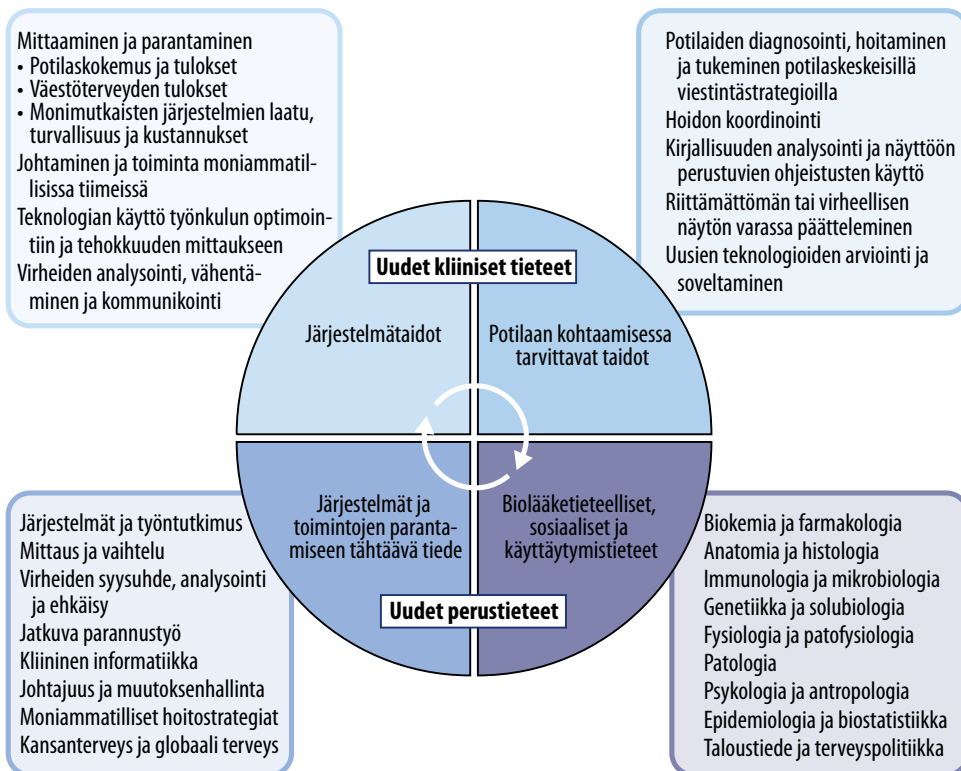


# Lääkärikoulutus nyt ja tulevaisuudessa – miksi opetuksen pitää uudistua?

**Sata vuotta** koululääketieteen uudistajan Abraham Flexnerin jälkeen lääketieteen opetus on näihin päiviin asti säilynyt varsin perinteisenä päämääränään tuottaa kaikkittietäviä, osaavia ja virheitä tekemättömiä lääkäreitä, joilla on voimakas auktoriteetti suhteessa potilaaseen sekä muuhun henkilö- ja yhteiskuntaan (1). Tyypillistä opetukselle on ollut ulkoa oppimisen painottaminen ja sirpaletiedon pönttäminen. Nyky-yhteiskunnassa lääkäreiden pätevyysvaatimukset ovat suurelta osin muuttuneet. Potilaiden ja lääkärin lähes tasavertainen mahdollisuus tiedonhankintaan ja -saantiin muuttavat potilas-lääkärisuhdetta. Lisäksi kenelläkään ei enää ole mahdollisuutta hallita koko lääketieteellisen tiedon valtavaa

määrää. Työelämän muutokset, etenkin tietotekniikan nopea kehitys sekä tiimityön ja ammattien välisen yhteistyön mahdollisuudet ja vaatimukset, asettavat uusia haasteita.

Aivan perustavaa laatua oleva periaate opetusohjelman sisällön uudistustyössä on siirtyminen tiede- ja ongelmalähtöisestä opetuksesta siihen, että opetuksen tavoitteet määritetään terveydenhuollon tarpeista lähtöisin (KUVA) (2). Tämä edellyttää koulutuksesta saatavien selkeiden kompetenssien (pätevyyksien) määrittelyä mutta myös sitä, että ryhdytään systemaattisesti analysoimaan, mitä vastavalmistunut lääkäri työssään kohtaa. Olemme esimerkiksi Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa käyttäneet opetuksen sisällön



