

*Tutkimustoiminta terveyskeskuksissa:*  
**nykytila ja tulevaisuus**  
**Selvityshenkilöiden raportti**

---





# KUVAILULEHTI

<b>Julkaisija</b> Sosiaali- ja terveysministeriö		<b>Julkaisun päivämäärä</b> 09.03.2005	
<b>Tekijät</b> (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Jukka Mattila, Marjukka Mäkelä		<b>Julkaisun laji</b> Selvityshenkilöiden raportti	
		<b>Toimeksiantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	
		<b>HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä</b>	
<b>Julkaisun nimi</b> Tutkimustoiminta terveyskeskuksissa: nykytila ja tulevaisuus. Selvityshenkilöiden raportti (Forskningsverksamheten vid hälsovårdscentralerna: nuläget och framtiden. Utredningspersonernas rapport)			
<b>Tiivistelmä</b> Selvitystyössä kartoitettiin terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen, sen rahoituksen ja sitä tukevan koulutuksen nykytilaa. Kartoituksen perusteella on tehty ehdotuksia perusterveydenhuollon tutkimuksen vahvistamiseksi. Ehdotukset on koottu kahdeksi kokonaisuudeksi: tutkimustyön kehittämisen kannalta oleelliset toimenpiteet ja erikseen keinot, joilla perusterveydenhuoltoa voidaan kehittää lisääntyvän tutkimuksen avulla.  Selvitystyö tähtäsi perusterveydenhuoltoa tukevan ja kehittävän tutkimuksen edistämiseen terveyskeskuksissa, päämääränä väestön terveyden parantaminen. Selvityksessä tehtiin kysely terveyskeskusten johtaville lääkäreille, haastateltiin yliopistojen edustajia ja terveyskeskuksessa toimivia tutkijoita, kartoitettiin perusterveydenhuoltoa koskevia tieteellisiä julkaisuja sekä tutustuttiin muiden maiden järjestelyihin, joilla tuetaan tutkimusta perusterveydenhuollossa.  Selvityshenkilöt ovat tiivistäneet johtopäätöksensä kolmeentoista ehdotukseen. Ensimmäiset kahdeksan pyrkivät tukemaan perusterveydenhuollon tutkimusta tavoilla, jotka voidaan toteuttaa myös erillisinä. Jälkimmäiset viisi tähtäävät sellaisen uuden kokonaisuuden rakentamiseen, jonka avulla parhaiten voitaisiin tukea tutkimustiedon hyödyntämistä ja ohjata perusterveydenhuollon kehittämistä.			
<b>Avainsanat:</b> (asiasanat) kehittäminen, laatu, perusterveydenhuolto, rahoitus, terveyskeskukset, tutkimus			
<b>Muut tiedot</b> www.stm.fi			
<b>Sarjan nimi ja numero</b> Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:4		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> Painettu 952-00-1634-1 PDF 952-00-1635-x
<b>Kokonaissivumäärä</b> 97	<b>Kieli</b> Suomi	<b>Hinta</b> 14,04	<b>Luottamuksellisuus</b> Julkinen
<b>Jakaja</b> Yliopistopaino Kustannus PL 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 HELSINGIN YLIOPISTO Puhelin (09) 7010 2363 books@yliopistopaino.fi		<b>Kustantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	



## PRESENTATIONSBLAD

<b>Utgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet	<b>Utgivningsdatum</b> 09.03.2005		
<b>Författare</b> (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Jukka Mattila, Marjukka Mäkelä	<b>Typ av publikation</b> Utredningspersonernas rapport		
	<b>Uppdragsgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet		
	<b>Projektnummer och datum för tillsättandet av organet</b>		
<b>Publikationens titel</b> Forskningsverksamheten vid hälsovårdscentralerna: nuläget och framtiden. Utredningspersonernas rapport (Tutkimustoiminta terveystieteissä: nykytila ja tulevaisuus. Selvityshenkilöiden raportti)			
<b>Referat</b> Utredningspersonerna kartlade nuläget av den forskning som genomförs vid hälsovårdscentralerna, forskningens finansiering och den utbildning som stöder forskningen. På basis av kartläggningen har utredningspersonerna kommit fram med förslag om stärkandet av forskning inom primärvården. Förslagen utgör två helheter: de åtgärder som är väsentliga för utvecklandet av forskningsarbetet samt de åtgärder som kan användas för att utveckla primärvården med hjälp av mer forskning.  Utredningen syftade till att främja den forskning som stöder och utvecklar primärvården, med målsättningen att förbättra befolkningens hälsa. Utredningspersonerna skickade en enkät till chefläkare vid hälsovårdscentralerna, intervjuade företrädare för universiteten samt forskare som arbetar vid hälsovårdscentralerna, gjorde en kartläggning av vetenskapliga publikationer inom primärvården samt bekantade sig med utländska arrangemang som stöder forskning inom primärvården.  Utredningspersonerna har sammanfattat sina slutsatser i tretton förslag. De åtta första förslag syftar till att stöda forskning inom primärvården på sätt som även kan förverkligas separat. De fem sista förslag syftar till att bygga upp en ny helhet som kan användas för att på bästa sätt stöda utnyttjandet av forskningsresultat och styra utvecklandet av primärvården.			
<b>Nyckelord</b> finansiering, forskning, hälsovårdscentraler, kvalitet, primärvård, utveckling			
<b>Övriga uppgifter</b> <a href="http://www.stm.fi/svenska">www.stm.fi/svenska</a>			
<b>Seriens namn och nummer</b> Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2005:4		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> Tryckt 952-00-1634-1 PDF 952-00-1635-x
<b>Sidoantal</b> 97	<b>Språk</b> Finska	<b>Pris</b> 14,04	<b>Sekretessgrad</b> Offentlig
<b>Försäljning</b> Helsingfors Universitetsförlaget PB 4 (Berggatan 3 A) Tfn (09) 7010 2363 <a href="mailto:books@yliopistopaino.fi">books@yliopistopaino.fi</a>		<b>Förlag</b> Social- och hälsovårdsministeriet	



## DOCUMENTATION PAGE

<b>Publisher</b> Ministry of Social Affairs and Health, Finland		<b>Date</b> 09.03.2005	
<b>Authors</b> Jukka Mattila, Marjukka Mäkelä		<b>Type of publication</b> Report	
		<b>Commissioned by</b> Ministry of Social Affairs and Health	
		<b>Date of appointing the organ</b>	
<b>Title of publication</b> Research in Health Centres: present state and future. Report by the Rapporterus ad int			
<b>Summary</b> <p>The survey focused on the present state of research conducted within health centres in Finland, its financing and the training provided in support of it. Based on the outcome of the survey, proposals have been put forth to strengthen the re-search in primary health care. The proposals have been divided into two groups: measures that are vital to the development of research and means to develop pri-mary health care by increasing research.</p> <p>The aim of the survey was to promote the research carried out in health centres that supports and develops primary health care with a view to improving the population's health. The survey included a questionnaire to chief physicians at health centres, interviews with representatives of universities and researchers employed at health centres, a review of scientific publications dealing with primary health care and of arrangements in other countries to support research in primary health care.</p> <p>The rapporteurs a.i. have summarised their conclusions in thirteen proposals. The first eight of them aim at supporting the research in primary health care in ways that can also be realised separately. The remaining five proposals focus on building up a new body that would best support the use of research findings and steer the development of primary health care.</p>			
<b>Key words</b> development, financing, health centres, primary health care, quality, research			
<b>Other information</b> www.stm.fi			
<b>Title and number of series</b> Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2005:4		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> Printed 952-00-1634-1 PDF 952-00-1635-x
<b>Number of pages</b> 97	<b>Language</b> Finnish	<b>Price</b> 14,04	<b>Publicity</b> Public
<b>Orders</b> Helsinki University Press PO Box 4 (Vuorikatu 3 A) FI-00014 HELSINKI UNIVERSITY, FINLAND Tel +358 9 7010 2363 books@yliopistopaino.fi		<b>Financier</b> Ministry of Social Affairs and Health	





## *TIIVISTELMÄ JA KESKEISET SUOSITUKSET*

Selvitystyössä kartoitettiin terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen, sen rahoituksen ja sitä tukevan koulutuksen nykytilaa. Kartoituksen perusteella on tehty ehdotuksia perusterveydenhuollon tutkimuksen vahvistamiseksi. Ehdotukset on koottu kahdeksi kokonaisuudeksi: tutkimustyön kehittämisen kannalta oleelliset toimenpiteet ja erikseen keinot, joilla perusterveydenhuoltoa voidaan kehittää lisääntyvän tutkimuksen avulla.

