



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

SATU HAUTAMÄKI

Kohti Vaikuttavaa Lääketieteen Hajautettua Perusopetusta

Monitahoarviointi osaamisen johtamisen välineeksi

ACTA WASAENSIA 313
SOSIAALI- JA TERVEYSHALLINTOTIEDE 9

Esitarkastajat

Professori Elina Viitanen
Terveystieteiden laitos
33014 Tampereen yliopisto

VTT, dosentti Riitta Seppänen-Järvelä
Kela, tutkimusosasto
PL 450
00101 Helsinki

Julkaisija Vaasan yliopisto	Julkaisupäivämäärä Marraskuu 2014	
Tekijä(t) Hautamäki, Satu	Julkaisun tyyppi Monografiaväitöskirja	
	Julkaisusarjan nimi, osan numero Acta Wasaensia, 313	
Yhteystiedot Vaasan yliopisto Filosofinen tiedekunta Sosiaali- ja terveyshallintotiede PL 700 65101 Vaasa	ISBN ISBN 978-952-476-566-4 (print) ISBN 978-952-476-567-1 (online)	
	ISSN ISSN 0355-2667 (Acta Wasaensia 313, print) ISSN 2323-9123 (Acta Wasaensia 313, online) ISSN 1796-9352 (Acta Wasaensia. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 9, print) ISSN 2324-0253 (Acta Wasaensia. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 9, online)	
	Sivumäärä 346	Kieli Suomi
Julkaisun nimike Kohti vaikuttavaa lääketieteen hajautettua perusopetusta. Monitahoarviointi osaamisen johtamisen välineeksi.		
Tiivistelmä <p>Terveydenhuollon organisaatio tarvitsee osaamisen johtamista ja johtamisen osaamista pysyäkseen kilpailukykyisenä ja elinkelpoisena nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä. Hallinnon tutkimuksissa keskeisenä teoreettisena lähtökohtana on pyrkimys tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen. Johtamistyön tueksi tarvitaan arviointia asiakastytyvyydestä ja tavoitteiden saavuttamisesta. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan osaamisen johtamisella on keskeinen rooli lääketieteen hajautetussa peruskoulutuksessa. Tuloksista nousee esiin vaikuttavuuden ehtoja lääketieteen hajautetun peruskoulutuksen järjestämiseen terveydenhuollon organisaatiossa. Hajautetun perusopetuksen avulla pyritään muun muassa saamaan valmistuneita lääkäreitä työskentelemään laajalti oman yliopistosairaalapirinsä erityisvastuualueelle. Tutkimuksen taustalla on Duodecimin rahoittama lääketieteen hajautetun peruskoulutuksen laadunvarmistushanke, jota koordinoi Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan koulutuksen tutkimus- ja kehittämissyksikkö (TUTKE).</p> <p>Tutkimuskysymykset ovat: miten osaamisen johtaminen näkyy lääketieteen hajautetussa peruskoulutuksessa, millaista on vaikuttava lääketieteen peruskoulutuksen hajautettu opetus ja millaisilla kriteereillä sitä voidaan mitata sekä miten lääketieteen peruskoulutuksen hajautettu opetus toimii käytännössä. Tutkimusmenetelmänä on monitahoarviointi, joka muodostuu teemahaastatteluista, kyselytutkimuksesta ja palautekoosteesta. Teemahaastattelut analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin keinoin, kyselytutkimuksen tulokset analysoitiin SAS-ohjelman avulla ja palautteita tarkasteltiin vuositasolla.</p> <p>Hajautetun opetuksen vaikuttavuuden ehtojen lisäksi tutkimuksen tuloksista nousee esiin toiminnan vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Tutkimus osoittaa hajautetun lääketieteen perusopetuksen lisäävän opiskelijan ammatillista perusturvaa sekä terveydenhuollon organisaation osaamista. Tämän ja muiden tutkimusten tulosten perusteella voidaan todeta hajautetun lääketieteen perusopetuksen lisäävän organisaation potilasturvallisuutta ja siten opetustoiminta on lopulta koko sairaanhoitopiirin alueen väestön parhaaksi.</p>		
Asiasanat osaaminen, osaamisen johtaminen, lääketieteen opetus, hajautettu perusopetus, vaikuttavuus, arviointi, kuormittavuus		

Publisher Vaasan yliopisto		Date of publication November 2014	
Author(s) Satu Hautamäki		Type of publication Monografi	
		Name and number of series Acta Wasaensia, 313	
Contact information University of Vaasa Faculty of Philosophy Social and Health Management P.O.Box 700 FI-65101 VAASA FINLAND		ISBN ISBN 978-952-476-566-4 (print) ISBN 978-952-476-567-1 (online)	
		ISSN ISSN 0355-2667 (Acta Wasaensia 313, print) ISSN 2323-9123 (Acta Wasaensia 313, online) ISSN 1796-9352 (Acta Wasaensia. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 9, print) ISSN 2324-0253 (Acta Wasaensia. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 9, online)	
		Number of pages 346	Language Finnish
Title of publication Toward Effective, Decentralized Basic Medical Teaching – Multiple Constituency Model as a Competence Management Tool			
Abstract <p>The health care organization needs competence management and management competence in order to remain competitive and profitable in the rapidly changing operating environment. In government studies, the most important theoretical starting point is the pursuit of efficiency and effectiveness. Customer satisfaction and the achievement of goals must be assessed to support management work. According to the results of this study, competence management plays a major role in decentralized basic medical education. The results highlight the conditions for effectiveness for arranging decentralized basic medical education within a health care organization. The aim of decentralized basic teaching is, among others, for graduated doctors to work extensively for the special area of responsibility of their own university hospital district. Behind the study is a quality assurance project for decentralized basic medical education. The project is financed by Duodecim and coordinated by the Medical Education Research and Development Center (TUTKE) of the Faculty of Medicine of the University of Turku.</p> <p>The questions of the study are: how is competence management reflected in decentralized basic medical education, what is effective decentralized teaching like for basic medical education and what are the criteria to assess it, and how does decentralized teaching work in practice for basic medical education. The method of the study is a multiple constituency model consisting of theme interviews, a survey, and a collection of feedback. The theme interviews were analyzed by means of a qualitative content analysis, the survey results were analyzed with a SAS program, and feedback was reviewed by special sector on an annual level.</p> <p>In addition to the conditions for effective decentralized teaching, the results of the study also highlight operational strengths, weaknesses, possibilities, and threats. The study shows that decentralized basic medical teaching increases the student's basic professional security and the health care organization's competence. Based on the result of this and other studies, it can be stated that decentralized basic medical teaching increases patient safety within the organization. Therefore, teaching is, in the end, the best activity for the residents of the whole hospital district area.</p>			
Keywords competence, competence management, medical teaching, decentralized basic education, effectiveness, assessment, workload			

ESIPUHE

Kiinnostukseni väitöskirjan tekemiseen alkoi melko nopeasti Vaasan yliopiston sosiaali- ja terveyshallintotieteen perusopintojeni jälkeen. Tämä juontaa juurensa hyviin hallintotieteen opettajiin, joista erityisesti haluan kiittää tässä väitöskirjatyöni ohjaajia professori Pirkko Vartiaista ja dosentti Seija Ollilaa. Ilman heidän tukea, aktiivista panostaan ja ohjausta väitöskirjani ei olisi valmistunut. Väitöskirjatyöni esitarkastajia olivat professori Elina Viitanen ja dosentti Riitta Seppänen-Järvelä. Kiitän heitä perusteellisesta paneutumisesta käsikirjoitukseeni sekä hyvisistä ja rakentavista korjausehdotuksista. Kiitos Ulla Laakkoselle, Virpi Jupolle ja Magnus Blusille avustanne julkaisuprosessissa. Esitän kiitokseni myös Vaasan sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri Auvo Rauhalalle, joka on mahdollistanut tutkimukseni empiirisen osan toteuttamisen Vaasan sairaanhoitopiirissä, sekä luonut kannustavan ilmapiirin tutkimukseeni liittyen. Väitöskirjan kirjoittamiseen olen saanut rahoitusta Vaasan sairaanhoitopiirin kautta Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen kilpailutettavasta valtion tutkimusrahoituksesta, hankenumera 1707 100478. Kiitän tästä tuesta.

Kiitos kielenkääntäjä Torbjörn Bergille, joka käänsi teemahaastattelu- ja kyselytutkimukseni kysymykset ruotsinkielelle. Suuri kiitos myös biostatistikko Tero Vahlbergille, joka oli korvaamaton apu kyselytutkimuksen tilastollisen analyysin teossa. Lämmin kiitos läheisille työtovereilleni kaikesta avusta ja kannustuksesta väitöskirjatyöhöni liittyvissä useissa erinäisissä asioissa ja tilanteissa matkan varrella. Kiitän niitä henkilöitä, jotka ovat vastanneet haastatteluuni tai kyselytutkimukseeni. Ilman kyseisiä aineistoja tutkimukseni olisi jäänyt puutteelliseksi. Kiitos myös niille lääketieteen opiskelijoille, jotka ovat antaneet minulle vuosien varrella palautetta Vaasan sairaanhoitopiirin hajautetusta lääketieteen perusopetuksesta. He ovat merkittävässä roolissa tässä tutkimustyössä, jonka tarkoituksena on nimenomaan kehittää toimintaa tulevia lääketieteen opiskelijoita ajatellen.

Tutkimuksen taustalla on suomalaisen lääkäriseura Duodecimin rahoittama Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan hajautetun peruskoulutuksen laadunvar-

VIII

mistushanke, jota koordinoi Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan koulutuksen tutkimus- ja kehittämissyksikkö eli TUTKE. Hankkeessa on sidosryhmiä eri hajautuspaikkakunnilla, erityisesti Vaasan ja Satakunnan sairaanhoitopiireissä. Esitän kiitokseni kaikille TUTKE:n, Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin, Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Vaasan sairaanhoitopiirin sidosryhmien jäsenille sekä opetuksen parissa toimiville henkilöille hyvästä yhteistyöstä lääketieteen hajautetun perusopetuksen kehittämisen suhteen. Kehittämistyö on lähtenyt Vaasassa hyvin käyntiin aktiivisen opetushenkilökunnan avulla, ja jatkuu edelleen hallinnossa sekä työyksiköissä.

Lämmin kiitos niille ystäväilleni, jotka ovat kannustaneet minua väitöskirjan teossa matkan varrella. Erityisesti Katri Palolle, joka on jaksanut perehtyä työhöni ja antanut rakentavia kommentteja siihen liittyen, Laura Rahnastolle, joka on kiinnostuneena ja väsymättä jaksanut kuunnella työni etenemisen vaiheita sekä Jaana Aholalle, jonka kanssa olemme käyneet monia hyviä keskusteluja väitöskirjatyön tekoon liittyen. Mieltä on lämmittänyt muidenkin ystävien ja sukulaisten kiinnostus työtäni kohtaan. Lämpimät ja suuret kiitokseni myös vanhemmilleni Sirpa ja Raimo Hautamäelle sekä veljelleni Juha-Matille, jotka ovat monin tavoin aina kannustaneet ja uskoneet työni valmistumiseen. Vanhempani ovat antaneet minulle vapauden kulkea omaa tietäni ja istuttaneet minuun sitkeyden, joka on auttanut opintojeni etenemisessä. Erityisen lämpimät kiitokseni esitän avopuolisolleni Harrylle, joka on kulkenut kanssani arjessa tätä matkaa ja ymmärtänyt tutkimustyön vaativan aikaa yhteisestä ajastamme.

Omistan tämän kirjan läheisilleni ja erityisesti veljelleni Juha-Matille kannustuksena siihen, että jokainen meistä pystyy ylittämään itsensä ja toteuttamaan omat unelmansa.

Mustasaaren Sepänkylässä 28.9.2014

Satu Hautamäki

Sisällys

ESIPUHE	"XK
1 JOHDANTO	1
1.1 Tutkimuksen tausta	1
1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat	3
1.3 Tutkimuksen keskeiset käsitteet, rakenne ja tieteenfilosofinen lähtökohta	6
2 OSAAMISEN JOHTAMINEN LÄÄKETIETEELLISEN PERUSKOULUTUKSEN HAJAUTETUN OPETUKSEN VIITEKEHYKSENÄ	15
2.1 Osaamisen johtamisen teoreettiset lähtökohdat	15
2.1.1 Katsaus tutkimuksiin osaamisen johtamisesta	15
2.1.2 Osaamisen johtaminen	20
2.1.3 Koulutus yksilön osaamisen kehittäjänä	35
2.2 Työelämän ja koulutuksen rajapinta	39
2.2.1 Strategisen suunnittelun lähtökohdat	39
2.2.2 Koulutuspolitiikka suunnittelun taustalla	45
2.2.3 Rekrytointi osaamisen johtamisen osa-alueena	51
2.3 Lääketieteen hajautettu peruskoulutus osaamisen varmistajana	58
2.3.1 Yleiskatsaus lääkärikoulutukseen Suomessa	58
2.3.2 Hajautettu lääketieteen perusopetus	69
2.3.3. Kansainvälinen lääkärikoulutustutkimus	80
2.4 Yhteenveto	88
3 VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI OSANA OSAAMISEN JOHTAMISTA	92
3.1 Osaamisen johtamisen vaikuttavuus	92
3.1.1 Arviointi osaamisen johtamisen välineenä	92
3.1.2 Vaikuttavuuden arviointi	96
3.1.3 Arviointi- ja vaikuttavuustutkimus	102
3.2 Koulutuksen vaikuttavuuden arviointi	109
3.2.1 Koulutuksen vaikuttavuuden arviointi ja mittaaminen	109
3.2.2 Koulutuksen vaikuttavuustutkimuksen haasteet	121
3.2.3 Opiskelijapalaute vaikuttavuuden arvioinnin osana	123
3.2.4 Vaikuttavan hajautetun peruskoulutuksen kriteerit	128
3.3 Yhteenveto	133

4	MENETELMÄT JA AINEISTOT	136
4.1	Tutkimuskohteen kuvaus	136
4.2	Monitahoarviointi tutkimusmenetelmänä	139
4.3	Tutkimuksen aineistot	144
5	TUTKIMUSTULOSTEN ANALYSOINTI	151
5.1	Asiantuntijat osaamisen johtamisen perustuksen rakentajina	151
5.2	Ammattilaiset toiminnan toteuttajina	170
5.3	Opiskelijat opetuksen keskiössä	203
5.4	Yhteenveto vaikuttavuuden arvioinnista	223
6	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	234
6.1	Tulosten pohdintaa	234
6.2	Luotettavuuden arviointi	240
6.3	Kehittämisehdotukset	246
	LÄHTEET	248
	LIITTEET	296

Kuviot

Kuvio 1.	Tutkimuksen sisällölliset pääalueet	7
Kuvio 2.	Organisaation erilaiset osaamisalueet (Viitala 2013: 175)	33
Kuvio 3.	Organisaation kehitykseen vaikuttavat tekijät (Ylöstalo 1999:	34
Kuvio 4.	Yksilöosaamiset (Viitala 2013: 180)	36
Kuvio 5.	Strategisen suunnittelun prosessimalli (Minzberg 1994:37; Mintzberg, Ahlstrand & Lampel 1998:26)	43
Kuvio 6.	Hajautettu opetus lukumäärinä pylväskuviolla esitettynä	57
Kuvio 7.	Kaavio moniammatillisen opetuksen toimintatavoista Porin opetusterveyskeskuksessa (Koivisto & Kronqvist 2012: 51)	79
Kuvio 8.	Palveluorganisaation tuloksellisuustekijät (Vartiainen 1994: 121)....	99
Kuvio 9.	Evaluaatiotyypit (Sintonen ym. 1997: 204; Sintonen & Pekurinen 2006: 249)	103
Kuvio 10.	Vaikutusten ja vaikuttavuuden tavoitteistoon liittyviä arvioinnin osa-alueita (Silvennoinen-Nuora 2010: 114)	108
Kuvio 11.	Vaikutusten ja vaikuttavuuden arvioinnin menetelmätapoja (Silvennoinen-Nuora 2010: 114)	108
Kuvio 12.	Arviointitiedon käyttö poliittisissa ja toiminnallisissa päätöksissä (Niiranen 2011: 315)	109
Kuvio 13.	Kehittämisohjelmien logiikka (Pykälämäki 2005: 23)	114

Kuvio 14.	Koulutuksen arviointi- ja vaikutusketju (Pykälämäki 2005: 57)	115
Kuvio 15.	Koulutuksen tuloksellisuus (Pykälämäki 2005: 28).....	116
Kuvio 16.	TUTKE:n kehittämä palautejärjestelmä (Toivonen, Käätä & Kortekangas-Savolainen 2013: poster; Koivisto & Kronqvist 2012: 51)	126
Kuvio 17.	Monitahoarvioinnin avainryhmät.....	141
Kuvio 18.	Monitahoarviointi arviointiprosessina (Vartiainen 1994: 100).....	142
Kuvio 19.	Osaamisen johtaminen lääketieteen hajautetussa peruskoulutuksessa terveydenhuollon organisaatiossa	169
Kuvio 20.	Työtehtävä suhteessa opetukseen käytetty aika viikoittain.....	178
Kuvio 21.	Työtehtävä suhteessa opiskelijaryhmän kokoon	187
Kuvio 22.	Sukupuoli suhteessa opiskelijaryhmän kokoon.....	188
Kuvio 23.	Työtehtävä suhteessa väittämään opetushenkilökunnan määrä on riittävä.....	190
Kuvio 24.	Oma jaksaminen on koetuksella suhteessa väittämään opetushenkilökunnan määrä on riittävä.....	191
Kuvio 25.	Etukäteistiedottamisen riittämättömyys suhteessa käytännön järjestelyjen toimivuuteen	192
Kuvio 26.	Kliinisen osaamisen kehittyminen suhteessa opetushenkilökunnan määrän riittävyteen.....	194
Kuvio 27.	Kädentaitojen kehittyminen suhteessa väittämään opiskelutilat ovat hyvät	195
Kuvio 28.	Työtehtävä suhteessa kokemukseen opiskelijamäärästä	196
Kuvio 29.	Työtehtävä suhteessa väittämään moniammatillinen yhteistyö kehittyy.....	197
Kuvio 30.	Moniammatillisen yhteistyön kehittyminen suhteessa väittämään opiskelijoiden ohjaamiseen ei ole riittävästi aikaa.....	198
Kuvio 31.	Kohti vaikuttavaa lääketieteen hajautettua perusopetusta.....	232
Kuvio 32.	Vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat	233

Taulukot

Taulukko 1.	Tutkimuksen tarkoitus, tehtävä ja metodologia.....	6
Taulukko 2.	Kansallisia osaamisen johtamiseen liittyviä tutkimuksia	18
Taulukko 3.	Kansainvälisiä osaamisen johtamiseen liittyviä.....	19
Taulukko 4.	Suunnittelun eri tyypit mukaillen Ackoffia (Raisio 2010: 167)....	45
Taulukko 5.	Hajautettu opetus lukumäärinä organisaatiossa.....	57
Taulukko 6.	Vaikuttavan hajautetun peruskoulutuksen kriteerit	132
Taulukko 7.	Taustatiedot	171
Taulukko 8.	Väittämät resurssien käytöstä perusopetukseen	172
Taulukko 9.	Kuormittavuus vs. lääketieteen opiskelijoiden ohjaus	175
Taulukko 10.	Hajautetun opetuksen vaikutus opiskelijan osaamisen lisääntymiseen	180
Taulukko 11.	Opiskelijapalautteiden merkitys	182
Taulukko 12.	Taustatekijöiden yhteys mielipiteeseen hajautetun koulutuksen soveltuvuudesta lääketieteen peruskoulutukseen	184
Taulukko 13.	Taustatekijöiden yhteys opiskelijaryhmän ideaaliseen kokoon	186
Taulukko 14.	Opiskelijapalautekooste.....	219
Taulukko 15.	Vaikuttavuus tämän tutkimuksen valossa	228
Taulukko 16.	Muut väittämät resurssien käytöstä perusopetukseen.....	326
Taulukko 17.	Muut väittämät opiskelijaohjauksen vaikutuksesta kuormittavuuteen.....	327
Taulukko 18.	Muut väittämät opiskelijan osaamisen lisääntymisestä.....	328
Taulukko 19.	Muut väittämät opiskelijapalautteiden merkityksestä	330
Taulukko 20.	Työn kuormittavuuden ja työtehtävän väliset	332

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tausta

Lääkärikato on ollut näyttävästi otsikoissa viime vuosina. Myös valmistuneiden lääkäreiden toimenpidetaitoihin on kiinnitetty enemmän huomiota. Viimeisen kymmenen vuoden aikana lääketieteen opiskelijoiden määrä on lisääntynyt yli 70 %, kun taas opetuksen ja tutkimuksen parissa työskentelevien lääkäreiden määrä on vähentynyt 17 %. Opettajaresurssien vähentyminen heijastuu lääketieteen opetukseen ja tutkimuksen määrään sekä laatuun, ja sitä kautta koko terveydenhuoltoomme. Näin suuri muutos opettaja-opiskelijasuhteessa on merkittävä riski lääketieteen opetuksen tason alenemiselle. Etenkin yliopistosairaaloiden ulkopuolella tapahtuvan järjestelmällisen opetuksen turvaamiseksi tulee luoda lisää opetus- ja tutkimusvirkoja. Määrällisesti riittävä ja monipuolinen sekä laadullisesti korkeatasoinen lääketieteen perusopetus on koko terveydenhuollon peruspilari. (Autti 2008: 2083.)

Lääketieteellisen tiedon jatkuva ja voimakas kasvu, joka ulottuu kliinisiin käytäntöihin näyttöön perustuvan lääketieteen periaatteiden mukaisesti, asettaa lääkärikoulutuksen jatkuvien uusien haasteiden eteen. Lääketieteen opetuksessa ei voida olla huomioimatta sitä, mitä tieteelliset tutkimukset kertovat oppimisesta. On kehitettävä oppimisympäristö, jossa opinnot muodostavat motivoivan, mieleen painamista ja muistista palauttamista tukevan ympäristön. (Hakkarainen & Pasterneck 2005: 638–639.) Lääketieteellisen tiedon ja tutkimusmetodiikan oppimisen lisäksi lääketieteen opiskelijan tulisi saada jo peruskoulutusvaiheessa malli oikeana lääkärinä toimimiseen. Tulevaisuuden lääkäriltä edellytetään valmiuksia jatkuvaan opiskeluun ja itsensä kehittämiseen. (Huupponen 2012: 43–44.)

Alueiden kehittämisessä korostetaan yhä enemmän osaamisen merkitystä taloudellisen toiminnan perustana. Menestyjiä ovat alueet, jotka toimivat tiedon sol-

mukohtina sekä jalostavat ja soveltavat uutta tietoa. Koulutetuista ihmisistä, asiantuntijoista ja osaajista on tullut organisaatioiden ja laajemmin määriteltynä myös alueiden yksi tärkeimmistä strategisista resursseista. Asiantuntijoiden merkitys on kasvanut niin merkittäväksi, että tieto- ja informaatioyhteiskunnan ohella on nykyisestä kehitysvaiheesta käytetty nimitystä asiantuntijayhteiskunta. Sillä halutaan korostaa osaamiseen ja asiantuntemukseen liittyvää merkitystä ja valtaa. (Sotarauta & Kosonen 2004: 88.) Aikaisemmin organisaatioiden strategioissa määriteltiin mitä organisaatio aikoo tehdä saavuttaakseen kilpailuetua, nykyään on lisäksi kysyttävä millaisen osaamisen varassa tuo tekeminen voi onnistua (Viitala 2005: 63). Maailmanlaajuiset ja yhteiskunnalliset muutokset, kuten koveneva kilpailu globaalissa työnjaossa sekä ikääntyvä väestö, luovat jatkuvia paineita sekä suomalaisen koulutusjärjestelmän kehittämiseksi että organisaatioiden osaamisen kehittämiseksi (Laurila 2010: 235; Valtioneuvosto 2011; Korte 1997:1–2). Muutoksissa menestyminen liittyy ainakin osittain organisaation innovatiivisuuteen ja uusiutumiskykyyn. Tehokkaan osaamisen johtamisen tavoitteena on sopeuttaa ja uudistaa organisaation toimintaa ulkoisessa toimintaympäristössä esiintyvien mahdollisuuksien ja uhkien mukaan. Organisaatioilta vaaditaan kiinnostusta ja halua kehittää omaa osaamistaan sisäisten vahvuuksien ja heikkouksien kautta. Organisaation johdon on kyettävä tarkastelemaan oman visionsa edellyttämää erikoisosaamista strategisena kilpailutekijänä. Toisaalta organisaation on myös huolehdittava yksittäisten työntekijöiden henkilökohtaisen osaamisen kehittämisestä, motivaatiosta ja hyvinvoinnista. (Laurila 2010: 235–236.)

Arviointitutkimuksesta on tullut väline, jolla seurataan julkisen hallinnon kehittämisprojekteja. Kuitenkin se on tieteenalana Suomessa vielä melko kehittymätön. (Soininen 2011: 345.) Vaikuttavuus- ja vaikuttavuuden arviointitutkimukset ovat ajankohtaisia aiheita sekä hallintotieteellisissä että lääketieteellisissä tutkimuksissa. Hoidon vaikuttavuutta on Suomessa tutkittu paljon, ja myös koulutuksen vaikuttavuutta tutkitaan entistä enemmän. Terveystieteiden alalla on tehty tutkimuksia etenkin lääkäreiden yksittäisten täydennyskoulutusten vaikuttavuudesta sekä hoitotyön käytännön harjoittelun vaikuttavuudesta. Vaikuttavuustutki-

mukset vievät paljon aikaa. Yksittäisen koulutuksen vaikuttavuutta on vaikea mitata, koska väliin tulevia muuttujia on paljon ja vaikutukset ovat usein subjektiivisia. 1990-luvulla Suomen Akatemia toteutti koulutuksen vaikuttavuudesta laajan tutkimushankkeen, jonka tuloksena syntyi yhteensä noin 400 lehtiartikkelia ja tutkimusta. Nämä tutkimukset keskittyvät lähinnä peruskoulutukseen, ammatilliseen koulutukseen ja yleisesti henkilöstökoulutukseen. Suomalainen lääkäriseura Duodecim tutkii jatkuvasti lääketieteellisen koulutuksen kehittämistä. Lääketieteellisen peruskoulutuksen vaikuttavan hajautetun opetuksen kriteerit kirjattuna kuitenkin toistaiseksi puuttuvat. Ytimekkäät kriteerit helpottavat lääketieteen hajautetun perusopetuksen suunnittelua ja järjestämistä terveydenhuollon organisaatioissa. Koulutuksen arvioinnit tuottavat tärkeää tietoa koulutuspoliittisen päätöksenteon, ohjauksen ja oppilaitosten tueksi. Arviointi tukee paikallista, alueellista ja valtakunnallista kehittämistyötä. Sen tavoitteena on parantaa koulutuksen laatua, opiskelijoiden oppimista ja opetustoimen henkilöstön työtä. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012: 7.) Koulutuksella toivotaan olevan myönteisiä vaikutuksia, joiden toivotaan näkyvän yksilön ja organisaation oppimisena sekä käytäntöjen kehittymisenä. Koulutuksen ja opetuksen vaikutuksia tulee arvioida jatkossa nykyistä useammin. Näitä tuloksia voidaan hyödyntää seuraavien koulutusten ja opetusjaksojen suunnittelussa. Vaikuttavuutta voidaan parantaa kehittämällä koko opetusta ja siihen liittyvää prosessia, suunnittelua, sisältöä, toteutusta ja arviointia. (Tenhula, Autti & Helin-Salmivaara 2008: 284.)

1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat

Tässä tutkimuksessa lääketieteen hajautetulla perusopetuksella tarkoitetaan Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan hajauttamaa lääketieteen perusopetusta terveydenhuollon organisaatioihin. Tutkimuksessa käytetään synonyyminä lääketieteen hajautettua perusopetusta ja lääketieteen hajautettua peruskoulutusta. Tutkimus on hallintotieteellinen, joten perusopetusta ei syvemmin tarkastella pedagogiselta kannalta. Tutkimuksen varsinaisena kohdeorganisaationa on Vaasan

sairaanhoitopiiri. Jatkossa käytetään synonyyminä Vaasan sairaanhoitopiiriä ja Vaasan keskussairaala. Turun yliopiston lääketieteellisellä tiedekunnalla on vuodesta 2011 alkaen ollut käynnissä Duodecimin rahoittama laadunvarmistushanke liittyen hajautetun lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen laadunvarmistuksen jatkuvaan kehittämiseen. Kyseinen hanke on myös tämän tutkimustyön taustalla. Tutkimuksen tarkoituksena ja tavoitteena on kuvata, mitä seikkoja liittyy hajautetun lääketieteen peruskoulutuksen vaikuttavuuden terveydenhuollon organisaatiossa, miten ne ovat toteutuneet kohdeorganisaation toiminnassa sekä tuoda yleistä näkyvyyttä lääketieteen hajautetulle perusopetukselle. Tutkimuksen lähtökohtana on myös luoda terveyshallintotieteellistä pohjaa tutkimusaiheelle; sitoa lääketieteen perusopetusta osaamisen johtamisen teoriaan ja sitä kautta terveyshallintotieteen oppialaan. Turun yliopistolla on 2000-luvun puolivälistä lähtien ollut hajautettua perusopetusta myös muun muassa Satakunnan keskussairaalassa. Vaasan keskussairaalassa pilottiryhmä aloitti hajautetussa perusopetuksessa kirurgian erikoisalalla syksyllä 2010. Hammaslääkärikoulutuksessa hajautettua perusopetusta on järjestetty jo pidempään Vaasassa, vuodesta 2008 alkaen. Vaasan koulutuksen erityispiirteenä on kaksikielisyys. Opetuksessa käytetään sekä suomenettä ruotsinkieltä. (Turun yliopisto: Laatu- ja vaikuttavuushanke.)

Vaikuttavuuden arviointitutkimus on tärkeää osaamisen johtamisen näkökulmasta, kun tulevaisuuden työntekijöitä koulutetaan integroituna työelämään. Vaasan sairaanhoitopiirin vuosien 2012–2016 strategiassa yhtenä painopistealueena on osaamisen kehittäminen, jota lähestytään tässä tutkimuksessa hajautetun peruskoulutuksen lähtökohdista käsin. Näin tämä tutkimus linkittyy muun muassa Vaasan sairaanhoitopiirin ajankohtaiseen strategiaan osaamisen kehittämisestä. Opetus on yksi keino kehittää organisaation osaamista pitkällä tähtäimellä. Hyvän opetuksen avulla voidaan myös rekrytoida tulevia ammattilaisia ja sitouttaa heidät mahdollisimman varhaisessa vaiheessa organisaation työntekijöiksi. Opiskelijoiden kynnys hakeutua töihin tulevaisuudessa hajautuspaikkakunnille saattaa hajautetun opetuksen myötä madaltua. Lisäksi hajautetun koulutuksen antamiseen osallistuvat organisaatiot ja paikkakunnat hyötyvät lisääntyvästä erikoislääkäri- ja

professoritason osaamisesta. Hajautuksen avulla parantuu koulutuksen työelämävastaisuus, opiskelijoiden verkostoitumistaidot, moniammatillisuus ja organisaatioiden välinen yhteistyö. (Turun yliopisto: Laatu- ja vaikuttavuushanke.)

Tämä tutkimus on tapaustutkimus, joka on rajattu tietoisesti yhteen organisaatioon (Eriksson & Koistinen 2005: 5). Tulokset tulevat hyödyttämään Vaasan sairaanhoitopiirin hajautetun perusopetuksen suunnittelu-, toteutus- ja arviointityötä, yhtenäistämään toimintakäytäntöjä sekä sitomaan toimintaa organisaation strategisten linjojen mukaiseksi. Tutkimus hyödyttää myös muita terveydenhuollon organisaatioita ja lääketieteellisiä tiedekuntia vaikuttavan lääketieteen hajautetun peruskoulutuksen kriteerien avulla. Tutkimuksen aineisto muodostuu kolmesta erillisestä aineistosta; teemahaastatteluista, kyselytutkimuksesta ja opiskelijajapalautekoosteesta. Näistä eri aineistoista tutkija on luonut synteesin. Tapaustutkimukselle on tyypillistä erilaisten aineistojen rinnakkainen käyttö (Eriksson & Koistinen 2005: 4). Aineistojen suhde toisiinsa on hyvin tiivis, koska toimintaa ei voi arvioida vain yhden osa-alueen tarkastelun perusteella. Tämän vuoksi tutkimuksessa on perusteltua käyttää tutkimusmenetelmänä monitahoarviointia. Tutkimus kartoittaa lääketieteen, hallinnon ja hoitoalan asiantuntijoiden ja ammattilaisten sekä opiskelijoiden näkemyksiä organisaation tarjoaman lääketieteellisen hajautetun perusopetuksen hyödyllisyydestä, onnistumisesta, kehittämisestä ja vaikuttavuudesta.

Tutkimusongelmina ovat:

- *Miten osaamisen johtaminen näkyy lääketieteen hajautetussa peruskoulutuksessa?*
- *Millaista on vaikuttava lääketieteen peruskoulutuksen hajautettu opetus ja millaisilla kriteereillä sitä voidaan mitata?*
- *Miten lääketieteen peruskoulutuksen hajautettu opetus toimii käytännössä?*

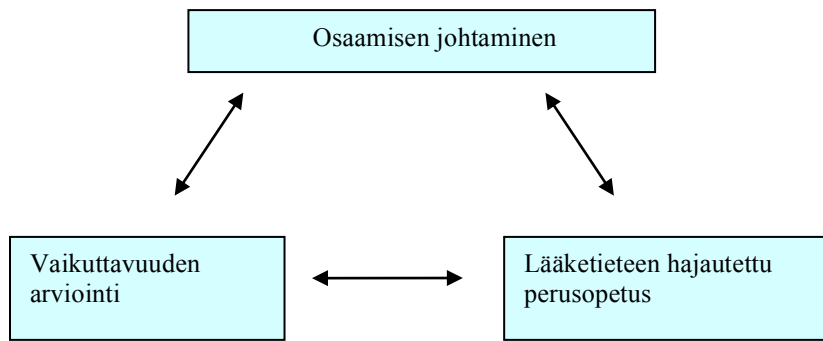
Taulukkoon 1 on koottu yhteen tutkimuksen tarkoitus, tutkimusongelmat, käytetyt tutkimusmenetelmät ja aineistot.

Taulukko 1. Tutkimuksen tarkoitus, tehtävä ja metodologia

Tutkimuksen tarkoitus	Lääketieteellisen peruskoulutuksen vaikuttavan hajautetun opetuksen kriteeristön luominen terveydenhuollon organisaatioille. Hajautetun perusopetuksen kehittäminen Vaasan sairaanhoitopiirissä.
Tutkimusongelmat	Miten osaamisen johtaminen näkyy lääketieteen hajautetussa peruskoulutuksessa? Millaista on vaikuttava lääketieteen peruskoulutuksen hajautettu opetus ja millaisilla kriteereillä sitä voidaan mitata? Miten lääketieteen peruskoulutuksen hajautettu opetus toimii käytännössä?
Tutkimusmenetelmä	Monitahoarviointi ; joka pitää sisällään laadullisen teemahaastattelun, määrällisen kyselytutkimuksen ja katsauksen opiskelijapalautteisiin.
Aineistot	Teemahaastattelu yhteensä kolmelletoista henkilölle koostuen kohdeorganisaation avainhenkilöistä sekä yhteistyökumppaneista, kuten professoreista, kliinisistä opettajalääkäreistä, asiantuntijoista, opetushoitajasta ja suunnittelijoista. Kyselytutkimus niille Vaasan sairaanhoitopiirin lääkäreille, sairaanhoitajille ja hallinnon henkilöille, joiden työyksiköissä on ollut lääketieteen opiskelijoita vuosien 2010–2012 aikana. Vaasan sairaanhoitopiirin opiskelijapalautteiden tuloksia vuosilta 2010–2013.

1.3 Tutkimuksen keskeiset käsitteet, rakenne ja tieteenfilosofinen lähtökohta

Teoreettisessa viitekehityksessä kuvataan tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä suhteita (Tuomi & Sarajarvi 2003: 18). Tutkimuksen teoreettinen perusta muodostuu kolmesta sisällöllisestä pääalueesta, jotka ovat osaamisen johtaminen, vaikuttavuuden arviointi ja lääketieteen hajautettu perusopetus. Kuviossa 1 on esitetty tutkimuksen sisällölliset pääalueet.



Kuvio 1. Tutkimuksen sisällölliset pääalueet

Keskeiset käsitteet ovat osaaminen, osaamisen johtaminen, lääketieteen peruskoulutuksen hajautettu opetus, arviointi, vaikuttavuus ja kuormittavuus. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys etenee osaamisen johtamisen teoriasta arvioinnin, vaikuttavuuden arvioinnin ja edelleen koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnin teemoihin. Empiirinen osuus muodostuu monitahoarviointina. Tutkimuksen kohteena on lääketieteen hajautettu perusopetus ja avainryhminä ovat asiantuntijat, ammattilaiset ja opiskelijat.

Keskeiset käsitteet

Osaaminen

Osaaminen kuvataan suomen kielessä monin sanoin: kompetenssi, tietotaito, pätevyys. Englanniksi osaaminen on ”know-how”, jonka vakiintunut suomenkielinen vastine on tietotaito. (Kirjavainen & Laakso-Manninen 2000:12; Hyrkäs 2009: 49.) Kirjallisuuden perusteella voidaan erottaa neljä erilaista käsitystä osaamisesta: strateginen osaaminen, organisaatiolle ominainen osaaminen, toiminnallinen osaaminen sekä yksilöllinen osaaminen ja pätevyys. Strategisella osaamisella tarkoitetaan organisaation strategian ja ulkoisen toimintaympäristön hyvää yhteensopivuutta. Organisaatiolle ominaisella osaamisella tarkoitetaan erottavaa osaamista, kuten teknologiaa tai taitoja jotka antavat kilpailuetua. Toiminnallisella osaamisella tarkoitetaan organisaation tärkeimpien tekijöiden ja vahvuuksien yhteensopivuutta. Yksilöllisellä osaamisella tarkoitetaan niitä taitoja

ja tietoja, joita yksilö tarvitsee suoriutuakseen tehokkaasti työstään. (Baker, Mapes, New & Szwejcowski 1997: 266; Huotari 2009: 23–24.) Osaamisen johtamisessa tulee huomioida nämä kaikki eri osaamisen osa-alueet.

Osaamisen johtaminen

Osaamisen johtaminen on yksi henkilöstöjohtamisen osa-alueista, jolla on erityinen rooli ja merkitys johtamistyössä (Ollila 2006: 14). Osaamisen johtamisen tavoitteena on jatkuva osaamisen kehittäminen. Tämä on prosessi, joka lähtee liikkeelle organisaation visiosta, tavoitteista ja strategiasta. Strategisella osaamisen johtamisella varmistetaan yksilöllinen ja yhteisöllinen kokonaisosaaminen, joka tukee työyhteisöjen toimivuutta. (Kirjavainen & Laakso-Manninen 2000: 32–38; Temmes, Kiviniemi & Peltonen 2001: 80–84; Ollila 2006: 18.) Osaamisen johtamisella tarkoitetaan myös sitä, että organisaation ydinkyvykkyudet nähdään organisaation omaisuutena (*strategic assets*) ja niitä tietoisesti ja suunnitelmallisesti luodaan, vaalitaan, jaetaan ja hyödynnetään (Uotila 2010: 1).

Osaamisen johtamisen yleisimmästä englanninkielisestä ilmaisusta *knowledge management (competence management)* käytetään lähestymistavasta riippuen erilaisia suomennoksia, kuten tietojohtaminen, tiedon johtaminen, tietämyksen hallinta, tietämyshallinta, tiedon ja osaamisen johtaminen sekä tietämysjohtaminen (Huotari 2009: 38–39; Kivinen 2008: 61). Kakabadse tutkijakollegoineen toteaa osaamisen johtamisen määritelmien eroavan sekä kohteen että laajuuden mukaan. Heidän mukaan määritelmät kohdistuvat organisatorisiin prosesseihin ja rutiineihin, suorituskyvyn parantamiseen tuloksiin, verkostoitumisen ja yhteistyön prosesseihin, asiantuntijoiden osaamisen jakamiseen organisaation käyttöön sekä erityisiin työkaluihin ja metodologioihin. (Kakabadse, Kouzmin & Kakabadse 2001: 141; Kivinen 2008: 61–62.) Osaamisen johtamisen fokus on osaamisen hallinta ja kehittäminen. Viitalan mukaan osaamisen johtaminen sisältää kaiken sellaisen tarkoituksellisen toiminnan, jonka avulla organisaation strategian edellyttämää osaamista vaalitaan, kehitetään, uudistetaan ja hankitaan. (Viitala 2005:

14; Hyrkäs 2009: 64.) Lisäksi Viitala (Viitala 2005: 38) määrittelee osaamisen johtamisen olevan systemaattista johtamistyötä, jonka tarkoitus on turvata organisaation tavoitteiden ja päämäärien edellyttämä osaaminen nyt ja tulevaisuudessa.

Lääketieteen peruskoulutuksen hajautettu opetus

Lääketieteen peruskoulutuksella tarkoitetaan yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien tarjoamaa peruskoulutusta, joka johtaa lääketieteen lisenssiaatin tutkintoon. Lääketieteen hajautetulla perusopetuksella tarkoitetaan yliopistojen ja terveydenhuollon organisaatioiden yhteistyössä järjestämää lääketieteen perusopetusta yliopistopaikkakuntien ulkopuolella terveydenhuollon organisaatioissa. Opiskelijoilla on käytännön työelämässä kliininen opettajalääkäri, joka huolehtii opintojakson sisällön vaikuttavuudesta yhteistyössä yliopiston ja terveydenhuollon organisaation asiantuntijoiden kanssa. Keskussairaalat pyrkivät hajautetun opetuksen tarjoamisen avulla esimerkiksi lisäämään valmistuvien lääkäreiden valmiuksia työskennellä erikoissairaanhoidossa, parantamaan erikoissairaanhoidon henkilöstön saatavuutta, edistämään tutkimustyötä sekä parantamaan valmistuvien lääkäreiden valmiuksia toimia myös ruotsinkielellä kaksikielisillä paikkakunnilla (Sopimus 2011).

Arviointi

Övretveitin mukaan (2001: 16, 19) arviointi on ilmiön arvon arvioimista keräämällä siitä systemaattisella tavalla olennaista tietoa ja tekemällä vertailuja. Arvioinnin tarkoitus on auttaa käyttäjää ymmärtämään paremmin päätösten perusteet ja sitä kautta tehdä sopivimmat toimenpiteet asiaan liittyen. Lisäksi arvioinnilla vaikutetaan tieteellisen tiedon kehittämiseen. Arviointi ei ole puhdasta tutkimustyötä vaan sillä on käytännöllinen tavoite. Organisaatiossa toteutettavan arvioinnin suorittaa yleensä siihen palkattu taho ja se suoritetaan erityisille käyttäjille tai asiakkaille. Arviointia tehdään, jotta saadaan selvyyttä yksikön sisäisistä tai ulkoisista eroavaisuuksista, kustannustehokkuudesta, resurssien käytöstä sekä joh-

don vastuusta, työtavoista ja demokraattisesta päätöksenteosta. Helakorven (2001: 155) mukaan arviointi (*evaluation*) on analyttistä tarkastelua, joka antaa perustellun kuvan tarkastelun kohteesta ja tuo esiin sen vahvuudet ja heikkoudet. Hallinnon ja johtamisen kehittämisen näkökulmasta tarkasteltuna arviointi on toiminnan kehittämistä ja muutoksen aikaansaamista (Salminen 2011: 117).

Vartiainen on tarkastellut monitahoarviointia, joka on yksi arvioinnin keskeinen malli (Salminen 2011: 117). *Multiple constituency model* eli monitahoarviointi on arviointimenetelmä, joka yhdistää monipuolisesti eri lähestymistapojen näkemyksiä. Siinä korostetaan monen eri arviointinäkökulman tärkeyttä, sillä eri ryhmät pitävät organisaatiota eri syistä tehokkaana. (Vartiainen 1994: 94, 97; Steers 1975: 546–558; Cameron 1978; Keeley 1978; Vartiainen 1993: 5.)

Vaikuttavuus

Vaikuttavuus vastaa kysymykseen, miten jaetuilla panoksilla on saatu aikaan tavoitteiden suuntaisia vaikutuksia. Monissa vaikuttavuuden arvioinneissa todetaan, että toimenpiteiden vaikutukset ovat usein todettavissa vasta pidemmän ajan kulluttua. Useimmiten vaikutuksia voidaan luotettavasti arvioida vuosien tai jopa vuosikymmenten kuluttua. Vaikuttavuuden arvioinnin keskeinen kysymys on: mikä vaikuttaa mihinkin, miten, milloin ja millä edellytyksillä? (Chen 1990: 298; Pawson & Tilley 1997: 216–217). Sana ”vaikuttavuus” tarkoittaa tulosta, vaikutusta ja vaikuttamisen prosessia. Vaikuttavuuden arvioinnin kannalta on ratkaisevaa, että tulokset ja prosessit yhdistetään eikä tarkastella vain toista näistä tekijöistä. (Daly, Watt, Batchelor & Treasure 2002: 16.) Oleellista on muistaa, että asioiden tekemisestä oikein tai tehokkaasti ei ole hyötyä, jos tehdään vääriä asioita. Ammatilliselta koulutukselta odotetaan vaikuttavuutta. Vaikuttavuus on tärkeää kaikkien osapuolten näkökulmasta; koulutuksen järjestäjän, osallistujan ja rahoittajan näkökulmasta. (Tenhula ym. 2008: 284.) Koulutuksen vaikuttavuus on yksilön ja yhteisön oppimistulosten avulla syntyvää yksilöllistä, organisatorista tai yhteiskunnallista relevanssia. Relevanssilla tarkoitetaan koulutuksen tarkoituk-

senmukaisuutta, käytön sopivuutta, hyödyllisyyttä ja mielekkyyttä. (Raivola, Valtonen & Vuorensyrjä 2000: 12–17.) Tässä tutkimuksessa vaikuttavuudella tarkoitetaan selvitystä siitä, mitkä tekijät terveydenhuollon organisaatioissa huomioimalla kuljetaan kohti mahdollisimman vaikuttavaa lääketieteen hajautettua perusopetusta.

Kuormittavuus

Kuormittavuuden lähtökohtana on työn ja yksilön välillä vallitseva epäsuhta. Kuormittuneisuutta käytetään yleisesti lähes synonyyminä stressille. Kuormittuneisuudessa painotus on kuitenkin jonkin tietyn työtehtävän suorittamisessa, kun taas stressistä puhuttaessa näkökulma liittyy työntekijän kokemaan hyvinvointiin. (Onnismaa 2010: 15.)

Tutkimuksen rakenne

Tutkimus rakentuu kuudesta luvusta. Johdantoluvussa kuvataan tutkimuksen tausta, tavoitteet ja tutkimusongelmat, tutkimuksen keskeiset käsitteet, tutkimusmenetelmät ja tieteenfilosofinen tausta. Toisessa luvussa avataan osaamisen johtamista, työelämän ja koulutuksen rajapintaa sekä lääketieteen peruskoulutusta ja erityisesti hajautettua perusopetusta. Kolmannessa luvussa kuvataan osaamisen johtamisen vaikuttavuutta, arvioinnin lähtökohtia, vaikuttavuuden arviointia, koulutuksen vaikuttavuuden arviointia sekä esitellään pääkriteerit vaikuttavuuden arviointiin. Neljännessä luvussa kuvataan tutkimusympäristöjä ja esitellään tutkimusmenetelmät. Viidennessä luvussa esitellään tutkimustulokset ja arvioidaan niiden perusteella muodostuneiden pääkriteerien kautta hajautettua lääketieteen peruskoulutusta kohdeorganisaatiossa. Kuudennessa luvussa esitetään vastaukset tutkimuskysymyksiin, pohditaan tulosten luotettavuutta ja tuodaan esiin jatkotutkimusaiheita.

Tutkimuksen tieteenfilosofinen lähtökohta

Tieteenfilosofiassa keskitytään tieteellisen tiedon luonteeseen, yleisiin metodologisiin ongelmiin sekä teorioiden ja todellisuuden välisiin suhteisiin. Oleellista on tutkimuksen taustasitoumukset, käsitys todellisuudesta eli ontologia ja tieto todellisuudesta eli epistemologia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on erityisesti tärkeää esittää ontologiset ja epistemologiset sitoumukset. (Tuomi & Sarajärvi 2002: 65; Silvennoinen-Nuora 2010: 40.) Terveystieteiden, erityisesti lääketieteellisen tutkimuksen, perinteessä on korostettu luonnontieteellistä ja positivistista tutkimusperinnettä. Siinä pyritään objektiiviseen tietoon, josta tutkija on erillään. (Niiniluoto 2002a: 59; Silvennoinen-Nuora 2010: 40.) Tieteenfilosofiset perinteet ovat murtamassa eri tutkimusalojen raja-aitoja. Analyttisen tarkastelun kohteena on luonnontieteen lisäksi ihminen toimivana yksilönä ja yhteiskunnallisena olentona. (Niiniluoto 2002a: 59). Vaikutustiloja kuvattaessa täytyy pohtia, miten saadaan oikeaa ja luotettavaa tietoa inhimillisestä toiminnasta. Tämä on tieteen paradigmaongelma, koska taustalla on ontologiset ja epistemologiset peruskysymykset, kuten onko olemassa vain yksi todellisuus, kumpi on ensisijaista subjektiivinen vai objektiivinen tieto, kiinnitetäänkö huomio toimintaprosessiin vai lopputulokseen tai onko arviointi tavoiteorientoituvaa vai tavoitteenasettelusta vapaata. (Vartiainen 1994: 75–114).

Ontologia tarkastelee todellisuuden peruselementtejä ja rakennetta todellisuuden olemuksen ja yleisen luonteen sekä tietojemme pohjalta (Määttänen 1999: 35; Niiniluoto 2002a: 125; Silvennoinen-Nuora 2010: 41). Ontologiassa pohditaan, miten tutkimuksessa ymmärretään todellisuuden luonne ja tutkittava kohde sekä millaiselle ihmis- ja todellisuuskäsitykselle tutkimus pohjautuu (Syrjäläinen 1996: 77; Silvennoinen-Nuora 2010: 41). Positivistisen ja luonnontieteellisen ontologia-käsityksen mukaan on vain yksi todellisuus, joka on objektivistinen ja autonomistinen. Pluralistisen ontologiakäsityksen eli monijakoisen todellisuuskäsityksen mukaan todellisuus rakentuu useammasta kuin yhdestä perusaineksesta. Konstruktivistisen näkemyksen mukaan todellisuus konstruoituu eli muotoutuu pyrit-

täessä ymmärtämään tutkimuskohdetta, todellisuutta muovaa ymmärtämisen interventio. Vaikka totuus on tieteen päämäärä ja tiede on kiinnostunut totuudellisuudesta, niin silti osa totuudellisuudesta on ihmismielestä riippumatonta. Ei ole olemassa absoluuttista todellisuutta, joka olisi kaikille yhtenäinen. Todellisuus perustuu oppimaamme ja on siten subjektiivista tulkintaamme. Käyttämämme käsitteet ovat sosiaalisesti muotoutuneita ja sopimuksenvaraisia, syntyneet tietystä sosiaalisessa ympäristössä käyttämällä tietyn ajan kieltä. Samalla ne heijastavat rajoja, joita fyysikaalinen maailma on asettanut. (Niiniluoto 2002a; Hirsjärvi & Hurme 2000:17; Silvennoinen-Nuora 2010: 41; Saarelainen 2011: 28).

Tämän tutkimuksen evaluointi on konstruktivistista arviointia, joka pohjautuu avainryhmien jäsenten subjektiivisiin kokemuksiin ja näkemyksiin. Todellisuus muotoutuu ymmärryksen lisääntyessä tutkimusaiheesta. Aihe on merkityksellinen kaikille arvioinnissa mukana oleville tahoille. Jokaisella avainryhmällä on omat tarpeet, toiveet ja odotukset liittyen arvioitavaan ilmiöön. Avainryhmät vaikuttavat toisiinsa, mutta jokaisella on kuitenkin omat resurssit, tahto ja tarkoitus. Jokaisella avainryhmällä on myös vähintään yksi seuraavista ominaisuuksista liittyen arviointikohteeseen: motivaatio, materiaallinen tai symbolinen resurssi, erityisosaaminen ja taidot tai valta-asema. Avainryhmäarvioinnin demokraattinen näkökulma tulee esiin osallistumisen kautta. (Vartiainen 1994: 97–101; Steers 1975: 546–558.)

Terveydenhuollossa erottuvat vahvat professioiden ja ammattilaisten näkökulmat. Työntekijät sitoutuvat vahvasti omaan työhönsä potilaan parhaaksi. Tätä sitoutumista vahvistavat lääkärin työssä lääkärin vala ja eettiset ohjeet sekä sairaanhoitajan työssä sairaanhoitajan vala ja hoitotyön eettiset periaatteet. (Pietarinen & Launis 2002: 47–56; Silvennoinen-Nuora 2010: 42.) Terveydenhuollon johtajat toimivat oman kontekstinsa, talouden lainalaisuuksien, professioiden ja kuntapäätäjien sekä palvelujen tilaajien välisessä todellisuudessa (Silvennoinen-Nuora 2010: 42). Lääketieteen opiskelija saa käsityksen terveydenhuollon todellisesta toimintakentästä hajautetun perusopetuksen myötä. Kaikkien yhteisenä tavoitteen-

na on toimia alueen väestön parhaaksi terveyttä edistämällä ja sairauksia hoitamalla.

Epistemologia eli tietoteoria on filosofian osa-alue, joka pyrkii selvittämään millainen tieto on oikeaa tietoa, mitä yleensä voimme tietää ja onko tieto edes mahdollista. Sana epistemologia tulee kreikan kielen sanasta episteme, joka tarkoittaa ehdottoman varmaa tietoa. (Silvennoinen-Nuora 2010: 42.) Kreikkalaisen filosofin Platonin mukaan todet mielipiteet eivät vielä edusta todellista tietoa. Platonille tiedon todellinen kohde olivat yliaistilliset ideat. Tietoa täytyy perustella ja sille täytyy olla evidenssiä eli julkisia ja yleisesti hyväksyttäviä perusteita. (Niiniluoto 2002a: 137–138.) Tiede voi edistyä tiedon tavoittelussa siten, että tulokset pyrkivät totuuteen (Niiniluoto 2002b; Silvennoinen-Nuora 2010: 43). Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen puolustajat puolustavat todellisuuden olemassaoloa. Kvantitatiivisen suuntauksen mukaan tutkimuksen kohde on tutkijasta riippumaton, kun taas kvalitatiivisen suuntauksen mukaan kohde ja tutkija ovat vuorovaikutuksessa. Konstruktivistisen käsityksen mukaan todellisuus on kompleksinen kokonaisuus, jossa saatavaan tietoon vaikuttavat myös tutkijan arvot, asenteet ja esiymmärrys. (Hirsjärvi & Hurme 2000: 23; Silvennoinen-Nuora 2010: 43.) Tämän tutkimuksen empiirinen osuus muodostuu sekä kvalitatiivisesta että kvantitatiivisesta osuudesta ja pohjautuu konstruktiiiviseen käsitykseen. Koulutuksen vaikuttavuus pohjautuu paljolti subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Tämän tutkimuksen arviointi on tavoiteorientoituvaa ja arvioinnissa pyritään kiinnittämään huomio koko toimintaprosessiin ja sen kehittämiseen.

2 OSAAMISEN JOHTAMINEN LÄÄKETIETEELLISEN PERUSKOULUTUKSEN HAJAUTETUN OPETUKSEN VIITEKEHYKSENÄ

Tässä luvussa käsitellään osaamisen johtamista, hallinnon roolia tutkimuksen kontekstissa, lääketieteellistä peruskoulutusta ja sen hajautettua opetusta. Ensimmäisessä alaluvussa esitellään aiheesta tehtyjä aikaisempia tutkimuksia ja tuodaan esiin osaamisen johtamiseen ja osaamiseen liittyviä teoreettisia lähtökohtia ja käsitteitä. Osaamisen johtamista ja osaamista käsitellään organisaation osaamisen näkökulmasta jatkuen yksilön osaamisen kehittämiseen. Toisessa alaluvussa esitellään hallinnon monenlaista roolia toiminnan taustalla; suunnittelutyön lähtökohtia sekä koulutuspolitiikan ja rekrytoinnin merkitystä. Kolmannessa alaluvussa luodaan katsaus lääketieteen peruskoulutukseen ja hajautettuun opetukseen. Neljäs alaluku kokoaa yhteen aikaisemmat luvut.

2.1 Osaamisen johtamisen teoreettiset lähtökohdat

2.1.1 Katsaus tutkimuksiin osaamisen johtamisesta

Suomalainen osaamisen johtamisen tutkimus ja keskustelu alkoi 1990-luvulla ja on lisääntynyt 2000-luvulla. Osaamisen johtamisessa 2000-luvun alku oli runsaan keskustelun ja vahvistuvan tutkimuksen aikaa. Silloin organisaation kilpailu- ja suorituskyky sekä organisaation oppimisen merkitys oli korostunut. (Kivinen 2008: 64; Huotari 2009: 11.) Suomessa toimii vuonna 2002 perustettu Tietojohdattamisen tutkijakoulu, jonka toiminnasta vastaavat Lappeenrannan teknillisen yliopiston ja Tampereen yliopiston kauppatieteelliset tiedekunnat. (Stähle 2000: 11; Kivinen 2008: 64.) Osaamisen johtaminen on suosittu tutkimusaihe ja se on liitetty strategisen johtamisen prosesseihin (Malhotra 2005; Huotari 2009: 11). Suo-

messa osaamisen johtamisen tutkimus on kohdistunut lähinnä julkiseen sektoriin (Kivinen 2008: 64). Taulukkoon 2 on koottu kansallisia osaamisen johtamiseen liittyviä väitöskirjatutkimuksia. Tuoreita kansallisia tutkimuksia osaamisen johtamiseen ja sitä läheisesti sivuavaan johtamiseen liittyen on myös tehty. Päivi Haapalainen (2013) on julkaissut artikkelin liittyen oppimiseen ja osaamisen johtamiseen rakennusprojekteissa. Tutkimus on laadullinen tapaustutkimus, joka toteutettiin haastatteluilla. Tulosten mukaan suurin osa oppimisesta on yhteydessä osaamisen johtamiseen, siihen miten tietoa käytetään, jaetaan ja yhdistetään projektissa sekä miten luodaan uutta tietoa. Konu & Viitanen (2008: 28–40) ovat tutkineet jaettua johtajuutta suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tulosten mukaan jaettu johtajuus saattaa tukea työntekijöillä uuden luomista, työmotivaatiota ja valmiutta toiminnan kehittämiseen. Kokkinen, Konu & Viitanen (2007:184–194) ovat tutkineet henkilöstöjohtamista suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tulosten mukaan henkilöstöjohtamisen tärkeyttä ei ole täysin vielä ymmärretty sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin ylimmällä johtamistasolla. Palautetta keskijohdon toiminnasta annetaan edelleen melko vähän. Oppimismahdollisuudet ovat hyvät sosiaali- ja terveydenhuollon alalla, kuitenkin säännöllisiä kehityskeskusteluja pidetään liian vähän. Tämä johtuu ajan puutteesta tai kehityskeskusteluista tulevan hyödyn merkityksen kokemisen vähäisyydestä.

Kansainvälinen tutkimus on viime vuosina ollut hyvin runsasta. Tuoreimpia kansainvälisiä artikkeleita osaamisen johtamiseen liittyen on koottu taulukkoon 3. Olen valinnut tutkimukset taulukkoon niiden uutuuden vuoksi sekä viittausten perusteella. Kansainvälinen tutkimus on suuntautunut aiemmin vahvasti yksityissektorille (Van Beveren 2003: 90; Huotari 2009: 11). Osaamisen johtamiseen liittyvät ulkomaiset artikkelit käsittelevät pitkälti kliinisen tiedon hallintaa ja tietoteknisiä mahdollisuuksia (Kivinen 2008: 88). Tuoreimmissa tutkimuksissa osaamisen johtaminen on liitetty myös muun muassa johtamisen käytäntöihin, johtamistaitoihin, yrityksen pätevyyteen ja taloudelliseen ajatteluun (Andreeva & Kianto 2012: 617; Jain & Jeppesen 2013: 347). Henkilöstöjohtamisella (HRM) ja informaatioteknologialla (ICT) on selkeä korrelaatio liittyen osaamisen johtami-

seen (Andreeva & Kianto 2012: 617). Keskeinen osaamisen johtamisen keskustelun ulkopuolelle jäänyt aihe on liittynyt siihen, miten organisaatiossa oleva tieto ja osaaminen saadaan käyttöön tehokkaasti ja oikean suuntaisesti (Kivinen 2008: 17; Huotari 2009: 11). Tähän on tuoreimpien kansainvälisten tutkimusten myötä tartuttu (Bosua & Venkitachalam 2013: 331; Moustaghfir & Schiuma 2013: 495). Osaamisen johtamiseen liittyvät tutkimukset osoittavat tärkeäksi asiaksi tiedon luomisen ja osaamisen kehittämisen suunnan. (Nonaka & Takeuchi 1995; Viitala 2002; Syväjärvi 2005; Ollila 2006; Kivinen 2008: 193; Malhotra 2005; Huotari 2009: 11–12.) Osaamisen johtamiseen liittyviä artikkeleita löytyy eniten lehdistä *Journal of Knowledge Management* ja *Journal of Knowledge Management Practice*.

Taulukko 2. Kansallisia osaamisen johtamiseen liittyviä tutkimuksia

Tutkija	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen sisältö	Keskeiset tutkimustulokset
Uotila, Timo-Pekka 2010	Ikkunoita osaamisen johtamisen systeemiseen kokonaisuuteen	Artikkeliväitöskirja, 10 artikkelia (toim.), joissa yhdistävänä tekijänä Sanchezin malli. Malli tarjoaa kokonaisvaltaisen näkemyksen osaamisen johtamiseen organisaatiossa.	Ongelmana organisaatiotason ja yksilötason osaamisen johtamisen yhdistäminen.
Huotari, Päivi 2009	Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimissa	Monografiaväitöskirja. Esimiesten käsityksiä strategisen osaamisen johtamisen ydinalueista kunnallisilla sosiaali- ja terveysaloilla.	Strateginen osaamisen johtaminen hallitaan hyvin. Heikoimmin hallitaan strategisen suunnittelun, muutostoiminnan ja strategista osaamista kehittävä koulutuksen suunnittelutaitoja. Henkilöstö mukaan strategiseen keskusteluun.
Kivinen, Tuula 2008	Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatiossa	Monografiaväitöskirja. Knowledge management - käsitteen selvittäminen käsiteanalyysin avulla. Kuvaa tiedon ja osaamisen johtamisen toteutumista ja selittää siihen vaikuttavia tekijöitä.	Knowledge management - käsitteen ominaisuudet ovat yhdistävyys, hallinta, oppiminen, systeemisyyden ja edistävyyden. Ongelmia tiedonsaannissa ja tiedonvaihdossa. Yksilötason osaamisresursseja jää hyödyntämättä.
Ollila, Seija 2006	Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa	Monografiaväitöskirja. Johtamisosaamisen ulottuvuudet työhönsuhteesta näkökulmasta.	Yhteiskunnalliset muutokset ajavat pohdittamaan osaamisen johtamista, jotta pystytään vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin. Osaamisen strateginen johtaminen etsii vielä linjaansa sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa ja yksityisissä organisaatioissa.
Viitala, Riitta 2002	Osaamisen johtaminen esimiestyössä	Monografiaväitöskirja. Alaisten arvioita esimiehistä. Tutkimuksessa tarkastellaan osaamista, oppimista ja johtajuutta.	Osaamisen johtamisella on neljä ulottuvuutta; oppimisen suuntaaminen, oppimista edistävän ilmapiirin luominen, oppimisprosessien tukeminen ja esimerkiksi johtaminen.

Taulukko 3. Kansainvälisiä osaamisen johtamiseen liittyviä tutkimuksia

Tutkija	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen sisältö	Keskeiset tutkimustulokset
Jain, Ajay K. & Jeppesen, Hans Jeppe 2013	Knowledge management practices in a public sector organization: the role of leader's cognitive styles	Johtajan kognitiiviset taidot liittyen käytännön osaamisen johtamiseen. Tutkimus on suoritettu julkisen sektorin organisaatioissa Intiassa. Tutkimusaineisto koostui 210 kyselystä keski- ja ylimmän johdon työntekijöille, jotka toimivat eri projekteissa.	Tuloksista nousi esiin kolme keskeistä kognitiivista ominaisuutta; perinpohjainen, yhdessä toimiva ja muokkaava johtaja. Osaamisen johtamiseen oli negatiivinen vaikutus perinpohjaisella ja yhdessä toimivalla johtajalla, kun taas positiivinen vaikutus osaamisen johtamiseen oli muokkaavalla johtajalla.
Bosua, Rachelle & Venkitachalam, Krishna 2013	Aligning strategies and processes in knowledge management: a framework	Osaamisen johtamisesta on tullut organisaatioille avaintekijä. Osaamisen johtamisen strategia täytyy liittää osaamisprosesseihin. Tässä on puutteita kirjallisuuden perusteella. Kyseessä on laadullinen tapaustutkimus kolmeen eri teollisuusalan yritykseen.	Tutkimus osoittaa, että osaamisen johtaminen ja osaamisprosessit liittyvät toisiinsa ja tämä liittouma vahvistaa osaamisprosessien vaikuttavuutta organisaatioissa.
Andreeva, Tatiana & Kianto, Aino 2012	Does knowledge management really matter? Linking knowledge management practices, competitiveness and economic performance.	Laajasta osaamisen johtamiseen liittyvästä kirjallisuudesta huolimatta on huomattava puute empiirisistä tutkimuksista, jotka antavat tietoa osaamisen johtamisen merkityksestä yrityksen pätevyyteen ja taloudellisiin suoritteisiin. Kyselytutkimus 234 yritykseen, jotka ovat Suomesta, Venäjältä ja Kiinasta.	Tutkimuksen mukaan HRM ja ICT käytännöt korreloivat vahvasti osaamisen johtamiseen ja niillä on merkittävä vaikutus yrityksen pätevyyteen ja taloudellisuuteen liittyvissä asioissa. Taloudellisia hyötyjä saadaan, kun HRM ja ICT käytännöt ovat yhteisessä linjassa organisaatioissa.
Beng-Hui, Grace Chua 2012	What Makes Small And Medium Enterprises Innovative? A Look At Knowledge Management.	Tarkoitus on selvittää miten osaamisen johtamisella voidaan vaikuttaa yrityksen innovaatiokykyyn. Kyselytutkimus 125 yritykselle.	Tulosten mukaan innovaatiokyvyn tärkeitä osa-alueita ovat osaamisen hankinta, levittäminen ja hyödyntäminen. Osaamisen johtamisessa kannattaa keskittyä näihin osa-alueisiin.
Martins, Henrique 2009	Tetrahedron of medical academics: Reasons for training in management, leadership and informatics.	Lääketieteellisten oppilaitosten professorit ja opettajat kutsutaan usein mukaan kliiniseen työhön ja oman alueensa tutkimuksiin. Tämä lisää heidän johtamisvastuutaan terveydenhuollossa. Tutkimuksella pyritään selvittämään onko johtamis- ja viestintäkoulutuksesta hyötyä lääketieteen alueella. Tutkimus perustuu kirjallisuuskatsaukseen.	Tulosten mukaan johtamisosaamisella ja hyvillä viestintätaidoilla on merkitystä tavoiteltaessa mm. tehokkuutta. Menestyksellä akateeminen ura edellyttää johtamisen osaamista ja hyviä viestintätaitoja.

2.1.2 Osaamisen johtaminen

Osaaminen on laaja-alainen käsite. Strategisen osaamisen suuntaaminen ja määrittely on organisaation kannalta tärkeää. Se vaatii kuitenkin paljon resursseja. Lisäksi strategisen osaamisen toteuttaminen organisaatiossa on haastava tehtävä. Osaamisesta on erilaisia näkemyksiä, ja se mitä osaamisella tarkoitetaan, vaikuttaa siihen mikä on osaamisen merkitys organisaation menestymisen kannalta. (Uotila 2010: 265.) Osaaminen on korkeakoulupoliittisella agendalla keskeisessä roolissa. Elinikäinen oppiminen ja globaali talous edellyttävät, että kaikki osaaminen on saatava yhteiseen käyttöön. Yksilöllisten opintopolkujen tarve kasvaa koko ajan, ja korkeakoulut sekä eri maat kilpailevat yhä enemmän keskenään. (Pyykkö 2012: 118.) Osaamista lähellä oleva käsite on oppiminen. Erinomaisuuden luonteeseen kuuluu läheisesti ajatus kasvusta ja kehityksestä niin organisaation kuin yksilöidenkin tasolla. Tämä jää usein helposti yleisesti ihannoitavaksi piirteeksi enemmän kuin tavoitteelliseksi ja konkreettiseksi, johdetuksi toiminnaksi. Oppiminen on organisaation kasvua yli nykyisten suorituskyvyn rajojen. Oppimista tapahtuu niin tarkoituksellisesti kuin johdon tahdosta riippumattomasti. Oppimisen aikaansaaminen ja suuntaaminen organisaation menestymistä edistävänä tekijänä on kiinnostava ajatus. (Juuti & Luoma 2009: 82–83.)

Baker, Mapes, New & Szwejczewski (1997: 266) erottavat kirjallisuuden perusteella neljä eri käsitystä osaamisesta; strateginen osaaminen, organisaatiolle ominainen osaaminen, toiminnallinen osaaminen sekä yksilöllinen osaaminen ja pätevyys. Strategisella osaamisella tarkoitetaan organisaation strategian ja ulkoisen toimintaympäristön hyvää yhteensopivuutta. Organisaatiolle ominaisella osaamisella tarkoitetaan erottavaa osaamista, kuten teknologiaa tai taitoja jotka antavat kilpailuetua. Toiminnallisella osaamisella tarkoitetaan organisaation tärkeimpien tekijöiden ja vahvuuksien yhteensopivuutta. Yksilöllisellä osaamisella tarkoitetaan niitä taitoja ja tietoja, joita yksilö tarvitsee suoriutuakseen tehokkaasti työssään. (Huotari 2009: 23–24.) Osaaminen voidaan jakaa myös erilaisiin tasoihin osaamisen sijainnin suhteen. Näitä tasoja ovat esimerkiksi yksilön osaaminen, organisaation osaaminen ja ydinosoaminen. (Kirjavainen & Laakso-Manninen

2000; Lehtonen 2002; Prahalad & Hamel 1990; Kakabadse, Kakabadse & Kouzmin 2003: 75–91; Hyrkäs 2009: 52.) Organisaation osaamisella tarkoitetaan pyrkimystä saavuttaa toivottu tavoite tietyn toiminnan avulla (Sanchez & Heene 1996; Sanchez & Heene 1997; Lehtonen 2002: 78; Hyrkäs 2009: 52). Japanilaisen yrityskulttuurin mukaan osaaminen ilmaistuna sanoina tai numeroina on vain jäävuoren huippu. He yhdistävät osaamisen hiljaiseen tietoon, jolloin merkityksellisiä seikkoja ovat faktatiedon lisäksi yksilölliset näkemykset, uskomukset ja intuitio. (Nonaka & Takeuchi 1995: 8.)

Kompleksisessa ja muuttuvassa maailmassa osaamisella on yhä suurempi merkitys. Strategisen osaamisen suuntaaminen ja määrittely vaatii organisaatiolta ja sen johdolta resursseja. Se millaisena osaaminen organisaatiossa nähdään vaikuttaa siihen, miten sen merkitys ymmärretään menestymisen kannalta. Osaamista voidaan tarkastella yhteisen tietämyksen syntymisen kautta. Yksilön osaamisen kehittymisen kautta koko organisaation osaaminen kehittyy. Osaamisen kehittämisen lähtökohdaksi ei voi kuitenkaan olla yksittäisen työntekijän osaamisen mahdollisimman tarkka mittaaminen. Osaamiskartoitukset palvelevat organisaation työkaluna, mutta osaamisen kokonaisvaltainen kehittyminen tapahtuu verkostoissa, erilaisten rajapintojen kohdatessa ja yhteisen näkemyksen syntyessä. Tämä tapahtuu suurelta osin vuorovaikutuksessa organisaation jäsenten välillä. (Uotila 2010: 265–266.) Jatkuva innovointi ja uudistuminen ovat alueiden ja organisaatioiden kilpailukyvyyn perusehto. Innovointikykyä on kyettävä lisäämään. Laajapohjainen yhteistyö, siihen liittyvien prosessien ohjaaminen ja rakenteiden luominen on suuri haaste, johon vastaamalla pystytään luomaan toimivia innovaatiojärjestelmiä. (Stähle, Sotarauta & Pöyhönen 2004: 1, 5.)

Osaamiseen kiinteästi liittyvä käsite on tietämys. Se on organisaation arvokkain resurssi, joka luo pohjan osaamiselle ja toimii tärkeimpänä kilpailutekijänä. Tietämystä on tarkasteltu sen muotoon, sijaintiin ja syvällisyyteen perustuen. Akateemista keskustelua on ohjannut suuresti Nonakan ja Takeuchin klassinen tietämyksen jako hiljaiseen ja näkyvään tietoon. Viimeaikoina Popperin näkemys tie-

dosta on tullut vaihtoehtona esille. Siinä tietoa tarkastellaan kolmen maailman ja niiden välisten suhteiden kautta. Ensimmäisen maailman tieto näyttäytyy fyysisessä todellisuudessa, objekteissa ja rakenteissa, toisen maailman tieto on sisäisen mielen maailma ja kolmannen maailman tieto viittaa ihmismielen tuotteisiin, kuten tieteellisiin teorioihin, sosiaalisiin ja kulttuurisiin tuotteisiin ja kertomuksiin. Tämän jaottelun on esitetty tarjoavan osuvamman lähtökohdan tiedolle organisaatiotutkimuksessa kuin perinteinen tiedon jaottelu hiljaiseen ja näkyvään tietoon. (Uotila 2010: 23.) Tiedon hallinnan merkityksen lisääntyessä, on etsittävä keinoja edistää työyhteisön kykyä tuottaa uutta tietoa ja innovaatioita. Oppiminen, luovuus ja uusien asioiden kehittäminen ovat lähellä toisiaan. (Seppänen-Järvelä 1999: 79–82.)

Käsitteenä ja johtamisen suuntana osaamisen johtaminen (*knowledge management, competence management*) on historiallisesti varsin nuori. Yksi osaamisen johtamisen alkuvaiheen tunnettu vaikuttaja on Karl Wiig. Hänen mukaan käsite esiteltiin ensimmäisen kerran Euroopan johtamiskonferenssissa vuonna 1987. Samana vuonna julkaistiin myös ensimmäinen aihetta käsittelevä kirja sekä pidettiin ensimmäinen aihetta käsittelevä konferenssi (*Knowledge Assets into the 21st Century*). Osaamisen johtamiseen liittyviä tieteellisiä artikkeleita alkoi ilmestyä vasta 1990-luvulla. Nykyisin osaamisen johtamisen keskustelua käydään monilla eri tieteenaloilla, kuten esimerkiksi hallintotieteen, organisaatio- ja johtamistutkimuksen, kasvatustieteen, kauppatieteen, tietojenkäsittely- ja tietojärjestelmätieteen, informaatiotutkimuksen, psykologian, taloustieteen ja sosiologian tieteenaloilla. Monitieteisyys tekee osaamisen johtamisesta heterogeenisen sekä käsitteenä että lähestymistapana. Eri tieteenaloja edustavat tutkijat tekevät tutkimustaan oman tieteenalansa paradigmaan liittyen. Osaamisen johtamista edeltävä tekijä on ollut teknologinen kehitys. Se on aikaansaanut ja vauhdittanut keskustelua osaamisen johtamisesta, tutkimusta ja käytännön toimintaa. Erityisesti 2000-luvulta alkaen tietotekniikka on ollut mahdollistava ja edistävää tekijä, väline ja keino osaamisen johtamisessa. Osaamisen johtamisen kannalta on tärkeää ymmärtää organisaation toiminnan luonne, ajankohtaiset kehityshaasteet ja mahdolli-

suudet. (Wiig 1997a: 6–14; Wiig 1997b: 1–14; Argote, McEvilly & Reagans 2003: 571–582; Kivinen 2008: 61–77; Simonen 2012: 27.)

Yritysmaailma ja julkinen sektori ovat perinteisesti lähestyneet johtamisen tematiikkaa eri suunnista. Julkishallinto on tavoitellut tehokasta hallintoa byrokratian avulla ja yritystoiminnassa on panostettu strategisen johtamisen kehittämiseen sekä vahvan johtajan toteuttamaan asiajohtamiseen. (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen & Lehto 2007: 52.) Julkisen sektorin johtaminen painottaa osaamista, jota yksilö tarvitsee suoriutuakseen työstään hyvin organisaation kaikissa toiminnoissa. Osaamisesta kootaan kehys, joka ohjaa rekrytointia, koulutusta, kehitystä sekä muita ihmisten johtamisen osa-alueita. (Horton 2002: 3; Hyrkäs 2009: 33–34.) Viitala toteaa tutkimuksessaan (2002) osaamisen johtamisen keskeisiä ulottuvuuksia olevan oppimisen suunnan näyttäminen, oppimista tukevan ilmapiirin luominen, oppimisprosessien tekeminen ja roolimallina oleminen (Kivinen 2008: 63.)

Organisaation toimintaympäristöt ja sen myötä organisaatiot ovat jatkuvassa liikkeessä. Muutosten vauhti nostaa osaamisen tavoitteiden saavuttamisen pullonkaulatekijäksi. Osaaminen esitellään varsin usein strategisessa kirjallisuudessa organisaation tärkeimmäksi kilpailutekijäksi. Kirjallisuudessa puhutaan käsitteistä osaaminen (*knowledge*), kompetenssi (*competency*) ja kyvykkyys (*capability*). Näillä kaikilla käsitteillä viitataan samaan ilmiöön; organisaatiossa olevaan tietoon ja taitoon tehdä jotain asiaa hyvin. Kyvykkyys- ja kompetenssistrategian (*capability strategy, competence-based strategy*) perusidean mukaan organisaatio pystyy kilpailemaan ainoastaan kehittämällä ydinkyvykkyksiään, joka tarkoittaa kykyä tuottaa arvoa asiakkaille kehittämällä innovatiivisia tapoja käyttää ja yhdistellä resursseja, teknologioita, palveluja ja tietoa. Osaamisen johtaminen tarkoittaa sitä, että nämä organisaation ydinkyvykkyudet nähdään organisaation omaisuutena (*strategic assets*) ja niitä tietoisesti ja suunnitelmallisesti luodaan, vaalitaan, jaetaan ja hyödynnetään. (Uotila 2010:1.)

Osaamista voidaan johtaa kuten mitä tahansa muutakin resurssia. Nordhaug (1998) on määritellyt osaamisen johtamisen sisällöksi sellaisten toimenpiteiden suunnittelun, toteuttamisen ja arvioinnin, joiden avulla varmistetaan organisaation ja henkilöstön kompetenssit, jotka tarvitaan tavoitteiden saavuttamiseen. Osaamisen johtamisen edellytyksenä on yhteinen tietoisuus ja ymmärrys tavoiteltavan osaamisen sisällöstä ja luonteesta. Koko organisaation osaamiskäsityksen on oltava yhdenmukainen, jotta samansuuntainen toiminta voi toteutua. Organisaatioissa on kehitelty osaamisen johtamisen käytäntöjä 1990-luvulta lähtien siten, että osaamiseen liittyvät toimenpiteet ryhdyttiin organisaatioissa tietoisesti liittämään strategiseen johtamiseen. Organisaation osaamisen kehittämisen tradition juuret ovat kauempana historiassa, henkilöstöjohtamisen kentässä (HRM, *human resource management*). Usein organisaation osaamisen johtamisen lähtöpisteenä ovat olleet kehityskeskustelut. Pidemmälle ehtineet organisaatiot ovat saaneet rakennettua jo kokonaisvaltaista johtamisjärjestelmää, jossa osaaminen on yhtenä johtamisen kohteena liitettynä muuhun organisaation toimintaan. Pääosa organisaatioista on asian kanssa vielä alkuaskelilla. (Uotila 2010: 1–2.)

Osaamisen johtaminen sisältää kaiken sellaisen tarkoituksellisen toiminnan, jonka avulla organisaation strategian edellyttämää osaamista vaalitaan, kehitetään, uudistetaan ja hankitaan. Se on johdon kannalta systemaattista johtamistyötä, jonka tarkoitus on turvata organisaation tavoitteiden ja päämäärien edellyttämä osaaminen nyt ja tulevaisuudessa. Siinä organisaation osaamista vaalitaan ja kehitetään organisaation kaikilla tasoilla. Tämä vaatii suuntaamista, määrittelyä, arviointia, suunnittelua ja kehittämistä. Osaamisen johtamisen perimmäiset tulokset näkyvät kehittyneempinä toimintatapoina, tuotteina ja palveluina, innovaatioina ja lopulta parantuneena taloudellisena tuloksena. (Viitala 2013: 170; Simonen 2012: 27–31; Seppänen-Järvelä & Juth 2003: 198–210.)

Osaamisen johtaminen kohdistuu yksilöön (Tukia, Kivinen & Taskinen 2007: 439; Huotari 2009: 39). Keskiössä on yksilön osaaminen ja kyky toimia tilanteen vaatimalla tavalla. Yksilön osaamisen jakaminen ja hyödyntäminen ovat olennai-

sia organisaation tavoitteiden toteutumisen kannalta. (Huotari 2009: 39.) Vaikka organisaatiossa olisi uusin tekniikka ja osaamista tukevat toiminnot, niin osaamisen johtaminen ei ole menestyksekkästä, mikäli työntekijät eivät ole valmiita jakamaan osaamistaan keskenään. (Asish, Rodrigues & Vittaleswar 2012.) Thite (2004: 28; Huotari 2009: 39) on määritellyt osaamisen johtamisen sisältävän näkyvän ja hiljaisen tiedon luomista, jakamista, vahvistamista ja hyödyntämistä yksilö-, ryhmä-, organisaatio- ja yhteisötasolla käyttäen hyväksi ihmisiä, prosesseja ja teknologiaa. Osaamisen johtaminen on eräässä mielessä osa jokaisen työtä, koska kaikki organisaation jäsenet luovat, jakavat ja käyttävät tietoaan päivittäisissä työtehtävissään. Organisaation on päätettävä, mikä tieto on milloinkin tärkeintä johtaa, ja miten ihmiset saadaan motivoitumaan tiedon käyttöön ja jakamiseen. Tieto syntyy ja sijaitsee ihmisten mielessä, ja tiedon jakaminen edellyttää aina luottamusta. (Davenport & Prusak 1998: 24, 52–67, 108, 163.) Johdon tuki ja resurssit ovat välttämättömiä tiedon jakamisessa. Osaamisen johtamisen tehokkuutta lisää sen yhteensopivuus koko organisaation strategian kanssa. (Hellström, Kemlin & Malmqvist 2000: 110; Huotari 2009: 39–44.) Lähtökohtana osaamisen johtamiselle on henkilöstön senhetkisen osaamisen tunteminen (Schuler, Jackson & Storey 2001: 121; Huotari 2009: 39–44).

Sveiby (1990; Saxen 2009: 13) piti vajaa kaksikymmentä vuotta sitten julkisen sektorin asiantuntijaorganisaatioiden suurimpana haasteena sitä, että osaavia johtajia ei oikein ollut. Suomessa terveydenhuollon johtamisongelmat tulivat esiin samoihin aikoihin kansainvälisten ja kansallisten arviointien kautta (WHO 1991; STM 1993; OECD 1998). Keskeisenä ongelmana pidettiin terveydenhuollon johtajien puutteellista johtamisosaamista ja ratkaisuksi esitettiin johtamiskoulutuksen vahvistamista. Koulutustarjontaa johtamisosaamisesta onkin nykyään tarjolla perustutkintoina, jatkotutkintoina ja täydennyskoulutuksina. Tutkimusten mukaan osallistujien itsensä arvioimana koulutuksella on ollut vaikutuksia johtamisosaamiseen. (Kivinen 2008: 83.)

Tiedon ja tietämyksen johtamiseen on liitetty erilaisia lähestymistapoja aiheen monitulkintaisesta luonteesta johtuen (Uotila 2010: 23; Simonen 2012: 27). Nonaka ja Takeuchi (1995) ovat tuoneet esiin tiedon luomisen syklin käsitteen, joka koostuu sosialisatiosta, ulkoistamisesta, yhdistämisestä ja sisäistämisestä (Uotila 2010: 23). Länsimaiset filosofit ovat yleismaailmallisesti määritelleet tiedon olevan todistettu tosi uskomus. Platon toi tämän ensimmäisenä esiin teoksessaan *Meno, Phaedo and Theaetetus*. (Nonaka & Takeuchi 1995: 21.) Leonard-Barton (1992, 1995) on lähestynyt tietoa innovaatioiden näkökulmasta ja painottanut tietämyksen luomisen ja jakamisen merkitystä. Edvinsson (2002) ja Sveiby (1997) puhuvat älypääomasta ja organisaation aineettomien omaisuuksien hyväksikäyttämistä. Zack (1999) puhuu tiedon arkkitehtuurin puolesta ja keskittyy informaatioteknologiaan. Davenport ja Prusak (1998) painottavat tiedon luomista, koordinaatiota ja siirtämistä tiedon johtamisen projektien kautta. Näiden lähestymistapojen lisäksi on ollut esillä kokonaisvaltaisempi lähtökohta tietämyksen johtamiselle. Siinä organisaatio nähdään kokonaisena, tietoa luovana systeeminä (Tsoukas 2005), jossa kollektiivinen tietämys nähdään tärkeimpänä tekijänä joka mahdollistaa resurssien ohjaamisen organisaatiossa luovasti. On esitetty, että organisaatiot tietosysteemeinä eli kollektiiveina koostuvat neljästä samanaikaisesti toimivasta toisiinsa kietoutuneesta prosessista; tiedon luomisesta, varastoimisesta, siirtämisestä ja käytöstä. Nämä ovat upotettuina fyysisiin rakenteisiin, ryhmiin ja yksilöihin. (Uotila 2010: 23–24.)

Gupta ja Govindarajan (2000) näkevät tiedon eliniän käyvän organisaatiossa koko ajan yhä lyhyemmäksi. Tämän vuoksi tehokkaan organisaation tietämyksen johtamisen tulee suoriutua kahdesta keskeisestä tehtävästä; tietämyksen luomisesta ja hankkimisesta sekä tietämyksen jakamisesta ja käyttöönottamisesta. Organisaation sisäinen ja ulkoinen toimintaympäristö vaikuttavat tietämyksen kehittymiseen organisaatiossa. Ståhlen ja Grönroosin (1999, 2000) mukaan organisaatioita voidaan tarkastella kolmiulotteisena erilaisten ympäristöjen systeeminä. Mekanistisessa ympäristössä tieto virtaa ylhäältä alaspäin ja työntekijät pysyttelevät rooleissaan sekä välttävät tekemästä virheitä. Orgaanisessa ympäristössä pyritään

jatkuvaan kehittämiseen; tieto virtaa samanarvoisten yksilöiden välillä dialogin keinoin ja johtamisessa käytetään delegointia. Dynaamisessa ympäristössä pyritään jatkuvaan innovointiin; tieto on potentiaalista ja intuitiivista, suhteet spontaaneja ja verkottuneita, tieto virtaa kaoottisesti ja valta on yksilöillä ja vapautettu kaikkien käyttöön. Sanchez (2004) esittää erilaisten ulkoisten kilpailuympäristöjen vaativan organisaation sisällä keskittymistä eri toimintoihin. Esimerkiksi vaakaassa toimintaympäristössä kohteena tulisi olla operatiivinen kyvykkyys ja keskittyminen ”know-how” tietoon, kun taas dynaamisessa ympäristössä kohteena tulisi olla strategisen johdon kognitiivinen joustavuus ja kokonaisvaltainen ”know-what” tieto. (Uotila 2010: 24.)

Tässä työssä halutaan kiinnittää lukijan huomion johtajan tehtävään luoda edellytykset asiantuntijaorganisaation työntekijöille opettaa ja ohjata lääketieteen peruskoulutuksessa olevia opiskelijoita organisaation toimintatapojen mukaisesti. Jotta johtajat osaavat johtaa terveydenhuollon organisaatiota, on heidän oltava tietoisia ammattilaisten näkemyksistä ja ohjattava heidän osaamistaan kohti menestyvää organisaatiota. Riitta Viitala tuo esiin väitöskirjassaan, että organisaatiotason ja yksilötason osaamiskeskustelut ovat olleet kaukana toisistaan. Organisaatiolle osaaminen on strategisen kyvykkyuden perusta, kun taas yksilölle työssä menestymisen perusta. Johtamisen näkökulma yhdistää näitä, koska osaaminen on johtamistyön kohde ja keino saavuttaa tavoitteita. (Viitala 2002: 49.) Viitala muotoilee tutkimuksessaan myös *knowledge leadership* -käsitteen olevan organisaation oppimista edistävää johtajuutta ja johtamista, jossa esimies selkiyttää osaamisen kehittämisen suuntaa, luo ilmapiirin oppimisen tueksi ja tukee oppimisprosesseja. Johtaja ruokkii vuorovaikutteista keskustelua ja innostaa jatkuvaan kehittämiseen omalla esimerkillään. Osaamisen johtajuuteen kuuluu kokonaisuuden tasolla sekä asioiden että ihmisten johtaminen. (Viitala 2002: 194; Hyrkäs 2009: 19.)

Henkilöstön kehittäminen koetaan erääksi keskeisimmistä johdon tehtävistä laadunparannustyössä. Vain henkilöstöä kehittämällä on mahdollista saada työnteki-

jöiden kyvyt valjastettua koko organisaation hyväksi. Organisaatiosta tulisi saada itse oppiva. Tämä edellyttää selkeää, jatkuvaa ryhmien ja yksilöiden koulutusta teoreettisen tiedon ja käytännön sovelluksien pohjalta. Johdon tärkeä tehtävä on asiakastyytyväisyyden takaaminen, joka edellyttää koko henkilöstön tietojen ja taitojen jatkuvaa kehittämistä. Kehitystyö voidaan jakaa karkeasti innovaatioihin ja jatkuvaan kehittämiseen. Innovaatioihin liittyy voimakas, hyppäyksenomainen kehitys kuten esimerkiksi uusi tuoteinnovaatio. Jatkuva kehittäminen on luonteeltaan pienempimuotoista asteittaista parantamista. Kehittäminen on toimintaa ylläpitävien standardien ja sääntöjen korjaamista ja parantamista, kun taas innovaatiot ovat uusien asioiden ja sääntöjen kehittämistä. (Hannukainen 1993: 65–86.)

Työelämän vaatimusten paineessa tarvitaan vahvaa panostamista osaamisen johtamiseen (Järvinen 2000: 18, 28–32; Ollila 2006: 12). Organisaation ylimmän johdon vastuulla on osaamisen johtaminen organisaatiossa (Viitala 2005: 18). Osaamisen johtaminen ja johtamisen osaaminen liittyvät toisiinsa ja niiden tavoitteena on vahvistaa osaamista, oppimista ja tietämystä organisaation kannalta (Ollila 2006: 219). Osaamisen systemaattisella johtamisella organisaation visio, strategia ja tavoitteet saadaan käytännössä toimimaan. Tämä edellyttää strategian ja tavoitteiden purkamisen osaamistarpeiksi sekä organisaation että yksilön tasoilla. (Mäkipeska & Niemelä 1999: 81.) Koulutuksen avulla kohotetaan tiedon tasoa ja luodaan hyvän palvelun vaatimat tiedolliset ja asenteelliset edellytykset organisaatiossa. Koulutus on aina sidoksissa johdon antamaan tukeen. (Grönroos 1987: 93.) Koulutuksen ja opetuksen avulla pyritään varautumaan tulevaisuuteen sekä hallitsemaan tulevaisuusriskejä (Korte 1997: 2). Johdolla on vastuu siitä, että koulutuksessa käynnistynyt tietojen ja asenteiden kehittämistyö tulee konkreettisenä käyttöön päivittäisessä työssä (Grönroos 1987: 93). Organisaation johtoa tarvitaan visioiden luomiseen, tärkeiksi havaittujen ideoiden tukemiseen ja eteenpäinviemiseen sekä kaikenlaisen osaamisen kannustamiseen ja yhdistämiseen (Miettinen 1999: 87).

Kilpailukykyinen organisaatio on tuottava. Johtamiskirjallisuuden mukaan tuottavia työpaikkoja kuvaavia ominaisuuksia ovat muun muassa ”kyky tuoteinnovaatioihin, aktiivinen ja laaja-alainen yhteistyö asiakkaiden ja sidosryhmien kanssa, uusien tieto- ja viestintäteknologioiden käyttöönotto, tiimityön, työkierron tai laatupiirien soveltaminen, henkilöstön monitaitoisuus ja monipuoliset tehtävät, henkilöstön hyvät mahdollisuudet kehittyä työssään ja osallistua päätöksentekoon sekä henkilöstön suunnitelmallinen koulutus”. (Lumijärvi 2013: 60–61.) Organisaation kilpailukyky riippuu eniten siitä, mitä yrityksessä osataan, miten tuota osaamista käytetään, ja kuinka nopeasti kyetään oppimaan uutta (Viitala 2013: 170; Syväjärvi 2005: 99). Uutta suuntaa luotaessa useissa organisaatioissa on tunnustettu tärkeäksi haastaa ja kyseenalaistaa organisaation avainalueet sekä hyödyntää aivoriihen käyttöä ja luovaa ajattelua (Morgan 1997: 93).

Organisaatioiden toimintatapoja on kehitettävä johdonmukaisesti niille asetetun korkeamman vaatimustason saavuttamiseksi. Organisaation rakenteita, johtamista, henkilöstöpolitiikkaa ja kulttuuria on tuettava, jotta niukoilla resursseilla voidaan huolehtia tarvittavasta tieto-, taito- ja osaamisjatkumosta. Tällainen ohjaussuhteiden selkeyttäminen vapauttaa julkisten asiantuntijaorganisaatioiden piilevistä voimavaroista joustavia organisaatoratkaisuja, intensiivisempää johtamista ja henkilöstöpolitiikkaa sekä eri osapuolten välillä tuloksettaampaa organisaatioiden sisäistä yhteistoimintaa. (Temmes 1992: 180–181.) Työyhteisön kehittäminen on jatkuva prosessi, jossa johtajan tehtävänä on haastaa toistuvasti työyhteisö itsearviointiin siitä, miten parhaaseen käytäntöön päästään (Paasivaara 2012: 84). Johtamisen haasteena on kehittää ihmisten välistä vuorovaikutusta ja motivoida ihmisiä (Laitinen & Stenvall 2012: 117). Eräs keino johtajalle vastata näihin haasteisiin on antaa työntekijöille ja esimiehille valtaa sekä vastuuta toteuttaa itsenäisesti pieniä parannuksia käytännön työssä (Pietiläinen & Kesti 2012: 190).

Osaamisen kehittämisessä rakennetaan siltaa organisaation strategian ja organisaatiossa toimivien ihmisten osaamisen välille. Osaamisen johtamisen tärkein osa on organisaatiossa toimivien ihmisten osaamisen tason nostaminen ja vaaliminen

sekä sen tehokas hyödyntäminen. Yksilöiden osaaminen on koko organisaation osaamisen lähtökohta, ehto ja ratkaiseva tekijä. Ei ole olemassa mitään sellaista osaamista, joka syntyisi organisaatioon ilman ihmistä. Tämän vuoksi osaamisen johtamisen ydin on yksilön oppimisen ja osaamisen ymmärtäminen. Yksilöiden osaaminen täytyy kytkeä organisaation päämääriin ja tavoitteisiin, muuten osaamisen kehittäminen tukee yksilön työmarkkina-arvoa, mutta ei kanavoidu organisaation toiminnan ja kilpailukyvyn kehittämiseen. Osaamisen on myös jatkuvasti uudistuttava, jotta organisaatio voi menestyä markkinoilla, jotka eivät pysähdy paikoilleen. (Viitala 2013: 170.) Jotta yksilöiden tieto ja osaaminen siirtyisi yhteiseksi osaamiseksi, on se aina jaettava. Osaamisen jakamista voidaan tukea osallistavalla johtamisella, erilaisilla foorumeilla tai kokouksissa, moniammatillisella tiimityöllä, osallistumisella verkostoihin tai sosiaaliseen mediaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b: 54.)

Terveydenhuollon organisaation osaaminen

Osaamisen johtamisen kannalta on oleellista ymmärtää organisaation toiminnan luonne, ajankohtaiset kehityshaasteet ja mahdollisuudet (Virkkunen 2002: 22; Kivinen 2008: 77). Julkisen terveydenhuollon palveluilla on erityinen kysynnän ja tarjonnan piirre, jota lääketieteellistyminen vahvistaa. Mitä enemmän on palveluja tarjolla, sitä enemmän on kysyntää. (Sintonen, Pekurinen & Liinakko 1997; Kivinen 2008: 81.) Näin kysyntä ylittää aina tarjonnan eikä kysynnän kasvu lisää automaattisesti organisaation tuloja samassa suhteessa (Pollit & Harrison 1994: 1–22). Sen sijaan terveydenhuollon organisaatiot kilpailevat keskenään ja organisaatioiden sisällä samoista resursseista eli rahasta ja työvoimasta (Kinnunen & Vuori 2005: 192–217; Kivinen 2008: 81). Terveydenhuollossa korostuu laajakirjoinen johtaminen, jossa pyritään huomioimaan sekä inhimillinen että tehokkuuden ulottuvuus (Syväjärvi, Vakkala & Stenvall 2013: 151). Sosiaali- ja terveystalalla menestyminen tarkoittaa sitä, että organisaation asiantuntijat pystyvät tuottamaan hyvinvointia lisääviä sekä terveyttä edistäviä ja sairauksia vähentäviä palveluja. Henkilöstön osaaminen on avainedellytys, jotta asiakkaiden terveys- ja hyvin-

vointitarpeisiin voidaan vastata. Kuitenkin osaamisen järjestelmällinen ja tehokas strategialähtöinen määrittäminen, levittäminen, muuntaminen ja soveltaminen julkisissa sosiaali- ja terveystalouden organisaatioissa on vielä niukasti esillä kansainvälisessä ja kansallisessa tutkimuksessa. (Huotari 2009: 11–12.)

Terveydenhuollon organisaatioissa toimijat tasapainoilevat elämän perimmäisten kysymysten ja tuloksellisuuteen liittyvien tekijöiden välillä toisin kuin monilla muilla aloilla (Hartman & Crow 2002: 360; Kivinen 2008: 81). Terveydenhuollon organisaation erityispiirteenä on se, että siellä toimitaan terveyden ja sairauden sekä elämän ja kuoleman läsnäolon kanssa. Näiden tekijöiden yhteensovittaminen organisaation taloudellisten tavoitteiden kanssa aiheuttaa usein eettisiä ristiriitoja. (Kinnunen & Vuori 2005: 192–217; Kivinen 2008: 81.) Terveydenhuollon organisaatiot ovat lisäksi asiantuntijaorganisaatioita, joissa asiantuntijat työskentelevät itsenäisesti. Asiantuntijaorganisaatioissa toiminnan perustana ovat pitkälle koulutetut ja erikoistuneet ammattilaiset. Tällaisessa organisaatiossa koordinointi perustuu koulutuksessa hankitun ammattitaidon standardointiin. (Mintzberg 1999a: 349; Mintzberg 1999b: 681–696; Kivinen 2008: 81.) Nykyään korostetaan yksilöosaamisen lisäksi asiantuntijoiden kykyä toimia yhteistyössä muiden kanssa. Ollaan siirtymässä yksilöasiantuntijuudesta lähemmäksi synergistä yhteisöasiantuntijuutta. (Syväjärvi & Stenvall 2003: 116–127; Kivinen 2008: 81–82; Lemmetyinen 2004: 234.) Ryhmässä työskennellen saavutetaan usein tavoitteita, joita on mahdotonta saavuttaa yksin työskennellen (Pennanen & Mikkola 2013: 229). Ryhmätason osaamisen kehittämisen muotoja ovat kehittämisprojektit, kokeilutoiminta, oppimista tukevat tilaisuudet, ongelmanratkaisutilanteet, tiimityöskentely, palaverit, parhaista käytännöistä oppiminen (*benchmarking*), vierailut ja opintokäynnit sekä dialogi (Viitala 2013: 192–204). Ryhmätasolla ratkaisevaa työyhteisössä on jaettu ymmärrys, vuorovaikutusta tukevat järjestelmät ja keskinäinen hyväksyntä (Syväjärvi, Vakkala & Stenvall 2013: 151).

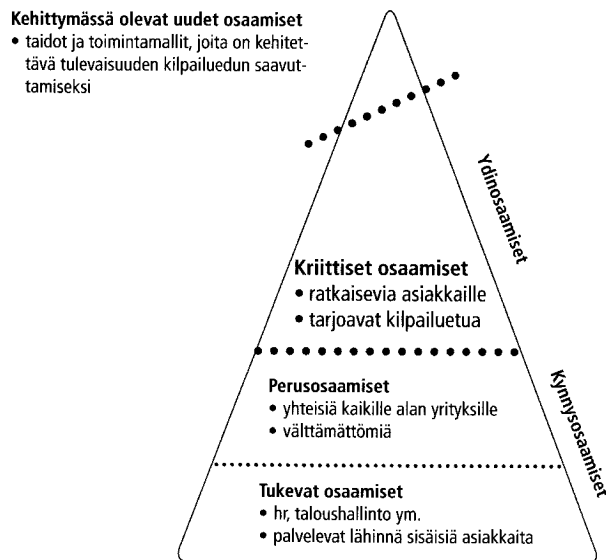
Asiantuntijaorganisaatiot ovat kuitenkin aina riippuvaisia asiantuntijoistaan eli henkilöstöstä. Osaamisen kautta näillä asiantuntijoilla on runsaasti valtaa sekä

asiakkaisiin että organisaation toimintaan. (Kivinen 2008: 81; Sveiby 1990: 284.) Organisaatioihin, joiden byrokratia perustuu asiantuntijuuteen, palkataan ammattikunnan osajia, jotka työskentelevät itsenäisesti suhteessa muihin työntekijöihin, mutta tiiviissä yhteistyössä suhteessa organisaation asiakkaisiin. Asiantuntijuuteen pohjautuva byrokratia on suosittu rakenne muun muassa demokratiansa vuoksi. Se on myös haasteellinen malli, koska jokaisen työntekijän täytyy ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan jatkuvasti. Työnantajan tehtävänä on luoda edellytyksiä kehittymiselle ja huolehtia organisaation kehittämisestä. (Mintzberg 1989: 349, 370–371.)

