



LÄÄKETIETEEN PERUSKOULUTUKSEN ARVIOINTI

Hankesuunnitelma 13.3.2017

Sisältö

1. JOHDANTO	3
2. LÄÄKETIETEEN KOULUTUKSEN JÄRJESTÄMINEN.....	4
2.1 LÄÄKETIETEEN PERUSKOULUTUKSEN JÄRJESTÄMINEN.....	4
2.2 LÄÄKÄREIDEN TÄYDENNYSKOULUTUS	5
2.3 ERIKOISLÄÄKÄRIKOULUTUKSEN JÄRJESTÄMINEN JA UUDISTAMINEN	6
2.4 LÄÄKETIETEEN TUTKIMUSYMPÄRISTÖ	7
3. VALMISTUNEIDEN TYÖLLISTYMINEN JA LÄÄKÄRIEN TOIMINTAYMPÄRISTÖN MUUTOKSET	8
3.1 VALMISTUNEIDEN SIOJITTUMINEN TYÖMARKKINOILLE JA PALVELUJÄRJESTELMÄÄN	8
3.2 LÄÄKÄRIEN AMMATTI-IDENTITEETIN MUODOSTUMINEN	9
3.3 LÄÄKÄRIEN TOIMINTAYMPÄRISTÖSSÄ TAPAHTUVAT MUUTOKSET	9
4. ARVIOINNIN TAVOITTEET JA KOHTEET	11
4.1 ARVIOINNIN TAVOITTEET	11
4.2 ARVIOINTIKOHTEET JA -KYSYMYKSET	11
5. ARVIOINTIAINEISTO, SEN HANKINTA JA ANALYSOINTI	14
5.1 AINEISTONHANKINTAMENETELMÄT	14
5.2 AINEISTOJEN ANALYSOINTI JA TULOSTEN RAPORTOINTI	15
6. ARVIOINTIHANKKEEN ORGANISOINTI JA AIKATAULU.....	15
6.1 ARVIOINNIN TOTEUTTAMISEN VAIHEET JA ALUSTAVA KOKONAISAIKATAULU.....	15
6.2 ARVIOINTIRYHMÄ.....	17
6.3 KARVIN HANKEORGANISAATIO	17
7. VIESTINTÄ JA TIEDOTTAMINEN	18
LÄHTEET	19
LIITE 1. SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ.....	21
LIITE 2. ARVIOINTIPROSESSIN AIKATAULU	23

1. Johdanto

Kansallisen koulutuksen arviointikeskuksen (Karvi) yhteydessä toimiva korkeakoulujen arviointijaosto päätti toukokuussa 2016 toteuttaa valtakunnallisen lääketieteen peruskoulutuksen arvioinnin opetus- ja kulttuuriministeriön esityksestä. Arviointi toteutetaan vuosien 2017–2018 aikana. Arviointi kohdistuu suomalaisissa yliopistoissa toteutettavaan lääketieteen lisensiaatin tutkintoon johtavaan koulutukseen. Koulutusta järjestetään viidessä yliopistossa: Helsingin yliopistossa, Itä-Suomen yliopistossa, Oulun yliopistossa, Tampereen yliopistossa ja Turun yliopistossa.

Kyseessä on ensimmäinen lääketieteen peruskoulutusta koskeva valtakunnallinen arviointi. Arviointi ajoittuu ajankohtaan, jolloin lääkärikoulutuksen ja lääkärin toimintaympäristöt ovat suurten muutosten kohteena.

Arvioinnin suunnittelua varten korkeakoulujen arviointijaosto nimitti lokakuussa 2016 suunnitteluryhmän. Ryhmän tehtävänä oli laatia arviointijaostolle ehdotus arvioinnin hankesuunnitelmaksi, josta ilmenevät arvioinnin tavoitteet, arviointikohteet ja -kysymykset, arvioinnin menetelmät ja hankkeen alustava aikataulu. Suunnitteluryhmän kokoonpano oli seuraava:

Professori **Katrina Nordström**, Aalto-yliopisto, korkeakoulujen arviointijaoston jäsen (pj)

Yli lääkäri **Teppo Heikkilä**, sosiaali- ja terveysministeriö

LL-opiskelija **Henni Hiltunen**, Suomen Medisiinariliitto ry

Emeritusprofessori **Jussi Huttunen**, Duodecim

Varadekaani, professori **Risto Huupponen**, Turun yliopisto

Professori **Jyrki Mäkelä**, Oulun yliopisto

Varadekaani, professori **Tiina Paunio**, Helsingin yliopisto

Laitoksen johtaja, professori **Jukka Pelkonen**, Itä-Suomen yliopisto

Koulutusjohtaja **Kati Hakkarainen**, Tampereen yliopisto.

Suunnitteluryhmän työtä tukivat Karvista arvioinnin projektipäällikkö arviointineuvos **Kirsi Hiltunen** ja arviointiasiantuntija **Hannele Seppälä** (Seppälä 2.1.2017 alkaen).

Suunnitteluryhmä piti marraskuun 2016 – maaliskuun 2017 välisenä aikana neljä kokousta ja valmisteli korkeakoulujen arviointijaostolle tämän hankesuunnitelman. Hankesuunnitelman laatimisvaiheessa suunnitteluryhmä kuuli Lääkäriliittoa tämän tutkimusaineistoista ja hankkeista.

Arvioinnin suunnitteluvaiheen alussa syyskuussa 2016 yliopistoja ja sidosryhmiä tiedotettiin arvioinnin suunnittelun käynnistymisestä. Samassa yhteydessä kutakin lääketieteen koulutusta tarjoavaa yliopistoa pyydettiin nimeämään arvioinnin yhteyshenkilö, jonka tehtävänä on huolehtia arvioinnin toteutusvaiheessa hankkeeseen liittyvästä tiedonkulusta ja tiedonkeruusta yliopiston sisällä sekä muusta arviointiin liittyvästä käytännön toteutuksesta yliopistossa. Lisäksi jokaista yliopistoa pyydettiin nimeämään edustaja suunnitteluryhmään, joten suunnitteluryhmässä olivat edustettuina kaikki lääketieteen koulutusta tarjoavat yksiköt. Osallistamalla kaikki yksiköt arvioinnin suunnitteluun pyrittiin mm. varmistamaan tuotettavan arviointitiedon hyödynnettävyys yksiköissä koulutuksen kehittämistyössä ja näin edistämään arvioinnin vaikuttavuutta.

Hankkeen suunnittelu ja toteutus organisoidaan kahdessa erillisessä vaiheessa. Arvioinnin toteutusta varten korkeakoulujen arviointijaosto nimittää keväällä 2017 erillisen kansainvälisen arviointiryhmän.

Hankesuunnitelman kohdissa 2–3 kuvataan lääketieteen koulutuksen järjestäminen ja toimintaympäristö sekä valmistuneiden sijoittuminen työmarkkinoille ja lääkärin toimintaympäristössä tapahtuvat

muutokset. Kohdissa 4—5 kuvataan arvioinnin tavoitteet ja kohteet sekä arviointiaineisto ja kohdissa 6—7 arviointihankkeen organisointi ja aikataulu sekä hankkeeseen liittyvä viestintä.

2. Lääketieteen koulutuksen järjestäminen

2.1 Lääketieteen peruskoulutuksen järjestäminen

Lääketieteen koulutusta järjestetään viidessä yliopistossa: Helsingin yliopistossa, Itä-Suomen yliopistossa, Oulun yliopistossa, Tampereen yliopistossa ja Turun yliopistossa. Lääketieteen lisensiaatin tutkintoon johtavan lääketieteen peruskoulutuksen tavoitteena on laillistetun lääkärin pätevyys. Tutkinto on ylempi korkeakoulututkinto, ja sen yleisistä tavoitteista, rakenteesta ja suorittamisesta säädetään valtioneuvoston yliopistojen tutkinnoista antamassa asetuksessa (794/2004, 1351/2011)¹. Yliopistoilla on hyvin suuri autonomia päättää koulutuksen sisällöistä ja opetuksen organisoimisesta. Koulutukselle ei ole asetettu yhteisiä valtakunnallisia osaamistavoitteita.

Lääketieteellisellä alalla yliopisto voi järjestää ylempään korkeakoulututkintoon johtavan koulutuksen siten, että koulutukseen ei kuulu alempaa korkeakoulututkintoa. Lääketieteen lisensiaatin tutkintoon vaadittavien opintojen laajuus on 360 opintopistettä, jos yliopisto järjestää ylempään korkeakoulututkintoon johtavan koulutuksen siten, että koulutukseen ei kuulu alempaa korkeakoulututkintoa. Yliopiston on järjestettävä koulutus siten, että opiskelija voi suorittaa tutkinnon päätoimisesti opiskellen kuudessa lukuvuodessa. Opintoihin kuuluu pakollinen harjoittelu. Jokaisen lääketieteen koulutusta järjestävän yksikön yhteydessä toimii yliopistollinen sairaala, jossa lääketieteen koulutuksen kliininen opetus pääasiallisesti tapahtuu.

Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa on Suomen ainoa ruotsinkielinen lääketieteen koulutuksen linja, jolle hyväksytään 5 % lääkärikoulutukseen otettavien opiskelijoiden määrästä. Linjan opetuksesta noin puolet annetaan ruotsiksi. Opiskelijoiksi hyväksytään myös ruotsin kielikokeen läpäisseitä suomenkielisiä opiskelijoita.

Yliopistot päättävät opiskelijaksi ottamisesta ja opiskelijavalinnan menettelyistä. Jokainen lääketieteen lisensiaatin tutkintoon johtavaan koulutukseen hakeva on osallistunut valintakokeeseen, joka on järjestetty kerran vuodessa yhteistyössä Helsingin, Itä-Suomen, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistojen kanssa. Kyse ei ole kuitenkaan ollut varsinaisesta yhteisvalinnasta, joskin yhteisvalintamenettelyyn siirtymisestä on viime aikoina vahvasti puhuttu. Hakea on tällä hetkellä voinut vain yhteen yliopistoon ja yhteen koulutusohjelmaan. Koe on pidetty samanaikaisesti kaikissa yliopistoissa. Hyväksytyksi on voinut tulla joko valintakoepisteiden perusteella tai valintakokeesta ja ylioppilastutkinnosta saatavilla yhteispisteillä. Tavoitteena on ollut valita monipuolisesti lahjakkaita opiskelijoita. Yliopistojen opiskelijavalintajärjestelmää ollaan parhaillaan uudistamassa valtakunnallisesti opetus- ja kulttuuriministeriön linjausten mukaisesti. Yliopistojen tulossopimuksiin vuosille 2017—2020 on kirjattu, että vuoteen 2018

¹ Lääketieteen lisensiaatin tutkintoon johtavaa koulutusta järjestettäessä on lisäksi noudatettava lääkäreiden vapaan liikkuvuuden sekä heidän tutkintotodistustensa, todistustensa ja muiden muodollista kelpoisuutta osoittavien asiakirjojensa vastavuoroisen tunnustamisen helpottamisesta annettua Euroopan neuvoston direktiiviä 93/16/ETY.

mennessä yliopistot ottavat käyttöön opiskelijavalinnan, joka ei edellytä pitkää valmentautumista. Va-
linnat tulee jatkossa tehdä pääosin toisen asteen opintomenestyksen pohjalta. Uudistuksella on vaiku-
tuksia myös lääketieteen peruskoulutuksen opiskelijavalintaan.

2010-luvulla uusia lääkäreitä on valmistunut Suomessa noin 600 vuosittain; vuonna 2015 yliopistoissa
suoritettiin 625 lääketieteen lisensiaatin tutkintoa (Vipunen 2016). Aloituspaiikkoja on lisätty vuosien
2014—2016 aikana opetus- ja kulttuuriministeriön ja yliopistojen välisellä sopimuksella yhteensä 150
paikalla. Ministeriön arvion mukaan lääkärikoulutusta oli syytä lisätä, koska väestön ikääntyminen lisää
hoidon tarvetta ja lähivuosina huomattava määrä lääkäreitä on siirtymässä eläkkeelle. Sisäänottomää-
riä lisättiin 600 paikasta 750 aloituspaiikkaan, mikä merkitsee noin neljänneksen lisäystä aiempaan. Yli-
opistot saivat itse päättää, missä vaiheessa sisäänottomäärien lisäys toteutettiin. Valmistumisprosentti
on ollut perinteisesti korkea: lääketieteen koulutukseen hyväksytyistä opiskelijoista valmistuu noin
93—95 % (Vipunen 2016). Tutkintoa ulkomailla suorittavien suomalaisten lääketieteen opiskelijoiden
määrä on kaksinkertaistunut viimeisen viiden vuoden aikana: lukuvuonna 2015—2016 ulkomailla tut-
kintoa suorittavia oli 760 ja näistä joka neljäs Ruotsissa (Lähde: Kela).

Suomessa lääketieteen opiskelijat voivat toimia tilapäisesti lääkärin tehtävässä laillistetun lääkärin joh-
don ja valvonnan alaisena. Lääketieteen opiskelija, joka on suorittanut vähintään viiteen ensimmäiseen
opintovuoteen kuuluvat opinnot ja jolla on suoritettujen opintojen perusteella riittävät edellytykset
kyseisen tehtävän hoitamiseen, voi tilapäisesti toimia lääkärin tehtävässä, mukaan lukien päivystys,
laillistetun lääkärin johdon ja valvonnan alaisena. Lääketieteen opiskelija, joka on suorittanut hyväksy-
tysti vähintään neljään ensimmäiseen opintovuoteen kuuluvat opinnot ja ne lääkärin peruskoulutuk-
seen kuuluvat sen erikoisan opintojaksot, johon kuuluvissa tehtävissä hän aikoo toimia, ja jolla on
suoritettujen opintojen perusteella riittävät edellytykset kyseisen tehtävän hoitamiseen, voi toimia
lääkärin tehtävässä laillistetun lääkärin johdon ja valvonnan alaisena erikoissairaanhoidon toimintayk-
sikössä tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Päivystävän lääkärin tehtävässä toimimisen edellytyk-
senä on lisäksi, että hänellä on laillistetun lääkärin välitön johto ja valvonta (Asetus terveydenhuollon
ammattihenkilöistä 564/1994).

Yliopistot tekevät yhteistyötä koulutuksen suunnittelussa, vaikka toteutustavat ja koulutussisältöjen
painotukset poikkeavatkin yliopistoittain. Suomen yliopistot UNIFI ry:n koordinoiman lääketieteellisen
alan strategia- ja vaikuttavuushankkeen loppuraportin mukaan työnjakoa ja yhteistyötä olisi mahdol-
lisuus vielä lisätä pienemmillä ja kapeilla erityisalueilla (Suomen yliopistot ry UNIFI 2015). Hankkeessa
suositeltiin myös nk. ”core curriculum” kehitystyön jatkamista opetussuunnitelmien ja osaamistavoit-
teiden yhtenäistämiseksi ja opetuksen kehittämiseksi vastaamaan tulevaisuuden tarpeita (mm. valin-
naisaineiden muodossa). Lisäksi suositeltiin yhteistyön vahvistamista yliopiston ja paikkakunnan mui-
den laitosten (toiset yliopistot, ammattikorkeakoulut, valtion tutkimuslaitokset jne.) kesken sekä yli-
opiston ja yliopistosairaalan välisen tutkimus- ja opetusyhteistyön muotojen tiivistämistä.

2.2 Lääkäreiden täydennyskoulutus

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira myöntää hakemuksen perusteella oikeuden har-
joittaa lääkärin ammattia Suomessa sekä Suomessa että ulkomailla koulutetuille terveydenhuollon am-
mattihenkilöille (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Ammattihenkilölain mukaan
lääkäri on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja
sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin.

Täydennyskoulutusta toteutetaan sekä työpaikoilla ns. toimipaikkakoulutuksena (tyypillisesti noin kaksi tuntia viikossa) että työpaikan ulkopuolisena koulutuksena. Suomen Lääkäriliitto suosittelee, että lääkärit osallistuisivat työpaikkansa ulkopuoliseen täydennyskoulutukseen vähintään kymmenen päivää vuodessa (Suomen Lääkäriliitto 2014). Työpaikan ulkopuolista koulutusta järjestävät erityisesti lääkärin tieteelliset ja ammatilliset yhdistykset. Lisäksi suomalaiset lääkärit osallistuvat kansainvälisiin lääketieteellisiin konferensseihin. Erikoislääkärikoulutuksen lisäksi yliopistoilla ja yliopistollisilla sairaaloilla on lisäkoulutusohjelmia eri alojen erikoislääkäreille. Lääkäriliitolla puolestaan on oma erityispätevyysjärjestelmänsä. Tukeakseen lääkärin mahdollisuuksia riittävään täydennyskoulutukseen Lääkäriliitto on perustanut yhdessä Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Finska Läkaresällskapetin kanssa Pro Medico ry:n, joka tarjoaa työväliseen, jonka avulla lääkäri voi suunnitella ja arvioida ammatillista kehittymistään sekä tietoa lääkärin jatko- ja täydennyskoulutustilaisuuksista.

