

Emil Heinäaho, Laura Granberg, Maija Hartikainen, Pirkko Salohekkilä,
Johan Eriksson, Arja Helin-Salmivaara

Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutus – vauhdittajat ja hidastajat

Selvitimme poikkileikkaustutkimuksena, miten yleislääketieteen koulutusohjelma toteutuu Helsingin yliopistossa ja millaisia kehittämistarpeita siihen kohdistuu. Yleisin peruste erikoisalan valinnalle oli sen monipuolisuus. Juuri erikoistuneet toivoivat tulevaisuuden koulutusohjelmalta aikaisempaa enemmän henkilökohtaista ja ryhmämuotoista ohjausta, suunnitelmallisuutta sekä selvempää rakennetta.

Toimiva ja kustannustehokas terveydenhuolto perustuu toimivaan ja riittävän hyvin voimavaroin varustettuun perusterveydenhuoltoon (1), jonka kulmakivenä puolestaan toimivat osaavat yleislääketieteen erikoislääkärit. Systemaattisesti koottujen tietojen perusteella syksyllä 2015 noin puolet Hyksin erityisvastuualueen terveyskeskusten lääkärintehtävissä toimivista oli jatko-opiskelijoita. He suorittivat terveyskeskusjaksoa muun erikoisalan koulutuksen osana tai erikoistuivat yleislääketieteeseen. Yleislääketieteen erikoislääkäreitä terveyskeskusten kaikista lääkäreistä oli 27% Hyksin erityisvastuualueella. Koko maan tilanne on samansuuntainen. Tosin Lääkäriliiton julkaisemat viimeisimmät tilastot vuodelta 2016 ovat tässä asiassa moniselitteisiä (2). Sairaaloissa erikoislääkärien ja jatko-opiskelijoiden suhde oli päinvastainen: 31% sairaaloiden lääkäreistä oli jatko-opiskelijoita (2).

Helsingin yliopiston yleislääketieteen erikoislääkärikoulutukseen on ilmoittautunut vuoteen 2014 saakka vuosittain 30–40 jatko-opiskelijaa ja sen jäl-

keen 50–70. Vuodenvaihteessa 2017/2018 opinto-oikeus oli 505 jatko-opiskelijalla (3). Erikoislääkäreitä on valmistunut 2000-luvulla 13–29 vuodessa. Vuonna 2017 valmistui 26 alan erikoislääkäriä, mikä oli noin viisi prosenttia opinto-oikeuden omaavista. Muilla erikoisaloilla vastaava valmistuneiden osuus oli Helsingin yliopistossa noin 7,5% (3).

Erikoistumisen voi suorittaa kuudessa vuodessa (4). Oletimme, että erikoistumisjakso pitkittyy muun muassa muiden alojen jaksojen jonottamisen ja perhevapaiden vuoksi. Helsingin yliopiston erikoistumisohjelmassa tulisi työskennellä yhteensä kaksi vuotta vähintään kahdella muulla erikoisalalla.

Tarvitsemme tietoa koulutuksen nykytilasta, jotta voisimme kehittää erikoislääkärikoulutusta vastaamaan muuttuvia tarpeita. Halusimme tunnistaa erikoistumista sujuvoittavia ja hidastavia tekijöitä. Kiinnostuksen kohteena oli myös vasta valmistuneiden yleislääketieteen erikoislääkärien sijoittuminen palvelujärjestelmään. Tässä raportissa käytetty yleislääkäri-käsite tarkoittaa yleislääketieteen erikoislääkäriä.

Aineisto ja menetelmät

Teimme keväällä 2017 poikkileikkaustutkimuksen vuosina 2012–2016 Helsingin yliopistosta valmistuneiden yleislääketieteen erikoislääkäreiden joukossa. Kokosimme tutkimusjoukon Helsingin yliopiston rekisteristä ja sähköpostiosoitteet Lääkäriliiton jäsenrekisteristä. Tutkimusjakson aikana valmistui 92 yleislääketieteen erikoislääkäriä, joista 83:lle saimme sähköpostiosoitteet.