Selvitystyö tähtäsi perusterveydenhuoltoa tukevan ja kehittävän tutkimuksen edistämiseen terveyskeskuksissa, päämääränä väestön terveyden parantaminen. Selvityksessä tehtiin kysely terveyskeskusten johtaville lääkäreille, haastateltiin yliopistojen edustajia ja terveyskeskuksessa toimivia tutkijoita, kartoitettiin perusterveydenhuoltoa koskevia tieteellisiä julkaisuja sekä tutustuttiin muiden maiden järjestelyihin, joilla tuetaan tutkimusta perusterveydenhuollossa.

Selvityshenkilöt ovat tiivistäneet johtopäätöksensä kolmeentoista ehdotukseen. Ensimmäiset kahdeksan pyrkivät tukemaan perusterveydenhuollon tutkimusta tavoilla, jotka voidaan toteuttaa myös erillisinä. Jälkimmäiset viisi tähtäävät sellaisen uuden kokonaisuuden rakentamiseen, jonka avulla parhaiten voitaisiin tukea tutkimustiedon hyödyntämistä ja ohjata perusterveydenhuollon kehittämistä.

**Asiasanat:** kehittäminen, laatu, perusterveydenhuolto, rahoitus, terveyskeskukset, tutkimus

## *Ehdotukset*

### *I. Perusterveydenhuollon tutkimuksen tukeminen*

**EHDOTUS 1.** Perusterveydenhuollon tutkimusmahdollisuuksia tuodaan aktiivisesti esiin lääkäreiden peruskoulutuksessa ja perusterveydenhuollon lisäkoulutuksessa. Yleislääketieteen erikoistumiskoulutuksessa tutkimustyön tekemistä tuetaan koulutuksellisesti ja tutkimushankkeen toteutusta pidetään vaihtoehtoisena tapana suorittaa osa erikoistumispalveluista.

**EHDOTUS 2.** Käynnistetään valtakunnallinen perusterveydenhuollon moniammatillinen tutkijakoulu, joka on kaikkien lääketieteellisten tiedekuntien yhteinen. Tutkijakoulun tulee huomioida perusterveydenhuollon erityistarpeet ja järjestää koulutus jaksoittain.

**EHDOTUS 3.** Perusterveydenhuollon tutkijakoulun kurssitarjonta suunnitellaan siten, että myös muusta kuin opinnäytetyöhön tähtäävästä tutkimustyöstä kiinnostuneet voivat hyödyntää sitä. Tutkijakoulujen ohjelmaan sisällytetään seniorikursseja tutkimuksen ohjaajille. Tutkijaverkostojen syntymistä ja säilymistä tuetaan sekä sisällöllisesti että kohtuullisin kulukorvauksin.

**EHDOTUS 4.** Tutkimuksen EVO-järjestelmää muutetaan siten, että terveyskeskukset voivat liittyä yhteen ja niiden ansaitsemat pisteet yhdistetään. Näin kertyvät tutkimuskulukorvaukset jaetaan yhteenliittymän kesken sen itse sopimilla säännöillä tutkimustyöhön käytettäväksi.

**EHDOTUS 5.** Tiedot perusterveydenhuollolle sopivista rahoituskanavista kootaan yhteen ja pidetään tutkijoiden saatavilla ja ajan tasalla.

**EHDOTUS 6.** Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustoiminnan tukemiseen varataan 1,5-3 miljoonaa euroa hankesuunnitelmien perusteella haettavaa STM:n rahoitusta. Rahoitus kohdennetaan kliniseen, epidemiologiseen tai palvelujärjestelmän tutkimukseen terveyskeskuksissa, huomioiden erityisesti vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta ja laatua koskevat tutkimukset.

**EHDOTUS 7.** STM:n rahoittamat terveyskeskusten tutkimushankkeet kerätään internetissä julkaistavaan hanketietokantaan. Samaan järjestelmään voidaan liittää muutkin terveyskeskustutkimushankkeet. Tietokannan yhteydessä voidaan kerätä uusia tutkimusideoita.

**EHDOTUS 8.** Tutkimustoiminnan kulut raportoidaan avoimesti hanketietokantaan. Kaikki ministeriön tutkimusrahoitusta saaneet hankkeet raportoivat myös muualta saadun rahoituksensa samassa järjestelmässä.

## *II. Perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmä*

**EHDOTUS 9.** Terveyskeskukset kantavat oman vastuunsa perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmän kehittämisessä. Ne järjestävät tutkimukselle suotuisat olosuhteet ja mahdollisuuden tutkimustyön tekemiseen sekä rakentavat tutkimustyön tekemisen motivointi- ja palkitsemisjärjestelmän ja huolehtivat tutkimuksen hyödyntämisestä ja siitä tiedottamisesta.

**EHDOTUS 10.** Terveyskeskukset ja sairaanhoitopiirit sopivat yhdessä alueellisten perusterveydenhuollon kehittämissyksikköjen perustamisesta alueillaan. Luontevia ratkaisuja ovat mm. yleislääketieteen yksiköt tai perusterveydenhuollon osaamisella vahvistetut sairaanhoitopiirin tutkimus- ja kehittämissyksiköt tai terveyskeskusten omat yksiköt ja yhteenliittymät. Yksikkö toimii alueen perusterveydenhuollon tutkimus- ja kehittämissyhteistyön virittäjänä ja tukeutuu yhteistyössä kansallisiin perusterveydenhuollon kehittäjiin ja alueensa yliopistoon, ammattikorkeakouluun ja sosiaalialan osaamiskeskukseen. Alueellinen kehittämissyksikkö toimii kaksisuuntaisen informaatio-ohjausjärjestelmän alueellisena avainpelaajana.

**EHDOTUS 11.** Sosiaali- ja terveysministeriö perustaa perusterveydenhuollon kansallisen kehittämissyksikön. Yksikkö koordinoi alueellisten ja kansallisten perusterveydenhuollon tiedon tuottajien ja hyödyntäjien yhteistyötä sekä kerää, arvioi, muokkaa ja levittää perusterveydenhuollolle merkityksellistä tietoa. Lisäksi se pitää yllä tutkimushankkeiden raportointijärjestelmää sekä valmistelee terveyskeskusten tutkimushankkeiden rahoituspäätöksiä.

**EHDOTUS 12.** Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisrahasta varataan vuosittain 1,5 miljoonaa euroa alueellisten kehittämissyksikköjen toiminnan käynnistämiseen ja tukemiseen, kansallisen perusterveydenhuollon kehittämissyksikön käynnistämiseen ja toiminnan rahoittamiseen sekä terveyskeskuksia koskevien tutkimusten raportointijärjestelmän kehittämiseen ja tuotantoon .

**EHDOTUS 13.** Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen tukemiseen varataan vuosittain 1,5 miljoonaa euroa hankesuunnitelmien perusteella myönnettävää sosiaali- ja terveysministeriön tutkimusrahoitusta. Rahoitus kohdennetaan kliiniseen, epidemiologiseen tai palvelujärjestelmän tutkimukseen terveyskeskuksissa, huomioiden erityisesti vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta ja laatua koskevat tutkimukset.

## *SAMMANDRAG OCH CENTRALA REKOMMENDATIONER*

Utredningspersonerna kartlade nuläget av den forskning som genomförs vid hälsovårdscentralerna, forskningens finansiering och den utbildning som stöder forskningen. På basis av kartläggningen har utredningspersonerna kommit fram med förslag om stärkandet av forskning inom primärvården. Förslagen utgör två helheter: de åtgärder som är väsentliga för utvecklandet av forskningsarbetet samt de åtgärder som kan användas för att utveckla primärvården med hjälp av mer forskning.

Utredningen syftade till att främja den forskning som stöder och utvecklar primärvården, med målsättningen att förbättra befolkningens hälsa. Utredningspersonerna skickade en enkät till chefläkare vid hälsovårdscentralerna, intervjuade företrädare för universiteten samt forskare som arbetar vid hälsovårdscentralerna, gjorde en kartläggning av vetenskapliga publikationer inom primärvården samt bekantade sig med utländska arrangemang som stöder forskning inom primärvården.

Utredningspersonerna har sammanfattat sina slutsatser i tretton förslag. De åtta första förslag syftar till att stöda forskning inom primärvården på sätt som även kan förverkligas separat. De fem sista förslag syftar till att bygga upp en ny helhet som kan användas för att på bästa sätt stöda utnyttjandet av forskningsresultat och styra utvecklandet av primärvården.

