

Panu Kiviranta, Teuvo Antikainen, Iivo Hetemäki, Jussi Merenmies, Leila Niemi-Murola, Johanna Tulonen-Tapio, Juha Pekka Turunen ja Marjukka Mäkelä

Lääkäreiden täydennyskoulutuksen suunnittelu ja toteutus

Terveystenhuollon ammattilaisten täydennyskoulutus on edellytys potilaiden laadukkaalle hoidolle. Karsoitimme kyselytutkimuksella lääkäreiden täydennyskoulutuksen toteutumista suomalaisissa terveystenhuollon yksiköissä. Lääketieteen kehittyessä täydennyskoulutus on välttämätöntä, jotta ajantasainen ja näyttöön perustuva hoito voi toteutua. Monissa yksiköissä koulutusasioihin on kiinnitetty paljon huomiota, mutta täydennyskoulutuksen resurssit ja sisällöt vaihtelevat paljon. Osaamistarpeisiin perustuva koulutuksen suunnittelu on vielä harvinaista. Ammattilaisten osaamisen johtamiseen esimerkiksi suunnitelmallisen täydennyskoulutuksen avulla tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

Jokainen terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattinsa edellyttämiä tietoja ja taitoja (1). Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä veloitetaan työnantajia seuraamaan työntekijöidensä ammatillista kehittymistä ja luomaan edellytykset sille, että työntekijä voi täydennyskoulutukseen osallistumalla ylläpitää ja kehittää tietoaan ja taitojaan (1).

Lääketieteen kehittyessä lääkäreiden ammatillinen täydennyskoulutus on välttämätöntä, jotta ajantasainen ja näyttöön perustuva hoito voi toteutua (2). Työnantajille on tärkeää, että osaava henkilökunta antaa vaikuttavaa ja potilasturvallista hoitoa. Lääkäreiden täydennyskoulutukseen käytetään vuosittain kymmeniä miljoonia euroja. Koulutukseen tulee panostaa taloudellisesti, mutta on tärkeää pyrkiä arvioimaan myös sitä, saadaanko koulutuksella aikaan sitä osaamista, jota tarvitaan.

Lääkärijärjestöjen täydennyskoulutussuositusten mukaan työpaikan ulkopuolisia koulutuspäiviä tulisi vuosittain olla ainakin kymmenen (3). Lääkäriliiton kyselyn mukaan vain alle viidenneksellä lääkäreistä tämä määrä toteutui ja joka kymmenes lääkäri ei osallistunut lainkaan työpaikan ulkopuoliseen koulutukseen (4). Lääkäreistä 40 % koki, ettei pystynyt osal-

listumaan työpaikan ulkopuoliseen täydennyskoulutukseen riittävästi.

Työnantajien vastuulla olevan täydennyskoulutuksen sisällöistä, toteutumisesta ja suunnittelusta on niukasti tietoa. Suomessa ei aiemmin liene kartoitettu, miten lääkäreiden täydennyskoulutusta hallinnoidaan, suunnitellaan ja seurataan terveydenhuollon organisaatioissa. Tavoitteemme oli kuvata tämän kokonaisuuden nykytila terveydenhuollon organisaatioille suunnatun strukturoidun kyselytutkimuksen avulla. Aihe on ajankohtainen, sillä 1.4.2024 on tullut voimaan STM:n antama asetus sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta, joka asettaa uusia vaatimuksia täydennyskoulutuksen suunnitteluun ja seurantaan (5).

Menetelmät

Ennen kyselytutkimuksen toteutusta kaksi työryhmän jäsentä toteutti syväluotaavia puhelinhaastatteluja viidessä erikokoisessa terveydenhuollon yksikössä. Koulutusasioista vastaavien esihenkilöiden kanssa käyty haastattelut talennettiin ja litteroitiin. Haastatteluista poimitiin kysymysaihiota, jotka työryhmä luokitteli

teemoittain ja muokkasi niiden pohjalta kyselylomakkeen.

Kysely lähetettiin maaliskuussa 2022 sairaanhoitopiirien koulutuksesta vastaaville henkilöille, kahteen erikokoiseen terveyskeskukseen jokaisessa sairaanhoitopiirissä ja kahdelle yksityissektorin isolle toimijalle, yhteensä 62 terveydenhuollon yksikköön. Kyselyn täyttäjäksi toivottiin koulutusasioista vastaavaa henkilöä. Webropol-kysely kattoi täydennyskoulutuksen suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja siinä käytetyt työkalut. Tämä artikkeli tiivistää kyselyn keskeiset tulokset.

