

Lääkärin ammatillisen osaamisen laajentaminen

Lääkärinä toimiminen vaatii monipuolista osaamista, jota on jaoteltu erilaisilla malleilla. Useimpiin sisältyvät lääketieteellinen tieto, potilastyö, vuorovaikutustaidot, moniammatillinen yhteistyö, terveydenhuollon toimintaprosessien hallinta ja tietotekniset taidot. Lääkärien kyky arvioida kehittymistarpeitaan ilman palautetta on heikko, minkä vuoksi osaamisen kehitys tulee sitoa aikuisoppimisen periaatteita noudattaen tarvelähtöisyyteen, työssä oppimiseen ja toiminnallisuuteen. Sen suunnittelussa ja arvioinnissa tulee käyttää erilaisia näkökulmia sekä huomioida menettelyjen edut ja haitat. Arvioinnin jälkeen on tehtävä kehitysuunnitelma ja luotava resursseja sen toteuttamiseksi. Lääkärin autonomiaa kunnioittava, työstä lähtevä ja työkäytäntöjä kehittävä arviointi ja osaamisen kehittäminen lisäävät asiantuntijuutta sekä yksilötasolla että työyhteisössä.

Lääkärin osaaminen on kokonaisuus, joka koostuu erilaisista alueista, kuten lääketieteellisen tiedon hallinnasta, potilastyöstä, moniammatillisesta yhteistyöstä ja terveydenhuollon toimintaprosessien hallinnasta. Osaamista voidaan käsitellä kokonaisuutena – lääkäriytenä, mutta käytännössä osaamisen ja toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä on tarpeen jakaa asiantuntijuus erilaisiin osiin, joita voidaan tarkastella yhdessä tai erikseen.

Lääkärin asiantuntijuus

Ammattilainen on henkilö, jolla on ammattiin riittävä pätevyys. Pätevyys liittyy asiantuntijuuteen: ammattilainen pystyy käyttämään työssään ja koulutuksessa hankkimaansa asiantuntijuutta. Asiantuntijuus voidaan ymmärtää suppeasti sisällön osaamisena, mutta käytännössä asiantuntijana toimiminen vaatii useiden alueiden hallintaa. Lääkärin asiantuntijuutta on jaettu osiin monella eri tavalla (**TAULUKKO 1**) (Palsson ym. 2007). Näille jaotetuille on yhteistä, että lääketieteellisen tiedon hallinta näyttää erottuvan omaksi osakseen ja muu asiantuntijuus on joko universaalimpaa, asiantuntijuuteen yleensä liittyvää (oppimistaidot, viestintätaidot), tai ympäristöön liittyvää (yhteisötaidot tai toimintojen ohjaus ja hallinta).

Asiantuntijuus ei ole synnynnäinen ominaisuus. Monet synnynnäiseksi lahjakkuudeksi katsotut ominaisuudet kehittyvät huippuosaamiseksi vasta vuosien harjoittelun jälkeen (Ericsson ja Charness 1994). Asiantuntijuudessa ei myöskään ole kyse vain rutiinimaisten tehtävien suorittamisesta, vaan asiantuntijuuden kehittyessä aiemmin vaikeiksi koetut tehtävät muuttuvat rutiineiksi. Todellinen asiantuntija ei kuitenkaan tyydy tähän vaan hakeutuu taitojen kehittyessä uusien ongelmien ja alueiden ääreen ja syventää täten omaa asiantuntijuuttaan tähdäten erinomaisuuteen (excellence). Tämä asteittain syvenevä ongel-

TAULUKKO 1. Ammatillisen osaamisen käsitteitä eri maissa. Käännökset kirjoittajien (alkuperäinen termi suluissa).