**Nyckelord:** finansiering, forskning, hälsovårdscentraler, kvalitet, primärvård, utveckling

## Förslag

### *I. Stöd till forskning inom primärvården*

**FÖRSLAG 1.** Möjligheter för forskning inom primärvården skall aktivt betonas inom basutbildningen för läkare och tilläggsutbildningen inom primärvården. Vid specialiseringsutbildningen i allmänmedicin skall forskning stödas genom utbildning och genomförandet av ett forskningsprojekt betraktas som ett alternativt sätt att genomföra en del av specialiseringstjänsterna..

**FÖRSLAG 2.** Det skall upprättas en rikstäckande multiprofessionell forskarskola inom primärvården, som är gemensam för alla medicinska fakulteten. Forskarskolan skall beakta specialbehov inom primärvården och organisera utbildning periodvis.

**FÖRSLAG 3.** Kursutbudet vid forskarskolan inom primärvården skall planeras så att det kan utnyttjas även av läkare som är intresserade av annat forskningsarbete än lärdomsprovorienterad forskning. I forskarskolans program skall det finnas seniorkurser för forskningshandledare. Upprättande och bevarande av forskarnätverk skall stödas genom utbildning och skäligen kostnadsersättningar.

**FÖRSLAG 4.** Systemet med specialstatsandelar för forskning skall ändras så att hälsovårdscentralerna kan sammansluta sig och de poäng som de har förtjänt skall sammanställas. Kostnadsersättningar för forskning som på detta sätt samlas skall sedan fördelas inom sammanslutningen enligt de regler som sammanslutningen själv har avtalat om och användas i forskningsarbete.

**FÖRSLAG 5.** Uppgifter om finansieringskanaler som passar primärvården skall samlas ihop och hållas tidsenliga och tillgängliga för forskare.

**FÖRSLAG 6.** Social- och hälsovårdsministeriet skall avsätta 1,5–3 miljoner euro för att stöda forskningsarbete vid hälsovårdscentralerna. Stöd skall beviljas på basis av projektplan. Finansiering skall riktas till klinisk eller epidemiologisk forskning vid hälsovårdscentralerna eller till forskning inom servicesystem med särskilt hänsyn till forskning inom effektivitet, kostnadseffektivitet och kvalitet.

**FÖRSLAG 7.** De forskningsprojekt vid hälsovårdscentralerna som finansieras av SHM skall samlas till en projektdatabas på Internet. Även andra forskningsprojekt vid hälsovårdscentralerna kan inkluderas i det samma systemet. I anslutning till databasen är det möjligt att samla nya idéer för forskning.

**FÖRSLAG 8.** Forskningskostnader skall rapporteras öppet till projektdatabasen. Alla forskningsprojekt som finansierats av ministeriet skall i det samma systemet även rapportera finansiering från övriga källor.

## *II. Innovationssystem inom primärvården*

**FÖRSLAG 9.** Hälsovårdscentralerna skall ansvara för att utveckla ett innovationssystem inom primärvården. De skall ordna gynnsamma förhållanden för och möjligheter till forskning samt bygga upp ett motiverings- och avlöningssystem för forskningsarbetet och ta hand om utnyttjandet av och informeringen om forskning.

**FÖRSLAG 10.** Hälsovårdscentralerna och sjukvårdsdistrikten skall avtala om upprättandet av regionala utvecklingsenheter inom primärvården på sina områden. Naturliga lösningar är bl.a. enheter inom allmänmedicin, forsknings- och utvecklingsenheter inom sjukvårdsdistrikten som förstärks med expertis inom primärvården eller hälsovårdscentralernas egna enheter och sammanlutningar. Enheten skall uppmuntra forsknings- och utvecklingssamarbete inom primärvården samt stöda sig på nationella utvecklare inom primärvården och sitt eget områdes universitet, yrkeshögskola och kunskapscentrum inom det sociala området. En regional utvecklingsenhet skall verka som en regional nyckelspelare inom det dubbelriktade systemet för informationsstyrning.

**FÖRSLAG 11.** Social- och hälsovårdsministeriet skall upprätta en nationell utvecklingsenhet inom primärvården. Enheten skall samordna samarbetet mellan regionala och nationella producenter och användare av information inom primärvården samt samla, utvärdera, omarbeta och sprida information som är betydelsefull inom primärvården. Därtill skall enheten upprätthålla ett rapporteringssystem för forskningsprojekt samt förbereda finansieringsbeslut för forskningsprojekt vid hälsovårdscentralerna.

**FÖRSLAG 12.** Ur social- och hälsovårdsministeriets utvecklingspengar skall årligen 1,5 miljoner euro sättas av för att starta och finansiera verksamhet vid regionala utvecklingsenheter samt för att utveckla och upprätta ett rapporteringssystem för forskning vid hälsovårdscentralerna.

**FÖRSLAG 13.** Som social- och hälsovårdsministeriets forskningsanslag skall 1,5 miljoner euro årligen sättas av för forskning vid hälsovårdscentralerna. Finansiering beviljas på basis av projektplan. Finansiering allokeras till klinisk eller epidemiologisk forskning vid hälsovårdscentralerna eller till forskning inom servicesystem med särskilt hänsyn till forskning inom effektivitet, kostnadseffektivitet och kvalitet.



## *SUMMARY AND RECOMMENDATIONS*

The survey focused on the present state of research conducted within health centres in Finland, its financing and the training provided in support of it. Based on the outcome of the survey, proposals have been put forth to strengthen the research in primary health care. The proposals have been divided into two groups: measures that are vital to the development of research and means to develop primary health care by increasing research.

The aim of the survey was to promote the research carried out in health centres that supports and develops primary health care with a view to improving the population's health. The survey included a questionnaire to chief physicians at health centres, interviews with representatives of universities and researchers employed at health centres, a review of scientific publications dealing with primary health care and of arrangements in other countries to support research in primary health care.

The rapporteurs a.i. have summarised their conclusions in thirteen proposals. The first eight of them aim at supporting the research in primary health care in ways that can also be realised separately. The remaining five proposals focus on building up a new body that would best support the use of research findings and steer the development of primary health care.

**Key words:** development, financing, health centres, primary health care, quality, research

## *Proposals*

### *1. Supporting research in primary health care*

**PROPOSAL 1.** Research possibilities in primary health care should be highlighted in the basic education of physicians and in further training in primary health care. Research work in the context of specific training in general medical practice should be supported in terms of training, and implementation of a research project should be regarded as an optional way of carrying out a part of the required specialising service.

**PROPOSAL 2.** There should be established a national multiprofessional researcher school for primary health care that would be common to all the faculties of medicine in Finland. The researcher school would take into account the special needs of primary health care and arrange training in periods.

**PROPOSAL 3.** The course supply of the researcher school should be planned so that also people who are interested in doing research work otherwise than for producing a theses could benefit from it. The curriculum of the research schools would include senior courses for instructors of research. The establishment and maintenance of researcher networks would be supported in terms of both content and by reasonable remuneration of costs.

**PROPOSAL 4.** The specified government transfer system for research should be adjusted so that health centres can join together and the scores gained by them are combined. The compensations for research costs thus acquired would be divided in the pool according to the rules agreed by those belonging to it for being used for research.

**PROPOSAL 5.** Information on financing channels suitable for primary health care should be collected, made available to researchers, and updated.

**PROPOSAL 6.** EUR 1.5 – 3 million should be reserved for supporting research in health centres for the funding to be granted by the Ministry of Social Affairs and Health applied for on the basis of project plans. The funding would be targeted for clinical or epidemiological research or research on the service system of health centres, taking into account, in particular, studies of effectiveness, cost-effectiveness and quality.

**PROPOSAL 7.** The health centre research projects funded by the Ministry of Social Affairs and Health should be gathered in a project database to be published on the Internet. Other health centre research projects could be linked to the same system. It would be possible to gather new ideas for research within the framework of the database.

**PROPOSAL 8.** A report on the costs of research should be included in the project database. All research projects for which the Ministry has granted funding should also report within the same system what other financing they have obtained.

## *II. An innovation system for primary health care*

**PROPOSAL 9.** Health centres should be, for their part, responsible for the development of an innovation system for primary health care. They should provide favourable circumstances and opportunities for doing research work as well as build up a motivation and rewarding system and see to it that the research is made use of and information of it is disseminated.