Tulokset

Täydennyskoulutuskyselyyn saatiin vastaukset 19 eri organisaatiosta (vastausprosentti 31). Vastanneissa organisaatioissa työskenteli 4 700 lääkäriä, ja niiden väestöpohja oli noin kolme miljoonaa. Vastaajayksikköjen koot vaihtelivat muutaman lääkärin terveyskeskuksesta isoihin sairaanhoitopiireihin. Seitsemän organisaation strategiassa mainittiin henkilöstön osaaminen, neljässä henkilöstökoulutus ja neljässä molemmat.

Koulutuksen suunnittelu. Yksiköiden omat koulutussuunnitelmat hyväksyttiin eri tavoin: osa organisaatioista ei vaatinut erillistä hyväksyntää lainkaan, osassa suunnitelmat hyväksyi klininen esihenkilö tai muu linja johto ja osassa johtoryhmä tai henkilöstöyksikkö. Yksittäisen lääkärin koulutukseen osallistumisen hyväksyi lähes poikkeuksetta hänen klininen esihenkilönsä.

Oma koulutushenkilöstö. Kyselyssä karotettiin organisaatioiden omaan sisäiseen koulutukseen käytettävissä olevan henkilöstön määrää ja pedagogista koulutusta. Kokopäiväisen koulutushenkilöstön määrää koskevaan kysymykseen saatiin vastaus vain kahdeksasta organisaatiosta. Näissä päätoimiseen koulutukseen oli suunnattu 1–4 henkilötyövuotta (keskimäärin kaksi). Heillä oli pedagogista koulutusta vaihtelevasti, osalla ei lainkaan.

Osa-aikaista koulutushenkilöstöä koskevia tietoja antoi yhdeksän vastaajaa, ja vastauksissa oli suurta vaihtelua. Osa-aikaisen koulutushenkilöstön osaamisen ja henkilötyövuosien

arviointi oli vaikeaa tai puuttui kokonaan. Vastaajat tulkitsivat hyvin eri tavalla sitä, ketkä työntekijöistä lasketaan osa-aikaiseksi koulutushenkilöstöksi: mukaan oli laskettu vaihtelevasti ammattilaisia opetushoitajista koulutuslääkäreihin ja koulutusylilääkäreihin. Joissakin paikoissa laskelmiin sisällytettiin kaikki erikoislääkärit, jotka osallistuivat erikoistuvien lääkärien ohjaamiseen, samoin simulaatio-ohjaajakoulutuksen saaneet ammattilaiset.

Resursointi. Myös sisäiseen koulutukseen osoitettu muu kuin palkkarahoitus ja sen jakoperusteet vaihtelivat suuresti. Joissakin organisaatioissa ei ollut varattu tähän lainkaan rahaa, joissakin budjetoitiin henkilöstömäärää kohden tietty prosenttiosuus palkkabudjetista. Monet yksiköt eivät erotelleet sisäiseen ja ulkoiseen koulutukseen tai eri ammattiryhmille varattua rahaa. Vastausten perusteella ei voida edes karkeasti päätellä, minkä verran rahaa täydennyskoulutukseen lopulta oli varattu.

Vastaajat raportoivat, että ulkoiseen koulutukseen varattu palkallinen aika lääkäriä kohden oli suosituksen mukainen (vähintään kymmenen koulutuspäivää vuodessa) 13 organisaatiossa ja alittui viidessä (vaihteluväli 2–7 päivää). Sisäistä koulutusta järjestettiin 1,5–5 tuntia viikossa, keskimäärin 2,9 tuntia. Vain neljässä organisaatiossa varattiin viikoittain aikaa itsenäiseen opiskeluun.

Lääke- ja laiteteollisuuden koulutuksista edellytettiin sopimusta yhdeksässä organisaatiossa, kahdeksassa ei ja kahden organisaation vastaajat eivät tienneet toimintamalliaan. Ulkoista täydennyskoulutusrahoitusta (muun muassa apurahat, sopimukset) seurattiin paikoin järjestelmällisesti, paikoin ei lainkaan.