Terveydenhuollossa keskeistä on potilaiden hoitaminen. Tutkimusten avulla saadaan tietoa uusista hoitotekniikoista ja koulutuksen avulla kehitetään tulevaisuuden työntekijöitä. (Bergin & Savage 2011: 455; Lehtonen 2014: 6.) Terveydenhuollon tulevaisuuden suoritusmittarit kohdistuvat laatuun, aikaan ja kustannuksiin. Osaamisen on oltava huippuluokkaa, ja jokaisen organisaation jäsenen on tiedettävä oma tehtävänsä. (Korte 1997: 1–2.) Organisaation osaaminen on perustehtävän kannalta tarkasteltuna relevanttia tietoa, informaatiota (Beckett, Wainwright & Bance 2000: 605; Huotari 2009: 23) ja kykyä koordinoida resursseja siten, että tavoitteet saavutetaan (Sanchez & Heene 2004: 7; Huotari 2009: 23). Organisaation osaaminen muodostuu organisaation työntekijöiden tiedoista, taidoista, kyvyistä tulkita havaintoja sekä toiminnan tehokkuudesta (Lengnick-Hall & Lengnick-Hall 2006: 186; Huotari 2009: 23). Osaamiseen liitetään suoran tiedon, hiljaisen tiedon, taidon ja kokemuksen hallinta (Nonaka & Takeuchi 1995; Davenport & Prusak 1998; Nonaka & Toyama 2002; Lengnick-Hall & Lengnick-Hall 2003; Huotari 2009: 23). Osaaminen on suhteessa eri ammatteihin ja käytäntöihin (Mouritsen, Larsen & Bukh 2005: 13; Huotari 2009: 23). Terveydenhuollon ammattilaisten tyytyväisyys perustuu omien taitojen käyttöön, ilmaisemiseen ja työhön sitoutumiseen sekä siihen käsitykseen, että auttamisesta on potilaalle hyötyä. Sairaalaorganisaatio muodostuu moniammatillisista työntekijöistä ja toiminta sairaalassa perustuu erilaisiin auktoriteettiketjuihin. (Katz & Kahn 1978:

163.) Osaamisen johtamisen strategiassa keskeistä on sitouttaa osaava ja koulutettu henkilökunta organisaatioon (Hislop 2005: 136; Syväjärvi 2005: 20).

Kuvion 2 mukaan organisaation osaaminen jaetaan kynnysosaamisiin ja varsinaisiin ydinosoamisiin. Kynnysosaamisten tulee olla kunnossa, jotta toiminta organisaatiokentällä on ylipäättään mahdollista. Kynnysosaamisia ovat ns. tukevat osaamiset, joilla palvellaan organisaation sisäistä toimintaa. Perusosaamiset ovat hallussa kaikilla alan toimijoilla. Ydinosoamista on asiakkaan kokemalle lisäarvolle kriittinen osaaminen ja kriittiset kynnysosaamiset, joista voi tulla tai on tulossa seuraava menestystekijä organisaatiolle. (Viitala 2013: 174–175.)

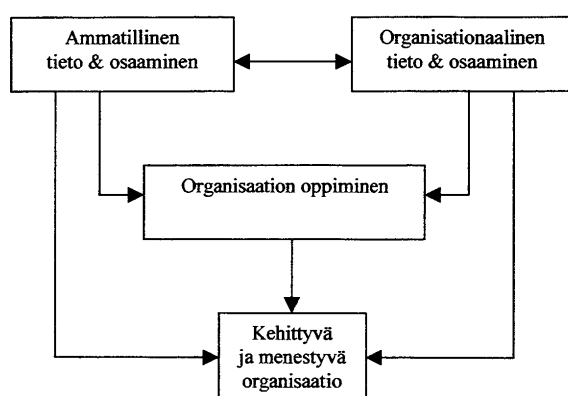


Kuvio 2. Organisaation erilaiset osaamisalueet (Viitala 2013: 175)

Koko organisaation tason osaamisen määrittely on lähtökohtana sen muiden tasojen tärkeiden osaamisten määrittelylle. Usein organisaation toiminnan perustana olevat arvokkaimmat osaamiset löytyvät tarkastelemalla sen aiempia onnistumisia. Ydinosoamiset kumuloituvat pitkän ajan kuluessa ja yleensä säilyvät osaamisen runkona muuttuvissakin tilanteissa. Ydinosoamista on vaikea synnyttää nopeasti, kopioida ja sellaisenaan siirtää. Usein ydinosoamiset liittyvät ylivoimaiseen teknologiseen tietotaitoon, prosesseihin tai suhteisiin organisaation ulkopuolisiin

toimijoihin. Teknologinen tietotaito muodostaa organisaatiolle kilpailuedun. Prosesseihin liittyvä ydinosaaminen perustuu nopeuteen, varmuuteen tai tehokkuuteen. Se voi myös liittyä tuotekehittelyyn, logistiikkaan, johtamiseen tai tieto-, materiaali- ja pääomavirran tehokkaaseen hallintaan. Ydinosaaminen voi myös perustua erityislaatuiseen tapaan hoitaa suhteita esimerkiksi alihankkijoihin, muihin kumppaneihin tai asiakkaisiin. (Viitala 2013: 174; Ekman 2008: 16–17.)

Organisaatioteoreetikot ovat keskustelleet jo joitakin vuosia tietokoneverkoston käytön hyödyntämisestä ja tärkeydestä. Sen avulla voidaan kohdata jatkuvasti muuttuvan ympäristön tuomat haasteet. Verkostojen luominen auttaa luomaan yhteyksiä organisaatioiden ja ihmisten välillä. (Morgan 1993: 320.) Organisaation henkilöstön oppimisen eräs tärkeä tuki on sisäinen viestintä. Siitä vastaa osaltaan jokainen organisaation jäsen. Kaikkien vastuulla on tiedottaa tarpeellisille tahoille omaa työkenttää koskevista merkityksellisistä asioista. Viestintä on keino, jonka varassa organisaation väen tietopohjaa, yhteistä käsitteistöä ja merkityksen antoa vahvistetaan. Asioiden toistuva esilläolo tekee niistä tuttuja, mikä vähentää ennakkoluuloja ja etäisyyttä. (Viitala 2013: 206; Ponzer & Castren 2013: 134–134; Lehtonen 2014: 114–116.) Kuvio 3 kuvaa organisaation kehitykseen vaikuttavia tekijöitä. Organisaatio on kokonaisuus, jossa kehitysmuotoinen ilmapiiri ja vaikutusmahdollisuudet ovat avaimia menestykseen. (Maijala 2004: 61–62.)

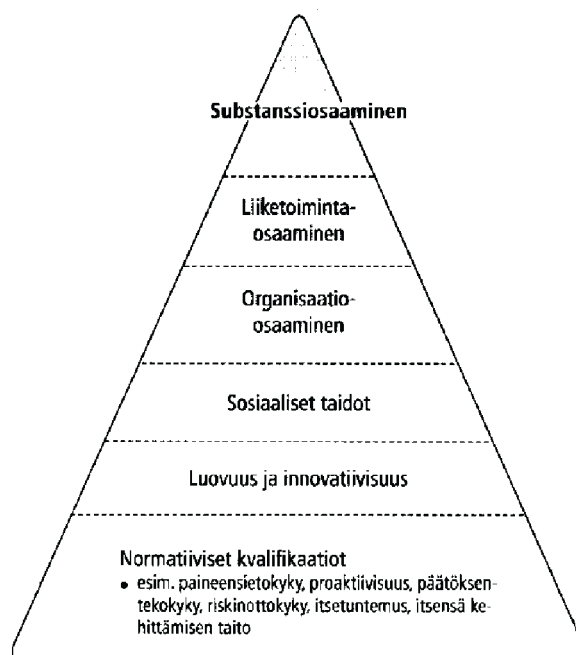


Kuvio 3. Organisaation kehitykseen vaikuttavat tekijät (Ylöstalo 1999: 136–140; Maijala 2004: 61)

2.1.3 Koulutus yksilön osaamisen kehittäjänä

Oppimista havainnollistetaan erilaisilla oppimiskäsityksillä, jotka yleisesti jaetaan neljään teoriasuuntaukseen; behavioristinen, kognitiivinen, experientalistinen ja humanistinen suuntaus. Behaviorismin ydinajatuksena on refleksio eli ehdollistumiseen perustuva käyttäytymisen säätely opetus- ja oppimistilanteessa. (Järvinen, Koivisto & Poikela 2000: 81–82.) Oppiminen pohjautuu taitoihin ja esitettyyn toimintaan (Daly ym. 2002: 156). Behaviorismin mukaan ihmiset sopeutuvat fyysisiin, sosiaalisiin ja kulttuurisiin olosuhteisiin, vaikka eivät ole tietoisia niiden perusteista. Kognitiivisen suuntauksen mukaan on olemassa tietoista oppimista aiemmin muodostuneiden tietorakenteiden pohjalta. Pyrkimyksenä on tiedon hallinta ulkoa opetteluun sijaan. (Järvinen, Koivisto & Poikela 2000: 81–82.) Kognitiivinen oppiminen perustuu faktatietoon ja rationaaliseen eli järkipäraseen ymmärrykseen (Daly ym. 2002: 156). Experientalisessa suuntauksessa eli kokemuksellisessa oppimisessä oppiminen on oppijan kokemuksen ja tiedon sekä ajattelun ja toiminnan välisten suhteiden muuntelua. Oppimisen edellytys on reflektio eli oppijan kriittinen suhtautuminen tiedon ja oman toiminnan suhteen. (Järvinen, Koivisto & Poikela 2000: 93.) Kokemuksellisen oppimisen teorian mukaan tehokas oppiminen vaatii neljä eri tasoa; konkreettisen kokemuksen eli tunteen asiasta, tarkkailun eli asian seuraamisen, teoreettisen näkemyksen eli ajattelun ja aktiivisen kokeilun eli tekemisen (Kolb 1984: 30; Jaskari 2013: 10–11.) Humanistisessa näkemyksessä kiinnostuksen kohteena on ihmisten välinen vuorovaikutus erilaisissa sosiaalisissa suhteissa. Oppimisteoriat kuvaavat tietoisuuden ja tiedon muodostuksen ilmiöitä eivätkä siten voi selittää oppimista täydellisesti. Tieto tai oma päättely ei takaa osaamista, vaan osaaminen ilmenee vasta käytännön toiminnan tasolla. Toimintatapojen muuttaminen on haastavaa, koska yksilö voi estää uusien asioiden oppimisen turvautumalla tiedostamattomiin toimintamalleihin tai suojautumalla muutospaineilta. (Järvinen, Koivisto & Poikela 2000: 93–94.) Oppiminen on aina henkilökohtaista. Yksilö oppii parhaiten mielekkääksi kokemiaan asioita. (Hay & Kinchin 2008: 180.)

Yksilön osaaminen on perusta, jonka varassa yksilö onnistuu ja kehittyy omassa tehtävässään ja työyhteisössään. Osaamisen myötä yksilö saa muilta arvostusta, ja sen myötä asemansa sosiaalisessa yhteisössä. Työviihtyvyytutkimusten mukaan ihminen odottaa työltä muun muassa sitä, että hän voi kokea oppivansa ja tuntee olevansa pätevä sekä tarpeellinen. Nykyään työn ohella on jatkuvasti opeteltavia asioita. Yksilön ammattitaito koostuu monenlaisista valmiuksista. Kuviossa 4 on esitetty sellaisten valmiuksien kokoelma, joilla henkilö menestyy tehtävässään. (Viitala 2013: 179–180.)



Kuvio 4. Yksilöosaamiset (Viitala 2013: 180)

Organisaation kaikkien jäsenten osaamisen tulisi hyödyttää sen perustehtävän ja strategioiden toteutumista (Viitala 2013: 179). Terveystieteiden muuttuva toimintakenttä aiheuttaa sen, että työntekijöiden on myös jatkuvasti muututtava ja kyettävä vastaamaan kehityksen tuomiin muutoksiin. Työ tuo esiin ne pätevyys- ja osaamisvaatimukset, jotka sen suorittamisen ja kehittämisen kannalta on oikeutettuja. Moniammatillinen, laaja-alainen osaaminen yhdistettynä yleisiin työn tekemiseen liittyviin ominaisuuksiin, kuten hyvä itsetunto, luovuus, kustannustie-

toisuus ja kollegiaalisuus, ovat osa tulevaisuuden terveydenhuoltoalan työntekijän tarvittavaa ammattitaitoa. (Metsämuuronen 1998: 43–49; Metsämuuronen 2000b: 39–41.) Tulevaisuudessa tarvitaan perinteisen luku- ja kirjoitustaidon lisäksi visuaalista, televisuaalista, tietokone-, verkko-, media- ja kulttuurista lukutaitoa. Tulevaisuuden työntekijä tarvitsee myös pehmeitä taitoja, kuten jatkuva oppiminen, tiimityötaidot, joustavuus, muutoksen hallinta ja sietäminen, riippumattomuus ja itsensä ohjaaminen, kyky motivoitua ja sitoutua, sekä kyky analysoida ja tulkita informaatiota. Näiden lisäksi tarvitaan globaalista tulevaisuusajattelua, erilaisuuden sietokykyä ja ekologista tietoisuutta. (Metsämuuronen 2000a: 43.) Ammattitaidon merkitys ja osaamisen jatkuva kehittäminen on lisääntynyt taloudessa tapahtuvan rakennemuutoksen myötä. Osaamisen jatkuvasta kehittämisestä on tullut yksilön, työyhteisön ja koko yhteiskunnan kriittinen menestystekijä. (Ojala 1992: 45; Karjalainen 1998: 8; Parjanne 1997: 135.) Tulevaisuuden organisaatioissa yksilöiden tulisi käyttäytyä siten, kuin johtaisivat itseään yhden hengen yrityksessä (Syväjärvi 2005: 63).

Väestön terveysongelmiin vastaaminen ja niiden ennaltaehkäisy vaativat terveydenhuollon ammattilaiselta taitoa ja tietoa. Tuloksellinen toiminta edellyttää laadukasta ammatillista perus- ja jatkokoulutusta ja näiden kehittämistä. Organisaatio ja työyksikkö odottavat työntekijältä laaja-alaista osaamista, yhteistyökykyä ja -halua, vastuuntuntoa, kykyä selviytyä itsenäisesti ja halua itsensä jatkuvaan kehittämiseen. Yleisosaamisen lisäksi terveydenhuollossa on pitkälle erikoistumista ja syvällistä asiantuntemusta vaativia tehtäviä. (Perälä & Ponkala 1999: 18–19.) Tätä osaamista tuetaan koulutuksen ja työssäoppimisen kautta (Metsämuuronen 1998: 26). Terveydenhuolto elää jatkuvissa ja epävarmoissa muutosolosuhteissa. Selviytymisen edellytyksenä on uuden luominen ja kehittäminen, mutta myös vanhojen tehokkaiden käytäntöjen säilyttäminen. (Miettinen 1999: 84.) Muutoksen vauhti tulee olemaan huimaa tulevaisuudessa. Yhteiskuntaelämä tulee monitukaistumaan ja muuttuu koko ajan entistä kompleksisemmäksi. (Patrikainen 1999: 22.)

Kaikki sellainen toiminta, joka tarkoituksellisesti kehittää ja parantaa henkilön osaamista työssä, on koulutusta. Tämä pitää sisällään sekä koulutuksen nykyistä työtä varten että kehittymisen tulevaisuuden työtä varten. (Hamblin 1974: 6–7.) Koulutus voidaan jakaa sen antamien taitojen ja kyvykkyyksien mukaan tai organisaation sisäiseen ja ulkoiseen koulutukseen. Työelämässä tarvittava osaaminen jaetaan operatiiviseen ja strategiseen kyvykkyyteen. Operatiivinen kyvykkyys muodostuu niistä tietoista ja taidoista, joita tarvitaan nykyisten työtehtävien hoitamiseen. Strateginen kyvykkyys muodostuu valmiuksista, jotka auttavat oppimaan ammatin tai työtehtävän. (Ojala 2000: 36–42.)

Kouluttautuminen valmistaa henkilökuntaa kohtaamaan terveydenhuollon tulevaisuuden haasteet, jotka edellyttävät joustavuutta, muutosten hyväksymistä ja yhteistyökykyä (Joyce & Cowman 2007: 626–627). Kaiken ammatillisuuteen ja ammattitaitoon perustuvan työn avainkäsitteenä on harjoittelu ja oppiminen (Mintzberg 1989: 96). Ammatillinen osaaminen on myös turvallisen hoidon keskeinen edellytys (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a: 18). Ammatillaisen käytännön työn taidot kehittyvät pitkän ajanjakson aikana ja kokeneemman työntekijän ohjauksen avulla. Organisaation ulkopuolisilla tahoilla, esimerkiksi yliopistoilla, on myös suuri rooli ammatillaisten kehittämisessä. Käytännön työn ja teoreettisen opiskelun kautta syntyy ammattitaitoisia työntekijöitä. (Mintzberg 1989: 96–97.)

Yksilön motivaation lähtökohdat jaetaan kolmeen kategoriaan. Sisäinen motivaatio lähtee siitä, että on mukavaa oppia uusia asioita. Ulkoinen motivaatio on lähtöisin muiden vaatimuksista. Ammatillinen pätevyys puolestaan liittyy tarpeeseen saavuttaa tietty osaaminen. Työvoiman laatu on lähtöisin jokaisen työntekijän tyytyväisyydestä omaan uraansa ja työoloihinsa. Tyytyväinen työntekijä myös jaksaa työskennellä pidemmän työuran kuin tyytymätön työntekijä. (Joyce & Cowman 2007: 627, 632.) Yksilötason osaamisessa tärkeää on kokemukset, mielikuvat, kieli, kognitiiviset kartat ja keskustelu (Syväjärvi, Vakkala & Stenvall 2013: 151). Yksilön osaamisen kehittämisen muotoja ovat perehdyttäminen, haas-

teelliset erityistehtävät, projektit ja työkomennukset, työkierto, sijaisuuksien hoito, ristiinkoulutus, mentorointi, työnohjaus ja toimintaoppiminen. Työn ulkopuolella tapahtuvaa osaamisen kehittämistä tuetaan koulutuksen, itseohjautuvan oppimisen, vuorotteluvapaan ja opintovapaan avulla. (Viitala 2013: 193–204.)

Ihmiset oppivat uusia asioita eri tavalla ja eri tahdissa, mutta kaikki oppivat jotakin. Yksilölliset erot liittyvät oppimistapaan, motivaatioon oppia ja oppimisnopeuteen. Ihmisillä on myös erilaisia tyylejä oppia uusia asioita. Toiset oppivat kuuntelemalla eli auditiivisesti, toiset visuaalisesti eli näkemällä asiat ja jotkut oppivat tekemällä asioita eli kinesteettisesti. (Ranki 1999: 30.) Kaikkien näiden oppimistyylien käyttö on tarpeen tehokkaassa oppimisessa (Ojala 1996: 96). Käymällä kriittisesti arvioiden läpi kokemuksiaan ja tiedostamalla niitä uudella tasolla, voi oppia löytämään vaihtoehtoisia, mielekkäitä uusia teitä tai ratkaisumalleja. Ihmisen on omien valintojensa kautta luotava itsensä. Se on vaikea, mutta mahdollisuuksia tarjoava tosiasia. (Ojanen 2001: 27.)

2.2 Työelämän ja koulutuksen rajapinta

2.2.1 Strategisen suunnittelun lähtökohdat

Tunnetun johtamistutkijan Henry Mintzbergin mukaan strategia antaa organisaatiolle suunnan (Juuti & Luoma 2009: 26). Se on johtotähti, joka kuljettaa organisaatiota eteenpäin (Juuti & Luoma 2009: 26; Syväjärvi 2005: 97). Strategiaa tarvitaan kohdistamaan ja yhtenäistämään organisaation tekemisiä. Ilman strategiaa organisaatio olisi vain joukko yksilöitä puuhailemassa omia tehtäviään. Strategia myös yhdistää samassa organisaatiossa toimivia. Strategiaa tarvitaan määrittelemään organisaatiota ja rakentamaan sille identiteettiä. Lisäksi strategiaa tarvitaan tuomaan johdonmukaisuutta organisaation toimintaan. Strategian on kuvattu ole-

van ylempi voima, jota tarvitaan erityisesti kun organisaation ympärillä olevat asiat muuttuvat nopeasti. Kun organisaatiossa hyväksytään tietyt strategiset linjat, vältetään kyseenalaistamasta jatkuvasti kaikkea toimintaan liittyvää. Organisaatiot joko hyötyvät strategioista tai pitävät niitä niin tärkeinä asioina, että eivät pidä mahdollisena toimia ilman niitä. Laki ei pakota tekemään strategioita, mutta niiden tarpeellisuuden vuoksi halutaan käyttää aikaa, energiaa ja rahaa niiden parissa työskentelemiseen. (Juuti & Luoma 2009: 26–27.) Strategisessa johtamisessa katseet organisaatiossa kohdistetaan tulevaisuuteen, henkilöstöä inpiroidaan ja organisaatiota viedään kohti osaamisen onnistumista ja hengissä pysymistä (Ansoff 1982: 124–128; Holma 2009: 20).

Organisaation täytyy suunnitella koordinoitakseen toimintojaan. Strateginen suunnittelu auttaa hahmottamaan yhteiset tavoitteet mihin organisaatiossa tulee pyrkiä. Organisaation täytyy suunnitella myös varmistaakseen tulevaisuuden huomioonottamisen. Suunnittelu on johtamisen työväline, jolla luodaan raamit ja kuri pitkäntähtäimen ajattelulle. Organisaation täytyy suunnitella toimintojaan ollakseen rationaalinen. Päätöksiä on helpompi tehdä muodollisen suunnittelutyön pohjalta kuin epämuodollisen. Organisaation täytyy suunnitella toimintojaan myös kontrolloinnin vuoksi. Kontrollointi kohdistuu muihin organisaation jäseniin. Suunnittelutyön pohjautuessa strategiaan se kontrolloi myös organisaation ylintä johtoa. (Mintzberg 1994: 16–20.) Lisäksi organisaation jokainen toimielin voi määritellä oman strategiansa eli omat teemat ja tavoitteet, koska niillä kaikilla on oma ympäristö, rakenne ja organisaatiokulttuuri (Kettunen 2009: 17).

Kelly A. Goudreau ja Jacalyn Hardy (2006: 314) ovat artikkelissaan ”Succession Planning and Individual Development” pohtineet strategioita erinomaisen työtu- loksen saavuttamiseksi. He tulivat seuraaviin johtopäätöksiin; organisaation toi- minnan lähtökohtana on oltava laatu ja turvallisuus, on tukeuduttava hyviin käy- täntöihin, potilaskeskeisyys ja asiakkaiden erinomainen palvelu on tärkeää ja tut- kimuksella sekä kehittämistyöllä on oltava tärkeä asema organisaatiossa. Jatku- vasti muuttuvassa maailmassa suunnittelutyö on oleellisessa asemassa vastattaes-

sa kehityksen haasteisiin. Lisäksi suunnittelulla ohjataan toimintaa parhaiden mahdollisten päätösten tekoon siten, että saavutetaan toivottu tulos. Rationaalisen suunnittelun malli tarjoaa perusohjeen prosessista. Prosessi sisältää kuusi vaihetta; tarpeiden määrittely, vaihtoehtojen kartoittaminen, päätös toimintatavasta, käytettävissä olevien voimavarojen kartoitus, toteuttaminen ja arviointi. Todellisuudessa suunnittelu ei ole näin suoraviivaista toimintaa; saatavilla oleva tieto on usein rajallista, on paineita keskittyä tiettyihin seikkoihin ja resurssien puute vaikuttaa valintoihin. (Daly ym. 2002: 302, 311).

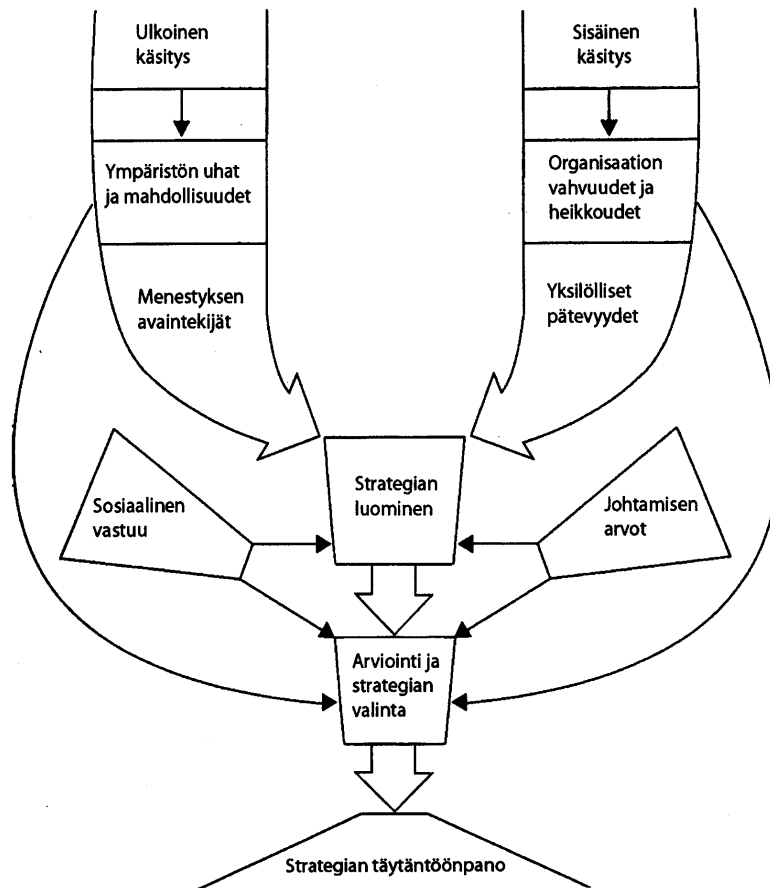
Osaamisen kehittämisen lähtökohtana on sen osaamisen määrittely, jonka varassa organisaatiossa aiotaan päästä päämääriin ja saada liiketoimintastrategia onnistumaan. Monet organisaatiot ankkuroivat tulevaisuuttaan osaamiseen eivätkä pelkästään tavoiteltuihin lopputuloksiin. Ylivertaista osaamista voi soveltaa monilla aloilla, alueilla ja monenlaisiin kohteisiin. Vankka osaaminen tarjoaa strategista liikkumavaraa. Tavoitteet saavat ihmisissä aikaan suuntautumista ja ponnisteluja sekä tekemisen mielekkyyttä. Visiolla ja strategialla on siis oppimista virittävä vaikutus. (Viitala 2013: 172–174.)

Suunnittelulla ja suunnittelijoilla on tärkeä rooli organisaation toiminnassa. Suunnittelijat voivat olla korkeasti analyttisiä toimijoita, jotka miettivät strategisia ohjelmia tai pehmeämpiä luovia ajattelijoita, jotka ohjaavat muita strategiseen ajatteluun. Suurin osa organisaatioista tarvitsee molempien tyyppisten suunnittelijoiden palveluja. (Mintzberg 1989: 76–78.) Määrätietoista suunnittelutyötä ei tarvita kertomaan sitä, mitä täytyy ajatella tulevaisuudesta tai miten kontrolloidaan tulevaisuutta. Suunnittelua tarvitaan kertomaan, miten nämä asiat tehdään. Toisin sanoen suunnittelutyö täytyy määritellä sen edustaman prosessin kautta. Suunnittelutyö on päätösten tekemistä. (Mintzberg 1994: 9.) Strategisessa suunnittelussa käytetään apuna analyysityökaluja, joiden avulla pyritään etsimään organisaation vahvuuksia ja heikkouksia. Yksi esimerkki käytetystä menetelmästä on tehdä organisaatiolle tai sen jollekin toiminta-alueelle SWOT-analyysi (*strengths, weaknesses, opportunities, threats*), jossa eritellään vahvuudet, heikkoudet, mahdolli-

suudet ja uhat. (Salminen 2011: 121–122; Foster 2006: 54–56; Lumijärvi, Virta & Kujanpää 2003: 26–27.) Analyysit perustuvat joko kovaan määrälliseen aineistoon (*hard data*) tai kokemuksen ja intuition kautta saatuun tietoon (*soft data*) (Salminen 2011: 122).

Strategian määrittelyprosessia on pelkistetty erilaisilla etenemiskaavioilla, joista kuviossa 5 on esimerkkinä strategisen suunnittelun prosessimalli Minzbergin mukaan. Erilaisissa malleissa on usein samat keskeiset elementit ja etenemisjärjestys. Hitt, Black ja Porter ovat vuonna 2005 esitelleet strategisen johtamisen perinteisen vaihemallin. Vaihemalli etenee strategisen suunnan määrittämisestä strategian muotoiluun, strategian toteuttamiseen eli jalkauttamiseen ja lopulta strategian arviointiin. Andrews on puolestaan 1971 korostanut voimakkaasti johtajien ajattelun ja ymmärryksen merkitystä strategian luonnissa. Johtajien henkilökohtaiset kokemukset, pyrkimykset, arvot, toimintafilosofia, riskinotto-kyky ja eettiset lähtökohdat vaikuttavat merkittävästi organisaation strategiaan. (Viitala 2005: 71–75.)

STRATEGISEN SUUNNITTELUN PROSESSIMALLIT



Kuvio 5. Strategisen suunnittelun prosessimalli (Minzberg 1994:37; Mintzberg, Ahlstrand & Lampel 1998:26)

Opiskelulle on organisaatiossa varattava aika ja paikka osana kaikkea sen toimintaa (Lampinen, Laukkanen, Poropudas, Ravantti, Rinne & Volanen 2003: 171).

Koulutuksen suunnittelu on aiemmin ollut byrokraattista, raskasta ja budjettiveitoista. Asioita suunniteltiin pikkutarkasti vuosiksi eteenpäin. Nykyään suunnittelussa korostetaan tulevaisuuslähtöisyyttä. Asiat ovat tärkeämpiä kuin raha. Tulevaisuustutkimuksen kautta saadaan pohjaa suunnittelulle. Hyvällä suunnittelulla voidaan vaikuttaa siihen, millainen tulevaisuus on ja ollaan valmiimpia kohtaamaan muutoksia. (Helakorpi 2001: 8.) Huolellinen analyysi käytössä olevista re-

sursseista ja niiden uudelleenjaosta organisaatiossa on aina huomioitava suunnittelutyössä (Mintzberg, Ahlstrand & Lampel 1998: 60).

Lääketieteen hajautetussa perusopetuksessa suunnittelulla on keskeinen merkitys. Suunnittelua tehdään yhteistyössä yliopiston ja terveydenhuollon organisaation eri toimintayksiköiden kanssa. Johdon tasolla suunnittelutyö pitää sisällään muun muassa sopimusten laatimiset ja resurssien järjestämisen. Opetushenkilökunnan tasolla suunnittelutyö pitää sisällään opetuksen sisällöllisen suunnittelun kullakin erikoisalalla. Hallinnon henkilöiden tasolla suunnittelutyö on toiminnan kokonaisuuden koordinointia, yksittäisen opiskelijan vastaanottamisesta budjettien laadintaan. Hallinnon henkilöstön työn sisältö vaihtelee riippuen työpaikasta ja sen tarpeista. Yliopiston henkilökunnalla on vahva näkemys opiskelijan olemisesta toiminnan keskiössä, kun taas terveydenhuollon organisaatiossa potilas on aina toiminnan keskiössä. Yhteistyötä ja hyvää suunnittelua tarvitaan, jotta nämä molemmat tahot kohtaavat toisensa. Suunnittelutyössä kannattaa hyödyntää vertailukehittämistä (*benchmarking*), koska usein joku muu taho on kehittänyt toimintaansa jo aiemmin halutun suuntaisesti (Langley, Moen, Nolan K, Nolan T, Norman & Provost 2009: 123).

Harri Raision väitöskirjassa ”Embracing the Wickedness of Health Care” vuodelta 2010 on esitetty Ackoffin luoma suunnittelutyyppeiden taulukko. Ackoff jakaa suunnittelun eri näkökulmat neljään eri tyyppiin eli epäaktivismiin, reaktivismiin, preaktivismiin ja interaktivismiin. Taulukossa 4 on kuvattu näiden suunnittelutyyppeiden eroja; ajatusmalleja, toimintatapoja ja suunnittelun roolia. (Raisio 2010: 167.) Näitä eri suunnittelutyyppejä voidaan tarkastella myös hajautetun peruskoulutuksen lähtökohdista käsin. Etenkin toiminnan alkuvaiheessa interaktivismi on keskeistä. Organisaatio pyrkii koulutuksen tarjoamisella rakentamaan omaa ja alueen tulevaisuutta halutunkaltaiseen suuntaan. Suunnittelussa on pyrittävä interaktiiviseen tapaan toimia, koska ympäröivä maailma muuttuu nopeasti ja organisaatioiden on kyettävä hallitsemaan muutosta.

Taulukko 4. Suunnittelun eri tyypit mukaillen Ackoffia (Raisio 2010: 167)

Suunnittelutyyppi	Ajatusmalli	Toimintatapa	Suunnittelun rooli
Epäaktivismi	"Asiat ovat hyvin, eikä niitä tarvitse muuttaa."	Erinäisin tavoin pyritään estämään muutokset. Tuotetaan turhia dokumentteja varsinaisen toiminnan sijasta. Reagointi vain vakaviin uhkiin.	Eivät usko suunnitteluun, eivätkä edes ongelmien ratkaisuun.
Reaktivismi	"Ennen kaikki oli paremmin."	Pyrkivät näkemään ongelmat helppoina, joihin on olemassa helpot ratkaisut. Luottavat toiminnassa kokemukseen, patenttiratkaisuihin.	Patenttiratkaisutyylisiä ongelmien ratkaisua, varsinaisen suunnittelun sijasta.
Preaktivismi	"Tulevaisuus tulee olemaan parempi kuin nykyisyys tai menneisyys. Tarpeen ennustaminen ja valmistautuminen."	Näkevät tulevaisuuden kontrolloimattomaksi, mutta uskovat pystyvänsä kontrolloimaan sen vaikutuksia. Suunnittelu loogisuuteen, tieteellisyyteen ja kokeiluun perustuvaa. Muutos pyritään saamaan aikaan systeemin sisällä. Ympäristössä oleviin muihin systeemeihin ei pyritä vaikuttamaan.	Suunnittelijoilla vastuu vain suunnitelman tekemisestä. Vastuu sen toteuttamisesta muilla. Suunnittelua tulevaisuutta varten.
Interaktivismi	"Tulevaisuus tulee olemaan parempi kuin menneisyys tai nykyisyys. Tarpeen uhkien estäminen tai mahdollisuuksien luominen."	Pyrkivät suunnittelemaan ja kontrolloimaan omaa kohtaloaan. Suunnittelu sekä positivismiin että hermeneutiikkaan perustuvaa. Muutos pyritään saamaan aikaan itse koko systeemissä ja sen ympäristössä.	Suunnittelun avulla rakennetaan uutta halutunkaltaista tulevaisuutta.

2.2.2 Koulutuspolitiikka suunnittelun taustalla

Politiikan tutkimus on alkanut käyttää käsitettä hallinta (*governance*) käsitteen hallinto (*government*) sijaan. Yksi suomalainen julkishallinnon muovaaja, Seppo Tiihonen, korostaa, että uudenlaisessa hallintamallissa markkinatoimijoilla ja kansalaisilla on aikaisempaa suurempi itsenäisyys. Ne kantavat suuremman vastuun omasta toiminnastaan ja menestymisestään. (Lairio, Heikkinen & Penttilä 2008: 20.) Nämä ajatukset ovat suorassa yhteydessä sen seikan kanssa, että orga-

nisaation laadukas ja osaava toiminta on aina lähtöisin yksilötasolta. Menestyäkseen globaalissa kilpailussa Suomi tarvitsee riittävästi osaavaa työvoimaa sekä todellisia huippuosaajia organisaatioihin (Alhojärvi 2008: 8). Nykyään yhteiskunnan on vaikea arvioida itseään muuten kuin kansainvälisten vertailujen valossa. Pohjoismaat ja erityisesti Suomi ovat vastanneet globaaliin kilpailutalouteen suuntaamalla valtionsa yhä selvemmin kilpailu-, kilpailukyky- ja investointivaltioiksi. Suomi rakentaa pitkäjänteistä kilpailukykyä investoimalla koulutukseen, tutkimukseen, kansallisiin innovaatiojärjestelmiin ja tietoyhteiskuntaohjelmiin. Kilpailukyky on osoittautunut käsitteenä leviäväksi. Yhteiskunnallisten instituutioiden ja organisaatioiden kilpailukykyisyys viittaa sekä niiden kykyyn toimia talouselämän menestyksen avaimina että tehokkaasti oman menestyksensä mittareilla ja rankinglistoilla. (Lairio ym. 2008: 15–17.) Suomi on valinnut strategiakseen keskittymisen korkeatasoiseen osaamiseen, teknologiaan ja sivistykseen. Suomalainen innovaatioympäristö halutaan nostaa laaja-alaisella innovaatiopolitiikalla maailman parhaaksi. Tämä edellyttää voimakasta panostamista koulutuksen ja tutkimuksen kehittämiseen. Koko koulutusketjun varhaiskasvatuksesta tohtorikoulutukseen on oltava erittäin korkealaatuinen. Koulutuksen laadun kohottamiseen ja laadun varmistukseen on kiinnitettävä kaikilla koulutuksen tasoilla huomiota. (Kauppi 2008: 40–42.)

Koulutuspolitiikka on yksi yhteiskuntapolitiikan osa, ja koulutus yksi yhteiskuntapolitiikan toteuttamisen keinoista. Koulutuksen avulla pyritään saavuttamaan yhteiskuntapoliittisia tavoitteita. Koulutuksen laajentuminen ja väestön koulutusvarannon jatkuva kasvu ovat tehneet koulutuksesta yhä enemmän yhteiskunnan muuhun toimintaan vaikuttavan voimatekijän. Koulutusta on tarkasteltava yhteiskunnallisena ilmiönä. Se on osa poliittista, taloudellista, sosiaalista ja sivistyksellistä todellisuutta. Koulutuspolitiikan käsite muuttui 1980-luvulla ratkaisevasti, kun koulukeskeisestä politiikasta avauduttiin koulutuskeskeiseen politiikkaan. (Lehtisalo & Raivola 1999: 33.)

Koulutuspolitiikkaa ovat ne toimenpiteet ja pyrkimykset, joilla yhteiskunnassa esiintyvät ryhmät yrittävät vaikuttaa koulutuksen suuntaamiseen, sen voimavaroihin, rakenteisiin, prosesseihin, sisältöön ja tuotokseen. Julkinen politiikka toteutetaan organisaatioissa, ja sen kohteena ovat organisaatioissa olevat ihmiset. Päätös jonkin politiikan noudattamisesta tehdään organisaatioissa. (Lehtisalo & Raivola 1999: 32–33.) Koulutuspolitiikan on määritelty myös olevan yhteiskunnan ja väestön tarpeista huolehtiva yhteiskuntapolitiikan osa, jonka perustehtävänä on valvoa ja ohjata muodollisen koulutuksen jakamista. Koulutuksen laadulla tarkoitetaan sitä, miten lähelle tavoitteita on päästy ja miten on menestytty vertailussa muiden maiden (/organisaatioiden) kanssa. (Lehtisalo & Raivola 1992: 30, 40.)

Suomalainen koulutuspolitiikka suuntautui 1990-luvulla tuottamaan markkinoille mahdollisimman paljon tieto- ja osaamispääomaa. Koulutuksen tarjoamiseen vaikuttaa voimakkaasti sekä elinkeinoelämän nopea kehitys että valtion harjoittama koulutuspolitiikka. Inhimillisen pääoman teoriaan kuuluu myös ajatus siitä, että kansantaloudet menestyvät paremmin kilpailussa koulutetun työvoiman ansiosta. Työssäoppiminen liittyy työympäristöön, organisaatioon, käytössä olevan teknologian muutokseen sekä tehokkuuteen. Kilpailutilanteessa mietitään sitä, miten mahdollistetaan ihmisten mahdollisimman tehokas ja vaikuttava uuden oppiminen myös muodollisen koulutuksen ulkopuolella. (Pakarinen 2007: 36–38.)

Koulutuspolitiikka liittyy nyky-yhteiskunnassa kiinteästi sosiaali- ja terveystalouteen sekä elinkeinoelämän henkilöstöjohtamiseen. Tämän vuoksi koulutuksen vaikuttavuus on monimutkainen ilmiö. Koulutuksessa toteutetaan koulutuspolitiikan mukaista arvopohjaa, ja tietoyhteiskunnan kehitys globaalissa taloudessa kuvaa tarvittavaa osaamista ja tiedon merkitystä hallinnan välineenä. (Viitala 2007: 35.) Koulutus kuvastaa aina aikaansa. Koulutus, yhteiskunta sekä kulttuuri ovat liittyneet kiinteästi toisiinsa niin kauan kuin koulutusta on ollut olemassa (Lehtisalo & Raivola 1999: 100). Koulutuspolitiikan keskiössä ovat työelämän rakenne ja työn luonne. Aikuisten oppimismotivaation perusta on työn mielekkyydessä, osaamisen käyttö- ja kehittämismahdollisuuksissa sekä markkinoilla avautuvissa

uusissa mahdollisuuksissa. Koulutuksen kysyntä ja käyttö pohjautuvat yksilön näkemykseen opiskelun tarpeellisuudesta, hyödyllisyydestä tai kiinnostavuudesta. (Naumanen 2002: 48, 237.) Koulutuksen tehtävinä on mm. kulttuurin siirtäminen sukupolvelta toiselle sekä valmentaa työntekijöistä ammattitaitoista työvoimaa (Lampinen, Laukkanen, Poropudas, Ravantti, Rinne & Volanen 2003: 11). Työelämässä tapahtuvat muutokset kuten osaamisvaatimusten kasvaminen sekä ammattirakenteen ja toimenkuvien muuttuminen, asettavat haasteita koulutuksen kehittämiseen. Koulutuksen laatuun, osuvuuteen ja tehokkuuteen täytyy kiinnittää erityistä huomiota. Ammatillisten valmiuksien lisäksi koulutuksen tulee antaa valmiuksia osaamisen kehittämiseen ja joustavaan siirtymiseen tehtävästä toiseen. (Kokkonen 2008: 42; Patrikainen 1999: 13.)

Julkisen terveydenhuollon sääntelyn lähtökohtana on velvoite laadukkaiden ja riittävien terveydenhuollon palvelujen tuottamiseen. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan sääntelyssä lähtökohtana on potilasturvallisuus ja toiminnan korkea laatu. Tähän pyritään esimerkiksi sitomalla oikeus tietyn ammatinimikkeen käyttämiseen ja siinä ammatissa toimimiseen sekä valvomalla ammattihenkilöstön toimintaa. (Lohiniva-Kerkelä 2004: 17.) Laadultaan hyvä hoito määritellään yleisesti esimerkiksi varmistamalla henkilöstön pätevyys ja valvomalla henkilöstön ammatillisuutta (Narikka 2001: 320–321).

Suomen perustuslain sivistyksellisiä oikeuksia koskeva pykälä 16 turvaa taiteen, tieteen ja ylimmän opetuksen vapauden (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 17). Koulutuksen arviointineuvostosta säädetään valtioneuvoston asetuksessa (1061/2009). Opetushallitus tekee kansallisia oppimistulosten seuranta-arviointeja, joilla kartoitetaan, miten hyvin koulutukselle asetetut tavoitteet ovat toteutuneet. Korkeakoulujen arvioinnista säädetään yliopistolaisissa (558/2009) ja ammattikorkeakoululaissa (351/2003). (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012: 8.) Perustuslain pykälässä 123 on turvattu yliopistojen itsehallinto sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Yliopistolain pykälän 7 (715/2004) mukaan yliopistoissa voidaan suorittaa alempia ja ylempiä korkeakoulututkintoja sekä taiteelli-

sia, tieteellisiä ja ammatillisia jatkotutkintoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 17.) Opetus- ja kulttuuriministeriön riippumattomana asiantuntijaelimenä toimii korkeakoulujen arviointineuvosto, josta säädetään valtioneuvoston asetuksella (794/2009) (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012: 8). Tällä valtioneuvoston asetuksella eli niin sanotulla tutkintoasetuksella säädetään tutkinnoista, tavoitteista, opintojen rakenteesta ja muista perusteista sekä siitä, mitä tutkintoja missäkin yliopistossa voidaan suorittaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 17). Aluehallintovirastoista annetun lain (896/2009) mukaan aluehallintovirastojen tehtävänä on peruspalveluiden alueellisen saatavuuden arviointi. Suomi osallistuu useisiin kansainvälisiin arviointeihin, joiden tehtävänä on kehittää arviointivälineistöä ja laajentaa koulutuksen kansainvälistä vertailtavuutta. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012: 8.) Yliopistolain (Yliopistolaki 24.7.2009 /558) toisessa pykälässä todetaan yliopiston tehtävät opetuksen suhteen. Lääketieteen opetukseen sovellettuna tehtävänä on kasvattaa lääkäreitä potilaiden tarpeisiin ottaen samalla huomioon ympäröivän yhteiskunnan. (Rönnemaa 2012: 16.)

Koulutuksen arviointeja tehdään koulutuksen arviointineuvostossa ja opetushallituksessa. Korkeakoulujen arviointineuvosto avustaa korkeakoulujen arviointia koskevissa asioissa. Korkeakoulut vastaavat itse toimintansa laadusta. Aluehallintovirastot seuraavat, valvovat ja arvioivat peruspalvelujen saatavuutta ja toimivuutta. Opetus- ja kulttuuriministeriö päättää koulutuksen arvioinnin suuntaviivat koulutuksen arviointisuunnitelmassa. Pääministeri Kataisen hallituksen hallitusohjelman mukaan Suomeen perustettiin kansallinen koulutuksen arviointikeskus. Arviointikeskus aloitti toimintansa vuoden 2014 alussa. Koulutuksen ulkoisen arvioinnin painopisteinä ovat tasa-arvon toteutuminen, tuottavuus ja taloudellisuus sekä hyvinvointi-, työllisyys- ja kilpailukykyvaikutukset. Arviointien toteutuksessa otetaan huomioon myös ruotsinkielisen koulutuksen erityistarpeet. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012: 8–10.)

Valtion tavoitteena on taata riittävä lääkärikoulutus, että voidaan tarjota koko väestölle riittävät terveyspalvelut. Suomen valtio on asettanut lääkärikoulutukselle

tavoitteeksi edistää kansanterveyttä ja perusterveydenhuoltoa. Näin lääkärit toteuttavat työssään valtiollista terveystaloutta. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Opetus- ja kulttuuriministeriö tulevat varmasti jatkossakin seuraamaan lääkärinkoulutuksen aloituspaikkojen määrää Suomessa verrattuna palveluiden riittävyyteen. (Toivonen 2011: 41–42.) Opetus- ja kulttuuriministeriö on tehnyt esityksen lääketieteellisten tiedekuntien sisäänottomäärien nostamisesta noin neljänneksellä vuosittain. Ministeriön esittämä aloituspaikkojen nostomäärä perustuu ennakointiraporttiin ”Tasapainoiseen työllisyyskehitykseen 2025, ehdotus koulutustarjonnan tavoitteeksi vuodelle 2016”. Raportin perusteella valtioneuvosto päätti koulutusmäärän nostosta. Lääketieteellisten tiedekuntien on reagoitava valmistuvien lääkäreiden osaamisen tasoon opiskelijamäärien kasvaessa ja resurssien niukkuuden puristuksessa. (Soininen & Väärä 2012: 846–849.)

Lääkärin työtä määrittävät ja säättävät eri lait, kuten esimerkiksi Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Ammattihenkilölaki 559/1994 ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Näiden lakien lisäksi lääkärin työn tukena ovat erilaiset asetukset ja laatuvaatimukset. Asiantuntijalta edellytetään esimerkiksi eettisen vastuun tuntemista työssään (Benner, Tanner & Chesla 1997; Levy 2011: 31). Lääketieteen etiikka perustuu lääketieteen arvojen ja periaatteiden noudattamiseen sekä lääketieteessä tehtävien kestävien eettisten valintojen tekemiseen (Äärilä 2005; Levy 2011: 31). Euroopan valtioissa lääketieteen lisensiaatin tutkintoa suorittaessa on noudatettava Euroopan yhteisön neuvoston direktiiviä 93/16/ETY, joka sisältää erityisdirektiivit ja säännökset lääkärinkoulutuksen vähimmäisvaatimuksista ja ammattipätevyyden tunnistamisesta (Ammattihenkilölaki). Euroopan unionin asettama tavoite tähtää työvoiman vapaaseen liikkuvuuteen edellyttäen yliopistojen lääketieteellisiltä tiedekunnilta lääketieteen koulutuksen minimitaso määrittämistä ja varmistamista. (Hoppu 1998: 677–678; Levy 2011: 31.) Lääketieteellisten tiedekuntien tulee määritellä koulutusohjelmissa lääkärin työssä tarvittavat tiedot ja taidot sekä tarjota opiskelijoille käytännön osaamiseen tarvittavaa kokemusta kyseisiltä alueilta. (Levy 2011: 32.)

2.2.3 Rekrytointi osaamisen johtamisen osa-alueena

Organisaation maine syntyy sidosryhmien subjektiivisesti muodostamasta kokonaisarvioista organisaatiosta. Hyvä maine on osoitus organisaation nauttimasta luottamuksesta sidosryhmiensä keskuudessa. (Viitala 2013: 326.) Jokaisella organisaatiolla on asiakkaiden silmissä yritys- ja palveluimago. Samoin organisaatioilla on työmarkkinoilla työnantajaimago. Työnantajaimago muodostuu markkinointiviestinnän sekä asiakkaiden kokemusten ja uutisten kautta. Imagoon vaikuttaa rekrytointipolitiikka sekä tapa, jolla yritys ottaa vastaan ja kohtelee työntekijöitään. Rekrytointistrategiassaan organisaatiot päättävät periaatteellisista toimintalinjoista rekrytoinnin suhteen. Etupainotteisella rekrytoinnilla tarkoitetaan toimintaa, jossa pyritään saamaan opiskelijat kiinnostumaan yrityksestä potentiaalisena työnantajana. Hyvien tulevien työntekijöiden kiinnostuksen herättäminen edellyttää suunnitelmallista markkinointia ja hiottuja toimintamalleja. (Viitala 2013: 102–104; Poikkeus 2013: 30.)

Hämäläisen (2006: 3–8, 37) työministeriölle tekemän selvityksen mukaan yleisin yksittäinen syy rekrytointiongelmiin on työvoiman vähyys. Työnantajien mukaan osaamiseen liittyvät seikat, kuten puutteellinen koulutus, kokemus tai erityisosaaminen on keskeisiä syitä rekrytointiongelmiin. Selvityksen mukaan yleisin syy työvoiman hankintaan on henkilöstön lisääminen. Työvoimaa hankitaan suorilla kontakteilla entisiin työntekijöihin ja omien työntekijöiden välityksellä ilmoitetaan avoimesta työpaikasta. Muita käytettyjä rekrytointivälineitä ovat työvoimatoimisto, organisaation omat kotisivut ja lehti-ilmoitukset. Selvityksen mukaan oppilaitosten kautta haetaan edelleen harvoin työvoimaa. Yleisin keino ratkaista rekrytointiongelmaa on pidentää hakuaikaa, sillä pätevyysvaatimuksista ei voi tinkiä loputtomiin. Nykyään myös internetillä ja sosiaalisella medially on yhä tärkeämpi rooli organisaation rekrytointiväylänä.

Vaasan sairaanhoitopiirin rekrytointistrategian mukaan rekrytoinnilla tarkoitetaan ulkoisten henkilöstöressurssien hankintaa sekä organisaatiossa jo olemassa olevien resurssien kohdentamista ja kehittämistä. Tavoitteena on saada jatkossakin tarvit-

tava työvoima organisaatioon ja tarjota alueen väestön tarpeisiin perustuvia korkeatasoisia ja joustavia erikoissairaanhoidon palveluja. Sairaala on kilpailukykyinen organisaatio, jonka lääketieteellinen toiminta on korkeatasoista. Henkilöstöllä on keskeinen rooli organisaation imagon luomisessa, sen vuoksi panostetaan hyvän työpaikan tarjoamiseen työntekijöille. Sairaalan vetovoimaisuus työpaikkana terveydenhuollon ammattihenkilöstön keskuudessa on tavoiteltavaa. Osaamisen johtamisen näkökulmasta on oleellista kehittää yhteistyötä myös yliopistojen ja oppilaitosten kanssa. Vaasan keskussairaalan profiloinnissa profiloidaan samalla Vaasaa ja sen ympäristöä asuinpaikkana. Sairaanhoidopiirin rekrytointistrategian mukaan kaksikielisessä sairaanhoidopiirissä potilaat ja omaiset pyritään kohtaamaan heidän omalla äidinkielellään, kaksikielisyys on voimavara ja henkilöstöä kannustetaan käyttämään molempia kotimaisia kieliä aktiivisesti. (Vaasan sairaanhoidopiirin rekrytointistrategia 2009: 3–4.)

Henkilöstöä kannustetaan myös parantamaan ammattitaitoaan jatkuvasti muun muassa täydennyskoulutusten ja urakehitysmahdollisuuksien avulla. Vaasan keskussairaala arvostaa henkilöstön positiivista asennoitumista koulutukseen ja kehittymiseen sekä tukee tutkimustoimintaa. Rekrytointistrategian mukaisesti henkilöstölle on tarjottava kilpailukykyistä palkkaa ja motivoivia työtehtäviä. Henkilöstön erityisosaamiset ja taidot pyritään huomioimaan mahdollisimman hyvin. Palkkauksessa huomioidaan erityisen merkittävät työsuoritukset ja monitaitoisuus. Henkilöstöä palkitaan pitkäaikaisesta palveluksesta. Oleellista ovat myös asianmukaiset työmenetelmät, ajankohtainen varustus ja tekniikka. Organisaatiossa painotetaan perustehtävien ohella selviä työjärjestelyjä, yhteisiä pelisääntöjä, avointa vuorovaikutusta ja toiminnan jatkuvaa arviointia. Aktiivisen työtoiminnan avulla tuetaan ja kannustetaan henkilöstöä huolehtimaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta terveydestä. Vuosittaisten kehityskeskustelujen avulla annetaan työntekijöille mahdollisuus tuoda esiin tärkeitä kokemuksia asioita. Osaamiskartoitusten avulla kootaan tietoa työyksiköissä olevista osaamisista. Sairaala tekee aktiivisesti työtä sen eteen, että yhteistyö kehittyy ja paranee entisestään

kaikilla tasoilla ja kaikkien ammattiryhmien kesken. (Vaasan sairaanhoitopiirin rekrytointistrategia 2009: 4–5.)

Suomalainen lainsäädäntö mahdollistaa lääketieteen opiskelijan toimimisen valvotusti lääkärin sijaisena jo opiskeluaikana. Tämä luo pehmeän laskun työelämään, koska arjen rutiinit tulevat tutuiksi jo ennen valmistumista. Kesäsijaisten hyvä kohtelu ymmärretään jo useissa työpaikoissa rekrytointivalttina. Hajautetun perusopetuksen myötä lääketieteen opiskelijoille tulee tutuksi muitakin työpaikkoja kuin yliopistollinen keskussairaala. (Ahlmén-Laiho 2012: 96.) Rekrytointityötä on tehtävä jatkuvasti ja kesäsijaisten hankinta on hyvä aloittaa jo hyvissä ajoin edeltävänä syksynä. Palkkauksen täytyy olla kilpailukykyinen. (Nukari 2012: 359.) Lääkäreiden peruskoulutusvaiheessa tapahtuva etupainotteinen rekrytointi on oleellista. Hyvänä esimerkkinä etupainotteisesta rekrytoinnista on Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoidon toimialueen järjestämä kesäkoulu lääketieteen opiskelijoille. Kesäkoulussa kesäajan kandidaatit työskentelevät ohjatusti psykiatrisen erikoissairaanhoidon eri toimipisteissä. Kesäkoulun ohjelmaan sisältyy myös alan luentoja. Kesäkoulu on todettu hyväksi menetelmäksi muun muassa kesäajan sijaisuuspulaan. (Poikkeus 2013: 31.)

Lääkärien näkemyksellä on merkitystä kehitettäessä lääkäreiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta. Lääkäri 2003 tutkimuksen tulosten mukaan peruskoulutus antaa nykyään aikaisempaa parempia valmiuksia myös perusterveydenhuollon lääkärin työhön. Kehittämistä olisi edelleen työn organisoinnissa ja työolosuhteiden suunnittelussa siten, että julkinen sektori näyttäytyisi houkuttelevana työpaikkana jatkossakin. Uutta tutkimustietoa tarvitaan, jotta saadaan tehtyä näyttöön perustuvia päätöksiä. (Vänskä, Hyppölä, Halila, Virjo, Mattila, Kumpusalo, Kujala & Isokoski 2005: 84.) Sato ja Fushimi (2012: 86–92) tuovat esiin artikkelissaan, että useat tutkimukset ovat osoittaneet opetussairaaloina toimivien terveydenhuollon organisaatioiden tarjoavan laadukkaampaa lääketieteellistä hoitoa kuin niiden sairaaloiden, joissa ei ole opetustoimintaa. Lisäksi opetussairaaloissa on osoitettu potilasturvallisuuden olevan paremmalla tasolla. Lääketieteen koulu-

tusta kehitettäessä on pyrittävä vastaamaan aina kunkin ajan ammatillisiin ja asi-
antuntijuuden haasteisiin (Blundell, Harrison & Turney 2004; Levy 2011: 126).

Vuoden 2009 Lääkärikyselyn mukaan Suomessa oli vuonna 2009 yli 23 000 lää-
käreitä, joista hieman alle puolet työskenteli sairaaloissa ja 20 % terveyskeskuksis-
sa. Niiden lääkäreiden määrä, jotka pitävät päätoimista yksityisvastaanottoa, on
ollut koko ajan kasvussa. Opetus- ja tutkimustoimintaa tekevien lääkäreiden mää-
rää on puolestaan vähentynyt koko ajan. (Kallio 2014: 23.) Julkisella sektorilla
etenkin terveyskeskuslääkäreiden työnhallintaa on parannettava ja kehitettävä,
sillä ylivoimaiseksi käynyt työmäärä on suurimpia syitä siihen, miksi lääkärit
eivät hakeudu terveyskeskuksiin tai lähtevät niistä muualle töihin. Lääkärikohtai-
sen vastuuväestön pienentäminen pohjoismaiselle tasolle sekä monipuolinen toi-
menkuva ovat keinoja vaikuttaa työn houkuttelevuuteen. (Vänskä & Kangas
2008: 4440.) Yksityiskohtaisemmin tarkasteltuna puolen tunnin vastaanottoajat,
kokoaikainen seniorituki ja tutorjärjestelyt ovat nuorelle lääkärille oleellisia asioi-
ta. Myös asunnon saannissa organisaation on hyvä avustaa tarvittaessa. Työpai-
kan yhteiset koulutustilaisuudet työajan ulkopuolella ovat arvokas väylä nuorelle
tutustua vakituisiin kollegoihin. Paras rekrytointikeino on kuitenkin vanhemman
lääkärin nuoremmalle kollegalle tarjoama konsultaatioapu ystävällisesti aina, kun
tämä neuvoa tarvitsee. (Nukari 2012: 359.) Uuden työntekijän perehdyttäminen
organisaatioon on hyvin tärkeää, koska se nopeuttaa hänen työntekijäksi kasva-
mistaan optimaaliseksi (Kauhanen 2009: 92; Poikkeus 2013: 25).

Lääkärikoulutuksen lisäystä perustellaan usein lääkäripulalla. Kuitenkin on todet-
tu, että Suomessa on nykyään enemmän lääkäreitä kuin koskaan aikaisemmin
(Nikkari, Holmberg-Marttila, Hakkarainen, Peltola, Kuukasjärvi, Mustonen &
Pasternack 2004: 3765; Kallio 2014: 22). Puute lääkäri työvoimasta onkin suhteel-
lista, koska ammattikunta jakautuu epätasaisesti alueellisesti tarkasteltuna. Lääkä-
reiden alueellinen sijoittuminen seuraa pääpiirteissään lääketieteellisiä tiedekuntia
vastaavien yliopistollisten keskussairaaloiden miljoonapiirien rajoja. Verrattaessa
vuosina 1978–1987 valmistuneiden lääkäreiden sijoittumista vuosina 1998–2001

valmistuneiden sijoittumiseen on todettu myöhemmin valmistuneiden sijoittuvan paremmin koko oman yliopistosairaalapiirinsä alueelle. Omalta osaltaan tähän on saattanut vaikuttaa tiedekuntien harjoittama lääketieteen peruskoulutuksen hajautus yliopistosairaaloiden ulkopuolelle. (Nikkari, Holmberg-Marttila, Hakkarainen, Peltola, Kuukasjärvi, Mustonen & Pasternack 2004: 3765.)

Tutkimuksessa on seurattu Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan hajautetun opetuksen kehittymistä Vaasan keskussairaalassa vuosina 2010–2014 (syksy 2010–kevät 2014). Taulukkoon 5 on kuvattu määrällisesti hajautetussa opetuksessa olleiden opiskelijoiden lukumäärää, opetushenkilökunnan määrän kasvua, mahdollista Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijoiden työssäoloa organisaatiossa (sijaisuudet, amanuenssuurijaksot) ja peruskoulutuksen jälkeistä työllistymistä Vaasan keskussairaalaan. Sijaisuuksiin on laskettu sijaisuuskerrat. Yksittäinen lääketieteen opiskelija on saattanut tehdä useita eri sijaisuuksia vuoden aikana eri erikoisaloilla tai päivystyspoliklinikalla. Opetustoimintaa yhteistyössä Turun yliopiston kanssa on ollut suhteellisen lyhyen aikaa, joten perusteellisemmän käsityksen saamiseksi olisi seurattava työllistymistä ainakin 10–15 vuoden ajan. Taulukon luvut eivät välttämättä ole täysin aukottomia. Tiedot työsuhteessa olleista on saatu Vaasan keskussairaalan HR -yksikön palkanlaskennan kautta ja eri klinikoiden sihtereiltä. Taulukko 5 on kuitenkin suuntaa antava ja kertoo siitä, miten opetustoiminta on lukumäärällisesti käynnistynyt organisaatiossa ensimmäisen viiden vuoden aikana.

Opiskelijoiden määrä vuonna 2014 on arvioitu kokonaismäärä, koska syysluku-kausi ei ole vielä täysin toteutunut. Opetushenkilökunta muodostuu niistä lääketieteen kliinisistä opettajista, jotka ovat työsuhteessa kyseessä olevan vuoden aikana Turun yliopiston lääketieteelliseen tiedekuntaan. Kliinisten opettajien kokonaismäärä organisaatiossa on kasvanut vuosittain nimellisesti, mutta käytännössä joillakin erikoisaloilla vuosittain vaihtelevien ryhmäkokojen vuoksi ei kaikki opettajat ole työsuhteessa jokaisen lukukauden aikana. Esimerkiksi kirurgian ja anestesiologian erikoisaloilla oli pienemmistä opiskelijamääristä johtuen

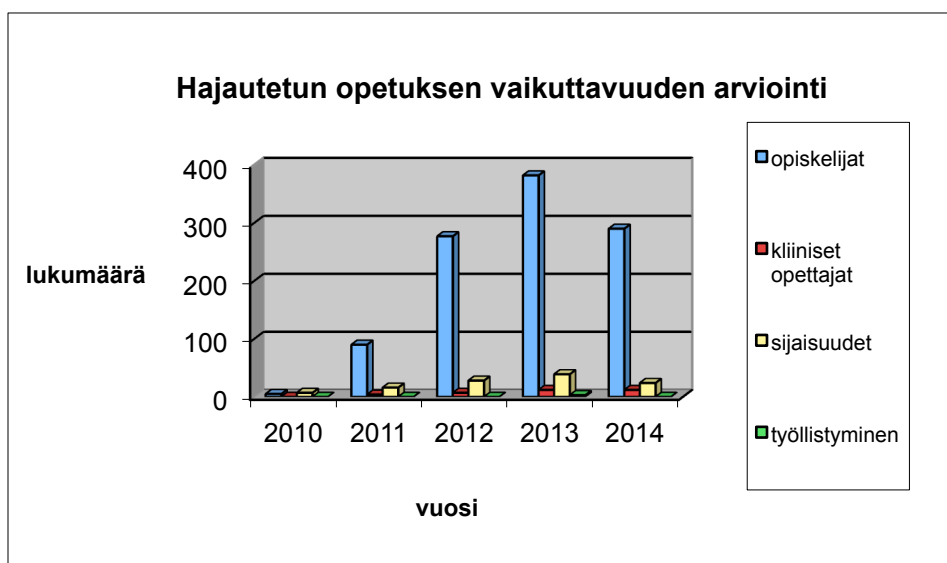
vähemmän kliinisiä opettajia vuonna 2014 kuin vuonna 2013. Lisäksi on huomioitava, että kliiniset opettajat eivät työskentele 100 % opetustyössä, vaan ovat erilaisilla työaikaprosenteilla Turun yliopiston opettajina niillä viikoilla, kun hajautettua perusopetusta kullakin erikoisalalla on. Muu työaika on opetushenkilökunnalla omaa kliinistä potilastyötä.

Vuoden 2014 sijaisuuksien ja työllistyneiden määrä koostuu vain kevät-kesäkaudelta (tammikuu-elokuu). Tämä on hyvä huomioida taulukkoa tarkasteltaessa. Taulukon 5 aineistosta on tehty kuvio 6 havainnollistamaan taulukon sisältöä. Vuosina 2015–2017 on alustavia suunnitelmia laajentaa perusopetusta muun muassa syöpäsairauksien, iho- ja sukupuolitautien sekä keuhkosairauksien klinikkaan. Kliinisten opettajien kokonaislukumäärä tulee siten vielä kasvamaan lähivuosina organisaatiossa. Tämän tutkimuksen tuloksilla ei voi vielä varmuudella sanoa, tuottaako opetustoiminnan järjestäminen Vaasan alueelle uusia lääkäreitä. Se voidaan kuitenkin todeta, että opetustoiminnalla yritetään rakentaa parempaa tulevaisuutta.

Taulukko 5. Hajautettu opetus lukumäärinä organisaatiossa

Vuosi	Opiskelijat	Sijaisuudet	Työllistyminen	Kliiniset opettajat
2010	5	7	0	0
2011	90	16	0	4
2012	277	28	0	7
2013	382	39	3	12
2014	290 (arvio)	24 (tammi-elokuu)	0 (ei vielä tietoa)	12

Tämän työn liitteessä 9 tutkija on tuonut esiin tarkemmat luvut opiskelijamääristä ja koulutuspäivien määristä eri erikoisaloilla lukukausittain kyseessä olevien vuosien aikana.

**Kuvio 6.** Hajautettu opetus lukumäärinä pylväskuviolla esitettynä

2.3 Lääketieteen hajautettu peruskoulutus osaamisen varmistajana

2.3.1 Yleiskatsaus lääkärikoulutukseen Suomessa

Lääketieteen tutkimuksen pääpaino on ollut kautta aikojen kliinisessä työssä. Vasta viime vuosikymmeninä tutkimukset ovat kohdistuneet lääketieteen koulutukseen. (Rees & Knight 2007; Baernstein, Liss, Carney & Elmore 2007; Passi, Doug, Peile, Thistlethwaite & Johnson 2010; Levy 2011: 13.) Lääketieteen koulutusta ja ammatillisuutta koskevien artikkeleiden määrä on kymmenkertaistunut vuosien 1990–2005 välillä Medline -haulla tarkasteltuna. Vuosina 1991–1995 julkaistiin 28 tutkimusta, vuosina 1996–2000 julkaistiin 98 tutkimusta ja vuosina 2001–2005 on julkaistu 273 tutkimusta. (Rees & Knight 2007; Levy 2011: 13.) Lääketieteen koulutuksen tutkimuksen lisäksi myös tutkimusmetodeihin liittyvä tutkimus on lisääntynyt. Vuosina 1969–2007 on tehty 147 julkaisua. (Baernstein ym. 2007; Levy 2011: 13.) Regehr nostaa lääketieteen koulutuksen tutkimusten katsauksessa esiin tutkimuksen aiheina opetussuunnitelman ja opetuksen, opiskelija-arvioinnin, ammatillisten taitojen ja asenteiden sekä opiskelijoiden yksilölliset ominaisuudet (Regehr 2004; Levy 2011: 13–14). Viime vuosikymmeninä on kasvanut etenkin lääketieteen opiskelijoiden oppimiseen liittyvien tutkimusten määrä (Mattick, Dennis & Bligh 2004; Martin, Stark & Jolly 2000; Käpä & Hoffren 2010: 1720–1729; Virtanen, Mikkilä-Erdmann, Murtonen & Käpä 2010; Levy 2011: 13–14). Kansainvälisesti kasvava tutkimustrendi on ollut lääketieteen opiskelijoiden psyykkiset ominaisuudet (Baernstein ym. 2007; Levy 2011: 13–14). Uusimmat lääketieteen pedagogiikan tieteelliset raportit ja oppikirjat käsittelevät ammatillista kehittymistä (CPD, *continuing professional development*), näyttöön perustuvaa lääketiedettä (EBM, *evidence based medicine*) ja moniammatillista opetusta (IPE, *interprofessional education*) (Isoaho, Majors, Tuomaala & Sirviö 2013: 6).

Suomessa lääketieteen koulutukseen liittyvää tutkimusta on tehty vasta 1980-luvulta lähtien. Ensimmäiset tutkimukset tehtiin Kuopion ja Tampereen yliopistoissa liittyen muun muassa lääkärin työhistoriaan, tulevaisuudensuunnitelmiin, arvomaailmaan, työtyytyväisyyteen ja mielipiteisiin perus- ja erikoistumiskoulutuksesta. Nuori lääkäri 88 -tutkimuksessa (Suomen lääkäriliitto yhteistyössä tutkijoiden Hyppölä & Mattila kanssa) kartoitettiin vuosina 1977–1986 valmistuneiden lääkäreiden mielipiteitä ja arvioita muun muassa lääkärin työstä ja koulutuksesta. Tätä seurasivat vertailukelpoiset Lääkäri 1993, 1998, 2003 ja 2008 tutkimukset. Näiden tutkimusten tarkoituksena on ollut tuottaa luotettavaa tietoa terveydenhuoltoa sekä lääkärin työtä ja koulutusta koskevien päätösten tueksi. Tutkimussarjalla on ollut tärkeä rooli lääketieteen koulutuksen sisältöä ja laatua käsittelevässä keskustelussa. (Vänskä, Hyppölä, Halila, Virjo, Mattila, Kumpusalo, Kujala & Isokoski 2005; Levy 2011: 14–15.) Tutkimussarjan lisäksi on Suomessa tarkasteltu lääketieteen koulutuksen opintorakenteita (Larivaara, Taanila, Huttunen, Väisänen, Moilanen & Kiuttu 2000: 375–385), opetusmetodeja (Vainiomäki 1995), lääketieteen koulutuksen kehitystä ja arviointia (Hyppölä 2001: 2969) sekä ongelmalähtöistä oppimista eri näkökulmista (Jämsen & Leppänen 2006: 1775–1780). (Levy 2011: 14–15.)

Suomessa ensimmäinen yliopisto perustettiin vuonna 1640 Turkuun, jolloin alkoi myös lääketieteellisen tiedekunnan lääkärinkoulutus. Opetus laajentui toisen maailmansodan jälkeen kiihtyvällä vauhdilla. Tällä hetkellä Suomessa on viisi lääketieteellistä tiedekuntaa: Turun, Helsingin, Tampereen, Kuopion ja Oulun yliopistoissa. Vuosittain alalle otetaan yhteensä noin 600 uutta opiskelijaa ja sisäänottomäärä tulee laajenemaan 750 opiskelijaan vuodessa vuoteen 2016 mennessä. (Rönnemaa 2012: 15; Kallio 2014: 22–23.) Lääketieteellisessä tiedekunnassa opiskelevat suorittavat lääketieteen lisensiaatin tutkinnon valtioneuvoston yliopiston tutkinnoista antaman asetuksen mukaisesti (794/2004) ja Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto Valvira laillistaa lääketieteen lisensiaatit lääkäreiksi. Jatko-tutkintoja ovat erikoislääkärin tutkinto ja lääketieteen tohtorin tutkinto. Suomalaisia opiskelee lääketiedettä myös ulkomailla, erityisesti Saksassa ja Virossa. (Sosi-

aali- ja terveystieteiden ministeriö 2009c: 23; Toivonen 2011: 39; Kallio 2014: 22.) Peruskoulutuksen jälkeen valmistuva lääkäri voi halutessaan suorittaa kaksivuotisen yleislääketieteen erityiskoulutuksen. Sen suorittaminen on edellytys oikeudelle toimia sairausvakuutuksen piirissä muissa EU:n jäsenvaltioissa. (Toivonen 2011: 39.)

Lääketieteen lisensiaatin koulutusohjelmaan kuuluu amanuenssuurijaksoja eli työelämässä tapahtuvaa palkallista lääkärin työn käytännön harjoittelua. Amanuenssi työskentelee terveydenhuollon organisaatiossa harjoittelijana. Amanuenssuurijakso on kestoltaan muutamasta viikosta kuukauteen. Yliopistotaitain on eroja amanuenssuurijakson sisällöissä, opintopistemäärissä ja suorituskäytännöissä. (Suomen Medisiinariliitto 2011: 33.) Tämän työn liitteessä 10 on esitetty tarkemmin Suomen Medisiinariliitto ry:n suosittelemat amanuenssiohjeet.

Turun yliopiston lääketieteen lisensiaatin koulutusohjelmaan on otettu vuosittain 120 opiskelijaa opiskelemaan lääkäriksi. Opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM) aloitteesta sisäänottoa laajennettiin kaikissa lääketieteellisissä koulutusyksiköissä syksystä 2014 alkaen, mutta Turun yliopistossa poikkeuksellisesti jo syksyllä 2013. Tämä perustuu Turun yliopiston toimivaan hajautusjärjestelmään. Laajennetun sisäänoton seurauksena Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa aloitti 153 uutta lääketieteen opiskelijaa syksyllä 2013. Tämä tarkoitti noin 28 % lisäystä kurssikokoon. Laajan hajautustoiminnan ansiosta opiskelijoiden ryhmäkoot voidaan pitää kohtuullisen kokoisina, jolloin laadukas kliininen opetus taa-taan myös jatkossa. Tällä hetkellä noin 10 % Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kliinisestä lääkärikoulutuksesta on hajautettu Satakuntaan ja Vaa-saan. (Sopimus 2013.) Ne lääketieteelliset tiedekunnat, joissa ei ole laajaa ha-jautettua perusopetusta, joutuvat ottamaan kantaa opetushenkilökunnan ja opetus-tilojen riittävyteen sekä mahdollisuuteen hajauttaa perusopetusta laajemmin yli-opistopaikkakunnan ulkopuolelle (Heikkilä 2012: 2240).

Opetusmetodeja

Valmistuville lääketieteen opiskelijoille Suomessa tehty kysely paljasti, etteivät opiskelijat juurikaan olleet suorittaneet kurssiaikana joitain kirurgisia pientoimenpiteitä. Tämän pohjalta tehtiin vuonna 2008 seurantatutkimus jonka tuloksena tuli esiin, että valmistuvien lääketieteen opiskelijoiden käytännön taitojen suoritusaste on edelleen alhainen. Useat opiskelijat suorittavat esimerkiksi kirurgisia pientoimenpiteitä ensi kertaa vasta valmistumisen jälkeen töissä ollessaan. Tämä lisää nuorten lääkäreiden työssä koettua stressiä sekä riskiä potilasvahinkoihin. (Niemi-Murola, Remes, Turunen, Harjula & Helenius 2008: 297–300; Kääpä & Hoffren 2010: 1726.) Lääketieteen opiskelijoiden asenne potilasturvallisuuteen muotoutuu jo opintojen alkuvaiheessa. Potilasturvallisuuteen liittyvissä vaara- tai haittatapahtumissa syytösten pelko johtaa virhetilanteiden raportoinnin välttelyyn. Avointa ja syyllistämätöntä toimintakulttuuria täytyy edistää opiskelijoiden opintojen alkuvaiheesta alkaen. (Niemi-Murola & Kaila 2011: 272.) Potilaskeskeisyys on terveydenhuollon organisaatiossa toiminnan keskiössä. Tulevaisuudessa on tärkeää opettaa opiskelijoille enenevästi potilaan kohtaamista ja potilaskeskeistä hoitoa (PCC, *patient-centered care*). Potilaskeskeisyyden sisällyttämisellä opintoihin voidaan vaikuttaa tulevaisuuden terveydenhuoltoon. (Douglas, Young, Larson, Simpson, Tipnis, Begaz & Webb 2009: 74.)

Osaamisperustaisuus, opetuksen opiskelijakeskeisyys ja kliinisen toiminnan potilaskeskeisyys ovat tärkeässä asemassa tämän päivän lääkärikoulutuksessa. Tiedollinen ja taidollinen osaaminen ei enää pelkästään ole riittävää, vaan lääkäriksi kouluttautuminen pitää sisällään elinikäistä oppimista, ammatti-identiteetin kehittymistä ja itsenäisen toimintakyvyn saavuttamista. Sosiaaliset, humanistiset ja kulttuuriset arvot ovat nykyisen lääkärikoulutuksen tavoitelluilla keskeisessä asemassa. (Kääpä 2012: 69–73; Kallio 2014: 15.) Opettajien ja kollegoiden esikuvalla ja asenteella on kasvavalle lääkärielle suuri merkitys (Kääpä 2010: 1095; Kallio 2014: 18). Lääkärikoulutus hyötyy tulevaisuudessa yhteistyöstä muiden tieteenalojen kanssa. Kasvava lääkäri tarvitsee laajaa näkökulmaa ja monipuolista

sekä monitasoista asioiden pohdintaa. (Kääpä 2010: 1095.) Kokeneiden kouluttajien avulla työssä opitut asiat voidaan liittää laajempiin kokonaisuuksiin, koska varsinaisella työajalla on harvoin aikaa pohtia asioita syvällisesti (Eraut 1994: 11; Vaherva 1999: 99). Koulutustilanteessa tapahtuva oppiminen lisää ja täydentää yksilön kokemusperäistä oppimista (Woodall & Winstanley 1998: 162). Kliinisen näkökulman mukaan ottaminen varhaisiin lääketieteen perusopintoihin lisää opiskelijan motivaatiota. Todentuntuiset mielikuvat edistävät oppimista. J.C. Meakins pohti jo vuonna 1937, miten voitaisiin paremmin liittää opetusta lääketieteen harjoittamiseen käytännön työssä: ”*Olen kyllin rohkea uskoakseni, että lääketieteellinen tiedekunta, joka ensimmäisenä ottaa käyttöön tällaisen opinto-ohjelman, valaisee tien, jota kaikkien muiden on ennen pitkää seurattava.*” (Hakkarainen & Pasternack 2005: 633.)

Suomalaisessa lääkärikoulutuksessa on viimeisen 20 vuoden aikana tapahtunut paljon muutoksia. Muutosten seurauksina eri tiedekunnille on muodostunut omia erityispiirteitä. Opetusmetodeja on uudistettu ja opintojen valinnaisuutta lisätty. Samalla on kiinnitetty enemmän huomiota vuorovaikutustaitoihin ja varhaisiin potilaskontakteihin. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009c: 21; Jäälineja, Kess, Laakso, Hiltunen & Larivaara 2000: 31; Kallio 2014: 14.) Kommunikointi opetuksesta on viime vuosina tullut merkittävä osa lääketieteen opetusta. Aktiiviset opetusmenetelmät pitävät sisällään muun muassa ryhmäopetusta, videointia ja käytännön kädentaitojen harjoittelua. Neljä oleellista pätevyyteen vaikuttavaa seikkaa ovat lääketieteen tutkinto, kliininen osaaminen, kommunikointitaidot ja ongelmanratkaisukyky. (Kurtz, Silverman & Draper 2005: 2, 66, 149.)

Lääketieteellistä tietoa on saatavilla nykyään niin paljon, että voidaan puhua tiedon tulvasta. Näyttöön perustuvalla (*evidence based*) työskentelyllä opiskelijat saavat käyttöönsä tuoreimman tutkimustiedon ja oppivat arvioimaan tietoa itseenäisesti. (Koivu 2008: 23–24; Nieminen, Silvola, Mäkelä, Kauppila & Sintonen 2013: 1499.) Kliinisessä työssä näyttöön perustuva työskentely on oleellista, koska kaikki kliiniset hoitopäätökset täytyy tehdä parhaan mahdollisen näyttöön pe-

rustuvan tiedon pohjalta (Daly ym. 2002: 16). Näyttöön perustuvassa lääketieteessä haetaan lääketieteellisesti päteviä ja tarkkoja tuloksia yksittäisen potilaan ongelmiin. Opiskelijoille opetetaan potilaiden hoitoa parhaiden vallitsevien hoitokäytäntöjen mukaisesti sekä tiedon kriittistä arviointia. Opetuksen vaikuttavuudesta ja tuloksista on vaikea saada näyttöä. Monivalintakysymyksillä ja itsearviointeilla voidaan mitata vaikuttavuutta jollain tasolla. Opetuksen on todettu lisäävän opiskelijoiden tietoa ja itsearvioinneilla on saatu selville, että opiskelijoiden varmuus lääkäriä toimimista kohtaan on kasvanut. Käytännön taitojen oppimiseen tarvitaan harjoittelua. Onnistunut näyttöön perustuvan lääketieteen opetus vaatii aktiivista opiskelijan osallistumista, kliinisen työn tuomaa harjaantumista ja integroitua opetusta. Opettajakunnan valmiuksien lisääminen edistää tulevaisuudessa opiskelijoiden opettamista. (Niemi-Murola, Romanov & Ketola 2006: 1253–1255.)

Ongelmalähtöinen oppiminen (PBL, *problem based learning*) on tullut lääketieteen koulutuksessa niin sanotun perinteisen biolääketieteellisen oppimisenäkemyksen rinnalle (Michel, zu Heringdorf & Jakobs 2002: 64–68; Antehlpohl & Herzig 1999: 106–113; Levy 2011: 41; Kalliomäki 2013: 2946; Kallio 2014: 18). Ensimmäisen kerran ongelmalähtöistä oppimismenetelmää sovellettiin lääketieteen perusopetuksessa MCMasterin yliopistossa Kanadassa jo 1960-luvulla. Ongelmalähtöinen oppimismenetelmä perustuu opiskelijoiden työskentelyyn pienissä tutorryhmissä tiedekunnan opettajan valvonnassa. Työskentely etenee potilastapauksen kautta ongelmalähtöisesti. Ongelmia analysoimalla opiskelijat päätyvät oppimistavoitteisiin. (Hakkarainen, Koivisto, Laippala, Puhakka ja Pasternack 2000: 1375; Hall & Weaver 2001: 869; Isoaho ym. 2013: 11–12.) Ongelmalähtöisen oppimisen lisäksi nykyään puhutaan ongelmakeskeisestä oppimisesta eli niin sanotusta case-menetelmästä. Menetelmä on lähtöisin 1910–1920 luvuilta Harvardin Business Schoolista. Opetuksessa käytetään etukäteen jaettavia potilastapauksia ja niihin liittyvää lähdemateriaalia. Varsinaisessa opetustilanteessa käsitellään potilastapaukset ja opiskelijoiden ratkaisuehdotukset potilaan hoitoon liittyen. Lundin yliopiston kokemusten mukaan case-menetelmä sopii hyvin kliinisen vai-

heen opetukseen. (Kalliomäki 2013: 2946–2947; Isoaho ym. 2013: 12.) Näitä molempia malleja käytetäänkin nykyään rinnakkain lääketieteen perusopetuksessa (Isoaho ym. 2013: 12).

Lääketieteen opetuksessa perustaitojen arvioinnissa on käytössä myös niin sanottu OSCE -tentti (*objective structured clinical examination*) (Van Nuland, Hannes, Aertgeerts & Goedhuys 2005: 1; Suomen Hammaslääkärilehti 2011: 48). Tentti muodostuu tehtävärasteista, jotka koostuvat perustaitoja, lainsäädäntöä ja asenteita mittaavista tehtävistä. Hammaslääketieteessä OSCE -tenttiä on käytetty Suomessa vuodesta 2008 alkaen, muun lääketieteen opinnoissa vuodesta 2011 alkaen. (Suomen Hammaslääkärilehti 2011: 48–49.) Yksi uusi pedagoginen opetusmuoto on *flipped classroom* (*blinded classroom*) eli käännteinen opetus, joka tarkoittaa reaaliaikaisten luentojen lopettamista. Luennot videoidaan, opiskelijat perehtyvät luentomateriaaliin ennen opetustuntia ja opetustilanteessa aika käytetään tiedon syventämiseen ja keskusteluun. Käännteisen opetuksen oppi-isänä pidetään Khan Academyn perustajaa Salman Khania. Useat yliopistot Yhdysvalloissa ovat siirtyneet käännteiseen opetukseen. Tutkittua tietoa käännteisestä opetusmenetelmästä on kuitenkin vielä vähän. (Pitkäranta 2013: 1740.)

Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa on annettu minisairaalaopetusta sisätautiopissa 1990-luvun lopulta alkaen kaikille viimeisen vuoden lääketieteen perusopiskelijoille. Minisairaalaopetus on ongelmalähtöistä tai ongelmaperusteista oppimista opetusosastolla tai opetusvastaanotolla. Opetus on mestarikisällityyppistä toimintaa, jossa mestarin roolissa on opettajalääkäri ja kisällin roolissa valmistumisvaiheessa oleva lääketieteen opiskelija. Kaikki opetus ja oppiminen tapahtuvat ohjatusti todellisessa toimintaympäristössä. Minisairaalassa on samanaikaisesti hoidossa noin kymmenen potilasta, ja kukin opiskelija saa hoidettavakseen yhdestä kahteen vuodeosaston potilasta. Lääkärinkierrolla potilashuoneissa on mukana lääkäriopiskelijoiden ja opettajalääkäriin lisäksi sairaanhoitaja, perushoitaja, muut mahdolliset potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt sekä usein myös terveydenhuoltoalojen opiskelijoita. Minisairaala opetusmuotona on

osoittautunut erittäin hyväksi opetusmenetelmäksi ja näitä hyviä käytäntöjä olisi aiheellista jakaa kaikkiin tahoihin, jotka tarjoavat lääketieteen perusopetusta. (Järveläinen 2012: 166–173.)

Perusopetusvaiheessa on todettu hyväksi hyödyntää ammatillista yhteisoppimismenetelmää IPE (*interprofessional education*) eli oppimistilaisuuksia, joissa on useamman eri ammattiryhmän opiskelijoita. Tällaista perusopetusta kutsutaan ammattienväliseksi oppimiseksi IPL (*interprofessional learning*). Eräs hyväksi koettu IPE -malli on opetusvuodeosastot (*interprofessional clinical education wards*). Opetusosastojen lisäksi on myös opetuspoliklinikkavastaanottoa. (Ponzer & Castren 2013: 137–139; McPherson, Headrick & Moss: 2001: 47–52.) Ruotsissa moniammatillisista opetusosastoista käytetään nimitystä KUA eli *klinisk undervisningsavdelning* ja opetusvastaanoitoista nimitystä KUM eli *klinisk undervisningsmottagning*. Näitä opetusympäristöjä on esimerkiksi Linköpingin Hälsouniversitetissä, Tukholman Södersjukhusetissa ja Solnassa (Isoaho & Majors 2013). Linköpingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta ja yliopistosairaala aloittivat moniammatillisen perusopetuksen vuodeosastoympäristössä jo vuonna 1996. Moniammatillista tiimityötä ja vuorovaikutustaitoja harjoitellaan Ruotsissa muun muassa KTC -yksiköissä (*klinisk träningscentrum*), joissa on erilaisia harjoittelutiloja kuten metodihuone, kommunikaatiohuone, lääkehuone ja simulaatiohuone. (Isoaho ym. 2013: 46–47.)

Simulaatio opetusmenetelmänä

Simulaatiolla tarkoitetaan riittävää jäljitelmää todellisuudesta tietyn päämäärän saavuttamiseksi (Isoaho ym. 2013: 54). Terveystieteidenhuollossa simulaatio-opetuksella (SBT, *simulation based teaching*) on keskeinen rooli. Se on nykyään osa laadukasta terveystieteidenhuollon koulutusta ja kuuluu koulutuksen kaikkiin vaiheisiin sekä eri ammattiryhmille. (Junttila, Lauritsalo, Mattila & Metsävainio 2013: 101.) Nykyaikainen simulaatioharjoittelu alkoi 1980-luvun lopulla Stanfordin Yhdysvalloissa. Alkuvaiheessa harjoittelu keskittyi akuuttivaiheeseen ja

hätätilannetoimintojen harjoitteluun (CRM, *crisis resource management*). Simulaatioharjoittelun periaatteet lääketieteeseen johdettiin ilmailualalta ja avaruusteknologiasta. (Isoaho ym. 2013: 54.) Simulaatio-opetus on Suomessa alkanut taitopajatyypisistä yksiköistä ja se tulee lisääntymään tulevaisuudessa. Lääketieteellisissä tiedekunnissa simulaatio-opetus on viety pisimmälle anestesiologian ja tehohoidon kursseilla. Yliopistojen resurssit simulaatio-opetukseen ovat vielä paikoin melko puutteelliset. Ammattikorkeakouluissa ja terveydenhuoltooppilaitoksissa taitopajatyöskentely on yleisempää ja viety pidemmälle. Korkeatasoinen simulaatio-opetus on yksi oppilaitosten rekrytointivaltti. Sairaaloissa harjoitellaan erilaisia hoitotilanteita usein työyksikön omissa tiloissa. Näin ei ole tarvittu erillistä tilaa varsinaiselle taitopajalle, mutta koulutus vaatii joka kerta rakenteiden pystyttämisen työpisteeseen ja tilat. Simulaatiokoulutuksella on ratkaiseva merkitys myös potilasturvallisuudelle. Toimenpiteitä voidaan harjoitella simuloitussa tilanteessa ilman oikeita potilaita. Suurin haaste tulevaisuudessa on löytää riittävästi opetushenkilöstöä korkeatasoisen taitopajaopetuksen toteuttamiseen. (Junttila ym. 2013: 101–115; Isoaho ym. 2013: 54–55.)

Simulaattoriharjoittelu antaa tilaisuuden teknisten taitojen oppimisen edellyttämiin useisiin toistoihin. Erityisesti opintojen alkuvaiheessa todellisen kaltaisia tilanteita voi simulaation avulla harjoitella riskittömästi ja toistuvasti. (Antikainen, Silvennoinen, Scheinin, Isojärvi, Mäkinen & Ikonen 2011: 553–554.) Elvytyssimulaatio-opetuksessa tulee hyvin esiin myös moniammatillinen koulutus. Koulutusta suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisesti ja samalla harjoitellaan vuorovaikutustaitoja eri ammattiryhmien välillä. Koulutuksen vaikuttavuutta parantaa, kun teoreettinen tieto yhdistetään vuorovaikutustaitojen konkreettiseen harjoitteluun. Jotta potilas saa hoitavilta tahoilta parasta mahdollista hoitoa, on kaikkien hoitotiimin jäsenten tietoa arvostettava ja hyödynnettävä. (Ponzer & Castren 2013: 134–140.) Koponen & Pyörälä (2014: 387–393) ovat tutkineet kokemuksellisten oppimismenetelmien merkitystä lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaitoihin. Tulosten mukaan simuloitut potilaat, roolipeli ja työpajateatteri soveltuvat hyvin vuorovaikutusosaamisen oppimiseen. Oppimistilanteissa

mahdollistuu vuorovaikutuksen havainnointi ja analysointi, kokemuksen aktiivinen pohdinta sekä vuorovaikutustaitojen harjoittelu lääkärin ammattiroolissa. Tulosten mukaan vuorovaikutuskoulutusta pitäisi olla jatkumona läpi opetussuunnitelman ja erityisesti opintojen kliinisessä vaiheessa. Näin tuetaan lääkäreiden kliinisen ammattitaidon kehittymistä. Moniammatillisella opetuksella voitaneen kehittää paitsi opiskelijoiden tiimityötaitoja, niin myös henkilöstön yhteistyötä (Saxen 2009: 52; Isoaho ym. 2013: 55).

Keski-Suomen keskussairaalassa on erillinen fyysinen tila tietotaitopajatoiminnalle, ja se on yksi esimerkki hyvin toimivasta ja aktiivisesta taitopajasta sairaalassa. Taitopaja keskittyy yksittäisten teknisten taitojen opettamiseen ja harjoitteluun. (Junttila, Lauritsalo, Mattila & Metsävainio 2013: 101–115.) Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ovat perustaneet vuonna 2007 kliinisten taitojen harjoittelukeskus Portin keskussairaalan alueelle. Sairaanhoitopiiri kunnosti rakennuksen ja yliopisto huolehti kalusteet ja opetusvälineet rakennukseen. Vaasan seudulla kliinisten taitojen harjoitteluyksikkö tulee sijoittumaan Vaasan keskussairaalan alueelle. Oleellista on läheinen sijainti niiden toimintayksiköiden kanssa, jotka tilaa tulevat eniten käyttämään. (Isoaho ym. 2013: 55.) Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja Tampereen yliopistollinen keskussairaala sekä Tampereen ammattikorkeakoulu ovat aloittamassa vuonna 2016 taitokeskustoiminnan yliopiston lääketieteen kampusalueella. Tavoitteena on terveystieteiden oppimisen ja koulutuksen kansallinen osaamiskeskus, joka luo mahdollisuuksia myös kansainväliselle opetusyhteistyölle. Nykyaikainen taitojen oppimisympäristö vaatii suuria tila- ja laiteinvestointeja sekä osaavaa opetushenkilökuntaa. Yhteistyön ansiosta taitokeskuksen tiloja voidaan varustaa paremmin kuin yksittäisen organisaation investoinneilla omiin tiloihin. (Tampereen yliopisto 2013).

Tiedonhaku- ja lukutottumukset

Lääketieteen opiskelijoiden tiedonhaku- ja lukutottumuksia tutkittaessa on todettu, että nykyinen lääketieteen opetus ei ohjaa opiskelijoita hankkimaan tietoa tai lukemaan potilaita laajemmin internetistä materiaalia. Kliinikkolääkäriltä vaaditaan nykyään jatkuvaa paneutumista lääketieteellisen kirjallisuuden seuraamiseen. Jotta lääketieteen taso Suomessa säilyy, niin opiskelijoita on kannustettava lukemaan entistä enemmän ja myös englanniksi. Perustana tähän tulee olla lääketieteen opettajien riittävä määrä ja jatkuva koulutus sekä näyttöön perustuvan lääketieteen opetuksen kehittäminen. (Renko, Soini, Rantala, Tapiainen, Korppi, Kääpä, Pokka & Uhari 2011: 2072–2078; Kallio 2014: 14–15.) Opiskelijamäärien kasvu ilman akateemisen henkilökunnan määrän kasvua johtaa pahimmillaan tutkintomäärien vähenemiseen ja siten myös yliopiston rahoituksen vähenemiseen. Opiskelijoita pitäisi opettaa siten, että he oppivat, valmistuvat nopeasti, työllistyvät ja osaavat työnsä. Oppimistavoitteiden asettamisella on keskeinen rooli tässä kehityksessä. Nykyisissä resurssien raameissa ei voida automaattisesti olettaa, että asiat osataan opintojen päätyttyä oikein. Riittää, että oppiminen on optimaalista. Opettamisen itsekunnioitus on määriteltävä uudelleen: ei tulosten korkeatasoisuudella, vaan matkalla ja vauhdilla, joka on näissä resurssiraameissa kuljettu kohti siedettäviä oppimistuloksia. (Virtanen 2013: 105.)

Lääkäriltä vaaditaan kykyä hakea nopeasti tietoa luotettavista lähteistä, koska lääketieteellinen tietämys muuttuu jatkuvasti. Sähköisten tietokantojen käyttö mahdollistaa ajantasaisen tiedon etsimisen päätöksenteon tueksi. (Romanov, Liira & Koski 2010: 33.) Internetin myötä potilaiden saatavilla on lähes sama tieto kuin lääkäreilläkin. Potilailla ei kuitenkaan ole tarvittavaa lääketieteellistä tietopohjaa, joten hankitun tiedon käsittelystä ja arvioinnista on tullut keskeisiä potilastyön kohteita. IT -osaaminen on tärkeässä roolissa lääketieteen kliinisen opiskelun alkuvaiheesta alkaen. Opiskelijat tutustuvat sähköisiin sairaskertomusjärjestelmiin heti opintojen alussa. Useat eri tietojärjestelmät tuottavat suuren datamäärän, jol-

loin oleelliseksi tulee oikean tiedon löytäminen. (Ahlmén-Laiho 2012: 97–98; Nieminen, Silvola, Mäkelä, Kauppila & Sintonen 2013: 1499.)

Tietotekniikkaan perustuvia ratkaisuja käyttämällä on opetussisältöjä monipuolistettu lääketieteellisessä koulutuksessa (Romanov, Ketola, Lodenius & Lamberg 2010: 1936). Verkko-oppiminen tai e-oppiminen (*eLearning*) on yksi yleistyvä oppimisen muoto, jossa tieto- ja viestintäteknologiaa hyödynnetään oppimisessa ja opetuksessa (Viitala 2013: 198). Verkko-opetuksen avulla voidaan tarjota tasa-laatuista opetusta ja antaa yksilöllistä palautetta (Niemi-Murola, Romanov & Ketola 2006: 1255). Pelkän luentoesityksen kuunteluun verrattuna vuorovaikutteisten verkkomateriaalien avulla opiskelija pystyy omaksumaan ja soveltamaan uutta tietoa omaan työhönsä tehokkaammin, koska hän on aktiivinen toimija koulutustilaisuudessa (Romanov, Ketola, Lodenius & Lamberg 2010: 1936). Verkko-oppimisen mahdollisuutta ovat maailmalla lisänneet kaikille avoimet ilmaiset kurssit eli *massive open online courses* (MOOC). Suomen lääketieteen opetuksen on myös pysyttävä tässä kehityksessä mukana ja luotava uusia keinoja opetukseen. (Pitkäranta 2013: 1741.) Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta on ottanut syksystä 2013 opetuskäyttöön Applen iPad -tabletit. Uusinta teknologiaa hyödynnetään esimerkiksi anatomian opetuksessa, interaktiivisissa luentomateriaaleissa, visuaalisesti houkuttelevissa iBook -kirjoissa, ryhmätöissä ja lääketieteen peleissä. (Ahlblad 2014: 612–613.)

2.3.2 Hajautettu lääketieteen perusopetus

Vuonna 1972 astui voimaan kansanterveyslaki. Samana vuonna toimintansa aloittivat Tampereen ja Kuopion lääketieteelliset tiedekunnat, jotka ovat lääkäreiden terveyskeskusopetuksen edelläkävijöitä. Hajautettu terveyskeskusopetus alkoi vuonna 1975 näissä molemmissa tiedekunnissa. (Isoaho ym 2013: 35). 1980-luvulta lähtien on ollut maailmanlaajuisesti yhteinen näkemys siitä, että lääkärikoulutusta pitäisi järjestää yliopistosairaaloiden ulkopuolellakin (Saxen 2009: 21).

Maailman lääketieteen koulutuksen yhdistys (WFME) järjesti elokuussa 1988 maailmankonferenssin Edinburghissa. Yhdistys esitti tuolloin virallisena kantanaan, että lääketieteen koulutusta on tarjottava myös yliopistosairaaloiden ulkopuolella. Edinburghin julkilausumassa tuotiin esiin myös aikaisempaa parempaa koulutuksen ja terveydenhuoltojärjestelmän integrointia sekä ongelmalähtöisen opiskelun kehittämistä. (Eskola & Virjo 1994: 2351.) Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa yleislääketieteen klininen harjoittelu alkoi vuonna 1982 (Isoaho ym 2013: 35). Tampereen yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opetusohjelmaan on kuulunut vuodesta 1992 alkaen opiskelu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Helsingin yliopiston ruotsinkielisillä lääketieteen opiskelijoilla on ollut opetusta Vaasan sairaanhoitopiirissä myös 1990 luvun alkupuolelta lähtien. (Virjo, Jussila, Koivukoski, Lahtinen & Suomela 2004: 3771–3774.)

Erityisesti 2000-luvun aikana on lääketieteen opiskelijamäärissä tapahtunut voimakasta lisääntymistä. Nämä lisääntyneet opiskelijamäärät ovat vaikeuttaneet suuresti opetuksen järjestämistä tiedekunnissa. Opetustiloja ei ole suunniteltu nykyisiä opiskelijamääriä ajatellen. Kliinisistä opettajista ja opetusvastaanoitoille soveltuvista potilaista on ollut kaikissa tiedekunnissa puutetta. Erityisesti klinisen opetuksen taso on kärsinyt liian suurista pienryhmistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009c: 21–22; Kallio 2014: 24.) Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta on ollut edelläkävijä massiivisemmassa lääketieteen perusopetuksen hajauttamisessa yliopistopaikkakunnan ulkopuolelle muun muassa keskussairaaloihin ja aluesairaaloihin. Tämä on opetuksellinen lisäarvo, mutta myös yhteiskunnallista vaikuttamista, koska on oletettavissa hajautetun opetuksen lisäävän opiskelijoiden myöhempää hakeutumista työelämään laajalle alueelle. (Rönnemaa 2012: 17.)