2.3 Erikoislääkärikoulutuksen järjestäminen ja uudistaminen

Huomattava osa lääkäreistä erikoistuu uransa aikana. 50-vuotiaista lääkäreistä noin 80 % on erikoistunut. Vuosina 2002—2011 laillistetuille lääkäreille tehdyn kyselytutkimuksen mukaan jokseenkin kaikki nuoret lääkärit olivat joko erikoistuneet, olivat erikoistumassa tai aikoivat suorittaa erikoislääkärin tutkinnon; ainoastaan 1 % vastaajista oli päättänyt olla erikoistumatta ja päätöstä erikoistumisesta ei ollut vielä tehnyt 4 % vastaajista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

Erikoislääkärikoulutus on nykyisin ammatillista jatkokoulutusta. Koulutusta annetaan 50:llä lääketieteen erikoisalalla. Yliopistot vastaavat koulutuksen sisällöstä ja laadusta sekä antavat koulutuksesta todistuksen. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) myöntää erikoislääkärin laillistuksen yliopiston antaman todistuksen perusteella. Erikoislääkärilääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta säädetään STM:n valmistelemissa lainsäädännössä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja STM:n asetus erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta (56/2015)). Asetuksen mukaan erikoislääkärikoulutuksen pituus on viisi tai kuusi vuotta erikoisalasta riippuen.

Erikoislääkärikoulutuksen järjestämisessä on käynnissä merkittävä muutosvaihe ja koulutuksen kehittämisestä on keskusteltu Suomessa vilkkaasti viime vuosina. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen valtakunnallinen ohjaus siirrettiin vuoden 2015 alusta opetus- ja kulttuuriministeriöstä sosiaali- ja terveysministeriöön. Tavoitteena oli vahvistaa sosiaali- ja terveysministeriön mahdollisuuksia ohjata erikoistumiskoulutusta ja sen mitoitusta. Näin oli tarkoitus turvata aiempaa paremmin riittävä määrä osaavia erikoislääkäreitä eri erikoisaloille. Uudistuksen tavoitteena oli myös parantaa erikoislääkärikoulutuksen laatua, tehokkuutta ja työelämävastaavuutta vahvistamalla koulutuksen kansallista koordinaatiota ja varmistamalla kehittämisen yhteys kansainväliseen kehitykseen aiempaa paremmin. (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2013 ja 2016a).

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen kehittämiseksi julkaistiin joulukuussa 2016 toimenpideohjelma, jossa on sovittu erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen kehittämisen suunnaviivoista ja aikataulusta vuosille 2017—2019 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b). Laadukkaan ja

palvelujärjestelmän² kehittämistä tukevan erikoistumiskoulutuksen varmistamiseksi erikoistumiskoulutukseen luodaan mm. avoin valintamenettely ja omaa erikoisalaansa pohtiville tarjotaan ajantasaista tietoa eri erikoisalojen koulutuksen ja työtilanteesta. Lisäksi yliopistojen roolia koulutuksen koordinoijana ja laadun varmistajana lisätään. Erikoistumiskoulutukseen luodaan yhteinen teoreettinen koulutuskehys³, määritellään erikoisalakohtaiset osaamistavoitteet ja koulutusten sisällöt yhtenäistetään valtakunnallisesti. Valtakunnallisen erikoislääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen koordinaatiosta ja strategisesta ohjauksesta vastaavan koordinaatiojaoston asettamana tavoitteena on, että lääkärien erikoistumisaste on 85 %. Lääketieteen perus- ja erikoistumiskoulutuksen tarvetta tullaan arvioimaan lähitulevaisuudessa kokonaisuutena yhteistyössä koordinaatiojaoston, STM:n, OKM:n ja yliopistojen kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriö korvaa julkiselle palvelujärjestelmälle lääkäri-, hammaslääkäri-, erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta koituvia kustannuksia. Korvauksesta säädetään terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) ja STM:n asetuksissa (STM:n asetus lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen korvauksen perusteista vuonna 2016 349/2016, STM:n asetus lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen korvauksiin ja yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista 1125/2013).

2.4 Lääketieteen tutkimusympäristö

Korkeakoulutukseen ja tutkimukseen on kohdistunut viime vuosina huomattavia uudistuksia ja rahoitusleikkauksia. Tiedekunnissa entistä tärkeämmässä roolissa on pitkäjänteinen, hyvin suunniteltu henkilöstöstrategia, jotta tulevaisuudessakin voidaan taata laadukas, tutkimusperustainen opetus.

Terveydenhuollon merkittävässä kliinisissä ja hallinnollisissa asiantuntijatehtävissä vaaditaan lääketieteen kliinisen koulutuksen lisäksi tutkijankoulutusta. Tutkimusresurssien kiristyessä korostuu yliopiston ja lääketieteellisten tiedekuntien merkitys lääkäreiden tutkijankoulutuksessa ja lääketieteellisessä tutkimuksessa entisestään. Tohtorikoulutus tapahtuu tällä hetkellä Suomen kaikissa lääketieteellisissä tiedekunnissa tutkijakoulujen tohtoriohjelmissa. Helsingin yliopistossa on neljä tutkijakoulua, joista yksi on terveyden tutkimuksen tutkijakoulu. Kaikissa muissa yliopistoissa toimii yksi tutkijakoulu tai tohtorikoulu, joiden sisällä on kliininen tohtoriohjelma tai vastaava sekä useita erilaisia biolääketieteellisiä ja translationaalisia tohtoriohjelmiä. Kaikki lääketieteelliset tiedekunnat ovat tiiviisti kytköksissä yliopistollisiin keskussairaaloihin. Suurin osa tutkimuksista tehdäänkin sairaaloiden ja lääketieteellisten tiedekuntien tutkijoiden yhteistyönä sekä valtion tutkimuslaitoksissa. Lääketieteellisten tiedekuntien ja sairaaloiden lisäksi biolääketieteellistä, farmakologista ja lääketieteellisen tekniikan tutkimusta tehdään yliopistojen muissa, lähinnä biotieteiden ja farmasian tiedekunnissa, Åbo Akademiassa, Aalto-yliopistossa ja Tampereen teknillisessä yliopistossa. Suomen lääketieteellisen tutkimuksen laatua mittaava Top ten -indeksi on 1.09, mikä on samaa tasoa kuin muissa EU15 maissa (Suomen Akatemia 2016).

² Palvelujärjestelmällä tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestävää ja tuottavaa järjestelmää.

³ Koulutuskehys on määritelmä erikoislääkäri- tai erikoishammaslääkäri-osaamistavoitteista ja näiden tavoitteiden saavuttamisesta erikoistumiskoulutuksen aikana. Se muodostaa erikoistumiskoulutuksen rungon.

3. Valmistuneiden työllistyminen ja lääkärin toimintaympäristön muutokset

3.1 Valmistuneiden sijoittuminen työmarkkinoille ja palvelujärjestelmään⁴

Lääkärien määrä on kasvanut Suomessa tasaisesti 2000-luvulla. Lääkäriliiton julkaiseman vuositilaston mukaan laillistettuja lääkäreitä oli 1.1.2016 yhteensä 28 600, joista naisten osuus oli 54 %. Laillistetuista lääkäreistä työikäisiä (alle 65 v.) ja Suomessa asuvia oli 21 000. Suomessa on 262 asukasta yhtä työikäistä lääkäriä kohden. Myös muiden EU-maiden lääkärit hankkivat laillistuksia Suomesta. Kaikki heistä eivät hakeudu Suomeen töihin, joten maassa oleva lääkäri työvoima on pienempi kuin laillistettujen lääkärin määrä. Vuonna 2016 työikäisistä lääkäreistä 59 % oli erikoistunut. Suomessa oli yhteensä 12 300 työikäistä erikoislääkäreitä, joilla oli yhteensä 15 000 erikoislääkärin-oikeutta. Naisten osuus erikoislääkäreistä oli 60 %. (Suomen Lääkäriliitto 2016).

Lääkärit sijoittuvat varsin hyvin työmarkkinoille valmistumisensa jälkeen. Yliopistojen ura- ja rekrytointipalvelujen Aarresaari-verkoston vuonna 2014 toteuttaman kyselyn mukaan vuonna 2009 lääketieteen peruskoulutuksesta valmistuneista vain 4 % oli ollut työttömänä jossain vaiheessa valmistumisensa jälkeen (Aarresaari 2015). Kyselyn mukaan lääketieteen alalta valmistuneet olivat tyytyväisimpien joukossa sekä suorittamaansa tutkintoon työuran kannalta että arvioidessaan työuraansa tavoitteiden mukaiseksi. Suomen Lääkäriliiton, Itä-Suomen yliopiston ja Tampereen yliopiston yhteistyössä toteuttaman Lääkäri 2013 -tutkimuksen mukaan nuoret lääkärit, ts. vuosina 2002–2011 laillistetut lääkärit, ovat myös erittäin tyytyväisiä ammatinvalintaansa: vuonna 2013 noin 90 % olisi ryhtynyt edelleen lääkäriksi, jos olisi silloin ollut aloittamassa opintojaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

Vuonna 2014 työssä olevista lääkäreistä 70 % työskenteli julkisella sektorilla: 68 % kunnilla ja 3 % valtiolla. Yksityinen sektori työllisti siten 30 % lääkäreistä. Lääkäreistä 65 % työskenteli sairaalassa tai terveyskeskuksessa, 17 % yksityisellä lääkäriasemalla tai -keskuksessa, 5 % muussa toimipaikassa (mm. lääketeollisuudessa, työvoimaa välittävässä yritysessä), 4 % yliopistossa, 4 % muussa kunnallisessa toimipaikassa kuin sairaalassa tai terveyskeskuksessa, 3 % valtion virastossa tai laitoksessa ja 2 % säätiön, yhdistyksen tai järjestön palveluksessa. (Lääkäriliitto 2015).