Suunnitelmallisuudessa vaihtelua. Yksilötason täydennyskoulutuksen tarvekartoitus kerrottiin tehtävän säännöllisesti 85 %:ssa yksiköistä. Yksikötason tarvekartoitus tehtiin puolessa ja toisinaan kolmanneksessa vastaajaorganisaatioista. Tiimeistä kolmannes teki tarvekartoituksen säännöllisesti ja toisinaan vajaa puolet. Ammattilaisten koulutustarvekartoitus tehtiin yleisimmin kehityskeskustelussa, tiimien taas palaverissa ja kehittämispäivillä. Yksikötasolla tarvekartoitukset teki yleisimmin työnjohto, organisaatiotasolla johtoryhmä.

TAULUKKO 1. Tarjottavien koulutusten sisältö. Kyse-
lyyn vastanneiden määrä on ryhmitelty runsaasti tai
kohtalaisesti sekä niukasti tai ei lainkaan kyseistä kou-
lutusaiheita työntekijöilleen tarjoaviin.

Koulutussisällöt	Runsaasti tai kohta- laisesti	Niukasti tai ei lainkaan
Hoito ja diagnostiikka	19	0
Lakisääteiset koulutukset ¹	18	1
Muu pakollinen koulutus ²	18	1
Tautien ehkäisy ja terveyden edistäminen	15	4
Tietotekniikka ja ohjelmistot	13	6
Tietosuoja ja tietoturva	12	7
Johtaminen ja hallinto	9	10
Vuorovaikutustaidot	8	11
Yhteistyötaidot	7	12
Tiede ja tutkimus	7	12
Laiteturvallisuus	7	12
Potilasturvallisuus	6	13
Kielikoulutus, suomi tai ruotsi	5	14
Etiikka ja ammatillisuus	2	17
Kielikoulutus, muut kielet	1	18
Kulttuuriperähdytys	0	19

¹Esimerkiksi säteilysuojelukoulutus

²Esimerkiksi elvytys

Ammattilaisten koulutussuunnitelmat tarkis-
tettiin säännöllisesti 75 %:ssa yksiköistä ja or-
ganisaatioiden koulutussuunnitelmat 68 %:ssa
yksiköistä. Vajaa kolmannes (29 %) tiimeistä
tarkisti suunnitelmat säännöllisesti, toisinaan
sen teki 41 % tiimeistä. Yksikön tasolla sään-
nöllistä tarkastelua teki 56 % vastanneista ja
toisinaan tarkastelua 24 %.

Vastausten perusteella koulutusten sisällös-
sä painottuivat tavanomaiset lääketieteelliset
aiheet ja lakisääteiset koulutukset, kuten elvy-
tys ja säteilysuojelukoulutus; kulttuuriperäh-
dytystä ja kielitaidon tukea tarjottiin niukasti.
Tietosuoja- ja tietotekniikkakoulutusta oli run-
saammin kuin potilas- ja laiteturvallisuuteen
liittyvää koulutusta (**TAULUKKO 1**).

Koulutuksen toteutus. Omaa koulutusta
annettiin yleisimmin lääkärienteingeissä ja
luennoilla, ja yli puolet organisaatioista tarjosi
myös hybridikoulutusta (webinaarit ja verkko-
kurssit). Työpajat ja simulaatiokoulutus olivat
harvinaisempia opetusmuotoja.

Ulkoisessa kotimaisessa koulutuksessa läs-
näololuennot olivat yleisesti käytössä. Niiden
rinnalle olivat nousseet luentotalenteet ja hy-
bridikoulutukset sekä työpajat, joita käytettiin
enemmän kuin organisaatioiden omassa kou-
lutuksessa. Ulkoista täydennyskoulutusta jär-
jestivät pääosin sairaanhoitopiirit, yliopistot ja
lääkäriyhdistykset. Lääketeollisuus on edelleen
merkittävä täydennyskoulutuksen järjestäjä,
vaikka alan toiminta on säädellympää kuin ai-
kaisemmin.

Ulkomailla järjestettäviä läsnäolokongresse-
ja hyödynsi runsaasti noin kolmannes ja jonkin
verran lähes puolet vastanneista organisaatiois-
ta. Luentotalenteita ja hybridikoulutuksia käy-
tettiin usein, mutta monilla vastaajilla ei ollut
selvää tietoa aiheesta.