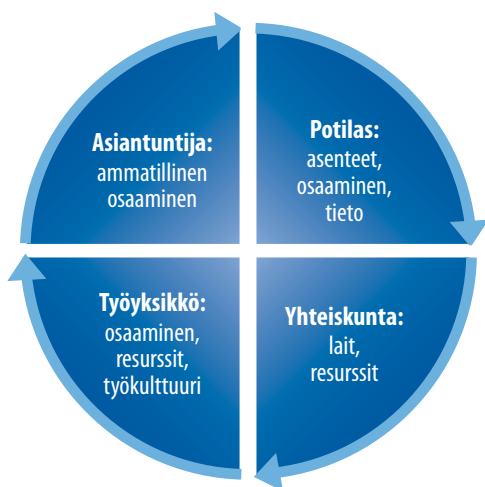
The Accreditation Council for Graduate Medical Education (resident tasks) www.ACGME.org , Yhdysvallat	Institute of Medicine Competencies www.iom.edu Yhdysvallat	Kanadan CanMeds-mallin osaamisalueet www.canmeds.org Kanada	The European Federation of Internal Medicine (EFIM) www.efim.org Eurooppa
Potilaan hoito (Patient care)	Potilaskeskeinen hoito (Patient centered care)		Potilaan hoito (Patient care)
Lääketeollinen tieto (Medical knowledge)	Tiedonhallinta (sisältää tietotekniikan) (Informatics)	Lääketeollinen osaaminen (Medical expert)	Lääketeollinen tieto (Medical knowledge)
Työssä oppiminen ja kehittyminen (Practice-based learning and improvement)	Näyttöön perustuva hoito/toiminta (Practicing evidence based medicine)	Oppiminen (Scholar)	Akateemiset tehtävät (Academic activities)
Vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot (Interpersonal and communication skills)	Moniammatilliset tiimit (Interdisciplinary teams)	Vuorovaikutustaidot (Communication), Yhteistyötaidot (Collaborator)	Vuorovaikutustaidot (Communication skills)
Ammatillisuus, professionalismi (Professionalism)		Ammatillisuus, professionalismi (Professionalism)	Ammatillisuus, professionalismi (Professionalism, ethical, and legal issues)
Toiminnanohjauksen taidot (Systems-based practice)	Laatutyö (Quality improvement)	Toiminnanohjauksen taidot (Management)	Toiminnanohjauksen ja palvelujärjestelmän kehittämisen taidot (Organizational planning and service management skills)
		Terveyden edistäminen (Health advocacy)	

manratkaisuprosessi erottaa itseään kehittävän asiantuntijan rutiinitoimenpiteitä suorittavasta työntekijästä. Kokemuksen kasvaessa toimintakenttä laajenee ja haasteita voi kasvaa.

Lääkäri on asiantuntija, joka käyttää työssään ammatillisia ominaisuuksia, ammatillisuutta (professionalismi). Ammattiryhmien professionalismi on syntynyt pitkän ajan kuluessa ja siinä tiivistyvät ammatin keskeiset arvot ja toimintaperiaatteet. Lääkäriin professionalismi perustuu kliiniseen osaamiseen, tietoihin ja taitoihin sekä toiminnan eettisten ja juridisten puitteiden ymmärtämiseen. Professionalismin keskeiset periaatteet ovat erinomaisuus, humanismi, vastuullisuus ja altruismi. Ammattitaitoinen lääkäri osaa myös ratkaista ristiriitatilanteita, joita voi syntyä mutkikkaassa arvomaailmassa (Pasternack 2007). Ammattikunta säätelee jäsentensä toimintaa ja muistuttaa siten esiteollisen ajan kiltatoimintaa. Ammattikunnan jäsenyys ei siis ole oikeus

vaan etuoikeus, jonka voi menettää. Asiantuntijuuden osana professionalismi on hyvin keskeinen, ja sen varaan rakentuvat kaikki muut asiantuntijuuden osa-alueet.

Lääkäriin asiantuntijuus pohjaa vahvasti tiedon hankkimiseen, oppimiseen sekä tiedon ja taitojen soveltamiseen käytäntöön (TAULUKKO 1). Lääkäreillä on yleensä hyvät oppijan taidot, sillä jo ammattiin kouluttautuminen vaatii suuren tietomäärän omaksumista lyhyessä ajassa. Lääkäriin asiantuntijuus rakentuu lääketieteellisen tiedon varaan, ja organisaatioissa hän tuo lääketieteellisen asiantuntemuksensa organisaation käyttöön. Tiedon soveltaminen käytäntöön tuottaa oppimisesta koituvan hyödyn: vaikutuksen ja vaikuttavuuden. Koska lääkäriin työn tulos syntyy yhdessä potilaan tai toisen ammattilaisen kanssa, lääkäri tarvitsee aina työssään viestintätaitoja ymmärtääkseen potilaan näkökulmaa ja viestiäkseen potilaalle hoidon kannalta oleellisia



KUVA. Vastaanottotilanteeseen osallistuvat tahot.

