oy/koulutus/>

32. Promedico. Opas täydennyskoulutuksen järjestäjille 2014. (siteerattu 19.9.2014)
www.promedico.fi/storage/Taydennyskoulutusopas_2014.pdf
33. Lo B, Field MJ toim. Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. Institute of Medicine (US) Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. Washington (DC): National Academics Press (US) 2009; 45-8.
34. Leinonen J, Järvinen T. 2013. Päivänvaloa taloudellisten sidonnaisuuksien ilmoittamiseen Suomessakin. Suomen Lääkärilehti 2013; 68: 2116-7.
35. Soininen, M. Lääkeyhtiöt alkavat kerätä suostumuksia sidonnaisuuksien julkistamiseen. Suomen Lääkärilehti 2014; 69: 1121.
36. ProMedico. ProMedicon suositus: Eturistiriitojen tunnistaminen ja ratkaiseminen lääkärien täydennyskoulutuksessa. (siteerattu 5.2.2014)
www.promedico.fi/storage/julkaisut/eturistiriitojen_tunnistaminen_ja_ratkaiseminen_laakarien_taydennyskoulutuksessa.pdf
37. Suomen Lääkäriliitto. Lääkärit ja kaupalliset yritykset. Suomen Lääkäriliiton ohje. Hyväksytty Lääkäriliiton hallituksessa 8.5.2014b. (Siteerattu 15.5.2014) www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/liiton-ohjeet/kaupalliset/
38. Patja K, Pasternack A. Lääkärien eturistiriitojen tunnistaminen ja ratkaiseminen täydennyskoulutuksessa. Lääkärin sosiaalinen vastuu ry. (siteerattu 29.9.2014) www.lsv.fi/wp/wp-content/uploads/2013/03/Eturistiriitojen_tunnistaminen_Patja_Pasternack.pdf
39. Helin-Salmivaara A, Kaila M, Klaukka T 2007a. Markkinointia vai tiedonvälitystä. Mainonta on markkinointia, mutta voiko koulutuskin olla sitä? Sairaanhoitaja-lehti 2007; 80: 43-5.
40. Promedico. (siteerattu 1.10.2014). www.promedico.fi/taitoni.fi/
41. Aarnio A. Täydennyskoulutus terveydenhuollossa. Tehy ry. Tehyn julkaisusarja B: Selvityksiä 1/2005; 3-53.
42. Kunnallinen työmarkkinalaitos. Terveydenhuollon täydennyskoulutus, muistio 1.6.2005. (siteerattu 3.4.2014) www.kuntatyonantajat.fi/fi/ajankohtaista/tilastot/tiedustelut-ja-selvitykset/taydennyskoulutus/terveydenhuollon-t%C3%A4ydennyskoulutus-2004/Documents/04_Terveysdenhuollon_t%C3%A4ydennyskoulutus.pdf
43. Kunnallinen työmarkkinalaitos. Terveydenhuollon täydennyskoulutus, muistio 10.6.2014. (siteerattu 1.8.2014) www.kuntatyonantajat.fi/fi/ajankohtaista/tilastot/tiedustelut-ja-selvitykset/taydennyskoulutus/sosaali-ja-terveydenhuollon-taydennyskoulutus-2013/Documents/Sosaali-%20ja%20terveydenhuollon%20t%C3%A4ydennyskoulutus%202013.pdf
44. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. Implementation Science 2012; 7: 50. (Siteerattu 1.10.2014)
www.implementationscience.com/content/7/1/50