Koulutustarpeen arviointi. Vastaajat ker-
toivat, että lääkäreiden täydennyskoulutuksen
tarvetta arvioivat järjestelmällisesti lääkärit itse
(60 %) ja esihenkilö (74 %), etenkin kehitys-
keskusteluissa. Työtovereilta tai potilailta tullut
palaute oli usein arvokasta. Etenkin erikoistu-
vien ohjaajat arvioivat koulutustarvetta yhdessä
koulutettavan kanssa.

Terveydenhuollon organisaatioiden koettiin
pohtivan erityisesti oman sisäisen täydennys-
koulutuksensa tarvetta, joskaan kaikki vastaajat
eivät tunteneet organisaationsa toimintatapaa.
Tarvetta saattoi lisätä esimerkiksi uuden poti-
lastietojärjestelmän käyttöönotto. Koulutus-
suunnitelmaa laadittaessa voitiin pyytää esihen-
kilöiltä arviota täydennyskoulutuksen tarpeista.

Täydennyskoulutuksen tarvetta arvioitiin
potilaiden terveystulosten perusteella vain sa-
tunnaisesti, sillä systemaattiset seurantakeinot
tai mittarit siihen puuttuivat. Uusi tieteelli-
nen tutkimustulos tai hoitomenetelmän käyt-
töönotto voivat nostaa esiin koulutustarpeen.
Vastausten perusteella noin puolet organisa-
atioista ilmoitti hyödyntävänsä koulutustarpeen
arviointiin potilasturvallisuuden seurantajär-
jestelmää (HaiPro).

**Palaute osaamisesta ja osaamisen ar-
viointi.** Kollegat antoivat palautetta osaami-
sesta kliinisessä arjessa spontaanisti, joskin
satunnaisesti, ja koulutettavat lääkärit voivat
pyytää sitä yhteistyössä koulutuslääkärin kans-
sa. Esihenkilöt antoivat palautetta osaamisesta

tyypillisesti kehityskeskustelujen yhteydessä. Erikoistuvien koulutusohjelmissa lokikirja tukee palautteen saamista. Koulutettavien osalta korostuivat ohjauskeskustelujen merkitys ja nimetty lähiohjaaja, jonka tehtäviin kuuluu osaamisen arviointi. Kierroilla, toimenpiteisiin ja tutkimuksiin valmistauduttaessa sekä lääkerikokouksissa saa sekä ohjausta että palautetta.

Lähes kaikki organisaatiot arvioivat kaikkia erikoistuvia, ja yksi organisaatio käytti siinä systemaattisia arvioinnin työkaluja. Sijaisten osaamista arvioi kaksi kolmasosaa, mutta erikois- tai ylläkärien osaamista raportoittiin arvioitavan vain vajaassa puolessa organisaatioista.

Koulutuksen seuranta ja vaikuttavuus.

Täydennyskoulutuksen järjestäjä keräsi usein koulutukseen osallistuneilta palautetta sähköisellä palautekyselyllä, mutta ulkoisista koulutuksista palaute ei päätynyt työnantajille. Kouluttajille annettiin koulutuspalautekooste satunnaisesti.

Koulutusten toteutumista seurattiin määrällisesti ja verrattiin koulutussuunnitelmaan erityisesti yksittäisen ammattilaisen tasolla. Organisaatio- ja yksikkötasolla koulutuksen vaikuttavuusmittarina oli yleisimmin koulutuspäivien toteutuminen, mutta myös käytetyt tunnit tai raha työntekijää kohti.

Ohjelmistot ja työkalut. Lähes kaikilla oli käytössä oma sisäinen koulutuskalenterinsa, jonka yli puolet oli linkittänyt omaan koulutusten seuranta- tai HR-järjestelmäänsä. Vastaajista 65 % tallensi sisäisten koulutusten suoritus-tiedot johonkin seurantajärjestelmään.

Ulkopuolisia koulutuskalentereita käytettiin vaihtelevasti: sairaanhoitopiirin kalenteria 71 %, valtakunnallisia kalentereita 36 % ja kunnan kalenteria 7 %. Yleisimmin mainittiin lääketieteellisten tiedekuntien ylläpitämä koulutuskalenteri (kopi.fi), Duodecimin ylläpitämä Lääkärin koulutuskalenteri (koulutuskalenteri.duodecim.fi) sekä erikoislääkäriyhdistysten ylläpitämät koulutuskalenterit.