**PROPOSAL 10.** Health centres and hospital districts should agree together on establishing regional development units for primary health care within their areas. Natural solutions would be e.g. units for general practice or research and development units of hospital districts reinforced by know-how in primary health care, or health centres' own units and pools. The unit would encourage co-operation on research and development in primary health care, and in that co-operation lean on national developers of health care and on a university, polytechnic and centre of excellence on social welfare situated in its area. The regional development unit would be the key player in the two-way system of steering by information.

**PROPOSAL 11.** The Ministry of Social Affairs and Health should set up a national development unit for primary health care. The unit would co-ordinate the co-operation of regional and national producers and users of information on primary health care as well as collect, evaluate, work up and disseminate information that is vital to primary health care. Furthermore, it should maintain a reporting system for research projects and prepare financing decisions for health centre research projects.

**PROPOSAL 12.** Annually EUR 1.5 million should be reserved from the development funds of the Ministry of Social Affairs and Health for starting and supporting the operation of regional development units, starting a national development unit for primary health care, financing the operations, and for development of a reporting system for studies concerning health centres and its production.

**PROPOSAL 13.** Annually EUR 1.5 million should be reserved for supporting research in health centres from the research funds of the Ministry of Social Affairs and Health granted on the basis of project plans. The financing should be targeted for clinical or epidemiological research or research on the service system of health centres, taking into account, in particular, studies of effectiveness, cost-effectiveness and quality.

## SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ .....	3
REFERAT .....	5
SUMMARY .....	7
TIIVISTELMÄ JA KESKEISET SUOSITUKSET .....	9
Ehdotukset .....	10
I. Perusterveydenhuollon tutkimuksen tukeminen .....	10
II. Perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmä .....	11
SAMMANDRAG OCH CENTRALA REKOMMENDATIONER .....	13
Förslag .....	14
I. Stöd till forskning inom primärvården .....	14
II. Innovationssystem inom primärvården .....	15
SUMMARY AND RECOMMENDATIONS .....	17
Proposals .....	18
I. Supporting research in primary health care .....	18
II. An innovation system for primary health care .....	19
SISÄLTÖ .....	21
ESIPUHE .....	23
1 JOHDANTO .....	25
2 SELVITYKSEN TOIMEKSIANTO JA TYÖTAPA .....	26
2.1 Toimeksianto ja ohjausryhmä .....	26
2.2 Työtapa .....	27
3 TUTKIMUSTOIMINNAN RAHOITUS .....	28
3.1 Yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimuksen korvauksen periaatteet .....	28
3.2 Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustyön rahoitus .....	30
3.2.1 Terveyskeskusten tutkimus-EVO .....	30
3.2.2 Muu tutkimusrahoitus .....	32
4 SELVITYKSIÄ TUTKIMUSTOIMINNAN KEHITTÄMISESTÄ .....	34
4.1 Sektoritutkimuksen kehittäminen .....	34
4.2 Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kehittäminen .....	35
4.3 Selvitykset tutkimus-EVOn kehittämisestä ja käytöstä .....	36
5 TUTKIMUSASETELMAT JA TIEDON ROOLI TERVEYDENHUOLLOSSA .....	38
5.1 Tutkimuskysymykset ja tutkimusasetelmat .....	38
5.2 Tiedon hierarkia ja tiedolla ohjaus .....	39
5.3 Tutkimustiedon hyödyntäminen ja innovaatioympäristöt .....	41
6 PERUSTERVEYDENHUOLLON TUTKIMUKSEN NYKYTILA .....	43
6.1 Yliopistoissa tehtävä perusterveydenhuollon tutkimustyö .....	43
6.1.1 Turun yliopisto .....	44
6.1.2 Tampereen yliopisto .....	44
6.1.3 Oulun yliopisto .....	45
6.1.4 Kuopion yliopisto .....	45
6.1.5 Helsingin yliopisto .....	46
6.1.6 Kliiniset lääketutkimukset .....	47
6.2 Perusterveydenhuollon tutkijakoulutus .....	47
6.2.1 Tutkijakoulutus peruskoulutuksen aikana ja tutkimusohjelmissa .....	48
6.2.2 Tutkijakoulutus .....	48

6.2.3 Tutkijakoulutus ja sen tarve perusterveydenhuollossa .....	51
6.3 Terveyskeskuslääkäreiden suhtautuminen tutkimus- ja kehittämistehtäviin ja saamaansa koulutukseen .....	51
<b>7 PERUSTERVEYDENHUOLTOA KOSKEVAT JULKAISUT .....</b>	<b>53</b>
7.1 Perusterveydenhuoltoa koskevat julkaisut suomessa .....	53
7.1.1 Medline-haku .....	54
7.1.2 Medic-haku .....	56
7.1.3 Koehaku internetistä .....	57
7.2 Perusterveydenhuollon kansainväliset julkaisut Suomesta ja muista maista .....	58
<b>8 PERUSTERVEYDENHUOLLON TUTKIMUKSEN TUKI MUISSA MAISSA .....</b>	<b>59</b>
8.1 Ruotsin malli: perhelääketieteen laitos .....	60
8.2 Tanskan malli: yleislääketieteen tutkimusyksiköt .....	62
<b>9 NÄKÖKULMIA TERVEYSKESKUKSISSA TEHTÄVÄN TUTKIMUSTYÖN KEHITTÄMISEEN</b>	<b>65</b>
9.1 Terveyskeskusten johtavat lääkärit .....	66
9.2 Perusterveydenhuollon tutkijat yliopistoissa .....	69
9.3 Nuoret terveystieteiden tutkijat .....	71
9.4 Tutkimus-EVO terveystieteiden tutkimuksessa .....	73
<b>10 TERVEYSKESKUSTEN TUTKIMUSTOIMINNAN KEHITTÄMINEN .....</b>	<b>74</b>
10.1 Terveystieteiden tutkimuksen nykytila .....	75
10.1.1 Tutkimuksen tila .....	75
10.1.2 Rahoituksen tila .....	76
10.1.3 Tutkijakoulutuksen ja -ohjauksen tila .....	77
10.1.4 Tutkimuksen seurannan ja arvioinnin tila .....	78
10.2 Terveystieteiden tutkimuksessa tehtävän tutkimuksen edistäminen .....	79
10.2.1 Tutkijakoulutuksen järjestäminen .....	79
10.2.2 Tutkimuksen rahoitus .....	81
10.2.3 Raportointi, seuranta, arviointi .....	82
10.2.4 Tutkimustyöstä aiheutuvat kustannukset .....	84
10.3 Terveystieteiden tutkimustoiminnan uudistus perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmäksi .....	84
10.3.1 Perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmä .....	84
10.3.2 Tutkimustyön hyödyntäminen terveystieteiden tutkimuksessa .....	87
10.3.3 Alueelliset kehittämisyksiköt .....	88
10.3.4 Kansallinen perusterveydenhuollon kehittämisyksikkö .....	90
10.3.5 Terveystieteiden tutkimuksessa tehtävän tutkimustoiminnan ja innovaatiojärjestelmän rahoitus .....	92
<b>KIRJALLISUUS .....</b>	<b>95</b>

## *ESIPUHE*

Perusterveydenhuolto on Suomen terveydenhuollossa avainasemassa. Sen keskeisiin tehtäviin kuuluvat väestön terveyden edistäminen yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa sekä terveydenhoidon, seulonnan, diagnostiikan, sairaanhoidon ja kuntoutuksen järjestäminen yhteistyössä erityisesti erikoissairaanhoidon ja sosiaalisektorin kanssa. Perusterveydenhuollon tehtävät alkavat jo ennen elämän alkua eli perhesuunnittelusta ja jatkuvat vielä yli 100-vuotiailla ikäihmisillä. Tehtävät kattavat kaikki lääketieteen erikoisalajat sekä myös sosiaalisia ja yhteiskunnallisia ongelmia. Suomen perusterveydenhuollon poikkeuksellisen laaja ja vaativa tehtäväkenttä edellyttää ilman muuta tutkimustoiminnan kehittämistä, jotta toiminta olisi mahdollisimman tehokasta, kustannusvaikuttavaa ja mielekästä sekä asiakkaiden, potilaiden ja alan ammattilaisten että eri maksajien ja koko yhteiskunnan näkökulmasta.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti kaksi selvityshenkilöä, terveysjohtaja Jukka Mattilan ja tutkimusprofessori Marjukka Mäkelän, selvittämään perusterveydenhuollon tutkimustoiminnan kehittämistä. Haluan kiittää heitä hyvästä, monivaiheisesta työstä. Samalla kiitän kaikkia jotka ovat osallistuneet tähän prosessiin haastatteluissa, ohjausryhmässä tai muilla tavoin neuvoja antaen. Oman arvioni mukaan järkevä ja monipuolinen selvitys antaa hyvän lähtökohdan perusterveydenhuollon tutkimustoiminnan kehittämiseksi. Sen avulla voimme parantaa perusterveydenhuollon toimintaa ja järjestämistapaa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja yhteiskunnassa niin, että vaikutus väestön terveyteen tehostuu ja perusterveydenhuollon arvostus entisestäänkin paranee.