Nuorista työssä olevista lääkäreistä, ts. vuosina 2002–2011 laillistetuista lääkäreistä, 83 % työskenteli vuonna 2013 kuntien tai kuntayhtymien palveluksessa, 13 % yksityisellä sektorilla ja 4 % päätoimisesti yliopistolla tai valtion virastossa. Sairaala oli edelleen nuorten lääkärin suurin työllistäjä: noin 60 % nuorista lääkäreistä ilmoitti toimipaikakseen kunnallisen sairaalan, ja näistä yli puolet työskenteli yliopistollisessa keskussairaalassa. Reilu viidennes (23 %) nuorista lääkäreistä työskenteli terveyskeskuksissa: valtaosa terveyskeskusten lääkäreistä (86 %) oli työsuhteessa suoraan kuntaan ja loput 14 % työskenteli yksityisen työvoimaa välittävän tai vuokraavan firman kautta. Työterveyshuollossa työskenteli päätoimisesti noin 6 % tutkimukseen osallistuneista nuorista lääkäreistä, joista suurin osa yksityisessä työterveyshuollossa. Vuonna 2013 nuorista lääkäreistä kolmasosa oli väitelleitä tai väitöskirjaa tekeviä: kyselyyn vastanneista väitöskirjan oli tehnyt 13 % ja väitöskirja oli tekeillä 17 %:lla vastaajista. Vain 17 % vastaajista oli päättänyt olla tekemättä väitöskirjaa, 41 % ei ollut vielä tehnyt mitään päätöstä väitöskirjasta ja 12 % aikoi tehdä väitöskirjan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

⁴ Liitteessä 1 kuvataan Suomen terveydenhuoltojärjestelmä.

3.2 Lääkärin ammatti-identiteetin muodostuminen

Päätös lääkäriin uralle hakeutumisesta tehdään usein melko aikaisin. Jopa neljäsosa lääkäreistä on päättänyt hakeutua opiskelemaan lääketiedettä jo ennen lukiota (Knight & Mattick 2006). Sosiaalinen tausta vaikuttaa lääkäriksi hakeutumiseen. Suomessa yhä useamman lääkäriin vanhemmista vähintään toinen on lääkäri (Sumanen et al. 2015). Myös ympäristötekijöillä, kuten suosituilla TV-sarjoilla on vaikutusta (McHugh et al. 2011).

Sekä lääkäriin ammattiin hakeutumisessa että myöhemmin myös erikoisalalan valinnassa työn sisällöllä on merkittävä vaikutus tehtävään valintaan (Hyppölä et al. 1998, Heikkilä et al. 2015, Heikkilä et al. 2016). Erikoisalalan valinta on prosessi, joka yleensä käynnistyy perusopintojen aikana. Lopullinen valinta tehdään usein ensimmäisinä vuosina valmistumisen jälkeen. Lääketieteellisen tiedekunnan opettajilla ja ensimmäisten työpaikkojen kollegoilla onkin keskeinen merkitys erikoisalalan valinnassa (Heikkilä et al. 2016). Myös lääkäriin persoonallisuus vaikuttaa siihen, mille erikoisalalle hän hakeutuu (Vaidya et al. 2004, Hojat & Zuckerman 2008).

Suomessa lääkärit ovat kaiken kaikkiaan varsin tyytyväisiä valintoihinsa. Yli 80 % lääkäreistä hakeutuisi uudestaan opiskelemaan lääketiedettä, vaikka voisi valita uudestaan ja lähes 90 % erikoislääkäreistä valitsisi edelleen saman erikoisalalan (Heikkilä et al. 2015, Heikkilä et al. 2016).

Suomalaisista lääkäreistä noin 75 % kokee itsensä auttajaksi, työryhmän jäseneksi ja terveysasiantuntijaksi, noin 70 % kuuntelijaksi ja noin 50 % lääkkeiden määrääjäksi, terveyskasvattajaksi, lohduttajaksi ja kutsumuslääkäriksi (Sumanen et al. 2015).

3.3 Lääkärien toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset

Suomen väkiluvun ennustetaan nousevan 5,77 miljoonaan vuoteen 2030 mennessä (Tilastokeskus). Samaan aikaan yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 19,9 %:sta 26 %:iin vuoteen 2030 ja 29 %:iin vuoteen 2060 mennessä. Arvioiden mukaan Suomessa on 2030-luvulla Euroopan Unionin vanhusvoittoisin väestö (Nieminen 2005). Tämän johdosta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä että yhteiskunnan kantokyky tulevat kohtaamaan suuria haasteita.

STM:ssä on parhaillaan valmistelussa Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strategisen ohjelman (29.5.2015) mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus. Käytännössä uudistus tarkoittaa mm. sitä, että julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirretään kunnilta ja kuntayhtymiltä vuoden 2019 alusta alkaen 18 maakunnalle, sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistetään kaikilla tasoilla asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi, sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavainen rahoitus yksinkertaistetaan ja lisätään ihmisten valinnanvapautta palveluissa, ja sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta ja toimintamalleja uudistetaan perusteellisesti. Osana uudistusta aiotaan säätää valinnanvapauslain säädäntö, jonka mukaan käyttäjä voi itse valita palveluiden julkisten, yksityisten tai kolmannen sektorin tuottajan. Myös sairaaloiden työnjakoa, sosiaalipäivystystä ja yhteispäivystyspalveluja tullaan uudistamaan. Vaativin erikoisalapäivystys kootaan 12 sairaalaan, joissa ylläpidetään ympärivuorokautista laajan päivystyksen yksikköä, ja yliopistolliset sairaalat tarjoavat kaikkein vaativinta hoitoa.

Sosiaali- ja terveydenhuolto on tällä hetkellä keskellä voimakasta teknologiakehitystä. Sipilän hallitusohjelma tukee voimakkaasti digitalisaation kehittämistä. Digitalisaation kehittäminen on myös keskei-

nen osa käynnissä olevaa sote-uudistusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Lääkärin toimintaympäristön kannalta digitalisaatio ja muu teknologian, kuten geeniteknologian, kehitys tulee tarkoittamaan kehittyviä työvälineitä ja hoitoja, parempaa tiedon saatavuutta ja tutkimusmahdollisuuksia sekä kansalaisille ja potilaille tarjottavien palveluiden muutosta.

Osana sote-uudistusta on tarkoitus uudistaa myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon toimintakulttuuria. Ammattihenkilöiden työn- ja tehtävänjakoa on tarkoitus kehittää siten, että ammattilaiset voivat toisaalta tehdä nykyistä joustavammin erilaisia työtehtäviä oman osaamisensa puitteissa ja toisaalta keskittyä niihin työtehtäviin, jotka kuuluvat kunkin ammattilaisen ydinosaamiseen. Koulutuksen näkökulmasta tämä tarkoittaa toisaalta vahvan ydinosaamisen ja samanaikaisesti riittävän yleisosaamisen antamista koulutuksen aikana. Samalla koulutus on painottumassa perustutkinto-opetuksesta kohti jatkuvaa ammatillista kehittymistä.

Sekä osana sote-uudistusta että erityisesti teknologian kehityksen kautta potilas-lääkärisuhde on tällä hetkellä voimakkaassa murroksessa. Potilaat ovat aikaisempaa tietoisempia omasta terveydentilastaan sekä sairauksistaan. He pystyvät tarkkailemaan ja tulevaisuudessa myös arvioimaan omaa terveydentilaansa erilaisten teknisten apuvälineiden avulla. Tämän myötä lääkärin patriarkaalinen asema potilaaseensa nähden on muuttumassa tasa-arvoisemmaksi suhteeksi, jossa lääkärin rooliksi muodostuu esimerkiksi asiantuntija, neuvonantaja tai valmentaja. Samalla potilaasta on tulossa yhä enemmän asiakas. Suomessa sote-uudistuksen osana oleva potilaan valinnanvapauden lisääminen osaltaan voimistaa tätä kehitystä.