45. Promedico. Lääkäreiden täydennyskoulutus: AMEE:n koulutusopas No. 35. Alkuperäisestä tekstistä kääntänyt Litmanen, T. Suomen Lääkärilehti 1-2/2011, verkkoliite. (siteerattu 25.2.2014). www.promedico.fi/storage/julkaisut/Laakareiden_taydennyskoulutus-AMEEn_koulutusopas.pdf
46. Arviointineuvosto. Lääkäreiden ammatillisen kehittämisen arviointineuvosto. Opas täydennyskoulutuksen järjestäjälle 2007. Toinen uudistettu painos. Porvoo: Oy Scandinavia Offset Oy; 10-16.
47. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry 2003. Sairaanhoidajan kliininen urakehitys –projekti 2.10.2003: Täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset. (siteerattu 14.2.2014) <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2014/08/t%C3%A4ydennyskoulutuksen-laatuvaatimukset.pdf>
48. Sosiaali- ja terveysministeriö. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjauksen siirto opetus- ja kulttuuriministeriöstä sosiaali- ja terveysministeriöön. Työryhmän esitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 46/2013.
49. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. The Canmeds Framework. www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework
50. Litmanen T, Ruskoaho J, Vänskä J ym. Osaamistarpeet ja täydennyskoulutus lääkärin työssä. Suomen Lääkärilehti 2011; 66: 2855-60.
51. Ruskoaho J, Tolvanen J-P, Parmanne P. Uusinta tietoa työpaikoista ja täydennyskoulutuksesta. Suomen Lääkärilehti 26/2013; 68: 2227-9.
52. Helin-Salmivaara A, Kajantie M, Vänskä J ym. 2007b. Lääkärikysely 2006: Erikoisalakohittaiset erot täydennyskoulutukseen osallistumisessa. Suomen Lääkärilehti 32/2007; 62: 2779-83.
53. Saxén U, Jaatinen, P.T, Kivelä S-L. Terveyskeskusten henkilökunta on kiinnostunut laajentamaan tehtävänsä lääkäriarvosta riippumatta. Suomen Lääkärilehti 5/2008; 63: 411-4.
54. WONCA Europe. The European Definition of GP / FM. (Siteerattu 1.10.2014) www.woncaeurope.org/gp-definitions
55. Vainiomäki P, Helina-Salmivaara A, Holmerg-Marttila D ym. Ohjauksessa. Osaamista, oivallusta ja onnistumisen iloa. Opas yleislääketieteen erikoitumiseen. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013. Forssaprint; 15.
56. Meretoja R. Nurse Competence Scale. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisuja D 578, väitöskirja. 2003; 5, 44-5.
57. Opetusministeriö. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusministeriön työryhmän muistioita ja selvityksiä 24/2006; 63-70, 85-90.
58. Suomen Terveystieteiden liitto ry, 2008b. Terveystieteiden täydennyskoulutus. (siteerattu 14.2.2014) www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/liitteet/thaydennyskoulutus.pdf
59. Hakala R, Tahvanainen S, Virtanen K. Sosiaali-, terveys-, sekä kuntoutus- ja liikunta-alan osaamistarpeiden ennakointi. Synteesi 2006 – 2012 tehdyistä ennakkoselvityksistä. Oulun seudun

ammattiopisto, Kontinkankaan yksikkö, Tampereen ammattiopisto. Opetushallituksen rahoittama hanke. 2012: 14-15.

60. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU. 20.11.2013.

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:FI:PDF>

61. Promedico. Lääkäriin oikeudet ja EU. (siteerattu 18.2.2014) www.promedico.fi/laakaran-oikeudet-ja-eu/

62. Rimmer, A. Most doctors do not think revalidation will identify doctors who aren't fit to practice. BMJ 2014; 348: 178.

63. Laki koulutuksen korvaamisesta. 20.12.2013/1140. www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20131140

64. Laki taloudellisesti tuetusta ammatillisen osaamisen kehittämisestä. 20.12.2013/1136. www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20131136

65. EQuIP ja EURACT. Continuing Professional Development in Primary Health Care. Quality Development Integrated with Continuing Medical Education. www.equip.ch

66. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Laatu ja potilasturvallisuus. (päivitetty 23.11.2014a) www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus

67. Vuorenkoski, L., Valta, M., Helve, O. Effect of legislative changes in drug on medical students: questionnaire survey. Medical Education 2008; 42: 1172-7.

68. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Perusterveydenhuollon kehittäminen. (päivitetty 15.7.2014b) www.thl.fi/fi/thl/organisaatio/yksikot/palvelujarjestelman-kehittaminen-ja-ohjaus/perusterveydenhuollon-kehittaminen

69. Heikkilä T, Meriranta P, Vainiomäki P ym. Havaintoja yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksesta – koulutuksen valtakunnallinen arviointi vuosina 2010–2011. Yleislääkäri 2014; 29: 29-31.

70. European Union of Medical Specialists. 2014. The European Accreditation Council for CME (EACCME). www.uems.eu/uems-activities/accreditation/eaccme

71. Sosiaali- ja terveysministeriö. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 32/2005.

7 LIITTEET

LIITE 1. Terveysthuollon täydennyskoulutusta koskevat suositukset (STM 2004:3).