Risto Pomoell  
Lääkintöneuvos  
Sosiaali- ja terveysministeriö





## 1 JOHDANTO

Hyvin toimiva perusterveydenhuolto on koko terveydenhuoltojärjestelmän perusta. Onko perusta kunnossa ja kuinka sitä tulisi huoltaa? Tuotetaanko perusterveydenhuollon strategisen ohjaamisen perustaksi riittävästi tietoa ja saadaanko tieto hyödynnetyksi? Kuinka perusterveydenhuolto toimii ja miten sen tulisi toimia? Millä tavoin perusterveydenhuolto ohjaa väestön terveystyöskäytymistä ja terveysvalintoja? Miksi terveyspalvelujen kysyntä lisääntyy ilmeisen loputtomasti aiempaa terveemmässä väestössä? Onko perusterveydenhuolto kriisissä?

Vuoden 1993 valtiosuusuudistus vaihtoi keskitetyn normi- ja resurssiohjauksen informaatio-ohjaukseen. Kunnat joutuivat ottamaan uudella tavalla vastuuta oman järjestelmänsä kehittämisestä. Uudenlaisia ratkaisuja on syntynyt perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön ja palvelujen järjestämiseen. Yksityiset ja kolmannen sektorin palvelutuottajat huolehtivat monista tehtävistä. Ammattiryhmien yhteistyötä ja työnjakoa on muutettu. Mutta millä tiedolla tätä monimuotoista kehitystä on ohjattu? Miten usein poliittisia ratkaisuja on voitu perustaa tutkittuun tietoon tai edes muiden kuvailemaan kokemukseen, ja kuinka tieto ratkaisujen vaikutuksista on saatu muiden toimijoiden hyödynnettäväksi kokeilujen jälkeen?

Lääkietieteellinen perustutkimus ja erikoisalojen kliininen tutkimus Suomessa on huippuluokkaa. Vaikka terveydenhuoltotutkimusta tukevat tietovarannot ovat kasvavassa käytössä, on sen osuus terveystieteellisestä tutkimuksesta riittämätön. Tutkimustietoa ei hyödynnetä kylliksi terveydenhuollon kehittämiseen, emmekä tiedä tarpeeksi siitä, miksei tutkimustieto siirry käytäntöihin.

Perusterveydenhuollon tutkimuskenttä on terveydenhuoltotutkimuksen yleiseen tapaan moniammatillinen. Terveyskeskuksia koskevaa tai niitä kiinnostavaa tutkimusta tehdään monissa tutkimuslaitoksissa, ja rahoituslähteet ovat samoin moninaiset. Vain pieni osa perusterveydenhuoltoa käsittelevästä tutkimustyöstä tehdään terveystieteellisissä - miten sitä voitaisiin lisätä?

Tämä selvitys kuvaa terveystieteellisten nykyistä tutkimustoimintaa ja sen kehittämistarpeita sekä hahmottelee keinoja tutkimuksen tukemiseksi. Selvityksen toimeksianto ja työtavat on esitetty luvussa 2. Osassa II esitellään ensin terveystieteellisen tutkimuksen rahoitusta, johon monet aikaisemmat tutkimukset viittaavat, ja sitten aihetta sivuavat jo julkaistut selvitykset. Osassa III kuvataan tätä selvitystä varten tehdyt haastattelut, kyselyt ja kirjallisuushaut sekä tarkastellaan eräiden muiden maiden tilannetta. Viimeisessä osassa (luku 10) ovat selvityshenkilöiden tulkinnat ja johtopäätökset. Siinä esitetään perusteluineen kaksi vaihtoehtoista mallia terveystieteellisissä tehtävän tutkimustyön kehittämiseksi. Toivomme, että selvitys tarjoaa käyttökelpoisen pohjan laajemmalle keskustelulle terveystieteellisten tutkimustoiminnan tulevaisuudesta.

## 2 SELVITYKSEN TOIMEKSIANTO JA TYÖTAPA

### 2.1 Toimeksianto ja ohjausryhmä

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 15.6.2004 selvityshenkilöt kartoittamaan terveyskeskusten tutkimustoiminnan nykytilannetta ja sen kehittämistarpeita sekä laatimaan suunnitelman terveyskeskusten tutkimustoiminnan ja tutkijakoulutuksen uudistamiseksi erityisesti yliopistotasoisien terveystieteellisen tutkimustoiminnan korvausten pohjalta. Selvitys liittyy kansallisen terveyshankkeen toimeenpanoon.

Selvityshenkilöiksi määrättiin terveysjohtaja Jukka Mattila Kotkan kaupungista ja tutkimusprofessori Marjukka Mäkelä Stakesista ajalle 1.9. - 3.12.2004. Hankkeen määräaika jatkettiin myöhemmin 31.12.2004 asti. Selvitystyötä valvoi lääkintöneuvos Risto Pomoell sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Selvityshenkilöiden tehtävänä oli kartoittaa terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen ja sen rahoituksen tilaa ja kehittämistarpeita sekä perusterveydenhuollon tutkijakoulutuksen nykytilaa. Selvityksessä tuli kiinnittää erityistä huomiota ennalta ehkäisevän työn, tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmenetelmien vaikuttavuutta sekä kustannusvaikuttavuutta ja laatua sekä palvelujärjestelmän toimintaa koskevaan tutkimukseen. Selvityshenkilöiden tuli kartoituksen pohjalta laatia ehdotukset perusterveydenhuollon, erityisesti terveyskeskusten, tutkijakoulutuksen infrastruktuuriksi sekä terveyskeskusten tutkimus-, hoito- ja kuntoutustoimintaa ja terveystieteellistä tutkimusta koskevan tutkimustoiminnan kehittämiseksi ja esittää vaihtoehtoja uudistustyön toteuttamiseksi.

Selvitystyön esityksille määrättiin seuraavat tavoitteet:

- terveyskeskusten erityisvastuualueittainen tutkijakoulutus vahvistuu yhteistyössä yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien kanssa.
- terveyskeskuksissa tehtävä ennalta ehkäisevän työn sekä tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmenetelmien laatu-, vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustutkimus sekä terveystieteellisen tutkimuksen, erityisesti terveyskeskusten, arviointitutkimus kehittyy.
- tutkimustoiminnan raportointi, seuranta ja arviointi on tehokasta ja
- tutkimustoiminnasta aiheutuvat kustannukset ovat läpinäkyviä ja ennalta arvioitavissa.

Selvityshenkilöiden tueksi kutsuttiin ohjausryhmä, johon kuuluivat

johtava lääkäri Hans Blomberg Sipoon terveyskeskuksesta,  
kliininen opettaja Outi Elonheimo Helsingin yliopistosta,  
professori Esko Kumpusalo Kuopion yliopistosta,

professori Kari Mattila Tampereen yliopistosta,  
 perusturvajohtaja Juha Metso Espoon kaupungista,  
 ylilääkäri Kati Myllymäki sosiaali- ja terveysministeriöstä,  
 opetusneuvos Marja-Liisa Niemi opetusministeriöstä,  
 vt. professori Markku Timonen Oulun yliopistosta,  
 vt. johtajaylilääkäri Antti Turunen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiristä,  
 LKT Paula Vainiomäki Turun yliopistosta,  
 johtajaylilääkäri Olli Wanne Satakunnan sairaanhoitopiiristä ja  
 hallintoylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki Kuntaliitosta.

Puheenjohtajana toimi lääkintöneuvos Risto Pomoell. Ohjausryhmä kokoontui selvitystyön aikana kaksi kertaa ja keskusteli raporttiluonnoksesta myös sähköpostitse. Ensimmäisessä kokouksessa professori Kumpusalon sijaisena toimi dosentti Arto Vehviläinen Kuopion yliopistosta.

Ohjausryhmä linjasi tehtävää rajoittaen työterveyshuollon tutkimuksen selvityksen ulkopuolelle muun kuin terveyskeskuksissa tehdyn tutkimustyön osalta. Ammattikorkeakoulujen roolin selvittäminen jätettiin hankkeen ulkopuolelle. Terveyskeskusten tutkimustoiminnan kehittämistä pidettiin selvityksen tärkeimpänä päämääränä.