suunnittelun pohjana Suomen terveyskeskuksista vuosien 2011–2013 aikana kerättyä tietoa noin 10 miljoonasta potilaskontaktista (Outi Elonheimo, henkilökohtainen tiedonanto) ja Helsingin kaupungin terveysasemilta noin 200 000 potilaskontaktista kerättyä lääkäriäkäyntitietoa (Pirkko Salo-Kekkilä, henkilökohtainen tiedonanto). Näitä taustatietoja voidaan muun muassa käyttää perusteluna nykymuotoisen opintosuunnitelman muutoksen tarpeelle. Tulosten perusteella onkin ilmeistä, että nykyisen opintosuunnitelman sisältö ei vastaa perusterveydenhuollon nykytilaa. Useiden alojen osalta opetamme tarpeeseen nähden turhan paljon joidenkin yleisten ongelmien puolestaan jäädessä vähäisemmälle huomiolle. Merkittävä kysymys on myös se, miten opintosuunnitelmaan saadaan mahtumaan uusia asioita ilman, että opiskelijoiden työmäärä kasvaa. Tämän pulman kanssa emme ole yksin. Kiintoisaa on seurata raportteja muiden maiden lääkärikoulutusten uudistamisprosesseista (3). Esimerkiksi Ruotsissa on valmiina ehdotus pidentää lääkärikoulutusta viidestä ja puolesta vuodesta kuuteen vuoteen (4). Meillä ei ole tarpeen pidentää kuusivuotista koulutustamme, mutta vakavasti on mietittävä, mikä on opetuksen perinteinen ydinaines ja miten uuden sisällyttäminen opintosuunnitelmaan parhaiten onnistuu (5).

Tiedonhallinta, kriittinen arviointi ja luova soveltaminen ovat vähitellen oivallettu olennaiseksi osaksi lääkärin koulutusta ja työtä. Näiden teemojen tunnistaminen ja sisällyttäminen opinto-ohjelmiin on tärkeää. Ammattien välinen yhteistyö ja palvelujärjestelmän tarpeiden huomioiminen lääkärikoulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa ovat sen sijaan jääneet vähemmälle huomiolle. Mielenkiintoista onkin lukea äskettäin julkaistu Ruotsin lääketieteellisten tiedekuntien opetuksen arviointiraportti (6). Siinä oli mukana kaksi työelämän edustajaa. Kävi ilmi, että noin puolet Ruotsin lääkärikouluista ei saanut hyväksyvä mainintaa vaan joutuu selvittämään vuoden kuluessa, miten aikoo parantaa opetuksensa puutteet, jotka lähes kaikissa tapauksissa olivat juuri ammattien välisen yhteistyön ja tiimityön koulutuksen puute. Meillä ei ole kansal-

lisesti määritelty koulutuksen sisältöjä lukuun ottamatta säteilysuojelukoulutusvelvollisuutta, joka tulee säteilydirektiivin ja kansallisen säteilyn käyttöä koskevan lainsäädännön kautta (7). Koulutuksen antajatahot sen sijaan on kansallisesti määritelty. Tämä asettaa koulutusta antaville lääketieteellisille tiedekunnille vastuun mutta antaa myös mahdollisuuden. Tieteellisen ajattelun sekä tiedollisten ja kliinisten taitojen ohella tulee opetukseen sisällyttää aiempaa enemmän terveyden edistämistä, moni- ja pitkäaikaissairaiden potilaiden kokonaisuuksien ja hoitoketjujen hallintaa, tiedonhaun taitoja, johtamista, it-yymmärrystä, yhteistyökykyä, virheiden ja valitusten kohtaamista, etiikkaa, kulttuurien ja kielten tuntemusta sekä kollegiaalisuutta. Opetuksen tarjoaja voi – ja sen myös täytyy tulevaisuudessa – olla verkostoitunut muiden koulutusten järjestäjien, kuten ammattikorkeakoulujen kanssa. Poissuljettua ei myöskään voi olla mahdollisuus toimia yhdessä muun työ- tai elinkeinoelämän kanssa. Terveydenhuollon tarpeet huomioiva vahvasti tieteellisen tutkimukseen perustuva lääketieteen koulutus on tulevaisuuden terveydenhuollon onnistumisen edellytys. ■



**ANNE PITKÄRANTA, opetusdekaani**  
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta  
Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, puheenjohtaja



**RISTO RENKONEN, dekaani**  
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta  
HUSLAB, ylilääkäri

#### KIRJALLISUUTTA

1. Berwick DM, Finkelstein JA. Preparing medical students for the continual improvement of health and health care: Abraham Flexner and the new “public interest”. *Acad Med* 2010;85:556–65.
2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, ym. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376:1923–58.
3. Huggan PJ, Samarasekera DD, Archuleta S, ym. The successful, rapid transition to a new model of graduate medical education in Singapore. *Acad Med* 2012;87:1268–73.
4. [www.regeringen.se/sb/d/108/a/211382](http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/211382).
5. Lucey CR. Medical education: part of the problem and part of the solution. *JAMA Intern Med* 2013;173:1639–43.
6. [www.uk-ambetet.se/2.782a298813a88dd0dad80007209.html](http://www.uk-ambetet.se/2.782a298813a88dd0dad80007209.html).
7. [www.finlex.fi/fi/viranomaiset/normi/555001/13830](http://www.finlex.fi/fi/viranomaiset/normi/555001/13830).