asioita. Terveystyötaitoja, jotka voidaan jakaa mm. ryhmätyötaidoiksi, tiimitaidoiksi tai johtamiseksi. Yhteistyötaitoihin kuuluu tietoa muiden ammattilaisten toiminnan tavoitteista, toimintamalleista, osaamisesta ja professionalismista. Tiedon ja osaamisen soveltaminen ei onnistu ilman toimintaympäristön tuntemusta, ja lääkäri tarvitsee taitoa ohjata oman työympäristönsä toimintaa. Toiminnanohjauksen taidot sisältävät mm. hoitopolkujen tuntemuksen, tietotekniset taidot ja oman ajankäytön hallinnan. Lääkärin asiantuntijuus sisältää aina vaikuttamista potilaaseen, kollegoihin, työyhteisöön, tiedeyhteisöön tai yhteiskuntaan (KUVA). Lääkäri on ammattinsa puolesta terveyden asialla ja pyrkii edistämään toimintalaan kansanterveyttä. Terveystyö edistäminen on yksi lääkäriin asiantuntijuuden osaamisalue. Asiantuntijuus on aina yksilöllinen ja kehittyvä valikoima osaamista eri alueilla, ja se liittyy ympäristöön, jossa sitä toteutetaan.

Miksi asiantuntijan osaamista kannattaa tarkastella osina?

Lääkärin työ on monimutkaista ja tapahtuu vaihtelevissa tilanteissa ja ympäristöissä. Tiedon määrän kasvu ja tiedon entistä nopeampi päivittyminen tekevät työstä erityisen haasteel-

lisen. Työn vaikuttavuus syntyy suurimmaksi osaksi vuorovaikutuksessa potilaan, omaisten ja muiden ammattilaisten kanssa. Näitä taitoja opetetaan perusopetuksessa, mutta ne joutuvat koetukselle varsinaisesti vasta itse työssä. Ammatissa toimimisen eri vaiheissa viestintä- ja vuorovaikutustaitoihin kohdistuu erilaisia paineita. Lääkärin työhön kohdistuu sisältöpaineiden lisäksi ulkoisia paineita työympäristöstä ja yhteiskunnasta (KUVA). Potilaat ovat entistä tietävämpiä ja vanhempia ja potevat monia sairauksia. Yhä useammat heistä ovat peräisin vieraista kulttuureista ja puhuvat ja ymmärtävät huonosti suomea tai ruotsia.

Lääkäriys ei ole vain asiantuntijuutta vaan myös ammatti-identiteettiä. Jos osaamisalueet niputetaan yhteen arvioitaessa lääkäriä toimimista, suoriutumista tai oppimistarpeita, tullaan arvioineeksi lääkäriyttä eli ammatti-identiteettiä. Näin kohteena ovat myös henkilökohtaiset toimintatavat ja ominaisuudet, ei pelkkä osaaminen. Tällöin konflikti arvioijan ja arvioitavan välillä on väistämätön. Jakamalla asiantuntijuus osiin arvioinnissa ja kehittämisessä voidaan havaita onnistumisia ja oppimistarpeita monipuolisemmin ja välttää ammatti-identiteettiin kajoaminen. Vastaavasti kielteinen palaute kohdistuu yleensä joillekin tietuille osaamisen alueille. Jos palautteesta voidaan purkaa osaamisalueet, on kehittämistarve helpommin määritettävissä. Osaamisen moniulotteinen määritelmä lisää mahdollisuuksia kehittää asiantuntijuutta monipuolisesti ja yksilöllisesti. Arvioinnissa voidaan nostaa esiin vahvaa osaamista ja erilaisia kehittämistarpeita, joihin panostamalla työ voi parhaimmassa tapauksessa keventyä.

Kehittämistarpeiden arviointi ja kehittämisen keinot

Terveystyöpalveluiden järjestäjillä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää työntekijöidensä osaamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Se edellyttää kehittämistarpeiden suunnitelmallista arviointia ja sitoutumista yksilön ja työyhteisön kehittämiseen. Oppimista ja kehittämistarpeita lääkäri voi kartoittaa monella eri menetelmällä (Overeem ym. 2007).