Järjestimme aluksi fokusryhmähaastatteluita, joihin kutsuimme kaikkia tutkimusjoukkoon kuuluvia. Ilmoittautuneita oli yhteensä seitsemän. Heistä koottiin yksi kolmen ja yksi neljän hengen ryhmä. Puolistrukturoidut haastattelut kestivät noin kaksi tuntia (sähköinen lisämateriaali 1). Kaksi tutkimusryhmän jäsentä toimi haastattelun vetäjinä. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.

Laadimme sähköisen kyselyn fokusryhmähaastatteluissa ja erikoistumisen kestoja koskevissa aikaisemmissa tutkimusraporteissa (5, 6, 7, 8, 9, 10) esiin nousseiden asioiden perusteella (sähköinen lisämateriaali 2). Testasimme kyselyn

toimivuutta neljällä tutkimusjoukkoon kuuluvalla.

Tulokset

Kyselyyn vastasi 43 (52%) erikoislääkäriä. Vastanneista 34 (79%) oli naisia. Vastajat olivat valmistuneet lääketieteen lissensiaateiksi vuosina 1986–2010 ja heistä 28 (65%) oli valmistunut Helsingin yliopistosta. Neljä oli valmistunut yleislääketieteen erikoislääkäriksi 2012, ja muilla valmistumisvuodet jakaantuivat tasaisesti vuosille 2013–2016. Neljällä oli myös toisen erikoisalan erikoislääkärin koulutus. Naisilla erikoistuminen kesti keskimäärin 11,6 vuotta (keskihajonta 5). Miehillä vastaava kesto oli 8,4 vuotta (2,4).

Tärkeimmät syyt yleislääketieteen erikoisalan valintaan on esitetty kuviossa 1. Työn monipuolisuudella ja pitkillä hoitosuhteilla oli suurin merkitys. Lähes sama merkitys oli potilaslähtöisyydellä, päivystyksen puuttumisella ja aikaisemmilla hyvillä kokemuksilla terveyskeskustyöstä. Tutkimustyön mahdollisuuden merkitys nähtiin vähäisimmäksi. Vastaaajista 35 (83%) valitsisi edelleen yleislääketieteen erikoisalaksi, jos valinta täytyisi tehdä uudelleen.

Poissaoloja työelämästä erikoistumisen aikana oli ollut 24 (57%) vastaajalla. Heistä 22 ilmoitti poissaolon syyksi äitiys-, isyys-, vanhempain- tai hoitovapaa. Lisäksi tässä joukossa oli poissaoloja ulkomailla asumisen, muiden syiden ja tutkimustyön vuoksi. Naisista 59% oli ollut perhevapailla pidempään kuin 24 kuukautta. Miehillä pisimmät perhevapaat olivat 10–12 kuukautta (kuudella yhdeksästä miespuolisesta vastaajasta).

Vastaaajista 28 (65%) työskenteli kyselyyn vastaamisen aikaan yleislääkärinä terveyskeskuksessa. Koulutus- ja ohjaajatehtäviä oli kahdeksalla (19%) ja esimies-tehtäviä seitsemällä (16%). Viisi (12%) työskenteli yleislääkärinä muualla kuin terveyskeskuksessa. Tulevaisuutta koskevaan avoimeen kysymykseen oli vastannut 36, joista kolmella oli suunnitelmassa erikoistuminen työterveyshuoltoon, yksi halusi työskennellä jossain muualla kuin perustasolla ja loput erilaisissa yleislää-

ketieteen erikoislääkärin tehtävissä. Kukaan ei kaavailut pelkästään hallinnollista uraa.

Vastajien kannanottoja erikoistumista koskeviin väitteisiin on esitetty kuviossa 2. Sekä terveyskeskusjaksojen että muiden kliinisten alojen jaksojen suorittaminen olivat onnistuneet pääosin toivotusti. Henkilökohtaisen kouluttajalääkärin tukea oli jäänyt paitsi 22 (51%) vastaajaa. Vain 14 (33%) vastaajaa koki, että heille oli nimetty koko koulutuksen ajaksi kouluttajalääkäri. Erikoistumisen koki suunnittelemattomaksi 18 vastaajaa (42%).

