

Lääkärien ammattitaito ja sen valvonta sekä täydennyskoulutus

Satu Räsänen

Pro gradu -tutkielma

Kasvatustieteiden laitos

Turun yliopisto

Huhtikuu 2017

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä

TURUN YLIOPISTO

Kasvatustieteiden laitos / Kasvatustieteellinen tiedekunta

RÄSÄNEN, SATU

**Lääkärien ammattitaito ja sen valvonta sekä
täydennyskoulutus**

Pro gradu -tutkielma, 123 s.

Kasvatussosiologia ja -politiikka

Huhtikuu 2017

Lääkärien täydennyskoulutusvelvollisuudesta säädetään Euroopan Parlamentin ja Neuvoston direktiivissä 2005/36/EY. Lääkäriin työ voidaan nähdä koostuvan kokonaisuudesta, lääkäriydestä, mutta arvioitaessa täydennyskoulutuksen tarvetta, on ammattitaito jaettava osiin, joita voidaan käsitellä yhdessä tai erikseen. Analysoin fenomenografisesti miten sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomainen, Valvira, käsitteellistää lääkäriin ammattitaidon silloin, kun virasto turvaamistoimenpiteenä ammattitaidon puutteiden perusteella rajoittaa lääkäriin ammattioikeutta tai poistaa sen. Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan valvontapäätöksissä esitetyt lääkäriin ammattitoiminnan puutteet tiivistyivät viiteen kategoriaan, jotka olivat 1) puutteet lääketieteellisessä asiantuntijuudessa, 2) kielitaidon puutteet ja vuorovaikutusongelmat, 3) uuden tiedon tai taidon oppimiseen liittyvät ongelmat, 4) kulttuuriset ongelmat ja 5) lääkäriin henkilökohtaiseen elämään liittyvät ongelmat. Lääkäriin ammattitaidon puutteet kietoutuivat eri kategorioiden muodostamien puutteiden kautta kokonaisuudeksi, joista oli ajoittain vaikea selvittää, missä ammattitaidon osa-alueessa lääkäriin ensisijaisesti oli puutetta. Päätöksissä korostui lääkäriin työn keskeisen osa-alueen eli lääketieteellisen ammattitaidon, mutta myös kielitaidon, puutteet. Eri yhteyksissä on esitetty näkemyksiä lääkäriin ammattioikeudesta pysyvänä ominaisuutena, joka saavutetaan lääkäriin perusopintojen aikana. Tämän opinnäytetyö ei tukenut tätä väitettä, päinvastoin, alleviivasi lääkäriin ammattioikeuksien valvonnan merkitystä tärkeänä osana potilasturvallisuuden varmistamista.

Asiasanat: lääkäri, täydennyskoulutus, ammattitaito, ammattitoiminta, valvonta, fenomenografia

Sisällysluettelo

I Tutkimuksen konteksti ja tutkimuskysymykset	1
II Lääkärien ammattitoiminta ja sen valvonta	8
1. Ammattina lääkäri	8
1.1. Lääkäri on professiona erityinen	8
1.2. Lääkärien kansainvälinen liikkuvuus	14
1.3. Lääkäriin ammattitaidon osa-alueet	16
2. Lääkäriin ammattitoiminta ja sen valvonta	22
2.1. Lääkäriin rooli potilasturvallisuudessa ja hoidon laadussa	22
2.2. Potilaan valinnanvapaus haastaa lääkäriin ammattitaidon	26
2.3. Terveystieteiden kokeelliset hoidot, ns. vaihtoehtohoidot ja täydentävät hoidot	29
2.4. Lääkäriin ammattitoiminnan valvonta	30
2.5. Lääkäriin ammattitaidon selvittäminen	37
2.6. Valvontaviranomaisten määräämät turvaamistoimenpiteet	41
2.7. Terveystieteiden valvonnan kehittäminen	47
3. Lääkäriin täydennyskoulutus ja muu ammatillinen kehittyminen	48
3.1. Koulutuspolitiikan ohjausmenetelmät	48
3.2. Lääkäriin täydennyskoulutukseen osallistuminen	52
3.3. Lääkäriin täydennyskoulutuksen vaikuttavuuden parantaminen	55
3.4. Lääkäriin ammattioikeuden määräaikaisuus	64
3.5. Lääkäriin täydennyskoulutusvelvoitteen toteutumisen todentaminen	68
3.6. Pro Medicon sähköinen omavalvontatyökalu www.Taitoni.fi	71
3.7. Lääkäriin täydennyskoulutusvelvoitteen valvonta jatkossa	72
III Lääkäriin ammattitaitoon liittyvien valvontapäätösten analysointi	74
1. Tutkimusaineiston kuvaus	76
2. Fenomenografinen kategorisointi	78
3. Lääkäriin ammattitaidon puutteiden osa-alueet	80
3.1. Puutteet lääketieteellisessä asiantuntijuudessa	81
3.2. Puutteet kielitaidossa sekä vuorovaikutusongelmat	85
3.3. Uuden tiedon tai taidon oppimiseen liittyvät ongelmat	90
3.4. Kulttuuriset ongelmat	92
3.5. Lääkäriin henkilökohtaiseen elämään liittyvät ongelmat	94
4. Tarkastelussa menetelmät ja tulokset	96
4.1. Vastasiko fenomenografinen kategorisointi tutkimuskysymyksiin?	96
4.2. Valviran tietojärjestelmän rajoitteet	98
4.3. Kuinka luotettavasti menetelmä tiivistä ja kuvaasi aineiston?	99
IV Johtopäätökset ja ehdotuksia jatkotoimenpiteiksi	102
LÄHTEET	109

KUVIOT JA TAULUKOT

KUVIO 1.	Potilaan luottamus lääkäriin muodostuu lääkäriprofession, autonomian ja kollegiaalisuuden kautta	13
KUVIO 2.	CanMEDS-kaavio lääkärin ammattitaidon osa-alueista	17
KUVIO 3.	Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan vuosina 2009 - 2015 tekemät päätökset	43
KUVIO 4.	Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan tekemät lääkärin ammattioikeuksien turvaamistoimenpiteet vuosina 2002 – 2015	41
KUVIO 5.	1.1.2016 voimassa olleiden lääkärin ikään (ikä turvaamistoimenpiteen määräys hetkellä) suhteutettujen lääkärin ammattioikeuksien turvaamistoimenpiteet (poistot ja rajoitukset)	45
KUVIO 6.	1.1.2016 turvaamistoimenpiteen kohteena olleiden lääkärin osuus (%) ikäluokan elossa olevien lääkärin kokonaismäärästä	46
KUVIO 7.	Lääkärin täydennyskoulutusvelvoitteen sitovuus EU- ja ETA-maissa	65
KUVIO 8.	Lääkärille täydennyskoulutusvelvoitteen laiminlyönnistä Potilaan luottamus lääkäriin muodostuu lääkäriprofession, autonomian ja kollegiaalisuuden kautta	65
KUVIO 9.	Lääkärin täydennyskoulutusvelvoitteen seurannasta vastaava taho EU- ja ETA-maissa	67

TAULUKKO 1. Lääkärien täydennyskoulutuksen vaikuttavuuden eri tasot 56

TAULUKKO 2. Valviran ja aluehallintovirastojen vireille ottamat lääkärin ammattitaidon valvontaan liittyvät valvontatapaukset vuosina 2011 – 2015 75

I Tutkimuksen konteksti ja tutkimuskysymykset

Euroopan Parlamentin ja Neuvoston direktiivi (2005/36/EY) ammattipätevyiden tunnustamisesta Euroopan unionin (EU) jäsenvaltioiden alueella (jäljempänä ammattipätevyysdirektiivi) säätelee muun muassa EU-jäsenvaltioiden alueella toimivien terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista täydennyskoulutusta. Ammattipätevyysdirektiivi (artikla 22 b) velvoittaa jäsenmaita omin menettelyin varmistamaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöt, esimerkiksi lääkärit, erikoislääkärit, hammaslääkärit ja erikoishammaslääkärit, ylläpitävät ammattitaitoaan ja tietojaan sekä pätevyyttään harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja tehokkaasti sekä seuraavat omaa ammatillista kehittymistään. Lisäksi artikla 22 b edellyttää, että kukin jäsenmaa raportoi Euroopan komissiolle viimeistään 18.1.2016 niistä menettelyistä, joita jäsenmaa toteuttaa varmistukseensa terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillisen kehittymisen veloitteen. Edellä kuvatut veloitteet liitettiin Suomen lainsäädäntöön terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettuun lakiin (559/1994, jäljempänä ammattihenkilölaki) vuonna 2015 tehdyllä muutoksella (1659/2015), joka tuli voimaan 1.1.2016. Ammattipätevyysdirektiivin vaatimukset kirjattiin ammattihenkilölain 18 §:ään seuraavasti:

Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Terveydenhuollon ammattihenkilön työnantajan tulee seurata terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista kehittymistä ja luoda edellytykset sille, että terveydenhuollon ammattihenkilö voi osallistumalla tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen ja muilla ammatillisen kehittymisen menetelmillä ylläpitää ja kehittää tietojaan ja taitojaan voidakseen harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti.

Lääkärien täydennyskoulutustarve liittyy lääketieteen jatkuvaan kehittymiseen (ammattipätevyysdirektiivi 2005/36/EY johdanto-osa 39). Jo Suomen Lääkäriliiton ensimmäinen puheenjohtaja Max Oker-Blom (1911) kirjoitti 1900-luvun alussa Lääkärintoimi ja sen etiikka-kirjassaan, että

Voidakseen taitoansa harjoittaessaan palvella avun tarvitsijaa tieteen kehityskannan mukaisesti tulee lääkärin välttämättömästi ei ainoastaan opintoajallaan omistaa itselleen kaikki tarjolla oleva käytöllinen medisiininen tieto ja taito, vaan myöskin laillistetuksi tultuaan lääkärintoimintansa ohessa seurata tietensä kehitystä ja – pitäen huolta omasta jatkuvasta kehityksestään – yhä edelleen hyväkseen käyttää sen yhä uusia saavutuksia ja kokemuksia. Käytöllisen lääkärinkin tulee siis tavallansa pysyä tieteenharjoittajana ja pitää lääkärinuransa jatkuvana koulunkäyntinä, jossa aina voi oppia jotakin ammattiharjoitukselle uutta kärsivän ihmisen hyväksi (Oker-Blom 1911, 41-42).

Lääkärien täydennyskoulutusvelvoite ei siis sinänsä ole Suomessa uutta. Kansallisen terveyshankkeen (sosiaali- ja terveysministeriö 2002) täydennyskoulutusta koskevassa osahankkeessa valmisteltiin kansanterveyslakiin (66/1972) ja erikoissairaanhoidolakiin (1062/1989) täydennyskoulutusta koskevat säännökset sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003, kumottu kansanterveyslain 1327/2010 ja erikoissairaanhoidolain 1328/2010 muutoksilla). Säädosmuutokset tulivat voimaan vuoden 2004 alussa. Kansanterveyslain 41 §:ään (66/1972) ja erikoissairaanhoidolain 10 §:ään (1062/1989) lisättyjen säännösten mukaan terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tuli huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistui riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (1194/2003, 2 – 3 §:t) terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta koski puolestaan koulutuksen sisältöä, laatua, määrää, järjestämistä, seurantaa ja arviointia, mutta siinä ei, kuten ei nykysäädöksissäkään, määritelty täydennyskoulutuksen sisältöä yksityiskohtaisesti, vaan asetuksen mukaan koulutustarve perustui väestön terveystarpeisiin, muuttuviin hoitokäytäntöihin ja koulutustarpeiden arviointiin. Myös ammattihenkilölaissa (559/1994) oli jo 20 vuotta sitten vaatimus, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden on pyrittävä jatkuvasti täydentämään omaa ammattitaitoaan. Lain viimeisimmällä muutoksella vuonna 2015 (ammattihenkilölaki 1659/2015, 18 §) lisättiin asiaa koskeva raportointivaatimus Euroopan komissiolle.

Ammattipätevyysdirektiivin tai kansallisen lain sanamuodot eivät määrittele täydennyskoulutuksen todentamismuotoa eivätkä raportoinnin määrämuotoa. EU-jäsenmaissa ammattipätevyysdirektiiviä on tulkittu vaihtelevasti. Euroopan komission (European Commission 2013) teettämän selvityksen mukaan useissa jäsenmaissa täydennyskoulutus ja sen systemaattinen todentaminen ovat edellytys lääkärin ammattioikeuden säilyttämiselle (ns. revalidointi) määrävuosien jälkeen tai tietyn iän ylittäneiden osalta. Eräissä maissa, kuten Suomessa ja Ruotsissa, todentaminen tapahtuu epäsystemaattisesti lähinnä työnantajan toimesta kehityskeskusteluiden yhteydessä. Kansainvälisesti tarkasteltuna Suomi ja Ruotsi ovat kuitenkin poikkeuksia, koska useissa kehittyneissä maissa, muun muassa merkittävässä osassa EU:n jäsenmaita sekä Yhdysvalloissa ja Kanadassa, lääkärin täydennyskoulutusvelvollisuuden toteutumista seurataan systemaattisesti (European Commission 2013). Eurooppalaisesta paineesta huolimatta Suomessa ei ole tehty päätöstä eikä vielä laajasti keskusteltu kenen velvollisuus täydennyskoulutuksen seuranta ja siihen osallistumisen ja sen tuloksellisuuden valvonta olisi (Turunen 2014, 661). Mahdollisuuksina voidaan kansainvälisten mallien mukaisesti esittää viranomaisvalvontaa, profession tekemää valvontaa (käytännössä työnantaja/palvelun tuottaja Suomen Lääkäriliitto, tai lääkäriseurat ja -yhdistykset) tai lääkärin itsensä tekemään seurantaa (omavalvonta) osana oman ammattiuran suunnittelua ja johtamista. Täydennyskoulutuksen toteutumisen omavalvontaa helpottamaan on jo kehitetty sähköisiä työkaluja, kuten Lääkärien ammatillisen kehittymisen tuki ry:n (Pro Medico) luoma Taitoni.fi.

Termillä ”relisensointi” (eng. re-licencing) tarkoitetaan yleensä lääkärin peruskoulutuksen perusteella annetun ammattioikeuden uusimista ja termillä ”resertifikaatio” (eng. re-certification) puolestaan tarkoitetaan yleensä erikoislääkärin ammattioikeuden määräaikaista vahvistamista. ”Revalidointi” (eng. revalidation) termi kattaa kaikki menetelmät, joilla varmistetaan lääkärin pätevyys. (ks. esim. Halila 2012.) Tässä opinnäytetyössä termejä käytetään edellä kuvatussa merkityksessä. EU:n toimielimet eivät toistaiseksi ole säätäneet yleiseurooppalaisesta relisensoinnista eikä resertifioinnista. On todennäköistä, että EU:n säädösvalmistelussa ja siihen liittyvässä päätöksenteossa arvioidaan jäsenmaista tulevia signaaleja laajasti. On kuitenkin selvää, että pakollisen täydennyskoulutuksen ja siihen liittyvän lääkärin ammattioikeuden uudelleen myöntämisen laajentuessa yhä useampiin jäsenmaihiin, paineet ammattipätevyysdirektiivin muuttamiseen tältä osin kasvavat.

Täydennyskoulutusvelvoitteen systemaattista todentamista puoltaa moni seikka, eikä vähiten potilasturvallisuus, hoidon laatu ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjien etu sekä lääketieteen nopea kehitys. Potilasturvallisuus on vahvasti EU:n agendalla. Vuonna 2009 Euroopan Neuvosto (2009) julkaisi ns. potilasturvallisuuspaketin (eng. A patient safety package). EU:n keskeinen viesti on, että potilasturvallisuus tulisi sisällyttää systemaattisesti terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutukseen kaikilla tasoilla (Euroopan komissio 2012, 6).

Varovasti yleistäen voidaan todeta, että maissa, jossa potilaan valinnanvapaus terveydenhuollon palveluiden suhteen on suuri, kuten anglosaksissa maissa, on lääkärin ammattioikeuden määräaikaisuus yleistä ja ammattioikeuden uusimiseen pääsääntöisesti kuuluu lääkärin täydennyskoulutusvelvollisuuden todentaminen (European Commission 2013). Suomessa on parhaillaan meneillään maailmanlaajuisestikin merkittävä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus, jossa terveydenhuollon palveluiden järjestämistapa muuttuu ja samalla potilaiden valinnanvapautta lisätään (Ratkaisujen Suomi 2015; luonnos hallituksen esitykseksi eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi). Terveydenhuollon palvelut eivät ole tavallisia kulutuspalveluita, koska kyse on asiakkaan (potilaan) terveydestä ja laajemmin hyvinvoinnista eikä terveys- ja hyvinvointipalveluihin liittyvää valintaa siten voida kaikilta osin rinnastaa tavallisten kuluttajapalveluiden valintaan. Palvelujärjestelmässä tapahtuvan muutoksen sekä asiakkaiden valinnanvapauden lisääntymisen kautta potilaan valinnan tueksi tarvitaan enemmän tietoa myös hoitavan lääkärin ammattitaidosta, muun muassa täydennyskoulutuksesta sekä sen valvonnasta.

Myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisääntyvä kansainvälinen liikkuvuus aiheuttaa paineita lääkärin täydennyskoulutukselle ja sen todentamiselle. EU:n ammattitutkintoja koskevan lainsäädännön (ammattipätevyysdirektiivi 2005/36/EY) peruseriaatteena on, että henkilö, joka on pätevä harjoittamaan ammattiaan jossakin EU:n jäsenvaltiossa, on pätevä harjoittamaan sitä muissakin EU:n jäsenvaltioissa. Ottamatta kantaa, onko Suomeen muuttaneiden ja Suomessa lääkärin tointa harjoittavien ulkomailla tutkintonsa suorittaneiden lääkärin koulutus lähtömaassa parempaa tai huonompaa kuin Suomessa, on selvää, että se joiltain osin merkittävästi eroaa. Kielitaito-ongelmien ohella palvelujärjestelmien erot ja lainsäädäntöön liittyvä kysymykset, esimerkiksi se, millaisia laissa säädettyjä velvollisuuksia lääkärillä on Suomessa, ja

millainen hoitokulttuuri tai potilastietojärjestelmät Suomessa ovat ja mitkä ovat suomalaiset kansantaudit, saattavat aiheuttaa potilasturvallisuusriskin tai riskejä laadukkaan hoidon toteutumiseksi ulkomailla valmistuneen lääkärin hoidossa (Haukilahti, Virjo & Mattila 2012a; Harden 2006). Lisäksi monet kulttuuriset kysymykset vaikuttavat myös lääkärin ja potilaan kohtaamiseen, sairauksien diagnostiikkaan ja hoitoon.

Lääkärikunta, kuten monet muutkin akateemisesti koulutetut ammattihenkilöryhmät, pääsääntöisesti pitävät varsin hyvin huolta ammattitaidostaan jatko- ja täydennyskoulutuksen avulla. Tilanne, jossa lääkäri ei jatkuvasti ylläpidä ammattitaitoaan, voi aiheuttaa sen, että potilas jää vaille hyvää hoitoa tai jopa tilanteita, joissa potilasturvallisuus vaarantuu vakavasti. Potilasturvallisuutta varmistetaan sekä terveydenhuollon omavalvonnalla että viranomaisvalvonnalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisia ovat Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja kuusi aluehallintovirastoa. Valvira myöntää lääkäreille oikeuden toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä, ylläpitää terveydenhuollon ammattihenkilörekisteriä (Terhikki ja sen julkinen verkkopalvelin JulkiTerhikki) Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) myöntää lääkäreille oikeuden toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä, ylläpitää terveydenhuollon ammattihenkilörekisteriä (Terhikki ja sen julkinen osuus JulkiTerhikki) ja valvoo valtakunnallisesti lääkärin ammattitoimintaa sekä yksityisessä että julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valvira arvioi selvitettävänä olevissa terveydenhuollon valvonta-asioissa sitä, onko lääkäri hoitanut potilasta asianmukaisesti, lainsäädäntöä noudattaen ja potilasturvallisuutta vaarantamatta. Valviran tekemän lääkärin valvonnan tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Valvonnasta säädetään ammattihenkilölaissa (559/1994). Valvira ohjaa ja valvoo valtakunnallisesti terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja aluehallintovirastot puolestaan ohjaavat ja valvovat terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa omalla toimialueellaan (ammattihenkilölaki 559/1994, 24 § 2 mom; laki aluehallintovirastoista 896/2009, 6 §). Ammattihenkilölain (559/1994, 26 §) perusteella Valvira voi muun muassa rajoittaa laillistetun lääkärin ammatinharjoittamisoikeutta tai poistaa sen, kieltää lääkärin käyttämästä lääkärin ammattinimikettä tai peruuttaa luvan saaneen lääkärin ammatinharjoittamisoikeuden esimerkiksi silloin, jos ammattihenkilö suorittaa sellaisia tehtäviä, joihin hänen koulutustaan tai ammattitaitoaan on pidettävä riittämättömänä tai

hänen toimintamahdollisuuksiaan muuten rajoitettuina. Valvira voi päättää näistä toimenpiteistä myös silloin, kun lääkäri on sairauden, päihteiden väärinkäytön, heikentyneen toimintakyvyn tai muun vastaavan syyn perusteella tai muulla tavoin perustellusti todetun ammattitaidottomuuden vuoksi kykenemätön toimimaan lääkärinä. (ammattihenkilölaki 1994/559; laki Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirastosta 669/2008, jäljempänä Valvira-laki, 2 §.)

Lääkärin ammattitoimintaa tarkasteltaessa voidaan lääkärin osaamisen katsoa jakautuvan erilaisiin osaamisen alueisiin, joita lääkärin ammatiaan harjoittaessaan tulisi kehittää. Kansainvälisissä malleissa lääkärin osaamisen katsotaan yleensä koostuvan 6 – 8 osaamisalueesta, kuten lääketieteellisen tiedon hallinnasta, potilastyöstä, moniammatillisesta yhteistyöstä ja terveydenhuollon toimintaprosessien hallinnasta. Kanadalaisessa CanMEDS –kaaviossa (Frank 2005) lääkärin osaaminen on jaettu seitsemään osin päällekkäiseen rooliin (suluissa alkuperäinen CanMEDS-kaavion mukainen englanninkielinen termi), jotka ovat 1) lääketieteellinen osaaminen (medical expert), 2) professionalismi (professional), 3) vuorovaikutustaidot (communicator), 4) yhteistyötaitot (collaborator), 5) toiminnanohjaus (management), 6) terveyden edistäminen (health advocate) ja 7) uuden oppiminen (scholar). Tätä osa-aluejaottelua käytetään Suomessa muun muassa Pro Medicon kehittämässä verkkopohjaisessa ammatillisen kehittymisen seurannan sovelluksessa, Taitoni.fi -palvelussa, lääkärin ammatillista kehittymisen osa-aluejaon pohjana (Litmanen, Ruskoaho, Vänskä & Patja 2011; Patja & Litmanen 2010; Pro Medico).

Ydinkäsitteenä opinnäytetyössäni on täydennyskoulutus ja ammatillinen kehittyminen. Täydennyskoulutus-termillä viitataan usein, erityisesti puhekielessä, suppeasti luento- tai seminaarityyppiseen formaaliin oppimistapahtumaan. Tässä opinnäytetyössä täydennyskoulutuksella tarkoitetaan ammatillista kehittymistä laajalla mielessä ja siihen sisältyy tässä yhteydessä myös epäformaalit oppimistapahtumat ja täydennyskoulutuksen eri muodot, esimerkiksi kollegojen väliset palautteen antotilaisuudet, simulaatiokoulutusta ja työnohjaus sekä jatkuva oppiminen potilastyöstä (ks. tarkemmin esim. Siljander 2005). Esittelen opinnäytetyössäni suomalaista lääkärin ja erikoislääkärin ammattitoiminnan valvontaa, lääkärin ammatillista kehittymistä ja vaihtoehtoja säädöksiensä edellyttämän täydennyskoulutusvelvoitteen todentamiseksi. Pohdin myös, miten täydennyskoulutusta voitaisiin kehittää vastaamaan paremmin

lääkärien täydennyskoulutustarpeita ja -kysyntää sekä hoidon laadun kehittämisen ja potilasturvallisuuden haasteita. Analysoin opinnäytetyötäni varten Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan valvontapäätökset, joiden ensisijaisena ammattiryhmäkohteena olivat lääkärit ja hammaslääkärit (ml. erikoistuneet), ja joissa pääasiallinen tai toissijainen peruste valvontapäätöksessä on todettu puutteellisuus lääkärin ammattitaidossa. Tutkittavat valvontapäätökset ovat Valviran perustamisesta lähtien ajanjaksolta 1.1.2009 – 31.12.2016.

Käytän aineiston analysoinnissa fenomenografista kategorisointia (Marton 1981; ks. myös esim. Huusko & Paloniemi 2006). Aineiston laadullisella analysoinnilla selvitan, miten valvontaviranomainen käsitteellistää lääkärin ja hammaslääkärien ammattitaidottomuuden niissä terveydenhuollon valvonta-asioissa, joissa epäillään lääkärin ammattitaidon puutetta. Vertaan luokiteltua aineistoa CanMEDS-kaavion (Frank 2005) mukaiseen lääkärin ammattitaidon viitekehukseen. Lisäksi aineiston analysoinnilla pyrin vastaamaan kysymykseen, olisiko järjestelmällä, jossa lääkärin ammattioikeus määräajoin uusittaisiin ja johon kuuluisi täydennyskoulutusveloitteen todentaminen, voitu estää kyseisten valvonta-asian syntyminen. Aineiston avulla luon kuvan lääkärin ammatillisen kehittämisen ja sen valvonnan tarpeista sekä tuotan aineistoa siihen liittyvän mahdollisen lainsäädännön ja ohjeistuksen valmisteluun. Rajaudun opinnäytetyössäni lääkärin ja hammaslääkärien ammatillisen kehittymisen valvontaan, vaikka monilta osin esitettyä voidaan soveltaa laajemmin muihin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöihin.

Opinnäytetyöni empiiriset tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Millä tietojen ja taitojen osa-alueilla ammattitoiminnan puutteet ovat Valviran käsitteellistämänä silloin, kun viraston sosiaali- ja terveydenhuollon valvontalautakunta on rajoittanut lääkärin tai hammaslääkärien ammattioikeuksia?
- Miten kanadalaisen CanMEDS:n eli myös suomalaisen www.Taitoni.fi - verkkosivuston ammattitaidon seitsemän osa-alueen viitekehys soveltuu Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon valvontalautakunnan valvontapäätöksissään esittämiin ammattitoiminnan puutteiden kuvaamiseen ja arviointiin?

- Olisiko lääkärin tai hammaslääkärin relisensointi / resertifointi –järjestelmällä ja siihen liittyvällä täydennyskoulutusvelvoitteen todentamisen seurannalla pystytty estämään analysoitujen valvonta-asioiden syntyminen?

II Lääkärien ammattitoiminta ja sen valvonta

1. Ammattina lääkäri

1.1. Lääkäri on professiona erityinen

Puhekielessä professiolla tarkoitetaan usein vahvaa ja arvostettua ammattia. Sosiologisessa mielessä professiolla tarkoitetaan Cruessin, Johnstonin ja Cruessin (2002) mukaan ammattia, jossa tarvitaan teoreettiseen tietoon pohjautuvia taitoja, koulutusta ja harjoitusta sekä näiden osoittamista tutkinnolla. Profession määritelmä sisältää ajatuksen yhteiskunnan ja ammattikunnan sopimuksesta, jossa ammattihenkilö sitoutuu palvelemaan yhteiskuntaan tavalla, joka ylittää tavallisen työntekijän tekemän työpanoksen (Cruess ym. 2002, 208-209). Lääkäriin osalta tämä näyttäytyy roolina, joka toteutuu vapaa-ajallakin kiireellisen avun antamisessa esimerkiksi onnettomuuksien sattuessa (ammattihenkilölaki 559/1994, 15 §; Hakasalo 2010, 1550). Lääkäriin profesioasemaa ylläpitää Suomessa muun muassa se, että edellytys lääkäriin toimimiseksi on Valviran hakemuksesta myöntämä ammattioikeus toimia laillistettuna lääkäriin (ns. laillistus). Lisäksi yhteiskunta (käytännössä Valvira) ylläpitää ammattihenkilörekisteriä (Terhikki) julkisine tietopalveluineen (ns. JulkiTerhikki) ja valvoo lääkärin ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitoimintaa. Vaikka viranomaisen näkökulmasta laillistamisen keskeisenä perustana on potilasturvallisuus, laillistamisjärjestelmä ylläpitää lääkäriprofession erityisyyttä, ja laillistamisjärjestelmä myös erottaa monet terveydenhuollon ammattihenkilöt ammatillisista.

Suomessa on yli 20 000 työikäistä lääkäriä työhön osallistumisasteen ollessa 90 % (Parmanne, Vänskä & Halila 2014, 1812). Rakennusaineet lääkäriin ammatilliselle kasvulle ja identiteetille saadaan jo tiiviin kurssimuotoisen opiskeluiden aikana, mutta varsinainen ammatti-identiteetti rakentuu yleensä vasta työelämässä. Lääkärien koulutusmäärien määrittäminen on osa koulutuspoliittista päätöksentekoa.

Päätöksenteossa huomioidaan väestön terveydenhuollon palvelutarve, talouspolitiikka sekä myös aluepolitiikka. Lääkäreitä koulutetaan Helsingin, Turun, Tampereen, Oulun ja Itä-Suomen yliopistossa. Aloituspaiikkoja on lisätty viime vuosina vuosittain. Vuonna 2014 otettiin uusia opiskelijoita 696 (Suomen Lääkäriliitto 2015, 13, 15), ja aloituspaiikkojen määrä on samaa suuruusluokkaan myös tulevina vuosina (opetus- ja kulttuuriministeriö 2012, 72-73). Lääketieteellinen koulutus on perinteisesti jaettu peruskoulutukseen, erikoislääkärikoulutukseen sekä täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutusta ei kuitenkaan voida täysin erottaa erikoistumiskoulutuksesta, koska osittain peruskoulutussisältöjen täydennyskoulutusta tapahtuu jo erikoistumiskoulutuksen aikana.

Ammattikunnan kehityshalukkuutta kuvaa muun muassa se, että yli 60 % on suorittanut erikoislääkärin jatkotutkinnon (Suomen Lääkäriliitto 2015, 23, 26) ja myös tulevaisuudessa lääkärit lähes poikkeuksetta aikovat hankkia erikoislääkärin pätevyyden (sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 35). Perus- ja erikoistumiskoulutuksen aikana luodaan motivaatio ja käytäntö jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen. Lääketieteen nopean kehittymisen seuranta edellyttää kehitysmuutosten ohella jatkuvaa koulutusta (Launonen, Sorvali & Toivonen 2006, 162-163; ammattipätevyysdirektiivi 2005/36/EY johdanto-osa 39). Mitä esimerkiksi lääkehoidon kehitykseen tulee, Suomessa on lääkkeiden tukkumyyntitietoihin perustuen arvioitu, että vuosina 1995 – 2007 myyntiin tuli vuosittain keskimäärin 36 uutta lääkeainetta (Jormanainen, Kaila & Mäntyranta 2008). Tuoreempaa selvitystä asiasta ei ole, mutta lääkevalmisteluettelo Pharmaca Fennican vuoden 2016 (Lääketietokeskus 2016) painos sisälsi 29 sellaista lääkeainetta, joita ei ollut vuoden 2015 painoksessa.

Lääkärin työtä leimaa vaativa tieteellinen koulutus ja ammatinharjoittamiseen liittyvä eettisten arvojen pohja sekä toisiinsa kietoutuneet valta, autonomia ja vastuu (Saarinen 2010, 24). Suomessa vain lääkäriellä on oikeus tehdä potilaalle diagnoosi (taudinmääritys) ja määrittää diagnoosiin perustuvat hoitotoimenpiteet (ammattihenkilölaki 559/1994, 22 §). Potilaan hoito ja siihen liittyvä päätöksenteko tapahtuu aina yhteistyössä potilaan kanssa, mutta lääkäri vastaa hoitopäätöksistä. Lääketieteelliseen valtaan ja hallintaan liittyy potilaskontaktissa usein myös tietynlainen kielenkäytön tapa, lääketieteellinen terminologia, jonka hallitseminen ja käyttäminen korostavat lääkäriä asema suhteessa potilaaseen. Julkisessa keskustelussa lääkärien lääketieteellinen asiantuntijuus puolestaan

johtaa usein keskustelussa ”potilaan parhaaksi” ja ”yleisen hyvän nimissä” kaltaisiin perusteisiin (Saarinen 2010, 23, 59, 107, 131), jotka ovat lääkärin nauttiman arvostuksen takia vaikeasti vasta-argumentoitavissa ja siten lääkärin valtaa vahvistavia. Lääkärit käyttävät työssään myös julkista valtaa (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2009) muun muassa päättäessään tahdosta riippumattomista hoitotoimenpiteistä, esimerkiksi silloin, potilaan omia hoitoa koskevia toiveita ei voida noudattaa, on lääkärin velvollisuutena hoitaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. Kyseisiä tilanteita voivat olla esimerkiksi tajuttomuus, sekavuus ja vakavat mielenterveyden häiriöt, kuten psykoosit. Lääkärit myös kirjoittavat todistuksia ja lausuntoja, joilla voi olla keskeinen merkitys esimerkiksi potilaan ammatinvalinnalle ja toimeentuloturvalle.

Terveystieteiden sektorilla lääkärit ovat keskeisin toimijaryhmä, mitä tulee hoidossa käytettävään vastuuseen ja valtaan. Heidän valta-asemansa perustuu lääketieteelliseen asiantuntijuuteen, mikä on paitsi kliinisen potilastyön kautta saatua lääketieteellistä tietoa ja valtaa, myös terveysjohtajuuden kautta tullutta valtaa ja vastuuta. Saarinen (2010) on väitöskirjassaan analysoinut sekä laadullisin että määrällisin menetelmin Suomen Lääkäriliiton ja yksittäisten lääkärin suhdetta terveyspolitiikkaan. Väitöskirja-aineisto liittyy paljolti Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmän 1990-luvun laman myötä alkaneeseen markkinoistumiseen, joka jatkuu yhä hallitusohjelman (Ratkaisujen Suomi 2015) mukaisesti erilaisten rajoittavien rakenteiden ja normien purkuna sekä uudelleen järjestämisestä. Saarinen (2010, 241) mainitsee markkinoistumisen mahdollisuutena lisätä lääkäriprofession autonomiaa työaikajoustojen kautta, mutta vähentävän sitä tuottavuuden lisäämisen vaatimusten kautta. Lääkäriprofession valtaa uhkaavat yhä enenevässä määrin myös yleinen koulutustason nousu ja lääketieteen popularisointi ja potilaiden tietämyksen kasvu esimerkiksi internetin myötä. Lääkärin työtä leimaa vallan ja vastuu ohella autonomia, joka on saavutettu sektorin toimintaa ohjaavien eri säädösten kautta.

Vallan, vastuun ja autonomian käänköpuolena voi tietyissä tilanteissa olla lääkärin huono itsearviointikyky, ammatillinen ylimielisyys ja pyrkimys täydellisyyteen muun muassa osana virheitä pelkäämistä tai virheistä puhumattomuuden kulttuuria. Kyse voi olla lääkärin peruskoulutuksessa muodostuneesta ammatti-identiteetistä tai kyseessä voi olla lääketieteelliseen tiedekuntaan valikoituneen opiskelija-aineksen perusominaisuus. Pyrkimys virheettömyyteen toimintaan on hyve, mutta se voi tuoda mukanaan tietyissä

tilanteissa kielteisen kokemuksen omasta ammattipätevyydestä sekä riittämättömyyden tunteen omien ammatillisten tietojen ja taitojen suhteen. Terveystieteiden ammattihenkilöillä ei ole suhteessa muihin ammattiryhmiin erityistä taipumusta työuupumukseen, joskin jossakin tutkimuksissa naislääkärien suurentunut riski työuupumuksesta on havaittu (Henriksson & Lönnqvist 2011, 265). Lääkäriin osaamisen vaikutuksia työhyvinvointiin tai vastaavasti osaamattomuuden kokemuksen suhdetta työpahoinvointiin ei ole laadullisesti tutkittu. Lääkärien työhyvinvoinnista on olemassa kvantitatiivisia tutkimuksia, muun muassa Lääkäriin työolot ja terveys 2015 - kyselytutkimuksen tuloksia (Suomen Lääkäriliitto 2015). Kuormittavina tekijöinä tutkimuksessa nousivat esiin erityisesti toimimattomat tietojärjestelmät ja kiire, mutta eivät osaamattomuuden kokemukset. Laine (2015) korostaa laajaan kirjallisuuskatsaukseen perustuen, että pelkkä osaamisen tutkiminen ja sen erittely eivät sinänsä kerro työhyvinvoinnista, vaan työhyvinvoinnin tutkimus tulisi kohdentaa subjektiiviseen kokemukseen työhyvinvoinnista, jolloin voitaisiin todentaa eri tekijöiden myönteiset ja kielteiset vaikutukset työhyvinvointiin. Osaamisella on työhyvinvointivaikutuksia, mutta näyttäisi, että yhteys ei ole niin suoraviivainen kuin oletetaan (Laine 2015, 46).

Yksittäisten lääkärien valta kanavoituu erityisesti Suomen Lääkäriliiton kautta yhteiskunnalliseksi vaikuttamiseksi. Liitto on vahva toimija lääkärien työvoima- ja koulutuspolitiikassa sekä laajemmin koko terveystieteiden politiikassa. Toimintaympäristön muutokset aiheuttavat jatkuvasti sekä uhkia että mahdollisuuksia lääkäriprofessionille. Osana jäsenistönsä edunvalvontaa, mutta myös interventiot terveystieteiden politiikkaan, Suomen Lääkäriliitto teettää ja julkaisee jäsenistönsä keskuudessa tehtyjä tutkimuksia työoloista, muun muassa palkasta ja koulutuksesta. Liiton yksi keskeinen intressi on lääkärien koulutus, uusien lääketieteen opiskelijoiden lukumäärä sekä jo valmistuneiden lääkärien erikoistumisalat ja niiden koulutusmäärät. Koulutusmäärät ja sitä kautta lääkärien kysynnän ja tarjonnan tasapaino asemoivat, muiden tekijöiden ohella, lääkäriprofession työmarkkinoilla, palkkaneuvotteluissa sekä yhteiskunnallisessa vaikuttamisessa. Lääkärikuntaan liitetään usein voimakas kollegiaalisuus, joka näkyy muun muassa vahvana ammattiliittona, johon kuulutaan edunvalvonnan lisäksi yhteenkuuluvuuden vuoksi. Liitossa erilaiset liiton sisäiset ja yksittäisten lääkärien väliset intressit pystytään tehokkaasti yhteensovittamaan vaikuttavaksi yhteiskunnalliseksi toiminnaksi. Tehtävä edellyttää kompromisseja, sillä yksittäisten lääkärien ja eri aloilla toimivien

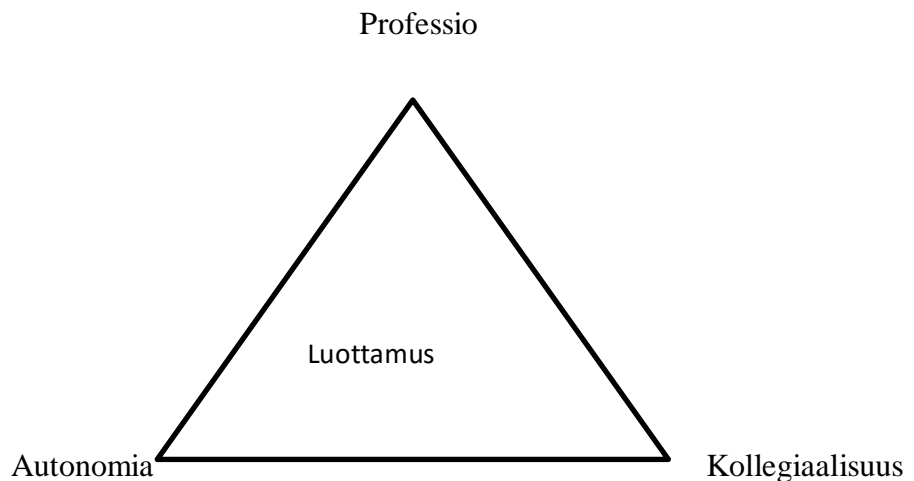
lääkäriryhmien identiteetit ja intressit voivat erota voimakkaasti, esimerkiksi perusterveydenhuollon hyvinvoinnin edistäjästä erikoissairaanhoidon tutkijaan. Saarisen (2010) väitöskirjatulosten mukaan Suomen Lääkäriliitto on kannoissaan sosiaaliturvasta ja terveydenhuoltojärjestelmästä selvästi radikaalimpi kuin yksittäiset lääkärit ovat keskimäärin.

Suomen Lääkäriliiton valtaa kuvaa hyvin se, että millään muulla vapaalla ammattikunnalla ei ole ollut samanlaisia mahdollisuuksia vaikuttaa koulutuspaikkojen lukumäärään ja sijoittumiseen eri yliopistoihin (Hakasalo 2010, 1550). Suomen Lääkäriliitto käyttää valtaansa myös muiden ammattiryhmien koulutukseen ja vaikuttaa siten heidän asemaansa työmarkkinoilla. Suomessa on perusterveydenhuollon hoidon saatavuutta pyritty parantamaan luomalla järjestelmä, jossa sairaanhoitajille on jatkokoulutuksen kautta annettu oikeus rajattuun lääkkeenmääräämiseen. Ratkaisuun on päädytty, sillä vaikka meillä on esimerkiksi moniin OECD-maihin (Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön, eng. The Organisation for Economic Co-operation and Development) verrattuna hoidon laatu monilla mittareilla mitattuna korkeatasoista (valtiovarainministeriö 2016, 14, 46, 64), on meillä perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä alueellisia ongelmia. Suomen Lääkäriliitolla on kuitenkin kielteinen kanta sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuteen ja sitä kautta sairaanhoitajien kehittyviin tehtävänkuviiin. Suomen Lääkäriliitto on esittänyt vaihtoehdoksi, että parempi järjestely olisi lääkärin tai apteekkien aseman vahvistaminen lääkemääräyksien voimassaolon jatkamisella kahteen vuoteen (huom. toteutui vuoden 2017 alussa) ja/tai käsikauppalääkkeinä myytävien lääkevalmisteiden listan laajentaminen. (Suomen Lääkäriliitto 2009.)

Termillä kollegiaalisuus viitataan usein puhekielessä virkaveljeyteen ja keskinäiseen ammatilliseen yhteistyöhön. Parhaimmillaan lääkärin kollegiaalisuus ilmenee yhteistyönä toisaalta potilaan parhaaksi ja toisaalta koko oman ammattikunnan parhaaksi. Osa kollegiaalisuutta on myös kollegoiden ammatillisen kehittymisen tukeminen ja mestari-kisälli –tyyppinen oppiminen toimintayksiköissä (Pelkonen 2016, 9). Asianmukaisessa kollegiaalisuudessa pidetään huolta siitä, että potilas saa ammattitaitoista hoitoa eli lääkäri tarvittaessa ohjaa potilaan sellaiselle kollegalle, joka osaaminen vastaa taudin tarkoituksenmukaista hoitoa. Lääkärin ammattikunnan sisäinen voimakas kollegiaalisuus voi kuitenkin tietyissä tilanteissa kääntyä myös professiota itseään vastaan. Tilanteissa, jossa potilasturvallisuus vaarantuu, on vahvastikin

kollegiaalisessa työyhteisössä arvioitava, onko kollegan toiminnassa kyse epätarkoituksenmukaiselta tuntuvasta rutiinista, yksittäisestä hoitopäätöksestä tai vakavimmillaan jopa ammattitaidon puutteesta. Jos lääkäri havaitsee tai epäilee, että toisen lääkärin diagnoosi, hoito tai muu menettely on ollut virheellinen, on hänen ilmoitettava havainnoistaan asiallisesti kyseiselle kollegalle ja huolehdittava potilaan asianmukaisesta informoinnista ja hoidosta. Sen sijaan jälkiviisaus ei ole oikeaa kollegiaalisuutta, vaan on arvioitava siten, että olisiko itse niillä tiedoilla, jotka kyseisellä hetkellä lääkäriellä on ollut käytettävissä, voinut päätyä potilaan hoidossa parempaan ratkaisuun. (Henriksson 2013; Suomen Lääkäriliitto 2013a).