## *2.2 Työtapa*

Jukka Mattila vieraili kaikkien lääketieteellisten tiedekuntien yleislääketieteen laitoksilla tutustumassa laitosten näkemyksiin terveyskeskuksissa tehtävästä tutkimuksesta. Helsingissä, Kuopiossa ja Oulussa tavattiin myös kansanterveystieteen laitoksen sekä Kuopiossa ja Oulussa geriatrian edustajat. Kirjallisesti tai suullisesti haastateltiin noin 70 terveyskeskuksen johtavaa lääkäriä.

Selvitystyön aikana kuultiin hammaslääketieteen ja terveystieteiden laitosten esimiehiä sekä useita yliopistollisten sairaanhoitopiirien johtajalääkäreitä tai tutkimustoiminnasta vastaavia ylilääkäreitä. Tutkijalääkäreiden mielipiteitä kartoitettiin Akateemisen terveyskeskuksen tutkijaryhmien yhteisessä syysseminaarissa sekä tutustumalla Kuopion Oppiva terveyskeskus -hankkeen selvityksiin. Jonkin verran kartoitettiin myös Stakesin, Suomen Akatemian, Kuntaliiton ja opetusministeriön edustajien näkemyksiä.

Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustyön rahoituksen selvittämiseksi käytiin läpi vuosien 2000-2003 ajalta sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten raportoimat EVO-rahojen käytöt. Vuoden 2004 osalta yliopistosairaanhoitopiirien terveyskeskustutkimukseen ohjaamaa rahoitusta selvitettiin sairaanhoitopiirien ylilääkäreiltä. Muiden rahoittajien toimintaperiaatteet selvitettiin pääpiirteissään niiden esitteistä, enimmäkseen verkkosivuilta.

Terveyskeskuksissa tehdyn tai terveyskeskuksia kuvaavan tutkimustyön julkaisut kartoitettiin kahdella kirjallisuushaulla (Medline ja Medic), jotka kattoivat vuodet 2000-2004. Lisäksi etsittiin julkaisuja ja selvityksiä joidenkin suurten kaupunkien terveyskeskusten verkkosivuilta. Haut suunnitteli FinOHTAn informaattikko Riitta Grahn yhdessä Marjukka Mäkelän kanssa. Julkaisumääriä vertailtiin tietoihin muiden Pohjoismaiden, Hollannin ja Englannin vastaavista julkaisuista, jotka etsittiin PubMed-haulla.

Tutustuminen kansainvälisiin kokemuksiin perusterveydenhuollon tutkimustoiminnan järjestelyistä rajoitettiin Ruotsin ja Tanskan järjestelmiin. Marjukka Mäkelä kartoitti Familjemedicinska Institutetin (Fammi) verkkosivulta tämän ruotsalaisen perusterveydenhuollon kehittämissyksikön toimintaa ja tarkisti tiedot yksikön johtajalta Gösta Eliassonilta puhelimitse. Mäkelä haastatteli Kööpenhaminan perusterveydenhuollon tutkimusyksikön johtajaa prof. Hanne Hollnagelia ja tutustui Tanskan perusterveydenhuollon tutkimusta koskeviin aineistoihin.

Raportin varhainen luonnos oli ohjausryhmän, joidenkin haastateltujen sekä eräiden muiden aiheesta kiinnostuneiden kommentoitavana ennen viimeistelyä. Saatujen kommenttien avulla korjattiin asiavirheitä ja muokattiin tekstiä edelleen. Selvityshenkilöt ovat yhdessä viimeistelleet raportin ja vastaavat siinä esitetyistä tulkinnoista ja ehdotuksista sekä tekstiin mahdollisesti jääneistä epätarkkuuksista tai virheistä.

### *3 TUTKIMUSTOIMINNAN RAHOITUS*

Terveyskeskustutkimuksen rahoituksen tarkastelussa pääpaino on yliopistotasoisesta terveystieteellisen tutkimustoiminnan erityisvaltionosuutena jaettavissa korvauksissa eli ns. tutkimus-EVOssa. Muista rahoituskanavista tarkastellaan pääpiirteissään Suomen Akatemian, säätiöiden, Tekesin ja Sitran rahoitusta.

#### *3.1 Yliopistotasoisesta terveystieteellisen tutkimuksen korvauksen periaatteet*

Erikoissairaanhoidon perusteella terveydenhuollon toimintayksiköille korvataan koulutuksen ja yliopistotasoisesta terveystieteellisen tutkimuksen aiheuttamia ylimääräisiä kustannuksia erityisvaltionosuutena. Eduskunta päättää jaettavan tutkimuskulukorvauksen (tutkimus-EVOn) suuruuden vuosittain ja summa jaetaan terveystieteellisten julkaisujen mukaan laskettujen julkaisupisteiden perusteella. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään vuosittain tarkemmin julkaisupisteiden rahallinen arvo ja korvauksen maksavat lääninhallitukset.

Tutkimus-EVO myönnetään toimintayksikön aiempina vuosina tuottamien tutkimusten perusteella tulevaa tutkimusta varten. STM:n asetus 10/2004 ohjaa yliopistosairaalaan osoittamaan vähintään kymmenesosan saamastaan tutkimus-

EVOsta tutkimus- ja hoitomenetelmien vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta sekä terveystalvvelujärjestelmän, erityisesti terveysteskeskusten, toimintaa koskevaan tutkimukseen (jäljempänä palvelujärjestelmätutkimukseen). Myyntiluvan hankkimiseen liittyviä lääketutkimuksia ei lueta vaikuttavuustutkimuksiksi.

Vuonna 2003 julkaistujen tutkimusten tuottamat EVO-pisteet kertyivät julkaisuista lehden impaktifaktorin (IF) mukaan siten, että julkaisu paljon siteeratussa lehdessä (IF yli 4) tuottaa neljä pistettä, vähän lainatussa lehdessä (IF alle 1) tuottaa yhden pisteen ja näiden välille jäävät lehdet antavat kaksi EVO-pistettä artikkelia kohti. Kotimaiset julkaisut (Duodecim, Finska Läkaresällskapetets handlingar, Hoitotiede, Kunnallislääkärilehti, Suomen Hammaslääkärilehti, Suomen Lääkärilehti ja Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti) tuottavat puoli pistettä, monografiaväitöskirja kuusi pistettä ja erillisjulkaisuista koottu väitöskirja yhden pisteen.

Terveystenhuollon toimintayksikön on pitänyt tuottaa keskimäärin vähintään yksi julkaisupiste vuodessa kolmena edellisenä vuonna, jotta pisteiden perusteella maksetaan EVO-korvausta. Vuonna 2004 tutkimuskulukorvauksia varten varattiin valtion budjettiin noin 49 miljoonaa euroa ja yhden julkaisupisteen arvo oli hieman alle 6000 euroa.

Tutkimus-EVOn saajien tulee seuraavan vuoden kesäkuun loppuun mennessä toimittaa STM:lle selvitys tutkimusrahan käytöstä. Siinä eritellään EVO-rahoituksen käyttö perustutkimukseen, kliiniseen tutkimukseen tai palvelujärjestelmään kohdistuvaan tutkimukseen sekä kerrotaan muu tutkimustoimintaan saatu rahoitus. Tutkimukset luokitellaan seuraavasti:

- *Perustutkimus* (ei tarkentavaa määritelmää)
- *Kliininen tutkimus* – tuloksilla on välitöntä sovellusarvoa terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyyn, diagnostiikan, hoidon tai kuntoutuksen kannalta
- *Palvelujärjestelmään kohdistuva tutkimus* – tuloksilla on välitöntä sovellusarvoa parannettaessa palvelujärjestelmän rakennetta ja toimivuutta, arvioitaessa diagnostisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien vaikuttavuutta ja niiden kustannusvaikuttavuutta sekä palvelujärjestelmässä menetelmiin kohdistuvia valintoja
- *Muu tutkimus*

## 3.2 Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustyön rahoitus

### 3.2.1 Terveyskeskusten tutkimus-EVO

Terveyskeskukset pääsivät tutkimus-EVOn piiriin vuonna 2000. Ensin tutkimuskorvauksia oli maksettu yliopistosairaaloille ja vuoden 1997 jälkeen myös muille sairaaloille yliopistotasoisesta tutkimustyöstä aiheutuviin kustannuksiin.