SUOSITUS 1: Täydennyskoulutuksen suunnittelu	SUOSITUS 2: Täydennyskoulutuksen mahdollistaminen ja toteutus
• Laaditaan ohjeet täydennyskoulutuksen suunnittelua, toteutusta, seuranta ja arviointia varten. • Huomioidaan terveydenhuollon potilaiden, muiden asiakkaiden, koulutukseen osallistujien, organisaation ja terveydenhuoltojärjestelmän tarpeet. • Tapahtuu yhdessä osallistujien kanssa. • Kuuluu organisaatioiden strategiatyöhön ja toiminnan kehittämiseen. • Osaamis- ja koulutustarpeiden kartoituksessa käytetään systemaattista arviointia. • Hyödynnetään henkilöstön kehityskeskusteluita, osaamiskartoituksia ja urasuunnitelmia sekä täydennyskoulutuksen arvioinnista ja seurannasta saatuja tietoja. • Hyvä koulutussuunnitelma on käytännöllinen, toteuttamiskelpoinen, taloudellinen ja arvioitavissa.	• Työnantajan velvollisuus on mahdollistaa koulutukseen osallistuminen. • Osallistuminen on jokaisen työntekijän velvollisuus. • Työnantajalla on pääasiallinen kustannusvastuu. • Koulutus on osa toiminnan kehittämistä ja laadunhallintaa. • Koulutus tähtää toiminnan arviointiin, ajantasaistamiseen ja muuttamiseen tarvittaessa. • Toteutetaan yksilöllisenä, ammattikohtaisena, työyksikkö- ja toimintayksikkötasolla. • Toteutetaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon alueellisessa ja seudullisessa yhteistyössä aina, kun se on mahdollista, ja kattaen hoito- ja palveluketjut. • Terveyskeskuksissa korostuvat lähipalveluiden toimivuus ja perusterveydenhuollon erityispiirteet. • Pienet organisaatiot osallistuvat alueelliseen ja seudulliseen koulutusyhteistyöhön. • Käytetään vaikuttavia oppimismenetelmiä. • Käytetään monipuolisia opetusmenetelmiä sekä verkko-opetusta ja muita etäopetuksen muotoja.
SUOSITUS 3: Täydennyskoulutuksen seuranta	SUOSITUS 4: Täydennyskoulutuksen arviointikriteerit
• Seurataan yksilö-, ammattiryhmä- ja organisaatiotasolla. • Koulutusta koskeva raportointi on osa henkilöstökertomusta. • Yksilötasolla hyödynnetään kehityskeskusteluita, osaamiskansioita, koulutuskortteja, lokikirjoja ja sähköisiä nimikirjoja. • Organisaatioihin kehitetään sähköisiä täydennyskoulutusrekistereitä. • Pitkällä aikavälillä kehitetään alueellisia portaaleja ja valtakunnallisia täydennyskoulutusrekistereitä.	• Olivatko osallistajat mukana koulutuksen suunnittelussa ja arvioinnissa? • Tunsivatko koulutukseen osallistajat koulutuksen tavoitteet etukäteen? • Olivatko kouluttajat riittävän osaavia ja päteviä? • Käytettiin koulutuksessa aikuisen oppimista tukevia opetus- ja oppimismenetelmiä? • Oliko kouluttajilla dokumentoidut menettelytavat koulutuksensa jatkuvaan kehittämiseen ja arviointiin? • Käytettiin erilaisia arviointikeinoja osallistujien itsearvioinnista ulkopuoliseen arviointiin? • Toteutuivatko työntekijä- ja organisaatiolähtöiset tavoitteet? • Muuttuivatko koulutukseen osallistuvien toimintatavat ja suoritus?

LIITE 2. Alkukartoituksen sähköpostisaate.



VARSAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI
EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÅRSDISTRIKT

3.3.2014

Hyvä johtava lääkäri/johtava hammaslääkäri/johtava hoitaja

Turun yliopiston yleislääketieteen oppiaine ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Perusterveydenhuollon yksikkö tekevät selvityksen terveyskeskusten täydennys- ja toimipaikkakoulutuksesta. Kysely osoitetaan kaikkiin VSSHP:n ja SatSHP:n terveyskeskuksiin yllämainituille viranhaltijoille.

Pyydämme teitä lähettämään toimipaikka- ja täydennyskoulutustanne koskevat tiedot sekä vastaamaan kysymykseen seurannasta 14.3.14 mennessä Sari Pitkäselle (sahapi@utu.fi). Alkuelvityksen pohjalta tehdään laajempi ja tarkempi kyselytutkimus tämän vuoden aikana.

Vuoden 2013 toteutunut toimipaikkakoulutusohjelma

Vuoden 2013 toteutunut henkilökunnan täydennyskoulutus

Miten seuraatte henkilökuntanne toimipaikka- sekä täydennyskoulutukseen osallistumista?

Täydennyskoulutuksella tarkoitetaan ammatillisen tai tieteellisen perustutkinnon sekä jatkokoulutuksen jälkeiseen ammattitaidon ylläpitämiseen, kehittämiseen ja syventämiseen sekä työssä jaksamiseen tähtäävää lyhyt- tai pitkäkestoista suunnitelmallista ja tarvelähtöistä koulutusta.

Toimipaikkakoulutuksella tarkoitetaan työnantajan järjestämää organisaation sisäistä, usein moniammatillista kehittämis- ja koulutustoimintaa. Toimipaikkakoulutukset järjestetään työaikana ja niissä on tarkoitus käsitellä työhön liittyviä keskeisiä kysymyksiä. Tavoitteena on yhteisen osaamisen parantaminen ja toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen.