Lääkäriprofession, kollegiaalisuuden ja autonomian voidaan ajatella muodostavan vuorovaikutuksessa keskenään perustan luottamukseen lääkäristä ja hänen ammattitoiminnastaan (ks. kuvio 1).



KUVIO 1. Potilaan luottamus lääkäriin muodostuu lääkäriprofession, autonomian ja kollegiaalisuuden kautta

1.2. Lääkärien kansainvälinen liikkuvuus

Lääkärien koulutuksella ja professiolla on myös kansainvälinen ulottuvuus, sillä terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja terveydenhuollon opiskelijoiden liikkuminen maasta ja maanosasta toiseen on pysyvä ilmiö. Suomeen tulee lääkärin ammattia harjoittamaan toisaalta ulkomailla lääkäreiksi opiskelleita suomalaisia, mutta myös ulkomaalaisia lääkäreitä. Ulkomailla lääketiedettä opiskelevien suomalaisten määrä on kasvanut voimakkaasti. Suomen Lääkäriliitto käyttää termiä ”kuudes tiedekunta” (Halila 2015) puhuessaan ulkomailla lääkäreiksi opiskelleista Suomessa toimivista lääkäreistä. Vuonna 2015 Kelan opintotukea sai yli 600 suomalaista lääketieteen opiskelijaa ulkomailla. Osa jää opiskelumaahan, mutta valtaosa palaa lääkäriksi valmistuttuaan Suomeen. Ulkomaisten lääkärien osalta ilmiöön liittyy myös aktiivinen työperäinen maahanmuutto kehitysmaista kehittyneisiin maihin ja toisaalta erilaisilta sota- ja konfliktialueilta turvapaikan hakijaksi tuleminen. Lähtömaan työntekijöinä ja toisaalta kohdemaan vetovoimatekijöinä voivat olla saman ilmiön kääntöpuolet, esimerkiksi palkkataso, työnsaanti ja ammatilliset kehittymismahdollisuudet.

EU:n lähialueiden kriiseihin liittynyt maahanmuuttoaalto ulottui vuosina 2015 - 2016 ulottunut voimakkaasti myös Suomeen, ja maahanmuuttajien joukossa oli myös lääkäreitä. Turvapaikanhakijat ja pakolaiset eivät välttämättä ole valinneet kohdemaakseen juuri Suomea, vaan valinta on voinut olla muiden tekemää tai myös sattumaa. Korkeakoulutetut maahanmuuttajat jäävät Suomessa usein vaille työtä, vain noin 38 % korkeakoulutetuista maahanmuuttajista oli työllistynyt kolmen vuoden kuluttua maahanmuutosta (Kyhä 2011, 122). Lääkärit ovat kuitenkin ammattiryhmänä tässä suhteessa erityisasemassa, sillä suoritettuaan tarpeelliset kuulustelut ja tultuaan laillistetuksi, heille on tarjolla työtä Suomessa.

Maahanmuuttajien asemaan ja oikeuksiin sekä erityisesti heidän rekrytointiinsa vaikuttavat useat säädökset. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisen näkökulma terveydenhuollon ammattihenkilöiden maahanmuuttoon liittyvissä kysymyksissä on erityisesti potilasturvallisuuden varmistamisessa, sillä terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan sääntelyn, kuten ammattipätevyysdirektiivin, tarkoituksena on varmistaa potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua (ammattihenkilölaki 1994). EU- tai ETA-alueen ulkopuolelta tulevan lääkärin on

suoritettava kolmiosainen kuulustelu saadaksesen laillistuksen Suomessa. Kuulustelun järjestämisestä huolehtii Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppiala. Kuulustelun ensimmäinen osa on lääketieteellisiä tietoja testaava kliininen kuulustelu. Toinen osa on sosiaalilääketieteen, oikeuslääketieteen ja reseptiopin osiot sisältävä suomalaisen terveydenhuollon kuulustelu. Kuulustelun kolmas osa on kliinisen potilastyön näyttökoe, joka suoritetaan opetusterveyskeskuksessa. (Haukilahti 2014, 5). EU- tai ETA-alueella lääkärin tai erikoislääkärin tutkinnon suorittaneet henkilöt sen sijaan hakevat suoraan ammatinharjoittamisoikeutta Valviralta ilman velvollisuutta tai oikeutta osallistua Tampereen yliopiston ylläpitämään kuulustelujärjestelmään. Hakemuksen käsittelyn yhteydessä Valvira tarkistaa hakijan kielitaidon. Silloin kun lääkärin koulutusta ei ole suoritettu suomen tai ruotsin kielellä, hakijan on osoitettava kielitaito kielitaitotodistuksella. Jos hakijalla ei ole kielitaitotodistusta, Valvira ainoastaan tunnustaa hakijan ammattipätevyyden, mutta ei vielä myönnä oikeutta toimia lääkärinä. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden yleisen ja ammatillisen kielitaidon puutteet ovat yksi keskeinen ongelma heidän siirtymisessään työmarkkinoille. Työnantajalla on vastuu siitä, että ammattihenkilöllä on hoitamiensa tehtävien edellyttämä kielitaito.

Kielikoulutuksen lisäksi maahanmuuttajien pätevöittävän ja valmentavan koulutuksen tarve on tiedostettu (ks. esim. opetus- ja kulttuuriministeriö 2014, 33-44). Aalto, Elovainio, Heponiemi, Hietapakka, Kuusio & Lämsä (2013) tutkivat ulkomaalaistaustaisten lääkärin integroitumista Suomeen. Nämä lääkärit kokivat integroitumisen kannalta ongelmalliseksi pätevytymisprosessiin, koulutukseen ja harjoitteluun liittyvän tiedon sirpaleisuuden ja koulutuksen järjestämiseen ja viranomaisten tiedottamiseen liittyvien vastuiden epäselvyyden (Aalto ym. 2013, 5). Viranomaisten sekä terveydenhuollon ja ammatillisten järjestöjen välinen tiivis yhteistyö voisikin edistää terveydenhuollon ammattihenkilöiden harjoittelupaikkojen ja sopeutumisaikaan liittyvien työpaikkojen järjestämistä ja siten ulkomaalaisten terveydenhuollon ammattihenkilöiden kotoutumista (opetus- ja kulttuuriministeriö 2014, 47).

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden globaaliin työperäiseen maahanmuuttoon liittyy paljon myös eettisiä kysymyksiä, muun muassa kysymyksiä siitä, miten huomioidaan lähtö- ja kohdemaiden sekä työntekijöiden oikeudet, velvollisuudet ja odotukset. 2010-luvun pakolaiskriisissä kuitenkin jo yksinomaan maahanmuuttaneiden henkilöiden

lääkärintutkintojen oikeellisuuden varmistaminen tilanteessa, jossa lähtömaassa, esimerkiksi Afganistanissa, yliopistojen toiminta on loppunut tai jos se jatkuu, niin niihin ei välttämättä ole toimivia yhteyksiä, on haastavaa. Myös asiakirjojen yhdistäminen pakolaisstatuksella maahan tulleeeseen henkilöön ilman suomalaiselle viranomaisjärjestelmälle ominaisia henkilötunnuksia edellyttää useiden asiantuntijoiden työtä. Hakemusprosessia voidaan kuitenkin sujuvoittaa esimerkiksi hakemusten heille maahanmuuttajille suunnatulla ohjeistuksella ja henkilökohtaisella neuvonnalla. Maahanmuuttosyistä ja ammatista riippumatta maahanmuuttajien ammatillisen osaamisen hyödyntäminen on kuitenkin aina ensiarvoisen tärkeää niin henkilöiden kotouttamisen kuin suomalaisen yhteiskunnan ja sen palvelujärjestelmän kannalta. He ovat resurssi erityisesti niillä alueilla ja erikoisaloilla, joihin suomalaisten lääkäreiden rekrytointi on vaikeaa. Lääkäreiden ohjaukseen, neuvontaan ja kouluttamiseen on syytä panostaa myös potilaiden näkökulmasta. Suomeen ulkomailta tulleiden lääkäreistä noin kaksi kolmasosaa on suorittanut lääkärintutkintonsa EU- tai ETA-maassa (Suomen Lääkäriliitto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos & Työterveyslaitos 2010). Haukilahden (2014) väitöskirjan mukaan juuri nämä ovat se osa ulkomaisista lääkäreistä, jotka kotiutuvat Suomeen parhaiten. Syynä on muun muassa vaativat laillistusprosessi, johon kuuluu muun muassa panostus kielen oppimiseen (Haukilahti 2014, 93). Siten sekä osallistujien että järjestäjien näkökulmasta raskaana koettu kuulustelujärjestelmä tuottaa loppujen lopuksi molemminpuolisen hyödyn ja on EU- tai EU-alueen ulkopuolella lääkärin tutkintonsa suorittaneiden lääkäreiden etuoikeus.

1.3. Lääkärin ammattitaidon osa-alueet

Kanadalaisen mallin, CanMEDS:n (ks. kuvio 2), lääkärin ammattitaidon osaamisalueista ovat kehittäneet asiantuntijat yhdessä kansalaisten kanssa (Frank 2005). Mallissa lääkärin työ on jaettu seitsemään osaamisalueeseen, jossa keskiössä on lääketieteellinen osaaminen. Osa-aluejaottelu on seuraavat: 1) toiminnanohjaus, 2) professionalismi, 3) terveydenedistäminen, 4) uuden oppiminen, 5) vuorovaikutustaidot, 6) yhteistyötaidot ja 7) lääketieteellinen osaaminen.



KUVIO 2. CanMEDS-kaavio lääkärin ammattitaidon osa-alueista

Alla on esitetty tiiviit kuvaukset CanMEDS-mallin mukaisesta lääkärin ammattitaidon osa-alueiden keskeisestä sisällöstä (Frank 2005).

1) Toiminnanohjaus

Asemasta riippumatta lääkärin työ edellyttää johtamistaitoja. Johtajana lääkärin tehtävä on kehittää yhdessä muun terveydenhuollon johdon kanssa korkeatasoista terveydenhuoltojärjestelmää. Johtamisen osa-alueita ovat henkilö- ja asiajohtaminen, mutta myös riittävä oman elämänhallinta on osa johtajuutta.

2) Professionalismi

Lääkäreillä on tärkeä yhteiskunnallinen rooli kansalaisten ja koko yhteisön terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä. Lääkärin ammatillisuus eli professionalismi ilmenee lääkärin työssä niin, että lääkäri edistää potilaan terveyttä eettisesti, ja hänellä on hyvä käytös ja asenne sekä hän on sitoutunut lääkärikunnan arvoihin ja sääntöihin. Lääkäri myös toimii työssään säädösten sekä viranomaisten ja työnantajan antamien ohjeiden mukaisesti. Osa ammatti-identiteettiä on myös rehellisyys, lahjomattomuus, luottamuksellisuus, erilaisuuden kunnioittaminen, erilaisten näkemysten ja arvojen huomioiminen sekä yhteisen hyvän edistäminen. Lääkärin ammatillisuus sisältää myös

omasta hyvinvoinnista huolehtimisen. Keskeistä on myös tietoisuus oman osaamisen rajoista sekä omien tietojen ja taitojen jatkuva kehittäminen.

3) Terveyden edistäminen

Lääkäri rooli terveyden edistäjänä käsittää ne toimet, joissa hän käyttää omaa asiantuntemustaan ja vaikutusvaltaansa vastuullisesti työskennellessään potilaiden, yhteisöjen ja koko väestön kanssa. Terveyden edistämällä tarkoitetaan tässä yhteydessä laajasti paitsi sairauksien parantamista, myös tautien ehkäisyä ja terveellisen elinympäristön edistämistä. Tämä edellyttää, että lääkäri tuntee paitsi potilaansa myös koko terveydenhuoltojärjestelmän. Lääkäriin tulee ymmärtää terveystarpeita yksilö- ja yhteisötasolla sekä kehittää näihin liittyviä kumppanuuksia. Lääkäri edistää potilaansa terveyttä muun muassa tarjoamalla hänelle ne terveydenhuollon palvelut, mitä tämä kulloinkin tarvitsee. Osa terveyden edistäjän roolia on myös yhteiskuntaan ja sen palveluihin vaikuttaminen.

4) Uuden oppiminen

Lääkäri osoittaa pyrkimystään kohti ammatillista erinomaisuutta (excellence) jatkuvalla elinikäisellä oppimisella ja opettamisella sekä oman ammattitaidon suunnitelmallisella kehittämisellä. Lääkäri tunnistaa tarpeen jatkuvaan kehittymiseen ja mahdollistaa oppimisen niin oppilailleen kuin kollegoilleen sekä muille työtovereilleen. Lääkäri arvioi prosesseja ja tuloksia jokapäiväisessä työssään, jakaa ja arvioi työtään muihin verrattuna sekä hakee palautetta laadun ja potilasturvallisuuden edistämiseksi. Lääkäri osaa hakea, tuottaa ja tulkita tietoa. Uuden tiedon tulvassa lääkäri kykenee yhdistämään relevanttia tietoa ja pystyy päätöksentekoon huomioiden potilaan erityistarpeet. Näyttöön perustuva lääketiede, tutkimustiedon kriittinen arviointi ja jaettu päätöksenteko ovat työn keskiössä, joskin lääkäri tunnistaa myös epävarmuuksia.

5) Vuorovaikutustaidot

Lääkäriin työssä vuorovaikutustaidot muun muassa potilaan ja hänen omaistensa kanssa ovat keskeisiä. Lääkäri viestii potilaalle ja tämän omaisille potilaan hoitoon liittyvistä asioista potilaan kanssa sovitusti ja potilaan suostumuksen mukaisesti. Lääkäri mahdollistaa potilaskeskeisen, terapeutin vuorovaikutuksen tutkimalla potilaan oireita ja kuuntelemalla aktiivisesti potilaan kokemuksia sairaudestaan. Lääkäri kohtaa potilaan pelkoja, kuuntelee potilaan arvion sairaudestaan, sairauden vaikutuksesta potilaan

elämään, odotukset hoidosta ja sen vaikutuksista. Lääkäri integroi tämän tietämyksen potilaan ymmärrykseen, sosioekonomiseen tilaan, aiempiin sairauksiin, elämäntilanteeseen, toimintaympäristöön ja muihin relevantteihin psykologisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Potilaskeskeisen kommunikaation keskiössä on yhteinen päätöksenteko hoidon suhteen, jossa huomioidaan potilaan odotukset ja arvot. Ammatillisena lääkäri kirjaa potilaan terveystiedot hyvin optimoidakseen päätöksenteon hoitoon liittyvissä asioissa. Potilasasiakirjat laatimalla lääkäri huolehtii myös potilasturvallisuudesta, luottamuksellisuudesta ja yksityisyydestä. Olennainen osa hoitoa on myös kommunikointi työtovereiden ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Lääkäri myös osaa esittää asiansa erilaisille intressiryhmille.

6) Yhteistyötaidot

Korkealaatuinen ja turvallinen hoito syntyy erilaisten ammattilaisten yhteistyönä. Yhteistyötaitoinen lääkäri toimii vaikuttavasti muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa tarjoten turvallista ja korkealaatuista hoitoa potilaille. Yhteistyötaidot syntyvät luottamuksesta, kunnioituksesta ja jaetusta päätöksenteosta potilaiden ja heidän omaistensa, kollegoiden ja muiden ammattilaisten ja yhteiskunnan eri toimijoiden kanssa. Yhteinen tarve oppimiseen sekä tiedon ja näkökulmien jakaminen vahvistaa yhteistyötaitoja. Kun lääkärin yhteistyötaidot ovat hyvät, hän työskentelee vaikuttavasti muiden lääkärin ja ammattilaisten kanssa ehkäisten väärinkäsityksiä ja pyrkien ratkaisemaan ristiriitoja.

7) Lääketieteellinen osaaminen

Lääketieteellinen osaaminen on keskeinen alue lääkärin kliinisessä työssä ja siinä yhdistyy kaikki edellä kuvatut osaamisalueet. Lääkäri kerää ja tulkitsee tietoa, tekee hoitopäätöksiä ja tekee hoidollisia ja diagnostisia interventioita lääketieteellisen osaamisen puitteissa. Ammatillainen tuntee omat rajoituksensa ja osaa hakea parasta mahdollista, näyttöön perustuvaa hoitoa potilaalleen resurssien asettamissa rajoissa. Ajanmukainen, eettinen ja kustannustehokas hoito toteutetaan kumppanuudessa potilaan, yhteisön ja muun terveydenhuollon kanssa. Diagnostiikassa lääkäri ottaa huomioon sairauksien vaikutuksen potilaan toimintakyvyn sekä laatii asianmukaisia hoitosuunnitelmia ja käyttää ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tarvittaessa konsultaatioapua käyttäen. Lääkäri kykenee harjoittamaan lääketiedettä oman kliinisen tietämyksensä ja ammattitaitonsa puitteissa tarjoten potilaille korkealaatuista hoitoa.

Lääkäri huomioi kaikki osaamisen alueet työssään. Lääkäri hallitsee oikea-aikaiset konsultaatiot, potilastiedot ja suositukset niin suullisesti kuin kirjallisestikin. Hoidon arvioinnissa ja suunnittelussa lääkäri tunnistaa potilaan terveysvajeen ja määrää tarvittavat tutkimukset ja tulkitsee tietoja terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi.

Teoreettisten mallien vieminen käytäntöön on niiden abstraktiuden vuoksi usein ongelmallista. CanMEDS-mallin mukaiset lääkärin työn ja osaamisen teoreettiset osaamisalueet on pyritty sovittamaan kliiniseen potilastyöhön luotettavasti osoitetulla pätevyyden työkalulla (eng. entrustable professional activity, EPA). Keskeistä työkalun käytännön soveltamisessa on lääkärin pätevyyden (competence) määrittäminen sekä siihen liittyvien erilaisten oppimistapojen ja niitä tukevien arviointimenetelmien kehittäminen. (Cate & Scheele 2007.) Käytännössä CanMEDS-mallin mukaisen lääketieteellisen osaamisen arviointi on melko yksinkertaista, mutta esimerkiksi vuorovaikutustaitojen osalta arviointi on monimutkaisempaa (Niemi-Murola 2017, 80).

Erikoislääkärin ammattitaidon tiedollinen ja taidollinen ydinainesanalyysi on viime vuosina toiminut muun muassa Helsingin yliopiston psykiatrian ja lastentautien erikoislääkärin koulutusten kehittämisen perustana. Erikoisalakohtaisissa ydinainesanalyyseissä lääkärin osaaminen on jaettu tiedolliseen ja taidolliseen osuuteen. Tiedollinen ydinaines sisältää keskeisen tietoaineksen, jonka soveltaminen on myös olennainen osa kliinisiä taitoja (taidollinen ydinaines). Esimerkiksi psykiatrian erikoislääkärin koulutuksessa tiedollinen ydinaines on ryhmitelty viiteen luokkaan seuraavasti: I psykiatrian tieteellinen perusta, II potilaan tutkiminen ja diagnostiikka, III mielenterveyden häiriöt, IV psykiatrian erikoisalueita, ja V psykiatrinen hoito. Niiden osaamistasot on määritelty asteikolla 1 – 3 (1= ehdottomasti osattava, 2=osattava hyvin ja 3=erityisosaaminen). Tiedon käyttötapa on määritelty kolmiportaisesti seuraavasti A - C (A=soveltaminen, B=ymmärtäminen ja C= tietäminen). Opiskeltavan tiedon taso määrittyy molemmilla asteikoilla (osaamistaso 1 - 3 ja käyttötapa A - C). Esimerkiksi tasolle 1A (=ehdottomasti osattava ja soveltaminen) kuuluu luokan II (Potilaan tutkiminen ja diagnostiikka) osalta Psykiatrisen haastattelun kulku. Toisaalta tasolle 3C (=erityisosaaminen ja tietäminen) esimerkiksi luokasta III (Mielenterveyden häiriöt) osalta Somatisointihäiriöiden hoito. (Helsingin yliopisto, opinto-opas 2013-2015).

Psykiatrian erikoislääkärien ydinainesanalyysin taidollisessa osuudessa kuvataan taitoja, joita jokaisen koulutettavan tulee aktiivisesti hallita (1A-taso = ehdottomasti osattava ja sovellettava). Taidot on ryhmitelty CanMEDS-mallin mukaisesti eli a) lääketieteellinen osaaminen, b) vuorovaikutustaidot, c) yhteistyötaidot, d) toiminnan johtaminen, e) terveydenedistäminen, f) tiedonhallinta ja g) ammatillisuus. Näistä esimerkiksi ammatillisuus (kohta g) tarkoittaa psykiatrian erikoislääkärin laadukasta hoitotyötä, jota on täsmennetty seuraavasti:

- a. toimii hyvänä roolimallina muille ja ylläpitää korkeaa kliinistä osaamistaan, tieteelliseen näyttöön ja ammattikunnan arvoihin nojautuen,
- b. tunnistaa omat, potilaan, hoitojärjestelmän ja yhteiskunnan arvot ja ymmärtää niiden väliset mahdolliset ristiriidat,
- c. hoitaa potilaita hienotunteisesti ja empaattisesti huomioiden potilaan kulttuuritaustan,
- d. suhtautuu rehellisesti ja kunnioittavasti potilaisiin ja työtovereihin,
- e. huomioi ammatilliset rajat potilaiden, heidän läheistensä ja muiden hoitoon osallistuvien kanssa,
- f. kykenee säilyttämään ammatillisuuden hankalissa vuorovaikutussuhteissa,
- g. ymmärtää potilas-lääkärisuhteen epäsymmetrisyyden; omaa tietoa, oikeuksia ja valtaa, joita hän ei käytä väärin,
- h. lopettaa hoitosuhteet ajallaan ja käsittelee lopettamiseen liittyvät tunteet,
- i. tunnistaa omat osaamisen ja jaksamisen rajat ja etsii tarpeen mukaan neuvoja ja tukea.

Ammatillisuus on myös sitä, että lääkäri harjoittaa eettisesti ja vastuullisesti lääketieteellisiä, laillisia ja ammatillisia velvoitteita noudattaen, toisin sanoen hän

- a. noudattaa ammatin, säädösten ja lain velvoitteita kaikessa toiminnassa,
- b. kirjaa tarkasti merkinnät sairaskertomuksiin,
- c. noudattaa lääkärin eettisiä ohjeita,
- d. huolehtii läpinäkyvyydestä suhteessa sidonnaisuuksiin,
- e. huolehtii potilas-lääkärisuhteessa luottamuksellisuudesta,
- f. puuttuu asianmukaisesti työtovereiden epäammattimaiseen käytökseen,
- g. tarkastelee omaa toimintaansa ja korjaa mahdolliset virheet. (ks. lisää Helsingin yliopisto, opinto-opas 2013-2015.)

2. Lääkäriin ammattitoiminta ja sen valvonta

2.1.Lääkäriin rooli potilasturvallisuudessa ja hoidon laadussa

Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, jäljempänä potilaslaki), ja vain turvallinen hoito voi olla hyvää hoitoa. Potilasturvallisuutta tai terveydenhuollon hoidon laatua ei ole yksiselitteisesti määritelty lainsäädännössä. Potilasturvallisuus voidaan määritellä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden sekä ammattihenkilöiden periaatteina ja toimintoina, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että hän saa tarvitsemansa oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman paljon hyötyä ja mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus kattaa koko hoitoketjun ja on osa hoidon kokonaisturvallisuutta, lääkitysturvallisuutta ja laiteturvallisuutta. Potilasturvallisuus on myös ratkaiseva osa hoidon laatua. Terveydenhuollon palvelujärjestelmän näkökulmassa tärkeää on se, mitä potilas tarvitsee lääketieteellisin perustein ja miten perusteltu hoito toteutetaan vahinkoa ja kohtuutonta vaaraa aiheuttamatta. (ammattihenkilölaki 559/1994, 18 §, terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8 §; Hallituksen esitys 90/2010.)

Valvontaviranomaisten tiedot kentän toiminnasta ovat monilta osin epätäydellisiä. Viranomainen käsittelee pääasiassa potilasturvallisuuteen liittyviä vaara- ja haittatilanteita, mutta usein tilanteet, joissa hoidon hyvä laatu ei ole toteutunut, jäävät sekä potilaalta että valvontaviranomaisilta huomaamatta. Potilaiden ja heidän omaistensa terveydenhuollon valvontaviranomaisille (Valvira ja aluehallintovirastot) sekä ylemmille laillisuusvalvojille (eduskunnan oikeusasiamies ja oikeuskansleri) tekemät kantelut sisältävä tietoa hoidon turvallisuudesta sekä potilaiden ja heidän omaistensa näkemyksistä hoidon laadusta. Lisäksi potilaat voivat epäillessään terveydenhuollon toiminnan yhteydessä syntyneitä potilasvahinkoa tehdä vahinkoilmoituksen ja korvaushakemuksen Potilasvakuutuskeskukseen (PVK, potilasvahinkolaki 585/1986, 2 §). Potilasvakuutuskeskukselle tehtiin vuonna 2015 yhteensä 8242 vahinkoilmoitusta. Ilmoitusten määrät Potilasvakuutuskeskukselle ovat lisääntyneet viime vuosina, mutta potilasvahingoiksi todetut tapahtumat eivät kuitenkaan ole lisääntyneet (Potilasvakuutuskeskus, verkkosivut/vahinkotilastot 2016). Potilasvahinkolain (585/1986) mukaan Potilasvakuutuskeskuksen tehtävä on muun muassa näiden

vahinkoilmoitusten perusteella edistää potilasturvallisuutta tuottamalla tilastoaineistoa ja tekemällä tutkimusta.

Potilasturvallisuustieto on edelleen maassamme hajallaan eri toimijoilla. Terveydenhuollon valvontaviranomaisilla ei esimerkiksi nykyisellään ole mahdollisuutta saada Potilasvakuutuskeskuksen tietoaaineistojen taustalla olevia yksittäisiä lääkäreitä koskevia ilmoituksia käyttöönsä. Valviralla, aluehallintovirastoilla ja laillisuusvalvojilla ei ole yhteistä kanteluasioiden tietokantaa. Tietojen hajanaisuus on yksi merkittävimmistä potilasturvallisuuspuutteista maassamme. Asiaan kiinnitti huomiota Hiivala (2016, 82) potilasturvallisuutta suun terveydenhuollossa käsitelleessä väitöskirjassaan, jossa yksi keskeinen johtopäätös oli, että potilasturvallisuutta voitaisiin lisätä aktiivisemmalla vaaratapahtumien tunnistamisella ja raportoinnilla sekä haittatapahtumien ja ns. läheltä piti tapahtumien käyttämisellä case-esimerkkeinä yhteisessä oppimisessa ja täydennyskoulutuksessa.

Potilasturvallisuuden keskeisien indikaattoreita ovat

- potilaiden tai heidän omaistensa (hoito)toimintayksikköön tekemät muistutukset,
- potilasasiamiesten raportit ja potilaiden erilaiset yhteydenotot,
- toimintayksikön haittatapahtumien raportointijärjestelmät ja vaaratapahtuma-analyysit,
- potilaiden tai heidän omaisiensa tekemät kantelut viranomaisille ja niistä tehdyt päätökset (Valvira, aluehallintovirastot, eduskunnan oikeusasiamies, oikeuskansleri),
- toimintayksiköiden ja eri viranomaisten tekemät ilmoitukset valvontaviranomaisille,
- sairaaloiden poistoilmoitustiedot (eli uloskirjoitusdiagnoosit, ns. Hilmo-tiedot) ja avohoitokäyntien tiedot (ns. AvoHilmo),
- Onnettomuustutkintakeskuksen tiedot,
- tieteellisen potilasturvallisuustoiminnan tutkimustulokset,
- potilaiden hoitoa koskevat poliisiasiat ja tuomioistuinratkaisut,
- potilasjärjestöjen ja toimintayksiköiden käyttämien kokemusasiantuntijoiden raportit,
- lääkkeiden haittavaikutusrekisteri,
- lääkevahinkovakuutusilmoitukset,
- sekä potilasvakuutusilmoitukset ja todetut potilasvahingot.

Koottu tieto näistä on terveydenhuollon organisaatiolla itsellään. Toimintayksikössä tiedetään annetut selvitykset sekä eri viranomaisilta saadut päätökset ja sinne myös kertyy potilaiden tekemät muistutukset ja haittatapahtumaraportit. Tieto on kuitenkin vain paikallisella organisaatiotasolla, ja vasta valtakunnallinen koottu ja analysoitu tieto voitaisiin jalostaa laajasti potilasturvallisuustyöhön. Potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kehittämiseksi olisi ensiarvoisen tärkeää koota näistä aineistoista systemaattisesti ns. hiljaiset signaalit ja käyttää tietoa proaktiivisesti potilasturvallisuuden parantamisessa.

Viimevuosina valvontaviranomaisten saamat terveydenhuoltoa hiljaiset signaalit ovat koskeneet muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisääntyneitä päihdeongelmia. Ammattihenkilöiden hoitoon hakeutuminen, sen järjestäminen ja siihen sitoutuminen on usein ongelmallista. Kyse voi osin olla motivaation puutteesta tai oman tilan arvioinnin puutteellisuudesta, koska lääkäreillä on riski vääränlaiseen itsehoitoon. Tätä taipumusta voi vahvistaa työpaikan vaihdon tai irtisanomisen yhteydessä tapahtuva työterveyshuollon palveluiden katkeaminen ja itsenäisinä ammatinharjoittajina toimivien lääkäreiden osalta esimiesohjauksen puuttuminen. Mukaan tulevat myös inhimilliset tekijät: tuttuun hoitoympäristöön ei kehdeta mennä potilaaksi. Ajan kuluessa tilanne ehtii kehittyä niin vaikeaksi, että ongelman hoitaminen vaatii monialaista intensiivistä hoitoa sekä pitkäaikaista sitoutumista siihen. Tähän puolestaan liittyy usein samoja haasteita kuin muillakin potilailla päihdehoidon tilanteissa, eli sopivan hoito- ja kuntoutusyhteisön löytäminen on vaikeaa ja hoidon jatkuvuus on haaste (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2014, 544). Suomen Lääkäriliiton luottamuslääkäri -järjestelmä on perustettu helpottamaan lääkäreiden hoitoonhakeutumista tilanteissa, joissa tarvitaan erityistä luottamuksellisuutta tai apua oman työterveyshuollon ulkopuolelta (Suomen Lääkäriliiton verkkosivut).

Hoidon laatu on käsitteenä potilasturvallisuutta moniulotteisempi. Hoidon laadun puutteista on kyse myös tilanteessa, jossa potilas jää vaille parasta mahdollista käytettävissä olevaa hoitoa. Kyse voi osin olla myös potilaan kokemuksista, jotka voivat johtua vuorovaikutusongelmista lääkärin kanssa tai puutteellisesti saadusta informaatiosta. Keskeisesti hoidon laadussa on kyse lääketieteellistä tutkimus- ja hoitotoimista, esimerkiksi potilaalle määrättyjen lääkkeiden, toimenpiteiden ja jatkolähetteen asianmukaisuudesta. Hoidon laatua arvioitaessa on huomattava, että aika ajoin potilaan tai hänen omaisensa kokema hyöty voi olla ristiriidassa lääketieteellinen

laadun kanssa. Tyypillinen tilanne on esimerkiksi, että potilaan vanhemmat pitävät tarpeellisena, että lapsen välikorvantulehdusta hoidetaan antibiooteilla, vaikka sairaus pääsääntöisesti paranisi itsestään eikä antibioottihoidolla olennaisesti voida nopeuttaa potilaan paranemista. Päinvastoin, turhalla antibioottilääkityksellä on sekä yksilön että laajemmin yhteisön (antibioottiresistenssin muodostumisen vaara) kannalta haitallisia vaikutuksia. Toisaalta hoidon laadun kiistattomat ongelmat eivät läheskään aina tule valvontaviranomaisten tietoon, koska potilaiden mahdollisuus tosiasiallisesti arvioida hoidon lääketieteellistä laatua edellyttäisi lääketieteellistä ammattitaitoa, ja koska ”ammattitaitoinenkaan” potilas ei voi arvioida hoitoa, josta hänellä itsellään ei voi olla havaintoja (esimerkiksi nukutetun potilaan kirurgisten toimenpiteiden arviointi).

Potilaiden saamaa lääketieteellistä hoitoa säädellään EU-tasolla yhteisön kansalaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta. EU:n direktiivi potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa (2011/24/EU potilasdirektiivi) vahvistaa potilaiden oikeuksia saada toisessa jäsenvaltiossa saamansa hoito korvatuksi. Direktiivin keskeisenä lähtökohtana, että potilaalla on oikeus saada toisessa EU-jäsenvaltiossa saamansa hoito korvatuksi niillä perusteilla, millä se korvataan potilaan kotimaassa. Vain sellainen ulkomailla saatu hoito korvataan, joka on potilaan kotimaassakin korvattavaa. Jäsenvaltioiden omassa päätännässä ovat terveystalouden yleinen määrittely, terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestäminen ja tarjoaminen sekä niiden resursointi.

Sen lisäksi, että ammattihenkilölain (559/1994) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden on noudatettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä menettelytapoja, Suomen terveydenhuoltolaki edellyttää (1326/2010, 8 §), että terveydenhuollon toiminta perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (PALKO), jonka tehtävä on antaa suosituksia siitä, mitkä terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteet, tutkimukset sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien palvelut kuuluvat julkisesti järjestetyn tai rahoitetun terveydenhuollon palveluvalikoimaan (sosiaali- ja terveysministeriö 2014; terveydenhuoltolaki 1326/2010, 78 a §). Palveluvalikoiman määrittely on jatkuva prosessi, johon vaikuttavat toisaalta lääketieteen kehittyminen, mutta myös taloudelliset resurssit. Palveluvalikoiman määrittelyn kolmeksi periaatteeksi sovittiin vuonna 2016

terveysongelman merkittävyys, lääketieteellinen perusteltavuus sekä eettisyys ja taloudellisuus kokonaisuutena (Palveluvalikoimaneuvoston verkkosivut).

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim julkaisee yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa diagnostiikan, hoidon, kuntoutuksen ja seurannan kattavia hoitosuosituksia, nk. Käypä hoito –suosituksia. Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia, joiden laatimisessa nojaututaan käytettävissä olevaan hyvään kansainväliseen lääketieteelliseen tutkimustietoon. Suositukset ovat tarkoitettu lääkärin sekä muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden, mutta myös potilaiden omien hoitopäätösten tueksi. Niiden aiheena ovat tärkeät suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon sekä ehkäisyyn liittyvät kysymykset. Toistaiseksi on laadittu yli sata Käypä hoito -suositusta. Suositusten tuottamisesta vastaavat asiantuntijatyöryhmät ja Käypä hoito -toimitus julkisella rahoituksella. Hoitosuositus ja sen tiivistelmä julkaistaan Käypä hoito -suositusten verkkosivuilla ja lääkäritietokannoissa. Suositusten potilasversiot julkaistaan Käypä hoito -verkkosivuilla ja Terveyskirjastossa. (Käypä hoito -verkkosivusto.) Suositukset yhdessä ajantasaisten oppikirjojen ja erikoislääkäriyhdistysten antamien suositusten kanssa muodostavat suomalaisen lääkärin ammattitoiminnan ja täydennyskoulutuksen perustan.

2.2. Potilaan valinnanvapaus haastaa lääkärin ammattitaidon

Potilaan lisääntyvä valinnanvapaus hoitopaikan suhteen on pääministeri Sipilän hallituksen yksi keskeinen tavoite, jonka pitäisi toteutua yhtä aikaa meneillään olevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutuksessa (sote-uudistus) kanssa (Ratkaisujen Suomi 2015). Potilaan valinnanvapaus koskisi vain hoitopaikan valintaa, ei itse hoitoa tai hoidon tarpeen arviointia, mistä vastaavat jatkossakin ammattihenkilöt. Valinnanvapauden käänköpuoli on vastuu hoitopaikan valinnasta, missä myös hoidon laadun ja lääkärin osaamisen selvittäminen jää potilaan vastuulle. Ongelmaksi muodostuu helposti potilaan valinnan tueksi saatavan tiedon käyttökelpoisuus. Tarjolla on lisääntyvästi tietoa ja markkinointia siitä, millaisia ja milloin hoitoja tulisi saada, mutta potilaalla ei useinkaan ole tosiasiallista mahdollisuutta arvioida tarjolla olevan tiedon luotettavuutta ja merkitystä oman terveyden ja sairauden kannalta. On mahdollista, että valinta tapahtuu usein puutteellisin tiedoin tai melko vähällä harkinnalla. Käytännössä

potilas tarvitseekin usein terveydenhuollon ammattilaisen auttamaan valinnan teossa. Osana hyvä laatuista ja potilasturvallista hoitoa potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on tai voi olla merkitystä tehtäessä päätöstä potilaan hoidosta.

Terveydenhuollossa potilaan näkökulma on tärkeää, mutta se on vain yksi osa laadukasta hoitokokonaisuutta (Reponen & Roine 2016, 2631). Potilaiden valinnanvapauden lisääntyessä valintaa ohjaavat selkeät potilasturvallisuuteen liittyvät kysymykset tulevat varmasti sekä terveydenhuollon toimintayksikön että valvontaviranomaisten tietoon, mutta hoidon laadun ongelmia on vaikea selvittää. Siten paineet hoidon laadun mittaamiseen kasvavat. Hoidon kliinisen tehokkuuden mittareita on kehitetty erityisesti perusterveydenhuollossa, mutta myös psykiatrian piirissä (Reponen & Roine 2016, 2630). Terveydenhuollon laatuun kuuluu myös potilaskyselyillä mitattavat potilaskokemukset. Potilaat pystyvät erottamaan lääketieteelliset hoitotulokset hoitokokemuksesta (Reponen & Roine 2016, 2630 Blackiin ym. viitaten), mutta potilastyytyväisyyden ja hoidon lääketieteellisen laadun välinen suhde ei ole kuitenkaan yksiselitteinen. Esimerkiksi Reponen, Tuomisen, Hernesniemen ja Korjan (2015, 769-776) mukaan suuri osa vaikean aivoleikkauksen läpikäyneistä potilaista koki kokonaistyytyväisyytensä hoitoon erinomaiseksi tai hyväksi, vaikka olivat kokeneet leikkauksen jälkeisen häiritsevän tapahtuman. Terveydenhuollon potilaskeskeisyydessä ei kuitenkaan ole kyse yksistään asiakkaiden tyytyväisyydestä, vaan keskeisesti siitä, että potilas saa oikeaa vaikuttavaa hoitoa oikeaan aikaan. Potilailta saatua palautetta ei voi sivuuttaa, sillä potilaiden kuunteleminen on keskeinen osa potilaskeskeistä hoitokulttuuria, mutta toisaalta potilaspalautteelle ei voi antaa liikaa painoarvoa. Potilaspalaute liittyy usein hoidon saatavuuteen (esimerkiksi jonottamiseen terveyskeskuksessa), joka ei suoranaisesti liity yksittäisen lääkärin ammattitaitoon antaa laadukasta hoitoa, vaan johtajana toimivan lääkärin organisoimiskykyyn ja resurssikysymyksiin. Asiakaspalaute antaa kuitenkin yleiskuvan ja esimerkiksi käyttäjäturvallisilla asiakaspalautejärjestelmillä saadaan myös myönteistä palautetta, jota harvemmin spontaanisti annetaan. Suoranaiseen lääkärin ammattitoiminnan ytimeen, diagnostiikkaan ja lääketieteellisiin hoitopäätöksiin, asiakaspalautteella on varsin rajallisesti kehittämismahdollisuuksia. Asiakaspalaute kuitenkin haastaa lääkärin ammattitoimintaa erityisesti vuorovaikutuskykyjen osalta uudella tavalla. Jo kauan sitten

on tunnistettu, että viestiminen kroonisesta sairaudesta, esimerkiksi diabeteksestä, kärsivälle ”asiantuntijapotilaalle” oman itsensä auttamisessa on erilaista kuin omasta sairaudesta tietämättömälle ja toimintakyvyttömälle akuutisti sairaalle potilaalle (Tuckett 1976, 200-201).

Bouwman (2016) on väitöskirjassaan tutkinut potilaan näkemysten merkitystä terveydenhuollon ja sen valvonnan kehittämistä. Keskeinen löydös tutkimuksessa oli, kannellessaan hoidosta potilas toivoo oikeudenmukaisuudentunteensa palauttamista. Lisäksi potilas toivoo, että vastaavaa ei tapahtuisi uudelleen vaan kantelu muuttaisi hoitoyksikön toimintakäytäntöjä ja näin parantaisi muiden potilaiden turvallisuutta. Kantelijat myös toivoivat, että heidän tapauksensa käsiteltäisiin mahdollisimman korkealla taholla, joka ikään kuin antaisi arvoa heidän asialleen. Odotuksista huolimatta suuri osa kantelijoista kuitenkin koki, että kantelulla ei ollut toivottuja vaikutuksia. Kiinnostava havainto on, että viranomaisen ja kantelijan näkemys kantelua edellyttävästä tapahtumasta eivät olleet yhtenevät. Kanteluiden luokittelua varten viranomainen oli tehnyt luokittelua tapahtumista, esimerkiksi hoitosuositusten vastainen hoito, tiedonkulku, kohtelu tai itsemääräämisoikeuteen liittyvä asia tai hallinnollinen ja johtamiseen liittyvä ongelma. Tutkimuksen mukaan Hollannissa viranomainen otti eniten käsittelyyn kanteluita, joissa hoidossa oli osoitettavissa selkeä poikkeavuus annetuista hoitosuosituksista tai ohjeista. Huomion arvioista oli kuitenkin se, että suurin osa tapahtuneista hoidon poikkeamista ei kuitenkaan johtanut kanteluun. Sen sijaan syynä oli usein muita, esimerkiksi kohteluun ja tiedonsaantiin liittyviä asioita, ja näillä toimintatapoihin liittyvillä kanteluilla on mahdollisuus kehittää hoitoyksikön toimintakulttuuria (Bouwman 2016, 171-172). Tuloksia soviteltaessa Suomeen on huomattava, että Hollannissa on vakuutus pohjainen terveydenhuoltojärjestelmä, jossa terveydenhuollon palveluja tuottavat suurelta osin voittoa tavoittelemattomat yksityiset toimijat. Toisaalta järjestelmiä verrattaessa on muistettava, että kansalaisten näkökulmasta toiveet voidaan usein tiivistään melko helposti potilaiden universaaliin haluun päästä tarvittaessa hoitoon ja saada hyvälaatuista hoitoa. Esimerkiksi Soste ry ym. (2016) selvittivät osana Kestävä terveydenhuolto –hanketta pitkäaikaissairaiden näkemyksiä palvelujärjestelmästä. Tutkimuksen mukaan hoidon saatavuus, pysyvä hoitoketju ja oman osallistumisen vahvistaminen nähtiin tärkeimmiksi (Soste ym. 2016).

