

Pekka Hänninen, Johanna Arola, Markus Forsberg, Jukka Hakkola, Juhana Hakumäki ja Seppo Parkkila

Määrän lisääminen ei riitä – tarvitaan kokonaisvaltainen tarkastelu

Lääkärikoulutus myrskyn silmässä

Lääkärikoulutuksen tulevaisuudesta keskustellaan vilkkaasti. Koulutuspaikkojen määrä on keskiössä, vaikka pelkkä opiskelijoiden sisäänoton lisääminen ei ratkaise terveydenhuollon työvoimahaasteita. Alan tulevaisuus riippuu useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta: koulutuksen kapasiteetista ja laadusta, ohjautumisesta erikoistumiseen sekä kliinisen työn muutoksesta ja muutoksen hallinnasta.

Terveydenhuollon henkilöstön kokonaismäärä on Suomessa kasvanut pitkään tasaisesti. Silti palvelujärjestelmässä esiintyy edelleen rekrytointivaikeuksia erityisesti perusterveydenhuollossa ja joillakin erikoisaloilla – ja haasteet ovat myös alueellisesti erilaisia. Tämä kertoo siitä, että työvoimatilannetta ei selitä yksinomaan valmistuvien määrä. Ammattilaisten sijoittuminen, työn organisointi ja työolosuhteet vaikuttavat tilanteeseen vähintään yhtä paljon. Ongelma on siis rakenteellinen eikä pelkästään määrällinen.

Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon työnjako on myös syytä huomioida keskustelussa. Koulutuksen päävastuu on Suomessa to tunnistettu julkisella sektorilla, mutta palvelujärjestelmä rakentuu molempien sektorien varaan. Siksi koulutusta tulee tarkastella osana koko terveydenhuoltojärjestelmän kehitystä ja työnjakoa.

Lääkärikoulutuksen sisäänottoa on lisätty merkittävästi kahden viime vuosikymmenen aikana. Uudet ehdotukset koulutusmäärien merkittävästä suurentamisesta edellyttävät juuri siksi huolellista harkintaa. Opiskelijamäärien lisäämiseen liittyy lukuisia haasteita: kun kasvu tapahtuu ilman vastaavaa resursointia, pienryhmäopetus hankaloituu ja potilaskohtaisten oppimisti-

lanteiden määrä opiskelijaa kohden vähenee.

Lääkärin ammatti perustuu ennen kaikkea kohtaamiseen. Kliininen päättely, vuorovaikutustaidot, anamneesin ottaminen ja kliininen tutkiminen kehittyvät vain riittävän ohjauksen ja kokemuksen kautta. Lääketiede on myös vahvasti tutkimukseen perustuva ala. Koulutuksen

laatu edellyttää tiivistä yhteyttä tieteelliseen tutkimukseen ja akateemiseen meritoitumiseen. Merkittävä osa kliinisesti työskentelevistä lääkäreistä osallistuu tutkimukseen ja väittelee tohtoriksi, lisäksi osa jatkaa tieteellistä uraansa erikoistumisen

rinnalla. Tutkimusperustaisuuden turvaaminen on keskeinen edellytys sille, että koulutus ja potilaiden hoito perustuvat ajantasaiseen tietoon – ja että myös tulevia kouluttajia on riittävästi. Näin varmistetaan terveydenhuollon laadukas ja kestävä toiminta myös tulevaisuudessa.

Lääkärin työn sisältö muuttuu nopeasti. Digitaalinen triage, etävastaanotot, etäseuranta ja tekoälyavusteisuus ovat jo osa terveydenhuollon arkea – kuitenkin vaikuttavuudeltaan vain vähän tutkittuina. Lääketieteen koulutusyksiköiden on kyettävä nopeasti panostamaan myös näiden potilaskontaktimuotojen koulutukseen ja tutkimukseen sekä potilasturvalliseen ja hyödylliseen käyttöön. Tulevaisuuden kliinisessä työssä korostuvat entistä enemmän inhimillinen päättelykyky, kriittinen ajattelu ja taito hyödyntää digitaalisia työkaluja asiantuntevasti. Tekoäly ei korvaa lääketieteen ammattilaista, mutta se muuttaa merkittävästi työn luonnetta. Siksi keskeinen kysymys ei ole vain se, kuinka monta lääkäriä valmistuu, vaan millaiseen työhön koulutus heitä valmistaa – ja millaisin valmiuksin.

Koulutusjärjestelmää arvioitaessa unohtuu usein, että peruskoulutus on vasta ensimmäinen vaihe. Erikoistumiskoulutus kestää useita vuosia ja muodostaa koko järjestelmän keskeisimmän ajallisen pullonkaulan, sillä valtaosa valmistuneista hakeutuu erikoistumisuralle. Pelkkä peruskoulutuksen laajentaminen ei ratkaise työvoiman välitöntä saatavuutta. Ennen kuin lääketieteen opinnot aloittava henkilö tuo täysipainoisen työpanoksensa valitsemallaan erikoisalalla, kuluu tyypillisesti reilut 12 vuotta. Palvelujärjestelmän lähivuosien haasteet on siksi ratkaistava muilla keinoin.