Organisaatiot käyttivät hyvin vaihtelevasti ohjelmistoja ja tietoteknisiä työkaluja koulutuksen suunnittelussa, toteutuksessa, seurannassa ja arvioinnissa. Seitsemän organisaatiota nimesi kymmenen erilaista ohjelmistoa tai väli-

Ydinasiat

- » Täydennyskoulutuksen toteuttamisen ja seurannan yhtenäisiä käytäntöjä ei ole muodostunut.
- » Terveystieteiden täydennyskoulutuksen tulisi olla osaamis- ja tarveperustais-ta yksilön ja organisaation tasolla, mutta toimintamalleja tämän toteuttamiseen ei ole syntynyt.
- » Hyvinvointialueiden tulee kehittää koulutustoiminnan johtamista ja suunnittelua, jotta lainsäädännön vaatimuksiin voidaan vastata.

nettä, ja organisaatioista vain kaksi käytti samaa verkko-oppimisympäristöä.

Koulutustiedon kirjaaminen. Koulutustietojen kirjaamisvastuu vaihteli. Kehityskeskustelun kirjasi tyypillisesti esimies (65 %), mutta muut koulutukset lääkäri tavallisesti kirjasi itse. Myös lakisääteisten koulutusten kirjaaminen oli 45 %:ssa vastauksista työntekijän omalla vastuulla. Kolmasosa organisaatioista ei kirjannut lainkaan koulutustarpeita tai koulutussuunnitelmaa. Koulutustietojen automaattinen kirjaaminen oli harvinaista, mutta muutamat organisaatiot hyödynsivät verkkokoulutusten automaattista kirjautumista koulutusrekisteriin, esimerkiksi Oppiporttiin (6).

Koulutukset ja koulutustodistukset kirjattiin 85 %:ssa organisaation omaan seurantajärjestelmään, joita vastaajien käytössä oli ainakin yhdeksän erilaista. Kahdessa organisaatiossa koulutusten ja todistusten kirjaamiseen ei ollut käytössä erillistä järjestelmää, vaan asia oli työntekijöiden omalla vastuulla. Tyypillisesti koulutustietoja säilytettiin työsuhteen keston ajan. Lääkärin vaihtaessa työpaikkaa 65 % organisaatioista antoi koulutustiedoista rekisteriotteen. Organisaationsa käytäntöä koulutustietojen luovuttamisessa ei tiennyt 15 % ja koulutustietoja ei antanut 20 % organisaatioista. Työntekijä pääsi joka paikassa tarkastelemaan itse koulutustietojaan, joita voivat lukea myös esihenkilöt (90 %) ja henkilöstöhallinto (20 %).

TAULUKKO 2. Kyselyn vapaista kommenteista tunnistettuja hyviä käytäntöjä.

Koulutuksen suunnittelun ja toteutuksen vastuuhenkilölle tarjotaan pedagogista koulutusta.
Koulutussuunnitelmaa laadittaessa pyydetään esihenkilöiltä arviota täydennyskoulutuksen tarpeesta.
Koulutussuunnitelmassa otetaan huomioon lääkärin laaja-alaisen osaamisen tarpeet CanMEDS-mallin mukaisesti.
Koulutusten anti jaetaan työyhteisölle.
Positiivista palautetta voidaan antaa julkisesti, esimerkiksi sähköpostitse.
Varataan resurssit kymmeneen ulkoiseen, palkalliseen koulutuspäivään vuodessa lääkäreitä kohti.
Koulutuksista kootaan osallistujapalaute, joka toimitetaan kouluttajille.

Tunnistimme vapaan tekstin vastauksista eri työpaikoilla hyviksi todettuja käytäntöjä, joita on lueteltu **TAULUKKOOKIN 2.**

Pohdinta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa osaamisen johtamisen käytäntöjä suomalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa. Kysely kertoo, että lääkärin täydennyskoulutukseen liittyvät toimintamallit vaihtelevat suuresti eikä yhtenäisiä käytäntöjä juuri ole. Vaihtelu oli suurta koulutuksen henkilöstöresurssien, pedagogisen osaamisen sekä täydennyskoulutukseen budjetoidun rahan ja ajan osalta. Lääketieteellisen tiedon lisäksi toiminnan turvaamiseen liittyvät koulutukset sekä pakolliset koulutukset olivat tulostemme perusteella pääosin hyvin saatavilla, vaikka kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa ei raportoitu järjestettävän lakisääteisiä koulutuksia. Lääkärin työssä tarvittavien laaja-alaisen taitojen kehittämisen CanMEDS-mittarin monet ulottuvuudet huomioiden voi olla vaikeaa, sillä monien eri osaamisalueiden koulutuksia järjestetään vain niukasti tai ei lainkaan.