Tutkimus-EVOn kokonaissumma on vuosien 1995 – 2004 aikana laskenut; samalla kulukorvauksia on siirretty koulutuksen puolelle. Vuodelle 2005 suunniteltu tutkimuskulukorvauksen summa on 38 miljoonaa euroa. Korvaukseen oikeutavien pisteiden määrä on jonkin verran lisääntynyt vuodesta 2000 ja vakiintunut viime vuosina noin 8000 pisteen tasolle. Kun korvaussumma samalla on vähentynyt, on pisteen arvo laskenut reilusti. (Taulukko 3.1.)

Taulukko 3.1 EVO-pisteiden määrän ja arvon kehitys 2000 – 2005

Vuosi	Pisteet	€/piste	Rahoitus, €
2000	6 963	8 526	(n. 59,5 milj.)
2001	7 571	7 490	(n. 56,8 milj.)
2002	8 132	6 978	56 745 794
2003	8 303	5 871	48 746 996
2004	8 241	5 915	48 746 979
2005	8 100	4 697	38 047 000*

Suoraan terveysterveyskeskuksille maksettujen tutkimuskulukorvausten määrä sekä niiden osuus kokonaissummasta ovat selvästi kasvaneet viime vuosina. Vuonna 2000 terveysterveyskeskukset saivat noin 540 000 euroa (3,2 Mmk) eli vajaan prosentin tutkimus-EVosta. Vuoden 2005 alustavan pistejaon perusteella terveysterveyskeskuksille maksettaisiin 1 160 000 euroa, joten niiden osuus nousee yli kolmen prosentin. Vaikka terveysterveyskeskusten saaman tutkimus-EVOn määrä on suhteellisesti kasvanut, on osuus kokonaissummasta yhä pieni. (Taulukko 3.2.)

Taulukko 3.2 Terveysterveyskeskusten osuus tutkimus-EVosta ja kolmen eniten pisteitä ansainneen terveysterveyskeskuksen osuus terveysterveyskeskusten saamasta tutkimuskulukorvauksesta vuosittain

Vuosi	Terveysterveyskeskusten saama tutkimuskulukorvaus		Kolmen parhaan tk:n osuus siitä	
	%	€	1000 mk	%
2000	0,9	540 540	3 216	79,8
2001	1,4	774 454	4 608	76,2
2002	1,8	995 062		71,7
2003	1,9	934 078		65,5
2004	2,4	1 155 772		57,6
2005	3,1	1 160 666		53,8

Tutkimuskulukorvauksia saavien terveystieteiden määrä on yli kaksinkertaistunut vuodesta 2000. Vuonna 2000 tutkimus-EVOa sai 13 terveystieteilijää, vuonna 2005 jo 34 terveystieteilijää. Vuonna 2000 alle kaksi pistettä ansainneita oli 62% ja alle kolme pistettä 70% pisteitä saaneista terveystieteilijöistä. Vuonna 2005 enää 39% sai alle kaksi pistettä ja 59% alle kolme pistettä. Vuonna 2000 kolmen eniten tutkimus-EVOja saaneen terveystieteiden osuus kaikkien terveystieteiden saamista korvauksista oli 80%, vuonna 2005 enää 54%.

Sekä julkaistujen tutkimusten että niitä tuottavien terveystieteiden määrä on viime vuosina siis lisääntynyt. Toisaalta suuri osa Suomen terveystieteistä ei tuottanut yhtään EVO-pisteillä mitattavaa julkaisua. Käytettävissä ei ole tietoa siitä, paljonko julkaisuja tuotetaan niin harvaan, ettei piste vuodessa rajana yksikön tasolla ylity. Sen voidaan luvussa 7 esitettävien julkaisuhakujen perusteella arvioida olevan muutamia kymmeniä pisteitä vuodessa.

**Taulukko 3.3** Tutkimus-EVOa ansainneiden terveystieteiden lukumäärä vuosittain sekä alle kaksi tai kolme pistettä ansainneiden terveystieteiden osuus tutkimuspisteitä ansainneista terveystieteistä

Vuosi	Tutkimus-EVOa saaneet terv.kesk.	Alle 2 p saaneet	Alle 3 p saaneet
2000	13	62 %	69 %
2001	22	64 %	77 %
2002	34	68 %	74 %
2003	27	56 %	74 %
2004	34	35 %	65 %
2005	34	38 %	59 %

Perusterveydenhuollon tutkimukseen ohjataan EVO-rahoitusta myös sairaanhoitopiirien saamista tutkimuskulukorvauksista. *Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä* STM:n asetuksen edellyttämän kymmenyksen osoittaminen palvelujärjestelmätutkimukseen käsitellään erillisessä jaostossa. Muissa yliopistosairaanhoitopiireissä kymmenys pyritään huomioimaan kilpailutettavan rahan jakamispäätöksissä. Yliopistosairaanhoitopiirit käyttävät tutkimuskulukorvauksista osan tutkimuksen infrastruktuurin ylläpitämiseen ja kilpailuttavat osan tutkimussuunnitelmien perusteella. Tulosityksiköille jaetaan aiempien vuosien EVO-pisteiden perusteella 1/2 – 2/3 rahasta sairaanhoitopiiristä riippuen ja loput kilpailutetaan tutkimussuunnitelmien perusteella.

Rahoituksen myöntämissäännöt vaihtelevat muutenkin sairaanhoitopiireittäin. *Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä* noin 5% rahoituksesta varataan tutkijakuukausiin. Niitä voivat hakea HUSissa työskentelevät ylemmän korkeakoulututkimuksen suorittaneet, jotka ovat tuoneet piirille EVO-julkaisupisteitä kuluvana tai kahtena edellisenä vuonna. Tutkimushankerahoitusta voi saada vain HUS:n yhteydessä ja tiloissa toimivan ryhmän tutkimukseen; hankkeen johtajan tulee olla palvelusuhteessa HUS:iin. Puolet tutkimusEVOsta jaetaan yksiköille kolmen viimeisen vuoden aikana osoitetun tieteellisen aktiviteetin perusteella.

*Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (SHP)* myöntää tutkimusrahoitusta piiriin työsuhteessa oleville tai julkaisulla osoitettua yhteistyötä piirin kanssa tekeville tutkijoille. Pirkanmaalla kilpailutetaan noin 1/3 tutkimuksen erityisvaltionosuudesta. *Pohjois-Savon SHP:ssä* tutkimusrahoitusta voivat hakea KYS:n erityisvastuualueella toimivat toimintayksiköt. KYS:n ulkopuolisten laitosten toivotaan olevan yhteistyössä jonkin KYS:n tulosyksikön kanssa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä tutkimusrahoitusta voivat hakea poikkeustapauksissa jopa vastualueen ulkopuolella toimivat. *Pohjois-Pohjanmaan SHP:n* tutkimuskuukausien ja tutkimusEVO:n haku on avoin myös OYS:n ulkopuolisille tutkijoille.

Yliopistosairaanhoitopiirien arvion mukaan vuonna 2004 terveystieteiden tutkimushakemuksia on tullut vähän, kuten aiempinakin vuosina. Terveystieteiden tutkimusten osuudeksi arvioidaan korkeintaan muutama prosentti. Tarkempaa tietoa asiasta ei kesken vuoden saatua.

*Tutkimuskulukorvausten raportointi* sosiaali- ja terveysministeriölle tapahtuu karkealla tasolla. Raporteissa ilmoitetaan kuinka paljon tutkimusrahoitusta käytetään toimintayksiköiden omiin tutkimushankkeisiin ja terveydenhuollon yhteishankkeisiin. Lisäksi raportoidaan, paljonko kuluu tutkimuslaitteisiin sekä muuhun tutkimuskäyttöön. Tutkimusluokitus tehdään käytännössä rahoituksen myöntämisen yhteydessä, ja näkemykset sen toimivuudesta vaihtelevat. Joidenkin asiantuntijoiden mukaan hakijoiden tulkinnat erityisesti terveyspalvelujärjestelmän tutkimuksen ja kustannusvaikuttavuuden osalta ovat hyvin epäselviä, toisten mielestä tutkimusten luokittelu on yksinkertaista.

Yliopistolliset sairaanhoitopiirit raportoivat käyttäneensä vuoden 2003 tutkimusEVO:sta puolet kliiniseen tutkimukseen, viidennes perustutkimukseen, noin 6% palvelujärjestelmän tutkimiseen ja muutaman prosentin muuhun tutkimukseen. Reilu viidennes raportoitiin käytetyn muuhun tarkoitukseen. Raportoinnista voidaan parhaimmassakin tapauksessa tehdä vain hyvin karkeita päätelmiä tutkimusrahan käytöstä. Tutkimusten vaikuttavuudesta se ei kerro mitään.