Osaamista tulee arvioida pääosin työssä ja työn kautta, jolloin oppimistarpeet tulevat esiin työtä tehtäessä. Tärkeintä on sitoutuminen oman toiminnan jatkuvaan ja monipuoliseen arviointiin, uuden oppimiseen ja opitun soveltamiseen omassa työssä. Painopisteen tulisi siirtyä oppimistuokioista oppimistavoiteisiin, jolloin oppija on tarpeen arvioija ja aktiivinen toimija. Tämä on välttämätöntä, jotta oppi voisi siirtyä arkeen.

Peruskoulutuksessa opitaan perustaidot asiantuntijaksi kasvamiseen. Oppiminen tapahtuu opetustilanteissa, joissa opiskelija havainnoi opettajaa, itseään ja muiden toimintatapoja muodostaen omia malleja lääkärin työlle tyypillisiin tilanteisiin (Ponzer ym. 2004). Työhön siirryttäessä oppiminen muuttuu enemmän tilannesidonnaiseksi ja oppimisen tulokset muuttuvat hankalammin ennustettaviksi (Tynjälä 2008). Vastuu oman osaamisen puutteiden havaitsemisesta ja oppimistarpeiden määrittämisestä on lähes kokonaan asiantuntijalla.

Täydennyskoulutusta on pidetty keskeisenä ammatillisen kehittymisen edellytyksenä ja osaamisen perustana. Lääkärit ylläpitävät ydinosaamistaan aktiivisesti (Helin-Salmivaara ym. 2008), mutta Lääkärien koulutuskalenterin perusteella näyttää siltä, että asiantuntijuuden kehittymisen näkökulmasta täydennyskoulutus keskittyy pääosin lääketieteellisen osaamisen ylläpitoon. Tämä voi olla ongelmallista sen vuoksi, että yksittäisten täydennyskoulutustilaisuuksien vaikuttavuus on osoittautunut vähäiseksi (Davis ym. 1999). Erityisesti luentomuotoinen opetus on todettu yksinään varsin vaikuttamattomaksi, jos pyrkimyksenä on kehittää lääkärin toimintaa (Davis ym. 1995). Viime aikoina on tunnus-tettu myös muiden ammatillisen kehittymisen keinojen merkitys, joten täydennyskoulutus tulee nähdä vain yhtenä jatkuvan ammatillisen kehittymisen välineenä.

Ammatillisen kehittymisen tavoitteena on kehittää tietoja, taitoja ja asenteita, joilla lääkärin asiantuntijuus muotoutuu työympäristön vaatimusten mukaisesti ja tukee omaa työn tekemistä (Davis ym. 2003). Ammatillista kehittymistä voidaan tarkastella erilaisten organisaatioteorioiden kuten oppivan organi-

saation (Senge 2006) viitekehyksessä ja asiantuntijaorganisaatioiden johtamisen kannalta. Yksittäisen toimijan kannalta mm. oman työn hallinta ja jaksaminen voivat lisääntyä, kun työtä ja osaamista tarkastellaan muunkin kuin lääketieteellisen sisällön näkökulmasta.

Asiantuntijuus kehittyy työssä oppimalla uutta ja tietoa soveltamalla. Kehittyminen jatkuu läpi työuran. Vaikka tilanteet kohdataan yksi kerrallaan, lääkäri voi kartuttaa osaamistaan yksittäisistä kokemuksista entistä monipuolisemmin arvioimalla omaa suoriutumistaan muunakin kuin kliinisenä osaamisena. Esimerkiksi virheiden ja ”läheltä piti” -tapah- tumien analysoiminen paljastaa hoitoprosessin riskitekijöitä tai lääketieteellisen tietämyksen tai osaamisen aukkoja. Haittatapahtumien syynähän ovat usein prosessin heikkous, yhteisviestinnän epäonnistuminen ja harvemmin lääketieteellisen osaamisen puute (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005). Työssä palaute ja itsearviointi ovat oppimisen lähtökohta.

Millainen on täydennyskoulutuksen kustannusvaikuttavuus?

Täydennyskoulutukselle on vaadittu kustannusvaikuttavuutta, mutta sekä lääkärin työn tuloksellisuuden mittarit että koulutukseen panostetun sijoituksen optimaaliset kustannukset ovat vaikeasti määritettäviä (Regnier ym. 2005). Oppimisen arvioinnissa vaikuttavuutta ei voida perustaa pelkästään kuolleisuuteen tai hoidossa aiheutettuihin haittoihin vaan on käytettävä muita ulottuvuuksia. Ihmisten terveyteen voidaan vaikuttaa sairauksien ehkäisyllä ja sitouttamalla heidät omaan hoitoonsa (Haynes ym. 2008). Näissä keskeisiä välittäviä tekijöitä ovat lääkärin taito ja moniammatillinen työote (Safeer ja Keenan 2005).