2.3.Terveysthuollon kokeelliset hoidot, ns. vaihtoehtohoidot ja täydentävät hoidot

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE). Neuvottelukunnan tehtävänä on käsitellä sosiaali- ja terveysalaan sekä potilaan ja asiakkaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta sekä antaa niistä suosituksia (potilaslaki 785/1992, 2a §). ETENE antoi maaliskuussa 2016 lausunnon terveydenhuollon kokeellisesta hoidosta (Sosiaali- ja terveysministeriö/Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2016). Lausunnossa todetaan, että terveydenhuollossa annettu kokeellinen hoito on hoitoa, jota ei ole hyväksytty osaksi tavanomaista hoitokäytäntöä (yleensä koska vaikutuksia ei ole vielä riittävästi tutkittu). Kokeellinen hoito voi olla esimerkiksi markkinoilla jo olevan lääkkeen käyttämistä tarkoitukseen tai sellaiselle potilasryhmälle, johon valmistetta ei ole rekisteröity, mutta kokeellinen hoito voi olla myös muuta kuin lääkehoitoa. Suomessa ei ole kokeellisia hoitoja koskevia erityissäännöksiä. Useat terveydenhuollon nykyisistä menettelytavoista ovat alkujaan olleet kokeellista hoitoa, mutta saaneet ajan myötä tutkimusnäyttöä vaikuttavuudestaan. Kokeellisen hoidon ja lääketieteellisen tutkimuksen välinen raja onkin häilyvä ja sen määrittäminen usein vaikeaa. Kokeellisilla menetelmillä on merkitystä pienten potilasryhmien edustajille, esimerkiksi harvinaissairauksia sairastaville potilaille, joiden uusien hoitojen kehittäminen perustuu todennäköisesti myös tulevaisuudessa keskeisesti kokeellisille hoidoille. (Sosiaali- ja terveysministeriö/Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2016). Pahlmanin (2006) mukaan potilaslain (785/1992) keskeinen elementti on potilaan itsemääräämisoikeus, jota lääkärin tulee kunnioittaa, ellei se ole ristiriidassa elämän kunnioittamisen periaatteen kanssa. Potilaslain (785/1992, 5, 6, 9 §:t) mukaan potilaalla on oikeus joko suostua hänelle tarjottuun hoitoon tai kieltäytyä siitä. Potilaan oikeus itsemääräämiseen toteutuu potilaalle annettavan tiedon ja tietoon perustuvan suostumuksen kautta.

Esimerkkinä lääketieteen harmaasta alueesta ja alueesta, jossa potilaat saavat usein eri lähteistä hyvinkin ristiriitaisia näkemyksiä valvontaviranomaiselta ja lääkäriltä, ovat ns. vaihtoehtohoidot ja täydentävät hoidot. Ns. vaihtoehtohoidolla tarkoitetaan yleensä ilmiötä, joka asettuu virallisen terveyden- ja sairaanhoidon valtakulttuurin ulkopuolelle. Täydentävä hoito käsitteenä puolestaan ei ole niin värittyä, ja siinä ei näy niin voimasta vastakkainasettelua suhteessa viralliseen terveydenhoitoon ja lääketieteeseen.

Ongelmalliseksi tilanteen tulkinnan tekee se, että ns. vaihtoehtohoitojen ja täydentävien hoitojen kenttä on hyvin pirstaleinen ja jatkuvasti muuttuva. Lisäksi potilaalle voi olla hämmentävää, että ns. vaihtoehtohoitoja ovat käyttäneet ja kehittäneet sekä terveydenhuollon ammattihenkilöt että ns. maallikot. Ns. vaihtoehtohoitoja käsittelevä työryhmä (sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15) jaotteli hoidot seuraavasti: 1) osa hoidoista liittyy kokonaisideologioihin (mm. homeopatia), 2) osassa käytetään fysikaalisia menetelmiä (manipulaatio- ja asentohoidot) ja 3) osassa aistivälitteisiä menetelmiä (mm. aromaterapia). Suomessa ei ole ns. vaihtoehtohoitoja ja niiden harjoittamista koskevaa erityislainsäädäntöä. Täydentävät hoidot ja ns. vaihtoehtohoidot voivat olla potilaskohtaisesti perusteltuja, mutta niitä antavat lääkärit voivat tietyissä tilanteissa olla hoidon hyvän laadun ja pahimmillaan jopa potilasturvallisuuden riskitekijöitä. Täydentävien hoitojen ja ns. vaihtoehtohoitojen asianmukaisuutta ja sitä kautta lääkärin ammattitoimintaa voidaan arvioida asettamalla seuraavat kysymykset 1) onko lääkäri turvannut yleisen (normaalin) hoidon? 2) saako potilas riittävästi informaatiota ja antaako hän tietoon perustuvan suostumuksensa epätyypilliseen hoitoon? sekä 3) onko epätyypillinen hoito vaarallisempaa kuin mitä kyseessä oleva hoidettava sairaus itsessään on? Kokeellisten hoitojen ja ns. vaihtoehtohoitojen turvallinen toteuttaminen edellyttää lääkärin ajantasaisia tietoja sairauksien yleisesti hyväksytyistä tutkimus- ja hoitoperiaatteista ja –suosituksista (kuten Käypä hoito -suositukset). Lääkäri, joka ei ole hankkinut täydennyskoulutusta ko. sairauden suhteen, voi vaarantaa potilaan oikeuden hoidon laadun ja turvallisuuden suhteen, alkaessaan käyttää epätyypillistä kokeellista hoitoa tai ns. vaihtoehtohoitoa turvaamatta potilaan oikeutta yleisesti hyväksytyyn ajantasaiseen hoitomenetelmään.

2.4.Lääkärin ammattitoiminnan valvonta

Terveydenhuollon palveluiden tuottaminen on inhimillistä toimintaa ja siten siihen sisältyy aina mahdollisuus potilasturvallisuutta vaarantaviin tapahtumiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan tavoitteena on varmistaa ja edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. Toimiva viranomaisvalvonta perustuu aina valittuun toimintastrategiaan, joka määrätietoisesti toteutetaan. Viranomaisvalvonnan rooli korostuu usein organisaatioiden kriiseissä (Huhtala & Hakala 2007, 17). Kriisitilanteiden synnyttyä kansalaiset turvaavat usein viranomaisvalvontaan myös tilanteissa, joissa

objektiivisesti arvioiden valvonta olisi tehokkainta tehdä toimintayksikön omavalvontana (ks. esim. MTV 2016). Bouwmanin (2016) mukaan kriiseistä selvittää yleensä sitä paremmin, mitä huolellisemmin valvonnan pohjalla olevat arvot, visio ja strategia on määritelty suhteessa kansalaisten toiveisiin, esimerkiksi millaisia valvontatoimenpiteitä ja jälkivalvontaa toteutetaan virheiden tai laiminlyöntien suhteen. Käytännössä strategian tulisi sisältää avoimesti julkistetut linjaukset siitä, miten vaaralliseen ja säädösten vastaiseen toimintaan puututaan. Hollannissa selvitettiin potilaspaneelin avulla kansalaisten näkemyksiä viranomaisvalvonnasta. Tulosten mukaan kansalaisten luottamus toimintayksikön itse tekemään valvontaan (omavalvontaa) on huono. Edelleen, mitä vanhempi kansalainen oli ja mitä alhaisempi koulutusaste hänellä oli, sitä ”tiukempaa” viranomaisvalvontaa hän toivoo ja sitä vähäisempi hänen luottamuksensa toimintayksikön tekemään omavalvontaan oli. Omavalvonnan sijaan potilaat toivoivat läsnä olevaa viranomaisvalvontaa sekä valvonnan avoimuutta (Bouwman 2016, 182-184).

Henrikssonin (2016) mukaan hoidon ja hoivan laadun ensisijainen valvontamuoto on Suomessa terveydenhuollon toimintayksikön omavalvonta. Miksi valvonta perustuu omavalvontaan, jos kansalaisten luottamus siihen on huono? Työnantaja on ensisijainen toimintayksikön toimintaa ja työntekijöitä valvova taho, ja ainoa, jolla käytännössä on mahdollisuus ohjeistaa, seurata ja arvioida toimintaa reaaliaikaisesti sekä puuttua heti havaittuihin epäkohtiin. Viranomaisen tekemä valvonta on puolestaan lähes poikkeuksetta jälkikäteistä ja siten aina tehottomampaa. Terveydenhuollon toimintayksikön omavalvonnassa viranomaisilla on tärkeä rooli omavalvonnan edistämässä, tukemisessä ja varmistamisessa. Tosiasiallisesti useimmissa tapauksissa tunnistetut epäasianmukaisuudet voidaan hoitaa työnantajan toimenpitein, eikä niistä tarvitse ilmoittaa valvontaviranomaisille. Tavoitteena on, että terveydenhuollon toimintayksiköissä toteutetaan suunnitelmallista omavalvontaa, jonka avulla ehkäistään epäasianmukainen menettely, havaitaan epäkohdat ja puututaan niihin viivytyksettä ja tehokkaasti. Toimivan omavalvonnan kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että työpaikan ilmapiiri sallii ja kannustaa puuttumaan ja tuomaan esille mahdollisimman varhaisessa vaiheessa havaitut toimintakäytäntöihin ja työntekijöiden toimintaan liittyvät epäkohdat ja riskit. Viranomaiset tekevät tarvittaessa toimintayksiköihin tarkastuskäyntejä. Niiden ensisijaisena kohteena on usein palveluntuottajien rakenteelliset ja toimintakäytäntöihin liittyvät ongelmat. Sen sijaan tarkastuksen luonne huomioon ottaen, niissä ei yleensä,

eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta, ole tavoitteena selvittää yksittäisen lääkärin toimintaa eikä esimerkiksi yksittäisen lääkärin ammattitoiminnan puutteet tarkastuskäynnin havainnoinnissa tai muussa selvittelyssä käy useinkaan ilmi (Henriksson 2016, 810; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston strategia 2016-2020). Tarvittaessa kuitenkin yksittäisen yksityislääkärin (itsenäisen ammatinharjoittajan) vastaanotolle tehdään tarkastuskäynti, ja yleisin syy tähän on epäily siitä, että lääkäri on päihtyneenä työssään tai alentuneen terveydentilansa vuoksi laiminlyönyt vastaanoton hygienian ja muut olosuhteet.

Viime vuosina viranomaiset ovat lisänneet toimintayksiköihin tehtäviä ohjaus- ja arviointikäyntejä, joiden tavoitteena on muun muassa tunnistaa sekä kehittämiskohteita että hyviä käytäntöjä, joita viranomaiset voivat levittää käytettäväksi myös muissa toimintayksiköissä (Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto 2015). Tällainen hyvä käytäntö voi olla esimerkiksi perehdytys tai täydennyskoulutuskäytäntö. Esimerkiksi vuosien 2016-2017 valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaohjelman (Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto 2015) puitteissa Valvira ja aluehallintovirastot tekevät ohjaus- ja arviointikäyntejä maamme päivystysyksiköihin. Käynneillä arvioidaan muun ohella sitä, miten päivystävät lääkärit ovat saaneet ja saavat jatkuvaa koulutusta akuuttilääketieteessä, ja miten hoitohenkilökunta on koulutettu potilaiden hoidon tarpeen kiireellisyysarviointiin. Ohjaus- ja arviointikäynnin perusteeksi ei tarvita epäiltyä potilasturvallisuusvaaraa kuten tarkastuskäynnille.

Omavalvonnan ensisijaisuutta tukee myös terveydenhuollon rakenteemme. Suhteutettaessa lääkärin määrää muuhun hoitohenkilökuntaan ja toisaalta kansalaisten määrään, voidaan arvioida valvontatoimenpiteiden toteuttamistapojen relevanttiutta eri maissa. OECD:n jäsenmaissaan toteuttaman tutkimuksen mukaan Suomessa toteutetaan terveydenhuoltoa monella mittarilla mitattuna keskimäärin hyvällä tasolla, esimerkiksi Suomessa lääkärin ja hoitajien määrä suhteessa kansalaisiin on meillä OECD:n maiden keskimääräistä tasoa (WHO 2016), samoin kuin lääkärin ja hoitajien määrän suhde (Suomen Lääkäriliitto 2015, 46). Suomessa kuitenkin valvontaviranomaisten määrä on vähäinen suhteessa valvottaviin verrattuna muihin pohjoismaihin, mikä puoltaa omavalvontapainotteista valvontajärjestelmää (Paunio & Pelkonen 2012).

Valvontaviranomaisia ei millään valvontatoimialalla voi olla niin paljon, että välitön turvallisuus voisi levätä ilman omavalvontaa valvontaviranomaisvalvonnan varassa.

Valvira valvoo sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa sekä julkisessa että yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valvonta voi olla suunnitelmallista tai jälkikäteistä valvontaa. Suunnitelmallista valvontaa toteutetaan Valviran ja aluehallintovirastoiden yhdessä laatiman valvontaohjelman mukaisesti (Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto 2015). Suunnitelmallinen valvonta perustuu laissa määriteltyyn Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamaan tiedonkeruuseen (ks. esim. lastensuojelulaki 417/2007, 27a §; laki toimeentulotuesta 412/1997, 14b §) tai tietyissä tapauksissa Valviran omiin selvityksiin. Hoitoonpääsyn (ns. hoitotakuu eli hoidon saatavuus, Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto 2015) valvonta on esimerkki suunnitelmallisesta valvonnasta, jota toteutetaan perustuen kuntien toimittamiin hoitojonotietoihin (terveydenhuoltolaki 1326/2010). Hoidon saatavuuden valvonnassa ei pääsääntöisesti ole kyse yksittäisen kliinistä potilastyötä tekevät lääkärin ammattitaidosta (ellei kyseessä ole huonolaatuisen jatkolähetteen teko, joka viivästyttää potilaan jatkohoitoonpääsyä), vaan kyse on enemmänkin terveydenhuollon yksikön toimivuudesta ja sen johtamisesta, joka tietysti on osa johtajana toimivan lääkärin ammattitoimintaa.

Jälkikäteinen, reaktiivinen, valvonta käynnistyy usein Valviralle tulleiden kanteluiden tai ilmoituksen kautta. Kantelu koskee yleensä yksittäisiä potilaita ja sen tekee potilas tai tämän omainen. Ilmoituksen taas tekee esimerkiksi ammattihenkilön työnantaja tai tämän edustaja (kuten ylilääkäri), apteekki, Kansaneläkelaitos, poliisi tai muu viranomainen. Ilmoitus koskee usein monen potilaan hoitoa ja ne johtavat paljon useammin valvonnan seuraamuksiin kuin kanteluasiat ja ovat potilasturvallisuuden varmistajana tärkeämpiä kuin kantelut (Henriksson 2016, 810-811). Valvira voi kuitenkin käynnistää valvontatoimenpiteet myös oma-aloitteisesti, esimerkiksi julkisuudessa esiintyneiden tietojen perusteella. Yksittäisten lääkärin valvonnassa on kyse yleensä muodoltaan jälkikäteisestä ilmoituksella vireille tulleesta valvonnasta. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnasta säädetään ammattihenkilölaissa (559/1994). Lain 24 §:n 2 momentin mukaan Valvira ohjaa ja valvoo valtakunnallisesti terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja aluehallintovirastot puolestaan ohjaavat ja valvovat terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa omalla toimialueellaan.

Ammattihenkilölain (559/1994) 26 §:n mukaan Valvira voi rajoittaa laillistetun lääkärin ammatinharjoittamisoikeutta tai poistaa sen, kieltää lääkäriä käyttämästä lääkärin ammattinimikettä tai peruuttaa luvan saaneen lääkärin ammatinharjoittamisoikeuden esimerkiksi silloin, jos ammattihenkilö suorittaa sellaisia tehtäviä, joihin hänen koulutustaan tai ammattitaitoaan on pidettävä riittämättömänä tai hänen toimintamahdollisuuksiaan muuten rajoitettuina.

Lääkärit, kuten kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt, vastaavat omasta toiminnastaan ja siten ensisijainen ”valvonta” on osa itsensä johtamista ja ”ammattillista itsesääätelyä” (ns. henkilökohtainen omavalvonta). Valviran ottaessa lääkärin ammattitoimintaa koskevan ilmoitusasian käsittelyynsä alkaa varsin mittava selvitystyö tapauskohtaisen harkinnan perusteella. Asian arviointia varten Valviran pyytää selvityksiä valvonnan kohteena olevalta lääkäriltä itseltään sekä hänen työnantajiltaan (jotka lausuntojaan varten pyytävät selvityksiä usein lääkärin työtovereita ja moniammatillisen työyhteisön muilta jäseniä). Usein myös hankitaan selvityksiä lääkärin määräämistä lääkkeistä ja pyydetään tutkittavaksi hänen tekemät potilasasiakirjamerkinnot, joista pyritään selvittämään perusteita lääkärin määräämälle hoidolle. Jos epäillään ammattihenkilön kärsivän toimintakykyä haittaavista sairauksista, Valvira selvittää hänen terveydentilaansa häntä hoitaneilta tahoilta. Joskus selvitystä henkilön huonontuneesta terveydentilasta ja siihen liittyvästä alentuneesta ammatillisesta toimintakyvystä ei saada riittävästi muulla tavoin kuin määräämällä hänet sairaalatutkimuksiin. Läheskään kaikkiin ilmoitusasioihin ei kuitenkaan liity lääkärin omaa sairautta, esimerkiksi päihderiippuvuutta, vaan kysymys on ammattihenkilön terveyteen täysin liittymättömistä menettelytavoista ja hoitokäytännöistä, jotka aiheuttavat valvontaviranomaiselle epäilyn potilasturvallisuusvaarasta.

Kun selvitystä on saatu riittävästi, sitä arvioidaan perusteellisesti. Valviralla on tätä varten yli 250 pysyvää asiantuntijaa terveydenhuollon eri aloilta ja varsin paljon monialaista asiantuntemusta myös omassa virkamieskunnassaan. Monien valvonta-asioiden arvioon hankitaan useita asiantuntijalausuntoja. Valvira voi kutsua pysyviksi asiantuntijoikseen enintään neljäksi vuodeksi kerrallaan tunnetusti taitavia ja kokeneita henkilöitä, jotka edustavat viraston kannalta merkityksellistä tieteellistä tai muuta asiantuntemusta (valtioneuvoston asetus Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta 676/2008, 8 §). Asiantuntijoita käytetään erityisesti lääkärin toimintaa koskevien kanteluiden ja

muiden sellaisten valvonta-asioiden käsittelyssä, jossa edellytetään sen arviointia, olisi potilaan hoidossa pitänyt toimia toisin hoitotilanteessa käytettävissä olleiden tietojen perusteella (Seppänen 2016, 2856; Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto 2012; valtioneuvoston asetus Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirastosta 676/2008, 8 §).

Silloin kuin Valviran toteaa saatujen selvitysten ja niiden arvion perusteella, että lääkäri on toiminut epäasianmukaisesti tai virheellisesti, annetaan seuraamus, joka voi olla hallinnollinen ohjaus (käsityksen ilmaiseminen, huomion kiinnittäminen tai huomautus) vastaisen varalle tai annetaan kirjallinen varoitus (asian käsittelee tällöin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunta). Jos Valvira kuitenkin pitää tehdyn arvioinnin perusteella potilasturvallisuuden kannalta välttämättömänä lääkärin ammattioikeuden rajoittamista ja poistamista, asia esitellään viraston sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnalle (Valvira-laki 669/2008, 3 §; sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Lautakunnassa ratkaistaan ammattioikeuksien rajoittamista, menettämistä ja takaisinsaamista sekä kurinpitoa (kirjalliset varoitukset) koskevat asiat. Kaikki asiat käsitellään tapauskohtaisesti ja päätökset tehdään huolelliseen, yksityiskohtaiseen selvitysnäyttöön perustuen. Ammattioikeutta voidaan rajoittaa siten, että rajoitetaan lääkärin oikeutta määrätä joitakin lääkkeitä (yleensä pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia ns. PKV-läkkeitä ja/tai varsinaisia huumausaineita ja/tai alkoholia), oikeutta tehdä tiettyntyyppistä työtä (esim. päivystystyötä), tai oikeutta rajoitetaan siten, että lääkäri voi toimia vain julkisessa terveydenhuollossa tai vain toisen johdon ja valvonnan alaisuudessa tai lääkärille määrätään jatkovalvontaa varten velvollisuus ilmoittaa Valviralle aina uudesta työpaikasta ennen työskentelyn aloittamista. Niiden ammatinharjoittamisoikeuden rajoituksien ja poistamisten osalta, jossa lääkäri itse on hakija, päättää Valvira ilman lautakuntamenettelyä – näissä on käytännössä aina kyse siitä, että lääkäri ei itse ole pystynyt muuttamaan epäasianmukaista lääkkeen- tai alkoholinmääräämiskäytäntöään, vaan haluaa ”ulkoisen kontrollin” itselleen. Ammattioikeuden rajoittaminen tai poistaminen merkitään terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin eli Terhikki-rekisteriin (ammattihenkilölaki 559/1994, 24 a § 2 mom 1-kohta). Valvira myös ilmoittaa lääkärin ammatinharjoittamisoikeuden rajoittamisesta tai poistamisesta muiden EU- ja ETA-valtioiden toimivaltaisille viranomaisille EU:n komission ylläpitämän

sähköisen sisämarkkinoiden tietojenvaihtojärjestelmän (IMI-järjestelmä) kautta (ammattihenkilölaki 559/1994, 40 c §).

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan puheenjohtaja on Valviran ylijohtaja tai virastosta nimetty varapuheenjohtaja, mutta muutoin lautakunnan jäsenet eivät ole Valviran virkamiehiä, vaan edustavat lääketieteellistä ja oikeustieteellistä asiantuntemusta sekä sitä ammattialaa, jonka harjoittajaa kulloinen valvonta-asia koskee. Lääkärin valvontatapausta käsiteltäessä mukana on aina Suomen Lääkäriliiton edustaja. Jos potilasturvallisuus sitä edellyttää, voidaan turvaamistoimenpide eli ammattioikeuden poistaminen tai rajoittaminen tehdä väliaikaisena jo ennen kuin kaikki selvitykset on saatu (ammattihenkilölaki 559/1994, 29 §). Ennen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan kokouskäsitelyä ammattihenkilöä kuullaan, eli häneltä pyydetään selitys, jolloin hän voi lausua oman näkemyksensä Valviran asiasta saamasta selvityksestä ja viraston tekemästä arvioinnista ja johtopäätöksistä. Väliaikainen päätös voidaan kuitenkin kiireellisuuden edellyttäessä tehdä ammattihenkilöä kuulemattakin. Monissa tapauksissa päätösesitysluonnos käsitellään ennen lautakuntakäsittelyä moniammatillisessa terveydenhuollon valvontaosaston työryhmäkokouksessa, ja kaikissa tapauksissa esitysten valmisteluun osallistuu esittelijän lisäksi useita esimiehiä. Jokainen turvaamistoimenpidepäätös perustuu siis usean asiantuntijan tekemään huolelliseen arviointiin.

Valvontalautakunnan päätöksen saatuaan lääkäri voi valittaa siitä hallinto-oikeuteen. Päätökset, joilla ammattioikeuksia rajoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnassa perustuvat selvityksissä hankittuun näyttöön siitä, miten potilasturvallisuus on vaarantunut. Päätöstä arvioitaessa harkitaan suhteellisuusperiaatteella mikä on välttämätön ("pienimmän puuttumisen") toimenpide, jolla potilasturvallisuus voidaan varmistaa. Lääkärin ammattitoimintaa rajoittavalla turvaamistoimenpiteillä puututaan vakavasti yksilön perustuslailliseen oikeuteen harjoittaa ammattiaan (perustuslaki 731/1999, 18 §), joten harkinnassa käytetään "pienimmän välttämättömän puuttumisen" periaatetta potilasturvallisuuden ollessa kuitenkin tärkein määräävä tekijä.

2.5.Lääkärin ammattitaidon selvittäminen

Lääkärin ja potilaiden oikeusturvan kannalta on tärkeää, että Valviralla on tosiasiallinen mahdollisuus selvittää, onko lääkäri kykenevä toimimaan ammatissaan. Selvityksiä tarvitaan potilaiden hoidon asianmukaisuudesta ja ammattihenkilön terveydentilasta ja ammatillisesta toimintakyvystä. Selvittäessään lääkärin ammattitaitoa ja kykyjä toimia tehtävässään, Valvira hankkii lääkärin ammatillisten tietojen ja taitojen selvittämiseksi esimerkiksi lääkärin laatimia potilasasiakirjoja, lääkärin työnantajien lausuntoja ja selvityksen arvioimiseksi lausuntoja Valviran asiantuntijoilta. Yleisimmin ammattioikeuksiin rajoittamisen tai poistamisen perusteena ovat epäasiallinen lääkkeen määrääminen, lääkärin oman terveydentilan alenema tai puutteet lääkärin ammattitoiminnassa (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2016). Syyt ovat usein, ainakin osin, päällekkäisiä, esimerkiksi epäasialliseen väärinkäyttöön soveltuvan lääkkeen määräämiseen potilaille voi liittyä oma päihdeongelma ja oman päihdeongelman epäasianmukainen lääkkeellinen itsehoito. Epäasianmukainen väärinkäyttöön soveltuvan lääkkeen määrääminen tai sairaana ja toimintakyvyttömänä työssä oleminen on myös ammattitaidon puutteellisuutta, mutta Valviran asianhallintajärjestelmässä nämä on valvonnan tietotarpeiden vuoksi erotettu omiksi asiaryhmiksi. Kun lääkärin terveydentila on vakavasti alentunut, se voi romahduttaa hänen ammattitaitonsa. Mutta ammattitaito voi olla myös terveydentilasta täysin riippuvainen siten, että taito täysin palautuu, kun sairaus (kuten päihderiippuvuus) vakaasti parantuu.

Selvitettäessä lääkärin ammattitaitoa, jos muilla tavoin saadut selvitykset eivät ole riittäviä, voi Valvira osana lääkärin toiminnan asianmukaisuuden valvontaa Valvira voi määrätä lääkärin ammatilliset tiedot ja taidot selvitettäväksi ammattihenkilölain (559/1994) 25 §:n 2 momentin mukaisesti. Ammattitaidon selvitystä ei tehdä, jos lääkärin terveydentila on vakavasti alentunut ja tämä on ilmeinen syy ammattitoiminnan epäasianmukaisuudelle. Ammattitaidon selvitys tehdään yleensä sekä käytännön ammatillisten taitojen arvioinnin että teoreettisen kuulustelun muodossa, vain erityistapauksissa riittävä selvitys voidaan saada pelkästään näistä toisen avulla. Lääkärin kieltäytyessä ammatillisten tietojen ja taitojen selvittämisestä, voi Valvira ratkaista asian ilman tätä selvitystä ja tarvittaessa kieltää lääkäriä harjoittamasta ammattiaan tai peruuttaa hänen lupansa tai kieltää käyttämästä lääkärin ammattinimikettä

(ammattihenkilölaki 559/1994, 25 § 5 mom.). Käytännössä Valvira määräämstä ammattitaitotutkimuksesta kieltäytyminen lähes aina johtaa ammattioikeuksien menettämiseen. Ammattitaidon arvioinnin laajuus ja kesto arvioidaan aina tapauskohtaisesti. Arvioinnin lähtökohtana on arvioida riskin suuruutta, jonka mahdollinen lääkärin ammattitaidon puute aiheuttaisi potilasturvallisuudelle. Jotta arvioitavan oikeusturva toteutuisi, on arvioinnin oltava riittävän perusteellinen käytettäessä turvaamistoimia. Valviran määräämä lääkärin ammattitaidonselvitys tehdään yleensä jonkin maamme lääketieteellisen tiedekunnan toimesta. Valtio korvaa tutkimuksista aiheutuneet kustannukset yliopistolle.

Hyvin toteutettu ammattitaitotutkimus testaa sekä teoreettista että käytännön ammattitaitoa. Teoreettinen osaaminen testataan yleisimmän arvioitavalle yksilöllisesti suunnitellulla kuulustelulla, jossa kiinnitetään huomioita erityisesti arvioitavan ammattitoiminnassa havaittuihin epäkohtiin. Kuulustelun laajuus määräytyy tapauskohtaisesti. Kuulusteluvastauksia arvioidaan vasten sitä, mitä lääkärin tulisi koulutus ja työkokemus huomioiden teoreettisesti tietää. Lääkärin työ on paljon myös käytännön ammattitaitoa, jota ei voi todentaa pelkästään kirjallisella kuulustelulla. Käytännön ammattitaito testattaessa kiinnitetään huomiota myös lääkärin ammatilliseen asennoitumiseen potilaisiin ja työtovereihin. Potilasturvallisuusriskin arvioinnin kannalta on keskeistä, että arvioinnissa kiinnitetään huomiota lääkäriin kykyyn arvioida omia taitojaan ja edellytyksiään tehdä lääkärintyötä. Tähän arviointiin antaa viitteitä myös arviointi niissä ammattitoiminnan kyvyissä, jossa henkilöllä on aikaisemmin esiintynyt puutteita sekä arvioitavan harkintakyky konsultaatioavun pyytämisessä. Käytännön työn lisäksi lääkärin toimi on paljon myös vuorovaikutuksen kautta tapahtuvaa, joten arvioinnissa huomioitaviksi voivat tulla myös käytännön työskentelyssä edellytetty kielitaito sekä muut vuorovaikutustaidot. Yleislääkärin teoreettisten tietojen ja taitojen testaamisessa osalta kuulustelussa voidaan soveltuvin osin käyttää Tampereen yliopistossa EU- ja ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärin kohdalla ammatinharjoittamisoikeuksien saamiseksi edellytettyä kuulustelua (ks. tarkemmin Haukilahti, Virjo & Mattila 2012b). Erikoislääkärin teoreettisten tietojen ja taitojen testaamisessa osalta voidaan puolestaan käyttää valtakunnallista erikoislääkärikuulustelua (ks. esim. Helsingin yliopisto, opinto-opas 2013-2015).

Käytännön ammattitaito arvioidaan usein tavanomaisena lääkärinvastaanottotilanteena, jossa arvioidaan useampi potilaskohtaaminen. Vastaanottotilanteita havainnoi yleensä yksi asiantuntija ja lisäksi ne videoidaan ja eri asiantuntija(t) arvioi lääkärin ammattitaitoa videoidun perusteella jälkikäteen. Asiantuntijat arvioivat lääkärit erikseen ja antavat sen perusteella yhden lausunnon. Vastaanottotilanne arvioidaan yleislääkärin keskeisillä osaluilla, jotka ovat 1) perusterveydenhuollon toimintaympäristön hallinta (tavallisten ja tärkeiden sairauksien tunnistaminen ja hoitaminen), 2) ongelmaratkaisutaidot (tarkoituksenmukainen potilaan tutkiminen ja diagnostisten testien käyttö), 3) laaja-alainen työote (useampien sairauksien hoito ja riskitekijöiden huomioiminen), 4) potilaskeskeinen toimintatapa (vuorovaikutus potilaan kanssa sekä potilaan osallistuminen tutkimuksista ja hoidosta päättämiseen), 5) asennetason tekijät (eettinen toiminta ja potilaan kunnioittaminen tasavertaisena) ja 6) kliiniset taidot (tarkoituksenmukainen potilaan tutkiminen, laboratoriotutkimusten ja kuvantamismenetelmien käyttö). Näiden eri osa-alueiden osaaminen arvioidaan asteikoilla kaipaava lisäoppia, pätevä ja osaa erinomaisesti. (Haukilahti ym. 2012b)

Kaikki lääketieteellistä koulutusta antavat yliopistot osallistuvat lääkärin ammattitaidon arviointien suorittamiseen. Arvioinnin suorittava koulutusyksikkö sovitaan tapauskohtaisesti huomioiden muun muassa koulutusyksikön resurssitilanne, arvioitavan henkilön toive sekä esteellisyyskysymykset. Arvioinnista vastaava koulutusyksikkö antaa arvioinnin perusteella lausunnon arvioitavan lääkärin ammattitaidosta Valviralle. Lausunnossa arvioidaan ammattitaitoa suhteessa potilasturvallisuusriskiin. Valvira ei ratkaisussaan siitä, onko lääkäri ollut toimissaan ammattitaidottomuuden vuoksi lain tarkoittamalla tavalla kokonaan tai osittain kykenemättömäksi harjoittamaan lääkärin ammattia, ole sidottu tähän lausuntoon, vaan päätös perustuu kokonaisarviointiin, jossa koulutusyksikön lääkärin tiedoista ja taidoista antama lausunto on kuitenkin hyvin keskeisessä roolissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan poistettua tai rajoitettua lääkärin ammattioikeutta, lääkäri voi anoa oikeuksien palauttamista. Palautuksista päättää ne poistanut taho eli käytännössä usein sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunta (tapauksissa, joissa Valviran on lääkärin omasta hakemuksesta poistanut tai rajoittanut oikeuksia, Valvira). Lääkärinoikeuksien palautusprosessissa tulee arvioidavaksi ovatko päätöksen perusteet lakanneet. Lääkärin

osallistuminen täydennyskoulutukseen ja koulutuksen sisältö tulee arvioitavaksi silloin, kun lääkärin oikeudet on poistettu tai niitä on rajoitettu tilanteessa, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunta (tai Valvira) on katsonut lääkärin ammattipätevyyden olevan riittämätön hoitamaan lääkärin tointa. Täydennyskoulutustarve, sen sisältö ja määrä, arvioidaan tapauskohtaisesti, ja samoin kuin koulutuksen toteutustapa. Lääkäri voi osoittaa ammattipätevyytensä kehittymistä tapauskohtaisesti myös muilla keinoin. Esimerkiksi, jos lääkärin oikeutta määrätä tiettyjä lääkkeitä on rajoitettu, voi hän oikeuksien palauttamista koskevassa hakemuksessaan osoittaa kykyään määrätä rajoituksenalaisia lääkkeitä muiden tietyssä määrin verrannollisten lääkkeiden määräämisen kautta. Valvontaviranomainen voi näiden ”verrokkireseptien” (esim. väärinkäyttöön jossain määrin soveltuvat lääkkeet, joita ei ole luokiteltu PKV-lääkkeiksi) kautta arvioida perusteita myös aiemmin rajoitettujen oikeuksien palauttamiseen. Tällöinkin kuitenkin osallistuminen täydennyskoulutukseen lääkkeiden määräämisen osalta on usein perusteltua.

Valviran määräämiä lääkärin ammattitaidon selvittämisiä tehdään vain harvoin, keskimäärin 2-3 selvitystä vuodessa (Valvira 2016). Arviointimenettelyyn määrättäessä puututaan hyvin vahvasti yksilön itsemääräämisoikeuteen, joten niitä ei toteuteta kevyin perustein. Kyse on myös resursseista, arviointien tekoon vaikuttaa arviointien rahalliset kustannukset, jotka maksetaan valtion varoista (ammattihenkilölaki 559/1994, 25 §). Yksi arviointi maksaa keskimäärin 6000 € (M. Henriksson, henkilökohtainen tiedonanto 21.8.2016). Kokonaisuudessa on lisäksi huomioitava arvioinnin tekevän koulutusyksikön resurssikysymykset. Menetelmä on raskas toteuttaa ja esimerkiksi Tampereen yliopiston lääketieteellistä tiedekuntaa kuormittaa erityisesti EU- tai ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärin kuulustelujärjestelmän ylläpito, eikä yliopistolla ole ollut suurta halukkuutta laajentaa järjestelmää koskemaan jo laillistettujen lääkärin ammattitaidon tutkimuksiin M. Henriksson, henkilökohtainen tiedonanto 21.8.2016). Näyttää siltä, että arviointitoiminnan rahoittaminen ja rahoitusjärjestelmä ei riittävästi tue Valviran ammattitaidon arviointiin määräämien lääkärin osalta tehtävää arviointitehtävää ja siten vaikuttaa, että arviointi ajoittain häiritsee kohtuuttomasti koulutusyksikön perustehtävää eli lääketieteen perusopiskelijoiden ja jatko-opiskelijoiden koulutusta sekä yksikön tutkimustyötä. M. Henrikssonin (henkilökohtainen tiedonanto 21.8.2016) mukaan nykyisellään arviointijärjestelmä on epäyhtenäinen ja tutkimuksen ruuhkautuneet, mikä aiheuttaa ongelmia lääkäreille sekä viranomaisille. Ratkaisuna voisi olla tutkimuksen

keskittäminen yhteen koulutusyksikköön (”valtakunnallinen osaamiskeskus lääkärin ammattitaitotutkimuksissa”), jonka resursointi varmistettaisiin keskitetysti.

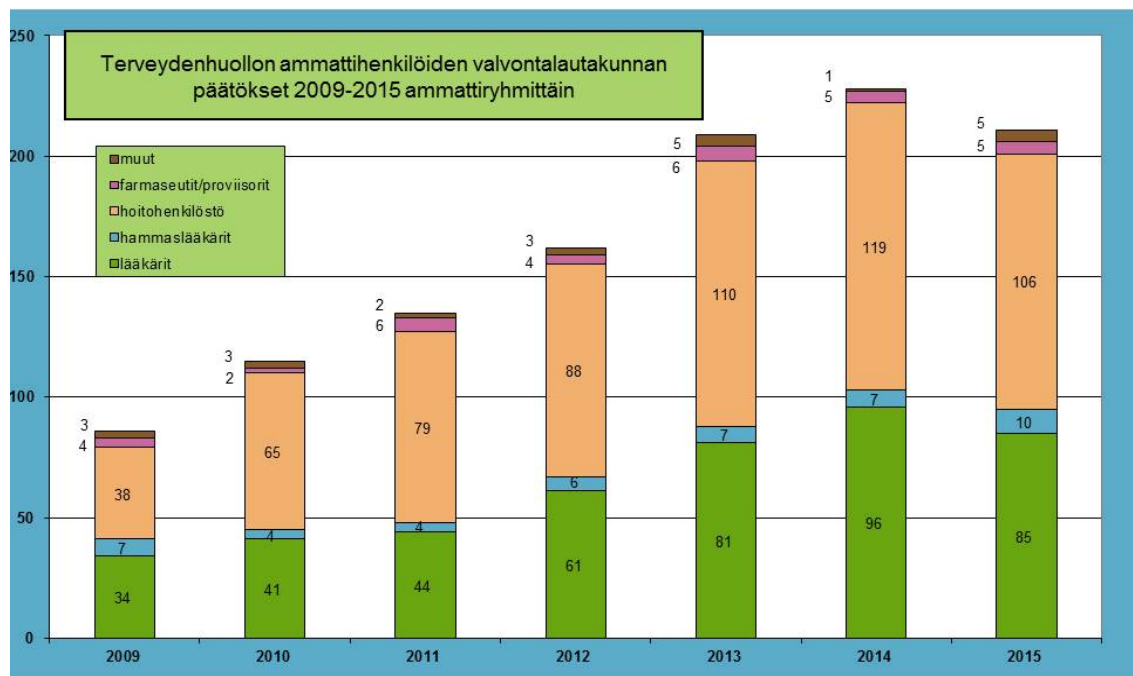
2.6.Valvontaviranomaisten määräämät turvaamistoimenpiteet

Lääkäreitä koskevia turvaamistoimenpiteitä edeltää vain harvoin potilaiden tai heidän omaistensa tekemä kantelu, vaan nämä valvonta-asiat tulevat vireille ilmoituksilla. Ilmoituksia tulee useilta eri tahoilta, muun muassa ylilääkäreiltä, ylihoitajilta, muilta esimiehiltä, Kansaneläkelaitokselta, apteekeista ja poliisilta. Edellä mainituilla on salassa pidon estämättä oikeus tehdä Valviralle ilmoitus potilasturvallisuutta vaarantavasta seikasta ja lisäksi tuomioistuimilla on ilmoitusvelvollisuus rikostuomioista, jotka terveydenhuollon ammattihenkilö on saanut ammattitoiminnasta tehdystä rikoksesta. Potilasturvallisuus voi vaarantua monin eri tavoin ja turvaamistoimenpiteen ei tarvitse perustua jo tapahtuneeseen vahinkoon, haittaan tai komplikaatioon, vaan perusteeksi riittää olemassa oleva vahingon tapahtumisen merkittävä vaara. Potilaan oikeuksien kannalta olisi väärin odottaa vahingon tapahtumista turvaamistoimenpiteen perusteeksi, jos lääkärin toiminnassa on sellaista epäasianmukaisuutta, joka on omiaan vaarantamaan potilasturvallisuuden. Esimerkiksi lääkäri on voinut olla toistuvasti humalassa tai puutteellisella ammattitaidolla työssä, mutta hyvällä onnella ja työnantajan välittömän puuttumisen vuoksi ei ole vielä aiheuttanut vahinkoa, ainoastaan vakavaa vaaran. Turvaamistoimenpiteen perusteeksi ei siis tarvita potilaan tekemää kantelua. Käytännössä potilaat saattavat jopa olla hyvin tyytyväisiä lääkärin siihen kyseiseen toimintaan, jota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunta rajoittaa. Esimerkkejä näistä ovat rajoitukset, jotka liittyvät sellaisten lääkkeiden määräämiseen, jotka soveltuvat väärinkäyttöön tai rajoitukset, jotka koskevat epätyypillisiä ns. vaihtoehtohoitoja, joiden vaarallisuutta potilas ei välttämättä ymmärrä. Potilaat voivat olla, ainakin lyhyellä aikavälillä tarkasteltu, hyvinkin tyytyväisiä hoitoon, joka on vaarallista, epäasianmukaista tai huonolaatuista hoitoa. Valitusviranomaiset, Korkein hallinto-oikeus ja hallinto-oikeudet, sekä ylimmät laillisuusvalvojat, oikeusasiamies ja oikeuskansleri, ovat päätöksissään vahvistaneet tämän ratkaisukäytännön, joka ei edellytä jo realisoitunutta vahinkoa perusteeksi (ks. esim. Korkein hallinto-oikeus päätös 22.1.2016, nro 177/2016, dnro 498/3/14). Vastaava käytäntö on valvonnassa muissa pohjoismaissa sekä Iso-Britanniassa.

Valvira arvioi selvitettävänänsä olevissa terveydenhuollon valvonta-asioissa sitä, onko lääkäri hoitanut potilasta asianmukaisesti ja potilasturvallisuutta vaarantamatta. Arvioitaessa lääkärin ammattitaidon puutteita, on muistettava, että kysymyksessä oleva puute voi liittyä tiettyihin työskentelyolosuhteisiin tai potilasryhmiin. Esimerkiksi perusterveiden potilaiden hoitaminen työterveyshuollossa vaatii erityyppistä ongelmanratkaisukykyä kuin hektinen ensihoito. Erityistyöskentelyolosuhteena on nähtävä myös esimerkiksi päivystystilanteet, joissa kiireellisyyden ja potilaiden terveydentilan vuoksi hoitoon liittyvät päätöksenteot ovat ajanvarausvastaanottoa huomattavasti haasteellisempia.

