Erikoistuvan lääkärin ohjaaminen

Opas erikoisläkärikoulutuksen
ohjaajille ja kouluttajille sekä vastuuhenkilöille
Helsingin yliopistossa

Taina Mäntyranta (toim.)

Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan
erikoislääkäritoimikunta

Sisällysluettelo

Esipuhe ... 3

1 Johdanto ... 4

2 Erikoistuvan lääkärin ohjaaminen Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa ... 5

2.1 Ohjeet arvioinnista ja seniorien tehtävistä ... 5
2.2 Erikoistuvan lääkärin ohjaaminen käytännössä ... 6
2.3 Lokikirja ... 8
2.3.1 Koulutussuunnitelma ... 8
2.3.2 ”Temppulistat” ... 9
2.4 Arviointi ja palaute ... 9
2.5 Ongelmakollegat ... 12

3 Ohjauksen teoriaa ... 13

3.1 Behavioristisesta kognitiiviseen oppimiskäsitykseen ... 13
3.2 Itseohjautuvuus ja reflektiivisyys ... 15
3.3 Motivaatio, palaute ja potilastapaukset ... 16
3.4 Sosiaalinen vuorovaikutus ja mallioppiminen ... 16
3.5 Mitä on hyvä ohjaus? ... 18
3.6 Ohjaajan erilaiset roolit ... 19
3.7 Ohjaussuhteen “elämänkaari” ... 21

4 Ideoita toimipaikkakoulutukseen ja ohjaukseen ... 22

4.1 Toimipaikkakoulutus ... 22
4.2 Oppimistehtävät ... 24

5 Kiitokset ... 26

6 Kirjoittajat ... 26

7 Viitteitä ... 27

8 Lomakkeet ... 29

8.1 Lomake A: Vastuuhenkilötapaamiset (sivu 1) ... 29
8.2 Lomake B: Erikoistuvan lääkärin itsearviointilomake ... 31
8.3 Lomake C: Kouluttajan / henkilökohtaisen ohjaajan lomake ... 32
8.4 Lomake D: Ohjaustoiminnan arviointilomake ... 33

Esipuhe

Kädessäsi on tiedekunnan ensimmäinen "Erikoistuvan lääkärin ohjaaminen" -kirjanen. Siihen on saatu tiiviissä muodossa kirjattua ns. "uuden erikoislääkärikoulutuksen" keskeiset pyrkimykset. Toki, uusi perustuu "vanhaan", mutta "uuden" toteuttaminen edellyttää meiltä toimia sekä asennemuutoksia. Taina Mäntyranta on tehnyt erinomaisen työn toimittamalla ja suurelta osalta kirjoittamalla tämän kirjasen. Hänelle parhaat kiitokset!

Martti Siimes
Erikoislääkäritoimikunnan puheenjohtaja

1 Johdanto

Taina Mäntyranta

Uusi erikoislääkäriasetus astui voimaan vuoden 1999 alussa. Se ja siihen liittyvä muistio sisältävät useita erikoislääkärikoulutuksen sisällöllisiä uudistuksia. Uusi asetus edellyttää toimimista kouluttajan ohjaamana virassa, toimessa tai tehtävässä, kurssimuotoisen koulutuksen suorittamista, osallistumista oman oppimisen ja koulutuksen toimivuuden kehittämiseen ja arviointiin sekä valtakunnallisen erikoislääkäritentin suorittamista. Näillä uudistuksilla on pyritty korjaamaan vanhan erikoislääkärikoulutuksen ongelmia: sekä palvelujen että teoreettisen ja toimipaikkakoulutuksen suunnitelmattomuutta ja erikoistujan "passiivista" roolia sekä arvioinnin ja palautteen puutetta. Sekä uusi asetus että Helsingin yliopiston ohjeet korostavat itseohjautuvuutta ja erikoistujan omaa vastuuta. Tavoitteena on erikoistuva lääkäri, joka erikoistumisen eri vaiheissa on perillä omasta osaamisestaan ja oppimistarpeistaan, suunnittelee erikoistumistaan näiden pohjalta ja huolehtii siitä, että erikoistumisaikana hankkii tarvittavat tiedot ja taidot. Lisäksi asetus sisältää rakenteellisia uudistuksia, kuten erikoisalojen yhteisten runkokoulutusten käyttöönoton sekä erikoisalojen määrän supistamisen ja suppeiden erikoisalojen lakkauttamisen. Asetuksen perustelumuistio määrittelee erikoistuvan lääkärin henkilökohtaisen ohjaajan ja yksilöllisen koulutussuunnitelman, opintojen edistymisen raportoinnin ja seuraamisen sekä koulutusprosessin arvioinnin osaksi erikoislääkärikoulutusta.

Erikoislääkärikoulutusta annetaan yliopistoklinikoissa ja yliopiston ulkopuolisissa yksiköissä; sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja muissa yksiköissä; julkisella ja yksityisellä sektorilla. Erikoisaloja on 49, lisäksi on usean erikoisalan yhteisiä runkokoulutuksia. On selvää, ettei ole mahdollista laatia yhtenäistä ohjetta uuden erikoislääkärikoulutuksen toteuttamisesta. Kunkin erikoisalan ja koulutuspaikan erityispiirteet vaikuttavat koulutukseen. Jokainen erikoistuvaa kollegaa ohjaava joutuu miettimään, mitä erikoistuvan ohjaus on ja minkälainen ohjaustapa hänelle itselleen sopii.

Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta on suunnitellut asetuksen ja sen perustelumuistion edellyttämiä uudistuksia ja antanut ohjeet koulutuksen vastuuhenkilön, kouluttajan ja henkilökohtaisen ohjaajan tehtävistä, henkilökohtaisesta koulutussuunnitelmasta ja sen toteutumisen arvioinnista, palautekeskusteluista sekä lokikirjan käyttöönotosta. Nämä kaikkia erikoisaloja koskevat yleisohjeet löytyvät erikoislääkärikoulutuksen opinto-oppaasta (http://www.ltdk.helsinki.fi/opiskelu/erikoislaakari).

Tämän oppaan tarkoituksena on tarjota kokemuksia sekä teoreettista tietoa erikoistuvan ohjaamisesta. Opas pyrkii vastaamaan erikoistuvilta ja seniorilääkäreiltä tulleisiin kysymyksiin sekä antamaan uusia ideoita erikoistuvan ohjaukseen. Oppaan ensimmäisessä osassa on käytännön ohjeita ja kokemuksia erikoistuvan lääkärin ohjaamisesta Helsingin yliopistossa. Toisessa osassa esitellään teoreettista taustaa erikoistuvan ohjaukseen. Kolmannessa osassaon ideoita toimipaikkakoulutukseen ja ohjaukseen. Opas löytyy elektronisena versiona erikoislääkärikoulutuksen kotisivuilta, jossa sitä jatkossa myös päivitetään. Elektronisen version etuna on suorat linkit tekstissä mainituille www-sivuille. Opasta voi vapaasti tulostaa.

2 Erikoistuvan lääkärin ohjaaminen Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa

2.1 Ohjeet arvioinnista ja seniorien tehtävistä

Kaarlo Simojoki

Erikoislääkäritutkinnon uuden asetuksen mukaan siirrytään käyttämään arviointia, jonka avulla edistetään oppimisen ja koulutuksen kehitystä. Arvioinnin tarkoituksena on tukea erikoistuvan lääkärin oppimista, mutta myös kerätä palautetta itse koulutuksesta, koulutusympäristöstä sekä erikoistuvan tukena olevista henkilökohtaisista ohjaajista ja koulutusohjelman vastuuhenkilöstä. Arviointi on siis aina *kaksisuuntaista.*

Erikoistuva lääkäri asettaa itselleen koulutusohjelman tavoitteiden lisäksi omat henkilökohtaiset oppimistavoitteensa. Koko erikoistumiskoulutuksen ajan hän pyrkii arvioimaan omaa edistymistään. Samalla henkilökohtaiset oppimistavoitteet saattavat muuttua tietojen ja taitojen karttumisen myötä, jolloin pyrkimyksenä on vahvistaa erikoistuvan heikoimpia osaamisalueita. Hänen tehtävänään on myös arvioida omaa koulutusympäristöään, kouluttajia, henkilökohtaisia ohjaajia sekä koulutusohjelman vastuuhenkilöä. Tällä pyritään kehittämään erikoistumiskoulutusta entistä parempaan ja monipuolisempaan suuntaan.

Jaksokohtainen *kouluttaja* vastaa *koulutuksen sisällön arvioinnista*. Hänen tärkein tehtävänsä on opastaa ja tukea erikoistuvaa lääkäriä koulutusjakson aikana. Hän seuraa jatkuvasti tämän edistymistä ja opastaa häntä käytännön tietojen ja taitojen oppimisessa. Lisäksi hän arvioi yhdessä erikoistuvan kanssa, onko tämä saavuttanut asetetut tavoitteet. Näiden keskustelujen pohjalta hän pyrkii tukemaan erikoistuvaa kehittymään niillä osa-alueilla, joilla tämä ei ole vielä päässyt tavoitteisiin tai joilla tämä tuntee tarvitsevansa lisää tietoja ja taitoja.

Henkilökohtainen ohjaaja (tuutori) on yleensä koulutuspaikkakohtainen ja vastaa *kehitysarvioinnista*. Hänen tehtävänään on tukea erikoistuvaa lääkäriä ammatillisessa kehittymisessä etenkin eettisten arvojen osalta. Myös erilaisissa ristiriita- tai kriisitilanteissa hänen on pyrittävä tukemaan erikoistuvaa ja auttamaan häntä selviytymään ongelmista. Kouluttajan ja erikoistuvan välisissä ristiriitatilanteissa henkilökohtaisen ohjaajan tulisi toimia sovittelijana. Hänen tehtävänään on lisäksi arvioida erikoistuvan ammatillista kehittymistä pitkällä tähtäimellä ottaen erityisesti huomioon ko. alan erityispiirteet.

Koulutusohjelman vastuuhenkilö tapaa erikoistuvan lääkärin vuosittain ja vastaa *kokonaisarviosta*. Hän valmistautuu arviointiin yhteistyössä kouluttajien ja henkilökohtaisten ohjaajien kanssa keräten näiltä tietoja erikoistuvasta. Hänen tehtävänään on myös arvioida edellisen vuoden tavoitteiden saavuttamista sekä ottaa kantaa yhdessä erikoistuvan kanssa siihen, pitäisikö henkilökohtaiseen koulutusohjelmaan tehdä muutoksia. Samalla hän pyrkii hahmottamaan erikoistuvan ammatillista kehittymistä ja saamaan siitä kokonaiskuvan kouluttajien sekä henkilökohtaisten ohjaajien palautteiden avulla. Vastuuhenkilö ottaa vastaan myös erikoistuvan tekemät arvioinnit koulutusympäristöistä, henkilökohtaisista ohjaajista ja kouluttajista pyrkien niiden avulla kehittämään koulutusohjelmaa. Ristiriitatilanteissa hän on vastuullinen päätöksentekijä.

Mikäli erikoistuva lääkäri tuntee tulleensa arvioiduksi epäoikeudenmukaisesti, hän voi huomauttaa siitä tiedekuntaan.

2.2 Erikoistuvan lääkärin ohjaaminen käytännössä

Taina Mäntyranta

Yliopistosairaalassa erikoisalan vastuuhenkilö nimittää kouluttajan tai kouluttajat. Yliopistosairaalan ulkopuolisissa koulutuspaikoissa tiedekuntaneuvosto nimittää kouluttajan erikoislääkäritoimikunnan esityksestä. Kouluttajan vastuulla on järjestää edellytykset sille että erikoistuva oppii sen, mitä koulutuspaikassa on tarpeen oppia. Koulutuskierron, mielekkään toimipaikkakoulutuksen ja henkilökohtaisen ohjauksen järjestäminen kuuluvat kouluttajan velvollisuuksiin. Yksikössä tulee olla sopiva alan kirjasto, josta löytyvät tentissä vaadittavat kirjat ja lehdet. Erikoistuvilla on oltava mahdollisuus käyttää myös elektronisia tietokantoja. Kouluttajan vastuulla on myös, että erikoistuva pääsee tarpeelliseen teoreettiseen kurssimuotoiseen koulutukseen talon ulkopuolelle.

Henkilökohtaisen ohjauksen eli tuutoroinnin järjestäminen vaihtelee suuresti erikoisaloittain ja koulutuspaikoittain. Käytännössä vasta murto-osa koulutuspaikoista on aloittanut systemaattisen tuutoroinnin. Näyttää siltä, että useissa yliopistoklinikoissa/suurissa sairaaloissa keskitytään järkevän koulutuskieroon aikaansaamiseen ja aloitetaan systemaattiset tavoite- ja palautekeskustelut. Sen sijaan useat yliopistosairaalan ulkopuoliset koulutuspaikat ovat päätyneet aloittamaan tuutorointia, kuten alla olevat esimerkit osoittavat.