Halutessanne voitte ottaa yhteyttä Sari Pitkäseen 050 448 3417.

yhteistyöterveisin

Paula Vainiomäki

professori (ma)

yleislääketiede, TY

ylilääkäri, PeTe

Sari Pitkänen

opetushoitaja

yleislääketiede, TY

suunnittelija, PeTe

Markku Kero

yleislääketieteen erikoislääkäri

asiantuntijalääkäri, PeTe

LIITE 3 Webropol-kyselylomakkeet

Lääkärit

Täydennys- ja toimipaikkakoulutuskysely

1. Vastaajan tehtävä *

2. Terveyskeskus *

3. Kunnan / kuntayhtymän / kaupungin väestöpohja

4. Lääkärivirkojen määrä vastuualueellani

TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN SUUNNITTELU

Täydennyskoulutuksella tarkoitetaan ammatillisen tai tieteellisen perustutkinnon sekä jatkokoulutuksen jälkeiseen ammattitaidon ylläpitämiseen, kehittämiseen ja syventämiseen sekä työssä jaksamiseen tähtäävää lyhyt- tai pitkäkestoista suunnitelmallista ja tarvelähtöistä koulutusta.

Toimipaikkakoulutuksella tarkoitetaan työnantajan järjestämää organisaation sisäistä, usein moniammatillista kehittämis- ja koulutustoimintaa. Toimipaikkakoulutukset järjestetään työaikana ja niissä on tarkoitus käsitellä työhön liittyviä keskeisiä kysymyksiä. Tavoitteena on yhteisen osaamisen parantaminen ja toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen.

Usein nämä kaksi koulutuskokonaisuutta sekä lääkärin jatkokoulutusohjelma toimivat käytännössä limittäin.

5. Täydennyskoulutuksen suunnittelusta on terveyskeskuksessamme vastuussa:

	täysin	osittain	ei ollenkaan	en osaa sanoa
koulutusvastaava	☐	☐	☐	☐
ylilääkäri / vastaava lääkäri	☐	☐	☐	☐
lääkärit itse	☐	☐	☐	☐
muu, mikä tai kuka?	☐	☐	☐	☐

6. Toimipaikkakoulutuksen suunnittelusta on terveyskeskuksessamme vastuussa:

	täysin	osittain	ei ollenkaan	en osaa sanoa
koulutusvastaava	☐	☐	☐	☐

ylilääkäri / vastaava lääkäri	☐	☐	☐	☐
lääkärit itse	☐	☐	☐	☐
muu, mikä tai kuka?	☐	☐	☐	☐

7. Toimiiko joku terveyskeskuksen lääkäreistä nimettynä koulutusvastaavana?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

8. Jos toimii voisitko laittaa koulutusvastaavan nimen ja sähköpostiosoitteen

9. Koulutussuunnittelusta vastaavalle on varattu työjärjestykseen aikaa koulutusten suunnitteluun ja järjestämiseen

- ☐ kyllä
- ☐ ei

10. Terveyskeskuksessamme on laadittu vuosittain tai vähintään 2 vuoden välein koko terveydenhuoltohenkilökunnan yhteinen täydennys- ja toimipaikkakoulutussuunnitelma.

- ☐ kyllä
- ☐ ei
- ☐ en tiedä

11. Miten yksittäisen työntekijän koulutustarve arvioidaan? Merkitse kohdat asteikolla 1 – 5, jossa 1 on vähiten tärkein ja 5 on tärkein tekijä koulutustarpeen arvioinnissa.

	1	2	3	4	5
kehityskeskustelun yhteydessä	☐	☐	☐	☐	☐
osaamiskartoituksen avulla	☐	☐	☐	☐	☐
arvion tekee esimies	☐	☐	☐	☐	☐
arvion tekee työntekijä	☐	☐	☐	☐	☐
muuten, miten?	☐	☐	☐	☐	☐

12. Terveyskeskuksessamme järjestetään toimipaikkakoulutusta

- ☐ kyllä
- ☐ ei

13. Jos vastasit kyllä, niin voisitko arvioida, kuinka monen tunnin ajan lääkärit keskimäärin osallistuvat toimipaikkakoulutukseen vuodessa

14. Voisitko vielä arvioida, kuinka monta tuntia tästä on moniammatillista toimipaikkakoulutusta?

15. Kuinka tärkeänä terveyskeskuksen toiminnan kannalta näet moniammatillisen täydennys- ja toimipaikkakoulutuksen järjestämisen

- ☐ hyvin tärkeänä
- ☐ tärkeänä
- ☐ vähän tärkeänä
- ☐ ei lainkaan tärkeänä

16. Perustele vastauksesi

17. Mitkä tekijät vastuualueellasi helpottavat täydennys- ja toimipaikkakoulutuksen toteutumista (esim. järjestämistä, suunnittelua, motivaatiota osallistua, tuloksellisuutta)?

1.

2.

3.

4.

5.

TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN RAHOITUS

18. Vastuualueellani oli vuonna 2013 täydennyskoulutukseen rahaa lääkäriä kohden

19. Onko terveyskeskuksen budjetissa varattuna erillinen määräraha täydennyskoulutukseen ammattiryhmittäin?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

20. Osallistuuko lääketeollisuus terveyskeskuksen lääkäreiden täydennyskoulutusten kustannuksiin?

- ☐ kyllä (voisitko arvioida, kuinka paljon prosentuaalisesti?)
- ☐ ei

21. Osallistuuko lääketeollisuus terveyskeskuksen lääkäreiden toimipaikkakoulutusten kustannuksiin?

- ☐ kyllä (voisitko arvioida, kuinka paljon prosentuaalisesti?)
- ☐ ei

TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN TOTEUTTAMINEN

22. Täydennys- ja toimipaikkakoulutusta järjestävät monet tahot. Arvioi, miten vastuualueesi lääkäreiden osallistuminen eri organisaatioiden järjestämiin koulutuksiin jakautui vuonna 2013.

	paljon	Jonkin verran	vähän	ei lainkaan
sairaanhoitopiiri	☐	☐	☐	☐
yliopisto	☐	☐	☐	☐
muu julkinen järjestäjä (esim. STM, THL, AVI, Kuntaliitto tmv.)	☐	☐	☐	☐
lääkärijärjestöt	☐	☐	☐	☐
lääketeollisuus	☐	☐	☐	☐
muu järjestäjä, mikä?	☐	☐	☐	☐

23. Täydennyskoulutukseen osallistuminen vuonna 2013

täydennyskoulutuspäiviä lääkäriä kohden

24. täydennyskoulutuspäivien vaihteluväli eri lääkäreiden välillä (esim. 0-15 päivää)

25. Miten työnantaja tukee lääkäreiden mahdollisuutta osallistua täydennyskoulutukseen? Voit halutessasi myös kirjoittaa alla oleville riville.

	aina	useimmiten	harvoin	ei koskaan
koulutukseen pääsee halutessaan	☐	☐	☐	☐
koulutus on palkallista työaika	☐	☐	☐	☐
työnantaja kustantaa koulutuksen KVTES:n mukaisesti	☐	☐	☐	☐
koulutukseen lähtijälle palkataan sijainen	☐	☐	☐	☐
koulutukseen lähtevän tehtävät jaetaan muiden kesken	☐	☐	☐	☐

määräaikaisilla työntekijöillä on samat oikeudet osallistua koulutuksiin kuin vakituisillakin

☐ ☐ ☐ ☐

26. Muulla tavoin, miten?

TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN SEURANTA JA TULOKSET KÄYTÄNNÖSSÄ

27. Miten henkilökunnan täydennyskoulutukseen osallistumista seurataan?

Esimies seuraa täydennyskoulutukseen osallistumista

☐ kyllä, miten?

☐ ei

28. Lääkärit seuraavat pääosin itse (esim. koulutuskortti, portfoliot, Taitoni.fi)

☐ kyllä

☐ ei

29. Käytössä on sähköinen koulutuksen hallintajärjestelmä

☐ kyllä

☐ ei

30. -

☐ Meillä ei ole käytössä erityistä seurantaa

31.

Miten täydennyskoulutuksen tuloksia arvioidaan vastuualueellasi käytännön toimintojen kannalta?

	erittäin paljon	paljon vähän		erittäin vähän
henkilöstön itsearviointina	☐	☐	☐	☐
kehityskeskusteluissa	☐	☐	☐	☐
toimintakäytäntöjen muutosta arvioimalla tai mittaamalla	☐	☐	☐	☐
muulla tavoin, miten?	☐	☐	☐	☐

TERVEYSKESKUKSEN KOULUTUS- JA KEHITTÄMISKÄYTÄNNÖT

32. Seuraava kysymys koskee vastuualueesi käytäntöjä lääkäreiden ammatillisessa kehittämisessä

kyllä ei

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| uudelle lääkärille järjestetään aina perehdytysohjelma | ☐ | ☐ |
| käytössä on sähköinen perehdytyskansio | ☐ | ☐ |
| käytössä on talon tapoja ja käytäntöjä selvittävä sähköinen kansio | ☐ | ☐ |
| lääkäri voi käyttää potilastyön ulkopuolella työaikaansa perehtyäkseen ammattikirjallisuuteen ja verkko-oppimisympäristöihin | ☐ | ☐ |
| lääkärillä on mahdollisuus käyttää työaikaansa oman työn ja / tai yksikkönsä kehittämiseen | ☐ | ☐ |
| lääkärillä on mahdollisuus käyttää työaika tutkimustyöhön tai sen alkuvaiheen alkuvaiheen selvitystyöhön | ☐ | ☐ |
| lääkärit voivat työaikana osallistua laadun parantamiseen tähtäävään toimintaan (esim. laatumittauksiin, vertaisarviointiin, laatupiiriin, oman väestön terveystietojen seurantaan) | ☐ | ☐ |
| lääkärit osallistuvat moniammatilliseen laatutyöskentelyyn | ☐ | ☐ |
| terveyskeskuksessa käytetään laatutyön tuloksia koulutustarpeiden arvioinnissa | ☐ | ☐ |
| käytössä on strukturoitu säännöllinen työn vaihto-ohjelma esim. toisen terveyskeskuksen tai erikoissairaanhoidon kanssa (tätä voidaan kutsua myös ns. ketjulähettilötoiminnaksi) | ☐ | ☐ |

33. Mikäli vastuualueellasi on järjestetty uuden työntekijän perehdytys, kuvaile lyhyesti millainen se on.

34. Mikäli vastuualueellasi osallistutaan laatutyöhön, kuvaile lyhyesti, miten.

LÄÄKÄREIDEN JATKOKOULUTUS

35. Aluehallintovirasto (AVI) maksaa erityisvaltionosuutta (EVO) lääkäreiden jatkokoulutusta varten terveyskeskukselle. Onko tälle EVO-rahoitukselle varattu terveyskeskuksen budjetissa oma tili / kustannuspaikka?