Terveyskeskusjakson oli suorittanut yhdessä tai kahdessa toimipaikassa 31 (72%) vastaajaa. Suosituimmat alat muiden kliinisten palvelujen suorittamisel-

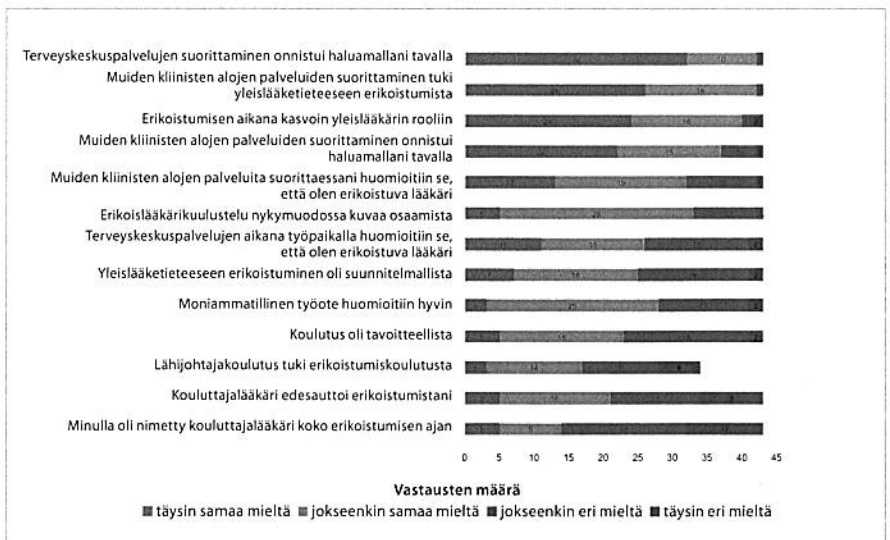
le olivat sisätaudit, psykiatria, geriatria ja kirurgia. Yksittäisen jakson keskimääräinen kesto oli kuusi kuukautta.

Kysyimme perhevapaiden lisäksi myös muista erikoistumista hidastaneista ja vauhdittaneista tekijöistä (kuvio 3). Seitsemän vastaajaa oli sitä mieltä, että lähijohtajakoulutus oli ollut hidaste ja viidelle muiden kliinisten alojen jaksojen suorittaminen oli hidastanut erikoistumista.

Pyysimme vastaajia ottamaan kantaa nykyiseen erikoistumisohjelmaan: mitä siihen tulisi lisätä, vähentää tai pitää ennallaan (kuvio 4). Henkilökohtaista ja ryhmässä tapahtuvaa ohjausta, koulutusväyliä ja ylipäätään koulutuksen rakenteellisuutta pidettiin tekijöinä, joita tulisi lisätä.



Kuvio 1. Yleislääketieteen erikoisalan valintaan vaikuttaneiden tekijöiden merkitys Helsingin yliopistosta 2012–2016 erikoislääkäriksi valmistuneilla.



Kuvio 2. Helsingin yliopistosta 2012–2016 valmistuneiden yleislääketieteen erikoislääkärin käsityksiä erikoistumisohjelman sisällöstä.

Vastaajista 29 (35%) oli myös pohjittanut avoimessa vastauksentässä yleislääkärin roolia tulevaisuudessa. Vastauksissa korostui rooli potilaan kokonaisuuden ymmärtäjänä ja hoitojen yhteen sovittajana (kahdeksan vastaajaa). Huolta aiheutti yleislääkärin entistä vahvempi rooli konsulttina, jolloin vastuu potilaan hoidon kokonaisuudesta häviää (neljä vastaajaa). ”Yleislääkäri on tärkeässä roolissa kokonaisuuden hallinnassa ja koordinoimisessa. Vaikutelma, jotta työ on muuttunut koko ajan enempi konsultointipainoiseksi ja varsinaista perusvastaanottoa on harmillisesti selkeästi aiempaa vähemmän.”

Huolenaiheeksi nousi myös työn hallittavuus. Vastaajat kokivat työmäärän jatkuvasti lisääntyvän. Työmäärää on

lisännyt muun muassa entistä monisairaamat potilaat ja monien sairauksien seurantojen siirto erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Pohdintoja

Jatkossa erikoistuville toivottiin koulutusväyliä. Näin helpotetaan muiden kliinisten alojen jaksojen suorittamista. Toisaalta nykyisen kaltaisen terveyskeskustalon suorittaminen korkeintaan kahdessa työpaikassa tukisi entisestään yleislääkärin rooliin kasvamista, jossa keskeistä ovat pitkät potilas-lääkärisuhteet. Vastaajat suosittelivat, että jaksoilla olisi enemmän henkilökohtaista ja ryhmämuotoista ohjausta kuin mitä he ovat aikanaan saaneet.