Terveydenhuollon ammattilaisiin, kohdistuneiden valvonta-asioiden määrät kasvoivat vuosittain aina vuoteen 2013 asti, jonka jälkeen on havaittavissa hienoista laskua käsiteltävissä valvonta-asioissa (Valvira 2016, 22). Kehitys näkyy (ks. kuvio 3) viiveellä sosiaali- terveydenhuollon valvontalautakunnassa käsiteltävien tapausten määrässä (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston asianhallintajärjestelmä). Valvontaviranomaisen lääkäreille määräämien turvaamistoimenpiteiden määrä kasvoi vuoden 2011 nk. valelääkäratapauksen jälkeen, mutta määrät näyttävät vähentyneen vuosina 2013-2015. Kuviossa 4 on esitetty Valviran tekemät kaikki lääkäreihin kohdistuneet turvaamistoimenpiteet vuosina 2002 – 2015 (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston asianhallintajärjestelmä). Valvontatapausten määrien nousuun johtaneita syitä ovat moninaisia, mutta kyse ei välttämättä ole siitä, että potilasturvallisuutta vaarantava toiminta olisi yleistymisestä. Osittain kyse on työnantajien lisääntyneestä ilmoitusherkkyydestä. Myös vuoden 2011 syksyllä paljastuneet kaksi valelääkäritapausta herätti yleistä epäluuloa lääkäriammattikunnan ja viranomaisvalvontajärjestelmän luotettavuudesta sekä omalta osaltaan lisäsi ilmoitusherkkyyttä (Paunio & Pelkonen 2012, 15; Suomen Lääkäriliitto 2011, 2). Huolimatta lisääntyneistä ilmoitusmääristä selkeästi aiheettomia tai ilkivaltaisia ilmoituksia Valviraan tehdään vain hyvin harvoin. Osittain lisääntyneiden ilmoitusten taustalla ovat lääkärin henkilökohtaiset ongelmat, esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmien, lisääntymisestä, jotka voivat alentaa ammatillista toimintakykyä. Ilmoitusten määrän lisääntyminen voi siten kertoa myös yhteiskunnan hyvinvoinnin voimakkaasta kahtiajakautumisesta (polarisaatio), joka koskee myös lääkäreitä. Kyse voi olla myös omavalvonnallisen ilmoitusherkkyyden lisääntymisestä ja

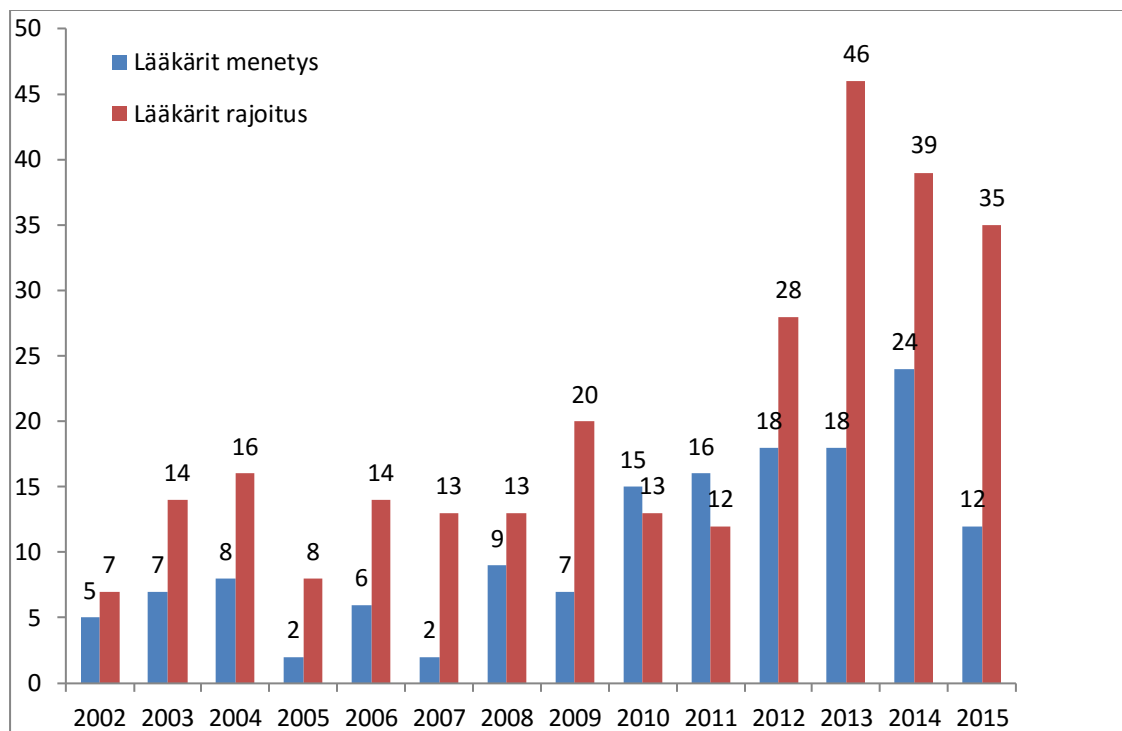
puuttumisen kulttuurin tervehtymisestä. Työyhteisössä ei enää aiempaan tapaan luoteta siihen, että ongelmat ratkeavat itsestään. Erityisesti suhtautuminen päihderiippuvuuksiin puuttumisessa on muuttunut aiempaa aktiivisemmaksi. Kollegiaalinen puuttuminen on vaikeaa ja se vaikeutuu usein, jos lääkärin riippuvuusongelmissa on alkoholin lisäksi tai sen sijaan reseptilääkkeet, mutta varhaisen puuttumisen ja välittämisen kehittäminen on yksi keskeinen tekijä potilasturvallisuuden parantamisessa (Henriksson 2013). Kollegiaalisuuden yksi käytännön ilmenemismuoto on oikea puuttuminen kollegan toimintaan, mikä pätee paitsi lääkärin terveysongelmiin, myös ammattitaidon puutteisiin (Suomen Lääkäriliitto 2013a).



KUVIO 3. Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan¹ vuosina 2009 – 2015 tekemät päätökset² (lukumäärät/ammattiryhmä)

¹ vuoteen 2016 asti Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunta

² luvut sisältävät kaikki turvaamistoi-menpiteet ja kirjalliset varoitukset (ml. myös muut kuin ammattitaidon puutteen perusteella määrätyt)



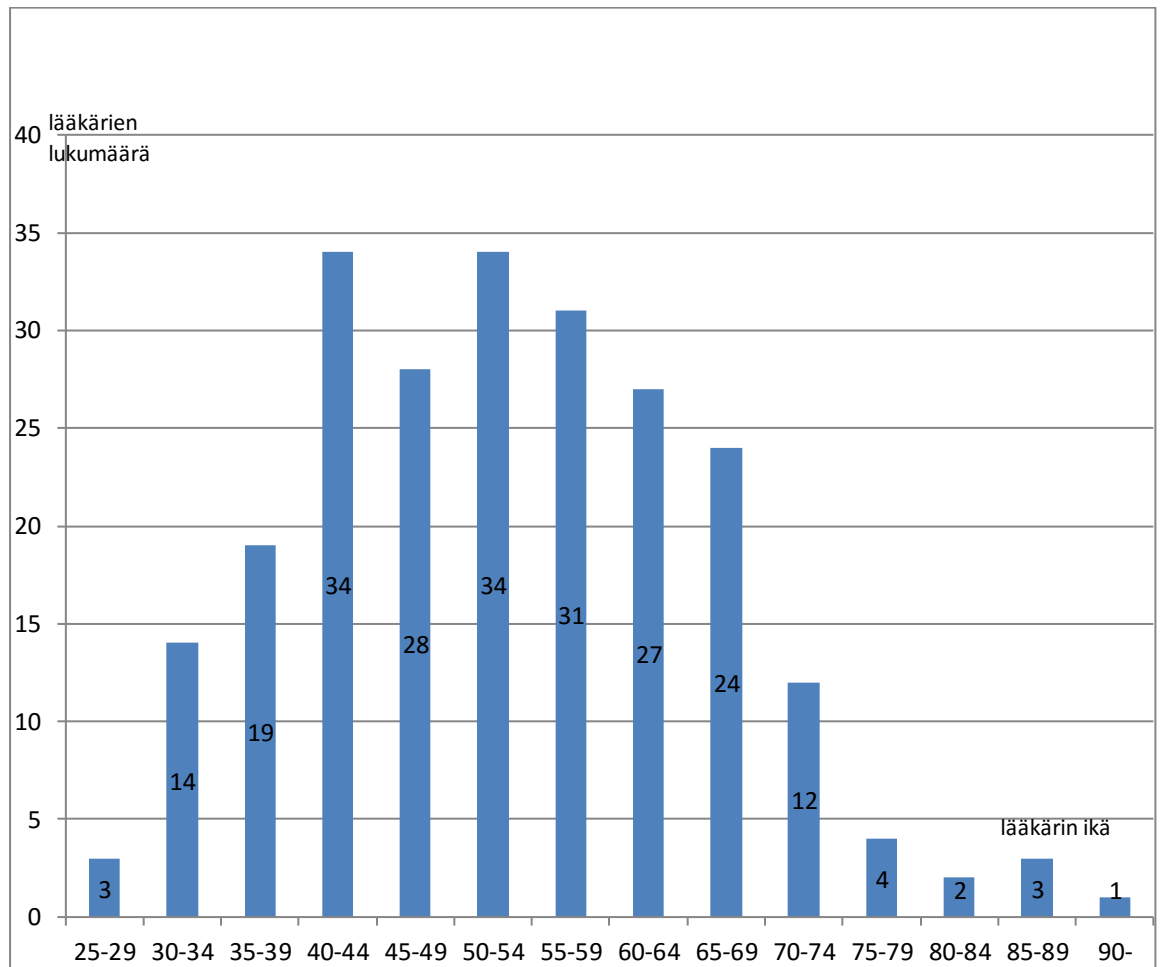
KUVIO 4. Valviran³ sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan tekemät lääkäreiden ammattioikeuksien turvaamistoimenpiteet⁴ vuosina 2002 - 2015

Aika ajoin herää keskustelua siitä, pitäisi lääkärin ammattioikeudelle asettaa jokin yläikäraja. Lääkärikunta ikääntyy Suomessa, jopa neljäsosa työikäisistä lääkäreistä on yli 55 –vuotiaita (Suomen Lääkäriliitto 2015, 7), mutta toistaiseksi meillä ei ole ollut suunnitelmia asettaa lääkärin ammattioikeudelle yläikärajaa. Yksityisillä palveluntuottajilla, kuten lääkäriasemilla, voi olla omaan laatujärjestelmään liittyen asetettu lääkärin toiminnalla yläikärajoja (esimerkiksi 70 vuotta) ja jotka voivat olla operatiivisessa toiminnassa jopa alempia. Valviran valvonta-aineiston perusteella ikä yksittäisenä tekijänä ei kuitenkaan korreloi lääkärin ammattioikeuden rajoittamisen kanssa. Kuviossa 5 on esitetty 1.1.2016 voimassa olevien lääkärin ikään turvaamistoimenpiteen ajankohtana suhteutettujen lääkäreiden ammattioikeuksien turvaamistoimet (yhteenlaskettuina poistot ja rajoitukset) lukumäärinä (Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston asianhallintajärjestelmä).

³ vuosina 2002 - 2008 Terveydenoikeusturvakeskuksen (TEO) Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunta tekemät turvaamistoimenpiteet

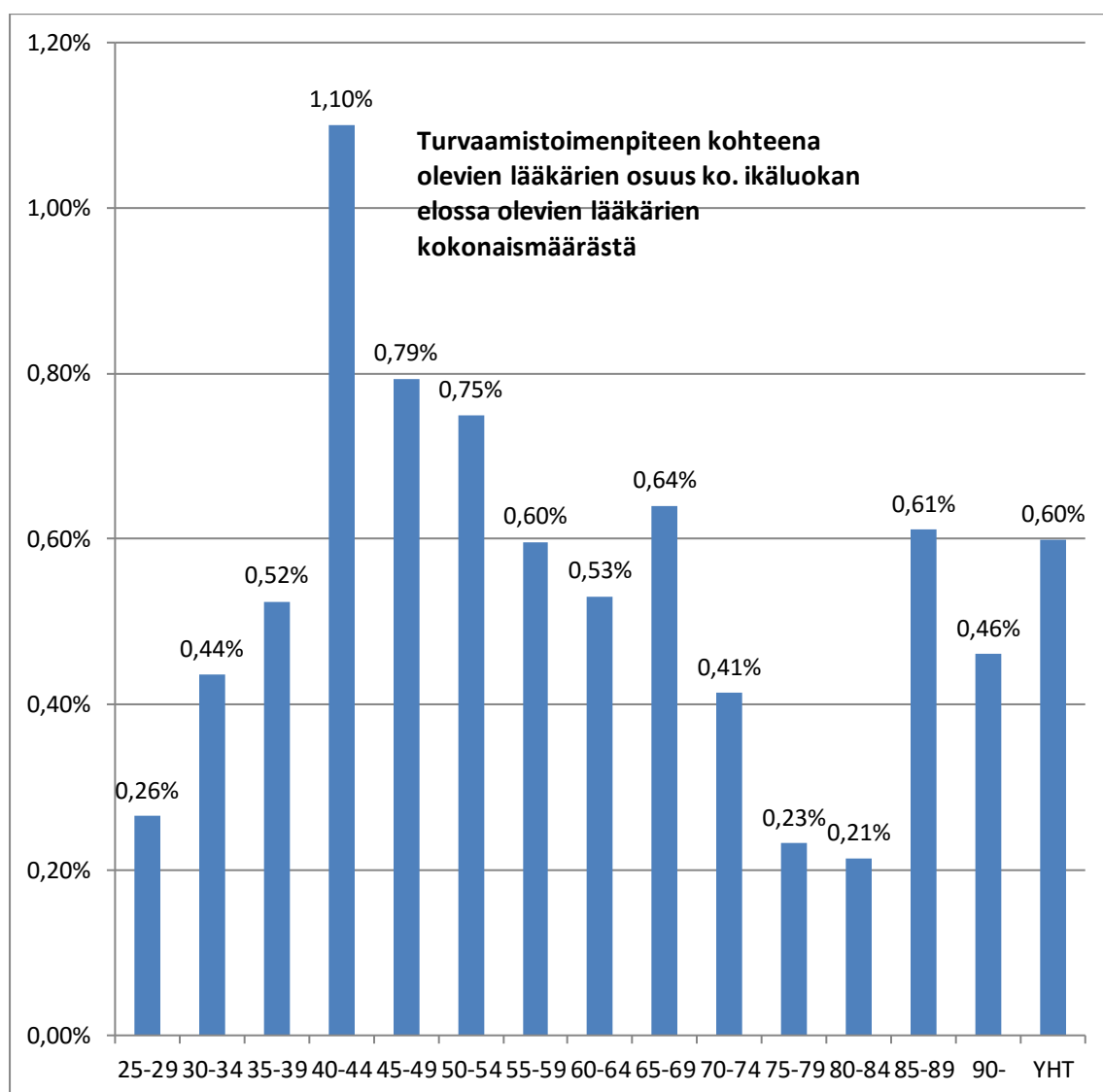
⁴ luvut sisältävät eri perusteella tehdyt turvaamistoimenpiteet, myös muut kuin ammattitaidon perusteella annetut turvaamistoimenpiteet

Turvaamistoimenpiteitä ei ole asetettu erityisesti nuorille tai ikääntyneille lääkäreille, vaan ikäluokkiin 40 – 44 ja 50 - 54 vuotta.



KUVIO 5. 1.1.2016 voimassa olleiden lääkärin ikään (ikä turvaamistoimenpiteen määräys hetkellä) suhteutettujen lääkärin ammattioikeuksien turvaamistoimet (poistot ja rajoitukset)

Työelämässä olevia lääkäreitä, eli lääkäreitä, jotka altistuvat tekemään virheitä tai epäiltyjä virheitä potilastyössä, on kuitenkin vanhemmissa ikäluokissa vähemmän kuin nuoremmissa. Turvaamistoimenpiteiden kohteena olevien lääkärin osuus ei kuitenkaan kasva lineaarisesti lääkärin iän myötä, vaan osuus on suurin ikäluokassa 40 – 44 vuotta (ks. kuvio 6, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston asiantuntijajärjestelmä). Syitä ei ole tutkittu, mutta selitys voi olla päihdeongelmien kasaantumiseen työssä käyvään ikäluokkaan. Suomalaiset ikääntyvät lääkärit saattavat pääsääntöisesti myös osata lopettaa tai vähentää työtään asianmukaisella tavalla toimintakyvyn tai ajantasaisen ammattitaidon alentuessa.



KUVIO 6. 1.1.2016 turvaamistoimenpiteen kohteena olleiden lääkäreiden osuus (%) ikäluokan elossa olevien lääkäreiden kokonaismäärästä

Lääkärin ammatinharjoittamisen rajoittamiset kohdistuvat usein lääkkeiden määräämisoikeuteen, jota rajoittamalla on voitu paitsi estää kysymyksessä olevan lääkärin potilaisiin kohdentuvat riskit, myös vaikuttaa ennakoivasti laajemmin epäasianmukaisen ja ei-lääketieteellisen lääkkeiden käytön leviämistä maassamme. Vaikka rajoittaminen kohdistuu yksittäiseen lääkäriin, on sen vaikutukset huomattavasti laajemmat, sillä on tavallista, että lääkärillä, jonka lääkkeenmääräämisoikeutta rajoitetaan, on ollut jopa satoja potilaita, joille on määrätty hyvin paljon väärinkäyttöön soveltuvia, pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Näin ollen

rajoituspäätöksillä voidaan vaikuttaa vuosittain miljoonien lääketablettien epäasianmukaiseen määräämiseen ja myös niiden kulkeutumiseen ”katukauppaan”. Myönteisenä ilmiönä on havaittavissa, että parin viime vuoden aikana on voitu myös hakemuksesta palauttaa aiempaa enemmän valvonnan seurauksena aiemmin poistettuja tai rajoitettuja ammatinharjoittamisoikeuksia, jolloin palaaminen työelämään on mahdollistunut (Valvira 2016). Näissä tapauksissa Valviran toimenpiteet ovat monesti olleet se viimeinen kannuste tai ”pakkotila”, joka on saanut lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön hakeutumaan hoitoon ja kuntoutukseen esimerkiksi pitkäaikaisen päihdehäiriönsä vuoksi. Valvira ei järjestä valvottaville hoitoa tai kuntoutusta, mutta osana valvontaprosessia on valvottaville usein annettu aktiivisesti neuvontaa hoitoon hakeutumisesta.

2.7.Terveysdenhuollon valvonnan kehittäminen

Vuoden 2011 nk. vale-lääkäritapauksen johdosta sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän, jonka tehtävä oli arvioida terveydenhuollon ammatinharjoittamisoikeuden myöntämisprosessia ja heidän ammatinharjoittamisen valvontaa potilasturvallisuuden kehittämisen näkökulmasta (Paunio & Pelkonen 2012). Työryhmä selvitti valvontaprosesseja ja niihin liittyviä säädöksiä. Muistiossaan (Paunio & Pelkonen 2012) työryhmä teki ehdotuksia terveydenhuoltoon koskeviin säädöksiin, valvontaa koskeviin rakenteisiin sekä lääkärin ammattitaidon valvontaan laillistamisprosessissa. Työryhmän laillistamismenettelyyn liittyvät ehdotukset koskivat pääasiassa EU- tai ETA-alueen ulkopuolella lääkärintutkintonsa suorittaneita henkilöitä. Työryhmän näkemyksen mukaan heidän tutkintotodistustensa oikeellisuus olisi selvitettävä tuolloin (eli vuonna 2011) voimassa olevaa käytäntöä luotettavammin. Lisäksi EU- tai ETA-alueen ulkopuolella lääkärintutkintonsa suorittaneilta henkilöiltä tulisi työryhmän näkemyksen mukaan vaatia enemmän näyttöä, toisaalta ammattipätevyydestä (ns. valmentavakoulutus) ja toisaalta kielitaidosta, ennen toimimista itsenäisenä ammatinharjoittajana tai lääkäriharjoittelijana. Riittävän kielitaidon varmistamiseksi työryhmä ehdotti kielikokeen luomista. Lisäksi työryhmä ehdotti, että terveydenhuollon toimintayksikön omavalvontaa tulisi vahvistaa luomalla säädökset, että toimintayksiköissä on toteutettava omavalvontaa laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Työryhmä ehdotti omavalvonnan tavoitteiden toteutumisen

varmistamiseksi, että säädöksiin kirjattaisiin myös omavalvonnan keskeiset sisällöt ja vastuut. Lisäksi työryhmä ehdotti, että potilaiden ja heidän omaisten tekemien kantelujen ja muistutusten käsittelyä koskevat säännökset tulisi uusia siten, että ne käsiteltäisiin ensisijaisesti muistutusmenettelynä terveydenhuollon yksikössä. Rakenteellisia muutoksia koskeva ehdotus liittyi aluehallintovirastojen tekemän sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan yhdistämiseen Valviraan. Työryhmä myös ehdotti valvontaviranomaisen resurssien lisäämistä (Paunio & Pelkonen 2012, 30-32). Myös Haukilahden (2014, 336) EU- tai ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkäreiden laillistamisprosessia käsittelevät väitöskirjatutkimuksen havainnot tukevat työryhmän ehdotusta ulkomailla lääkärintutkinnon suorittaneiden henkilöiden valmentavasta koulutuksesta ja kielitaitovaatimuksesta.

3. Lääkärien täydenniskoulutus ja muu ammatillinen kehittyminen

3.1. Koulutuspolitiikan ohjausmenetelmät

Lääkärien ammatillista täydenniskoulutusta säätelee yleiseurooppalaisella tasolla ammattipätevyysdirektiivi (2005/36/EY) ja Suomessa kansallisesti ammattihenkilölaki (559/1994, muutos 1569/2015). Lääkärien täydenniskoulutukseen liittyvät säädökset ovat osa eurooppalaista koulutuspolitiikkaa, joiden toimeenpanoa ohjataan eri mekanismein kansallisesti ja ylikansallisesti. *Ohjaus* on terminä moniselitteinen ja tilanteesta riippuen sille voidaan antaa erilaisia merkityksiä. Opinnäytetyössäni ohjaus on yhteiskunnallisen toiminnan, kuten koulutuspolitiikan, suunnittelun käsite. Yhteiskunnallisen ohjauksen perimmäinen tavoite on usein kansalaisten yhdenvertaisuuden toteutuminen, niin myös koulutussektorin ohjauksen. Yhteiskunnallisen toiminnan suuntaamisen vaikuttamisella tarkoitetaan yhteiskuntapoliittista ohjausta ja ohjausjärjestelmään katsotaan kuuluvan ne osat ja niiden vuorovaikutus, jotka vaikuttavat ko. yhteiskunnallisen toiminnan suuntaamiseen. Pelkistettynä tämä tarkoittaa ohjaavat ja ohjattavat yksiköt sekä näiden väliset ohjausimpulssit. Ohjausimpulsseilla tarkoitetaan esimerkiksi sitä tietoa, jolla ohjaava yksikkö pyrkii vaikuttamaan ohjattavan toimintaan. Ohjaus voidaan nähdä poliittisena, sosiaalisena ja eettisenä toimintona. Keskeistä ovat toivotut myönteiset vaikutukset yhteiskunnalliseen kehitykseen ja tulevaisuuteen. Ohjauksella ei tavoitella pelkästään ongelman ratkaisua, vaan nimenomaisesti lähtötilanteeseen nähden parempaa

lopputulosta. Siksi keskeinen osa ohjaus on myös vaikutusten, esimerkiksi koulutuksen, arviointi. (Nyyssölä 2013, 11 – 12.)

Nyyssölän (2013) mukaan koulutusjärjestelmät ovat osa hallinnollista järjestelmään, joita voidaan ohjata erilaisilla ohjausvälineillä. Eri ohjausvälineet ovat säädökset, resurssit ja informaatio, joita Nyyssölä (2013, 13) vertaa myös terminologian keppi (säädökset) - porkkana (taloudelliset resurssit) - saarna (informaatio) kautta. Yhteiskuntapoliittisen ohjauksen keinot voidaan jakaa normi-, resurssi- ja informaatio-ohjaukseen. Normiohjauksella tarkoitetaan toiminnan suuntaamista pakottavien säädöksiä kautta (Nyyssölä 2013, 13). Koulutusjärjestelmän eri osa-alueita säädellään monin eri säädöksin. Toisaalta koulutusjärjestelmissä on myös normiluonteisia ohjausasiakirjoja, jotka eivät ole säädöksiä lailla pakottavia, mutta ne silti ohjaavat koulustoittoa. Koulutuspolitiikan resurssiohjauksella tarkoitetaan resurssien, usein rahan, muodossa (tästä syystä ohjauksesta voidaan käyttää myös termiä rahoitusohjaus) (Nyyssölä 2013, 13). Informaatio-ohjaus on normiohjaukseen nähden päinvastaisesti ei-velvoittavaa. Viestintäteoreettisesta näkökulmasta informaatio-ohjaus voidaan myös nähdä prosessina, jossa ohjaajalla on viesti, jonka se tahtoo välittyvän ohjattavalle. Informaatio-ohjauksen ohjauselementit ovat tietoon pohjautuvat tilastot, arvioinnit ja tutkimukset. Osana informaatio-ohjausta ovat ohjattavien koulutus, jolla pyritään vaikuttamaan toiminnan muuttamiseen. Erityisesti koulutussektorilla katsotaan, että arviointi on keskeinen informaatio-ohjauksen elementti. Informaatio-ohjausta käytetään koulutussektorilla perinteisesti niihin osa-alueisiin, jotka eivät suoraan liity opetuksen sisältöön. Osa informaatio-ohjaus on myös ns. ohjelmaohjaus, josta esimerkkinä voi mainita hallitusohjelman kautta tapahtuvan ohjauksen. (Nyyssölä 2013, 13 – 15, 37.) On huomattava, että normi-, resurssi- ja informaatio-ohjauksen ohjauskeinot eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan toimivat päällekkäin verkostoina, joissa jokaisella on oma tehtävänsä. Ja osin on myös kyse eri keinojen veteen piirretystä rajasta, jossa keinoja ei välttämättä pysty edes yksiselitteisesti luokittelemaan tiettyyn kategoriaan. Erityisesti normi- ja informaatio-ohjauksen keinot ovat lähellä toisiaan, ja ”liian ohjaava” informaatio-ohjaus voi liukua normatiivisen ohjauksen puolelle. (Nyyssölä 2013, 14, 37, 88.)

Ohjauskeinot ja ohjauksen painotukset kuvastavat aina myös ajankohtaista poliittista, taloudellista ja yhteiskunnallista tilannetta. Nyt ajassa näkyy valtiontalouden vaikea

tilanne. Taloudellinen tilanne näkyy myös pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelmassa (Ratkaisujen Suomi 2015). Hallitusohjelma on strateginen muutosohjelma, jolla pyritään erityisesti työllisyysasteen kasvattamiseen ja kestäväan julkiseen talouteen. Samanaikaisesti hallitus on sitoutunut julkisen talouden säästöohjelmaan. Tavoitteena on siirtyminen resurssiohjauksesta ja yksityiskohtaisesta normiohjauksesta kohti lopputulosten strategista ohjausta ja kansalaisten saamien palveluiden arviointia asiakasnäkökulmasta. Osana hallitusohjelman normipurkutavoitetta kunnallisten palvelujen tuottamisen menetelmiä, resursseja ja prosesseja koskevat yksityiskohtaiset säännökset ja suositukset pitkälti kumotaan ja palvelujen sisältöjen normittamisesta luovutaan. Tämä vaikuttaa myös hallinnon toimijoiden rooliin ja toimintatapoihin. (Ratkaisujen Suomi 2015.)

Hallinnon ja ohjauksen välillä on vuosien mittaan ollut erilaisia kehitysvaiheita. Karkeasti ne voidaan jakaa kolmeen aikakauteen, joissa 1) 1970 – 80 luvut olivat hyvinvointivaltion rakentumista, 2) 1980 – luvulla alkoi sääntelyn purku ja desentralisaatio ja 3) 1990 – luvulla alkoi toisaalta valtio-kunta –kumppanuuden rakentuminen ja toisaalta tiukentuva ohjaus. Nämä hallinnon ja ohjauksen väliset muutokset näkyvät myös koulutusjärjestelmän ohjauksessa, esimerkiksi siten, että informaatio-ohjauksen määrää on lisätty ja normiohjausta on vähennetty. Koulussektorilla normien suuri määrä sekä niiden tarkkuus koetaan ongelmalliseksi. (Nyyssölä 2013, 29 – 30, 36; Ratkaisujen Suomi 2015.) Hallituskauden edetessä on kiinnostavaa nähdä, miten nykyisen hallitusohjelman edellyttämä normipurku ja strategista ohjausta korostava trendi näkyvät koulussektorilla. Ja kun huomioidaan, että markkinavoimilla on yhä suurempi merkitys myös koulutusjärjestelmien kehittämisessä ja otetaan huomioon nykyinen taloudellinen tilanne, voi tuloksena olla yhä markkinavetoisempi koulutuspolitiikka.

Hallinnon tasolla Suomi on yhä vahvemmin integroitunut EU:iin ja se vaikuttaa voimakkaasti myös lääkärin koulutuspolitiikkaan. EU:n sisämarkkinalainsäädännön yksi keskeinen periaate on henkilöiden vapaa liikkuvuus. Mitä yhtenevämpiä jäsenvaltioiden lääkärin koulutusjärjestelmä (sisällöllisesti ja laajuudeltaan) sekä lääkärin laillistamisjärjestelmä ovat, sitä paremmin vapaan liikkuvuuden peruseriaate EU:ssa lääkärin osaltaan voi toteutua. EU:lla on virallisesti kuitenkin vain rajattu toimivalta jäsenvaltioiden koulutuspolitiikassa, koska EU:n perustamissopimusten mukaisesti koulutuspolitiikka kuuluu jäsenvaltiolle. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä,

että jäsenvaltiolla on vastuu maassaan annettavan opetuksen sisällöstä ja koulutusjärjestelmistä. Vaikka EU:n yhdentymiskehitys ei koulutusjärjestelmien osalta olekaan toteutunut, jäsenvaltiot ovat, omien etujensa nimissä, pyrkineet yhteensovittamaan tutkintorakenteita mahdollistaakseen ammattihenkilöiden ja heiksi opiskelevien vapaan liikkuvuuden EU:n alueella (Nyyssölä 2013, 130). Esimerkki yhteensovittamisesta on ammattipätevyysdirektiivi (2005/36/EY), joka sisältää ajatuksen, että henkilö, joka on pätevä harjoittamaan ammattiaan jossakin EU:n jäsenvaltiossa, on pätevä harjoittamaan sitä muissakin EU:n jäsenvaltiossa. Ammattipätevyysdirektiivi ei kuitenkaan säätele yksityiskohtaisista opintovaatimuksista tai opiskelijamääristä, sillä jäsenvaltioiden terveydenhuollolla on järjestämistapaan ja kansansairauksiin liittyen kansallisia erityispiirteitä ja -vaatimuksia.

Nyyssölän (2013) mukaan ylikansallisia ohjauksen keinoja ovat erilaiset järjestelmät, verkostot, maatutkinnat ja indikaattorit. Esimerkiksi verkostot ovat EU:lle tärkeitä hallinnan välineitä, niiden toiminta ei perustu hierarkkiseen tai normiperusteiseen toimintaan, vaan luottamukseen ja vastavuoroisuuteen. Hallinnon tapana ne rikkovat perinteisen byrokraattisen rakenteen tiedonkulun kaksisuuntaisuudellaan, ne sekä välittävät tietoa jäsenmaista EU:n toimielimiin (esimerkiksi Euroopan Komissio, Euroopan Parlamentti ja Euroopan Unionin neuvosto) että päinvastoin unionin toimielimistä jäsenmaihin (Nyyssölä 2013, 127-129). EU:n antamat direktiivit voi olla Euroopan unionin neuvoston ja Euroopan parlamentin yhteisiä tai Euroopan neuvoston omia. Direktiivi ei ole jäsenmaita velvoittavaa lainsäädäntöä suoraan, vaan se tulee kansallisella säädöksellä (Suomessa laki tai asetus) liittää jäsenmaan lainsäädäntöön.

Lääkärien, sekä muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden, täydennyskoulutusvelvoitteesta sekä sen todentamisesta säädetään ammattipätevyysdirektiivissä (2005/36/EY). Se on luonteelta ns. harmonisointidirektiivi, jonka avulla yhtenäistetään jäsenmaiden kansallisia säädöksiä, tarkoituksena muun muassa helpottaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatinharjoittamista ja liikkumista EU:n alueella. Siten jäsenmaat eivät voi omassa lainsäädännössään poiketa harmonisointidirektiivin säännöksistä. EU:n säädökset eivät sisällä lainvalmisteluaineistoa, kuten suomalaiset säädökset esimerkiksi hallituksen esityksen kaltaisia dokumentteja, jotka ohjaisivat jäsenmaita säädösten tulkinnassa. EU:n säädöksiä alkutekstit (johdanto-osa) usein kuitenkin auttavat tulkintojen tekemisessä.

Lääkärien täydennyskoulutuksen osalta johdanto-osaan ei ole kirjattu Euroopan Parlamentin ja Neuvoston tavoitteita tai keinoja tai muuten yksiselitteisesti määriteltyä sitä, mitä tai miten täydennyskoulutus tulisi toteuttaa, vaan säädös jättää paljon kansallista harkintaa. Lääkärien täydennyskoulutusvelvoitetta perustellaan direktiivissä lääketieteen ja alan teknologian nopealla kehityksellä ja siten elinikäistä oppimista pidetään erityisen merkityksellisenä lääkärien ammatinharjoittamisessa (ammattipätevyysdirektiivi 2005, johdanto-osa 39).

Lääkärien täydennyskoulutusvelvoitteen ohjaus on perustalta EU:n toteuttamaa ylikansallista normiohjausta. Koska säädös ei ole yksiselitteinen, vaan jättää paljon kansalliseen harkintaan, ohjaukseen voi tulla myös informaatio-ohjauksen elementtejä. Informaatio-ohjauksen kautta on tarkennettava, miten täydennyskoulutus toteutetaan, miten täydennyskoulutusvelvoite todennetaan ja kuka varmistaa velvoitteen toteutumisen. Osana informaatio-ohjausta on myös komission ammattipätevyysdirektiivin (2005/36/EY) artiklan 22 b nojalla keräämät raportit jäsenmaiden kansallisesta toimeenpanosta ja raporttien perusteella tehtävät yhteenvedot ja koontiraportit (European Commission 2013; opetus- ja kulttuuriministeriö 2015). Informaatio-ohjauksen antaa terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain osalta sen valmistelusta vastuussa oleva sosiaali- ja terveysministeriö sekä lain tulkinnan osalta alainen hallinto, erityisesti lääkärien valvonnasta vastaavat Valvira ja aluehallintovirastot. Perinteisten ohjauskeinojen lisäksi järjestelmään tulee myös valvonnan ja seurannan ohjauskeinoja. Lisäksi on mahdollista, että Suomi seuraa usean EU-maan mallia, esimerkiksi Tanskan ja Iso-Britannian mallia, jossa lääkärit joutuvat uusimaan ammattilupansa määräajoin. Näin ollen lääkärien täydennyskoulutusjärjestelmän ohjauskeinoissa toteutuu hyvin Nyssölän (2013, 14, 37, 88) kuvaama eri ohjauskeinojen päällekkäisyys ja se, että eri ohjauskeinoja ei täysin voi erottaa toisistaan, vaan niiden toiminta liittyy toisiinsa.

3.2. Lääkärien täydennyskoulutukseen osallistuminen

Lääkäriin ammattitaidolle ja sen kehittymiselle asetetaan vaatimuksia useasta näkökulmasta, jotka ovat osin päällekkäisiä, mutta osin jopa keskenään ristiriitaisia. Yhdistävää on, että lääkäriltä edellytetään jatkuvaa kehittymistä alan nopean

muuttumisen vuoksi. Vaatimuksia lääkärin ammattitaidolle esittävät esimies, palveluntilaaja (yksityisten toiminnanharjoittajien osalta palvelun ostaja), kollegat (Suomen Lääkäriliitto), potilas ja hänen omaisensa sekä valvontaviranomaiset. Työnantaja edellyttää lääkäriltä (ks esim. työpaikkailmoitukset Suomen Lääkärilehti) lääkärin tutkinnon lisäksi hyvää lääketieteellistä osaamista, mutta lisäksi itsenäisyyttä, paineensietokykyä, aloitteellisuutta, yhteistyötaitoja myös erikulttuuritaustaisten henkilöiden kanssa, alan lainsäädännön hyvää tuntemusta, johtamiskokemusta, talousosaamista sekä suomen, ruotsin että englannin kielen taitoa. Peruskoulutuksen aikana opittu ei jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä riitä lääkärin potilasturvalliseksi ammattitaidoksi, joten täydennyskoulutusvelvollisuus on perusteltua ja välttämätöntä.

Lääkärin täydennyskoulutusvelvollisuus ja sen valvonta haastavat lääkärin autonomian. Tuoreen lääkäreille tehdyn haastattelututkimuksen (Wrede, Olakivi, Fischer & Sigfrids 2016) mukaan täydennyskoulutus katsotaan sellaiseksi osa-alueeksi lääkärintyössä, jossa autonomiaan puuttuminen on perusteltua. Tätä perusteltiin sillä, että kaikki lääkärit eivät vapaaehtoisesti osallistu täydennyskoulutukseen (Wrede ym. 2016, 66, 68, 72-73). Suomen Lääkäriliitto antoi jo vuonna 1999 omat suosituksensa lääkärin täydennyskoulutuksen raameiksi ja ne uusittiin huhtikuussa 2014. Suosituksen mukaan lääkäreillä on velvollisuus kehittää ammattitaitoaan ja osallistua tarpeelliseen täydennyskoulutukseen. Työnantajan velvollisuus on puolestaan luoda mahdollisuudet ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Suomen Lääkäriliitto (2014) suosittelee, että lääkärit osallistuisivat työpaikkansa ulkopuoliseen täydennyskoulutukseen vähintään kymmenen päivää vuodessa, vaikka täydennyskoulutuksen määrällisessä minimitalvoitteessa tulee luonnollisesti ottaa huomioon yksilölliset työtehtävien asettamat vaatimukset (Suomen Lääkäriliitto 2014). Suomen Lääkäriliitto selvittää säännöllisesti kyselytutkimuksillaan lääkärin osallistumista täydennyskoulutukseen työpaikkansa ulkopuolella. Viimeisimmän selvityksen mukaan 92 % lääkäreistä ilmoitti osallistuneensa työpaikan ulkopuoliseen täydennyskoulutukseen edeltävänä vuonna. Kuitenkin vain joka neljännen lääkärin kohdalla suosituksen mukaiset kymmenen vuosittaista täydennyskoulutuspäivää täyttyi. Keskimääräinen osallistumispäivien lukumäärä oli viimeisimmän tutkimuksen mukaan 7,9 päivää. (Suomen Lääkäriliitto 2013b, 20-21.) Tuloksia arvioitaessa on huomattava, että tieto perustuu lääkärin itsensä ilmoittamaan osallistumiseen.

Osallistumisaktiivisuus vaihtelee riippuen lääkärin sukupuolesta, iästä, erikoistumisalasta ja sijoittumispaikasta (Suomen Lääkäriliitto 2015, 20-21.) Erikoistuneet lääkärit osallistuivat täydennyskoulutukseen ahkerimmin, mutta erikoistumisalojen välillä oli suuria eroja. Ahkerimpia täydennyskoulutautujia olivat kirurgian alojen, neurologian ja sisätautien erikoislääkärit. Täydennyskoulutukseen vähiten osallistuivat anestesioilogit ja radiologit. Kirurgisilla aloilla lääkärille kertyi keskimäärin kymmenen täydennyskoulutuspäivää. Lasten- ja naistentautien erikoislääkärit, neurologit ja sisätautien erikoislääkärit ylsivät keskimäärin yli kahdeksaan koulutuspäivään. Radiologit, korva-, nenä- ja kurkkulääkärit sekä yleislääketieteen erikoislääkärit jäivät keskimäärin alle seitsemään täydennyskoulutuspäivään. Erikoistumisalojen väliset erot koulutuspäivien määrässä heijastuvat osin myös nais- ja mieslääkärien välisiin eroihin täydennyskoulutusaktiivisuudessa, sillä kirurgia on erityisesti mieslääkärien erikoistumisala ja yleislääketiede, naisten- sekä lastentaudit puolestaan naislääkärien erikoistumisaloja (Suomen Lääkäriliitto 2013b, sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 40-43). Täydennyskoulutukseen osallistuminen vaihtelee myös toimipaikan mukaan. Sairaaloissa ja yksityisillä lääkäriasemilla työskentelevistä lääkäreistä 6 % ei lainkaan osallistunut täydennyskoulutukseen, ja terveyskeskuksien lääkäreistä jopa 9 % ei osallistunut täydennyskoulutukseen (Suomen Lääkäriliitto 2013b).

Täydennyskoulutukseen osallistumiseen vaikuttaa kysynnän ohella tarjonta. Täydennyskoulutustarve ja sitä kautta koulutustarjonta ja osin myös koulutukseen osallistuminen vaihtelee erikoistumisaloittain. Koulutuksen tarpeeseen vaikuttaa esimerkiksi erikoistumisalan teknologian, tieteen ja tutkimuksen kehittyminen. Koulutukseen osallistumisen keskiarvolukuja on siten määrällisen toteutuman lisäksi myös tarkasteltava koulutuksen sisällön suhteen; osallistuminen luentokoulutukseen eroaa merkittävästi esimerkiksi uuden leikkaustekniikan käytännön opettelusta, joka saatetaan toteuttaa esimerkiksi vierailuna toiseen sairaalaan tai muuhun toimipisteeseen ja yksittäisestä ”koulutustapahtumasta” muodostuu usean päivän mittainen täydennyskoulutusrupeama. Tämä saattaa osin selittää kirurgien muihin erikoisaloihin nähden suuremman täydennyskoulutuspäivien lukumäärän.

Lääkärien täydennyskoulutukseen osallistumiseen vaikuttaa lääkärin erikoistumisalan, sijoittumispaikan ja työskentelypaikkakunnan lisäksi henkilökohtaisen elämäntilanteen

tekijät. Lastenlääkärien jatkuvaa täydennyskoulutusprojektia varten selvitetiin (Hoppu, Toivonen, Kivipelto, Nousiainen & Siimes 1997) syitä, jotka vaikeuttivat täydennyskoulutukseen osallistumista. Tuolloin vastaajat esittivät esteiksi työkiireet, taloudellisen tuen puutteen, perhesyyt, koulutukseen osallistumisen kalleuden, yksityisvastaanoton tulojen menetyksen (yksityiset ammatinharjoittajat) sekä virkavapaan saantiin liittyvät ongelmat. Lisäksi yleisemmällä tasolla ongelmiksi on esitetty koulutustarjonnan epäsystemaattisuutta, koulutuksen sisällön vaihtelevuutta sekä koulutuksen epätasaista alueellista ja erikoisalakohtaista kattavuutta (Hoppu ym. 1997, 136-138). Edellä kuvattujen syiden ohella on huomattava, että lääkärikunta ikääntyy, jopa neljäsosa työikäisistä lääkäreistä on yli 55 –vuotiaita (Suomen Lääkäriliitto 2015, 7), ja on viitteitä siitä, että täydennyskoulutukseen ei enää tietyssä uran vaiheessa haluta panostaa.

3.3. Lääkärien täydennyskoulutuksen vaikuttavuuden parantaminen

Suomalainen julkishallinto on vaikutuskeskeistä ja vaikutusten arviointi liittyy keskeisesti myös koulutuspolitiikkaan (Nyyssölä 2013, 21, 65). Koulutukselta edellytetään tehokkuutta ja tuloksellisuutta eli on tehtävä harkintaa, kenelle ja mitä koulutusta tarjotaan (Rinne 2014, 210). Silvennoisen (2011) mukaan tiivistetysti koulutuksen vaikuttavuudessa on kyse siitä, miten onnistuneesti koulutus toteuttaa koulutuspoliittisia tavoitteita ja väestön toiveita. Vaikutusten arvioinnissa tulisi toisaalta ottaa huomioon mikrotason vaikutukset yksilöön ja makrotason vaikutukset laajemmin yhteiskuntaan. Koulutuksen mikrotason vaikutukset korostuvat, sillä koulutus vaikuttaa yksikön kautta makrotason ilmiöihin, esimerkiksi työllisyyteen (Silvennoinen 2011, 74, 80). Koulutuksen vaikuttavuudessa on kuitenkin usein kyse vaikeasti mitattavissa olevista indikaattoreista. Koulutuksen suorittaminen ei ole tavoiteltu vaikutus, vaan hyödyn pitäisi olla makrotasolla ilmenevät vaikutukset, jotka yhteiskunnallisesti tarkasteltuna täydennyskoulutuksessa ovat erityisesti työelämään saadut tuotokset.

Lääkärien jatkuvan ammatillisen kehittymisen vaikuttavuuden arvioinnin tekee vaikeaksi se, että koeasetelmaa, jossa lääkärin ammattitoiminnan kehittymistä ei altistettaisi kehittymistä vahvistaville vaikutuksille (esim. keskustelut kollegoiden kanssa ja potilastyö) ei käytännössä potilastyötä tekevillä lääkäreillä voi olla. Lääkärien

täydennyskoulutuksen vaikuttavuutta voidaan kuitenkin pyrkiä selvittämään eri keinoin, joista yksi esimerkki on Mooren (2003, 251) esittämä kuusiportainen malli, jossa vaikuttavuutta arvioidaan eritasoin vaikutuksina (ks. taulukko 1).