Henkilökohtaisen ohjaajan (tuutorin) valinnassa näkyy jo nyt erikoisalakohtaisia ja sairaalakohtaisia eroja. Joissain koulutuspaikoissa on kouluttaja sopinut tuutoriparit ja kokemukset ovat olleet hyviä. Joissain toisissa paikoissa on pidetty tärkeänä sitä, että erikoistuva saa itse valita tuutorinsa, koska henkilökemian toimivuus on edellytys sille, että tuutoroinnista on hyötyä erikoistuvalle. Toisaalta vapaa valinta saattaa johtaa siihen, että ”suosituilla” senioreilla on liikaa tuutoroitavia ja vastaavasti joillain toisilla ei yhtään. Eräs kouluttaja oli myös huomannut, miten erikoistuvat mielellään valitsivat itsensälaisen tuutorin. Henkilökemia varmaan näin toimii, mutta erikoistuja saattaisi hyötyä enemmän erilaisesta tuutorista ja roolimallista. Pienissä koulutusyksiköissä saattaa olla vain yksi tai muutamia erikoistuvia ja kouluttaja saattaa toimia myös ohjaajana.

Erikoisalojen välillä on suuriakin eroja siinä, kuinka usein erikoistuva ja ohjaaja tapaavat. Joillain erikoisaloilla saattaa riittää tapaaminen muutaman kuukauden välein. Jos erikoistuva ja ohjaaja (tai muut seniorit) muutenkin tekevät läheistä yhteistyötä, tapaavat päivittäin tai esimerkiksi ovat leikkaussalissa työparina, ei ehkä ole tarvettakaan tavata kovin usein. Toisaalta jos erikoistuva tekee käytännön työtä melko yksin, lyhyet tapaamiset viikon parin välein voivat olla perusteltuja. Näin voi olla esimerkiksi yleislääketieteessä tai työterveyshuollossa. Monien ohjaajien kokemuksen mukaan hyvä ohjaussuhde alkaa säästää aikaa, kun erikoistuva lääkäri ja hänen osaamisensa tulee tutuksi. Konsultaatiot ovat perusteltuja ja erikoistuvalle voi antaa enemmän vastuuta ja tehtäviä.
Erikoistuvan ohjauksessa ei tavoitteena ole opettaa tenttikirjojen tietoa eikä välttämättä käden taitojakaan. Nämä erikoistuvan tulee oppia erikoistumisen aikana, mutta pääasiassa itse lukemalla ja tekemällä sekä erikoistumiseen kuuluvilla kursseilla. Opettamisen sijaan ohjauksessa korostuvat oman erikoisalan ajattelu- ja toimintatavan oppiminen, palautteen anto ja kysymysten tekeminen. Erikoistuvien kokemusten mukaan hyvä tuutori on inspiroiva ja kriittinen: jaksaa kysyä MIKSI teet näin (vastaukseksi ei riitä, että aina näin on tehty tai näin minulle on opetettu).

Vanhoista, luontevista oppimisen tavoista ei tietenkään ole syytä luopua. Oppiminen kierroilla, päivystyksissä ja konsultaatiotilanteissa perustuu Hippokrateen ajalta periytyvään ja koeteltuun

tapaan siirtää osaamista kollegalta toiselle. Toisaalta erikoistuvan ohjaus voi tarjota mahdollisuuden keskustella tärkeistä asioista, mihin kiireinen osasto- tai vastaanottotyö ei anna aikaa.

Alla joitain hyvin erilaisia esimerkkejä erikoistuvan ohjauksesta eri erikoisaloilta.

Lasten ja Nuorten sairaala

Lastentautien erikoisalalla on ollut käytössä usean vuoden ajan tavoitteenasettelu-arviointikeskustelut erikoistuvan lääkärin ja kouluttajan kesken. Keskusteluja on pyritty käymään jokaisen erillisen 2-3 kk palvelujakson aluksi ja lopuksi ja usein myös jakson puolessa välissä. Kussakin yksikössä on laadittu oppimistavoitteet: mitä jakson jälkeen tulee osata. Aluksi käydään tavoitekeskustelu, jossa käydään läpi jakson tavoitteita sekä erikoistujan itse laatimat henkilökohtaiset oppimistavoitteet . Erikoistuva lääkäri pyytää itse palautetta ja antaa myös palautetta kouluttajalleen. Palaute on yleensä suullista, mutta monet erikoistuvat dokumentoivat palautteen portfolioonsa. Joillakin osastoilla kerätään koulutusjakson jälkeen myös hoitajapalaute.

Etelä-Karjalan keskussairaala, kirurgia

Tuutoriparit muodostetaan ”kiertolistan” avulla, erikoistuvat eivät itse valitse tuutoriaan. Tuutori on erikoistujan ”tukihenkilö”, joka tarvittaessa auttaa erikoistujaa ajamaan oikeuksiaan saada koulutusta. Vuoden aikana on kaksi tapaamista, joissa läsnä erikoistuja, ohjaaja ja kouluttaja. Näissä tapaamisissa käydään läpi koulutussuunnitelmaa ja sen seurantaa sekä lokikirjaa. Arviointi toteutetaan käyttäen tiedekunnan lomakkeita (”hämähäkkilomake” ym). Arviointia on vastavuoroista ja myös seniorit saavat palautetta.

Jorvin sairaala, psykiatria

Erikoistuja valitsee tuutorinsa. Tapaamisten tiheys riippuu mm. siitä, onko erikoistuvalle järjestetty työnohjausta. Väljänä tavoitteena on tapaamiset 2/kk. Tuutoroinnissa käsitellään erikoistujan tarpeiden mukaan esimerkiksi potilastapauksia tai osaston dynamiikkaa: tapahtumia ja tunnereaktioita. Keskustelut eivät kuitenkaan ole varsinaista työnohjausta eivätkä ne korvaa sitä. Keskusteluissa korostuu oppimisen näkökulma: esim. mitä potilastapauksesta voi oppia. Siksi omien kokemusten jakaminen voi parhaimmillaan olla vastavuoroista. Kokeneen erikoislääkärin kokemusten kuuleminen voi samalla rakentaa ”psykiatrian erikoislääkärin ajattelutapaa”. Tuutoroinnissa voi erikoistujan tarpeiden mukaan olla myös ”opintojen ohjausta”: minkälaiseen työhön/työpisteeseen kannattaa seuraavaksi hakeutua, mitä kursseja kannattaa suorittaa, mitä lehtiä tai kirjoja lukea.

Keski-Suomen keskussairaala, anestesiologia

Erikoistuva valitsee tuutorinsa. Tuutorointitapaaminen esim. 3 kk välein on tuntunut sopivalta ja mahdolliselta järjestää. Erikoistuva pitää huolta siitä, että tuutoroinnin toteutuvat, ainoastaan ensimmäinen tapaaminen on ”automaattinen” muutaman kuukauden kuluttua talossa aloittamisesta
Keskimäärin Keski-Suomen KS:ssa anestesialla ollaan 1-2 vuotta. Tänä aikana eri vaiheissa on tuutoroinnilla erilaisia tarpeita. Erikoistuvat lääkärit itse näkivät ohjauksen tarpeet seuraavasti:

Alkuvaihe
- Palautteen saaminen: onko minusta anestesiologiksi
- Kuvan saaminen anestesiologiasta erikoisalana ja anestesiologin työstä, mitä tässä talossa erikoistuvalta odotetaan

Keskivaihe
- Mitä on alan erikoislääkärin työ alue- ja keskussairaalassa (myös esimiestehtävät)
- Omia potilaita tuutorin kanssa: vaivaamaan jääneet potilaat (critical incident, significant event)
- Tuutori voi myös antaa ”haasteita”, esim. vanhoja tenttikysymyksiä
- Palautetta edelleen tärkeää saada

Loppuvaihe, kun YO-palvelu lähenee…
- Tarvetta syventää osaamista ja liittää yhteen taitoa ja teoreettista tietoa, esim. anestesiologian osa-alueiden läpikäyminen esimerkkipotilaiden kautta
- Valmistautuminen YO-palveluun
- Palaute edelleen tärkeää

Yleislääketiede (KTTL)
Jotkut kouluttajat ja ohjaajat ovat kokeneet haastavaksi ohjauskeskustelujen aloittamisen. Kummallekaan osapuolelle ei ole oikein selvää, miksi tavataan ja mistä keskustellaan. Yleislääketieteessä on sovittu alkuvaiheen ohjauskeskustelun runko:

- Mitkä ovat olemassa olevat ammatilliset valmiutesi?
- Mitä haluat oppia lisää (tämän 2 v aikana)?
- Mitä odotat minulta?
- Mitä odotan sinulta?
- Millainen on hyvä yleislääkäri?
- Miten sellaiseksi tullaan?
- Miten käytännössä toimimme?

2.3 Lokikirja

Helsingin yliopistossa on vuoden 1999 aikana laadittu *erikoisalakohtaiset lokikirjat* kaikille erikoisaloille. Lokikirjan tehtävänä on tukea erikoistuvan lääkärin oppimista ja antaa väline hänen kehittymisensä seuraamiseen. Lokikirjat löytyvät elektronisessa muodossa osoitteesta http://www.ltdk.helsinki.fi/opiskelu/erikoislaakari.
Niitä voi tulostaa ja kopioida erikoistuvien käyttöön. Osa erikoistuvista on saanut lokikirjan erikoisalan vastuuhenkilöltä kansion tai vihkon muodossa.

2.3.1 Koulutussuunnitelma

Eräs vanhan erikoislääkärikoulutuksen ongelmia on ollut sen suunnitelmattomuus ja pirstaleisuus. Uudessa erikoislääkärikoulutuksessa erikoistuva laatii yhdessä vastuuhenkilön kanssa *henkilökohtaisen koulutussuunnitelman*. Sitä varten löytyy lomake lokikirjasta. Tarkoituksena on, että jo erikoistumisen alkuvaiheessa erikoistuminen olisi suunnitelmallista ja erikoistuja keskustelee palveluista etukäteen vastuuhenkilön ja tarvittaessa kouluttajan ja ohjaajan kanssa sen sijaan että palveluita hyväksytään jälkikäteen. On selvää, ettei erikoistumista voi koskaan etukäteen kokonaan suunnitella. Lääkärityövoiman tarve sairaalaosastoilla ja terveyskeskuksissa vaihtelee, samoin erikoistuvien elämäntilanteet ja toiveet. Kuitenkin ne vastuuhenkilöt, jotka ovat ottaneet käyttöön koulutussuunnitelmat ovat kokeneet järjestelmän hyvänä: kun tiedossa on kaikki erikoistuvat ja heidän suunnitelmiaan, on mahdollista suunnitella esimerkiksi yliopistopalvelua ja –miehitystä vuosia eteenpäin. Koulutussuunnitelma myös tukee erikoistujan suunnitelmallisuutta ja aktiivisuutta. Opinto-oppaaseen kirjattujen koulutusohjelman yleistavoitteiden lisäksi erikoistuvat voivat määritellä omia kehittymisalueitaan arviointien ja palautteiden perusteella ja vahvistaa osaamista erityisesti näillä.

Koulutussuunnitelman erikoistuva lääkäri laatii yhteistyössä koulutusohjelman vastuuhenkilön kanssa heidän ensimmäisessä tapaamisessaan koulutusohjelmaan hyväksymisen jälkeen. Tarkoituksena on suunnitella mahdollisimman kattava ja monipuolinen sekä erikoistuvan lääkärin henkilökohtaisten oppimistavoitteiden mukainen koulutus. Suunnitelmaa täydennetään vuosittain ja sitä voidaan tarvittaessa muuttaa erikoistumisen aikana esim. vastaamaan paremmin erikoistuvan lääkärin muuttuneita oppimistavoitteita.

2.3.2 ”Temppulistat”

Lokikirjat sisältävät erikoisalakohtaiset osiot erikoislääkärikoulutuksen aikana opittavista asioista ja suoritettavista toimenpiteistä. Ne ovat usein listoja nähtävistä tai tehtävistä toimenpiteistä (”temppulistat”) tai ne määrittelevät asiakokonaisuudet, jotka valmiin erikoislääkärin tulee hallita. Näihin on useilla erikoisaloilla haettu mallia eurooppalaisista lokikirjoista.

Useilla erikoisaloilla käytännöksi on muodostunut, että ”temppulistoja” erikoistuja ylläpitää itse. Monilla erikoisaloilla toimenpiteiden määrät saadaan suoraan atk:lta. Tapaamisissa ohjaajan tai kouluttajan kanssa listoja voidaan käydä läpi, mutta ensisijainen tarkoitus ei silloinkaan ole kontrolloida. Tarkoitus on pikemminkin tarkistaa, onko toimenpiteitä, joiden tekemiseen erikoistujalle täytyy järjestää mahdollisuus. Useat erikoistujat ovat jo havainneet, että listoja kannattaa ylläpitää. Tarvittaessa voi näyttää, mitä **ei** ole päässyt tekemään tai näkemään. Tällöin kouluttajan velvollisuus on huolehtia harjoittelumahdollisuudesta tai muuten huolehtia asiasta.

Joillain erikoisaloilla lokikirjassa on määriteltynä suurempia asiakokonaisuuksia, jotka pitää oppia tai hallita, esimerkiksi verenpainetautipotilaan hoito. Näiden suurempien kokonaisuuksien osaamisen arvioinnissa erikoistujat usein tarvitsevat ja haluavat palautetta kouluttajalta tai ohjaajalta.