- ☐ kyllä
- ☐ ei
- ☐ en tiedä

Alla on lääkäreiden jatkokoulutusta (kaikkien alojen 9 kk tk-palvelu, YEK-vaihe, yleislääketieteen erikoistuminen) koskevia väittämiä. Merkitse kunkin kysymyksen kohdalla, miten ne sinun vastuualueellasi toteutuvat.

36. 9kk terveystieteiden palvelu (kaikki alat) ja YEK-vaihe

	kyllä	ei
jokaiselle jatkokoulutuksessa olevalle on nimetty ohjaaja	☐	☐
ohjaajalääkärille on varattu aikaa ohjaamiseen	☐	☐
ohjaustilanteissa arvioidaan jatkokoulutuksessa olevan oppimistavoitteita ja oppimista	☐	☐
jatkokoulutuksessa olevat saavat osallistua toimipaikkakoulutukseen	☐	☐
toimipaikkakoulutus on moniammatillista	☐	☐
jatkokoulutuksessa olevat saavat osallistua työajalla ulkopuoliseen koulutukseen	☐	☐

37. Yleislääketieteen erikoistuminen

	kyllä	ei
jokaiselle jatkokoulutuksessa olevalle on nimetty ohjaaja	☐	☐
ohjaajalääkärille on varattu aikaa ohjaamiseen	☐	☐
ohjaustilanteissa arvioidaan jatkokoulutuksessa olevan oppimistavoitteita ja oppimista	☐	☐
jatkokoulutuksessa olevat saavat osallistua toimipaikkakoulutukseen	☐	☐
toimipaikkakoulutus on moniammatillista	☐	☐
jatkokoulutuksessa olevat saavat osallistua työajalla ulkopuoliseen koulutukseen	☐	☐
erikoislääkärikuulusteluun osallistuvalla on järjestetty kahden viikon tenttilukuvapaa	☐	☐

KOMMENTIT

38. Vapaita kommentteja kyselystä tai mitä muuta haluat sanoa



KIITOS VASTAUKSESTASI JA VAIVANNAÖSTÄSI

Hoitajat

Täydennys- ja toimipaikkakoulutuskysely

1. Vastaajan tehtävä

2. Terveyskeskus

3. Kunnan / kuntayhtymän / kaupungin väestöpohja

4. Terveystenhoitohenkilökunnan määrä vastuualueellani:

lähihoidajat

sairaanhoidajat

terveydenhoitajat

TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN SUUNNITTELU

Täydennyskoulutuksella tarkoitetaan ammatillisen tai tieteellisen perustutkinnon sekä jatkokoulutuksen jälkeiseen ammattitaidon ylläpitämiseen, kehittämiseen ja syventämiseen sekä työssä jaksamiseen tähtäävää lyhyt- tai pitkäkestoista suunnitelmallista ja tarvelähtöistä koulutusta.

Toimipaikkakoulutuksella tarkoitetaan työnantajan järjestämää organisaation sisäistä, usein moniammatillista kehittämis- ja koulutustoimintaa. Toimipaikkakoulutukset järjestetään työaikana ja niissä on tarkoitus käsitellä työhön liittyviä keskeisiä kysymyksiä. Tavoitteena on yhteisen osaamisen parantaminen ja toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen.

Usein nämä kaksi koulutuskokonaisuutta toimivat käytännössä limittäin.

5. Täydennys- ja toimipaikkakoulutuksen suunnittelusta on terveyskeskuksessamme vastuussa:

	täysin	osittain	ei ollenkaan	en osaa sanoa
ylivoitaja / osastonhoitaja	☐	☐	☐	☐
hoitajat itse	☐	☐	☐	☐
muu, mikä tai kuka?	☐	☐	☐	☐

6. Toimiiko joku terveyskeskuksen henkilökunnasta nimettynä koulutusvastaavana?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

7. Jos toimii, voisitko laittaa koulutusvastaavan nimen ja sähköpostiosoitteen

8. Koulutussuunnittelusta vastaavalle on varattu työjärjestykseen aikaa koulutusten suunnitteluun ja järjestämiseen

- ☐ kyllä
- ☐ ei

9. Terveyskeskuksessamme on laadittu vuosittain tai vähintään 2 vuoden välein koko terveydenhuoltohenkilökunnan yhteinen täydennys- ja toimipaikkakoulutussuunnitelma.