Yhteenvetona lääkärin ja lääketieteen koulutuksen toimintaympäristöstä voidaan todeta, että toimintaympäristössä on tapahtumassa suuria muutoksia, jotka asettavat uusia tarpeita sekä koulutukselle että lääkärin osaamiselle. Terveydenhuollossa eletään suurten muutosten aikaa. Digitalisaation kehitys on voimakasta, eri terveydenhuollon ammattiryhmien rooli ja työnjako ovat muuttumassa, ja potilaan rooli ja valinnanvapaus ovat lisääntymässä. Tulevaisuuden lääkärin työssä tulevat korostumaan nykyistä enemmän moninaisen ja monimutkaisen tiedon hallinta ja sen tulkinta potilaalle, vuorovaikutustaidot, moniammatillisuus ja tiimityö. Kliinisessä työssä vaaditaan todennäköisesti monipuolisia taitoja, joiden kehittämiseksi korostuu kyky jatkuvaan oppimiseen ja ammatilliseen kehittymiseen. Nousevien opiskelijamäärien aiheuttamaan haasteeseen haetaan vastausta kliinisen vaiheen koulutusta hajauttamalla keskussairaaloihin.

Käynnissä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukset tulevat tarkoittamaan muutoksia lääketieteen perus- ja erikoistumiskoulutukseen. Koska koulutusta toteutetaan palvelujärjestelmässä, muutosten myötä joudutaan jatkossa pohtimaan, millaisia vaikutuksia uudistuvalla palvelujärjestelmällä on koulutuksen käytännön toteuttamiseen. Lisäksi järjestelmän uudistaminen tullee edellyttämään uudenlaista osaamista, mikä tulee huomioida koulutuksessa. Koulutuksen tulee myös kyetä mukautumaan nykyistä joustavammin nopeasti muuttuvaan toimintaympäristöön. Käynnissä olevat uudistukset vaativat myös yliopistojen ja palvelujärjestelmän nykyistä tiiviimpää yhteistyötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b).

4. Arvioinnin tavoitteet ja kohteet

4.1 Arvioinnin tavoitteet

Karvin arvioinnit perustuvat kehittävän arvioinnin periaatteeseen (Valtioneuvoston asetus Kansallisesta koulutuksen arviointikeskuksesta 1317/2013). Kehittävä arviointi korostaa osallistavuutta sekä arvioinnin toteuttajan ja arviointiin osallistuvan välistä luottamusta sekä korkeakoulujen vastuuta toimintansa laadun kehittamisestä; koulutuksen arvioinnit organisoidaan siten, että ne tukevat sekä arviointiprosessin että -tulosten osalta paikallista, alueellista ja valtakunnallista kehittämistä ja päätöksentekoa (Koulutuksen arviointisuunnitelma vuosille 2016—2019). Arvioinnin tehtävänä on siten myös tiedon tuottaminen koulutuspoliittista päätöksentekoa ja ohjausta varten. Kehittävässä arvioinnissa korostuvat myös eri sidosryhmien näkökulmien huomioon ottaminen ja eri osapuolten välisen vuorovaikutuksen luominen.

Lääketieteen peruskoulutuksen arvioinnin keskeisenä tavoitteena on tuottaa kokonaiskuva ja tietoa koulutuksen tilasta sekä vahvuuksista ja kehittämistarpeista suhteessa muuttuviin lääkärin työn osaamisvaatimukseen ja tulevaisuuden toimintaympäristöön. Arvioinnin tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää lääketieteen peruskoulutuksen kehittämisessä sekä soveltuvin osin erikoislääkärikoulutuksen kehittämisessä.

Kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi lääketieteen peruskoulutuksesta koulutusta tarkastellaan kolmesta näkökulmasta: 1) koulutusta tarjoavien yliopistojen, 2) opiskelijoiden sekä 3) työelämän ja sen eri toimijatahojen kannalta. Arvioinnin tavoitteena on tuottaa kehittävän arvioinnin periaatteen mukaisesti tietoa koulutuksen vahvuuksista ja kehittämistarpeista. Lisäksi tavoitteena on kerätä ja välittää arvioinnin aihealueisiin liittyviä hyviä käytäntöjä lääketieteen koulutusta tarjoavien yksiköiden kehittämistyön tueksi.

4.2 Arviointikohteet ja -kysymykset

Arvioinnin tavoitteisiin vastataan parhaiten, kun lääketieteen peruskoulutusta arvioidaan kokonaisvaltaisesti tarkastelemalla seuraavia arviointikohteita: 1) *Koulutuksen suunnittelua* tarkastelemalla saadaan tietoa koulutuksen pedagogisista lähtökohdista ja opetussuunnitelman laadintaprosessista, toimintaympäristön muutosten ja tulevaisuuden osaamisvaatimusten huomioimisesta koulutuksen suunnittelussa sekä koulutukselle asetetuista tavoitteista ja tutkinnon rakenteesta. 2) *Koulutuksen toteutuksen* arvioinnin kautta saadaan kuva oppimisympäristöistä, opetus- ja ohjausmenetelmistä, oppimisen ja osaamisen arvioinnista, opettajien osaamisesta ja sen kehittamisestä sekä yliopistoyhteisön hyvinvoinnista. 3) *Koulutuksen tuottamaan osaamiseen ja työelämävalmiuksiin* liittyviä arviointikohteita ovat harjoittelu, uraohjaus ja -polut, koulutuksen antamat valmiudet jatkuvalla ammatilliselle kehitymiselle sekä työelämäyhteistyö ja sen laadunhallinta tulevaisuuden toimintaympäristössä. 4) *Koulutuksen jatkuvaa kehittämistä ja uudistamista* arvioimalla tuotetaan tietoa osaamis- ja uudistamistarpeiden ennakoinnista, arviointi- ja palautetiedon hyödyntämisestä sekä yliopistojen välisestä yhteistyöstä.

Arviointikohteet sekä niitä strukturoivia arviointikysymyksiä on koottu taulukkoon 1.

Taulukko 1. Arviointikohteet ja -kysymykset

1. Koulutuksen suunnittelu	
Arviointi tuottaa tietoa:	Arviointikysymyksiä
<ul style="list-style-type: none"> • koulutuksen pedagogisista lähtökohdista ja opetussuunnitelman laadintaprosessista • toimintaympäristön muutosten ja tulevaisuuden osaamisvaatimusten huomioimisesta koulutuksen suunnittelussa • koulutukselle asetetuista tavoitteista ja tutkinnon rakenteesta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Millaiset pedagogiset lähtökohdat ja oppimiskemetykset ohjaavat lääketieteen opetusta ja oppimista? Millaisia vaikutuksia näillä on opetukseen ja oppimiseen? • Millaisen prosessin kautta opetussuunnitelma syntyy? Miten työelämä (kliininen työ- ja tutkimusympäristö) osallistuu opetussuunnitelman laadintaan ja kehittämiseen? Millaista yhteistyötä on sosiaalihuollon kanssa? • Miten toimintaympäristön muutokset ja tulevaisuuden osaamisvaatimukset (mm. moniammatillisuus, vuorovaikutustaidot ja digitaalinen osaaminen) otetaan huomioon koulutusta suunniteltaessa? • Millaisia tavoitteita lääketieteen peruskoulutukselle on asetettu? • Miten osaamistavoitteet ja koulutussisällöt (ml. ydinainesanalyysi) on määritelty? • Miten tutkinnon rakenne tukee koulutukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamista?
2. Koulutuksen toteutus	
Arviointi tuottaa tietoa:	Arviointikysymyksiä
<ul style="list-style-type: none"> • oppimisympäristöistä, opetus- ja ohjausmenetelmistä • oppimisen ja osaamisen arvioinnista • opettajien osaamisesta ja sen kehittämisestä • yliopistoyhteisön hyvinvoinnista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miten oppimisympäristöt tukevat koulutukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamista ja opiskelijoiden osaamisen kehittymistä? Tukeeko oppimisympäristö toimimista kehittyvissä digitaalisissa terveydenhuollon järjestelmissä? • Miten opetusmenetelmät tukevat osaamistavoitteiden saavuttamista? Ovatko opetusmenetelmät opiskelijoita aktivoiva, tukevatko ne opiskelijoiden omaa oppimista ja tiedon yhteisöllistä rakentamista? Antavatko ne valmiudet elinikäiseen oppimiseen? • Miten toimivia ovat opiskelijan ohjauksen käytännöt? • Miten oppimista ja osaamista arvioidaan? Tukevatko arviointimenetelmät ja -käytännöt osaamisen asteittaista kehittymistä? Kuinka arviointia kehitetään? • Miten opettajien osaamista kehitetään? Millaista pedagogista koulutusta opettajille tarjotaan? • Millaisia vaikutuksia toimintaympäristön muutoksilla on opettajien rekrytointiin ja osaamisen kehittämiseen? Miten opettajien opetusansiot ja -taidot huomioidaan rekrytoinneissa? • Kuinka opettajien urapolkua edistetään ja hyvästä opetuksesta palkitaan? • Miten opiskelijoiden ja henkilöstön hyvinvoinnista huolehditaan?