Opiskelijamäärien kasvaessa ei yliopistosairaaloissa ole riittävästi potilaita lääketieteen opiskelijoiden klinisen tutkimisen harjoittelua varten. Alue- ja keskussairaaloissa tapahtuva hajautettu opetus on toimiva ratkaisu tähän asiaan, opetus on laadukasta ja opiskelijoiden mieleen huolimatta pitkistä välimatkoista hajautuspaikkakunnille. (Tuulari & Abrahamsson 2012: 92; Irigoyen, Kurth & Schmidt

1999: 561–564; Worley, Prideaux, Strasser, Silagy & Magarey 2000: 616; Virjo, Jussila, Koivukoski, Lahtinen & Suomela 2004: 3771–3775.) Hajautetulla lääkärikoulutuksella on hyviä tavoitteita: opiskelijalle tulee jo peruskoulutusvaiheessa tutuksi terveydenhuollon organisaation eri portaat, potilasaineiston monipuolisuus, opiskelijoiden pienemmät ryhmäkoot, kliinisten taitojen monipuolinen harjoittelu, alueellisen koulutusyhteistyön ja työvoimapolitiikan tukeminen sekä opiskelijoiden ruotsinkielisen potilaskohtaamisen valmiuksien parantaminen. (Koivisto & Aarnio 2012: 158.)

Ohjaajalääkärit opetustyössä

Lääkärin ammattitaito opitaan parhaiten oikeita potilaita hoidettaessa kokeneen kollegan ohjauksessa (Heikkilä 2012: 2240). Hajautettu peruskoulutus on ajan-kohtainen asia varsinkin nyt, kun yliopistojen sisäänottomääriä on nostettu. Onnistuakseen hajautettu opetus vaatii yhteistyötä, suunnittelua ja huolellista toimeenpanoa. Tähän tarkoitukseen on palkattava opetushenkilökuntaa. (Virjo, Jussila, Koivukoski, Lahtinen & Suomela 2004: 3774.) Taina Autti on Suomen Lääkärilehden kolumneissaan (22/2008 vsk 63; Rajaniemi 2011: 3055; Järvi 2011: 1815; Nordenström & Lindgren 2007: 2687–2688; Kallio 2014: 20) tuonut esiin, että opetuksen arvostusta on konkreettisesti parannettava lääketieteen profession sisällä. Opetusansioden huomioiminen tutkimusansioden rinnalla virantäyttäjien yhteydessä tukee lääkäreitä panostamaan ajallisesti ja laadullisesti opetukseen ja sen kehittämiseen. Kaikilta yliopistojen opetus- ja tutkimusviroissa olevilta lääkäreiltä tulee edellyttää pedagogista koulutusta ja vuorovaikutustaitoja tutkimusansioden lisäksi. Myös opetus- ja tutkimustehtävien palkkatason tulee olla kilpailukykyinen kuntasektorin lääkäreiden palkkauksen kanssa. Palkkauksen jälkeensääneisyys on merkittävä este lääkärin hakeutumiselle opetus- ja tutkimusvirkoihin. Lääketieteen perusopetus säilyy korkeatasoisena antamalla opetukselle ja opettajalääkäreille heille kuuluva arvostus sekä turvaamalla riittävät opettajaresurssit ja palkkataso. Lääkärikoulutuksen haasteina ovat tällä hetkellä liian täydet opinto-

ohjelmat, opiskelijoiden riittämätön ohjattu harjoittelu ja omasta toiminnasta saatavan palautteen puutteellisuus (Kääpä 2010: 1095).

Nykyinen terveydenhuoltolaki velvoittaa yliopistosairaaloissa työskentelevät lääkärit osallistumaan yliopistojen järjestämään koulutustoimintaan. Tähän saakka peruskoulutus on ollut yliopistojen opettajien vastuulla, ja opetuksen antaminen sairaaloissa on perustunut aina vapaaehtoisuuteen. Tulevaisuudessa tämä tilanne voi muuttua ja sairaaloiden lääkärihenkilökuntaa täytyy hyödyntää potentiaalisena kliinisen opetuksen lisäresurssina. Uudistuksia ei voi tehdä ilman, että tehdään muutoksia lääkäreiden työajan sisältöön. On tunnustettava, että opetukseen käytetty työaika on myös työaika. (Merenmies 2012: 2045.) Opetus- ja tutkimustehtävissä oleviin lääkäreihin kohdistuu korkeita odotuksia. Heidän tulee olla oman alansa asiantuntijoita, tutkia aktiivisesti, hallita yliopistopedagogiseen tutkimukseen perustuvat opetusmenetelmät sekä omata hyvät vuorovaikutustaidot. Yliopisto kouluttaa opiskelijansa monipuolisiksi ja vastuullisiksi alansa asiantuntijoiksi. Opetuksen laadun lähtökohtia ovat laaja-alainen tutkimus ja erinomaiset opettajat. (Autti 2008: 2083; Kallio 2014: 20.) On huomioitava, että käytännön järjestelyjen toimivuudella on erityisen tärkeä rooli hajautetussa lääketieteen perusopetuksessa (Håkansson, Beckman, Hansson & Midlöv 2010:2399).

”Tk-jakso on erinomainen tapa oppia, kolmen päivän aikana opin varmaankin yhtä paljon kuin puolessa vuodessa luennoilla.” (Jääliñoja, Kess, Laakso, Hiltunen & Larivaara 2000: 36.)

Opettavien lääkäreiden toimenkuva on laajentunut ja käsittää nykyään myös lääketieteen opiskelijoiden ohjaajana ja tukihenkilönä toimimisen eli niin sanottuna opettajatuutorina toimimisen. Opettajatuutorinnilla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia opiskelijoiden oppimiseen ja ammatilliseen kasvuun. Opetustehtävissä olevilla lääkäreillä työnkuva koostuu monista eri rooleista tiedonvälityksestä ja oppimisen edistämisestä arvojen, asenteiden, ajatus- ja käyttäytymismallien välittämiseen opiskelijoille. Nykyisin toimenkuvaan kuuluu myös opetuksen tutkijan

rooli sekä opiskelijoiden tukijan rooli. Opiskelijoiden tukihenkilönä toimiminen edistää opettajan omaa henkilökohtaista ja ammatillista kasvua, lisää opetuksen tehokkuutta sekä muodostaa linkin lääkärin ammattiroolin ja opettajan roolin välille. Tällä yhteydellä saattaa olla merkitystä laajemmin lääkäreiden ammattikunnalle, koska jokaisen lääkärin velvollisuus on opastaa tulevia kollegojaan. Opettajalääkäri voi myös välittää työssään kertynyttä hiljaista tietoa opiskelijoille ja toimia roolimallina. Lääkärituutorit kokevat myös oman opetustyön kehittyvän koko ajan, koska joutuivat pohtimaan omaa suhdettaan opetukseen, oppimiseen ja ammatilliseen kehittymiseen. Toiminnan ansiosta lääkäriopettajat perehtyvät opintojen kokonaisuuteen, opiskelijoiden toimintatapoihin ja verkostoituvat muiden opettajien kanssa. (Kääpä, Toivonen, Koivisto & Vuorinen 2012: 1340–1344.) Verkostoitumalla muiden opettajien kanssa opettajat pystyvät vastaamaan ajankohtaisiin kehittämishaasteisiin, jakamaan työhön liittyviä kysymyksiä ja muodostamaan ammatillista kehittymistä tukevia tiimejä (Willman, Syrjälä & Raudasoja 2002: 92.)

Sihvonen ja Kekki ovat jo 2000-luvun alkupuolella tutkineet ohjaajalääkäreiden kokemuksia opiskelijoiden ohjaamisesta. Lääkäriohjaajien ammatillisen hyödyn kokemisen lisääminen, ohjaajan roolin vakiinnuttaminen, ohjauksen kehittäminen ja jatkuvuuden tukeminen ovat tärkeitä tavoitteita tulevaisuudelle. Parhaiten tavoitteisiin päästään ohjaajakoulutusta järjestämällä ja tukemalla ohjaavien lääkäreiden ammattitaidon arvostusta. Ohjaajien kokemus, pätevyys ja myönteinen asenne ovat keskeisiä tekijöitä opiskelijan oppimisen kannalta. Ohjaajia motivoi tutkimuksen mukaan opetuksen vaatima oman tiedon ajan tasalla pysyminen, opiskelijoiden positiivinen palaute, työn nautittavuus, pidemmät potilaskäynnit, eristäytymisen väheneminen, vastaanoton imagon parantaminen ja rahallinen palkkio ohjaamisesta. Ohjaustehtävässä toimimisen on osoitettu myös parantavan lääkärin vastaanoton laatua potilaiden hoitoon liittyen. (Sihvonen & Kekki 2002: 2916; Jaenson, Håkansson, Beckman, Blomqvist & Marke 2002: 176.)

Opetushallituksen organisoiman Opettajien työhyvinvointiraportin (2010) mukaan opettajien kokemaa työn henkistä kuormittavuutta lisää liika byrokratia, tuen ja palautteen puute, liiallinen työkuormitus ja aikapaineet, paperityön suuri määrä, työn arvostuksen puute, hankalat ja häiritsevästi käyttäytyvät oppilaat, opettajien ammattitaidon puutteet, roolikonfliktit ja opettajien persoonallisuuden piirteet. Opettajien kokemien jaksamisongelmien aiheuttajia ovat opettajien työstä, työympäristöstä ja oppilaista johtuvat seikat, mutta myös opettajasta itsestään johtuvat seikat kuten henkilökohtaiset kyvyt, suhtautuminen työhön, persoonallisuus ja terveydentila. Persoonallisten piirteiden ja yksilöllisten tekijöiden luetteloinnin sijaan on hedelmällisempää kiinnittää huomio työn rakenteellisiin tekijöihin sekä työn ja tekijän suhteeseen. Johtamisella voidaan tukea opettajien jaksamista työssään. Johtamisen välineitä ovat riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstömitoitus, henkilöstön täydennyskoulutus, säännöllinen työhönohjaus, kehityskeskustelut, työkykyä ylläpitävä toiminta ja tarvittaessa kuntoutuksen järjestäminen työntekijöille. Kuormittavuutta vähentää, jos työn panostukset ja vastineet ovat tasapainossa, työn vaatimukset ovat kohtuullisia ja kehityskeskustelut toimivat. Työhyvinvointia voidaan parantaa ylläpitämällä ja kehittämällä voimavaratekijöitä, joita jokaisesta työstä löytyy. Opettajien työhyvinvointiraportin mukaan suurin osa opettajista arvioi tarvitsevansa lisäkoulutusta ainakin jonkin verran. Kuntatyönantaja korostaa osaamisen johtamista työhyvinvoinnin tukena. PARAS -uudistuksen toteuttamiseen liittyi yhtenä osa-alueena henkilöstö. Johtaminen, joka perustuu yhteistyöhön, vaikuttaa henkilöstön sitoutumiseen, motivaatioon ja työssä jaksamiseen. (Onnismaa 2010: 16–17, 31, 57; Heinonen, Aalto-Setälä, Bindar, Rehnback, Kariluoma & Keskinen 2013: 7; Jaenson, Håkansson, Beckman, Blomqvist & Marke 2002: 176–179; Kushnir, Cohen & Kitai 2000: 431, 435; Saxen 2009: 16.)

Konu, Viitanen & Lintonen (2010: 44–57) ovat tutkineet opettajien hyvinvointia ja näkemyksiä johtamiskäytännöistä. Tulosten mukaan huomiota on kiinnitettävä pysyvän opetushenkilökunnan palkkaamiseen, oppilaitosten prosessien yhtenäistämiseen, tasapuoliseen kohteluun ja koulutuksen päivittämiseen. Kuormitus si-

nänsä ei ole pelkästään negatiivinen asia, sillä ihminen tarvitsee sopivaa kuormitusta voidakseen hyvin ja pystyäkseen kokemaan kehittymisen ja aikaansaamisen tunteita. Kuormitus voi siis olla myös myönteinen asia. Kuormitus jaetaan psyykkisiin ja fyysisiin kuormitustekijöihin. Fyysiset kuormitustekijät liittyvät fyysisesti raskaaseen työhön, ja psyykkiset kuormitustekijät aiheuttavat kitkaa työntekijän ja hänen työnsä välillä. Psykkinen kuormitus voi olla myös alikuormitusta, joka aiheuttaa turhautumista. Ylikuormitus puolestaan johtaa häiriöihin, jotka heikentävät suorituskkyä. (Viitala 2013: 214–216.)

Muuntokoulutusprojekti taustalla

Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan hajauttaman perusopetuksen malli pohjautuu Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan muuntokoulutusprojektiin, jossa terveydenhuoltoalan ammattilaisista koulutettiin lääkäreitä. Muuntokoulutusprojektin kokonaiskesto ajoittui vuosille 2001–2011. Muuntokoulutusprojektin taustalla oli pula lääkäreistä, joka tuntui vain pahenevan. Opetusministeri Maija Rask esitti harkittavaksi lyhennettyä koulutusohjelmaa niille yliopistoille, jotka voisivat saada koulutuksen järjestämiseen rahoitusta Euroopan Unionista. Esitys aiheutti paljon keskustelua eduskunnassa ja tiedotusvälineissä. Kuopion ja Oulun yliopistot kieltäytyivät järjestämästä lyhennettyä muuntokoulutusta. Turun yliopisto sai tehtäväkseen suunnitella koulutuksen kliinisen vaiheen harjoittelun tapahtuvaksi Satakunnassa. Vuonna 2002 laadittiin Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa koulutus-suunnitelma, jonka mukaan lääketieteen lisensiaatin tutkinnon voi suorittaa viidessä ja puolessa vuodessa kuuden vuoden sijaan. Maaliskuussa 2003 opetusministeriö ja Turun yliopisto solmivat aiesopimuksen, ja sen perusteella Turun yliopistossa aloitettiin neljänä vuotena toteutettava muuntokoulutus. Syksystä 2003 alkaen vuosittain 25 terveydenhuoltoalan ammattilaista alkoivat kouluttautua lääketieteen lisensiaateiksi. Erillisen rahoituksen avulla pystyttiin toteuttamaan mittava kliinisen harjoittelun hajautus Satakunnan ja Varsinais-Suomen sairaaloihin ja terveysasemiin. Muuntokoulutusprojektin aikana luotiin kaikkia opiskelijoita koskeva opettajatuutorijärjestel-

mä, laadittiin arviointiperusteet opiskelijan aikaisemmalle osaamiselle, laadittiin henkilökohtaiset opetussuunnitelmat ja kehitettiin joustavuutta koulutuksen organisaatioon. Lääketieteellisessä tiedekunnassa aloitti samaan aikaan myös opetuksen tutkimus- ja kehittämissyksikkö TUTKE. Tiedekunnan lääkärikoulutus onkin saanut Korkeakoulujen arviointineuvoston kansainväliseen arviointiin perustuvan lääkärikoulutuksen laatuyksikkönimityksen. (Suonpää 2012: 5–6; Isoaho ym. 2013: 35–36, 14; Saxen 2009: 21–22.)

Lääketieteellisen peruskoulutuksen hajautetun opetuksen suunnittelu ja toteutus Satakuntaan vaati laajan sidosryhmäverkoston työryhmineen ja monine neuvotte luineen. Hajautettuun opetukseen liittyvät neuvottelut koskivat muun muassa kolmikantasopimusten aikaansaamista, opetustilojen suunnittelua, rakentamista ja vuokraamista, opiskelijoiden majoitustilojen suunnittelua ja toteutusta, opiskelijoiden matkustustavoista sopimista ja niistä tiedottamista, koulutusyhteistyön markkinoimista yliopiston ja hajautuspaikkakuntien välillä sekä opetushenkilökunnan rekrytoimista ja perehdyttämistä. Tätä sidosryhmätyöskentelyä varten luotiin muuntokoulutusprojektin aikana hajautetun peruskoulutuksen ohjausryhmä, joka kokoontuu säännöllisesti arvioimaan ja kehittämään koulutusyhteistyötä. (Koivisto & Kronqvist 2012: 14.)

Turun yliopiston hajauttamaa lääketieteen peruskoulutusta suunniteltaessa ja kehitettäessä on lääketieteellinen tiedekunta toiminut tiiviissä yhteistyössä Porin yliopistokeskuksen ja Vaasan yliopiston kanssa. Hajautetun lääketieteen peruskoulutuksen tavoitteena on parantaa koulutuksen laatua ja kehittää työelämävalmiutta. Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja hajautusyksiköiden välisellä koulutussopimuksella on sovittu koulutuksen järjestämisestä, toteuttamisesta ja kustannusten jaosta. Sopimus edellyttää lääketieteellisen tiedekunnan toteuttamaan yhdessä sovittua koulutussuunnitelmaa. (Koivisto & Aarnio 2012: 157–158.)

Moniammatillinen tiimityö

Potilaiden hoidon kompleksisuus edellyttää moniammatillista tiimityötä. Tiimityön avulla voidaan vähentää kustannuksia muun muassa välttämällä päällekkäisiä palveluja ja minimoimalla turhia toimenpiteitä. Kustannusten vähenemisen lisäksi moniammatillinen tiimityö tarjoaa potilaille parasta mahdollista hoitoa ja tiimin jäsenille työtyytyväisyyttä. Moniammatillinen tiimityö kehittää ryhmätöytäitoja, kommunikaatioita, ongelmanratkaisutaitoja sekä johtamistaitoja. Potilaat ansaitsevat hoitavalta taholta kaiken tämän. (Hall & Weaver 2001:868–873; McPherson, Headrick & Moss 2001: 52; Saxen 2009: 23.) Moniammatillisuus on oleellinen osa myös opintoja, koska opiskelijoiden työtehtävät tulevaisuudessa pohjautuvat kliinisen osaamisen lisäksi tiimityö- ja vuorovaikutustaitoihin. Opiskelijoille tehdyn kyselyn mukaan sekä lääketieteen että hoitotyön opiskelijat ovat tiedostaneet tarpeen tehdä yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä ja heidän on luotettava myös muiden ammattiryhmien työhön. Keskinäinen yhteistyö koettiin välttämättömäksi molemmissa ammattiryhmissä. Lääketieteen opiskelijat kokivat heidän ammattikuntansa statuksen olevan muita korkeampi ja hoitotyön opiskelijat kokivat ammattikuntansa olevan äärimmäisen pätevää. Moniammatillisen tiimityön harjoittelua on suositeltu yhdeksi lääkärikoulutuksen tärkeäksi osa-alueeksi. Peruskoulutusvaiheessa tapahtuva moniammatillinen koulutus lisää tiimityötaitoja. Se suuntaa toimintaa irrallisen erityisasiantuntijan roolista potilaslähtöisempään ja kokonaisvaltaisempaan hoidon toteuttamiseen. (Jaatinen, Saxen & Häsänen 2008:111–112; Saxen 2009: 23; Horsburgh, Lamdin & Williamson 2001: 877.)

Moniammatillisuutta voidaan toteuttaa sairaalaosastolla kuten Tukholman Karoliinisessa instituutissa lääketieteen, sairaanhoidon ja fysioterapian opiskelijoiden tiimikoulutuksena. Tutkittuaan potilaan jokaisen ammattiryhmän opiskelija pohtii hoitoa yhdessä, mutta oman työn näkökulmasta lähtöisin. Tämän tyyppistä moniammatillista harjoittelua on myös Suomessa, esimerkiksi Turun, Helsingin ja Oulun lääketieteellisissä tiedekunnissa ja ammattikorkeakouluissa. Turun yliopistossa on jo pitkä kokemus yhteisistä harjoitteluista etenkin yleislääketieteen alalla.

(Järvi 2013: 2578.) Moniammatillinen opetus vaikuttaa potilaan hoitoon, lisää eri ammattiryhmien ymmärrystä toisen ammattiryhmän työstä sekä mahdollistaa resurssien maksimaalisen käytön (Ross & Southgate 2000: 741).

Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta lähti kehittämään moniammatillista opetusta Porin opetusterveyskeskuksen puitteissa (Koivisto & Kronqvist 2012: 46). Poriin valmistui kesällä 2005 opetusterveyskeskus, joka oli suunniteltu opetuskäyttöön. Marraskuusta 2005 lähtien opetusterveyskeskukseen tuli myös Satakunnan ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoita käytännön harjoittelujaksoilleen. Tämä loi mahdollisuuden lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden yhteisharjoitteluun. (Jaatinen, Saxen & Häsänen 2008: 111; Isoaho ym 2013: 36.) Yleislääketieteen opetusta on järjestetty kevästä 2006 alkaen yhtä aikaa lääketieteen ja hoitoalan opiskelijoille. Potilasvastaanottoa hoidetaan moniammatillisissa tiimeissä kliinisen opettajalääkärin ja opetushoitajan ohjauksessa. (Koivisto & Kronqvist 2012: 46.) Porin opetusterveyskeskus on ollut ensimmäinen opetusterveyskeskus Suomessa. Toiminta alkoi siellä vuonna 2006, opetustilat valmistuivat jo syksyllä 2005. Satakunnan keskussairaalan opetustilat valmistuivat keväällä 2006. Satakunnan keskussairaalassa opetusta annetaan tällä hetkellä 12 eri oppiaineessa. Seuraavaksi perustettiin vastaavalla mallilla opetusterveyskeskus Saloon. Salo on yksi keskeinen paikkakunta, jonne Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta hajauttaa perusopetustaan. Suunnitteilla on opetusterveyskeskuksen perustaminen myös Vaasaan. Hammaslääketieteen puolella hajautettu opetus on käynnistynyt Vaasassa jo vuonna 2008. Vaasassa sijaitsee suuren suosion hammaslääketieteen opiskelijoiden keskuudessa saanut opetushammashoitola. Opetuksessa oppimisympäristöllä onkin suuri merkitys. Ympäristön täytyy tukea opiskelijan kehittymistä hyväksi lääkäriksi. Parhaiten opiskelija omaksuu uutta tietoa, kun se esitetään lääketieteellisen ajattelun kautta ja luottamuksellisen sekä erilaisuutta kunnioittavan keskusteluilmapiirin myötä. (Launis 2012: 37; Isoaho ym. 2013: 43.)

Porin opetusterveyskeskuksessa opiskelijan harjoittelujakso alkaa lyhyellä yhteisellä perehdyttämistilaisuudella, jossa käydään läpi käytännön asioihin liittyvää

tietoa. Perehdytyksen aikana keskustellaan opintojakson tavoitteista ja opiskelijoiden omista tavoitteista. Perehdyttämistilaisuudessa opiskelijat myös tutustuvat toisiinsa. Varsinainen potilastyön harjoittelu alkaa siten, että lääkäriopiskelija haastattelee ja tutkii potilaan. Tämän jälkeen lääkäriopettaja ja hoitotyön opiskelija kutsutaan paikalle. Lääketieteen opiskelija kertoo tehdyt havainnot, jonka jälkeen yhdessä lääkäriopettajan kanssa tehdään työdiagnosi ja jatkohoitosuunnitelma. Hoitotyön opiskelija osallistuu vastaanoton seuraamiseen, opetushoitajan ohjaamana potilaiden hoitoon ja ohjaukseen, avustaa toimenpiteissä ja jatkohoidon järjestämisessä. Harjoittelupäivän kuluessa lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoilla on mahdollisuus vapaamuotoiseen keskusteluun opetustilanteihin liittyen. Harjoittelujakson päätteeksi pidetään 1-2 tunnin palautepalaveri. (Jaatinen, Saxen & Häsänen 2008:112.) Kuviossa 7 on esitelty kaavio moniammatillisen opetuksen toimintatavasta Porin opetusterveyskeskuksessa.



Kuvio 7. Kaavio moniammatillisen opetuksen toimintatavoista Porin opetusterveyskeskuksessa (Koivisto & Kronqvist 2012: 51)

1970-luvun alussa toimintansa aloittaneen Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan moniammatillinen opetus parantaa terveyspalveluja monella tavalla. Se edistää tietojen ja taitojen jakamista hyvässä yhteishengessä, tiimityötaitojen kehittymistä, uusien tietojen ja taitojen leviämistä, ammattiryhmien välistä tiedonkulkua, ammattienvälistä tutkimustyötä, yhteistyötä tutkimuslaitosten ja oppilaitosten kanssa, voimavarojen jakoa tarvelähtöisesti, opinto-ohjelmien suunnittelun kehittymistä sekä potilasturvallisuuden lisääntymistä. Yksinään mikään ammattiryhmä ei voi hallita potilaiden moninaisia ongelmia. Tarvitaan muiden ammattilaisten apua ja tukea. (Isoaho ym. 2013: 9; Saxen 2009: 23.)

2.3.3. Kansainvälinen lääkärikoulutustutkimus

Kansainvälinen lääkärikoulutuksen tutkimus ja kehittäminen on keskeistä useissa maissa. Erityisesti 2000-luvulla on tutkittu yhä laajemmin lääkärikoulutusta. Vuosittain järjestetään Euroopassa lääketieteen koulutukseen liittyvä AMEE -konferenssi (*An International Association for Medical Education in Europe*). AMEE:ssa on jäseninä muun muassa eri maiden lääketieteellisiä tiedekuntia sekä yksityisiä henkilöitä. Tavoitteena on tuoda esiin ja jakaa uusinta tietoa lääketieteen koulutukseen liittyen. Lääketieteen opetukseen on olemassa erityisesti opetushenkilökunnalle suunnattu *Medical Teacher* -lehti. Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta on AMEE:n jäsen, ja jäsenille tulee automaattisesti kyseinen lehti. Vaasan keskussairaalan opetushenkilökunnalla on mahdollisuus Turun yliopiston e-kirjaston kautta lukea myös tätä lehteä.

Kansainvälinen lääkärikoulutuksen arviointitutkimus keskittyy paljolti näyttöön perustuvan lääketieteen opettamiseen ja opinto-ohjelmien arviointiin (Wilkes & Bligh 1999: 1269–1272). Kaikkien terveydenhuoltoalan ammattilaisten on ymmärrettävä näyttöön perustuvan lääketieteen periaatteet ja otettava ne osaksi työtään. Vastavuoroinen ja klinikkaan integroitu lääketieteen opetus ja oppiminen ovat edellytyksenä alan parhaalle koulutuskäytännölle. (Khan & Coomarasamy

2006.) Malick, Hadley, Davis & Khan (2010: 231–238) ovat tutkineet näyttöön perustuvan lääketieteen vaikuttavuutta opetuksessa. Näyttöön perustuvan lääketieteen opetukseen on useita opetusmetodeja, mutta tieto opetuksen vaikuttavuudesta on vähäistä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella opetusta tulee muokata käytännön opetuksen suuntaan.

Hadley, Wall & Khan (2007) ovat analysoineet oppimistarpeita ohjaamaan näyttöön perustuvan lääketieteen opetusta. Nuorille lääkäreille tehtiin kyselytutkimus (N=317) heidän tiedoista ja uskomuksista näyttöön perustuvaan lääketieteeseen liittyen. Tulosten mukaan monet kokivat omaavansa heikkoa osaamista ja tarvitsevansa enemmän koulutusta. Nuoret lääkärit kokivat epävarmuutta päätöksenteon liittyen muun muassa siinä, turvautuvatko potilaan sanaan, klinikan tapaan toimia vai tieteelliseen näyttöön perustuvaan tietoon. Naiset ja ne, joilla on tutkimustyöstä vähän kokemusta turvautuvat tulosten mukaan enemmän potilaan ja klinikan näkökulmaan, kun taas miehet ja tutkimuskokemusta omaavat turvautuvat päätöksenteossa enemmän näyttöön perustuvaan näkökulmaan. Tulosten mukaan olemassa olevien opetuskurssien tavoitteita ei ole tarvetta muuttaa, mutta opetusmetodeja kannattaa sopeuttaa kohti yksilöllisempää opetusta.

Irby & Wilkerson (2003: 370–376) ovat tutkineet koulutukseen liittyviä tekijöitä ja tuoneet esiin viisi tärkeää osa-alueita. Ensimmäinen osa-alue käsittelee vaatimusta kliinisen opetuksen tuottavuuden kasvusta ja se edellyttää oppimisympäristöjen kehittämistä, opetustyön tukemista, missio-pohjaista johtamista ja tiedekunnan kehittymistä. Toinen tärkeä osa-alue on monialaisuus tieteessä ja koulutuksessa. Kolmantena tärkeäksi osa-alueeksi nousi tieteelliset oppimismenetelmät, kuten tapauspohjainen (*case-based*) oppiminen, oppivat yhteisöt ja teknologia. Neljäs keskeinen tekijä on muokata opinto-ohjelmaa läpi linjan siten, että se vastaa ympäröivän yhteiskunnan muutoksen tuomiin tarpeisiin. Viidentenä keskeisenä osa-alueena on hyödyntää kliinisiä harjoituksia, OSCE -tenttejä, simulaatioita ja arviointiohjelmaa. Nämä eri osa-alueet muuttavat tutkijoiden mukaan lääketieteen koulutusta.

Jill Morrison (2003: 385–387) on tutkinut lääketieteen koulutuksen arviointia. Arvioinnissa keskeistä Morrisonin mukaan on varmistaa, että opetus kohtaa oppijan oppimistarpeet, tuo esiin vaikuttavan opetuksen alueet, informoi tiedekunnan resurssien kohdentamisesta, tarjoaa palautetta, rohkaisee ja tukee opettajia, tuo esiin lääketieteellisen oppilaitoksen arvot ja tuo esiin keinoja kehittää opinto-ohjelmaa. Arviointi on usein paikallista toiminnan kehittämistä ja jatkuva prosessi.

Ammatillisuus

Michiganin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa on jo vuodesta 1998 lähtien vakiintunut lääketieteen koulutuksen ohjelma, *The Medical Scholars Program* (MESP), jossa pyritään kehittämään koulutuksen johtamista ja vaikuttavia opetus-taitoja sekä tuomaan esiin kasvatustieteellistä osaamista lääketieteelliseen tiedekuntaan (Frohna, Hamstra, Mullan & Gruppen 2006: 975–978). Toronton yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa on tehty kysely vuosina 2006–2007 tiedekunnan jäsenille ammatillisuuden opettamisesta ja arvioimisesta. Tulosten mukaan ammatillisuus koettiin haasteelliseksi aiheeksi. Voimattomuuden tunne ja omat puutteet ammatillisuudessa olivat suurimmat esteet sen opettamiseen ja arviointiin. (Bryden, Ginsburg & Kurabi 2010: 1025–1034).

Cruess, McIlroy, Gruess, Ginsburg & Steinert (2006: 74–78; Gruess 2006: 177–185) ovat tutkineet ammatillisuuden arviointia kliinisessä harjoittelussa. Arvoilla ja asenteilla on suuri merkitys lääkärinkoulutuksessa ja käytännön harjoittelussa. Rohkaisu, roolimallina olo, organisaation tuki, riittävät resurssit, kannustava ympäristö ja toimiva arviointijärjestelmä ovat keskeisiä tekijöitä ammatillisuuden kehittymisessä. Kasvatustieteen rooli lääketieteen ohessa on noussut keskeiseksi tekijäksi. Croft, Jay, Meslin, Gaffney & Odell (2012: 1165–1170) ovat tuoneet artikkelissaan esiin harjoittelun merkityksen nostamisen lääketieteen koulutuksessa. Ideaalinen ajankohta oppia ammatillisuutta, käytännön taitojen harjoittelua ja eettisyyttä on lääketieteen opintojen aikana. Saamalla harjoittelun kautta valmiuk-

sia kohdata terveydenhuollon haasteita lääkäreiden ammatillinen tyytyväisyys ja potilashoidon vaikuttavuus lisääntyy.

Hajautettu perusopetus

Hajautetusta lääketieteen perusopetuksesta on myös kansainvälisiä tuoreita tutkimuksia. Child, Kiarie, Allen, Nduati, Wasserheit, Kibore, John-Stewart, Njiri, O'Malley, Kinuthia, Norris & Farquhar (2014: 35–39) ovat julkaisseet artikkelin liittyen Afrikan Saharan alueen suureen lääketieteen koulutuksen tarpeeseen. Lääketieteen koulutuksen levittäminen on monimutkainen prosessi, joka vaatii merkittäviä taloudellisia ja henkilöstöön liittyviä resursseja. Se kuitenkin tarjoaa mahdollisuuksia yhteiseen kehittämistyöhön. Vuonna 2010 Nairobien yliopisto kehitti alueellisen lääketieteen koulutuksen pilottiohjelman Washingtonin yliopiston WWAMI (Washington, Wyoming, Alaska, Montana ja Idaho) ohjelman mukaisesti, laajentaen kliinistä harjoittelua ilman suuria panostuksia uusiin rakennuksiin yliopistoalueelle. Pilottiohjelma tarjoaa lyhyitä kliinisiä harjoittelujaksoja 14 hajautetulla opetuspaikalla. Ohjelman avulla voidaan menestyksekkäästi siirtää ja jakaa tietoa sekä parhaita käytäntöjä eri puolille Saharan alueen Afrikkaa.

Allen, Ballweg, Cosgrove, Engle, Robinson, Rosenblatt, Skillman & Wenrich (2013: 1862–1869) kirjoittivat artikkelin liittyen edellä mainittuun WWAMI ohjelmaan tapaustutkimuksena. Washingtonin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan WWAMI ohjelma on ollut olemassa jo yli 40 vuotta, ja se on yksi Yhdysvaltojen suosituimmista malleista alueellisen terveydenhuollon harjoitteluun liittyen. Ohjelman tavoitteena on muun muassa lisätä alueellisesti työvoiman määrää hajauttamalla perusopetusta, erityisesti perusterveydenhuollon puolella. Alueellisesti hyödyttään osaamistason kasvusta ja hajautusohjelman myötä lääketieteelliset tiedekunnat pystyvät vastaamaan nykyiseen koulutustarpeeseen. Rieselbach, Crouse, Neuhausen, Nasca & Frohna (2013: 1835–1843) tuovat esiin artikkelissaan, että Yhdysvalloissa opetusterveyskeskuksilla on merkitystä perusterveyden-

huollon työvoiman lisääntymiseen. Julkiset terveyskeskukset ovat olleet alikäytetty resurssi työvoiman tarpeeseen nähden.

Myhre & Hohman (2012: 2151) tuovat esiin artikkelissaan, että Kanadassa vain 2.4 % erikoislääkäreistä harjoittelee työtä maantieteellisesti hajautettuna. Calgaryn yliopiston Royal College lisää erikoistumisopintojen mahdollisuuksia maantieteellisesti. Erikoisalapohjaiset, alueelliset ohjelmat ovat koulutuksellisesti arvokkaita. Lääketieteen hajautettua perusopetusta Kanadassa tarjotaan erittäin paljon. The Association of Faculties of Medicine of Canada on tehnyt vuonna 2010 selvityksen maantieteellisesti Kanadan hajautetusta lääketieteen perusopetuksesta. Selvityksestä tulee esiin, että Kanadassa on 18 yliopistoa, jotka tarjoavat lääketieteen opinto-ohjelmia. Yleensä etäisyys hajautuspaikkakunnalle yliopistolta on alle 100 kilometriä, mutta pisimmillään välimatka on jopa 554 kilometriä. Opiskelijoiden määrä on kasvanut vuosien 1995–2009 aikana 73 %. Hajautetusta opetuksesta on tämän vuoksi tullut merkittävä tekijä lääketieteen koulutuksessa. (The Association of Faculties of Medicine of Canada 2010.)

Englannissa on julkaistu vuonna 2014 Keelen yliopistossa kansallinen tutkimus hajautetun lääketieteen opetuksen maantieteellisestä sijoittumisesta. Tulosten mukaan hajautettua perusopetusta on Englannissa laajasti levitetty, ja se todettiin potentiaalisesti koulutukseksi riippumatta siitä, miten kaukana yliopistosta hajautuspaikkakunta sijaitsee. (Derbyshire, Rees, Gay & McKinley 2014: 336–345.) Zink, Center, Finstad, Boulger, Repesh, Westra, Christensen & Brooks (2010: 559–604) ovat tehneet vuonna 2008 tutkimuksen Minnesotan yliopistossa vertailen alueellisesti hajautetussa opetuksessa olleita opiskelijoita niihin, jotka olivat suorittaneet opintonsa suurkaupungeissa. Tulosten mukaan ne, jotka olivat olleet alueellisesti laajemmin hajautetussa opetuksessa, valitsivat helpommin työpaikkansa maantieteellisesti laajemmalla alueella. Tutkimus tehtiin erityisesti perusterveydenhuollon puolella. Hajautetusta opetuksesta todettiin olevan merkittävää koulutuksellista hyötyä hajautuspaikkakunnille työllistymiseen. Samankaltaisista

tuloksista raportoivat Rieselbach, Crouse & Frohna (2010: 118–1122) kirjoittamassaan artikkelissa.

Ayanian ja Weissman (2002: 569–593) ovat tehneet kirjallisuuskatsauksen Yhdysvalloissa opetussairaaloista ja hoidon laadusta. Opetussairaalat tarjoavat artikkelin mukaan korkealaatuista hoitoa alueensa väestölle. Julkinen mielipide asiasta on positiivinen. Koska opetussairaalan täytyy korkeampien kustannusten vuoksi yhä enemmän todistaa olemassaolonsa tärkeyttä suhteessa sairaalaan, jossa ei ole opetustoimintaa, on oleellista tuoda esiin poliittisille päättäjille opetussairaalan hoidon parempi laatutaso. Vuosien 1985–2001 välillä julkaistiin Yhdysvalloissa tarkkoja tutkimuksia perustuen vahvaan näyttöön siitä, että opetussairaaloissa on parempi laatu ja matalampi vanhuspotilaiden kuolleisuus liittyen yleisiin sairauksiin, kuten keuhkoputkentulehdukseen tai sydäninfarktiin. Hoidon laatutasoon vaikuttaa muun muassa organisaatiokulttuuri, henkilöstö, käytössä oleva teknologia ja potilasmäärä.

Kommunikaatiotaidot

Buyck & Lang (2002: 337–343) ovat tutkineet kommunikaatiotaitojen opettamista lääketieteessä. Duffy, Gordon, Whelan, Cole-Kelly & Frankel (2004) ovat tehneet arviointitutkimuksen liittyen lääkäreiden kommunikaatiotaitojen opettamiseen. Tutkimuksen mukaan kommunikaatiotaitoja voidaan mitata muun muassa tarkkailemalla lääkäreiden käyttäytymistä potilastilanteissa, potilaille suunnatuilla kyselyillä ja kokemuksilla lisäkysymysten esittämisestä potilastilanteissa. Shapiro, Morrison & Boker (2004: 73–84) ovat tutkineet empatian opettamista kirjallisuuden avulla ensimmäisen vuoden lääketieteen opiskelijoille. Tulosten mukaan kirjallisuuden avulla voidaan opiskelijoiden itsensä kokemana merkittävästi vaikuttaa empatiakyvyn kasvamiseen ja sillä on positiivisia vaikutuksia ammatilliseen kehittymiseen. Opiskelijat myös kokivat ymmärryksensä potilaista lisääntyneen ja kirjallisuuden olevan tehokas oppimisväline. Tutkijat esittivät jatkotutkimusaiheena tutkimusta siitä, onko opiskelijan käytös todella muuttunut potilaan

kohtaamisessa empatiakyvyn opettamisen jälkeen. Rita Charon (2001: 1897–1902) on tarinankerrontaan (*Narrative Medicine*) pohjautuvan lääketieteellisen opetustyylin uranuurtaja. Narrative Medicine on malli empatian, reflektion, ammatillisuuden ja luottamuksen kehittämiseen. Tehokas lääketieteen käytännön osaaminen vaatii tarinankerronnallista osaamista, kuten kykyä arvostaa, omaksua, yhdistää ja tulkita muiden kertomuksia ja ahdinkoa. Lääketieteessä tulee esiin terveyden luonne, kivun tuomat ongelmat, kärsimykset ja kuoleman kohtaaminen. Nämä elämän suuret kysymykset vaativat lääkäriltä ominaisuuksia kohdata niitä kliinisessä potilastyössä. (Charon & Wyer (2008: 269–297.)

Tiimityö

Lerner, Magrane & Friedman (2009: 318–329) ovat tutkineet tiimityön opettamista lääketieteen koulutuksessa. Tiimityön rooli on tullut merkitykselliseksi terveydenhuollossa. Lääketieteen Instituutin tekemän loppuraportin ”*To Err Is Human: Building a Safer Health System*” mukaan suurimmat terveydenhuollon virheet tulevat tiimityön toimimattomuudesta tai puuttumisesta. On osoitettu, että ne terveydenhuollon toimijat, jotka tukevat tiimityön kehittämistä, voivat tarjota laadukkaampaa potilaiden hoitoa ja vähentää työntekijöiden kuormitusta. Tiimityön merkitys tulee erityisesti esiin esimerkiksi hätätilanteissa, anestesian yhteydessä ja traumatilanteissa. Tiimityötaitojen opettaminen tulee sisällyttää opinto-ohjelmaan ja opetuksen lisäksi täytyy arvioida onko opetetut taidot opittu. Tiimityötaitoja oppii myös simulaatio-opetuksessa. Simulaatiopohjaisesta lääketieteen opetuksesta on tehty runsaasti artikkeleita. Ziv, Wolpe, Small & Glick (2003: 783–788) ovat tutkineet simulaatio-opetusta eettisesti hyvänä opetusmuotona. Kneebone (2005: 549–553) on arvioinut simulaatiota taitojen oppimisen kannalta ja luonut kriteerit milloin simulaatio-opetus on kannattavaa. Ross, Obeso & Isenberg (2008: 46–49) ovat tutkineet simulaatiota taitojen harjoittelun ja pätevyyden arvioinnin välineenä. Wayne, Didwania, Feinglass, Fudala, Barsuk & McGaghie (2008: 56–61) tuovat artikkelissaan esiin, että simulaatiopohjainen koulutus vaikuttaa hoidon laatuun positiivisesti.

Whitcomb (2005: 615–616) tuo esiin kirjoittamassaan artikkelissa, että lääketieteen koulutusta täytyy suunnitella uudelleen. Lääketieteellisten oppilaitosten ja opetussairaaloiden on pohdittava sitä, miten he pystyvät tulevaisuudessa tarjoamaan korkealaatuista opetusta opiskelijoille. Tämä on valtava haaste kaikille akateemisille terveydenhuollon yksiköille. Organisaatioiden johdossa olevien henkilöiden täytyy miettiä, miten koulutuksen laatua dokumentoidaan sekä miten koulutusta johdetaan ja rahoitetaan. On myös hyödynnettävä laajasti erilaisia opetuskeinoja, kuten esimerkiksi virtuaaliset potilaat tai muut simulaatioharjoitukset.

Teknologiapohjainen opetus

Kansainvälisesti on tehty paljon tutkimuksia tietokonepohjaisten opetusmenetelmien ja Internetpohjaisen e-oppimisen hyödyntämisestä lääketieteen koulutuksessa. Davis, Chryssafidou, Zamora, Davies, Khan & Coomarasamy (2007) tuovat tutkimuksensa tuloksissa esiin tietokonepohjaisen opetuksen olevan yhtä tehokasta kuin tavallinen luento-opetus on. Riley ja Anderson (2006: 129–143) ovat tutkineet terveydenhuoltoalalla opiskelijoiden IT-pohjaisen etäopiskelun vaikuttavuutta verrattuna itsenäiseen opiskeluun. Tulosten mukaan IT-pohjainen teknologia on tehnyt julkisen terveydenhuollon koulutuksen hyväksyttävämmäksi ja vastaamaan asiantuntijoiden tarpeita. Etäopiskelun eri muotoja ovat opiskelu internetin välityksellä, opiskelu videoneuvottelulaitteiden välityksellä ja opiskelu tallenteiden avulla. Kokonaisuutena etäopiskelu teknologian välityksellä todettiin Rileyn ja Andersonin tutkimuksessa vaikuttavammaksi kuin itsenäinen opiskelu.

Ellaway & Masters (2008: 455–473) tuovat esiin, että e-oppiminen on muutaman vuoden sisällä kasvanut merkittäväksi osaksi lääketieteen koulutuksessa. Tietotekniikan mullistava kehittyminen tuo haasteita ja pärjätäkseen kehityksessä on uskallettava ottaa riskejä. Wong, Greenhalgh & Pawson (2010) ovat tehneet realistisen katsauksen tietokonepohjaisen lääketieteen koulutuksen edellytyksistä; mikä toimii, kenelle ja millaisissa olosuhteissa. E-opetusta suunniteltaessa täytyy lähteä oppijan tarpeista ja prioriteeteista, että voidaan toteuttaa merkityksellistä

opetusta. Bhatti, Jones, Richardson, Foreman, Lund & Tierney (2011: 459–462) ovat verranneet e-opetusta luento-opetukseen opetettaessa kirurgiaa. Tulosten mukaan oppimisessa ei ole suuria eroja eri metodien välillä. Shuval, Berkovits, Netzer, Hekselman, Linn, Brezis & Reis (2007: 581–598) ovat tutkineet perusterveydenhuollon lääkäreiden asenteita, tietoa ja käyttäytymistä näyttöön perustuvan lääketieteen koulutusinterventioon liittyen. Tulosten mukaan perinteinen lääketieteen koulutus, joka tarjoaa passiivista oppimista, ei vaikuta lääkäreiden käyttäytymisen muutokseen kliinisessä työssä. Ertmer & Nour (2007: 316) ovat tutkineet etäopetusta lääketieteessä perustuen Internetpohjaisiin kursseihin. Internetin tulo 1990 -luvun alkupuolella kasvatti etäopetusmahdollisuuksien käyttöä nopeasti. Tätä ennen tarjottiin jo videoluentoja ja etäkursseja. Etäopetus mahdollistaa ajan käytön suunnittelun uudelleen. Se on kuitenkin usein yksinäistä työskentelyä, ja kritiikkiä saakin sen eristävä vaikutus sekä opettajan läsnäolon väheneminen.

2.4 Yhteenveto

Organisaatiot toimivat nykyään jatkuvasti kiihtyvässä muutosvauhdissa. Nopeat muutokset nostavat organisaatioiden osaamisen tavoitteiden saavuttamisen keskeiseksi tekijäksi. Osaamisesta on näin muodostunut organisaation tärkein kilpailutekijä. Osaaminen ohjaa rekrytointia, koulutusta, kehitystä ja muita ihmisten johtamisen osa-alueita. Kokonaisvaltainen osaamisen kehittyminen tapahtuu verkostoissa, erilaisten rajapintojen kohdatessa ja yhteisen näkemyksen syntyessä. Laajapohjainen yhteistyö, prosessien ohjaaminen ja rakenteiden luominen ovat keinoja pysyä mukana muutoksissa.

Organisaatioiden täytyy suunnitella kyetäkseen koordinoimaan toimintojaan. Strateginen suunnittelu ohjaa organisaatiota oikeaan suuntaan ja auttaa määrittelemään tavoitteet, joihin organisaatio pyrkii toiminnallaan. Suunnittelutyöllä voidaan vastata kehityksen haasteisiin. Terveystieteiden organisaatiot kilpailevat keskenään samoista resursseista eli työvoimasta ja rahasta. Henkilöstön osaami-

nen on avainedellytys, jotta voidaan vastata asiakkaiden terveystarpeisiin. Asiakastyytyväisyyden takaaminen edellyttää koko henkilöstön tietojen ja taitojen jatkuvaa kehittämistä. Osaamisen johtamisessa on keskeistä sitouttaa koulutettu ja osaava henkilökunta organisaatioon. Suomi haluaa profiloitua korkeatasoisen osaamisen, sivistyksen ja teknologian maana. Tämä edellyttää voimakasta resursien suuntaamista koulutuksen ja tutkimuksen kehittämiseen. Osaamisen johtamisella vaikutetaan tutkimustiedon lisääntymiseen organisaatiossa. Tutkitun ja näyttöön perustuvan tiedon lisääntyminen organisaatiossa vaikuttaa organisaation ja alueen kilpailukykyyn kansallisella ja kansainvälisellä tasolla.

Osaamisen johtamisella voidaan vaikuttaa myös terveydenhuollon organisaation imagoon ja rekrytointiin. Johtaja voi näyttää organisaatiolle suunnan kilpailukykyiseen kehitykseen ja järjestää tarvittavat resurssit riittävälle työvoimalle. Rekrytointi on yksi keskeinen seikka, jonka vuoksi terveydenhuollon organisaatioissa tarjotaan lääketieteen hajautettua perusopetusta. Kaiken ammattitaitoon perustuvan työn avainkäsitteinä ovat oppiminen ja harjoittelu. Näiden myötä kehittyvä ammatillinen osaaminen on turvallisen hoidon keskeinen edellytys. Tämän tutkimuksen kohteena olevassa terveydenhuollon organisaatiossa on erityisesti tärkeää rekrytoida kaksikieliselle alueelle lääkäreitä Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan avustuksella.

Kansainvälinen tutkimus lääkärikoulutuksesta on hyvin laajaa. Viime vuosina on erityisesti tutkittu teknologian tuomien mahdollisuuksien hyödyntämistä koulutuksessa sekä lääketieteen koulutuksen hajauttamista. Suomen lääkärikoulutuksen järjestämiseen on otettu mallia ulkomailta. Hajautettua perusopetusta järjestetään laajasti ja ajankohtaisia tutkimuksia on esimerkiksi Kanadasta ja Yhdysvalloista. Hajautettu peruskoulutus liittyy kansainvälisesti usein yleislääketieteen opintoihin eli perusterveydenhuollon opetukseen. Suomalainen lainsäädäntö antaa lääketieteen opiskelijalle mahdollisuuden toimia valvotusti lääkärin sijaisena jo opiskeluaikanaan. Näiden tulevien lääkäreiden hyvä kohtelu ymmärretään jo useissa työpaikoissa rekrytointivalttina. Hajautetun perusopetuksen tavoitteena on parantaa

koulutuksen laatua ja kehittää sen työelämävastaisuutta. Yliopiston kannalta toiminnan keskiössä on opiskelija, kun taas terveydenhuollon organisaatiossa toiminnan keskiössä on potilas. Hyvää suunnittelutyötä tarvitaan näiden tahojen kohtaamisessa. Tutkimusten mukaan opetussairaaloina toimivat terveydenhuollon organisaatiot tarjoavat laadukkaampaa lääketieteellistä hoitoa kuin ne sairaalat, joissa ei ole opetustoimintaa. Koulutuksen vaikuttavuutta on arvioitu lääketieteellisissä tiedekunnissa pedagogisista lähtökohdista käsin, esimerkiksi vertailemalla luento-opetusta verkossa tapahtuvaan opetukseen. Pedagogiikan osuus onkin kasvanut merkittäväksi tekijäksi lääketieteen opetuksen kehittämisessä. Tämä tutkimus on hallintotieteellinen ja pyrkii sitomaan lääketieteen koulutusta sosiaali- ja terveyshallintotieteen tieteenalaan. Osaamisen johtamisen teoria on keskeinen hallintotieteen teoria, joka ulottuu laajasti eri tieteenaloille toimien erilaisten organisaatioiden osaamisen kehittämisen ohjaajana. Hallintotieteellinen osaamisen johtaminen tarvitsee eri tieteenalojen substanssiosaamista kyetäkseen ohjaamaan organisaatioiden osaamista niille mielekkääseen suuntaan.

Koulutuspolitiikka liittyy kiinteästi sosiaali- ja terveystieteisiin sekä elinkeinoelämän henkilöstöjohtamiseen. Keskiössä ovat työelämän rakenne ja työn luonne. Koulutuksen tehtävänä on muun muassa valmentaa ammattitaitoista työvoimaa. Terveydenhuollossa lähtökohtana on potilasturvallisuus ja toiminnan laatu. Koulutuspolitiikan kautta luodaan oikeus tietyn ammattinimikkeen käyttöön, ammatissa toimimiseen ja ammattihenkilöstön toiminnan valvomiseen. Lääketieteelliset tiedekunnat määrittelevät koulutusohjelmissaan lääkärintyössä tarvittavat tiedot ja taidot sekä tarjoavat opiskelijoille käytännön osaamiseen tarvittavaa kokemusta. Tulevan lääkärin pätevyyyteen vaikuttaa oleellisesti lääketieteen tutkinto, kliininen osaaminen, kommunikaatiotaidot ja ongelmanratkaisukyky. Opetusmetodeja on muokattu viime vuosikymmeninä paljon ja opettajakunnan valmiuksien lisäämisen on todettu edistävän tulevaisuudessa opiskelijoiden opettamista ja oppimista.

Opetus- ja kulttuuriministeriön aloitteesta opiskelijoiden sisäänottoa laajennettiin lääketieteellisissä koulutusyksiköissä portaittain siten, että Turun yliopisto laajensi sisäänottoaan ensimmäisenä yliopistona syksyllä 2013. Muut tiedekunnat laajensivat sisäänottoaan portaittain syksystä 2014 alkaen. Laajentamisen myötä lääketieteelliset tiedekunnat joutuvat miettimään opetushenkilökuntansa ja opetustilojensa riittävyyttä sekä mahdollisuutta hajauttaa perusopetusta yliopistopaikkakuntien ulkopuolelle. Opiskelijamäärien kasvaessa ei yliopistosairaaloissa ole riittävästi potilaita lääketieteen opiskelijoiden kliinisen tutkimisen harjoittelua ajatellen. Alue- ja keskussairaaloiden hajautettu opetus on ratkaisu tähän, koska opetus voi säilyä laadukkaana pienempien ryhmäkokojen ansiosta. Hajautettua opetusta varten on palkattava riittävästi opetushenkilökuntaa. Opetustyön arvostusta on parannettava ja opetustehtävissä palkkatason tulee olla kilpailukykyinen kuntasektorin lääkäreiden palkkauksen kanssa. Johtamisella voidaan tukea kliinisten opettajien jaksamista työssään. Yhteistyöhön perustuva johtaminen vaikuttaa opetushenkilökunnan sitoutumiseen, motivaatioon ja työssä jaksamiseen. Tämän tutkimuksen teorettisesta viitekehyksestä osaamisen johtaminen ja lääketieteen hajautettu perusopetus nivoutuvat yhteen tutkimuksen empiriassa siten, että teorettinen tarkastelu tuo esiin ne oleelliset osa-alueet, jotka osaamisen johtamisen näkökulmasta on tärkeitä kehitettäessä lääketieteen hajautettua perusopetusta. Organisaation johtajalla on oltava osaamisen johtamisen taitoja sekä koulutuksen substanssialan tuntemista. Ymmärryksen lisääntyessä näistä alueista kykenee organisaation johto suuntaamaan toimintaa kohti vaikuttavaa lääketieteen hajautettua perusopetusta.

3 VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI OSANA OSAAMISEN JOHTAMISTA

Tässä luvussa käsitellään vaikuttavuutta ja arviointia. Ensimmäisessä alaluvussa tarkastellaan osaamisen johtamisen vaikuttavuutta ja vaikuttavuuden arvioinnin lähtökohtia. Toinen alaluku keskittyy näkökulmiin koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Yleisestä arvioinnin tarkastelusta edetään vaikuttavuuden arvioinnin kautta koulutuksen vaikuttavuuden arviointiin. Kolmas alaluku on yhteenvedo edellisistä tämän pääluvun alaluvuista. Tutkimuksen keskeiseksi arviointimenetelmäksi nousee monitahoarviointi. Empiirisessä osuudessa pyritään tuomaan monitahoarvioinnin avulla esiin mitä tarkoitetaan lääketieteen peruskoulutuksen hajautetun opetuksen vaikuttavuudella.

3.1 Osaamisen johtamisen vaikuttavuus

3.1.1 Arviointi osaamisen johtamisen välineenä

Övretveitin mukaan (2001: 16, 19) arviointi on ilmiön arvon arvioimista keräämällä siitä systemaattisella tavalla olennaista tietoa ja tekemällä vertailuja. Arvioinnin tarkoitus on auttaa käyttäjää ymmärtämään paremmin tehdyt päätökset, ja sitä kautta tehdä sopivimmat toimenpiteet asiaan liittyen. Lisäksi arvioinnilla vaikutetaan tieteellisen tiedon kehittämiseen. Sairaalat ja potilaat arvioivat lääketieteellisiä toimenpiteitä ymmärtääkseen paremmin tehtyjä hoitopäätöksiä ja kehittäkseen hoitoa. Arviointi ei ole puhdasta tutkimustyötä vaan sillä on käytännöllinen suuntaus. Arvioinnin suorittaa siihen palkattu taho, ja se suoritetaan erityisille käyttäjille tai asiakkaille. Arviointia tehdään, jotta saadaan selvyyttä yksikön sisäisistä tai ulkoisista eroavaisuuksista, kustannustehokkuudesta, resurssien käytöstä sekä johdon vastuusta, työtavoista ja demokraattisesta päätöksenteosta. He-

lakorven (2001: 155) mukaan arviointi (*evaluation*) on määritelty olevan analyytistä tarkastelua, joka antaa perustellun kuvan tarkastelun kohteesta ja tuo esiin sen vahvat ja heikot puolet. Sintosen ja Pekurisen (2006: 248) mukaan arvioinnilla tarkoitetaan yhden tai useamman toiminnan hyvyyden arviointia. Vartiainen (2004: 108) mukaan arviointia käytetään kehityksen työkaluna. Arviointi määritellään usein myös yksinkertaisena lähestymistapana, jossa toimintaa arvioidaan asiantuntijanäkökulmasta suhteessa valittuihin kriteereihin. Arviointikysymysten, kriteerien ja indikaattorien avulla tuodaan esiin se, mihin arvioinnissa halutaan huomion kiinnittyvän. Niiden avulla päätetään millaisia toiminnan toivotut tulokset ovat, mitkä asiat ovat ongelmallisia ja millaisilla käsitteillä ja kielellä todellisuutta analysoidaan. (Nyholm & Airaksinen 2011: 299.) Arviointia tehdään tyyppillisimmin jonkin projektin tai hankkeen loppupuolella. Tämä viittaa ajatukseen, että arviointi olisi hetkellinen toimenpide, ja kiinnostus kohdistuu sen lopputuloksiin. Tärkeää on kuitenkin arvioida koko prosessia. Kunnollisessa arvioinnissa prosessinäkökulma kytkeytyy tietoon vaikuttavuudesta ja lopputuloksista. (Sepänen-Järvelä 2004: 11.)

Julkisen sektorin toimintaan kohdistuvien arviointien merkitys kasvaa toimintaympäristön monimutkaistumisen ja nopeatahtisen uudistumisen myötä. Tämän johdosta tarvitaan tietoa, joka tulee esiin erilaisista näkökulmista ja pyrkii selittämään tapahtunutta sekä saavutettuja tai saavuttamatta jääneitä tavoitteita. (Nyholm & Airaksinen 2011: 298.) Arviointia tarvitaan, että voidaan tehdä valintoja rationaalisen päätöksentekoon liittyvistä vaihtoehdoista ja selvittää onko organisaation päämäärät tavoitettavissa vai ei. Arvioinnin oikeutus pohjautuu siis rationaaliseen päätöksentekoon ja implementaation vaikuttavuuteen. Arviointia käytetään myös tuottamaan tietoa prosessien kehittämiseksi sekä suuntaamaan resursseja tehokkaasti. (Vartiainen 2004: 19–20; Vartiainen 1994: 40–43.)

Arviointi, joka kohdistuu hallintoon ja hallinnon uudistamisen ohjelmiin, voidaan määritellä huolelliseksi, jälkikäteen tehtäväksi analyysiksi hallinnollisten toimenpiteiden merkityksestä, arvosta, tuloksista ja vaikuttavuudesta. Arvioinnissa kes-

keistä on tällöin hallinnon toimenpiteiden rooli ohjata käytännön toimintaa tulevaisuudessa. Arviointitietoa voidaan käyttää osoittamaan täyttääkö jokin toiminta tarkoituksensa. Tällaista arviointia käytetään esimerkiksi vaikuttavuuden arviointiin. Tällöin arviointi tehdään usein jälkikäteen ja toiminnan tuloksia verrataan tavoitteisiin. Arviointitietoa voidaan käyttää myös toiminnan kehittämiseen. Tällöin arviointi tehdään yhtäaikaaisesti arvioitavan prosessin kanssa. Arviointitietoa hyödynnetään toiminnan uudelleen ohjaamisessa. (Airaksinen, Nyholm & Haveri 2004: 44–45.) Pyrkimys tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen on hallinnon tutkimuksissa keskeistä ja lähtökohtana monissa teoreettisissa lähestymistavoissa. Pelkkä tehokkuuden tavoittelu ei kuitenkaan riitä, vaan tarvitaan arviointia asiakkaiden tarpeiden tyydyttämisestä ja organisaatioiden tavoitteiden saavuttamisesta. Palvelutuotannon tehokkuutta mitataan asiakkaiden tyytyväisyyden asteena, joka kuvaa laatua toiminnan tuloksellisuutena. (Vartiainen 1994: 75–78.)

Arviointi jonkin asian tai ilmiön hyödyn/arvon järjestelmällisenä määrittämisenä on melko nuori ilmiö (Lehtisalo & Raivola 1999: 229). Arviointitutkimuksen kannalta on ollut merkittävää kehitys 1970-luvun loppupuolelta lähtien. Silloin tunnustettiin yleisesti positivististen arviointimenetelmien ongelmat hyvinvointipalvelujen ja -ohjelmien arvioinnissa. Tuolloin ryhdyttiin myös kehittämään kvalitatiivista eli laadullista arviointitutkimusta. Arviointikriteerien merkitystä informaation kokoamisessa ryhdyttiin pohtimaan aikaisempaa enemmän. Näin pyrittiin kehittämään laatua ja toiminnan sisältöä kuvaavia kriteereitä numeeristen mittareiden rinnalle. (Vartiainen 2001: 27–28.) Kansainvälisten vaikutusten kautta arviointitutkimus jatkoi laajentumistaan ja löi itsensä läpi 1990-luvulle sekä muotoutui arviointijärjestelmäksi (Lehtisalo & Raivola 1999: 229). Kansallisen ja kansainvälisen arvioinnin merkitys yhteiskuntapoliittisen ohjauksen välineenä kasvoi edelleen voimakkaasti 1990-luvulta lähtien. Koulutusten järjestäjien ja oppilaitosten itsearviointit ovat nopealla tahdilla yleistyneet ja lainsäädäntö on näissä asioissa hyvin velvoittava. Näiden seikkojen myötä aikakauttamme on luonnehdittu muun muassa käsitteellä arvioiva valtio. (Ursin & Välijärvi 2010: 303.) Vuonna 1995 perustettiin Suomeen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen menetelmien arviointi-

tiyksikkö *FinOHTA*, jonka perustehtävänä on edistää hyvien ja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä Suomen terveydenhuollossa sekä samalla kehittää terveydenhuollon tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Vuonna 2002 perustettiin Stakesiin Terveystaloustieteen keskus (*Centre for Health Economics at Stakes, CHESS*), jonka tehtävänä on tuottaa terveystaloustieteellistä tutkimusta. (Sintonen & Pekurinen 2006: 19.)

Vartiaisen mukaan (2004: 108) arvioinnin metodeja ovat institutionaalinen itsearviointi, surveytutkimukset, ulkoiset arvioinnit, raportointi, seuranta ja akkreditointi. Kun evaluointiin ryhdytään, on ensin määriteltävä tutkimusongelma ja sen jälkeen tavoitteet ja vaikutukset, joita vasten vertailtavien vaihtoehtojen hyvyttä tarkastellaan. Toinen oleellinen seikka on selvittää, miten suuresta ja minkä tyyppisestä voimavarojen käytöstä arvioitavissa vaihtoehtoisissa on kysymys. Eli onko kyseessä olemassa olevien palvelujen tai hoitomuotojen lisääminen vai kokonaan uusi palvelu tai hoitomuoto. Tällä on merkitystä erityisesti kustannusten arviointiin eli onko arvioitava rajakustannukset vai kokonaiskustannukset. Usein edellytetään rajakustannusten tarkastelua. Terveys- ja hyvinvoinnin evaluointeja varten on olemassa valmiita tavoitteiden ja vaikutusten luokitteluja, joita voidaan käyttää hyväksi. Evaluoinnin tavoitteet ovat subjektiivisia, ihmisen arvomaailmaan liittyviä asioita. Eräs keskeinen evaluoinnin arvo-ongelma on kenen tai keiden asettamista tavoitteista pitäisi lähteä liikkeelle. Liikkeelle pitäisi lähteä päätöksentekijöiden asettamista tavoitteista. Jos näin ei tehdä, he voivat helposti mitätöidä evaluointitulokset toteamalla, ettei evaluointipohjana ole heidän asettamansa tavoitteet. (Sintonen ym. 1997: 212–213; Sintonen & Pekurinen 2006: 259.)

Temmeksen mukaan arvioinnissa on eroteltavissa tavoitteiden ja menetelmien lisäksi erilaisia näkökulmia. Näitä näkökulmia ovat kansalaisnäkökulma, poliittisen päättäjän näkökulma ja hallinnon näkökulma. Kansalaisten rooli tulee esiin päättäjänä, äänestäjänä, julkisten palveluiden kuluttajana ja veronmaksajana. Poliittisen päättäjän roolissa keskeistä on poliittiset järjestelmät ja instituutiot, joissa nojataan yhteisiin pelisääntöihin ja tehtävien jakoon. Hallinnon näkökulmassa

korostuu hallintokoneiston, organisaatioyksiköiden ja virkamiesten rooli, joka perustuu rakenteiden, järjestelmien, henkilöstön ja hallintokulttuurin analyysiin. (Airaksinen, Nyholm & Haveri 2004: 46–47.)

Hallintotieteellisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteena on ollut jo varhaisessa vaiheessa toiminnan tuloksellisuuteen liittyvät kysymykset. Klassisen julkishallinnon edustajat ovat käsitelleet toiminnan tehokkuuteen liittyviä teemoja, yhtenä tunnetuimmista on esimerkiksi weberiläinen hallintoajattelu. Myös tayloristinen ajattelu on toiminut vahvana perustana tuloksellisuusajattelussa. Tämä rationaalilegaalinen lähestymistapa on yhdessä klassisen taloustieteen kanssa ollut tuloksellisuuden arvioinnissa ajatuksellisena perusrakenteena. Tuloksellisuuden arvioinnin kriteereistä ja menetelmistä ei ole saavutettu laajaa yhteisymmärrystä. Kuitenkin keskustelu tuloksellisuusarvioinnista on tärkeää, jotta sillä olisi merkitystä organisaatioiden toiminnan käytännön arvioinneille. (Vartianen 1994: 17–18.)

3.1.2 Vaikuttavuuden arviointi

Terveydenhuollon perimmäisenä tavoitteena on palvelutoiminnan vaikuttavuus (*effectiveness*) (Silvennoinen-Nuora 2010: 80). Tyypillisimmin se on liitetty tavoitteiden saavuttamisasteeseen. Arviointi lähtee ennalta asetetuista ohjelmista ja tavoitteista. Tällöin vaikutukset voidaan suhteuttaa tavoitteissa ilmaistuihin vaikutusodotuksiin sekä vaikutuksia koskeviin standardeihin ja optimitason kuvaajiin. Toinen usein käytetty tapa on suhteuttaa vaikutukset palvelujen käyttäjien ja tarvitsijoiden tarpeentyydytykseen (*efficacy*). Asiakastyytyväisyys kuvaa sitä, missä määrin palvelu on vastannut asiakkaan odotuksia. Palvelujen ulkoisia vaikutuksia voidaan mitata myös tarkastelemalla palvelusta aiheutuneita seurauksia. (Vartianen 1994: 76–78; Lumijärvi, Virta & Kujanpää 2003: 79–80; Simonen 2012: 31–32.) Sana ”vaikuttavuus” kuvaa tulosta, vaikutusta ja vaikuttamisen prosessia. Vaikuttavuuden arvioinnin kannalta on ratkaisevaa, että tulokset ja prosessit yhdistetään eikä tarkastella ainoastaan toista näistä tekijöistä. (Axelsson & Engel-

ström 2001: 61–71; Arah 2009: 377–398; Konu 2009: 64–74; Simonen 2012: 31.) Kun on ymmärretty, miten jokin interventio tuottaa jonkin prosessin kautta tuloksen, on saatu selvitettyä myös vaikutuskysymys eli missä määrin saavutetut tulokset ovat toteutetun intervention tuottamia. Vaikutukset voivat olla ennakoituja tai ennakoimattomia, myönteisiä tai kielteisiä ja tahallisia tai tahattomia. Ne voivat olla myös enemmän tai vähemmän paikallisia tai yleistettäviä (Dahler-Larsen 2001: 332). Lisäksi ne voivat olla lyhyen tai pitkän aikavälin vaikutuksia (Daly ym. 2002: 16).

Vaikuttavuudella tarkoitetaan myös sitä, miten organisaatio kykenee toteuttamaan yhteiskunnassa vallitsevia arvoja, tarpeita ja niihin liittyviä tavoitteita. Sen lähtökohdat ovat organisaation toiminta-ajatuksen strategisissa vastuissa ja niiden tulee viedä organisaatiota vision suuntaan. (Silvennoinen-Nuora 2010: 81.) Kaikissa vaikuttavuuden arvioinneissa todetaan, että interventioiden lopulliset vaikutukset ovat todettavissa vasta pidemmän ajan kuluttua toimenpiteiden toteutuksesta. Useimmiten vaikutuksia voidaan luotettavasti arvioida vasta vuosien tai jopa vuosikymmenien kuluttua. Arvioinnissa keskeistä on, mikä vaikuttaa mihinkin, miten, milloin ja millä edellytyksillä? (Chen 1990: 298; Pawson & Tilley 1997: 216–217).

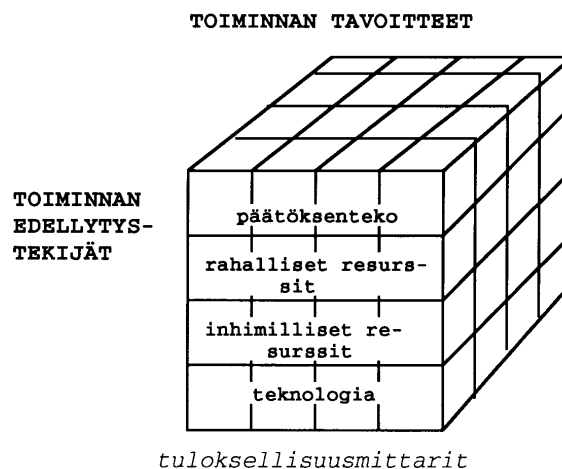
Arvioinnin tavoitteena ei ole yksinomaan vahvistaa toimiiko joku asia, vaan se auttaa toimeksiantajaa ja muuta yhteiskuntaa tutkimalla pitävätkö näennäiset oikeat käsitykset interventiosta paikkaansa käytännössä. Arvioinnin jälkeen voidaan usein esittää ehdotuksia toiminnan kehittämiseksi ja parantamiseksi. (Julkunen 2004: 5–6.) Vaikuttavuuden arvioinnissa perusajatuksena on se, että arvioinnin kohteena oleva julkinen interventio perustuu käsitykseen ”jos a, niin b” eli käsitykseen siitä, että interventio johtaa tiettyihin tuloksiin. Vaikuttavuuden arvioinnissa testataan näitä käsityksiä todellisuudessa. Arvioinnissa voidaan tehdä yleistyksiä eli vaikutusmekanismit voidaan siirtää interventioalueelta toiselle. Ratkaiseva merkitys on sillä, että on ymmärretty käsitteellisesti, miksi jokin vaikuttaa johonkin. (Dahler-Larsen 2005: 8,17.) Arvioinnissa kuvataan myös sitä, millaisia

välittömiä tai välillisiä seurauksia ja hyötyjä palvelulla on. Vaikuttavuuden kaksi keskeistä osatekijää ovat kohdentuvuus ja riittävyys. (Lumijärvi 1994b: 10; Victorzon 2012: 12.) Terveystaloustieteessä tutkitaan, saadaanko sovitulla kustannuksilla tavoiteltuja terveyshyötyjä eli panos-tuotos -suhdetta (Silvennoinen-Nuora 2010: 81; Victorzon 2012: 11, 13). Kun tehdään vaikuttavuusarviointia suhteessa kustannuksiin, panosten mukaanotto tuo kytkennän taloudellisuus-/tuottavuustarkastelun ja vaikuttavuustarkastelun välille (Lumijärvi 1994b: 10; Victorzon 2012: 12).

Kehittämisen- ja tutkimustoiminnan vaikuttavuuden arvioinnissa hyödynnetään peruskäsitteitä panos (*input*), tuotos (*outcome*), tulos (*output*), vaikutus (*impact*) ja vaikuttavuus (*effectiveness*). Käsitteiden käyttö on käytännössä melko sekavaa, koska käsitteiden rajat ovat hyvin liukuvia. Vaikuttavuudella tarkoitetaan oikeiden asioiden tekemistä. Oleellista on muistaa, että asioiden tekemisestä oikein tai tehokkaasti ei ole hyötyä, jos tehdään väärää asioita. (Tenhula ym. 2008: 284.) Taloustieteellisessä vaikuttavuusarvioinnissa tulee esiin panos-tuotos ajattelu ja vaikuttavuus määritellään tavoitteiden saavuttamisen asteena. Laajemmin vaikuttavuudella tarkoitetaan organisaation kykyä toteuttaa yhteiskunnassa vallitsevia arvoja ja arvoihin liittyviä tarpeita sekä tavoitteita. Vaikuttavuuden käsitteeseen liittyy useita eri osa-alueita; asiakas-, yhteiskunnallinen ja kustannusvaikuttavuus, palvelujen riittävyys ja kohdentuminen, tavoitteiden saavuttaminen, toimenpiteiden seuraukset, palvelujärjestelmän kyky saada aikaan haluttuja vaikutuksia, vaikuttavuus suhteessa tarpeisiin ja vielä erikseen vaikuttavuuden mekanismien tarkastelu. Nämä kaikki eri osa-alueet edellyttävät tietoa, jonka pohjalta vaikuttavuutta voidaan arvioida. (Niiranen 2011: 315.) Uutta toimintaa aloitettaessa on pohdittava, mitä toiminnalla halutaan saavuttaa. Toimintaprosessien mallintamisen avulla saadaan tietoa siitä, mikä toimii ja missä on esteitä tai kehittämiskohteita. Vaikuttavuuden arvioinnissa on tärkeää löytää ne olennaiset vaikuttavuuden osa-alueet eli kriittiset menestystekijät, joista on hyötyä ja vaikutusta asiakkaalle. Vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointikohteiden valinnoissa on tärkeää huomi-

oida, että arviointia tehdään riittävän moniulotteisesti ja monipuolisesti. (Silvennoinen-Nuora 2010: 187.)

Kaikkia terveyteen mahdollisesti myönteisesti vaikuttavia toimenpiteitä ei voida toteuttaa voimavarojen niukkuudesta johtuen. Valintoja on pakko tehdä. Hyvinvoinnin kannalta toivottavaa olisi valintojen tekeminen siten, että terveydenhuollon tavoitteet saavutettaisiin annettujen rajoitusten puitteissa mahdollisimman täydellisesti eli valittaisiin tehokkaimmat toimenpiteet. Maailmamme koostuu kuitenkin epätäydellisestä tiedosta ja epävarmuudesta, jossa tiedot vaihtoehtoisten toimenpiteiden seurauksista ovat puutteelliset. Tämä koskee erityisesti toimenpiteiden vaikuttavuutta ja niiden kustannuksia. Jotta pystytään valitsemaan tehokkaimmat toimenpiteet, on pystyttävä mittaamaan niiden vaikuttavuutta ja kustannuksia. Tällaista valintaa ja päätöksentekoon vaikuttavaa selvittämistyötä kutsutaan taloudelliseksi arvioinniksi. (Sintonen ym. 1997: 203; Victorzon 2012: 14, 54.) Päätösten on oltava läpinäkyviä ja perustua tutkitun tiedon lisäksi myös siihen, mitä hyötyä eri avainryhmät kokevat toiminnasta olevan (Victorzon 2012: 54). Matriisikuvio 8 on yksi keino kuvata organisaation tuloksellisuustekijöitä. Arviointi voidaan suorittaa sitä paremmin, mitä laajempi ja syvällisempi kuva organisaation toiminnasta on. Toiminnan edellytystekijät ja odotukset antavat laajan kuvan matriisin sisällöstä. (Vartiainen 1994: 120–121.)



Kuvio 8. Palveluorganisaation tuloksellisuustekijät (Vartiainen 1994: 121)

Vaikuttavuutta voidaan käsitellä palveluorganisaatiossa sisäisenä tai ulkoisena vaikuttavuutena. Sisäistä vaikuttavuutta voidaan arvioida henkilöstön tyytyväisyyden, tehtävissä onnistumisen tai toiminnan jatkuvuuden kriteerein. Siihen kuuluu myös organisaation elossapysymiseen liittyvät tekijät. Ulkoista vaikuttavuutta voidaan arvioida ympäristön tyytyväisyydellä ja palvelutarjonnan jatkuvuudella. (Vartiainen 1994: 78; Kilmann & Herden 1976: 94–96.) Vaikuttavuuden määrittely ja arviointi on terveydenhuollossa vielä kehitysvaiheessa. Arviointia on tehty kustannusten, yksittäisten palvelujen, toimenpiteiden, hoitojen ja lääkkeiden kannalta sekä jonkin verran myös kuntoutuspalvelujen kannalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien ja palvelukokonaisuuksien vaikuttavuuden arviointia on toistaiseksi tehty erittäin vähän. (Silvennoinen-Nuora 2010:113.)

Englantilaisten arviointitutkijoiden Pawsonin ja Tilleyin mukaan julkisen sektorin interventioissa on usein kyse paikallisesta, hyvin tilannekohtaisesta vaikuttavuudesta. Vaikuttavuuden arvioinnilla voidaan osoittaa se, missä intervention esteet ovat. Sillä voidaan myös rajata, mitkä osat interventiossa toimivat parhaiten. (Dahler-Larsen 2005: 19.) Kokonaiskuvan muodostaminen vaikuttavuudesta on haasteellista johtuen tieteen, teknologian ja innovaatioiden moniulotteisuudesta ja välillisyydestä, monitahoisesta vuorovaikutuksesta, erilaisista hyödyntämismekanismista ja leviämiskanavista sekä viiveistä vaikuttavuuden ilmenemisessä. Vaikuttavia toimijoita on useita ja vain osa näistä on mitattavissa. (Raivio, Viljamaa & Pesonen 2013: 55–56.)

Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan Laatu- ja vaikuttavuushankkeessa on kohdistettu huomio lääketieteen hajautetun perusopetuksen laatuun ja vaikuttavuuteen. Tällä tutkimuksella pyritään muun muassa vahvistamaan yliopiston hankkeen tuloksia. Hankkeen Vaasan sidosryhmän jäsen, Levon instituutin koulutuspäällikkö Ville Tuomi, on esittänyt, että vaikuttavuuden tarkastelussa mitataan käynnistyneitä muutoksia. Opiskelijan taholla näitä muutoksia tulee esiin oppimisena (perinteinen koe), käyttäytymisen muutoksina (käytännön osaaminen), työ-

listymisenä ja uralla etenemisenä. Organisaatiotasolla vaikuttavuus ilmenee uusin tapoina toimia. Oleellista on tällöin mitata hajautetun koulutuksen myötä Vaasan sairaanhoitopiiriin työllistyneiden määrää. Asiaa on seurattava koko koulutuksen ajan ja 6-12 kuukauden kuluttua valmistumisesta. Alueetasolla vaikuttavuus tulee esiin riittävänä laadukkaan työvoiman määränä ja toimivina palveluina. (Tuomi 2012: Vaikuttavuuden arviointi.)

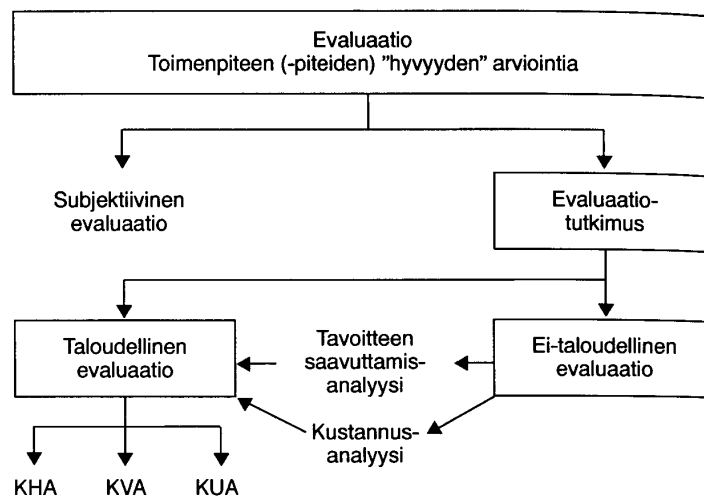
Tutkittaessa kehittämistarpeita käytännöistä lähtien saadaan tietoa niistä asioista, jotka mahdollistavat vaikuttavuuden. Tutkimalla myös sitä, miten vaikuttavuuden arviointia on tehty ja miten sitä voidaan tehdä, saadaan lisätietoa vaikuttavuuden arvioinnista. Arviointi tulee tulevaisuudessa yhä oleellisemmaksi, koska niukoilla taloudellisilla ja henkilöstöresursseilla täytyy saada aikaan myönteistä vaikuttavuutta sekä asiakkaalle että yhteiskunnalle. Vaikuttavuuden pohtiminen, käsitteellistäminen ja arviointi tulee sisältyä jokaisen sosiaali- ja terveysalan asiantuntijan omaan työhön. Vaikuttavuuden arvioinnin omaksuminen työmenetelmiin edellyttää organisaatiokulttuurin kehittämistä ja toiminnan muutosta tavoitelähtöisempään tapaan toimia. (Silvennoinen-Nuora 2010: 320–324.)

Osaamisen johtamiseen voi ja täytyy yhdistää taloudellisia näkökulmia (Stähle & Grönroos 2000: 53). Pyrkimys tehokkuuteen eli siihen, että toiminnan tavoitteet saavutettaisiin mahdollisimman pitkälle annettujen rajoitusten puitteissa, on taloudellisessa evaluaatiossa kaikkein tärkeintä. Jos kustannuksia tai hyötyjä ei huomioida, jää evaluaation merkitys suunnittelun ja päätöksenteon apuna vähäiseksi. (Sintonen ym. 1997: 205.) Keskeistä on prosessien ja palveluketjujen tehostaminen sekä terveysteknologian hyödyntäminen (Rauhala 2013: 33). Suomessa terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) vertailee sairaaloiden tuottavuutta. On todettu, että ilman samanaikaista vaikuttavuustietoa tuottavuustiedon merkitys jää vähäiseksi. Hyväksi luokiteltu tuottavuus on tehottomuutta, mikäli annetun hoidon vaikuttavuus jää vähäiseksi. (Victorzon 2012: 7, 55.) Tätä asiaa voi verrata myös hajautetun perusopetuksen tarjoamiseen. On tarkasteltava tuottavuustiedon eli opiskelijoiden lukumäärän ohella pidemmällä aikavälillä toiminnan vaikutta-

vuotta. Vaasan alueelle ei esimerkiksi riitä, että opiskelijoita opetetaan täällä, vaan opetustoiminnan tavoitteet ovat laajemmat.

3.1.3 Arviointi- ja vaikuttavuustutkimus

Evaluaatio- eli arviointitutkimuksesta puhutaan, kun arvioinnissa sovelletaan teollisia periaatteita, menetelmiä ja teorioita, jotta tutkimus olisi tarkkaa ja objektiivista. Yhden toiminnon evaluaatiossa on kyse kyllä/ei -tyyppisestä päätöksestä. Tällöin päätetään, onko toiminta hyväksyttävää tai ei. Kun evaluaation kohteena on useita toimintoja, niin sen tehtävänä on avustaa valintaa erityyppisten vaihtoehtojen välillä. Evaluaatio voi kohdistua suunniteltuun toimintoon, käynnissä olevaan toimintoon tai jo lopetettuun toimintoon. (Sintonen & Pekurinen 2006: 248.) Evaluointitutkimus voidaan jakaa karkeasti ei-taloudelliseen ja taloudelliseen evaluaatioon. Ei-taloudellinen evaluaatio voidaan jakaa vielä tavoitteen-saavuttamisanalyysiin ja kustannusanalyysiin. Tavoitteen-saavuttamisanalyysissä hyvyyden kriteerinä on toiminnon vaikuttavuus. Kustannusanalyysissä kriteerinä on puolestaan toiminnon kustannukset ja taloudellisessa evaluaatiossa toiminnan tehokkuus. Tuottavuusanalyysi on puolestaan tavoitteiltaan rajatumpaa taloudellista evaluaatiota, jossa oletetaan suoritteiden ja vaikuttavuuden välisen suhteen olevan yksi yhteen. Tämä pitää erittäin harvoin paikkansa. Kuviossa 9 on esitetty evaluaatiotyypit. (Sintonen ym. 1997: 204; Sintonen & Pekurinen 2006: 248–249; Victorzon 2012: 14.)



Kuvio 9. Evaluatiotyypit (Sintonen ym. 1997: 204; Sintonen & Pekurinen 2006: 249)

Vaikuttavuus on tutkimuskohteena monitahoinen ilmiö, joka on vaikeasti hahmotettavissa ja hallittavissa (Tenhula ym. 2008: 285). Terveystaloustiede ei voi tarjota täysin vastausta siihen, mikä toimintakeino kulloinkin valitaan, mutta se tarjoaa käyttökelpoista tutkimustietoa, joka kertoo päätöksistä (Daly ym. 2002: 323). Taloudellisuudessa kyse on kustannusten ja suoritteiden välisestä suhteesta. Kustannukset saadaan panosten hinnan ja panosten määrän tulona. Tämä suhdeluku kuvaa yksikkökustannuksia, joten erot taloudellisuudessa ovat sama asia kuin erot yksikkökustannuksissa. Tehokkuudella voi olla useita eri merkityksiä asiayhteydestä riippuen. Tehokkuus liittyy läheisesti tuottavuuden käsitteeseen. Sillä tarkoitetaan yksikön tuotoksen ja panoksen suhdetta optimaaliseen tuotosten ja panosten suhteeseen. Kyse on yksikön tuottavuudesta suhteessa maksimaaliseen tuottavuuteen. Talousteoriassa tehokkuutta tarkastellaan useasta eri näkökulmasta. Teknisellä tehokkuudella tarkoitetaan, että havaitulla panosmäärällä saadaan aikaan mahdollisimman suuri tuotos tai vaihtoehtoisesti vakioitu tuotostmäärä valmistetaan mahdollisimman pienin panoksin. (Kirjavainen 2010: 326; Victorzon 2012: 11–14.) Tehokkuudella tarkoitetaan myös asioiden tekemistä oikein (Tenhula ym. 2008: 284).

Usein vaikutuksia tarkastellaan suhteessa kustannuksiin. Tällöin puhutaan yleisesti kustannusvaikuttavuuden tai kustannushyödyn arvioinnista. Vaikuttavuuskäsitteeseen liittyvään tekniseen tunnuslukuun päästään, kun vaikutusten ohella pystytään yksilöimään niiden aikaansaamiseksi käytetyt kustannukset. Kustannusvaikuttavuusmitta on eräs keskeinen tulosmitta. Sen avulla kuvataan, mitä on lopulta saatu aikaan ja millaisin kustannuksin. Haasteita tulee, kun vaikutuksiin sisältyy ei-rahassa mitattavia arvoja. Tällöin vaikutuksia kuvataan määrää tai laatua kuvaavilla suureilla tai koettuna subjektiivisena hyötynä. Julkisissa palveluissa vaikutuksen suhteuttaminen kustannustekijöihin korostaa maksajan näkökulmaa. Yhtä oleellista on tarkastella palvelutason riittävyttä suhteessa asiakkaiden tarpeisiin. Palvelujen riittävyden (kattavuuden, peittävyden) arviointi on asiakas- tai toimialue-tason vaikuttavuuden arviointia. Asiakastasolla selvitetään, kokevatko asiakkaat saamansa palvelun riittäväksi. Toimialue-tasolla selvitetään palvelujen tarjonnan ja kysynnän suhdetta väestöryhmiin. (Vartiainen 2004: 25–27, 63; Rossi & Freeman 1985: 14, 330.)

Kustannustehokkuudessa otetaan huomioon tuotannontekijöiden hinnat. Yksikkö on kustannustehokas, kun se on teknisesti tehokas ja tuottaa tuotoksen minimoimalla panosten kustannukset. (Kirjavainen 2010: 326; Victorzon 2012: 11–12.) Kustannusanalyysi kiinnittää huomiota toimenpiteiden kustannusten selvittämiseen ja analysointiin. Mikäli toimenpiteiden vertailu ja valintasuositukset perustuvat pelkkien kustannusten tarkasteluun jää herkästi huomioimatta mitä toimenpiteellä saavutetaan. Tämän näkökulman hyvyyskriteeri on; mitä halvempi sitä parempi. Tästä analyysimuodosta käytetään myös nimitystä kustannusten minimointianalyysi. (Sintonen ym. 1997: 205; Sintonen & Pekurinen 2006: 250; Victorzon 2012: 14.) Kustannus-vaikuttavuusanalyysiä voidaan käyttää verrattaessa minkä tahansa toiminnan vaikuttavuutta toisen toiminnan vaikuttavuuteen. Vaikuttavuus on eri asia kuin kustannukset, mutta yhden yksikön kustannukset voidaan määrittellä, jolloin niitä voidaan verrata vaikuttavuuteen. (Daly ym. 2002: 320–321; Silvennoinen-Nuora 2010: 88; Victorzon 2012: 15, 61). Taloudellisessa arvioinnissa keskeistä on ottaa huomioon vaikuttavuus ja kustannukset eli se, mitä

jaetuissa resursseissa toisaalla menetetään ja verrata näitä keskenään (Sintonen & Pekurinen 2006: 250).

Vaikuttavuustutkimuksessa on välttämätöntä operationalisoida tavoitteet eli muuttaa ne mittareiksi, joiden avulla tavoitteiden saavuttamista tarkastellaan. Operationalisoinnissa on kyse tavoitteiden saattamisesta testattavaan muotoon. Monesti on kyse moniulotteisesta käsitteestä kuten terveys tai elämänlaatu. Kun vaikutusmittarit on kehitetty tai valittu, niin seuraavana vaiheena on vaihtoehtojen hyöty- ja kustannusvaikutusten mittaaminen käytännössä. Tätä varten on olemassa erilaisia evaluatiivisia tutkimusasetelmia (kokeelliset, kvasikokeelliset ja ei-kokeelliset tutkimusasetelmat). Kun vaihtoehtojen vaikutukset on mitattu, niin seuraavana vaiheena on niiden arvottaminen. Sillä tarkoitetaan erilaisissa yksiköissä mitattujen vaikutusten muuntamista yhteismitallisiksi, tavallisesti rahamääräisiksi. Viimeisin vaihe on luovuttaa tietoa päätöksenteon avuksi. Päätöksentekosäännöllä tarkoitetaan kriteeriä tai kriteerejä, joiden perustella valitaan paras vaihtoehto. (Sintonen ym. 1997: 214–219.)

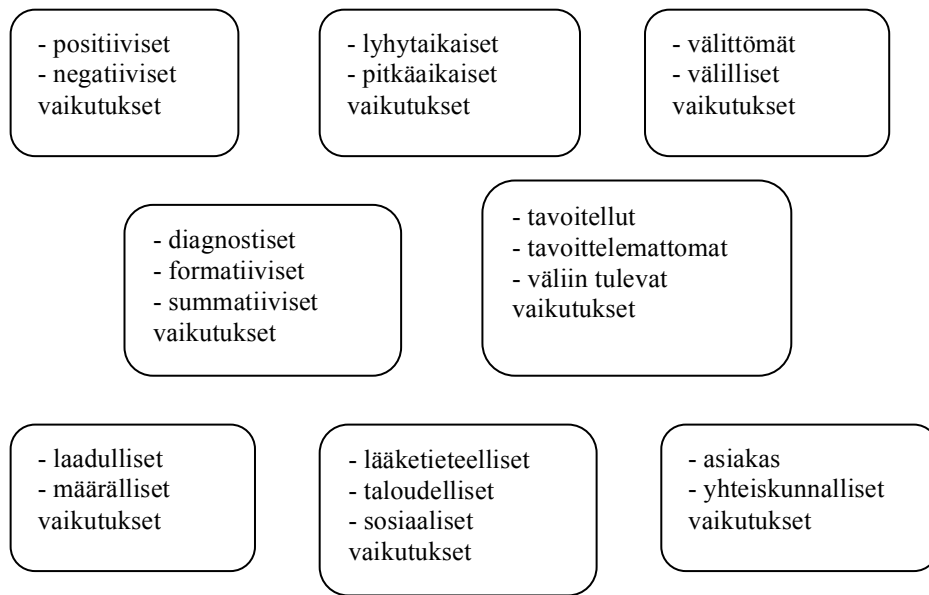
Vaikutustietoja voidaan kerätä kvalitatiivisilla ja kvantitatiivisilla menetelmillä. Kvalitatiivisen analyysin etuna on tutkijan pääsy lähemmäs tutkittavaa kohdetta. Arvioitsija pääsee paremmin mukaan kohteena olevaan ilmiökenttään. Kvalitatiivisia menetelmiä ovat esimerkiksi teema- ja syvähaastattelut, hoitokertomusten sisällönanalyysit, itse-evaluaatiot ja osallistuva havainnointi. Kvalitatiivisuus mahdollistaa vuorovaikutuksellisuuden, joka voi tuottaa innovaatioita tai kehittämistoimia. Kvalitatiivinen menetelmä on aikaa vievä tapa hankkia aineistoa. Tutkimuksen kohdejoukko on yleensä hyvin rajallinen, jolloin yleistäminen ja tulosten vertailu muiden yksiköiden tuloksiin on vaikeaa. Kvantitatiivinen menetelmä on hyvä tulosarvioinnin yhteydessä. Se edellyttää arvioinnin toistettavuutta ja vertailtavuutta. Eräs tyypillinen tiedonkeruumenetelmä on asiakastyytyväisyyskyselyt sekä erilaiset tilastot. Kvalitatiivisia metodeja voidaan käyttää kvantitatiivisten metodien tukena, varsinkin aineiston keruuvaiheessa. (Lumijärvi 1994a: 99–102.)

Vaikuttavuuden mittaamisessa luotettavimpana tapana pidetään satunnaistettuja, kontrolloituja kokeita. Kaikissa tutkimusasetelmissä tämä ei ole mahdollista, vaan joudutaan etsimään muita tutkimuskeinoja. Yleensä satunnaistetuissa, kontrolloiduissa kokeissa määritetään yhden ainoan intervention, kuten yhden lääkkeen, vaikutuksia. Erityisen haasteellisia ovat monimuotoiset ja laajat palvelujärjestelmä- sekä interventiotutkimukset. Toimintaympäristön vaikutus muodostaa omat haasteensa tutkimukseen. Toimintaympäristössä vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa henkilökunnan osaamisen vaihtelu, eri yhteiskuntien ja työpaikkojen erilaiset hallinnolliset ohjeet, ihmisten luonteiden, asenteiden ja sitoutuneisuuden erot, erilaiset sosioekonomiset taustatekijät tai tutkittavan tekijän vaihteleva esiintyvyys väestöissä. Palvelujärjestelmätutkimuksissa arviointi itsessään ei ole tavoite, vaan arvioinnin avulla pyritään ammatilliseen kehittymiseen ja järjestelmän toiminnan kehittämiseen. Toisinaan arviointi voi muotoutua vasta yhtä aikaa laajan käytännön toteuttamisen kanssa. Aina tulee kuitenkin pyrkiä parhaaseen mahdolliseen arviointiin, vaikka optimaaliseen ei olisi mahdollista päästä. (Rautava, Salanterä, Helenius & Tofferi 2013: 3–9.)

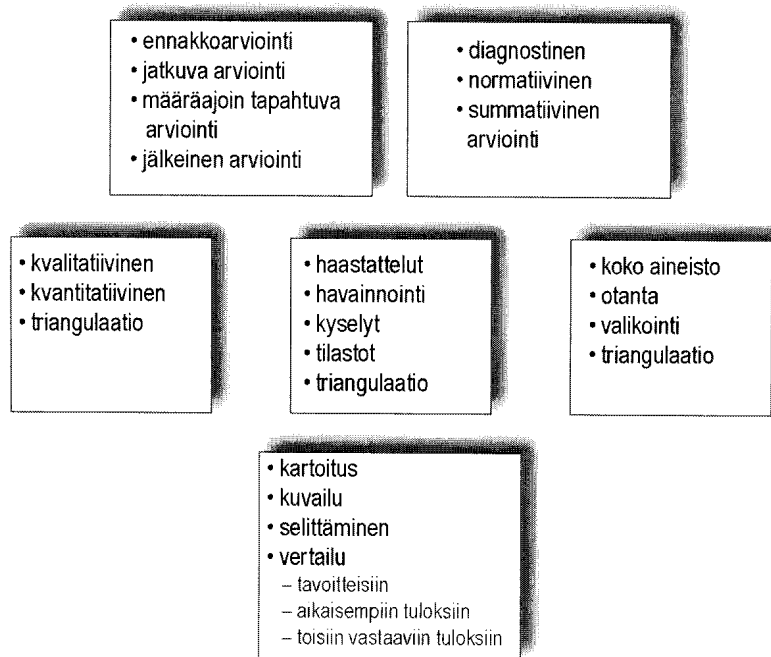
Vaikutustilojen mittaaminen voi tapahtua myös esimerkiksi 7-asteisella mittarilla, jonka ääripäinä ovat ”ei lainkaan tyytyväinen” ja ”täysin tyytyväinen” (Lumijärvi 1994a: 103). Vaikuttavuutta voidaan luokitella myös niin, että saadaan esille vain muutoksen suunnan toivottavuus (toiminnot ovat vaikuttaneet toivottuun suuntaan, toiminnot ovat ennallaan, toiminnot eivät ole vaikuttaneet toivottuun suuntaan) (Lumijärvi 1994a: 103; Victorzon 2012:18). Asteikkoa voidaan tarkentaa pyrkimällä laatueroistamaan muutoksen voimakkuutta asteikolla termein selvästi, jossain määrin, vähäisesti, ei lainkaan. Tämän tutkimuksen kyselytutkimuksessa on käytetty hyödyksi laatueroja asteikon vastausvaihtoehdoissa. Vaikuttavuuden arviointi on ulkoista arviointia ja edellyttää tarkentamista miltä kannalta ja keiden arvostuksista vaikutuksia selvitetään. Asiakasvaikutusten luonnollinen arvioija on asiakas itse. Aina tämä lähestymistapa ei ole mahdollinen, vaan joudutaan korvaamaan asiakasarviointi läheisarvioinnilla, asiantuntija-arvioilla tai henkilökunnan tekemällä arvioinnilla. (Lumijärvi 1994a: 103–104.)

Tässä tutkimuksessa käytetään hyväksi asiantuntija-arvioita, henkilökunnan arvioita sekä opiskelija-arvioita (vrt. asiakasarvioita). Arviointimenetelmänä monita-hoarvioinnilla saadaan kattava kuva tutkittavasti ilmiöstä. Tutkimuksen edetessä saattaa tulla esiin eri avainryhmien hyvinkin erilaiset näkemykset. Ristiriidoilta vältytään, kun arvioitsijatahot pääsevät keskusteluyhteyteen ja yhteisarvioon sekä sen pohjalta yhteiseen näkemykseen. Vaikutusarvioinnin kannalta hallittavassa tilanteessa erilaiset intressit pääsevät riittävästi mukaan jo palvelujärjestelmän toiminta-ajatuksen muotoiluun ja raamittamiseen. Tällöin kaikki keskeiset osapuolet tietävät mihin pyritään ja ovat hyväksyneet sen. (Lumijärvi 1994a: 111–113.)

Vaikuttavuuden ja vaikutusten arvioinnissa tehdään valintoja, koska arvioinnin ulottuvuuksia ja tasoja on useita. Niiden kaikkien yhtäaikainen tarkastelu ja arviointi on haasteellista. Vaikuttavuuden moniulotteisuus on usein esteenä laajojen arviointien toteuttamiseen käytännössä. Järkevää on ottaa samanaikaiseen tarkasteluun ja arviointiin palvelutoiminnan, vision, strategian ja tavoitteiden kannalta olennaiset vaikutukset ja arvioinnin elementit. Kuvioiden 10 ja 11 avulla voidaan kuvata arvioinnin moniulotteisuutta ja -tasoisuutta. (Silvennoinen-Nuora 2010: 113.)

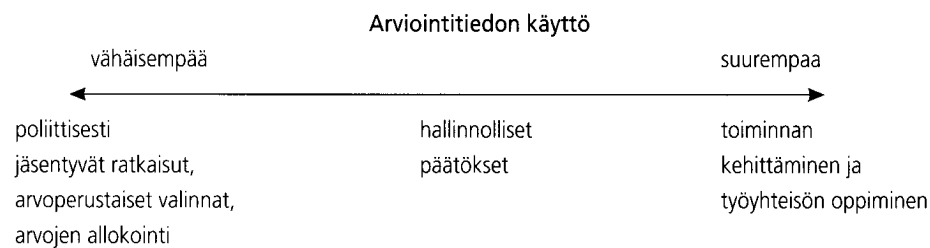


Kuvio 10. Vaikutusten ja vaikuttavuuden tavoitteistoon liittyviä arvioinnin osa-alueita (Silvennoinen-Nuora 2010: 114)



Kuvio 11. Vaikutusten ja vaikuttavuuden arvioinnin menetelmätapoja (Silvennoinen-Nuora 2010: 114)

Ilmiöiden monitulkinnallisuus johtaa myös hallinnon uudistusten osalta siihen, että arviointia tulisi suorittaa monitahoarviointina. Näin eri toimijoiden tulkinnat ja heidän ilmiölle antamat merkitykset on kartoitettava. Tällä lähestymistavalla on yhteyksiä konstruktivistiseen arviointiparadigmaan, jonka perusajatuksena on se, että sosiaalinen todellisuus on sosiaalisesti konstruoitu. Ei ole olemassa vain yhtä objektiivista todellisuutta, vaan useita sosiaalisesti rakentuneita todellisuuksia, joista arviointi tuottaa yhden. (Nyholm & Airaksinen 2011: 301.) Kuviossa 12 on esitetty missä tilanteissa arviointitietoa yleisimmin käytetään hyväksi.