TAULUKKO 1. Lääkärien täydennyskoulutuksen vaikuttavuuden eri tasot

<u>Taso</u>	<u>Lopputulos</u>	<u>Määritelmä</u>
1	Osallistuminen	Paikallaolo
2	Tyytyväisyys	Osallistujien tyytyväisyys
3	Oppiminen	Muutokset tiedoissa, taidoissa tai asenteissa
4	Työstä suoriutuminen	Muutokset työskentelytavoissa
5	Potilaiden terveys	Muutokset potilaiden terveydentilassa
6	Väestön terveys	Muutokset väestön terveydentilassa

Osallistumisen tai tyytyväisyyden toteutumisen (eli tasot 1-2) ei vielä voida katsoa olevan haluttua vaikutusta, mutta todellista vaikuttavuuden arviointia on, jos täydennyskoulutuksessa pohditaan selkeiden oppimistavoitteiden määrittelyn sijaan sitä, mitä lääkärin tulisi pystyä tekemään toisin opitun seurauksena, sen sijaan, että keskitytään siihen, mitä oppijan tulisi tietää tai osata. On selvää, että tasojen 5 (potilaiden terveys) ja 6 (väestön terveys) mittaaminen suhteessa yksittäisen lääkärin täydennyskoulutukseen on vaikeaa. Niiden mittaamiseen tarvittaisiin kokonaisten toimintayksiköiden eri tavoin täydennyskoulutettujen lääkäriyhmien eri potilasryhmien vertailua.

Näyttö lääkärin täydennyskoulutuksen vaikuttavuudesta potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun on toistaiseksi melko ohutta ja täydennyskoulutuksen vaikuttavuudesta onkin esitetty kriittisiä näkemyksiä (ks. esim. Copeman 2016, 4787). Kritiikki kohdentuu pääasiassa luentotyypin opetukseen, ei ammatilliseen kehittymiseen sen laajassa merkityksessä. Marinopoulos ym. (2007) tekivät laajan kirjallisuuskatsauksen, jossa selvitettiin laajasti täydennyskoulutuksen vaikuttavuutta lääkärin ammattitoimintaan. Selvityksen keskeinen havainto oli, että täydennyskoulutuksen vaikuttavuutta voidaan merkittävästi vahvistaa koulutuksen menetelmien osuvalla valinnalla. Tutkimus tuki vuorovaikutteisia menetelmiä vaikuttavina koulutusmenetelminä luentojen sijaan.

Tutkimuksen mukaan vaikuttavuutta voitiin lisätä käyttämällä monia eri koulutuskanavia yhtäaikaaisesti. Perinteinen koulutus printtimedian välityksellä (esim. lukeminen ja kuulustelut) todettiin vähemmän vaikuttavaksi kuin uudenaikaiset potilasharjoitukset ja ryhmätyöt (Marinopoulos ym. 2007, 57). Samaan päätyivät myös Mazmanian, Davis, Davis ja Galbraith (2009) korostaen kuitenkin vahvasti koulutuksen vaikuttavuutta pitkällä aikavälillä lääkärin toiminnassa. Juuri tähän tematiikkaan keskitytään Englannissa parhaillaan (toimintavuoden 2014-2018) toteutettavassa General Medical Councilin ns. UMbRELLA (UK Medical Revalidation Evaluation coLLAboration) hankkeessa. Projektin tavoitteena on tuottaa tutkimustuloksia lääkärin täydennyskoulutuksen vaikuttavuudesta pitkällä aikavälillä tarkasteltuna sekä samalla tuottaa niiden pohjalta toimiva revalidointimalli. (General Medical Council verkkosivut.) Vaikuttavuutta tarkasteltaessa on myös muistettava, että koulutuksen vaikutukset voivat olla muutakin kuin suorat muutokset tiedoissa, taidoissa, asenteissa ja työskentelytavoissa (Halila 2014, 325). Ne voivat olla välillisiä, esimerkiksi epäsuorasti verkostoitumisen kautta tapahtuvia yksilön urakehitykseen myönteisesti vaikuttavia seikkoja. Ammatillinen kehittyminen ja sen tuen merkitys voidaan nähdä myös keskeisessä osassa työhyvinvointia.

Osin mm. menetelmälliseen kritiikkien vastauksena täydennyskoulutuksen (eng. Continuing Medical Education, CME) sijaan on kansainvälisesti ja myös Suomessa alettu entistä enemmän käyttää jatkuvan ammatillisen kehittymisen käsitettä (eng. Continuing Professional Development, CPD). Se viittaa laajemmin ammatilliseen oppimiseen sekä ammattitaidon kasvuun ja kehittymiseen. Lisäksi se kattaa täydennyskoulutukseen osallistumisen ohella muita tapoja osaamisen kehittämiseksi, kuten konsultaatiotoiminnan, potilaspalautteen, vertaisarvioinnin, mentoroinnin, kehityskeskustelut, työnohjauksen ja etäoppimisen. Myös Suomen Lääkäriliitto (2014) käsittelee suosituksessaan ammatillista kehittymistä laajassa mielessä, korostaen erityisesti uran alkuvaiheessa perehdytystä, tutorointia ja konsultaatiota.

Lääkärin täydennyskoulutuksen vaikuttavuutta on pyritty kehittämään menetelmiä kehittämällä. Yksi keskeinen yhteisön kehittämismenetelmä on palautteen annon kautta tapahtuvat kehittyminen. Ollakseen kehittävä, palautteen on oltava pätevää, luotettavaa ja läpinäkyvää, joka haastaa myös palautteen antajan kehittymään. Esimerkiksi Niemi-Murolan (2017) mukaan erikoislääkärin koulutusta kehitetään opetusmenetelmien osalta

siten, että osaamisperustainen koulutus (competence-based education) määrittelee erikoisalakohittaiset valmiudet. Osaamisperusteiselle koulutukselle luonteenomaista on kehittyminen palautteen annon kautta. Käytännön koulutuksessa merkittävin muutos on perinteisen päättöarvioinnin lisäksi opintojaksojen aikana annettava arviointi. Uudistuvassa menettelyssä arvioinnin tavoitteeksi tulee kehittymisen tukeminen, eikä perinteinen oppimisvajeiden löytäminen (Niemi-Murola 2017, 77, 79). Lääkärien työssä palautekulttuuria on kehitetty klinikkamiitungeissä ja nk. mokameatingeissä. Niissä tavoitteena on käsitellä haittatapahtumia ja lievempiä ns. läheltä piti -tilanteita sekä oppia niistä, pohtimalla yhdessä mitä olisi pitänyt tehdä toisin (Soininen 2016, 548-550). Myös teknologiaa on hyödynnetty menetelmien kehittämässä. Hytönen (2016, 31) on väitöskirjassaan todennut, että aloilla, joilla kehitys on suurinta, akateemista teoreettista osaamista sekä työelämänasiantuntijuutta yhdistävät sosiaaliset oppimisympäristöt ja verkostot voivat tarjota mahdollisuuksia asiantuntijuuden tueksi. Esimerkki lääkereille suunnatusta uusista ammatillisen kehittymisen menetelmistä ovat verkko-oppimisympäristöt (ks. esim. Vehmas 2015, 27).

Kuten muillakin yhteiskunnan aloilla, myös lääketieteessä tiedon määrä on lisääntynyt eksponentiaalisesti. Jotta lääkäri voisi hoitaa potilaitaan turvallisesti, on hänen hoitotyössään kyettävä käyttämään näyttöön perustuvia menetelmiä. Jotta tämä voi toteutua, lääkärin tulee kyetä hakemaan tietoa sekä lukemaan tieteellistä tutkimusta. Tiedon löytäminen, sen arvioiminen ja käytäntöön soveltaminen on keskeinen osa lääkärin ammattitaitoa ja nämä taidot tulisi sisällyttää lääkärin täydennyskoulutukseen. Rengon, Rantalan, Pokan, Tapiaisen, Salon ja Uharin (2016, 3248) mukaan tieteellisten alkuperäisartikkelien käyttö käytännön työssä ei kuitenkaan nykyisellään ole luonteva osa kaikkien erikoislääkärien ja erikoistuvien lääkärin ammattitoimintaa, vaan lääkärit tukeutuvat edelleen päätöksenteossaan liiaksi valmiisiin suosituksiin ja oman potilastyönsä kokemuksiin.

Vaikuttavien menetelmien kehittämisen ohella täydennyskoulutukseen kohdistuu myös sen tarjontälähtöisyyden haasteita. Kysyntäperusteisen eli oppijälähtöisen täydennyskoulutuksen keskeinen näkökulma on, miten selvitetään se, mitä lääkäri yksilönä ja työyhteisön jäsenenä ei tiedä tai taida. Käyttökelpoisia malleja koulutettavien persoonien arviointiin on kuitenkin olemassa (ks. esim. Joharin Window, Luft & Ingham 1955). Kritisoitaessa täydennyskoulutuksen tarjontälähtöisyyttä keskustelu kääntyy usein

lääketeollisuuden tarjoamaan koulutukseen. Puhuttaessa lääkärin täydennyskoulutuksen resursoinnista, lääketieteellisen tarjoama koulutus onkin tärkeää. Lääketeollisuuden tarjoaman koulutuksen oikeutus tulee ennen kaikkea siitä, että lääkärin työssä lääkkeiden määrääminen on yksi keskeinen osa potilaiden hoitoa. Lääketeollisuuden antamaan koulutukseen on kuitenkin julkisessa keskustelussa liittynyt pitkään kielteinen sävy (Vuorenkoski 2016). Tämä kielteinen sävy yhdistyy ennen kaikkea lääkärin epäilyyn korruptoitumiseen. Ongelma ei kuitenkaan ole yksittäisen koulutuksen sisällössä tai sen järjestäjätahossa, vaan laajemmin koulutuksen tarjonnasta. Lääketeollisuuden ja terveysteknologisten laitevalmistajien oman voimakkaan intressin vuoksi niiden tarjoama koulutus keskittyy niihin lääketieteen osa-alueisiin, jotka keskeisesti liittyvät lääkehoitoon. Tämä rajaa suuren alueen lääketiedettä pois, esimerkiksi psykososiaaliset hoidot. Tarjontalähtöisyyden vuoksi lääketieteellisen koulutuksen ulkopuolelle jää merkittävä osa lääkärin työstä, ja erityisesti tämä ei riittävällä tavalla huomio lääkärin roolia, joka ei ole pelkkä sairauksien parantaja, vaan terveyden edistäjänä laajassa mielessä. Lääketeollisuuden tarjoama koulutus siis ikään kuin vahvistaa sitä, että lääkärin täydennyskoulutus painottuu sinänsä keskeiselle lääketieteellisen osaamisen alueelle, mutta vähemmän resursoitua potilaan hyvän hoidon toteuttamisen kannalta tärkeitä asioita saavat vähemmän huomioita.

Lääkealan tarjoamaan koulutusta normittaa lainsäädäntömme sekä ala itse omilla itsesääntelyohjeillaan. Lääkelain (395/1987) mukaan Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea) valvoo lääkkeiden markkinointia ja muuta myynninedistämistä. Valviran ja aluehallintovirastojen tehtävänä on kuitenkin valvoa, että lääkärin (ja laajemmin terveydenhuollon ammattihenkilöiden) vastaanottamat lääkkeiden myynninedistämistoiminta, esimerkiksi etuuden ja lahjat, ovat taloudelliselta merkitykseltään vain vähäisiä ja ne liittyvät lääkärin ammattitoimintaan. Lääkkeiden myynninedistämistoiminnan tulee olla asiallista ja laadultaan sellaista, että se ei vaaranna väestön luottamusta lääkkeiden määräämisen tai niiden luovutuksen riippumattomuuteen (lääkelaki 395/1987, 92 ja 92 a § 3 mom). Asia ei kuitenkaan näytä olevan ainakaan potilastyöhön vaikuttava ongelma, koska Valviralla ei ole koskaan ollut käsiteltävänä valvonta-asiaa, jossa epäiltäisiin lääkärin toiminnan epäasianmukaisuuden johtuvan lääkealan tarjoamasta koulutuksesta ja jolloin olisi sovellettu lääkelain em. pykälää (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston asianhallintajärjestelmä). Valvontaviranomaisten ja lainsäätäjän lisäksi lääketieteellinen on itsekin ottanut kantaa sen

järjestämään koulutukseen julkaisemalla alan itsesääntelyohjeen (Lääketeollisuus 2014, 6-7), joka on sisällöltään yhtenevä lääkelain (395/1987) asiaa koskevien pykälien kanssa. Lain säännöksiä yli alan itsesääntelyohje edellyttää, että lääkeyritykset voivat ottaa osaa jatko- ja täydennyskoulutustilaisuuksien kustannuksiin vain silloin, kun yrityksille varataan riittävät edellytykset aktiiviseen informaation antamiseen.

Vaikuttavuuden ohella koulutuksen ja täydennyskoulutuksen yleisempi, ei lääkäreihin sidottu, ongelma on sen kasautuvuus (Rinne 2011, 8, 29-31, 37). Ammattitaidon ylläpito on osa lääkärin ammattieettistä ja lakisääteistä velvollisuutta, ja valtaosa lääkäreistä ylläpitää ammattitaitoaan ja ajattelee potilaan parasta (Saarinen 2010, 59). Tämä on luonnollisesti myös lääkärin ja hänen työhyvinvointinsa sekä oikeusturvan etu. Täydennyskoulutettavaksi tulisi siten tunnistaa ne, joiden toiminnassa on hoidon laadun tai pahimmillaan jopa potilasturvallisuuden näkökulmasta ongelmia ja jotka eivät itse ole halukkaita hakeutumaan täydennyskoulutukseen (Merkur, Mladovsky, Mossialos & McKee 2008, 4). Lääkäriammattikunnan täydennyskoulutuksen puutteiden riskialoja tai -persoonallisuusprofiileja ei ole tutkittu. Heikkilä ym. (2014) selvittivät lääkärin työpaikan valintaan liittyviä tekijöitä. Näyttäisi, että naislääkärit ovat työpaikkaa valitessaan kiinnostuneempia työpaikan tarjoamiin koulutuksellisiin mahdollisuuksiin kuin mieskollegansa. Heikkilä ym. (2014, 112-113) kuitenkin toteavat, että koulutuskiinnostuksessa merkittävämpi tekijä näyttää olevan ikä kuin sukupuoli: nuorien lääkärin työpaikan valintaan koulutusmahdollisuudet vaikuttavat enemmän kuin ikääntyneiden lääkärin. Yksi näkökulma täydennyskoulutuksen suunnittelussa tulisikin olla koulutuksen kehittäminen suhteessa uran eri vaiheisiin.

Täydennyskoulutuksen kohdentumisen problematiikkaa voisi lähestyä erikoisalojen kautta, esimerkiksi mille erikoisalalle täydennyskoulutuksenkin kannalta erilaiset persoonallisuuden omaavat henkilöt hakeutuvat, esimerkiksi hakeutuvatko kehitysmuutokset nopeasti kehittyville aloille ja ns. erakkoluonteet toisen tyyppisille aloille tai niiden erilaisiin toimintaympäristöihin ja voisiko tätä kautta löytää lääkäreitä, jotka eivät oma-aloitteisesti hakeudu täydennyskoulutukseen. Lääkärin ammattitaidon, ja myös täydennyskoulutuksen, puute ilmenee usein työn tekemisen kautta. Moniammatillinen työyhteisö haastaa kehittymään ja etenkin maahanmuuttajalääkäreille tiimityöskentely on hyvää perehdytystä suomalaisiin hoitokäytäntöihin. Ammattitaidon

ylläpidon kannalta riskiryhmiksi voidaan ajatella tulevan sellaiset lääketieteen alat, joissa ammattitaito ei välittömästi mittaudu työyhteisön tai potilaiden taholta tai lääkäri ei muutoinkaan saa ”signaalia” koulutustarpeistaan. Tällaisia riskiryhmiä ovat hyvin pienet työyhteisöt, esimerkiksi vastaanottoa yksin pitävät lääkärit tai yhteisöt, jossa yhtä lääketieteen erikoisalaa edustaa vain yksi lääkäri. Toisaalta ammattitaidon puutteet voivat jäädä havaitsematta ei-akuuttialoilla, kuten vanhusten ja kroonisista sairauksista kärsivien potilaiden hoidossa, jossa lääkärin ammattitaidon puutteen vaikutukset on vaikeampi erottaa taudin tai potilaan tilan etenemisestä, ja joissa potilaiden kuolleisuus tai tilan jatkuva huononeminen on yleistä (vrt. esimerkiksi akuuttialat, kuten päivystys). Selkeä riskitilanne on myös, kun lääkäriltä puuttuu persoonallisuuden ominaisuuksiin tai suoranaiseen mielenterveyden häiriöön liittyen kykyä omia tietojaan ja taitojaan koskevaan itsereflektioon ja jos hän samalla vielä toimii ilman moniammatillisen työyhteisön tukea ja esimiesten valvontaa, jolloin täydenniskoulutuksen kautta saadun ammattitaidon päivittämisen tarve saattaa jäädä havaitsematta. Ammattitaidon säilyttämisen ja kehittymisen kannalta riski on myös pitkä poissaolo työstä (sairauspoissaolot, pitkät hoitovapaat, työskentely ilman potilastyötä).

Lääkärien täydenniskoulutukseen hakeutumista arvioitaessa on huomattava, että kaikilla aloilla, myös lääkäreissä, on henkilöitä, jotka eivät ole ns. omalla alallaan tai joilla on henkilökohtaisia ongelmia. Täydenniskoulutuksen puutteen riskin voivat muodostaa lääkärin oma heikentynyt terveydentila, esimerkiksi psyykkiset ongelmat ja päihdeongelmat, sekä muut lääkärin henkilökohtaiseen elämään liittyvät ongelmat, kuten laajempi syrjäytyminen, jotka vaikuttavat kykyyn arvioida omaa ammatillisen kehittämisen tarvetta sekä motivaatioon hakeutua täydenniskoulutukseen. Lääkärin koulutuksentarvetta arvioitaessa on myös tärkeää erottaa ammattitaito ja yleisemmät persoonallisuuden ominaisuuksiin liittyvät tekijät. Esimerkiksi verbaalisesti lahjakkaat lääkärit voivat tietyissä tilanteissa ”pärjätä” puhumalla ilman ajantasaista ammatillista koulutusta. Lisäksi yksi täydenniskoulutukseen liittyvät asenneongelman muoto on, että ammatillista kehittymistä ei koeta suoraan potilastyöhön verrattavana arvokkaana ydintehtävänä.

Täydentävien hoitojen ja ns. vaihtoehtohoitojen käyttö on yksi lääkärin ammattitaitoon liittyvä täydenniskoulutuskysymys, sillä nämä hoidot voivat muodostaa potilasturvallisuusriskin, minkä vuoksi täydenniskoulutuksen voidaan katsoa olevan

erityisen tärkeää näiden hoitojen edustajille. Ongelmia saattavat muodostaa myös (etenkin julkisella sektorilla) se, että työnantaja ei ole halukas resurssiongelmiensa vuoksi mahdollistamaan täydennyskoulutusta ja siten Suomen Lääkäriliiton (2013b, 20) asettama kymmenenpäivän täydennyskoulutustavoite ei aina määrällisesti toteudu. Lisäksi yksittäisten ammatinharjoittajien näkökulmasta myös taloudellisilla seikoilla voi merkitystä koulutukseen hakeutumisessa, mahdollisen koulutukseen osallistumismaksun lisäksi koulutuspäivään osallistuminen voi johtaa suoraan tulon menetykseen poissa olona työpaikalta, jossa palkka maksetaan vastaanottopalkkioina.

Lääkärin koulutuksen kehittämisessä tärkeää on ammattikunnan heterogeenisuuden huomioiminen (Heikkilä, 2016, 56-60). Lääkäreitä työskentelee monissa eri tehtävissä, myös muualla kuin kliinisessä potilastyössä, esimerkiksi hallinnossa ja tutkijoina. Voidaan perustellusti esittää, että esimerkiksi hallinnossa työskentelevät eivät tarvitsisi samalla lailla potilasturvallisuuden liittyvää koulutusta kuin kliinisessä potilastyössä olevat tarvitsevat. Mutta toisaalta nämä hallinnon lääkärit yleensä johtavat ja valvovat muita tai kehittävät organisaatiota kliinisen potilastyön tekijöille, joten voidaan perustellusti myös esittää, että erityisesti hallintolääkärit tarvitsevat koulutusta potilasturvallisuuskysymyksissä ja eri erikoisalojen uusista haasteista. Lääkäri toimii kuitenkin usein osana työyhteisössä eikä yksin, joten täydennyskoulutustakin tulisi tarkastella osana moniammatillisen yhteisön ja organisaation toimintaa. Työskentely yhteisössä ei kuitenkaan tarkoita, että yksilö automaattisesti olisi osa yhteisöä. Jotta koko yhteisö kehittyy, on kaikkien otettava siitä vastuu ja jaettava tietoa vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Tarkasteltaessa täydennyskoulutusta osana työyhteisön kehittämistä, tulisi esimiehen osana hyvää johtajuutta pystyä suhteuttamaan eri työntekijöiden koulutuksentarve koko työyhteisön kehittämistarpeisiin muodostaen yhteisöön jaetun asiantuntijuuden. Keskeinen työkalu tässä tehtävässä on työyhteisötasoiset kehittämiskeskustelut, joissa esimies asettaa täydennyskoulutuksen ja osaamisen kehittämisen tavoitteet koko yhteisötasolle. Työnohjausta voidaan käyttää keinona tunnistaa työntekijän ja koko työyhteisön kehittämistarpeita (Mertala & Terävä 2016, 87) sen lisäksi, että se on henkisesti kuormittavilla lääketieteen erikoisaloilla, esimerkiksi psykiatriassa tärkeä menetelmä työssä jaksamisen edistämiseksi (mielenterveyslaki 1247/1990, 4 § 3 mom.; mielenterveysasetus 1116/1990, 1 §).

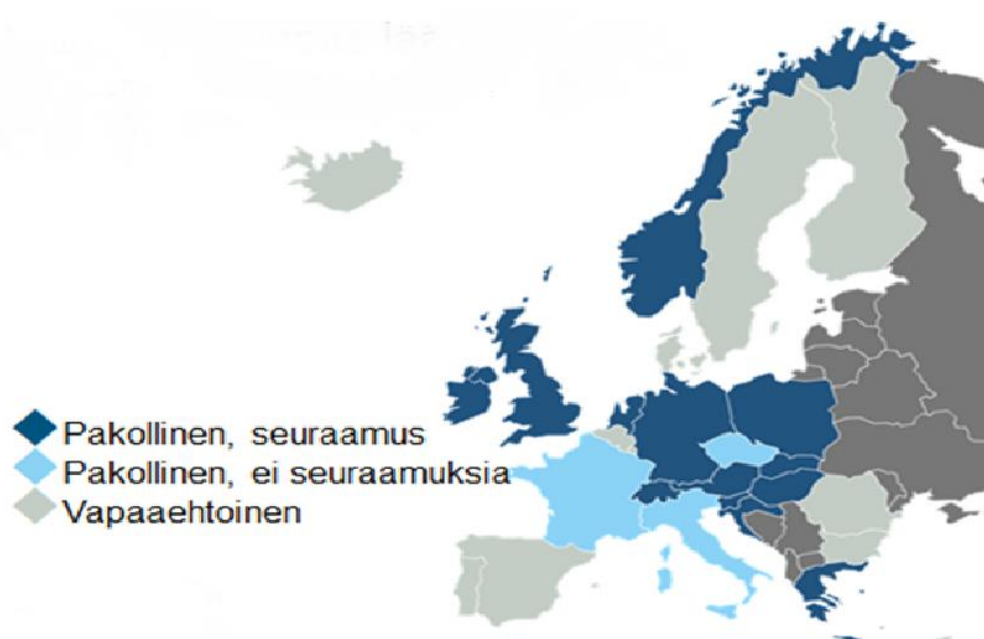
Lääkärien täydennyskoulutuksen yhtenä kritiikkinä on esitetty koulutuksen epäsystemaattisuutta. Kritiikki saattaa juontaa siitä, että lääkärin peruskoulutus on hyvin systemaattista verrattuna moniin muihin akateemisiin aloihin. Toisaalta erikoistumisvaiheessa systemaattisuus hiukan vähenee ja siinä on erikoisalakohtaista vaihtelua. Rakennettaessa vaikuttavaa täydennyskoulutusta yksi lähtökohta voisi olla, että pohdittaisiin, mitkä ovat yleisiä täydennyskoulutustarpeita, jotka ovat sovellettavissa kaikkiin lääkäreihin erikoisalasta tai lääkärin tehtävästä riippumatta. Lähtökohtana voisi olla yleinen kansantauti, esimerkiksi diabetes, jotka lääkärin on huomioitava aina ja laajasti potilaan muussakin hoidossa ja hoivassa sekä vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen omaisensa kanssa. Täydennyskoulutuksen rakentamisen lähtökohta voisivat olla myös yleisemmät asiakokonaisuudet, kuten vuorovaikutustaidot ja johtaminen, tai laajempi näkökulma, esimerkiksi ”toiminta potilaan arjessa pärjäämisen parhaaksi” ja ”terveyden edistäminen”. Toisaalta, näkökulma voi olla myös lääkärin tarpeen mukaan eli ”kysynnän” mukaisesti, jolloin erottelu tulisi loogisesti siten, että kliinistä potilastyötä tekevien koulutus eriyttäisiin, lähinnä diagnostiikkaan ja hoitoon liittyvien osien suhteen, ei-kliinistä potilastyötä tekevien koulutuksesta. Tätä puoltaa se, että käytännön osaamisen edellytys on kuitenkin potilastyön tekeminen ja erikoistumine, esimerkiksi uudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutuksessa erikoissairaanhoidon keskittämisen takana on ajatus siitä, että terveydenhuollon laatu, potilasturvallisuus sekä hoitotulokset paranevat, kun potilasvolyymi on suuri ja monia palveluita keskitetään (Hallituksen esitys 224/2016, 10). Näistä ajatuksista voisi johtaa esimerkiksi kolmiosaisen mallin, jossa kaikkien lääkärin täydennyskoulutus sisältäisi sekä yleisiä että eriytettyjä opintoja seuraavasti:

- 1) yleiset aihealueet, kuten potilasturvallisuus, tärkeimmät lääkärin työtä koskevat säädökset, potilasasiakirjojen laatiminen,
- 2) erityiset, mutta monia erikoisaloja ja perusterveydenhuoltoa koskevat aiheet: muun muassa miten tärkeimpien kansansairauksien ja sairaustilanteiden hoito kehittyy (diabetes, verenpaineauti, peruselvytys, kivun hoito, tärkeimmät akuuttitutkimukset, depressio, itsemurhien ehkäisy, aivohalvaus ym.),
- 3) erityiset erikoisalakohtaiset aiheet lääkärin erikoistumisen ja/tai työskentely-yksikön mukaan.

Täydennyskoulutuksen systematisointia on tehty mm. Pro Medicon työn puitteissa (ks. kohta II/3.6.), mutta sitä voisi kehittää myös erikoislääkärien ammattitaidon osa-alueiden ydinainesanalyysin mallin mukaisesti (ks. kohta II/1.3.).

3.4.Lääkärien ammattioikeuden määräaikaisuus

Useissa Euroopan maissa lääkärin täytyy uusia ammattioikeutensa määrävuosina, esimerkiksi joka viides vuosi (ks. kuvio 7, Pro Medico). Lääkäri ammattioikeuden määräaikaistamisesta käytetään kansainvälisesti erilaisia käsitteitä. Yleensä termi ”relicensing” tarkoittaa lääkärin peruskoulutuksen perusteella annetun ammattioikeuden uusimista. Resertifikaatio puolestaan viittaa yleensä erikoislääkäri ammattioikeuden määräaikaistamiseen. Yleisin tapa ammatillisen osaamisen todentamiseen ammattioikeuden uusimisen yhteydessä on todentaa ammattipätevyys täydennyskoulutukseen osallistumisen avulla (ks. kuvio 8, Pro Medico). Yleiseurooppalaisella tasolla ei toistaiseksi ole säädetty ammattioikeuden uusimisesta, mutta on selvää, että yhteisötasolla paine yleiseurooppalaisesta säädöksestä kasvaa sitä mukaan kuin resertifikaatiota edellytetään yksittäisissä jäsenmaissa. Euroopan komission (European Commission 2013) mukaan jo yli puolessa EU:n jäsenvaltioista on käytössä lääkärin ammattioikeuden uusimisjärjestelmä. Raporttia tarkasteltaessa on kuitenkin huomattava, että siihen kootut tiedot on saatu jäsenmaista kyselytutkimuksella, jonka kysymykset ja siten myös tulokset ovat osin tulkinnanvaraisia esimerkiksi täydennyskoulutuksen pakollisuuden osalta. Asiaan tarkemmin selvitettäessä eroja näyttää olevan enemmänkin täydennyskoulutuksen todentamisen, eikä niinkään siihen osallistumisen, pakollisuudessa.



KUVIO 7. Lääkärien täydennyskoulutusvelvoitteen sitovuus EU- ja ETA-maissa



KUVIO 8. Lääkärille täydennyskoulutusvelvoitteen laiminlyönnistä annettavat seuraamukset EU- ja ETA-maissa

Ammattipätevyysdirektiivin (2005/36/EY, artikla 22 1-kohdan b-alakohta) mukaan jäsenvaltioiden oli 18.1.2016 mennessä raportoitava Euroopan komissiolle niistä toimista, millä jäsenvaltion varmistaa, että terveydenhuollon ammattihenkilöt täydennyskoulutuksen avulla jatkuvasti ylläpitävät ammattitaitoaan. Suomelta osalta raportoinnista vastasi opetus- ja kulttuuriministeriö (2015). Raportissa (opetus- ja kulttuuriministeriö 2015) Suomi yleisellä tasolla toteaa kansalliset säädökset ja niihin liittyvät selvitys- ja tutkimusraportit. Raportissa ei otettu kantaa lääkärin ammattioikeuden uusimiseen liittyviin kysymyksiin. Myöskään ammattipätevyysdirektiivin muutoksen implementoinnin yhteydessä ammattioikeuden uusimisjärjestelmää ei esitetty. Syynä voi olla myös voimakas tarve toteuttaa pääministeri Sipilän hallitusohjelman mukaista normien purkutavoitetta, ja uusien valvontamenettelyiden luominen olisi päinvastainen kehityskulku (Ratkaisujen Suomi 2015). Toisaalta terveydenhuollon valvonnan kehittämiseen perustettu työryhmä (Paunio & Pelkonen 2012) ei myöskään esittänyt resertifiointia muistiossaan vuonna 2012. Ja edelleen samoilla linjoilla on sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (2016) asettama Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta, joka 2020-luvun terveysalan tutkintotavoitteita koskevassa lausunnossaan opetus- ja kulttuuriministeriölle ei ottanut kantaa lääkärin ammattioikeuden uusimisjärjestelmän puolesta tai vastaan. Lausunnossaan neuvottelukunta tyytyi toteamaan, että terveydenhuoltoalan pitkät koulutusajat sekä alan työvoimavaltaisuus edellyttävät, että koulutustarpeet (aloittajamäärät ja koulutus) ennakoitavissa hyvissä ajoin. Neuvottelukunta totesi myös, että käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, jossa korostuu näiden toimialojen integraatio, vaikuttaa myös terveydenhuollon koulutustarpeisiin ja integraatitavoitteiden vuoksi aloittajamääriä ja alan koulutusta tulisi arvioida kokonaisuutena (sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2016).

Euroopan maissa lääkärin täydennyskoulutusvelvollisuuden toteutumisen varmistamisesta vastaa vaihtelevasti valtionhallinto, ammattikunta tai nämä yhdessä (ks. kuvio 9, Pro Medico). Suomessa lääkärin täydennyskoulutuksen tai muun ammatillisen kehittämisen valvonta ei toistaiseksi ole kaikilta osin ollut systemaattista (ks. esim. Wrede ym. 2016). Kun ulkoinen paine kasvaa, Suomessakin joudutaan pohtimaan lääkärin ammattioikeuden uusimisjärjestelmää ja siihen liittyvää täydennyskoulutuksen seurantaan. Hallituksen esityksessä (HE 107/2015) eduskunnalle terveydenhuollon

ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) muutokseksi ei perusteltu lain 18 §:n muutosta eikä esitetty täydennyskoulutukselle tai sen todentamiselle käytännön toteuttamistapoja. Ensisijainen vastuu omasta ammattitoiminnasta ja ammattitaidon ylläpidosta on luonnollisesti lääkäriillä itsellään. Aina on kuitenkin henkilöitä, jotka elämäntilanteen tai muun seikan vuoksi, eivät siihen kykene. Syynä voi olla hetkellinen oman ammattitaidon laiminlyönti tai sitten kyseessä on laajempi ongelma, jossa yksilö on epämotivoitunut ylläpitämään omaa ammattitaitoaan tai lääkärielle on eri syistä kehittynyt ylimielinen asenne tai potilaspalautteen perusteeton väärä käsitys ammattitaidostaan. Tällöin tarvitaan potilasturvallisuuden varmistamiseksi ulkopuolista seuranta ja valvontaa.



KUVIO 9. Lääkärien täydennyskoulutusvelvoitteen seurannasta vastaava taho EU- ja ETA-maissa

Suomessa ei vielä ole käyty laajaa keskustelua siitä, pitäisikö lääkärien ammattioikeuksien olla määräaikaista, vaikka eräitä tärkeitä puheenvuoroja onkin esitetty. Sumanen ym. (2011) selvittivät lääkärien kantaa asiaan Lääkäri 2008 -kyselytutkimuksen aineistosta. Tulosten mukaan kyselyvuonna lääkärit suhtautuivat

pääosin kielteisesti erikoislääkärin oikeuksien määräaikaaisuuteen. Kanta ei merkittäväällä tavalla ollut riippuvainen vastaajan erikoisalasta tai työtehtävistä. Kysyttäessä mikä olisi paras menettely ammattioikeuden uusimisessa, lääkärit pitivät täydennyskoulutukseen osallistumista perustelluimpana tapana osoittaa ammattipätevyys. Psykiatrit kuitenkin suhtautuivat muita erikoisaloja edustavia lääkäreitä myönteisemmin työnäytteisiin (Sumanen ym. 2011, 2677, 2681).

3.5.Lääkärien täydennyskoulutusvelvoitteen toteutumisen todentaminen

Lääkärien oikeuksien määräaikaaisesta uusimisesta on kansainvälisesti erilaisia menettelyjä. Globalisaation myötä suomalainen lääkärin koulutuspolitiikka saa vaikutteita ennen kaikkea Euroopasta. Maissa, joissa ammattioikeus on määräajoin uusittava, liittyy uusimiseen pääsääntöisesti aina täydennyskoulutukseen osallistumisen seuranta sekä tämän lisäksi eräitä kansallisia erityisvaatimuksia. Garattinin (2010) mukaan Norjassa yleislääketieteen erikoislääkärien tulee hankkia pakollista täydennyskoulutusta viisivuotiskausittain säilyttääkseen erikoislääkärin oikeutensa. Järjestelmään liittyy taloudellinen kannustin, sillä yleislääkärin palkka laskee huomattavasti, ellei hän osallistu riittävässä määrin täydennyskoulutukseen. Hollannissa puolestaan erikoislääkärin oikeuksien säilyttäminen edellyttää täydennyskoulutuksen lisäksi kliinisen potilastyön tekemistä (Garattini 2010). Myös Belgiassa järjestelmään on liitetty taloudellinen insentiivi: täydennyskoulutukseen osallistuminen mahdollistaa palkkioiden suurentamisen (Nieminen 2009, 646).

Englannissa on raskas ammattioikeuden uusimisjärjestelmä, jonka käyttöönotto liittyy tapaus Harold Shipmaniin ("tohtori Kuolema") ja sen jälkeiseen epäluottamukseen valvontaviranomaisvalvontaa kohtaan. Shipman surmasi useita potilaitaan 1970 ja 1980-luvuilla. Shipmanilla oli lääkärin ammattioikeudet ja hän oli ns. hyvän lääkärin maineessa ja pidetty työtoveri. Vaikka rikosmotiivin selvittely jäi kesken Shipmanin kuoleman vuoksi, tapaus omalta osaltaan muutti merkittävästi Englannin lääkärin valvontaa. Laine (U. Laine, henkilökohtainen tiedonanto 31.8.2016) mukaan Englannin terveysministeriö sekä lääkäreitä valvova General Medical Council otti vuoden 2012 aikana käyttöön järjestelmän, joka koskee kaikkia potilastyötä tekeviä lääkäreitä. Järjestelmän puitteissa lääkärin tulee viiden vuoden välein hakea ammattioikeuden

uusimista. Sitä varten lääkärin tulee kirjata kaikki ammatilliseen kehittämiseen liittyvät toimet sekä kerätä sidosryhmiltä palautetta toiminnastaan. Ammattioikeuden uusimishakemukseen tulee liittää potilaspalautteita, kollegoiden vertaisarviointia, yhteenveto lääkärin toimintaa (ja lääkäriä) koskevista valituksista ja myönteisistä palautteista, jatkuvan ammatillisen kehittämisen osoittaminen (mm. ns. täydennyskoulutusopintopisteet ja toiminnan laadunparannustoimet) sekä muut merkittävät tapahtumat ammattiuralla. Järjestelmän yleisenä tarkoituksena on edistää turvallista ja hyvälaatuista hoitoa. Järjestelmä kokoaa yhteen lääkäreitä koskevan tiedon antaen yleiskuvan kentän tilanteesta ja mahdollistaa varhaisen puuttumisen riskilääkärin, -erikoisalojen tai –toimintayksiköiden toimintaan. Läkäreitä rohkaistaan järjestelmän avulla aktiivisemmin arvioimaan omaa ammattitoimintaansa ja sen kehittämistarpeita. Vaikka järjestelmä edellyttää, että ammattioikeus haetaan joka viidesvuosi, tarkoitus on luonnollisesti, että lääkäri aktiivisesti koko viiden vuoden prosessin ajan reflektoi omia kehittämistarpeitaan ja ylläpitää jatkuvasti omaa ansioluetteloaan. (U. Laine henkilökohtainen tiedonanto 31.8.2016; General Medical Council verkkosivut).

Lääkärin ammattioikeuden uusimiseen liittyvä prosessi esimerkiksi Englannin malliin on laaja ja raskas toteuttaa ja herättää siten aiheellisesti kysymyksen järjestelmän hyöty/kustannus –analyysistä (mm. viekö se epätarkoituksenmukaisen paljon aikaa varsinaiselta potilastyöltä). Myös järjestelmän tietynlainen monimutkaisuus herättää huolen protektionismista, joka Iso-Britannian kaltaisessa maassa, jossa on paljon maahanmuuttajia, voi lääkärin yhdenvertaisuuden kannalta olla riski. Laine mukaan (U. Laine henkilökohtainen tiedonanto 31.8.2016) Englannin järjestelmässä on 228609 lääkäriä. Heistä 118448 lääkärin ammattioikeus on järjestelmän puitteissa uusittu ja 144777 lääkärille on annettu suosituksia toiminnan kehittämiseen. Luku on suuri, vastaten lähes kahta kolmasosaa lääkäreistä. Ammattioikeus on poistettu 1890 lääkäriltä (eli 0,82 % järjestelmään kuuluvista lääkäreistä) ja 24795 lääkäriä on järjestelmän puitteissa päättänyt itse luopua lääkärin oikeuksistaan. Valvonnan toimivuuden kannalta on myönteistä, että järjestelmän myötä nykyisellään jopa 94 % lääkäreistä on liittynyt järjestelmään. Kvantitatiivisten tietojen lisäksi järjestelmästä on tuotettu laadullista analyysiä. Sen mukaan lääkärin toimintaa johtavien esimiesten kanta järjestelmään on myönteinen. Heidän näkemyksensä on, että järjestelmän avulla toiminnan laadullinen taso on parantunut ja järjestelmä on lisännyt lääkärin keskinäisen tiedon vaihtoa ja

tarjoaa esimiehille syvällisempää tietoa siitä, mitä lääkärit työpäivinänsä konkreettisesti tekevät. Myös lääkärin keskuudessa järjestelmän on nähty lisäävän itsereflektiota omasta tekemisestä. Lisäksi muut lääkärin kanssa työskentelevät uskovat, että lääkärin itsereflektio ja kyky toteuttaa hyvän lääketieteellisen toiminnan periaatteita on kehittynyt. Järjestelmä on myös lisännyt hoidon potilaskeskeisyyttä; jopa 2 miljoonaa potilasta on antanut palautetta lääkärin toiminnasta. Järjestelmää kehitetään ja arvioidaan jatkuvasti, esimerkiksi järjestelmän avoimuudessa on edelleen kehittämistarpeita, sillä vain 86 % lääkäreistä kokee, että heitä on järjestelmässä kohdeltu oikeudenmukaisesti. Järjestelmää kehitetään niin, että se olisi jatkossa enemmän erikoisalakohtaista ja vielä tiiviimmin linkittyisi lääkärin työhön osana moniammatillista työyhteisöä. Ammattioikeuden uusimista varten tarvittavan tiedon osalta on myös kehittämistarpeita, tavoitteena on jatkossa tuottaa objektiivisempää tietoa ja helpottaa sen hyödynnettävyyttä valvonnan kehittämisessä. (U. Laine, henkilökohtainen tiedonanto 31.8.2016.)

Lääkärin täydennyskoulutuksen valvontajärjestelmien keskinäinen vertailu ei ole yksinkertaista maiden olosuhde-erojen vuoksi. Eroja on esimerkiksi hallintojärjestelmissä, kuten keskushallinnon ja paikallishallinnon suhteen erilaisuus Suomen ja Saksan välillä. Suomessa ja muissa Pohjoismaissa on julkisella rahoituksella toimiva terveydenhuoltojärjestelmä, mutta Suomea lukuun ottamatta muissa Pohjoismaissa ja Euroopan maissa lääkärit ovat perusterveydenhuollossa pääasiassa itsenäisiä ammatinharjoittajia (Saarinen 2010, 15). Leimaavaa muille Euroopan maille ja muille Pohjoismaille on myös kansalaisten suurempi valinnanvapaus hoitopaikan ja lääkärin suhteen (Saarinen 2010, 15-16). Yksinkertaistaen voidaan sanoa, että anglosaksissa (USA, Iso-Britannia, Ranska, Canada ja Saksa), joissa asiakkaan valinnanvapaus lääkärinsä ja hoitopaikkansa suhteen on suuri, on yleistä, että lääkärin ammattioikeus on määräaikainen ja sen uusimisen edellytys on muun muassa täydennyskoulutukseen osallistuminen. Potilaiden rooli valinnanvapauden kautta osana valvontaa on haasteellinen. Heillä ei välttämättä ole tosiasiallista mahdollisuutta arvioida lääkärin ammattitaitoa. Nykyisellään potilaiden tekemät kantelut ja muistutukset voidaan tulkita osaksi lääkärin toiminnan valvontaa. Tämä osa valvontaa kohdistuu kuitenkin työn tekemiseen ja laatuun, ei täydennyskoulutukseen. Tulevaisuudessa kun potilaiden valinnanvapautta toteutumista sosiaali- ja terveyskeskusten valinnan suhteen vahvistetaan, on todennäköistä, että kilpailu potilaista (ja ennen kaikkea heidän mukanaan tuomistaan maakuntien rahoista) tehostaa palveluntuottajien tekemää markkinointia.

Tässä markkinoinnissa tultaneen yhtenä laatutekijänä käyttämään tuottajan palveluksessa olevien lääkärin ammattitaitoa. Tällöin potilaiden roolia osana seurantaan voisi vahvistaa amerikkalainen malli, jossa lääkärin vastaanottohuoneen seinät ovat täynnä koulutusta ja täydennyskoulutusta osoittavia sertifikaatteja.