Vuorovaikutus- ja yhteistyötaitojen nostaminen esiin varmasti vahvistaa potilaiden asemaa terveydenhuollossa mutta samalla korostaa lääkärin erityistä osaamista tällä alueella – ei uhkaa sitä. Jos osaamisen alueiden kehittymistä ja kustannuksia arvioidaan, voitaisiin arvioida niitä kustannuksia, joita syntyy, kun oppimista ei tueta monipuolisesti (Marinopoulos ym. 2007). Siirrettäessä painopistettä koulutukses-

TAULUKKO 2. Lääkärin arvioinnissa käytettävien menetelmien luokittelu tavoitteen ja arvioinnin kohteen mukaan.

	Julkinen listaus	Koulutuspäivien laskeminen	Kattava tietojen ja taitojen mittaaminen	Oppimisen tukeminen
Tavoite	Potilaat voivat valita ”parhaan” lääkärin	Varmistetaan, että lääkärit käyvät koulutustilaisuuksissa	Varmistetaan, että lääkärinä toimivilla on perustiedot ja -taidot	Lääkärit kehittävät työssä tarvitsemaansa osaamista
Työväline	Potilaspalautteet	Koulutustilaisuudet	Tentit ja viralliset arvioinnit	Oman osaamisen ja oppimisen ja oppimistilanteiden kirjaaminen ja kuvaaminen
Mitä arvioidaan?	Suoriutuminen vastaanotto-tilanteessa	Koulutustilaisuuksiin osallistuminen	Suoriutuminen ja osaaminen	Oppimistarpeet (osaaminen)
Mihin arviointi keskittyy?	Suoriutuminen menneisyydessä	Koulutuksen määrä	Suoriutuminen ja tietojen hallinta	Nyky tarpeiden arviointi ja suoriutuminen tulevaisuudessa
Ongelma	Osaavatko potilaat arvioida lääkärin suoriutumista?	Takaako pelkkä koulutukseen osallistuminen osaamista?	Kattava järjestelmä on kallis ja hankala toteuttaa	Palautteen puuttuessa lääkärit keskittyvät kehittämään jo osaamia asioita Perustuu luottamukseen ja valvontaa haastavaa

ta oppimiseen aikuisoppimisen periaatteiden mukaisesti työympäristö nousee keskeiseksi yksilön kehitystä muovaavaksi tekijäksi. Ammatillinen kehittyminen vaatii toteutuakseen osallistuvaa ja vastuullista oppimista.

Pakko vai porkkana: miten varmistaa kehittyminen?

Yhteiskunta on luottanut terveydenhuollon toimijoiden ammattitaitoon ja sen ylläpitämiseen ja kehittämiseen ammattikuntien itsesääntelyn periaatteella. Suomessa viranomaiset valvovat lääkärin toimintaa jälkivalvonnan periaatteella. Tarve kuvata osaamista kasvaa. Jos osaamisen arviointi ja kuvaaminen ei johda lääkärin kannalta mihinkään konkreettiseen, se on ajan hukkaa. Lisäksi tutkimus on osoittanut, että lääkärit eivät ole erityisen hyviä arvioimaan omia koulutustarpeitaan vaan käyvät mieluummin sellaisten alueiden koulutustilaisuuksissa, jotka he jo hallitsevat (Davis ym. 2006). Myös organisaatioilla on tarve arvioida osaamista. Organisaation tarvearvion yhdistäminen yksilön osaamistarpeisiin todennäköisesti tukisi lääkärin täydennyskoulutuksen

monipuolistumista. Samalla se tuottaisi organisaation osaamisesta kuvauksen, jossa kehittäminen ja koulutus ovat investointeja, joiden vaikutuksia voidaan seurata. Organisaatiolla on erilaiset tarpeet kehittää osaamista kuin yksilöllä, ja näiden yhteen sovittaminen vaatii aikaa ja välineitä. Se tuottaa molemmille lisäarvoa. Avaamalla osaamisen käsitteistöä voidaan vahvistaa tasapuolisuutta ja oikeudenmukaisuutta yhteisössä, kun asiat kuvataan samoilla käsitteillä ja niistä voidaan keskustella ja saada palautetta.