2.4 Arviointi ja palaute

Merja Ashorn ja Taina Mäntyranta

Uuden erikoislääkäriasetuksen keskeisiä uudistuksia on säännöllinen palaute ja arviointi. Palautteen puute on toistuvasti koettu ongelmallisena eri erikoisaloilla tehdyissä selvityksissä. Vanhassa erikoislääkärikoulutuksessa palautetta on annettu sattumanvaraisesti ja se on usein sisältänyt pelkkää kritiikkiä. Käsitteellisesti palaute ja arviointi ovat hieman eri asioita. Palaute on havaintojen kertomista kun taas arviointi on kannanotto toimintaan: miten asiat sujuivat, mikä meni hyvin ja mikä huonosti. Usein palautetta ja arviointia kuitenkin käytetään synonyymeinä, niin myös tässä tekstissä. Arviointi perustuu tavoiteasetteluun. Määrittämällä koulutuksen alussa selkeät tavoitteet voidaan koulutuksen kuluessa arvioida näiden tavoitteiden toteutumista ja tarvittaessa muuttaa koulutussuunnitelmaa. Näin voidaan arviointi keskittää konkreettisesti toimintaan. Asenteita työhön ja potilaisiin voidaan arvioida yhtä hyvin kuin toimintaa.

Uudessa erikoislääkärikoulutuksessa on tavoitteena, että erikoistuja saa säännöllistä palautetta häntä kouluttavilta erikoislääkäreiltä. Sen tarkoituksena on tukea erikoistuvan lääkärin oppimista ja kehittymistä. Palautteen ja arvioinnin avulla on mahdollista havaita asioita, joita voidaan parantaa ja joihin voidaan panostaa lisää. Arvioinnin onnistumisen perustana on avoin vuorovaikutus erikoistuvan lääkärin ja seniorin välillä.

Useimmat erikoisalat ovat päättäneet ottaa kokeilukäyttöön tiedekunnan arviointilomakkeet. Lomakkeet toimivat arvioinnin apuvälineinä, helpottavat arvioinnin suorittamista käytännössä ja antavat pohjan arviointikeskusteluille. Lomakkeet on pyritty suunnittelemaan sellaisiksi, että mahdollisimman moni erikoisala pystyisi niitä käyttämään. Kuitenkin useilla erikoisaloilla saattaa olla tarvetta muokata, lisätä tai karsia lomakkeiden sisältöä. Jotkut erikoisalat (esim. radiologia, patologia, terveydenhuolto) ovat päätyneet muokkaamaan erikoistujan lomaketta vastaamaan paremmin erikoisalan erityispiirteitä. Arviointi on mahdollista, ja toivottavaa, toteuttaa verkossa olevan Erikoislääkäri 2000 ohjelman avulla (ELHA 2000). ELHA:ssa on arviointilomakkeet eri-

koistuvien ja kouluttajien käyttöön. ELHA mahdollistaa koulutuksen vastuuhenkilöille laaja-alaisen koulutuksen seurannan, koska he voivat seurata erikoistuvien koulutuksen etenemistä verkkosivujen välityksellä.

Arviointilomakkeet liitteenä tai osoitteesta http://www.ltdk.helsinki.fi/opiskelu/erikoislaakari.

Käytännössä harvassa koulutuspaikassa arviointi on vielä systemaattista vuoden 2000 lopussa. Parhaimmillaan arviointikeskusteluja käydään jokaisen koulutusjakson (esim. 3 kk) alussa ja lopussa, joskus myös ko. jakson keskivaiheilla. Itsearvioinnin dokumentoinnin apuna useat erikoistuvat käyttävät tiedekunnan ”hämähäkkilomaketta”. Monissa klinikoissa tavoiteasettelu on jo arvioinnin perusta ja esim. Lasten ja nuorten sairaalassa keskeinen osa erikoislääkärikoulutusta. Palautteen annossa on hyvä noudattaa tiettyjä “pelisääntöjä” (taulukko 1)

Taulukko1. Erikoislääkärikoulutuksen palautteen “pelisääntöjä”

Palaute on:

- Sekä suullista että kirjallista
- Jatkuvaa koko erikoistumisen ajan
- Kaksisuuntaista (sekä erikoistuva että seniorit antavat palautetta)
- Palautetta pyytää sen saaja
- Selkeästi ilmaistuna tavoitteena on ammatillinen kehittyminen

Tunnistettavaa:

- Keskittyy toimintaan
- Perustuu havaintoihin
- Sisältää esimerkkejä

Käyttökelpoista:

- Täsmällistä, konstailematonta ja mielellään välitöntä
- Esittää ratkaisumallin tai vaihtoehtoisen toimintamallin

Rehellistä ja johdonmukaista:

- Tärkeitä asioita ei jätetä sanomatta
- Sanallinen ja muu viestintä sopusoinnussa

Turvallista:

- Edellyttää empatiaa palautteen antajalta
- Positiivisten ja negatiivisten asioiden välillä on tasapaino

Kokemuksen mukaan eniten on koettu hyötyä arvioinnista, jossa erikoistuja ensin itse arvioi omaa osaamistaan ja oppimistaan lomakkeella. Sen jälkeen seniori voi omalla lomakkeellaan tehdä saman. Arviointien vertailu ja siitä syntyvä keskustelu on usein ollut arvioinnin tärkein anti. Keskustelussa voi nousta esiin erilaisuutta niissä kriteereissä, joilla erikoistuva ja seniori arviointia tekevät. Keskustelussa voi myös tulla esiin asioita, joihin muuten voi olla vaikea tarttua, kuten asenteisiin liittyviä seikkoja. Parhaimmillaan arviointikeskustelu johtaa erikoistujan syvenevään kuvaan omasta osaamisesta ja uusiin ideoihin siitä, miten osaamista voi hankkia.

Koulutusjakso vaihtelee erikoisaloittain. Jollain erikoisalalla suurin osa palvelusta on yliopistosairaalassa. Tällöin koulutusjakso voi olla yhdessä toimipisteessä (osastolla tai poliklinikalla) suoritettu aika. Jollain erikoisalalla jakso voi olla sairaalakohtainen.

Lomakkeet liitteenä s. 28-32

Lomake A: Vastuuhenkilötapaamiset

Lomakkeen etusivulle kirjataan lyhyesti koulutuksen alussa ja sen jälkeen vuosittain koulutuksen tavoitteet ja erikoistuvan omat tavoitteet tulevaksi vuodeksi.

Lomakkeen toisella sivulla on mahdollista arvioida tavoitteiden saavuttamisen astetta kuluneen vuoden aikana sekä koulutusohjelman että erikoistujan kannalta. Asteikolla 1-6 arvio 1 tarkoittaa, että tavoite on saavuttamatta, ja arvio 6, että tavoite on saavutettu.
Apuna voidaan käyttää vuoden aikana kertyneitä arviointilomakkeita ja lokikirjamerkintöjä. Lomakkeessa on varattu tila sellaisten keskeisten asioiden kirjaamiseen, jotka ovat joko tukeneet tavoitteiden saavuttamista, tai joita olisi syytä parantaa.
Lomakkeesta otetaan kopiot sekä vastuuhenkilölle että erikoistuvalle lääkärille.

Lomake B: Erikoistuvan lääkärin itsearviointilomake
Lomake C: Kouluttajan / henkilökohtaisen ohjaajan lomake

Kunkin erikoistumisvuoden aikana erikoistuvan lääkärin oppimista arvioivat sekä hän itse että hänen henkilökohtainen kouluttajansa sekä ohjaajansa.
Tavoitteista sovitaan koulutusohjelman rakenteesta ja toteuttamistavasta riippuen esimerkiksi kolmeksi kuukaudeksi, jonka jälkeen käydään arviointikeskustelut. Niissä voidaan käyttää apuna tarkoitusta varten suunniteltua lomaketta, jonka täyttävät sekä erikoistuva että hänen ohjaajansa. Lomakkeet ovat identtiset, joten niiden keskinäinen vertailu tukee arviointia ja auttaa myös seuraavan jakson suunnittelua.

Lomakkeissa tietoja kuvaavat kohdat 1-4, taitoja kohdat 5-11 ja asenteita kohdat 12-14.

Koulutusjakson päättyessä arvioidaan jokainen kohta erikseen. Kun arviot merkitään kuvioon ja merkkipisteet yhdistetään toisiinsa viivoilla, syntyy ns. oppimisprofiilikuvio.
Lomakkeen täyttö edellyttää perehtymistä eri sisältöalueisiin. Apuna on myös asteikko 1-5, jossa 1 edustaa kehityksen alkuvaiheessa olevaa ja 5 erittäin pitkälle kehittynyttä oppimista.
Arviointiperusteet ovat lomakkeen täyttäjien henkilökohtaisia arvioita ja niiden tarkoitus on auttaa arviointikeskustelussa ja oppimisen kehittämisessä.

Jos koulutuksessa on erikoistumisvuoden aikana useita erillisiä koulutusjaksoja, joiden aikana myös kouluttajat voivat vaihtua, suositellaan lomakkeiden käyttöä jaksojen kestosta riippuen yhden tai useamman kerran noin 1,5-2 kk välein ja jaksojen lopussa.
Jaksojen lopussa tai vuoden lopussa kouluttajat ja henkilökohtaiset ohjaajat antavat täyttämänsä lomakkeet ohjelman rakenteesta riippuen erikoistuvalle, joka voi sisällyttää ne ja omat itsearviointilomakkeensa portfolioonsa ja käyttää niitä myös vastuuhenkilötapaamisessa. Ohjaaja voi säilyttää kopioita antamistaan arvioista omassa kansiossaan.

Lomake D: Ohjaustoiminnan arviointilomake

Kouluttajan ja henkilökohtaisen ohjaajan oman kehittymisen kannalta on hyödyllistä, että myös hän saa palautetta toiminnastaan erikoistuvalta. Tässä voidaan käyttää apuna lomaketta D, joka täytetään vähintään kerran vuodessa (kunkin koulutusvuoden lopussa). Mikäli vuoden aikana kouluttajina tai henkilökohtaisina ohjaajina on eri henkilöitä, täytetään jokaisesta oma lomakkeensa.

Tämä lomake heijastaa erikoistuvan käsityksiä kouluttajan sekä henkilökohtaisen ohjaajan toiminnasta ja heille palautetta, jota he voivat käyttää hyväkseen. Jos kouluttaja tai henkilökohtainen ohjaaja haluaa pisteyttää itsestään annetun arvion, hän voi käyttää asteikkoa 1-5, jolloin maksimipistemäärä on 70. Tämä lomake jää kouluttajalle tai henkilökohtaiselle ohjaajalle, joka voi käyttää sitä esimerkiksi portfoliossaan. Myös erikoistuva lääkäri voi ottaa siitä kopion portfolioonsa.

2.5 Ongelmakollegat

Systemaattinen palaute ja arviointi toivottavasti auttavat löytämään entistä aiemmin myös ne erikoistuvat lääkärit, jotka ovat hakeutuneet väärälle erikoisalalle tai joilla on muita työhön liittyviä ongelmia. Erikoisalat joutuvat ratkaisemaan, mitä tekevät näissä tilanteissa. Keskeistä lienee hyvä yhteistyö kentällä toimivien ohjaajien ja kouluttajien sekä koulutuksen vastuuhenkilön kesken. Ongelmatapauksissa on myös hyvä, että on olemassa dokumentteja palautteesta ja arvioinnista.

Yleislääketiede (KTTL)

Ohjaajakoulutuksessa on keskustelu siitä, minkälaisilla lääkäreillä saattaa olla vaikeuksia yleislääkärin työssä (mm. kapea biomedisiininen ajattelutapa, huono epävarmuuden sieto, tarve löytää ”oikea” sairaus, ylitarkkuus, yhteistyökyvyn puute). Vastuuhenkilön ja ohjaajien kesken on sovittu, että mahdollisimman aikaisessa vaiheessa pyritään puuttumaan, jos näitä asioita alkaa tulla esiin. Jos keskustelu erikoistuvan ja hänen ohjaajansa kesken ei johda tulokseen, esimerkiksi erikoisalan vaihtoon, ohjaaja ottaa yhteyttä kouluttajaan ja koulutuksen vastuuhenkilöön.

Kaikkien erikoisalojen yhteinen ongelma ovat ne onneksi harvalukuiset kollegat, joilla psyykkisen sairauden, päihteiden käytön tai muun syyn vuoksi kliinisen työn laatu on huono ja jopa potilasturvallisuus saattaa vaarantua. On tärkeää, että myös näissä tapauksissa asioihin puututaan ajoissa. Potilasturvallisuuden vaarantuessa on myös erikoistuvan lääkärin edun mukaista, että asiaan puututaan. Ohjaajan, kouluttajan ja vastuuhenkilön velvollisuus on ottaa asiassa yhteyttä terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen (TEO).