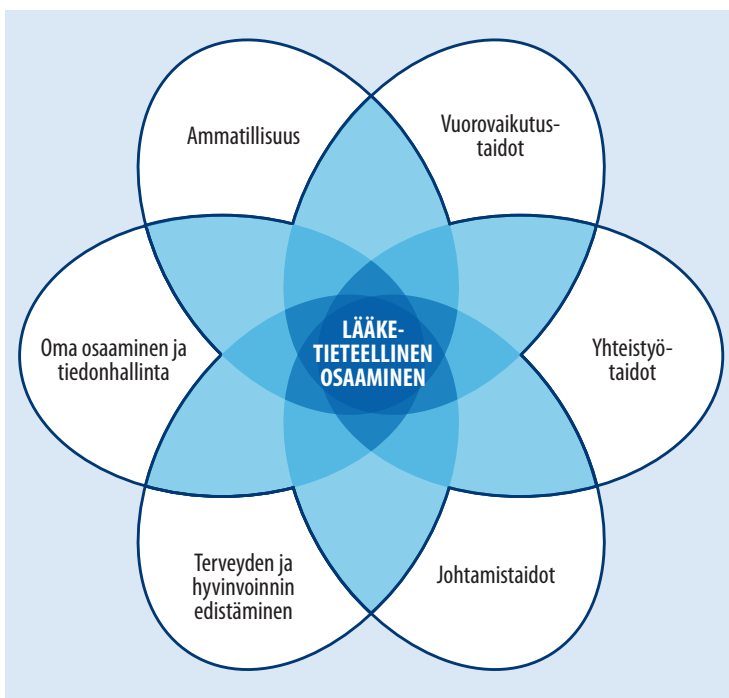
Tutkimuksemme vahvuutena on, että kysely kattoi laajan väestöpohjan ja erityyppisiä toimintayksiköitä. Vaikka tutkimus tehtiin ennen hyvinvointialueuudistusta, on luultavaa, että kuvattut käytännöt tai niiden puutteet ovat siirtyneet uusiin organisaatioihin. Kyselyn tulokset perustuvat toimintayksiköiden omaan raportointiin, ja vastauksissa voidaan nähdä ristiriit-

taa muiden tutkimusten kanssa. Esimerkiksi suositusten mukaisten kymmenen koulutuspäivän toteutuminen oli tämän kyselyn vastaajien mukaan organisaatioissa selvästi yleisempää (72 %) kuin yksittäisille lääkäreille tehdyissä kyselyissä, joissa suositusmäärät toteutuvat alle viidenneksellä vastaajista (4). Tämä merkittävä ero voi johtua siitä, että koulutuksista vastaavilla henkilöillä voi olla painetta raportoida todellisuutta parempia tuloksia tai siitä että toteutuneita koulutuksia ei seurata systemaattisesti.

Lääketieteen peruskoulutuksen jälkeisessä koulutuskentässä erikoislääkärikoulutus on selkeästi säädelty kokonaisuus, mutta sen jälkeisen täydennyskoulutuksen tuloksia ei tunneta tai seurata tiimin tai organisaation tasolla. Kannustimet sekä säännökset ohjaavat osin täydennyskoulutuksen toteutumista. Esimerkiksi organisaatiotason koulutussuunnitelmien laadintaan kannustaa nykyisin muun muassa työllisyysrahastosta saatava koulutuskorvaus (7). Tuloksemme kuitenkin viittaavat siihen, että suomalaisessa terveydenhuollossa täydennyskoulutus perustuu harvoin kohdennettuun tarvearviointiin ja sen vaikutusta osaamiseen tai toiminnan muutoksiin mitataan niukasti. Tämä voi vaikeuttaa lisäkoulutuksen tarpeen tunnistamista.

Laadukkaan terveydenhuollon tuottaminen on vahvasti sidoksissa organisaatioon kertyneeseen osaamiseen. Sen lisäksi, että työnantaja lakisääteisesti veloitetaan tukemaan lääkärin osaamisen kehittymistä, on osaamisen systemaattinen johtaminen organisaation pitkäkestoisien tuloksellisuuden avain (1,5,8). Terveydenhuollon täydennyskoulutuksen tulisi siten olla osaamisperustaista, mutta toimintamalleja tämän toteuttamiseen ei ole syntynyt (9,10).