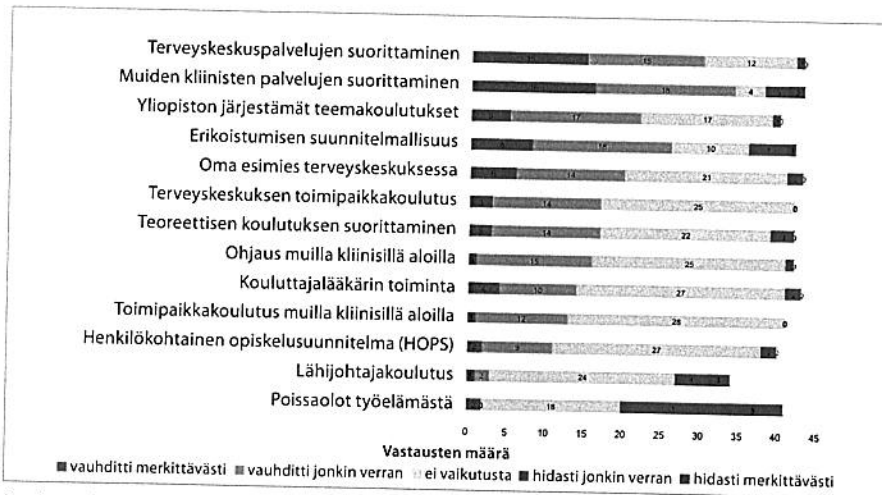
Työn monipuolisuus, potilaiden ja tehtävien monimuotoisuus on ollut keskeinen peruste, minkä vuoksi vastavalmistuneet yleislääketieteen erikoislääkärit ovat aikoinaan hakeutuneet erikoistumaan alalle. Edeltävillä yleislääkärisukupolvilla työn monipuolisuus, hyvät työllistymismahdollisuudet, vähäinen pätevystysrasite ja palkkaus ovat myös olleet yleisiä alalle hakeutumisen perusteita (10). Terveyspalvelujärjestelmämme – erityisesti perustaso – muuttuu lähitulevaisuudessa perusteellisesti. Uhkakuva on järjestelmän pirstoutuminen ja perustason lääkärin työn sisältöjen kapeatuminen, minkä seurauksena nykymuotoisen erikoislääkärikoulutuksen suorittaneet saattavat hakeutua mieltymyksiään ja koulutustaan vastaaviin tehtäviin toisaalle.

Merkittävin erikoistumisen hidastaja olivat poissaolot työelämästä perhevapaisten vuoksi. Naisten keskimääräinen erikoistumisaika oli 3,4 vuotta miehiä pidempi. Perhevapaisten vaikutus erikoistumiseen ei ole vain yleislääketieteen erikoisan asia vaan yhdistää kaikkia erikoistuvia lääkäreitä.