3 Ohjauksen teoriaa

Marjo Hahka-Kemppinen ja Taina Mäntyranta

Asiantuntijan osaaminen nähdään erilaisena kuin rutinoituneen ammatinharjoittajan (ekspertin) osaaminen (Nikkarinen ym. 2001). Ekspertti käyttää valmista ratkaisumallia laajasta tieto- ja kokemusvarastostaan kun taas asiantuntija pyrkii laajentamaan omaa osaamistaan ja ratkaisee ongelmia uusia tietoja ja taitoja oppimalla. Erikoislääkäri on oman erikoisalansa asiantuntija, paljon enemmän kuin alan ekspertti.

Oppimisesta erikoislääkärikoulutuksesta on tehty niukasti tutkimusta. Toisaalta kasvatustieteissä ja oppimisen tutkimuksessa käsitykset oppimisesta ja opettamisesta ovat kehittyneet ja niitä voi soveltaa myös erikoislääkärikoulutukseen. Siirtyminen behavioristisesta oppimiskäsityksestä kognitiiviseen heijastuu selvästi myös erikoislääkärikoulutukseen. Näiden lisäksi erikoislääkärikoulutuksen uudistuksessa voidaan nähdä yhtymäkohtia itseohjautuvuuden ja reflektiivisyyden teoriaan sekä motivaation, palautteen ja mallioppimisen merkitykseen lääkärin oppimiselle.

3.1 Behavioristisesta kognitiiviseen oppimiskäsitykseen

Oppimiskäsitykset vaikuttavat opetukseen ja sen toteutukseen sekä niihin liittyviin tottumuksiin, asenteisiin ja arvoihin (Rauste-von Wright ja von Wright 1994). Behavioristisen oppimiskäsityksen mukaan oppimisen perusmuotona on ärsyke-reaktio-assosiaatioden muodostuminen, jota säätelee vahvistamisen eli reaktion seuraukset. Oppimisen kannalta on tärkeää vahvistaa tai palkita tiettyjä käyttäytymismalleja. Tämä on johtanut hallintakeskeiseen opetukseen: opettaja asettaa tavoitteet, sekä osittaa ja ajoittaa opetuksen (Rauste-von Wright ja von Wright 1994).

Vastapainoksi behavioristiselle käsitykselle oppimisesta on kehittynyt kognitiivinen oppimiskäsitys ja sille perustuvat oppimiskäsitykset kuten konstruktivismi. Näyttää siltä, että varsinkin *tietojen* oppimisessa behavioristisesta oppimiskäsityksestä on pääosin luovuttu. Kuitenkin erikoislääkärikoulutuksessa *taitojen* oppimisessa behavioristinen oppimiskäsitys tarjoaa edelleen käyttökelpoisen teoriapohjan. Vahvistamisen ja sammuttamisen on todettu muokkaavan myös *asenteita*: sisätauteihin erikoistuvilla sekä erikoistuvat kollegat että erikoistumisajan opettajat aktiivisesti pyrkivät vaikuttamaan ja yhdenmukaistamaan potilaisiin asennoitumista (Mizrahi 1985).

Kognitiivinen oppimiskäsitys ei ole yksi yhtenäinen teoria, vaan se sisältää erilaisia suuntauksia ja näkökulmia, joiden yhteisenä nimittäjänä on näkemys tavasta hahmottaa ympäröivää maailmaa. Se tarjoaa yhden vaihtoehtoisen tavan tarkastella tiedon hankkimista ja kognitioprosessia. Kognitiivisessa näkemyksessä korostuu yksilöllisen tiedon muodostamisen ja prosessoinnin, konstruoinnin merkitys oppimisessa (Poikela 1998). Keskinen idea on, että tieto ei siirry, vaan oppija konstruoi tietoa itse. Oppija valikoi ja tulkitsee informaatiota, jäsentää sitä aikaisemman tietonsa pohjalta ja siihen nivoutuvana sekä rakentaa kuvaa maailmasta omien kokemustensa pohjalta. Oppimisprosessi on sidoksissa tilanteeseen ja kulttuuriin ja tapahtuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Rauste-von Wright ja von Wright 1994). Kognitiotieteiden tutkimustuloksia on sovellettu lääketieteen opetukseen ja oppimiseen monin tavoin (Reese 1998).

Viime vuosina lääkärikoulutuksessa on alettu entistä enemmän painottaa vuorovaikutukseen ja ryhmätyöhön liittyvää osaamista. Ihmiset pystyvät asiantuntijuuttaan jakamalla ratkaisemaan monimutkaisempia ongelmia kuin heille muutoin olisi mahdollista. Asiantuntijuus kehittyy parhaiten eritasoisten asiantuntijoiden muodostamassa yhteisössä. Tällaisissa yhteisöissä, joissa on

mukana sekä aloittelijoita että asiantuntijoita, ryhmä voi samanaikaisesti sekä toteuttaa tehtäväänsä että ohjata aloittelijoita taitojen kehityksessä. Toinen etu noviisien ja asiantuntijoiden muodostamille ryhmille on, että ne ovat tehokkaita säätelemään omaa toimintaansa. Sen mahdollistaa noviisien ja asiantuntijoiden laadullisesti erilainen osaaminen ja tietämys (Lehtinen ja Palonen 1997). Aloittelijoiden ja asiantuntijoiden muodostamassa järjestelmässä tapahtuu paljon virheitä, mutta siinä on myös paljon virheen korjausmekanismeja, jolloin ne todennäköisesti havaitaan. Nollasta poikkeava virheiden määrä on järjestelmän kannalta edullista, koska se muodostaa oppimistilanteen ei ainoastaan virheentekijälle, vaan myös muille ryhmän jäsenille. Virheiden havaitseminen kannalta päällekkäinen asiantuntemus on hyvin keskeistä. Se tekee järjestelmästä myös joustavan mahdollistaen toisten tukemisen (Hakkarainen ym 1999). Hyvänä esimerkkinä jaetusta asiantuntijuudesta toimii lääkärikoulutus, jossa kisälli-mestari-malli on toiminut vuosisatojen ajan. Toisaalta lääkärin oppiminen jatkuu mestarinakin.

Jaetun asiantuntijuuden (ja yleisemmin sosiaalisesti hajautetun kognition) käsitteellä viitataan prosessiin, jonka aikana useat ihmiset jakavat tietoon, suunnitelmiin ja tavoitteisiin liittyviä älyllisiä voimavaroja saavuttaakseen jotakin, jota yksittäinen ihminen ei pystyisi toteuttamaan (Oatley 1990). Kahden tai useamman ”tietämättömän” yksilön yhteiset ponnistukset synnyttävät usein jotakin enemmän kuin kummankaan omat yksilölliset saavutukset. Asiantuntijuuden jakamisen arvo näyttää olevan siinä, että toisen tai toisten palaute toimii uusien ajatusten testaamisen välineenä. Omien käsitysten tarkastelu muiden näkökulmasta on älykkään toiminnan ja uusien ajatusten luomisen kannalta oleellista ja tukee syvällisen käsitteellisen ymmärryksen saavuttamista (Hakkarainen ym 1999). Asiantuntijuuden kehittymistä tukee parhaiten yhteisö, joka asettaa yksilölle asteittain kasvavia vaatimuksia ja samalla tukee häntä haasteisiin vastaamisessa. Parhaimmillaan tämä toteutuu, kun erikoistuvalle lääkärille tarjotaan kasvavia haasteita, mutta hän saa lisäksi koko ajan palautetta toiminnastaan ja tarpeen mukaan ohjausta ja koulutusta.

Bereiteria ja Scardamalia erottavat toisistaan ensimmäisen ja toisen asteen ympäristöt. Arkielämää ja koulua voidaan luonnehtia ensimmäisen asteen ympäristöksi. Siinä yksilö sopeutuu suhteellisen muuttumattomiin olosuhteisiin. Toisen asteen ympäristölle on puolestaan tyypillistä se, että yksilön oma sekä muiden yhteisön jäsenten toiminta koko ajan muuttaa sopeutumisen ehtoja ja johtaa vaatimustason asteittaiseen kasvuun (Bereiter ja Scardamalia 1993). Tyypillinen toisen asteen ympäristö on tieteellinen tutkimusryhmä, terveyskeskus tai sairaalan osasto. Toisen asteen ympäristössä sopeutuminen tapahtuu syventämällä vaaditun tiedon määrää ja syvyyttä tarkastelemalla tuttuja ongelmia olennaisesti syvemmällä tai monimutkaisemmalla tasolla.

3.2 Itseohjautuvuus ja reflektiivisyys

Itseohjautuva tai itseohjattu oppiminen (self-directed learning) korostaa oppijan aktiivisuutta. Sovellettuna lääkärikoulutukseen (Spencer ja Jordan 1999) sen keskeisiä elementtejä ovat muun muassa oppijan aloitteellisuus

- oppimistarpeiden määrittämisessä
- oppimistavoitteiden asettamisessa
- tietolähteiden identifioinnissa
- opiskelussa
- oppimistulosten arvioinnissa

(Nikkarinen ym 2001)

Cambel ym. (1999) ovat kuvanneet, miten lääkärin itseohjautuva oppiminen etenee. Mallissa lääkäri on ensin tietoinen mahdollisesta lääketieteellisestä ongelmasta ja eri tilanteissa ”skannaa” asiaan liittyvää tietoa lääketieteellisistä julkaisuista, kierroilta ja keskusteluista kollegojen kanssa. Seuraavissa vaiheessa lääkäri arvioi ongelmaa ja siihen liittyvää oppimistarvetta, opettelee ongelman ratkaisuun liittyvät tiedot ja taidot sekä soveltaa näitä käytäntöön. Malli ei ole rakennettu erityisesti kuvaamaan erikoistuvan lääkärin oppimista vaan laajemmaksi lääkärin työssä oppimisen malliksi. Se kuvaa kuitenkin hyvin aktiivista, itseohjautuvaa erikoistuvaa, joka näkee oman osaamisensa puutteet, ”skannaa” eri lähteistä tietoa ja opettelee tarvitsemansa. Oppija on aktiivinen subjekti, joka itse voimakkaasti vaikuttaa siihen, mitä varten, miten ja millaista oppimista tapahtuu. Oppijan aktiivisuus ilmenee parhaiten kriittisenä reflektiona oppimisprosessin eri vaiheissa. Mielekäs oppiminen lähtee liikkeelle, kun oppija oivaltaa oman oppimistarpeensa ja todella haluaa muotoilla itselleen tarpeen mukaisen oppimistavoitteen. Tavoite puolestaan ohjaa oppijan tiedon ja kokemusten hankintaa ja suotuisassa oppimisympäristössä syntyy oppimiskokemus.

Reflektiivisyys on ennen kaikkea asenne, mutta myös tietoa ja toimintaa. Jotta asiantuntija voisi toimia reflektiivisesti hänen täytyy olla motivoitunut tarkastelemaan omaa toimintaansa ja siihen sisältyviä kokemuksia kriittisesti. Kriittisen reflektion tarkoituksena on kyseenalaistaa vakiintuneita tapoja tulkita ympäristöä, kanssaihmisiä ja omaa itseä ja saada uudistavia oivalluksia. On sanottu, että tarve ymmärtää omaa kokemustaan on inhimillisistä tarpeista perustavimpia (Mezirow 1996).

Ammatillinen itsereflektio: oman ammattitoiminnan pohtiminen ja arviointi on tarpeellinen taito kaikissa lääkärikoulutuksen vaiheissa (Hoppu 1998, Pitkälä ym 2000). Yksinkin voi reflektoida, mutta omien kokemusten ja ajatusten jakaminen toisten kanssa syventää ajattelua ja johtopäätöksiä (Snadden ja Thomas 1998). Uudessa erikoislääkärikoulutuksessa on useita itseohjautuvuutta ja reflektiivisyyttä korostavia piirteitä. Jo uuden erikoislääkäriasetuksen teksti korostaa oppimisen aktiivista luonnetta puhuessaan erikoistujasta tai erikoistuvasta lääkäristä vanhan asetukset koulutettavan sijaan (Vainiomäki 1997). Henkilökohtainen oppimissuunnitelma ja koko lokikirja korostavat oma osaamisen arviointia ja henkilökohtaisten oppimistavoitteiden asettamista yhdessä kokeneempien senioreiden kanssa.

3.3 Motivaatio, palaute ja potilastapaukset

Tärkeä osa oppimista on motivaatio. Useissa tutkimuksissa lääkärin uteliaisuus on tärkein oppimisen motivaatiotekijä. Uteliaisuus sekä motivoi oppimiseen ja muutokseen että on yhteydessä avoimuuteen uuden oppimisessa (Mann 1994). Nykykäsityksen mukaan motivaatio kuvastuu erityisesti toiminnan tietoisissa tai tiedostamattomissa tavoitteissa. Käytännössä motivaatio ilmenee useimmiten siinä, mihin valikoiva tarkkaavaisuus kohdistuu (Rauste-von Wright ja von Wright 1994)

Palaute on keskeinen osa oppimismotivaatiota ja tehokasta oppimista. Toiminnan tuloksista tai seurauksista saadun palautteen merkitystä oppimisprosessissa korostetaan kaikissa oppimisen teorioissa (Rauste-von Wright ja von Wright 1994). Palaute edistää oppimistavoitteiden saavuttamista, nopeuttaa oppimista sekä lisää itsearvioinnin taitoja (Mann 1994). Palautteen ja arvioinnin periaatteena on verrata saavutettua tulosta asetettuihin tavoitteisiin (Merenmies ym 2000). Henkilökohtainen palaute on myös tehokas tapa muuttaa lääkärin toimintakäytäntöjä (Nikkarinen ym 2001).