- ☐ kyllä
- ☐ ei
- ☐ en tiedä

10. Miten yksittäisen työntekijän koulutustarve arvioidaan? Merkitse kohdat asteikolla 1 – 5, jossa 1 on vähiten tärkein ja 5 on tärkein tekijä koulutustarpeen arvioinnissa.

	1	2	3	4	5
kehityskeskustelun yhteydessä	☐	☐	☐	☐	☐
osaamiskartoituksen avulla	☐	☐	☐	☐	☐
arvion tekee esimies	☐	☐	☐	☐	☐
arvion tekee työntekijä	☐	☐	☐	☐	☐
muuten, miten?	☐	☐	☐	☐	☐

11. Terveyskeskuksessamme järjestetään toimipaikkakoulutusta

- ☐ kyllä
- ☐ ei

12. Jos vastasit kyllä, niin voitko arvioida, kuinka monen tunnin ajan hoitajat keskimäärin osallistuvat toimipaikkakoulutukseen vuodessa

13. Voisitko vielä arvioida, kuinka monta tuntia tästä on moniammatillista toimipaikkakoulutusta?

14. Kuinka tärkeänä terveystieteiden toiminnan kannalta näet moniammatillisen täydennys- ja toimipaikkakoulutuksen

järjestämisen

- ☐ hyvin tärkeänä
- ☐ tärkeänä
- ☐ vähän tärkeänä
- ☐ ei lainkaan tärkeänä

15. Perustele vastauksesi

16. Mitkä tekijät vastuualueellasi helpottavat täydennys- ja toimipaikkakoulutuksen toteutumista (esim. järjestämistä, suunnittelua, motivaatiota osallistua, tuloksellisuutta)?

1.
2.
3.
4.
5.

TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN RAHOITUS

17. Vastuualueellani oli vuonna 2013 täydennyskoulutukseen rahaa hoitajaa kohden

lähahoitajat

sairaanhoidajat

terveydenhoitajat

18. Onko terveyskeskuksen budjetissa varattuna erillinen määräraha täydennyskoulutukseen ammattiryhmittäin?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

Osallistuvatko terveydenhuoltoalan kaupalliset yritykset (esim. lääke-, hoitotarvike-, ja ravintotuotteita markkinoivat yritykset) terveyskeskuksen hoitajien

19. täydennyskoulutusten kustannuksiin

- ☐ kyllä (voisitko arvioida, kuinka paljon prosentuaalisesti?)
- ☐ ei

20. toimipaikkakoulutusten kustannuksiin

- ☐ kyllä (voisitko arvioida, kuinka paljon prosentuaalisesti?)
- ☐ ei

TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN TOTEUTTAMINEN

21. Täydennyskoulutusta järjestävät monet tahot. Arviol, miten vastuualueesi hoitohenkilökunnan osallistuminen eri organisaatioiden järjestämiin koulutuksiin jakautui vuonna 2013.

	paljon	jonkin verran	vähän	ei lainkaan
sairaanhoitopiiri	☐	☐	☐	☐
yliopisto	☐	☐	☐	☐
ammattikorkeakoulu	☐	☐	☐	☐
muu julkinen järjestäjä (esim. STM, THL, AVI, Kuntaliitto tmv.)	☐	☐	☐	☐
ammatilliset järjestöt	☐	☐	☐	☐
lääke- ja hoitotarviketeollisuus	☐	☐	☐	☐
muu järjestäjä, mikä?	☐	☐	☐	☐

22. Täydennyskoulutukseen osallistuminen vuonna 2013

Täydennyskoulutuspäiviä hoitajaa kohden

lähihoitajat

sairaanhoitajat

terveydenhoitajat

23. Täydennyskoulutuspäivien vaihteluväli eri hoitajien välillä (esim. 0 - 15 päivää)

lähihoitajat

sairaanhoitajat

terveydenhoitajat

24. Miten työnantaja tukee hoitajien mahdollisuutta osallistua täydennyskoulutukseen? Voit halutessasi myös kirjoittaa alla oleville riveille.

	aina	useimmiten	harvoin	ei koskaan
koulutukseen pääsee halutessaan	☐	☐	☐	☐
koulutus on palkallista työaika	☐	☐	☐	☐
työnantaja kustantaa koulutuksen KVTES:n mukaisesti	☐	☐	☐	☐
koulutukseen lähtijälle palkataan sijainen	☐	☐	☐	☐
koulutukseen lähtevän tehtävät jaetaan muiden kesken	☐	☐	☐	☐
määräaikaisilla työntekijöillä on samat oikeudet osallistua koulutuksiin kuin vakituisillakin	☐	☐	☐	☐

25. Muulla tavoin, miten?

TÄYDENNYS- JA TOIMIPAIKKAKOULUTUKSEN SEURANTA JA TULOKSET KÄYTÄNNÖSSÄ

26. Miten henkilökunnan täydennyskoulutukseen osallistumista seurataan?

Esimies seuraa täydennyskoulutukseen osallistumista

- ☐ kyllä, miten?
- ☐ ei

27. Henkilöstö seuraa pääosin itse (esim. koulutuskortti, portfoliot)

- ☐ kyllä
- ☐ ei

28. Käytössä on sähköinen koulutuksen hallintajärjestelmä

- ☐ kyllä
- ☐ ei

29. -

- ☐ Meillä ei ole käytössä erityistä seurantaa

30.