Vastuu koulutuksen sisältöjen valinnasta on tulostemme perusteella suurelta osin lääkäreillä itsellään, eikä organisaatioilla ole yhtenäisiä linjauksia ja rakenteita sisältöjen valinnan tueksi. Täydennyskoulutuksen tarvetta kartoitettiin yleisimmin kehityskeskusteluissa. Viimeisimmän aihetta kartoittaneen työmarkkinatutkimuksen mukaan alle puolet lääkäreistä oli käynyt kehityskeskustelun edeltäneen vuoden aikana esihenkilönsä kanssa (11). Tulokset herättävät huolen siitä, jääkö osaamisen kehittä-



KUVA. CanMEDS-viitekehys auttaa lääkäreitä hahmottamaan ja kehittämään osaamistaan monipuolisesti potilaiden hoidossa ja terveydenhuollossa.

täminen liikaa yksittäisen klinikon vastuulle. Millä tasolla organisaatioissa on mahdollista arvioida tarvittava osaaminen ja onko arvioijalla mahdollisuus vaikuttaa täydennyskoulutuksen toteutumiseen?

Laajamittainen osaamisperustainen täydennyskoulutus edellyttäisi, että osaamisen arviointi otetaan säännölliseksi toimintamalliksi terveydenhuollon yksiköihin. Arvioinnin tueksi tarvitaan viitekehyksiä, kuten CanMEDS (**KUVA**), sekä käytäntöjä ja työkaluja, joiden avulla tavoitteiden saavuttamisen seuraaminen olisi mahdollista (12,13). Koulutukseen käytetyn ajan ja kulujen seurannan lisäksi tulisi kehittää keinoja arvioida toteutuneen koulutuksen laatua ja vaikuttavuutta (14). Tätä edellytetään myös lainsäädännössä (5).

Lopuksi

Terveydenhuollon tärkein voimavara on koulutettu ja taitava henkilöstö, jonka osaaminen näkyy lopulta potilaiden saaman hoidon laadussa (15,16). Suomalaisessa terveydenhuollossa osaamisen johtamiseen tulisi kiinnittää huomiota ja asiaa tulisi tutkia. Uuden tiedon ja päivitetyn osaamisen hankkiminen kuuluu osaksi asiantuntijaorganisaatioiden välttämätöntä toimintaa. Suositusten ja lainsäädännön uudistuminen asettaa sosiaali- ja terveysalalle uusia vaatimuksia henkilöstön täydennyskoulutuksen toteuttamisesta (3,5). Koulutukseen panostaminen on kilpailuetu kilpailtaessa pätevistä henkilöstöstä (17).

Haastamme hyvinvointialueet ja muut terveydenhuollon organisaatiot kehittämään toimivia malleja ammatillisen osaamisen johtamiseen sekä jakamaan hyviä käyttöön otettuja toimintatapoja. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä [559/1994]. www.finlex.fi.
2. Continuing professional development of medical doctors. WFME global standards for quality improvement. Copenhagen: World Federation for Medical Education 2015. https://wfme.org/wp-content/uploads/2015/01/CPD_2015_v2.pdf.
3. Lääkärjärjestöjen suositus täydennyskoulutuksesta. Helsinki: Lääkäriliitto 2023. www.laakariliitto.fi/laakarin-tietopankki/ammattillinen-kehittyminen/laakarijarjestojen-suositus-taydennyskoulutuksesta/.
4. Täydennyskoulutus 2022. Helsinki: Lääkäriliitto 2022. www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5219/tmt_2022_taydennyskoulutus.pdf.
5. STM:n asetus sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta [57/2024]. www.finlex.fi.
6. Oppiportti. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. www.oppiportti.fi.
7. Laki koulutuksen korvaamisesta [1140/2013]. www.finlex.fi.
8. Ipe M. Knowledge sharing in organizations: a conceptual framework. *Human Res Dev Rev* 2003;2:337–59.
9. Al-Ismaïl MS, Naseralallah LM, Hussain TA, ym. Learning needs assessments in continuing professional development: a scoping review. *Med Teach* 2023;45:203–11.
10. Donald E. Moore Jr, Kathy Chappell, ym. A conceptual framework for planning and assessing learning in continuing education activities designed for clinicians in one profession and/or clinical teams. *Med Teach* 2018;40:904–13.
11. Lääkäriliiton työmarkkinatutkimus 2013. Piitu Parmanne, henkilökohtainen tiedonanto.
12. Frank JR, Snell L, Sherbino J, toim. CanMEDS 2015 physician competency framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 2015.
13. Thoma B, Caretta-Weyer H, Schumacher DJ, ym. Becoming a deliberately developmental organization: using competency based assessment data for organizational development. *Med Teach* 2021;43:801–9.
14. Allen LM, Palermo C, Armstrong E, ym. Categorising the broad impacts of continuing professional development: a scoping review. *Med Educ* 2019;53:1087–99.
15. Hetemäki I. Saastamoinen laatu näkyy hoidon laadussa. *Suom Lääkäril* 2020;75:28–9.
16. McGaghie WC, Barsuk JH, Wayne DB, ym. Powerful medical education improves health care quality and return on investment. *Med Teach* 2024;46:46–58.
17. Hetemäki I. Koulutuksen laatu näkyy hoidon laadussa. *Suom Lääkäril* 2021;76:1895–900.