Lääkärin motivaatio oppimiseen nousee usein omista potilaista. Uteliaisuus ja halu selvittää, mistä on kysymys tai miten potilas pitäisi hoitaa, ohjaavat oppimista. Tämä näkyy muun muassa aiemmin mainitussa lääkärin itseohjautuvan oppimisen mallissa (Cambel ym 1999). Useissa tutkimuksissa on todettu, miten lääkärin tiedontarve herää lääkärin kohdatessa potilaita, joilla on monimutkaisia ongelmia. Potilaiden herättämät kysymykset liittyvät useimmiten hoitoon (Nikkarinen ym. 2001). Lääketieteen opetuksessa tapauksia on käytetty tietojen, taitojen ja asenteiden oppimiseen kliinisessä, eettisessä ja johtamiskoulutuksessa Hippokrateen ajoista lähtien. Tapaukset voivat olla todellisia ja keksittyjä; ne voivat olla paperitapauksia, simulaatioita tai eläviä potilastapauksia. Potilastapausten käyttö lääkärikoulutuksessa jäi sivuun jossain määrin tilastollisten ja epidemiologisten menetelmien kehittymisen myötä, mutta on kokenut uuden nousun viime vuosikymmenellä (Weingrod ja Neuhauser 1989, Nikkarinen ym. 2001). Useat erikoislääkärikoulutuksessa käytetyt oppimismenetelmät perustuvat erikoistuvan (tai seniorin) omien potilastapausten käsittelyyn ja niistä oppimiseen (ks. jäljempänä *critical incident* ja *random case analysis).*

3.4 Sosiaalinen vuorovaikutus ja mallioppiminen

Sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitystä oppimisessa on viime aikoina korostettu (Rauste-von Wright ja von Wright 1994). Sosiaalisen tuen merkitys oppimisessa on tärkeä, palautteen saaminen ja antaminen sekä yhteinen reflektio ohjaavat oppimista ja mallista oppiminen on yksi tapa oppia. Nämä kaikki nykykäsitykset näkyvät myös uudessa erikoislääkärikoulutuksessa. Henkilökohtaisen ohjaajan (ja kouluttajan) merkitys korostuu oppimista ohjaavana tekijänä. Oli sitten kyse reflektiivisestä pohdinnasta tai tiedon konstruktiosta oppija tarvitsee prosessissa aika ajoin opettajan ohjausta ja tiettyä struktuuria. Ohjaajan tehtävä on luoda konteksti ja tila oppimiselle sekä antaa tukea ja kannustusta. Ohjaajalla tulee olla myös vahva kokonaisnäkemys siitä, mistä oppimistilanteessa on kyse (Boud 1985).

Erikoistuvien lääkäreiden ammatillisuus on jo pitkälle kehittynyt ja mallioppimisen merkitys saattaa olla pienempi kuin lääketieteen perusopintojen aikana. Kuitenkin erikoistuvalla lääkärillä on vahva motivaatio erikoisalan ajattelu- ja toimintatavan oppimiseen ja varsinkin erikoistumisen alkuvaiheessa mallioppimisen merkitys voi olla tärkeä. Mallioppiminen on kokonaisvaltaista oppimista. Sen edellytyksenä on oppijoiden voimakas motivaatio hankkia ammatilliseen rooliin

kuuluvat tiedot ja taidot (Shuval ja Adler 1980). Mallioppimisessa oppija ajan kuluessa identifioituu malliin. Mallioppimista on todettu tapahtuvan sekä kaikkien idealistisimmilla että kaikkein kyynisimmillä lääketieteen opiskelijoilla (Shuval ja Adler 1980). Mallioppimisen kautta siirtyy seuraavalla lääkärisukupolvelle paitsi tietoja ja taitoja, myös arvoja ja asenteita. Tutkimuksissa todettu lääketieteen opiskelijoiden muistavat erityisesti lääkäriopettajistaan näiden persoonallisuuden, kyvyn opettaa, ammatillisuuden, asennoitumisen potilaisiin ja asennoitumisen opiskelijoihin (Lublin 1992). Toisaalta näyttää siltä, että lääketieteen opiskelijat paitsi aktiivisesti identifioituvat opettajiinsa, myös aktiivisesti hylkäävät näiden antamia malleja (Shuval ja Adler 1980).

Mallioppimisen periaatteita on sovellettu tietojen ja taitojen oppimiseen ja puhutaan kognitiivisesta mallioppimisesta. Perinteinen kisälli-mestari-oppimisen prosessi edustaa varsin käsityömäistä kulttuuria, jolle on tyypillistä pitäytyminen aikaisemmin hyviksi havaituissa käytännöissä. Se on myös hidas prosessi, joka saattaa kestää vuosikausia, ellei siihen liity järjestelmällistä muodollista koulutusta ja ohjausta, kuten uuteen erikoislääkärikoulutukseen. Tämän voi katsoa pohjautuvan kognitiivisen mallioppimisen malliin, jonka ajatuksena on tukea oppilaan asiantuntijuuden kehitystä ohjaamalla hänet järjestelmällisesti harjoittamaan asiantuntijalle tyypillisiä ajattelu- ja toimintakäytäntöjä. Tilannesidonnaisen kognition tutkimuksesta syntyneen mestari-kisälli-oppimisen tarkoituksen on rohkaista opiskelijaa ajattelemaan niin kuin asiantuntija ja osallistuman asiantuntijoille tyypillisiin ajatteluprosesseihin. Siinä korostetaan asiantuntijuuteen liittyviä kognitiivisia ja metakognitivisia prosesseja paljon enemmän kuin esimerkiksi motoristen taitojen harjoittelua. Olennaista on pyrkimys muuntaa piileviä tiedonkäsittelyprosesseja ulkoiseen ja helposti jäljiteltävään muotoon. Sen menetelmät pyrkivät sosiaalistamaan opiskelijat asiantuntijoiden aitoihin käytäntöihin aitojen ongelmien ratkaisemisen ja opiskelija-asiantuntija vuorovaikutuksen välityksellä (Hakkarainen ym 1999). Voidaan arvioida, että muodollinen institutionalisoitunut koulutus on selvästi osoittanut olevansa tehokkaampi kuin perinteinen työssä oppiminen. Ilman vahvoja teoreettisen ajattelun välineitä on vaikea ymmärtää ja hallita muuttuvia tilanteita ja työtehtäviä. Kaikki tieto ei myöskään ole tilanteisiin sidottua. Siirtovaikutuksen merkitys ja voimakkuus riippuu kysymyksessä olevan tiedon ja taidon luonteesta. Konkreettisiin kokemuksiin ja esimerkkeihin yhdistyneenä abstrakti teoreettinen ajattelu on erittäin tehokas oppimisen menetelmä (Anderson ym 1996.)

Collins, Brown ja Newman (1989) ovat kehitelleet kognitiivista mallioppimista käytettäväksi erilaisissa ongelmanratkaisutaitoja vaativissa tehtävissä. Huomion kohteena on itse oppimisprosessi, jota havainnoimalla oppija pystyy kehittämään oppimistaan ja kontrolloimaan sitä uudella tavalla. Lisäksi oppijoita kannustetaan kehittämään oppimisstrategioitansa edelleen ja analysoimaan tarkemmin omaa oppimistyyliään. Ohjaaja vetäytyy taka-alalle ja itsenäisen tiedonhankinnan merkitys korostuu. Oppijan kokemuksen karttuessa ja oppimisstrategioiden kehittyessä vaatimustasoa vähitellen lisätään. Asteittain vaikeutuvien tehtävien tavoitteena on irrottaa oppiminen alkuperäisestä kontekstistaan ja laajentaa opitun sovellusmahdollisuuksia. Taitojen ja strategioiden lisääntyessä ja kehittyessä oppija pystyy itse tunnistamaan uusia sovellusalueita (Collins ym 1989) Korkeatasoisen oppimisen ehto on opiskelijan metakognitiivinen taito säädellä omaa oppimistaan. On tärkeää, että opiskelijalla on omistusoikeus omaan oppimiseensa, minkä seurauksena hän vähitellen pystyy ottamaan siitä yhä enemmän vastuuta (Vermunt ja van Rijswijk 1988).

Behavioristisen ja kognitiivisen suuntauksen sisällä ja lisäksi on useita muita oppimiskäsityksiä (Rauste-von Wright ja von Wright 1994, Nikkarinen ym 2001).

3.5 Mitä on hyvä ohjaus?

Taina Mäntyranta

Anglosaksisessa kirjallisuudessa kuvataan runsaasti hyvän ohjaamisen periaatteita. Näitä ovat Lehtinen ja Jokinen (1999) koonneet ”hyvän ohjaamisen huoneentauluksi”. Tässä ydinperiaatteet erikoislääkärikoulutukseen soveltaen:

1. Kehitä filosofiaasi

Hyvä ohjaaja on miettinyt käsitystään aikuisen oppimisesta ja opettamisesta. Näiden perusteella hän pystyy perustelemaan itselleen miksi hän tekee ja toimii niin kuin hän toimii. Alla erään keskussairaalakouluttajan pohdintaa erikoistuvan lääkärin ohjaamisesta:

1. *Nuoremman kollegan ohjaaminen on työtä.*
2. *Ammatti opitaan käytännössä, mieluiten ohjausta saaden, peruskoulutuksen pohjalta.*
3. *Lääkäri on itse tärkein työvälineensä, jonka kehittäminen ja kunnossa pitäminen on ohjaamisen tärkein tavoite.*
4. *Lääkärin työn tarkoitus on potilaan (ja läheisten) auttaminen – diagnostiikka, tutkimukset ja hoidot sen välineitä.*
5. *Ohjaaminen ja oppiminen ovat ihmiselle luontaisia tapahtumia, joiden muodot vaihtelevat.*
6. *Asia tai toimenpide on opittu, kun lääkärille voidaan antaa kokonaan vastuu siitä ja sen hoitamisesta.*

2. Ymmärrä aikuisoppijoiden ainutlaatuisuus

Iän ja kokemuksen myötä ihmisten erilaisuus oppijoina lisääntyy. Persoonallisuus, oppimistyyli, henkilö- ja työhistoria, itsetunto ja –tuntemus vaihtelevat. Näin myös erikoistuvien lääkäreiden kohdalla. Kouluttajien ja ohjaajien kokemusten mukaan yksi erikoistuva lääkäri saattaa hakea senioreilta paljonkin tukea ja kannustusta, kun taas toinen erikoistuva tarvitsee vain käytännön ohjeita. Tarjolla on myös pedagogisia työkaluja (oppimistyylikartoituksia) oppijoiden (ja opettajien) erilaisuuden kartoittamiseen. Muun muassa yleislääketieteen kouluttajakoulutuksessa on käytetty oppimistyylikartoituksia .

3. Eliminoi kuormittavat tekijät

Erilaiset fyysiset, sosiaaliset ja psyykkiset tekijät vaikuttavat ja voivat vaikeuttaa oppimista. Uhaton, avoin ja kannustava oppimisilmapiiri edistää myös erikoistuvan lääkärin oppimista.

4. Anna visioita

Oppija haluaa tietää, mitä häneltä odotetaan. Varsinkin erikoitumisen alkuvaiheessa erikoistuja voi kaivata visioita siitä, mitä erikoislääkärin työ on ja mitkä ovat realistisia oppimistavoitteita.

5. Ole aito ja uskottava

On sanottu, että jos tuutori on aito, lämmin ja empaattinen, niin kaikki muu järjestyy.

6. Anna haasteita

Haasteet ovat hyvän ohjauksen keskeinen piirre. Myös erikoistuvat lääkärit arvostavat kouluttajaa tai ohjaajaa, joka antaa haasteita. Haasteita voivat olla kysymykset: miksi teet noin, mitä muita vaihtoehtoja voi olla.

7. Edistä kokeilua ja soveltamista

8. Seuraa, miten aikuiset kokevat oppimisen

9. Rohkaise itsenäisyyttä

Ohjauksen oppikirjoissa ohjauskeskustelu jaetaan usein osavaiheisiin (Woolfe ym. 1987, Lehtinen ja Jokinen 1999).

Avausvaihe: Mitä ohjauksella ja tällä keskustelulla on tarkoitus saada aikaan. Molempien osapuolten käsitykset ja odotukset on syytä kartoittaa. Tarkoituksena voi olla arviointi ja palautteen antaminen tai tulevien sijoitusten suunnittelu.

Selvitysvaihe. Erikoituvan tilanteen (tai ongelman) kartoittaminen. Aktiivinen kuuntelu: erikoistuvan tilanteen, mutta myös siihen liittyvien ajatusten ja tunteiden ymmärtäminen.

Jäsentämisvaihe. Ohjaaja auttaa esimerkiksi yhdistämällä asioita suuremmiksi kokonaisuuksiksi, tekemällä vastakkainasetteluja, tulkitsemalla, tai kertomalla omia kokemuksia.