3. Koulutuksen tuottama osaaminen ja työelämävalmiudet	
Arviointi tuottaa tietoa:	Arviointikysymyksiä
<ul style="list-style-type: none"> • harjoittelusta • uraohjauksesta ja -poluista • koulutuksen antamista valmiuksista jatkuvalla ammatilliselle kehitymiselle • työelämäyhteistyöstä ja sen laadunhallinnasta tulevaisuuden toimintaympäristössä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miten opiskelijoiden harjoittelu kliinisessä työssä toteutuu? • Miten toimivia ovat harjoittelun ohjauskäytännöt? • Miten toimivaa uraohjaus on opiskelijan siirtyessä työelämään? • Tuetaanko lääketieteen peruskoulutuksessa valmiuksien kehittymistä muihin kuin kliinikkolääkärin tehtäviin (esim. asiantuntija-, opetus- ja tutkimustehtäviin, hallinnollisiin tehtäviin ja johtamistehtäviin)? Tuetaanko pitkäjänteistä ja monipuolista, asiantuntijuuteen tähtäävää urapolkua? • Millaisia valmiuksia lääketieteen peruskoulutus antaa jatkuvalla ammatilliselle kehitymiselle? • Miten lääketieteen koulutusyksiköiden työelämäyhteistyö toteutuu? Kuinka toteutuu yhteistyö lääketieteellistä tutkimusta tekevien yksiköiden kanssa? • Miten työelämäyhteistyön laatu varmistetaan muuttuvassa toimintaympäristössä?
4. Koulutuksen jatkuva kehittäminen ja uudistaminen	
Arviointi tuottaa tietoa:	Arviointikysymyksiä
<ul style="list-style-type: none"> • osaamis- ja uudistamistarpeiden ennakoinnista • arviointi- ja palautetiedon hyödyntämisestä • yliopistojen välisestä yhteistyöstä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miten lääketieteen koulutusyksiköt ennakoivat osaamistarpeita ja reagoivat koulutuksen uudistamistarpeisiin? • Miten koulutusta kehitetään ja uudistetaan tietoon perustuen (arviointi- ja palautetieto, kv-referenssit)? Miten palautetieto vaikuttaa koulutuksen kehittämiseen? • Millä tavalla uudistaminen on jatkuvaa? • Miten opiskelijat ja sidosryhmät ovat mukana kehittämisessä? • Kuinka henkilöstöstrategiassa huomioidaan koulutuksen jatkuvan kehittämisen ja uudistamisen tarve? • Miten yliopistojen välinen yhteistyö edistää koulutuksen suunnittelun ja toteutuksen laatua?

Arviointiryhmä voi tarvittaessa fokusoida ja täydentää arviointikohteita ja -kysymyksiä hankkeen tavoitteet huomioon ottaen.

5. Arviointiaineisto, sen hankinta ja analysointi

5.1 Aineistonhankintamenetelmät

Arviointiaineiston hankinnassa on tarkoituksenmukaista käyttää useita aineistonhankintamenetelmiä. Arviointiaineiston kerääminen toteutetaan vaiheittain. Aineiston keruu ja arviointi etenevät kumulatiivasti siten, että seuraava tiedonkeruuvaihe perustuu edeltäneissä vaiheissa saatuun arviointitietoon. Arvioinnin menetelmiä valittaessa huomioidaan tiedon keräämisestä aiheutuva kuormittavuus. Lääketieteen koulutusta tarjoavia yksiköitä, opiskelijoita, työelämää ja sen eri toimijatahoja sekä koulutuksen valtakunnallisesta kehittämisestä vastaavia toimijoita osallistetaan useissa tiedon keruun vaiheissa.

Seuraavat menetelmät ja aineistot ovat keskeisiä arviointitiedon tuottamisessa ja arvioinnin toteuttamisessa:

- Tiivistelmät opetussuunnitelmista sisältäen: koulutukselle asetetut tavoitteet; tutkintorakenteen kokonaisuus siten, että kaikki opintojaksot opintopisteineen on listattu otsikkotasolla; kultakin vuosikurssilta 2 esimerkkiä opintojaksojen kuvauksista (ml. osaamistavoitteet, opetusmenetelmät ja osaamisen arviointi); kuvaus harjoittelusta ja sen tavoitteista
- Sidosryhmien kuuleminen teemahaastatteluin tai työpajoin: Lääkäriliitto, Medisiinariliitto, Nuorten Lääkärien Yhdistys, opetus- ja kulttuuriministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, työelämä (sairaanhoitopiirit, perusterveydenhuolto, yksityinen sektori), Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Työterveyslaitos
- Lääketieteen koulutusta tarjoavien yksiköiden itsearviointit myöhemmin ohjeistettavalla tavalla; itsearviointien toteuttamisessa on tarkoituksenmukaista olla edustettuna monitahoinen joukko keskeisiä toimijaryhmiä
- Opiskelijoiden yksikkökohtaiset itsearviointit opiskelijoiden näkökulmasta keskeisistä arvioinnin kohteista myöhemmin ohjeistettavalla tavalla; itsearviointien toteuttamisessa on tarkoituksenmukaista olla edustettuina opiskelijoita mahdollisimman laajasti eri vuosikursseilta
- 1-päiväiset arviointivierailut lääketieteen koulutusta tarjoaviin yksiköihin myöhemmin suunnitellulla tavalla. Vierailulla kerätään tietoa seuraavilta toimijaryhmiltä: yksikön johto, opetushenkilöstö, opiskelijat, alumnit ja sidosryhmät; muut mahdolliset aineistonhankintamenetelmät vierailun aikana.
- Ennen tulosten raportointivaihetta toteutettava kansallinen seminaari, jossa keskustellaan arviointiryhmän alustavista arvioinnin tuloksista ja johtopäätöksistä arvioinnin kohteena olevien yksiköiden ja sidosryhmien kanssa.

Lisäksi arvioinnissa hyödynnetään aiempaa lääketieteen koulutusta ja toimintaympäristöä koskevaa tutkimus- ja selvitystietoa.

Hankesuunnitelma voi edellyttää joitakin tarkennuksia ja täydennyksiä arvioinnin toteutusvaiheessa, esimerkiksi aineistonkeruun tai aikataulun osalta. Kaikkia yksityiskohtia ei ole välttämättä voitu ottaa

huomioon suunnitteluvaiheen aikana, ja osa ratkaisuista on jätetty arviointivaiheessa päätettäviksi. Tarvittaessa hankesuunnitelmaa tarkennetaan ja päivitetään hankkeen edetessä.

Arviointi toteutetaan englannin kielellä, joten lääketieteen koulutusta tarjoavilta yksiköiltä pyydettyvät aineistot toimitetaan Karviin englanniksi. Myös muu aineiston keruu toteutetaan englannin kielellä.

5.2 Aineistojen analysointi ja tulosten raportointi

Arviointiryhmä vastaa aineistojen analysoinnista ja tuottaa analysoinnin pohjalta englanninkielisen loppuraportin, joka julkistetaan hankkeen päätösseminaarissa keväällä 2018. Arviointiryhmällä on raportista yhteinen vastuu. Raportin ja arvioinnin johtopäätösten tulee perustua arvioinnin aikana tuotettuun, kerättyyn ja dokumentoituun tietoon.

Kaikki arviointiryhmän jäsenet osallistuvat aineistojen analysointiin sekä raportin kirjoittamiseen. Raportin toimittamisesta ja viimeistelystä vastaavat arviointiryhmän puheenjohtaja ja arviointiryhmän työtä tukevat Karvin edustajat.

Loppuraportin lisäksi arviointiryhmä laatii kirjallisen yksikkökohtaisen palautteen kullekin arvioinnin kohteena olevalle yksikölle koulutuksen vahvuuksista, hyvistä käytänteistä ja kehittämistarpeista.

6. Arviointihankkeen organisointi ja aikataulu

6.1 Arvioinnin toteuttamisen vaiheet ja alustava kokonaisaikataulu

Arvioinnin alustava kokonaisaikataulu, toteutusvaiheet ja arviointiin osallistuvat tahot on kuvattu taulukossa 2. Taulukossa kuvataan myös ne aineistonkeruumenetelmät, joita on suunniteltu käytettäviksi arvioinnin eri vaiheissa. Arviointiryhmä päättää arvioinnin käytännön toteutuksesta ja siten lopullisesta aikataulusta.