Kuvio 12. Arviointitiedon käyttö poliittisissa ja toiminnallisissa päätöksissä (Niiranen 2011: 315)

3.2 Koulutuksen vaikuttavuuden arviointi

3.2.1 Koulutuksen vaikuttavuuden arviointi ja mittaaminen

Koulutuksen arvioinnista puhuttaessa keskeisiä tutkimusmenetelmiä ovat olleet peruskoulutukseen liittyen PISA-ohjelma (*Programme for International Student Assessment*) ja korkeakouluopetukseen liittyen AHELO-hanke (*Assessment of Higher Education Learning Outcomes – Feasibility Study*). AHELO-hanke on ensimmäinen laajamittainen yritys vertailla kansainvälisesti korkeakoulujen tuottamaa osaamista. AHELO-hanke syntyi vuonna 2008 OECD:n jäsenvaltioiden

opetusministerien kiinnittäessä huomionsa korkeakoulutuksen laadun arvioinnin puuttumiseen kansainvälisellä tasolla. (Ursin & Välijärvi 2010: 304.) AHELO-hankkeessa Suomi osallistuu niin sanottuja yleisiä valmiuksia, kuten kriittinen ajattelu ja argumentointitaito, mittaavaan osioon. Tutkinnon tuomaan osaamiseen perustuvaa arviointia voidaan hyvin pitää perusteltuna keinona mitata koulutuksen laatua. AHELO hankkeesta saattaa muotoutua ”korkeakoulujen Pisa-ohjelma” eli tapa arvioida ja vertailla eri maiden korkeakoulujen tasoa. (Pyykkö 2012: 117.)

Suomi on osallistunut 1960-luvulta vuosituhannen alkuun noin 20 koulutuksen kansainväliseen arviointitutkimukseen. Vertailevan kvantitatiivisen tiedon tuottaminen on kuitenkin ollut kehittämätöntä. Kehittämistyötä varten perustettiin eri maiden tutkimuslaitosten yhteistyönä IEA-järjestö (*International Association for the Evaluation of Educational Achievement*). IEA-tutkimuksissa on selvitetty lähinnä lukutaidon, matematiikan, luonnontieteiden ja yhteiskuntatieteiden osaamista kehittyneissä teollisuusmaissa. Nykyään arviointien fokus on laajentunut kouluoppimisesta osaamisen analysointiin; opitun asian hyödyntämiseen vaihtelevissa ympäristöissä ja käyttötilanteissa. (Ursin & Välijärvi 2010: 304–305; Linnakylä 2002: 33–34.) Korkeakoulutuksen laadun seuranta ja arviointi muodostuu kolmen eri tahon pohjalta. Autonomisilla ammattikorkeakouluilla ja yliopistoilla on lakisääteinen vastuu järjestämänsä koulutuksen laadusta ja kehittämisestä. Opetus- ja kulttuuriministeriö valmistelee lainsäädäntöä ja ohjaa jakamalla rahoitusta koulutuksen laatuun ja tehokkuuteen perustuvien kriteerien perusteella. Korkeakoulujen arviointineuvosto tuottaa arviointitietoa, jota voidaan käyttää toimintojen kehittämiseen. (Pyykkö 2012: 105.)

Koulutuksen arvioinnin motiivit ovat sekä tieteellisiä että poliittisia. Painopiste on muuttunut viimeisten 10–20 vuoden aikana poliittisten intressien suuntaan. Useissa maissa koulutus on nykyään voimakkaiden poliittisten intressien kohde, koska koulutuksella on yhteyksiä talouteen, hyvinvointiin ja kansainväliseen kilpailukykyyn. Koulutuksen politisoituessa nousee arviointitiedon tuottaminen keskeiseksi

tekijäksi. (Ursin & Välijärvi 2010: 305–306.) Koulutuksen arvioinnin tarkoitus on ensisijaisesti varmistaa koulutusta koskevan lainsäädännön toteutuminen, parantaa oppimisen edellytyksiä ja tukea koulutuksen kehittämistä. Näistä lainsäädännön lähtökohdista käsin koulutuksen arvioinnin tulee tukea sekä kansallisia, että paikallisia toimijoita koulutuksen kehittämiseen liittyvissä asioissa. Koulutuksen arvioinnin merkityksen voimistumisen myötä arviointitoiminta on lisääntynyt, monipuolistunut ja kansainvälistynyt. Painopiste on koulutusta järjestävien organisaatioiden laadunvarmistuksessa sekä kansallisella tasolla toteutetussa ulkoisessa arvioinnissa. Arviointitoimintaan liittyvä kansainvälinen yhteistyö on lisääntynyt. Koulutuksen arviointi, kuten koulutustoimintakin, vaihtelee koulutustasoitain ja sektoreittain. Jokaisella koulutusasteella on omat traditionsa ja arviointi on sidoksissa kunkin koulutustason tavoitteisiin ja toimintakulttuuriin. (Räisänen & Kajaste 2010: 283.) Arvioinnin kohteena voi olla esimerkiksi kurssi, opetus tai muu toiminta. Arvioinnin tarkoituksena on opetuksen laadun ylläpitäminen ja parantaminen. Laadun arviointi (*Quality assessment*) on toiminnan tarkoituksenmukaisuuden arvostelua, jossa selviää, miten hyvin toiminta toteuttaa sen tavoitteena olevan tarkoituksen. Arvioinnin kohteena on tällöin koulutuksen vaikuttavuus oppijoissa, heidän tiedoissaan, taidoissaan ja asenteissaan. (Helakorpi 2001: 155–157.)

Koulutus tuotetaan yleensä julkisena palveluna, joten sille ei löydy yksiselitteistä markkinahintaa. Tämän vuoksi koulutuksen yhteydessä tarkastellaan yleensä teknistä tehokkuutta tai kustannustehokkuutta. Koulutusten tehokkuustutkimuksissa tärkeitä osa-alueita ovat koulutuksen kustannukset, työvoiman käyttö, koulutustilat, oppimateriaalit, oheispalvelut sekä opiskelijoiden ominaisuudet. (Kirjavainen 2010: 327). Oppilaan kohtaamaan toiminnan laatuun vaikuttavat johtaminen, henkilöstö, taloudelliset resurssit ja arviointi (Ollila & Kujala 2013: 328). Yleisesti ajatellaan, että koulutus vaikuttaa. Kansan suussa elävä kansanviisaus, ”ei oppi ojaan kaada”, on hyvä esimerkki tästä ajattelutavasta. (Vaherva 1983: 1; Pykälämäki 2005: 27.) Kaikki, mitä koulutuksella saadaan aikaan, on koulutuksen vaikuttavuutta. Koulutuksen tuotokset ovat usein moniulotteisia sekä syvä- ja pitkä-

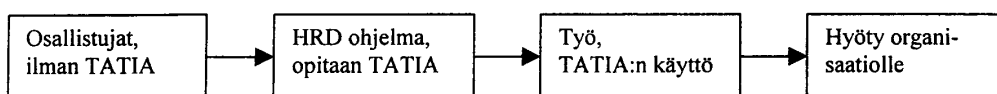
vaikutteisia. Tämän vuoksi tuotosten mittaaminen on vaikeaa. (Lehtisalo 1992:15; Alhojärvi 1996: 176; Pykälämäki 2005: 27.) Alan julkaisuissa koulutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan koulutuksen onnistumista ja koulutuksen tavoitteiden sekä tehtävien täyttymistä. Koulutuksella voi olla myös oppimista laajempia vaikutuksia. Yksilön ja yhteisön oppimisen tulosten avulla syntyy yksilöllistä, organisatorista tai yhteiskunnallista tarkoituksenmukaisuutta, käyttöön sopivuutta, hyödyllisyyttä ja mielekkyyttä. Vaikuttavuus on tärkeää kaikkien osapuolten näkökulmasta; koulutuksen järjestäjän, osallistujan ja rahoittajan näkökulmasta. (Tenhula ym. 2008: 284.) Koulutuksen on oltava vaikuttavaa, tehokasta ja taloudellista, jotta siitä syntyy tuloksia (Jakku-Sihvonen 2002: 63). Tulevaisuuden tavoite kaikille koulutuspalveluille on tuottavuuden lisääminen laatua ja muuta tuloksellisuutta vaarantamatta (Valtiovarainministeriö 2014: 68).

Koulutuksen arvioinnin tarkoitus on turvata perustuslain, lukiolain ja ammatillisen koulutuksen lain tarkoituksen toteuttaminen, tukea koulutuksen kehittämistä ja parantaa oppimisen edellytyksiä (Lehtisalo & Raivola 1999: 229; Sarjala 2002: 9). Arvioinnista on hyötyä oman toiminnan suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen. Koulutuksen arviointia koskevan asetuksen mukaan arviointien tulee palvella sekä arvioinnin tilaajaa, että siihen osallistuvia henkilöitä (Valtioneuvosto 2009). Koulutusten järjestäjien on osallistuttava arviointien toteuttamiseen omista lähtökohdistaan käsin. Tällöin arviointi ei jää vain ulkopuolisen tahon tekemäksi ulkoiseksi arvioinniksi organisaation toiminnasta jollekin taholle. Arviointi, tutkimus ja koulutuspolitiikka liittyvät läheisesti toisiinsa, kun puhutaan kansallisesta tai kansainvälisestä koulutuksen arvioinnista. Arvioinnin juuret on yhteisesti sovituissa arvostuksissa ja niiden ohjaamissa päämäärissä eli politiikassa. Arvioinnin perusta on tutkimuksessa eli systemaattisessa, luotettavassa ja pätevässä tiedonkeruussa sekä analysoinnissa. Arvioinnin tulosten merkitys on johtopäätöksissä ja arviointitiedon käytössä koulutuksen kehittämiseksi. Tämä onnistuu koulutuspolitiikan, hallinnon ja arviointitutkimuksen yhteistyöllä. (Linnakylä 2002: 48.) Arvioinnilla pyritään tuottamaan tietoa hallinnon, opettajien ja tutkijoiden kehittämistoimiehdotusten perustaksi (Jakku-Sihvonen 2002: 105).

Vaikuttavuudella selvitetään, edistävätkö koulutuksen tuottamat valmiudet yksilön henkistä kasvua sekä yhteiskunnan, kulttuurin ja työelämän kehitystä laadullisesti ja määrällisesti. Arvioinnin kohteena ovat oppimistulosten saavuttaminen, oppijan oppimis- ja kommunikaatiovalmiudet, itsensä kehittämishalukkuus sekä koulutustarpeen ja -tarjonnan vastaavuus. Tehokkuuden arvioinnissa keskeisiä muuttujia ovat toimivuus, joustavuus ja ajoitus. Toimivuus tarkoittaa opetuksessa käytettävien resurssien laatua ja tehokasta käyttöä. Joustavuus tarkoittaa koulutusjärjestelmän kykyä palvella opiskelijoita, työelämää ja yhteiskuntaa. Ajoitus tarkoittaa koulutuspituuksia ja koulutuksen ajoituksia opiskelijan ja työelämän tarpeiden kannalta. Taloudellisuudella tarkoitetaan sitä, että koulutusvoimavarat kohdistetaan koulutukselle asetettujen tavoitteiden kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Voimavarojen määrän on oltava tuotettujen koulutuspalveluiden määrän ja palvelutuotannon rakenteen ja organisoinnin kannalta tarkoituksenmukainen. (Lehtisalo & Raivola 1999: 229.) Varsinaisen koulutustapahtuman lisäksi koulutuksen vaikuttavuuteen vaikuttavat monet osallistujan, hänen työ- tai opiskeluyhteisönsä ja yhteiskuntaan liittyvät tekijät. Yksilötasolla vaikuttavuutta edistäviä tai ehkäiseviä tekijöitä ovat muun muassa osallistujan motivaatio, oppimisvalmiudet ja aiempi osaaminen. Organisaatiotasolla vaikuttavuus on sidoksissa johtamiseen, työnjakoon, työilmapiiriin, yhteistyön käytäntöihin ja organisaation toimintakulttuuriin. Yhteiskunnallisilla tekijöillä, kuten säädöksillä ja strategioilla, saattaa olla myös merkitystä vaikuttavuuteen. (Tenhula ym. 2008: 284–285.)

Koulutuksella varmistetaan, että organisaatiossa työskentelee oikeita henkilöitä oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Henkilöstöllä täytyy olla tarvittavia tietoja, taitoja ja valmiuksia. Kehittämistyöllä on arvoa ja oikeutusta vain, jos siitä on hyötyä. Työntekijöiden ja opiskelijoiden täytyy oppia uusia taitoja, tietoja ja asenteita, jotka johtavat todellisiin ja arvokkaisiin tuloksiin organisaatiossa. Kuvion 13 kausaalimalli kuvaa klassisen koulutuksen menetelmää. Siinä vaikutusketju näkyy työkäyttäytymisen muutoksena. Henkilöstö oppii uudet taidot, tiedot ja asenteet, käyttää niitä työssään ja organisaatio hyötyy siitä. On huomioitavaa, että aina ei

tarvita työkäyttäytymisen muutosta, jotta organisaatio hyötyisi koulutuksesta. Organisaatio voi hyötyä koulutuksesta myös epäsuorasti joka tarkoittaa sitä, että koulutuksella parannetaan esimerkiksi työmoraalia ja viihtyvyyttä sekä vähennetään valituksia tai loukkaantumisia. Koulutus voi toimia myös palkintona, joka parantaa lojaalisuutta ja sitoutumista organisaatioon. (Brinkerhoff 1987: 5, 10–12; Pykälämäki 2005: 23–24.)

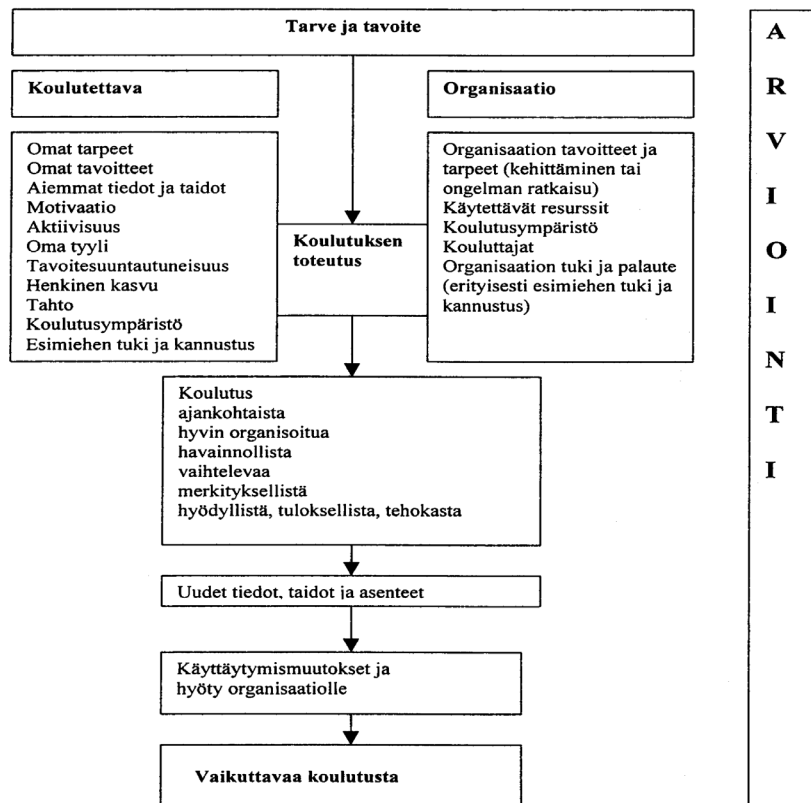


TATIA = taidot, tiedot, asenteet

Kuvio 13. Kehittämisohjelmien logiikka (Pykälämäki 2005: 23)

Koulutuksen vaikuttavuudella tavoitellaan positiivista koulutuksen onnistumista ja tehtävien sekä tavoitteiden täyttymistä. Yksilön kannalta koulutus voi kuitenkin olla vaikuttavaa, vaikka opetus olisi ollut tehotonta tai keskittynyt väärin asioihin. Vaikuttavuus voi ilmetä myös neutraaleina tai jopa negatiivisina seurauksina. Koulutuksen vaikuttavuus on yksilön ja yhteisön oppimistulosten avulla syntyvää yksilöllistä, organisatorista tai yhteiskunnallista relevanssia. Relevanssilla tarkoitetaan koulutuksen tarkoituksenmukaisuutta, käytön sopivuutta, hyödyllisyyttä ja mielekkyyttä. (Raivola ym. 2000: 12–17.) Koulutuksen vaikuttavuuden tarve on lähtöisin organisaation tarpeista ja tavoitteista. Koulutettavalla voi olla omia tavoitteitaan, mutta ihanteellista organisaation kannalta olisi, jos sekä yksilön, että organisaation tavoitteet olisivat samansuuntaisia. Toteutusvaiheessa organisaation on varmistettava, että toteutettava koulutus on merkityksellistä ja hyödyllistä sekä annettava tukea mahdolliselle muutokselle. Vaikuttavuus kuvastaa koulutettavien omaksuvia uusia tietoja, taitoja ja asenteita. Mikäli koulutuksessa opitaan uusia käytäntöjä, niin oletetaan että nämä taidot, tiedot ja asenteet näkyvät myös muutoksena työkäyttäytymisessä. Koulutuksen vaikuttavuuden arviointi kuvastaa niitä kysymyksiä, joita koulutettaville esitetään koulutuksesta ja sen vaikutuksista kou-

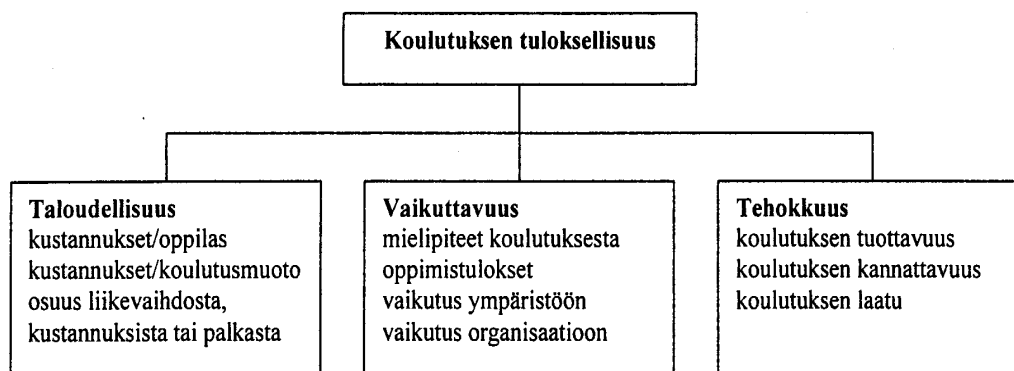
lutuksen alusta loppuun saakka. (Pykälämäki 2005: 56–57.) Kuviossa 14 Pykälämäki on kuvannut koulutuksen arviointi- ja vaikutusketjua.



Kuvio 14. Koulutuksen arviointi- ja vaikutusketju (Pykälämäki 2005: 57)

Koulutuksen vaikuttavuus voidaan kuvata tuloksellisuuden alakäsitteenä. Tällöin tuloksellisuus koostuu taloudellisuudesta, vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta. (Peltonen, Laitinen & Juuti 1992: 11–14; Pykälämäki 2005: 28.) Kuviossa 15 on havainnollistettu tätä jaottelua. Koulutus on tuloksellista, jos sille asetetut tavoitteet on saavutettu. Taloudellisessa koulutuksessa resurssit on kohdistettu tavoitteiden kannalta optimaalisesti ja resurssien määrä on tarkoituksenmukainen tuotettujen koulutuspalveluiden ja tuotantoprosessien kannalta. Koulutus on tehokasta silloin, kun järjestelmien toimivuus, joustavuus ja ajoitus ovat tarkoituksenmukaisia. Koulutus on vaikuttavaa silloin, kun sen tuottamat valmiudet edistävät

yksilön henkistä kasvua sekä yhteiskunnan, kulttuurin ja työelämän kehitystä määrällisesti ja laadullisesti mitattaessa. (Yrjölä 1995: 71; Pykälämäki 2005: 28–29.)



Kuvio 15. Koulutuksen tuloksellisuus (Pykälämäki 2005: 28)

Raivola, Valtonen & Vuorensyrjä (2000: 12–17) ottavat mukaan koulutuksen vaikuttavuuden arviointiin yksilön, yhteisön ja yhteiskunnallisen näkökulman. Heidän mukaansa koulutuksen vaikuttavuus syntyy aina yksilön ja yhteisön oppimisen tuloksena. Vaikuttavuutta arvioitaessa tulee huomioida koulutuksen tarkoituksenmukaisuus, sopivuus käyttöön, hyödyllisyys ja mielekkyys. Toisin sanoen, onko koulutus vastannut yksilön ja yhteiskunnan tarpeisiin. Yhteiskunnallisesti tarkasteltuna yhteisön etu on, jos yhteiskunta pystyy tarjoamaan yksilölle mahdollisuuksia, jotta tämä voisi tuoda esille oman tieto-taitonsa. Kauppi (2008: 40–41) ja Raivola ym. (2000: 12–17) pitävät vaikuttavan koulutuksen tärkeänä tunnusmerkkinä siirrettävyyttä yksilön käytännön työhön. Koulutuksen vaikuttavuuden tarkastelussa tukeudutaan tavoitteiden asettamisen, tuotosten ja tulosten näkökulmiin. Tavoitenäkökulmassa arvioidaan, onko saavutettu asetetut tavoitteet. Vaikuttavuutta tulisi arvioida aina suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Tämä ei kuitenkaan kerro, miksi tavoitteet saavutettiin tai miksi ei. Tuotosten ja tulosten näkökulmasta arvioidaan, miten moni läpäisi koulutuksen, minkälaisia arvosanoja saatiin tai miten sijoituttiin työelämään koulutuksen jälkeen.

Tenhulan (2007: 14) mukaan koulutuksen vaikutukset näkyvät osittain heti koulutuksen jälkeen, mutta pysyvämmät vaikutukset tulevat esiin vasta myöhemmin, jopa vuosien jälkeen. Yksittäisen koulutuksen vaikuttavuuden arviointi on todettu hankalaksi, koska mukana voi olla myös muita vaikuttavia tekijöitä, esimerkiksi muita koulutuksia. Koulutuksen vaikuttavuus pitäisi nähdä yläkäsitteenä ja koulutuksen tuottavuus, tuloksellisuus, taloudellisuus ja tehokkuus sen alakäsitteinä (Pitkänen & Heide 2008: 16). Tämä poikkeaa Pykälämäen aiemmin esittämästä käsitteiden jaottelusta. Erilaiset näkökulmat kuvastavat sitä, miten haasteellinen käsite vaikuttavuus on. Koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnin käsitteistö on hyvin kirjavaa ja liukuvaa. Saman sisällön omaavista käsitteistä on käytössä useita eri termejä. Ensisijaisesti vaikuttava koulutus syntyy pitkäjänteisellä kehittämistä vaativalla työllä, rahallisen ja määrällisen mittaamisen sijasta (Pitkänen & Heide 2008: 16). Vaikuttava koulutus tuottaa määrällisiä ja laadullisia valmiuksia, jotka edistävät yksilön henkistä kasvua ja yhteiskunnan, kulttuurin sekä työelämän kehitystä (Opetushallitus: 1995).

Sarjalan (2002: 9–13) ja Kirkpatrickin (1998: 18) mukaan koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnilla osoitetaan, miten koulutuksen järjestäjän toiminta liittyy koko organisaation tavoitteisiin ja päämääriin. Arvioinnilla voidaan perustella koulutuksen järjestäjän olemassaolon tarpeellisuutta ja sitä, että toimintaan on kannattavaa investoida. Arviointi on myös päätöksenteon väline. Sen avulla saadaan tietoa toiminnan heikoista ja kehitettävistä kohdista sekä tehdään tulevaisuutta koskevia päätöksiä. Sarjala (2002: 12–13) lisää vielä, että arviointi ei ole pelkästään tilastointia, vaan sen avulla analysoidaan koulutuksen vaikuttavuutta sekä siihen keskeisesti liittyvää tehokkuutta ja taloudellisuutta. Tehokkuus tarkoittaa, että arvioinnilla edistetään toiminta- ja oppimisprosesseja (arviointitiedot antavat palautetta ja kuvaavat realistisesti toiminnan tuloksellisuutta). Taloudellisuusanalyysissä arvioidaan voimavarojen kohdentamista ja käytössä olevia resursseja.

Kirkpatrick (1998: 19–24; Raivola 2000: 220–221; Meriläinen 2005: 46–52; Tenhula 2007: 18; Pitkänen & Heide 2008: 15–16) on mallintanut koulutuksen vai-

kuttavuuden arvioinnin neljään eri tasoon. Neljän tason malli on peräisin jo vuodelta 1959 ja se on yksi eniten käytetyistä koulutuksen vaikuttavuuden arviointimalleista. Kirkpatrickin luoman arviointimallin tasot ovat:

1. Koulutettavien välittömät reaktiot koulutuksesta (välitön palaute). Arviointi kohdistuu yleensä opetuksen sisältöön ja tasoon sekä oppimistoimintaan. Tämä ensimmäinen taso on yleisimmin käytössä oleva arvioinnin taso ja se on myös helpoiten toteutettavissa. Arviointi antaa tietoa koulutuksen onnistumisesta osallistujien odotuksiin nähden (osallistujien tyytyväisyys).

2. Koulutuksen ansiosta tapahtuva oppiminen. Tässä toisessa tasossa arvioidaan, onko opittu se, mikä oli tarkoitus oppia. Oppimisessa tarkastellaan asenteiden muutosta sekä tiedon ja taidon lisääntymistä liittyen koulutukseen.

3. Koulutuksen ansiosta tapahtuva työkäyttäytyminen muuttuu. Tämän kolmannen tason muutosten edellytyksenä on yhden tai useamman kakkostason muutoksen tapahtuminen. Lisäksi muutosten pitää täyttää neljä ehtoa: halu muuttua, tieto mitä ja miten tekee, esimiehen tuki ja se, että muutoksesta pitää palkita tai antaa tunnustusta.

4. Koulutuksen tulokset ja vaikutukset työyhteisön ja yhteiskunnan tasolla. Tämän neljännen tason arviointi kohdistuu organisaatiossa tapahtuviin lopullisiin vaikutuksiin, kuten työn tuottavuuteen, laatuun ja kustannuksiin. Neljäs taso on usein vaikein mitattavissa oleva taso ja muun muassa sen vuoksi myös suuntaa antavat tulokset kannattaa huomioida arvioinnissa.

Taloudellisista syistä tarkasteltuna oppimisen olisi tapahduttava mahdollisimman lähellä työtä (Viitala 2013: 192). Viitala (2013: 198–199) on tuonut esiin, että työelämässä tapahtuva oppiminen voidaan jakaa neljään eri tyyppiin. Nämä ovat:

1. Oppiminen, joka tapahtuu koulutusorganisaatioiden piirissä. Opiskelu johtaa tavallisesti tutkintoon tai jonkin opintokokonaisuuden suorittamiseen.

2. Oppiminen, joka sisältää yrityksen itsensä järjestämiä tai ulkopuolelta hankkimia oppimistapahtumia. Oppiminen ei johda muodollisiin tutkintoihin.

3. Oppiminen, joka ei ole systemaattisesti suunniteltua ja organisoitua. Oppiminen tapahtuu työssä ja työympäristössä.

4. Oppiminen, joka tapahtuu tahattomasti ja suunnittelemattomasti. Yllättävä haaste tai ongelma, joka pakottaa oppimaan uuden asian.

Hanna-Leena Melender on tehnyt 2010 yhdessä Arja Häggman-Laitilan kanssa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hoitotyön koulutusinterventioiden vaikuttavuudesta näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Katsauksen perusteella tuotiin esiin johtopäätöksiä huomioitavia seikkoja, kun mietitään koulutuksen vaikuttavuutta. Ensimmäisenä johtopäätöksenä esitettiin, että näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä koulutusinterventioiden avulla suositellaan. Toiseksi tuli esiin, että koulutusinterventioissa kannattaa panostaa erityisesti asiantuntijuuteen, heidän monimuotoiseen tukeen ja työpajatoiminnan kehittämiseen. Kolmas johtopäätös oli, että tulevaisuudessa arviointeja tulee kehittää vaikuttavuuden näkökulma huomioiden. Neljäntenä tuli esiin, että koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa käytettyjä mittareita tulee testata ja edelleen kehittää kansainvälisesti vertailukelpoisen tiedon saamiseksi. Viidentenä johtopäätöksenä oli, että näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönottoon tulee suunnata resursseja. Sillä on vaikuttavuutta potilaiden terveyteen, hoitokäytäntöihin ja kompetensseihin. Kuudes johtopäätös kirjallisuuskatsauksen tuloksista oli, että näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotossa tarvitaan käytännön työntekijöiden, tutkijoiden, opetustehtävissä toimivien ja johtajien yhteistyötä. (Melender & Häggman-Laitila 2010: 52–53.) Melenderin & Häggman-Laitilan kirjallisuuskatsaus liittyi hoitotyön profession, mutta sieltä on otettavissa yhteneväisiä tekijöitä koulutuksen osalta myös lääketieteen alalle. Moniammatillisuus on terveydenhuollon toiminnassa keskeistä ja

sen toimintamallin opettaminen opiskelijoille jo perusopintojen aikana on oleellista.

Anna-Liisa Koivisto ja Pertti Aarnio (2012: 163) ovat koonneet kattavat hajautetun lääkärikoulutuksen vaikuttavuuden ja laadun seurantakohteet. Toiminnan kehittäminen tämän ohjeistuksen mukaisesti luo yhtenevää tietopohjaa hajautetulle perusopetukselle. Ensimmäinen seurantakohte on koulutuksen laadunvarmistus ja sen läpinäkyvä nivominen sekä paikalliseen että yliopiston kanssa yhteistyössä tehtävään opetussuunnitelmatyöhön. Toinen seurantakohte on hajautetun koulutuksen työelämävastaisuuden edistäminen koulutuspaikkakuntien erityispiirteitä hyödyntäen. Kolmas seurantakohte on hajautettujen opetusyksiköiden hyvien käytänteiden siirtäminen toisiin opetusyksiköihin. Neljäs seurantakohte on yhtenäiset arviointimenetelmät ja käytännöt sidosryhmäyhteistyön toimivuuden ja vaikuttavuuden toteamiseksi. Viidentenä seurantakohteena on sidosryhmäyhteistyön laadunvarmistuksen valmius reagoida yhteiskunnallisten ja koulutuksellisten vaatimusten muutoksiin.

On muistettava, että arviointi on validi, jos sen tulosten perusteella lisääntyy ymmärrys arvioitavasta kohteesta, voidaan tehdä koulutus- ja oppimistavoitteiden ja niiden taustalla olevien arvojen kannalta viisaita ja käyttökelpoisia johtopäätöksiä sekä tulevaisuutta rakentavia kehittämisratkaisuja (Linnakylä 2002: 41). Vaikuttavaan ja laadukkaaseen koulutukseen ei ole olemassa oikotietä. Kaikelta koulutukselta edellytetään tutkimuksen, opetuksen ja käytännön toiminnan saumatonta yhteistyötä. Tasokas opetustyö edellyttää laaja-alaisesti osaavaa ja hyvin koulutettua opetushenkilöstöä. (Kirjonen, Mutka, Filander & Valkeavaara 2000: 148.) Lopulta vaikuttavuus rakentuu monista eri tekijöistä. Kuinka se rakentuu, riippuu oppijan omasta kapasiteetista, ryhmän kompetenssista ja vallitsevista olosuhteista. (Leponiemi & Harisalo 2010: 170.)

3.2.2 Koulutuksen vaikuttavuustutkimuksen haasteet

Vaikuttavuuden arvioinnissa arvioija voi kohdata monenlaisia haasteita. Usein arvoinnit perustuvat epämiellyttävien kysymysten esittämiseen ja niihin vastaamiseen. Vaikeuksia arviointitutkimukselle voi tuoda muun muassa vastarinnan esiintyminen arvioinnille, sidosryhmien osallistaminen ja moninaisten teorioiden esiintyminen. Arvioijan kyky hahmottaa ja selittää kokonaisuuksia vaikuttaa siihen, miten paljon arvioinnista saadaan hyötyä. (Dahler-Larsen 2005: 42.) Pelkkä vaikuttavuustietojen kerääminen ei riitä, vaan saatua tietoa on jalostettava ja hyödynnettävä käytännössä. Vertailtaessa eri organisaatioiden toimintaa, on luotettavuuden kannalta hyvä käyttää apuna ulkopuolista ja riippumatonta viranomaista. (Victorzon 2012: 59.)

Ihmisen suoritukseen kohdistuvan mittaamisen ongelmia on useita: virheet, jotka liittyvät ajan kulumiseen ja mittauksen poikkileikkausluonteeseen, mittaamisen ympäristösidonaisuuteen ja yleistämiseen liittyvät virheet, mittalukujen kiinnittymisvirheet eli mitä kuvataan (arvioijaa, arvioitavaa, vuorovaikutusta tai oppisisältöä), mittavälinevirheet eli mukauttaminen eri konteksteissa tai toistettavuus, luokitteluvirheet, vertailtavuusvirheet, ennustevirheet, loogiset virheet kuten luokan ja sen jäsenen samaistaminen sekä arvo- ja arvostusvirheet. Suoritusten mittaamisessa ja laatupyrkimyksissä on selvitettävä laatutyön motiivit, joita voidaan kutsua laadun ja laadunkehittämisen imperatiiveiksi. Moraalisessa imperatiivissa on ensisijaista oppilaiden ja koulun asiakkaiden tarpeiden tyydyttäminen ja hyvinvoinnin edistäminen. Asiakkaalla on oikeus parhaaseen mahdolliseen palveluun. Ongelmana on eri asiakkaiden erilaiset tarpeet ja jopa vastakkaiset tarpeet ja odotukset. Professionaalinen imperatiivi lähtee oman ammattitaidon kunnioittamisesta ja henkilökohtaisen vastuun ottamisesta tekemisistään. Kilpailuimperatiivi on kyseessä silloin, kun kilpaillaan asiakkaista, osaavista tekijöistä ja voimavaroista. Eroavuutta haetaan laadulla ja suoritusten tasolla. Tuotemerkillä eli brändillä viestintä on yleistynyt palvelusektorilla, koulutuksessakin. Koulutuksen toimijoille on opetettu myös tulosvastuuta. Perusasiantuntijalle, voimavarat myöntävälle poliittiselle koneistolle sekä hallinnolle on osoitettava, että organisaatiossa teh-

dään oikeita asioita (vaikuttavuus), oikein (tehokkuus) ja pienillä kustannuksilla (taloudellisuus). Koulutushallinto tarvitsee yksinkertaista ja vertailukelpoista palautetta oppilaitosten toiminnasta ja toiminnan tuloksellisuudesta. (Raivola 2002: 27–28.)

Vaikuttavuuteen liittyvät tutkimukset ovat usein jääneet yksittäisiksi projekteiksi ilman, että ne olisivat luoneet jatkuvaluonteista seurantakäytäntöä. Vaikuttavuusarviointi on kytketty yleensä enemmän ohjelmien ja hankkeiden kuin palveluksiköiden normaalin toiminnan arviointiin. Vaikuttavuuden tematiikkaa on pohdittu yhteiskuntasosiologisissa tarvetutkimuksissa, elämisen laadun indikaattorien kehittämisessä, kustannusvaikuttavuusanalyseissä, asiakastyytyväisyysmittauksissa ja tulostulosten osana. Kirjallisuudessa vaikuttavuusarviointia on tarkasteltu usein irrallisena ja erillisenä kohteena muusta arvioinnista. Vaikuttavuuteen liittyvät monet käsitteelliset tulkinnat ja leimat tekevät siitä vaikeasti lähestyttävän tutkimuskohteen. (Lumijärvi 1994a: 10.)

Kehittämishjelmat eivät aina onnistu suunnitellusti (Brinkerhoff 1987: 3; Pykälämäki 2005: 25). Ongelmakohtia löytyy usein tavoitteiden asettelusta tai arvioinnista. Tavoitteet asetetaan liian lyhyelle aikavälille, koska tuloksia halutaan saada nopeasti. (Kirjonen 1994: 24; Brinkerhoff 1987: 4; Pykälämäki 2005: 25.) Koulutusohjelmat saattavat olla liian yleisiä tai teoreettisia. Kehittämistoimien täytyy tuottaa oppimismuutoksia vaikuttavasti ja tehokkaasti. Näistä oppimismuutoksista täytyy olla hyötyä organisaatiolle. Ongelmia syntyy organisaatiossa, jos sillä on hyvin toimiva kehittämishjelma, mutta sitä ei tarvita mihinkään tai hyödyllisestä ohjelmasta huolimatta oppijat eivät opi mitään. Arviointi tehdään usein liian pinnallisesti, jolloin mitataan vain koulutettavien tyytyväisyyttä tai ohjelmien viiheteellistä puolta. Arvioinnissa voidaan kysyä, miten hyvin kaikki oli organisoitu ja miten hyvin opetus eteni. Tällainen arviointitapa hyvine tuloksineenkaan ei takaa sitä, että koulutus olisi vaikuttavaa ja tehokasta. (Brinkerhoff 1987: 3–6; Pykälämäki 2005: 25.)

Koulutuksen vaikutuksia ei ole mahdollista tutkia puhtaana ilmiönä rajatuissa ja eristetyissä laboratorio-olosuhteissa. Koulutukseen osallistuvan elämään vaikuttaa samanaikaisesti monet muutkin asiat kuin pelkästään koulutus. Tämän vuoksi on mahdotonta aukottomasti osoittaa, mitkä vaikutukset ovat koulutuksen aikaansaamia ja mitkä tapahtuvat jonkin muun tekijän vaikutuksesta. Vaikuttavuuden todentamisen haasteita ovat myös muun muassa vaikuttavuuden ajallinen ilmeneminen ja pysyvyys. Koulutuksen vaikutukset voivat olla nähtävissä heti koulutuksessa tai välittömästi sen jälkeen, mutta usein vaikutukset esimerkiksi työyhteisössä tulevat esiin vasta myöhemmin. Saattaa myös käydä niin, että vaikutuksia syntyy ja ne ovat havaittavissa heti koulutuksen jälkeen, mutta pidemmällä aikavälillä ne eivät ole pysyviä. (Tenhula ym. 2008: 285.)

3.2.3 Opiskelijapalaute vaikuttavuuden arvioinnin osana

Peter Sengen (1990: 139) ja Gareth Morganin (1997: 36) mukaan organisaation jäsenet tulee nähdä arvokkaina voimavaroina, joilla on annettavaa organisaatiolle monella eri tavalla. Senge painottaa yksilön roolin merkitystä organisaatiossa todellisuutta muovaavana tekijänä luomalla nykytilanteesta uutta tulevaa (Senge 1990: 69). Opetukseen liittyvät arviointimenettelyt sekä opiskelijapalautteiden kerääminen ovat keskeisiä keinoja korkeakoulujen laadukkaan toiminnan jatkuvaan kehittämiseen. Arvioinnit liittyvät tiiviisti johtamiseen ja toiminnanohjaukseen, mikä tekee toiminnasta tavoitteellista ja järjestelmällistä. Seuranta-, arviointi- ja palautetietojen myötä kokonaisuudet hahmottuvat paremmin ja toiminnasta tulee helpommin seurattavaa. (Pyykkö 2012: 110–112.) Systemaattinen ja toistuva palautejärjestelmä tehostaa organisaation toimintaa. Se on arvokas johtamisen väline. Palaute luo myönteisiä asenteita, parantaa toimintaa ja tuloksia ja sillä on yhteys motivointiin, sitouttamiseen ja voimaantumiseen. Kehittämistyö onnistuu parhaiten, kun siihen osallistuu kaikki palautetta käyttävät tahot. Palautteen on todettu auttavan organisaatiota luomaan oman tulevaisuutensa. Palautteen avulla organisaatio pystyy korjaamaan poikkeamat sen tavoitteissa. Palautteen keräämi-

sessä puuttuu yleensä systemaattisuus ja säännöllisyys. Palautetta on myös kerättävä oikea-aikaisesti, jolloin organisaatio kykenee paremmin huomioimaan ongelmat, asettamaan tavoitteet ja ennakoimaan tulevaa. (Piikkilä 2008: 17.)

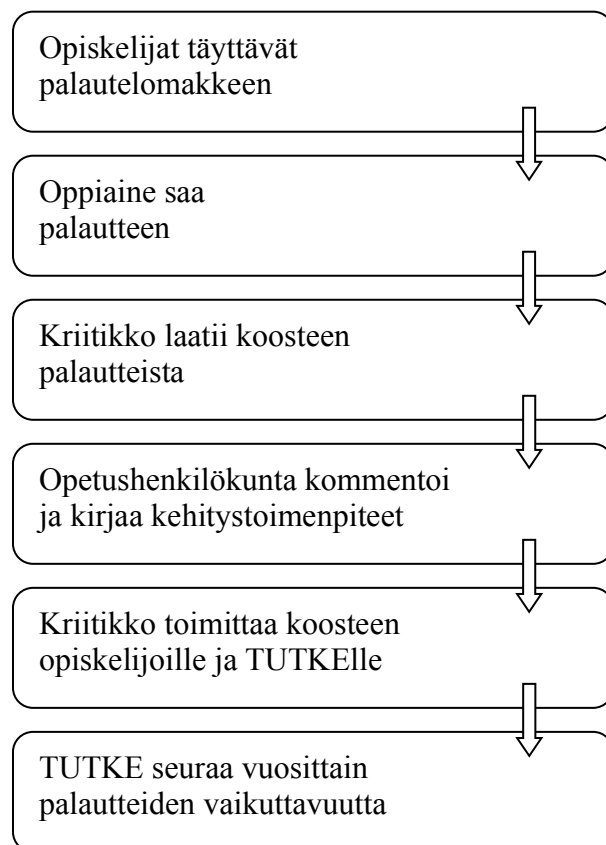
Opiskelijapalautteiden tavoitteena on opetusjärjestelyihin vaikuttaminen. Palautteen kerääminen opiskelijoilta on keino sitouttaa ja motivoida opiskelijaa organisaation toimintaan. Mahdollisuus osallistua toiminnan kehittämiseen koetaan motivoivaksi, mutta myös keskeiseksi tekijäksi yksilöllisen kasvun kehittämisessä. Opiskelijapalautteiden tuloksena syntyy kaksisuuntaista oppimista ja uusia ongelmanratkaisukeinoja, jotka tulee ottaa huomioon opetuksen järjestämisessä jatkossa. Tuloksen takaisinkytkentä opetukseen viestittää palautteen konkreettiset vaikutukset ja seuraukset. Samalla se on viesti opiskelijoille annetun palautteen vaikuttavuudesta ja vaikutusmahdollisuuksista. (Senge 1990: 139, 206; Morgan 1997: 36–38; Piikkilä 2008: 17, 21.)

Opiskelijan näkökulmaa ja kokemuksia ei ole riittävästi hyödynnetty (Uusikylä & Atjonen 2005: 92; Piikkilä 2008: 113). Opetusjärjestelyjen uudistaminen edellyttää uutta tietoa ja uusia voimavaroja. Tämän vuoksi toiminnan kehittämisessä oppilaiden näkökulma on keskeinen. Opiskelijapalaute on opetusjärjestelyjen suunnannäyttävä. Tulevaisuuden avaintekijänä on tunnistaa opiskelijapalautteissa mukana kulkeutuvat hiljaiset viestit. Reagointi niihin antaa oppilaitokselle kilpailuetua suhteessa muihin oppilaitoksiin. Organisaation on opittava hyödyntämään opiskelijoilta saamaansa palautetta, sillä se kytkeytyy aina suurempaan kokonaisuuteen. Palautteen merkitys päätöksentekomateriaalina on opiskelijalle voimaannuttavaa. Palaute on yhteistoimintaa, jonka tarkoituksena on tukea sekä palautteen antajaa että saajaa. (Piikkilä 2008: 113–114.)

Mikko Saarikoski (2002: 6, 54) on kehittänyt Suomeen hoitotyön opiskelijoille suunnatun CLES (*Clinical Learning Environment ja Supervision*) palautelomakkeiston. CLES koostuu viidestä summamuuttujasta ja siinä on 27 väittämää. Tutkimuksen mukaan kliinisen oppimisen ja ohjauksen arviointimalli on helppokäyt-

töinen arviointiväline ja käyttökelpoinen kliinisen oppimisympäristön ja ohjauksen jatkuvassa arvioinnissa. Tulosten perusteella riittävä resursointi, yksilöohjaus ja siihen liittyvä henkilökohtainen ohjaaja ovat tärkeimmät yksittäiset kliinisen ohjauksen osatekijät. Osastolla vallitseva ilmapiiri ja osastonhoitajan johtamistapa koettiin keskeisiksi oppimisympäristössä vaikuttaviksi tekijöiksi. Opiskelijoiden ohjaus on nähtävä tärkeänä osana opiskelijoiden ammatillista kehittymistä.

Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tutkimus- ja kehittämissyksikkö TUTKE on kehittänyt systemaattisesti opiskelijoiden palautejärjestelmää. Pohja tähän kehittämistyöhön luotiin jo muuntokoulutusprojektin aikana. TUTKE:n kehittämistyö kohdistui palautteen antamiseen ja vastaanottamiseen. Tätä varten TUTKE kehitti vuonna 2010 sähköisen palautejärjestelmän koko tiedekunnan käyttöön. Palautetta on kerätty opiskelijoilta, opetushenkilökunnalta ja potilailta. Sähköinen palautelomake koostui TUTKE:n kysymyksistä ja oppiaineen omista kysymyksistä. Pohjana oli yhdenmukainen palautekyselylomake kaikissa tiedekunnan koulutusohjelmissa. Muuntokoulutusprojektin päätyttyä on tähän opiskelijoiden kysymyspatteristoon lisätty kysymyksiä liittyen lääketieteen hajautetun perusopetuksen järjestämiseen. Palautteista tehdään lukukausittaiset koosteet, jotka toimitetaan tiedoksi kyselyn kohderyhmälle, oppiaineelle ja TUTKE:lle. Opintojakson toteutuksesta vastaavat henkilöt antavat koosteessa palautetta opiskelijoiden palautteista ja kirjaavat kehitystoimenpiteet jatkoa ajatellen. TUTKE seuraa palautteita lukuvuosittain tehden niistä erilaisia yhteenvetoja ja vertailuja. Kuviossa 16 on esitetty tiivistetysti palauteprosessin eteneminen. (Koivisto & Aarnio 2012: 161–163.) Keväällä 2013 opiskelijapalautejärjestelmää kehitettiin eteenpäin vaikuttavuusnäkökulmasta. Palautekoosteet käytiin läpi harkinnanvaraisesti joidenkin vastuopettajien kanssa ja pyydettiin heitä raportoimaan opiskelijapalautteiden myötä tehty kehitystyö ja syyt, joiden vuoksi kehitystyö ei ole toteutunut suunnitellusti. Tulokset ovat olleet positiivisia, joten vaikuttavuusseuranta tulee olemaan pysyvä osa opiskelijapalautejärjestelmää. Tämä vaikuttavuusseuranta on osa TUTKEN opiskelijapalautejärjestelmän laadunvalvontaa. (Toivonen, Käpä & Kortekangas-Savolainen 2013: poster.)



Kuvio 16. TUTKE:n kehittämä palautejärjestelmä (Toivonen, Kääpä & Kortekangas-Savolainen 2013: poster; Koivisto & Kronqvist 2012: 51)

Palautteiden keruu, arviointi ja raportointi sekä opetushenkilökunnan pedagogisen koulutuksen järjestäminen ovat tärkeitä asioita hajautetun koulutuksen mahdollistamisen ja kehittämisen näkökulmista. TUTKEN aloittama lääketieteellisten koulutusohjelmien laadun ja työelämävastaisuuden arviointi tuo esiin hajautetun koulutuksen keskeisen roolin koulutussuunnitelmissa. TUTKE seuraa edellä mainittujen seikkojen lisäksi opetusyksiköiden hyvien käytänteiden siirtämistä toisiin opetusyksiköihin, yhtenäisten arviointimenetelmien luomista sekä sidosryhmäyhteistyön avulla valmiutta reagoida nopeasti yhteiskunnallisten ja koulutuksellisten vaatimusten muutoksiin. Näillä kaikilla on merkitystä vaikuttavuuden toteamiseen ja arviointiin. (Koivisto & Aarnio 2012: 161–163.)

Satakunnan sairaanhoitopiiri ja Porin kaupunki ovat saaneet hyviä tuloksia hajautetun lääketieteen peruskoulutuksen opiskelijapalautteissa. Opiskelijat ovat erityisesti arvostaneet hyvää ja laadukasta opetusta, erilaisten potilasryhmien tapaamista, tutustumista hoitoketjuihin sekä moniammatillista koulutusta. Opiskelijat arvioivat myös voivansa hakeutua hajautuspaikkakunnalle lääkärin tai hammaslääkärin töihin loma-aikoina, erikoistumisvaiheessa tai valmistuttuaan yliopistosta. Palautteiden pohjalta saatujen tietojen mukaan opetushenkilökunta on opetustyöstään innostunut ja kokee sen mielekkääksi ja mukavaksi. Opetushenkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä täytyisi palautteiden mukaan hyödyntää entistä enemmän. Yhteistyötä toivotaan kehitettävän yliopiston kanssa. (Koivisto & Aarnio 2012: 161–162.)

Palautteilla on keskeinen rooli tiedonvälittäjänä. Palautetta pidetään yhtä tärkeänä tekijänä kuin taloudellisia palkkioita tai jonkun tietyn yhteisön jäsenyyttä. Mikäli organisaatio on kykenemätön palautteen antamiseen tai vastaanottamiseen, niin yksilö hakee palautemahdollisuuden omin keinoin. (Moore & Kuol 2005: 58.) Yvonne Reed on tutkinut opiskelijoiden toimimista informantteina oppimateriaalien suunnittelussa. Tulosten mukaan opiskelijat tarvitsevat syventävää keskustelua ja tasavertaista dialogia voidakseen osallistua kehittämistyöhön. (Reed 2005: 273.) Toiminnan vaikuttavuuden kannalta palautteiden hyödyntäminen on keskeistä. Jälkiarvioinnilla tarkoitetaan sitä, että suunniteltaessa tulevia opintojaksoja, tulee tarkastella aiemmista opintojaksoista saatua välitöntä palautetta ja kehittää sen pohjalta seuraavia opintojaksoja. Tällä tavoin vastuullinen arviointi hyödyntää jatkossa opintojaksojen edelleen kehittämistä. (Puolakkainen, Turunen, Kivisaari & Kekki 2001: 5300.) Opetushenkilökunnan seminaareissa on tullut esiin opiskelijapalautteista puhuttaessa, että vastuu opetuksesta on aina opetushenkilökunnalla. Opiskelijoiden palautteet pyritään ottamaan huomioon mahdollisimman kattavasti toiminnan kehittämisen näkökulmasta. Opetushenkilökunnalla on kuitenkin ammattitaito ja osaaminen arvioida opetuksen sisältöä ja realistisia kehittämiskohteita. Opetushenkilökunnan näkökulma on oltava myös mukana toiminnan arvioinnissa. Arviointi on liian suppeaa, mikäli se keskittyy vain yhden

ryhmän kokemuksiin ja mielipiteisiin. Sen vuoksi tässäkin tutkimuksessa tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan monelta eri taholta. Palautteiden avulla mahdollistuu osittain toiminnan vaikuttavuuden tarkastelu ja arviointi.

3.2.4 Vaikuttavan hajautetun peruskoulutuksen kriteerit

Vaikuttavuutta on haasteellista arvioida, koska väliin tulevia muuttujia on paljon ja vaikuttavuus on usein subjektiivinen kokemus. Lääketieteen hajautetun peruskoulutuksen vaikuttavuuden tutkiminen voidaan toteuttaa esimerkiksi arvioimalla tiettyjen kriteerien täyttymistä. Nämä kriteerit ovat tämän tutkimuksen tuloksista nousseet ja ne on nostettu työn teoreettiseen osaan niiden tuoman uutuusarvon vuoksi. Taulukossa 6 on tuotu esiin kriteerit, niiden sisällöt ja toimintaedellytykset. Tutkimustulosten yhteenvedossa arvioidaan, miten nämä kriteerit ovat toteutuneet kohdeorganisaatiossa opetustoiminnan aloittamisesta ensimmäisen viiden vuoden aikana. Toiminnan tavoitteet hallinnollisesti ovat selkeät. Alueelle toivotaan lisää kaksikielisiä lääkäreitä, henkilökunnan osaamisen kehittäminen on keskeistä potilaiden hyvän hoidon ja keskussairaalan kilpailukykyisyyden säilymisen kannalta, alueellisen lääketieteellisen tutkimustiedon lisääntyminen on tärkeää, sairaanhoitopiirien yhteistyön kehittyminen tukee verkostoitumista, laadukas lääketieteen perusopetus ja potilaiden laadukas hoitaminen ovat keskiössä.

Ensimmäiseksi pääkriteeriksi nousi toiminnan strategianmukaisuus. Se tarkoittaa tässä yhteydessä organisaation johdon sitoutumista lääketieteen hajautetun perusopetuksen tarjoamiseen sekä opetustoiminnan keskeistä roolia organisaation strategiassa. Ilman johdon sitoutumista ja tahtotilaa toiminnalla ei ole edellytyksiä onnistua. Opetustoiminnan tarjoamiselle on myös oltava selkeä alueellinen tarve. Kriteeriin sisältyy myös alueen väestöpohjan riittävän suuri koko. Riittävä väestöpohja perusopetustoimintaa ajatellen on vähintään 20 000 asukasta. Tämä takaa monipuolisen potilasmateriaalin alueella. Kriteeriin sisältyy myös ruotsinkielisen opetuksen merkitys alueelle. Opetusta on mahdollisuuksien mukaan annettava

ruotsiksi, koska väestöstä suuri osa puhuu ruotsinkieltä äidinkielenään ja alueelle tarvitaan ruotsinkielentaitoisia lääkäreitä. Hyvin järjestetty opetus nostaa organisaation ja samalla koko alueen imagoa. Kustannusten tarkka seuranta on tärkeää vaikuttavan koulutuksen järjestämisessä. Opetustoiminnan maltillinen kasvu optimaaliselle tasolle organisaatiossa on edellytys kustannustehokkuudelle. Opiskelijoiden opettaminen ja ohjaaminen on arvokas pääoma organisaatiossa. Pitkittäis-seurannalla saadaan tietoa opiskelijoiden työllistymisestä hajautuspaikkakunnalle.

Toiseksi pääkriteeriksi nousi toimivuus. Toimivuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä yliopistoyhteistyötä. Yliopistoyhteistyön merkitys alueellisen imagon muodostumisessa on hyvin keskeinen. Yhteistyön kitkattomuus yliopiston ja hajautusta tarjoavan organisaation välillä on edellytys toimivalle järjestelmälle. Hyvästä yhteistyöstä hyötyvät terveydenhuollon organisaatiot, yliopisto, opiskelijat ja koko sairaanhoitopiirin alue. Toiminnan perustaksi on luotava sopimukset opetustoiminnasta yliopiston ja organisaation kesken. Professorien ja kliinisten opettajien on oltava ainakin osa-aikaisessa työsuhteessa yliopistoon. Työsuhte yliopistoon motivoi opetushenkilökuntaa ja sitouttaa opetustyöhön. Tutkimus- ja kehittämistyö on tärkeä osa opetusyhteistyötä. Organisaation ja alueen kehittymisen kannalta tutkimustyön alueellinen lisääntyminen on keskeisessä roolissa. Toimivuus sisältää tehokkaan viestinnän yliopiston, hajautuspaikkakunnan ja opiskelijoiden välillä. Hajautetun opetuksen on suotavaa perustua pääsääntöisesti vapaaehtoisuuteen lähteä opiskelemaan hajautuspaikkakunnalle. Opetukselle on luotava konkreettisia erikoisalakohtaisia tavoitteita ja arviointikäytäntöjä. Yhtenäisten erikoisalakohtaisten tavoitteiden avulla hyvät käytännöt leviävät ja opetus on samankaltaista eri organisaatioiden erikoisalakohtaisissa opetusyksiköissä. Tavoitteiden luominen auttaa opetushenkilökuntaa suunnittelemaan opetuksen sisältöä sekä auttaa opiskelijoita tiedostamaan keskeiset opittavat asiat. Palautteen ja arvioinnin osuus on huomioitava erikseen hajautettuihin opetusjaksoihin liittyen, esimerkiksi luomalla sidosryhmäyhteistyön avulla erikoisalakohtaisten tavoitteiden pohjalta arviointikriteerit hajautetulle perusopetukselle. Tiimityön/moni-

ammattillisen yhteistyön kehittymisen mahdollistaminen on tärkeää hajautetun perusopetusjakson aikana.

Kolmanneksi pääkriteeriksi nousi laadukkuus. Tässä yhteydessä laadukkuudella tarkoitetaan riittävän hyvän ja laadukkaan perusopetuksen tarjoamista. Keskeinen tekijä toiminnan laadukkuudessa on motivoitunut ja asiantunteva opetushenkilökunta. Opettajana toimii kliinisen erikoisalalan erikoislääkäri, jolla on mielellään kliinisen opettajan erityispätevyys. Opetuksen on tutkimustulosten mukaan oltava pedagogisesti ja tiedonvälityksellisesti korkeatasoista. Tämä toteutuu parhaiten, kun opetushenkilökunnalle tarjotaan jatkuvaa täydennyskoulutusta ja pedagogista koulutusta sekä mahdollisuus verkostoitua keskenään. Tähän kriteeriin sisältyy tärkeänä osana toimintaan ohjatut riittävät taloudelliset resurssit. Riittävät resurssit ovat keskeisessä roolissa hyvän opetuksen tarjoamisessa. Opetushenkilökunnan määrä terveydenhuollon organisaatiossa on erikoisaloittain oltava riittävä, opettajien on saatava opetustyöstään rahallinen korvaus ja yleisesti on tunnustettava opetustyön olevan osa työaika. Laadukkuuteen liittyy keskeisenä tekijänä myös hajautetun opetuksen ryhmäkoot. Ne eivät saa kasvaa kohtuuttoman suuriksi, koska liian suuret ryhmäkoot heikentävät opetuksen laatua. Hajautetun opetuksen etu on opiskelijoiden ja opettajien näkökulmasta juuri pienryhmäopetuksessa. Opiskelijamäärien kasvaessa on lisättävä pienryhmien määriä. Tämä tarkoittaa riittävää resursointia opetushenkilökunnan määrään. Opetushenkilökunnan vaikutusmahdollisuus ryhmäkokoihin sitouttaa opetushenkilökuntaa työhönsä, vähentää kuormittavuutta, vaikuttaa työyksikön ilmapiiriin positiivisesti ja edesauttaa opiskelijoiden tyytyväisyyttä opetukseen. Hajautusjaksoille opiskelijoille luodaan selkeät viikko-ohjelmat, joihin sisällytetään monipuolinen opetus ja opetuksen kannalta riittävä potilaskontaktien määrä. Laadukkuuden kriteeriin sisältyy myös organisaation riittävät opetustilat, jotka ovat monikäyttöisiä ja mielellään suunniteltu opetustoiminta huomioiden. Varsinaisten kliinisten opetustilojen lisäksi terveydenhuollon organisaatiossa on oltava muun muassa opiskelijoille suunnattuja videoluentotiloja ja tenttitiloja. Opiskelijan on myös päästävä opintoihinsa liittyviin tietokantoihin ja tieteellisen kirjaston aineistoihin käsiksi.

Neljänneksi pääkriteeriksi tutkimustuloksista nousi toiminnan sujuvuus. Sujuvuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä hajautusjaksoon liittyvien käytännön järjestelyjen toimivuutta. Opiskelijoiden käytännön järjestelyjen toimivuus terveydenhuollon organisaatiossa liittyy keskeisesti alueen vetovoimaan ja imagoon. Käytännön järjestelyillä tarkoitetaan hajautusjaksosta tiedottamista, sairaalan käytäntöihin perehdyttämistä, tenttimismahdollisuutta terveydenhuollon organisaatiossa, mahdollisuutta tarvittaessa seurata yliopiston luentoja videovälitteisesti hajautuspaikkakunnalla, matkustusjärjestelyjä hajautuspaikkakunnalle sekä majoitusjärjestelyjä hajautuspaikkakunnalla. Näiden tekijöiden on hyvä olla mahdollisimman vähän opiskelijoita kuormittavaa. Yliopiston tehtävänä on koordinoida opiskelijoiden matkustusjärjestelyjä hajautuspaikkakunnalle. Terveydenhuollon organisaation tehtävänä on järjestää majoitus opiskelijoille hajautetun perusopetusjakson aikana. Sujuvuus tarkoittaa sitä, että opiskelijaryhmien koordinointiin kohdennetaan resurssi yliopistolla, yliopistosairaalassa ja hajautuspaikkakunnalla. Hajautuspaikkakunnalla koulutussuunnittelija tai opetushoitaja vastaanottaa opiskelijat, koordinoi toimintaa, valvoo opiskelijoiden tenttejä ja huolehtii käytännön asioiden sujuvuudesta. Sujuvuuden kannalta on tärkeää, että videoluentoja varten on hajautuspaikkakunnalla resurssi huolehtimassa tarvittaessa päivittäisten yhteyksien järjestämisestä.

Taulukko 6. Vaikuttavan hajautetun peruskoulutuksen kriteerit

Arviointikriteerit	Sisältö	Toteutumisedellytykset
Strategianmukaisuus	<ul style="list-style-type: none"> - Johdon sitoutuminen ja tuki toiminnalle. - Riittävä väestöpohja. - Ruotsinkielinen opetus. - Työllistyminen alueelle. - Sopiva opetusvolyyymi. - Kustannustehokkuus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisaatiossa ja alueella on tarve tarjota lääketieteen hajautettua perusopetusta. - Riittävä väestöpohja on 20 000 asukasta opetustoimintaa ajatellen. - Opetushenkilökunnalla on valmiudet opettaa myös ruotsinkielellä. - Rekrytoinnin onnistuminen. - Varautuminen opetusvolyymin kasvuun. - Kustannusten tarkka seuranta, toiminnan maltillinen kasvu optimaaliselle tasolle.
Toimivuus	<ul style="list-style-type: none"> - Sopimukset toiminnan järjestämisestä. - Opetushenkilökunta on työsuhteessa yliopistoon. - Tutkimus- ja kehittämis-toiminta on osa opetustyötä. - Viestintä on sujuvaa yhteistyötahojen välillä. - Vapaaehtoisuuteen pohjautuvaa. - Erikoisalakohtaisten tavoitteiden ja opintojaksojen palaute-/ arviointikriteeristöjen luominen. - Moniammatillisuuden kehittäminen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaikilla osapuolilla on yhteinen tahtotila. - On opetustoiminnasta kiinnostuneita ammattilaisia. - On tutkimustyöstä kiinnostuneita ammattilaisia. - Tiivis ohjausryhmätoiminta. - Toimintaa koordinoiva taho yliopistopaikkakunnalla ja hajautuspaikkakunnalla. - Opiskelijan kuuleminen. - Erikoisalakohtaiset vuosittaiset koontumiset ja opetustoiminnan linjatukset yliopiston ja hajautuspaikkakuntien välillä. - Ammattilaisten halukkuus kehittää moniammatillista opetusta opiskelijoille.
Laadukkuus	<ul style="list-style-type: none"> - Riittävät resurssit toiminnalle. - Opetushenkilökunta on motivoitunutta, osaavaa ja opetustyöhön sitoutunutta. - Opetushenkilökunnan koulutus ja verkostoituminen. - Hajautetun opetuksen ryhmäkoot. - Riittävät opetustilat ja tilojen tehokas käyttö. - Opetuksen laadun seuranta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Opetushenkilökunnan riittävä määrä. - Opetustyö on työaikaa. - Opetustyön huomioiminen opetushenkilökunnan palkkauksessa. - Pääsy täydennyskoulutuksiin ja pedagogisiin koulutuksiin. - Hajautuspaikkakunnan opettajilla on mahdollisuus vaikuttaa hajautetun opetuksen ryhmäkokoihin. - Opetustilat vastaavat tarvetta. - Opiskelijalla on mahdollisuus tieteellisen kirjaston palvelujen käyttöön. - Opetusjaksoilla on monipuoliset viikko-ohjelmat erikoisaloittain. - Opiskelijapalautteita seurataan. - Opetushenkilökunnan palautteita seurataan.

(jatkuu)		(jatkuu)
		- Käytännön osaamiseen liittyvien tenttien järjestäminen hajautuspaikkakunnalla.
Sujuvuus	<ul style="list-style-type: none"> - Opiskelijoiden vastaanotto ja yleinen perehdytys opetusjaksoon. - Riittävä etukäteistiedottaminen. - Opiskelijoiden matkat hajautuspaikkakunnalle. - Opiskelijoiden majoitus hajautuspaikkakunnalla. - Opetustilojen järjestelyt, muun muassa tenttitilat ja videoluentotilat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hajautuspaikkakunnalla on koulutussuunnittelija tai opetushoitaja vastaanottamassa opiskelijoita, koordinoimassa toimintaa ja huolehtimassa tiedottamisesta sekä käytännön asioiden järjestelyistä. - Yliopisto huolehtii opiskelijoiden matkajärjestelyistä. - Terveystieteiden organisaatio huolehtii opiskelijoiden majoitusjärjestelyistä hajautuspaikkakunnalla. - Hajautuspaikkakunnalla on videoluentojen organisoinnista vastaava henkilö. - Sijainen/varahenkilö koulutussuunnittelijalle/opetushoitajalle sekä videoluennoista vastaavalle. - Riittävästi tiloja tenttimiseen ja videoluentojen seuraamiseen.

3.3 Yhteenveto

Arviointitietoa käytetään toiminnan ohjaamisen ja kehittämisen välineenä. Toiminnan pitää olla mahdollisimman tehokasta. Pelkkä tehokkuuden tavoittelu ei kuitenkaan riitä, vaan tarvitaan tietoa organisaation asiakkaiden tarpeiden tyydyttymisestä ja toiminnan tavoitteiden saavuttamisesta. Luomalla arviointikriteerejä pyritään kehittämään laatua ja toiminnan sisältöä kuvaavia kriteerejä numeeristen mittareiden rinnalle. Vaikuttavuuden arvioinnissa haasteellista on mittareiden muodostaminen, koska vaikuttavuus on niin moniulotteinen ilmiö. Toiminnan vaikuttavuus tulee usein esiin vasta pidemmän ajan kuluttua toimenpiteiden toteutuksesta. Tämän tutkimuksen tuloksena tuodaan esiin vaikuttavan lääketieteen hajautetun peruskoulutuksen kriteerit osaamisen johtamisen välineeksi. Ottamalla huomioon kriteerit toimintaa aloitettaessa, on jo saavutettu tietty vaikuttavuuden

tasoa. Osaamisen johtamisen vaikuttavuus tarkoittaa tässä tutkimuksessa toiminnan suunnittelua, resursointia ja toiminnalle asetettujen tavoitteiden toteutumisen seuranta. Uusien Turun yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta valmistuneiden lääkäreiden työllistyminen kaksikielisen Vaasan sairaanhoitopiirin alueelle selviää vasta pitkittäisseurannassa. Tämä tutkimus luo pohjaa pitkittäisseurannalle ja tuo esiin tilanteen toimintaa aloitettaessa ja ensimmäisen viiden vuoden ajalta. Työllistymiseen vaikuttaa muutkin seikat kuin hajautettu opetus, joten sen vuoksi työllistymisenkään ei ole yksiselitteinen hajautetun opetuksen vaikuttavuuden mittari. Työllistyneiden määrästä nähdään kuitenkin suuntaa antavasti, miten paljon lukumäärällisesti opetuksessa olleita lääketieteen opiskelijoita on tullut valmistuttuaan työskentelemään hajautuspaikkakunnalle. Osaamisen johtamisen kautta luodaan edellytykset tavoitteiden mahdollistumiselle organisaatiossa. Välineitä tarkastella osaamisen johtamisen vaikuttavuutta on seurata pidemmällä aikavälillä henkilöstön motivaatiota, sitoutumista, osaamisen kehittymistä, lisäkouluttautumista, tutkimustiedon alueellista lisääntymistä ja valmistuneiden lääkäreiden työllistymistä Vaasan sairaanhoitopiiriin.

Tavoitteiden saavuttamisen lisäksi osaamisen johtamisessa seurataan taloudellisia näkökulmia. On oleellista, että toiminnan tavoitteet saavutetaan annettujen resurssien puitteissa mahdollisimman pitkälle. Vaikuttavuuden kannalta on tärkeää, että tehdään oikeita asioita. Resurssien niukkuus johtaa tehokkaan toiminnan vaatimukseen. Arvioinnin tavoitteet ovat subjektiivisia ja ihmisen arvomaailmaan pohjautuvia asioita. Arvioinnissa on lähdettävä päätöksentekijöiden tavoitteesta liikkeelle, koska siten arvioinnin tulokset parhaiten hyödyttävät organisaatiota. Arvioinnissa on huomioitava eri näkökulmia, joita ovat muun muassa kansalaisnäkökulma, poliittisen päättäjän näkökulma ja hallinnon näkökulma. Ilmiöiden moninaisuus johtaa lisääntyneeseen monitahoarviointien tarpeeseen. Ei ole olemassa vain yhtä objektiivista todellisuutta, vaan useita sosiaalisesti rakentuneita todellisuuksia. Tämä tutkimus on toteutettu monitahoarviointina, jolloin saadaan tietoa tutkittavasta ilmiöstä useamman eri avainryhmän näkökulmista. Koulutuksen arvioinnin tarkoituksena on varmistaa koulutusta koskevan lainsäädännön toteutu-

minen, oppimisen edellytyksen paraneminen ja koulutuksen kehittämisen tukeminen. Koulutuksen arviointi vaihtelee koulutustasoittain ja sektoreittain. Yleisesti ottaen kaikki, mitä koulutuksella saadaan aikaan, on sen vaikuttavuutta. Usein tuotokset ovat moniulotteisia sekä syvä- ja pitkävaikutteisia, jolloin niiden mittaaminen on vaikeaa. Tärkeitä osa-alueita koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa kustannusten lisäksi ovat työvoiman käyttö, koulutustilat, oppimateriaalit, oheispalvelut ja opiskelijoiden ominaisuudet. Koulutuksella on oppimista laajempia vaikutuksia. Sen avulla syntyy yksilöllistä, organisatorista ja yhteiskunnallista tarkoituksenmukaisuutta, käyttöön sopivuutta, hyödyllisyyttä ja mielekkyyttä. Arvioinnilla voidaan perustella koulutuksen järjestäjän olemassaolon tarpeellisuutta ja kannattavaa investointia. Arviointi toimii myös päätöksenteon välineenä.

Koulutuksen vaikuttavuutta voidaan teoriassa mitata opiskelijoiden välittömällä palautteella, koulutuksen ansiosta tapahtuvalla oppimisella, koulutuksen ansiosta tapahtuvalla työkäyttäytymisen muutoksella ja koulutuksen tuloksilla ja vaikutuksilla työyhteisön sekä yhteiskunnan tasolla. Koulutuksen vaikuttavuudella tavoitellaan positiivista koulutuksen onnistumista sekä tehtävien ja tavoitteiden täyttymistä. Yhteistyötä terveydenhuollon eri professionien välillä on syytä kehittää jo perusopintojen vaiheessa. Tällä hetkellä opiskelijapalautteita kerätään erilaisilla menetelmillä lääketieteen ja hoitoalan opiskelijoilta. Erilaisten opetussisältöjen vuoksi tarvitaan oppiaineittain räätälöityjä palautelomakkeita. Yhteneväisiä kaikkia opiskelijoita koskevia seikkoja sisältyy kuitenkin käytännön opetusjaksoihin, kuten esimerkiksi vuorovaikutukseen, tiimityöhön ja potilaiden kohtaamiseen liittyen. Haasteen koulutuksen vaikuttavuuden tutkimiselle tuo se, että koulutuksen vaikutuksia ei ole mahdollista tutkia puhtaana ilmiönä tai rajatuissa ja eristetyissä laboratorio-olosuhteissa. Haasteena on myös tavoitteiden asettaminen liian lyhyelle aikavälille sekä vaikuttavuuden ajallinen ilmeneminen ja pysyvyys. Opetushenkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä täytyy tulevaisuudessa hyödyntää entistä enemmän. Vaikuttava koulutus syntyy pitkäjänteisellä kehittämistä vaativalla työllä, rahallisen ja määrällisen mittaamisen sijasta.

4 MENETELMÄT JA AINEISTOT

Tässä luvussa tuodaan esiin tutkimuskohteen sekä tutkimusmenetelmien lähtökohdat ja toteutukset. Tutkimustulokset muodostuvat monitahoarviointina triangulaatiomallin mukaisesti kolmesta eri osa-alueesta, jotka ovat asiantuntijoiden teemahaastattelut, kyselytutkimus ammattilaisille ja kooste hajautetussa opetuksessa olleiden opiskelijoiden palautteista. Tutkimuksen kohteena on lääketieteen hajautettu perusopetus Vaasan sairaanhoitopiirissä.

4.1 Tutkimuskohteen kuvaus

Lääketieteen lisensiaatin tutkinnon rakenne muodostuu 12 lukukaudesta, joista Turun yliopistossa käytetään lukukaudesta riippuen termiä C1–C12. C1 on opintojen ensimmäinen ja C12 opintojen viimeinen lukukausi. Opinnot koostuvat perus- ja aineopinnoista, syventävistä ja valinnaisista opinnoista. Prekliininen opetus tapahtuu lukukausilla C1–C5 ja kliinisen vaiheen opetus lukukausilla C6–C12. (Kallio 2014: 25.) Opintosuunnitelman rakenne on esitetty tarkemmin tämän työn liitteessä 7. Yliopistolliset keskussairaalat, keskussairaalat, aluesairaalat ja terveysasemat tarjoavat yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien opintosuunnitelmien mukaista käytännön harjoittelua ja hajautettua perusopetusta opiskelijoille.

Tutkimuksen kohdeorganisaationa on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin erityisvastuualueeseen kuuluva Vaasan sairaanhoitopiiri. Vaasan sairaanhoitopiirin väestöpohja koostuu 13 omistajakunnasta, joissa on yhteensä noin 168 000 asukasta. Sairaanhoitopiiriin kuuluu kaksi sairaalaa; Vaasan keskussairaala ja Selkämeren aluesairaala. Lisäksi sairaanhoitopiiriin alueelle sijoittuu useita terveysasemia. (Vaasan keskussairaala 2014.) Vuoden 2017 alusta lähtien sairaanhoitopiirit tullaan yhdistämään laajemmiksi sotealueiksi (sosiaali- ja terveysalue). So-

tealueet kootaan voimassa olevien erityisvastuualueiden pohjalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Tutkimuksessa hajautettua perusopetusta tarkastellaan lähinnä sisätautien, kirurgian, anesthesiologian, lastentautien, naistentautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien sekä psykiatrian osalta. Nämä ovat niitä keskeisiä erikoisaloja, joihin tutkimuksen empiirisen osuuden teon vaiheessa on Turun yliopiston lääketieteen opiskelijoita hajautettu opintojaksoilleen. Jatkossa hajautettua opetusta tarjotaan laajemmin myös muilla erikoisaloilla sekä perusterveydenhuollon puolella. Vaasan opetushammashoitolassa on tarjottu hajautettua hammaslääketieteen perusopetusta vuodesta 2008 alkaen. Vaasan keskussairaalaan tulee käytännön harjoittelujaksoille opiskelijoita myös muista lääketieteellisistä tiedekunnista, mutta tutkija rajaa tämän tutkimuksen Turun yliopiston kanssa tehtävään yhteistyöhön. Perusteluna tähän on, että Turun yliopiston hajauttama lääketieteen perusopetus Vaasan keskussairaalaan on toistaiseksi huomattavasti laajempaa kuin muiden lääketieteellisten tiedekuntien hajauttama käytännön opetus Vaasaan.

Hajautetun opetuksen tarjoamisella tavoitellaan ensisijaisesti terveydenhuollon organisaatioon uusia lääkäreitä työntekijöiksi. Rekrytoinnilla on suuri merkitys motivaatiossa tarjota opetusta hajautuspaikkakunnilla. Hajautuspaikkakunnan vetovoimaisuutta pyritään myös lisäämään opetuksen tarjoamisen avulla. Lisäksi hajautetun opetuksen avulla saadaan päivitettyä lääketieteellistä osaamista sekä rekrytoitua professoritason osaamista hajautuspaikkakunnalle. Verkostoituminen ja yhteistyö lisääntyvät käytännön tasolla hajautetun opetuksen myötä. Lisäksi tulee esiin mahdollisuus vertailukehittämiseen eli benchmarkingiin eri hajautuspaikkakuntien välillä. (Sopimus 2011.)

Hajautettuun opetukseen lähteminen on Turun yliopiston mukaan opiskelijalle vapaaehtoista. Vaasan keskussairaala on melko uutena toimijana hajautetun opetuksen tarjoamisessa, joten opiskelijajakoon liittyen on Turun yliopistolla tehty kriteerit. Mikäli halukkaita hajautukseen tulijoita on enemmän kuin vapaita paikkoja, niin kriteerien mukaan ensisijaisesti Vaasaan tulevat opiskelijat ovat kotoi-

sin Vaasan seudulta ja ruotsinkielisiä. Ruotsinkielistä hajautettua opetusta ei ole mahdollista saada Porissa samassa mittakaavassa kuin Vaasassa. Muiden hakijoiden kesken suoritetaan arvonta Vaasaan hajautukseen pääsystä. Arvonnassa ylijääneet opiskelijat ovat etusijalla seuraavan kerran, kun kurssin opiskelijat tulevat opetukseen Vaasaan. Näin myös ruotsia vähemmän taitavilla opiskelijoilla, jotka haluavat kehittää ruotsinkielen osaamistaan, on mahdollisuus päästä hajautettuun opetukseen Vaasaan. (Turun yliopisto 2011a.)

Yhden opiskelijan hajautettu opetusjakso kestää yhdestä kahteen viikkoa kerrallaan erikoisalasta riippuen. Opiskelija on lääketieteen perusopintojensa aikana useissa hajautetuissa opintoryhmissä eri erikoisaloilla hajautettua opetusta tarjoavissa organisaatioissa. Keskussairaalaan ja erikoisalasta riippuen on ryhmäkohtaisissa opiskelijamäärissä vaihtelua. Sisätautien ja kirurgian erikoisaloilla ryhmäkoot ovat perinteisesti olleet suurimpia. Edellä mainituille erikoisaloille hajautettuun opetukseen tulee kerrallaan Vaasan keskussairaalaan 4-18 opiskelijaa. Muiden erikoisalojen ryhmäkoot ovat toistaiseksi olleet suppeampia, 2-4 opiskelijaa/Vaasaan tuleva ryhmä.

Tutkimuksen kohteena on lääketieteen hajautettu peruskoulutus. Sitä tarkastellaan kolmesta avainryhmästä käsin; asiantuntijat, ammattilaiset ja lääketieteen opiskelijat. Asiantuntijoiden ryhmä muodostuu yhteensä kolmestatoista tarkkaan valituista henkilöistä Vaasan sairaanhoitopiirissä, Vaasan kaupungilla, Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa ja Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Asiantuntijat ovat olleet merkittävässä roolissa toiminnan kehittämisessä ja luomisessa. Ammattilaisten ryhmä koostuu Vaasan keskussairaalan lääkäreistä ja sairaanhoitajista niillä erikoisaloilla, joilla Turun yliopiston lääketieteen perusopiskelijoita on ollut hajautetussa opetuksessa vuodesta 2010 alkaen. Lääketieteen opiskelijoiden ryhmä muodostuu hajautetussa opetuksessa Vaasan keskussairaalaan olleista opiskelijoista. Avainryhmistä suurin painoarvo on asiantuntijoilla. Monitahoarvioinnin mukaisesti avainryhmiä voidaan tarvittaessa priorisoida ja painottaa erililla. Avainryhmäpainotusta perustellaan siten, että asiantuntijoiden avainryhmän

avulla saadaan oleellista tietoa liittyen juuri osaamisen johtamiseen sekä siten, että asiantuntijoiden avainryhmän jäsenet ovat olleet luomassa ja kehittämässä lääketieteen perusopetusta Vaasan keskussairaалassa.

Tutkimuksen kohteena on Vaasan keskussairaalan koulutustoiminta, mutta keskussairaalan ulkopuolisissa organisaatioissa työskentelevien asiantuntijoiden teemahaastattelujen avulla saadaan esiin mahdollinen ulkopuolinen lisäarvo tutkimukseen. Tutkimus rajataan resurssisyistä tarkasti Vaasan keskussairaalan toimintaan, eikä tarkoituksena ole vertailla eri organisaatioiden toimintaa keskenään. Ammattilaisten avainryhmän tutkimustuloksia tarkastellaan kvantitatiivisesti eli määrällisesti. Tutkimuksen olennainen osa on taustalla oleva yhteistyöhanke Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kanssa liittyen lääketieteellisen hajautetun perusopetuksen laadun ja vaikuttavuuden kehittämiseen. Opiskelijapalautteita on kerätty systemaattisesti opetustoiminnan aloitusvaiheesta, syyslukukaudesta 2010, alkaen Vaasan sairaanhoitopiirissä. Turun yliopiston hankkeessa kerätyt opiskelijapalautteet ovat kaikista Turun yliopiston lääketieteen eri hajautusyksiköistä, joten tämän vuoksi aineiston rajaaminen Vaasan keskussairaalaan on tämän tutkimuksen kannalta tärkeää. Lääketieteen opiskelijoiden palautteista on tehty kooste, joka on liitetty tutkimukseen täydentämään kahdesta muusta avainryhmästä saatuja tutkimustuloksia. Avainryhmien määrä ja koot on rajattu tietoisesti sellaisiksi, että analyysi onnistuu tutkimusaikataulun puitteissa. Lopullinen tutkimusaineisto koostuu kaikkien kolmen kohderyhmän aineistojen synteesisistä eli monitahoarvioinnin tuloksena.

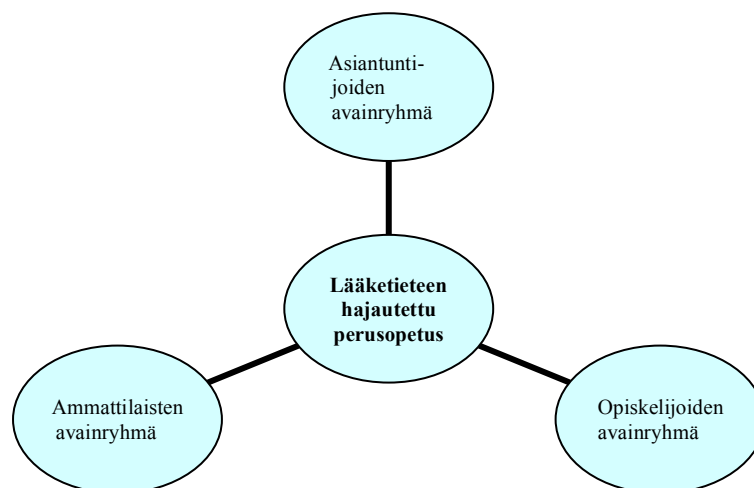
4.2 Monitahoarviointi tutkimusmenetelmänä

Multiple constituency model eli monitahoarviointi on arviointimenetelmä, joka yhdistää monipuolisesti eri lähestymistapojen orientaatioita (Vartiainen 1994: 94–97; Cameron 1978; Keeley 1978). Siinä korostetaan monen eri arviointinäkökul-

man tärkeyttä, sillä eri ryhmät pitävät organisaatiota eri syistä tehokkaana. Pyrkimykset julkisten hyvinvointipalveluiden mittaamiseen ja arvioimiseen ovat osoittaneet, että pelkkä numeerinen niin sanottuihin koviin mittareihin perustuva arviointi ei ole riittävää. Tarvitaan erilaisia vaihtoehtoisia arviointitapoja ja monipuolisia mittareita. (Vartiainen 1994: 94–97; Steers 1975: 546–558.) Triangulaatio tiedonkeruumenetelmänä lisää tiedon oikeellisuutta ja luotettavuutta. Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten menetelmien, tietolähteiden, teorioiden tai tutkijoiden yhdistämistä tutkimuksessa. Triangulaatiossa on kyse monilähtöisyydestä, jonka avulla parannetaan tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2002: 141–142; Silvennoinen-Nuora 2010: 43–44; Eriksson & Koistinen 2005: 42.) Tutkimuksen empiirisessä osuudessa on nähtävissä triangelimaisuus, joka tässä tutkimuksessa pohjautuu monitahoarviointiin. Triangulaatiometodi eli kolmiomittaus perustuu toisiaan täydentävien tutkimusmenetelmien käyttöön (Vartiainen 1994: 32). Tutkimusmenetelmien yhdistämistä puolletaan muun muassa toteamuksella, että useat eri havaintomenetelmät paljastavat empiirisestä todellisuudesta eri puolia (Vartiainen 1994: 34; Denzin 1970: 26).

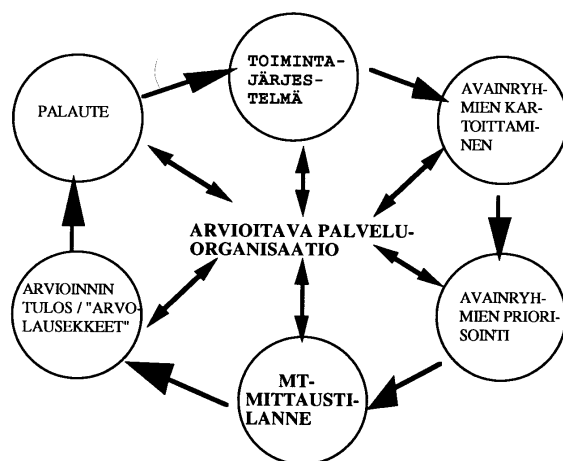
Tässä tutkimuksessa triangulaatiota käytetään kolmessa merkityksessä. Aineistotriangulaatio pitää sisällään eri tahoilta (asiantuntijat, ammattilaiset ja opiskelijat) kerätyjä tietoja. Menetelmätriangulaatio sisältää eri menetelmin (haastattelut, kyselytutkimus ja opiskelijapalautteet) kerätyjä tietoja. (Eskola & Suoranta 1999: 67–70; Silvennoinen-Nuora 2010: 44.) Analyysitriangulaatio puolestaan sisältää erilaisia analyysitapoja, joita tutkimuksessa on käytetty (Tuomi & Sarajärvi 2002: 142–143). Tässä tutkimuksessa teoria- ja metodiyhdistelmät ovat tietoisien valinnan tuloksia. Tutkimuksessa muodostetaan tulosten pohjalta lääketieteellisen peruskoulutuksen vaikuttavan hajautetun koulutuksen pääkriteerit, joiden toteutumista kohdeorganisaatiossa arvioidaan. Pääkriteerit on täsmennetty tutkimusaineiston avulla ja esitelty tämän työn teoriaosuudessa koulutuksen vaikuttavuuden yhteydessä. Lopullinen arvio vaikuttavuudesta tehdään kriteerien toteutumisen valossa tutkimustulosten yhteenvedossa. Arvioinnin tulokset on tuotu esiin tämän työn taulukossa 13.

Monitahoarvioinnin edustajat tarkastelevat organisaatiota tiettyjen avainryhmien kautta. Jokaisella avainryhmällä on omia intressejä liittyen organisaation toimintaan. Termi *constituency* viittaa yksilöihin ja ryhmiin, jotka ovat kiinnostuneita tarkastelun kohteena olevasta organisaatiosta. Synonyyminä yleisesti käytetään termiä *stakeholder*. Näiden termien käyttö yleistyi 1960- ja 1970 -luvulla organisaatioteoreettisessa kirjallisuudessa. Constituency -termiä pidetään jonkin verran laajempuna kuin stakeholder -termiä. Constituency:n määritelmään liittyy oletus, että kaikki ryhmät, joilla on intressejä organisaation toiminnan suhteen, voivat olla organisaation responsiivisen toiminnan kohteena. (Vartiainen 1994: 97–99; Freeman 1984: 31–37; Blair & Fottler 1990; Vartiainen 1993: 5.) Suomennettuna termi constituency tarkoittaa avainryhmää. Monitahoarvioinnin mukaan organisaatiot ovat riippuvaisia avainryhmiensä tarjoamista resursseista. Ellei organisaatio kykene tyydyttämään avainryhmiensä tarpeita, se voi johtaa siihen, että avainryhmät luopuvat organisaation toiminnan tukemisesta. Toisaalta, mitä tyytyväisempiä avainryhmät ovat, sitä paremmin organisaation voidaan katsoa täyttäneen tehtävänsä eli toisin sanoen toimineen tehokkaasti. (Vartiainen 1994: 97–99; D’Aunno 1992: 346–347; Pfeffer & Salancik 1978: 84.) Kuviossa 17 on tuotu esiin tämän tutkimuksen monitahoarvioinnin avainryhmät.



Kuvio 17. Monitahoarvioinnin avainryhmät

Kuviossa 18 on esitetty monitahoarviointiprosessin eri osa-alueet. Monitahoarvioinnissa oletetaan, että organisaation eri avainryhmät tekevät arvionsa omien kokemustensa perusteella. Tällöin vuorovaikutuksesta tulee keskeinen tekijä eri avainryhmien ja organisaation välillä. Avainryhmien erilaiset lähtökohdat ja vaatimukset luovat pohjan monitahoiselle arvioinnille. Avainryhmien valitseminen on arviointiprosessin kannalta merkittävä vaihe. Avainryhmiä organisaatiolla on yleensä suuri määrä, joten avainryhmien priorisointi on myös tärkeä vaihe. Avainryhmät, mittaus tilanne, tulokset, palaute ja toimintajärjestelmä muodostavat kaikki oman erityisen arvioinnin osa-alueensa. Oleellista on miettiä, mitä seurauksia arvioinnilla on organisaation toiminnalle. (Vartiainen 1994: 99–104.)



Kuvio 18. Monitahoarviointi arviointiprosessina (Vartiainen 1994: 100)

Monitahoarviointi on luokiteltu Zammuton mukaan neljään eri lähestymistapaan; laaja-alaisuuteen, neuvottelevuuteen, sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen ja evolutionaarisuuteen. Laaja-alaisuudessa tärkeintä ei ole tavoitteet ja niiden asettaminen vaan toiminta, vuorovaikutus ja sen mukanaan tuoma käsitys organisaation toiminnan tuloksellisuudesta. Laaja-alaisessa monitahoarvioinnissa kaikki avainryhmät pyritään pitämään keskenään tasa-arvoisina ja toiminnan tärkein rooli on informatiivisuudessa. Mallin avulla kerätään ja tuotetaan tietoa avainryhmien mielipiteistä organisaation toiminnan arvioinnissa. Neuvottelevuuteen perustuvaa lähestymistapaa Zammuto nimittää valtaperspektiiviksi. Siinä tuloksekkain orga-

nisaatio on sellainen, joka ensisijaisesti tyydyttää eniten valtaa omaavien jäsenten tarpeet ja takaa samalla itselleen näiden tuen ja resurssien saatavuuden. Sosiaalisen oikeudenmukaisuuden lähestymistavassa korostetaan yksilön vapautta ja sosiaalista sekä taloudellista oikeudenmukaisuutta. Tehokkain organisaatio on sellainen, joka kompensoi kaikkein heikoimman avainryhmän heikkoudet. Evoluutionaarisessa lähestymistavassa tulkitaan organisaation muutosta suhteessa ympäristön muutokseen. Organisaatiot ja ympäristöt kehittyvät jatkuvasti, joten tuloksellisuutta tarkastellaan muutoksen kontekstissa. Organisaatio on tuloksellinen, kun se lisää sopeutumiskykyään lieventämällä ympäristöstä tulevia muutospaineita. (Vartiainen 1994: 104–110; Zammuto 1984: 606–616.) Hirsjärvi & Hurme (2008: 135) tuovat esiin, että tutkimuksen aineisto voi olla valtaisa, jos se on osa jotain laaja-alaista etnografista tutkimusta. Tutkija on tällöin tapahtumien keskipisteessä ja hän on monia menetelmiä käyttäen saanut haltuunsa suuren aineiston. Kaikkea tällaista materiaalia ei ole tarpeen analysoida, eikä tutkija aina pysty hyödyntämään kaikkea keräämäänsä aineistoa.

Tutkijan oma positio

Erityisesti laadullisessa tutkimuksessa on oleellista tiedostaa ja tuoda esiin tutkijan oma positio tutkimuskentässä (Varto 1992: 113; Koivunen & Liljeström 1996: 271–292; Silvennoinen-Nuora 2010: 44). Tutkijana oma positioni tutkimuksen teossa liittyy omaan tiedonintressiini ja tutkimuksella tuotetun tiedon hyödyntämiseen käytännön kehittämistyössä. Arkityössäni olen keskeisessä roolissa tutkimusaiheeseen liittyen. Tämän vuoksi on pyrittävä ainakin osittain irtautumaan ennakkokäsityksistä ja tarkasteltavaa tutkittavaa ilmiötä aineistolähtöisesti (Valkama 2012: 38). Oma opiskelu- ja työtaustani tukevat tutkimuksen viitekehystä ja teoreettista valintaa. Yli kymmenen vuoden työkokemus sairaanhoitajana on antanut minulle kuvan sairaalamaailman käytännön työssä tapahtuvasta opiskelijoiden ohjaamisesta. Sosiaali- ja terveyshallintotieteen opinnot ovat tuoneet uuden näkökulman sairaalan toimintaan. Työskentely lääketieteen opiskelijoiden koulutussuunnittelijana on toimimista työelämän ja koulutuksen rajapinnassa. Omat

kokemukset ja näkemykset terveydenhuoltojärjestelmästä ja tutkimuskentästä vaikuttavat tutkimuksen ontologisiin, epistemologisiin, teoreettisiin ja metodologisiin valintoihin. Alvesson & Deetz ovat tuoneet esiin näkemyksen, että kaikki tutkimus on fyysisen ja henkisen läheisyyden ja etäisyyden välistä kamppailua siitä, että tutkimuskohde on tuttu, mutta yritetään olla jäämättä tuttuuden vangiksi. (Alvesson & Deetz 2000: 208; Silvennoinen-Nuora 2010: 46.)

4.3 Tutkimuksen aineistot

Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, joka pohjautuu Mer-tonin, Fiskin ja Kendallin vuonna 1956 julkaisemaan kirjaan *The Focused Interview*. Puolistrukturoiduille menetelmille on ominaista, että jokin haastattelun näkökohta on lyöty lukkoon, mutta ei kaikkia. Teemahaastattelun keskeisin olemus on, että haastattelu etenee keskeisten teemojen varassa. Siitä puuttuu strukturoidulle lomakehaastattelulle luonteenomainen tarkka kysymysten muoto ja järjestys, mutta se ei ole kuitenkaan niin vapaamuotoinen kuin syvähaastattelu. Teemahaastattelussa on yleensä haastateltavia pienehkö määrä (10–15 henkilöä). Tutkimusaineisto on kuitenkin usein varsin runsas. (Hirsjärvi & Hurme 2008: 47, 135.) Tutkimuksen alkuvaiheessa pyydettiin tutkimuslupa Vaasan sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäriltä tutkimuksen tekoon. Tutkimuslupa on esitetty tämän tutkimuksen liitteessä 8. Tutkimuksen ensimmäinen osio sisältää tutkijan suorittamat teemahaastattelut yhteensä kolmelletoista asiantuntijalle. Vaasan sairaanhoitopiiristä haastateltiin suurinta kohderyhmää, koska tutkimuksen tarkoitus on kehittää Vaasan sairaanhoitopiirin toimintaa. Haastateltavien joukossa olivat Vaasan sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri, Vaasan sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja, Vaasan sairaanhoitopiirin kaksi professoria ja yksi kliininen opettaja, Vaasan kaupungin johtava ylihammaslääkäri, Vaasan kaupungin avoterveyden-

huollon ylilääkäri, Vaasan kaupungin asiantuntija aiheeseen liittyen sekä Vaasan sairaanhoitopiirin suunnittelupäällikkö. Turun yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta haastateltiin TUTKEN johdossa haastattelujen tekovaiheessa olevaa professoria ja hajautetun opetuksen suunnittelijaa. Satakunnan keskussairaala haastateltiin yhtä professoria ja yhtä opetushoitajaa. Haastateltavat valittiin tarkoin heidän asemansa perusteella yliopistoyhteistyön myötä. Haastateltavat ovat merkittävässä roolissa lääketieteen opetuksen kehittämisessä ja he edustavat erilaisia lähestymistapoja aiheeseen oman pitkäaikaisen asiantuntijuutensa kautta.

Tutkija lähetti kaikille tutkittaville ensin sähköpostilla informaatiota tutkimuksesta, jonka jälkeen haastattelu aika sovittiin sähköpostitse tai puhelimitse. Tutkija suoritti itse haastattelut, jotka kestivät noin yhden tunnin/haastattelu. Haastatteluilla pyrittiin selvittämään näkemyksiä vaikuttavasta terveydenhuollon organisaation järjestämisestä hajautetusta lääketieteen perusopetuksesta sekä osaamisen johtamisen merkitystä hajautetussa perusopetuksessa. Tutkija nauhoitti kaikki haastattelut ja litteroi itse eli puhtaaksikirjoitti nauhoittamansa aineiston tekstiksi. Litteroinnissa kiinnitettiin erityisesti huomiota haastateltavien tuottamaan tietoon (Hirsjärvi & Hurme 2000: 143; Silvennoinen-Nuora 2010: 176). Haastatteluaineiston määrä on 102 A4 sivua puhtaaksikirjoitettua tekstiä. Sisällönanalyysi tehtiin siten, että aineistoon ensin tutustuttiin kirjoittamisen ja kuuntelun kautta, ja sen jälkeen sitä luokiteltiin ja teoretisoitiin (Metsämuuronen 2000a: 54; Silvennoinen-Nuora 2010: 176). Aineisto säilytettiin tutkijalla tutkimuksen teon ajan ja materiaalit tuhottiin analysoinnin jälkeen.

Sisällönanalyysi on perusmenetelmä kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä dokumenttien systemaattiseen ja objektiiviseen analysointiin, kuten novellien, päiväkirjojen, kirjeiden, puheiden, dialogien, raporttien, kirjojen artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analysointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002; Krippendorff 2004; Kyngäs & Vanhanen 1999: 3–12; Neuendorf 2002; Levy 2011: 75.) Se mahdollistaa tutkimusaineistoissa esiintyvien asioiden ja tapahtumien merkitysten, seurauksien ja yhteyksien tarkastelun (Morse & Field 1995; Latvala &

Vanhanen-Nuutinen 2003; Levy 2011: 75–76). Sisällönanalyysissä keskeisenä ajatuksena on tiivistää tekstiä joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli aikaisempaan teoriaan tai tutkimusrunkoon perustuvan luokittelun mukaisesti (Krippendorff 2004; Kyngäs & Vanhanen 1999: 3–12; Levy 2011: 76). Tässä työssä käytetään induktiivista lähestymistapaa. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa tapaukset määritellään tarkemmin vasta, kun tutkimusaineisto on kerätty (Eriksson & Koistinen 2005: 6). Tämän tutkimuksen aiheesta ei ollut aiemmin olemassa vaikuttavuuden mittaamiseen soveltuvia kriteerejä. Tutkimuksen empiirisestä osuudesta nousee esiin nämä kriteerit, jotka tekevät uutuusarvoltaan tutkimuksesta aineistolähtöisen. Laadullisen analyysin avulla on mahdollista nostaa kuuluville niitä ääniä, jotka ehkä muuten ilmiöstä puhuttaessa eivät nousisi esiin. Puhtaan totuuden esille saaminen inhimillisestä todellisuudesta on mahdotonta, mutta lähimmäksi ilmiön olennaisia piirteitä voidaan päästä systemaattisen analysoinnin, tulkinnan ja käsitteellistämisen kautta. (Nyholm & Airaksinen 2011: 299.)

Analyysiä aloitettaessa ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön valinta. Se voi olla sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Tämän lisäksi tutkijan on päätettävä analysoiko hän vain selkeät (*manifest content*) vai myös piilossa (*latent content*) olevat ilmaisut. (Kyngäs & Vanhanen 1999: 3–12; Levy 2011: 76.) Seuraavassa vaiheessa muodostetaan luokkia eli luokitellaan aineistoa. Sille on tyypillistä looginen yhdisteleminen ja ryhmitteleminen toisiaan kuvaaviin luokkiin. Aineiston abstrahointia jatketaan niin pitkään kuin se on sisällön kannalta mahdollista ja mielekästä. Lopuksi luokille annetaan sitä kuvaava nimi. (Morse & Field 1995; Kyngäs & Vanhanen 1999; Neuendorf 2002; Levy 2011: 75–76; Simonen 2012: 48.) Tässä tutkimuksessa analysoitiin vain selkeät ilmaisut tulkinnallisuuden välttämiseksi. Aineistoa ei luokiteltu tai kvantifioitu lukumäärällisesti, vaan haastatteluaineisto purettiin teemoittelun avulla kategorioihin. Laadullisen tutkimusperinteen mukaan lukumäärillä ei ole teemoittelussa merkitystä. (Tuomi & Sarajärvi 2002: 95; Silvennoinen-Nuora 2010: 176.)