3.6. Pro Medicon sähköinen omavalvontatyökalu www.Taitoni.fi

Suomalaiset lääkärijärjestöt (Suomen Lääkäriliitto, Finska Läkaresällskapet ja Suomalainen Lääkäriseura Duodecim) perustivat vuonna 2007 Lääkärin ammatillisen kehittämisen tuki ry:n eli Pro Medicon. Sen tehtävä on tukea lääkärin ammatillista kehittämistä. Yhdistys jatkaa Lääkärin ammatillisen kehittämisen arviointineuvoston työtä. Pro Medico tuottaa ja ylläpitää verkkopohjaista työkalua, Taitoni.fi -palvelua, jonka avulla lääkärit voivat suunnitella ja arvioida omaa ammatillista kehittämistään. Taitoni.fi sisältää koulutuskalenterin sekä sähköisen portfolion ja ansioluettelon. Taitoni.fi -palvelun käyttö maksoi lääkärille 40 € vuonna 2016. Käyttömaksun voi vähentää verotuksessa tulonhankkimiskuluna. On huomattava, että Taitoni.fi ei ole pelkkä täydennyskoulutus pisteiden jälkikäteinen tallennuspaikka, vaan nimikirjaotetyyppisen yhteenvedon sijasta Taitoni.fi on lääkärin uraa eteenpäin katsova työkalu. Taitoni.fi keskeinen ajatus on reflektiossa, ei koulutuksen kirjaamisessa, vaikka järjestelmä toimiikin samalla sähköisenä portfoliona (Pro Medico, verkkosivut). Taitoni.fi on kehitetty työkaluksi, joka toimii osana urakehitystä, itsensäjohtamista sekä ammatillisen identiteetin ja asiantuntijuuden vahvistamista. Sen sisältämien ansioluettelotietojen ja tulevien koulutustapahtumien lisäksi sovellus tuottaa tietoa, jonka avulla lääkäri pystyy itse selkeämmin todentamaan, miten lääkärin työaika jakautuu työn eri komponentteihin.

Taitoni.fi -verkkosivusto voidaan nähdä lääkärin proaktiivisena autonomiaa ja omaa vahvaa täydennyskoulutushalukkuutta korostavana keinona vaihtoehdoksi lääkärin ammattioikeuden määräaikaistamiselle ja täydennyskoulutuksen viranomaisvalvonnalle. Se on myös mainittu hyvänä esimerkkinä muutaman muun ohella Suomen raportissa EU:n komissiolle ammattihenkilöiden täydennyskoulutuksesta (opetus- ja kulttuuriministeriö 2015). Se ei kuitenkaan ole täysin lyönyt läpi ammattikunnan keskuudessa, vaan vasta varsin pieni joukko lääkäreitä on saatu

käyttäjiksi. Järjestelmän käyttö ei ole pakollista, mutta sitä markkinoidaan aktiivisesti lääketieteen opiskelijoille opintojen loppuvaiheessa. Erityisesti uran saumakohtat (työelämään siirtyminen, erikoistuminen sekä työpaikan vaihto) ovat Taitoni.fi käyttönoton kannalta kriittisiä kohtia. Taitoni.fi sivustoa kehitetään jatkuvasti paremmin vastaamaan käyttäjien tarpeita. Yksi kehittämiskohde on se, miten Taitoni.fi saadaan palvelemaan paremmin lääkärin yksilöllisiä oppimistarpeita ja oppimismenetelmien arviointia sekä toisaalta palvelemaan laajemmin koko työyhteisön oppimistarpeiden arviointia ja suunnittelua. Käytössä olevassa versiossa Taitoni.fi sisältämät lääkärin ammattitaidon osa-alueet perustuvat kanadalaiseen CanMEDS-malliin (Frank 2005), jossa lääkärin osaaminen määritellään seitsemän osa-alueen kokonaisuudeksi (ks. tarkemmin kohta II 1.3).

3.7. Lääkärien täydennyskoulutusvelvoitteen valvonta jatkossa

Lääkärien täydennyskoulutusvelvollisuuden valvonta ja siihen liittyvä ammattioikeuden määräaikaisuus voivat EU:n yhdentymiskehityksen myötä toteutua tulevaisuudessa Suomessakin, mutta ne voidaan nähdä myös ennakkollisena toimintana osana alan arvostuksen ja luottamuksen ylläpitoa. Jo nyt tehtävissä, jotka liittyvät ionisoivalle säteilylle altistavaan toimenpiteeseen, edellytetään koulutusta, jota on muuta täydennyskoulutusta yksityiskohtaisemmin ohjeistettu. Ionisoivalle säteilylle altistavaan toimenpiteeseen lähettävällä lääkärillä, kyseisestä toimenpiteestä vastuussa olevalla ja toimenpiteen suorittavalla työntekijällä, samoin kuin säteilyn käyttöön osallistuvalla muulla henkilöstöllä on oltava työn edellyttämät riittävät tiedot säteilysuojelusta. Minimitäydennyskoulutus on 40 tuntia viiden vuoden aikana. Täydennyskoulutusta järjestetään erityisesti uusista tutkimus- ja hoitomenetelmistä. Vastuu siitä, että työntekijöillä on täydennyskoulutuksen kautta saadut riittävät tiedot ja taidot ionisoivasta säteilystä, on toiminnanharjoittajalla. Tämän on myös pidettävä täydennyskoulutuksesta kirjaa siten, että koulutus voidaan todentaa työntekijäkohtaisesti takautuvasti vähintään viiden vuoden ajalta. (Säteilyturvakeskus 2012.)

Lääkärien täydennyskoulutusvelvollisuuden valvontajärjestelmää pohdittaessa ohjaavana näkökulmana on potilasturvallisuus, vaikka toiminnan taloudellisia puolia eikä vaikutuksia lääkärin ja viranomaisten luotettavuuteen voida ohittaa. Valviralla on jo nyt

toimivalta (Valvira-laki 669/2008, 2 §) valvoa lääkärin toimintaa ja ammattitoimintaa. Avoimella ja läpinäkyvällä viranomaisvalvonnalla voidaan vahvistaa kansalaisten luottamusta viranomaiseen sekä saada oikeutus omaan toimintaan. Pääministeri Sipilän hallituksen norminpurkutavoitteisiin (Ratkaisujen Suomi 2015, 22-25) nähden valtiollinen valvonta ei kuitenkaan ole ”ajan hengen” mukainen vaihtoehto, eikä täydennyskoulutuksen toteutumisen viranomaisvalvonta onnistu ilman asiaan suunnattua lisäresurssia ilman valvontatoiminnan laadun vaarantumista. Vahvan viranomaisvalvonnan sijasta omavalvontaan perustuvat menettely, jossa voitaisiin todentaa lääkärin jatkuva ammatillinen kehittyminen, ja jota viranomaisen tukisi ja varmistaisi, olisi perusteltua. Alan itsensä tekemää valvontaa tehdään esimerkiksi Saksassa ja Sveitsissä, jossa professionille itselleen (lääkärijärjestöt) on annettu oikeus lääkärin ammattioikeuden uusimiseen ja sen yhteydessä tehtävään täydennyskoulutuksen seurantaan. Järjestelmä on mahdollinen, mutta huomioon on otettava, että Suomessa ammattijärjestöön kuuluminen ei ole pakollista. Yksinkertaisimmillaan alan omavalvonta voisi olla yksittäisen lääkärin itsensä tekemää ja Taitoni.fi -tyyppiseen sovellukseen tukeutuvaa omavalvontaa, jonka edistäminen ja varmistaminen voisi olla terveydenhuollon valvontaviranomaisen tehtävä.

Vaihtoehtoisesti lääkärin täydennyskoulutuksen toteutumisen valvonta voisi olla osa työnantajan (tai palvelunostajan) tehtävää ja siihen voisi liittää kollegoiden vertaisarvioinnin ja/tai potilaspalautteen. Lääkärillä tulee suosituksen mukaan olla oikeus kehityskeskusteluun vähintään kerran vuodessa. Sen yhteydessä arvioidaan lääkärin ammattitoimintaa ja tarpeita sen kehittämiseen. Täydennyskoulutuksen valvonnan liittäminen osaksi kehityskeskustelua voisi mahdollistaa reflektion esimerkiksi kollegan tai esimiehen kanssa täydennyskoulutustarpeista. Kehityskeskustelu tai vastaava reflektio osana itsenäisten ammatinharjoittajien sopimusneuvottelua, toimiikin jo nyt osana toimintayksikön omavalvontaa, mutta lääkärin autonomia, erityisesti itsenäisten ammatinharjoittajien osalta, jossain määrin heikentää tämän valvonnan vaikuttavuutta. Ainakin toistaiseksi voidaan todeta, että omavalvonta ei tältä osin ole systemaattista. Järjestelmää voisi tehostaa lääkärin ammattitaidon omavalvonnan kirjaaminen palvelutilaajan (esimerkiksi lääkäriasemaketjujen) laatujärjestelmään.

Täydennyskoulutuksen todentamisen valvonnassa ja vaihtoehtojen arvioinnissa on tarkasteltavan myös ko. maan terveydenhuoltojärjestelmää ja sitä, millaisessa

organisaatiossa lääkäri työskentelee sekä lääkärin ikärakennetta. Lääkärikunta on heterogeeninen sen suhteen, kuka on lääkärin työnantaja, vaikka 70 % lääkäreistä työskentelee julkisella sektorilla, jopa kolmannes lääkäreistä työskentelee pää- tai sivutoimisesti yksityisvastaanotolla (Suomen Lääkäriliitto 2015, 24, 30). Vielä ei ole tiedossa, miten sote-uudistus muuttaa lääkärin työnantajatahoja, mutta on todennäköistä, että uudistus lisää yksityisten yritysten osuutta. Näin ollen yksityisen sektorin työnantajien vastuu täydennyskoulutuksen järjestämisestä, seurannasta ja omavalvonnasta lisääntyy.

Valvontaa pohdittaessa on huomioitava, että keskeinen kysymys täydennyskoulutuksen toteutumisen valvonnassa on koulutuksen määrällisen valvonnan ohella myös koulutuksen laadullinen ja sisällöllinen valvonta. Ja edelleen, valvontaa kehitettäessä on muistettava, että valvontaa, myöskään täydennyskoulutusvelvoitteen todentamisen valvontaa, ei koskaan voi tehdä aukottomaksi eikä niillä koskaan täydellisesti voida estää virheitä, joiden riski inhimilliseen toimintaan sisältyy aina, tai vielä vähemmän rikoksia.

III Lääkärin ammattitaitoon liittyvien valvontapäätösten analysointi

Analysoin tätä opinnäytetyötäni varten Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan lääkäreihin ja hammaslääkäreihin kohdistuneet päätökset, joiden ensisijaisena ammattiryhmäkohteena oli lääkäri tai hammaslääkäri (ml. erikoistuneet) ja pääasiallinen tai toissijainen peruste valvonta-asialle oli ammattihenkilön ammattitoiminnassa todetut puutteet. Valvontapäätökset ovat Valviran perustamisesta alkaen eli vuoden 2009 alusta vuoden 2016 loppuun.

Taulukossa 2 on esitetty Valviran ja kuuden aluehallintoviraston päättämät lääkäreihin ja hammaslääkäreihin kohdistuneet valvonta-asiat, joissa päätöksen tilastoluokitusperusteena on ollut ammattihenkilön ammattitaito. Tilasto on esitetty vuosilta 2011-2015 (tiedot saatu Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston asianhallintajärjestelmä). Opinnäytetyötä kirjoitettaessa vuoden 2016 lopullisia tilastotietoja ei vielä ollut käytettävissä. Vuosien 2009 ja 2010 osalta tilastoja ei ole informatiivista esittää, sillä tuolloin tilastoluokituksena käytettiin ”ammattihenkilön

kykenevyys”, ja tähän luokkaan tilastoitiin sekä sellaiset valvontatapaukset, joissa lääkärin terveydentilan alenema johti valvonta-asian vireille ottoon, että ammattitaidon puutteisiin liittyvät tapaukset. Valviran asianhallintajärjestelmän perusteella sellaisten päätösten määrä, joissa on puututtu lääkärin ammatinharjoittamisoikeuteen ammattitaidon perusteella, vaihtelee. Määrät ovat suhteellisen pienet, kun huomioidaan vuosittain tehtävien kaikkien turvaamistoimenpiteiden lukumäärä ja lääkärin kokonaismäärä, joten tilastosta ei voida tehdä johtopäätöksiä ammattitaidon kehityssuunnasta kentällä.

TAULUKKO 2. Valviran ja aluehallintovirastojen vireille ottamat lääkärin ammattitaidon valvontaan liittyvät valvontatapaukset vuosina 2011 - 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Valvira	15	30	31	22	15
Etelä-Suomen AVI⁵	0	3	6	12	12
Itä-Suomen AVI	2	3	2	7	3
Lapin AVI	0	0	0	1	0
Lounais-Suomen AVI	1	9	3	3	4
Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	1	3	1	3	1
Pohjois-Suomen AVI	0	0	3	1	3
AVIit yhteensä	4	18	15	27	23
Yhteensä kaikki	23	48	46	49	38

Suomessa oli 1.1.2016 yhteensä 28565 laillistettua lääkäriä, josta Suomessa asuvia työkäisiä oli 20970 (Suomen Lääkäriliitto 2016). En tehnyt tässä tutkimuksessa kvantitatiivista analyysiä turvaamistoimenpiteiden kohteena olevien lääkärin ammattitaidon puutteista, joten yleistäviä johtopäätöksiä esimerkiksi lääkärin iän,

⁵ AVI = aluehallintovirasto

työskentelyvuosien, kansalaisuuden, sukupuolen tai erikoistumisalan suhteen ei voida tehdä.

1. Tutkimusaineiston kuvaus

Sain Valviralta tutkimusluvan (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston tutkimuslupa 3.3.2016, dnro 1826/06.01.03.01/2016) viraston asiakirjoihin, jotka sisältävät Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan päätökset, jotka koskevat lääkäreitä (ml. hammaslääkäreitä) ja päätöksen perusteena on ollut henkilön ammattitaitopuute. Luvassa on määritelty asiakirjojen ja niiden sisältämien tietojen käsittely lain viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999, 23 §) nojalla, siten, että olen paljastamatta luvan nojalla saamiani tietoja ja olemaan käyttämättä näitä tietoja omaksi tai toisen hyödyksi tai haitaksi. Lisäksi luvassa määriteltiin tutkimusaineiston ja -tulosten käsittelystä ja julkaisemisesta. Päätökset sisältävät salassapidettävää tietoa, esimerkiksi kyseessä olevan lääkärin hoitamista potilaista ja joiltakin osin myös lääkärin terveydentilasta, mutta tutkimuslupa sisältää oikeuden tämän tiedon käsittelyyn tässä aineistossa. Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan kaikki päätökset viraston perustamisesta alkaen (vuosi 2009) on koottu Valviran terveydenhuollon valvontaosaston käsiarkistoon. Nämä valvonta-asiat luettiin läpi ja tunnistettiin ne asiat, joissa turvaamistoimenpiteen perusteena oli selvityksessä todettu lääkärin ammattitaidon puute. Suurin asiaryhmä kaikista turvaamistoimenpidepäätöksistä oli lääkärin epäasianmukaisesta väärinkäyttöön soveltuvien lääkkeiden määräämisestä koostunut asiaryhmä. Tämä asiaryhmä suljettiin tästä opinnäytetyöstä pois, koska kysymyksessä olevaan epäasianmukaiseen lääkkeen määräämiskäytäntöön hyvin usein liittyy lääkärin terveydentilan alentuminen (kuten lääkärin oma päihdehäiriö tai muistisairaus), jonka vaikutusta epäasianmukaiseksi todettuun ammattitoimintaan on vaikea erottaa ammattitoiminnan puutteista. Joissakin näissä tapauksissa osa epäasianmukaiseksi todetusta ammattitoiminnasta oli arvioitu johtuvan selvästä ammattitaidon puutteesta, joka oli olemassa lääkärin sairaudesta riippumattakin, ja nämä tapaukset sisällytettiin tähän opinnäytetyöhön. Samoin aineistoon sisällytettiin tapaukset, joissa epäillyn tai todetun ammattitaidon puutteen lisäksi oli arvioitu muita lääkärin toimintakäytäntöön liittyviä seikkoja, kuten suoranaisia rikosepäilyjä. Aineiston läpiluvun ja ammattitaidon

puutetapausten tunnistamisen teki Valviran lääkäri (ryhmäpäällikkö, lääkintöneuvos Markus Henriksson, tutkimusluvassa määritelty opinnäytetyön ohjaaja Valvirassa), ja epäselvästi rajautuvissa tapauksissa hän konsultoi Valviran terveydenhuollon valvontaosaston muita lääkäreitä ja lakimiehiä.

Sain käyttööni tällä valvonta-aineiston läpikäynnillä tunnistetut ammattitaidon puutteiden perusteella ammattioikeuden menettäneet tai ammattioikeuksiltaan rajoitetut 61 eri lääkäriä tai hammaslääkäreitä, jotka muodostavat tämän opinnäytetyön aineiston. Koodasin aineiston numeroilla 1 - 61 ja käsitelin aineistoa numeroina siten, että yhtä lääkäriä koskevat asiat (esim. kaikki turvaamistoimenpiteet, jotka lääkärille oli määrätty sekä sitä seuranneet ammattitaidon selvittämiseen liittyvät asiakirjat ja ammattioikeuden palauttamista koskevat hakemukset ja niihin annetut päätökset) kulkivat läpi analysoinnin samalla numerolla. Yksittäinen valvontapäätös on pituudeltaan noin 10 – 20 sivua. Siinä esitetyt selvitykset lääkärin ammattitaidosta koostuvat päätöksen kohteena olevan lääkärin useiden työnantajien antamista selvityksistä sekä potilasasiakirja- ja reseptiselvityksistä. Valvontapäätöksistä ottamani lainaukset (esitetty kursivoituna) tulosten tarkasteluosassa (ks. kohdat III/3 ja 4) ovat suoria lainauksia valvontapäätöksistä, mutta silloin kuin tekstilainauksessa on lääkärin, hänen kollegansa, esimiehen, henkilöpotilaan tai lääkärin toimipaikan tietoja, olen poistanut ne henkilön tunnistettavuuden estämiseksi⁶.

Tutkimusaineiston lääkärit edustivat seuraavia erikoisaloja (perässä lukumäärä): erikoistumattomat lääkäriä (25), hammaslääkärit ja erikoishammaslääkärit (11), kirurgian erikoislääkärit (7), yleislääketieteen erikoislääkärit (5), psykiatrian erikoislääkärit (4), sisätautien erikoislääkärit (3) ja silmätautien erikoislääkäri (2) sekä yksittäisiä muita lääketieteen erikoisaloja. Lääkärit olivat tutkimusaineistoon kuuluneen ensimmäisen päätöksen saantihetkellä ikäjakaumaltaan 30 - 80 vuotiaita, keski-ikä ollessa 53 vuotta. Päätökset kohdistuivat 5 naiseen ja 56 mieheen. Päätöksen kohteena olleista 33 oli suorittanut lääkärin/erikoislääkärin tutkintonsa Suomessa. EU- tai ETA-alueella tutkintonsa suorittaneita ja siten ns. suoralaillistettuja oli 22, ja 6 oli suorittanut tutkintonsa EU- tai ETA-alueen ulkopuolella ja siten suorittanut laillistamiseen vaadittavan kolmivaiheisen kuulustelujärjestelmän Tampereen yliopistossa.

⁶ käytetyt lyhenteet: L = lääkäri, Y = ylilääkäri X = toimipaikan nimi

Lautakuntapäätökset on esiteltyt (eli käytännössä kirjoittanut) Valviran terveydenhuollon valvontaosaston lakimies, mutta päätöksen valmistelu on tehty kiinteässä moniammatillisessa yhteistyössä Valviran Terveydenhuollon valvontaosastolla.

Aineiston analysoinnilla pyrin selvittämään, millä ammattitaidon osa-alueella lääkärin ammattitoiminnan puutteet ovat silloin, kun Valvira on ottanut valvonta-asian selvitettäväksi. Kategorisoin puutteet teemoittain ja vertasin saatua tulosta CanMEDS:n (Frank 2005) mukaisesti lääkärin ammattitaidon rooleihin. CanMEDS:n ammattitaidon osajaottelua käytetään myös Pro Medicon verkkopohjaisessa Taitoni.fi – omavalvontatyökalussa (Pro Medicon verkkosivut). Siten vertailun avulla arvioin, miten hyvin Taitoni.fi –sovellus toimii valvontaviranomaisen näkökulmasta käytettäväksi lääkärin ammattitaidon ylläpitoon tarkoitetun täydennyskoulutusvelvoitteen todentamiseen. Aineiston analysoinnilla pyrin lisäksi arvioimaan, olisiko järjestelmä, jossa lääkärin ammattioikeus uusittaisiin määräajoin ja joissa uusimisen yhteydessä (tai muuten systemaattisesti) todennettaisiin täydennyskoulutusvelvoitteen toteuttaminen, voitu estää kyseisten valvonta-asioiden syntyminen.

2. Fenomenografinen kategorisointi

Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimus, jossa metodologisena lähtökohtana on fenomenografinen analyysi (Marton 1981, ks. myös Huusko & Paloniemi 2006). Fenomenografisen analyysin on kehittänyt ruotsalainen psykologi Ference Marton tutkimusryhmineen kasvatustieteelliseen tutkimukseen, jossa menetelmää on myös eniten käytetty (Huusko & Paloniemi 2006, 162-163). Fenomenografia ei ole pelkkä tutkimus- tai analyysimenetelmä, vaan koko tutkimusprosessia ohjaava lähestymistapa (Huusko & Paloniemi 2006, 163). Lääkärin työ voidaan nähdä kokonaisuutena, lääkäriytenä, mutta voidaksemme arvioida siihen liittyviä kehittymistarpeita eri yksilöillä, on tarkoituksenmukaista jakaa ammattitoiminta osa-alueisiin. Lääkärin ammattitaidosta tai sen puutteista ei kuitenkaan ole olemassa vain yhtä selkeää määritelmää, vaan se vaihtelee lääkäristä, erikoisalasta ja arviointikontekstista toiseen. Fenomenografinen lähestymistapa sopii hyvin valvontapäätöksissä esitettyihin ammattitoiminnan puutteiden osa-alueiden analysointiin, koska menetelmän keskeinen piirre on tutkia ja kuvata käsityksiä sekä ajattelutapojen vaihteluita eikä aineiston yksittäisiä käsitteellistyksiä

(Huusko & Paloniemi 2006, 165). On huomattava, että valvontapäätösten kategorisointi ei siis yksiselitteisesti kerro mitä lääkärin ammattitoiminnan puutteet ovat, vaan sen, *miten Valvira käsitteellistää* lääkärin ammattitoiminnan puutteet.

Aloitin valvontapäätösten analysoinnin kokonaiskuvan muodostamisella eli lukemalla kaikki ammattitaidon puutteisiin perustuvat päätökset ensin läpi ja sen jälkeen lukemalla ne uudelleen yksityiskohtaisesti. Tämän jälkeen numeroin (1 - 61) päätökset, jotta muistiinpanojen perusteella pystyin tarvittaessa helposti palaamaan yksittäiseen päätökseen. Tämän jälkeen alleviivasin päätöksistä ne kohdat, joissa kuvattiin ammattitaitoa joko yksiselitteisesti niin, että tiettyä tietoa tai taitoa valvontapäätöksen kohteena olleella lääkärillä ei ollut, tai epäsuorasti, miten jonkun ammattitaidon osa-alueen puute ilmeni ko. lääkärin toiminnassa. Ilmaisujen etsimisessä lähdin siitä olettamuksesta, että ammattitaidon puute voi olla ilmaistuna yhtenä sanana, lauseena tai pidemmässä muodossa. Fenomenografisen analyysin toisessa vaiheessa kategorisoin ammattitaidon puutteet omiin kategorioihin muodostaen merkitysavarouden. Ammattitaidon puutteet, jotka pienemmässäkin määrin erosivat toisistaan, kategorisoin alussa eri kategorioihin ja selvästi samaan aihepiiriin liittyvät puutteet puolestaan kirjasin yhteen yhdeksi kategoriaksi. Kolmannessa vaiheessa ammattitaidon puutteille muodostettiin kategoriat. Tässä vaiheessa pyrin löytämään kategorioita määrittävät kriteerit sekä eri kategorioita erottavat kriteerit kahden (tai useamman) kategorian väliin sijoituvia käsitteellistyksiä kategorisoimaan. Ne ilmaisut, joita oli paljon (esimerkiksi potilasasiakirjojen laatimiseen liittyvät kirjaukset) muodostivat heti alussa kategorioiden ytimen, jonka ympärille kategoria laajeni ja muodostui. Esimerkiksi ”Puutteet lääketieteellisessä asiantuntijuudessa” kategoriaan liittyviä sisältöjä olivat ilmaisut, jotka liittyivät lääkkeiden määräämiseen, potilasasiakirjoihin, lähetteisiin, diagnostiikkaan ja potilaiden tutkimiseen. Ja näin edelleen muodostin muutkin kategoriat. Varsin helposti sain muodostettua viisi selkeää kategoriaa, jonka jälkeen jäi joitain yksittäisiä käsitteellistyksiä lääkärin ammattitaidon puutteesta. Näillä puutteilla ei ollut keskenään suoraa yhteistä nimittäjää ja jouduin jossain määrin laajentamaan kategorioiden tulkintaa. Esimerkkinä tästä olivat asenteisiin ja potilastietojärjestelmiin liittyvä ammattitaito, joista ensimmäisen sijoitin kategoriaa ”Vuorovaikutusongelmat ja puutteet kielitaidossa” ja jälkimmäisen kategoriaan ”Kulttuuriset ongelmat”. Kategorisointeja tarkasteltaessa on muistettava, että fenomenografisessa tutkimuksessa sen sijaan, että pyrittäisiin ymmärtämään jokin ilmiö, pyritään mahdollisimman erilaisilla tavoilla kokea jokin ilmiö

ja siten myös yksittäinen ilmaisu on mielenkiintoinen, koska se lisää tutkittavasta asiasta saatuja käsitteiden monimuotoisuutta (Huusko ja Paloniemi 2006, 166; Valkonen 2006, 39).

Fenomenografisessa tutkimuksessa kategoriat ovat analyysin lopputulos. Tekstien tai muiden tuotosten kategorisoinnilla eli rakenteellistamisella aineisto tiivistetään merkityskuvauksiksi lukijalle helpommin hahmotettavaan ja esimerkiksi keskenään vertailtavaan muotoon. Huuskon ja Paloniemen (2006) mukaan fenomenografisessa tutkimuksessa käytetään kolmea erilaista kategorisoinnin tapaa: vertikaalista, jota on käytetty tässä opinnäytetyössä, sekä horisontaalista ja hierarkkista. Horisontaalisessa tavassa kategoriat ovat keskenään samanarvoisia ja tasavertaisia kategorioiden välisten erojen ollessa sisällöllisiä. Vertikaalisessa tavassa käsitykset sen sijaan järjestetään ylhäältä alas etenevään järjestykseen aineistosta löytyvän perusteen mukaan, esimerkiksi yleisyyden (kuten tässä opinnäytetyössä) tai ajan perusteella. Hierarkkisessa tavassa kategoriat ovat toisiinsa nähden eritasoisia esimerkiksi teoreettisuuden tai laaja-alaisuuden perusteella. (Huusko & Paloniemi 2006, 169.) Tässä analysoinnissa kategoriat muodostettiin aineistosta, joten lähestymistapa oli tiettyssä mielessä teoriaton, koska opinnäytetyössä ei käytetty teoriaa, jota olisi testattu, vaan horisontaaliset kategoriat muodostettiin empiirisestä aineistosta. Aineiston rakenteellistamisen jälkeen tulosta verrattiin CanMEDS:n kaavion mukaiseen lääkärin ammattitaidon rooleihin.

3. Lääkärien ammattitaidon puutteiden osa-alueet

Valviran valvontapäätöksissä esitetyt lääkärien ammattitoiminnan puutteet tiivistettiin viiteen kategoriaan, jotka ovat a) puutteet lääketieteellisessä asiantuntijuudessa, b) kielitaidon puutteet ja vuorovaikutusongelmat, c) uuden tiedon tai taidon oppimiseen liittyvät ongelmat, d) kulttuuriset ongelmat ja e) lääkärin henkilökohtaiseen elämään liittyvät ongelmat. Kategoriat muodostettiin vertikaalisesti aineistosta kuvattujen puutteiden määrän suhteen (eniten puutteita lääketieteellisessä asiantuntijuudessa ja vähiten lääkärin henkilökohtaiseen elämään liittyvissä ongelmissa). Seuraavassa on esitetty kategorioiden sisällöt.

3.1. Puutteet lääketieteellisessä asiantuntijuudessa

Lääketieteellisten tietojen ja taitojen hallitseminen on keskeisessä osassa lääkärin ammattitoimintaa. Kaikissa analysoiduissa valvontapäätöksissä ilmeni tämän osa-alueen ammattitaidon puutteita. Merkittävä osa lääketieteellisen ammattitaidon puutteista ilmeni päätöksien mukaan puutteina tai virheinä potilasasiakirjoissa, esimerkiksi kolle galta ja hoitotiimin muita jäseniltä kopioituina teksteinä, hyvin niukkoina omina havaintoina ja asiakirjojen jälkikäteisenä muokkaamisena. Lisäksi puutteita esiintyi kyvyssä tehdä erikoissairaanhoidon lähetteitä, esimerkiksi niin, että lähettämiskynnys oli liian alhainen tai lähetteet olivat niin puutteellisesti laadittuja, että potilaan hoidontarpeenarviointi läheteiden perusteella oli viivästyttänyt jatkohoitoa. Keskeinen osa tämän kategorian puutteita olivat myös lääkkeiden määräämisessä ilmenneet ongelmat. Osin lääkemääräämisessä näkyi myös lääkehoitokokeilujen ja niiden seurannan epäsystemaattisuus.

X:n potilasasiakirjamerkinnät L on tehnyt manuaalisesti. X:n potilasasiakirjamerkinnät ovat myös niukat ja erittäin epäselvät. Ulkopuolisen on niistä miltein mahdotonta ottaa selvää.

Y:n mukaan L oli saanut erikoissairaanhoidosta palautetta läheteistään. Y on käynyt läpi lähetteitä, ja hän toteaa, että sairauskertomuksesta löytyviä esitietoja on käytetty läheteissä runsaasti, mutta omat statusmerkinnät ja kysymyksen asettelut ovat vähäisempiä.

L oli muun muassa määrännyt furosemidia [nesteenoistolääke] erään potilaan alaselkäkipuun.

Asiakirjamerkinnöissä ei ole tarkemmin kuvattu SSRI-lääkityksen [masennuslääke] kokeilemista, vaan tyydytty toteamaan, että ”lääkitystä kokeiltu huonolla menestyksellä”.

Lääkärien tekemät potilasasiakirjamerkinnät ovat keskeisessä roolissa selvitettäessä jälkikäteen hoidon asianmukaisuutta. Niillä on tärkeä merkitys potilaan, mutta myös lääkärin ja muiden hoitoon osallistuneiden ammattihenkilöiden oikeusturvalle. Oikeat, virheettömät ja laajuudeltaan riittävät potilasasiakirjat eivät kuitenkaan ole vain

hallinnollinen velvollisuus, vaan tärkeä osa potilaan hyvää hoitoa. Oikeuskäytännössä omaksutun kannan (ks. esim. Korkein hallinto-oikeus päätös 8.2.2006, nro 230/2006, dnro 6/3/04) mukaan vain poikkeustilanteissa voidaan pitää luotettavana lääkärin väitettä tehdyistä hoitotoimenpiteistä ilman, että siitä olisi tehty asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnot.

Lääkkeiden määräämiseen, jatkohoidon läheteiden tekemiseen ja potilasasiakirjojen laadintaan liittyvien puutteiden runsas esiintyminen päätöksissä ei kuitenkaan välttämättä indikoi sitä, että juuri nämä osa-alueet olisivat lääkärin työssä ongelmallisimpia tai että esimerkiksi Suomessa olisi korostuneen lääkekeskeinen hoitokulttuuri. Enemmänkin havainto voi liittyä siihen, että juuri näistä tapahtumista jäi kirjallinen dokumentaatio, tai sen puuttuminen oli ilmeistä ja tämän vuoksi juuri tätä lääkärin ammattitoimintaa pystyttiin myöhemmin arvioimaan. Esimerkiksi potilaan tutkimisen ja jatkohoidon ohjauksen puutteellisuudet olivat vaikeammin jälkikäteen todennettavissa (poikkeuksena ammattitaidon selvittämiseen liittyvä näyttökoe), vaikka päätöksissä oli myös niihin liittyviä ilmaisuja. Osin lääketieteellisen ammattitaidon puute oli ilmaistu viittauksena lääkärin työskentelyn hitauteen, kykenemättömyyteen ottaa lääkärin rooli ja vastuu suhteessa hoitajiin, laaja-alaisuuden puutteeseen tai pitkäkestoisen hoitosuunnitelman laatimatta jättämiseen.

Lisäksi [näyttökokeessa] potilaan ohjeistuksessa havaittiin puutteita.

L:n työ on hidasta ja hänen työskentelystään puuttuu vankka lääketieteellinen osaaminen ja kokonaisvaltainen näkemys.

Hän myös konsultoi alinomaa hoitajia muun muassa reseptien kirjoittamisesta.

Hän tarvitsi työtehtävien suorittamiseen ohjausta, opastusta ja rohkaisua, ja hänen aloitteisuutensa oli vähäistä-

Ajankäyttö vaikutti siltä, että sujuva työskentely esimerkiksi normaalilla terveyskeskuksen vastaanotolla ei onnistuisi ilman lisäharjaantumista.

Osin tämän osa-alueen puutteet olivat selkeitä diagnostisia virheitä tai puutteita hoitotyössä, esimerkiksi virheitä lääketieteellisissä toimenpiteissä, jotka myöhemmin oli pystytty lääkärin itsensä sekä muiden potilasta myöhemmin hoitaneiden lääkärrien tekemistä potilasasiakirjoista todentamaan. Osin hoitokäytännöt eivät vastanneet kansainvälisiä tai kansallisesti yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä.

L oli jättänyt tunnistamatta erään potilaan lonkkamurtuman.

Eräs L:n potilas, jota oli aiemmin puudutettu ongelmitta, jouduttiin viemään ensiapuun, koska hänen kurkkunsa turposi umpeen ja hänet piti intuboida.

L:n toimintatapa poikkeaa lausuntojen mukaan selvästi kansainvälisistä hoitokäytännöistä tai Käypä hoito -suosituksista.

Käsien pesu ja kirurgisten käsineiden laitto ei sujunut L:ltä hoitajien kertoman mukaan aseptisesti ilman valvontaa.

Päätöksistä oli myös tapauksia, joissa lääkäri toteutti epätyypillisiä hoitoja. Päätöksissä ilmeni kaavamaista taudinmäärittystä tai lääkemääräyksi. Näissä tapauksissa lääkäri myös itse usein toteutti oman itsensä hoidossa sekä terveyden ja hyvinvoinnin ylläpidossa ns. vaihtoehtohoitojen tai epätyypillisten hoitojen eri muotoja. Ns. vaihtoehtohoitojen antaminen ei automaattisesti ole ammattitaidon puutetta, eikä kyse ole jonkun tietyn lääkkeen määräämiseen liittyvästä ammattitaidon puutteesta, vaan kyse on siitä, että samanlainen ns. vaihtoehtohoito ja lääkitys (esim. kilpirauhasen vajaatoiminnan hoidossa trijodityroniinihoito eli T3-monoterapia) oli kyseisten lääkärrien valvontatapauksissa aloitettu useille potilaille ilman potilaan kunnollista tutkimusta ja taudin asiamukaista seurantaa.

Y mukaan L ei tutki potilaita ja ”vakiohoito” on Orudis-geeli [tulehduskipulääke-geeli] ”vaivaan kuin vaivaan”.

L:n potilasasiakirjoista ilmenevä käytäntö määrätä potilailleen lääkettä kilpirauhasen vajaatoiminnan hoitoon heitä tutkimatta on erittäin epäasianmukaista.

Y on samana päivänä ilmoittanut pyydettyinä täydennyksenä, että luontaislääkintää suuntautumisella hän tarkoitti esimerkiksi sitä, että L oli ehdottanut teen käyttöä silmätulehduksen hoitoon ja hän oli kertonut säilyttävänsä kaulamedaljongissaan timjamia bakteerien karkotusta varten.

Vaihtoehtolääketieteen harjoittaminen sinänsä ei ole kiellettyä, vaan ongelmalliseksi niiden käytön tekee se, jos potilasta ja erityisesti lapsipotilaiden osalta myös omaisia, ei riittävällä tavalla informoida hoidon vaihtoehtoista ja jos potilaalle ei turvata hänen tarvitsemaansa yleisesti hyväksyttyä lääketieteellisesti perusteltua tutkimusta ja hoitoa. Lähtökohtana on, että hoidossa käytetään kokemusperäisiä ja vaikuttavia hoitoja.

Valvontaviranomainen ei ollut tästä syystä voinut arvioida, onko L riittävästi informoinut potilaitaan tai heidän omaisiaan koululääketieteen ja vaihtoehtolääketieteen eroista.

Ylilääkäri kertoo myös muistuttaneensa L:ä siitä, että Suomessa potilaita hoidetaan pääosin Käypä hoito -suositusten mukaisesti, ja että näistä linjauksista tehtävät poikkeukset tulisi tehdä vain suurella harkinnalla ja hyvin lääketieteellisin perustein.

Valviran näkemyksen mukaan L edellä mainituille kahdelle lapsipotilaalle antama hoito ei ole perustunut riittäviin lasten tilaa kuvaaviin tutkimuksiin eikä riittävään muiden sairauksien poissulkemiseen.

Lääkärien lääketieteellinen ammattitaito on luonnollisesti keskeisessä roolissa lääkärin työssä ja se myös korostuu kaikessa lääkärikoulutuksessa. Sen merkitys on havaittu myös aiemmissa tutkimuksissa (ks. esim. Litmanen ym. 2011). Lääketieteellisen asiantuntijuuden puuttuminen oli valvontapäätösten kohteena olleiden lääkärin toiminnassa yleistä. Puute ilmeni eri tavoin osana lääkärin toimintaa diagnostiikassa, potilaiden hoidossa ja jatko-ohjeissa. Päätöksissä korostui kirjallisesti dokumentoidut hoitovirheet (mm. lääkkeiden määräämiseen liittyvät virheet), mutta tämä havainto ei välttämättä kuvaa sitä, että tosiasiallisesti lääkärin ammattitaidon puutteet olisivat pelkästään tässä osa-alueessa, vaan luultavimmin näiden osa-alueiden virheiden dokumentaatiota. Haukilahden ym. (2012b) tutkimuksessa selvitettiin ETA- ja EU-alueen ulkopuolella lääkäriksi valmistuneiden lääkärin ammattitaidon osa-alueiden hallintaa. Arvioitavana oli reseptiopin, käytännön potilastyön, kielitaidon ja lääkärin toimintaa

ohjaavien säädösten hallinta. Näistä reseptioppi koettiin helpoimmaksi (Haukilahti ym. 2012b, 331, 336). Syynä tähän voi olla se, että tutkitut olivat ulkomailla lääkäriksi valmistuneita ja reseptioppi oli tutkituista lääkärin toiminnan osa-alueista vähiten kulttuurisidonnainen ja vähiten kielitaitoa edellyttävä osa-alue.

3.2. Puutteet kielitaidossa sekä vuorovaikutusongelmat

Lääkärin kielitaidolla ja vuorovaikutustaidoilla on keskeinen merkitys potilasturvallisuudelle ja hoidon hyvälle laadulle. Suomessa, kuten myös monissa muissa länsimaissa, potilas-lääkärisuhde on varsin keskusteleva, potilas osallistuu aktiivisesti omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (potilaslaki 785/1992, 4 a §; Haukilahti 2014, 97). Potilaan aktiivisen osallistuminen lisäksi myös omaisten informoimisessa on kulttuurien välisiä eroja, jotka vaikuttavat lääkärin ammattitoimintaan Suomessa. Valviran valvontapäätöksissä ulkomailla lääkärin tutkintonsa suorittaneiden osuus oli yliedustettuna. Heidän kohdallaan erityisesti kielitaito-ongelmat olivat yhtenä syynä ammattitoiminnan puutteisiin. Valvontapäätöksissä tämän kategorian puutteet näkyivät ongelmina suullisessa ja kirjallisessa kielitaidossa, mikä muun muassa hidasti ja vaikeutti potilaiden jatkohoitoa.

Potilaan statuksen kohdalle hän on kirjannut muun muassa: ”En muista päivää ja vuoden. Muistaa kk, tieda aika ja en tieda paika”.

Ongelmat eivät kuitenkaan rajoittuneet pelkästään potilaan hoitoon, vaan ilmenivät myös suhteessa potilaan omaisiin sekä kollegoihin. Kielitaidon ongelmat haittasivat myös lääkärin varsinaisen lääketieteellisen ammattitaidon toteuttamista, koska puutteellisen kielitaidon omaava lääkäri ei pystynyt potilaan antamista diagnostisista ”vihjeistä” johtamaan potilaan diagnoosia. Lisäksi puutteet kielitaidossa voivat myös aiheuttaa uhan lääkärin omalle oikeusturvalle tilanteessa, jossa valvontaviranomainen pyytää häneltä selvitystä.

Hänen kielitaitonsa puutteellisuus on mitä ilmeisimmin osaltaan vaikeuttanut potilasasiakirjojen laatimista, mutta myös kommunikointia niin kollegojen kuin potilaidenkin kanssa.

L käytti potilasasiakirjatekstien kirjoittamiseen jonkinlaista Googlen käännösohjelmaa, minkä vuoksi asiakirjatekstit piti korjata/pyytää korjaamaan aika usein teksteissä olevien selkeiden kielivirheiden vuoksi.

I don't know finnish, write in english, [vastaus viranomaisen selvityspyyntöön]

Huono kielitaito aiheuttaa ongelmia potilaskontakteissa ja siksi kielen opetus on keskeistä ulkomaisten lääkärin kotouttamisessa (Haukilahti, Virjo & Mattila 2012a, 27). Kielitaidon merkitys potilasturvallisuudelle vahvistettiin myös Terveystieteiden tutkimuskeskityksen kehittäminen perustetun ryhmän (Paunio & Pelkonen 2012) työssä, jonka ehdotuksen pohjalta muodostettiin työryhmä pohtimaan kielitaidon ja EU- tai ETA-alueen ulkopuolella hankitun osaamisen täydentämiseksi terveysalalla (opetus- ja kulttuuriministeriö 2013). Kielitaitoon liittyvät ongelmat ovat ratkaistavissa, mutta opiskelu vaatii panostusta, joka muun kotoutumisen haasteen ohella ei välttämättä toteudu riittävällä tavalla. Kielitaito karttuu sitä käyttäessä kieliyhteisön, jolloin oppija pystyy tutustumaan kielen käytänteisiin ja normeihin ja saa kokemuksia erilaisista toimintakonteksteista (Piippo, Vaattovaara & Voutilainen 2016, 207-208). On myös huomattava, että lääkärin ei tarvitse hallita kieltä täydellisesti, vaan riittää, että käytetty kieli on ymmärrettävää. Kielen sosiaalistumisen kannalta kielitaidoksi katsotaan kykyä käyttää kieltä kontekstin edellyttämällä tavalla (Piippo ym. 2016, 207). Vaikeaksi kielenoppimisen tekee se, että kieli ei ole yksinkertainen mekaaninen koodi, jota vuorovaikutuksessa keskenään olevat tulkitsevat etukäteen sovitun kaavan mukaisesti. Todellisuudessa kieli toimii välineenä, jolla viestijä tulkitsee ja hahmottaa todellisuutta ja käytännössä kielen merkityksiä tuotetaan tietyssä kontekstissa osana muuta sosiaalista toimintaa (Piippo ym. 2016, 35, 50-51). Piippo ym. (2016, 38, 50) käyttävät termiä kielentaju kuvaamaan sitä kokonaisvaltaista ymmärrystä siitä, mitä tietyssä kontekstissa käytettävä kieli merkitsee ja jota tietyn kulttuurin edustaja osaa tietyssä vuorovaikutustilanteessa tulkita. Kielentajun saavuttamiseen liittyy myös kielen kehittyminen. Yleisessä keskustelussa esitetään usein huoli uusien termien tulemisesta kieleen, mutta Piipon ym. (2016, 65, 66) mukaan vähintään merkityksellistä kielen kehitymisessä on vanhojen sanojen merkityksen muuttuminen.