Terveydenhuollolta edellytetään laadukasta, tasapuolista ja vaikuttavaa hoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Yksi laadukkaan hoidon edellytyksistä on, että terveydenhuollossa toimivat asiantuntijat kehittävät omaa osaamistaan, ja tämän varmistaminen on yhteiskunnan mielenkiinnon kohteena. Jos lähtökohdaksi otetaan ammatillisen osaamisen laaja-alaisempi määritelmä, luennoilla istumisen määrä ei riitä asiantuntijuuden ylläpitämisen takeeksi, vaikka mittaaminen olisikin yksinkertaista. Ammatillaisten osaamisen ja toiminnan valvontaan on useita malleja (TAULUKKO 2). Näennäisesti yksinkertaiset, usein

kaupallisten toimijoiden laatimat listaukset tuottavat tietoa potilaiden mieltymyksistä ja kokemuksista. Arviointi kertoo menneistä hoitotapahtumista kansalaisen näkökulmasta, mutta ei-ammattilaisen on vaikea arvioida hoidon lääketieteellistä laatua. Miellyttävyyks ei ole yksin laadun ta. Toisaalta myöskään koulutustilaisuuksiin osallistumisen seuraaminen ei vielä varmista lääkärin kehittymistä, vaikka se olisikin helposti toteutettavissa. Britanniasa on valmisteilla laaja-alainen arviointimalli, jossa lääkäreiden osaamista ja suoriutumista mitataan määräjain tietoa, taitoja ja suoriutumista mittaavilla vertaisarvioinneilla (Department of Health 2008). Lääkärin itsearviointiin keskittyvät mallit pyrkivät puolestaan oppimistarpeiden arviointiin ja oppimistilanteiden kuvaamiseen (Donen 1998). Tällöin potilailta ja eri mittareista saatua palautetta voidaan käyttää oman toiminnan arvioinnissa, mutta

päämääränä on, että lääkäri saa välineitä oman toimintansa kehittämiseen, eikä arviointi itsessään ole päämäärä.

Useimmissa maissa ammattikunta vastaa itse valvonnasta. Paine valvonnalle voi tulla ulkoa lainsäädännön kautta (esim. Yhdysvalloissa) tai ammattikunnan sisältä (esim. Kanadassa). Monet maat toteuttavat kansallisesti valvontaa, mutta tämä ei ole ongelmatonta (TAULUKKO 3). Kansallisten valvontamallien heikkous on yleisluonteisuus ja irrallisuus työympäristöstä ja oppimisesta. Olipa ammatillisen kehittymisen tarve sisäinen tai ulkoinen, keskeistä on, että se tukee ammatissa toimimista eikä ole päälle liimattu varmistus. Täydennyskoulutustilaisuuksiin osallistumiseen perustuvat järjestelmät ovat useimmiten varmistuksia, sillä oppimista ei dokumentoida, vain läsnäolo. Potilaan mielipide perustuu ei-lääketieteellisiin seikkoihin, vaikka näkökulma

TAULUKKO 3. Lääkärien jatkuvan täydennyskoulutuksen pakollisuutta tai vapaaehtoisuutta puoltavat tekijät. Muokattu Donenin (1998) artikkelista.

Pakollisen järjestelmän puolesta puhuvat
Kansalaisten suojeleminen mahdolliselta ammatitaidottomuudelta
Kaikkien lääkäreiden osallistuminen johonkin täydennyskoulutukseen on turvattu
Ammatinharjoittamisoikeuden rajat ja uskottavuus on määritetty
Voi kehittyä osaksi laajempaa laadun ja luotettavuuden seurantajärjestelmää
Ammattikunnalla hyvä tietoisuus täydennyskoulutuksesta
Lääkärit voivat hankkia koulutusta, jota he muuten eivät hankkisi
Hyvin suunniteltu koulutus voi lisätä hoidon vaikuttavuutta
Ammatillinen ja maantieteellinen eriarvoisuus vähenee
Pakollisuutta vastaan puhuvat
Ammattilaisten tulee olla sitoutuneita ammatilliseen kehittämiseen, ei pelkkään osallistumiseen
Pakollisuus poistaa vastuun kouluttautumisesta
Pakollinen osallistuminen ei takaa asenteiden, osaamisen tai tietotason muutosta
Aikuisoppimisen periaatteet ohitetaan: joillekuille täydennyskoulutus on yhtä kuin rangaistus
Totunnaiset oppimistyylit ovat vallitsevia, eikä opetuksen vuorovaikutteisuus lisääny
Pakollisuudella pyritään saavuttamaan vähemmistö, joka ei ole motivoitunut oppimiseen tai kehittymiseen koulutuksen avulla, kun suurin osa lääkäreistä kouluttautuu vapaaehtoisesti muutenkin
Heikosti suoriutuvien osaaminen ei kehity
Näyttö vaikuttavuudesta puuttuu
Täydennyskoulutuksen tarvelähtöisyys vähenee
Laadun vaihtelu todennäköisesti kasvaa
Pakollisuutta valvovat järjestelmät ovat kalliita
Luotettavampien ja monipuolisempien menetelmien käyttö osaamisen arvioinnissa vähenee*