Kyselytutkimus

Kyselytutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä. Siinä viitataan yleensä mittaamiseen, joka tapahtuu järjestysasteikolla tai vähintään intervalliasteikolla (Niiniluoto 2002a: 188). Menetelmä antaa yleisen kuvan muuttujien (mitattavat ominaisuudet) välisistä suhteista ja eroista sekä pyrkii säännönmukaisuuksien löytämiseen aineistosta. Vastauksia haetaan kysymyksiin kuinka paljon tai miten usein. Kysely ei ole sama asia kuin määrällinen tutkimus, mutta määrällisessä tutkimuksessa käytetään usein kyselyä tutkimusaineiston keräämisessä. Määrälliselle tutkimukselle ominaista on tiedon strukturointi, mittaaminen, mittarin käyttäminen, tiedon käsittely ja esittäminen numeroin, tutkimusprosessin ja tulosten objektiivisuus sekä vastaajien suuri määrä. Määrällisen tutkimuksen tarkoitus on joko selittää, kartoittaa, kuvata, vertailla tai ennustaa ihmistä koskevia asioita ja ominaisuuksia. Hypoteesin eli perustellun väittämän esittäminen on tavanomaista määrällisessä tutkimuksessa. Hypoteesin muodossa esitetty väite sisältää tutkimusongelmaa koskevan ennakoivan selityksen tai ratkaisun mahdollisesta asioiden välisestä yhteydestä, eroista tai syistä. Kuvailevissa ja kartoittavissa tutkimuksissa ei aseteta hypoteeseja. (Vilka 2007: 13–25.) Tässä tutkimuksessa ei esitetä hypoteesia, koska tutkimuksen avulla kuvaillaan ja kartoitetaan tutkimusongelmien aihepiiriä. Empirian toinen osio muodostuu kyselytutkimuksesta kohdeorganisaatiossa lääketieteellisen peruskoulutuksen hajaute- tussa opetuksessa olleiden opiskelijoiden professoreille, kliinisille lääkäriopetta- jille, hallinnon henkilöille sekä työyksiköiden muille lääkäreille ja sairaanhoitajil- le. Tutkija valitsi tutkittavikseen erikoisaloittain Vaasan keskussairaalan henkilö- kuntaa. Tutkimuksen otos ei ole satunnaisotos. Ne työyksiköt, jotka ovat olleet mukana toteuttamassa Turun yliopiston hajauttamaa lääketieteen perusopetusta, valittiin mukaan tutkimukseen. Sähköiset kyselylomakkeet muodostettiin webro- polissa niin sanotun Likertin asteikon mallin mukaisesti asteikolla 1–5 sekä avoi- mina kysymyksinä. Kyselytutkimuksen kysymykset johdettiin temahaastattelu- jen pohjalta hyödyntäen tutkimuksen pääteemoja.

Ennen kyselytutkimuksen suorittamista testattiin kyselykaavakkeen toimivuus kahden ulkopuolisen henkilön avulla. Näiden kommenttien, väitöskirjatyön ohjaajien ja Vaasan yliopiston tilastotieteen opettajan kommenttien perusteella tutkija muokkasi kyselylomakettaan. Lomakkeen käänsi yksityinen kielenkääntäjä ruotsinkielelle. Näin kyselylomake voitiin lähettää tutkittaville molemmilla kotimaisilla kielillä, eikä vastausprosenttiin vaikuttanut kielelliset tekijät. Kyselytutkimuksen kohderyhmän sähköpostiosoitteet selvitettiin Vaasan sairaanhoitopiirin hallinnollisen koulutuskalenterin kautta. Ensimmäisen kerran kysely saatekirjeineen lähetettiin sähköpostitse joulukuun 2012 alussa valitulle kohderyhmälle. Viesti lähetettiin vielä kahden viikon kuluttua uudelleen samalle kohderyhmälle. Kyselytutkimuksen suorittamisen jälkeen tutkija sulki linkin sähköiseen webropol-kyselyyn. Aineiston tutkija säilytti itsellään. Tutkimuksen valmistuttua tutkija hävitti aineistonsa. Kyselytutkimuksen aineistosta ei voi päätellä yksittäistä vastaajaa. Kyselytutkimuksen saateteksti ja kyselylomakkeet on esitetty tämän työn liitteissä 4 ja 5. Kyselylomake on jaoteltu kolmeen osa-alueeseen, joiden mukaisesti kyselytutkimuksen tulokset esitetään. Huomioitavaa on, että kyselytutkimus tehtiin vuoden 2012 lopulla, jonka jälkeen toiminta on organisaatiossa laajentunut. Opetushenkilökuntaa on tullut lisää kyselyn suorittamisen jälkeen ja myös opiskelijoiden määrä organisaatiossa on lisääntynyt. Kysely on siis otos sen hetkisestä tilanteesta. Tutkimuksen tulokset ovat kuitenkin suuntaa antavia jatkokehittämisen kannalta.

Kyselytutkimuksen tulosten viemisessä tilastotieteelliseen SAS-ohjelmaan on suurena apuna ollut biostatistikko Tero Vahlberg. Tutkija on itse tehnyt SAS-ohjelmalla saadusta raakadatasta tutkimuksen taulukot ja analysoinut tuloksia. Kaikista kysymyksistä on laskettu vastausten lukumäärät eli frekvenssit ja prosenttijakaumat. Muutamasta lähemmin tarkastellusta kysymyksestä on tehty ristintaulukointia ja pylväskuvaajia. Kyselytutkimuksen raporttiosuudessa käsitellään keskeisimmät tulokset. Erojen tulkinta tehtiin frekvenssien ja prosenttijakaumien avulla. Aineistoon on tehty muuttujille nimet kyselylomakkeen väittäimien mukaisesti. Kysymykset 7, 10, 16 ja 17 valittiin lähemmin tarkasteltaviksi ra-

portissa. Näiden kysymysten väittämien vastauksista on analysoitu yhteyksiä eri muuttujiin ristiintaulukoimalla ja esittämällä Khiin neliötestin tai Fisherin tarkan testin p-arvoja. Jos korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä oli alle 5, niin silloin käytettiin yhteyden tilastollisen merkitsevyyden tarkasteluun Khiin neliötestiä. Fisherin tarkkaa testiä sovellettiin, jos yli 20 % odotetuista frekvensseistä oli alle 5. Jos p-arvo on <0.05 , niin yhteydet ovat tilastollisesti merkitseviä eli esimerkiksi kuormittavuuden ja kyseisen alaväittämän välillä on tilastollista riippuvuutta. Tilastolliset analyysit tehtiin SAS-ohjelmiston (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) versiolla 9.2. Tutkimuksessa ei tarkasteltu luottamusvälejä, koska se ei olisi tuonut lisäarvoa tuloksiin. Tutkimus on kuvaileva, jossa kyselytutkimuksella kootun aineiston avulla kuvataan lääketieteellisen peruskoulutuksen hajautetusta opetuksesta saatuja kokemuksia. Liitetiedoissa on esitetty ne taulukot, joita ei tuotu varsinaiseen raporttiosuuteen.

Kyselytutkimuksessa on huomioitava mahdollinen vastauskato. Tutkimuksen otosjoukkoa valittaessa tutkijan täytyy valmistautua mahdolliseen kyselyyn vastaamattomien henkilöiden määrään. Tutkimustyön terminologiassa kato tarkoittaa nääntymistä (*attrition*) tai kuolemista (*mortality*) suhteessa vastauksiin. Tällaisessa tilanteessa tutkijan on syytä tehdä katoanalyysi. (Metsämuuronen 2009: 1200–1201.) Tässä tutkimuksessa on pohdittu tutkimuksen vastauskatoa kyselytutkimuksen analysointiosuuden lopuksi sekä tutkimuksen luotettavuuden pohdintaosiossa.

Opiskelijapalautteet

Tutkimuksen kolmas osio muodostui tutkijan keräämien opiskelijapalautteiden koosteesta. Opiskelijat ovat hajautetussa perusopetuksessa opintojen kliinisessä vaiheessa eli C6–C12 lukukausien aikana. Palautteita kerättiin vuosina 2010–2013 jokaiselta Turun yliopistosta Vaasan keskussairaalassa olleelta lääketieteen opiskelijalta sähköisen webropol -kyselyn avulla. Palautelomakkeen kysymyspatteriston on luonut Vaasan sairaanhoitopiirin kehitysyksikkö, joka lakkasi toimi-

masta alkuperäisessä muodossaan vuonna 2010. Kehitysyksikön luomat hyvät käytännöt ovat kuitenkin edelleen käytössä muun muassa juuri näiden opiskelijapalautteiden keräämisen muodossa. Kyselylomake muunnettiin tutkijan toimesta vuoden 2011 alussa sähköiseen muotoon, mikä helpottaa palautteiden keräämistä ja analysointia. Näin pystytään myös hajautuspaikkakunnalla seuraamaan opiskelijapalautteita ajantasaisesti. Yliopiston palautekoosteet tulevat lukukausittain, joten räätälöity oma palautteen kerääminen tuo hajautuspaikkakunnalle nopeasti informaatiota mahdollisista muutostarpeista. Etenkin toiminnan alkuvaiheessa on ollut tärkeää kerätä organisaatiossa omaa palautetta. Tätä tutkimusta varten ei erikseen kerätty opiskelijoilta palautteita, vaan palautekyselyjen kerääminen on ollut osa organisaation omaa toimintaprosessia. Useat päällekkäiset palautekyselyt aiheuttavat heikentymistä aktiivisuudessa antaa palautetta.

Opiskelijapalautteista saatua aineistoa ei analysoitu tilastollisin menetelmin, vaan palautteista koottiin koosteeseen niitä tietoja, jotka auttavat kehittämään lääketieteen hajautettua perusopetusta organisaatiossa. Oleellista oli saada esiin opiskelijoiden näkemyksiä. Opiskelijapalautteita tarkasteltiin vuositason erikoisalakohdallisesti toiminnan kehittymisen ja kehittämisen näkökulmasta. Aineiston analysointi eteni siten, että se jaettiin ensin vuosittain erikoisalakohdallisten palautteiden mukaisesti. Tämän jälkeen tutkija poimi aineistosta toistuvasti esille tulevat kehittämiskohteet sekä hyvin toimivat kohteet. Eri erikoisalojen palautteista tuli esiin yhteneviä, tärkeäksi koettuja seikkoja. Analysoinnin raportoinnissa hyödynnettiin suoria lainauksia opiskelijoiden palautteista. Käsittelemällä aineistoa vuositason tutkija sai mielikuvan kehittämistä vaativien seikkojen ajallisesta kehittymisestä. Lopuksi tutkija etsi opiskelijapalautteista yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia muiden avainryhmien näkemyksiin. Opiskelijapalautekyselylomake on osa organisaation omaa toimintaa, joten palautteet säilytetään webropol-ohjelman kansioissa, joihin tutkijalla on tunnukset. Yksittäistä vastaajaa ei palautteista voi tunnistaa. Opiskelijapalautekyselyn kysymyslomake on esitetty kokonaisuudessaan word-muodossa tämän työn liitteessä 6.

5 TUTKIMUSTULOSTEN ANALYSOINTI

Tässä pääluvussa tuodaan esiin tutkimustulokset aineistoittain jaoteltuna. Tämän jälkeen tulosten yhteenvedossa arvioidaan aineistojen pohjalta nousseiden kriteerien valossa toiminnan toteutumista ja vaikuttavuutta.

5.1 Asiantuntijat osaamisen johtamisen perustuksen rakentajina

Tutkimuksen teema-alueet nousevat tutkimuskysymyksistä. Ensimmäisenä teemana on osaamisen johtaminen lääketieteen peruskoulutuksen hajautetussa opetuksessa. Toinen teema-alue on vaikuttava lääketieteen peruskoulutuksen hajautettu opetus ja kolmantena teemana on lääketieteen peruskoulutuksen hajautetun opetuksen kehittäminen. Nämä erilaiset näkökulmat luovat pohjan tälle tutkimusaiheelle. Asiantuntijoiden haastattelu on merkittävä keino kehitettäessä uutta toimintaa.

Johtajan tehtävät

Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että osaamisen johtamisen merkitys tulee esiin etenkin toiminnan aloitus- ja suunnitteluvaiheessa. Organisaation ylimmän johdon tehtävänä on käynnistää yhteistyö yliopiston kanssa, luoda tarvittavat sopimukset toiminnan järjestämisestä, määritellä toiminnan tavoitteet organisaatiolle sekä luoda riittävät resurssit ja puitteet toiminnan järjestämiseksi. Terveystieteiden organisaation tavoitteena on olla kilpailukykyinen yksikkö, jossa on osaamispääomaa. Koulutuksen todetaan lisäävän osaamispääomaa organisaatiossa, koska koulutuksen myötä opetus- ja tutkimusyhteistyö yliopiston kanssa lisääntyvät. Alueelle saadaan akateemista professoritason osaamista, joka heijastuu

suoraan organisaation imagoon sekä toimii myös rekrytointivalttina. Hajautetun opetuksen myötä alueelle saadaan riittävän ajoissa nuoria lääketieteen opiskelijoita tutustumaan organisaatioon ja sen toimintaan. Varhainen rekrytointi on tärkeää alueen työllisyystilannetta ajatellen. Alueellisesti merkittävä tavoite on kaksikielisten lääkäreiden rekrytointi. Koulutuksen avulla pyritään vähentämään ennakkoluuloja ja pelkoa kaksikielistä työ- ja asuinalueita kohtaan, sillä kaksikielisyys on Vaasan sairaanhoitopiirissä luonteva osa jokapäiväistä toimintaa. Se on voimavara ja asiantuntijoiden haastattelujen perusteella useat opiskelijat hakeutuvat opetusjaksoilleen Vaasaan juuri kaksikielisen työympäristön vuoksi.

”Me yritetään panostaa siihen, et me saatais ruotsinkielisiä lääkäreitä tulevaisuudessa jotka pystyis palvelemaan väestöä molemmilla kotimaisilla kielillä. Se ilmenee siinä, että me voidaan yrittää antaa heille opetusta ruotsiksi sitten.”

Osaamisen johtamista, liittyen lääketieteen hajautettuun perusopetukseen, tarvitaan myös klinikkaryhmien johdon tasolla. Opiskelijoiden sijoitukset ja opetusjaksojen monipuoliset sisällöt suunnitellaan yhteistyössä opetushenkilöstön kanssa klinikan resurssit ja puitteet huomioiden. Klinikkkaryhmien johdolla on merkittävä rooli työntekijöiden motivoinnissa opiskelijoiden opetukseen sekä resurssien järjestämisessä käytännön tasolla. Yksi ohjaava professori tai kliininen opettaja ei ehdi opettaa kaikkia opiskelijoita täysipäiväisesti, joten opetustyötä on jaettava ammattilaisten kesken. Henkilökuntatasolla osaaminen päivittyy ja kehittyy opetustyön myötä. Työyhteisö pysyy nuorekkaana, ja opiskelijat tuovat omalta osaltaan uusinta tutkittua tietoa yliopistolta käytännön työyksiköihin. Ilman substanssiosaamista ja osaamista organisaation toiminnasta lääketieteen hajautettua perusopetusta ei voi tarjota.

”Se mikä tässä johtamisessa voi tulla haasteeksi, on juuri se muiden motivoiminen. Koko henkilöstön pitää osallistua siihen opetustyöhön.”

Johdon keino motivoida opetushenkilökuntaa on antaa rahallista korvausta opetustyöstä, luoda riittäviä resursseja toiminnalle ja antaa opettajille riittävästi vaikutusvaltaa muun muassa opiskelijamääristä päätettäessä.

”Mehän ollaan yritetty niin, että ylilääkärit ja opetushenkilökunta saa päättää näistä kändien määristä ja siten ne tavallaan itse voi säädellä sitä millaista kändimäärää ne pystyy opettamaan klinikalla.”

Terveydenhuollon pääasiallinen tehtävä on potilastyö, joten organisaation resurssit täytyy ensisijaisesti suunnata siihen. Kliininen työ ei saa kärsiä liiallisesta opetustyöstä, ja toisaalta opetustyö ei saisi kärsiä liiallisesta kliinisestä työstä. Kokonaisuutena opetustoiminta on terveydenhuollon organisaatiossa hyvin pitkälle riippuvaista yksittäisistä toimijoista eli ns. avainhenkilöistä. Heidän mielipiteillään ja näkemyksillään on merkitystä toimintaa luotaessa ja kehitettäessä. Organisaation ylimmän johdon on oltava sitoutuneita opetustoimintaan sekä kiinnostuneita toiminnan toteuttamisesta käytännön tasolla. Asioiden hoitamisen ja eteenpäin menon kannalta ylimmän johdon tuki on äärimmäisen keskeisessä roolissa. Ei voi olla vain hyvántahtoisuutta toiminnan kehittämisen suhteen, vaan se täytyy ilmetä myös käytännön tekoina. Osaamisen johtamisessa johtajan täytyy varautua strategisiin päätöksiin, kuten lisäpalkkioihin opetustyöhön liittyen. Johtajalla on oltava riittävästi osaamista, aikaa ja vuorovaikutustaitoja liittyen opetustoiminnan järjestämiseen ja kehittämiseen.

”Kyllä osaamisen johtamista täytyy olla varsin paljon, että tätä hajautettua opetusta vois suunnitella ja onnistuneesti toteuttaa.”

Strategia ja tavoitteet

Haastattelujen mukaan lääketieteen peruskoulutuksen hajautetulta opetukselta puuttuu kohdeorganisaatiossa täsmällinen ja auki kirjoitettu strategia. Hajautettua

lääketieteen perusopetusta ja ohjausta on annettu Vaasan sairaanhoitopiirissä jo 1990-luvulta lähtien, lähinnä opiskelijoiden käytännön harjoitteluviikkojen puitteissa. Ohjaukseen ja opetukseen liittyvät keskeiset seikat ovat ammattilaisilla tiedossa, mutta niitä ei ole toistaiseksi yksityiskohtaisesti tuotu esiin. Strategiatoiminnassa keskeistä on sairaanhoitopiirien välinen yhteistyö. Länsirannikolla on kehitetty yhteistyötä myös Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kanssa. Opetusyhteistyö on siten samassa linjassa tutkimuksen kohdeorganisaation muun strategian kanssa.

Hajautetun opetuksen tavoitteita voidaan tarkastella usealla eri taholla. Nuo tahot ovat yliopisto, Vaasan kaupungin alue, Vaasan sairaanhoitopiiri, erikoisalakohtaiset klinikat ja opiskelijan omat tavoitteet. Kaikkien tahojen yhteinen tavoite on, että opiskelijalla on hyvät työelämätaidot. Hajautettu opetus perustuu monipuoliseen potilasmateriaaliin, mikä tuo lisää osaamista ja eri näkökulmia työelämään. Yliopistosairaaloissa potilasmateriaali on usein hyvin pitkälle erikoistunutta, jolloin perusopetuksen anti saattaa jäädä hieman suppealle tasolle. Yliopiston tavoitteena on lisäksi saada laajennettua opettajaresursseja, jolloin opetuksesta tulee laadukkaampaa ja tehokkaampaa pienempien ryhmäkokojen ansiosta. Vaasan kaupungin kannalta tavoitteena on saada alueelle työskentelemään lisää kaksikielisiä lääkäreitä.

”Täällä on havaittu mikä merkitys tällä voi olla esimerkiksi tulevaisuuden kannalta täällä Vaasassa.”

Rekrytointi on myös Vaasan sairaanhoitopiirin keskeinen tavoite organisaatiotasolla ja erikoisalakohtaisesti. Organisaatio pyrkii tarjoamaan hyvää ja laadukasta koulutusta, jonka myötä se antaa hyvän kuvan itsestään työympäristönä opiskelijoille. Opiskelijat tutustuvat hajautuspaikkakunnan terveydenhuollon eri työyksiköihin. Niissä tarjottava hyvä opetus ja kohtelu tukevat rekrytointia.

”Tää on ollut yhteistyötä alusta lähtien eli yliopisto ei ole ainoa organisaatio tässä vaan on vastaanottavat organisaatiot myös.”

Hajautettu opetus on yksi tärkeä keino henkilöstörekrytoinnissa. Osaava ja riittävä henkilöstö takaa tulevaisuudessa organisaation olemassaolon ja kilpailukykyisyyden. Henkilöstön oma osaaminen kehittyy opetustyön myötä. Lääkärikunta panostaa nuorten lääkäreiden kouluttamiseen, että tulevaisuudessakin olisi hyviä lääkäreitä Suomessa. Opetushenkilökuntaa koulutetaan yliopiston taholta esimerkiksi erilaisten pedagogisten opintojen myötä. Lääkärit käyvät myös aktiivisesti omaan substanssialaansa liittyvissä täydennyskoulutuksissa. Oman osaamisen kehittäminen lisää yhteistä osaamis pääomaa organisaatiossa. Oleellista on myös, että organisaatiossa on sellaista osaamista, jota tarvitaan. Osaamisen lisääntyminen vaikuttaa sairaalan ilmapiiriin ja voi lisätä työn mielekkyyttä. Opiskelijoiden myötä sairaalaan tulee uutta, raikasta tunnelmaa. Yliopistolla opetettava uusien tietojen leviää käytännön työhön myös opiskelijoiden välityksellä. On tärkeää organisaation kehittymisen kannalta, että siellä on nuoriakin ihmisiä töissä.

”Pitää löytää se rooli, että ne opiskelijat ei oo vain mukana siinä perustyön kiemurassa vaan sä opetat niitä eri tavalla. Se on kyllä erilaista ja se opettajan rooli pitää erottaa sieltä.”

Opiskelijoiden tavoitteet ovat lähtöisin yliopiston tavoitteista eli siitä mitä opiskelijan tulee oppia opintojaksonsa aikana. Hajautetulle opetukselle ei ole ollut valmiita tavoitteita aikaisemmin, vaan ne ovat sisältyneet yliopiston opetussuunnitelman erikoisalakohtaisiin tavoitteisiin. Vuoden 2012 aikana luotiin Vaasan sairaanhoitopiirissä erikoisalakohtaisesti hajautetun opetusjakson tavoitteita. Professorit ja kliiniset opettajat pohtivat, mitä erityistä juuri heidän erikoisalallaan voi hajautetussa opetuksessa oppia. Useat haastateltavat toivat esiin, että tärkeäksi koetaan opiskelijan opettaminen lääkärin rooliin. Käytännön työn opettaminen siitä hetkestä, kun potilas tulee vastaanotolle, siihen hetkeen kun hän kotiutuu sairaalasta, on merkittävässä roolissa.

Sitoutuminen organisaatioon

Haastattelujen mukaan opiskelijan organisaatioon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat korkealaatuinen opetus, hyvä kohtelu, toimivat käytännön järjestelyt, kotipaikka ja vastaanotto. Opiskelijoille on suunniteltava organisoitua toimintaa hajautetun opetusviikon ajalle. Haasteena ovat opiskelijoiden lyhyet opetusjaksot organisaatiossa. Positiivinen piirre on, että opiskelija kokee organisaation toiminnan niin mielekkääksi, että hän palaa seuraaville opintoihinsa liittyville hajautusjaksoille samaan organisaatioon. Vähitellen organisaatio tulee tutummaksi, organisaatioon tullaan loma-ajoiksi töihin ja lopulta organisaatio tulee yhdeksi vaihtoehdoksi työllistymiseen valmistumisen jälkeen. Opetusyhteistyössä voidaan puhua varhaisesta rekrytoinnista. Keskussairaالاتasolla ryhmäkoko on merkittävässä roolissa opetukseen liittyen. Sopivan kokoinen ryhmäkoko luo parhaat edellytykset oppia ja saada itse harjoitella lääkärin työtä käytännössä. Motivoituneella opetushenkilökunnalla ja muullakin henkilökunnalla on suuri merkitys opiskelijan viihtyvyyteen. Henkilökohtainen ohjaus, arvostaminen ja yksilöllinen suhtautuminen ovat opiskelijalle tärkeitä asioita.

”Goaching eli valmentaminen on tärkeää, vanhempi lääkäri jolla on aikaa olla kandin partnerina, on hyvin tärkeä tälle nuorelle.”

Työn organisoinnilla klinikoissa on suuri merkitys rekrytointiin. Moni asia vaikuttaa siihen, että opiskelija kokee organisaation mielekkääksi. Kaksikielisillä opiskelijoilla sitoutumista Vaasaan voi edesauttaa organisaation kaksikielisyys. Täällä on mahdollisuus käyttää päivittäin molempia kotimaisia kieliä työssä. Yleisesti ottaen hajautettu opetusjakso keskussairaالاتasoisessa paikassa on opiskelijalle avartava kokemus. Opiskelijat huomaavat, että toimintaa on muuallakin kuin vain opiskelupaikkakunnalla. Sidosryhmien merkitys on suuri, opiskelijoilla on mahdollisuus tavata työntekijöitä useassa eri työpisteessä. Vuorovaikutusominaisuudet kehittyvät sekä opiskelijoilla, että muulla henkilökunnalla.

”Se, että on ympärillä tukiverkkoa ja opiskelija kokee, että jos tulee jotain ongelmia niin saa heti apua. Se on hirveen tärkeää.”

Haastattelujen perusteella tuli esiin, että opiskelijan sitouttamisen kannalta on tärkeää ottaa hänet mukaan kaikkeen työyhteisön toimintaan. Näin opiskelija kokee olevansa osa työyhteisöä, ja hänellä on yhtäläinen mahdollisuus osallistua työyhteisön toimintaan. Yliopistojen videoluennot toimivat yhtenä keinona sitouttaa opiskelija organisaatioon. Hajautuspaikkakunnalle tuodaan videoluentoja ja videokokousten välityksellä yliopiston akateemista vaikutusta. Opiskelijat voivat kokea olevansa hajautuspaikkakunnallakin keskellä yliopiston opetusta. Eräs näkökulma lisätä alueen akateemista näkyvyyttä olisi esimerkiksi keskussairaalaorganisaation professoreiden luennointi yliopistoon päin videovälitteisesti heidän omista vahvoista osaamisalueistaan. Professoreiden ja muiden klinisten opettajien myötä alueellinen tutkimustyö kehittyy, ja organisaatio voi olla yhteiskunnassa edelläkävijä osaamisalueissaan.

”Opiskelijoiden suusta on tullut hyvinkin selkeesti, että se on ollut ihan menestystarina, koetaan hyväksi lähteä hajautettuun opetukseen ja että kannattaa lähteä.”

Vaikuttavuus

Tutkimustulosten mukaan hajautetun lääketieteen perusopetuksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella usealla eri taholla. Näitä tahoja ovat vaikuttavuus opiskelijaan, vaikuttavuus hajautettua opetusta tarjoavaan organisaatioon, vaikuttavuus hajautettua opetusta tarjoavan organisaation opetushenkilökuntaan, vaikuttavuus potilaisiin, vaikuttavuus alueellisesti sekä vaikuttavuus yliopiston toimintaan.

”Se on juuri tätä miten se vaikuttaa eri instansseilla, kyseisen henkilön kannalta, henkilökunnan kannalta, potilaiden kannalta jne. Kaikilla tasoilla saldo on positiivinen. Kaikki hyötyy tästä, se vaikuttaa positiivisesti jokaiseen tasoon.”

Vaikuttavuuden tarkastelu lähtee liikkeelle tässä yhteydessä asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta. Jokainen edellä mainittu taho asettaa toiminnalle omat tavoitteensa ja arvioidaan, miten tavoitteisiin on päästy. Opiskelijalla täytyisi olla omat tavoitteet opetusjaksoa ajatellen. Yliopiston puolelta tavoitteena on työelämävastaisuus, monipuolisempi potilasaineisto, sopivan kokoiset ryhmäkoot, työllistyminen ja erikoisalakohtaisten oppimistavoitteiden toteutuminen. Terveystieteiden huollon organisaatiolla on tietyt tavoitteet, miksi sen kannattaa tarjota hajautettua opetusta, ja minkä verran se kohdentaa toimintaan resursseja. Opetushenkilökunnalla on omat tavoitteet opettamiseensa liittyen sekä työelämälähtöiset erikoisalakohtaiset tavoitteet opiskelijoille opetettavista asioista. Alueellisesti on poliittisin päätöksin mietitty tavoite opetustoiminnalle. Yliopiston hallinnon taholla hajautetulla opetuksella on valtakunnalliset tavoitteet sekä tavoitteet koulutusohjelman rakentamiseen liittyen.

Opiskelijan kannalta vaikuttavuutta on työtaidon lisääntyminen, käytännön työn oppiminen ja verkostoituminen terveydenhuollon organisaatioon. Yliopiston kannalta vaikuttavuutta on tarjota laadukasta peruskoulutusta sekä saada rekrytoitua opetushenkilökuntaa hajautuspaikkakunnille. Terveystieteiden organisaation kannalta vaikuttavuus liittyy rekrytointiin, opiskelijoiden ruotsinkielen taitojen harjaanuttamiseen, organisaation imagoon, yliopistoyhteistyöhön, oppivaan virkeään organisaatioon ja osaavaan henkilökuntaan. Alueellisesti tarkasteltuna vaikuttavuus liittyy rekrytointiin, työvoiman lisääntymiseen, alueen imagon kohoamiseen ja yliopistoyhteistyön kehittämiseen.

”Maine on semmonen ihmeellinen puskatelefooni. Se leviää nopeesti ja on usein paljon vaikuttavampaa mitä nuoret kertoo keskenään, ja vanhemmat kollegat keskenään.”

Pidemmällä tähtäimellä vaikuttavuus tarkoittaa sitä, miten asia näkyy valmistuneen lääkärin omassa toiminnassa ja tulee esiin hoidettavan potilaan tai asiakkaan terveyden lisääntymisessä. Haastateltavien mukaan hajautettu opetus joka tapauksessa lisää opiskelijan ymmärrystä terveydenhuollon työkentästä ja laajentaa opiskelijoiden maailmankuvaa.

”Sitä ei oikein pysty mittaamaan, mutta se vaikuttaa näihin opiskelijoihin. On jännää miten paljon ensiaskeleet lääketieteen opiskelussa vaikuttaa. Minäkin muistan kaikki lääkärit jotka mun opiskeluaikana oli täällä, ja vuosi oli silloin 1974.”

Tutkimustulosten mukaan edellytys hajautetun opetuksen tarjoamisen onnistumiselle on riittävä resursointi siihen. Parhaimmillaan toiminta on opettavan lääkärin urakehitystä lisäävä tekijä, mutta huonosti organisoituna se voi muodostua opettavalle taholle ylimääräiseksi kuormittavaksi tekijäksi.

Arviointimenetelmät

Tutkimusaiheessa on haasteellista löytää relevantteja mittareita vaikuttavuuden tutkimiseen. Vaikutukset tulevat esiin pidemmällä aikavälillä, ja väliintulevia muuttujia esiintyy. Eräs käytössä oleva mittari on opiskelijatytyväisyys. Hajautetun opetusjakson jälkeen kerätään systemaattisesti opiskelijapalaute, joka pohjautuu subjektiivisiin kokemuksiin ja sen hetkisiin tunteisiin. Haastatteluisa tuli esiin, että opiskelijapalaute ei voi olla ainoa mittari sen subjektiivisen luonteen vuoksi. Opiskelijapalautteiden avulla saadaan toki suuntaa antavaa tietoa kehittämistarpeista.

Toinen mittari on henkilöstölle suunnatut kyselyt. Henkilöstön huomioiminen on oleellisessa asemassa, kun mietitään toiminnan vaikuttavuutta pidemmällä tähtäimellä. On selvitettävä mahdolliset ongelmakohdat ajoissa, jolloin niihin pystytään reagoimaan ja kehittämään toimintaa kaikkien osapuolten kannalta parempaan suuntaan. Henkilökunnan kokema hyöty toiminnasta on arvokasta tietoa toiminnan jatkuvuuden kannalta.

Kolmas käytetty mittari on tenttimenestys, mutta sekään ei ole riippuvaista pelkästään hajautetusta opetuksesta. Tenttimenestykseen vaikuttavat useat seikat, kuten koko opintokurssin tarjonta ja opiskelijan oma aktiivisuus. Hajautuspaikkakunnilla voitaisiin kehittää niin sanottuja käytännön tenttejä. Silloin olisi mahdollisuus kohdentaa oppiminen hajautetun opetusviikon pääasialliseen sisältöön. Tosin siinä haasteita tuo työyksiköiden potilasmateriaalin vaihtuvuus viikoittain ja lyhyet opetusjaksot. Pistokokeita jonkin tietyn opetustilanteen tai videoluennon jälkeen voidaan ajatella pidettäväksi. Näin tulee esiin, miten paljon opetetusta asiasta on opittu opetustilanteessa. Ruotsinkielen harjaantumista voidaan testata potilaskontakteissa kaksikielisissä organisaatioissa.

Neljäs tutkimustulosten mukaan esiin tullut mittari on vertailu hajautetun opetuksen ja ei-hajautetun opetuksen välillä. Haastattelujen mukaan lähes kaikki yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kliiniset erikoisalajat hajauttavat opetustaan jossain vaiheessa. Käytännössä jokainen opiskelija on hajautetussa opetuksessa terveydenhuollon organisaatiossa jossain opintojensa vaiheessa. Mikäli ei-hajautetulla opetuksella tarkoitettaisiin Turun yliopistollisessa keskussairaalassa ja yliopistolla tarjottavia opintoja, niin voitaisiin verrata erikoisaloittain opiskelijoiden oppimista esimerkiksi Vaasan keskussairaalassa ja Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Vertailtavuuden kannalta terveydenhuollon organisaatioiden pitäisi kuitenkin vastata hyvin paljon toisiaan muun muassa kokonsa ja potilasmateriaalinsa osalta.

”Kyllähän tähän vaikuttavuuteen assosioituu se, että hajautettua opetusta verrataan ei-hajautettuun. Tietenkin ajatus on se, että vaikuttavuus ei saisi ainakaan huonontua siitä että hajautetaan ja siinä pitäisi olla mahdollisuuksia varautua paremmin, kun on pienet ryhmäkoot.”

Viides tutkimustuloksissa esiin tullut mittari on organisaatioon työllistyminen. Ne opiskelijat tiedetään nimeltä, jotka ovat olleet hajautetussa perusopetuksessa opintojensa aikana tietyssä terveydenhuollon organisaatiossa. Kun nämä opiskelijat valmistuvat, niin seurataan samaan aikaan tuohon tiettyyn organisaatioon työllistyneitä lääkäreitä. Tähän liittyy väliin tulevia seikkoja, sillä on haasteellista olettaa juuri hajautetun opetuksen olleen se vaikuttava asia organisaatioon työhön tulemiseen. Toki voidaan ajatella sillä olevan jotain merkitystä, että organisaatio on tullut tutuksi jo opiskeluvaiheessa.

”Mehän tiedetään esimerkiksi Vaasan kaupungin terveystieteiden osastolla montako lääkärin virkaa on täytettyinä. Tilastoidaan sitä ja seurataan milloin täytettyjen virkojen määrä alkaa nousemaan. Silloin voidaan katsoa mistä ne uudet työntekijät tulee. Tämä on kyllä hidas liike, mutta se on yksi mittari.”

Kuudentena tutkimustuloksissa esiin tullessa mittarina on tutkimustiedon lisääntyminen alueellisesti. Opetushenkilökunnan urakehitystä voidaan seurata heidän omien koulutuskäyntien määrällä tai esimerkiksi julkaistujen artikkelien/tutkimusten määrällä. Tässä tutkimuksessa on tietoisesti jätetty pois kustannusvaikuttavuuden seuranta, koska toiminnasta ei ole vielä pitkäaikaista kustannusseurantaa olemassa. Pitkäaikaisen seurannan kautta voidaan verrata, miten paljon on rahallisia panoksia ja muita resursseja toimintaan ohjattu ja miten paljon toiminnasta on saatu hyötyä.

Lähes kaikki haastateltavat toivat esiin laadukkaan opetuksen olevan yksi keskeisimmistä kriteereistä hajautettua opetusta järjestettäessä. Laadukas opetus pitää sisällään pätevän, motivoituneen ja toimintaan sitoutuneen opetushenkilökunnan. Opettavan lääkärin täytyy olla vähintään kliinisen erikoisalalan erikoislääkäri sekä soveltua opetustyöhön. Toivottavaa on, että opettavalla lääkäriellä olisi kliinisen opettajan erityispätevyys. Kliinisen opettajan täytyy olla työsuhteessa ainakin osittain yliopistoon. Opettajalle täytyy resursoida riittävästi aikaa opetustyön suorittamiseen. Opetustyöstä on saatava rahallista korvausta, jolloin se sitouttaa ja motivoi opetushenkilökuntaa. Opettajia on oltava riittävästi erikoisaloittain opiskelijoiden ryhmäkokoihin suhteutettuna. Kliiniset opettajat ja professorit suunnittelevat opiskelijoille viikko-ohjelmat erikoisalaryhmittäin. Opiskelijat odottavat hajautetulta opetusjaksolta selkeää ja monipuolista ohjelmaa. Opettajilla täytyy olla myös mahdollisuus pedagogiseen koulutukseen, ohjaajakoulutukseen ja oman kliinisen erikoisalalan jatkuvaan täydennyskoulutukseen. Yliopiston taholta pedagogista koulutusta järjestetään opetushenkilökunnalle vuosittain sekä luentomuotoisesti että verkkokursseina. Laadukas opetus pitää sisällään myös erikoisalakohdattaiset tavoitteet opetukselle. Opetuksen vähimmäisvaatimukset täytyy toteuttaa kaikilla samankaltaisina. Pysyvä opetushenkilökunta on myös toiminnalle tärkeää. Yhteneväinen linja erikoisaloittain yliopiston oppiaineiden kanssa on oleellista. Opiskelijoiden määrän on sovelluttava hajautettuun organisaatioon. Liian suuri ryhmä koko vie hajautetun opetuksen idean pois. Hajautetussa opetuksessa on nimenomaan opiskelijan kannalta oleellista tutustua ja oppia lääkärin käytännön työtä.

”Se ei saa olla liian rasittavaa henkilökunnalle, ei hoitohenkilökunnalle eikä lääkäreille. Olis toivottavaa et se olis sellasta toimintaa joka tois enemmän kuin mitä se ottaa.”

Laadukkaan ja hyvän opetuksen lisäksi kriteerinä on toimiva yliopistoyhteistyö. Organisaation johto on tehnyt sopimuksen hajautetun opetuksen järjestämisestä yliopiston johdon kanssa. Toiminta on hyvin strukturoitua ja kaikkia osapuolia

tydyttävää. Johdon on tuettava toimintaa, ja säännöllisesti tarkasteltava sen kannattavuutta. Mikäli hajautettua opetusta järjestetään, on organisaation panostettava siihen. Yliopistoyhteistyön myötä organisaation professoreilla on ainakin osittain tutkimusvelvollisuus. Sen kautta tuodaan akateemista osaamista alueelle.

Kriteerinä on myös käytännön järjestelyjen toimivuus. Jonkun tahon täytyy huolehtia opiskelijoiden koordinoinnista hajautuspaikkakunnalla. Opiskelijoiden logistiikka tulee olla järjestettynä mahdollisimman hyvin, kuten matkat hajautuspaikkakunnalle sekä majoitusjärjestelyt. Opetustilat tulee olla riittävät opetustoiminnan kannalta. Videovälitteisten luentojen seuraaminen tulee olla mahdollista opiskelijalle hajautuspaikkakunnalla. Tekniikkaa varten tarvitaan omaa erityisosaamista. Yliopiston taholta luennoitsijoiden on myös huomioitava hajautuspisteissä videovälitteisesti luentoja kuuntelevat opiskelijat. Luentojen interaktiivisuus on tärkeää mahdollistaa teknisesti.

Hajautetun opetuksen vapaaehtoisuus on eräs kriteeri. Opiskelijalla täytyy olla mahdollisimman pitkälle valinnan mahdollisuus lähteä tai olla lähtemättä hajautettuun opetukseen ulkopaikkakunnalle. Opetustilojen tehokas käyttö terveydenhuollon organisaatiossa on myös tärkeää. Esimerkiksi opetusterveyskeskus vaatii suuria rahallisia panostuksia, jolloin tilojen mahdollisimman maksimaalinen käyttö on toivottavaa. Opetusterveyskeskusten rajallinen kokonaismäärä valtakunnan tasolla on myös huomioitava opetuksen suunnittelutyössä. Liian tiheään rakennetut opetusterveyskeskukset heikentävät niiden käyttövolyymiä pitkällä tähtäimellä. Opiskelijalle on luotava hajautuspaikkakunnalla mahdollisuus päästä käsiksi opintoihinsa liittyviin tietokantoihin ja tieteellisen kirjaston aineistoihin. Yliopiston taholta ilmoitetaan, mitä kirjallisuutta opinnoissa tarvitaan. Hajautuspaikkakunnan riittävä väestöpohja turvaa monipuolisen potilasmateriaalin. Haastatteluissa tuli esiin, että riittävä väestöpohja alueella olisi vähintään 20 000 asukasta, kun mietitään esimerkiksi opetusterveyskeskustoiminnan aloittamista. Opetusterveyskeskuksen toiminnalle on olemassa omat erilliset kriteerit, joita tässä

työssä ei käsitellä sen tarkemmin. Tämä työ tarkastelee yleisemmin hajautettua perusopetusta ja sen järjestämistä.

Opetustilat

Haastateltavien mukaan opetustiloilla on suuri merkitys opetustoiminnan kannalta. Vaasan sairaanhoitopiirin tiloja on kehitetty ja kehitetään edelleen sellaisiksi että laadukasta opetusta voidaan opiskelijoille tarjota. Videoluentotilat on järjestetty erikoisaloittain opiskelijaryhmille. Uusia videoneuvottelulaitteita on hankittu ja videoluentojen järjestämisen toteuttaa sairaanhoitopiirin it -yksikön asiantuntija. Näin toiminta on mahdollisimman sujuvaa videoluentojen osalta. Tekniikan täytyy olla huippulaatua, että luentoja voidaan seurata videovälitteisesti. Opetustiloja osastoille ja poliklinikoille ei ole toiminnan alkuvaiheessa juurikaan tullut lisää, vaan opetustoiminta nivoutuu työyksikön arkeen eri toimipisteissä. Luentosalit ovat tiheässä käytössä muun muassa tenttitilaisuuksissa. Organisaation johto on kuitenkin linjannut, että uusia tiloja suunniteltaessa täytyy jatkossa huomioida myös opetustoiminta. Sairaanhoitopiirin vuoden 2014 aikana valmistuneeseen uudisrakennukseen tehtiin lisää koulutustiloja, esimerkiksi elvytyssimulaatio-opetusluokka, videoneuvottelutiloja ja luentosali. Sairaanhoitopiirin tiloissa on myös lääketieteellinen kirjasto, johon on hankittu ylimääräisiä tietokoneita opiskelijoita varten. Työyksiköissä on huomioitava pienemmätkin tarvikehankinnat, kuten sanelulaitteiden määrä, sillä opiskelijoiden odotetaan sanelevan potilaista, mikä edellyttää riittävää määrää sanelulaitteita.

Opiskelijoiden majoitustiloilla on myös suuri merkitys hajautetussa opetuksessa. Sairaanhoitopiiri järjestää opiskelijoille majoituksen Vaasassa hajautusjakson aikana. Koko tämä fyysinen infrastruktuuri luo pohjan sille, että toiminta on käytännössä sujuvaa ja opiskelijat kokevat mielekkääksi tulla Vaasaan hajautettuun opetukseen.

”Sen takiahan sitä just hajautetaan, että on puitteet missä opetusta voidaan laadukkaasti antaa.”

Vaasan kaupungin perusterveydenhuollon puolella suurin lääketieteen peruskoulutukseen liittyvä kehittämishaaste on opetusterveyskeskuksen perustaminen. Hanke etenee omalla aikataulullaan ja on riippuvainen siihen kohdistetuista resursseista.

Yhteistyö

Yhteistyön kehittäminen eri sidosryhmien välillä on merkittävässä roolissa kun suunnitellaan hajautettua opetusta. Yliopiston taholla eri oppiaineiden keskinäinen yhteistyö koettiin tärkeäksi kehittämisalueeksi. Yliopistolla on jo olemassa valmiit rakenteet hajautetun opetuksen järjestämiselle muuntokoulutusprojektin ansiosta. Yliopiston taholta myös yhteistyö hajautuspaikkakuntien kanssa todettiin tärkeäksi kehittämisalueeksi. Yhteistyö on nykyiselläänkin hyvin toimivaa, mutta esimerkiksi opetushenkilökunnan välistä yhteistyötä voisi kehittää koulutusten ja yhteisten tilaisuuksien avulla. Informaation välittäminen hajautuspaikkakunnalle ja yliopiston tulevaisuuden suunnitelmat ovat keskeisessä roolissa toiminnan kehittämisessä. Hajautusta tarjoavassa organisaatiossa opetushenkilökunnan keskinäinen verkostoituminen on merkittävässä roolissa. Verkostoituminen ja tutkijoiden välinen yhteistyö vahvistaa yhteistä intressiä ja lisää toiminnan näkyvyyttä. Vuorovaikutustaidoilla on keskeinen rooli toiminnan kehittämisessä. Alueellisesti yhteistyö sairaanhoitopiirin ja tulevan opetusterveyskeskuksen kannalta on myös keskeinen kehittämisalue.

”Kyllä me ollaan innokkaita ja yritetään kehittää tätä tosissaan. Yhteiset kokoukset erikoisaloittain auttais paremmin ymmärtämään toisiaan ja voitais yhdessä katsoa tätä kokonaispalettia.”

Tutkimustuloksissa tuli esiin myös työntekijöiden sijaisuustarve. Etenkin hajautuspaikkakuntien opetushoitajat/koulutussuunnittelijat työskentelevät usein yksin koordinoitiroolissaan. Yllättävä sairastuminen tai pidempi poissaolo lamauttaa käytännön toiminnan koordinoinnin täysin. Kehittämiskohteena olisi osoittaa hajautuspaikkakunnilla sijaistava taho tällaisten yllättävien tilanteiden varalle.

Hajautetun opetuksen volyymin kasvu

Yliopistot eivät pysty suoriutumaan opetustehtävästään laadukkaasti ilman hajautettua opetusta. Lääketieteellisen tiedekunnan sisäänottomäärää on kasvatettu vuoden 2013 alusta alkaen noin 30 opiskelijalla. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että yhä useampi opiskelija tarvitsee opetusta myös hajautuspaikkakunnilla. Tämä luo kehittämistarpeita kaikkiin opetusta antaviin ja järjestäviin tahoihin. Opetustilojen riittävyys on huomioitava ja samoin opetushenkilökunnan määrä. Hajautetussa organisaatiossa on päätettävä, millainen linjaus otetaan toiminnan kasvattamiseen. Resurssit on mietittävä siten, että toiminta säilyy mielekkäänä opiskelijalle, opettajalle, yliopistolle ja hajautusorganisaatiolle. Lääkärivirkojen määrä on erikoisaloittain merkittävässä roolissa, kun mietitään hajautetun opetuksen volyymin kasvattamista.

”Se on yks asia, et niitä hajautuspaikkoja pitäis saada lisää tänne. Se on semmonen asia mikä meidän täytyy ratkaista jotenkin. Turku ei mahdu niitä kaikkia opiskelijoita itse sijoittamaan ja sen vuoksi tää hajautus on niin tärkeä.”

Toiminnan laajentaminen useammalle erikoisalalle tulevaisuudessa voi olla yksi ratkaisu opetusvolyymin lisääntymiseen. Vaikuttavan opetuksen kannalta erikoisalakohtaiset ryhmäkoot ovat jo tällä hetkellä lähes maksimissaan. Erikoisaloittain eräs kehittämisidea on hajauttaa opetusta suppeille erikoisaloille lisää eli kasvat-
taa erikoisalakohtaisten pienryhmien määrää. Tämä vaatii opetushenkilökunnan

määrän lisäämistä sekä käytännön järjestelyjen organisointia enenevästi. Olosuhteita toiminnan järjestämiselle on kehitettävä jatkuvasti tarpeita vastaaviksi.

”Tää helpottuis jos meillä olis erikoislääkäreiden virat täytettyinä ja tarpeeks porukkaa. Sit sais vähennettyä vähän sitä kliinisen työn määrää ja keskityttyä opetustyöhön. Nyt on vähän semmonen ristiriittainen tunne, että pitäis olla monessa paikassa yhtä aikaa.”

Ruotsinkielen osuus opetuksessa

Vaasan sairaanhoitopiiri on kaksikielinen sairaala, jossa ruotsinkieli on luontevasti arjessa mukana. Tulevaisuudessa voidaan entistä enemmän huomioida ruotsinkielen osuus myös opetustyössä. Tällä hetkellä ruotsinkielen käyttö opetustyössä on erikoisalakohista ja hyvin paljon riippuvaista opettavasta lääkäristä. Äidinkieltään ruotsinkielisiä potilaita voitaisiin aikaisempaa enemmän valita opetuspotilaiksi opiskelijoille. Tämä linkittyisi hajautetun opetuksen tavoitteisiin, joiden mukaan alueelle olisi hyvä saada kaksikielisiä lääkäreitä työskentelemään. Tutkimustulosten mukaan kaksikielisyys on organisaation rikkaus, jota pitäisi pystyä hyödyntämään entistä enemmän myös opetustyössä.

Opetushenkilökunnan kouluttaminen

Haastateltavien mukaan Turun yliopisto kouluttaa kiitettävästi opetushenkilökuntaansa. Tätä samaa toimintaa täytyy jatkaa, sillä koulutusta tarvitaan sekä kliinisiltä erikoisaloilta että pedagogisen koulutuksen puolelta. Laajemminkin voisi pohdita koko henkilökunnan motivointia opetustyöhön ja organisaation profiloitumista näkyvämmiin opetusmyönteiseksi kouluttavaksi organisaatioksi.

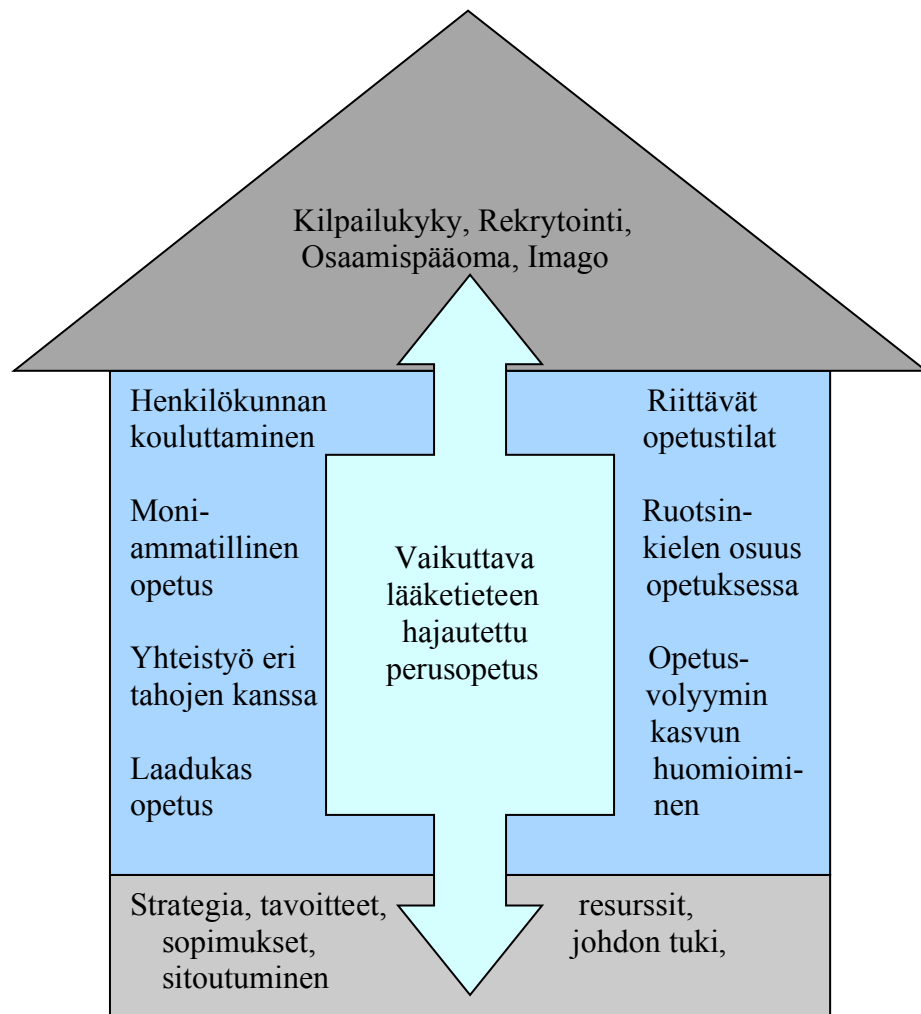
Moniammatillinen opetus

Tulosten mukaan moniammatillisuus täytyisi huomioida aikaisempaa enemmän opetuksessa. Opetusterveyskeskuksessa moniammatillisuus on luonteva osa toimintaa, mutta erikoissairaanhoidon puolella sitä ei ole Vaasassa toistaiseksi juuri kehitetty.

”Meidän organisaatiossa moniammatillisuutta voi kehittää jo opiskeluvaiheessa. Lääkäri- ja sairaanhoitajaopiskelijoilla voisi olla jotain yhteisiä opetusjaksoja. Siinä olis paljon sellasta mitä voisi kehittää.”

Yhteenveto teemahaastattelun tuloksista

Kuvioon 19 on koottu teemahaastatteluaineiston pohjalta nousseet tulokset osaamisen johtamisen merkityksestä vaikuttavaan lääketieteen hajautettuun peruskoulutukseen. Toiminnan kivijalkana on organisaation strategia, johdon sitoutuminen ja tuki, toiminnalle asetetut tavoitteet, toimintaan suunnatut resurssit sekä yhteistyösopimukset eri yhteistyökumppaneiden kanssa. Vaikuttavaa opetuksesta tutkimustulosten mukaan tekee henkilökunnan jatkuva kouluttaminen, moniammatillinen ja laadukas opetus, yhteistyö eri tahojen välillä, riittävät opetustilat ja käytännön järjestelyt, opetusvolyymien kasvun huomioiminen sekä ruotsinkielen osuuden huomioiminen opetuksessa. Vaikuttavalla opetuksella pyritään organisaation kilpailukykyyn ja osaamispääoman lisäämiseen, rekrytoimaan työvoimaa alueelle sekä parantamaan organisaation imagoa entisestään.



Kuvio 19. Osaamisen johtaminen lääketieteen hajautetussa peruskoulutuksessa terveydenhuollon organisaatioissa

5.2 Ammatillaiset toiminnan toteuttajina

Alla on koottu raportti kyselytutkimuksen tuloksista. Raportti on kirjoitettu tutkimuksen teema-alueiden ja kyselylomakkeen kysymysten kronologisen järjestyksen mukaisesti. Väittämät, joita ei esitetä raportissa, on esitetty kysymyksittäin väitöskirjatyön liitteissä 11–15. Vastajat joutuivat tämän kyselyn myötä pohtimaan lääketieteen opiskelijoiden merkitystä organisaatiolle, opiskelijoiden osaamisen kehittämistä työyksiköissä sekä omaa rooliaan suhteessa lääketieteen opiskelijoihin.

Taustatiedot

Yhteensä kyselytutkimus lähetettiin 404 työntekijälle, joista 66 oli lääkäreitä, 329 sairaanhoitajia ja 9 hallinnon henkilökuntaa. Vastauksia saatiin yhteensä 86 kappaletta eli vastausprosentiksi muodostui 21.1 %. Vastauksista 21 kappaletta (25 %) tuli lääkäreiltä, 58 (69.1 %) sairaanhoitajilta ja 5 (6 %) hallinnon henkilöiltä. Kaksi vastaajaa ei ilmoittanut nykyistä työtehtäväänsä. Lääkäreiden vastausprosentiksi muodostui 31.8 %, sairaanhoitajien 17.6 % ja hallinnon henkilöiden 55.6 %. Vastanneista ruotsinkielisiä äidinkieleltään oli 40 (46.5 %) ja suomenkielisiä 45 (52.3 %). Yksi vastaaja oli äidinkieleltään vironkielinen (1.2 %).

Taulukkoon 7 on koottu kyselyyn vastanneiden taustatiedot edeten kyselylomakkeen kysymysten mukaisesti sukupuoli, erikoisala, nykyinen työtehtävä, työkokemus ja äidinkieli. Erikoisalaan liittyvään kysymykseen kohtaan ”Joku muu, mikä” vastauksina tuli päivystyspoliklinikka, lasten neurologia, ensihoito, hallinto, terveydenhoitotyö, kardiologia, sisätauti-kirurginen hoitotyö ja neurologia. Tutkija piti tämän luokan yhtenäisenä eikä jatkossakaan eritellyt yksityiskohtaisemmin luokan sisältöä. Vastanneista suurin osa oli naisia. Kaikilla vastanneilla oli myös pitkä työkokemus. Vähiten oli vastanneita alle 5 vuoden työkokemuksen omaavissa. Vastauksia eniten tuli sisätautien, kirurgian ja lastentautien erikois-

aloilta. Nämä ovat melko suuria erikoisaloja, joilla perinteisesti on totuttu ohjaamaan lääketieteen opiskelijoita.

Taulukko 7. Taustatiedot

Taustamuuttuja	Puuttuvia havaintoja	n	%
Sukupuoli	0		
Mies		14	16.3
Nainen		72	83.7
Erikoisala	3		
Sisätaudit		17	20.5
Kirurgia		19	22.9
Anestesiologia		6	7.2
Lastentaudit		19	22.9
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit		1	1.2
Naistentaudit		6	7.2
Joku muu		15	18.1
Nykyinen työtehtävä	2		
Opetushenkilökunta		21	25.0
Hoitohenkilökunta		58	69.1
Hallinnon henkilökunta		5	6.0
Työkokemus	0		
5 vuotta tai alle		18	20.9
6–15 vuotta		22	25.6
16–25 vuotta		24	27.9
yli 25 vuotta		22	25.6
Äidinkieli	0		
Ruotsi		40	46.5
Suomi		45	52.3
Muu, mikä		1	1.2

Osaamisen johtaminen

Osaamisen johtamisen osa-alueeseen liittyen ensimmäisessä väittämässä (kysymys numero 6) kysyttiin mielipiteitä opetustoiminnan huomioimisesta organisaation strategiassa. Täysin eri mieltä oli vastanneista 1 (1.2 %), jonkin verran eri mieltä 13 (15.5 %), en osaa sanoa 21 (25.0 %), jonkin verran samaa mieltä 36 (42.9 %) ja täysin samaa mieltä 13 (15.5 %). Kaksi henkilöä jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Tuloksista tulee esiin, että yli puolet vastanneista oli sitä miel-

tä, että lääketieteen opiskelijoiden osaamisen kehittäminen on huomioitu organisaation strategiassa. Neljäsosa vastaajista ei kuitenkaan osannut vastata tähän väittämään. Voidaan olettaa, että organisaation strategian läpinäkyvyyttä täytyy pyrkiä jatkossa vielä lisäämään organisaation sisällä, esimerkiksi tiedonkulkua parantamalla työyksiköissä.

Toisessa osaamisen johtamiseen liittyvässä kysymyksessä (kysymys numero 7) pyydettiin vastaajaa arvioimaan alaväittämien perusteella opetukseen suunnattuja resursseja. Taulukossa 8 esitellään muutaman keskeisen väittämän tulokset, kaikkien tämän kysymyksen muiden väittämien tulokset on esitelty yksityiskohtaisesti liitteessä 11.

Taulukko 8. Väittämät resurssien käytöstä perusopetukseen

Väittämä	Puuttuvia havaintoja	Täysin eri mieltä	Jkv eri mieltä	Jkv samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
	n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Opetushenkilökunnan määrä on riittävä	1	7 (8.2)	28 (32.9)	23 (27.1)	6 (7.1)	21 (24.7)
Opettajilla on mahdollisuus vaikuttaa opiskelijamääriin	1	6 (7.1)	17 (20.0)	13 (15.3)	8 (9.4)	41 (48.2)
Opetustyö on palkitsevaa	1	3 (3.5)	9 (10.6)	29 (34.1)	19 (22.4)	25 (29.4)
Opiskelutilat ovat hyvät	1	5 (5.9)	26 (30.6)	26 (30.6)	13 (15.3)	15 (17.7)
Yhteistyö Turun yo:n lääketieteellisen tiedekunnan kanssa on toimivaa	1	1 (1.2)	12 (14.1)	12 (14.1)	6 (7.1)	51 (60.0)
Lääketieteen hajautettu perusopetus on saanut riittävästi alueellista näkyvyyttä	2	5 (6.0)	19 (22.6)	22 (26.2)	7 (8.3)	31 (36.9)

Opetushenkilökunnan määrään liittyvään väittämään vastasi 85 henkilöä. Tulokset jakaantuivat melko tasaisesti, noin hieman alle 40 % vastaajista koki opetushenkilökunnan määrän suhteellisen hyväksi organisaatiossa. Tähänkään väittämään ei 20 % vastanneista osannut ottaa kantaa. Tämä johtuu luultavasti toiminnan lyhyestä kestosta. Vastaajista suurin osa on sairaanhoitajia, joten he eivät ole toistaiseksi kovin paljoa olleet mukana lääketieteen opiskelijoiden opettamisessa.

Väittämään opettajien mahdollisuudesta vaikuttaa opiskelijamääriin vastasi 85 henkilöä. Noin 25 % vastaajista koki, että opetushenkilökunnalla on vaikuttamismahdollisuuksia opiskelijamääriin liittyen. Lähes 30 % vastaajista kuitenkin koki, että vaikuttamismahdollisuuksia ei oikein ole. Opetushenkilökunnan mahdollisuus vaikuttaa opiskelijamääriin on hyvin tärkeää toiminnan jatkuvuuden kannalta. Väittämään opetustyön palkitsevuudesta vastasi 85 henkilöä. Tulosten mukaan suurin osa vastanneista koki opetustyön olevan palkitsevaa. Tämä on keskeinen asia, jota ilman opetustoiminta ei onnistu. Opiskelutiloihin liittyvään väittämään vastasi 85 henkilöä. Tulosten perusteella opiskelutiloihin oltiin yleisesti suhteellisen tyytyväisiä. Väittämään liittyen yhteistyöhön Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kanssa vastasi 85 henkilöä. Tulosten perusteella vastaajat olivat yleisesti tyytyväisiä yhteistyöhön Turun yliopiston kanssa. Suuri osa vastanneista ei osannut ottaa asiaan kantaa. Tämä johtunee siitä, että esimerkiksi hoitohenkilökunta ei ole yhteistyössä yliopiston kanssa päinvastoin kuin opetushenkilökunta ja hallinnon henkilökunta. Väittämään liittyen lääketieteen hajautetun perusopetuksen alueelliseen näkyvyyteen vastasi 84 henkilöä. Tulosten perusteella alueellista näkyvyyttä voi olla enemmänkin aiheeseen liittyen.

Kolmannessa osaamisen johtamisen osa-alueeseen liittyvässä kysymyksessä (kysymys numero 8) pyydettiin vastaajaa arvioimaan opiskelijoiden osaamisen kehittämisen lähtökohtaa organisaatiossa. Vastanneista 1 (1.2 %) oli täysin eri mieltä siitä, että kehittämistyö on lähtöisin opiskelijoiden tarpeista, 11 (13.6 %) jonkin verran eri mieltä, 35 (43.2 %) ei osannut sanoa, 27 (33.3 %) jonkin verran samaa mieltä ja 7 (8.6 %) täysin samaa mieltä. Viisi henkilöä ei vastannut tähän kysy-

mykseen lainkaan. Vastausten perusteella voidaan todeta noin 40 % olleen sitä mieltä, että osaamisen kehittäminen perustuu organisaatiossa opiskelijoiden tarpeisiin. Neljäntenä kysyttiin (kysymys numero 9) opetustyön kuormittavuutta. Vastanneista 42 (49.4 %) oli sitä mieltä, että opetustyö lisää kuormittavuutta ja 43 (50.6 %) oli sitä mieltä, että se ei lisää kuormittavuutta. Yksi henkilö ei vastannut tähän kysymykseen.

Kysymyksessä 10 kerättiin eritellymmiin alaväittämien avulla ammattilaisilta mielipiteitä kuormittavuuteen vaikuttavista seikoista. Hallinnon henkilökunta ei ollut vastannut tähän kysymykseen, joten kysymyksen 10 vertailut on tehty opetus- ja hoitohenkilökunnan välillä. Kuormittavuuden yhteyttä työtehtäviin analysoitiin ristiintaulukoimalla ja Khiin neliötestillä/Fisherin tarkalla testillä. Kahdeksan vastaajaa vastasi kysymykseen 9 kuormittavuuden lisääntymisestä ”opetustyö ei lisää kuormittavuutta”, mutta he ovat silti ovat vastanneet kuormittavuutta kuvaaviin yksityiskohtaisempiin väittämiin kysymyksessä 10. Tähän tarkasteluun on otettu mukaan kaikki kysymykseen 10 vastanneet henkilöt. Taulukkoon 9 on koottu tulokset kysymyksen 10 keskeisistä raportissa esitetyistä alaväittämistä eli niistä väittämistä, joissa tilastollista riippuvuutta esiintyy kuormittavuuden ja lääketieteen opiskelijoiden ohjaamisen välillä. Tulokset muiden väittämien osalta löytyvät liitteestä 12. Liitteessä 15 on esitetty työn kuormittavuuden ja työtehtävän väliset ei-merkitsevät yhteydet. Puuttuvien vastausten määrät vaihtelivat 30–31 välillä eli väittämästä riippuen vastaajia oli 48–49 henkilöä väittämää kohden.

Taulukko 9. Kuormittavuus vs. lääketieteen opiskelijoiden ohjaus

Väittäjä	Täysin eri mieltä n (%)	Jkv eri mieltä n (%)	Jkv samaa mieltä n (%)	Täysin samaa mieltä n (%)	En osaa sanoa n (%)	P-arvo*
Opintojakson tavoitteet ovat epäselvät						0.0347
Opetushenkilökunta	5 (29.4)	4 (23.5)	3 (17.7)	3 (17.7)	2 (11.8)	
Hoitohenkilökunta	1 (3.2)	5 (16.1)	6 (19.4)	5 (16.1)	14 (45.2)	
Oma pedagoginen osaaminen on riittämätöntä						0.0083
Opetushenkilökunta	4 (23.5)	5 (29.4)	8 (47.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Hoitohenkilökunta	8 (25.0)	11 (34.4)	3 (9.4)	1 (3.1)	9 (28.1)	
Opiskelijamäärä on epärealistinen hyvän opetuksen kannalta						0.0062
Opetushenkilökunta	5 (29.4)	7 (41.2)	4 (23.5)	1 (5.9)	0 (0.0)	
Hoitohenkilökunta	2 (6.5)	6 (19.3)	7 (22.6)	5 (16.1)	11 (35.5)	
Etukäteistiedottaminen opiskelijoista on riittämätöntä						0.0037
Opetushenkilökunta	5 (29.4)	9 (52.9)	1 (5.9)	2 (11.8)	0 (0.0)	
Hoitohenkilökunta	3 (9.4)	5 (15.6)	11 (34.4)	10 (31.3)	3 (9.4)	
Opiskelijoiden odotukset ovat epärealistisia hajautusjaksoon nähden						0.0140
Opetushenkilökunta	3 (17.7)	6 (35.3)	4 (23.5)	1 (5.9)	3 (17.7)	
Hoitohenkilökunta	4 (12.9)	2 (6.5)	5 (16.1)	1 (3.2)	19 (61.3)	

*Fisherin tarkka testi

Väittämään opintojakson tavoitteiden epäselvyydestä vastasi 48 henkilöä eli vastaamatta jätti 31 henkilöä. Tulosten perusteella opintojakson tavoitteissa oli epäselvyyksiä, mikä lisää ammattilaisten kuormittavuutta. Vastauksista tulee esiin, että opetushenkilökunnalla on enemmän tietoa jakson tavoitteista kuin hoitohenkilökunnalla. Tämä on luonnollista, koska opetushenkilökunta on tiiviissä yhteistyössä yliopistopaikkakunnan opetushenkilöstön kanssa. Kehittämisalueena on hoitohenkilökunnalle tiedottaminen opintojakson tavoitteista. Väittämään liittyen omaan pedagogiseen osaamiseen vastasi yhteensä 49 henkilöä ja vastaamatta jätti 30 henkilöä. Vastausten perusteella opetushenkilökunta koki enemmän tarvetta pedagogiseen osaamiseen kuin hoitohenkilökunta. Tulosten mukaan riittämätön

pedagoginen osaaminen lisää kuormittavuutta. Väittämään opiskelijamäärästä vastasi 48 henkilöä ja vastaamatta jätti 31 henkilöä. Tulosten perusteella sekä opetus- että hoitohenkilökunta kokivat opiskelijamäärän olevan melko realistisella tasolla. Kuormittavuutta lisää, mikäli opiskelijamäärä koetaan epärealistiseksi hyvän opetuksen kannalta. Väittämään liittyen etukäteistiedottamiseen vastasi 49 henkilöä ja vastaamatta jätti 30 henkilöä. Tulosten mukaan etukäteistiedottamista on syytä lisätä. Opetushenkilökunnalla on tiedossa paremmin opiskelijaryhmät kuin hoitohenkilökunnalla. Tietämättömyys lisää kuormittavuutta. Väittämään opiskelijoiden odotuksista vastasi 48 henkilöä ja vastaamatta jätti 31 henkilöä. Tulosten mukaan opiskelijoiden odotukset ovat ammattilaisten mielestä kokonaisuutena melko realistisia hajautusjaksoon nähden. Epärealistiset odotukset kuitenkin lisäävät työn kuormittavuutta.

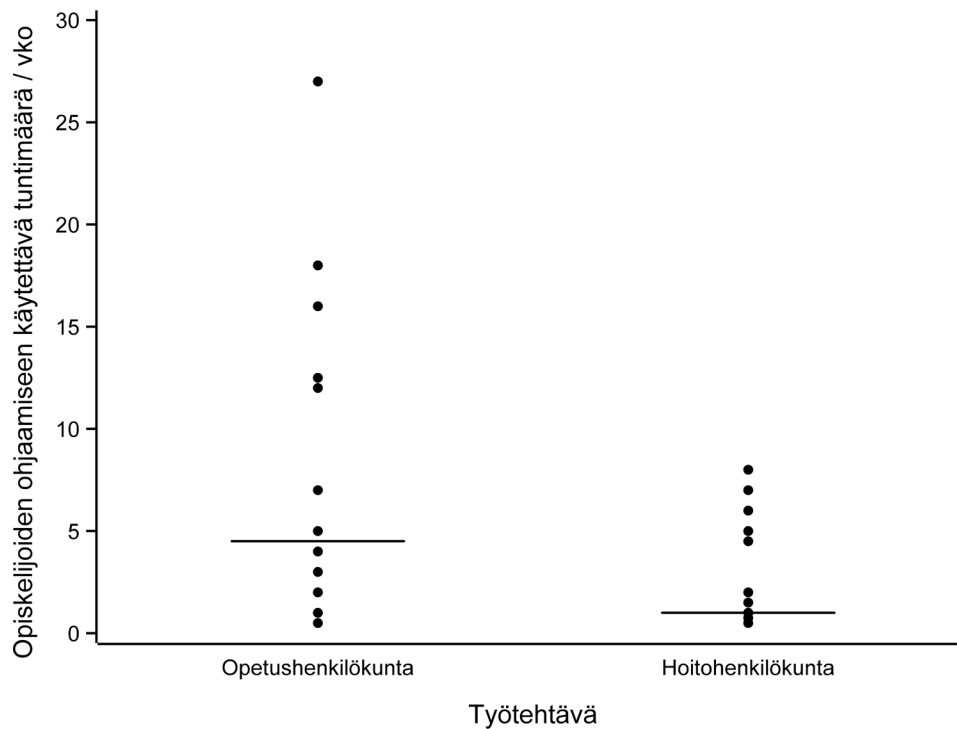
Viimeisessä osaamisen johtamisen osa-alueeseen liittyvässä kysymyksessä (kysymys numero 11) pyydettiin vastaajaa arvioimaan organisaation johdon kiinnostusta lääketieteen hajautetun perusopetuksen vaikutuksista. Ensimmäisenä alaväittämänä oli kiinnostus toiminnan vaikutuksista lääketieteen opiskelijoille. Vastanneista kukaan ei ollut täysin eri mieltä asiasta, 4 (4.8 %) oli jonkin verran eri mieltä, 33 (39.3 %) ei osannut sanoa, 24 (28.6 %) oli jonkin verran samaa mieltä ja 23 (27.4 %) oli täysin samaa mieltä. Kaksi henkilöä ei vastannut tähän väittämään lainkaan eli vastanneita oli 84. Tulosten perusteella voidaan sanoa vastanneiden olleen yleisesti sitä mieltä, että organisaation johtoa kiinnostaa opetuksen vaikutukset opiskelijoille. Toisena alaväittämänä oli kiinnostus opetustoiminnan vaikutuksista Vaasan keskussairaalalle. Vastanneista 1 (1.2 %) oli täysin eri mieltä, 1 (1.2 %) jonkin verran eri mieltä, 18 (21.4 %) vastasi en osaa sanoa, 22 (26.2 %) oli jonkin verran samaa mieltä ja 42 (50.0 %) oli täysin samaa mieltä. Kaksi henkilöä ei vastannut tähän väittämään lainkaan. Tulosten perusteella suurin osa vastanneista oli sitä mieltä, että organisaation johto on kiinnostunut opetuksen vaikutuksista Vaasan keskussairaalalle. Kolmantena alaväittämänä oli kiinnostus opetustoiminnan vaikutuksista Vaasan sairaanhoitopiirin ja kaupungin alueelle. Vastanneista 2 (2.4 %) oli täysin eri mieltä, 2 (2.4 %) jonkin verran eri mieltä, 18

(21.2 %) en osaa sanoa, 25 (29.4 %) jonkin verran samaa mieltä ja 38 (44.7 %) täysin samaa mieltä. Yksi henkilö ei vastannut tähän väittämään lainkaan. Tulosten perusteella suurin osa ammattilaisista oli sitä mieltä, että organisaation johto on kiinnostunut opetuksen vaikutuksista Vaasan sairaanhoitopiirin ja kaupungin alueelle. Kokonaisuutena osaamisen johtamisen osa-alueen tuloksista voidaan päätellä, että ammattilaiset ovat huomanneet organisaation johdon kiinnostuksen kehittää lääketieteen hajautettua perusopetusta. Edelleen on kuitenkin vastaajia, jotka eivät osaa sanoa väittämään mitään. Tarvitaan tiedonkulun parantamista ja lisää toiminnan läpinäkyvyyttä. Jatkossa toimintaa kannattaa tarkastella opetushenkilökunnan resurssien riittävydessä mm. aika, henkilökuntamäärä ja mahdolliset näkyvät palkkiot, huomioimalla opetushenkilökunnan jaksaminen, tiedottamisen kehittämisessä ja alueellisen näkyvyyden lisäämisessä.

Lääketieteen hajautetun perusopetuksen kehittäminen

Perusopetuksen kehittämiseen liittyen ensimmäisessä kysymyksessä (kysymys numero 12) pyydettiin arviota siitä, miten paljon vastaaja käytti työaikaan lääketieteen opiskelijoiden ohjaukseen. Kysymyksessä on alakysymyksenä esitetty myös ajallinen arvio tuntimäärinä/viikko. Kun vastaukset esitettiin aikahaarukassa, niin analyyseihin otettiin aikahaarukan puoliväli, esimerkiksi $0.5-1=0.75$, $0.30=0.5$ ja 45 minuuttia= 0.75 . Vastaajista 24 (28.6 %) ei käytä lainkaan työaikaansa lääketieteen opiskelijoiden ohjaamiseen, 34 (40.5 %) käyttää jonkin verran, 9 (10.7 %) ei osaa sanoa, 15 (17.9 %) käyttää sopivasti ja 2 (2.4 %) käyttää erittäin paljon työaikaan opiskelijoiden ohjaamiseen. Kaksi henkilöä eivät vastanneet tähän kysymykseen lainkaan. Tuntimääräisen arvion antoi 43 vastaajaa (N=43) eli puolet kaikista kyselyyn vastanneista. Tulosten perusteella voidaan todeta tuntimäärän keskiarvon olevan 4.7 tuntia, keskiluvun 2 tuntia ja keskihajonnan 5.9 tuntia viikossa. Vaihteluväli käytetyn tuntimäärän suhteen on melko suuri eli 0.5 tunnista 27 tuntiin viikossa. Vaihteluvälin pituus on 26.5 tuntia. Suurin osa vastanneista ilmoitti käyttävänsä ohjaukseen 1-6 tunnin välillä olevan ajan viikossa. Kvartiilivälinä on 5 tuntia. Voidaan todeta, että eniten aikaa opiskelijoiden ohjaamiseen

käyttää opetushenkilökunta, mutta myös muu henkilökunta ohjaa opiskelijoita. Opetushenkilökunnalla tarkoitetaan professoreita, klinisiä opettajia ja työyksiköiden ohjaavia lääkäreitä. Tutkija havainnollisti kuviolla 20 opetus- ja hoitohenkilökunnan opetukseen käyttämää tuntimäärää viikossa. Viiva kuviossa tarkoittaa keskilukua työtehtävittäin, opetushenkilökunta käytti 4.5 tuntia ja hoitohenkilökunta 1 tunnin opetukseen ja ohjaukseen.



Kuvio 20. Työtehtävä suhteessa opetukseen käytetty aika viikoittain

Seuraavaksi kysyttiin (kysymys numero 13) vastaajilta sitä, miten paljon he käyttävät lääketieteen opiskelijoiden opetuksessa/ohjauksessa ruotsinkieltä. Vastaajista 13 (15.7 %) ilmoitti, että ei käytä opetuksessa/ohjauksessa lainkaan ruotsinkieltä, 23 (27.7 %) käyttää harvoin, 12 (14.5 %) ei osaa sanoa, 30 (36.1 %) käyttää usein ja 5 (6.0 %) käyttää aina ruotsinkieltä. Kolme henkilöä ei vastannut tähän kysymykseen eli vastanneita oli 83. Tulosten perusteella ruotsinkieltä käytetään melko hyvin opetustyössä. Sitä voidaan kuitenkin vielä painottaa tulevaisuudessa.

Potilaan äidinkielellä on myös merkitystä käytännön opetustilanteessa. Seuraavaksi pyydettiin (kysymys 14) vastaajia arvioimaan sitä, miten paljon hajautettu perusopetus lisää lääketieteen opiskelijan osaamista tietyillä osa-alueilla. Väittämä sisälsi useita alaväittämiä, joista taulukossa 10 esitellään tutkijan mielestä keskeisimmät väittämät. Väittämiä tarkastellaan myös suhteessa työtehtävään. Liitteessä 13 on esitetty muut kysymyksen 14 alaväittämien tulokset.

Taulukko 10. Hajautetun opetuksen vaikutus opiskelijan osaamisen lisääntymiseen

Väittäjä	Puuttuvia havain- toja	Ei lainkaan	Vähän	Paljon	Erittäin paljon	En osaa sanoa
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kliinisen osaamisen kehittyminen	3	1 (1.2)	6 (7.1)	30 (35.3)	26 (30.6)	22 (25.9)
Opetushenkilökunta		0 (0.0)	2 (9.5)	11 (52.4)	8 (38.1)	0 (0.0)
Hoitohenkilökunta		1 (1.7)	3 (5.2)	8 (31.0)	17 (29.3)	19 (32.8)
Hallinnon henkilö- kunta		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)
Moniammatillinen yhteistyö	3	3 (3.5)	16 (18.8)	26 (30.6)	23 (27.1)	17 (20.0)
Opetushenkilökunta		1 (4.8)	8 (38.1)	7 (33.3)	5 (23.8)	0 (0.0)
Hoitohenkilökunta		2 (3.5)	7 (12.1)	18 (31.0)	18 (31.0)	13 (22.4)
Hallinnon henkilö- kunta		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)
Sähköisen potilastieto- järjestelmän käyttö	3	3 (3.5)	21 (24.7)	21 (24.7)	23 (27.1)	17 (20.0)
Opetushenkilökunta		1 (4.8)	5 (23.8)	7 (33.3)	8 (38.1)	0 (0.0)
Hoitohenkilökunta		2 (3.5)	3 (22.4)	14 (24.1)	15 (25.9)	14 (24.1)
Hallinnon henkilö- kunta		0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (75.0)
Potilasturvallisuuden huomioiminen hoidossa	4	5 (6.0)	13 (15.5)	33 (39.3)	12 (14.3)	21 (25.0)
Opetushenkilökunta		2 (9.5)	9 (42.9)	7 (33.3)	3 (14.3)	0 (0.0)
Hoitohenkilökunta		2 (3.5)	4 (7.0)	25 (43.9)	9 (15.8)	17 (29.8)
Hallinnon henkilö- kunta		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)
Ruotsinkielen taito	3	3 (3.5)	19 (22.4)	31 (36.5)	15 (17.7)	17 (20.0)
Opetushenkilökunta		1 (4.8)	8 (38.1)	10 (47.6)	1 (4.8)	1 (4.8)
Hoitohenkilökunta		1 (1.7)	11 (19.0)	20 (34.5)	14 (24.1)	12 (20.7)
Hallinnon henkilö- kunta		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)

Ensimmäisenä alaväittämänä oli kliinisen osaamisen kehittyminen. Tähän väittämään vastasi 85 henkilöä. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että ammattilaisten mielestä lääketieteen hajautettu perusopetus kehittää opiskelijan kliinistä osaamista paljon. Alaväittämään moniammatillisen yhteistyön kehittymisestä vastasi myös 85 henkilöä. Useat ammattilaiset olivat sitä mieltä, että hajautettu perusopetus lisää valmiuksia moniammatilliseen yhteistyöhön. Monet vastaajista eivät osanneet sanoa mielipidettään tähän, joten tulosten perusteella voidaan arvioida,

että moniammatillisuutta on hyvä kehittää opetuksessa. Alaväittämään sähköisen potilastietojärjestelmän käytöstä vastasi 85 henkilöä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että opetusjakson aikana lisääntyy sähköisen potilastietojärjestelmän käytön osaaminen. Alaväittämään potilasturvallisuuden huomioimisesta vastasi 84 henkilöä. Tulosten perusteella voidaan todeta potilasturvallisuuden huomioimisen lisääntyvän opiskelijoilla opetusjakson myötä. Alaväittämään ruotsinkielen taidon kehittymisestä opetusjakson aikana vastasi 85 henkilöä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että ammattilaisten mielestä opiskelijoiden ruotsinkielen taito kehittyy opetusjakson aikana. Muiden kysymys numero 14 alaväittämien tulokset toivat esiin, että opetusjakson aikana kehittyvät lisäksi kädentaidot, teoretiedon ja käytännön potilastyön yhdistäminen, potilaiden ja omaisten kohtaaminen ja suullinen ja kirjallinen viestintä. Keskussairaalaympäristö todettiin tulevan tutuksi opiskelijoille opetusjakson aikana ja lähes puolet vastanneista oli sitä mieltä, että potilaan hoitoketjun keskeiset vaiheet selkiytyvät opetusjakson aikana. Tulosten mukaan opiskelijoiden kyky soveltaa aseptisia ohjeita kehittyy opetusjakson aikana. Noin viidesosa vastanneista (16 eli 19.1 %) oli sitä mieltä, että kyky huomioida kustannustietoisuutta ei kehity lainkaan opetusjakson aikana. Opetusjakson keston rajallisuus ja oppimisen pääpaino käytännön työssä vaikuttavat varmasti siihen, että kustannustietoisuus kehittyy todennäköisesti vasta myöhemmässä vaiheessa työelämässä. Opiskelijoiden verkostoituminen alan ammattilaisten kanssa jakoi mielipiteet. Osa vastanneista oli sitä mieltä, että opetusjakso ei vaikuta siihen ja osa oli sitä mieltä, että jakso vaikuttaa verkostoitumiseen erittäin paljon.

Seuraavan kysymyksen (kysymys numero 15) avulla pyydettiin vastaajaa arvioimaan lääketieteen opiskelijoiden palautteiden merkitystä. Kysymyksen väittäjä oli jaettu useisiin alaväittämiin, joista taulukossa 11 käsitellään tutkijan mielestä niistä keskeisimmät. Väittämiä on tarkasteltu myös suhteessa työtehtävään. Liitteessä 14 on esitetty muiden kysymyksen 15 väittämiä tulokset.

Taulukko 11. Opiskelijapalautteiden merkitys

Väittäjä	Puut- tuvia ha- vain- toja	Täysin eri mieltä	Jkv eri mieltä	Jkv samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pidän palaute- /arviointikeskustelun opiskelijan kanssa	3	10 (11.9)	12 (14.3)	11 (13.1)	7 (8.3)	44 (52.4)
Opetushenkilökunta		8 (38.1)	3 (14.3)	4 (19.1)	3 (14.3)	3 (14.3)
Hoitohenkilökunta		19 (32.8)	2 (3.5)	4 (6.9)	2 (3.5)	31 (53.5)
Hallinnon henkilö- kunta		2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)
Hajautusjaksoon pitäisi sisällyttää arviointikes- kustelu	6	8 (9.8)	7 (8.5)	12 (14.6)	25 (30.5)	30 (36.6)
Opetushenkilökunta		2 (9.5)	6 (28.6)	3 (14.3)	5 (23.8)	5 (23.8)
Hoitohenkilökunta		4 (7.3)	1 (1.8)	9 (16.4)	19 (34.6)	22 (40.0)
Hallinnon henkilö- kunta		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	3 (75.0)
Arviointia varten pitäisi luoda arviointikriteerit	7	5 (6.2)	7 (8.6)	11 (13.6)	31 (38.3)	27 (33.3)
Opetushenkilökunta		1 (4.8)	4 (19.1)	4 (19.1)	8 (38.1)	4 (19.1)
Hoitohenkilökunta		3 (5.6)	3 (5.6)	6 (11.1)	22 (40.7)	20 (37.0)
Hallinnon henkilö- kunta		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)
Saan riittävästi tietoa opiskelijoiden antamista palautteista	5	24 (28.9)	7 (8.4)	13 (15.7)	10 (12.1)	29 (34.9)
Opetushenkilökunta		3 (14.3)	3 (14.3)	7 (33.3)	6 (28.6)	2 (9.5)
Hoitohenkilökunta		20 (35.7)	4 (7.1)	6 (10.7)	2 (3.6)	24 (42.9)
Hallinnon henkilö- kunta		1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	2 (50.0)
Lääketieteen opiskelijat ovat tärkeä ryhmä orga- nisaatiossamme	3	5 (5.9)	2 (2.4)	18 (21.2)	51 (60.0)	9 (10.6)
Opetushenkilökunta		1 (4.8)	0 (0.0)	5 (23.8)	14 (66.7)	1 (4.8)
Hoitohenkilökunta		3 (5.3)	1 (1.8)	11 (19.3)	34 (60.0)	8 (14.0)
Hallinnon henkilö- kunta		1 (20.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	0 (0.0)

Alaväittämään palaute-/arviointikeskustelun järjestämisestä vastasi 85 henkilöä. Tulosten perustella voidaan todeta, että palautekeskusteluja pidetään hyvin vähän opiskelijoiden kanssa. Tämä olisi selkeästi yksi kehittämiskohde. Alaväittämään systemaattisen arviointikeskustelun merkityksestä vastasi 82 henkilöä. Tulosten perusteella ammattilaiset kokevat palautekeskustelun pitämisen tärkeäksi ja voidaan suositella palautekeskustelun pitämistä opiskelijoille systemaattisesti opetus-

jaksojen päätteeksi. Lisäksi kysyttiin pitäisikö arviointia varten luoda arviointikriteerit. Tähän kysymykseen vastasi 81 henkilöä. Vastanneista suurin osa oli sitä mieltä, että arviointikriteerit pitäisi luoda. Tämä on myös yksi selkeä kehittämiskohde. Alaväittämään riittävästä tiedonsaannista opiskelijoiden kirjallisista palautteista vastasi 83 henkilöä. Tulosten mukaan ammattilaiset eivät saa riittävästi tietoa opiskelijoiden antamista kirjallisista palautteista. Tätä asiaa voidaan kehittää jatkossa. Alaväittämään lääketieteen opiskelijoiden roolin tärkeydestä organisaatiossa vastasi 85 henkilöä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että ammattilaiset pitävät lääketieteen opiskelijoita tärkeänä ryhmänä organisaation kannalta. Johtopäätöksenä voidaan esittää, että henkilökunta suhtautuu positiivisesti lääketieteen opiskelijoihin ja tiedostavat heissä olevan mahdollisuuden. Vastausten perusteella tuli esiin, että ammattilaiset kokivat opiskelijapalautteilla olevan suoran yhteyden organisaation imagoon ja olivat lisäksi sitä mieltä, että palautteiden hyödyntäminen lisää organisaation ja alueen vetovoimaa. Suurin osa vastanneista oli myös sitä mieltä, että opiskelijapalautteiden kerääminen on tärkeää. Lähes kaikki ”En osaa sanoa” vastaukset tulivat hoitohenkilökunnalta eli tiedottamista lääketieteen opiskelijoista on syytä parantaa hoitohenkilökunnallekin.

Seuraavalla kysymyksellä (kysymys numero 16) haettiin vastaajien mielipiteitä siitä, miten hyvin hajautettu koulutus soveltuu lääketieteen perusopetukseen. Tähän kysymykseen vastasi 82 henkilöä. Tulosten perusteella voidaan todeta ammattilaisten olevan yleisesti sitä mieltä, että hajautettu koulutus soveltuu lääketieteen perusopetukseen. Tämä on hyvä tieto muille terveydenhuollon organisaatioille, jotka kenties pohtivat hajautetun koulutuksen aloittamista omassa organisaatiossaan. Taulukkoon 12 on eritelty taustatekijöittäin vastanneiden mielipiteet hajautetun koulutuksen soveltuvuudesta lääketieteen opetukseen. Taustatekijöiden yhteyttä kysymykseen analysoitiin ristiintaulukoimalla ja Khiin neliötestillä/Fisherin tarkalla testillä. Vastauksia ”Erittäin huonosti” ja ”Huonosti” tuli vain vähän tai ei lainkaan, sen vuoksi yhteenvetotaulukosta on sarake ”Huonosti” jätetty pois. Äidinkieleltään tähän kysymykseen vastasi vain ruotsin- tai suomenkieliset henkilöt. Taulukosta 12 näkee, että miesten mielestä hajautettu koulutus sopii

paremmin lääketieteen opetukseen kuin naisten mielestä ($p=0.0419$). Taulukosta 12 näkee myös, että opetushenkilökunnan mielestä hajautettu koulutus sopii paremmin opetukseen kuin muun henkilökunnan mielestä ($p=0.0033$). Muilla taustatekijöillä ei ollut tilastollista riippuvuutta mielipiteeseen hajautetun opetuksen soveltuvuudesta lääketieteen peruskoulutukseen.

Taulukko 12. Taustatekijöiden yhteys mielipiteeseen hajautetun koulutuksen soveltuvuudesta lääketieteen peruskoulutukseen

Taustamuuttuja	Puuttuvia havain- toja	Erittäin huonosti n(%)	Hyvin n (%)	Erittäin hyvin n (%)	En osaa sanoa n (%)	P-arvo*
Sukupuoli	4					0.0419
Mies		0 (0.0)	4 (30.8)	9 (69.2)	0 (0.0)	
Nainen		0 (0.0)	20 (29.4)	28 (41.2)	20 (29.4)	
Klinikiryhmä	7					0.2162
Operatiivinen		0(0.0)	7 (24.1)	14 (48.3)	8 (27.6)	
Medisiininen		0(0.0)	12 (33.3)	19 (52.8)	5 (13.9)	
Joku muu		0(0.0)	5 (38.5)	3 (23.1)	5 (38.5)	
Työtehtävä	6					0.0033
Opetushenkilökun- ta		0(0.0)	6 (28.6)	15 (71.4)	0 (0.0)	
Hoitohenkilökunta		0(0.0)	14 (26.4)	21 (39.6)	18 (34.0)	
Hallinnon henkilö- kunta		0(0.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	2 (40.0)	
Työkokemus	4					0.7598
5 vuotta tai alle		0 (0.0)	5 (31.3)	6 (37.5)	5 (31.3)	
6–15 vuotta		1 (4.6)	5 (22.7)	10 (45.5)	6 (27.3)	
16–25 vuotta		0 (0.0)	9 (37.5)	9 (37.5)	6 (25.0)	
yli 25 vuotta		0 (0.0)	5 (25.0)	12 (60.0)	3 (15.0)	
Äidinkieli	4					0.8421
Ruotsi		0(0.0)	11 (29.7)	18 (48.7)	8 (21.6)	
Suomi		0(0.0)	12 (27.9)	19 (44.2)	12 (27.9)	

Seuraavaksi (kysymys numero 17) pyydettiin vastaajia arvioimaan sitä, miten suuri opiskelijaryhmä yhdellä kertaa on sopivin hajautetussa opetuksessa yksittäisellä erikoisalalla. Tähän kysymykseen vastasi 84 henkilöä. Tulosten perusteella voidaan pitää selvänä, että pienet ryhmäkoot hajautetussa opetuksessa ovat erityisen tärkeitä. Ammatillaiset eivät näe opetuksesta olevan hyötyä, mikäli ryhmäkoot kasvavat liian suuriksi. Taulukossa 13 on kuvattu riippuvuutta taustatietojen

ja opiskelijaryhmän koon välillä. Erikoisalat on sijoitettu suurempiin luokkiin, koska frekvenssit olivat joillain erikoisaloilla nollassa. Klinikaryhmän muuttujassa ”Joku muu” on kuvattu taustatietojen vastaava kohta eli sitä luokkaa ei ole tässä liitetty operatiiviseen/medisiiniseen klinikaryhmään, vaikka sisällöllisesti näin olisi voinut tehdä. Tutkija halusi säilyttää tuon luokan yhtenäisenä omana luokkana läpi koko raporttiosuuden. Tuloksista näkyy, että tilastollista riippuvuutta oli sukupuolen ja työtehtävän osalta verrattuna opiskelijaryhmien kokoon. Naiset olivat pienempien opiskelijaryhmien kannalla enemmän kuin miehet. Opetus- ja hoitohenkilökunta olivat tulosten mukaan pienempien opiskelijaryhmien kannalla kuin hallinnon henkilökunta. Vastauksia tuli kuitenkin opetus- ja hoitohenkilökunnalta myös suurien ryhmien puolesta, kun taas hallinnon henkilökunta oli yksimielisesti keskikokoisen opiskelijaryhmän kannalla.

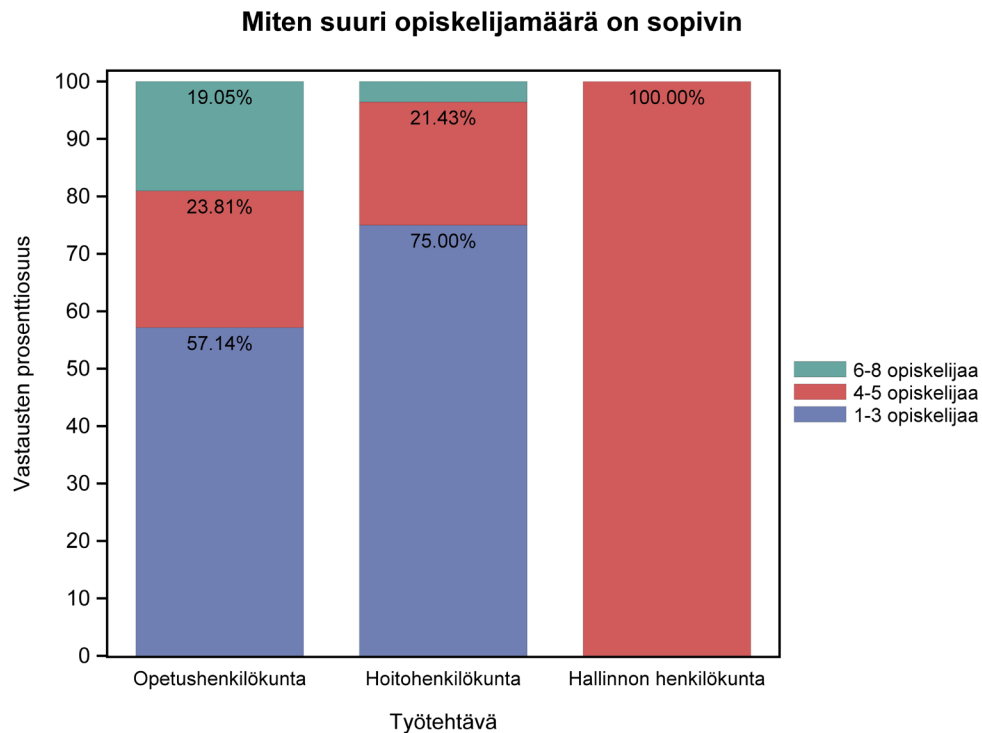
Taulukko 13. Taustatekijöiden yhteys opiskelijaryhmän ideaaliseen kokoon

Taustamuuttuja	1-3 opiskelijaa n (%)	4-5 opiskelijaa n (%)	6-8 opiskelijaa n (%)	P-arvo*
Sukupuoli				0.0382
Mies	6 (42.9)	5 (35.7)	3 (21.4)	
Nainen	50 (71.4)	17 (24.3)	3 (4.3)	
Klinikkaryhmä				0.4188
Operatiivinen	19 (61.3)	8 (25.8)	4 (12.9)	
Medisiininen	27 (75.0)	8 (22.2)	1 (2.8)	
Joku muu	8 (57.1)	5 (35.7)	1 (7.1)	
Nykyinen työtehtävä				0.0010
Opetushenkilökunta	12 (57.1)	5 (23.8)	4 (19.1)	
Hoitohenkilökunta	42 (75.0)	12 (21.4)	2 (3.6)	
Hallinnon henkilökunta	0 (0.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	
Työkokemus				0.4357
5 vuotta tai alle	11 (64.7)	6 (35.3)	0 (0.0)	
6–15 vuotta	15 (68.2)	6 (27.3)	1 (4.6)	
16–25 vuotta	18 (75.0)	3 (12.5)	3 (12.5)	
yli 25 vuotta	12 (57.1)	7 (33.3)	2 (9.5)	
Äidinkieli				0.6797
Ruotsi	24 (61.5)	11 (28.2)	4 (10.3)	
Suomi	31 (70.5)	11 (25.0)	2 (4.6)	
Muu, mikä?	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	

*Fisherin tarkka testi

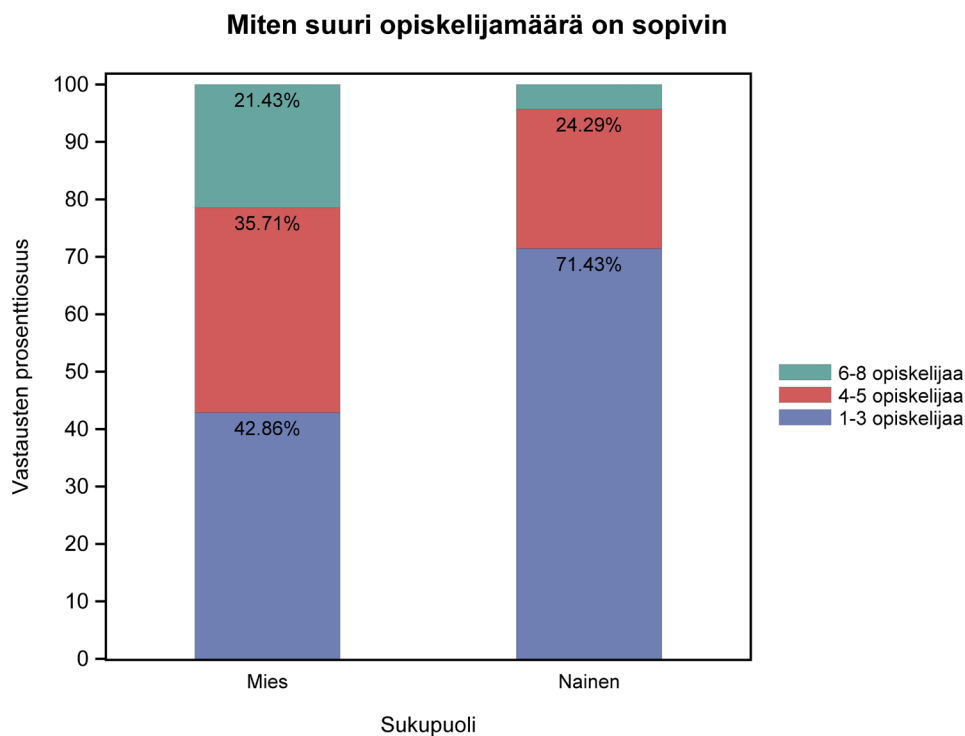
Kuvion 21 avulla havainnollistettiin työtehtävän ja opiskelijaryhmän koon riippuvuutta. Vastanneita oli 82, vastauksia jäi puuttumaan 4. Työtehtävällä ja opiskelijaryhmän ideaalisella koolla on riippuvuutta (Fisherin tarkka testi, $p=0.0010$). Opetushenkilökunnasta suurin osa eli 57.1 % oli sitä mieltä, että sopivin pienryhmäkoko on 1-3 opiskelijaa. Hoitohenkilökunnasta 75 % oli 1-3 opiskelijan pienryhmäkoon kannalla. 4-5 opiskelijan pienryhmän kannalla oli opetushenkilökunnasta 23.8 %, hoitohenkilökunnasta 21.43 % ja hallinnon henkilökunnasta 100 %. 6-8 opiskelijan pienryhmän kannalla oli 19.1 % opetushenkilökunnasta ja 3.6 % hoitohenkilökunnasta. Opetus- ja hoitohenkilökunta olivat pääsääntöisesti pienimpien ryhmäkokojen kannalla. Opetushenkilökunnalta tuli myös enemmän vas-

tauksia suurempien ryhmäkokojen puolesta kuin hoito- ja hallintohenkilökunnalta.