Taulukko 2. Lääketieteen peruskoulutuksen arvioinnin toteuttamisen vaiheet ja alustava aikataulu



Hankkeen loppuvaiheessa arvioinnin vaikuttavuutta ja arviointitiedon hyödyntämistä pyritään edistämään siten, että arviointiryhmä tekee loppuraportissaan arvioinnin tuloksiin pohjautuvan esityksen konkreettisista toimista, joiden avulla voidaan välittää arvioinnin aihealueisiin liittyviä hyviä käytäntöjä valtakunnallisesti koulutuksen kehittämistyön tueksi ja joiden avulla voidaan tukea kehittämissuosituksen toimeenpanoa.

Liitteessä 2 kuvataan arviointiprosessin yksityiskohtaisempi alustava aikataulu.

6.2 Arviointiryhmä

Korkeakoulujen arviointijaosto nimittää keväällä 2017 kansainvälisen arviointiryhmän arviointia toteuttamaan. Arviointiryhmä sisältää myös kansallisia asiantuntijoita, joilla on Suomessa annettavan lääketieteen peruskoulutuksen tuntemusta. Arviointiryhmä koostuu 5–6 asiantuntijasta. Arviointiryhmän kokoonpanossa tulee painottua arviointialueen ja -kohteiden monipuolinen asiantuntemus sekä arviointi- ja tutkimusmenetelmäosaaminen. Arviointiryhmän kokoonpanosta tulee löytyä:

- lääketieteen peruskoulutuksen asiantuntemusta
- arviointiosaamista ja -kokemusta
- pedagogista asiantuntemusta
- toimintaympäristön asiantuntemusta
- työelämän edustus
- opiskelijoiden edustus.

Lisäksi arvioitsijoiden pätevyysvaatimuksina pidetään riippumattomuutta ja objektiivisuutta arvioida, halua ja kykyä sitoutua täysipainoiseen arviointityöhön sekä kykyä hoitaa arviointitehtävä englannin kielellä.

Arviointiryhmä päättää arvioinnin käytännön toteutuksesta, kuten menetelmien soveltamisesta ja sisäisestä työnjaostaan. Arviointiryhmä vastaa arviointitiedon tulkinnasta sekä yksikkökohtaisten palautteiden ja loppuraportin laatimisesta. Kaikki arviointiryhmän jäsenet osallistuvat edellä mainittujen tehtävien toteuttamiseen.

6.3 Karvin hankeorganisaatio

Kaksi asiantuntijaa Karvista vastaavat hankkeen käytännön toteutuksesta toimien tiiviissä yhteistyössä arviointiryhmän kanssa. Ensisijaisena tehtävänä on huolehtia hankesuunnitelman toteutumisesta, huolehtia arviointiprojektin tiedottamisesta sekä muusta viestimisestä yliopistoihin ja sidosryhmille, huolehtia aineiston keruun käytännön organisoimisesta sekä osallistua yksikkökohtaisten palautteiden ja loppuraportin laatimiseen ja toimittamiseen.

7. Viestintä ja tiedottaminen

Arviointihanke noudattaa Karvin viestintäsuunnitelmaa. Arvioinnin hyödynsaajia ovat lääketieteen koulutusta tarjoavat yksiköt, opettajat, opiskelijat, opetus- ja kulttuuriministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö ja eri sidosryhmät. Arviointihankkeen etenemisestä tiedotetaan yliopistojen yhteyshenkilöitä sekä Karvin verkkosivuilla. Lisäksi hankkeen eri vaiheissa järjestetään kansallisia tilaisuuksia (aloituseminaari, sidosryhmien kuulemiset ja työpaja arvioinnin alustavista tuloksista) sekä esitellään arvioinnin toteutusta ja tuloksia erilaisissa tilaisuuksissa ja tapahtumissa.

Arvioinnin tuloksista laaditaan englanninkielinen loppuraportti, joka julkaistaan hankkeen päätösseminaarissa eri sidosryhmiä osallistaen. Loppuraportti sisältää suomen- ja ruotsinkieliset tiivistelmät arvioinnin keskeisistä tuloksista. Arvioinnin tulokset saatetaan lääketieteen koulutusta tarjoavien yksiköiden, koulutuksen ohjauksesta vastaavien tahojen sekä sidosryhmien tietoon ja käyttöön. Loppuraportin lisäksi kullekin arvioinnin kohteena olleelle yksikölle lähetetään kirjallinen yksikkökohtainen palaute. Arviointiryhmä laatii loppuraporttiin arvioinnin tuloksiin pohjautuvan esityksen konkreettisista toimista, joiden avulla arviointitietoa voidaan hyödyntää arvioinnin vaikuttavuuden edistämiseksi.

Hankkeen päätösvaiheessa arviointiprosessista kerätään palautetta arviointiin osallistuneilta yksiköiltä ja arviointiryhmältä.

Lähteet

Aarresaari 2015. Kooste vuoden 2014 syksyllä kerätystä aineistosta, jossa tarkastellaan vuonna 2009 ylempään korkeakoulututkinnon suorittaneiden työuran alkua 15.6.2015.

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994.

Heikkilä TJ, Hyppölä H, Vänskä J., Aine T., Halila H., Kujala S., Virjo I., Sumanen M., Mattila K. Factors important in the choice of a medical career: a Finnish national study. BMC Medical Education; 2015;15:169.

Heikkilä TJ, Hyppölä H., Vänskä J., Halila H., Kujala S., Virjo I., Sumanen M., Kosunen E., Mattila K. What predicts doctors' satisfaction with their chosen medical specialty? A Finnish national study. BMC Medical Education 2016;16:125.

Hojat M., Zuckerman M. 2008. Personality and specialty interest in medical students. Med Teach 2008; 30:400–406.

Hyppölä H., Kumpusalo E., Neittaanmäki L., Mattila K., Virjo I., Kujala S., Luhtala R., Halila H. & Isokoski M. Becoming a doctor – was it the wrong career choice? Soc Sci Med 1998;47(9):1383–1387.

Knight LV, Mattick K. 2006. "When I first came here, I thought medicine was black and white": making sense of medicals students' ways of knowing. Soc Sci Med 2006;63:1084–1096.

Koulutuksen arviointisuunnitelma vuosille 2016-2019. Kansallinen koulutuksen arviointikeskus 2016.

Kuntaliitto 2017a. Tiedot haettu 30.1.2017 osoitteessa <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/aluejaot/kuntien-lukumaara/Sivut/default.aspx>

Kuntaliitto 2017b. Tiedot haettu 30.1.2017 osoitteessa <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/Sivut/default.aspx>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

McHugh SM, Corrigan MA, Sheikh A., Lehane E., Broe P., Hill AD. A study of the factors influencing school-going students considering medical careers. Surgeon 2011;9(4):191–194.

Nieminen M. 2005. Eurooppa eläköityy eri tahtiin. Tilastokeskus. http://www.stat.fi/tup/tietotrendit/tt_01_05_nieminen.html

Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Erikois- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjauksen siirto opetus- ja kulttuuriministeriöstä sosiaali- ja terveysministeriöön. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:46.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3548-8>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Lääkäri 2013 - Kyselytutkimus vuosina 2002-2011 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:12.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutustarpeen arviointi vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:57.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen valtakunnallinen toimenpideohjelma vuosille 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:62.

Sumanen M., Vänskä J., Heikkilä T., Hyppölä H., Halila H., Kujala S., Kosunen E., Virjo I., Mattila K. Physician 2013. Questionnaire survey to physicians qualified during 2002–2011. Reports and memorandums 2015:12. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health. (in Finnish with English summary)

STM:n asetus erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta (56/2015).

STM:n asetus lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen korvauksen perusteista vuonna 2016 349/2016.

STM:n asetus lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen korvauksiin ja yliopistotasoisien terveyden tutkimuksen rahoitukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista 1125/2013.

Suomen Akatemia 2016. Tieteen tila 2016.

Suomen Lääkäriliitto 2014. Lääkärien ammatillisen kehittymisen ja täydennyskoulutuksen suuntaviivat – Lääkäriliiton suositus 10.4.2014.

Suomen Lääkäriliitto 2015. Lääkärit Suomessa – Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2014.

Suomen Lääkäriliitto 2016. Lääkärit 2016.

Suomen yliopistot ry UNIFI 2015. Lääketieteen alan koulutuksen ja tutkimuksen rakenteellinen kehittäminen ja profilointi -hankkeen loppuraportti 28.2.2015.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Tilastokeskus. Väestö. http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Vaidya NA, Slerles FS, Raida MD, Fakhoury FJ, Przybeck TR, Cloninger CR. Relationship Between Specialty Choice and Medical Student Temperament and Character Assessed With Cloninger Inventory. Teach Learn 2004;16:150–156.

Valtioneuvoston asetus Kansallisesta koulutuksen arviointikeskuksesta 1317/2013.

Valtioneuvoston asetus yliopistojen tutkinnoista 794/2004.

Valtioneuvoston asetus yliopistojen tutkinnoista annetun valtioneuvoston asetuksen 13 ja 14 §:n muuttamisesta 351/2011.