2370 * Donen mainitsee esimerkiksi auditoinnit, oppimispäiväkirjat ja potilastietoihin perustuvat arvioinnit

sinänsä on tärkeä. Ongelmaksi voi nousta tiedon validointi, sillä näyttää siltä, että arvioon vaikuttavat potilaslähtöiset tekijät, kuten koettu terveys (al-Mandhari ym. 2004). Työsuorituksen arviointi on osa laadunvarmistusta ja tarjoaa parhaimmillaan hyvät mahdollisuudet jatkaa arvioinnista kehittämiseen ja suunnitelmalliseen kehittymisen tukeen.

Kenen pitää osoittaa, että osaaminen kehittyy? Lain mukaan terveydenhuollon organisaatiot ovat velvollisia pitämään yllä ammattilaisten osaamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Terveydenhuollon ammattilaiset taas ovat sitoutuneita ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan. Suuri osa tästä toteutuu jo nyt. Kansallisesti kiinnostava kysymys on, pitääkö osaaminen ja kehittyminen dokumentoida ja jos päädytään dokumentoimaan, niin tehdäänkö se yksilö- vai organisaatio- tasolla. Jos dokumentoidaan, niin kuka arvioi ja seuraako arvioinnista toimenpiteitä yksilölle tai organisaatioille? Keskeistä on tukea kaikkien lääkäreiden osaamisen ja asiantuntijuuden kehittymistä eikä keskittyä vain ”huonojen omenoiden” poimintaan tai teknisesti helpoon pisteiden laskemiseen. Lääkäriin asiantuntijuus voidaan jakaa osiin, mutta sen ydintä ovat lääkäriprofessionalismi ja lääketieteellisen tiedon hallinta ja soveltaminen, joiden toteutumisen asiantuntijuuden muut alueet mahdollistavat (Pasternack 2007). Ammatikunnalla on parhaat mahdollisuudet arvioida professionalismin toteutumista. Itsesääteily on järkevintä ja varmistaa koko lääkärikunnan yhteisen sitoutumisen.

KRISTIINA PATJA, dosentti, erikoislääkäri, toiminnanjohtaja
TOPI LITMANEN, KM, koulutusasiantuntija
Lääkärien ammatillisen kehittymisen tuki ry.
Pro Medico
Mäkeläkatu 2, 00500 Helsinki

YDINASIAIAT

- ▶ Tarvelähtöisyys, työssä oppiminen ja toiminnallisuus kuuluvat aikuisoppimisen periaatteisiin.
- ▶ Lääkärien kyky arvioida henkilökohtaisia kehittymistarpeitaan ilman palautetta on huono.
- ▶ Osaamista kannattaa kuvata monipuolisesti, ja siitä tulee saada säännöllistä palautetta.
- ▶ Osaamisen arviointia suunniteltaessa on mietittävä menettelyjen edut että haitat.
- ▶ Amatillisen kehittymisen ja osaamisen tuen tulee kuulua lääkärin työn arkeen.