Kuvio 21. Työtehtävä suhteessa opiskelijaryhmän kokoon

Kuvion 22 avulla havainnollistettiin sukupuolen ja opiskelijaryhmän koon välistä riippuvuutta. Vastanneita oli 84, kaksi ei vastannut tähän väittämään. Sukupuolen ja opiskelijaryhmän koon välillä oli tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta (Fisherin tarkka testi, $p=0.0382$). Miehistä 42.9 % ja naisista 71.4 % oli sitä mieltä, että 1-3 opiskelijan pienryhmäkoko on sopivin. Miehistä 35.7 % ja naisista 24.3 % oli sitä mieltä, että sopivin pienryhmäkoko on 4-5 opiskelijaa. 6-8 opiskelijan pienryhmäkoon kannalla oli miehistä 21.4 % ja naisista 4.3 %. Vastausten perusteella tulee selkeästi esiin, että naiset pitävät pieniä ryhmäkokoja parhaimpina. Miesten mielipiteet jakautuvat tasaisemmin erilaisten ryhmäkokojen osalta. Kokonaisuutena kuitenkin voidaan todeta, että suuret ryhmäkoot eivät ole opetustoiminnan kannalta järkeviä.



Kuvio 22. Sukupuoli suhteessa opiskelijaryhmän kokoon

Viimeinen kyselylomakkeen kysymys oli avoin kysymys, jolla haettiin vastauksia siihen, miten lääketieteen perusopetusta voidaan kehittää. Tähän kysymykseen vastasi yhteensä 32 henkilöä (37.2 % kaikista vastaajista), joista 16 (50 %) oli suomenkielisiä ja 16 (50 %) ruotsinkielisiä. Vastausten perusteella nousi seuraavat kehittämiskohteet lääketieteen perusopetukseen: moniammatillinen opetus, opetushenkilökunnan lisäkoulutus, kliinisten opettajien riittävä määrä, opetusjaksoille selkeät tavoitteet, videoluennot opiskelijoille vapaaehtoisiksi, pidemmät hajautusjaksot, potilaan lupa opiskelijan läsnäoloon ja tutkimiseen, informaation välittäminen opiskelijoista myös hoitohenkilökunnalle sekä riittävästi fyysisiä tiloja opetustoimintaan.

Toistaiseksi moniammatillista opetusta on organisaatiossa hyvin rajallisesti. Se tulee esiin lähinnä asiantuntijahoitajien tietoisuissa lääketieteen opiskelijoille. Osa sairaanhoitajista on kiinnostuneita opettamaan ja jakamaan omaa osaamistaan

myös lääketieteen opiskelijoille, osa kokee sen työlääksi oman työn ohella ja toivo voivansa keskittyä vain hoitoalan opiskelijoiden ohjaamiseen. Tulosten mukaan korvauskäytäntöjä moniammatillisesta opetustyöstä kannattaa tulevaisuudessa miettiä. Tiimityötaitojen opettelu on aloitettava jo opiskeluaikana ja käytännön opetusjaksot luovat siihen erinomaiset puitteet.

”Voisi sisällyttää systemaattisemmin sairaanhoitajien opetusta opiskelijoille.”

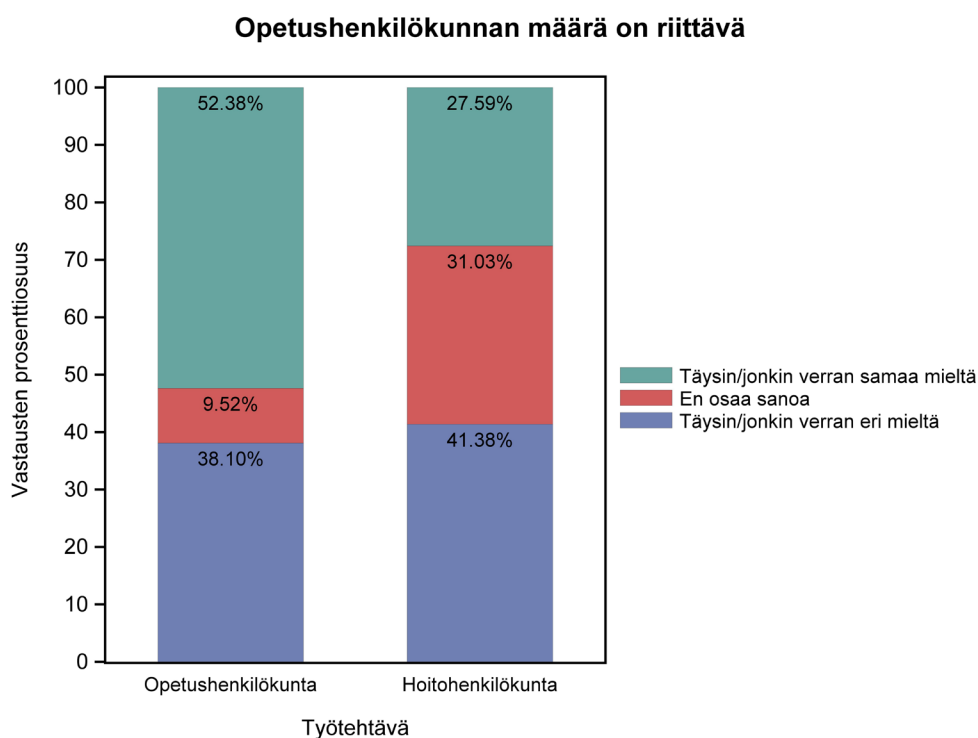
”Sairaanhoitajilla on suomen- ja ruotsinkielisistä sairaanhoitopilaitoksista omia opiskelijoita ohjattavana, mitään korvausta ei saada. Se riittää kyllä!”

”Voisi olla enemmän moniammatillista yhteistyöopetusta, kuinka toimia tiiminä yhdessä sairaanhoitajien kanssa.”

Tutkimuksessa tarkasteltiin myös eri väittämien välisiä yhteyksiä. Haasteita tähän toi vastausvaihtoehto ”En osaa sanoa”. Nämä vastausprosentit eroavat selkeästi muista vastausvaihtoehdoista, ja sillä on vaikutusta tilastollisten testien p-arvoihin. Tarkasteltaessa muuttujia 5-luokkaisina, niin ristiintaulukkoon jää vain vähän havaintoja yhtä ristiintaulukon solua kohden. Tämän vuoksi yhdistettiin luokkia tilastollista analyysiä varten, jotta soluihin saadaan suurempi määrä havaintoja ja tulokset olisivat helpommin tulkittavissa. Valittuja väittämiä tarkasteltiin 3-luokkaisina siten, että yhdistettiin luokat ”Täysin eri mieltä ja Jonkin verran eri mieltä” sekä luokat ”Täysin samaa mieltä ja Jonkin verran samaa mieltä”. Analyysissä sijoitettiin ”En osaa sanoa” vastausvaihtoehto näiden vaihtoehtojen puoliväliin, ja tulkittiin sitä ”Ei samaa eikä eri mieltä” vaihtoehtona. Tällä ei ollut vaikutusta Khiin neliötestin eikä Fisherin tarkan testin p-arvoihin.

Kuvion 23 avulla tarkasteltiin opetushenkilökunnan määrän riittävyyttä suhteessa työtehtävään. Vertailuja tehtiin opetus- ja hoitohenkilökunnan vastausten välillä. Muuttujien välinen yhteys oli tilastollisesti melkein merkitsevää (Khiin neliötesti, $p=0.0598$). Tulosten perusteella enemmistö opetushenkilökunnasta (52.4 %) oli

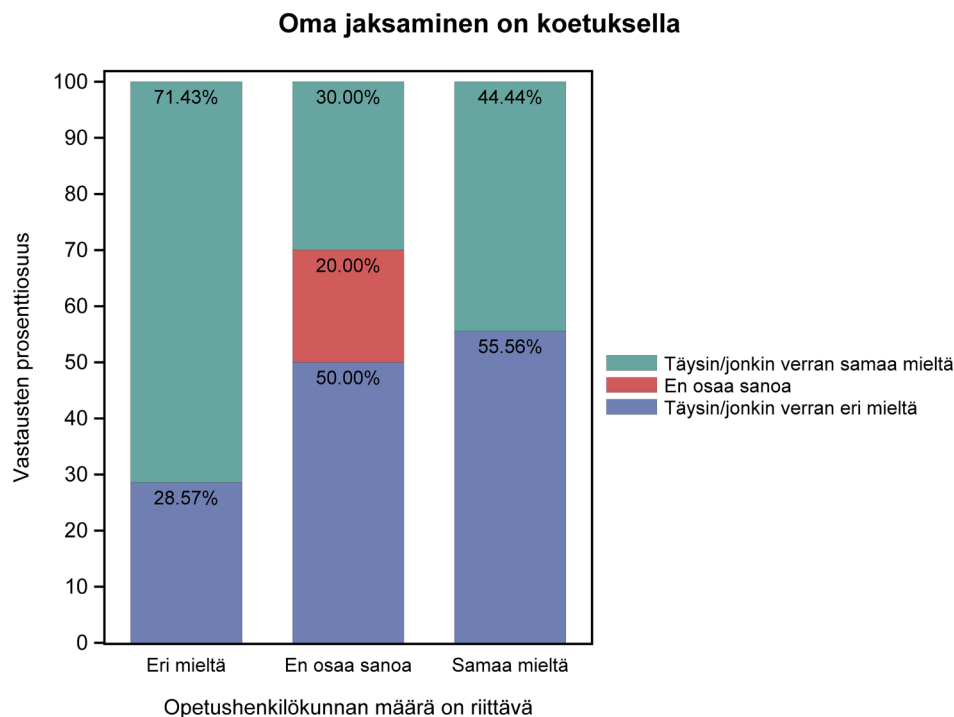
sitä mieltä, että opetushenkilökunnan määrä on riittävä. Opetushenkilökunnasta 38.1 % piti opetushenkilökunnan määrää riittämättömänä ja 9.5 % ei osannut kertoa mielipidettään väittämästä. Hoitohenkilökunnasta suurin osa (41.4 %) oli sitä mieltä, että opetushenkilökunnan määrä on riittämätön. Hoitohenkilökunnasta 27.6 % piti opetushenkilökunnan määrää riittävänä ja 31 % ei osannut kertoa mielipidettään väittämästä. En osaa sanoa vastaajista suurin osa oli hoitohenkilökunnan jäseniä, mikä on luonnollista, koska heillä ei ole lääketieteen opetuksesta vielä ehtinyt hahmottua kokonaiskuva. Puuttuvia vastauksia oli 7, vastanneita 79.



Kuvio 23. Työtehtävä suhteessa väittämään opetushenkilökunnan määrä on riittävä

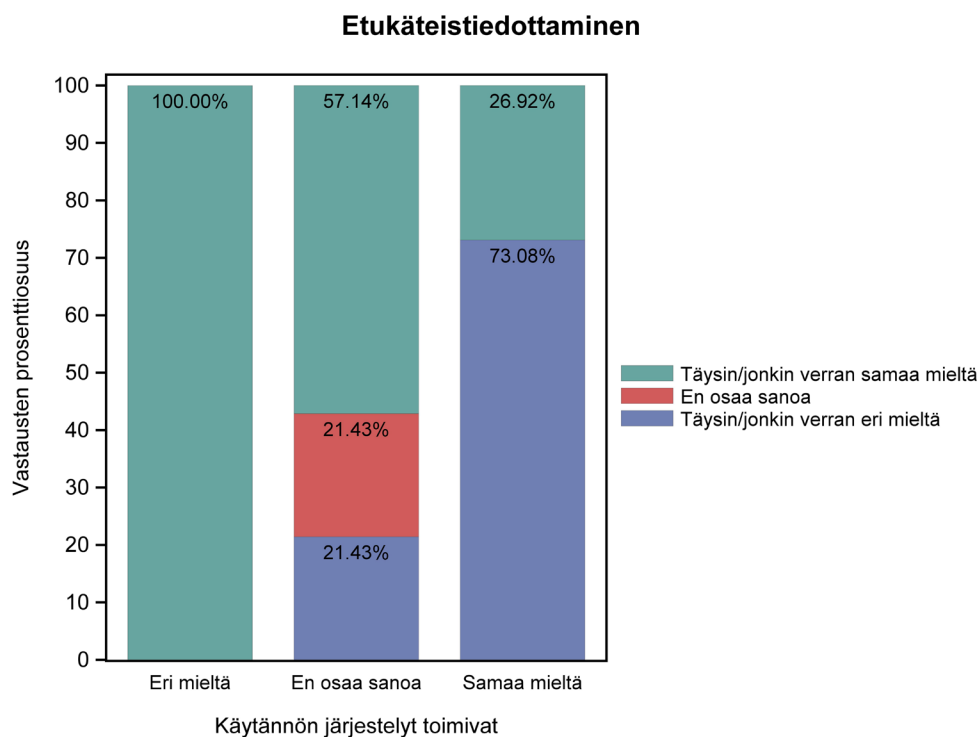
Tutkimuksessa tarkasteltiin riippuvuutta opetushenkilökunnan määrän riittävyyden ja vastaajien oman jaksamisen välillä. Puuttuvia vastauksia oli 30, vastanneita 49. Näiden kahden muuttujan välillä on riippuvuutta (Fisherin tarkka testi, $p=0.0305$). Vastaajista, jotka kokivat opetushenkilökunnan määrän riittäväksi, oli 44.4 % kuitenkin sitä mieltä, että oma jaksaminen on koetuksella. Täysin/jonkin

verran eri mieltä oli 55.6 % näistä vastaajista. Vastaajista, jotka kokivat opetushenkilökunnan määrän riittämättömäksi, oli 71.4 % sitä mieltä, että oma jaksaminen on koetuksella. Vastaajista 28.6 % oli sitä mieltä, että oma jaksaminen ei ole koetuksella. Vastaajista, jotka eivät osanneet ottaa kantaa opetushenkilökunnan riittävyteen, oli 30 % sitä mieltä, että oma jaksaminen on koetuksella ja 50 % sitä mieltä, että oma jaksaminen ei ole koetuksella. Vastaajista 20 % ei osannut ottaa kantaa väittämään. On huomioitava, että vastaajista vain murto-osa toimi varsinaisessa yliopiston kliinisessä opetustehtävässä kyselyn aikaan, ja pelkästään yliopiston opetushenkilökunnan osalta vastauksia ei eritelty (professorit, kliiniset opettajat, ohjaavat lääkärit). Toisaalta voidaan olettaa, että riittävä opettajien määrä vähentää työtaakkaa sekä opetushenkilökunnalta, että muilta työyksikön jäseniltä. Kuviossa 24 on tuotu esiin näiden muuttujien vastaukset. Niistä, jotka kokivat opetushenkilökunnan määrän riittäväksi, suurin osa ei kokenut ongelmia omassa jaksamisessaan. Ne vastaajat, joiden mielestä opetushenkilökunnan määrä ei ole riittävä, kokivat oman jaksamisensa olevan eniten koetuksella.



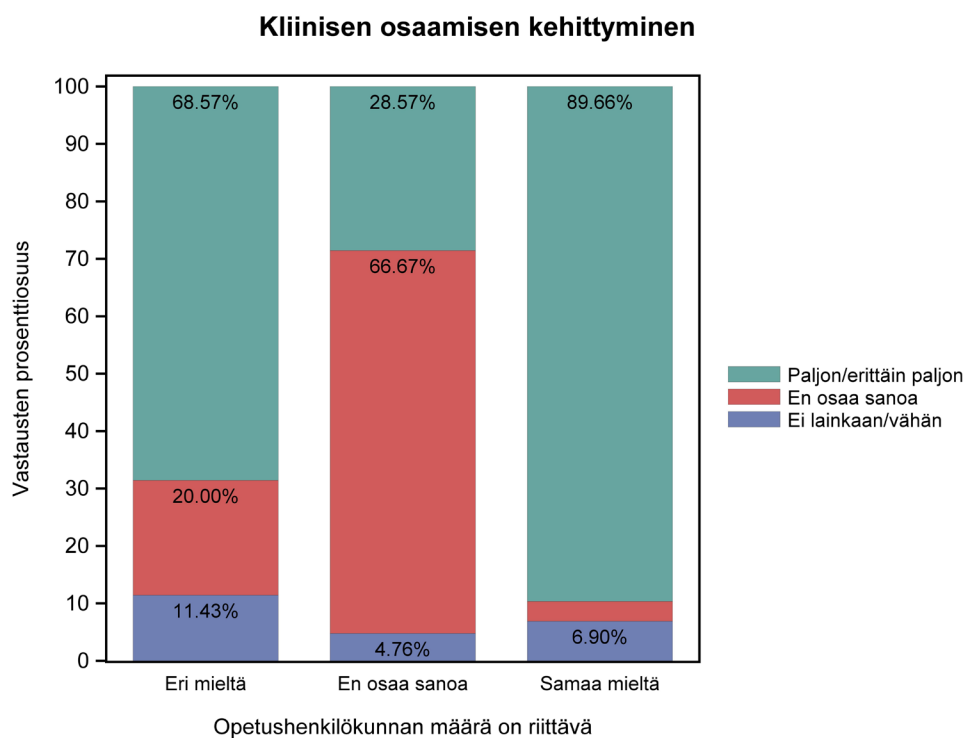
Kuvio 24. Oma jaksaminen on koetuksella suhteessa väittämään opetushenkilökunnan määrä on riittävä

Lisäksi tarkasteltiin riippuvuutta väittämien käytännön järjestelyt toimivat ja etukäteistiedottaminen on riittämätöntä välillä. Puuttuvia vastauksia oli 31, vastanneita 48. Näiden muuttujien välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevää riippuvuutta (Fisherin tarkka testi, $p < 0.0001$). Vastaajista, jotka kokivat käytännön järjestelyt toimiviksi, 26.9 % oli sitä mieltä, että etukäteistiedottaminen ei ole riittävä, kun taas 73.1 % oli täysin/jonkin verran eri mieltä, että etukäteistiedottaminen oli riittävää. Vastaajista, jotka eivät kokeneet käytännön järjestelyjä toimiviksi, 100 % oli sitä mieltä, että etukäteistiedottaminen oli riittämätöntä. Niistä, jotka eivät osanneet ottaa kantaa käytännön järjestelyjen toimivuuteen, 57.1 % oli sitä mieltä, että etukäteistiedottaminen oli riittämätöntä, 21.4 % oli sitä mieltä, että etukäteistiedottaminen on riittävää ja 21.4 % ei osannut ottaa kantaa asiaan. Kuviossa 25 tuotiin esiin näiden väittämien välistä riippuvuutta. Tulosten perusteella on syytä lisätä etukäteistiedottamista opiskelijoista organisaatiossa.



Kuvio 25. Etukäteistiedottamisen riittämättömyys suhteessa käytännön järjestelyjen toimivuuteen

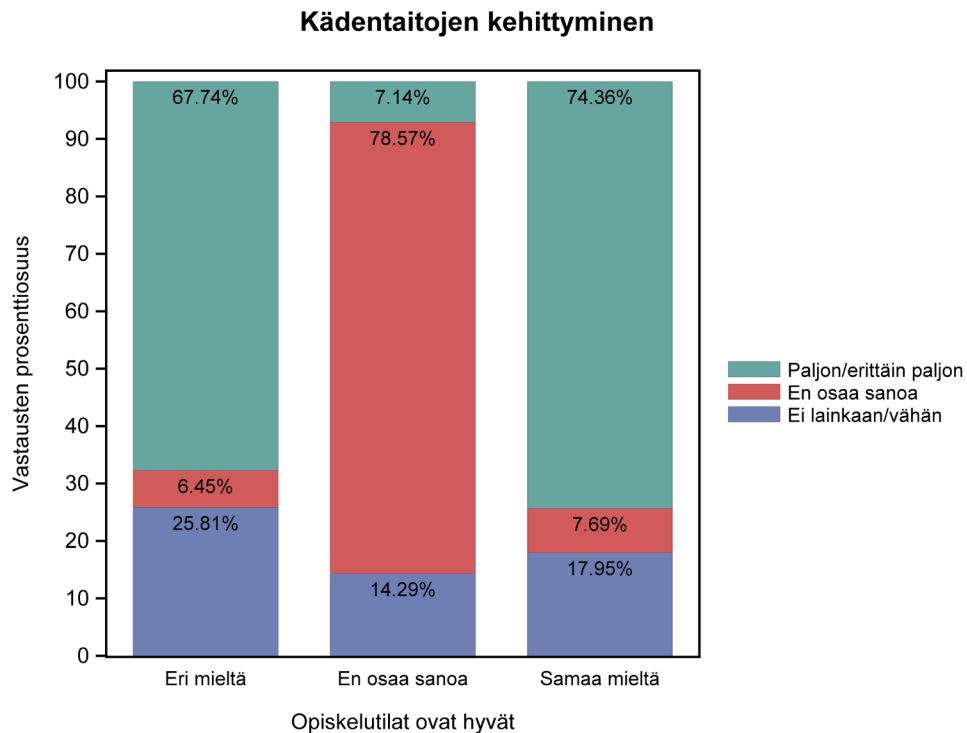
Riippuvuutta tarkasteltiin myös opetushenkilökunnan määrän riittävyyden ja opiskelijoiden kliinisen osaamisen kehittymisessä. Puuttuvia vastauksia oli 1, vastanneita 85. Näiden kahden muuttujan välillä on erittäin merkitsevää riippuvuutta (Fisherin tarkka testi, $p < 0.0001$). Vastaajista, jotka kokivat opetushenkilökunnan määrän riittäväksi, oli 89.7 % täysin/jonkin verran samaa mieltä siitä, että kliininen osaaminen kehittyy opetusjakson aikana. Vastaajista 6.9 % oli täysin/jonkin verran eri mieltä kliinisen osaamisen kehittymisestä ja 3.4 % ei osannut sanoa mielipidettään asiaan. Vastaajista, jotka kokivat opetushenkilökunnan määrän riittämättömäksi, oli 68.6 % kuitenkin sitä mieltä, että kliininen osaaminen kehittyy opetusjakson aikana. Täysin/jonkin verran eri mieltä kliinisen osaamisen kehittymisestä oli 11.4 % ja 20 % ei osannut ottaa kantaa asiaan. Niistä vastaajista, jotka eivät osanneet ottaa kantaa opetushenkilökunnan riittävyyteen, oli 28,6 % sitä mieltä, että kliininen osaaminen kehittyy opetusjakson aikana, 66.7 % ei osannut ottaa kantaa siihen ja 4.8 % oli sitä mieltä, että kliininen osaaminen ei kehity opetusjakson aikana. Tulosten perusteella opetushenkilökuntaan kohdennettu resurssi on suoraan verrannollinen opiskelijoiden osaamisen kehittymiseen. Tämä on tärkeä tutkimustulos, kun mietitään mitä toiminnalla tavoitellaan. Kuvio 26 havainnollistaa vielä vastausten määrää. Kuviossa tulee esiin, että vastaajat, jotka kokivat opetushenkilökunnan määrän olevan riittävä, kokivat myös opiskelijoiden kliinisen osaamisen kehittyvän. Myös ne vastaajat, jotka kokivat opetushenkilökunnan määrän riittämättömäksi, olivat kuitenkin sitä mieltä, että kliininen osaaminen kehittyy hajautetun opetusjakson aikana.



Kuvio 26. Kliinisen osaamisen kehittyminen suhteessa opetushenkilökunnan määrän riittävyteen

Riippuvuutta opiskelutilojen laadun ja kädentaitojen kehittymisen välillä tarkasteltiin myös. Puuttuvia vastauksia oli 2, vastanneita 84. Kahden muuttujan välillä on erittäin merkitsevää riippuvuutta (Fisherin tarkka testi, $p < 0.0001$). Vastaajista, jotka kokivat opiskelutilat hyväksi, 74.4 % oli sitä mieltä, että kädentaidot kehittyvät opetusjakson aikana. Näistä vastaajista 18 % olivat täysin tai jonkin verran eri mieltä kädentaitojen kehittymisestä opetusjakson aikana, 7.7 % ei osannut ottaa kantaa kädentaitojen kehittymiseen. Vastaajista, jotka olivat täysin/ jonkin verran eri mieltä opiskelutilojen hyväydestä, 67.7 % oli kuitenkin sitä mieltä, että kädentaidot kehittyvät opetusjakson aikana. Näistä vastaajista 25.8 % oli täysin/jonkin verran eri mieltä kädentaitojen kehittymisestä ja 6.5 % ei osannut ottaa kantaa asiaan. Niistä vastaajista, jotka eivät osanneet ottaa kantaa opetustilojen hyväyteen, oli 7.1 % sitä mieltä, että kädentaidot kehittyvät opetusjakson aikana, 14.3 % päinvastaista mieltä ja 78.6 % ei osannut ottaa kantaa asiaan. Vastauksia havainnollistettiin vielä kuvion 27 avulla. Opetustiloihin tyytyväiset kokivat opis-

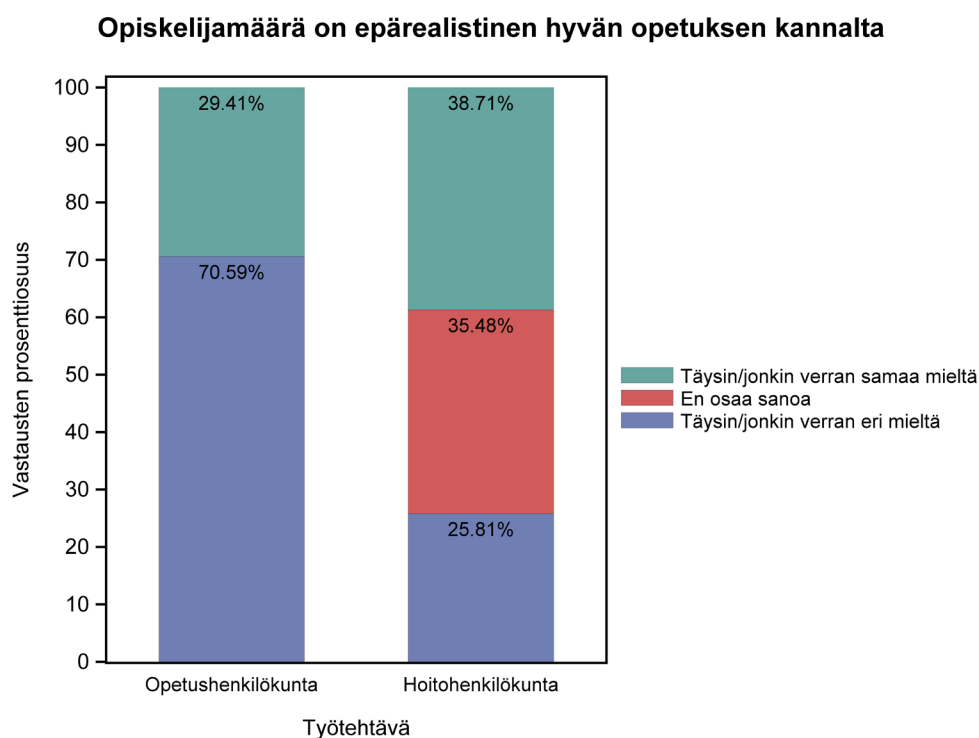
kelijoiden kädentaitojen kehittyvän eniten. Myös ne, jotka vastasivat opiskelutilojen olevan huonot, kokivat kuitenkin opiskelijoiden kädentaitojen kehittyvän hajautetun opetuksen aikana. Opetustoimintaan on osoitettava riittävästi fyysisiä tiloja, joissa opiskelijat saavat harjoitella kädentaitojaan.



Kuvio 27. Kädentaitojen kehittyminen suhteessa väittämään opiskelutilat ovat hyvät

Tutkimuksessa tarkasteltiin työtehtävää opetus- ja hoitohenkilökunnan osalta suhteessa väitteeseen opiskelijamäärä on epärealistinen hyvän opetuksen kannalta. Vastanneita oli 48 eli puuttuvia vastauksia oli 31. Työtehtävällä on vahva tilastollinen riippuvuus opiskelijamäärää arvioitaessa (Khiin neliötesti, $p=0.0031$). Opetushenkilökunnasta 70.6 % oli sitä mieltä, että opiskelijamäärä on realistinen hyvän opetuksen kannalta, täysin/jonkin verran eri mieltä oli 29.4 % opetushenkilökunnasta. Hoitohenkilökunnasta opiskelijamäärän koki hyvän opetuksen kannalta realistiseksi 25.8 % ja täysin/jonkin verran eri mieltä oli 38.7 % vastanneista. Lisäksi hoitohenkilökunnasta 35.5 % ei osannut ottaa kantaa tähän asiaan lainkaan. Kuvion 28 avulla havainnollistettiin tätä riippuvuutta. Tulosten mukaan enemmistö

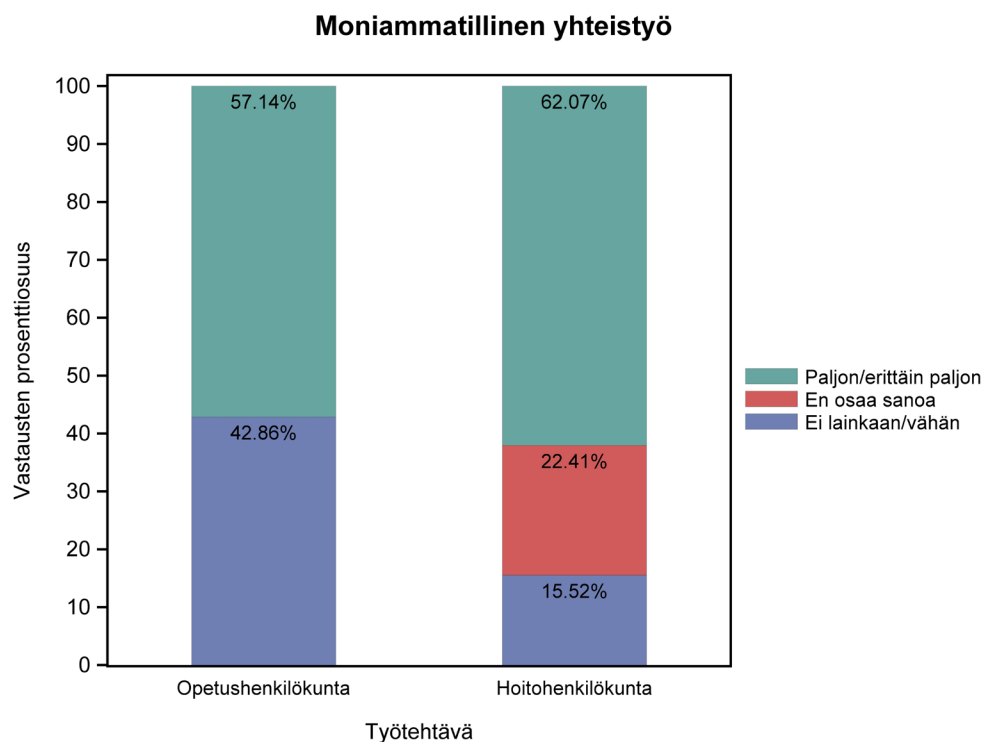
tö opetushenkilökunnasta koki vastaamishetkellä kertyneen kokemuksen opiskelijamäärästä realistisemmaksi hyvän opetuksen kannalta kuin hoitohenkilökunta. Tähän vaikuttaa varmasti se, että opetushenkilökunnalla on organisaatiossa vaikuttamismahdollisuuksia ryhmäkokoihin. Hoitohenkilökunnan vastaukset jakautuivat tasaisemmin eri vaihtoehtoihin, mutta enemmistö samaa / eri mieltä vastanneista hoitohenkilökunnasta koki opiskelijamäärät suuriksi.



Kuvio 28. Työtehtävä suhteessa kokemukseen opiskelijamäärästä

Tutkimuksessa tarkasteltiin väittämää moniammatillisen yhteistyön kehittymisestä suhteessa työtehtävään. Työtehtävän osalta tarkasteltiin opetus- ja hoitohenkilökuntaa, vastanneita oli 79. Näiden muuttujien välillä on selkeä riippuvuus (Fisherin tarkka testi, $p=0.0050$). Opetushenkilökunnasta 57.1 % oli sitä mieltä, että moniammatillinen yhteistyö kehittyy paljon/erittäin paljon opetusjakson aikana. 42.9 % opetushenkilökunnasta oli sitä mieltä, että moniammatillinen yhteistyö ei kehity lainkaan/kehittyy vain vähän opetusjakson aikana. Hoitohenkilökun-

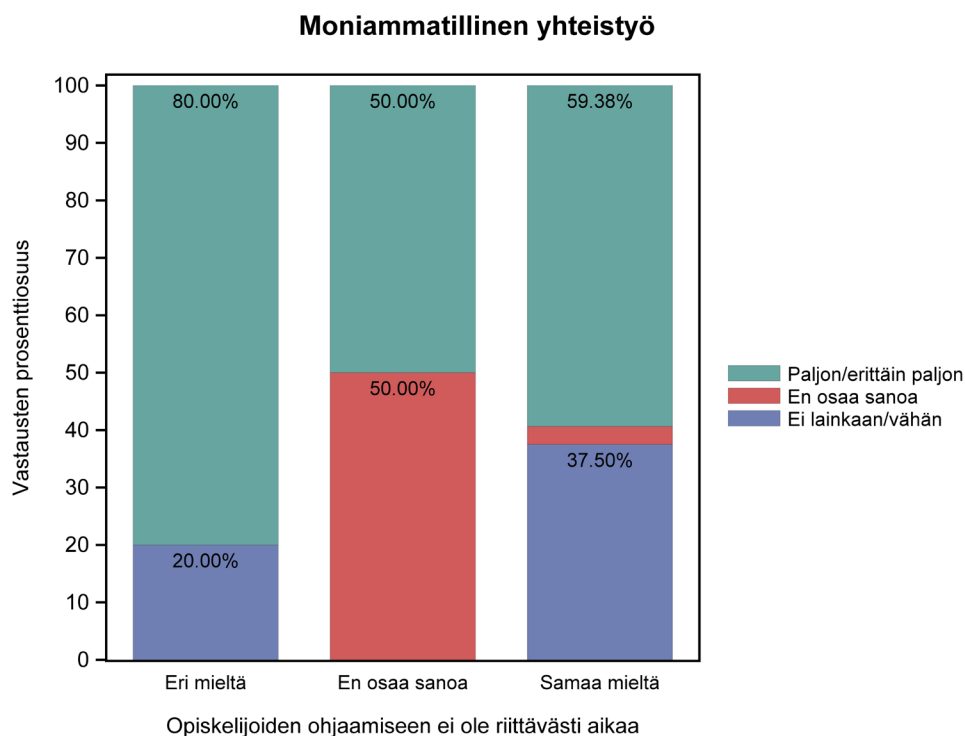
nasta 62.1 % oli sitä mieltä, että moniammatillinen yhteistyö kehittyy opetusjakson aikana paljon/erittäin paljon. Hoitohenkilökunnasta 15.5 % oli päinvastaista mieltä ja 22.4 % ei osannut sanoa väitteeseen mitään. Vastauksia havainnollistettiin kuvion 29 avulla. Vastauksista tuli esiin, että opetus- ja hoitohenkilökunta kokivat moniammatillisen yhteistyön kehittyvän hajautetun opetuksen aikana. Etenkin hoitohenkilökunta koki opetusjakson kehittävän moniammatillista yhteistyötä. Opetushenkilökunnan jäsenistä kaikilla oli mielipide väittämään puolesta tai vastaan.



Kuvio 29. Työtehtävä suhteessa väittämään moniammatillinen yhteistyö kehittyy

Tutkimuksessa tarkasteltiin riippuvuutta moniammatillisen yhteistyön kehittymisestä ja opiskelijoiden ohjaamiseen käytetyn ajan rajallisuudesta. Puuttuvia vastauksia oli 31, vastanneita 48. Näiden väittämien välillä on tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta (Fisherin tarkka testi, $p=0.0136$). Vastaajista, jotka kokivat, ettei opiskelijoiden ohjaamiseen ole riittävästi aikaa, 59.4 % oli sitä mieltä, että mo-

moniammatillinen yhteistyö kehittyi paljon/erittäin paljon. 37.5 % oli sitä mieltä, että moniammatillinen yhteistyö ei kehity lainkaan/kehittyy vain vähän. Vastaa- jista, jotka kokivat, että ohjaamiseen on riittävästi aikaa, 80 % kokivat moniam- matillisen yhteistyön kehittyvän paljon/erittäin paljon ja 20 % kokivat, että se ei kehity lainkaan/ kehittyy vain hyvin vähän. Niistä vastaajista, jotka ei osanneet sanoa onko ohjaamiseen riittävästi aikaa, 50 % ei osannut myöskään ottaa kantaa moniammatillisen yhteistyön kehittymiseen ja 50 % oli sitä mieltä, että se kehit- tyi paljon/erittäin paljon opetusjakson aikana. Kuvion 30 avulla havainnollistet- tiin näiden väittämien vastauksia. Vastausta voidaan tulkita siten, että moniamma- tillinen yhteistyö kehittyi parhaiten, mikäli ohjaukseen on riittävästi aikaa.



Kuvio 30. Moniammatillisen yhteistyön kehittyminen suhteessa väittämään opiskelijoiden ohjaamiseen ei ole riittävästi aikaa

Tutkimuksessa tarkasteltiin myös riippuvuutta väittämien, pidän arviointi-/ palau- tekeskustelun opiskelijan kanssa jakson aikana ja opiskelijoiden odotukset ovat epärealistisia hajautusjaksoon nähden, välillä. Puuttuvia vastauksia oli 31, vastan-

neita 48. Riippuvuutta näiden kahden väittämän välillä ei ollut (Khiin neliötesti, $p=0.1975$). Sukupuolen yhteyttä eri väittämiin tarkasteltiin myös. Ensin verrattiin opetushenkilökunnan määrän riittävyttä vastausten sukupuolijakaumaan. Vastanneita oli 85, eli vain yksi henkilö ei vastannut. Näiden kahden muuttujan välillä ei ollut riippuvuutta (Khiin neliötesti, $p=0.4948$). Väittämää, opiskelijamäärä on epärealistinen hyvän opetuksen kannalta, verrattiin sukupuolijakaumaan. Vastanneita oli 50, puuttuvia vastauksia 36. Näiden muuttujien välillä ei ollut riippuvuutta (Khiin neliötesti, $p=0.2138$). Tutkimuksessa tarkasteltiin myös väittämää, suoriutuminen omista työtehtävistä häiriintyy, suhteessa sukupuoleen. Vastanneita oli 51, vastaamatta jätti 35 henkilöä. Riippuvuutta näiden muuttujien välillä ei voida tilastollisesti osoittaa (Khiin neliötesti, $p=0.0849$).

Väittämää, ruotsinkielen taito kehittyy, tarkasteltiin suhteessa vastaajan äidinkielen, kun äidinkielenä on suomi tai ruotsi. Vastanneita oli 84, puuttuvia vastauksia 1. Riippuvuutta näiden muuttujien välillä ei voitu osoittaa (Khiin neliötesti, $p=0.0794$). Väittämää, lääketieteen opiskelijat ovat tärkeä ryhmä organisaatiomme kannalta, tarkasteltiin suhteessa työtehtävään. Työtehtävällä tarkoitettiin tässä joko opetus- tai hoitohenkilökuntaa. Vastanneita oli 78, puuttuvia vastauksia 1. Riippuvuutta näiden muuttujien välillä ei voitu tilastollisesti osoittaa (Khiin neliötesti, $p=0.7735$). Tutkimuksessa tarkasteltiin myös eri väittämien yhteyttä kertyneen työkokemuksen keston. Ensimmäisenä verrattiin väittämää, opetushenkilökunnan määrä on riittävä, työkokemukseen. Vastanneita oli 85, puuttuvia vastauksia 1. Riippuvuutta näiden muuttujien välillä ei voitu osoittaa (Khiin neliötesti, $p=0.9104$). Väittämää, opiskelijamäärä on epärealistinen hyvän opetuksen kannalta, verrattiin myös työkokemukseen. Vastanneita oli 50, puuttuvia vastauksia 36. Riippuvuutta näiden muuttujien välillä ei voitu osoittaa (Khiin neliötesti, $p=0.1791$). Väittämää, suoriutuminen omista työtehtävistä häiriintyy, verrattiin työkokemukseen. Vastanneita oli 51, puuttuvia vastauksia 35. Riippuvuutta näiden muuttujien välillä ei voitu osoittaa (Khiin neliötesti, $p=0.2489$).

Tutkimuksessa tarkasteltiin myös eri väittämien yhteyksiä erikoisalaan. Väittämää, kliininen osaaminen kehittyä, verrattiin erikoisalaan. Vastanneita oli 83, puuttuvia vastauksia 3. Riippuvuutta näiden muuttujien välillä ei ole (Khiin neliötesti, $p=0.1400$). Väittämää, lääketieteen opiskelijat ovat tärkeä ryhmä organisaatiossamme, verrattiin erikoisalaan. Vastanneita oli 82, puuttuvia vastauksia 4. Riippuvuutta näiden muuttujien välillä ei voitu osoittaa (Khiin neliötesti, $p=0.7863$). Seuraavaksi verrattiin väittämää, opetushenkilökunnan määrä on riittävä, erikoisalaan. Vastanneita oli 83, puuttuvia vastauksia 3. Riippuvuutta näiden muuttujien välillä ei voitu osoittaa (Khiin neliötesti, $p=0.3299$). Väittämää, opiskelijamäärä on epärealistinen hyvän opetuksen kannalta, verrattiin myös erikoisalaan. Vastanneita oli 49, puuttuvia vastauksia 37. Riippuvuutta näiden muuttujien välillä ei ollut (Khiin neliötesti, $p=0.7034$). Lopuksi tarkasteltiin vielä väittämää, suoriutuminen omista työtehtävistä häiriintyy, erikoisalaan. Vastanneita oli 50, puuttuvia vastauksia 36. Riippuvuutta näiden muuttujien välillä ei voitu tilastollisesti osoittaa (Khiin neliötesti, $p=0.1013$).

Tilastollisesti ei-merkitsevistä tuloksista nousee esiin, että vastaajien sukupuolella ei ole yhteyttä kokemukseen opetushenkilökunnan riittävydestä ja opiskelijamäärästä. Vastaajien äidinkielellä ei ole yhteyttä siihen, miten vastaajat kokevat opiskelijoiden ruotsinkielen taidon kehittyvän opetusjakson aikana. Työtehtävällä ei ollut tilastollista yhteyttä kokemukseen lääketieteen opiskelijoiden roolista organisaatiossamme. Vastaajien työkokemuksen kestolla ei ollut myöskään merkitystä, kun tarkasteltiin opetushenkilökunnan määrään riittävyttä, opiskelijamäärää ja suoriutumista omista työtehtävistä. Verrattaessa eri väittämiä erikoisalaan, merkitystä ei ollut kliinisen osaamisen kehittymisessä, opiskelijoiden roolista organisaatiolle, opetushenkilökunnan riittävydessä, opiskelijamäärässä ja suoriutumisessa työtehtävistä. Tulokset kuvaavat sitä, miten yhtenäisesti ammattilaiset ajattelevat näistä asioista. Mikään erikoisala ei noussut esiin näiden väittämien tarkasteluissa poikkeavana. Äidinkielellä ei ollut merkitystä mielipiteissä, joten tämä kuvaa hyvin aidosti kaksikielisen organisaation toimintaa.

Merkitsevien tilastollisten riippuvuustulosten perusteella eri väittämien riippuvuuksien tarkastelussa voidaan todeta, että opetushenkilökunnan määrällä on ammattilaisten mielestä suuri merkitys omaan jaksamiseen. Lisäksi opetushenkilökunnan määrällä on vaikutusta opiskelijoiden kliinisen osaamisen kehittymiseen. Esiin nousi myös ryhmäkokojen suuri merkitys hajautetussa perusopetuksessa. Toiminnan vaikuttavuuden näkökulmasta sopivan kokoiset ryhmäkoot ovat ensiarvoisen tärkeä asia. Suurin osa ammattilaisista koki pienryhmien sopivaksi kooksi kolme opiskelijaa. Miehet olivat yleisesti ottaen hieman suurempien ryhmäkokojen kannalla kuin naiset. Miesten mielestä hajautettu perusopetus soveltuu paremmin lääketieteen opiskeluun kuin naisten mielestä. Pitkän työkokemuksen omaavien ammattilaisten mielestä hajautettu perusopetus soveltuu hyvin lääketieteen opiskeluun. Opetushenkilökunnan mielestä lääketieteen hajautettu opetus soveltuu hieman paremmin lääketieteen opiskeluun kuin hoitohenkilökunnan mielestä. Suurin osa ammattilaisista oli sitä mieltä, että potilasturvallisuuden huomiointi kehittyi hajautetun perusopetuksen aikana.

Hyvillä opiskelutiloilla on merkitystä opiskelijoiden kädentaitojen kehittymiseen. Etukäteistiedottamisella on vaikutusta käytännön järjestelyjen toimivuuteen, ja moniammatillisen yhteistyön kehittyminen edellyttää riittävää ajallista resurssia opiskelijoiden opetukseen. Ammattilaisille suunnatun kyselytutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että häiriötä potilaiden hoitamiseen lääketieteen opiskelijoiden opettamisesta ei ole ollut. Henkilökunnalla ei ole tullut vielä väsymystä opiskelijoiden ohjaamiseen liittyen, joten motivaatio etenkin opetushenkilökunnalla on korkea. Koko henkilökunnalle suunnatun kyselyn vastauksissa tuli kuitenkin esiin jonkin verran muutosvastarintaa. Opiskelijoiden lisääntyvä määrä herätti myös kritiikkiä, varsinkin hoitohenkilökunnan taholla. Hoitohenkilökunnan vastausprosentin pienuuden perusteella on tulkittavissa, että useat hoitohenkilökunnan jäsenet eivät kokeneet tärkeäksi vastata lääketieteen opiskelijoihin liittyvään kyselyyn. Profioiden väliset erot tulevat esiin tässäkin asiassa ja se aiheuttaa haasteita moniammatillisen opetuksen kehittämiseksi. Taustalla todennäköisesti vaikuttaa halu kehittää ja tuoda näkyviin tasavertaisesti myös hoitotyön

opiskelijoiden opetusta/ohjausta. Moniammatillisuus ja tiimityötaitojen oppiminen jo opiskeluvaiheessa on tärkeää, jotta tulevaisuudessa lääkärit ja sairaanhoitajat voivat toimia työssään tasavertaisina kumppaneina oman ammattialansa edustajina. Näitä eri väittämien välisiä riippuvuuksia voidaan tarkastella paljon enemmän jatkossa, tähän valittiin vain pieni osa väittämistä sen perusteella, mitkä vastaukset koettiin tärkeiksi tuoda esiin toiminnan kehittämisen kannalta.

Kyselytutkimuksen vastausprosentti jäi kokonaisuudessaan hyvin pieneksi. Suunnitellusta otosjoukosta vastasi kyselyyn 21.1 %. Vastausprosentin pienuuteen voi liittyä useita seikkoja. Otosjoukko oli huolella valittu, mutta siitä huolimatta työyksiköissä työskentelee henkilöitä, jotka eivät ole tehneet töitä lääketieteen opiskelijoiden parissa. Lisäksi on vaikea arvioida yksittäisen työntekijän motivaatiota tai vireystasoa vastata kyselyyn. Opetustoiminta tässä laajuudessa on organisaatiossa uutta, joten työntekijöille kokonaisuutena ei ole kertynyt vielä riittävästi kokemusta eikä osaamista arvioida opetustoimintaa. Kyselytutkimus tehtiin vuoden 2012 lopulla, jolloin Turun yliopiston hajauttamaa perusopetusta oli ollut organisaatiossa vasta noin 2–2.5 vuotta. Lisäksi vastauksissa tuli esiin, että kyselylomakkeen kysymykset olivat varsinkin hoitohenkilökunnalle vaikeaa terminologiaa. Kyselylomake sinänsä ei ollut kovin pitkä; kuusi sivua. Tutkija ei usko lomakkeen pituuden vaikuttaneen vastausprosenttiin. Vastaajien äidinkieli ei vaikuttanut vastausprosenttiin, koska kysely tehtiin sekä suomeksi että ruotsiksi. Työntekijöillä on todennäköisesti väsymystä vastata vapaaehtoisiin kyselyihin, koska työn vaatimukset ovat nykyään korkeat, työpäivät ovat kiireisiä potilastyön parissa ja useita muitakin tutkimuksia sekä kehittämistöitä on työyksiköissä meneillään koko ajan. Vastaamattomuuden takana saattaa myös olla ajatus ”tämä asia ei minulle kuulu”. Lääkärien ja hoitotyöntekijöiden professiot ovat edelleen hyvin erillään toisistaan käytännön työelämässä. Parhaiten kyselytutkimukseen vastattiin lastentautien, kirurgian ja sisätautien työyksiköissä. Jokaiselta erikoisalalta, mihin kysely lähetettiin, tuli kuitenkin ainakin yksi vastaus kyselyyn.

5.3 Opiskelijat opetuksen keskiössä

Opiskelijapalautteita käsitellään tarkastellen niitä erikoisaloittain vuositasolla alkaen pilottiryhmästä syksyllä 2010 ja päättyen vuoden 2013 loppuun. Tuloksissa esitellään opiskelijoiden määrä, erikoisala, vuosikurssi, palautteiden määrä ja yleisiä kommentteja opetukseen ja käytännön järjestelyihin liittyen. Turun yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta oli opiskelijoita Vaasan keskussairaалassa vuosina 2010–2013 yhteensä 752. Näistä opiskelijoista 407 vastasi palautekyselyyn eli vastausprosentiksi muodostui 54.1 %. Tutkimuksessa ei käsitellä tämän tarkemmin opiskelijapalautteita tilastollisin menetelmin. Opintosuunnitelman mukaisten lukukausien eteneminen on kuvattu liitteessä 7.

Vuosi 2010

Toiminta alkoi yhden pilottiryhmän myötä syksyllä 2010. Viiden opiskelijan pilottiryhmä oli kahden viikon hajautusjaksolla Vaasan keskussairaalan kirurgian klinikassa. Opiskelijat olivat C12-lukukaudella eli viimeisen vuosikurssin kirurgian oppiaineen opiskelijoita. Tuolloin ei vielä ollut Vaasan keskussairaалassa Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opetushenkilöstöä. Pilottiryhmän ohjaajana toimi erikoisalan ylilääkäri. Opetus sisälsi käytännön klinisen työn harjoittelua pienryhmässä, mutta ei lainkaan vielä yliopiston videovälitteisten luentojen seuraamista. Pilottiryhmän opiskelijapalautteet harjoittelujaksosta olivat erittäin positiivisia ja opetustyön laajentamiseen rohkaisevia. Opiskelijat kokivat Vaasan keskussairaalan olevan sopiva organisaatio lääketieteen hajautettuun opiskeluun. Monipuolinen potilasmateriaali ja opetusmyönteinen henkilökunta koettiin tärkeiksi seikoiksi. Pilottijakson myötä varmistui organisaation johdolle, että Vaasan keskussairaалassa voidaan laajentaa ja kehittää lääketieteen hajautettua perusopetusta yhteistyössä Turun yliopiston kanssa.

Vuosi 2011

Opetustoiminta käynnistyi vuoden 2011 aikana kirurgian erikoisalan lisäksi sisätaudeilla ja lastentaudeilla. Palautelomake muutettiin sähköiseen muotoon ja palautteita kerättiin systemaattisesti jokaiselta opiskelijaryhmältä (liite 6).

Sisätaudeilla oli pilottiryhmä C6-7 vaiheen opiskelijoita keväällä 2011. Yhteensä opiskelijoita oli pilottiryhmässä 16, joista palautetta antoi 12 opiskelijaa. Sisätautien pilottiryhmällä oli Vaasan keskussairaалassa työskentelevä osa-aikainen Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kliininen opettaja. Syksyllä 2011 ei ollut sisätautien opetusta Vaasan keskussairaалassa. Opiskelijoiden palautteet opetuksesta ja opiskelupaikan ilmapiiristä olivat hyviä. Tyytyväisiä oltiin kliinisen opettajan saamisesta organisaatioon. Palautteiden pohjalta keskeisiksi kehittämiskohteiksi nousivat opiskelijoiden potilaskontaktien määrän lisääminen ja ruotsinkielen osuuden lisääminen opetuksessa.

”Ehdottomasti tuli myönteinen kuva paikkakunnasta ja sairaalasta. Voisin työskennellä täällä, jos perhetilanne sen sallisi.”

Kirurgian ja anestesiologian erikoisaloilla oli C12-vaiheen opiskelijoita syksyllä 2011 yhteensä 50. Palautetta opintojaksostaan antoi 41 opiskelijaa. Kirurgialla aloitti vuonna 2011 Vaasan keskussairaалassa työskentelevä Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kliininen opettaja. Anestesiologialla Turun yliopiston kliinistä opettajaa ei ollut vielä vuonna 2011. Opetustyötä teki keskussairaalan erikoislääkäri oman työnsä ohella. Kirurgian kurssiin sisältyy yliopiston luentoja kliinisten opetusviikkojen aikana. Luentojen seuraaminen järjestettiin videovälitteisesti Vaasan keskussairaalaan. Palautteiden mukaan videoyhteydet toimivat alkuun vaihtelevasti, ajoittain yhteydet pätkivät ja oli ongelmia kuuluvuudessa. Videoneuvottelulaitteistoa onkin vähitellen uusittu sekä Vaasassa että Turussa. Opetukseen oltiin tyytyväisiä sekä kirurgian että anestesiologian erikoisaloilla ja

kokonaisuudessaan henkilökunta koettiin ystävälliseksi. Opiskelijamäärien nopea kasvu aiheutti aluksi hämmennystä osassa henkilökuntaa.

”Sitten kun kandidit tulevat tutummiksi, helpottunee esim. hoitajien hämmennys ylimääräisten ihmisten pörräämistä kohtaan osastolla.”

Kirurgian erikoisalalla toivottiin enemmän potilaskontakteja ja ruotsin kielen harjoittelua. Osa opiskelijoista toi esiin hyvänä asiana sen, ettei ole pakko käyttää ruotsinkieltä, jos ei vielä hallitse sitä omasta mielestään riittävän hyvin. Palautteiden mukaan oltiin tyytyväisiä monipuoliseen opetukseen ja mahdollisuuteen nähdä muun muassa leikkaussalin, päiväkirurgian, päivystyspoliklinikan ja kirurgian poliklinikan toimintaa sekä endoskoppioita. Enemmän toivottiin mahdollisuutta tutkia potilaita ohjattuna. Keskussairaalan kulkulupien tarve ja atk-tunnusten tarve potilastietojärjestelmään nousi esiin ensimmäisen kerran syksyn 2011 palautteissa. Opetusta ehdotettiin järjestettäväksi hajautuspaikkakunnalla maanantaista torstaihin. Perjantaiksi toivottiin jo pääsyä takaisin Turkuun, koska edeltävän viikon sunnuntai kului Vaasaan matkustamiseen. Tyytyväisiä oltiin yliopistosairaloita pienempiin ryhmäkokoihin. Lisäksi positiivista palautetta sai stoomahoitaja pitämistään infoista lääketieteen opiskelijoille.

”Opettaja oli varannut paljon aikaa käydä yhdessä läpi potilastapauksia. Kynnys keskusteluun oli matala. Tosi opettavaista.”

Lastentaudeilla alkoi opetus syksyllä 2011. Opiskelijoita oli yhteensä 22, joista 21 antoi palautetta opintojaksostaan. Opiskelijat ovat C9-10 vaiheen opiskelijoita. Lastentaudeille saatiin Vaasan keskussairaалassa työskentelevä Turun yliopiston kliininen opettaja heti opetustoiminnan alkaessa. Toiminta alkoi ilman erillistä pilottijaksoa. Lastentautien opiskelijoiden viikko-ohjelmaan sisällytettiin heti keskussairaalan lastenosastojen ja -poliklinikan opetusten lisäksi neuvolaopetusta Vaasan kaupungin avoterveydenhuollon puolella sekä lastenneurologian opetusta

lasten neurologian poliklinikalla. Palaute lastentautien hajautetusta opetuksesta oli erittäin positiivista ja kliinisen opettajan opetukseen oltiin hyvin tyytyväisiä.

”Oli mukavaa, kun kaikki tervehtivät ja olivat kiinnostuneita meistä. Emme olleet tiellä.”

Haasteita tuli opetuspäivien lyhyistä kestoista monipuolisen ohjelman vuoksi sekä videoyhteyksien ajoittaisesta toimimattomuudesta. Näitä seikkoja on kehitetty jatkuvasti ja kokonaisuus menee käytännön asioissa parempaan suuntaan. Opiskelijat toivoivat potilastietojärjestelmän käytön opetusta, lisää potilaskontakteja, majoitusolosuhteiden parantamista ja ruotsinkielisen opetuksen lisäämistä entisestään. Opetusta toivottiin pitkien matkojen vuoksi olevan vain maanantaista torstaihin.

”Kunnon kielikylpyviikko. Lisäsi omaa varmuutta käyttää ruotsin kieltä rohkeammin, lisäsi sanavarastoa ja harjaannutti kuullun ymmärtämistä.”

Alkuvaiheessa majoitukset järjestettiin hostellissa sekä hotellissa vaihdellen. Molemmista paikoista tuli runsaasti palautetta muun muassa ruoanlaittomahdollisuuksien puuttumisesta ja oman rauhallisen opiskelutilan puuttumisesta iltaisin. Tämä olikin yksi keskeinen kehittämiskohde heti toiminnan alkuvaiheessa. Yleiseen ilmapiiriin keskussairaalassa oltiin tyytyväisiä.

”Sain sellaisen vaikutelman, että VKS:ssa työskentelevät ovat melkoisen tyytyväisiä ja motivoitunutta porukkaa. Sairaala tuntuu myös aikaansa seuraavalta. Vaasakin oli miellyttävä kaupunki. Eli voisin hyvin kuvitella hakeutuvani tännepäin töihin.”

Vuosi 2012

Vuoden 2012 aikana opetustoiminta laajeni huomattavasti aikaisempaan verrattuna. Opiskelijoiden majoitukset siirrettiin kevään aikana soluasuntoihin. Tämä osoittautui palautteiden perusteella hyväksi ratkaisuksi. Kalustetut soluasunnot tarjoavat kodinomaisen majoitusvaihtoehdon opiskelijoille. Soluasunnoissa jokaiselle opiskelijalle on oma huone internet-yhteydellä. Palautetta tuli hieman asuntojen sijainnista, kävelymatka keskussairaalaan on noin kaksi kilometriä. Talvipakkasilla matkan pituus vaikuttaa enemmän kuin muuten. Omakustanteisesti voi kulkea paikallisliikenteen linja-autoilla kyseisen matkan.

”Siisti asunto ja kauppakin lähellä! Itseäni pieni kävelymatka ei ainakaan haitannut yhtään, koska reittikin oli niin mukava. Mahdollisuus pyörän vuokraamiseen olisi hienoa.”

Vuonna 2012 opiskelijoita oli usealla eri erikoisaloilla. Keväällä kirurgialla C12 vaiheessa olevia, ja syksyllä kirurgialla ja anestesiologialla C6-7 vaiheessa olevia opiskelijoita. Sisätaudeilla oli keväällä C6-7 vaiheessa ja syksyllä C12 vaiheessa olevia opiskelijoita. Lastentaudeilla oli keväällä ja syksyllä C9-10 vaiheessa olevia opiskelijoita ja naistentaudeilla oli syksyllä C9-10 vaiheessa olevia opiskelijoita. Korva-, nenä- ja kurkkutaudeilla oli lisäksi keväällä C8 vaiheessa olevia opiskelijoita. Yleisesti palautteista kävi esiin, että varhaisemmassa vaiheessa olevat opiskelijat ovat tyytyväisempiä opintojaksoonsa kuin lähellä valmistumista olevat. Ensimmäinen kliininen käytännön hajautettu opetusjakso keskussairaalas- sa on opintojen C6 vaiheessa, tällöin motivaatio nähdä sairaalamailman toimintaa käytännössä on korkea. Tulevaisuuden suunnitelmat ja mahdollinen työpaikka on vielä usein myös avoimena, joten opiskelijat ovat hyvin vastaanottavaisia kaikelle opetukselle ja informaatiolle. Opintojen lähestyessä loppuvaihetta opiskelijoiden ajatukset ovat jo enemmän työ- ja perhe-elämään liittyvissä asioissa, jolloin hajautettu opetusjakso saatetaan kokea pakollisena opintoihin kuuluvana suo-

rituksena. Se on kuitenkin mahdollisuus opiskelijan roolissa vielä selvittää niitä asioita, joista on epävarma tai mistä haluaa lisätietoa.

Kirurgian C12 kurssilla keväällä 2012 Vaasan keskussairaalassa oli opiskelijoita yhteensä 57, joista palautetta antoi 33 opiskelijaa. Anestesiologian opetusta ei annettu Vaasassa keväällä 2012. Kirurgian ja anestesiologian C6-7 kurssin opiskelijoita oli vuonna 2012 syksyllä yhteensä 61, palautetta antoi 30 opiskelijaa. Kirurgialle tuli syksyllä 2012 osa-aikainen kliininen opettaja ja toinen opettajista toimi kirurgian vs. professorina. Anestesiologialle tuli myös syksyllä 2012 osa-aikainen kliininen opettaja. Suurin osa opiskelijoista oli erittäin tyytyväisiä opetusjaksoonsa, henkilökunta koettiin pääosin mukavaksi ja opetusmyönteiseksi. Opetushenkilökunta erityisesti sai hyvää palautetta opettamisestaan. Itsenäistä työtä ja toisaalta ohjattua opetusta toivottiin enemmän kuin mitä oli toteutunut. Myöhäisemmän vaiheen opiskelijat toivoivat saavansa enemmän työskennellä itsenäisesti, kun taas varhaisemman vaiheen opiskelijat toivoivat paljon ohjattua opetusta. Palautetta tuli jonkin verran Vaasan ja Turun pitkästä välimatkasta. Matkustaminen hajautetulle opetuspaikkakunnalle vie enemmän aikaa kuin opiskelu yliopistopaikkakunnalla. Taloudellisia menoja hajautusjakso ei kuitenkaan opiskelijoille tuonut lisää, koska yliopisto korvasi matkakulut ja Vaasan keskussairaala yhteistyössä yliopiston kanssa asumiskulut. Palautetta tuli myös pakollisista iltapäivän videoluennoista, tuo aika olisi haluttu käyttää potilastyön opeteluun. Ehdotuksena tuli esiin, että Vaasan hajautusjakso voisi olla pituudeltaan minimissään kaksi viikkoa, koska matkustaminen ja videoluennot vievät suuren osan ajasta. Kokeneiden kollegoiden hyviä neuvoja pidettiin tärkeinä etenkin lähellä valmistumisvaihetta. Stoomahoitajan pitämää infoa pidettiin edelleen tärkeänä osana hajautusta. Ruotsinkielen käyttö arjen työssä tuli esiin Vaasan opetusjaksolla hyvin. Mielipiteet vaihtelivat melko paljon riippuen siitä, miten paljon opiskelija oli itse käyttänyt ruotsinkieltä jaksonsa aikana.

”Jokainen sai tehdä mitä halusi ja koska ryhmäkoko oli pieni (6), niin kaikki oli helposti sovittavissa. Hyvä systeemi!”

Potilaiden tutkimista, pienryhmäopetusta ja päivystyspoliklinikan osuutta opetusohjelmassa toivottiin lisää. Elvytys­simulaatio-opetus sai erityisesti kiitosta. Elvytysopetuksen lisäksi sai harjoitella laparoskopian tekemistä simuloitusti. Simulaatio-opetuksen lisääminen olisikin palautteiden perusteella yksi keskeinen kehittämiskohde. Opettajien pitämät opetuskierrat koettiin hyödyllisiksi ja niitä toivottiin järjestettäväksi lisää mahdollisuuksien mukaan.

”Luento­jakin oli niin paljon, että aika missä tahansa tuntui riittä­mättömältä. Olin paljon leikkaussalissa ja se oli hyvä idea – minua kohdeltiin todella mukavasti! Polille olisi ollut kiva mennä enem­mänkin ja ohjatun­min, ehkä päästä tekemään jotain pieniä toimen­piteitä.”

Sisätaudeilla oli keväällä 2012 C6-7 vaiheen opiskelijoita yhteensä 48, joista pa­lautetta antoi 21 opiskelijaa. Syksyllä 2012 oli C12 vaiheen opiskelijoita 29, joista palautetta antoi 14 opiskelijaa. Sisätaudeilla työskenteli opetustehtävissä vuonna 2012 yksi professori ja keväällä lisäksi osa-aikainen kliininen opettaja. Syksyllä pienemmän opiskelijaryhmäkoon vuoksi opetustehtävissä oli vain professori. Sisätautien opetuksesta opiskelijat antoivat paljon positiivista palautetta. Suurin osa oli tyytyväisiä jaksoonsa ja kokivat sen vastanneen heidän odotuksiaan. Ope­tushenkilökuntaa pidettiin innostavina, sopivan vaativina ja ystävällisinä. Opetuk­sen sisältö oli keskittynyt kardiologiaan. Varhaisemmassa vaiheessa olevat opis­kelijat pitivät erittäin hyvänä asiana sitä, että jakson aikana sai keskittyä vain yh­teen sisätautien erikoisalaan.

”Olen tyytyväinen elämäni ensimmäiseen klinikkajaksoon. Oli sopi­van pehmeä lasku klinikkaan, ei vaadittu/odotettu. Jakso sopi hyvin ensimmäiseksi koulussa opiskeltavan teorian tueksi (kardiologia).”

Lähellä valmistumista olevat opiskelijat olisivat toivoneet laajemmin sisätautien opetusta. Päivystyspoliklinikan opetukseen oltiin erittäin tyytyväisiä. Suurin osa

opiskelijoita koki hyvänä asiana, että päivystysharjoittelua oli sisällytetty sisätautien hajautettuun opetusviikkoon. Palautetta tuli kevään ryhmän osalta pienistä opetustiloista. Potilashuoneiden koko on rajallinen ja suuret opiskelijaryhmät eivät mahdu hyvin yhdellä kertaa opetustilanteeseen. Opetusviikon monipuolisuuteen oltiin erittäin tyytyväisiä. Vaikka opetus oli kardiologiaa, niin sitä pääsi näkemään päivystyspoliklinikalla, vuodeosastoilla, sisätautien poliklinikalla, sydänasemalla ja jopa teho-osastolla.

”Jakso oli monipuolinen. Tein ihan tarkoituksella melko paljon päivystysharjoittelua Vaasassa, mikä oli mielekäs lisä muuhun harjoitteluun ja lisäsi itsenäistä potilastyöskentelyä.”

Ruotsinkielien harjoitteluun oltiin erityisen tyytyväisiä. Osa opiskelijoista jännitti etukäteen ruotsinkielistä työympäristöä, mutta huomasivat nopeasti ruotsin kielen olevan normaali osa työympäristön arkea. Henkilökunta koettiin hyvin ystävälliseksi, he eivät olleet opiskelijoiden mukaan vielä ehtineet kyllästyä suuriin opiskelijamääriin. Hyvää palautetta annettiin potilastietojärjestelmän käytön opettamisesta. Kaikille opiskelijoille jaetaan aikasidonnaiset tunnuksat jaksonsa ajalle keskussairaalan sähköiseen potilastietojärjestelmään, jota he käyttävät ohjaavan opettajansa valvonnassa. Potilastietojärjestelmän käytön opetus aloitettiin järjestelmällisesti vuonna 2012 kaikille Vaasaan tuleville lääketieteen opiskelijoille. Opetuksen järjestää keskussairaalan it-palveluiden yksikkö, ja se pidetään perehdytystilaisuuden yhteydessä.

”Vaasa on mielestäni kaukana, mutta sairaala vaikuttaa melko täydelliseltä työpaikalta. Sopivan kokoinen, henkilöstö osaavaa ja nuorekasta, motivoitunutta ja aidosti kiinnostuneita. Hoitaja-lääkäri kommunikatio tuntuu toimivan hyvin ja asiat ovat selkeästi järjestettyjä, erityisesti pienet seikat on huomioitu, mikä parantaa heti työskentelyä ja ilmapiiriä. Todella suuren kiitoksen ansaitsee Vaasan potilastietojärjestelmä, joka on paras tähän mennessä näkemämme.”

Lastentaudeilla oli vuonna 2012 yhteensä 48 C9-10 vaiheen opiskelijaa, joista palautetta antoi 35 opiskelijaa. Lastentaudeilla oli molemmilla lukukausilla kliininen opettaja. Opiskelijaryhmät olivat kolmen hengen ryhmiä, joten pieni ryhmäkoko sai paljon kiitosta. Samoin positiivista palautetta annettiin opetusviikon monipuolisuudesta. Opetus piti sisällään edellisen vuoden tapaan opiskelun lastenklinikan eri työpisteissä ja lisäksi jokaiselle opiskelijalle pystyttiin tarjoamaan avoterveydenhuollon neuvolaopetusta. Neuvolaopetus koettiin erittäin hyödylliseksi opetusjakson aikana. Opintosuunnitelmaan sisältyy vähän opetusta neuvoloissa, joten sen vuoksi asia on erityisen tärkeä opiskelijoille. Henkilökunta eri työyksiköissä sai hyvää palautetta, heidät koettiin mukaviksi ja ystävällisiksi. Opetusta ja ohjausta oli saatu monelta taholta. Hieman lisää toivottiin potilaiden tutkimista. Vastasyntyneiden elvytysopetukseen oltiin tyytyväisiä. Majoituksen kehittämiseen oltiin myös hyvin tyytyväisiä. Monet opiskelijoista kokivat hajaute-
tun opetusjakson madaltavan kynnystä hakeutua Vaasaan uudelleen hajautusjaksoille, kesätöihin tai töihin. Osa opiskelijoista teki jaksonsa aikana iltaisin päivystystyötä keskussairaalan päivystyspoliklinikalla. Näin hajautusjakso saattoi vaikuttaa jopa positiivisesti taloudelliseen tilanteeseen. Videoluentoyhteydet toimivat kokonaisuutena melko hyvin, joitain yksittäisiä videoluentoja ei saatu näkyviin teknisten ongelmien vuoksi.

”VKS vaikuttaa varsin opiskelijaystävälliseltä paikalta ja sopivan pieneltä, jotta vastavalmistunutkin saisi tehdä paperitöiden ohella myös ihan oikeaa potilastyötä. Lisäksi täällä päin Suomea vaikuttaisi olevan kaunista luontoa ja sairaalastakin hulppeat merimaisemat, joten voisin työskennellä Vaasassa jos työtarjous tulisi vastaan.”

Naistentaudeilla oli syksyllä 2012 yhteensä 18 C9-10 vaiheen opiskelijaa, joista palautetta antoi 10 opiskelijaa. Naistentaudeilla oli osa-aikainen kliininen opettaja. Opiskelijaryhmät olivat kahdenhengen ryhmiä, joka mahdollisti tehokkaan oppimisen opiskelijoille. Palautteiden mukaan opiskelijat olivat hyvin tyytyväisiä opetukseen ja ilmapiiriin. Opiskelijat kertoivat, että kahden opiskelijan ryhmät ovat Vaasan naistentautien klinikassa sopivan kokoisia, koska klinikka ei ole kovin suuri fyysisiltä tiloiltaan. Opiskelijat olivat tyytyväisiä vastaanottoon ja runsaaseen mahdollisuuteen tutkia potilaita. Jokainen opiskelija sai opetusviikkonsa aikana tutkia yli 10 potilasta kliinisen opettajansa ohjauksessa.

”Noin lyhyeen aikaan nähden näimme todella paljon mutta emme liikaa. On hyvä, että polia on enemmän, koska siellä pääsee käden-taitoja ja tutkimusta harjoittelemaan parhaiten. Kuitenkin oli hienoa päästä myös leikkuriin ja erityisen hienoa päästä synnytyssaliin, missä osaava kliininen opettajamme opasti meitä erinomaisesti.”

Kehittämisaikoina opiskelijat toivoivat jatkossa saavansa haastatella itsenäisesti lisää potilaita sekä tehdä pieniä toimenpiteitä enemmän ohjattuna. Palautetta tuli jonkin verran luentojen videoyhteyksien toimimattomuudesta. Kurssin alkupuolella yhteydet kangertelivat ajoittain, mutta kurssin edetessä toimivat yhä paremmin. Vika yhteyksien toimimattomuudessa ei ollut aina Vaasan keskussairaalan päässä. Uuteen majoitukseen soluasunnoissa oltiin tyytyväisiä, joitakin kommentteja matkan pituudesta majoituspaikasta keskussairaalaan tuli esiin. Ruotsinkieli näyttäytyi normaalina toimintana kaksikielisessä sairaalaympäristössä. Opiskeli-

joiden ruotsinkielen taito huomioitiin ja esimerkiksi henkilökunnan kokouksissa puhuttiin enemmistön kielellä.

Korva-, nenä- ja kurkkutaudeilla oli vuoden 2012 keväällä 16 C8 vaiheen opiskelijaa, joista palautetta antoi 8 opiskelijaa. KNK:lla oli myös osa-aikainen kliininen opettaja. Opetukseen oltiin erittäin tyytyväisiä ja KNK:n ilmapiiriä keuhuttiin opiskelijaystävälliseksi ja hyväksi. Opettajalle oli resursoitu aikaa hajautusviikoilla opettaa tiiviisti opiskelijoita. Koko muukin KNK:n henkilökunta osallistui palautteiden mukaan hyvin ohjaamiseen ja olivat joustavia aikataulujen suhteen. Videoluentoja ei KNK -jaksolla ole, joten päivät kuuluivat käytännön työn opettelussa. Tästä tuli hyvää palautetta opiskelijoilta. Kehittämiskohteina toivottiin mahdollisuutta tehdä lisää pieniä toimenpiteitä sekä esimerkiksi opettajalle opetusvälineeksi otsavaloon yhdistettävää kameraa, jonka avulla opiskelijat voivat nähdä saman kuin opettaja. Ruotsinkielen osuutta opetuksessa toivottiin lisää tulevaisuudessa.

”Opetuksemme oli kaiken kaikkiaan erinomaisesti järjestetty. Opettaja oli varattu käyttöömmekoko hajautusviikoksi. Erityisen hienoa oli polipäivä, jonka lomassa pääsimmekoko sanelemaan. Tyhjiä hetkiä ja seisoskelua ei tullut, kun myös muut lääkärit ottivat meidät ilomielin seuraamaan vastaanottojaan. Koko henkilökunta oli aidosti innostunut meidän paikalla olostajakiinnostuneita meistä.”

Vuosi 2013

Opiskelijamäärä kasvoi entisestään vielä vuoden 2013 aikana. Opiskelijoina olivat kirurgian erikoisalalla keväällä C12 vaiheen opiskelijat ja syksyllä C6-7 vaiheen opiskelijat, sisätautien erikoisalalla keväällä C6-7 vaiheen opiskelijat ja syksyllä C12 vaiheen opiskelijat, lastentaudeilla keväällä ja syksyllä C9-10 vaiheen opiskelijat, naistentaudeilla keväällä ja syksyllä C9-10 vaiheen opiskelijat, korva-, nenä- ja kurkkutaudeilla keväällä C8 vaiheen opiskelijat ja psykiatrian erikoisalalla

la keväällä C8 vaiheen opiskelijat. Kirurgian erikoisalalla hajautettiin opetusta gastrokirurgialle, ortopedialle ja anestesiologialle sekä syksystä 2013 alkaen myös urologialle. Tässä palautekoosteessa käsitellään kirurgiaa yhtenä erikoisalana sisältäen hajautetut kirurgian erikoisalat.

Yleisesti kaikista vuoden 2013 palautteista tuli esiin, että käytännön järjestelyjä oli saatu jo käytössä olevien resurssien mukaan toimivammiksi. Suurimmat kehitystoiveet vuonna 2013 liittyivät opetuksen sisältöön ja viikko-ohjelmiin. Sisätautien opetusta toivottiin laajennettavaksi kardiologian erikoisalalta muillekin sisätautien erikoisaloille. Opetushenkilökunta sai paljon kiitosta ja opiskelijat olivat kokonaisuutena tyytyväisiä, kun pääsivät keskussairaalaan opetukseen pienempien ryhmäkokojen vuoksi. Hygieniahoitajat alkoivat pitää sisätautien ja kirurgian opiskelijoille järjestelmällisesti opetustuokioita. Ne koettiin tärkeiksi opetustilanteiksi varsinkin varhaisemmassa vaiheessa olevien opiskelijoiden keskuudessa. Pitkä matka Turun ja Vaasan välillä herätti edelleen joissakin opiskelijoissa vastustusta. Toivottiin, että hajautusjakso Vaasassa perustuisi vapaaehtoisuuteen.

Kirurgian ja anestesiologian erikoisaloilla oli keväällä C12 vaiheen opiskelijoita 95, joista palautteen antoi 50 opiskelijaa ja syksyllä 109 C6-7 vaiheen opiskelijaa, joista palautetta antoi 46 opiskelijaa. Opetuksesta vastasi keväällä professori ja lisäksi kaksi osa-aikaista kliinistä opettajaa sekä syksyllä professorin lisäksi kolme osa-aikaista kliinistä opettajaa. Opetushenkilökuntaan oltiin hyvin tyytyväisiä, joillakin erikoisaloilla tuli esiin lisätoiveita liittyen useampiin opetuskiertoihin ja opettajan jatkuvaan läsnäoloon. Opetushenkilökunnan ajalliset resurssit ovat rajalliset, joten joustamista vaadittiin paitsi opetushenkilökunnalta niin myös opiskelijoilta. Suurin osa opiskelijoista oli tyytyväisiä ja koki saaneensa riittävästi pienryhmäopetusta. Elvytyssimulaatio-opetus koettiin edelleen erityisen hyväksi, siinä opettajan johdolla pienryhmissä harjoiteltiin simuloidusti elvytystilanteissa toimimista.

”Viikko oli parempi kuin odotin. Ehkä osastolla olisi voinut olla myös opetuspotilaita?”

Asumisjärjestelyjen kanssa oli alkuvuodesta hieman yllättäviä ongelmia, mutta tilanne selvisi nopeasti. Opiskelijoiden majoitukset siirrettiin välillä hotelliin muutaman viikon ajaksi. Opiskelijoilta tuli positiivista palautetta siitä, että majoitukseen liittyvät seikat ratkaistiin nopeasti ja pystyttiin jatkamaan majoituksia soluasunnoissa. Yllättävät muutokset aiheuttivat hämmennystä ja lisäjärjestelyjä opiskelijoillekin.

Keskussairaalan ilmapiiri koettiin mukavaksi ja opiskelijaystävälliseksi. Opintojakson keston suhteen tuli toiveita, että Vaasan opetusjaksot kestäisivät vähintään kaksi viikkoa, kun kerran opiskelijat matkustavat Vaasaan saakka. Ensimmäinen päivä kuluu perehdytyksissä ja iltapäivät videoluennoilla, joten varsinainen kliininen erikoisalan opetusaika jää melko lyhyeksi yhden opiskelijan kohdalla. Vaasan keskussairaala koettiin yleisesti hyväksi työpaikkavaihtoehdoksi. Kulkuyhteyksien parantuminen Turun ja Vaasan välillä edesauttaisi Vaasaan töihin tulemistä. Ruotsinkielttä opiskelijat saivat harjoitella mahdollisuuksien mukaan. Joillakin viikoilla kaikki opiskelijan tutkimat potilaat olivat ruotsinkielisiä äidinkieleltään, joillakin viikoilla ei ollut yhtään ruotsinkielistä potilasta. Opiskelijoiden omat ruotsinkielen taidot vaihtelivat myös runsaasti. Palautteiden mukaan potilaiden kanssa puhuttiin ruotsia, mutta opetuskielenä suomi toimii paremmin.

”Olisin toivonut opetuksen puolesta esim. listausta, josta käy ilmi oppimistavoitteet. Esim. jokin skopia, yhteen leikkaukseen osallistuminen, potilaan sairashistoriaan ja hänen sairauteensa perehtyminen (=palautettava sairaskertomusteksti).”

Sisätaudeilla oli keväällä 52 C6-7 vaiheen opiskelijaa, joista palautetta antoi 20 ja syksyllä 32 C12 vaiheen opiskelijaa, joista palautetta antoi 15. Opintojakso oli sisällöltään kardiologiaa. Opetuksesta vastasi professori ja osa-aikainen kliininen

opettaja sekä syksyllä että keväällä. Opetukseen oltiin yleisesti tyytyväisiä. Opetushenkilökunta koettiin avuliaksi, opetuspoliklinikkamalli toimivaksi ja opetuskokonaisuudessaan hyvin organisoiduksi. Keskussairaala koettiin toimivaksi ympäristöksi ja ilmapiiri avuliaksi. Hoitohenkilökunta ei vaikuttanut aina olleen tietoisia kandidaattien tulosta. Tiedottamisen osalta toimintaa kannattaa kehittää. Pukuhuonetilojen ahtauteen toivottiin parannusta. Opiskelijat olivat yleisesti sitä mieltä, että Vaasan opetusta voi suositella opiskelukavereille. Ruotsinkieltä sai harjoitella mahdollisuuksien ja omien kykyjen mukaan. Vastaanottoon ja opetus-tiloihin oltiin tyytyväisiä. Opetuspotilaita toivottiin lisää ja huomion kiinnittämistä koko potilaan hoitopolkuun. Pienryhmäopetusta toivottiin myös lisää. Päivystysmahdollisuuteen oltiin erityisen tyytyväisiä, varsinkin valmistumista lähellä olevat opiskelijat. Palautetta opintojaksosta toivottiin enemmän. Sisätautien erikoisalalla videoluentojen seuraamista ei ole sisällytetty hajautettuun opetusjaksoon.

”Kieltämättä harjoittelujakso madalsi kynnystä lähteä amanuenssiksi/sijaiseksi Vaasaan. Vaikka Vaasaan on pitkä matka, tuntuisi turvalliselta mennä tuttuun ja mukavaksi koettuun työympäristöön kesätöihin.”

Lastentaudeilla oli keväällä ja syksyllä C9-10 vaiheen opiskelijoita yhteensä 44, joista palautetta antoi 24 opiskelijaa. Lastentaudeilla oli vuonna 2013 yksi kliininen osa-aikainen opettaja. Yleisesti opiskelijat olivat tyytyväisiä monipuoliseen opetukseen ja hyvään vastaanottoon koko henkilökunnan puolelta. Opetus koettiin laadukkaaksi ja hyvin järjestetyksi. Neuvolaopetukseen oltiin keväällä erittäin tyytyväisiä. Syksyllä neuvolaopetus jouduttiin neuvolalääkäreiden resurssipulan vuoksi jättämään pois, mikä näkyi opiskelijapalautteissa. Opetusviikon potilasmäärät vaihtelivat eri ryhmien välillä, toisinaan oli erittäin kiireistä ja joillakin viikoilla oli esimerkiksi päivystettäessä ollut hiljaista. Opiskelijoiden kokemukset vaihtelivat sen vuoksi paljon. Potilastyötä toivottiin yleisesti enemmän.

”Olisi ollut kiva tehdä enemmänkin potilastyötä, polilla pääsi kivasti haastattelemaan, tutkimaan ja sanelemaan.”

Majoituksesta tuli positiivista palautetta alkuvuoden hämmennysten jälkeen. Asuntojen sijainti ja varustelu koettiin yleisesti hyväksi. Taloudellisesti Vaasan opetusviikko ei haitannut opiskelijoiden elämää. Ruotsinkieltä toivottiin käytettäväksi lisää. Tämä oli riippuvaista opiskelijan omasta ruotsinkielen taidosta. Kokonaisuutena koettiin, että Vaasaan olisi tulevaisuudessa helpompi tulla töihin hajautetun opetusviikon ansiosta.

Naistentaudeilla oli keväällä ja syksyllä C9-10 vaiheen opiskelijoita yhteensä 33, joista palautetta antoi 20. Naistentaudeilla oli kevään ja syksyn aikana osaikainen kliininen opettaja. Opetukseen oltiin erittäin tyytyväisiä. Viikko-ohjelmaan oli sisällytetty hyvin paljon potilaiden tutkimista, josta opiskelijat kokivat saaneensa paljon hyötyä itselleen. Pieni ryhmäkoko todettiin edelleen erittäin tärkeäksi, koska naistentautien klinikan fyysiset tilat ovat rajalliset.

”Saimme tehdä paljon ja potilaan tutkimiseen tuli varmuutta. Jos jotain voisi vielä parantaa, niin olisin toivonut voivani ensin tutkia itse spekula- ja sisätutkimuksen ja vasta sitten ohjaava lääkäri olisi kertonut mitä hän löysi. Nyt ei tullut ensi ajattelua itse, mutta oppi kuitenkin etsimään löydöksiä.”

Ilmapiiri koettiin myönteiseksi, joustavaksi ja avuliaaksi. Opettaja huolehti opiskelijoiden oppimisesta. Käytännön asioista palautetta tuli muun muassa siitä, että aterialippuja voi ostaa opiskelijahintaan vain kymmenen lipun paketeissa, ja opiskelijat ovat Vaasassa usein neljä/viisi päivää. Loput ostamansa liput heidän täytyy myydä edelleen opiskelijatovereilleen, jotka ovat tulossa Vaasaan opetusviikolle myöhemmin. Ruotsinkieli oli luonteva osa arkipäivää, eikä aiheuttanut opiskelijoille erityisiä ongelmia. Erikoistuminen Vaasassa koettiin hyväksi vaihtoehdoksi tulevaisuudessa.

Korva-, nenä- ja kurkkutaudeilla oli C8 vaiheen opiskelijoita keväällä yhteensä 15, joista vain yksi antoi palautetta. KNK:lla oli kevään ajan myös osa-aikainen kliininen opettaja opiskelijoita opettamassa. Opetukseen oltiin tyytyväisiä. Jakson aikana sai tutkia paljon omia potilaita ja tehdä joitakin toimenpiteitä. Henkilökunta koettiin erittäin mukavaksi ja ilmapiiri hyväksi. Käytännön järjestelyt koettiin hyväksi ja toimiviksi. Palautteen mukaan opiskelija suosittelee mielellään vastaavaa Vaasan opetusjaksoa kurssikavereilleen.

Psykiatrialla opetus alkoi keväällä C8 vaiheen opiskelijoiden pilottiryhmällä. Opiskelijoita oli kaksi ja toinen heistä antoi kirjallista palautetta jaksostaan. Psykiatrialla oli keväällä Vaasan keskussairaalassa työskentelevä Turun yliopiston osa-aikainen kliininen opettaja niillä viikoilla, kun oli opiskelijoita. Palaute jaksosta oli erittäin hyvää. Opetus oli hyvin järjestettyä, ja joka päivälle oli mietittynä runsaasti ohjelmaa opiskelijoille. Opetusjakson aikana opiskelijat näkivät monipuolisesti eri osastojen ja myös poliklinikan toimintaa. Positiivisena asiana koettiin, että jakson aikana opiskelijat näkivät usean eri lääkärin tekemiä potilashaastatteluja. Opettajaan, muuhun henkilökuntaan ja ilmapiiriin oltiin erittäin tyytyväisiä. Psykiatrian yksikön sijainti Huutoniemen alueella sai hieman palautetta pitkien välimatkojen johdosta. Ruotsinkieltä kuuli riittävästi viikon aikana, osa lääkärikierron potilasta käsiteltiin ruotsiksi. Palautteen perusteella opiskelija suosittelee mielellään Vaasan psykiatrian opetusta muille lääketieteen opiskelijoille. Pilottiryhmän jälkeen päätettiin jatkaa psykiatrian opetusta Vaasan keskussairaalassa.

Taulukossa 14 on lyhyesti esitetty opiskelijoiden palautekoosteesta nousseet tärkeimmät kehittämisalueet.

Taulukko 14. Opiskelijapalautekooste

Vuosi	Erikoisala	Keskeiset kehittämiskohteet	Kehittämistyön toteutumisen arviointi +/-
2010	Kirurgia	Pilottiryhmällä positiiviset kokemukset hajautetusta opetusjaksosta -> opiskelijat suosittelivat hajautetun opetuksen laajentamista Vaasan keskussairaalaan.	+ Opetusta laajennettiin seuraavina vuosina voimakkaasti Vaasan keskussairaalla eri erikoisaloille.
2011	Kirurgia Anestesiologia Sisätaudit Lastentaudit	Kliininen opettaja organisaatioon. Potilaskontaktien määrän lisääminen opetuksessa. Ruotsinkielien osuuden lisääminen opetuksessa. Kulkuluvat opiskelijoille. Potilastietojärjestelmän käytön opetus, IT-tunnukset opiskelijoille potilastietojärjestelmään. Videoluentoyhteyksien kehittäminen. Majoitusolosuhteiden kehittäminen. Opiskelijapalautteiden kerääminen.	+ Kliininen opettaja kirurgialla, sisätaudeilla ja lastentaudeilla. - Kulkuluvat eivät vielä järjestyneet. + Potilastietojärjestelmän opetus käynnistyi. -IT-tunnukset eivät vielä järjestyneet. - Videoluennoissa ajoittain toimimattomuutta. + Majoitusolosuhteita kehitettiin. + Ruotsinkielien osuus huomioitiin opetuksessa. + Opiskelijapalautekysely sähköiseen muotoon.
2012	Kirurgia Anestesiologia Sisätaudit Lastentaudit Naistentaudit Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	Riittävästi opetushenkilökuntaa. Potilaskontaktien määrän lisääminen. Pienryhmäopetusten lisääminen. Pientoimenpiteiden lisääminen. Opetuksen tavoitteiden laatiminen. Päivystysjärjittelun lisääminen. Opetuskiertojen lisääminen. Opetustilojen riittämättömyys. Kulkuluvat ja IT-tunnukset. Videoluentoyhteyksien kehittäminen.	+ Professorit kirurgialle ja sisätaudeille, kliiniset opettajat muille erikoisaloille. + Erikoisaloittain voimakasta viikko-ohjelmien kehittämistä, potilaskontaktien määrää nostettiin, opetuskiertoja järjestettiin, pienryhmäopetusta kehitettiin, tavoitteet hajautetulle opetukselle. + Päivystysjärjittelua sisällytettiin ohjelmiin. + Kulkuluvat ja IT-tunnukset järjestettiin. + Videoluentoyhteyksiä kehitettiin. - Opetustiloista puutetta.

(jatkuu)

(jatkuu)			
2013	Kirurgia Anestesiologia Sisätaudit Lastentaudit Naistentaudit Korva-, nenä- ja kurkkutaudit Psykiatria	Opetuksen kehittäminen. Opetuspotilaiden määrän nostaminen. Erikoisaloittain listat oppimistavoitteista. Optimaaliset ryhmäkoot. Kädentaitojen ja pientoimenpiteiden harjoittelun lisääminen. Opetustilojen kehittäminen. Ahtaat pukuhuoneetilat. Opiskelijoille palaute suoriutumisestaan opetuksessa. Etukäteistiedottaminen työyksiköitä opiskelijoista.	+ Kaikilla opetusta antavilla erikoisaloilla oli opetushenkilökuntaa. + Opetuspoliikkatoiminta alkoi. + Elvytysnäyttö-opetusta. + Ryhmäkokoihin oltiin tyytyväisiä. - Listat yksityiskohtaisista oppimistavoitteista puuttuvat vielä osalla erikoisaloista. + Videoneuvottelulaitteiden uusiminen aloitettiin. + Opetustiloja kehitettiin, mm. tenttiluokka, videoluennotilat ja sisätaudeille suurempi potilashuone opetuskäyttöön. + Etukäteistiedottamista pyritty kehittämään, mm. ohjelmat työyksiköiden sisäisiin tiedostuskanaviin. - Uudet pukuhuoneetilat tulossa vuoden 2014 kuluessa. - Palautekeskustelut opiskelijoiden kanssa vielä satunnaisia.

Opiskelijapalautteiden tulosten vertailu asiantuntijoiden ja ammattilaisten kokemuksiin

Opiskelijapalautteiden mukaan suurin osa opiskelijoista kokee hajautetun opetuksen hyväksi ja avartavaksi mahdollisuudeksi. Asiantuntijoilla ja ammattilaisilla on samanlainen näkemys siitä, että hajautettu opetus on kokonaisuudessaan toimiva tapa opettaa lääketiedettä. Asiantuntijoiden teemahaastattelussa tuli selkeästi esiin, että he kokivat opettamisen ja valmentamisen olevan keskeinen asia hajautetussa perusopetuksessa. Opettajalle varattu aika opetustyöhön on suoraan verrannollinen opiskelijoiden tyytyväisyyteen. Pienet ryhmäkoot ovat laadukkaan hajautetun opetuksen keskeinen onnistumisen edellytys. Tästä asiasta olivat kaikki kolme avainryhmää samaa mieltä. Kaikki avainryhmät toivat esiin tavoitteiden merkityksen toiminnalle. Asiantuntijat kokivat tavoitteet puutteellisiksi ja sen vuoksi kehitettäväksi asiaksi. Ammattilaisten mukaan tavoitteet olivat tiedossa

melko hyvin. Tämä perustuu varmasti ammattilaisten mielikuvaan siitä, mitä kussakin opintojen vaiheessa opiskelijoille on keskeistä opettaa. Opiskelijat olivat periaatteessa tietoisia oppilaitoksen asettamista tavoitteista, mutta toivoivat konkreettisempia tavoitteita hajautetulle opetusviikolle, esimerkiksi listaa opittavista asioista.

Verrattaessa opiskelijapalautteiden tuloksia ammattilaisille tehdyn kyselytutkimuksen tuloksiin, saatiin esille yhteneväisyyksiä ja jotain eroavaisuuksia. Opiskelijat olivat yleisesti tyytyväisiä opetushenkilökunnan pedagogiseen osaamiseen. Ammattilaiset kokivat tarvetta lisäkoulutukseen pedagogisen osaamisen kannalta. Opiskelijat kokivat ryhmäkoot sopiviksi hajautetussa opetuksessa, samoin ammattilaisten mielipiteet olivat pääasiassa samansuuntaisia. Opiskelijat kokivat, että aina ei tiedetty heidän tulostaan työyksiköihin. Ammattilaisista suurin osa oli sitä mieltä, että tiedotus oli riittävää. Tämä on kuitenkin tärkeä kehittämisaikaa jatkoa ajatellen. Opetushenkilökunta on tietoinen opiskelijoista, mutta hoitohenkilökunnalle tiedottamista kannattaa tehostaa. Opiskelijoilla on paljon odotuksia hajautetun opetuksen laadukkuudesta. Ammattilaisten mukaan nämä odotukset ovat pääosin ihan realistisia. Opiskelijapalautteissa tuli esiin, että opiskelijat toivovat enemmän ruotsinkielistä opetusta. Ammattilaisista hieman alle puolet käyttää harvoin tai ei koskaan opetuksessaan ruotsin kieltä. Tätä seikkaa voisi myös miettiä jatkokehittämisen kannalta. Organisaation ja alueen intressi on tehdä ruotsinkielinen työympäristö tutummaksi opiskelijoille.

Opiskelijat antoivat hyvää palautetta organisaation sähköisestä potilastietojärjestelmästä. He saavat perehdytyksen sen käyttöön aloituspäivän informaatiotilaisuuden yhteydessä. Ammattilaiset olivat samaa mieltä, että opiskelijoiden osaaminen sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön liittyen lisääntyy hajautusjakson aikana. Aikasidonnaisten tunnusten saaminen potilastietojärjestelmään koettiin tärkeäksi seikaksi. Molemmat avainryhmät olivat sitä mieltä, että kliininen osaaminen ja kädentaidot kehittyvät hajautetun opetusjakson aikana. Suurin osa ammattilaisista oli sitä mieltä, että lääketieteen opiskelijat ovat tärkeä ryhmä or-

ganisaation kannalta. Tämä tuli hyvin näkyviin opiskelijapalautteissa tyytyväisyytenä pääosin ystävälliseen ja motivoituneeseen henkilökuntaan. Opetushenkilökuntaan opiskelijat ovat olleet erityisen tyytyväisiä. Opiskelijat kokivat asiantuntijasairaanhoidajien antaman opetuksen erittäin hyödylliseksi. Suurin osa ammattilaisista oli sitä mieltä, että moniammatillista yhteistyötä voisi kehittää ja sairaanhoidajilla olisi paljon opetettavaa myös lääketieteen opiskelijoille. Tämä vastavuoroinen moniammatillinen opetus on yksi tulevaisuuden kehittämisalue.

Opiskelijapalautteita on saatu kiitettävästi hajautetulla opetusjaksolla olleilta opiskelijoilta. Toiminnan alkuvaiheen palautteet ovat olleet hyvin positiivisia kaikilla erikoisaloilla. Pidemmällä aikavälillä palautteet todennäköisesti muuttuvat realistisemmiksi. Keskussairaala on opetusympäristönä sopivan pieni, jolloin voidaan tarjota laadukasta ja yksilöllistä opetusta opiskelijoille. Ensimmäisten vuosien palautteiden pääpaino on ollut monipuolisten viikko-ohjelmien ja käytännön järjestelyjen kehittämisessä. Viikko-ohjelmia on muokattu lukukausittain eri erikoisaloilla ja eri vaiheessa olevien opiskelijoiden tarpeita huomioiden. Pääasiassa opiskelijat ovat olleet hyvin tyytyväisiä ohjelmiin. Kehittämiseen liittyvää palautetta on tullut lähinnä ohjelmien tiivistämisestä ja tehostamisesta. Vaikka ammattilaiset ovat sitä mieltä, että hajautettu opetusjakso lisää opiskelijoiden käden taitoja, niin opiskelijat itse toivovat entistä enemmän käden taitojen harjoittelua, muun muassa pientoimenpiteisiin liittyen. Resursointi riittäviin opetustiloihin ja opetusvälineisiin koettiin erityisen tärkeäksi kaikissa avainryhmissä. Poliklinikkaopetus on koettu hyödylliseksi kaikissa eri opiskeluvaiheissa. Opiskelijat toivovat pääsevänsä tutkimaan ja haastattelemaan enemmän oikeita potilaita sekä keskustelemaan hoitolinjoista opettajien kanssa. Kehittämistä ovat vaatineet maajoitusjärjestelyt sekä järjestelyt kulkulupien ja potilastietojärjestelmätunnusten tarjoamiseksi opiskelijoille. Palautetta on tullut myös videoluentojen toimivuudesta, ajoittain tietoliikenneyhteydet ovat katkeilleet ja kuuluvuus/näkyvyys on ollut haasteellista. Osa opiskelijoista on kokenut pakolliset videoluennot hieman turhauttaviksi käytännön hajautetun opetusjakson aikana. Kaksikielinen opiskeluympäristö on saanut lähinnä kiitosta. Joitakin palautteiden antajia ruotsinkielen

vahva rooli keskussairaalassa on jännittänyt/häirinnyt etukäteen, mutta opetusjakson aikana tilanne on helpottunut. Suurin osa opiskelijoista toivoi saavansa enemmän ruotsinkielistä opetusta ja kontakteja ruotsinkielisiin potilaisiin.

5.4 Yhteenveto vaikuttavuuden arvioinnista

Tarkasteltaessa vaikuttavuutta tutkimustuloksista nousseiden kriteerien valossa voidaan todeta, että Vaasan keskussairaalan tarjoama lääketieteen hajautettu perusopetus on vaikuttavaa. Taustalla on yliopiston asiantunteva ja aktiivinen rooli toiminnan ohjaamisessa heti sen aloitusvaiheesta alkaen. Turun yliopiston lääketieteellisellä tiedekunnalla on pitkä perinne massiivisesta lääketieteen perusopetuksen hajauttamisesta, joten Vaasan sairaanhoitopiirissä on voitu hyödyntää maksimaalisesti yliopiston osaamista ja kokemuksia toiminnasta. Tutkija on tuonut esiin alaluvun taulukossa 15 vaikuttavuuden arvioinnin tämän tutkimuksen tulosten perusteella.

Ensimmäisenä keskeisenä kriteerinä nousi esiin toiminnan strategianmukaisuus. Hajautetulle perusopetukselle on suuri tarve Vaasan alueella muun muassa rekrytoinnin sekä alueen kehittymisen ja imagon kannalta katsottuna. Toiminta on organisaation strategian mukaista ja Vaasan keskussairaalan johto on suunnannut siihen paljon resursseja. Sairaalan johto tukee opetustoimintaa sekä on sitoutunut toiminnan tarjoamiseen ja sen kehittämiseen. Vaasan alueella on olemassa kaikki edellytykset hyvän lääketieteen perusopetuksen tarjoamiseen. Sairaanhoitopiirin väestöpohja ylittää runsaasti minimivaatimuksen ajatellen perusopetusta tarjoavan organisaation toivottua väestöpohjaa. Lääketieteen perusopetuksen kannalta Vaasan alueen perusterveydenhuollossa ja keskussairaalassa on tarvittava laajakirjoinen potilasmateriaali. Vaasan keskussairaalan opetushenkilökunta on kaksikielistä, joten perusopetusta pystytään tarjoamaan molemmilla kotimaisilla kielillä. Potilaista osa on äidinkieleltään ruotsinkielisiä, mikä lisää ruotsinkielen käyttöä opetuksessa. Ruotsinkielen osuutta kannattaa jatkossakin sisällyttää opetukseen

mahdollisuuksien mukaan. Toiminnan alueelliseen näkyvyyteen oltiin melko tyytyväisiä, joskin sitä voidaan kehittää edelleen. Toiminnan kustannuksia ei ole tarkasteltu tässä tutkimuksessa, mutta opetustoiminnan kasvu on ollut maltillista organisaatiossa ensimmäisen viiden vuoden aikana. Opetustoiminnan vaikutusta alueelle työllistymiseen on vielä liian aikaista arvioida. Sitä kannattaa tarkastella 5–10 vuoden kuluttua. Opetusvolyymin tulevaisuuden kasvuun on varauduttu opetushenkilökunnan tiedottamisella asiasta ja opetustoiminnan suunnittelutyöllä, muun muassa ottamalla huomioon opetustoiminta uusia tiloja suunniteltaessa ja rakennettaessa.