Liite 1. Suomen terveydenhuoltojärjestelmä

Terveydenhuoltojärjestelmän perusta on valtion tuella toteutettu kunnallinen terveydenhuolto. Julkisen sektorin ohella palveluja tuotetaan yksityisissä yrityksissä. Suomessa toimii myös laaja terveysjärjestöjen kenttä, joka tuottaa sekä maksullisia että maksuttomia palveluja.

Järjestelmän ohjaus. *Sosiaali- ja terveysministeriö* vastaa terveydenhuoltojärjestelmän ohjauksesta: se valmistelee lainsäädännön ja ohjaa sen toteutumista, johtaa ja ohjaa terveydenhuollon palvelujen kehittämistä ja toimintapolitiikkaa sekä määrittelee terveyspolitiikan suuntaviivat, valmistelee keskeiset uudistukset ja ohjaa niiden toteuttamista ja yhteensovittamista.

Luvat ja valvonta. *Aluehallintovirastot*⁵ ohjaavat ja valvovat kunnallista ja yksityistä terveydenhuoltoa sekä arvioivat kuntien peruspalveluiden saatavuutta ja laatua. Ne myöntävät yksityisten terveyspalvelujen tuottajien luvat. Aluehallintovirastot edistävät yhteistyössä kuntien kanssa terveyspalvelujen kehittämistä valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti sekä ehkäisevän terveyspolitiikan toteuttamista. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto *Valvira* ohjaa, valvoo ja hoitaa lupahallintoa sosiaali- ja terveydenhuollossa, alkoholihallinnossa ja ympäristöterveydenhuollossa. Valvira tekee yhteistyötä aluehallintovirastojen kanssa mm. laatimalla yhteisiä valvontaohjelmia, joissa on myös tarkemmin sovittu työnjaosta aluehallintovirastojen ja Valviran kesken.

Kunnat vastaavat terveydenhuollon järjestämisestä ja merkittävältä osin myös palveluiden tuottamisesta. Ne voivat tuottaa perusterveydenhuollon palvelut yksin tai muodostaa keskenään kuntayhtymiä. Kunta voi myös ostaa terveyspalveluja muilta kunnilta, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. *Terveyskeskus* on Suomessa terveydenhoidon perusyksikkö. Se voi muodostua useista terveysasemista ja terveyskeskussairaaloista. Terveyskeskus vastaa laaja-alaisesti koko perusterveydenhuollosta. Valtio tukee palvelujen järjestämistä maksamalla kunnille valtionosuutta. Valtion osuus kunnan terveydenhuoltoon määräytyy laskennallisesti kunnan asukasluvun, asukkaiden ikäjakauman, sairastavuuden ja eräiden muiden tekijöiden perusteella. Kunta voi periä palveluista myös asiakasmaksuja. Vuoden 2017 alussa kuntia oli 311 (Kuntaliitto 2017a).

Suomessa terveyskeskusten toiminta ja siten myös terveyskeskuslääkärin työnkuva on verrattain laaja ja sisältää useita sellaisia toimenpiteitä, jotka monissa muissa maissa kuuluvat ko. alojen erikoislääkäreille (mm. haavanhoito ja muut pienet kirurgiset toimenpiteet, sydämen rasiuskokeet, suoliston tähtystykset ja gynekologiset tutkimukset). Terveyskeskusten toiminta sisältää lääkärinvastaanoton lisäksi vuodeosastoja sairaalahoitoa tarvitseville, perustason ensihoidon, äitiys- ja neuvolapalveluja, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja, iäkkäiden neuvontapalveluja, mielenterveyspalveluja, seurantatutkimuksia ja rokotusohjelmat. Joissakin terveyskeskuksissa on saatavilla myös erikoislääkärinpalveluja.

Lainsäädännössä määriteltyjen palvelujen laajuudesta, sisällöstä ja järjestämisen tavasta päätetään paikallisesti. Toiminta ja palvelut rahoitetaan pääosin kunnallisveroilla. Laissa määritellään keskeiset kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon palvelut, jotka kuntien on järjestettävä, mutta ei yksityiskohtaisesti palvelujen laajuutta, sisältöä tai järjestämistapaa.

⁵ Aluehallintovirastoja on Manner-Suomessa kuusi. Ahvenanmaalla valtion aluehallintoviranomaisena toimii Ahvenanmaan valtionvirasto.

Sairaanhoitopiirit. Kuntien muodostamat *sairaanhoitopiirit* vastaavat erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueellaan. Jokaisen kunnan tulee kuulua johonkin sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymät suunnittelevat ja kehittävät erikoissairaanhoidon niin, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon palvelut, joita perusterveydenhuollon ei ole tarkoituksen mukaista tuottaa. Palvelut on annettava yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. Vuoden 2017 alussa sairaanhoitopiirejä oli 20 (Kuntaliitto 2017b). Vaativan erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään yli sairaanhoitopiirien rajojen yliopistosairaaloiden (5 kpl) erityisvastuualueiden pohjalta. Valtioneuvoston asetuksella säädetään siitä, mitkä ovat erityisvastuualueita ja mitkä sairaanhoitopiirit kuuluvat mihinkin erityisvastuualueeseen.

Yksityiset palvelut. Yksityiset palveluntuottajat (yritykset, järjestöt ja säätiöt) voivat myydä palvelujaan joko kunnille, kuntayhtymille tai suoraan asiakkaille. Yritysten ja järjestöjen osuus terveystalouden tuotannosta on 2000-luvun aikana jatkuvasti kasvanut. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa myös yksityisen palvelutuotannon yleisestä ohjauksesta ja palveluja koskevasta lainsäädännöstä.

Kunta voi ostaa yksityisiä sosiaali- ja terveystalouksia osoittamalleen asiakkaalle. Tällöin asiakas maksaa palvelusta asiakasmaksulain mukaisesti. Kunnan ostamien yksityisten palveluiden maksamiseen voi käyttää myös palveluseteliä. Kunta tai kuntayhtymä päättää, ottaako se palvelusetelin käyttöön ja mihin palveluihin se antaa setelin. Sairausvakuutus korvaa potilaalle osan yksityisten lääkäreiden ja hammaslääkäreiden palkkioista. Korvaukset haetaan Kelasta.

Työterveyshuolto. Työterveyshuolto täydentää terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien muodostamaa palvelujärjestelmää. Suomessa työnantajalla on työterveyshuoltolain perusteella velvollisuus järjestää työsopimus- ja virkasuhteessa oleville työntekijöilleen ehkäisevä työterveyshuolto. Lisäksi työnantaja voi järjestää yleislääkäritasoisia sairaanhoidon palveluita. Suomessa työterveyshuolto vastaakin merkittävältä osin myös työikäisen väestön perustason sairaanhoidosta. Työnantaja hankkii työterveyshuollon palvelut esimerkiksi kunnallisesta terveyskeskuksesta tai yksityiseltä lääkärikeskukselta. Kela korvaa työnantajalle työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneita tarpeellisia ja kohtuullisia kustannuksia sairausvakuutuslain perusteella. Työterveyshuolto on työntekijöille maksutonta.

Liite 2. Arviointiprosessin aikataulu

Kokonaisuudessaan arviointiprosessi toteutuu seuraavan alustavan aikataulun mukaisesti:

Toukokuu 2016	Korkeakoulujen arviointijaoston päätös arvioinnin toteuttamisesta
Syyskuu 2016	Yliopistojen ja sidosryhmien tiedottaminen arvioinnin suunnittelun käynnistämisestä
Lokakuu 2016	Korkeakoulujen arviointijaosto nimittää arvioinnin suunnitteluryhmän
Marraskuu 2016 - maaliskuu 2017	Suunnitteluryhmän kokoukset
Maaliskuu 2017	Korkeakoulujen arviointijaosto hyväksyy arvioinnin hankesuunnitelman.
Huhtikuu 2017	Korkeakoulujen arviointijaosto nimittää arviointiryhmän arviointia toteuttamaan
Huhtikuu - toukokuu 2017	Opetussuunnitelmien tiivistelmien keruu
Toukokuu - Syyskuu 2017	Lääketieteen koulutusta tarjoavien yksiköiden ja opiskelijoiden yksikkökohtaiset itsearviointit
Kesäkuu - syyskuu 2017	Aloitusseminaari / sidosryhmien kuulemiset temaattisin haastatteluin tai työpajoin
Marraskuu - joulukuu 2017	Arviointivierailut yliopistoihin
Kevät 2018	Kansallinen seminaari arvioinnin alustavista tuloksista ja johtopäätöksistä
Kevät 2018	Yksikkökohtaisten palautteiden ja arviointiraportin kirjoittaminen
Kevät 2018	Päätösseminaari ja raportin julkistaminen
Kevät 2018	Palautekysely arvioinnin kohteena olleille yksiköille ja arviointiryhmän jäsenille