Päätöksenteko ja tavoitteiden muotoileminen. Tavoitteiden on hyvä olla paitsi ongelman ratkaisun kannalta keskeisiä, myös realistisia, konkreettisia, täsmällisiä ja saavutettavissa.

Päätösvaihe-toimintasuunnitelma

3.6 Ohjaajan erilaiset roolit

Lehtisen (1992) mukaan tuutoroinnissa on neljänlaisia komponentteja: oppisisällöllinen ohjaus, opiskelutekninen ohjaus, suora neuvominen ja informointi sekä ymmärtävä auttaminen. Tuutoroinnin sisällön mukana muuttuvat myös tuutorin roolit ja tehtävät. Tuutorointi osoittaa opiskelijalle yksilöllisten taipumusten pohdinnan kautta suuntaviivoja oman asiantuntijuuden rakentamiseen. Tuutorointi on yläkäsite ja jatkumo, jonka toisessa ääripäässä on "akateeminen" ohjaus: oppisisältöjen oppimiseen tähtäävä ohjaus ja neuvonta. Jatkumon toisessa ääripäässä on henkilökohtainen neuvonta, joka tähtää yksilön ongelmien selvittämiseen ja ratkaisemiseen, esimerkiksi omaan persoonaan liittyvissä ongelmissa, tai yksityiselämän ja opiskelun yhteensovittamisen vaikeuksissa (ihmissuhde,- talous- ja terveysasiat). Näiden ääripäiden väliin jää sosiaalinen tuutorointi, jota on ohjaajan ja oppijan välinen epävirallinen kanssakäyminen joko organisoiduissa tai satunnaisissa tapaamistilanteissa (Korpilahti ym 2001).

Erikoistuvaa lääkäriä ohjaava joutuu miettimään omaa rooliaan ja tehtäväänsä. Kouluttaja tai ohjaaja saattaa nähdä oman roolinsa lähinnä asiantuntijana, jonka osaamista siirretään erikoistuvalle lääkärille. Ohjaus on tietojen ja taitojen opettamista, ”oikeassa olemista”. Voi kuitenkin olla, että erikoistuvalla olisi enemmän käyttöä ohjaukselle, joka haastaa kriittiseen ajatteluun. Monet ohjaajat ovat lisäksi havainneet, että nuoren kollegan tuoreet yliopistoklinikassa opitut tiedot ja taidot voivat olla jopa paremmat kuin seniorin vastaavat. Silloinkin ohjaus, joka haastaa miettimään miksi näin toimitaan, voi auttaa erikoistuvaa eteenpäin. Kouluttajan tai ohjaajan ei tarvitse tietää ja osata kaikkea. Joku voi nähdä oman roolinsa mallina olemisena. Roolimallin omalta erikoisalalta voi olla erityisen tärkeää erikoistumisen alkuvaiheessa.

Luokanopettajakoulutuksessa on tutkittu ohjauskeskustelun toimintamalleja (Krokfors 1997). Näitä voinee soveltaa myös erikoistuvan ohjaamiseen.

Taulukko 2. Luokanopettajakoulutuksen ohjauskeskustelun toimintamalleja

	Tilannekeskeinen malli	**Normatiivinen malli**	**Reflektiivinen malli**
Ohjaajan rooli	Identiteetin vahvistaminen, mallina olo	Asiantuntija	Kumppani suunnittelussa ja arvioinnissa
Ohjaajan tavoite	Auttaa ja rohkaista	Osaaminen siirtyy ohjattavalle	Ajattelun herättäjä
"Paradigma"	Persoonallisuuden kasvun ohjaus	Teknis-instrumentaalinen ohjaus	Kriittinen ohjaus

Erikoistuvan lääkärin ohjauskeskustelut ohjaajan tai kouluttajan kanssa sisältävät samoja elementtejä kuin työohjaus ja esimies-alaiskeskustelut. Lisäksi erikoistuvan lääkärin esimies saattaa toimia kouluttajana tai ohjaajana ja erikoistuvalla saattaa olla työnohjausta ohjaustapaamisten lisäksi. Tarkka rajanveto eri roolien välillä on mahdotonta: erikoisala ja koulutuspaikan koko vaikuttavat asiaan paljon. Toisaalta on tärkeä, että erikoistuvaa ohjaavat seniorit ymmärtävät ja rajaavat oman roolinsa realistisesti. Ohjauskeskustelun, työnohjauksen ja esimies-alaiskeskustelun eroja voi jäsentää esimerkiksi seuraavasti:

Taulukko 3.

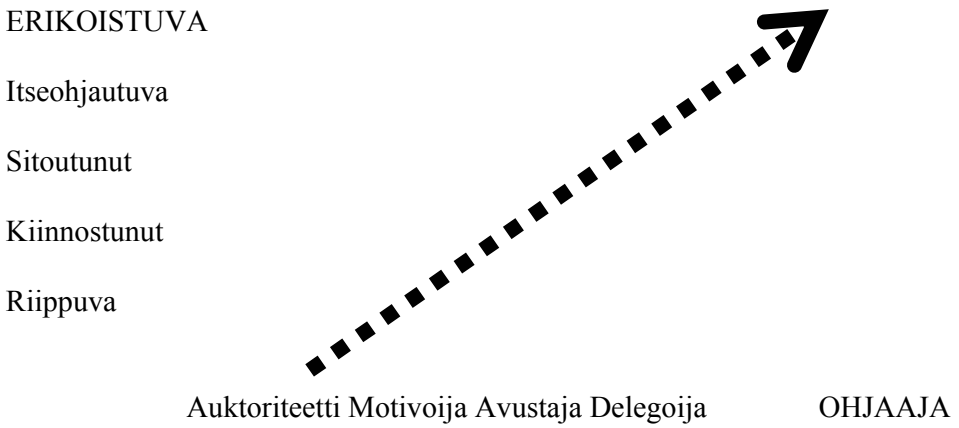
Ohjauskeskustelu	Työnohjauskeskustelu	Suunnittelukeskustelu/ esimies-alaiskeskustelu
Tavoitteena ensisijaisesti **ammatillinen kehittyminen** Usein pitkäjänteinen kehittyminen - oppimisen/osaamisen arviointi - koulutuksen ja työtehtävien suunnittelu "Riippumaton" ohjaaja tai oma esimies	Tavoitteena ensisijaisesti **tuen anto** nykyisessä työssä Usein konkreettiset, hankalana koetut tilanteet - työtavat - työhön vaikuttavat asenteet - työssä kohdatut tunteet Yleensä "riippumaton" työnohjaaja	Tavoitteena **henkilön, työn ja työyksikön kehittäminen** Usein työn kehittäminen - yksilön ja yksikön tavoitteet ja arviointi - työ- ja koulutusjärjestelyt Esimies

Erikoistuvan ohjaus ei ole työnohjausta siinä mielessä kuin se joillain erikoisaloilla, esimerkiksi psykiatriassa, on järjestetty. On selvää, että ohjauskeskustelu usein sisältää myös työnohjauksellisia elementtejä. Näihinkin keskusteluihin kannattaa löytää oppimisen näkökulma: mitä kannattaisi tehdä toisin seuraavalla kerralla, mitä tästä voi oppia. Perinteisesti työnohjauksessa keskustellaan vain ohjattavan kokemuksista ja asioista. Erikoistuva saattaa hyötyä paljonkin seniorin kokemusten kuulemisesta: miten selviää hankalista potilastilanteista tai potilaan kuolemasta. Jos työnohjauksellinen osuus keskusteluissa erikoistuvan kanssa tuntuu vievän aikaa oppimiselta tai muuten raskaalta, kannattaa ehdottaa ohjattavalle varsinaista työnohjausta koulutetun työnohjaajan kanssa.

3.7 Ohjaussuhteen “elämänkaari”

Ohjauksessa näkyy usein erilaisia vaiheita. Näistä vaiheista ja kehityskaaresta on esitetty erilaisia malleja. Yhteistä malleille on ohjattavan itseohjautuvuuden ja riippumattomuuden lisääntyminen ja ohjaajan auktoriteetin väheneminen.

Kuva 1. Ohjaussuhteen kehittyminen



Kirjallisuuden mukaan ohjauksen alkuvaiheessa voi olla erilaisia fantasioita siitä, mitä ohjaus saattaisi antaa tai tuutorin osaamisesta. Vähitellen fantasiat muotoutuvat odotuksiksi ja niitä verrataan todellisuuteen: ne joko täytyvät tai eivät täyty. Käsitys tuutorin osaamisesta muuttuu realistisemmaksi. Yhteistyö muuttuu tasaveroisemmaksi ja molemmat kokevat hyötyvänsä siitä. Jossain vaiheessa saattaa molemmista alkaa tuntua, ettei ohjaussuhdetta enää tarvita. Tilalle voi muodostua tasaveroinen kollegiaalisuus tai ystävyys.

4 Ideoita toimipaikkakoulutukseen ja ohjaukseen

4.1 Toimipaikkakoulutus

Toimipaikkakoulutusta Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta edellyttää annettavan 2-5 tuntia lukukausien aikana. Tähän sisältyvät erilaiset meetingit. Toimipaikkakoulutuksen suunnittelussa kannattaa ottaa huomioon, että Suomen Lääkäriliiton kyselyssä useimmat valmistuneet erikoislääkärit ovat kokeneet saaneensa riittävästi opetusta kliiniseen työhön ja esiin tulleet tärkeimmät puutteet osaamisessa ovat muualla. (taulukko 4)

Taulukko 4. ”Missä määrin sait erikoislääkärikoulutuksessa opetusta seuraaviin asioihin?”. Vuosina 1987-1996 valmistuneiden lääkäreiden vastausten jakauma (n=1803)

	Aivan liian vähän tai liian vähän	Sopivasti	Liian paljon tai aivan liian paljon
Johtamiseen	84	15	1
Hallinnolliseen työhön	80	18	2
Opetustyöhön	66	33	3
Sosiaalisiin kysymyksiin	55	42	3
Oman työn kehittämiseen	52	42	5
Eettisiin kysymyksiin	50	47	2
Tutkimustyöhön	51	41	8
Terveysneuvontaan	46	51	3
Preventioon	38	58	4
Yhteistyöhön eri sektoreiden välillä	35	59	7
Kliiniseen työhön	20	70	10

(Hyppölä 2000)

Eri erikoisaloilla ja koulutuspaikoissa on löydetty uusia tapoja järjestää toimipaikkakoulutusta:

Tentti/oppikirjojen läpikäynti (”tenttikinkerit”)
Hyviä kokemuksia on sekä yliopistosairaalasta että muista koulutuspaikoista seniorivetoisesta tai kokonaan erikoistuvien itsensä vetämästä systemaattisesta tenttikirjojen lukemisesta ja tenttikysymyksiin tutustumisesta (tenttikysymyksiä löytyy kotisivulta http://www.ltdk.helsinki.fi/opiskelu/erikoislaakari/)
Usein tenttikinkereitä on pidetty muutaman kuukauden välein tai useamminkin, esim. kerran kuussa työajalla 50-100 sivun ”paketeissa”.

”Tapauspankki”
Jotkut kouluttajat ovat laatineet oman alansa tapauspankkeja. Ne saattavat sisältää jopa satoja kliinisiä potilastapauksia. Oman erikoisalan tapauksia saattaa löytyä myös valmiista linkkikirjastoista (ks. alla).

Etäopetuksen parempi hyödyntäminen
Videomeetinkejä ja muuta video-opetusta on jo tarjolla useilla erikoisaloilla. Sen sijaan verkko-opetusta ei erikoislääkärikoulutuksessa on vielä kovin paljoa hyödynnetty. Esimerkiksi silmätau-

tien kotisivuilta löytyy hyviä esimerkkejä verkko-opetuksesta
http://www.kll.helsinki.fi/osastot/siko/silkl/
Verkko-opetuksesta Kalle Romanov on koonnut hauskan ja helpon ohjeiston ”lääketieteelliselle verkko-opettajalle”. Sivuilta löytyy ohjeita ja ideoita erilaisten tietotekniikan sovellusten opetuskäyttöön.
http://www.helsinki.fi/~romanov/openhome/menu1.htm

Vuorovaikutus
Potilas-lääkärisuhde ja vuorovaikutus ovat toistuvasti olleet asioista, joista jo valmiit erikoislääkärit olisivat toivoneet lisäoppia erikoistumisaikana. Esimerkiksi syöpätautien erikoistuville on järjestetty kerran lukukaudessa ilta potilaan ja lääkärin välisestä vuorovaikutuksesta. Ideaa voisi varmaan kokeilla muuallakin. Vuorovaikutuskouluttajakoulutusta saaneita kollegoita alkaa jo olla runsaasti ja heillä on kokemusta erilaisten oppimismenetelmien käytöstä: simuloidut potilaat, videoiden käyttö, roolipelit ja kaunokirjallisuuden käyttö. Lääketieteellisistä tiedekunnista löytyy opettajia, mutta koulutettuja kollegoita eri erikoisaloilta löytyy myös Kunnallislääkäreiden ”Oxfordin kurssin” käyneistä sekä Duodecimin ja Syöpäpotilasjärjestöjen kouluttajakurssin käyneistä. Kunnallislääkäreiltä ja Duodecimista löytynee yhteystietoja.