Toisena keskeisenä kriteerinä nousi esiin toimivuus eli tässä yhteydessä toimiva yliopistoyhteistyö. Ilman aktiivista yliopistoyhteistyötä ja yliopiston ohjausta toiminta hajautuspaikkakunnalla saattaa heikentyä ja terveydenhuollon organisaation saama hyöty perusopetuksen tarjoamisesta saattaa jäädä hyvin vähäiseksi. Yhteistyö Turun yliopiston kanssa on erittäin tiivistä, hyvin ohjattua ja toimivaa. Opetustoiminnan ohjaamiseen on luotu ohjausryhmä heti toiminnan alkuvaiheesta alkaen. Opetusyhteistyöhön liittyen on tehty kolmikantasopimukset Turun yliopiston, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Vaasan sairaanhoitopiirin välillä opetustoiminnan suunnitteluvaiheessa. Terveydenhuollon organisaation opetushenkilökunta on sitoutettu opetustyöhön ottamalla heidät osaksi yliopiston muuta opetushenkilökuntaa. Vaasan keskussairaalassa on opetustyöstä kiinnostuneita lääkäreitä. Keskussairaalan opetushenkilökunta on vähintään osa-aikaisessa työsuhteessa yliopistoon. Professorit tekevät aktiivisesti tutkimusta toimenkuvaansa liittyen, mutta muunkin opetushenkilökunnan tutkimustyöskentelyä kannattaa seurata tulevaisuudessa esimerkiksi 5–10 vuoden kuluttua. Alueellisen tutkimustiedon lisääntyminen tulee esiin mahdollisesti vasta myöhemmin ajan kanssa.

Kehitettävää on hajautetun perusopetuksen erikoisalakohtaisten tavoitteiden muodostamisessa sekä opetuksen palaute-/arviointikriteeristön muodostamisessa. Tämän tutkimuksen tuloksista tuli esiin, että opetustavoitteiden puute aiheuttaa hämmennystä keskussairaalan työyksiköissä. Erikoisalakohtaiset hajautetun ope-

tusjakson tavoitteet ovat muotoutumassa yliopiston laadunvarmistushankkeen koordinoimana. Tämä on vaikuttavan hajautetun perusopetuksen kannalta keskeinen asia. Näitä tavoitteita on tiedekunnan toimesta kehitetty vuoden 2013 aikana runsaasti. Opetushenkilökunta hajautuspaikkakunnilla on ollut aktiivisessa roolissa erikoisaloittain hajautusjakson tavoitteita laadittaessa. Opiskelijoiden omien hajautettuun opetukseen liittyvien tavoitteiden esiin tuomisessa on myös kehitettävää. Tavoite- ja palautekeskusteluja ei pidetä hajautetussa opetuksessa systemaattisesti opiskelijoiden kanssa. Tässä tulee esiin opiskelijan oma aktiivisuus ja palautteen pyytäminen. Palautekeskustelujen järjestäminen ja arviointikriteerien luominen hajautettuun opetukseen on tärkeä tulevaisuuden kehittämisaikaisuus. Erikoisaloittain toteutuu yliopiston järjestämänä vuosittaiset opetuskokoukset kaikkien opetuksen sidosryhmien kanssa kasvokkain tai videovälitteisesti. Yksittäinen opiskelija voi vaikuttaa hajautuspaikkakunnalle lähtöönsä painavista syistä, esimerkiksi pienten lasten yksinhuoltajaäitiä ei velvoiteta lähtemään kauas kotoaan. Opiskelijat voivat myös keskenään vaihtaa sijoitustaan esimerkiksi Vaasan ja Porin välillä. Moniammatillisen hajautetun opetuksen merkitystä on jatkossa pohdittava enemmän. Tällä hetkellä moniammatillinen opetus on organisaatiossa hyvin satunnaista, eikä sitä ole suunnitelmallisesti vielä kehitetty. Osa hoitotyöntekijöistä on ohjannut lääketieteen opiskelijoita oman työnsä ohella saamatta siitä ajallista tai rahallista korvausta.

Kolmantena keskeisenä kriteerinä nousi esiin laadukkuus, jolla tarkoitetaan riittävän laadukasta ja hyvää hajautettua perusopetusta. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan Vaasan keskussairaalan hajautettu perusopetus on riittävän laadukasta ja hyvää. Lääketieteen opiskelijoiden opettaminen kehittää myös opetushenkilökunnan osaamista ja uusimman lääketieteellisen tiedon omaksumista. Opiskelijamäärien kasvu organisaatiossa on ollut hallittua ja edennyt maltillisesti useilla erikoisaloilla. Opiskelijamäärä koettiin sopivaksi hyvän opetuksen kannalta. Opetushenkilökunnalla on hajautusta tarjoavassa organisaatiossa mahdollisuus vaikuttaa pienryhmien kokoon. Opiskelijaryhmien koot ovat tulosten mukaan olleet sopivia organisaation hajautetussa opetuksessa. Pienryhmäopetus on laadukkaan opetuk-

sen edellytys. Jatkossa opetusta voidaan ammattilaisten mielestä edelleen kehittää opiskelijoiden omista tarpeista lähtien. Opiskelijoille on suunniteltu huolella erikoisalakohtaiset viikko-ohjelmat, joita muokataan palautteiden perusteella luku-kausittain. Opetushenkilökunnan opetustyöhön pitää suunnitella riittävästi ajallisia resursseja. Kyselytutkimukseen vastanneista yli puolet oli sitä mieltä, että opiskelijoiden ohjaamisen myötä ovat työtehtävät lisääntyneet. Tulosten perusteella suurin osa vastanneista ammattilaisista koki, että opiskelijan ohjaamiseen käytetty aika ei näy missään. Tähän seikkaan tulee kiinnittää jatkossa huomiota ennaltaehkäisevästi. Moni opettaja tekee opetustyötään oman työnsä lisäksi. Tullevaisuudessa on syytä huomioida kaikilla opetusta tarjoavilla erikoisaloilla, että opetustyö on osa työaika.

Tuloksista tuli esiin, että opetushenkilökunnan määrä koettiin organisaatiossa riittäväksi. Opetushenkilökunta on oman alansa erikoislääkäreitä ja motivoituneita opetustyöhön. Etukäteistiedottamista opiskelijoista on syytä jatkossa lisätä. Henkilökunnalla organisaation sisällä ei ole aina tiedossa, milloin lääketieteen opiskelijoita on tulossa opetusjaksoilleen. Epätietoisuus ja se, että suoriutuminen omista työtehtävistä häiriintyy, lisää henkilökunnan kuormittavuutta. Opetustyö myös sinänsä lisää työn kuormittavuutta, joka saattaa johtaa jaksamiseen liittyviin ongelmiin. Potilaskontaktien määrää sekä pienten lääketieteellisten toimenpiteiden harjoittelua on suotavaa lisätä aiempaa enemmän hajautetussa opetuksessa. TUTKE järjestää pedagogista koulutusta hajautuspaikkakunnan opetushenkilöstölle. Erikoisalakohtaisesti opetushenkilökunta käy täydennyskoulutuksissa oman tarpeensa mukaisesti. Tällä hetkellä yliopiston opetushenkilökunta Vaasan keskussairaalassa saa palkkaansa opetuslisän. Palkkauksen on oltava opetustyöhön motivoiva. Jatkossa kannattaa pohtia jonkinlaista ajallista tai rahallista palkkiota myös niille hoitoalan ammattilaisille, jotka omassa työssään opettavat/ohjaavat lääketieteen opiskelijoita. Tämä motivoisi moniammatillisen opetuksen tarjoamiseen / kehittämiseen. Opetustiloja on kehitetty tarpeiden pohjalta ja muun muassa tieteellisen kirjaston palvelut ovat opiskelijoiden käytettävissä. Opetustilat ovat toimivia, mutta niitä on edelleen kehitettävä vastaamaan nykypäivän opetuksen

tarpeita. Keskussairaalan vuodeosastoja ja poliklinikoita ei ole suunniteltu alun perin opetustyöhön. Jatkossa on oleellista uusia tiloja rakennettaessa huomioida opetustoiminnan olevan osa keskussairaalan muuta toimintaa. Tällä hetkellä tiloja on riittävästi ja opetustoiminta saadaan järjestettyä. Tilat ovat tehokkaassa käytössä, koska niitä käyttävät muutkin ammattiryhmät. Opiskelijapalautteita seurataan yliopiston taholta tiiviisti lukukausittain, mutta tieto palautteista tulee jälkikäteen kurssin ollessa jo ohi. Palautteiden pohjalta voidaan toki kehittää tulevien kurssien opetusta. Opetushenkilökunnalta kerätään vastine opiskelijapalautteisiin, joka annetaan myös opiskelijoille tiedoksi. Jatkossa kannattaa kerätä erikseen palautetta hajautetun opetuksen henkilökunnalta opetusjaksoihin ja opettajien jaksamiseen liittyen.

Neljäntenä keskeisenä kriteerinä nousi esiin sujuvuus eli tässä yhteydessä käytännön järjestelyihin liittyvät asiat. Vaasan keskussairaalassa työskentelee koulutussuunnittelija vastaanottamassa opiskelijoita, koordinoimassa opetustoimintaa ja tiedottamista sekä järjestämässä käytännön asioita. Sairaalassa työskentelee myös videoneuvottelukoordinaattori toteuttamassa videoluentojen käytännön järjestelijä. Videoneuvottelutiloja ja luentosalitiloja on organisaatiossa riittävästi. Vuonna 2014 on valmistunut uusi elvytyssimulaatio-opetustila. Videoneuvottelulaitteistoa on uusittava tarpeen mukaan, yhteyksissä on ollut ajoittaista toimimattomuutta. Yliopisto huolehtii hyvin opiskelijoiden matkajärjestelyistä hajautuspaikkakunnalle. Vaasan keskussairaala on kehittänyt voimakkaasti opiskelijoiden majoituskäytäntöjä toiminnan alkuvaiheessa. Tällä hetkellä majoituskäytännöt toimivat Vaasassa hyvin. Asuntoja on riittävästi opiskelijoiden määrään nähden. Koordinoiville henkilöille on määriteltävä tulevaisuudessa sijaiset tarkemmin. Tällä hetkellä toiminnan käytännön sujuvuus kulminoituu yksittäiseen koulutussuunnittelijaan ja videoneuvottelukoordinaattoriin.

Taulukko 15. Vaikuttavuus tämän tutkimuksen valossa

Arviointikriteerit	Sisältö	Toteutumisedellytykset	Arviointi
Strategianmukaisuus	<ul style="list-style-type: none"> - Johdon sitoutuminen ja tuki toiminnalle. - Riittävä väestöpohja. - Ruotsinkielinen opetus. - Työllistyminen alueelle. - Sopiva opetusvolyymi. - Kustannustehokkuus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisaatiossa ja alueella on tarve tarjota lääketieteen hajautettua perusopetusta. - Riittävä väestöpohja on 20 000 asukasta opetustoimintaa ajatellen. - Opetushenkilökunnalla on valmiudet opettaa myös ruotsinkielellä. - Rekrytoinnin onnistuminen. - Varautuminen opetusvolyymien kasvuun. - Kustannusten tarkka seuranta, toiminnan maltillinen kasvu optimaaliselle tasolle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toiminta on Vaasan sairaanhoitopiirin johdon strategian mukaista ja Vaasan alueella on selkeä tarve toiminnalle. - Väestöpohja Vaasan sairaanhoitopiirissä on riittävä ja monipuolinen. - Opetushenkilökunta on kaksikielistä. - Ruotsinkielen osuutta opetuksessa kannattaa tulevaisuudessa lisätä. - Opetustoiminnan ajallisen keston lyhyiden vuoksi sen vaikutuksia alueelle työllistymiseen ei vielä tiedetä. Opiskelijoiden tekemien sijaisuuksien määrä on vuosittain kasvanut. - Opetusvolyymien kasvuun on varauduttu tiedottamalla asiasta ja huomioimalla opetustilat uusia tiloja suunniteltaessa. Tulevaisuudessa on huomioitava opettajaresurssien riittävyys opiskelijamäärän kasvaessa. - Kustannuksia ei ole käsitelty tässä tutkimuksessa. Opetustoiminnan kasvu on ollut maltillista organisaatiossa.

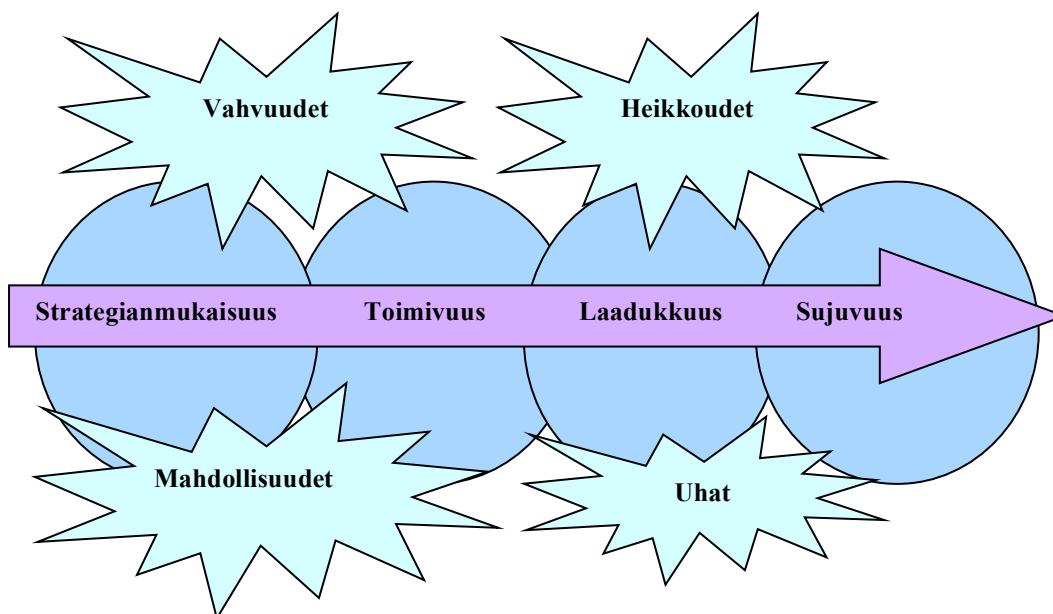
(jatkuu)

<p>(jatkuu)</p> <p>Toimivuus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sopimukset toiminnan järjestämisestä. - Opetushenkilökunta on työsuhteessa yliopistoon. - Tutkimus- ja kehittämis-toiminta on osa opetustyötä. - Viestintä on sujuvaa yhteistyötahojen välillä. - Vapaaehtoisuuteen pohjautuvaa. - Erikoisala-kohtaisten tavoitteiden ja opintojaksojen palaute- / arviointi-kriteeristöjen luominen. - Moniammatillisuuden kehittäminen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaikilla osapuolilla on yhteinen tahtotila. - On opetustoiminnasta kiinnostuneita ammattilaisia. - On tutkimustyöstä kiinnostuneita ammattilaisia. - Tiivis ohjausryhmätoiminta. - Toimintaa koordinoiva taho yliopistopaikkakunnalla ja hajautuspaikkakunnalla. - Opiskelijan kuuleminen. - Erikoisalakohtaiset vuosittaiset kokoontumiset ja opetustoiminnan linjaukset yliopiston ja hajautuspaikkakuntien välillä. - Ammattilaisten halukkuus kehittää moniammatillista opetusta opiskelijoille. 	<ul style="list-style-type: none"> - Yliopistoyhteistyö on toimivaa. - Toiminnasta on olemassa sopimukset ja toimintaa johtaa ohjausryhmä. - Organisaatiossa on opetustyöstä kiinnostuneita lääkäreitä, jotka ovat osittain tai kokonaan työsuhteessa yliopistoon. - Tutkimustyön merkitystä on korostettava ja sen sisällyttämistä opetustoimintaan on kehitettävä. - Yliopistolla ja hajautuspaikkakunnalla on toimintaa koordinoiva taho. - Opiskelijalla on mahdollisuus vaikuttaa Vaasaan hajautettuun opetukseen lähtemiseen. Tämän toteuttamista on suotavaa seurata jatkossakin. - Tiiviit vuosittaiset erikoisalakohtaiset kokoontumiset videovälitteisesti tai kasvokkain toteutuvat. - Hajautetun opetuksen arviointikriteeristö puuttuu. - Moniammatillista opetusta ei ole toistaiseksi juurikaan kehitetty. Osa hoitotyöntekijöistä on ohjannut lääketieteen opiskelijoita saamatta siitä kuitenkaan mitään erillistä korvausta.
---	---	---	---

(jatkuu)

<p>(jatkuu)</p> <p>Laadukkuus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Riittävät resurssit toiminnalle. - Opetushenkilökunta on motivoitunutta, osavaa ja opetustyöhön sitoutunutta. - Opetushenkilökunnan koulutus ja verkostoituminen. - Hajautetun opetuksen ryhmäkoot. - Riittävät opetustilat ja tilojen tehokas käyttö. - Opetuksen laadun seuranta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Opetushenkilökunnan riittävä määrä. - Opetustyö on työaikaa. - Opetustyön huomioiminen opetushenkilökunnan palkkauksessa. - Pääsy täydennyskoulutuksiin ja pedagogisiin koulutuksiin. - Hajautuspaikkakunnan opettajilla on mahdollisuus vaikuttaa hajautetun opetuksen ryhmäkokoihin. - Opetustilat vastaavat tarvetta. - Opiskelijalla on mahdollisuus tieteellisen kirjaston palvelujen käyttöön. - Opetusjaksoilla on monipuoliset viikko-ohjelmat erikoisaloittain. - Opiskelijapalautteita seurataan. - Opetushenkilökunnan palautteita seurataan. - Käytännön osaamiseen liittyvien tenttien järjestäminen hajautuspaikkakunnalla. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisaation opetushenkilökunta on osavaa, sitoutunutta ja motivoitunutta. - Tulosten mukaan opetushenkilökuntaa on riittävästi. - Erikoisalakohteisesti on eroja opetuksen huomioimisessa työajassa riippuen erikoisalan erikoislääkäritilanteesta. - Palkkauksessa on huomioitu pieni opetustyölisä klinisille lääkäriopettajille. - TUTKE tarjoaa pedagogista koulutusta sekä huolehtii opetushenkilökunnan verkostoitumisesta. - Täydennyskoulutuksiin on päässyt hyvin, mikä on turvattu jatkoksin. - Opettajat voivat vaikuttaa ryhmäkokoihin. - Opetustilat ovat toimivat, mutta niitä on kehitettävä koko ajan tarpeiden mukaisiksi. - Opiskelijat voivat käyttää tieteellisen kirjaston palveluja. - Erikoisaloittain on tehty opiskelijoiden opetusjaksoille viikko-ohjelmat, joita on kehitetty lukukausittain. - Opiskelijapalautteita seurataan yliopiston taholta tiiviisti, mutta takautuvasti. - Opetushenkilökunnalta kerätään yliopiston taholta vastine opiskelijapalautteisiin. <p style="text-align: right;">(jatkuu)</p>
--	--	---	--

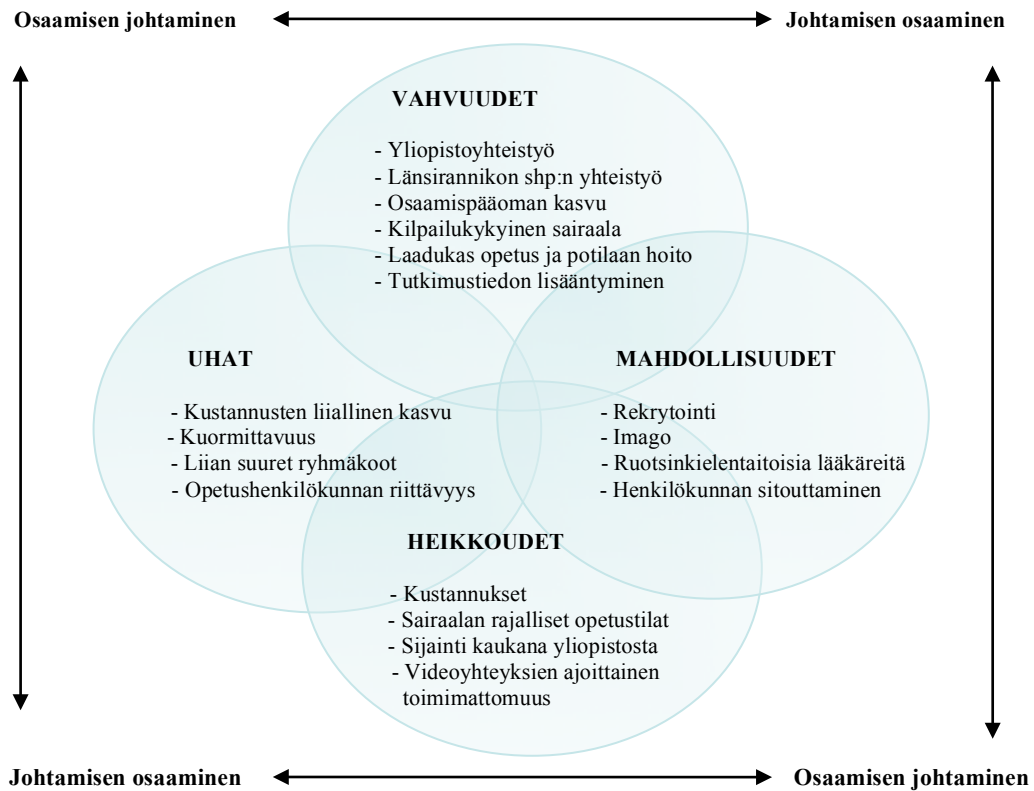
(jatkuu)			<p>Hajautetun opetuksen opettajien palautteet eivät nouse erityisesti esiin.</p> <p>- Toistaiseksi ei ole olemassa käytännön osaamiseen liittyviä tenttejä hajautuspaikkakunnalla. Mahdollinen kehittämiskohde.</p>
Sujuvuus	<ul style="list-style-type: none"> - Opiskelijoiden vastaanotto ja yleinen perehdytys opetusjaksoon. - Riittävä etukäteistiedottaminen. - Opiskelijoiden matkat hajautuspaikkakunnalle. - Opiskelijoiden majoitus hajautuspaikkakunnalla. - Opetustilojen järjestelyt, muun muassa tenttitilat ja videoluentotilat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hajautuspaikkakunnalla on koulutussuunnittelija tai opetushoitaja vastaanottamassa opiskelijoita, koordinoimassa toimintaa ja huolehtimassa tiedottamisesta sekä käytännön asioiden järjestelyistä. - Yliopisto huolehtii opiskelijoiden matkajärjestelyistä. - Terveystieteiden osaston organisaatio huolehtii opiskelijoiden majoitusjärjestelyistä hajautuspaikkakunnalla. - Hajautuspaikkakunnalla on videoluentojen organisoinnista vastaava henkilö. - Sijainen/varahenkilö koulutussuunnittelijalle/ opetushoitajalle sekä videoluennoista vastaavalle. - Riittävästi tiloja tenttimiseen ja videoluentojen seuraamiseen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaasan keskussairaalassa on koulutussuunnittelija vastaanottamassa opiskelijoita, koordinoimassa toimintaa ja tiedottamista sekä käytännön asioiden järjestelyjä. - Yliopisto huolehtii hyvin opiskelijoiden matkajärjestelyistä Turun ja Vaasan välillä. - Opiskelijoiden majoitusta on kehitetty toiminnan ensimmäisinä vuosina, ja tällä hetkellä majoitus toimii Vaasassa hyvin. Asuntoja on riittävästi tämän hetken tarpeisiin. - Organisaatiossa työskentelee videoneuvottelukoordinaattori toteuttamassa videoluento-yhteyksiä. Videoluentotiloja on riittävästi. Opiskelijoille on järjestetty myös oma erillinen tenttitila. - Videoyhteyksissä on ajoittain toimimattomuutta, laitteita on uusittava jatkossa tarpeen mukaan. - Sijaisuusasioita täytyy pohtia tarkemmin tulevaisuudessa.



Kuvio 31. Kohti vaikuttavaa lääketieteen hajautettua perusopetusta

Kokonaisuutena eri aineistojen tulosten perusteella voidaan nostaa hajautetun opetuksen vahvuudeksi yhteistyö yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan ja län-sirannikolla sijaitsevien sairaanhoitopiirien kesken (Varsinais-Suomen, Satakun-nan ja Vaasan sairaanhoitopiirit), hajautuspaikkakuntien osaamispääoman kasvu, keskussairaalan kilpailukykyisyys, alueellisen tutkimustiedon lisääntyminen sekä laadukas opetus ja potilaiden hoito. Toiminnan heikkouksia ovat tulosten mukaan kustannukset, hajautuspaikkakunnan kaukainen sijainti yliopistoon nähden, kes-kussairaalan rajalliset opetustilat ja videoyhteyksien ajoittainen toimimattomuus. Opetustiloja on kehitetty koko prosessin alkuvaiheen ajan ja kehitystyö jatkuu. Tämä tutkimus on poikkileikkaus melko varhaisesta toiminnan aloitusvaiheesta. Tutkimustulosten mukaan hajautetun opetuksen mahdollisuudet ovat rekrytoin-nissa, henkilökunnan sitouttamisessa, keskussairaalan ja alueen imagon kohotta-misessa sekä ruotsinkielen aseman vahvistamisessa. Uhkatekijöitä toiminnalle ovat kustannusten liiallinen kasvu, opetustoiminnan kuormittavuus, liian suuret opiskelijoiden ryhmäkoot ja opetushenkilökunnan riittävyys. Kuviossa 32 on esi-telty tutkimustuloksia hyödyntäen SWOT -analyysin esitystapaa. Tuloksia ei ole tarkoitus analysoida SWOT -analyysin kautta, vaan analyysitavan käsitteitä käy-

tetään apuna tuloksia esitettäessä. Tämän tutkimuksen monitahoarvioinnin tulokset tuodaan esiin vaikuttavuuden kriteerien kautta, joihin sisältyvät myös toiminnan vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat.



Kuvio 32. Vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Viimeisessä pääluvussa pohditaan tutkimustuloksia ja vedetään ne yhteen teoreettiseen viitekehykseen. Tutkimuksen ympyrä sulkeutuu, kun pohdinnassa vastaan tutkimuskysymyksiin. Lisäksi viimeisessä luvussa pohditaan tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä sekä mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

6.1 Tulosten pohdintaa

Tutkimuksen alussa esitetyillä tutkimuskysymyksillä etsittiin vastauksia kolmeen tutkimuskysymykseen: *Miten osaamisen johtaminen näkyy lääketieteen hajaute- tussa peruskoulutuksessa?, Millaista on vaikuttava lääketieteen peruskoulutuksen hajautettu opetus ja millaisilla kriteereillä sitä voidaan mitata? ja Miten lääketie- teen peruskoulutuksen hajautettu opetus toimii käytännössä?* . Tällä tutkimuksella on saatu monipuolinen tutkimusaineisto, josta löytyy vastaukset esitettyihin tut- kimuskysymyksiin.

Osaamisen johtamisen teoria on yksi sosiaali- ja terveyshallintotieteen alaan kuu- luva teoria. Osaamisen johtamisen tutkimukset liittyvät usein organisaatiotutki- muksiin. Tämän vuoksi tässä tutkimuksessa on avattu myös terveydenhuollon organisaation osaamista ja toimintaympäristöä. Näin muodostuu käsitys millai- seen toimintaympäristöön tutkimus sijoittuu. Tämän tutkimuksen lähtökohtana on ollut luoda terveyshallintotieteellistä pohjaa tutkimusaiheelle; sitoa lääketieteen perusopetus osaamisen johtamisen teoriaan ja sitä kautta terveyshallintotieteen oppialaan. Osaamisen johtamisen teoria on melko nuori, ja sen tutkimuksellinen hyödyntäminen on lisääntynyt vasta 2000-luvun aikana. Tämä tulee esiin myös tämän tutkimuksen empiirisessä osassa siten, että kyselytutkimukseen vastanneet kokivat yleisesti osaamisen johtamisen melko erilliseksi lääketieteen perusope-

tuksen järjestämisestä. Ne, jotka osallistuivat teemahaastatteluun, kokivat puolestaan osaamisen johtamisen hyvin oleelliseksi tekijäksi lääketieteen perusopetuksen järjestämisessä. Osaamisen johtaminen on hyvin poikkitieteellinen lähestymistapa, jonka antia kannattaa hyödyntää myös lääkärikoulutuksen alueella.

Kansallinen ja kansainvälinen tutkimus liittyen lääkärikoulutukseen on hyvin runsasta. Malli suomalaisen lääkärikoulutuksen järjestämiseen on haettu kansainvälisistä lääkärikoulutuksista. Verrattaessa kansainvälisiä tutkimuksia lääkärikoulutuksen tämän hetken tilanteeseen, voidaan esimerkiksi todeta Irbyn & Wilkersonin (2003: 370–376) tutkimuksen tulosten toteutuneen melko hyvin vuoteen 2014 mennessä. Irby & Wilkerson tutkivat koulutuksen kehittämistä viideltä eri osa-alueelta käsin. Nämä osa-alueet tulivat esiin tässäkin työssä, esimerkiksi vaatimus opetuksen tuottavuuden kasvusta, oppimisympäristöjen kehittäminen, opetustyön tukeminen, teknologian hyödyntäminen, kliinisten harjoitusten hyödyntäminen ja arviointiohjelmien rakentaminen. Hadley, Wall & Khan (2007) toivat tutkimuksessaan esiin nuorten lääkäreiden kokevan heikkoa osaamista näyttöön perustuvaan lääketieteeseen liittyen. Suomessa on tehty tutkimuksia (Niemi-Murola, Remes, Turunen, Harjula & Helenius 2008: 297–300; Kääpä & Hoffren 2010: 1726), joiden tuloksista on selvinnyt opiskelijoiden käytännön taitojen suoritusasteen olevan alhainen valmistumisen jälkeen. Tämä lisää nuorten lääkäreiden työssä kokemaa stressiä ja riskiä potilasturvallisuuden vaarantumiseen. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella opiskelijoiden käytännön taidot ja potilaiden kohtaaminen kehittyvät hajautetun perusopetusjakson aikana. Hajautettua opetusta onkin järkevää laajentaa. Lerner, Magrane & Friedman (2009) toivat tutkimuksellaan esiin tiimityön opettamisen merkityksen lääketieteen koulutuksessa. Suurimmat virhetilanteet syntyvät tiimityön toimimattomuudesta. Tämä tutkimus toi myös esiin tiimityön opettamisen tärkeyden lääketieteen hajautetussa perusopetuksessa. Moniammatillisuuden ja tiimityötaitojen opettaminen onkin yksi tulevaisuuden lääkärikoulutuksen kehittämisaikaa. Laajasti tutkittu ja käyttöön otettu simulaatiokoulutus vastaa osaltaan jo tiimityöopetuksen tarpeisiin. Whitcombin (2005: 615–616) mukaan tulevaisuudessa on mietittävä miten koulutuksen laatua dokumen-

toidaan, miten koulutusta johdetaan ja rahoitetaan. Osaamisen johtamisella voidaan tarttua näihin lääketieteen koulutuksen kehittämisaalueisiin. Organisaation johto ja poliittiset päättäjät tarvitsevat tutkittua arviointitietoa päätöksenteon pohjaksi. Tämä tutkimus luo pohjaa lääketieteen hajautetun peruskoulutuksen laadun ja johtamisen seurantaan.

Osaamisen johtamista tapahtuu organisaation ylimmällä tasolla, opetushenkilökunnan työskentelyssä ja jokaisessa organisaation työntekijässä itsensä johtamisen muodossa. Opetustoiminnan järjestämisen on oltava lähtöisin organisaation ylimmän tahon intresseistä. Näin toiminnalle saadaan tärkeä johdon tuki ja luodaan pitkäkestoista kehitystyötä. Organisaation johto luo strategian ja tavoitteet toiminnalle, jotka tähtäävät kilpailukykyiseen ja elinvoimaiseen organisaatioon. Osaamisen johtaminen lääketieteen hajautetussa perusopetuksessa näkyy muun muassa henkilökunnan osaamisen kehittämisessä, henkilöstön motivoinnissa ja sitouttamisessa, opetushenkilökunnan työhyvinvoinnin seuraamisessa, resurssien jakamisessa, yhteistyösopimusten ja yhteistyöverkostojen luomisessa, rekrytoinnin kehittämisessä ja alueellisen imagon voimistamisessa. Sijaisten ja opiskelijoiden hyvä kohtelu on etupainotteista rekrytointia, jolla organisaatio voi vaikuttaa imagoonsa. Opiskelijapalautteista tulee esiin, että opiskelijat viihtyvät Vaasan keskussairaalassa, kokevat sen nuorekkaaksi työympäristöksi ja useat ovat valmiita hakeutumaan jatkossakin Vaasaan hajautusjaksoille tai töihin. Osaamisen johtamista tarvitaan myös opetustyössä, esimerkiksi pedagogisten taitojen kehittämisessä ja työtovereiden motivoimisessa opetustyöhön. Organisaation pitäisi pyrkiä itseohjautuvuuteen eli jokaisen työntekijän pitäisi omata taitoja johtaa itseään ja omaa osaamistaan työssään. Osaamisen johtamisella voidaan vaikuttaa kuormittavuuteen vähentäen sitä. Huonosti organisoitu opetustyö lisää opetushenkilökunnan kuormittavuutta. Konu, Viitanen & Laaksonen toivat tutkimuksessaan (vrt. sivu 16) esiin opettajien hyvinvointiin vaikuttavia seikkoja. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat Konun, Viitanen & Laaksonen tutkimustuloksia. Kyetäkseen kehittämään toimintaa, organisaation johto tarvitsee tietoa asiakkaiden tarpeiden tyydyttymisestä ja toiminnan tavoitteiden saavuttamisesta. On kuitenkin tärkeää

muistaa, että lääkäreiden näkemyksellä on oltava merkitystä kehitettäessä lääketieteen peruskoulutusta. Tutkimuksen tulosten perusteella Vaasan keskussairaalan opetushenkilöstö on voinut vaikuttaa esimerkiksi opiskelijoiden ryhmäkokoihin.

Vaikuttavuustutkimus on haasteellista, koska erityisesti koulutustoiminnan vaikutukset tulevat esiin usein vasta vuosien tai jopa vuosikymmenien jälkeen. Lisäksi vaikuttavuuden syyt eivät ole yksiselitteisiä, koska väliin tulevia muuttujia on paljon. Vaikutuksen mittaaminen pohjautuu hyvin paljon tutkittavien subjektiivisiin näkemyksiin ja kokemuksiin. Tämä tulee esiin sekä tutkimuksen teoriaosuudessa että empiirisessä osuudessa. Ihmisillä on erilaisia mielipiteitä ja kokemuksia, ja sen vuoksi yhtä tiettyä totuutta on vaikea määrittellä kokemuksellisista lähtökohdista käsin. Hajautetun perusopetuksen järjestämisellä on vaikutuksia opiskelijoihin, terveydenhuollon organisaatioon, yliopistoon ja hajautuspaikkakuntaan. Opiskelijan kannalta vaikuttava koulutus on laadukasta ja riittävän yksilöllistä. Se sisältää hyvätasoista ja monipuolista opetusta, motivoitunutta ja osaavaa henkilökuntaa sekä toimivat käytännön järjestelyt. Terveydenhuollon organisaation näkökulmasta hajautetun opetuksen vaikuttavuus tulee esiin rekrytoinnin helppoutumisena, uusien kaksikielisten lääkäreiden saamisena alueelle töihin, organisaation imagon kohoamisena, kilpailukykyisyyden säilymisenä ja osaamispääoman kasvamisena. Alueellisesti vaikuttavuus tulee esiin siinä, että saadaan hajautuspaikkakunnalle lisää kaksikielistä työvoimaa ja alueen imago kasvaa yliopistoyhteistyön myötä. Yliopiston kannalta vaikuttavaa hajautettua opetusta on laadukkaan koulutuksen järjestäminen, opetushenkilökunnan määrän lisääntyminen sekä valmistuvien lääkäreiden sijoittuminen alueellisesti aikaisempaa laajemmin työelämään. Nämä vaikuttavuuden eri osa-alueet tulevat esiin tutkimuksen teoreettisessa ja empiirisessä osassa. Potilaan kannalta lääketieteen hajautetun perusopetuksen vaikuttavuus ilmenee alueen terveydenhuollon palvelujen saatavuuden parantumisena lääkäreiden määrän kasvaessa sekä sitä kautta väestön terveydentilan kohoamisena pitkällä aikavälillä. Opetussairaalan on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa lisäävän potilasturvallisuutta, tämä tutkimus tukee aikaisempia tutkimuksia tältä osin (Ayanian ja Weissman 2002: 569–593).

Tuloksista nousee esiin lääketieteen hajautetun perusopetuksen vaikuttavuuden arvioinnin kriteerit, jotka ovat strategianmukaisuus (toiminta on terveydenhuollon organisaation strategian mukaista), toimivuus, laadukkuus ja sujuvuus. Ottamalla huomioon nämä kriteerit opetustoimintaa suunniteltaessa, toiminnalla on saavutettu positiivista vaikuttavuutta. Koivisto & Aarnio (2012: 163) ovat luoneet hajautetun lääkärikoulutuksen vaikuttavuuden ja laadun seurantakohteet. Tämän tutkimuksen tuloksista nousi esiin osittain samoja keskeisiä asioita, kuten esimerkiksi yhtenäisen arviointimenetelmän muodostaminen ja yliopistoyhteistyön merkitys. Perinteisiä vaikuttavuuden teoreettisia mittareita ovat toimivuus, yleistettävyys, käytettävyys, siirrettävyys, oikeudenmukaisuus, tarpeellisuus, taloudellisuus ja tavoitteiden toteutuminen. Tässä tutkimuksessa on käsitelty myös osaa näistä mittareista. Toiminnan taloudellisuuden ja kustannuskehityksen tarkastelu on tietoisesti jätetty tutkimuksesta pois. On kuitenkin todettu aiemmissa tutkimuksissa (Viitala 2013: 117), että taloudellisesti tarkasteltuna oppimisen olisi tapahduttava mahdollisimman lähellä työtä. Tähän samaan viittaa myös kansainvälinen artikkeli (Child, Kiarie, Allen, Nduati, Wasserheit, Kibore, John-Stewart, Njiri, O'Malley, Kinuthia, Norris & Farquhar 2014: 35–39), jonka mukaan hajautettu peruskoulutus on taloudellisesti kannattavaa yliopistolle, koska ei tarvita kalliita uudisrakennuksia lisääntyviä opiskelijamääriä ajatellen. Kustannuksia kuitenkin tulee myös koulutuksen alueellisesta laajentamisesta, muun muassa henkilöstön lisääntymisen vuoksi.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia Melenderin & Häggman-Laitilan (vrt. sivu 119) tulosten kanssa, muun muassa resurssien suuntaamisessa riittävään opetushenkilökunnan (vrt. asiantuntijuus) määrään ja heidän kouluttamiseensa sekä arviointien kehittämisessä vaikuttavuuden näkökulma huomioiden. Tällä tutkimuksella pyritään luomaan pohjaa hajautetun peruskoulutuksen vaikuttavuuden arviointiin. Tutkimuksen tuloksina nousseita vaikuttavuuden arvioinnin mittareita tulee edelleen testata eri yhteyksissä. Kolmas yhteneväinen tulos Melenderin & Häggman-Laitilan tutkimukseen liittyen on yhteistyön merkitys näyttöön perustuvan toiminnan käyttöön otossa. Tämän tutkimuksen tulosten perus-

teella yhteistyö terveydenhuollon organisaatioiden johdon, yliopiston, tutkijoiden, opetushenkilökunnan ja ammattilaisten välillä on tärkeää, jotta voidaan saavuttaa mahdollisimman vaikuttavaa lääketieteen hajautettua perusopetusta.

Arviointi on usein paikallista ja tilannekohtaista vaikuttavuutta, jolla voidaan esittää missä toiminnan esteet ovat ja mikä toimii parhaiten (Dahler-Larsen 2005: 19). Monitahoarviointi tutkimusmenetelmänä mahdollistaa kattavan tutkimusaineiston ja sen myötä eri tahojen intressien tasapuolisen esiin tulemisen. Tutkimustuloksista nousee esiin toiminnan vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Ne sisältyvät vaikuttavuuden kriteereihin ja siten ohjaavat osaamisen johtamista. Parhaiten toimivia asioita hajautuspaikkakunnalla ovat motivoitunut ja osaava opetushenkilökunta, organisaation johdon tuki toiminnalle, hyvä yliopistoyhteistyö ja sujuvat käytännön järjestelyt. Haasteita on vielä esimerkiksi organisaation muun henkilökunnan kuin varsinaisen opetushenkilökunnan motivoinnissa opetustyöhön, moniammatillisen opetuksen kehittämisessä, opetustilojen rajallisuudessa ja videoyhteyksien toimivuudessa. Suomessa on nykyään enemmän lääkäreitä kuin koskaan aiemmin. Puhe lääkärripulasta on suhteellista, koska ammattikunta jakautuu epätasaisesti alueellisesti tarkasteltuna. Suurin osa valmistuvista lääkäreistä sijoittuu työelämään yliopistosairaaloihin ja niiden lähialueille. Hajautetun perusopetuksen myötä toivotaan valmistuvien lääkäreiden sijoittuvan työelämässä laajasti oman yliopistosairaalapiirinsä erityisvastuualueelle. Toiminnan todellinen vaikutus työllistymiseen selviää vasta vuosien kuluttua. Voidaan kuitenkin todeta, että tämän hetken toiminnoilla yritetään vaikuttaa tulevaisuuden lääkäritilanteeseen Vaasan sairaanhoitopiirissä. Käy niin tai näin, niin ei ainakaan voida myöhemmin todeta, että mitään ei yritetty tehdä lääkäreiden rekrytointia ajatellen. Vaasan sairaanhoitopiirin johto on osoittanut johtamisen osaamista sekä osaamisen johtamista kehittäessään hajautettua lääketieteen perusopetusta organisaatioon. Tulevaisuuden ennustaminen on vaikeaa, mutta hyvällä suunnittelulla ja tahtotilalla voidaan pyrkiä muokkaamaan tulevaisuutta organisaation haluamaan suuntaan. Vaasan keskussairaalan hajautettu opetus on tämän tutkimuksen tulosten mukaan käynnistynyt hyvin. Opetustoiminnalla pyritään vaikuttamaan alueen

väestön terveyden ja hyvinvoinnin laatuun. Opiskelijan omat yksilölliset ominaisuudet, taidot ja asenteet ovat keskeisessä asemassa siihen, millaisen hyödyn opiskelija saa hajautetusta perusopetuksesta. Terveystieteiden organisaation johto tarvitsee tuekseen tutkimustietoa kyettäkseen johtamaan organisaation osaamista elinvoimaiseen ja kilpailukykyiseen suuntaan.

6.2 Luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta ja validiteetilla pätevyyttä eli tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä pitikin mitata. Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei puhuta yleistämisestä tilastollisessa merkityksessä. Tutkittavan ilmiön avulla saadaan perustaa muita vastaavia tapauksia varten. Kun tutkitaan yksittäisiä tapauksia riittävän tarkasti, saadaan esille ilmiön merkittävyys ja se, mikä saattaa toistua yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000:171, 213–215; Silvennoinen-Nuora 2010: 317–318.) Yleistyksiä ei voida tehdä suoraan aineistosta, vaan aineistosta tehdyistä tulkinnoista. Yleistettävyyden kriteeriksi tulee tällöin tarkoituksenmukainen aineiston kokoaminen. Laadullisessa tutkimuksessa yleistämistä voi ajatella myös siirrettävyytenä. Teoreettisia käsitteitä voidaan soveltaa myös toisenlaisissa yhteyksissä kuin missä niitä on aluksi käytetty. Siirrettävyys tarkoittaa siis tutkimustulosten soveltumista toiseen toimintaympäristöön. (Eskola & Suoranta 1999: 66–68; Silvennoinen-Nuora 2010: 318–319.) Tulokset on usein mahdollista siirtää vastaavaan kontekstiin (Tuomi & Sarajärvi 2002: 136; Silvennoinen-Nuora 2010: 318–319).

Tämän tutkimuksen aihealue on keskeinen osa nykypäivän lääketieteen perusopetusta. Tutkimuksen tuloksina syntyneet kriteerit ovat siirrettävissä muille hajautettua lääketieteen perusopetusta tarjoaville terveydenhuollon organisaatioille heidän oman suunnittelutyönsä avuksi. Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä lisää monitahoarviointi tutkimusmenetelmänä. Tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan eri

avainryhmistä käsin, jolloin tutkija saa monipuolisen kuvan ilmiöstä. Haastattelu- ja kyselytutkimusten osalta pyydettiin ennen tutkimusten suorittamista tutkimuslupa Vaasan sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäriltä. Hän antoi myös luvan käyttää tässä tutkimuksessa sairaanhoitopiirin opiskelijapalautekyselykaavaketta. Luotettavuutta heikentää vaikuttavuustutkimuksen haasteellisuus. Vaikuttavuustutkimuksessa väliin tulevien muuttujien merkitys on otettava huomioon ja koulutuksen vaikuttavuus on lopulta aina subjektiivinen kokemus asiasta. Tutkimus ei ole perinteinen vaikuttavuustutkimus ennen/jälkeen tutkimusasetelmalla, vaan vaikuttavuutta arvioidaan toiminnan tavoitteiden toteutumisen ja tutkimustuloksista nousseiden kriteerien valossa. Tämä tutkimus luo pohjaa tutkittavalle ilmiölle ja jatkossa voidaan aihealueen tutkimusta kehittää edelleen.

Teemahaastattelu

Haastatteluaineiston luotettavuus on verrannollinen aineiston laatuun. Tässä tutkimuksessa tutkija varautui lisäkysymyksillä haastattelutilanteisiin. (Hirsjärvi & Hurme 2008: 185.) Teemahaastatteluihin liittyen haastateltaville lähetettiin kirjallinen haastattelupyynnö postitse, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä tuotiin esiin vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus. Pyynnön yhteydessä lähetettiin haastateltaville tietoa haastattelu-teemoista ja alustavista kysymyksistä. Näin pyrittiin saamaan haastateltavilta mahdollisimman kattavia vastauksia haastattelutilanteissa. Kaikki haastateltaviksi tarkoitetut henkilöt suostuivat haastatteluihin (Hirsjärvi & Hurme 2008: 185). Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen johdonmukaisuus painottuu. Arvioinnin kohteena on tutkimuksen tarkoitus, kohde, aineiston keruu, käsittely, raportointi ja tutkijan omiin sitoumuksiin liittyvät kysymykset. (Tuomi & Sarajärvi 2002: 137–139; Silvennoinen-Nuora 2010: 316.) Arvioitavia kohteita ovat lisäksi aineiston riittävyys ja luotettavuus (Eskola-Suoranta 1999: 216,220–222; Silvennoinen-Nuora 2010: 316). Tässä tutkimuksessa haastateltavien määrä oli riittävä verrattaessa teemahaastattelun ohjeistuksiin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulee esiin kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta sekä havainto-

jen luotettavuudesta ja puolueettomuudesta (Tuomi & Sarajärvi 2002: 131, 133; Silvennoinen-Nuora 2010: 317). Tutkimusaineiston ja tulosten luotettavuutta voidaan arvioida, kun tutkija selostaa tarkasti tutkimuksensa eri vaiheet, aineiston tuottamisen olosuhteet ja aineiston käsittelyn syyt ja perustelut. Tutkimuksessa on pyritty selvittämään mahdollisimman tarkasti aineiston valinta, tutkimusorganisaatioiden valinta, haastateltujen ja kyselytutkimuksessa olleiden valinta sekä aineiston analyysimenetelmät. Aineiston analyysissa on käytetty paljon suoria lainauksia, joilla tutkija on voinut perustella esitettyä tulkintaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000: 213–215; Tuomi & Sarajärvi 2002: 131–138; Silvennoinen-Nuora 2010: 317–318.)

Tutkija suoritti haastattelut itse rauhallisessa ympäristössä ilman häiriötekijöitä. Kaikki haastateltavat olivat varanneet riittävästi aikaa haastatteluun osallistumiseen. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että haastattelut nauhoitettiin. Näin tutkijan ei tarvinnut muistaa ulkoa haastateltavien kommentteja. Nauhuri toimi hyvin haastattelutilanteissa ja tallenteiden kuuluvuus oli hyvä. Kaikki haastattelut tehtiin suomenkielellä. Haastattelukysymykset käännettiin yksityisen kielenkääntäjän toimesta ruotsinkielelle, koska osa haastateltavista oli äidinkieleltään ruotsinkielisiä. Tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta tutkija varmisti näin, että kaikki haastateltavat ymmärsivät haastattelukysymykset samalla tavalla. Kaikki haastateltavat vastasivat suomenkielellä haastattelukysymyksiin. Tämä minimoi sen riskin, että tutkija ei olisi ymmärtänyt haastateltavien vastauksia. Tutkijalle muodostui näkemys haastateltavien vastauksista jo haastattelutilanteissa. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Teemahaastatteluaineiston analysoinnissa edettiin haastattelurungon mukaisissa pääteema-alueissa. Tämä helpotti aineiston johdonmukaista käsittelyä ja työn tutkimusongelmiin vastaamista. Samaa pääteemojen mukaista runkoa käytettiin punaisena lankana myös koko tutkimuksen empirisen osuuden tarkastelussa. Tutkimusaineisto säilytettiin asianmukaisesti vain tutkijan käytössä tutkimuksen tekovaiheessa ja hävitettiin tutkimuksen valmistuttua.

Kyselytutkimus

Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella pyritään mittaustulosten toistettavuuteen ja minimoimaan tulosten sattumanvaraisuutta (Tuomi & Sarajärvi 2002: 131; Silvennoinen-Nuora 2010: 317). Tutkija laati kyselylomakkeen ja suoritti kyselytutkimuksen. Kyselytutkimus tehtiin suomeksi ja ruotsiksi, kyselylomake käännettiin ruotsinkielelle yksityisen kielenkääntäjän toimesta. Kyselytutkimuksen vastausprosentti (21 %) jäi pieneksi. Tähän syyksi ilmoitettiin muun muassa se, että kyselytutkimuksen terminologia oli liian vaikeaa hoitohenkilökunnalle ja toisaalta se, että hoitohenkilökunnalla ei ole tähän saakka ollut juuriakaan tekemistä lääketieteen opiskelijoiden ohjaamisessa. Tämä kuvaa hyvin sitä, miten eriytyneet ovat käytännöt lääketieteen ja hoitotieteen professioissa. Tutkimuksen avulla haluttiin kuitenkin tuoda lääketieteen opintoihin liittyviä seikkoja tutummaksi myös hoitohenkilökunnalle.

Vastaamattomuus saattoi liittyä myös sähköiseen kyselylomakkeeseen. Potilastyötä tekevä henkilökunta ei työssään ehdi lukea työsähköpostiaan yhtä usein kuin toimistotyöntekijät. Toisaalta kyselyyn oli kahden viikon vastausaika ja muistutuksen jälkeinen kahden viikon lisäaika, joten aika ei tutkijan mielestä ollut selittävä tekijä vastaamattomuuteen. Vastausaika rajattiin tutkimustyön sujuvan etenemisen kannalta. Liian pitkä vastausaika vähentää aktiivisuutta vastata kyselyyn. Tutkija pohti myös kyselylomakkeen pituutta vastaamista heikentävänä tekijänä. Kyselylomakkeessa oli kuusi sivua ja vastaamiseen meni aikaa vähintään 10 minuuttia. Tämä ei kuitenkaan tutkijan mielestä ollut selittävä tekijä, koska kyselylomake oli tehty tutkimustyön ohjaajien hyväksymällä tavalla. Kyselylomake sisälsi vain yhden avoimen kysymyksen, muut kysymykset olivat monivalintakysymyksiä liittyen erilaisiin väittämiin. Kyselytutkimuksessa käytetty sähköinen linkki vastauksen antamiseen on tutkijan mielestä vähemmän työläs kuin paperiseen kyselylomakkeeseen vastaaminen. Kyselytutkimus suoritettiin joulukuussa. Ajankohta saattoi olla henkilökunnalle kiireistä. Toisaalta henkilökunnan työtilannetta on mahdotonta arvioida etukäteen eri työyksiköissä. Tutkijan oman nä-

kemyksen mukaan henkilökunnalle tulee nykyään paljon erilaisia kyselyjä ja vaatimuksia, joten motivaatio vapaaehtoisten kyselyjen vastaamiseen ei ole aina kovin korkealla. Vastaamiseen käytetty aika on myös pois potilastyöstä tai taukoajasta. Saattoi myös olla niin, että tutkimukseen vastaamisesta ei koettu olevan itselle tai työyksikölle mitään hyötyä.

Kyselytutkimukseen vastasi 86 ammattilaista, joista puolet oli suomenkielisiä ja puolet ruotsinkielisiä. Vastausten luotettavuutta lisäsi vastausten jakaantuminen tasaisesti molempien kotimaisten kielten osalta. Näin saatiin analyysivaiheessa esiin mielipiteitä myös kieliryhmittäin. Tuloksissa tuli kuitenkin esiin, että vastaajan äidinkieli ei vaikuttanut vastauksiin. Kyselytutkimuksen tulosten analysoinnin luotettavuuden kannalta on erityisen tärkeää oikea ja osaava analysointi. Tämän vuoksi päädyttiin käyttämään kyselytutkimuksen vastausten analysointiin ulkopuolista apua lääketieteen alaan perehtyneeltä tilastotieteilijältä. Analysoinnissa verrattiin taustatekijöitä tutkijan valitsemiin keskeisiin kysymyksiin sekä tuotiin esiin eri väittämien välisiä yhteyksiä. Tietyt kysymykset valittiin lähemmin tarkasteltaviksi sen perusteella, miten arvioitiin niistä saatavien tietojen vastaavan eniten tutkimusongelmiin. Ristiintaulukointia tehtiin harkiten muutamista keskeisistä väittämistä. Kaikkea aineistoa ei ollut mahdollista analysoida tässä työssä aineiston laajuuden vuoksi. Vastausprosentin vuoksi on vaikea esittää yleistettäviä johtopäätöksiä kyselytutkimusosuuden tuloksista. Suuntaa antavaa tietoa toiminnasta kuitenkin saadaan. Sähköinen kysely suljettiin toimimasta tutkimuksen suorittamisen päätteeksi. Kyselytutkimukset vastaukset säilytettiin tutkijalla tutkimuksen teon ajan ja hävitettiin sen jälkeen asianmukaisesti. Vastauksista ei tullut esiin yksittäisiä vastaajia. Luotettavuuden kannalta monitahoarviointi oli erityisen onnistunut tutkimustapa tässä tutkimuksessa.

Opiskelijapalautteet

Opiskelijapalautteita kerättiin neljän ensimmäisen vuoden ajan jokaiselta hajaute-
tussa perusopetuksessa olleelta opiskelijaryhmältä. Opiskelijapalautteet on kerätty

sähköisen webropol -linkin kautta. Opiskelijat vastasivat aktiivisesti palautekyselyyn. He ymmärsivät, että palautteiden tarkoitus on kehittää toimintaa koko ajan paremmaksi heidänkin näkökulmastaan katsoen. Tutkimuksessa käytetty palautekysely on osa hajautettua perusopetusjaksoa ja tutkija käyttää palautteita hyväkseen arvioidessaan toimintaa kokonaisuutena. Palautekyselyt on tehty suomenkielellä, koska Turun yliopistossa ei toistaiseksi opiskele opiskelijoita ruotsinkielisellä opintolinjalla. Opiskelijapalautteita ei analysoitu tilastollisin menetelmin. Kerätyistä palautteista poimittiin tärkeimmät kehittämiseen liittyvät ehdotukset sekä opiskelijoiden kokemuksia toiminnasta. Opiskelijapalautteista yhteenvedon tekeminen on haasteellista, koska kokemukset opetuksesta ovat hyvin subjektiivisia. Esiin tuli tilanteita, joissa kaksi saman erikoisalan ja kurssin opiskelijaa antoivat keskenään päinvastaista/hyvin erilaista palautetta opetuksesta. Palautteista pyrittiin ottamaan tutkimustyöhön ne, jotka ovat merkityksellisiä ja rakentavia toiminnan jatkoon kannalta. Jokaista yksittäistä kommenttia on mahdoton tuoda esiin. Palautekooste muodostui siitä, miten suurin osa tietyn erikoisalan tai kurssin opiskelijoista on vastannut. Opiskelijoiden palautteet säilytetään organisaatiossa sähköisessä muodossa webropol- ohjelman kansioissa, koska palautekysely on osa organisaation omaa toimintaa. Webropol- ohjelman opiskelijoiden palautekansioihin on käyttäjätunnukset tutkijalla. Yksittäistä opiskelijaa ei voi tunnistaa palautteiden perusteella.

Kokonaisuutena tutkimusaineisto on laaja ja kattava. Tutkimuksen aihe ei ole arkaluonteinen, joten sitä on ollut vaivatonta käsitellä. Raportointi on tehty noudattamalla tieteellisen tutkimustyön periaatteita ja huomioimalla eettiset seikat. Tutkimuksessa on pyritty puolueettomasti tuomaan esiin kaikkien eri avainryhmien näkemykset. Tutkimustyöhön on säännöllisesti saatu ohjausta tutkimustyön ohjaajilta, mikä on auttanut tutkimuksen eteenpäin viemistä asianmukaisesti.

6.3 Kehittämisehdotukset

Tämän tutkimuksen empiirisessä osassa ei ole käsitelty lainkaan toiminnan taloudellisuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Vaikka se on vaikuttavuustutkimuksessa keskeistä, niin tutkija rajasi sen tietoisesti tämän tutkimuksen empiirisestä osuudesta pois. Perusteluna on opetustoiminnan aloittaminen organisaatiossa, lyhyt ajallinen opetustoiminnan kesto tutkimuksen tekovaiheessa ja toiminnan kasvu/muokkautuminen edelleen organisaatiossa. Uutta toimintaa aloitettaessa tulee aina ylimääräisiä kustannuksia ja toiminnan kasvaessa kustannukset muokkautuvat vähitellen tietylle tavoitetasolle. Tässä tutkimuksessa kustannusten tarkastelu ei olisi tuonut luotettavaa lisäinformaatiota vaikuttavuuteen liittyen. Kustannuksia voidaan tarkastella myöhemmin, kun on saavutettu ideaalitaso opetustoiminnan järjestämisessä ja on kertynyt kokemusta esimerkiksi organisaatioon valmistumisen jälkeen työllistyneistä lääkäreistä. Opetuksen järjestämisen kustannuksia voidaan jatkossa verrata muiden hajautettua opetusta tarjoavien organisaatioiden vastaaviin opetuskustannuksiin. Vaikuttavuuden arviointia ja tutkimusta kannattaa jatkossakin tehdä tältä tutkimusalueelta. Tilannetta kannattaa arvioida uudelleen esimerkiksi viiden ja kymmenen vuoden kuluttua, jolloin saadaan todellista tietoa toiminnan vaikutuksista ja siitä, millaiseksi toiminta on organisaatiossa vakiintunut.

Jatkotutkimusaiheena voidaan tehdä vertailevaa vaikuttavuustutkimusta eri lääketieteellisten yliopistojen järjestämän hajautetun opetuksen osalta, esimerkiksi vertailemalla hajautetun opetuksen opetussisältöjä tai vertailemalla hajautetussa opetuksessa olleiden ja ei -olleiden opiskelijoiden oppimista. Käytännössä kaikki Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opiskelijat ovat hajautetussa perusopetuksessa opintojensa aikana. Lisäksi voidaan laajentaa vertailevaa tutkimusta muiden maiden käytäntöihin liittyen lääketieteen hajautettuun perusopetukseen. Yksittäisten erikoisalojen osalta vaikuttavuustutkimusta voidaan tehdä yksityiskohtaisemmin, esimerkiksi mittaamalla hajautetussa opetuksessa olleiden opiskelijoiden osaamista ennen/jälkeen tyyppisillä kyselyillä tai testeillä. Opetus-

henkilökunnan tyytyväisyyttä ja jaksamista tulee myös seurata. Sillä on suuri merkitys toiminnan vaikuttavuudessa. Ilman opetushenkilökuntaan ja opetukseen suunnattuja resursseja ei laadukasta hajautettua lääketieteen perusopetusta voida tarjota laajemmassa mittakaavassa terveydenhuollon organisaatiossa. Lääketieteen peruskoulutuksen hajautetun opetuksen vaikuttavuutta voidaan tutkia opiskelijoiden ja henkilökunnan tyytyväisyysmittausten ohella pidemmällä aikavälillä alueen työllistymisen seurannalla. Miten moni niistä opiskelijoista, jotka ovat olleet terveydenhuollon organisaatiossa hajautetussa opetuksessa, palaavat työskentelemään organisaatioon valmistumisensa jälkeen. Tähän vaikuttaa myös väliin tulevia tekijöitä, mutta suuntaa antavaa tietoa saadaan siitä, onko organisaatio onnistunut luomaan positiivisen imagon alueelle ja miten kannattavaa pidemmällä tähtäimellä on suunnata resursseja hajautettuun lääketieteen perusopetukseen. Vaikuttavuutta voidaan mitata tutkimustulosten mukaan myös tieteellisen pääoman alueellisella kasvamisella.

Eräs mielenkiintoinen tutkimusaihe on linkittää lääketieteen hajautettu perusopetus ajankohtaiseen sosiaali- ja terveyshallintotieteen kompleksisuusteoriaan. Terveydenhuolto on kompleksinen kokonaisuus, jossa rajallisilla resursseilla on pyrittävä opettamaan ja ohjaamaan mahdollisimman tehokkaasti opiskelijoita. Tutkimuksessa tuli esiin, että aikaa opetustyöhön kaivattaisiin enemmän. Terveydenhuollon ensisijaisena tehtävänä on potilaiden/asiakkaiden hoitaminen, jolloin muut toiminnot ovat automaattisesti toissijaisia. Kompleksisen tilanteesta tekee, että mikäli resursseja ei kohdenneta opetustyöhön, uusien työntekijöiden rekrytointi potilastyöhön ja organisaation osaamisen kehittyminen saattaa jäädä vajaavaiseksi. Lisäksi kompleksisuutta lääkäri-potilas suhteessa saattaa tuoda potilaiden suhtautuminen opiskelijoiden läsnäoloon organisaatiossa. Ilman opettelua kukaan ei kehity ammattilaiseksi ja sen vuoksi opetukselle on luotava otolliset puitteet. Potilaiden näkemyksiä opetustoiminnasta on syytä tutkia jatkossa, niitä voidaan verrata henkilökunnan ja opiskelijoiden näkemyksiin. Näiden tahojen välisten suhteiden tarkastelu toisi mielenkiintoista lisäarvoa koko hajautetulle opetustoiminnalle.

LÄHTEET

Ahlblad, Jaana (2014). Napautus, pyyhkäisy, liu'utus. *Suomen Lääkärilehti* 9/2014 vsk 69.

Ahlmén-Laiho, Ulla (2012). Nuorena lääkärinä Suomessa 2000-luvulla. Teoksessa *Uuden ajan lääkäri, näkökulmia lääkärikoulutukseen*. Toim. Markku Koulu & Pekka Kääpä. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Finepress Turku 2012.

Airaksinen, Jenni, Inga Nyholm & Arto Haveri (2004). *Seutuyhteistyön arki - Retoriikkaa, politiikkaa ja raakaa työtä*. Seutukuntien tuki -hankkeen II väliraportti. Tampere: Tampereen yliopistopaino oy – Juvenes Print.

Alhojärvi, Eija (1996). Ammatillisen koulutuksen vaikuttavuus ja sen arviointi koulutuspoliittisen päätöksenteon näkökulmasta. Teoksessa: *Arviointi ja koulutuksen laadun kehittäminen*, 176–193. Toim. Sauli Takala. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tutkimuslaitos.

Alhojärvi, Eija (2008). Onko Suomella tulevaisuutta ilman ammatillisia huipputaajia? Teoksessa: *Ammatillinen osaaminen Suomen menestyksen takaajana. Puheenvuoroja ammatillisen koulutuksen tulevaisuudesta*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Allen SM, RA Ballweg, EM Cosgrove, KA Engle, LR Robinson, RA Rosenblatt, SM Skillman & MD Wenrich (2013). Challenges and opportunities in building a sustainable rural primary care workforce in alignment with Affordable Care Act: the WWAMI program as a case study. *Academic Medicine*. Vol 88, No. 12.

Alvesson, M & S Deetz (2000). *Doing Critical Management Research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications.

Andreeva, Tatiana & Aino Kianto (2012). Does knowledge management really matter? Linking knowledge management practices, competitiveness and economic performance. *Journal of Knowledge Management*. Vol 16 (4), pp. 617–636

Ansoff, H Igor (1982). *Strategisk företagsledning*. Malmö: LiberFörlag.

Antehlpohl, W & S Herzig (1999). Problem-based learning versus lecture-based learning in a course of basic pharmacology: a controlled, randomized study. *Medical Education* 33 (2): 106–113.

Antikainen, Teuvo, Minna Silvennoinen, Tom Scheinin, Jaana Isojärvi, Eeva Mäkinen & Tuija S. Ikonen (2011). Kirurgisten taitojen oppiminen leikkaussimulaattorin avulla. *Suomen Lääkärilehti* 7/2011 vsk 66.

Arah, O A, N S Klazinga, D M Delnoij, A H Ten Asbroek & T Custers (2003). Conceptual framework for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 15: 377–398.

Argote, Linda, Bill McEvilly & Ray Reagans (2003). Managing Knowledge in Organizations: An Interactive Framework and Review of Emerging Themes. *Management Science* 49 (4), p. 571–582.

Asish, O Mathew, Lewlyn L R Rodrigues & Alapati Vittaleswar (2012). Human Factors & Knowledge Management: A System Dynamics Based Analysis. *Journal of Knowledge Management Practice*. Vol 13 (2).

Autti, Taina (2008). Opettajalääkäreitä – onko heitä? *Suomen Lääkärilehti* 22/2008 vsk 63.

Axelsson, L & A Engström (2001). The concept of effectiveness – a blind alley? A study of different interpretations in a Swedish county council. *International Journal of Health Planning Management* 16: 61–67.

Ayanian, John Z & Joel S Weissman (2002). Teaching Hospitals and Quality of Care: A Review of the Literature. *Milbank Quarterly*. Vol 80, Issue 3.

Baernstein, A, H K Liss, P A Carney & J G Elmore (2007). Trends in study methods used in undergraduate medical education research 1969-2007. *American Medical Association* 289 (9): 1038–1045.

Baker, J C, J Mapes, C C New & M Szwejczeniowski (1997). A hierarchical model of business competence. *Integrated manufacturing systems*. Vol 8 (5).

Beckett, A J, C E R Wainwright & D Bance (2000). Knowledge Management: Strategy or Software? *Management Decision*. Vol 28 (9).

Beng-Hui, Grace Chua (2012). What Makes Small And Medium Enterprises Innovative? A Look At Knowledge Management. *Journal of Knowledge Management Practice*. Vol 13 (4).

Benner, P, CA Tanner & CA Chesla (1997). Becoming an expert nurse. *The American Journal of Nursing* 97 (6): 16BBB, 16DDD.

Bergin, Elsmari & Carl Savage (2011). Surviving multiple obligations through simulation, autonomy and variation. *Journal of Health Organization and Management*. Vol. 25 (4).

Bhatti, Imran, K Jones, L Richardson, D Foreman, J Lund & G Tierney (2011). E-learning vs lecture: which is the best approach to surgical teaching? *Colorectal Disease*. Vol 13, Issue 4. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland.

Blair, J D & M Fottler (1990). *Challenges in Health Care Management: Strategic Perspectives for Managing Key Stakeholders*. San Francisco: Jossey-Bass.

Blundell, A, R Harrison & B Turney (2004). *The Essential Guide to Becoming a Doctor*. London: British Medical Journal Publishing Group.

Bosua, Rachelle & Krishna Venkitachalam (2013). Aligning strategies and processes in knowledge management: a framework. *Journal of Knowledge Management*. Vol. 17 (3), pp. 331–346.

Brinkerhoff, Robert O (1987). *Achieving Results from Training: How to Evaluate Human Resource Development to Strengthen Programs and Increase Impact*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Bryden, Pier, Shiphra Ginsburg & Najma Ahmed Bochra Kurabi (2010). Professing Professionalism: Are We Our Own Worst Enemy? Faculty Members' Experiences of Teaching and Evaluating Professionalism in Medical Education at One School. *Academic Medicine*. Vol 85, Issue 6. Association of American Medical Colleges.

Buyck, David & Forrest Lang (2002). Teaching Medical Communication Skills: A Call for Greater Uniformity. *Family Medicine*. Vol. 34 (5). Department of Family Medicine, East Tennessee State University.

Cameron, Kim S (1978). Measuring organizational effectiveness in institutions of higher education. *Administrative Science Quarterly* 23, 604634.

Charon, Rita (2001). Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*. Vol 286 (15). American Medical Association.

Charon, Rita & Peter Wyer (2008). Narrative evidence based medicine. *The Lancet*. Vol. 371, Issue 9609.

Chen, Huey-Tsyh (1990). *Theory driven evaluations*. Newbury Park (Calif.): Sage.

Child, M J, J N Kiarie, S M Allen, R Nduati, J N Wasserheit, M W Kibore, G John-Stewart, F J Njiri, G O'Malley, R Kinuthia, T E Norris & C Farquhar (2014). Expanding Clinical Medical Training Opportunities at the University of Nairobi: Adapting a Regional Medical Education Model From WWAMI Program at the University of Washington. *Academic Medicine*. Vol. 89 (8 Suppl).

Croft, D, S J Jay, E M Meslin, M M Gaffney & J D Odell (2012). Perspective: is it time for advocacy training in medical education? *Academic Medicine*. Vol 87 (9).

Cruess, Richard (2006). Teaching Professionalism: Theory, Principles, and Practices. *Clinical Orthopaedics & Related Research*. Vol. 449. Section I: Symposium II: Professionalism.

Cruess, Richard, Jodi Herold McIlroy, Sylvia Cruess, Shiphra Ginsburg & Yvonne Steinert (2006). The Professionalism Mini-Evaluation Exercise: A Preliminary Investigation. *Academic Medicine*. Vol. 81, Issue 10.

Dahler-Larsen, Peter (2001). From Programme Theory to Constructivism. *Evaluation*, Vol.7 (3), pp. 331–349.

Dahler-Larsen, Peter (2005). *Vaikuttavuuden arviointi. Hyvät käytännöt. Menetelmä-käsikirja*. STAKES.

Daly, Blanaid, Richard Watt, Paul Batchelor & Elizabeth Treasure (2002). *Essential Dental Public Health*. UK: Oxford University Press.

D'Aunno, Thomas (1992). The effectiveness of human service organizations. A comparison of models. Teoksessa: *Human Service as Complex Organizations*. Toim. Yeheskel Hasenfeld, 341–361. Newbury Park: Sage publications.

Davenport, T H & L Prusak (1998). *Working Knowledge. How organizations manage what they know*. Boston: Harvard Business School Press.

Davis, James, Evi Chryssafidou, Javier Zamora, David Davies, Khalid Khan & Arri Coomarasamy (2007). Computer-based teaching is as good as face lecture-based teaching of evidence based medicine: a randomised controlled trial. *BMC Medical Education*. Vol 7 (23).

Denzin, Norman K (1970). *The Research Act: A Theoretical Introduction To Sociological Methods*. Chicago: Aldine.

Derbyshire, H, E Rees, S P Gay & R K McKinley (2014). Undergraduate teaching in UK general practice: a geographical snapshot. *Br J Gen Pract*. Vol 64 (623).

Douglas, J Bower, Staci Young, Gunnar Larson, Deborah Simpson, Sajani Tipnis, Tomer Begaz & Travis Webb (2009). Characteristics of Patient Encounters That Challenge Medical Students' Provision of Patient-Centered Care. *Academic Medicine*. Vol 84 (10).

Duffy, F Daniel, Geoffrey H Gordon, Gerald Whelan, Kathy Cole-Kelly & Richard Frankel (2004). Assessing Competence in Communication and Interpersonal Skills: The Kalamazoo II Report. *Academic Medicine*. Vol 79, Issue 6.

Ekman, Kalevi (2008). Ammattiosaajien rooli tuotekehityksessä. Teoksessa: *Ammatillinen osaaminen Suomen menestyksen takaajana. Puheenvuoroja ammatillisen koulutuksen tulevaisuudesta*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Ellaway, Rachel & Ken Masters (2008). AMEE Guide 32: e-Learning in medical education. Part 1: Learning, teaching and assessment. *AMEE Guide*. Vol 30 (5).

Eraut, Michael (1994). *Developing Professional knowledge and competence*. London: The Falmer Press.

Eriksson, Päivi & Katri Koistinen (2005). *Monenlainen tapaustutkimus*. Kuluttajatutkimuskeskus, julkaisuja 4: 2005. Kerava: Savion Kirjapaino Oy.

Ertmer, Peggy A & Abdelfattah Y M Nour (2007). Teaching Basic Medical Sciences at a Distance: Strategies for Effective Teaching and Learning in Internet-Based Courses. *Journal of Veterinary Medical Education*. Vol 34 (3).

Eskola, J & J Suoranta (1999). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Eskola, Kari & Irma Virjo (1994). Voiko lääkärin työtä oppia yliopiston ulkopuolella? Opiskelijoiden arvio Tampereen tiedekunnan satelliittikoulutuksesta. *Suomen Lääkärilehti* 24/1994 vsk 49.

Foster, Thomas (2006). *One Size Does Not Fit All*. Quality Progress. 39: 7.

Freeman, R Edward (1984). *Strategic Management. A Stakeholder Approach*. Massachusetts: Pitman Publishing Inc., Marshfield.

Frohna, Alice Z, Stanley J Hamstra, Patricia B Mullan & Larry D Gruppen (2006). Teaching Medical Education Principles and Methods of Faculty Using an Active Learning Approach: The University of Michigan Medical Education Scholars Program. *Academic Medicine*. Vol. 81, Issue 11. Association of American Medical Colleges.

Gourdeau, Kelly A & Jacalyn Hardy (2006). Succession Planning and Individual Development. *The Journal of Nursing Administration*. Vol. 36 (6).

Grönroos, Christian (1987). *Hyvään palveluun. Palvelun kehittäminen julkishallinnossa*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Haapalainen, Päivi (2013). Learning And Knowledge Management In Construction Projects. *Journal of Knowledge Management Practice*. Vol 14 (2).

Hadley, Julie A, David Wall & Khalid S Khan (2007). Learning needs analysis to guide teaching evidence-based medicine: knowledge and beliefs amongst trainees from various specialities. *BMC Medical Education*. Vol. 7, Issue 11.

Hakkarainen, Kati, Anna-Maija Koivisto, Pekka Laippala, Heikki Puhakka & Amos Pasternack (2000). Lääkäriskoulutuksen aikana karttuvan tiedon arviointi. *Duodecim* 116, sivut 1375–1380.

Hakkarainen, Kati & Amos Pasternack (2005). Lääketieteen oppialojen integraatio edistää oppimista ja opinto-ohjelman ydinosan määrittämistä. *Duodecim* 2005; 121: 633–639.

Hall, Pippa & Lynda Weaver (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education* 2001; 35: 867–875.

Hamblin, Anthony Crandell (1974). *Evaluation and Control of Training*. London: McGraw-Hill Book Company (UK) Limited.

Hannukainen, Timo (1993). *Laatuyritykset. Laatujohtaminen maailman valioyrityksissä*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hartman, Sandra J & Stephen M Crow (2002). Executive development in healthcare during times of turbulence. Top management perceptions and recommendations. *Journal of Management in Medicine*. Vol 16 (5), p: 359–370.

Hay, David & Ian Kinchin (2008). Using concept mapping to measure learning quality. *Education and Training* 2008; 50(2): 167–182.

Heikkilä, Teppo (2012). Lääketieteen opetuksen laatu vakavasti uhattuna! *Suomen Lääkärilehti* 33/2012 vsk 67.

Heinonen, Hanna, Jarna Aalto-Setälä, Marika Bindar, Katriina Rehnback, Nora Kariluoma & Soili Keskinen (2013). LMX-suhteen, alaistaitojen ja työhyvinvoinnin vaihtelu yksilöiden sisällä ja välillä. *Hallinnon Tutkimus* 2013; 32 (1), 5–17. Hallinnon Tutkimuksen Seura r.y.

Helakorpi, Seppo (2001). *Oppilaitoksen strateginen suunnittelu*. Saatavana muodossa: openetti.aokk.hamk.fi/seppoh/strateginen%20suunnittelu.doc

Hellström, T, P Kemlin & U Malmqvist (2000). Knowledge and competence at Ericsson: desentralization and organizational fit. *Journal of Knowledge Management*. Vol 4 (2).

Hirsjärvi, Sirkka & Helena Hurme (2000). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka & Helena Hurme (2008). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hislop, Donald (2005). *Knowledge management in organizations. A critical introduction*. New York: Oxford University Press.

Holma, Mirjam (2009). *Osaamisen johtaminen julkisessa sairaalaorganisaatiossa. Tarkastelu ylihoitajien roolien näkökulmasta*. Sosiaali- ja terveyshallinnon pro gradu-tutkielma. Vaasan yliopisto.

Hoppu, K (1998). Lääkärin tutkinto – lääketieteen opiskelun alku, ei loppu. *Duodecim* 114: 677–678.

Horsburgh, Margaret, Rain Lamdin & Emma Williamson (2001). Multiprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning. *Medical Education* 2001; 35: 876–883.

Horton, S (2002). The Competence Movement. Teoksessa: Horton, S., A. Hondeghem & D. Farnham (toim.) *Competence Management in the Public Sector. European Variations on a Theme*. England: University of Portsmouth.

Huotari, Päivi (2009). *Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa. Neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta*. Acta Universitatis Tamperensis 1382. Tampere: Tampere University Press.

Huupponen, Risto (2012). Lääketiede ja lääkärikoulutus muutoksen kourissa. Teoksessa *Uuden ajan lääkäri, näkökulmia lääkärikoulutukseen*. Toim. Markku

Koulu & Pekka Kääpä. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Finepress Turku 2012.

Hyppölä, H (2001). Suomalaisen lääkärikoulutuksen kehitys ja arviointi. *Lääkäri-lehti* 56 (27–29): 2969.

Hyrkäs, Elina (2009). *Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa*. Acta Universitatis Lappeenrantaensis 338.

Håkansson, Anders, Anders Beckman, Eva Ekvall Hansson & Patrik Midlöv (2010). Alla läkare behöver basal vetenskaplig skolning. *Läkartidningen* nr 40/2010, volym 107.

Hämäläinen, Hanna (2006). *Työvoiman rekrytointi toimipaikoissa vuonna 2006*. Selvitys työvoiman hankintakanavista, rekrytointiongelmista ja toimipaikkojen tulevaisuuden näkymistä. Työministeriö.

Irby, David M & LuAnn Wilkerson (2003). Educational Innovations in Academic Medicine and Environmental Trends. *Journal of General Internal Medicine*. Vol 18.

Irigoyen, Matilde M, Rebecca J Kurth & Hilary J Schmidt (1999). Learning Primary Care in Medical School: Does Specialty or Geographic Location of the Teaching Site Make a Difference? *The American Journal of Medicine* Vol 106.

Isoaho, Raimo & Birgitta Majors (2013). *Sosiaali- ja terveysalan moniammatilliset opetusratkaisut Ruotsissa*. Opintomatka 24.–25.4.2013. Raportti Vaasan opetusterveyskeskus -hankkeen ohjausryhmälle.

Isoaho, Raimo, Birgitta Majors, Arja Tuomaala & Markku Sirviö (2013). *Vaasan opetusterveyskeskus. Moniammatillisen opetuksen suunnitelma*. Vaasan kaupunki: Sosiaali- ja terveysvirasto.

Jaatinen, Pekka T, Ulla Saxen & Marjatta Häsänen (2008). Miten lääketieteen ja hoitotyön opiskelijat hahmottavat oman ja muiden ammattiryhmien roolin terveydenhuollon moniammatillisessa työkentässä. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 45, s. 111–120.

Jaenson, Elisabeth, Anders Håkansson, Anders Beckman, Peter Blomqvist & Sven Marke (2002). Påverkas handledarna av utbildning? Utvärdering av åtta års kursverksamhet för läkare. *Läkartidningen* Nr 3, Vol 99.

Jain, Ajay K & Hans Jeppe Jeppesen (2013). Knowledge management practices in a public sector organisation: the role of leaders' cognitive styles. *Journal of Knowledge Management*. Vol 17 (3), pp. 347–362.

Jakku-Sihvonen, Ritva (2002). Kansallinen oppimistulosten arviointijärjestelmä. Teoksessa: Olkinuora Erkki, Ritva Jakku-Sihvonen & Eija Mattila. (toim.) *Koulutuksen arviointi. Lähtökohtia, malleja ja tilannekatsauksia*. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja B:70. Turku: Painosalama Oy.

Jaskari, Minna-Maarit (2013). *Teaching the Future Marketers Through Experiential Client-Based Projects. Marketing Knowledge and Skills in the Context of Early Phased of Service and Product Development*. Acta Wasaensia 290. Business Administration 117 Marketing. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Joyce, Pauline & Seamus Cowman (2007). Continuing professional development: investment or expectation? *Journal of Nursing Management*, no. 15.

Julkunen, Ilse (2004). Teoksessa Peter Dahler-Larsen (2005). *Vaikuttavuuden arviointi*. Hyvät käytännöt. Menetelmä-käsikirja. STAKES.

Junttila, Eija, Seppo Lauritsalo, Minna-Maria Mattila & Kirsimarja Metsävainio (2013). Taitopaja ja elvytys. Teoksessa: *Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa*. Iiri Ranta (toim.) Fioca Oy. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu.

Juuti, Pauli & Mikko Luoma (2009). *Strateginen johtaminen. Miten vastata kompleksisen ja postmodernin ajan haasteisiin?* Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Jämsen, E & O Leppänen (2006). Eri opiskelustrategioiden käyttö ongelmalähtöiseen opiskeluun perustuvassa lääkärikoulutuksessa. *Duodecim* 122 (14): 1775–1780.

Järveläinen, Hannu (2012). Ohjattua vastuullisuutta sairaalaopetuksessa. Teoksessa Koulu, Markku & Pekka Kääpä (toim.). *Uuden ajan lääkäri, näkökulmia lääkärikoulutukseen*. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Finepress Turku 2012.

Järvi, Ulla (2011). Kaikki irti lääkisten opettajista. *Suomen Lääkärilehti* 22/2011 vsk 66.

Järvi, Ulla (2013). Tulevat tiimiläiset yhteen jo opiskellessa. *Suomen Lääkärilehti* 41/2013 vsk 68.

Järvinen, Annikki, Tapio Koivisto & Esa Poikela (2000). *Oppiminen työssä ja työyhteisössä*. Juva: WSOY.

Järvinen, Pekka (2000). *Esimies ja työyhteisön kehittäminen*. Ekonomia-sarjaa. Helsinki: WSOY.

Jääliinoja, Päivi, Hannele Kess, Mauri Laakso, Liisa Hiltunen & Pekka Larivaara (2000). *Draaman käyttö yliopisto-opetuksessa. Kokemuksia draaman käytöstä varhaiskasvatukseen ja lääketieteen opetuksessa*. Uutisia opetuksen kehittämisestä Oulun yliopiston laitoksilla vol 12/2000. Opetuksen kehittämissyksikkö. Oulu: Yliopistopaino.

Kakabadse, Nada K, Andrew Kakabadse & Alexander Kouzmin (2003). Reviewing the knowledge management literature: Towards taxonomy. *Journal of Knowledge Management*. Vol 7 (4).

Kakabadse, Nada K, Alexander Kouzmin & Andrew Kakabadse (2001). From Tacit Knowledge to Knowledge Management: Leveraging Invisible Assets. *Knowledge and Process Management*. Vol 8 (3), p: 137–157.

Kallio, Miki (2014). *Muuttuuko lääketieteen opiskelijoiden käsitys terveydestä peruskoulutuksen aikana. Kuusivuotinen seurantatutkimus*. Acta Universitatis Ouluensis. D Medica 1246. Tampere: Juvenes Print.

Kalliomäki, Marko (2013). Ongelmakeskeinen oppimismenetelmä valmentaa lääkärintyöhön. *Suomen Lääkärilehti* 45/2013 vsk 68.

Karjalainen, Kristiina (1998). *Elinikäinen oppiminen ja henkilöstön osaamisen kehittäminen*. Helsinki: Opetusministeriö.

Katz, Daniel & Robert R Kahn (1978). *The Social Psychology of Organizations*. 2. painos. New York: Wiley & Sons.

Kauhanen, Juhani (2009). *Henkilöstövoimavarojen johtaminen*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kauppi, Heikki (2008). Koko koulutusketjun laatu ratkaisee. Teoksessa: *Ammatillinen osaaminen Suomen menestyksen takaajana. Puheenvuoroja ammatillisen koulutuksen tulevaisuudesta*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Keeley, Michael (1978). A social-justice approach to organizational evaluation. *Administrative Science Quarterly* 23, 272–292.

Kettunen, Juha (2009). *Essays on strategic management and quality assurance*. Acta Universitatis Ouluensis. C Technica 329. Oulu: Oulu University Press.

Khan, Khalid S & Arri Coomarasamy (2006). A hierarchy of effective teaching and learning to acquire competence in evidenced-based medicine. *BMC Medical Education*. Vol 6 (59).

Kilmann, R & R Herden (1976). Towards a systemic methodology for evaluating the impact of interventions on organizational effectiveness. *The Academy of Management Review* 1:3, 87–98.

Kinnunen, Juha & Jari Vuori (2005). Terveystieteiden johtamiskulttuurin holistinen malli. Teoksessa: Vuori, Jari (toim.) *Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimus terveydenhuollon työyhteisöissä*. Helsinki: WSOY.

Kirjavainen, Paula & Ritva Laakso-Manninen (2000). *Strategisen osaamisen johtaminen: Yrityksen tieto ja osaaminen kilpailuedun lähteeksi*. Helsinki: Edita.

Kirjavainen, Tanja (2010). Koulutusjärjestelmän taloudellisuuden ja tehokkuuden arviointi. *Hallinnon tutkimus*. Vuosikerta 29, no 2, 4/2010. Hallinnon Tutkimuksen Seura r.y. Helsinki: Hakapaino Oy.

Kirjonen, Juhani (1994). Työ uudistuu – Uudistuuko tekijä? Teoksessa: *Henkilöstöstrategia ja uusiutuva organisaatio*, 11–27. Toim. Juha Varila. Helsinki: Painatuskeskus.

Kirjonen, Juhani, Ulla Mutka, Karin Filander & Tuija Valkeavaara (2000). Oppiminen työssä ja pääoman uudet muodot. Teoksessa: *Vaikuttavuutta koulutukseen. Suomen Akatemian koulutuksen vaikuttavuusohjelman tutkimuksia*. Toim. Reijo Raivola. Suomen Akatemian julkaisuja 1/2000. Helsinki: Edita.

Kirkpatrick, Donald L (1998). *Evaluating training programs. The Four Levels*. Second Edition. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.

Kivinen, Tuula (2008). *Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 158. Kuopio: Kopijyvä.

Kneebone, Roger (2005). Evaluating Clinical Simulations for Learning Procedural Skills: A Theory-Based Approach. *Academic Medicine*. Vol. 80, Issue 6. Association of American Medical Colleges.

Koivisto, Anna-Liisa & Pertti Aarnio (2012). Hajautettu lääkärikoulutus – Satakunnan näkökulma. Teoksessa Koulu, Markku ja Pekka Kääpä (toim.). *Uuden ajan lääkäri, näkökulmia lääkärikoulutukseen*. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Finepress Turku 2012.

Koivisto, Anna-Liisa & Pauliina Kronqvist (2012). *Terveydenhuollon ammattilaisesta lääkäriksi. Muuntokoulutusprojektin toteutus vuodet 2003–2011. Muuntokoulutuksen loppuraportti, osa 2*. Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan lääketieteen lisensiaatin tutkintoon johtava muuntokoulutusprojekti 2001–2011. Turun yliopisto.

Koivu, Pirkko (2008). Hyppy yli kokemattomuuden. *Aesculapius* vol 52/no 2.

Koivunen, A & M Liljeström (1996). Paikantuminen. Teoksessa: Koivunen, A & M Liljeström (toim.) *Avainsanat. 10 askelta feministiseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Kokkinen, Lauri, Anne Konu & Elina Viitanen (2007). Personnel management in Finnish social and health care. *Leadership in Health Services*. Vol. 20, No. 3. Emerald Group Publishing Limited.

Kokkonen, Marketta (2008). Suomi tarvitsee kaikki osaajat. Teoksessa: *Ammatillinen osaaminen Suomen menestyksen takaajana. Puheenvuoroja ammatillisen koulutuksen tulevaisuudesta*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Kolb, D A (1984). *Experiential learning: Experience as a source of learning and development*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Konu, A, P Rissanen, M Ihantola & R Sund (2009). Effectiveness in Finnish Health Care Studies. *Scandinavian Journal of Public Health* 37: 64–74.

Konu, Anne & Elina Viitanen (2008). Shared leadership in Finnish social and health care. *Leadership in Health Services*. Vol. 21, No. 1. Emerald Group Publishing Limited.

Konu, Anne, Elina Viitanen & Tomi Lintonen (2010). Teachers' wellbeing and perceptions of leadership practices. *International Journal of Workplace Health Management*. Vol. 3, No. 1. Emerald Group Publishing Limited.

Koponen, Jonna & Eeva Pyörälä (2014). Kokemukselliset oppimismenetelmät edistävät lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutustaitoja. *Suomen Lääkärilehti* 6/2014 vsk 69.

Korte, Ritva (1997). *Hoitohenkilöstön täydennyskoulutus: selvitys täydennyskoulutuksen nykytilasta ja kehittämistarpeista*. Tehy ry:n ammatti- ja koulutusasian osasto. Sarja B: selvityksiä 7/1997. Helsinki: Tehy ry.

Krippendorff, K (2004). *Content Analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks CA: Sage.

Kurtz, Suzanne, Jonathan Silverman & Juliet Draper (2005). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Second Edition*. Oxford: Radcliffe.

Kushnir, Talma, Avner Herman Cohen & Eli Kitai (2000). Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. *Medical Education* 2000; 34: 430–436.

Kyngäs, H & L Vanhanen (1999). Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11 (1): 3–12.

Kääpä, Pekka (2010). Opettajien ja kollegoiden esikuvalla ja asenteella on suuri merkitys kasvavalle lääkärille. *Duodecim* 2010; 126.

Kääpä, Pekka (2012). Oppivasta opiskelijasta päteväksi lääkäriksi – opintopolun muutoksessa. Teoksessa Koulu, Markku & Pekka Kääpä (toim.). *Uuden ajan lääkäri, näkökulmia lääkärikoulutukseen*. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Finepress Turku 2012.

Kääpä, Pekka & Johanna Hoffren (2010). Lääketieteen peruskoulutusopiskelijoiden näkemyksiä yleisten taitojen opetuksesta. *Duodecim* 2010; 126:1720–9.

Kääpä, Pekka, Maiju Toivonen, Anna-Liisa Koivisto & Tytti Vuorinen (2012). Opettajalääkäri lääketieteen opiskelijoiden tukihenkilönä – kokemuksia opettaja-tutoroinnista. *Suomen Lääkärilehti* 17/2012 vsk 67.

Langley, Gerald J, Ronald D Moen, Kevin M Nolan, Thomas W Nolan, Cliffors L Norman & Lloyd P Provost (2009). *The Improvement Quide. A practical approach to enhancing organizational performance*. Second Edition. USA: HB Printing.

Laitinen, Ilpo & Jari Stenvall (2012). Ihminen ja vuorovaikutus muutoksessa - kompleksisuus ja muutosten hallinta. Teoksessa: Perttula, Juha & Antti Syväjärvi (toim.). *Johtamisen psykologia. Ihmisten johtaminen muuttuvassa työelämässä*. Juva: Bookwell Oy.

Lairio, Marjatta, Hannu L T Heikkinen & Minna Penttilä (toim.) (2008). *Koulutuksen kulttuurit ja hyvinvoinnin politiikat*. Suomen kasvatustieteellinen seura. Kasvatusalan tutkimuksia – Research in Educational Sciences 35.

Lampinen, Osmo, Erkki Laukkanen, Olli Poropudas, Heikki Ravantti, Risto Rinne & Matti Vesa Volanen (2003). *Kohti asiantuntijayhteiskunnan koulutuspolitiikkaa*. Toim. Olli Poropudas & Matti Vesa Volanen. Helsinki: Omakirja.

Larivaara, P, A Taanila, I Huttunen, E Väisänen, I Moilanen & J Kiuttu (2000). From biomedical teaching to biopsychosocial education: a process of change in a Finnish medical school. *Journal of Interprofessional Care* 14 (4): 375–385.

Latvala, E & L Vanhanen-Nuutinen (2003). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällön analyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & M. Nikkonen (toim.). *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.

Launis, Veikko (2012). Etiikka lääkärikoulutuksessa. Teoksessa Koulu, Markku & Pekka Kääpä (toim.). *Uuden ajan lääkäri, näkökulmia lääkärikoulutukseen*. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Finepress Turku 2012.

Laurila, Marianne (2010). Organisaation systeemiteoreettinen mallintaminen osaamisen johtamisen ja muutoksen näkökulmasta. Teoksessa Timo-Pekka Uotila (toim.). *Ikkunoita osaamisen johtamisen systeemiseen kokonaisuuteen*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 293. Liiketaloustiede 106. Johtaminen ja organisaatiot.

Lehtisalo, Liekki (1992). Koulutuksen tila, tulevaisuus ja vaikutuksia. Teoksessa: *Vaikuttaako koulutus*, 11–50. Toim. Liekki Lehtisalo. Helsinki: VAPK-Kustannus. Opetusministeriö.

Lehtisalo, Liekki & Reijo Raivola (1992). *Koulutuspolitiikka*. Juva: WSOY.

Lehtisalo, Liekki & Reijo Raivola (1999). *Koulutus ja koulutuspolitiikka 2000-luvulle*. Juva: WSOY.

Lehtonen, Päivi (2014). *Koulutuksen järjestäjien ja työelämäedustajien yhteistyö sosiaali- ja terveystieteiden alalla. Tapaustutkimukseen pohjautuva substantiivinen teoria*. Acta Universitatis Tamperensis 1926. Tampere: Tampere University Press.

Lehtonen, T J (2002). *Organisaation osaamisen strateginen hallinta*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto: Kasvatustieteiden tiedekunta. Acta Universitatis Tamperensis 867. Tampere.

Lemmetyinen, Arja (2004). *Toimintatutkimus oppimisen strategisesta kehittämisestä Turun kauppakorkeakoulussa*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja Sarja 2. Turku: Turun kauppakorkeakoulu.

Lengnick-Hall, C A & M L Lengnick-Hall (2006). HR, ERP and knowledge for competitive advantage. *Human Resource Management*. Vol 45 (2).

Lengnick-Hall, M L & A C Lengnick-Hall (2003). *Human Resource Management in the Knowledge Economy*. San Francisco: Berret-Kochler Publishers.

Leponiemi, Ulla & Risto Harisalo (2010). Korkeakoulujen hallitusten arvo: tutkimus-
seloste hallitusten arvon tuottamisesta 2009–2013. *Hallinnon tutkimus*.
Vuosikerta 29, no 2, 2/2010. Hallinnon Tutkimuksen Seura r.y. Helsinki: Haka-
paino Oy.

Lerner, Susan, Diane Magrane & Erica Friedman (2009). Teaching Teamwork in
Medical Education. *Mount Sinai Journal of Medicine*. Vol. 76, Issue 4. Mount
Sinai Medical Center New York, NY.

Levy, Anna (2011). *Lääketieteen asiantuntijuus koulutuksen eri vaiheissa. Lääke-
tieteen opiskelijoiden yleisorientaatiot, käsitykset hyvän lääkärin ominaisuuksista
ja potilastyön hahmottumisesta*. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1088.
Oulu: Oulun yliopisto.

Linnakylä, Pirjo (2002). Kansainvälisten ja kansallisten oppimistulosten arvioin-
tien välisestä suhteesta. Teoksessa: Olkinuora Erkki, Ritva Jakku-Sihvonen &
Eija Mattila (toim.). *Koulutuksen arviointi. Lähtökohtia, malleja ja tilannekatsa-
uksia*. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja B: 70. Turku:
Painosalama Oy.

Lohiniva-Kerkelä, Mirva (2004). *Terveydenhuollon juridiikka*. Talentum Media
Oy. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus.

Lumijärvi, Ismo (1994a). *Vaikuttavuusarviointi sosiaali- ja terveysalan palvelu-
yksiköissä. Käsitteellisiä tarkennuksia ja sovellutusesimerkkejä*. Tutkimuksia No
187, Hallintotiede 18. Vaasan yliopiston julkaisuja.

Lumijärvi, Ismo (1994b). *Osittaisarvioinnista kokonaisarviointiin. Multidimensionaaliset mallit erityisesti sosiaali- ja terveysalan tulosityksiköiden arvioinnin välineinä*. Tutkimuksia No 188, Hallintotiede 19. Vaasan yliopiston julkaisuja.

Lumijärvi, Ismo (2013). Henkilöstölähtöiset keinot palvelujen tuottavuuden nostamiseksi. Teoksessa Ollila, Seija & Harri Raisio (toim.). *Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Juhlakirja professori Pirkko Vartiaisen 60-vuotispäiväksi*. Acta Wasaensia 277, Sosiaali- ja terveyshallintotiede 8. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Lumijärvi, Ismo, Sirpa Virta & Olavi Kujanpää (2003). *Strategista arviointia kehittämässä. Tasapainotetun arvioinnin (BSC) käyttöönotto poliisitoimessa - kokemuksia teorian viemisestä käytäntöön*. Tampereen yliopisto, Hallintotieteen laitos, Turvallisuushallinto 7/2003. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Maijala, Miia (2004). *Julkisen sektorin johtamissuuntaukset: Tulos-, laatu- ja osaamisen johtamisen käsitteellinen vertailuanalyysi*. Hallintotieteen pro gradu-tutkielma. Vaasan yliopisto.

Malhotra, Y (2005). Integrating knowledge management technologies in organizational business processes: getting real time enterprises to deliver real business performance. *Journal of Knowledge Management*. Vol 9 (1).

Malick, Sadia Mahmood, Julie Hadley, James Davis & Khalid S Khan (2010). Is evidence-based medicine teaching and learning directed at improving practice? *Journal of the Royal Society of Medicine*. Vol 103.

Martin, I G, P Stark & B Jolly (2000). Benefiting from clinical experience: the influence of learning style and clinical experience examination. *Medical Education* 34 (7): 530–534.

Martins, Henrique (2009). Tetrahedron of medical academics: Reasons for training in management, leadership and informatics. *Medical Teacher*. Vol 31, pp 547–549.

Mattick, K, I Dennis, J Bligh (2004). Approaches to learning and studying in medical students: Validation of a revised inventory and its relation to student characteristics and performance. *Medical Education* 38 (5): 535–543.

McPherson, Kathryn, Linda Headrick & Fiona Moss (2001). Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Quality in Health Care* 2001; 10 (Suppl II): 46–53.

Melender, Hanna-Leena & Arja Häggman-Laitila (2010). Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hoitotyössä: katsaus koulutusinterventioiden vaikuttavuuteen. *Hoitotiede* 2010, 22 (1), 36–54.

Merenmies, Jussi (2012). Yliopistosairaaloiden rooli lääkärikoulutuksessa muuttuu. *Suomen Lääkärilehti* 26–31/2012 vsk 67.

Meriläinen, Matti (2005). *Henkilöstökoulutuksen vaikuttavuuden arviointi. ”Ammatillisten opintojen opettajien ja sidosryhmäläisten arvio kehittämishankkeen merkityksestä työkäytäntöjen kehittymiselle”*. Joensuun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia. N:o 92.

Metsämuuronen, Jari (1998). *Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala?* ESR-julkaisut sarja. Helsinki: Työministeriö.

Metsämuuronen, Jari (2000a). *Laadullisen tutkimuksen perusteet*. Metodologia-sarja 4. Viro: Jaabes Oy.

Metsämuuronen, Jari (2000b). *Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet*. 2. tarkistettu painos. Helsinki: Oy Edita Ab.

Metsämuuronen, Jari (2009). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 4. laitos, 1. painos.

Michel, MC, A B D M zu Heringdorf & D N K H Jakobs (2002). Problem- vs. lecture-based pharmacology teaching in a German medical school. *Naunyn-Schmiedeberg, s Arch Pharmacol* 366 (1): 64–68.

Miettinen, Merja (1999). Hoitotyön kehittäminen ja sen johtaminen. Teoksessa Simoila Riitta, Riitta Kangas & Jouko Ranta (toim.). *Hoitotyötä johtamaan*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Mintzberg, Henry (1989). *Mintzberg on Management. Inside our strange world of organizations*. USA: The Free Press.

Mintzberg, Henry (1994). *The rise and fall of strategic planning*. UK: Prentice Hall International Limited.

Mintzberg, Henry (1999a). The Structuring of Organizations. Teoksessa: Mintzberg, Henry, James Brian Quinn & Sumantra Ghoshal. *The Strategy Process. Revised European Edition*. Hampshire: Ashford Colour Press Ltd, 332–352.

Mintzberg, Henry (1999b). The Professional Organization. Teoksessa: Mintzberg, Henry, James Brian Quinn & Sumantra Ghoshal. *The Strategy Process. Revised European Edition*. Hampshire: Ashford Colour Press Ltd, 682–696.

Mintzberg, Henry, Bruce Ahlstrand & Joseph Lampel (1998). *Strategy safari. The complete guide through the wilds of strategic management*. USA: The Free Press.

Moore, Sarah & Nyiel Kuol (2005). Students evaluating teachers: exploring the importance of faculty reaction to feedback on teaching. *Teaching in Higher Education*. Vol 10 (1). University of Limerick. Ireland: Carfax Publishing.

Morgan, Gareth (1993). *Imagination the art of creative management*. USA: SAGE Publications.

Morgan, Gareth (1997). *Images of organization*. USA: SAGE Publications.

Morrison, Jill (2003). ABC of learning and teaching in medicine. Evaluation. *British Journal of Medical and Surgical Urology*. Vol. 326: 7385. BMJ Publishing Group Ltd.

Morse, J M & P A Field (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. Thousand Oaks CA: Sage.

Mouritsen, J, H T Larsen & P N Bukh (2005). Dealing with the knowledge economy: intellectual capital versus balanced scorecard. *Journal of Intellectual Capital*. Vol. 6 (1).