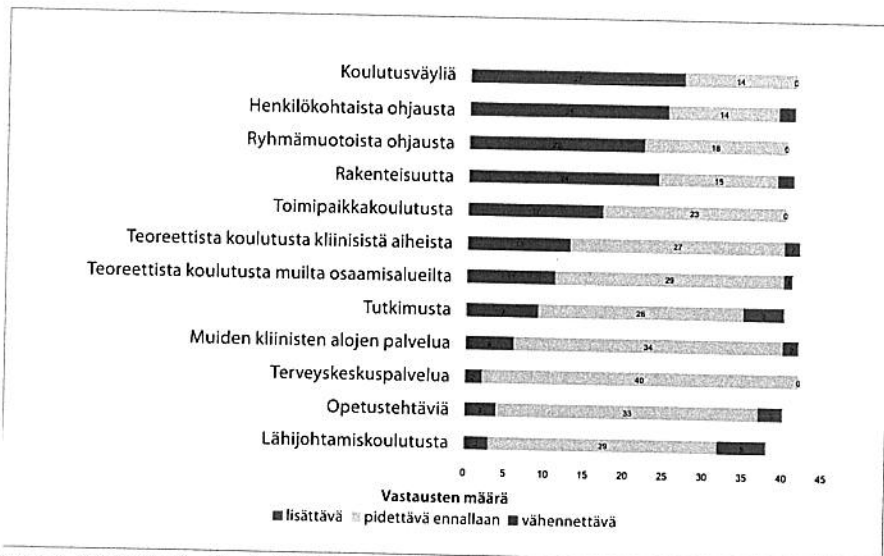
Erikoislääkäreinä vastaajat ovat hakeutuneet kliinisen työn lisäksi koulutus-, kehittämis- ja asiantuntijatehtäviin terveyskeskuksiin sekä esimiehiksi, mutta haluavat säilyttää mahdollisuuden tehdä myös kliinistä työtä. Pelkästään johtamisesta ja hallinnollisista tehtävistä koostuvaa työnkuvaa ei koettu kiinnostavana.

Helsingin yliopistossa oli käytössä 2009–2017 kaikkiin koulutusohjelmiin sisältyvä 30 opintopisteen lähijohtajakoulutus (2018 alkaen pituus on 10 op), jonka kuudesosa vastaajista oli kokenut erikoistumista hidastaneeksi tekijäksi. Koulutus oli monimuotoista ja nivottu konkreettisten kehittämistehtävien avulla erikoistujan työhön ja tuki siten kasvamista lähijohtajan tehtäviin. Koulutusta oli tarkoitus suorittaa koko erikoistumisen ajan, mutta jos sen jätti viimeisille vuosille, se saattoi hidastaa valmistumista.

Peräti 18 (42%) oli kokenut erikoistumisensa olleen suunnittelematonta. Realistinen tavoitteellinen opiskelusuunnitelma, jossa otettaisiin huomioon myös perhevapaat, saattaisi lyhentää joskus pitkäksi venyvää erikoistumisaikaa. Yleis-



Kuvio 3. Yleislääketieteeseen erikoistumista vauhdittaneita tai hidastaneita tekijöitä.



Kuvio 4. Helsingin yliopistosta 2012–2016 valmistuneiden yleislääketieteen erikoislääkärien käsityksiä erikoistumisohjelmasta: mitä siitä pitäisi lisätä, vähentää tai pitää ennallaan.

lääketieteen erikoistumisen aloitusseminaariin onkin liitetty Helsingissä vuodesta 2013 lähtien kuuden viikon fasiltoitu verkkokurssi, jonka tuotoksena syntyy portfolion elementtejä sisältävä, henkilökohtainen suunnitelma erikoistumisen etenemisestä. Vastaava kurssi on käytössä yleislääketieteessä myös Kuopion ja Oulun yliopistoissa sekä työterveyshuollon erikoisalalla koko maassa. Suunnitelmallisuuden lisäämistä tukee myös erikoistujan henkilökohtainen kouluttajalääkäri, jollainen oli ollut vain 14 (17%) vastaajalla koko erikoistumisen ajan.

Helsingin yliopiston yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksen ryhdistämisen (11) vaikutukset eivät vielä näkyneet tämän selvityksen tuloksissa. Vuodesta 2009 alkaen olemme valmentaneet yli 130 erikoislääkärikouluttajaa henkilökohtaisen ja ryhmämuotoisen ohjauksen taidoissa. Varsinaisen valmennuksen jälkeen erikoislääkärikouluttajille järjestetään vuosittain kaksipäiväinen ohjaustaitoja syventävä koulutus. Olemme laatineet ohjauksessa ja osaamisen arvioinnissa käytettäviä työkaluja ja sisältöjä, jotka on julkaistu Moodle-oppimisympäristössä. Lisäksi seuraamme koulutuspaikkasopimuksessa määriteltyä koulutuksen laatua säännöllisten kyselyjen ja vierailujen avulla (12).