PANU KIVIRANTA, LT, lastentautien erikoislääkäri, koulutuspäällikkö
Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

TEUVO ANTIKAINEN, LT, dosentti, kirurgian erikoislääkäri, arviointi- ja kehittäjäylilääkäri
Keski-Suomen hyvinvointialue

IIVO HETEMÄKI, LT, erikoistuva lääkäri
HUS ja Helsingin yliopisto

JUSSI MERENMIES, LT, dosentti, lääketieteen koulutusohjelman johtaja, kliininen opettaja
Helsingin yliopisto ja HUS, Uusi lastensairaala

LEILA NIEMI-MUROLA, LT, dosentti, MME (master of medical education), vanhempi kliininen opettaja, valtakunnallinen koordinaattori
Clinicum, Helsingin yliopisto, leikkaussalit ja tehohoito, HUS

JOHANNA TOLONEN-TAPIO, LL, terveydenhuollon sekä yleislääketieteen erikoislääkäri, EMBA, päätoimittaja
Oppiportti, Kustannus Oy Duodecim

JUHA PEKKA TURUNEN, LT, patologian erikoislääkäri, Health eMBA, pääsihteeri
Syöpäjärjestöt

MARJUKKA MÄKELÄ, emeritaprofessori, LKT, M.Sc

VASTUUTOIMITTAJA
Merja Laine

SIDONNAISUUDET

Panu Kiviranta: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (EMA Finland Oy, Metropolia Ammattikorkeakoulu Oy, Safety Factors Finland Oy Ltd, Pohjois-Savon Lääkäriliiton ry, Tampereen Lääkäriseura ry), ohjaajakoulutus (ERC:n Generic instructor course) ja simulaatio-ohjaajakurssit (EUSIM): EMA-group, Metropolia, Safety Factors Oy), luottamustoimet (2021–2024 hallituksen jäsen, varapuheenjohtaja, Suomen Perinatologinen Seura ry; 2021–2024 hallituksen jäsen, varapuheenjohtaja, simulaatiojoas (Suomen Perinatologisen Seuran alajaos); 2022– member of science and education committee (pediatric life support), European Resuscitation Council)

Teuvo Antikainen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim: AMEE 2017 ja 2020), luottamustoimet (PALKO, FinCCHTA, THL, NASCE/ UEMS), hankkeet (PALKO)

Iivo Hetemäki: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Terveytalo, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri), luottamustoimet (Duodecim, Nuori Lääkäri -yhdistys), muut sidonnaisuudet (Osgenic)

Jussi Merenmies: Luottamustoimet (Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta (TANK, STM:n alainen), Duodecim), hankkeet (MEDigi-työn johtoryhmä)

Leila Niemi-Murola: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (DiaK), luottamustoimet (Lääkäripäivien ohjelmatoimikunnan puheenjohtaja 2014–2021; ESAIC eLearning Committee, puheenjohtaja 2018–21; AMEE Postgraduate Committee, jäsen), hankkeet (Sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutuksen kehittäminen -hanke), muut sidonnaisuudet (Taitoni.fi, hallituksen jäsen)

Johanna Tulonen-Tapio: Ei sidonnaisuuksia

Juha Pekka Turunen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Lääkäriliitto), luottamustoimet (Nordisk Cancer Union, presidentti 2022–2023; European Cancer League, hallituksen jäsen 2023–)

Marjukka Mäkelä: Apuraha (Summary Oy)