Lääkärin toimen harjoittamisen kannalta ongelmalliseksi voi myös muodostua kirjoitetun ja potilaskontakteissa käytetyn puhutun kielen välinen ero, murteet sekä ammattislangin ja -terminologian oppinen (Haukilahti ym. 2012b, 336). Potilastyöhön liittyy paljon haastavia vuorovaikutustilanteita, jossa pienetkin kielen vivahteet vaikuttavat, esimerkiksi onko kipu pistävä, jomottava, viiltävä vai särkevä, vaikuttaa diagnoosin tekemiseen. Potilaan hoito vaikeutuu edelleen, jos potilaalla ja lääkärillä ei ole yhteistä kieltä. Päätösten analysointi osoitti, että lääkäreillä oli puutteita sekä kirjoitetussa että puhutussa kielessä.

Tämän kategorian puutteet eivät kuitenkaan olleet pelkästään kielitaitoon liittyviä puutteita, vaan laajemmin vuorovaikutusongelmia. Vuorovaikutus on kielitaiton ohella myös tilannetajua ja se näkyy asennoitumisena muihin ihmisiin, lääkärin kohdalla erityisesti potilaisiin, heidän omaisiinsa sekä muuhun hoitohenkilökuntaan. Kliinisessä potilastyössä lääkärin on kyettävä ottamaan lääkärin rooli ja asennoiduttava ammatillisesti. Valvontapäätöksissä vuorovaikutusongelmia oli kuvattu myös esimerkiksi lääkärin ylimielisellä asenteella, liiallisilla hoitolupauksilla ja sopimattomalla käytöksellä.

L oli myös puhunut paljon puheluita muiden asiakkaiden kanssa hänenkin vastaanottoajallaan, ja muun muassa siksi vastaanotolla on ollut aika levotonta.

Potilaita kohtaan hän on hyvin empaattinen ja toteuttaa ajoittain liiankin auliisti potilaiden lääkemääräyspyyntöjä, minkä vuoksi X-terveysaseman ylilääkäri ja [ko. alueen] johtava lääkäri ovat joutuneet puuttumaan L:n PKV-lääkemääräyksiin.

L ei vaikuta kykenevän tai haluavan vetää rajoja, hän toimi omnipotentisti ikään kuin rajat eivät koskisi häntä.

Esimiehen mukaan kaikki eivät aina ymmärrä L:n huumoria tarkoitettulla tavalla.

[Ammattitaidon selvittämiseen liittyvän] Näyttökokeen osalta arviointiryhmä totesi L:n vuorovaikutukseen potilaan kanssa liittyneen kulmikkautta, vähättelevää ja paternaalista asennoitumista.

Kategorisoinnissa korostuneesti esiinnousseet suomen kielen taidon puutteet antavat jossain määrin vääristyneen kuvan lääkärinammattitaidon vuorovaikutus- ja kielitaitohaasteista. Lääkärin työssä vuorovaikutustilanteet voivat olla erittäin haastavia, ei pelkästään kielitaiton osalta, vaikka ne tässä opinnäytetyössä korostuivatkin. Lääkärin työskennellessä kliinisessä potilastyössä joutuu hän väistämättä ottamaan kantaa vaikeisiin ja eettisiin kysymyksiin, esimerkiksi hoitoon vasten potilaan tai hänen omaistensa hoitotahtoa.

Potilasta kunnioittava vuorovaikutus on osa lääkärin ammattitaitoa. Lääkärin käsitys potilas-lääkärisuhteesta voi olla hyvin erilainen vaihdellen hänen kulttuuritaustastaan. Keltikangas-Järvisen (2016) mukaan ylimielinen ja työkeä käytös liitetään usein synnynnäisiin persoonallisuuden piirteisiin, vaikka persoonallisuuden ja ko. käytöksen välinen yhteys on todellisuudessa vähäinen. Käytös valitaan joustavasti tilanteen mukaan. Potilasta kunnioittava toimintamalli ei ole siis ole persoonallisuuden piirre, vaan opittu malli, jossa voi kehittyä (Keltikangas-Järvinen 2016, 2002).

Lääkärin vuorovaikutus ei kuitenkaan rajoitus potilaan ja hänen omaistensa kanssa käytyyn vuorovaikutukseen, vaan keskeinen osa lääkärin työtä on toiminen hoitotiimissä ja vuorovaikutus hoitotiimin jäsenten kanssa. Osa tiimityötä on myös konsultaatioavun pyytäminen, silloin kun lääkäri kokee omien tietojensa tai taitojensa olevan tilanteeseen riittämättömät. Aiemmissa tutkimuksissa (Pitkänen 2011) on havaittu, että ulkomaalaisilla lääkäreillä on haluttomuutta paljastaa tietämättömyyttään kollegoille, ja tämä voi olla yksi syy tässä opinnäytetyössä havaittuun ammattitaidon puutteisiin vuorovaikutuksen osalta. Valvontapäätöksissä oli havaittavissa, että erityisesti ulkomaalaisten ja nuorten lääkäreiden osalta mahdollisuus konsultaatiotukeen oli.

L halusi antaa vaikutelman siitä, että ymmärtää kieltä.

Y toteaa, että L:n ammattitaidossa todetut puutteet pyrittiin ottamaan huomioon hänen työtehtäviensä valinnassa ja tarjoamalla hänelle jatkuva mahdollisuus kollegoiden konsultoimiseen.

Vuorovaikutustaitojen merkitys lääkärin työssä on todettu aiemmissa tutkimuksissa (ks. esim. Litmanen ym. 2011, 2857). Asiaan on kiinnitetty huomioita myös lääkäreiden

koulutuksessa. Tiimitaidot erotetaan koulutuksessa lääketieteen kliniseen asiantuntemukseen liittyvistä seikoista, ns. ei-teknisinä tietoina ja taitoina, joita ovat esimerkiksi yhteistyötaidot (Mustajoki, Kinnunen, Aaltonen & Helovuori 2014, 2812).

Valvontapäätöksistä ilmeni huomattava määrä kielitaito- ja muita vuorovaikutusongelmia. Ilman kvantitatiivista analyysiäkin on helposti havaittavissa, että päätöksissä oli yli edustettuna ulkomailla tutkintonsa suorittaneet lääkärit. Vieraskielisten yliedustus aineistosta voi viitata siihen, että heistä on tehty viranomaisille enemmän ilmoituksia kuin suomen tai ruotsin kieltä äidinkielenään puhuvista lääkäreistä, koska puutteellinen tai normista poikkeava ääntäminen voi luoda vaikutelman puutteellisesta ammattitaidosta silloinkin, kun siitä ei ole kysymys. On myös mahdollista, että ulkomaalaisten lääkärin osalta kantelu- ja ilmoitusherkkyys on matalampi eli potilaat ja esimiehinä toimivat lääkärit ”sietävät” ulkomaalaisilta lääkäreiltä ammattitaidon puutteita tai niiden epäilyjä huonommin kuin suomen tai ruotsin kieltä äidinkielenään puhuvilta lääkäreiltä. Kielitaidon puutteet voivat saada aikaan myös lääketieteellisesti arvioiden aiheettomia ilmoituksia. Tosiasialliset ammattitaidon puutteet voidaan pääsääntöisesti erottaa kielitaidon puutteista (esimerkiksi laboratoriotulosten tulkinta ei ole riippuvainen kielentaidosta), mutta Tervolan, Pajusen, Vainion, Hongon ja Mattilan (2015) mukaan EU- tai ETA-alueen ulkopuolelta tulleiden lääkärin laillistamiskeskustelun ensimmäisessä vaiheessa (eli klinisen lääketieteen koe) menestyminen korreloi positiivisesti kokelaan kirjoitustaitoanalyysin sekä sanaston yleisyysanalyysin kanssa. Tulokset viittaavat tutkijoiden mukaan siihen, että nykyinen kielitaitokoe ei toimi riittävänä kielitaidon varmistajana ja ulkomaisten lääkärin kielitaitotestausta tulisi kehittää (Tervola ym. 2015, 343-344).

Suurin osa ulkomailla lääkärintutkinnon suorittaneista lääkäreistä harjoittaa lääkärin ammattiaan Suomessa moitteettomasti. Kielitaidon puute vaikeuttaa klinistä potilastyötä, mutta lääkärin työ on ammatti, jossa käytännön kielitaitoa voi harjoitella ja myös harjoitellaan. Laillistetun lääkärin kielitaidon on kuitenkin oltava sillä tasolla, että hän voi harjoittaa ammattiaan itsenäisesti potilasturvallisuutta vaarantamatta. Tämä aiheuttaa paineita suomen tai ruotsin kieltä taitamattomille, mutta toisaalta on myös muistettava, että potilaiden kansainvälistyessä myös ulkomaalaisten lääkärin kielitaidosta on hyötyä vieraskielisiä potilaita hoitaessa. Ja edelleen potilaiden kansainvälistyessä eri etnisten

ryhmien arvot, normit ja asenteet voivat vaikuttaa kieltä voimakkaammin lääkärin ja potilaan vuorovaikutustilanteeseen.

3.3. Uuden tiedon tai taidon oppimiseen liittyvät ongelmat

Lääketiede kehittyy jatkuvasti, ja uuden oppiminen ja työssä kehittyminen on edellytys toimia lääkärinä niin, että potilasturvallisuus ei vaarannu ja hoidon hyvän laadun vaatimus täyttyy jokaisessa potilaskohtaamisessa. Kyky itsereflektioon, kyky ymmärtää oman osaamisensa rajat, sekä kyky ottaa vastaa palautetta omasta toiminnastaan potilailta ja heidän omaisiltaan, kollegoilta, muulta työyhteisöltä ja esimieheltä ovat keskeisiä elementtejä siinä, että lääkäri kehittyy työssään ja pystyy tarvittaessa muuttamaan toimintatapojaan. Valviran valvontapäätöksistä pystyi havaitsemaan, että päätösten kohteena olleilla lääkäreillä oli puutteita uuden oppimisessa liittyen sekä lääkärin asiantuntemukseen että kielitaitoon ja muuhun vuorovaikutukseen.

Lausunnossa esitetyn arvion mukaan L on hyväntahtoinen ja kiltti, mutta äärimmäisen laiska tekemään töitä suomen kielen ja lääketieteellisen oppimisen eteen.

Osin Valviran päätösten kohteena olleet lääkärit eivät lainkaan tunnistaneet tai myöntäneet omia puutteitaan lääkärinä. Kyse saattoi olla epärealistisista käsityksistä omista tiedoista tai taidoista, mutta osittain erityisesti kielitaidon osalta kyse saattoi olla myös siitä, että puutteita ei haluttu myöntää esimerkiksi työpaikan menettämisen pelossa.

Hänen käsityksensä mukaan hänellä on tarpeellinen osaaminen ja kykenevyys harjoittaa lääkärin ammattia [vaikka muut lääkärit olivat asiasta toista mieltä].

Hän ei selvästikään itse luottanut suomenkielentaitoonsa riittävästi, mutta ei ollut halukas myöntämään sitä.

Osana itsereflektion puutetta ja epärealistista käsitystä omista tiedoista ja taidoista lääkärinä valvontatapauksissa ilmeni, että osa lääkäreistä ei pystynyt ottamaan vastaan kritiikkiä omista tiedoista tai taidoista. Kritiikin vastaanottaminen on kuitenkin keskeisessä roolissa, silloin kuin lääkäri pyrkii kehittymään ammatissaan.

Selvityksen aikana, erityisesti lopputapaamisessa x.x.20xx, ilmeni, ettei L kykene millään tavalla objektiivisesti tarkastelemaan omaa ammattitaitoaan lääkärinä tai ottamaan vastaan siihen kohdistuvaa kritiikkiä.

Osassa tapauksista lääkäri joko itse tai ohjatusti tunnisti omat puutteensa ammatinharjoittamisessa, mutta oli kykenemätön itse tai työyhteisön tuella muuttamaan työtapojaan tai muutos oli kovin hidaskäyttöinen ja siihen liittyviä tukitoimia jouduttiin toteuttamaan kohtuuttoman usein ja/tai pitkään. Osin kyse saattoi olla myös siitä, että työyhteisö, esimerkiksi henkilöstöresurssien tai ajan puutteen vuoksi, ei pystynyt riittävästi tukemaan lääkärin hänen ammattitoimintansa kehittämisessä. Oppimiseen liittyy myös yksilön kehityshalu ja myönteinen asenne oppimiseen.

Hän on ottanut vastaan ohjausta, mutta opitun ei-toivotun työtavan muuttaminen on ollut haasteellista. Uusien toimintatapojen omaksuminen on ollut viivästynyttä ja vaatinut erityistä ohjausta.

Y:n käsitys on, että L:n osaamiseen puutteet eivät ole johtuneet puutteellisista tiedoista, vaan ongelmat ovat olleet ilmeisesti enemmän asenteellisia.

Hän ei juuri kysellyt neuvoa, vaikka työskenteli erikoistuvana lääkärinä, eikä hän aina vastaanottanut annettua opetusta.

Lääkärin osaaminen koostuu tiedoista, taidoista ja asenteesta (Litmanen ym. 2011, 2860). Tietoisuus näihin liittyvistä omista rajoista on keskeinen osa lääkärin ammatillisuutta (Frank 2005). Lääketieteen kehittyminen vaatii jatkuvaa kehittymistä myös lääkäriltä. Jotta lääkäri voi kehittyä työssään, hänen tulee kyetä tunnistamaan omien ammatillisten puutteiden ja ottaa vastaan työhön liittyvää palautetta. Potilasturvallinen työyhteisö on sellainen, jossa virheitä ei peitellä ja syyllisiä ei rankaisumielessä etsitä, vaan lääkäri voi tunnustaa osaamattomuutensa ja luottaa siihen, että voi pyytää apua kollegalta.

3.4. Kulttuuriset ongelmat

Moni lääkärin työhön liittyvä tieto ja taito ovat universaalia, esimerkiksi käsihygienia, kohteliaisuus ja ammatillinen asenne, mutta lääkärin työhön liittyy myös elementtejä, jotka ovat sidoksissa siihen maahan ja siihen hoitokulttuuriin, jossa lääkäri on opiskellut ja harjoittanut ammattiaan. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi potilastietojärjestelmät, kansalliset hoitosuosituksien, kansansairaudet, terveydenhuollon palvelujärjestelmät sekä lääkärin toimintaa ohjaavat säädökset. Valvontapäätöksissä oli tapauksia, joissa päätöksen kohde oli opiskelu lääkäriksi ja/tai työskennellyt pääosan työurastaan Suomen ulkopuolella, ja joilla oli huomattavia ongelmia suoriutua perusterveydenhuollon tehtävissä Suomessa. Tämä ilmeni valitsevien hoitosuosituksien (mm. Käypä Hoitosuosituksien) vastaisena toimintana.

Esimerkiksi diabeteslääkkeiden aloitus ei ole aina ollut hoito-ohjelmien mukaisia.

Erot eri maiden koulutusjärjestelmissä ovat sekä sisällöllisiä että menetelmällisiä. Suomalainen potilaskeskeinen koulutusjärjestelmä valmentaa lääketieteen opiskelijoita käytännön potilastyöhön, joka muualla opiskelleelta lääkäriltä saattaa puuttua. Suomessa on myös katsottu, että lääkäriksi ei voi oppia pelkästään verkko-oppisen tai etäopiskelun kautta, vaan keskeistä on potilastyö, joka myös vaatii opetusresursseja (Halila 2016, 379). Lääketieteen digitalisaation rinnalle onkin nostettu tärkeänä juuri lääkärintyön perusasioita, joita ovat ihmistenvälinen vuorovaikutus (Hakkarainen & Kaila 2016, 961). Esimerkiksi koulutusjärjestelmä, jonka tavoitteet painottuvat lääketieteen tutkijoiden tuottamiseen, vaikka se tarjoaisi laajan teoriapohjan, ei anna parasta mahdollista pohjaa käytännön potilastyöhön. Eri puolilla maailmaa (mm. Kreikassa) on lääketieteellisiä yliopistoja ja tiedekuntia, jotka ovat tutkijakoulutuspainotteisia tai sisältävät tutkijalinjoja ilman lääketieteellistä kliinistä potilasharjoittelua.

L osoitti keskusteluissa, että hänellä oli syvästiäkin tietämystä lääketieteestä, mikä ei kuitenkaan konkretisoitunut hänen työskentelyssään.

Kulttuuriset ongelmat saattoivat olla yksittäisten tautien diagnostiikassa ja hoidossa, mutta myös laajemmin suomalaisen terveydenhuollon palvelurakenteen tuntemuksessa, joka liittyi potilaiden jatkohoidon ohjeistukseen. Ongelmat ilmenivät myös käytännön

tasolla toimintatavoissa työpaikalla. Osin vaikeudet näkyivät suhteessa potilaisiin, esimerkiksi, miten laajasti potilaan asemaan tulee asettua ja missä tilanteissa omien mielipiteiden ilmaisu valitsevista hoitokäytännöistä on soveliasta sekä kuinka suuri vastuu lääkärillä on potilaan henkisessä tukemisessa ja lohduttamisessa, joka voi ilmetä vääränlaisina hoitolupauksina.

Y on todennut lisäksi hänen huomiota kiinnittäneen erityisesti sen, että L on suositellut useille glaukoomapotilaille siirtymistä yksityislääkäreiden seurantaan, mikä ei vastaa Suomen lainsäädännön mukaisia [julkisen sektorin] kustannusvastuita.

Esimies on alussa ohjannut L:ä siitä, että x-terveysasemalla noudatetaan ajanvarausohjelmaa. Toiselle lääkärille jonottavia potilaita ei tarvitse ottaa odotusalusta omalle vastaanotolle.

Esimiehen mukaan yksi nuori nainen on kertonut, että L toi vastaanotolla liiaksi esiin oman kantansa ehkäisyyn.

Y oli muistuttanut L:ää siitä, että suomalaisessa kulttuurissa halaaminen ei kuulu lääkärin ja potilaan kanssakäymiseen, ei ainakaan lääkärin aloitteesta. L:ä oli pyydetty jatkossa käyttäytymään suomalaiseen kulttuuriin sopivalla tavalla.

Valvontatapauksien kohteena olevilla lääkäreillä oli myös vaikeuksia ottaa lääkärin rooli suomalaisen moniammatillisen hoitokulttuurin edellyttämällä tavalla. Tämä näkyi muun muassa suhteessa muuhun hoitohenkilökuntaan.

Y:n mukaan L:n työskentelytapa oli varsin yksinäinen.

Havainnot ulkomaalaisten lääkärin haasteista Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä vastaavat aiempia tutkimuksia. Haukilahti ym. (2012b) selvittivät tutkimuksessa EU- tai ETA-alueen ulkopuolella lääkäriksi valmistuneiden näkemyksiä lääkärin työstään. Tutkimuksessa nousi esiin erityisesti lääketieteen säädöksiin ja kansantauteihin liittyvien vaatimuksien haasteellisuus. Tutkijat kuitenkin toteavat, että säädöksiin liittyvät osa-alueet tuottavat abstraktisuutensa vaikeuksia kielellisiä vaikeuksia ulkomailla lääkäriksi opiskelleille, mutta myös Suomessa lääkäreiksi valmistuneille (Haukilahti 2012b, 331,

336). Myös Suomessa toimivat ulkomaalaiset lääkärit itse ovat itse todenneet hoitokulttuurin ja tietojärjestelmien välisiä eroja eri maissa (Toikkanen & Seppänen 2016).

3.5. Lääkärin henkilökohtaiseen elämään liittyvät ongelmat

Valvontapäätöksiä teksteissä ilmeni myös seikkoja, jotka eivät olleet laajallakaan tulkinnalla tunnistettavissa lääkärin varsinaisen ammattitaidon puutteiksi, vaan kyse vaikutti olevan enemmänkin lääkärin henkilökohtaisista ongelmista, jotka kanavoituivat epäeettisenä ammattitoimintana lääkärin työssä. Valvontapäätöksiä tekstit - vaikka nyt kysymyksessä olleissa valvontapäätöksissä ei perusteena ollut lääkärin terveydentila - viittasivat siihen, että kyse lääkärin elämän hallinnan menettämisestä, esimerkiksi taloudellisista vaikeuksista, jotka merkittäväällä tavalla vaikuttivat siihen, että lääkäri ei kyennyt harjoittamaan ammattiaan eettisesti oikein. Oli ilmeistä, että osittain päätösten kohteena olleilla lääkäreillä oli taloudellisia ongelmia, joita oli pyritty ratkomaan epäeettisesti ja potilasturvallisuuden vaarantaen. Lääkäri oli saattanut esimerkiksi lisäpalkkioiden houkuttamana ottaa suhteettoman paljon potilaita vastaan, osalla oli jatkuvasti jopa kaksinkertaisia potilasmääriä verrattuna vastaavaan potilastyöhön tekeviin kollegoihin. On selvää, että liiallinen nopeus ja huolimattomuus altistavat lääkärin virheille ja ovat riski potilasturvallisuudelle. Tavallisimmin kyseeseen tulevat diagnostiset virheet ja virheet lääkkeiden määräämisessä, joista erityisesti jälkimmäinen voi olla iäkkäiden potilaiden ja potilaiden, joilla on käytössä monia eri lääkkeitä, kannalta hengenvaarallinen (ks. esim. Sarkas 2016, 477).

L oli toistuvasti merkinnyt itselleen palkkioita, joihin oikeuttavia merkintöjä ei potilaiden sairauskertomusteksteistä löytynyt.

L ottaa vastaan paljon potilaita lyhyillä vastaanottoajoilla, esim. 5615 potilasta / vuosi [verrokki 2700].

Potilasasiakirjoissa on myös ilmennyt puutteita. Potilasasiakirjoissa on esimerkiksi mainittu, että potilaan kliiniseen tutkimukseen liittyviä löydöksiä, vaikka potilaan mukaan kliinistä tutkimusta ei tehty.

Osittain tämän kategorian puutteiden osalta kyse oli lähinnä yleisestä epäeettisestä toiminnasta tai yksityiselämän vaikeuksista, joihin liittyvä vakavat heijastumat työssä eivät ole sallittua mihinkään ammattiryhmään kuuluville henkilöille.

Lisäksi L oli uusinnut Oxepam-[bentsodiatsepiini-johdannaisen] reseptin ja poistanut asiaa koskevan tiedon varsinaisista potilasasiakirjoista, mutta tieto oli jäänyt lääkelistaan. Y:n mukaan L oli myös kieltänyt potilasta kertomasta saamastaan reseptistä.

L oli kertonut joutuneensa kiristyksen kohteeksi.

L toteaa olevan ilmeistä, että osa X-toimipaikan potilasasiakirjamerkinnoista puuttuu. Hänen mukaansa siihen on monia syitä, osia asia liittyy siihen, että hän oli tuossa vaiheessa ex-kumppaninsa lähes päivittäisen häirinnän ja painostuksen kohteena.

Tämän kategorian puutteet lääkärin ammattitoiminnassa eivät ole alun perin suoranaisia ammattitaidon puutteita, vaan yleisempiä elämän hallintaan liittyviä kykyjä ja taitoja, jotka olivat johtaneet ammattitaidottomaan menettelyyn. Yleisempien elämäntaidon kehittäminen pelkällä lääketieteellisellä koulutuksella ei ole mahdollista, vaikka näiden kykyjen kehittäminen varmasti edistäisi lääkäreitä toteuttamasta omaa ammattiaan potilasturvallisemmin. Lääkärien henkilökohtaiset taustat eivät yleensä ilmenneet päätöksissä, joten asian tarkempi arviointi ei ollut mahdollista. Lääkärillä on velvollisuus huolehtia omasta työ- ja toimintakyvystään ja jäädä tarvittaessa sairauslomalle tai siirtyä toisiin tehtäviin. Lääkärin oma terveydentilan on alentuminen ja muut henkilökohtaisen elämän ongelmat voivat heikentää laadukasta lääkärintyötä. Näissä tilanteissa on tärkeää, että lääkäri voi olla potilas. Työpaikan olosuhteet on järjestettävä siten, että lääkärin potilaaksi hakeutuminen on mahdollisimman ongelmatonta. Työnohjaus on yksi keino työ laadun parantamiseksi ja työntekijöiden jaksamisen edistämiseksi (ks. esim. Puurunen 2015, 3136). Lääkärin täydennyskoulutukseen tulisikin liittää ”Mitä on olla lääkärinä potilas” -tyyppisiä sisältöjä (Lönnqvist 1986, 1159).

4. Tarkastelussa menetelmät ja tulokset

4.1. Vastasiko fenomenografinen kategorisointi tutkimuskysymyksiin?

Valviran tehtävästä valvontaviranomaisena joutuu, että Valviran ottaessa asian käsiteltäväksi ja varsinkin kun kysymyksessä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan päätökset, tapaukset olivat vakavia, ja potilasturvallisuus on merkittäväällä tavalla ollut vaarassa. Näin ollen tämän opinnäytetyön aineisto koostui kaikkein vakavimmista viranomaisen toteamista lääkärien ammattitaidonpuutetapauksista. Valvontapäätöksissä esitetyt lääkärien ammattitoiminnan puutteet kietoutuivat toisiinsa ja paikoin oli vaikea erottaa, minkä ammattitaidon osa-alueen osalta lääkäriellä oli ensisijaisesti puutetta. Esimerkiksi, jos lääkäri ei tarvittaessa konsultoi kollegaansa, onko kyse siitä, että lääkärin lääketieteellinen ammattitaito on puutteellinen vai onko puutteita lääkärin itsereflektiossa suhteessa omiin tietoihin ja taitoihin ja kyvyttömyydessä arvioida omia ammatillisia puutteita vai onko kyse vuorovaikutusongelmista kollegoiden kanssa vai kielitaito-ongelmista, joita ei ehkä haluta paljastaa kollegalle. Myös aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että lääkärin osaamisalueiden luotettava erottelu on vaikeaa (Brasel, Bragg, Simpson & Weigelt 2004; Litmanen ym. 2011; Silber 2004).

Kirjallisten tehtävien osalta jäi myös välillä epäselväksi, eikö lääkäri L osannut vastata kysymykseen ammatillisen tiedon puutteen vuoksi, [vai] siksi ettei hän ymmärtänyt kysymystä, vai koska ei osannut kirjoittaa vastausta suomeksi. Ilmeisesti kyse oli samanaikaisesti kaikista edellä mainituista tekijöistä.

Osa ammattitoiminnan puutteista ei ollut korjattavissa täydennyskoulutuksella, koska osalla päätösten kohteista ammattitoiminnan puutteet olivat niin vakavia ja laaja-alaisia että pelkkä ammatillinen täydennyskoulutus ei riittäisi täydentämään tietojen ja taitojen puutetta potilasturvallisuuden edellyttämälle tasolle. Samoin, kun kyseessä on lääkärin hyvin vakavat henkilökohtaiset ongelmat, täydennyskoulutuksella niihin vaikuttaminen on mahdotonta.

[Ammattitaitotutkimuksen] Lausunnossa todetaan, että voidakseen työskennellä turvallisesti Suomessa, lääkäri L:n olisi suoritettava suomalainen lääketieteen peruskoulutus alusta loppuun asti.

Lisäksi on muistettava, että omaan ammattitaitoon liittyvät ja potilasturvallisuutta vaarantavat asenneongelmat eivät ratkea millään teoreettisella koulutuksella.

Vertasin tässä opinnäytetyössä muodostettuja lääkärin ammattitaidon kategorioita kanadalaiseen CanMEDS viitekehykseen (Frank 2005), jossa lääkärin ammattitaidon osa-alueet on jaettu lääkärin työn eri rooleihin. Opinnäytetyössäni todetut lääkärin ammattitaidon puutteiden osa-alueet ja CanMEDSin osa-alueet ovat monelta osin päällekkäiset, mutta aineiston valvontapäätöksiin ei ollut kirjattu puutteita lääkärin johtajuusroolissa (pl. itsensä johtamisen näkökulmasta ja oman elämän hallintaan liittyen), joka on yksi CanMEDSIssä mukainen lääkärin työn osa-alue. Samoin valvontapäätöksissä ei myöskään ollut kirjauksia koskien puutteita lääkärin terveydenedistäjän roolissa yhteiskunnallisessa näkökulmassa (laajempi kuin toimiminen pelkästään yksittäisten potilaiden terveydenedistäjänä). Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että johtajuuteen liittyvän koulutuksentarve lisääntyy lääkärin uran edetessä (Litmanen ym. 2011, 2860). On kuitenkin huomattava, että tässä opinnäytetyössä lääkärit edustivat laajasti uran eri vaiheita painottumatta erityisesti mihinkään uranvaiheeseen. Vaikka tämän opinnäytetyön aineistosta puuttui johtajuuteen ja terveyden edistämiseen liittyvien osa-alueiden päätökset, on selvää, että ne ovat keskeisessä roolissa lääkärin työssä. Syy siihen, että johtajuuteen liittyviä valvontatapauksia ei ollut, voi johtua siitä, että ko. lääkärit eivät olleet päässeet tai eivät olleet halunneet johtajiksi, joten johtamistaidot eivät tulleet mitatuiksi. Toisaalta useimmat lääkärit joutuvat/pääsevät johtamaan (esim. pieniä moniammatillisia ryhmiä) olematta varsinaisia esimiehiä, missä havaintoja johtajuus-puutteista olisi voinut tehdä. Syynä näiden puuttumiseen tässä aineistossa voi olla myös se, että johtajista ei uskalleta tehdä ilmoituksia ja siitä, että konkreettisen näytön saaminen johtajuuteen liittyvistä puutteista on vaikeaa. Terveyden edistämiseen liittyvien päätöksiä puuttuminen puolestaan voi johtua siitä, että sen puute ei aiheuta välitön potilasturvallisuuden vaarantumista. Lääkärin viranomaisvalvonnan tavoitteena on potilasturvallisuuden parantaminen. Valvontaa kohdennetaan ja sen menetelmät valitaan potilasturvallisuuden kehittämisen näkökulmasta. Johtopäätöksenä voidaan kuitenkin todeta, että siltä osin kuin kyse oli täydennyskoulutuksen puutteesta, voisi valvontaviranomaisen näkökulmasta CanMEDSin mukainen luokittelu toimia lääkärin ammattitaidon osa-aluejakona ja osana täydennyskoulutuksen systematisointia sekä seuranta.

Laadullisen tutkimuksen ote on induktiivinen, siinä edetään yksittäisistä havainnosta yleistyksien kautta laajempaa merkitykseen (Hirsjärvi 2015, 266). Hirsjärven ym. (2015) mukaan, vaikka laadullisessa tutkimuksessa ei tehdä päätelmiä niiden yleistettävyyden näkökulmasta, niin ajatuksellisella tasolla myös laadullisessa tutkimuksessa on tutkia ilmiötä laajemmin, ei vain valikoitujen tutkittavien osalta. Syy tähän on, että vaikka ilmiö olisikin yksittäinen, jos se on merkittävä, se toistuu useamman kohdalla (Hirsjärvi ym. 2015, 182). Tämän opinnäytetyön havainnot valvontapäätöksiä kategorisoinnista viittaavat siihen, että kaikkia tässä opinnäytetyössä esitetyn kaltaisia valvontatapauksia ei täydennyskoulutuksella ja sen seurannalla sekä näihin liittyvällä lääkärin ammattioikeuden määräaikaisella uusimisella pystyttäisi estämään. Siten opinnäytetyöni tulokset viittaavat siihen, että viranomaisvalvonnan näkökulmasta lääkärin revalidointiin tulisi liittää muitakin elementtejä kuin pelkästään lääkärin täydennyskoulutuksen todentaminen.

4.2. Valviran tietojärjestelmän rajoitteet

Laadullinen tutkimus sisältää aina (vahvemmin kuin määrällinen tutkimus) varauman siitä, että tutkimuksen ongelma voi tutkimuksen edetessä muuttua muuttaen samalla myös tutkimustehtävää (Hirsjärvi ym. 2015, 125-126, 138). Jouduin muuttamaan varsin aikaisessa vaiheessa opinnäytetyöni alkuperäistä tutkimussuunnitelmaa, jonka mukaan olisi tutkinut myös hallinnolliseen ohjaukseen (esim. lääkäri huomioon kiinnittämiseen) johtaneet valvontatapaukset ja näin pystynyt paremmin selvittämään sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan turvaamistoimenpiteasioita lievempien ammattitaidon puutteiden ilmenemismuodot. Muutos johtui siitä, että Valviran tietojärjestelmä ei mahdollistanut alkuperäisten tutkimuskysymysten mukaisten aineiston hankintaa.

Päätetyn valvonta-asian alustavan luokittelun tekee esittelijänä toimiva lakimies ja luokittelun vahvistaa päätöksen tekevä virkamies. Tämä luokittelu eroaa vireilletulovaiheen luokittelusta, jonka tekee viraston kirjaamo ja joka voi myös muuttua viraston saamien selvityksien perusteella. Valvonta-asioiden tilastollinen luokittelu Valviran asianhallintajärjestelmään on muodostettu parantamaan viranomaisen

valvontaprosesseja ja sitä kautta edelleen potilasturvallisuutta. Luokittelussa vireilleoton syynä on ammattitaidon puutteesta erotettu omaksi asiaryhmäksi vääränlainen lääkkeiden määrääminen. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta-asioista tämä luokka muodostaa lukumäärällisesti suurimman ryhmän. Käytännössä kyseeseen tulee yleensä väärinkäyttöön soveltuvien lääkkeiden tai alkoholin määrääminen, joita lääkäri voi joko määrätä itselleen oman päihderiippuvuuden itsehoitoon tai väärin perustein potilailleen. Joissakin tilanteissa lääkärin terveydentilan vakava alentuminen ja siihen liittyvä vääränlainen itsehoito ja oman elämän hallinnan menetys yhdistyvät lääkkeiden määräämiseen potilaille epäasianmukaisella tavalla. Tapauksissa, jotka liittyvät potilaille väärin perustein määrättyihin lääkkeisiin, on määrittelykysymys, onko kyseessä ammattitaidon puute, jossa lääkäri ei esimerkiksi pysty kieltäytymään potilaan vaatimuksista liittyen väärinkäyttöön soveltuvien lääkkeiden määräämiseen silloin kuin niihin ei ole lääketieteellistä perustetta vai onko kysymys paljon laajemmasta ongelmasta kuin yksittäisen lääkärin ammattitaidosta.

Aineiston rajoitusten osalta on huomattava, että aineisto on poimittu Valviran tilastosta, joka parametrin on muodostettu siitä lähtökohdasta, että määrältään suurimmat eli selkeät pelkät lääkkeiden määräämiseen liittyvät valvonta-asiat voidaan erottaa muista tapauksista. Tilastointitapa on muodostettu palvelemaan Valviran omia valvontaprosesseja. Myös näiden tapausten analysointi olisi tuonut lisätietoa lääkärin ammattitoiminnan puutteiden eri osa-alueista. Tulokset osoittivat, että Valviran tietojärjestelmät eivät nykyisellään parhaalla mahdollisella tavalla tue valvonnassa syntyneiden materiaalien tutkimuskäyttöä, vaan ammattitaitoaineiston muodostaminen edellytti huomattavan määrän manuaalista päätösten läpiluontaa.

4.3. Kuinka luotettavasti menetelmä tiivistä ja kuvasi aineiston?

Fenomenografisen analyysin tulosten luotettavuuden kannalta olennaista on, että kategorisointi tuo esiin aineiston käsitysten eroavaisuudet ja että se on silti edustava tiivistys aineistosta. Pyrin tähän kaikkien päätösten huolellisella lukemisella ja erilaisten käsitteellistysten huomioimisella. Läpiluennalla pyrin saamaan avoimen kokonaisvaikutelman päätöksistä ja toisaalta pääsemään sisälle asiaan (vrt. Ashworthin & Lucasin 1998, 417, Martoniin 1994, viitaten tekemä kirjaus tutkijan sensitiivisyydestä

liittyen osallistujien yksilöllisiin käsityksiin). Kategorioiden keskinäiset erot pyrin tuomaan esiin siten, että kategoriat eivät olisi päällekkäisiä, vaan kategorioiden määrä olisi ”oikea”. Lääkärien ammattitaidon luotettava osa-alueistaminen on kuitenkin vaikeaa. Aiheesta on tehty laaja kirjallisuuskatsaus (Lurie, Mooney & Lyness 2009), jossa todetaan, että lääkärin ammattitoiminnan arviointi tuottaa yleensä yhden yleisen osaamiskomponentin tai erottelee osaamisen kahteen tai kolmeen osaamisalueeseen. Osa-alueiden lukumäärää ei kuitenkaan voida pitää luotettavuuden kannalta kriittisenä. Erot aiemmissa tutkimuksissa esitettyihin osa-alueiden määriin selittyvät tutkimusten kontekstien ja näkökulmien eroilla, esimerkiksi missä maassa tutkimus on tehty, kuka arvion antanut (potilaat tai muut sidosryhmät vai lääkäri itse) ja arvioidaanko lääkärin vai erikoislääkärin ammattitaidon osa-alueita. Tämän opinnäytetyön kategorioiden määrää, viisi, voidaan pitää oikeana ja riittävänä, sillä kategoriat kattavat aineistossa esiintyvät käsitysten vaihtelut.

Havaitsin tässä opinnäytetyössäni samoja lääkärin osaamisen ja osaamisen puutteiden alueita kuin aiemmissa tutkimuksissa. Silberin (2004) tutkimuksessa erotettiin lääketieteellisen tiedon ja vuorovaikutustaidon osa-alueet ja Braselin ym. (2004) tutkimuksessa lääketieteellisen tiedon, vuorovaikutustaidot, potilaan hoitamisen ja professionalismin. Braselin ym. (2004) tutkimuksen osa-alueet kuitenkin korreloivat voimakkaasti keskenään, mikä saattaa viittaa yleisempään lääkäri-osaamiseen. Litmanen ym. (2001) esittävät täydennyskoulutuksen kolmea osaamistarvealuetta, joihin tutkija päätyivät lääkärin tekemän itsearvioinnin perusteella. CanMEDS:n perusteena on kansalaisten ja muiden sidosryhmien arvio lääkärin roolista, joita on tunnistettu seitsemän. Niikko (2003) esittää osana fenomenografisen tutkimuksen luotettavuuden lisäämistä kategorisoijan omien käsityksien sulkeistamisen (eng. bracketing) tärkeyden. Sulkeistaminen on keskeisessä roolissa aineiston ymmärtämisessä. Siinä tutkija häivyttää käsityksensä ja on avoin aineistolle (Niikko 2003, 24-25). Osana sulkeistamista aiempien tutkimusten vaikutusta kategorisointiin pyrin opinnäytetyössäni vähentämään sillä, että tein vertailun aiempiin tutkimuksiin ja aiempien tutkimusten kategorioiden määrittelyiden tutkiminen vasta kategorioiden muodostamisen jälkeen.

Taustatietojen puute yhdistettynä lääkärin osaamisalueiden toisiinsa kietoutumiseen vaikeutti kategorisointia. Yksittäisten käsitteellistysten kategorisointi edellytti aina tulkintaa. Osittain pelkkä valvontapäätöksessä esitetty kirjallinen ilmaisu lääkärin

ammattitaidon puutteesta ei kuitenkaan riittänyt tulkinnan tekoon, vaan ”oikean” kategorisoinnin tekeminen olisi edellyttänyt yksityiskohtaisia taustatietoja lääkäristä. Esimerkiksi, miten paljon lääkärin lääketieteellisen ammattitaidon puute yksittäisessä potilaskohtamisessa näyttäytyi keinottomuuden epäsopivana ilmaisuna ja kykenemättömyytenä pysyä lääkärin roolissa ja toisaalta miten paljon kyseissä kohtamisissa oli lääkärin henkilökohtaisia ongelmia.

Maaliskuussa 20XX potilas oli tehnyt ilmoituksen, että L oli suudellut häntä suulle päivystystilanteessa.

Fenomenografisen tutkimuksen luotettavuudessa on kyse erityisesti siitä, miten hyvin kategoriat noudattavat aineistoa. Tässä opinnäytetyössä muodostetut kategoriat kattavat kaikki tutkimuksessa esitetyt ammattitoiminnan puutteet ja kaikki yksittäisessä päätöksessä esitetyt ammattitaidon puutteet voidaan sijoittaa kategorioihin. Fenomenografiset tutkimukset pohjautuvat usein suhteelliseen pieniin aineistoihin (Valkonen 2006, 28), kuten tässäkin opinnäytetyössä. Tästä huolimatta kategorisoinnissa todettiin aineiston kylläisyys, sitä osoitti se, että kuvaukset alkoivat toistua ja kasautua tiettyihin luokkiin. Tämä viittasi siihen, että päätösten laatijoilla oli jaettu ymmärtämys ja kuvaukset lääkärin ammattitoiminnan puutteista. Edelleen, koska fenomenografisella kategorisoinnilla ei pyritä kuvamaan ammattitaidon puutetta todellisuudessa, vaan sitä, miten Valvira on ne käsitteellistänyt päätöksissään, niin päätöksissä näkyvä kirjoittajan ”kädenjälki” ei vaikeuttanut puutteiden kategorisointia.

Kategorioiden nimeämisessä pyrittiin käyttämään kuvaavia termejä. Kuvaavien nimien muodostaminen oli suhteellisen helppoa, koska kategoriat muodostuivat hyvin selkeästi yhden aihepiirin ympärille. Kategorian ”Kulttuuriset ongelma” nimeämisessä oli kuitenkin haasteita ja nimeämisessä päätin käyttää autenttisesti aineistossa esiin tullutta termiä ”kulttuuri”, vaikka muiden kategorioiden nimeämistä en vahvistanut aineistosta nousseilla termeillä. Kulttuuri on terminä monimerkityksellinen ja korkeakulttuurin ohella sen mielletään laajassa merkityksessä olevan koko elämäntapojen logiikka (Aittola & Pirttilä 1989, 109), eli arvojen ja tapojen kokonaisuus, jossa merkityksessä se myös tässä yhteydessä on. Myös Haukilahti (2014) käyttää termiä kulttuuri puhuessaan ulkomailla lääkärin tutkinnon suorittaneiden lääkärin sopeutumisesta suomalaiseen palvelujärjestelmään. Poiketen tästä opinnäytetyöstä, Haukilahti (2014, 94-98) kuitenkin

liittää kulttuurin käsitteeseen myös kielitaidon argumentoidessaan kulttuurisista tekijöistä.

Laadullisessa tutkimuksessa kirjoittamisella on keskeinen osa tutkimusprosessia. Erityisesti tutkimuksen luotettavuutta on perinteisesti arvioitu sitä kautta, miten tarkan selostuksen tutkija on tutkimusmenetelmästäan kirjoittanut tutkimukseen. (Hirsjärvi 2015, 232, 249). Fenomenografinen tutkija käyttää itseään instrumenttina aineiston analysoinnissa. Menetelmän luotettavuutta olen pyrkinyt lisäämään aineiston käsittelyn ja kategorisoinnin yksityiskohtaisella ja läpinäkyvällä kuvauksella, siten, että lukijat voivat seurata kategorioiden muodostamisprosessia esitetyn kuvauksen perusteella. Valvontapäätöksistä tehdyillä aineistolainauksilla pyrin avaamaan ajatteluni lukijoille, niin että lainaukset eivät toimisi pelkinä tekstin elävöittäjinä, vaan toimisivat lukijalle siltana aineiston ja tekstin välillä osana tutkimuksen luotettavuuden varmistamista (Hirsjärvi 2015, 232). Peruslähtökohta fenomenografiassa on kuitenkin se, että kyse on tutkijan subjektiivisesta tulkinnasta (esim. että tässä opinnäytetyössä ei käytetty vertaisluokittelua tai uutta luokittelua). Kategorioiden muodostamisessa ja valvontapäätöksiä luennassa konsultoin lisäksi lääketieteellisen terminologian osalta eri erikoisaloja edustavia Valviran ylilääkäreitä.