Etiikka
Toinen alue, jota valmiit erikoislääkärit olisivat toivoneet erikoislääkärikoulutukseen on etiikka. Pekka Louhiala on koonnut opetuskäyttöön tapauspankin joka sisältää ongelmatapauksia lääkintäetiikan ja –oikeuden aloilta. Miekka ja käärme –hankkeessa on toteutettu myös tapauksia kommentoiva ”Opettajan kirja”, jota ei kuitenkaan virallisesti julkaista. Se sisältää lääkäri-eetikon, oikeustieteilijän ja filosofin kommentit jokaiseen tapaukseen. Opettajan kirjan teksti on saatavissa perustellusta pyynnöstä Pekalta (pekka.louhiala@helsinki.fi) . Pankki löytyy sivulta: http://www.terkko.helsinki.fi/resurssi/etiikkapankki/

Näyttöön perustuva lääketiede (EBM)
Myös lääketieteellisen tiedon hakua, artikkeleiden kriittistä arviointia ja muuta EBM-tyyppistä opetusta on toivottu osaksi erikoislääkärikoulutusta. Perusopetuksen EBM-koulutukseen on Helsingin lääketieteellinen tiedekunta kouluttanut useita kymmeniä eri alojen kollegoita. Näistä saattaa löytyä oman alan yhteistyöstä kiinnostunut opettaja. Tiedekunta on myös koonnut erittäin käyttökelpoisen EBM- paketin, jossa on mm. ohjeita ja lomakkeita erityyppiseen lääketieteellisten artikkelien kriittiseen arviointiin. Lisätietoja saa lääketieteellisen tiedekunnan pedagogisesta yksiköstä.

Erikoistuvien itseohjautuvaan oppimiseen sopivat hyvin Duodecimin Käypä hoito- sivuilta löytyvä materiaali http://www.duodecim.fi/kh/
Sivuilta löytyvät mm. ohjeet EBM-tiedonhakuun sekä suomenkielisiä tiivistelmiä EBM- artikkeleista, jotka ohjaavat artikkelin kriittiseen arviointiin. Seuraavat tiivistelmät löytyvät sivuilta:

- Hoito- tai preventiotutkimuksen arviointi
- Diagnostisen testin arviointi
- Ennusteen arviointi
- Haittavaikutuksesta raportoivan tutkimuksen arviointi
- Katsausartikkelin arviointi
- Tutkimusasetelmien hyötyjä ja haittoja

Pienessä ryhmässä erikoistuvat voivat Käypä hoito-tekstien avulla opetella lukemaan ja arviomaan oman erikoisalan tutkimusraportteja. Käypä hoito-ohjelman lisäksi Duodecimin Terveysportista löytyy paljon hyödyllistä http://www.terveysportti.fi. Kaikki sairaanhoitopiirit ovat solmineet sopimuksen terveysportin käytöstä.

Kalle Romanov on myös laatinut ohjeita mm. tehokkaasta tiedonhausta:
http://academy.terkko.helsinki.fi/terkkoakatemia/romanov/www_medicine.doc
http://academy.terkko.helsinki.fi/terkkoakatemia/romanov/kr6.doc

Hallinto ja johtaminen
Muodollisen hallintoon ja suunnitteluun perehdyttävän koulutuksen tuntimäärä on pieni ja useat erikoistumisen loppuvaiheessa olevat lääkärit ovat motivoituneita perehtymään yksikön henkilö- ja taloushallintoon. Joissain yksiköissä on otettu erikoistuvia yksi kerrallaan mukaan johtoryhmän toimintaan. Vaikka erikoistuvat voivat osallistua vain ”kuunteluoppilaina”, johtoryhmän kokouksiin osallistuminen sekä lisää ymmärrystä hallinnon ja päätöksenteon logiikasta, myös ymmärrystä omista vaikutusmahfdollisuuksista. Muutenkin erikoistuvien aktiivinen mukaan otto erilaisiin kehittämishankkeisiin sekä lisää erikoistuvien ymmärrystä yksikön hallinnosta ja johtamisesta että tuo hankkeisiin motivoituneita, kriittisiä ja usein laajakatseisia kollegoja.

4.2 Oppimistehtävät

Ohjaajat ovat joillain erikoisaloilla ottaneet käyttöön oppimistehtäviä, jotka voivat antaa systemaattisuutta ohjaustapaamisiin ja syventää oppimista.

Tapausten käyttö
Oppimistehtävä voi olla erikoislääkäritentin tenttikysymys, johon erikoistuja ”vastaa” seuraavaan tapaamiseen mennessä. Oppimistehtävän lähtökohtana on todellisen elämän vaatima osaaminen ja se voi olla silta teorian ja käytännön välillä (Lehtinen ja Jokinen 1999). Jotkut kouluttajat ja ohjaajat ovat joko itse laatineet erikoisalakohtaisia potilastapauksia tai he ovat käyttäneet valmiita potilastapauksia. Kalle Romanov on koonnut eri erikoisalojen linkkejä linkkikirjastoon OpenHome). Kirjastosta saattaa löytyä oman erikoisalan potilastapauksia ohjeineen ja muuta käyttökelpoista materiaalia, myös erikoistuvien itseohjautuvaan opiskeluun.

OpenHomen sisältää yli 20 erikoisalalta opetukseen soveltuvia linkkejä. Kunkin linkin yhteydessä on suppea kuvaus sisällöstä. Kokoelmaan on valittu aineistoja erityisesti opetus- ja jatkokoulutuskäyttöä ajatellen, pelkkiä erikoisalayhdistysten kotisivuja, linkkejä tai konferensseja ei juuri ole mukana.

Kokoelman osoite: http://www.helsinki.fi/~romanov/openhome/menu7.htm

Critical incident
Jotkut kouluttajat ja ohjaajat ovat spontaanisti ottaneet käyttöön ohjauskeskusteluissa erikoistuvan lääkärin ”omat tapaukset”. Kirjallisuudessa tästä usein käytetään nimeä critical incident (significant event), joka on jokin erityisen muistettava tapahtuma. Se saattaa liittyvä hoidon epäonnistumiseen, tai “vähältä piti- tapahtumaan”. Yhtä hyvin se voi olla erityisen onnistuminen potilastyössä. Critical incidentiä on käytetty varsinkin brittien erikoislääkärikoulutuksessa siten, että erikoistuja on kirjoittanut paperille jokin lähiaikojen potilastapauksen, joka on tavalla tai toisella jäänyt vaivaamaan (Euract 1995). Tapauksen läpikäyminen on muodostanut pohjan erikoistuvan ja tuutorin tapaamiselle. Läpikäynti voi keskittyä kliiniseen osaamiseen: mitä olisi pitänyt tai voinut tehdä, mitä siitä olisi seurannut. Yhtä hyvin keskustelu voi koskea potilastapauksen eettisiä tai vuorovaikutukseen liittyvää elementtejä.

Random case analysis

Erikoistuvan omia potilastapauksia voidaan käsitellä myös ottamalla ohjauskeskustelussa yhteiseen käsittelyyn ”satunnaisesti” esimerkiksi päivän kolmas potilas. Tällainen käsiteltävien tapausten valinta voi auttaa kartoittamaan ja tekemään näkyväksi erikoistuvan ”sokeita alueita” (Euract 1995).

Ryhmäohjaus
Monille ohjaajille saattaa kertyä useampia erikoistuvia. Ainakin joitain ohjauskeskusteluja kannattaa järjestää silloin useammalle erikoistuvalle yhtä aikaa. Erikoistuvat oppivat myös toisiltaan ja muun muassa yllä olevat työtavat sopivat hyvin ryhmäohjaukseen. Seniorit voivat myös vuorotellen ohjata omia ja kollegan erikoistuvia: vaihtelu voi tuoda esiin uusia näkökulmia ja lomaaikojen järjestelyt helpottuvat.

Kehityskansio (Portfolio)
Lokikirja on työkalu erikoitumisen suunnitteluun ja dokumentointiin. Se on helppo laajentaa kehityskansioksi, jossa erikoistuva voi pohtia omaa kasvuaan lääkärinä ja erikoislääkäriksi, kirjata omaa ”erikoislääkärin filosofiaansa”, jäsentää saamansa palautetta ym. Hyviä kokemuksia on muun muassa lastentaudeilta (Korhonen ym. 2001), yleislääketieteestä ja hallinnon pätevyydestä (Pitkälä ym. 2000)

5 Kiitokset

Tämä kirjanen on syntynyt ideoista, kommenteista ja kysymyksistä, joita erikoistuvat, ohjaajat, kouluttajat ja vastuuhenkilöt eri erikoisaloilta ovat esittäneet. Useat erikoislääkärikoulutuksen vastuuhenkilöt, kouluttajat tai ohjaajat ovat lukeneet ja kommentoineet tekstiä. Erityisesti kiitämme arvokkaista kommenteista professori Martti Siimestä.

6 Kirjoittajat

Merja Ashorn, LT, apulaisopettaja, lääketieteellinen tiedekunta
Marjo Hahka-Kemppinen, LT, apulaisopettaja, Kliininen laitos, Syöpätautien osasto
Taina Mäntyranta, LL, apulaisopettaja, lääketieteellinen tiedekunta
Kaarlo Simojoki, LL, suunnittelija, lääketieteellinen tiedekunta

7 Viitteitä

Mukana on tässä työssä käytettyjä viitteitä sekä tekstejä eri erikoisaloilta.

Anderson JR, Reder LM, Simon H: Situated learning and education. Educational Researcher 1996; 25:5-11.

Bereiter C, Scardamalia M: Surpassing ourselves: An inquiry into the nature and implications of expertise. Chicago, IL;Open Court, 1993

Bissionette J, Gabbe S, Hammond C, MacDonald P, Polan M: Restructuring residency training in obstetrics and gynecology. Am J Obstet Gynecol 1999;180:516-518.

Boud D, Keogh R, Walker D ed. Reflection: Turning Experience into learning, London, Kogan Page, 1985.

Campell CM, Parboosingh J, Slotnick HB. Outcomes related to physician's practice-based learning. J Cont Educ Health Prof 1999;19:234-241.

Collins A, Brown JS, Newman SE: Cognitive apprenticeship: teaching the crafts of reading, writing and mathematics. Teoksessa Resnick LB, Knowing: Learning and Instruction. Erlbaum. Hillsdale, New Jersey, 1989.

Davis-Floyd RE. Obstetric training as a rite of passage. Med Antropol Quatr 1987;1:288-317.

Euract (European Academy of Teachers in General Practice). Teachers and trainers in general practice: attributes and learning areas. Lisbon 1995

Franco G, Bisio S: Total quality strategy in the formative process of the occupational physician. Scand J Work Environ Health 1999;25:153-156.

Fuller GN: Clinical training of specialist registrars in neurology: the registrar's perspective. J R Coll Physicians Lond 1999;33:56-59.

Hakkarainen K., Lonka K., Lipponen L. Tutkiva oppiminen:Älykkään toiminnan rajat ja niiden ylittäminen. WSOY, 1999.

Halila H, Mattila K, Kumpusalo E, Virjo I, Neittanmäki L, Kujala S, Luhtala R, Hyppölä H, Isokoski M: Riittääkö erikoislääkärikoulutuksen laatu- lääkärien mielipiteet erikoistumisesta. Suom Lääkäril 52:83-87, 1997

Harden RM: Early postgraduate education and the strategy of the dolphins. Med Teacher 1999;21:365-369.

Hyppölä H (toim). Lääkäri 98. Julkaisuja 2000:10. Sosiaali- jaterveysministeriö, Helsinki 2000.

Kekki P: Erikoislääkärikoulutusohjelman laadunarviointi. Osa I: koulutettavat. Suom Lääkäril 1999;54:977-981.

Kekki P: Erikoislääkärikoulutuksen laadun arviointi. Osa II: kouluttajat. Suom Lääkäril 1999;54:1123-1127.

Korhonen M, Ashorn M, Lavonius M, Martikainen A, Tenhula T, Vainionpää L, Mäntyranta T. Kehityskansio lastentautien jatko- ja täydennyskoulutuksessa. Duodecim 2001;117:170-175.

Korpilahti P, Levander L, Mäntyranta T, Pietilä T, Pyrhönen T. Aloittelevan opettajatuutorin selviytymisopas.Yliopistopedagogiikan approbatur- kurssi 2000-2001.

Krokfors L. Ohjauskeskustelu: Opetusharjoittelun ohjauskeskustelun toimintamallien tarkastelua. Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos. Tutkimuksia 171, 1997

Lehtinen E.Opiskelun ohjaaminen. Teoksessa Ekola, J.(toim.) Johdatusta Ammattikorkeakoulupedagogiikkaan. Juva: WSOY, 1992: 163-173.

Lehtinen E, Palonen T: Asiantuntijaverkosto oppimisympäristönä. Turun yliopisto, Täydennyskoulutuskekus, 1997

Lehtinen E, Jokinen T. Tutor itsenäistyvän oppijan ohjaaja. Jyväskylä, Atena Kustannus 1999

Lublin JR. Role modelling: a case study in general practice. Med Educ 1992;26:116-122.

Mann KV. Educating medical students: lessons from research in continuing education. Acad Med 1994;69:41-7.