Miten täydennyskoulutuksen tuloksia arvioidaan vastuualueellasi käytännön toimintojen kannalta?

	erittäin paljon	paljon vähän		erittäin vähän
henkilöstön itsearviointina	☐	☐	☐	☐
kehityskeskusteluissa	☐	☐	☐	☐
toimintakäytäntöjen muutosta arvioimalla tai mittaamalla	☐	☐	☐	☐
muulla tavoin, miten?	☐	☐	☐	☐

TERVEYSKESKUKSEN KOULUTUS- JA KEHITTÄMISKÄYTÄNNÖT

31. Seuraava kysymys koskee vastuualueesi käytäntöjä hoitajien ammatillisessa kehittämisessä

	kyllä	ei
uudelle hoitajalle järjestetään aina perehdytysohjelma	☐	☐
käytössä on sähköinen perehdytyskansio	☐	☐
käytössä on talon tapoja ja käytäntöjä selvittävä sähköinen kansio	☐	☐
hoitaja voi käyttää potilastyön ulkopuolella työaikaansa perehtyäkseen ammattikirjallisuuteen ja verkko-oppimisympäristöihin	☐	☐
hoitajalla on mahdollisuus käyttää työaikaansa oman työn ja / tai yksikkönsä kehittämiseen	☐	☐
hoitajalla on mahdollisuus käyttää työaikaa tutkimustyöhön tai sen alkuvaiheen selvitystyöhön	☐	☐
hoitajat voivat työaikana osallistua laadun parantamiseen tähtäävään toimintaan (esim. laatumittauksiin, vertaisarviointiin, laatupiiriin, oman väestön terveystietojen seurantaan)	☐	☐
hoitajat osallistuvat moniammatilliseen laatutyöskentelyyn	☐	☐
terveyskeskuksessa käytetään laatutyön tuloksia koulutustarpeiden arvioinnissa	☐	☐
käytössä on strukturoitu säännöllinen työn vaihto-ohjelma esim. toisen terveyskeskuksen tai erikoissairaanhoidon kanssa (tätä voidaan kutsua myös ns. ketjulähettitoiminnaksi)	☐	☐

32. Mikäli vastuualueellasi on järjestetty uuden työntekijän perehdytys, kuvaile lyhyesti millainen se on.

33. Mikäli vastuualueellasi osallistutaan laatutyöhön, kuvaile lyhyesti, miten.

**KOMMENTIT**

34. Vapailta kommentteja kyselystä tai mitä muuta haluat sanoa



KIITOS VASTAUKSESTASI JA VAIVANNAÖSTÄSI

LIITE 4 Alkukartoitukseen ja lomakekyselyyn vastanneet terveyskeskukset.

TERVEYSKESKUS /VSSH	HOITAJAT		LÄÄKÄRIT		HAMMASLÄÄKÄRIT
	ALKUKARTOITUS	LOMAKEKYSELY	ALKUKARTOITUS	LOMAKEKYSELY	ALKUKARTOITUS
HÄRKÄTIE/LIETO	X	X	X	X	X
KAARINA				X	
KEMIÖNSAARI		X			X
LAITILA	X		X	X	X
LOIMAA		X			
NAANTALI	X	X	X	X	X
PAIMIO-SAUVO	X	X	X	X	X
PARAINEN	X	X	X	X	X
PERUSKUNTAYHT. AKSELI	X	X	X	X	X
PÖYTYÄ	X	X	X	X	X
RAISIO-RUSKO	X		X	X	X
SALO	X	X	X	X	X
SOMERO	X		X		
TURKU	X	X	X	X	
UUSIKAUPUNKI		X	X	X	X
YHTEENSÄ	11/15	11/15	12/15	12/15	11/15
TERVEYSKESKUS /VSSH	HOITAJAT		LÄÄKÄRIT		HAMMASLÄÄKÄRIT
	ALKUKARTOITUS	LOMAKEKYSELY	ALKUKARTOITUS	LOMAKEKYSELY	ALKUKARTOITUS
EURA	X	X	X	X	soitto
HUITTINEN	X	X	X	X	X
KESKI-SATAKUNTA	X	X	X		X
POHJOIS-SATAKUNTA	X		X	X	
PORIN PERUSTURVA	X		X		X
ITÄ-PORI		X		X	
POHJOIS-PORI					
KESKI-PORI					
LÄNSI-PORI					
RAUMA	X		X	X	X
SÄKYLÄ-KÖYLIÖ	X		soitto		soitto
YHTEENSÄ	7/7	4/10	7/7	5/10	6/7
ALKUKARTOITUKSEN JA WEBROPOL-KYSELYN VASTAUKSET YHTEENSÄ	18/22	15/25	19/22	17/25	17/22