Lopuksi

Tutkimalla ja arvioimalla omaa ja oman työympäristön toimintaa tiedon, taitojen ja osaamisen kautta saadaan esiin oppimis- ja kehittymistarpeita, jotka näyttävät olevan tietopohjaan, professionalismiin, opitun soveltamiseen ja käytäntöihin liittyviä asioita. Ammatillaisen asiantuntijuuden tukemisessa vahva ammattikunta, aikuisoppimisen menetelmät ja ammatillaisen autonomian kunnioittaminen ovat ne lähtökohdat, joista ammatillista kehittymistä, sen tukea ja mahdollista arviointia kannattaa rakentaa. ■

ARJA HELIN-SALMIVAARA, LT, erikoislääkäri, koulutusylilääkäri
HUS, yleislääketieteen yksikkö

AMOS PASTERNAK, emeritusprofessori
Tampereen yliopisto

SIDONNAISUUDET:

KRISTIINA PATJA: Toiminut luennoitsijana lääketieteellisuuden järjestämässä koulutustilaisuuksissa (Pfizer), toimii lääketehaan rahoittaman tutkimuksen ohjausryhmässä (Pfizer) ja omistaa terveydenhuollon yritysten osakkeita (STE Oy)
AMOS PASTERNAK: Ei sidonnaisuuksia
ARJA HELIN-SALMIVAARA: Ei sidonnaisuuksia
TOPI LITMANEN: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

- al-Mandhari AS, Hassan AA, Haran D. Association between perceived health status and satisfaction with quality of care: evidence from users of primary health care in Oman. *Fam Pract* 2004;21:519–27.
- Davis D, Fow R, Barnes BE. The horizon of continuing professional development: five questions in knowledge translation. Kirjassa: Davis D, Barnes BE, Fow RF, toim. The continuing professional development of physicians: from research to practice. Chicago: American Medical Association, AMA press 2003.
- Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282:867–74.
- Davis N, Davis D, Bloch R. Continuing medical education: AMEE education guide No 35. *Med Teach* 2008;30:652–66.
- Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA* 2006;296:1094–102.
- Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274:700–5.
- Department of Health. Medical revalidation: principles and next steps. The report of the chief Medical Officer for England's working group 2008. [siteerattu 16.2.2008]. <http://www.dh.gov.uk/publications>.
- Ericsson KA, Charness N. Expert performance: its structure and acquisition. *American Psychologist* 1994;49:725–47.
- Donen N. No to mandatory continuing medical education, yes to mandatory practice auditing and professional educational development. *CMAJ* 1998;158:1044–6.
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 1. Art No.:CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3
- Helin-Salmivaara A, Kajantie M, Vänskä J, ym. Lääkärikysely 2007: täydennyskoulutuksen määrä ja sen koettu riittävyys. *Suom Lääkäril* 2008;63:2253–6.
- Marinopoulos SS, Dorman T, Ratana-wongsa N, ym. Effectiveness of continuing medical education. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007 Jan;1–69.
- Overeem K, Faber MJ, Arah OA, ym. Doctor performance assessment in daily practise: does it help doctors or not? A systematic review. *Med Educ* 2007;41:1039–49.
- Pålsson P, Kellelt J, Lindgren S, Merino J, Semple C, Sereni D. Core competencies of the European internist: a discussion paper. *Eur J Intern Med* 2007;18:104–8.
- Pasternack A. Professionalismi ja lääkärin autonomia. *Suom Lääkäril* 2007;62:4786–8.
- Ponzer S, Hylin U, Kusoffsky A, ym. Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Med Educ* 2004;38:727–36.
- Regnier K, Kopelow M, Lane D, Alden E. Accreditation for learning and change: quality and improvement as the outcome. *Contin Educ Health Prof* 2005;25:174–82.
- Saferer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Phys* 2005;72:463–8.
- Senge PM. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. New York: Doubleday Publishing 2006.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:32.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolaki-työryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:28.
- Tynjälä P. Perspectives into learning at the workplace. *Educational Research Review* 2008;3:130–54.
- Työssä jaksamisen tutkimus- ja toimenpideohjelma. Seurantaportti 2002. [Siteerattu 16.2.2008] Työministeriö. Sähköinen julkaisu. www.mol.fi/jaksamisohjelma/ajankohtaista/TJseurap03.RTF.

Summary

Competence in medical profession: need for a wider perspective?

Working as a physician requires versatile competence, which has been dissected by using various models. Most of these include medical knowledge, patient work, interactive skills, multiprofessional collaboration, management of operational processes within medical and health care, and information technology skills. Without feedback, the ability of physicians to evaluate their developmental needs is poor, whereby the development of competence should be tied on the basis of needs to on-the-job learning and functionality. Different perspectives should be used in its planning and evaluation. After the evaluation, a development plan should be devised and resources created for its implementation.