Merenmies J, Turunen J P, Kekki P. Arviointi uudessa erikoislääkärikoulutuksessa. Suom Lääkäril 2000;55:1647-1652

Mezirow J. Kriittinen reflektio uudistavan oppimisen käynnistäjänä. Teoksessa Mezirow J et al. Uudistava oppiminen: Kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus-ja koulutuskeskuksen oppimateriaaleja 23, Helsinki, 1996.

Mizrahi T. Getting rid of patients: contradictions in the socialisation of internists to the doctor-patnet relationship. Soc Healh Ill 1985;7:214-235.

Nikkarinen T, Mäntyranta T, Huvinen S, Brommels M. Ongelma ohjaa, tieto tukee. Mitä kirjallisuus kertoo lääkäreiden toimintakäytäntöihin vaikuttamisesta? Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen laitos 2001

Oatley K. Distributed cognition. Teoksessa H. Eysenck, A. Ellis, E. Hunt ja P.Johnson-Laird (toim), the Blackwell dictionary of cognitive psychology. Oxford, Blackwell, 1990.

Pitkälä K, Mäntyranta T, Pauna A-R, Korhonen M, Heinänen T: Portfolio oppimisen välineenä lääketieteessä . Duodecim 2000;116:137-143.

Poikela S. Ongelmaperustainen oppiminen. Uusi tapa oppia ja opettaa? Hämeenlinna; Tampereen yliopiston opettajankoulutuslaitos, 1998.

Rauste-von Wright M, von Wright J. Oppiminen ja koulutus. Porvoo,WSOY,1994.

Reese AC. Implications of results from cognitive science research for medical education. Med Educ Online 1998;3:1-9.

Schacter Weingrod K, Neuhauser D: A short history of the case method of teaching. In book: Kovner A R, Neuhauser (Eds): Health Services Management. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan 1989:xi-xviii

Shuval JT, Adler I. The role of models in professional socialization. Soc Sci Med 1980;14A:5-14.

Snadden D, Thomas LM L, Griffin E M, Hudson H: Portfolio-based learning and general practice vocational training. Med Educ 1996;30:148-152.

Snadden D, Thomas M: The use of portfolio learning in medical education. Med Teacher 1998;20:192-199.

Spencer JA, Jordan RK. Learner centered approaches in medical education. BMJ 1999;318:1280-1283.

Vainiomäki P. Erikoislääkärikoulutuksen suuntaviivat. Suom Lääkäril 1997;52:1459-64.
Vermunt J, van Rijswijk F: Analysis and development of students´skill in selfregulated learning. Higher Educ 1988;17: 647-682.

Wall D: Twelve tips on teaching the consultant teachers to teach. Med Teacher 21:387-392, 1999

Werner EL: [General practitioners in hospital]. Tidsskr Nor Laegeforen 1998;118:4534-4536.

Woolfe R, Murgatroyd S, Rhys S. Guidance and counselling in adult and continuing education. Milton Keyness, Open University Press 1987.

8 Lomakkeet

8.1 Lomake A: Vastuuhenkilötapaamiset (sivu 1)

Erikoislääkärikoulutuksen arviointilomake

Nimi:

Erikoisala:

Koulutuksen vastuuhenkilöt:

Koulutusaika:

ERIKOISTUMISKOULUTUKSEN TAVOITTEET

1. vuosi
2. vuosi
3. vuosi
4. vuosi
5. vuosi
6. vuosi

ERIKOISTUVAN LÄÄKÄRIN TAVOITTEET

1. vuosi
2. vuosi
3. vuosi
4. vuosi
5. vuosi
6. vuosi

Lomake A: Vastuuhenkilötapaamiset (sivu 2)

TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN

	KOULUTUSOHJELMA						ERIKOISTUVA					
1. vuosi	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
2. vuosi	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
3. vuosi	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
4. vuosi	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
5. vuosi	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
6. vuosi	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

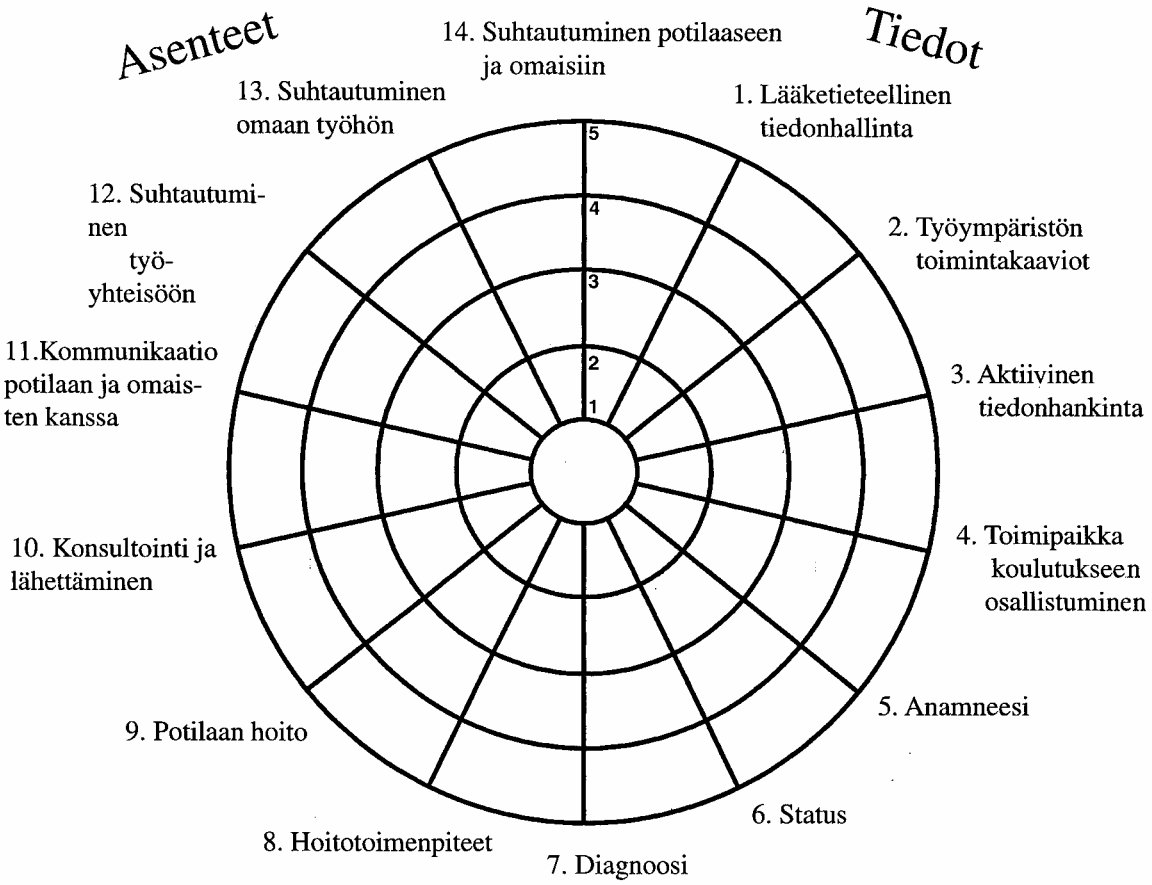
Mitkä asiat ovat eniten tukeneet tavoitteiden toteutumista?	Missä Missä asioissa eniten parantamisen varaa tavoitteiden toteutumisen kannalta?
1. vuosi	1. vuosi
1.	1.
2.	2.
3.	3.
2. vuosi	2. vuosi
1.	1.
2.	2.
3.	3.
3. vuosi	3. vuosi
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4. vuosi	4. vuosi
1.	1.
2.	2.
3.	3.
5. vuosi	5. vuosi
1.	1.
2.	2.
3.	3.
6. vuosi	6. vuosi
1.	1.
2.	2.
3.	3.

8.2 Lomake B: Erikoistuvan lääkärin itsearviointilomake

Erikoistuvan lääkärin lomake

Erikoistuvan itsearviointi

nimi
jakso:
pvm:



Taidot

Mikä meni hyvin?

1._____
2._____
3._____

Mitä voisi parantaa?

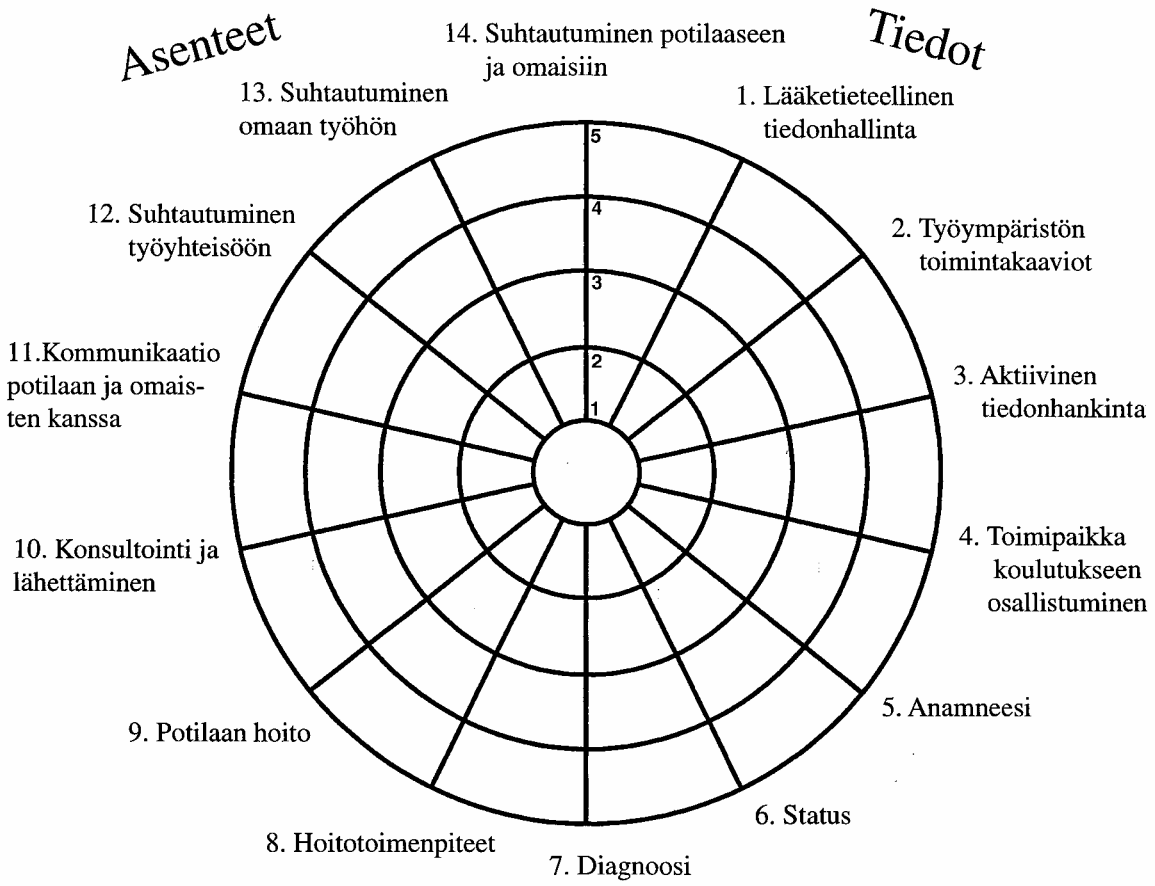
1._____
2._____
3._____

8.3 Lomake C: Kouluttajan / henkilökohtaisen ohjaajan lomake

Ohjaajan lomake

Ohjaajan arviointi erikoistuvasta lääkäristä

nimi
jakso:
pvm:



Taidot

Mikä meni hyvin?

1._____
2._____
3._____

Mitä voisi parantaa?

1._____
2._____
3._____

8.4 Lomake D: Ohjaustoiminnan arviointilomake

OHJAUSTOIMINTA-ARVIOINTI (Erikoistuvan suorittama)

Lomakkeella D arvioidaan ohjaajan toimintaa koulutettavan kannalta. Lomaketta käytetään koulutusjaksojen loppu-arvioinnissa yhdessä lomakkeiden B ja C kanssa. Tämä lomake jää ohjaajalle.

Ohjaaja:

Ajanjakso, jota arvio koskee:

Paikka:

Jakso:

Koulutettava:

Päivämäärä:

Arvioitavat asiat	Täysin samaa mieltä	samaa mieltä	en ole varma	eri mieltä	täysin eri mieltä
1. Avoin kysymyksille					
2. Asettaa haasteita					
3. Hallitsee asiansa					
4. Arvostaa koulutettavan mielipiteitä					
5. Käyttää ohjauksessa apuna potilaskertomuksia					
6. Pysyy asiassa					
7. Helppo ymmärtää					
8. Nauttii ohjaustyöstä					
9. Arvostaa koulutettavaa					
10. Esittää asiallista ja hyödyllistä informaatiota					
11. Sallii aikaa kysymyksille					
12. Pyrkii parhaansa mukaan mahdollistamaan koulutettavan oppimista					
13. Kannustaa tiedonhankintaan					
14. Suunnittelee yhdessä koulutettavan kanssa jaksolla läpikäytäviä asioita					

Maksimipistemäärä 70