Moustaghfir, Karim & Giovanni Schiuma (2013). Knowledge, learning, and innovation: research and perspectives. *Journal of Knowledge Management*. Vol 17 (4), pp. 495–510.

Myhre D L & S Hohman (2012). Going the distance: early results of a distributed medical education initiative for Royal College residencies in Canada. *Rural Remote Health*. Vol 12: 2151.

Mäkipeska, Marja & Terttu Niemelä (1999). *Hengittävä työyhteisö: johtamista muutosvirrassa*. Helsinki: Edita.

Määttänen, Pentti (1999). *Filosofia. Johdatus peruskysymyksiin*. Helsinki: Gummerus.

Narikka, Jouko (toim.) (2001). *Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö käytännössä*. Helsinki: Tietosanoma.

Naumanen, Päivi (2002). *Koulutuksella kilpailukykyä: koulutuksen yhteys miesten ja naisten työllisyyteen ja työn sisältöön*. Turku: Turun yliopisto. Väitöskirja, yhteiskuntatieteet.

Neuendorf, K A (2002). *The Content Analysis Quidbook*. Thousand Oaks CA: Sage.

Niemi-Murola, Leila, Kalle Romanov & Eeva Ketola (2006). Kokemuksia näyttöön perustuvan lääketieteen opetuksesta lääketieteen perusopiskelijoille. *Suomen Lääkärilehti* 11/2006 vsk 61.

Niemi-Murola, Leila, Ville Remes, Juha Pekka Turunen, Ari Harjula & Ilkka Helenius (2008). Valmistuvat lääketieteen opiskelijat vailla toimenpidetaitoja. *Suomen Lääkärilehti* 4/2008 vsk 63.

Niemi-Murola, Leila & Minna Kaila (2011). Potilasturvallisuusopetus ei saa syyllistää opiskelijoita. *Suomen Lääkärilehti* 4/2011 vsk 66.

Nieminen, Pentti, Harri Silvola, Marjukka Mäkelä, Timo Kauppila & Harri Sintonen (2013). Lääkärien kokemukset näyttöön perustuvan lääketieteen opetuksen riittävydestä peruskoulutuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 20/2013 vsk 68.

Niiniluoto, Ilkka (2002a). *Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus*. 3.painos. Keuruu: Otava.

Niiniluoto, Ilkka (2002b). Tieteen tunnuspiirteet. Teoksessa *Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa*. ETENE-julkaisuja 4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Niiranen, Vuokko (2011). Arviointitieto ja sen käyttöala kuntien päätöksenteossa. *Hallinnon tutkimus* 4/2011. 30. vuosikerta. Hallinnon Tutkimuksen Seura r.y.

Nikkari, Seppo T, Doris Holmberg-Marttila, Kati Hakkarainen, Kari Peltola, Pekka Kuukasjärvi, Jukka Mustonen & Amos Pasternack (2004). Lääketieteelliset tiedekunnat vastaavat yhä paremmin alueellisiin tehtäviinsä. *Suomen Lääkärilehti* 40/2004 vsk.59.

Nonaka, Ikujiro & Hirotaka Takeuchi (1995). *The Knowledge-Creating Company. How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. New York: Oxford University Press.

Nonaka, I & R Toyama (2002). A firm as a dialectical being: towards a dynamic theory of a firm. *Industrial and Corporate Change*. Vol. 11 (5).

Nordenström, Jörgen & Stefan Lindgren (2007). Svensk läkarutbildning är bra – men kan bli bättre. *Läkartidningen* nr 38/2007, vol 104.

Nukari, Helena (2012). Pidetään huolta kesäsijaisista. *Suomen Lääkärilehti* 5/2012 vsk 67.

Nyholm, Inga & Jenni Airaksinen (2011). Kuntahallinnon uudistaminen arvioinnin kohteena. *Hallinnon tutkimus* 4/2011. 30. vuosikerta. Hallinnon Tutkimuksen Seura r.y.

Ojanen, Sinikka (2001). *Ohjauksesta oivallukseen*. Ohjausteorian kehittelyä. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Ollila, Seija (2006). *Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana*. Acta Wasaensia 156. Sosiaali- ja terveyshallinto 1.

Ollila, Seija & Anne Kujala (2013). Osallistumista edistämässä muuttuvassa koulu yhteisössä – rehtorien näkemyksiä. Teoksessa Ollila, Seija & Harri Raisio (toim.). *Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Juhlakirja professori Pirkko Vartiaisen 60-vuotispäiväksi*. Acta Wasaensia 277, Sosiaali- ja terveyshallintotiede 8. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Onnismaa, Jussi (2010). *Opettajien työhyvinvointi. Katsaus opettajien työhyvinvointitutkimuksiin 2004–2009*. Opetushallitus. Raportit ja selvitykset 2010:1. Saatavana muodossa www.oph.fi/julkaisut.

Opetushallitus (1995). *Koulutuksen tuloksellisuuden arviointimalli*. Helsinki: Yliopistopaino.

Opetus- ja kulttuuriministeriö (2012). *Koulutuksen arviointisuunnitelma vuosille 2012–2015*. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2012: 14.

Otala, Leenamajja (1992). *Koulutus menestystekijänä*. Helsinki: Suomen itsenäisyydenjuhlarahasto.

Otala, Leenamajja (1996). *Oppimisen etu – kilpailukykyä muutoksessa*. Porvoo: WSOY.

Otala, Leenamajja (2000). *Oppimisen etu – kilpailukykyä muutoksessa*. Porvoo: WSOY.

Paasivaara, Leena (2012). Yksilöstä työyhteisöksi. Teoksessa Perttula, Juha & Antti Syväjärvi (2012) (toim.). *Johtamisen psykologia. Ihmisten johtaminen muuttuvassa työelämässä*. Juva: Bookwell Oy.

Pakarinen, Terttu (2007). *Tuloksellisuusarviointi ja henkilöstöjohtaminen muutosmekanismeina julkisessa tieto-organisaatiossa*. Teknillinen korkeakoulu. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.

Parjanne, Marja-Liisa (1997). *Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kva-lifikaatiot*. Stakesin tutkimuksia 80. Helsinki: Stakes.

Passi, V, M Doug, E Peile, J Thistlethwaite & N Johnson (2010). Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *International Journal of Medical Education* 1: 19–29.

Patrikainen, Risto (1999). *Opettajuuden laatu. Ihmiskäsitys, tiedonkäsitys ja op-pimiskäsitys opettajan pedagogisessa ajattelussa ja toiminnassa*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pawson, Ray & Nick Tilley (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.

Peltonen, Matti, Jaakko Laitinen & Pauli Juuti (1992). *Koulutuksen tuloksellisuus*. Tampere: Aavaranta Oy.

Pennanen, Eveliina & Leena Mikkola (2013). Vuorovaikutus hallinnollisissa ryhmissä. *Hallinnon Tutkimus* 3/2013, vsk 32. Hallinnon Tutkimuksen Seura r.y.

Perälä, Marja-Leena & Outi Ponkala (1999). *Tietoa ja taitoa terveysalalle: terve-ysalan korkeakoulutuksen arviointi*. Helsinki: Edita.

Pfeffer, Jeffrey & Gerald R Salanick (1978). *The External Control of Organizations. A Resource Dependence Perspective*. New York: Harper & Row Publishers.

Pietarinen, J & V Launis (2002). Etiikan luonne ja alueet. Teoksessa: Karjalainen, S, V Launis, R Pelkonen & J Pietarinen (toim.) *Tutkijan eettiset valinnat*. Helsinki: Oy Yliopistokustannus.

Pietiläinen, Ville & Marko Kesti (2012). Johtamisen tilanneherkistyminen ja asi-
antuntijuus. Teoksessa Perttula, Juha & Antti Syväjärvi (2012) (toim.). *Johtami-
sen psykologia. Ihmisten johtaminen muuttuvassa työelämässä*. Juva: Bookwell
Oy.

Piikkilä, Tuulikki (2008). *Opiskelijapalaute opetusjärjestelyiden suunnannäyttä-
jänä? Opiskelijapalautteen vaikuttamismahdollisuuksien malli. Tapaus Hämeen
ammattikorkeakoulu*. Pro gradu-tutkielma. Hallintotiede. Johtamistieteiden laitos.
Tampere: Tampereen yliopisto.

Pitkänen, Marja & Tuula Heide (2008). *Kuopion yliopiston oppimiskeskuksen
koulutusten vaikuttavuus. Tarkastelussa Yliopistopedagoginen PD, Verkko-
opetuksen asiantuntija ja Verkko-opetuksen perusteet koulutukset*. Kuopion yli-
opiston julkaisu F. Yliopistotiedot 44. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Pitkäranta, Anne (2013). Flipped classroom – oppimisen uudet tuulet. *Duodecim*
2013; 129:1740-1.

Poikkeus, Laura (2013). *Satakunnan sairaanhoitopiirin lääkärirekrutoinnin kehit-
täminen*. Yrittäjyyden ja liiketoimintaosaamisen koulutusohjelma. Ylempi AMK.
Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Pollit, Christopher & Stephen Harrison (1994). Introduction. Teoksessa: Pollit, Christopher & Stephen Harrison (edit.). *Handbook of Public Services Management*. Cornwall: Blackwell Publishers, 1–22.

Ponzer, Sari & Maarit Castren (2013). Ammattienvälinen toiminta ja kommunikaatio. Teoksessa Ranta, Iiri (toim.). *Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa*. Fioca Oy. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu.

Prahalad, C K & G Hamel (1990). The Core Competence of the Corporation. *Harvard Business Review*, May-June, 79–91.

Puolakkainen, Pauli, Juha Pekka Turunen, Leena Kivisaari & Pertti Kekki (2001). Kurssimuotoisen koulutuksen laatu ja vaikuttavuus ja niiden arviointi erikoislääkärinkoulutuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 51–52/2001 vsk 56.

Pykälämäki, Tuula (2005). *Henkilöstökoulutuksen vaikuttavuuden arviointi koulutettavan näkökulmasta*. Pro gradu-tutkielma. Kauppatieteellinen tiedekunta. Johtamisen laitos. Vaasan yliopisto.

Pyykkö, Riitta (2012). Arvioinnit ja yliopistokoulutuksen kehittäminen. Teoksessa Koulu, Markku & Pekka Käätä (toim.). *Uuden ajan lääkäri, näkökulmia lääkärikoulutukseen*. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Finepress Turku 2012.

Raisio, Harri (2010). *Embracing the Wickedness of Health Care. Essays on Reforms, Wicked Problems and Public Deliberation*. Social and Health Management 5. *Acta Wasaensia* no 228.

Raivio, Tuomas, Kimmo Viljamaa & Pekka Pesonen (2013). Tutkimus- ja innovaatiotoiminnan jälkien jäljillä. Vaikuttavuuspolkujen viitekehyksen ja indikaat-

torien kehittäminen ja analysointi. *Hallinnon Tutkimus* 32 (1), 55–60. Hallinnon Tutkimuksen Seura r.y.

Raivola, Reijo (2000). *Tehoa vai laatua koulutukseen?* Juva: WSOY.

Raivola, Reijo (2002). Tavoitetaanko laatu standardeihin yltämällä? Teoksessa Olkinuora Erkki, Ritva Jakku-Sihvonen & Eija Mattila (toim.). *Koulutuksen arviointi. Lähtökohtia, malleja ja tilannekatsauksia*. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja B:70. Turku: Painosalama Oy.

Raivola, Reijo, Päivi Valtonen & Matti Vuorensyrjä (2000). Käsitteet, mallit ja indikaattorit koulutuksen tehokkuutta ja vaikuttavuutta arvioitaessa. Teoksessa Raivola, Reijo (toim.). *Vaikuttavuutta koulutukseen. Koulutuksen vaikuttavuusohjelman tutkimuksia*. Suomen Akatemian julkaisuja 2/2000. Helsinki: Edita.

Rajaniemi, Tuula (2011). Opiskelijoita ei mahdu lisää! *Suomen Lääkärilehti* 41/2011 vsk 66.

Ranki, Anneli (1999). *Vastaako henkilöstön osaaminen yrityksen tarpeita*. Helsinki: Kauppakaari Oyj.

Rauhala, Auvo (2013). Tulevaisuuden erikoissairaanhoidon väestön hyvinvointia edistämässä. Puheenvuoro teoksessa Ollila, Seija & Harri Raisio (toim.). *Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Juhlakirja professori Pirkko Vartiaisen 60-vuotispäiväksi*. Acta Wasaensia 277, Sosiaali- ja terveyshallintotiede 8. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Rautava, Päivi, Sanna Salanterä, Hans Helenius & Heile Tofferi (2013). *Vaikuttavuuden mittaaminen ja palvelujärjestelmätutkimus*. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Turun yliopisto ja Turun kliininen tutkimuskeskus.

Reed, Yvonne (2005). Using students as informants in redesigning distance learning materials: possibilities and constraints. *Open Learning*. Vol. 20, No. 3, November 2005, pp. 265–275. University of Witwaterstrand. South Africa: Routledge.

Rees, C E & L V Knight (2007). Viewpoint: The trouble with assessing student's professionalism: theoretical insights from sociocognitive psychology. *Academic Medicine* 82 (1): 46–50.

Regehr, G (2004). Trends in medical education research. *Academic Medicine* 79 (19): 939–947.

Renko, Marjo, Hannu Soini, Heikki Rantala, Terhi Tapiainen, Matti Korppi, Pekka Kääpä, Tytti Pokka & Matti Uhari (2011). Lääketieteen opiskelijoiden tiedonhaku- ja lukutottumukset. *Duodecim*. Vol 127: 2072–2079.

Rieselbach R E, B J Crouse & J G Frohna (2010). Teaching primary care in community health centers: addressing the workforce crisis for the underserved. *Ann Intern Medicine*. Vol 152 (2).

Rieselbach R E, B J Crouse, K Neuhausen, T J Nasca & J G Frohna (2013). Academic medicine: a key partner in strengthening the primary care infrastructure via teaching health centers. *Academic Medicine*. Vol 88 (12).

Riley, William & Paige Anderson (2006). Randomized study on the impact of cooperative learning. Distance education in public health. University of Minnesota. *The Quarterly Review of Distance Education*. Vol 7(2).

Romanov, Kalle, Eeva Ketola, Leena Lodenius & Tiina Lamberg (2010). Opetusteknologiaa kannattaisi hyödyntää enemmän. *Suomen Lääkärilehti* 21/2010 vsk 65.

Romanov, Kalle, Helena Liira & Hannu Koski (2010). Kokemuksia verkkovideoiden käytöstä terveystieteiden täydennyskoulutuksessa. *Yleislääkäri* 37/2010, vsk. 25.

Ross, Fiona & Lesley Southgate (2000). Learning together in medical and nursing training: aspirations and activity. *Medical Education* 2000; 34: 739–743.

Ross, Scalese J, Vivian T Obeso & Barry S Issenberg (2007). Simulation Technology for Skills Training and Competency Assessment in Medical Education. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 23, Issue 1 Supplement. Society of General Internal Medicine.

Rossi, P & H Freeman (1985). *Evaluation: A Systematic Approach*. Beverly Hills: Sage Publications.

Räisänen, Anu & Matti Kajaste (2010). Näkökulmia koulutuksen arviointiin. *Hallinnon tutkimus*. Vuosikerta 29, no 2, 4/2010. Hallinnon Tutkimuksen Seura r.y. Helsinki: Hakapaino Oy.

Rönnemaa, Tapani (2012). Esipuhe. Teoksessa Koulu, Markku & Pekka Kääpä (toim.). *Uuden ajan lääkäri, näkökulmia lääkärinkoulutukseen*. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Finepress Turku 2012.

Saarelainen, Markku (2011). *Teaching and Learning of Electric and Magnetic Fields at the University Level*. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Forestry and Natural Sciences. Number 48. Department of Applied Physics. Kuopio: Kopijyvä Oy.

Saarikoski, Mikko (2002). *Clinical Learning Environment and Supervision. Development and validation of the CLES evaluation scale*. Department of Nursing Science. University of Turku. Turku: Kirjapaino Pika Oy.

Salminen, Ari (2011). *Julkisen toiminnan johtaminen. Hallintotieteen perusteet*. 3. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sanchez, R & A Heene (1996). Strategic goals. Teoksessa: Sanchez, R. & A. Heene (toim.) *Dynamics of Competence-Based Competition: Theory and Practice in the New Strategic management*. Oxford: Bergamon.

Sanchez, R & A Heene (1997). A Competence perspective on strategic learning and knowledge management. Teoksessa: Sanchez, R. & A. Heene (toim.) *Strategic Learning and Knowledge Management*. Chichester: John Wiley & Sons.

Sanchez, R & A Heene (2004). *The New Strategic Management. Organization, Competition, and Competence*. New York: John Wiley & Sons. Inc.

Sarjala, Jukka (2002). Koulutuspolitiikan uudet ohjausmenettelyt. Teoksessa Olkinuora Erkki, Ritva Jakku-Sihvonen & Eija Mattila (toim.). *Koulutuksen arviointi. Lähtökohtia, malleja ja tilannekatsauksia*. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja B:70. Turku: Painosalama Oy.

Sato, Daisuke & Kiyohide Fushimi (2012). Impact of teaching intensity and academic status on medical resource utilization by teaching hospitals in Japan. *Health Policy*. Volume 108, Issue 1.

Saxen, Ulla (2009). *Työhyvinvointi, koulutus ja toiminnan kehittäminen terveyskeskuksissa lääkäritilanteen näkökulmasta*. Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan julkaisuja C: 278. Turku: Painosalama Oy.

Schuler, R S, S E Jackson & J Storey (2001). HRM and its Link with Strategic Management. Teoksessa: J. Storey (toim.) *Human Resource Management: A Critical Text*. Northampton: Edward Elgar Publishing.

Senge, Peter M (1990). *The Fifth Discipline. The art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday Currency.

Seppänen-Järvelä, Riitta (1999). *Luottamus prosessiin: Kehittämistyön luonne sosiaali- ja terveysalalla*. Tutkimuksia 104. Stakes.

Seppänen-Järvelä, Riitta (2004). *Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin*. Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 4/2004. Helsinki.

Seppänen-Järvelä, Riitta & Elina Juth (2003). Strateginen osaamisen johtaminen julkisessa asiantuntijaorganisaatiossa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 3, 198–210.

Sharipo, Johanna, Elizabeth H Morrison & John R Boker (2004). Teaching Empathy to First Year Medical Students: Evaluation of an Elective Literature and Medicine Course. *Education for Health*. Vol 17 (1). Department of Family Medicine, University of California Irvine College of Medicine, USA.

Shuval, Kerem, Eldar Berkovits, Doron Netzer, Igal Hekselman, Shai Linn, Mayer Brezis & Shmuel Reis (2007). Evaluating the impact of an evidence-based medicine educational intervention on primary care doctors' attitudes, knowledge and clinical behavior: a controlled trial and before and after study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Vol 13. Issue 4.

Sihvonen, Marja & Pertti Kekki (2002). Lääketieteen opiskelijat terveyskeskuksessa: Kuinka ohjaajalääkärit sen kokevat? *Suomen Lääkärilehti* 27–29/2002 vsk 57.

Silvennoinen-Nuora, Leena (2010). *Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin*. Acta Universitatis Tamperensis 1558. Tampere: Tampere University Press.

Simonen, Outi (2012). *Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen erikoissairaanhoidon johtamisessa*. Acta Universitatis Tamperensis 1690. Terveystieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Sintonen, Harri, Markku Pekurinen & Eero Liinakko (1997). *Terveystaloustiede*. Porvoo: WSOY.

Sintonen, Harri & Markku Pekurinen (2006). *Terveystaloustiede*. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy. 1.-2. painos.

Soininen, Tiina (2011). Käytännön hankkeista meta-arviointiin. *Hallinnon Tutkimus* 4/2011. 30. vuosikerta. Hallinnon Tutkimuksen Seura r.y.

Soininen, Miia & Vesa-Matti Väärä (2012). Lääkisten sisäänotosta tuli huuto-kauppa. *Suomen Lääkärilehti* 11/2012 vsk 67.

Sopimus (2011). *Turun yliopiston lääketieteen peruskoulutuksen klinisen opetuksen järjestäminen Vaasan sairaanhoitopiirissä*. Vaasa: Vaasan keskussairaala.

Sopimus (2013). *Turun yliopiston lääketieteen opiskelijoiden laajennetun sisäänoton vaikutukset tiedekunnan klinisen opetuksen hajautustoimintaan*. Sopimuksen osapuolet ovat Satakunnan sairaanhoitopiirin, Porin kaupunki, Vaasan sairaanhoitopiiri, Vaasan kaupunki, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja Turun yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007). *Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen arviointi*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: 47. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009a). *Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009b). *Johtamisella laatua ja työhyvinvointia sosiaalialalle*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 17. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009c). *Lääkäri 2008. Kysely vuosina 1997–2006 valmistuneille lääkäreille*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 19. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2014). *Sote-uudistus*. Saatavana 28.3.2014: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutistus

Sotarauta, Markku & Kati-Jasmin Kosonen (toim.) (2004). *Yksilö, kulttuuri ja innovaatioympäristö. Avauksia aluekehityksen näkymättömään dynamiikkaan*. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Steers, Richard M (1975). Problems in measurement of organizational effectiveness. *Administrative Science Quarterly* 20 (4), 546–558.

Ståhle, Pirjo (2000). *Knowledge Management as a Learning Challenge*. Lifelong Learning in Europe 1: 10–17.

Stähle, Pirjo & Mauri Grönroos (2000). *Dynamic Intellectual Capital. Knowledge Management in Theory and Practice*. Helsinki: WSOY.

Stähle, Pirjo, Markku Sotarauta & Aino Pöyhönen (2004). *Innovatiivisten ympäristöjen ja organisaatioiden johtaminen*. Eduskunnan kanslian julkaisu 6/2004. Tulevaisuusvaliokunta teknologian arviointeja 19. Helsinki: Edita Prima Oy.

Suomen Hammaslääkärilehti (2011). Sadan valvojan tentti – perustaitoja mittaava OSCE jännittää kandeja. *Suomen Hammaslääkärilehti* 7/2011.

Suomen Medisiinariliitto (2011). *Kandidaatin käsikirja*. 11. uudistettu painos. Toim. Saarinen, Laura, Raija Holmi, Joel Holmen, Inkeri Savolainen, Ninja Savonius & Liisa Tarkkanen. Helsinki: DS&M Oy.

Suonpää, Jouko (2012). *Terveystieteiden ammattilaisesta lääkäriksi. Muutokoulutuksen alkuvaiheet vuodet 2001–2003. Muutokoulutuksen loppuraportti, osa 1*. Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan lääketieteen lisensiaatin tutkintoon johtava muutokoulutusprojekti 2001–2011. Turun yliopisto.

Sveiby, Karl Erik (1990). *Kunskaps ledning*. Stockholm: Affärsvärlden.

Syrjäläinen, E (1996). Etnografinen opetuksen tutkimus: Kouluetnografia. Teoksessa: Syrjälä L., Ahonen S., Syrjäläinen E. & Saari S. *Laadullisen tutkimuksen työpajoja*. Helsinki: Kirjayhtymä.

Syväjärvi, Antti (2005). *Inhimillinen pääoma ja informaatioteknologia organisaatio toiminnassa sekä strategisessa henkilöstövoimavarojen johtamisessa*. Acta Universitatis Lapponiensis 83. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Syväjärvi, Antti & Jari Stenvall (2003). Ydinosaaminen asiantuntijan organisaatiokäyttäytymisen pohjana. *Hallinnon Tutkimus*. Vol 24 (2), 116–127.

Syväjärvi, Antti, Hanna Vakkala & Jari Stenvall (2013). Tiedon hallintaa ja positiivisuutta henkilöstöjohtamiseen julkisen sektorin terveydenhuollossa. Teoksessa Ollila, Seija & Harri Raisio (toim.). *Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Juhlakirja professori Pirkko Vartiaisen 60-vuotispäiväksi*. Acta Wasaensia 277, Sosiaali- ja terveyshallintotiede 8. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Tampereen yliopisto (2013). *Lääketieteen ja hoitoalan opiskelijat ja ammattilaiset harjoittelemaan yhdessä*. Yliopistouutiset. Saatavana 3.10.2013 muodossa: <http://www.uta.fi/ajankohtaista/yliopistouutiset/ilmoitus.html?id=88226>

Temmes, Markku (1992). *Julkiset asiantuntijaorganisaatiot*. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Temmes, Markku, Markku Kiviniemi & Pauliina Peltonen (2001). *Hallinto uudistuu, uudistuuko johtaminen? Johtamisen kehittämisen arviointiraportti*. Tutkimukset ja selvitykset 4/2001. Valtiovarainministeriö. Helsinki: Oy Edita Ab.

Tenhula, Tytti (2007). *Valtakunnallisesti vaikuttavaa koulutusta. Selvitys valtakunnallisen TieVie-virtuaaliyliopistohankkeen vaikuttavuudesta*. Suomen virtuaali-yliopiston julkaisuja. Helsinki: Paino Multiprint Oy.

Tehnula, Tytti, Taina Autti & Arja Helin-Salmivaara (2008). Vaikuttavuutta lääkärin ammatilliseen täydennyskoulutukseen. *Duodecim* 2008; 124, 284–289.

The Association of Faculties of Medicine of Canada (2010). *Mapping Undergraduate Distributed Medical Education in Canada*. Saatavana 22.8.2014: https://www.afmc.ca/pdf/Mapping_Undergraduate_Distributed_Medical_Education_in_Canada_Oct2010_Eng.pdf

Thite, M (2004). Strategic positioning of HRM in knowledge-based organizations. *The Learning Organization* 11 (1), 28–44.

Toivonen, Maiju (2011). *Matkalla lääkäriksi – lääkäri- ja hammaslääkäriopiskelijoiden käsityksiä hyvästä lääkäriydestä ensimmäisen opiskeluvuoden aikana*. Pro Gradu -tutkielma. Turun yliopisto: Kasvatustieteiden laitos.

Toivonen, Maiju, Pekka Kääpä & Outi Kortekangas-Savolainen (2013). *Opiskelijapalautejärjestelmä – entä vaikuttavuus? Opiskelijapalautejärjestelmän kehitystyö Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa*. Poster. Turun yliopisto.

Tukia, H, T Kivinen & H Taskinen (2007). Knowledge management diskurssina suomalaisessa terveydenhuoltoalan tieteellisessä ja ammatillisissa lehdissä. *Helsingin Tutkimus*. Vol. 26 (1).

Tuomi, Jouni & Anneli Sarajärvi (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Tuomi, Jouni & Anneli Sarajärvi (2003). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, Ville (2012). *Vaikuttavuuden arviointi*. Turun yliopiston laatu- ja vaikuttavuushanke. Vaasan sairaanhoitopiirin sidosryhmäjäsen.

Turun yliopisto. *Laatu- ja vaikuttavuushanke*. Lääketieteellinen tiedekunta. Hanke aloittanut toimintansa vuonna 2011.

Turun yliopisto (2011a). *Muuntokoulutuksen ja hajautetun LL- ja HLL-peruskoulutuksen ohjausryhmän videoneuvottelukokous 5.10.2011*. Lääketieteellinen tiedekunta.

Turun yliopisto (2011b). *Opinto-opas 2011–2012*. Lääketieteellinen tiedekunta. *Lääketieteen lisensiaatin tutkinto*. Saatavana 21.9.2011 muodossa: www.med.utu.fi

Tuulari, Jetro J & Sebastian Abrahamsson (2012). Matkalla lääkäriksi - opiskelijänäkökulmia. Teoksessa Koulu, Markku & Pekka Kääpä (toim.). *Uuden ajan lääkäri, näkökulmia lääkärikoulutukseen*. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Turku: Finepress Turku 2012.

Uotila, Timo-Pekka (toim.) (2010). *Ikkunoita osaamisen johtamisen systeemiseen kokonaisuuteen*. Tutkimuksia 293. Liiketaloustiede 106. Johtaminen ja organisaatiot. Vaasan yliopiston julkaisuja.

Ursin, Jani & Jouni Välijärvi (2010). Kansainväliset vertailevat oppimistulosarvioinnit perus- ja korkea-asteella. *Hallinnon tutkimus*. Vuosikerta 29, no 2, 4/2010. Hallinnon Tutkimuksen Seura r.y. Helsinki: Hakapaino Oy.

Uusikylä, K & P Atjonen (2005). *Didaktiikan perusteet*. Helsinki: WSOY. Vaasan keskussairaala (2014). Saatavana 9.5.2014: www.vaasankeskussairaala.fi. Vaasa: Vaasan keskussairaala.

Vaasan sairaanhoitopiirin rekrytointistrategia (2009). Saatavana Vaasan sairaanhoitopiirin intranetissä 31.5.2012. Vaasa: Vaasan keskussairaala.

Vaherva, Tapio (1983). *Koulutuksen vaikuttavuus, käsiteanalyttistä tarkastelua ja viitekehyksen hahmottelua*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston kasvatustieteen laitos A1/1983.

Vaherva, Tapio (1999). Henkilöstökoulutuksen rajat ja mahdollisuudet. Teoksessa Eteläpelto, Anneli & Päivi Tynjälä (toim.). *Oppiminen ja asiantuntijuus, Työelämän ja koulutuksen näkökulmia*. Juva: WSOY.

Vainiomäki, P (1995). *Kasvamassa lääkäriksi. Tutkimus juonneopetuksen suunnittelusta, toteuttamisesta ja vaikutuksista Turun yliopiston lääketieteellisessä*

tiedekunnassa vuosina 1989–1993. Turun yliopiston julkaisuja C 117. Turku: Turun yliopisto.

Valkama, Katja (2012). *Asiakkuuden dilemma: näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen*. Acta Wasaensia no. 267. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Vaasa: Vaasan yliopisto, Tampereen yliopistopaino Juvenes Print.

Valtioneuvosto (2009). *Asetus koulutuksen arvioinnista 1061/2009*. Saatavana muodossa <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20091061>.

Valtioneuvosto (2011). *Hallitusohjelma 22.6.2011*. Saatavana muodossa <http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf>.

Valtiovarainministeriö (2014). *Peruspalvelujen tila –raportti 2014*. Kunnallistalouden ja hallinnon neuvottelukunta. Valtiovarainministeriön julkaisuja. Helsinki: Suomen Yliopistopaino Oy.

Van Beveren, J (2003). Does health care for knowledge management? *Journal of Knowledge Management*. Vol 7 (1).

Van Nuland, Marc, Karin Hannes, Bert Aertgeerts & Jozef Goedhuys (2005). Educational interventions for improving the communication skills of general practice trainees in the clinical consultation. *The Cochrane Library* 2005, Issue 4. The Cochrane Collaboration: Wiley & Sons, Ltd.

Vartiainen, Pirkko (1993). *Monitahoarviointi palveluorganisaatioiden vaikuttavuuden arvioinnin mallina*. Discussion papers 161. Proceedings of the university of Vaasa. Vaasa: Vaasan yliopistopaino.

Vartiainen, Pirkko (1994). *Palveluorganisaatioiden tuloksellisuusarviointi, teorit ja käytäntö. Päivähoitoon, erityisesti päiväkoteihin kohdistuva monitahoarviointi*. Acta Wasaensia 40. Hallintotiede 2.

Vartiainen, Pirkko (toim.) (2001). *Näkökulmia projektiarviointiin. Mitä on projektiarviointi? Pohdintaa projektiarvioinnin tieteellisestä ja metodisesta genesiksestä*. Tampere: Finnpublishers Oy.

Vartiainen, Pirkko (2004). *The Legitimacy of Evaluation. A Comparison of Finnish and English Institutional Evaluations of Higher Education*. Germany: Peter Lang GmbH.

Varto, J (1992). *Laadullisen tutkimuksen metodologia*. Helsinki: Kirjayhtymä.

Victorzon, Mikael (2012). *Vaikuttavuuden mittaaminen erikoissairaanhoidossa. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA-tutkielma*. Tampere: Tampereen yliopisto ja Tampereen teknillinen yliopisto.

Viitala, Riitta (2002). *Osaamisen johtaminen esimiestyössä*. Acta Wasaensia No 109. Liiketaloustiede 44. Johtaminen ja organisaatiot, Vaasa.

Viitala, Riitta (2005). *Johda osaamista: Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön*. Helsinki: Inforviestintä Otava.

Viitala, Riitta (2007). *Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Viitala, Riitta (2013). *Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä*. 4. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Viitala, Riitta (2013). Henkilöstön tulevaisuuden kuvia kuntasektorilla. Teoksessa Ollila, Seija & Harri Raisio (toim.). *Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Juhlakirja professori Pirkko Vartiaisen 60-vuotispäiväksi*. Acta Wasaensia 277, Sosiaali- ja terveyshallintotiede 8. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Viitanen, Elina, Lauri Kokkinen, Anne Konu, Outi Simonen, Juha V. Virtanen & Juhani Lehto (2007). *Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Kunnallissalan kehittämissätiö. Tutkimusjulkaisut, nro 59. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Vilka, Hanna (2007). *Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virjo, Irma, Airi Jussila, Anna-Maija Koivukoski, Heikki Lahtinen & Pauliina Suomela (2004). Lääkärikoulutuksen hajauttaminen – Tampere edelläkävijänä. *Suomen Lääkärilehti* 40/2004 vsk 59.

Virkkunen, Jaakko (2002). Konseptien kehittäminen osaamisen kehittämisen haasteena. Teoksessa: Virkkunen, Jaakko (toim.). *Osaamisen johtaminen muutoksessa. Ideoita ja kokemuksia toisen sukupolven knowledge managementin kehittälystä*. Raportteja 20. Työelämän kehittämisohjelma. Helsinki: Työministeriö, s. 11–49.

Virtanen, H, M Mikkilä-Erdmann, M Mustonen & P Kääpä (2010). Lääketieteen ja hammaslääketieteen ensimmäisen vuoden opiskelijat oppimisensa säätelijöinä. *Peda-Forum* 1 (10): 6–17.

Virtanen, Turo (2013). Psykologinen sopimus akateemisessa työssä ja työhyvinvointi yliopistoissa – mennyttä haikaillen ja pahoin voiden? Teoksessa Ollila, Seija & Harri Raisio (toim.). *Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Juhlakirja professori Pirkko Vartiaisen 60-vuotispäiväksi*. Acta Wasaensia 277, Sosiaali- ja terveyshallintotiede 8. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Vänskä, Jukka, Harri Hyppölä, Hannu Halila, Irma Virjo, Kari Mattila, Esko Kumpusalo, Santero Kujala & Mauri Isokoski (2005). *Lääkäri 2003. Kyselytutkimus vuosina 1992–2001 valmistuneille lääkäreille*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2005: 9. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Vänskä, Jukka, Harri Hyppölä, Hannu Halila, Irma Virjo, Kari Mattila, Esko Kumpusalo, Santero Kujala & Mauri Isokoski (2005). Lääkäri 2003 – Uutta tutkimustietoa lääkäreistä. *Lääkärilehti* 60 (17): 1975–1979.

Vänskä, Jukka & Mikko Kangas (2008). Lääkärivajeen taustalla paikalliset ongelmat. *Suomen Lääkärilehti* 50/2008 vsk 63.

Wayne, Diane B, Aashish Didwania, Joe Feinglass, Monica J Fudala, Jeffrey H Barsuk & William C McGaghie (2008). Simulation-Based Education Improves Quality of Care During Cardiac Arrest Team Responses at an Academic Teaching Hospital: A Case-Control Study. *Chest*. Vol. 133, No. 1. American College of Chest Physicians.

Whitcomb, Michael E (2005). Redesigning Clinical Education: A Major Challenge for Academic Health Centers. *Academic Medicine*. Vol. 80, No. 7.

Wiig, Karl M (1997a). Knowledge Management: An Introduction and Perspective. *Journal of Knowledge Management* 1 (1), 6–14.

Wiig, Karl M (1997b). Knowledge Management: Where Did it Come From and Where Will it Go? *Expert Systems with Applications* 13 (1), 1–14.

Wilkes, M & J Bligh (1999). Evaluating educational interventions. *British Medical Journal*. Vol. 318, Issue 7193.

Willman, Arto, Leena Syrjäälä & Eva Raudasoja (2002). Opettajat arviointia ja koulukulttuuria uudistamaan. Teoksessa Olkinuora Erkki, Ritva Jakku-Sihvonen

& Eija Mattila (toim.). *Koulutuksen arviointi. Lähtökohtia, malleja ja tilannekatsauksia*. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja B:70. Turku: Painosalama Oy.

Wong, Geoff, Trisha Greenhalgh & Ray Pawson (2010). Internet-based medical education: a realist review of what works, for whom and in what circumstances. *BMC Medical Education*. Vol 10, Issue 12.

Woodall, Jean & Diana Winstanley (1998). *Management Development: Strategy and Practise*. Oxford: Blackwell publishers.

Worley, Paul S, David J Prideaux, Roger P Strasser, Chris A Silagy & J Anne Magarey (2000). Why we should teach undergraduate medical students in rural communities. *The Medical Journal of Australia* Vol 172: 615–617.

Ylöstalo, Pekka (1999). Työelämän kehittämisen ja työpaikkojen menestymisen edellytyksiä. Teoksessa: *Oppivat organisaatiot, oppiva yhteiskunta*. Toim. Tuomo Alasoini ja Petteri Halme. Kansallisen työelämän kehittämisohjelman vuosikirja 1999, raportteja 7.

Yrjölä, Pentti (1995). Isoveli valvoo – Mikäli valvoo, niin miten? Teoksessa: *Aikuiskoulutuksen arviointi. Panoraamoja ja lähikuvia*. 63–76. Toim. Aikuiskasvatuksen 36. vuosikirja. Helsinki: BTJ Kirjastopalvelu.

Zammuto, Raymond F (1984). A comparison of multiple constituency models of organizational effectiveness. *Academy of Management Review*, 9 (4), 606–616.

Zink, T, B Center, D Finstad, J G Boulger, L A Repesh, R Westra, R Christensen & K D Brooks (2010). Efforts to graduate more primary care physicians and physicians who will practice in rural areas: examining outcomes from the university of Minnesota-duluth and the rural physician associate program. *Academic Medicine*. Vol 85 (4).

Ziv, Amitai, Paul Root Wolpe, Stephen D Small & Shimon Glick (2003). Simulation-Based Medical Education: An Ethical Imperative. *Academic Medicine*. Vol. 78, Issue 8. Association of American Medical Colleges.

Äärimaa, M (2005). Etiikka ja professio. Teoksessa: Saarni, S. (toim.). *Lääkäriin Etiikka*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.

Övretveit, John (2001). *Metoder för utvärdering av hälso- och sjukvård och organisationsförändringar*. Ett användarorienterat perspektiv. Lund: Studentlitteratur.

LIITTEET

Liite 1

Kirje haastateltaville

Vaasa 13.12.2011

Arvoisa haastateltava,

Tiedustelen ystävällisesti suostumustanne osallistua haastattelututkimukseeni. Teen tutkimustyötä aiheesta Lääketieteellisen peruskoulutuksen hajautetun opetuksen vaikuttavuuden arviointi osamisen johtamisen keinona. Tutkimukseni tarkoituksena on kehittää lääketieteen hajautettua perusopetusta Vaasan sairaanhoitopiirissä. Tavoitteena on luoda terveydenhuollon organisaatioille lääketieteellisen peruskoulutuksen vaikuttavan hajautetun opetuksen kriteerit. Tutkimus pohjautuu haastatteluihin, kyselytutkimukseen sekä aineistojen kokoamiseen. Se on osa Vaasan yliopistossa suoritettavaa sosiaali- ja terveyshallintotieteen tohtoritutkintoani. Kaikki tutkimuksessa tulevat tiedot käsittelen luottamuksellisesti. Työni ohjaajina toimivat Vaasan yliopiston sosiaali- ja terveyshallintotieteen professori Pirkko Vartiainen sekä yliopistonlehtori Seija Ollila.

Tutkimukseni taustalla on Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin, Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Vaasan sairaanhoitopiirin yhteistyöhanke liittyen hajautetun peruskoulutuksen vaikuttavuuden ja laadun selvittämiseen. Hankkeen kautta selvittään muun muassa lääketieteen opiskelijoiden mielipiteitä ja palautteita opetuksesta. Tällä haastattelututkimuksella kartoitan organisaatioiden avainhenkilöiden näkemyksiä aiheesta. Tutkimukseeni liittyvällä kyselytutkimuksella kartoitan Vaasan sairaanhoitopiirin työntekijöiden mielipiteitä. Lopuksi kokoan yhteen hankkeen opiskelijapalautteet ja oman tutkimukseni tulokset. Kaikki haastattelut pyrin toteuttamaan kevään 2012 aikana. Olen lähiaikoina yhteydessä teihin puhelimitse/sähköpostitse haastatteluajan sopimista ajatellen. Liitteenä tiedoksi ja etukäteen tutustuttavaksi teemahaastattelun viitteellinen runko.

Yhteistyöstä kiittäen!

Satu Hautamäki

Filosofinen tiedekunta, Vaasan yliopisto/ Koulutussuunnittelija, VSHP

Puh. (06) 323 1722, 040 587 9650

Email satu.hautamaki@vshp.fi / satu.hautamaki@student.uwasa.fi

Liite 2

Teemahaastattelun runko

Teema 1: Mikä merkitys osaamisen johtamisella on lääketieteellisen peruskoulutuksen hajautetussa opetuksessa?

1. Miten osaamisen johtaminen ilmenee lääketieteellisen peruskoulutuksen hajautetun opetuksen suunnittelussa?
2. Millaisia ovat organisaation hajautetun koulutuksen strategia ja tavoitteet?
3. Mitkä tekijät edesauttavat hajautetussa opiskelussa olevaa opiskelijaa sitoutumaan hajautuksen kohteena olevaan organisaatioon?

Teema 2: Millaista on vaikuttava lääketieteellisen peruskoulutuksen hajautettu opetus?

1. Mitä tarkoittaa hajautetun opetuksen vaikuttavuus?
2. Miksi organisaatiossa kannattaa järjestää hajautettua opetusta?
3. Miten hajautetun opetuksen vaikuttavuutta voidaan arvioida/mitata?
4. Millaisia kriteerejä toivoisitte hajautetulle opetukselle luotavan?

Teema 3: Miten kehittäisitte lääketieteellisen peruskoulutuksen hajautettua opetusta?

1. Millä tekijöillä on vaikutusta hajautetun opetuksen onnistumiseen?
2. Mitkä seikat aiheuttavat eniten haasteita/ongelmia hajautetussa opetuksessa?
3. Mitkä kehittämisaalueet ovat lähitulevaisuudessa tärkeimpiä hajautetun opetuksen näkökulmasta organisaatiossanne? Mainitkaa 2-3 tärkeintä ja perustelkaa näkemystänne.

Mitä muuta haluaisitte kertoa, jäikö jotain oleellista puuttumaan?

Kiitos haastattelusta!

Tema 1: Vilken betydelse har kunskapsledning i den utlokaliserade undervisningen inom grundutbildningen i medicin?

1. Hur yttrar sig kunskapsledning i planeringen av utlokaliserad undervisning inom grundutbildningen i medicin?
2. Vilken strategi och vilka målsättningar har organisationen för den utlokaliserade undervisningen?
3. Vilka faktorer främjar engagemanget hos en studerande som deltar i utlokaliserad undervisning för organisationen som är föremål för utlokalisering?

Tema 2: Hurdan är en effektiv utlokaliserad undervisning inom grundutbildningen i medicin?

1. Vad menas med den utlokaliserade undervisningens effektivitet?
2. Varför är det värt att anordna utlokaliserad undervisning inom organisationen?
3. Hur kan den utlokaliserade undervisningens effektivitet utvärderas/mätas?
4. Hurdana kriterier borde enligt er mening utformas för en utlokaliserad undervisning?

Tema 3: Hur skulle ni utveckla en utlokaliserad undervisning inom grundutbildningen i medicin?

1. Vilka faktorer har betydelse för en framgångsrik utlokaliserad undervisning?
2. Vilka omständigheter utgör de största utmaningarna/problemen inom utlokaliserad undervisning?
3. Vilka utvecklingsområden är viktigast med avseende på en utlokaliserad undervisning inom er organisation inom den närmaste framtiden? Nämn de 2-3 viktigaste och motivera er åsikt.

Har ni andra kommentarer och synpunkter, fattas något väsentligt?

Tack för intervjun!

Liite 3

Teemahaastatteluun osallistuneet henkilöt

Nimi	Asema
Auvo Rauhala	Johtajaylilääkäri, VSHP
Mikael Victorzon	Kirurgian Professori, Turun yliopisto Ylilääkäri, VSHP
Tarja Holm	Lastentautien kliininen opettaja, Turun yliopisto Ylilääkäri, VSHP
Juhani Koistinen	Sisätautien Professori, Turun yliopisto Ylilääkäri, VSHP
Pia Wik	Suunnittelupäällikkö, VSHP
Leena Kettunen	Avohoidon ylilääkäri, Vaasan kaupunki
Katri Palo	Johtava ylihampaslääkäri, Vaasan kaupunki
Pekka Kääpä	Professori, Turun yliopisto
Maiju Toivonen	Hajautetun koulutuksen suunnittelija, Turun yliopisto
Risto Kaaja	Sisätautien Professori, Turun yliopisto Ylilääkäri, SATSHP
Sari Alakulju-Kuusisto	Opetushoitaja, Turun yliopisto/SATSHP
Thomas Öhman	Vaasan sosiaali- ja terveyslautakunnan pj.
Raimo Isoaho	Yleislääketieteen dosentti Asiantuntija, Vaasan kaupunki

Liite 4

Kirje kyselytutkimukseen osallistuneille

Hyvä vastaanottaja,

Teen tutkimustyötä aiheesta Lääketieteellisen peruskoulutuksen hajautetun opetuksen vaikuttavuuden arviointi osaamisen johtamisen keinona. Tutkimukseni tarkoitus on arvioida ja kehittää hajautettua lääketieteen perusopetusta organisaatiossamme. Tällä kyselytutkimuksella kartoitan organisaatiomme työntekijöiden mielipiteitä ja kokemuksia asiaan liittyen. Tutkimus on osa Vaasan yliopistossa suoritettavaa sosiaali- ja terveyshallintotieteen tohtoritutkintoani. Kaikki tutkimuksessa tulevat tiedot käsittelen luottamuksellisesti. Kyselytutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja kyselyyn vastataan nimettömänä. Työni ohjaajina toimivat sosiaali- ja terveyshallintotieteen professori Pirkko Vartiainen ja yliopistonlehtori Seija Ollila Vaasan yliopistosta.

Olen valinnut tietoisesti kyselytutkimukseeni osallistuvat henkilöt, joten osallistumisesi on minulle hyvin tärkeää. Pyydän vastaamaan kyselyyn alla olevan linkin kautta viimeistään 1.12.2012.

<http://www.webropolsurveys.com/S/A8E6C8D414DA10CE.par>

Yhteistyöstä kiittäen!

Ystävällisin terveisin,

Satu Hautamäki

Koulutussuunnittelija, Vaasan sairaanhoitopiiri

Filosofinen tiedekunta, Vaasan yliopisto

Puh. (06) 323 1722

Email satu.hautamaki@vshp.fi

Bästa mottagare,

Jag gör forskningen om den medicinska grundutbildningen från kunskapsledningens synvinkel. Forskningens syfte är att utvärdera och utveckla den medicinska grundutbildningen inom Vasa centralsjukhus. Via den här forskningen vill jag söka fram arbetstagarnas åsikter och erfarenheter om saken. Forskningen är en del av mitt doktorsarbete inom administrativa vetenskap. All information som jag får genom forskningen hanterar jag konfidentiellt. Det är frivilligt att delta i enkäten och man kan svara anonymt. Mina handledare är professor Pirkko Vartiainen och universitetslektor Seija Ollila från Vasa universitet.

Jag har medvetet valt personer som kunde delta i enkäten, därför är Ditt svar väldigt viktigt för mig. Jag ber Dig svara på enkäten via länken nedanför senast den 1.12 2012.

<http://www.webropolsurveys.com/S/BE5B6F8D463FAAB5.par>

Tack för samarbetet!

Med vänliga hälsningar,

Satu Hautamäki

Utbildningsplanerare, Vasa sjukvårdsdistrikt

Filosofiska fakulteten, Vasa universitet

Tfn. 06 323 1722

Email satu.hautamaki@vshp.fi

Liite 5

Kyselytutkimuksen kysymykset

A. TAUSTATIEDOT (rastita oikea vaihtoehto)

1. Sukupuoli

1. Mies
2. Nainen

2. Erikoisala

1. Sisätaudit
2. Kirurgia
3. Anestesiologia
4. Lastentaudit
5. Naistentaudit
6. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit
7. Joku muu, mikä? _____

3. Nykyinen työtehtävä

1. Opetushenkilökunta (professori, kliininen opettaja, ohjaava lääkäri)
2. Hoitohenkilökunta (osastonhoitaja, sairaanhoitaja, asiantuntijahoitaja)
3. Hallinnon henkilökunta (suunnittelija, sihteeri, it-henkilökunta)

4. Työkokemus

1. 5 vuotta tai alle
2. 6–15 vuotta
3. 16–25 vuotta
4. yli 25 vuotta

5. Äidinkieli

1. Ruotsi
2. Suomi
3. Muu, mikä _____

B. OSAAMISEN JOHTAMINEN

Organisaation johdolla tarkoitetaan tässä yhteydessä organisaation ylintä johtoa, klinikkaryhmien johtoa ja eri klinikoiden ylilääkäreitä.

6. Lääketieteen opiskelijoiden osaamisen kehittäminen on huomioitu hyvin organisaatiomme strategiassa.

1	2	3	4	5
täysin eri mieltä	jonkin verran eri mieltä	jonkin verran samaa mieltä	täysin samaa mieltä	en osaa sanoa

7. Arvioi seuraavien väittämien perusteella, suuntaako organisaation johto mielestäsi riittävästi resursseja lääketieteen opiskelijoiden hajautettuun perusopetukseen. (asteikko: 1= täysin eri mieltä, 2=jonkin verran eri mieltä, 3= jonkin verran samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä, 5= en osaa sanoa)

1 2 3 4 5

Opetushenkilökunnan määrä on riittävä.

Opettajilla on mahdollisuus vaikuttaa opiskelijamääriin.

Opetustyö on palkitsevaa.

Opetushenkilökunta voi osallistua halutessaan lisäkoulutukseen.

Opiskelijoiden parissa toimivan hallinnon henkilökunnan määrä on riittävä.

Opiskelutilat ovat hyvät (poliklinikat, osastot, luentosalit, videoneuvottelutilat).

Opiskelijoiden hajautusjaksojen käytännön järjestelyt toimivat riittävän hyvin.

Organisaatiossa lääkäriopettajat ovat verkostoituneet keskenään.

Yhteistyö Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kanssa on toimivaa.

Lääketieteen hajautettu perusopetus on saanut riittävästi alueellista näkyvyyttä.

8. Lääketieteen opiskelijoiden osaamisen kehittäminen perustuu organisaatiossa opiskelijoiden tarpeisiin.

1	2	3	4	5
täysin eri mieltä	jkv eri mieltä	jkv samaa mieltä	täysin samaa mieltä	en osaa sanoa

9. Lisääkö lääketieteen opiskelijoiden ohjaus työsi kuormittavuutta?

(Mikäli vastauksesi on ei, siirry suoraan kysymykseen 11.)

1. Ei

2. Kyllä

10. Arvioi seuraavien väittämien perusteella, miten lääketieteen opiskelijoiden ohjaus lisää työsi kuormittavuutta? (asteikko: 1= täysin eri mieltä, 2=jonkin verran eri mieltä, 3=jonkin verran samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä, 5= en osaa sanoa)

1 2 3 4 5

Opintojakson tavoitteet ovat epäselvät.

Opiskelijan omat tavoitteet ovat epäselvät.

Suoriutumisen omista työtehtävistä häiriintyy.

Opiskelijoiden ohjaamiseen ei ole riittävästi aikaa.

Potilaan hoito häiriintyy.

Työilmapiiri häiriintyy.

Oma jaksaminen on koetuksella.

Oma kliininen osaaminen kyseenalaistuu.

Oma pedagoginen osaaminen on riittämätöntä.

Opiskelijamäärä on epärealistinen hyvän ohjauksen kannalta.

Etukäteistiedottaminen opiskelijoista on riittämätöntä.

Työtehtäviä on tullut lisää lääketieteen opiskelijoiden ohjaamisen myötä.

Aika jonka panostan ohjaamiseen, ei näy missään.

Opiskelijoiden odotukset ovat epärealistisia hajautusjaksoon nähden.

Työyksikössämme opiskelijaohjaus koetaan pakollisena rasitteena.

11. Organisaation johto on kiinnostunut lääketieteen hajautetun perusopetuksen vaikutuksista. (asteikko: 1= täysin eri mieltä, 2=jonkin verran eri mieltä, 3= jonkin verran samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä, 5= en osaa sanoa)

Vaikutukset lääketieteen opiskelijoille

1 2 3 4 5

(esim. oppiminen, työtapojen kehittyminen, verkostoituminen, ruotsinkielen taito)

Vaikutukset Vaasan keskussairaalalle

1 2 3 4 5

(esim. rekrytointi, henkilökunnan osaamisen kehittyminen, keskussairaalan imago ja verkostoituminen lääketieteellisen tiedekunnan ja muiden sairaanhoitopiirien kanssa)

Vaikutukset Vaasan sairaanhoitopiirin ja kaupungin alueelle

1 2 3 4 5

(esim. työvoiman saanti, palveluiden paraneminen, alueen imagon paraneminen)

C. LÄÄKETIETEEN HAJAUTETUN PERUSOPETUKSEN KEHITTÄMINEN

12. Arvioi miten paljon käytät työaikaasi lääketieteen opiskelijoiden ohjaamiseen.

1 2 3 4 5

en lainkaan jonkin verran sopivasti erittäin paljon en osaa sanoa

Arvioi tuntimäärä/viikko _____

13. Miten paljon käytät lääketieteen opiskelijoiden opetuksessa/ohjauksessa ruotsinkieltä?

1 2 3 4 5

en lainkaan harvoin usein aina en osaa sanoa

14. Arvioi alla olevien seikkojen perusteella miten paljon hajautettu perusopetus lisää lääketieteen opiskelijan osaamista seuraavilla osa-alueilla. (asteikko: 1= ei lainkaan, 2= vähän, 3= paljon, 4= erittäin paljon, 5= en osaa sanoa)

1 2 3 4 5

Kliinisen osaamisen kehittyminen.

Kädentaitojen kehittyminen mm. pienet toimenpiteet.

Teoriatiedon ja käytännön potilastyön yhdistäminen.

Potilaiden ja omaisten kohtaaminen.

Moniammatillinen yhteistyö.

Suullinen ja kirjallinen viestintä.

Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttö.

Potilasturvallisuuden huomioiminen hoidossa.

Keskussairaala työympäristönä tulee tutuksi.

Potilaan hoitoketjun keskeiset vaiheet selkiytyvät.

Ruotsinkielen taito kehittyi.

Kykenee soveltamaan aseptisia ohjeita.

Kykenee huomioimaan kustannustietoisuutta.

Verkostoituminen alan ammattilaisten ja eri sidosryhmien kanssa.

15. Arvioi alla olevien väitteiden perusteella lääketieteen opiskelijoiden palautteita, arviointia ja niiden merkitystä. (asteikko: 1= täysin eri mieltä, 2= jonkin verran eri mieltä, 3= jonkin verran samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä, 5= en osaa sanoa)

1 2 3 4 5

Pidän palaute-/arviointikeskustelun opiskelijan kanssa jakson aikana.

Opiskelija antaa työyksikössä suullisesti palautetta opiskelujaksostaan.

Opiskelijapalaute työyksikössä on vastavuoroista.

Hajautusjaksoon pitäisi sisällyttää systemaattisesti arviointikeskustelu.

Arviointia varten pitäisi luoda arviointikriteerit.

Saan riittävästi tietoa opiskelijoiden antamista kirjallisista palautteista.

Palautteita hyödynnetään seuraavien ryhmien opetusten suunnittelutyössä.

Palautteilla on mielestäni selkeä yhteys rekrytointiin.

Palautteilla on mielestäni selkeä yhteys organisaation imagoon.

Palautteiden hyödyntäminen lisää koko organisaation ja alueen vetovoimaa.

Opiskelijapalautteiden kerääminen on tärkeää.

Lääketieteen opiskelijat ovat tärkeä ryhmä organisaatiomme kannalta.

16. Miten hyvin hajautettu koulutus mielestäsi soveltuu lääketieteen perusopetukseen?

1 2 3 4 5

erittäin huonosti huonosti hyvin erittäin hyvin en osaa sanoa

**17. Miten suuri opiskelijaryhmä yhdellä kertaa on mielestäsi sopivin hajautetussa opetuksessa erikois-
alallanne? (valitse yksi vaihtoehto)**

1. 1–3 opiskelijaa
2. 4–5 opiskelijaa
3. 6–8 opiskelijaa
4. 8–10 opiskelijaa
5. yli 10 opiskelijaa

18. Miten kehittäisit lääketieteen hajautettua perusopetusta?

Kiitos vastauksestasi!

A. BAKGRUNDSUPPGIFTER (kryssa för det rätta alternativet)

1. Kön

1. Man
2. Kvinna

2. Specialområde

1. Inre medicin
2. Kirurgi
3. Anestesiologi
4. Pediatri
5. Gynekologi
6. Öron-, näs- och halssjukdomar
7. Annat, vad? _____

3. Nuvarande arbetsuppgift

1. Undervisningspersonal (professor, klinisk lärare, handledande läkare)
2. Vårdpersonal (avdelningsskötare, sjukskötare, expertsjukskötare)
3. Förvaltningspersonal (planerare, sekreterare, it-personal)

4. Arbetserfarenhet

1. 5 år eller mindre
2. 6–15 år
3. 16–25 år
4. mer än 25 år

5. Modersmål

1. Svenska
2. Finska
3. Annat, vad _____

B. KUNSKAPSLEDNING

Organisationens ledning betyder i detta sammanhang organisationens högsta ledning, klinikgruppernas ledare samt överläkare inom olika kliniker.

6. Utvecklingen av kunskapsledning för medicine studerande har beaktats väl i organisationens strategi.

1	2	3	4	5
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;">helt av annan åsikt</div> <div style="width: 20%;">delvis av annan åsikt</div> <div style="width: 20%;">delvis av samma åsikt</div> <div style="width: 20%;">helt av samma åsikt</div> <div style="width: 20%;">vet ej</div> </div>				

7. Bedöm utgående från följande påståenden om organisationsledningen enligt din mening riktar tillräckliga resurser till den decentraliserade grundutbildningen för medicine studerande. (skala: 1= helt av annan åsikt, 2= delvis av annan åsikt, 3= delvis av samma åsikt, 4= helt av samma åsikt, 5= vet ej)

1 2 3 4 5

Antalet undervisningspersonal är tillräckligt.

Lärarna har möjlighet att påverka antalet studerande.

Undervisningsarbetet är belönande.

Undervisningspersonalen kan om de önskar delta i fortbildning.

Antalet förvaltningspersonal som arbetar med studerandena är tillräckligt.

Bra studielokaler (polikliniker, avdelningar, föreläsningssalar, lokaler för videokonferenser).

De praktiska arrangemangen kring perioderna av decentraliserad undervisning för studerandena fungerar tillräckligt bra.

Läkarlärarna i organisationen har bildat nätverk sinsemellan.

Samarbetet med medicinska fakulteten vid Åbo universitet fungerar bra.

Den decentraliserade grundutbildningen i medicin har fått tillräcklig regional synlighet.

8. Utvecklingen av medicine studerandenas kunnskap baserar sig inom organisationen på studerandenas behov.

1	2	3	4	5
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;">helt av annan åsikt</div> <div style="width: 20%;">delvis av annan åsikt</div> <div style="width: 20%;">delvis av samma åsikt</div> <div style="width: 20%;">helt av samma åsikt</div> <div style="width: 20%;">vet ej</div> </div>				

9. Ökar handledningen av medicine studerandena din arbetsbelastning?

(Ifall ditt svar är nej, gå direkt till fråga 11.)

1. Nej

2. Ja

10. Bedöm på basis av följande påstående hur handledningen av medicine studerandena ökar din arbetsbelastning? (skala: 1= helt av annan åsikt, 2= delvis av annan åsikt, 3= delvis av samma åsikt, 4= helt av samma åsikt, 5= vet ej)

1 2 3 4 5

Studieperiodens målsättningar är oklara.

Studerandens egna målsättningar är oklara.

Utförandet av de egna arbetsuppgifterna blir lidande.

Det finns inte tillräckligt med tid för handledningen av studerandena.

Patientvården blir lidande.

Arbetsklimatet blir lidande.

Den egna orken sätts på prov.

Det egna kliniska kunnandet ifrågasätts.

Det egna pedagogiska kunnandet är otillräckligt.

Antalet studerande är orealistiskt med tanke på en god handledning.

Förhandsinformationen om studerandena är otillräcklig.

Antalet arbetsuppgifter har ökat i och med handledningen av medicine studerandena.

Tiden som jag satsar på handledning syns ingenstans.

Studerandenas förväntningar är orealistiska med tanke på decentraliseringsperioden.

Handledningen av studerandena upplevs som en påtvingad börda.

11. Organisationsledningen är intresserad av effekterna av decentraliseringen av den grundläggande utbildningen i medicin. (skala: 1= helt av annan åsikt, 2= delvis av annan åsikt, 3= delvis av samma åsikt, 4= helt av samma åsikt, 5= vet ej)

Effekter för medicine studerandena

1 2 3 4 5

(t.ex. inläring, utvecklingen av arbetssätt, nätbildning, kunskaper i svenska)

Effekter för Vasa centralsjukhus

1 2 3 4 5

(t.ex. rekrytering, utveckling av personalens kunnande, centralsjukhusets image och nätbildning med medicinska fakulteten och andra sjukvårdsdistrikt)

Effekter för Vasa sjukvårdsdistrikt och staden

1 2 3 4 5

(t.ex. tillgång till arbetskraft, förbättring av service, förbättring av regionens image)

C. UTVECKLINGEN AV DEN DECENTRALISERADE GRUNDUTBILDNINGEN I MEDICIN**12. Bedöm hur mycket av din arbetstid du använder för handledning av medicine studerande.**

1	2	3	4	5
ingen tid alls	lite	lagom	väldigt mycket	vet ej

Bedöm hur många timmar/vecka _____

13. I vilken utsträckning använder du svenska i undervisningen/handledningen av medicine studerande?

1	2	3	4	5
inte alls	sällan	ofta	alltid	vet ej

14. Bedöm utgående från faktorerna nedan hur mycket den decentraliserade grundutbildningen ökar medicine studerandens kunskande inom följande delområden. (skala: 1=inte alls, 2=i viss mån, 3=mycket, 4=väldigt mycket, 5=vet ej)

1 2 3 4 5

Utveckling av det kliniska kunnandet.

Utveckling av de praktiska färdigheterna, bl.a. små åtgärder.

Integrering av teoretiska kunskaper och praktiskt patientarbete.

Bemötandet av patienter och anhöriga.

Mångprofessionellt samarbete.

Muntlig och skriftlig kommunikation.

Användande av elektroniskt patientdatasystem.

Beaktande av patientsäkerhet i vården.

Centralsjukhuset som arbetsmiljö blir bekant.

Insikt i de centrala faserna i patientens vårdkedja.

Utveckling av kunskaperna i svenska.

Förmåga att tillämpa anvisningar om aseptik.

Förmåga att iaktta kostnadsmedvetenhet.

Nätbildning med branschfolk och olika intressegrupper.

15. Bedöm utgående från nedanstående påståenden medicine studerandenas feedback, bedömning samt betydelsen av dessa. (skala: 1= helt av annan åsikt, 2= delvis av annan åsikt, 3= delvis av samma åsikt, 4= helt av samma åsikt, 5= vet ej)

1 2 3 4 5

Jag håller ett feedback-/bedömningssamtal med studeranden under perioden.

Studeranden ger en muntlig feedback om studieperioden i arbetsenheten.

Studerandens feedback i arbetsenheten är ömsesidig.

Decentraliseringsperioden borde innehålla ett systematiskt bedömningssamtal.

Kriterier borde skapas för bedömningen.

Jag får tillräcklig information om den skriftliga feedbacken från studerandena.

Feedbacken utnyttjas i planeringen av undervisningen för följande grupper.

Feedbacken har enligt min mening ett klart samband med rekryteringen.

Feedbacken har enligt min mening ett klart samband med organisationens image.

Utnyttjandet av feedbacken ökar hela organisationens och regionens dragningskraft.

Insamlingen av feedback från studerandena är viktig.

Medicine studerandena är en viktig grupp med tanke på vår organisation.

16. Hur bra passar en decentraliserad undervisning enligt din mening i den grundläggande utbildningen i medicin?

1	2	3	4	5
väldigt dåligt	dåligt	bra	väldigt bra	vet ej

17. Hur stor grupp studerande är enligt din mening lämpligt i den decentraliserade undervisningen inom ditt specialområde? (välj ett alternativ)

- 1. 1–3 studerande
- 2. 4–5 studerande
- 3. 6–8 studerande
- 4. 8–10 studerande
- 5. mer än 10 studerande

18. Hur skulle du utveckla den decentraliserade grundutbildningen i medicin?

Tack för dina svar!

Liite 6

Opiskelijapalautteiden kyselylomake



Koulutusyksikkö

Harjoittelujakson nimi ja ajankohta _____

Ympyröi sopiva vaihtoehto kustakin kysymyksestä. Voit selventää vastauksiasi omilla kommenteil-
la! Kirjoitathan selkeästi.

1. Oletko tyytyväinen harjoittelujaksoosi?

En lainkaan 1 2 3 4 5 Kyllä,
erittäin tyytyväinen

Kommentti:

2. Vastasiko jakso odotuksiasi?

Ei lainkaan 1 2 3 4 5 Kyllä,
erittäin hyvin

Kommentti:

3. Työskentelitkö sopivassa suhteessa eri paikoissa (päivystyspoliklinikka, muu poliklinikka, osas-
to)?

En 1 2 3 4 5 Kyllä, erittäin
sopivassa suhteessa

Kommentti:

4. Saitko tehdä riittävästi itsenäistä potilastyötä?

Ei, en lainkaan 1 2 3 4 5 Kyllä,
aivan riittävästi

Kommentti:

5. Saitko riittävästi tukea ja neuvoja?

En lainkaan 1 2 3 4 5 Kyllä,
aivan riittävästi

Kommentti:

6. Oletko tyytyväinen kollegoihin, joiden kanssa työskentelit?

En lainkaan 1 2 3 4 5 Kyllä,
erittäin tyytyväinen

Kommentti:

7. Oletko tyytyväinen opettajiin, joiden kanssa työskentelit?

En lainkaan 1 2 3 4 5 Kyllä,
erittäin tyytyväinen

Kommentti:

8. Tunsitko itsesi tervetulleeksi?

En lainkaan 1 2 3 4 5 Kyllä,
erittäin tervetulleeksi

Kommentti:

9. Kuinka käytännön järjestelyt (esim. asunto) Vaasassa toimivat?

Erittäin huonosti 1 2 3 4 5 Erittäin hyvin

Kommentti:

10. Vaikuttiko käynti Vaasassa yksityiselämäsi/taloudelliseen tilanteeseesi?

En lainkaan 1 2 3 4 5 Kyllä,
erittäin paljon

Kommentti:

11. Suositteisitko muille kurssitovereille vastaavanlaista käyntiä Vaasassa?

En lainkaan 1 2 3 4 5 Kyllä,
erittäin mielelläni

Kommentti:

12. Miten paljon sait ohjausta ja opetusta ruotsinkielellä?

En lainkaan 1 2 3 4 5 Erittäin paljon

Kommentti:

13. Muuta kommentoitavaa (esim. vaikuttaako hajautettu harjoitteluviikko halukkuuteesi työkennellä Pohjanmaalla/Vaasan keskussairaalassa valmistumisen jälkeen?).

Kiitos!



Utbildningsenheten

Praktikperiodens namn och tidpunkt _____

Inringa det mest lämpliga alternativet. Du kan förtydliga dina svar med egna kommentarer. Skriv tydligt, tack!

1. Är du nöjd med praktikperioden?

Inte alls 1 2 3 4 5 Mycket nöjd

Kommentarer:

2. Motsvarade perioden dina förväntningar?

Inte alls 1 2 3 4 5 Ja, i högsta grad

Kommentarer:

3. Arbetade du i lämplig mängd på olika platser (akutpolikliniken, polikliniken, avdelningen)?

Nej 1 2 3 4 5 Ja, synnerligen
lämpligt

Kommentarer:

4. Fick du utföra tillräckligt med självständigt patientarbete?

Nej, inte alls 1 2 3 4 5 Ja, helt tillräckligt

Kommentarer:

5. Gavs du tillräckligt med stöd och handledning?

Inte alls 1 2 3 4 5 Ja, helt tillräckligt

Kommentarer:

6. Är du tillfreds med de kollegor som du arbetade med?

Inte alls 1 2 3 4 5 Ja, mycket nöjd

Kommentarer:

7. Är du tillfreds med de lärare som du arbetade med?

Inte alls 1 2 3 4 5 Ja, mycket nöjd

Kommentarer:

8. Kände du dig välkommen?

Inte alls 1 2 3 4 5 Ja, mycket välkommen

Kommentarer:

9. Hur fungerade de praktiska arrangemangen (t.ex. boendet) i Vasa?

Mycket dåligt 1 2 3 4 5 Mycket bra

Kommentarer:

10. Inverkade din praktik i Vasa på ditt privatliv/din ekonomiska situation?

Inte alls 1 2 3 4 5 Ja, ytterst mycket

Kommentarer:

11. Kan du rekommendera en motsvarande praktik i Vasa till dina kurskamrater?

Inte alls 1 2 3 4 5 Ja, i högsta grad

Kommentarer:

12. Hur mycket fick du undervisning på svenska?

Inte alls 1 2 3 4 5 Ytterst mycket

Kommentarer:

13. Övriga kommentarer (t.ex. inverkan den decentraliserade praktikveckan på din beredvillighet att arbeta i Österbotten/vid Vasa centralsjukhus när du avklarat dina studier?).

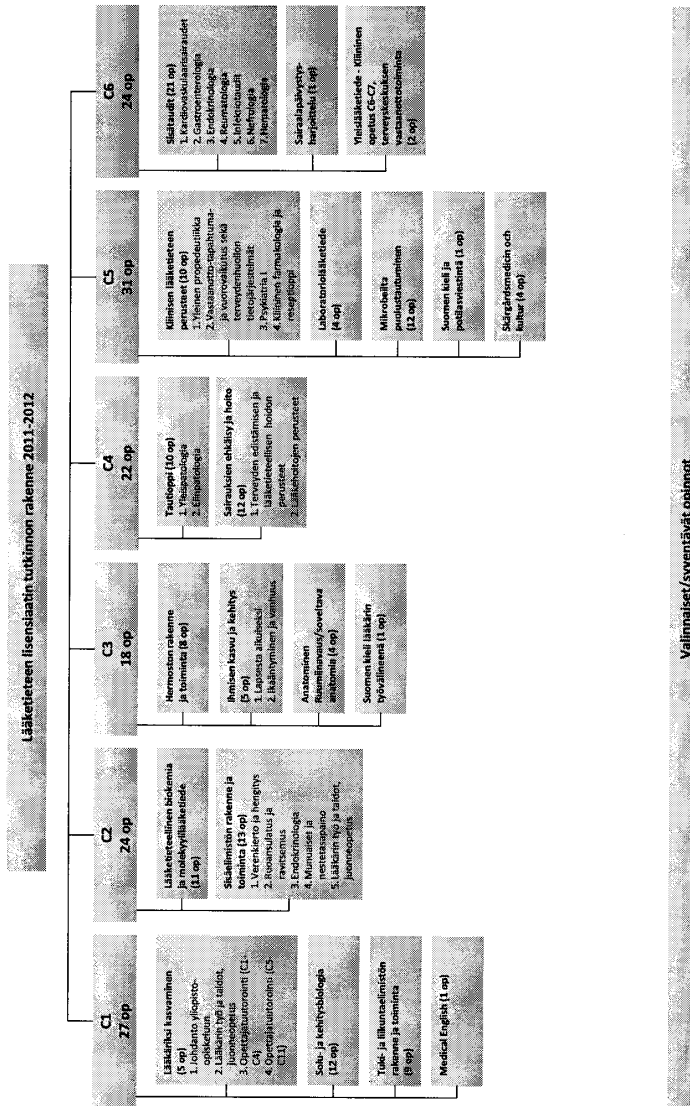
Tack!

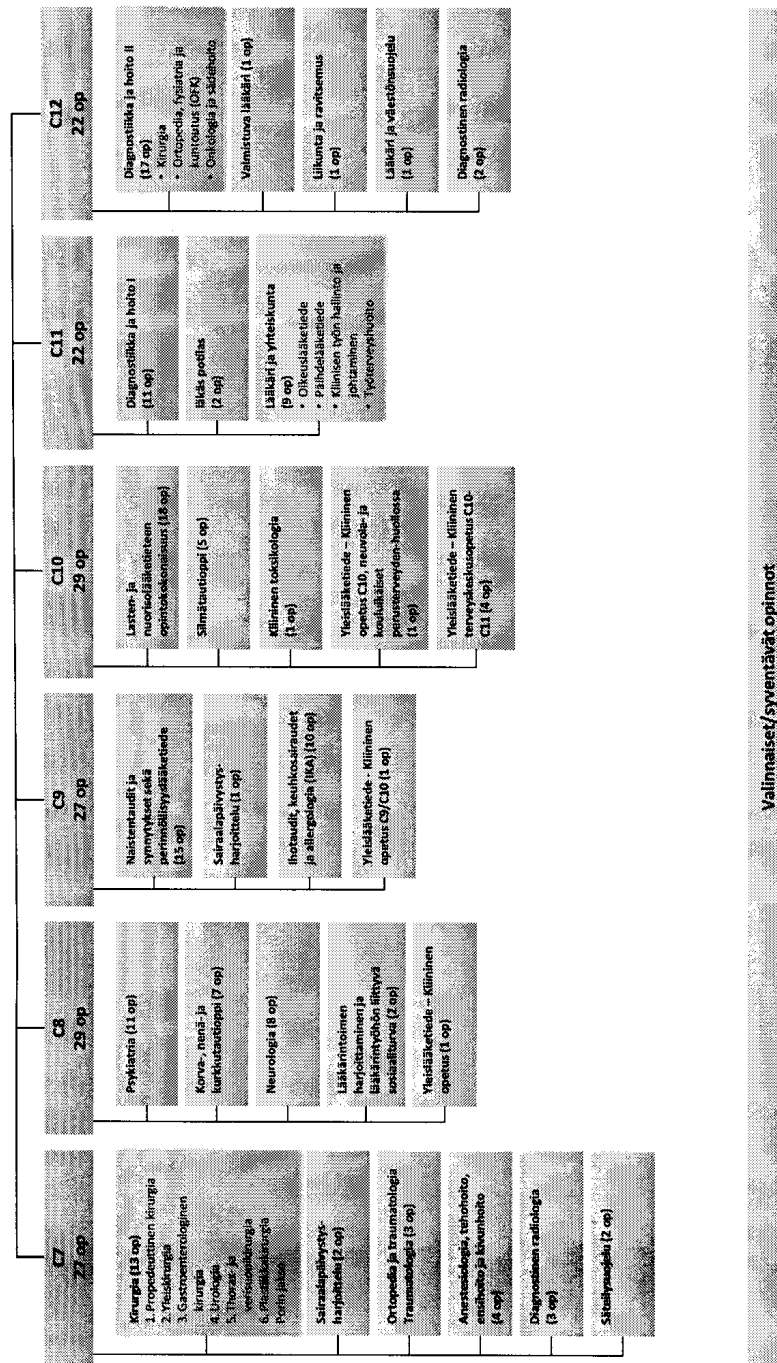
Liite 7

Lääketieteellisen lisensiaatin tutkinnon rakenne 2011–2012

Lukukaudet C1–C6 ja C7–C12

LÄÄKETIETEEN LISENSAATIN TUTKINNON RAKENNE 2011-2012





Turun yliopisto (2011b). *Opinto-opas 2011–2012. Lääketieteellinen tiedekunta. Lääketieteen lisensiaatin tutkinto.* Saatavana 21.9.2011 muodossa: www.med.utu.fi

Liite 8

TUTKIMUSLUPAPYYNTÖ

Vaasa 14.12.2011

Satu Hautamäki
Vanha Karperöntie 20 g 27
65610 Mustasaari
puh. 06 317 1246 / 040 587 9650
työpuh. 06 323 1722
satu.hautamaki@student.uwasa.fi

Johtajaylilääkäri
Auvo Rauhala
Vaasan keskussairaala
Hietalahdenkatu 2-4
65130 Vaasa

Teen väitöskirjatutkimusta Vaasan yliopistoon sosiaali- ja terveyshallinto-tieteen tiedekuntaan aiheesta ”Terveystieteiden organisaation tarjoaman lääketieteellisen peruskoulutuksen hajautetun opetuksen vaikuttavuuden arviointi osana osaamisen johtamista”. Tutkimukseni koostuu haastatte-luista ja kyselytutkimuksesta sekä on osa Turun yliopiston lääketieteelli-sen tiedekunnan hajautetun koulutuksen laatu- ja vaikuttavuushanketta.

Tutkielmaa varten pyydän lupaa saada haastatella keväällä 2012 lääketie-teen hajautettua perusopetusta antavia henkilöitä sairaanhoitopiirissä ja opetuksen suunnittelutyöhön liittyviä avainhenkilöitä. Haastattelut teen teemahaastattelumenetelmällä ja ne nauhoitetaan myöhempää analysointia ajatellen. Kyselytutkimuksen aion tehdä alkuvuodesta 2013 Vaasan kes-kussairaalan lääkäreille, sairaanhoitajille ja niille hallinnon henkilöille, jot-ka ovat ohjanneet/opettaneet lääketieteen opiskelijoita. Tutkimusaineistoa käsittelen luottamuksellisesti. Liitteenä teemahaastattelurunko, kyselytut-kimus muodostuu /tarkentuu teemahaastattelun tuloksista.

Ystävällisin terveisin,

Satu Hautamäki

Satu Hautamäki

Tutkimuslupa myönnetään

Tutkimuslupa evätään

Vaasa 19.12.2011 / § 149

Allekirjoitus ja virkanimike

AUKU RAUTAJA
JYL

Liite 9

Hajautetun perusopetuksen laajentuminen VSHP:ssä vuosina 2010–2014**Turun yliopiston lääketieteen perusopetus Vaasan keskussairaalassa 2010**

Oppiaine	Opiskelijoiden lkm, syksy 2010	Koulutuspäivät syksy 2010
Kirurgia	5	25

Yhteensä opiskelijoita **5**
Yhteensä koulutuspäiviä **25**

Turun yliopiston lääketieteen perusopetus Vaasan keskussairaalassa 2011

Oppiaine	Opiskelijoiden lkm, kevät 2011	Koulutuspäivät, kevät 2011	Opiskelijoiden lkm, syksy 2011	Koulutuspäivät syksy 2011
Kirurgia ja anestesiologia	ei opetusta	ei opetusta	50	500
Sisätaudit	16	160	ei opetusta	ei opetusta
Pediatria	ei opetusta	ei opetusta	22	110
Yleislääketiede (Vaasan kaupunki)	2	20	ei opetusta	ei opetusta
Yhteensä	18	180	72	610

Yhteensä opiskelijoita **90 (VKS 88)**
Yhteensä koulutuspäiviä **790 (VKS 770)**

Turun yliopiston lääketieteen perusopetus Vaasan keskussairaalassa 2012

Oppiaine	Opiskelijoiden lkm, kevät 2012	Koulutuspäivät, kevät 2012	Opiskelijoiden lkm, syksy 2012	Koulutuspäivät syksy 2012
Kirurgia ja anestesiologia	57	285	61	605
Sisätaudit	48	384	29	116
Lastentaudit	24	120	24	120
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	16	80	ei opetusta	ei opetusta
Naistentaudit			18	72
Yhteensä	145	869	132	913

Yhteensä opiskelijoita **277**
Yhteensä koulutuspäiviä **1782**

Turun yliopiston lääketieteen perusopetus Vaasan keskussairaalassa 2013

Oppiaine	Opiskelijoiden lkm, kevät 2013	Koulutuspäivät, kevät 2013	Opiskelijoiden lkm, syksy 2013	Koulutuspäivät syksy 2013
Kirurgia ja anestesiologia	95	475	109	1090
Sisätaudit	52	416	32	128
Lastentaudit	24	120	20	100
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	15	75	ei opetusta	ei opetusta
Naistentaudit	17	68	16	64
Psykiatria	2	16	ei opetusta	ei opetusta
Yhteensä	205	1170	177	1382

Yhteensä opiskelijoita 382
Yhteensä koulutuspäiviä 2552

Turun yliopiston lääketieteen perusopetus Vaasan keskussairaalassa keväällä 2014. Syksyn 2014 osalta on arvioitu toteutuma perusopetuksen määrästä.

Oppiaine	Opiskelijoiden lkm, kevät 2014	Koulutuspäivät, kevät 2014	Opiskelijoiden lkm, syksy 2014	Koulutuspäivät syksy 2014
Kirurgia	82	410	53	530
Sisätaudit	48	352	27	108
Lastentaudit	16	80	24	120
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	16	80	ei opetusta	ei opetusta
Naistentaudit	14	56	16	64
Psykiatria	4	16	ei opetusta	ei opetusta
Yhteensä	170	994	120	822

Yhteensä opiskelijoita 290
Yhteensä koulutuspäiviä 1816

Liite 10

Suomen Medisiinariliitto r.y.:n suosittelemat amanuenssiohjeet

SUOMEN MEDISIINARILIITTO R.Y.:N SUOSITTELEMAT AMANUENSIOHJEET

I Luku

YLEISET MÄÄRÄYKSET

1 § Amanuenssipalvelun tarkoituksena on parantaa lääketieteen opiskelijan kliinisiä taitoja, olla osana laillistetun lääkärin oikeuksien saamista ja lisätä lääketieteen kandidaatin valmiuksia toimia viransijaisena. Kliinisten taitojen kehittämiseksi amanuenssin tulee saada hoitaa ohjatusti potilaita ja harjoittaa käden taitoja.

2 § Amanuenssipalvelun pituuden ja suorittamistavan määräävät lääketieteelliset tiedekunnat jokaisella paikkakunnalla erikseen. Tiedekunnalla on oikeus määrittää ne opetussairaalat, teoreettiset laitokset ja muut terveydenhuollon toimintayksiköt, joissa suoritettu palvelu hyväksytään amanuenssipalveluksi. Tiedekunta hyväksyy amanuenssuurit palvelutodistusta vastaan.

3 § Amanuenssipalvelu on tarkoitettu lääketieteen opiskelijalle paikallisen tiedekunnan amanuenssiohjesääntöjen mukaisesti.

II Luku

AMANUENSIOPETUS

4 § Amanuenssin tulee saada jatkuvaa ja monipuolista opetusta siinä yksikössä, jossa hän työskentelee. Kliinisten taitojen opettelu ja toimenpiteiden tekeminen sekä potilastyö tulee saada suorittaa laillistetun lääkärin ohjauksessa. Amanuenssi ei ole itse ensisijaisesti vastuussa potilaista, joiden hoitoon hän on osallistunut. Ensisijainen hoitovastuu on sillä laillistetulla lääkärillä, jonka ohjauksessa amanuenssi harjoittelun aikana toimii.

5 § Amanuenssille tulee nimetä henkilökohtainen ohjaava lääkäri, jonka tarkoitus on tukea pykälän 1 tavoitteiden toteutumista. Ohjaava lääkäri sitoutuu perehdytykseen ja säännölliseen palautteen antamiseen harjoittelujakson aikana.

6 § Amanuenssilla tulee olla oikeus osallistua sairaalassa, klinikassa tai laitoksessa pidettäviin lääkärinkunnan koulutustilaisuuksiin.

7 § Jos amanuenssi suorittaa harjoitteluaan yliopisto-opetuksen aikana, tulee hänen voida osallistua opetukseen tai tentteihin tiedekunnan erikseen määrittämällä tavalla viikoittaisen työajan puitteissa.

Suomen Medisiinariliitto c/o Suomen Lääkäriliitto Puh. (09) 393 0853, suora 3930745
Finlands Medicinarförbund PL 49 (Mäkelänkatu 2 A) Faksi (09) 3930 773
Finnish Medical Students` Association FI-00501 Helsinki www.suomenmedisiinariliitto.fi

III Luku

AMANUENSIOHARJOITTELUUN HAKEMINEN

8 § Amanuenssuuria voi hakea joko tiedekunnan kautta tai itsenäisesti. Tiedekunnan kautta paikka haettaessa paikanvälittäjänä toimii tiedekunnan erikseen määräämä henkilö (paikanvälittäjä). Amanuensseiksi pyrkivät ilmoittautuvat hänelle tiedekunnassa sovitulla tavalla erikseen määritetyn aikataulun mukaan. Lisäksi lääketieteen opiskelija tai ulkomailla opiskeleva lääketieteen opis-

kelija voi halutessaan hakea amanuenssipaiikkaa itsenäisesti. Tätä kuitenkin suositellaan vain silloin, kun hakija haluaa toimen oman opiskelupaikan paikanvälityksen ulkopuolelta. On suositeltavaa, että opiskelija on suorittanut tai sillä hetkellä on suorittamassa sitä erikoisalalan kurssia, jolle hän hakeutuu amanuenssiksi. Integroidun opetus suunnitelman mukaisesti opiskelevalla tulee olla valmiudet toimia harjoittelijana sillä erikoisalalla, jolle hän hakeutuu.

IV Luku

AMANUENSSIN VELVOLLISUUDET JA OIKEUDET

9 § Amanuenssin tulee noudattaa palveluspaikkansa työntekijöitä koskevia yleisiä määräyksiä.

10 § Amanuenssin tulee suorittaa esimiehensä määräämät tehtävät, jotka edistävät 1 §:ssä mainittujen päämäärien saavuttamista.

11 § Amanuenssi on toimistaan vastuussa yleisten oikeudellisten periaatteiden mukaan.

12 § Amanuenssin tulee ottaa toimensa vastaan paikallisen sopimuksen mukaan.

13 § Amanuenssilla on oikeus saada toimipisteen ajan tasalla olevat käytännön ohjeet.

14 § Amanuenssin palkkaus on vähintään lääkäreiden virkaehtosopimuksen mukainen. Amanuenssin viikoittaisen työajan tulisi olla sama kuin samassa toimipisteessä toimivien virkälääkärien perustyöaika. Työajan tulisi sisältää mahdolliset opetustilaisuudet ja sairaalassa tapahtuva päivystys työskentelyineen. Amanuenssi ja hänen esimiehensä sopivat erikseen, kuinka paljon päivystysaikana suoritettu harjoittelu voi olla kokonaistyöajasta. Työaika voidaan järjestää myös niin, että amanuenssin kokonaistyöaika tasoittuu eri viikkojen työaikoja vertailemalla ja on keskimäärin sama kuin samassa toimipisteessä toimivien virkälääkärien perustyöaika.

15 § Sairastumisesta on ilmoitettava viivytyksettä esimiehelle. Yli kolme vuorokautta jatkuneesta sairaudesta tulee esittää lääkärintodistus. Viikkoa pidempään jatkunut poissaolo tulee korvata vastaavalla työajalla esimiehen kanssa erikseen sovittavana ajankohtana muun amanuenssipalvelun jälkeen, mikäli amanuenssipalvelun hyväksyminen opintoihin sitä edellyttää ja opiskelija sitä haluaa.

16 § Amanuenssin osallistuminen tenttitilaisuuteen tulee mahdollistaa yllä mainituin työaikajärjestelyin.

17 § Palvelussuhteen ehtoja koskevat riita-asiat ratkaistaan siten kuin asiasta on erikseen työsopimuksessa määrätty.

Liite 11

Taulukko 16. Muut väittämät resurssien käytöstä perusopetukseen

Väittämä	Puuttuvia havaintoja	Täysin eri mieltä	Jkv eri mieltä	Jkv samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
	n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Opetushenkilökunta voi osallistua halutesaan lisäkoulutukseen	1	8 (9.4)	6 (7.1)	13 (15.29)	19 (22.4)	39 (45.9)
Opiskelijoiden parissa toimivan hallinnon henkilökunnan määrä on riittävä	2	1 (1.2)	14 (16.7)	18 (21.4)	10 (11.9)	41 (48.8)
Opiskelijoiden hajautusjaksojen käytännön järjestelyt toimivat riittävän hyvin	2	6 (7.1)	10 (11.9)	30 (35.7)	6 (7.1)	32 (38.1)
Organisaatiossa lääkäriopettajat ovat verkostoituneet keskenään	1	4 (4.7)	12 (14.1)	12 (14.1)	6 (7.1)	51 (60.0)

Liite 12

Taulukko 17. Muut väittämät opiskelijaohjauksen vaikutuksesta kuormittavuuteen

Väittämä	Puuttuvia havaintoja	Täysin eri mieltä	Jkv eri mieltä	Jkv samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
	n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Opiskelijan omat tavoitteet ovat epäselvät	36	2 (4.0)	11 (22.0)	14 (28.0)	8 (16.0)	15 (30.0)
Suoriutuminen omista työtehtävistä häiriintyy	35	7 (13.7)	7 (13.7)	18 (35.3)	17 (33.3)	2 (3.9)
Opiskelijoiden ohjaamiseen ei ole riittävästi aikaa	36	4 (8.0)	6 (12.0)	18 (36.0)	16 (32.0)	6 (12.0)
Potilaan hoito häiriintyy	36	11 (22.0)	13 (26.0)	15 (30.0)	8 (16.0)	3 (6.0)
Työilmapiiri häiriintyy	35	14 (27.5)	20 (39.2)	11 (21.6)	3 (5.9)	3 (5.9)
Oma jaksaminen on koetuksella	35	15 (29.4)	6 (11.8)	19 (37.3)	9 (17.7)	2 (3.9)
Oma kliininen osaaminen kyseenalaistuu	35	29 (56.9)	12 (23.5)	5 (9.8)	1 (2.0)	4 (7.8)
Työtehtäviä on tullut lisää lääketieteen opiskelijoiden ohjauksen myötä	35	6 (11.8)	9 (17.7)	14 (27.5)	13 (25.5)	9 (17.7)
Aika, jonka panostan ohjaamiseen, ei näy missään	35	4 (7.8)	9 (17.7)	8 (15.7)	22 (43.1)	8 (15.7)
Työyksikössämme opiskelijaohjaus koetaan pakollisena rasitteena	35	14 (27.5)	21 (41.2)	6 (11.8)	4 (7.8)	6 (11.8)

Liite 13

Taulukko 18. Muut väittämät opiskelijan osaamisen lisääntymisestä

Väittämä	Puuttuvia havaintoja	Ei lainkaan	Vähän	Paljon	Erittäin paljon	En osaa sanoa
	n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kädentaitojen kehittyminen mm. pienet toimenpiteet	4	3 (3.6)	14 (16.7)	23 (27.4)	28 (33.3)	16 (19.1)
Opetushenkilökunta		1 (4.8)	7 (33.3)	6 (28.6)	7 (33.3)	0 (0.0)
Hoitohenkilökunta		2 (3.5)	6 (10.5)	16 (28.1)	20(35.1)	13 (22.8)
Hallinnon henkilökunta		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)
Teoriatiedon ja käytännön potilastyön yhdistäminen	4	1 (1.2)	7 (8.3)	32 (38.1)	27 (32.1)	17 (20.2)
Opetushenkilökunta		0 (0.0)	1 (4.8)	9 (42.9)	11 (52.4)	0 (0.0)
Hoitohenkilökunta		1(1.8)	6 (10.5)	21 (36.8)	16 (28.1)	13 (22.8)
Hallinnon henkilökunta		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)
Potilaiden ja omaisten kohtaaminen	3	1 (1.2)	12 (14.1)	30 (35.3)	26 (30.6)	16 (18.8)
Opetushenkilökunta		0 (0.0)	2 (9.5)	13 (61.9)	6 (28.6)	0 (0.0)
Hoitohenkilökunta		1 (1.7)	7 (12.1)	17 (29.3)	20 (34.5)	13 (22.4)
Hallinnon henkilökunta		0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (75.0)
Suullinen ja kirjallinen viestintä	3	3 (3.5)	14 (16.5)	32 (37.7)	18 (21.2)	18 (21.2)
Opetushenkilökunta		1 (4.8)	3 (14.3)	12 (57.1)	5 (23.8)	0 (0.0)
Hoitohenkilökunta		2 (3.5)	11 (19.0)	18 (31.0)	13(22.4)	14 (24.1)
Hallinnon henkilökunta		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)
Keskussairaala työympäristönä tulee tutuksi	3	0 (0.0)	4 (4.7)	25 (29.4)	39 (45.9)	17 (20.0)
Opetushenkilökunta		0 (0.0)	0 (0.0)	7 (33.3)	14 (66.7)	0 (0.0)
Hoitohenkilökunta		0 (0.0)	4 (6.9)	16 (27.6)	24 (41.4)	14 (24.1)
Hallinnon henkilökunta		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)
Potilaan hoitoketjun keskeiset vaiheet selkiytyvät	5	2 (2.4)	18 (21.7)	30 (36.1)	15 (18.1)	18 (21.7)
Opetushenkilökunta		1 (5.0)	5 (25.0)	12 (60.0)	2 (10.0)	0 (0.0)
Hoitohenkilökunta		1 (1.8)	12 (21.1)	17 (29.8)	13(22.8)	14 (24.6)
Hallinnon henkilökunta		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)

(taulukko 18 jatkuu)						(jatkuu)
Kykenee soveltamaan aseptisia ohjeita	4	4 (4.8)	17 (20.2)	26 (31.0)	17 (20.2)	20 (23.8)
Opetushenkilökunta		2 (9.5)	8 (38.1)	7 (33.3)	4 (19.1)	0 (0.0)
Hoitohenkilökunta		1 (1.8)	9 (15.8)	18 (31.6)	13 (22.8)	16 (28.1)
Hallinnon henkilökunta		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)
Kykenee huomioimaan kustannustietoisuutta	4	16 (19.1)	15 (17.9)	20 (23.8)	5 (6.0)	28 (33.3)
Opetushenkilökunta		9 (42.9)	6 (28.6)	5 (23.8)	0 (0.0)	1 (4.8)
Hoitohenkilökunta		6 (10.5)	9 (15.8)	15 (26.3)	5 (8.8)	22 (38.6)
Hallinnon henkilökunta		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
Verkostoituminen alan ammattilaisten ja erisidosryhmien kanssa	4	4 (4.8)	17 (20.2)	21 (25.0)	11 (13.1)	31 (36.9)
Opetushenkilökunta		2 (9.5)	7 (33.3)	7 (33.3)	2 (9.5)	3 (14.3)
Hoitohenkilökunta		1 (1.8)	9 (15.8)	14 (24.6)	9 (15.8)	24 (42.1)
Hallinnon henkilökunta		0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (75.0)

Liite 14

Taulukko 19. Muut väittämät opiskelijapalautteiden merkityksestä

Väittämä	Puuttuvia havaintoja	Täysin eri mieltä	Jkv eri mieltä	Jkv samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
	n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Opiskelija antaa työyksikössä suullisesti palautetta opiskelujaksostaan	4	10 (11.9)	12 (14.3)	11 (13.1)	7 (8.3)	44 (52.4)
Opetushenkilökunta		4 (19.1)	4 (19.1)	5 (23.8)	3 (14.3)	5 (23.8)
Hoito henkilökunta		5 (8.8)	8 (14.0)	6 (10.5)	4 (7.0)	34 (60.0)
Hallinnon henkilökunta		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
Opiskelijapalautteissa on vasta- vuuoroista	5	8 (9.6)	12 (14.5)	10 (12.1)	4 (4.8)	49 (59.0)
Opetushenkilökunta		2 (9.5)	5 (23.8)	7 (33.3)	1 (4.8)	6 (28.6)
Hoito henkilökunta		5 (8.9)	7 (12.5)	3 (5.4)	3 (5.4)	38 (67.9)
Hallinnon henkilökunta		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
Palautteita hyödynnetään seuraavien ryhmien opetusten suunnittelutyössä	5	6 (7.2)	9 (10.8)	10 (12.1)	8 (9.6)	50 (60.2)
Opetushenkilökunta		0 (0.0)	1 (4.8)	8 (38.1)	5 (23.8)	7 (33.3)
Hoito henkilökunta		6 (10.7)	8 (14.3)	2 (3.8)	3 (5.4)	37 (66.1)
Hallinnon henkilökunta		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
Palautteilla on mielestäni selkeä yhteys rekrytointiin	5	3 (3.6)	5 (6.0)	27 (32.5)	16 (19.3)	32 (38.6)
Opetushenkilökunta		1 (4.8)	1 (4.8)	9 (42.9)	4 (19.1)	6 (28.6)
Hoito henkilökunta		1 (1.8)	4 (7.1)	15 (26.8)	10 (17.9)	26 (46.4)
Hallinnon henkilökunta		0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	0 (0.0)
Palautteilla on mielestäni selkeä yhteys organisaation imagoon	5	3 (3.6)	4 (4.8)	28 (33.7)	24 (28.9)	24 (28.9)
Opetushenkilökunta		0 (0.0)	2 (9.5)	11 (52.4)	4 (19.1)	4 (19.1)
Hoito henkilökunta		1 (1.8)	2 (3.6)	15 (26.8)	18 (32.1)	20 (35.7)
Hallinnon henkilökunta		1 (25.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	0 (0.0)

(taulukko 19 jatkuu)						(jatkuu)
Palautteiden hyödyntäminen lisää koko organisaation ja alueen vetovoimaa	5	4 (4.8)	3 (3.6)	24 (28.9)	29 (34.9)	23 (27.7)
Opetushenkilökunta		0 (0.0)	1 (4.8)	9 (42.9)	5 (23.8)	6 (28.6)
Hoitohenkilökunta		3 (5.4)	1 (1.8)	14 (25.0)	23 (41.1)	15 (26.8)
Hallinnon henkilökunta		1 (25.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0.0)
Opiskelijapalautteiden kerääminen on tärkeää	5	5 (6.0)	0 (0.0)	8 (9.6)	59 (71.1)	11 (13.3)
Opetushenkilökunta		1 (4.8)	0 (0.0)	3 (14.3)	17 (81.0)	0 (0.0)
Hoitohenkilökunta		2 (3.6)	0 (0.0)	5 (8.9)	39 (69.6)	10 (17.9)
Hallinnon henkilökunta		1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	0 (0.0)

Liite 15

Taulukko 20. Työn kuormittavuuden ja työtehtävän väliset ei-merkitsevät yhteydet

Väittäjä	Täysin eri mieltä n (%)	Jkv eri mieltä n (%)	Jkv samaa mieltä n (%)	Täysin samaa mieltä n (%)	En osaa sanoa n (%)	P-arvo*
Opiskelijan omat tavoitteet ovat epäselvät						0.0939
Opetushenkilökunta	2 (11.8)	4 (23.5)	6 (35.3)	3 (17.7)	2 (11.8)	
Hoitohenkilökunta	0 (0.0)	7 (22.6)	7 (22.6)	4 (12.9)	13 (41.9)	
Suorittuminen omista työtehtävistä häiriintyy						0.2919
Opetushenkilökunta	1 (5.9)	3 (17.7)	9 (52.9)	4 (23.5)	0 (0.0)	
Hoitohenkilökunta	6 (18.8)	3 (9.4)	9 (28.1)	12 (37.5)	2 (6.3)	
Potilaan hoito häiriintyy						0.8823
Opetushenkilökunta	4 (23.5)	5 (29.4)	5 (29.4)	3 (17.7)	0 (0.0)	
Hoitohenkilökunta	7 (22.6)	8 (25.8)	9 (29.0)	4 (12.9)	3 (9.7)	
Opiskelijoiden ohjaamiseen ei ole riittävästi aikaa						0.3031
Opetushenkilökunta	1 (5.9)	3 (17.7)	8 (47.1)	5 (29.4)	0 (0.0)	
Hoitohenkilökunta	3 (9.7)	3 (9.7)	10 (32.3)	9 (29.0)	6 (19.4)	
Työilmapiiri häiriintyy						0.0733
Opetushenkilökunta	5 (29.4)	10 (58.8)	1 (5.9)	0 (0.0)	1 (5.9)	
Hoitohenkilökunta	9 (28.1)	8 (25.0)	10 (31.3)	3 (9.4)	2 (6.3)	
Oma jaksaminen on koetuksella						0.2506
Opetushenkilökunta	4 (23.5)	3 (17.7)	9 (52.9)	1 (5.9)	0 (0.0)	
Hoitohenkilökunta	11 (34.4)	3 (9.4)	9 (28.1)	7 (21.9)	2 (6.3)	
Oma kliininen osaaminen kyseenalaistuu						0.6075
Opetushenkilökunta	11 (64.7)	4 (23.5)	2 (11.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Hoitohenkilökunta	18 (56.3)	7 (21.9)	3 (9.4)	0 (0.0)	4 (12.5)	
Työtehtäviä on tullut lisää lääketieteen opiskelijoiden ohjaamisen myötä						0.5526
Opetushenkilökunta	2 (11.8)	3 (17.7)	6 (35.3)	5 (29.4)	1 (5.9)	
Hoitohenkilökunta	4 (12.5)	6 (18.8)	8 (25.0)	6 (18.8)	8 (25.0)	
Aika, jonka panostan ohjaamiseen, ei näy missään						0.2893
Opetushenkilökunta	3 (17.7)	4 (23.5)	3 (17.7)	6 (35.3)	1 (5.9)	
Hoitohenkilökunta	1 (3.1)	5 (15.6)	5 (15.6)	14 (43.8)	7 (21.9)	
Työyksikössämme opiskelijaohjaus koetaan pakollisena rasitteena						0.2707
Opetushenkilökunta	8 (47.1)	7 (41.2)	1 (5.9)	0 (0.0)	1 (5.9)	
Hoitohenkilökunta	6 (18.8)	14 (43.8)	5 (15.6)	2 (6.3)	5 (15.6)	