Muuttuva toimintaympäristö on tuonut koulutukselle uusia haasteita. Väestön monimuotoistuminen, ilmastonmuutosten vaikutukset ja kiristynyt turvallisuustilanne asettavat terveydenhuollolle vaatimuksia, joihin nykyinen koulutus vastaa vain osittain. Terveydenhuollon ammattilaisten on kyettävä toimimaan esimerkiksi suuronnettomuuksissa ja kriisitilanteissa, joissa järjestelmän normaali toimintakyky on koetuksella. Valmiuslääketieteen opetuksen vahvistamiseen on tiedekunnissa selkeä tahtotila, mutta sen toteuttaminen edellyttää lisäresursseja ja opetuskokonaisuuksien sisällöllistä priorisointia. Tämä ei ole irrallinen lisätehtävä vaan osa terveydenhuollon ydintoimintaa muuttuvassa turvallisuusympäristössä.

Vahvempaa kansallista ohjausta ja koulutuksen hajauttamista on ehdotettu ratkaisuiksi työvoimapulaan. Nämä avaukset ovat tärkeitä, mutta toteutuksessa on tunnistettava koulutuksen laatuun liittyvät reunaehdot. Hajauttaminen tähtää alueellisen saatavuuden parantamiseen mutta asettaa samalla uusia vaatimuksia koulutajaresursseille ja tutkimusympäristöille, lisää koulutuksen kustannuksia ja vaatii osin uudenlaista koordinaatiota. Ohjauksen vahvistaminen puolestaan edellyttää tiivistä yhteistyötä yliopistojen ja palvelujärjestelmän välillä, jotta ratkaisut perustuvat sekä tutkittuun tietoon että koulutuksen käytännön reunaehtoihin.

Koulutuksen sisällöllisen mitoituksen tulee perustua tutkittuun tietoon sekä asiantuntija-arvioihin väestön terveystarpeista, terveydenhuollon rakenteellisista muutoksista ja teknologisesta kehityksestä. Mahdollinen koulutusmäärien lisääminen on sidottava riit-

tävään resursointiin sekä koulutuksen laadun turvaamiseen. Merkittävä osa suomalaisista lääketieteen opiskelijoista opiskelee ulkomailla, jolloin osa Suomessa työskentelevistä uusista lääkäreistä on saanut peruskoulutuksensa muualla. Tämä koulutusväylä on otettava huomioon sekä työpaikkojen koulutuksellisissa valmiuksissa että koulutuksen kokonaismitoituksessa.

Lääkärikoulutuksen haasteisiin ei ole yksittäistä ratkaisua. Kestävä kehitys edellyttää, että koulutuksen määrä, laatu ja sisältö tarkastellaan kokonaisuutena ja sidotaan riittäviin resursseihin. Ratkaisut syntyvät pitkäjänteisellä koulutus- ja terveystaloudella – eivät yksittäisillä päätöksillä. ■

Pääkirjoitus on valmisteltu kaikkien viiden suomalaisen lääketieteellisen tiedekunnan dekaanien sekä Itä-Suomen yliopiston lääketieteen laitoksen johtajan yhteistyönä. Ryhmätyön ja tekstin valmistelun tukena on hyödynnetty tekoälytyökaluja.



PEKKA HÄNNINEN, professori, dekaani
Lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto

JOHANNA AROLA, molekyylipatologian professori, dekaani, ylilääkäri
Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto
HUS Diagnostiikkakeskus

MARKUS FORSBERG, farmakologian professori, dekaani
Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto

JUKKA HAKKOLA, farmakologian professori, dekaani
Lääketieteellinen tiedekunta, Oulun yliopisto

JUHANA HAKUMÄKI, kliinisen radiologian professori, lääketieteen laitoksen johtaja, ylilääkäri
Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto
Kliininen radiologia, KYS, Pohjois-Savon hyvinvointialue

SEPPO PARKKILA, anatomian professori, dekaani, asiantuntijalääkäri
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampereen yliopisto
Fimlab Laboratoriot OY

SIDONNAISUUDET

Pekka Hänninen: Luottamustoimet (Paavo Nurmi -keskus ry, hallituksen puheenjohtaja (Liikuntalääketieteen keskus))

Johanna Arola: Apuraha (VTR, Syöpäjärjestöt, HUS Diagnostiikkakeskus Tiederaha), osakas (Multipat OY ja TP Medicus OY)

Markus Forsberg: Osakas (Aurealis OY ja Fennogate Finland OY)

Jukka Hakkola: Ei sidonnaisuuksia

Juhana Hakumäki: Luottamustoimet (Suomen radiologiyhdistys ry, hallituksen puheenjohtaja; Hyvinvointiyhtymä ISLAB, hallituksen jäsen)

Seppo Parkkila: Ei sidonnaisuuksia