Tutkimuksen vastausosuus jäi 52 prosenttiin. Miehiä oli vastaajissa vähän. Toisaalta terveyskeskuksissa työskentelevistä yleislääketieteen erikoislääkäreistä 70% on naisia, joten vastaajajoukon sukupuolijakauma on lähellä tätä (4). Kysely tehtiin ainoastaan Helsingin yliopistosta

valmistuneiden erikoislääkärien joukosta. Maan eri yliopistoissa yleislääketieteen koulutusohjelmat poikkeavat hie-man (13), joten erityisesti koulutusohjelman sisältöjä koskevat kannanotot (kuvio 2) saattaisivat olla erilaisia eri yliopistoista valmistuneilla.

Päätelmiä

Koulutusohjelman tulee jatkossa varmistaa, että erikoistujilla on henkilökohtainen erikoislääkärikouluttaja, jotta henkilökohtainen ja sitä täydentävä ryhmämuotoinen ohjaus toteutuisi. Suunnitelmallisuutta voidaan lisätä esimerkiksi koulutusväylien avulla.

Emil Heinäaho

*Yleislääketieteen erikoislääkäri,
Sipoon terveyskeskus*

Laura Granberg

*Yleislääketieteen erikoistuva lääkäri,
Sipoon terveyskeskus*

Maija Hartikainen

FM, HUS, perusterveydenhuollon yksikkö

Pirkko Salokekkilä

*LT, yleislääketieteen erikoislääkäri,
Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto*

Johan Eriksson

*Yleislääketieteen erikoislääkäri, professori,
Helsingin yliopisto, Clinicum*

Arja Helin-Salmivaara

*Yleislääketieteen erikoislääkäri, dos.,
HUS, perusterveydenhuollon yksikkö,
arja.helin-salmivaara@hus.fi*

Kirjallisuus

- 1 Starfield, B. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83: 457–502
- 2 Suomen Lääkäriliitto. 12.12.2017. www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityvoima/
- 3 Helsingin yliopisto. Valtakunnallinen tilasto valmistuneista erikoislääkäreistä. 12.12.2017. www.helsinki.fi/fi/laaketieteellinen-tiedekunta/ammattillinen-jatkokoulutus
- 4 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta 56/2015. 12.12.2017. www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150056
- 5 Jamieson J, Towle A. Future health care trends: impact on postgraduate medical education. *Future of Medical Education in Canada Postgraduate Project.* 3.1.2018 https://afmc.ca/pdf/fmec/06_Jamieson_Future%20of%20Healthcare%20Trends.pdf
- 6 Malayala SV, Qazi KJ, Samdani AJ, ym. A multidisciplinary performance improvement rotation in an internal medicine training program. *Int J Med Educ* 2016; 7: 212–3
- 7 Hoekzema GS, Maxwell L, Gravel Jr JW, ym. The Residency performance index: an effort at residency quality assessment and improvement in family medicine. *J Grad Med Educ* 2014; 6: 756–9
- 8 Howard J, Gibbs T, Walsh K. Cost and quality of education for general practice. *Educ Prim Care* 2011; 22: 70–3
- 9 Mamelok J. Achieving a consensus on educational objectives and assessments for extended specialty training programmes for licensing in general practice. *Educ Prim Care* 2013; 4: 258–65
- 10 Heikkilä T, Hyppölä H, Kumpusalo E, ym. Choosing a medical specialty – study of Finnish doctors graduating in 1977–2006. *Med Teach.* 2011; 33: e440–5.
- 11 Helin-Salmivaara A, Pitkälä K, Hartikainen M, ym. Suuntana osaamisperusteinen erikoislääkärikoulutus. *Yliopistopedagogiikka* 2014; 21: 35–8. 3.1.2018. <https://lehti.yliopistopedagogiikka.fi/2014/12/09/suuntana-osaamisperusteinen-erikoislaakarikoulutusohjelma/>
- 12 Helin-Salmivaara A, Kärppä L, Heinäaho E, ym. Hyksin erityisvastuualueen terveysasemat oppimisympäristöinä: koulutuspaikkojen uusinta-arviointi. *Yleislääkäri* 2018; 33: 18–21
- 13 Helin-Salmivaara A, Cajan-Suokas L, Eriksson J, ym. Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutus Suomessa 2010-luvulla. *Yleislääkäri* 2015; 30(8): 9–16

Merkitse kalenteriisi 29.5.2019

GPF:n Kevätkoulutus

Kalastajatorppa, Helsinki