IV Johtopäätökset ja ehdotuksia jatkotoimenpiteiksi

Terveydenhuolto on hyvinvointivaltion palvelujärjestelmien merkittävin toimintasektori. Terveydenhuolto perustuu palveluihin, joiden järjestäminen yhteiskunnassa on terveys-, talous- ja koulutuspolitiikkaa. Terveyspolitiikan taustalla vaikuttaa ajatus, että yhteiskunnan terveys- ja hyvinvointiongelmien ratkaisemiseen tarvitaan yhteiskunnan interventioita. Näihin interventioihin pyrkivät monet sidos- ja intressiryhmät, jolla on omat eettiset ja ideologiset näkemykset sekä intressit siitä, miten ja kenen terveydenhuollon palvelut tulisi järjestää. Asian on erityisen ajankohtainen nyt, kun Suomessa toteutetaan parhaillaan kansainvälisestikin huomattavaa hallitusohjelman (Ratkaisujen Suomi 2015) mukaista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosta, joka merkittäväällä tavalla muuttaa terveydenhuollon asiakkaiden asemaa. Uudistuksen yhtenä tavoitteena on asiakkaiden valinnanvapauden hoitopaikan suhteen lisääminen ja ylipäänsä asiakasnäkökulman vahvistaminen. Yksittäisen potilaan

näkökulmasta valinnanvapauden lisäämisen lisää vastuuta ja edellyttää parempaa tietoa hoidosta ja lääkärien ammattitoiminnasta.

Potilasturvallisuuden varmistamiseksi Suomessa jo EU-tasolla on säädetty lääkärien täydennyskoulutusvaatimuksista. Yhteisötasolla ei kuitenkaan ole säädetty tavasta, jolla vaatimus tulisi täyttää tai sitä tulisi seurata. Yleiseurooppalaisesti ei ole myöskään säädetty lääkärien ammattioikeuden määräaikaaisuudesta. Yli puolessa EU- tai ETA-maissa on käytössä ns. resertifikaatio, eli lääkärin ammattioikeus on määräaikaisuus ja siihen liittyy täydennyskoulutusvelvoitteen todentaminen ja seuranta. Yleisimmin mittarina käytetään täydennyskoulutukseen osallistumista (esim. vähintään 250 tuntia viiden vuoden aikana). Täydennyskoulutukseen osallistumisen valvontaa tekee vaihtelevasti valtio, ammattikunta itse tai nämä yhdessä. Suomessa lääkärien ammattioikeus ei ole määräaikainen, vaan peruseriaatteena on, että ammattioikeuden saatuaan lääkäri voi harjoittaa lääkärintönsä elämänsä loppuun asti. Suomessa myöskään lääkärien täydennyskoulutuksen seuranta ei ole systemaattista.

Kansainvälisen ja kansallisen paineen kasvaessa on selvä, että Suomessakin tulee harkittavaksi lääkärien ammattioikeuksien määräaikaistaminen ja on todennäköistä, että järjestelmä ainakin jonkinlaisella kevyellä menettelyllä ajan myötä tulee myös Suomeen. Ammattioikeuden määräaikaistamista voidaan pohtia myös koko ammattikunnan arvostuksen kautta, koska nk. valelääkärien kaltaiset tapaukset ovat aina omiaan heikentämään luottamusta lääkäriammattikuntaa kohtaa (Haukilahti ym. 2012c, 1749). Suomen Lääkäriliitto on proaktiivisesti toiminut asiassa ja lanseerannut Pro Medicon kautta verkkopohjaisen täydennyskoulutukseen osallistumisen dokumentointijärjestelmän, Taitoni.fi -työkalun. Lääkäri kirjaa siihen oppimistaan ja osaamistaan sekä dokumentoi ammatillista (ml. muun kuin lääketieteellisen osaamisen) kehittymisensä. Taitoni.fi -sovellus on toimiva järjestelmä lääkärien täydennyskoulutuksen dokumentointiin ja reflektoinnin kautta osaksi itsensä johtamista. Verkkosivusto on myös mainittu hyvänä esimerkkinä Suomen Euroopan Komissiolle antamassa täydennyskoulutusta koskevassa raportissa (opetus- ja kulttuuriministeriö 2015). Taitoni.fi käyttäminen osana lääkärien revalidointia olisi menettelynä kannatettava. Järjestelmän tulee kuitenkin kehittäminen edelleen palvelemaan paremmin yhteisötason oppimistavoitteiden tarpeen arviointia. Samoin järjestelmän markkinointi nykyisen melko vähäisen käytön vuoksi erityisesti lääkärien uran nivelkohtiin on tärkeää.

Tässä opinnäytetyössä käytiin läpi terveydenhuollon valtakunnallisen valvontaviranomaisen, Valviran sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan, ne päätökset, joissa lääkärin ammattioikeus on poistettu tai sitä on rajoitettu Valviran hankkiman yksityiskohtaisessa selvityksessä todetun ammattitaidon puutteellisuuden perusteella. Päätöksiä perusteluista kategorisoitiin fenomenografisesti, miten Valvira käsitteellistää lääkärin ammattitoiminnan puutteet. Saatua tulosta verrattiin kanalaisen CanMEDsin (Frank 2005) mukaiseen lääkärin ammattitaidon osa-aluejaotteluun. CanMEDsin mukaisesta jaottelusta jäi ulkopuolelle johtajuus ja terveydenedistäminen yhteisötasolla. Päätösten kohteena oli ylliedustettuna ulkomailta lääkärintutkintonsa suorittaneita lääkäreitä, jotka on laillistettu Suomessa ”suoraan” ilman kuulustelujärjestelmää (opinnot suoritettu muissa EU- tai ETA-maassa). Tampereen yliopiston EU- tai ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärin laillistamiseen liittyvä kuulustelujärjestelmä näyttää tämän opinnäytetyön tulosten mukaan toimivan kaikkein vakavampien ammattitaidon puutteiden estämisessä ja järjestelmän laadukas jatkuvuus on siksi taattava. Sen sijaan EU- tai ETA-alueen sisältä tulevien lääkärin ammattitaidon varmistamiseksi olisi luotava lisää nykyisellään lähes täysin puuttuvia työn aloittamista edeltävän koulutuksen mahdollisuuksia. Ja tulokset myös vahvistavat käsitystä siitä, että työnantajien on EU- ja ETA-alueen sisältä tulevien lääkärin osalta kiinnitettävä erityistä huomioita omavalvontaan erityisesti työsuhteen alussa.

Päätöksissä korostui lääkärin työn keskeisen osa-alueen eli lääketieteellisen ammattitaidon, mutta sen ohella myös kielitaidon, puutteet. Osittain päätöksissä ammattitoiminnan vaikuttivat olevan lääkärin henkilökohtaisia ongelmia, esimerkiksi terveydellisiä ongelmia ja taloudellisia vaikeuksia, joihin ei pelkällä täydenniskoulutuksella voida vaikuttaa. Eri yhteyksissä on esitetty näkemyksiä lääkärin ammattioikeudesta pysyvänä ominaisuutena, joka saavutetaan lääkärin perusopinnojen aikana. Tämän opinnäytetyö ei tukenut tätä väitettä, päinvastoin, opinnäytetyö alleviivasi lääkärin ammattioikeuksien valvonnan merkitystä tärkeänä osana potilasturvallisuuden varmistamista. Arvioitaessa tämän opinnäytetyön tuloksia on kuitenkin pidettävä mielessä, että valvonnan näkökulma kentän tilanteesta on aina tietystä mielessä vinoutunut. Viranomaisen tietoon tulevat ne tilanteet, joissa potilasturvallisuus on varsin selkeästi vaarantunut, mutta tietoon tulee harvemmin tilanteita, joissa hoidon hyvän laadun vaatimus ei ole täyttynyt, vaan hoito on ollut ”joten-kuten” turvallista. Kun tässä

opinnäytetyössä ko. valvontatapausten määrä suhteutetaan kaikkien lääkärien määrään, tapauksia on vähän. Toisaalta yksikin ammattitaidoton lääkäri voi vakavasti vaarantaa useiden satojen, jopa tuhansien, potilaiden turvallisuuden.

Globalisaation myötä myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden liikkuvuus on lisääntynyt. Viime aikojen kriisit EU:n lähialueilla ovat aikaansaaneet pakolaistulvan EU:n alueelle, myös Suomeen. Pakolaisten joukossa on lääkäreitä, joiden työllistäminen Suomeen on sekä inhimillisesti että yhteisötasolla tärkeää. Ulkomailla lääkärintutkintonsa suorittaneiden lääkärien koulutus ja sitä kautta ammattitaito eroaa kuitenkin Suomessa tutkinnon suorittaneiden vastaavista ja siten ammattitoiminnan valvonta on potilasturvallisuuden kannalta tärkeää (Paunio & Pelkonen 2012, 15-21). Suomen Lääkäriliiton tehtävänä on edunvalvonnan ohella edistää lääkärikoulutuksen ja lääkärien työn laatua. Liitto on aktiivinen toimija terveyspolitiikassa. Ulkomailla lääkärintutkintonsa suorittaneiden lääkärit olivat tässä opinnäytetyössä yliedustettuina. Heidän epävirallisen kotouttamisensa ja lääkärin ammattitaidon valmentavan koulutuksen sekä sitä kautta työllistämisen osalta liiton ja muiden lääkärijärjestöjen, kuten Suomen Lääkäriliitto, Finska Läkaresällskapet ja Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, rooliin sopisi aiempaa aktiivisempi rooli. EU- ja ETA-alueen ulkopuolella valmistuneiden lääkärien laillistamisprosessiin liittyvä kuulustelu on osa näiden lääkärien valmentavaa koulutusta ja ne on keskitetty Tampereen yliopistoon. Valvontatoiminnan tehostamiseksi tulisi myös laillistettujen lääkärien ammattitaidon selvittämiseen liittyvien tutkimusten keskittämistä pohtia sekä EU- ja ETA-alueen sisältä tuleville lääkäreille mahdollisuutta ainakin vapaaehtoista kuulustelujärjestelmää.

Opinnäytetyöni nosti esiin kysymyksiä, joita olisi tärkeää jatkossa tutkia. Valviran valvontatyössä muodostuu paljon tietoa, joita tulisi käyttää hyväksi valvonnan laadun ja sitä kautta potilasturvallisuuden kehittämisessä. Tässä opinnäytetyössä ei tutkittu lääkärien ammattioikeuksiin kajoavia päätöksiä, jotka perustuvat lääkärin epäasianmukaiseksi todettuun lääkkeenmääräämiskäytäntöön. Näissä tapauksissa on yleensä kyse väärinkäyttöön soveltuvien lääkkeidenmääräämisestä, ja lääkäriellä on usein oma päihdehäiriö alentamassa hänen ammatillista toimintakykyä. Tällöin ammattitaidon puutteita ei ole helppoa erottaa lääkärin sairauden aiheuttamista ongelmista. Väärinkäyttöön soveltuvien lääkkeiden asianmukainen määrääminen on kuitenkin tärkeä osa lääkärin ammattitoimintaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä tulisi tutkia tarkemmin

Valviran aineistoja käyttämällä. On kuitenkin huomatta, että nykyisellään Valviran tietojärjestelmät eivät riittävällä tavalla tue laajoja tutkimushankkeita. Tietojärjestelmien kehittäminen onkin potilasturvallisuuden vahvistamisen kannalta keskeistä. Valviran tietoaineistojen ohella potilasturvallisuustyön kehittämisessä keskeistä on Potilasvakuutuskeskuksen sekä Potilasturvallisuusyhdistyksen tietojen parempi hyödyntäminen. Potilasvakuutuskeskukseen kerääntyy keskitetysti tietoa hoidon riskitekijöistä ja Potilasturvallisuusyhdistykseen puolestaan kootaan yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden haitta- ja vaaratapahtumien raportointijärjestelmien (esim. HaiPro-järjestelmä) tiedot. Näiden tietojen jalostaminen ja systemaattinen hyödyntäminen hoidon riskinarvioinnissa ja lääkärien täydennyskoulutuksen aihealueiden kehittämisessä parantaisi potilasturvallisuutta.

Valvonnan kehittämisen kannalta keskeinen näkökulma tulisi olla potilasturvallisuus. Sen ohella myös potilaskokemuksella on merkitys hoidon onnistumiselle. Potilasnäkökulman vahvempi esiin nostaminen, esimerkiksi miten kansalaiset valitsevat lääkärin, mitä kansalaiset odottavat lääkärin osaavan ja miten he sen olettavat osoitettavan ja varmistettavan sekä millaista tietoa kansalaiset tarvitsevat valinnanvapautensa tueksi, kehittäisi edelleen lääkärien ammatillisen kehittymisen systematisointia. Jatkotutkimuksissa olisi mielenkiintoista myös selvittää potilasnäkökulmasta lääkärien ammatillista kehittymistä ja täydennyskoulutusta sekä näiden merkitystä hoidon laatuun. Potilaan äänen kuulemista voisi pohtia selvitetäväksi sekä potilasturvallisuuden että potilaskokemuksen kautta. Potilaskokemuksen tutkiminen pelkästään aineistosta, jossa kohteena ovat potilaat, ei välttämättä anna subjektiivista kuvaa hoidon laadusta. Menetelmänä voisi olla yلیلääkärin haastattelut, joissa heidän näkemyksiään potilaiden hoidostaan tekemiin muistutuksiin arvioitaisiin suhteessa muistutuksen kohteena olevaan lääkäriin ja hänen ammattitoimintaan ja -taitoaan.

Lääkäriprofessio korostaa usein täydennyskoulutuksessa lääketieteellistä osaamista, mutta onko se samaa osaamista, minkä potilas kokee tärkeäksi. Asiakasnäkökulman nostaminen aiempaan selvemmin esiin voisi tuoda näkyväksi potilaiden ja lääkärien näkökulmien eroja. Jo nyt potilaspalaute on osa lääkärien ammattioikeuden uusimisprosessia Iso-Britanniassa. Pelkälle potilaspalautteelle ei tule kuitenkaan voi antaa liikaa painoarvoa, ja haaste on, miten potilaspalaute kytketään osaksi lääkärin ammatillista kehittämistarvetta. Lääkärin itsensä kannalta tarvitaan laadullista tietoa

täydenniskoulutuksen ja osaamisen kokemusten liittymisestä työhyvinvointiin (ks. esim. Laine 2015) ja edelleen potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen käytännön vaikutukset ovat pitkälti vielä epäselviä. Valinnanvapauden lisääntyessä tyypillisesti palveluiden saatavuus lisääntyy, mutta vaikutukset hoidon laatuun ja kustannuksiin eivät ole yksiselitteisiä. Sote-uudistuksen jälkeenkin toimijat terveydenhuollon kentällä ovat edelleen samat, potilas/kansalainen – lääkäri – professio (lääkärijärjestöt) – työnantaja – valvontaviranomainen. Rakenneuudistuksen myötä valvonnan on muututtava palveluiden rakenteiden valvontaan. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnan osalta käytännön tason muutokset ovat vielä avoimia. Potilaan vastuun lisääntyessä valvontaviranomaisen rooli muuttuu ja viranomaisten on potilaan valinnanvapauden tueksi taattava lääkärin ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden jatkuva ammatillinen kehittyminen täydenniskoulutuksen kautta. On kuitenkin selvä, että liian raskasta järjestelmään täydenniskoulutusvelvoitteen todentamisen valvontaan ei voi rakentaa, koska viranomaisvalvonta Suomessa on aina perustunut ja sen tulee jatkossakin perustua luottamukseen. Voisiko esimerkiksi valvonta jatkossa olla enemmän ammatillisen kehittymisen tukemista ja lääkäreiden omavalvonnan varmistamiseen?

Sen lisäksi, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on murroksessa, muuttuu myös lääkärin työ. Hallitusohjelman (Ratkaisujen Suomi 2015) mukainen sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio tulee haastamaan myös lääkärit ja heidän koulutuksen (Soininen 2015, 2575-2576). Lääketieteen digitalisointi ja teknologian kehittyminen mullistavat lääkärin työtä ja roolia. Samalla kuin potilaat kansainvälistyvät, kansainvälistyvät myös taudit ja sairaudet. Keskeinen muutos tulee olemaan lääkärin työn muuttuminen yhä enemmän osaksi moniammatillista työyhteisöä. Nämä muutokset myös haastavat täydenniskoulutuksen. On selvää, että myös täydenniskoulutuksen täytyy muuttua ajassa. Koulutukseen tarvitaan käytännön terveystieteitä ja sen kiinnittämistä käytännön potilastyöhön. Hiivala (2016, 82) myös suosittaa myös potilasturvallisuuden opetuksen lisäämistä hammaslääkäreiden koulutukseen niin perus- kuin jatko-opinnoissa, mutta myös täydenniskoulutuksessa. Koulutuksen ja varhaiskasvatuksen arvioinnin riippumattoman asiantuntijaorganisaation, Karvin, yhteydessä toimivan korkeakoulujen arviointijaoston päätöksen (12.5.2016) mukaisesti Karvi on sitoutunut vuosien 2016—2017 aikana toteuttamaan lääketieteen

peruskoulutuksen arvioinnin kaikissa viidessä lääketieteen koulutusta antavassa yliopistossa. Vaikka arviointi kohdistuu ensisijaisesti perusopetukseen, tavoitteena on, että tulokset palvelisivat myös erikoislääkärikoulutuksen kehittämistä. Lisäksi lääkärin koulutuksen kansainvälisen kehittämisen kannalta yhteiseurooppalainen (tai yhteispohjoismainen) tutkimus valvontaviranomaisten tiedoista olisi hyödyllinen.

Opinnäytetyö herätti myös kysymyksen lääkärin pakollisen täydennyskoulutuksen ja sen kontrolloinnin mukanaan mahdollisesti tuomista kielteisistä vaikutuksista lääkärin ammattitoiminnan kehittämiseen. Koulutuksen ja revalidaation laatuun on panostettava, sillä laadultaan heikko ja vaikuttamaton koulutus sekä niihin liitetty huonosti toteutettu revalidaatio voi pahimmassa tapauksessa jopa vähentää lääkärin halukkuutta osallistua vapaaehtoisesti täydennyskoulutukseen ja siten heikentää nykyistä kohtuullisen hyvää kokonaistilannetta. Täydennyskoulutuksen tärkeyteen olisi hyvä kiinnittää huomiota jo lääkärin peruskoulutuksessa. Lääketieteen opiskelijoille tulisi systemaattisesti korostaa, että hyvän lääkärin tunnistaa ei ainoistaan siitä, mitä hän osaa, vaan myös siitä, miten hän ymmärtää osaamisensa rajat. Peruskoulutuksessa annetulla vahvalla viestillä tästä voitaisiin ehkä estää osa tässä opinnäytetyössä kuvatuista tapauksista, jossa lääkäri on suhtautunut ylimielisesti täydennyskoulutustarpeeseensa.

Kävin tähän opinnäytetyöhön liittyen useita taustakeskusteluja kasvatustieteilijöiden, lääkärin ja valvontaviranomaisten kanssa. Sain mahdollisuuden keskustella monen eri asiantuntijan kanssa ja jakaa monia tärkeitä kokemuksia heidän elämästään ja urastaan. Yleensä hyvin nopeasti keskustelun edetessä ilmeni, että kaikilla, myös lääkäreillä, oli kokemuksia potilaana olosta. Ja lähes kaikilla keskustelukumppaneillani oli kokemuksia tilanteissa, joissa lääkärin ammattitoiminta joltain osin oli arvioitu huonoksi, vaikka onneksi pääasiassa päinvastoin moitteettomaksi. Silloin kuin potilas tai hänen omaisensa on joltain osin ollut tyytymätön saatuun hoitoon tulisi tietää potilaan oikeusturvakeinonsa ja tunnistaa se taho, johon on kussakin tilanteessa ensisijaisesti otettava yhteyttä. Tämä vaikutti olevan monelle keskustelukumppanilleni epäselvää. Epäselvyyttä oli myös valvontaviranomaisten, Valviran ja aluehallintoviraston, työnjaossa ja toimivaltakysymyksistä (esim. monella oli virheellinen käsitys, että viranomaiset maksavat tai määrittelevät korvauksia potilaalle). Vallitseva käsitys tuntui myös vahvasti olevan, että lääkärin ammattioikeutta voidaan rajoittaa vasta, kun potilasvahinko on todistettavasti tapahtunut. Hämmennystä herätti myös EU- tai ETA-alueella ja sen

ulkopuolella lääkäriksi opiskelleiden erilainen laillistusprosessi. Kansalainen tarvitsee edellä mainituista tietoa harvoin, mutta tilanteet, joissa sitä tarvitaan, tulevat ennalta arvaamatta ja ovat usein henkisesti kuormittavia, joten tiedontarve on akuutti ja tiedon tulisi tuolloin olla helposti saatavilla ja helposti ymmärrettävässä muodossa. Tulevaisuudessa potilaat ovat – ja hyvin perustein – yhä kiinnostuneempia siitä, mikä on hoitavan lääkärin ammattitaito yleisesti ottaen ja erityisesti potilaan ajankohtaista sairautta silmällä pitäen. Potilaalla on oikeus saada tämä lääkäriään koskeva tieto, ja lääkäriellä on lisääntyvä velvollisuus informoida potilastaan koulutuksestaan ja täydennyskoulutuksestaan. Lääkärin täydennyskoulutuksen selkeä dokumentaatio helpottaisi tätä informointia sekä potilaan että lääkärin kannalta.

LÄHTEET

Aalto, A.-M., Elovainio, M., Heponiemi T., Hietapakka L., Kuusio H. & Lämsä, R. 2013. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suomalaisessa terveydenhuollossa. Haasteet ja mahdollisuudet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 7/2013.

Aittola, T. & Pirttilä, I. 1989. Tieto yhteiskunnassa – Tiedon sosiologinen tarkastelu. Gaudeamus. Helsinki.

Ashworth, P. & Lucas, U. 1998. What is the "World" of Phenomenography? Scandinavian Journal of Educational Research 42 (4), 415-431.

Bouwman, R. 2016. The patient's voice as a game changer in regulation. [Doctoral dissertation (article-based).] Netherlands Institute for Health Services Research, Utrecht, the Netherlands (NIVEL).

Brasel, K. J., Bragg, D., Simpson, D. E. & Weigelt, J. A. 2004. Meeting the Accreditation Council for Graduate Medical Education competencies using established residency training program assessment tools. The American Journal of Surgery 188 (1), 9–12.

Cate, O. & Scheele, F. 2007. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med* 82: 542 – 547.

Copeman, M. 2016. UK revalidation changes lacked evidence. *The British Medical Journal* 354, 4787.

Cruess, R. Johnston S. & Cruess, R. L: Professionalism for medicine: opportunities and obligations. *The Medical Journal of Australia* 177 (4), 208-211.

Erikoissairaanhoitolaki 1989. 1.12.1989/1062.

Euroopan komissio 2012. Komission kertomus neuvostolle potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta annetun neuvoston suosituksen (2009/C 151/01) täytäntöönpanosta annettujen jäsenvaltioiden raporttien pohjalta, SWD(2012) 366, 13.11.2012.

Euroopan Neuvosto 2009. Neuvoston suositus annettu 9.6.2009 potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ja ehkäisemiseksi ja valvonnasta, (2009/C 151/01).

Euroopan Parlamentin ja Neuvoston direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa (potilasdirektiivi), 9.3.2011.

Euroopan Parlamentin ja Neuvoston direktiivi 2005/36/EY ammattipätevyyden tunnustamisesta Euroopan unionin jäsenvaltioiden alueella (ammattipätevyysdirektiivi), 7.9.2005.

European Commission/Executive Agency for health and Consumers (EAHC). 2013. Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU, EAHC/2013/07.

Frank, J.R. (toim.) 2005. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 2005.

Garattini, L., Gritti, S., De Compadri, P. & Casadei, G. 2010. Continuing Medical Education in six European countries: a comparative analysis. *Health Policy* 94, 246-254.

General Medical Council, UK, verkkosivut, viitattu 2.9.2016. www.gmc-uk.org.

Hakasalo, H. 2010. Lääkäri, yhteiskunta ja yhteisö. *Duodecim* 126, 1544–1551.

Hakkarainen, K. & Kaila, M. 2016. Virtuaalioppiminen ei korvaa oppimista potilastyössä. *Suomen Lääkärilehti*. 71 (14), 961.

Halila, H. 2012. Lääkärin osaamisen arviointi. Lääkärin, työnantajan ja yhteiskunnan näkökulma. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA kehittämistyö. Tampereen yliopisto, Tampereen teknillinen yliopisto.

Halila, H. 2014. Lääkärien täydennyskoulutuksesta osaamisen arviointiin. *Finnanest – Suomen Anestesiologiyhdistyksen jäsenlehti* 47 (4), 324-327.

Halila, H. 2015. Onko 750 jo liikaa? [Pääkirjoitus.] *Suomen Lääkärilehti* 70 (44), 2915.

Halila, H. 2016. Yliopistojen säästöt murentavat opetuksen ja tutkimuksen. [Pääkirjoitus.] *Suomen Lääkärilehti* 71 (6), 379.

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta, HE 224/2016.

Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 559/1994 muutokseksi, HE 107/2015.

Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi, HE 90/2010.

Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislainsiksi. [HE xx/xx, keskeneräinen luonnos 27.6.2016].

Haukilahti, R.-L. 2014. ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet lääkärit Suomessa. [Väitöskirja.] Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö.

Haukilahti, R.-L., Virjo, I. & Mattila, K. 2012a. ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneiden lääkäreiden Suomeen tulon syyt, työllistyminen ja jatkosuunnitelmat. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49: 13-30.

Haukilahti, R.-L., Virjo, I. & Mattila, K. 2012b. Lääkärien laillistaminen – ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen arvio prosessista. *Hallinnon Tutkimus* 31 (4), 328-337.

Haukilahti, R.-L., Virjo, I., Heikkilä, T., Hyppölä, H., Kujala, S., Halila, H., Vänskä, J. & Mattila, K. 2012c. Lääkärien kokema työnsä arvostus. *Suomen Lääkärilehti* 67 (22), 1749 – 1754.

Harden, R.M. 2006. International Medical Education and Future Directions: A Global Perspective. *Academic Medicine* 8 (12), 22-29.

Heikkilä, T. 2016. On the Path of a Doctor: Motivations and Satisfaction of Medical Doctors in their Career- related Decisions. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Number 369. Kuopio.

Heikkilä, T., Hyppölä, H., Aine, T., Halila, H., Vänskä, J., Kujala, S., Virjo, I. & Mattila K. 204. How do doctors choose where they want to work? – Motives for choice of current workplace among physicians registered in Finland 1977-2006. *Health Policy*. 114 (2-3), 109-117.

Helsingin yliopisto, Psykiatrian erikoislääkärikoulutus, opinto-opas 2013-2015. Viitattu 15.6.2016 <http://blogs.helsinki.fi/psykiatria-erikoistuminen/opinto-opas-tekstit/>.

Henriksson, M. 2013. Miten puuttua kollegan potilasturvallisuutta vaarantavaan toimintaan? *Nuori Lääkäri* 8, 34-35.

Henriksson M. 2016 Terveydenhuollon valvontaa ja viranomaisille annettavat selvitykset. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen E., M. Marttunen, K. Puura & A. Sourander (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 809-813.

Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2011. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 257-281.

Hiivala, N. 2016. Patient Safety Incidents, Their Contributing and Mitigation Factors in Dentistry. [Doctoral dissertation.] Helsingin yliopisto/lääketieteellinen tiedekunta. 11/2016.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Helsinki: Tammi.

Hoppu, K., Toivonen, E., Kivipelto, J., Nousiainen, T. & Siimes M.A. 1997. Lastenlääkärien jatkuvan täydennyskoulutuksen kokeiluprojekti. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. 113 (2), 135-140.

Huhtala, H. & Hakala, S. 2007. Kriisi ja viestintä. Helsinki: Gaudeamus.

Huusko, M. & Paloniemi, S. 2006. Fenomenografia laadullisena tutkimussuuntauksena kasvatustieteissä. Kasvatus 37 (2), 162-173.

Hytönen, K. 2016. Bridging academic and working life expertise in continuing professional education: A social network perspective. [Doctoral dissertation (article-based).] University of Turku. Faculty of Education, Department of Teacher Education.

Jormanainen V., Kaila, M. & Mäntyranta, T. 2008. Markkinoilla olevien lääkkeiden määrä kasvaa tasaisesti. Suomen Lääkärilehti 63 (37), 3012–3014.

Kansanterveyslaki 1972. 28.1.1972/66.

Keltikangas-Järvinen, L. 2016. Soveltuvat lääkärit. [kolumni.] Suomen Lääkärilehti 71 (33) 2002.

Korkein hallinto-oikeus päätös 22.1.2016, taltionumero 177/2016, dnro 498/3/14.

Korkein hallinto-oikeus päätös 8.2.2006, taltionumero 230/2006, dnro 6/3/04.

Kuoppasalmi, K., Heinälä, P. & Lönnqvist, J. 2014. Päihdehäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 485-550.

Kyhä, H. 2011. Koulutetut maahanmuuttajat työmarkkinoilla. Tutkimus korkeakoulututkinnon suorittaneiden maahanmuuttajien työllistymisestä ja työurien alusta Suomessa. [Väitöskirja.] Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 321.

Käypä Hoito -suositusten verkkosivut. viitattu 16.3.2016

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>.

Laine, P. 2015. Oppimismahdollisuudet, osaaminen ja työhyvinvointi.

Aikuiskasvatuslehti 1: 30-46.

Laki aluehallintovirastoista 2009. 20.11.2009/896.

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, (potilaslaki). 17.8.1992/785.

Laki Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta 2008, (Valvira-laki).

31.10.2008.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994, (ammattihenkilölaki). 28.6.1994/559.

Laki toimeentulotuesta 1997. 30.12.1997/412.

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621.

Lastensuojelulaki 2007. 13.4.2007/417.

Launonen, E., Sorvali, E. & Toivonen, P. 2006. Lääkärin etiikka. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.

Litmanen, T., Ruskoaho, J., Vänskä, J. & Patja K. 2011. Osaamistarpeet ja täydennyskoulutus lääkärin työssä. Suomen Lääkärilehti 39 (66), 2855-2860.

Luft, J. & Ingham, H. 1955. The Johari window, a graphic model of interpersonal awareness. Proceedings of the western training laboratory in group development. University of California Western Training Lab. Luettu 12.1.2016
http://changingminds.org/disciplines/communication/models/johari_window.htm.

Lurie, S. J., Mooney, C. J., & Lyness, J. M. 2009. Measurement of the general competencies of the accreditation council for graduate medical education: a systematic review. Journal of the Association of American Medical Colleges 84, 301–309.

Läkelaki 1988. 10.4.1989/395.

Lääketeollisuus ry. 2014. Lääketeollisuuden eettiset ohjeet. Helsinki: kirjoittaja.

Lääketietokeskus Oy. 2016. Pharmaca Fennica®. I osa. Helsinki: kirjoittaja.

Lönnqvist, J. 1986. Lääkäriksi oppimainen: Voiko potilas-lääkäri-suhdetta opettaa ja oppia? Duodecim 102: 1159-1159.

Marinopoulos, S. S., Dorman, T., Ratanawongsa, N., Wilson, L. M., Ashar, B. H., Magaziner, J. L., Miller, R. G., Thomas, P. A., Prokopowicz, G. P., Qayyum, R. & Bass, E. B. 2007. Effectiveness of Continuing Medical Education. Evidence Report/Technology Assessment, Number 149. The Johns Hopkins University, Evidence-based Practice Center, Baltimore, MD. AHRQ Publication No. 07-E006.

Marton, F. 1981. Phenomenography – Describing conception of the world around us Instructional Science, 10 (2), 177-200.

Mazmanian, P. E., David, A., David, M. D. & Galbraith, M. D. 2009. Effectiveness of Continuing Medical Education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chestjournal* 135 (3), 49-55.

Merkur, S., Mladovsky, P., Mossialos, E. & McKee, M. 2008. Do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practise? Policy Brief for the WHO European Ministerial Conference on Health Systems, 25–27 June 2008, Tallinn, Estonia.

Mertala, S. & Terävä, K. 2016. Yhteisöllinen työhyvinvointi ja työnohjaus psykiatrisissa asumispalveluissa. Kuntoutussäätiön tutkimuksia/Research reports 89/2016. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Mielenterveysasetus 1990. 21.12.1990/1247.

Mielenterveyslaki 1990. 14.12.1990/1116.

Moore, D. L. 2003. A Framework for Outcomes Evaluation in the Continuing Professional Development of Physicians. Teoksessa D. Davis, B. E. Barnes, R. Fox (toim.) *The Continuing Professional Development of Physicians*. Chicago: American Medical Association Press. 249-274.

MTV uutiset 9.4.2016. Kupittaa ongelmat tiedossa jo 2013. [verkkouutinen.] Luettu 18.10.2016 <http://www.mtv.fi/uutiset/kotimaa/artikkeli/kupittaaan-ongelmat-tiedossa-jo-2013-kauhujen-sairaala-ei-kertonut-sisaisesta-selvityksestaan/5834018>

Mustajoki, P., Kinnunen, M., Aaltonen, L.-M. & Helavuo, A. 2014. Kerro, kysy, kuittaa – tiimityöllä potilasturvallisuus. *Suomen Lääkärilehti* 69 (43), 2811-2812.

Niemi-Murola, L. 2017. Luotettavasti osoitettu pätevyys (EPA) uudistaa erikoislääkärinkoulutuksen käytäntöä. *Duodecim* 133 (6), 77-83.

Nieminen, M. 2009. Pitäisikö lääkäreiden täydennyskoulutuksen olla pakollista? *Duodecim* 125, 645-646.

Niikko, A. 2003. Fenomenografia kasvatustieteellisessä tutkimuksessa. [väitöskirja.] Joensuun yliopisto. Joensuun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 85.

Nyysölä, K. 2013. Koulutuksen ohjaus - Näkökulmia koulutuksen ohjausjärjestelmiin, tietoperustaisuuteen ja valintoihin. Opetushallituksen Raportit ja selvitykset 2013:12. Helsinki.

Oker-Blom, M. 1911. Näköispainos vuonna 1911 ilmestyneestä 1. painoksesta. Lääkärintoimi ja sen etikka. Helsinki: Otava.

Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012. Koulutus ja tutkimus vuosina 2011 - 2016. Kehittämissuunnitelma. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki.

Opetus- ja kulttuuriministeriö 2013. Kielitaidon ja EU-/ETA -maiden ulkopuolella hankitun osaamisen täydentäminen terveystalalla: työryhmän asettaminen. Asettamispäätös OKM002:00/2013. Helsinki.

Opetus- ja kulttuuriministeriö 2014. Kielitaidon määrittäminen sekä kielitaidon ja EU/ETA-alueen ulkopuolella hankitun koulutuksen täydentäminen terveystalalla. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2014:5. Helsinki.

Opetus- ja kulttuuriministeriö 2015. Raportti jatkuvan ammatillisen kehittymisen (CPD) toimenpiteistä, art. 22. Luettu 15.4.2016
http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/artikkelit/ammattipatevyysdir_ektiiviliitteet/cpd_raportti_suomeksi.pdf.

Pahlman, I. 2006. Potilaan itsemääräämisoikeus. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Palveluvalikoimaneuvosto, verkkosivut, luettu 7.5.2016 www.palveluvalikoima.fi.

Parmanne, P., Vänskä, J. & Halila, H. 2014. Lääkärimäärä kasvaa eläköitymisaallosta huolimatta. Suomen Lääkärilehti 69 (24), 1811-1812.

Patja, K. & Litmanen, T. 2010. Kanadan lääkärit kehittävät osaamistaan jatkuvasti ja tavoitteellisesti. Suomen Lääkärilehti 65 (15), 1348-1350.

Paunio, R.-L. & Pelkonen, R. 2012. Terveydenhuollon valvontatyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2012:8. Helsinki.

Pelkonen R. 2016. ”Virta venettä vie”. [Pääkirjoitus.] Suomen Lääkärilehti 71 (1-2), 9.

Piippo, I., Vaattovaara, J. & Voutilainen, E. 2016. Kielen taju. Vuorovaikutus, asenteet ja ideologiat. Helsinki: Art House.

Pitkänen, P. 2011. Kulttuurien kohtaamisia arjessa. Tampere: Vastapaino.

Perustuslaki 1999. 11.6.1999/731.

Potilasvahinkokeskus, verkkosivut, luettu 15.6.2016 www.pvk.fi.

Potilasvahinkolaki 1986. 25.7.1986/585.

Pro Medico ry:n verkkosivut, luettu 15.6.2016, www.promedico.fi/taito.fi.

Puurunen, V-P. 2015. (O)saako lääkäri sairastaa? Suomen Lääkärilehti 70 (46), 3136.

Ratkaisujen Suomi 2015. Neuvottelutulos strategisesta hallitusohjelmasta. 27.5.2015.

Renko, M., Rantala, H., Pokka, T., Tapiainen T., Salo, J., & Uhari H. 2016. Lastenlääkärien tiedonhaku- ja lukutottumukset uran eri vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 71 (50-52), 3248-3252.

Reponen, E., Tuominen, H., Hernesniemi, J & Korja, M. 2015. Patient satisfaction and short-term outcome in elective cranial neurosurgery. *Neurosurgery* 77: 769-776.

Reponen, E. & Roine, R. P. 2016. Tyytyväinen potilas = laadukas terveydenhuolto? Suomen lääkäri-lehti 71 (42), 2630-2631.

Rinne, R. 2011. Demokratia, koulutuksen kasautuvuus ja aikuiskoulutuspolitiikka. Teoksessa R. Rinne & A. Jauhiainen (toim.) Aikuiskasvatus ja demokratian haaste. Tampereen Yliopisto, Kasvatustieteiden yksikkö, 8-40.

Rinne, R. 2014. Koulutus investointina tulevaisuuteen. Teoksessa R. Särkelä, A. Siltaniemi, P. Rouvinen-Wilenius, H. Parviainen E. Ahola (toim.) Hyvinvointitalous. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, 201-228.

Saarinen, A. 2010. Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveystaloutta. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 114. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Sarkas, U. 2016. Tip of the iceberg: patient safety incidents in primary care. *British Medical Journal of Quality & Safety*. 25 (7), 477-479.

Seppänen, A. 2016. Miten Valvira valitsee pysyvät asiantuntijat. *Suomen Lääkärilehti* 71 (45), 2856.

Silber, C. G. 2004. Do global rating forms enable program directors to assess the ACGME competencies? *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 79 (6), 549–556.

Siljander, P. 2005. Systemaattinen johdatus kasvatustieteisiin. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Silvennoinen, H. 2011. Aikuiskoulutuksen vaikuttavuus työmarkkinoilla. Teoksessa R. Rinne, & A. Jauhiainen (toim.) Aikuiskasvatus ja demokratian haaste. Tampereen Yliopisto, Kasvatustieteiden yksikkö, 74-88.

Soininen, M. 2015. Moniammatillinen opetus laajenee. *Suomen Lääkärilehti* 70 (40), 2575-2576.

Soininen, M. 2016. Ei mennyt niin kuin Strömsössä. Suomen Lääkärilehti 71 (8), 548-550.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston strategia. Luettu 18.10.2016
<http://www.valvira.fi/valvira/strategia>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston asianhallintajärjestelmä.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2009. Valviran päätös julkisen vallan käytöstä kunnallisessa terveydenhuollossa. Valviran dnro 711/2/09. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2012. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston ohje pysyville asiantuntijoille, 15.11.2012, Dnro 9066/00.01.02.03/2012. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2016–2019. Valvontaohjelmia 1:2016. 10.12.2015, Dnro 10479/05.00.00.03/2015. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2016. Valviran tilinpäätös vuodelta 2015, Dnro 1348/02.02.03.00/2016. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:6. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Vaihtoehtohoitojen sääntelyn tarve. Vaihtoehtohoitoja koskevan lainsäädännön tarpeita selvittäneen työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:17. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto, asettamispäätös 12.6.2014, STM032:00/2014. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Lääkäri 2013 Kyselytutkimus vuosina 2002 – 2011 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:12. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunta, asettamispäätös STM17:00/2013, 1.3.2016. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö/Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2016. Lausunto opetus- ja kulttuuriministeriölle. 10.2.2016, STM083:00/2013. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö/Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2016. Kannanotto/kokeellinen hoito. 21.3.2016, STM105:00/2014. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 2003. 15.12.2003/1194.

Soste ry, Suomen Lääkäriliitto, Tehy, Sitra, YTHS, Abbvie ja Finanssialan keskusliitto. 2016. Selvitys: Se tunne, kun saan diagnoosin. Pitkäaikaissairaiden näkemyksiä terveydenhuollon kehittämiseksi. Raportti. Helmikuu 2016. Helsinki: kirjoittaja.

Sumanen, M., Halila, H., Hyppölä, H., Heikkilä, T., Kujala S., Vänskä J., Virjo I. & Mattila, K. 2011. Pitäisikö erikoislääkärin toimiluvan olla määräaikainen? Kokoneiden lääkäreiden näkemyksiä. Suomen Lääkärilehti 66 (37), 2677-2681.

Suomen Lääkäriliitto, verkkosivut, luettu 15.4.2016 www.suomenlaakariliitto.fi.

Suomen Lääkäriliitto 2009. Lääkäriliitto: Hoitajaresepti on ristiriitainen ammattihenkilölain kanssa. [Kannanotto.] Luettu 11.8.2016

<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/laakariliitto-hoitajaresepti-ristiriitainen-ammattihenkilolain-kanssa/>.

Suomen Lääkäriliitto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos & Työterveyslaitos. 2010. Tietoja ulkomaalaisista lääkäreistä Suomessa. Lääkärien työolot ja terveys 2010 tutkimus. Luettu 21.10.2016

http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/tietoja_ulkomaalaisista_laakareista_suomessa.pdf.

Suomen Lääkäriliitto. 2013a. Lääkäriliiton kollegiaalisuusohje. Hyväksytty Suomen lääkäriiliiton valtuuskunnan kokouksessa 14.12.2013. Helsinki.

Suomen Lääkäriliitto. 2013b. Lääkärit Suomessa 2013. Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2013. Suomen Lääkäriliitto. Helsinki.

Suomen Lääkäriliitto. 2014. Lääkäriin ammatillisen kehittymisen ja täydennyskoulutuskoulutuksen suuntaviivat. [Suositus.] Luettu 15.4.2016
<https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/suosituksset/taydennyskoulutus/>

Suomen Lääkäriliitto. 2015. Lääkärit Suomessa - Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2014. Helsinki.

Säteilyturvakeskus (STUK). 2012. Säteilysuojelukoulutus terveydenhuollossa. STUK ohje ST 1.7 / 10.12.2012. Helsinki.

Terveydenhuoltolaki 2010. 30.12.2010/1326.

Tervola, M., Pajunen, M., Vainio, S., Honko, M. & Mattila, K. 2015. Maahanmuuttajataustaisten lääkäreiden suomenkielentaito laillistamiskäytännössä. Duodecim 131 (4) 339-346.

Toikkanen, U. & Seppänen, A. 2016. Työn perässä Suomeen. Suomen Lääkärilehti 71 (6), 384-387.

Tuckett, D. 1976. Doctors and Patients. Teoksessa D. Tuckett (toim.) An introduction to medical sociology. London: Tavistock Publication.190-224.

Turunen, J. P. 2014. Ovatko lääkärin oikeutesi ikuiset? Duodecim 130, 661-662.

Valkonen, L. 2006. Millainen on hyvä äiti tai isä. Viides- ja kuudesluokkalaisten vanhemmuuskäsitykset. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä studies in education, psychology and social research 286. Jyväskylä.

Valtioneuvoston asetus Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta 2008. 31.8.2008/676.

Valtiovarainministeriö. 2016. Peruspalveluiden tila -raportti 2016, osa I Kuntatalouden ja – hallinnon neuvottelukunta. Valtiovarainministeriön julkaisuja 9/2016. Helsinki.

Vehmas, N. 2015. Testissä: Oppiportti. Nuori Lääkäri 5, 27.

WHO. 2016. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Luettu 31.1.2016 <http://www.who.int/gho/en/>.

Vuorenkoski, L 2016. Lääkärien ja lääkeyritysten yhteistyön avoimuus on lisääntymässä. Erikoislääkäri 1 (26) 16-17.

Wrede, S., Olakivi, A., Fischer, N. & Sigfrids, A. 2016. Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta. Suomen Lääkäriliitto ja Helsingin yliopisto.