### 3.2.2 Muu tutkimusrahoitus

Terveystieteiden tutkimukseen ohjautuvan muun kuin EVO-rahoituksen määrää on mahdotonta arvioida edes summittaisesti. Rahoituslähteitä on lukuisia, eivätkä ne seuraa myöntämänsä rahoituksen käyttöä tutkimustyyppin tai tutkimuspaikan mukaan. Tässä kuvataan yleisesti eri rahoittajatahoja terveystieteiden tutkijan näkökulmasta.

*Suomen Akatemia* rahoittaa korkealaatuista tieteellistä tutkimusta vuosittain noin 185 miljoonalla eurolla. Perusterveydenhuollon tutkijat voivat hakea erityyppisiä rahoituksia (tutkimushankkeita, akatemiaprofessorin ja akatemiaturkijan tutkimusvirkoja, tutkijankoulutusta sekä kansainvälistä yhteistyötä varten) kuten muutkin.



Tutkimusohjelmat ovat aiheeltaan tai ongelmanasettelultaan rajattuja ja määrääkäsisiä. Ohjelma-aloitteet voivat nousta tieteenalan sisäisestä kehittämistarpeesta, tarpeesta tukea uutta, nousevaa alaa tai tarpeesta tuottaa uutta tietoa yhteiskunnallisesti merkittäväksi koetusta kysymyksestä tai ongelmasta. Perusterveydenhuoltoa lähellä olevista ohjelmista Terveyden edistämisen ohjelma (Terve) päättyi 2004, eikä siinä ollut mukana toimijoita terveystieteellisistä.

Akatemian Terveydenhuoltotutkimuksen ohjelma (Terttu) toteutuu 2004-2007. Sen tavoitteena on lisätä pysyvästi tieteellisen tutkimuksen panosta etsittäessä ratkaisuja terveydenhuollon keskeisiin kehityshaasteisiin ja ongelmiin. Tutkimusohjelma tarkastelee terveydenhuoltoon liittyviä tarpeita, menetelmiä, rakenteita ja päätöksentekoa kansalaisten, ammattilaisten ja päätöksentekijöiden näkökulmasta. Perusterveydenhuoltoa tarkastellaan monella tavalla ja myös tutkijoita perusterveydenhuollosta on mukana useissa hankkeissa.

*Säätiöt* rahoittavat lääketieteellistä ja terveystieteellistä tutkimusta omien erityisehtojensa mukaisesti. Säätiöiden ja rahastojen neuvottelukunnan toimisto Säätiöpalvelu julkaisee vuosittain syyskuussa monisteen ”Apurahojen haku- ja jakoaikoja”. Erityisesti väitöskirjan tekijöille ja varsinkin lääkäreille on runsaasti apurahamahdollisuuksia mm. yliopistojen, Akatemian ja Suomen lääketieteen säätiön kautta.

Monet säätiöistä suuntaavat rahoitusta nimenomaan terveystieteiden kannalta kiinnostaviin tutkimusaiheisiin. Esimerkiksi Kunnallissäätiö jakaa apurahoja kuntia koskeviin tutkimus- ja kehittämishankkeisiin. Yleislääketieteen säätiö on perustettu rahoittamaan juuri perusterveydenhuollon tutkimusta, mutta sen rahoitus pohja on toistaiseksi kapea. Suurilla kaupungeilla (esim. Helsinki, Espoo) on omia tutkimusrahoituksen kanavia, joilla voidaan rahoittaa terveystieteellisissä tehtävää tutkimusta.

*Kehittämishankkeita* rahoittavat mm. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra ja Tekniikan edistämissäätiö Tekes. Sitra on käynnistänyt terveydenhuolto-ohjelman, joka tähtää suomalaisen terveydenhuollon palvelujen laadun ja tuottavuuden parantamiseen erityisesti uutta teknologiaa hyödyntäen. Sen puitteissa toteutetaan hankkeita, jotka esimerkiksi parantavat yksityisen ja julkisen sektorin yhteistoimintaa, kehittävät terveystieteiden logistiikkaa ja edistävät alan tukitoimintojen ja kiinteistöhallinnan tehokkuutta. Tekesin terveydenhuollon teknologiaohjelmassa (FinnWell) rahoitetaan vuosina 2004-2009 tietoteknisten tuotteiden kehittämistä potilaiden hoidon, diagnostiikan ja ennaltaehkäisyyn sekä terveydenhuollon toimintaprosessien parantamisen avuksi. Ohjelman kantava ajatus on, että teknologia parantaa terveystieteiden laatua ja tuottavuutta vain jos samanaikaisesti kehitetään uusia toimintatapoja yhtä innovatiivisesti kuin itse tuotteita.

## 4 SELVITYKSIÄ TUTKIMUSTOIMINNAN KEHITTÄMISESTÄ

Perusterveydenhuollon tutkimustoiminnan kehittämisen sitomiseksi kansallisen tutkimus- ja kehittämistoiminnan strategiaan on tarkasteltava muutamia tuoreita selvityshankkeita. Alla käydään tiiviisti läpi keskeisiä selvityksiä ja johtopäätöksiä perusterveydenhuollon tutkimuksen näkökulmasta. Ensin esitellään tutkimusta yleisesti tarkastelevat selvitykset ja sitten tutkimuksen erityisvaltionosuutta koskeneet selvitykset.

*Opetusministeriön* kehittämissuunnitelmassa "Koulutus ja tutkimus 2003-2008" linjataan tutkimusjärjestelmän yleiskehittämistä. Tavoitteena on tutkimusjärjestelmän eri osien tasapaino ja vuorovaikutus. Opetusministeriön, korkeakoulujen, Suomen Akatemian ja muiden rahoittajatahojen yhteisin toimenpitein luodaan edellytykset luoville tutkimusympäristöille ja huippuyksiköiden kehittymiselle. Tutkimuksen vaikuttavuuden sekä koko tutkimusjärjestelmän tilan ja toimivuuden arviointia ja arviointimenetelmiä kehitetään edelleen.

*Valtion tiede- ja teknologianeuvosto* on valtioneuvoston ja sen ministeriöiden asiantuntijaelin, joka käsittelee keskeisiä tieteen, tekniikan ja tieteellisen koulutuksen edistämiseen liittyviä kysymyksiä. Neuvoston puheenjohtajana toimii pääministeri ja siihen kuuluu kuusi muuta ministeriä sekä kymmenen korkean tason tieteen ja teknologian asiantuntijaa. Tiede- ja teknologianeuvosto käynnisti kesällä 2003 julkisen tutkimusjärjestelmän rakenteiden arviointihankkeen, joka valmistuu vuoden 2004 loppuun mennessä.

### 4.1 Sektoritutkimuksen kehittäminen

Professori Jussi Huttunen selvitti opetusministeriön ja kauppa- ja teollisuusministeriön toimeksiannosta valtion tutkimuslaitosten ja sektoritutkimuksen rakenteellisia haasteita.

Sektoritutkimus on poliittisen päätöksenteon ja yhteiskunnan kehittämisen strateginen resurssi ja johtamisen ja kehittämisen keskeinen väline. Sen merkitys on kasvava. Ministeriöt rahoittavat, teettävät ja tilaavat oman politiikkansa kannalta tärkeitä tutkimus- ja muita asiantuntijatehtäviä sitomattomilla tutkimusrahoillaan. Sosiaali- ja terveysministeriön sitomattomiin tutkimusrahoihin luetaan myös EVO-tutkimuskulukorvaus. Sitomattomien tutkimusmäärärahojen käyttö näyttää Huttusen selvityksen mukaan olevan koko suomalaisen innovaatiojärjestelmän heikoimmin toteutuvia osia. Määrärahat jaetaan usein sattumanvaraisesti eivätkä menettelyt ole läpinäkyviä.

Sektoriministeriöiden alaiset tutkimuslaitokset ovat yhteiskunnallisessa päätöksenteossa tarvittavan tiedon tärkeimpiä tuottajia. Muualla tuotetun tiedon hankkiminen, arvioiminen ja välittäminen päättäjien ja toimijoiden käyttöön on niiden

tutkimus- ja kehittämistyössä keskeistä. Ministeriöiden vastuulla on hankitun tiedon tehokas hyödyntäminen. Ministeriöiden tehtävänä on myös tukea yhteistyöverkkojen luomista ja horisontaaliyhteistyötä yli hallintorajojen.

Sekä sektoritutkimuslaitosten työn että sitomattomilla tutkimusrahoilla tuotetun tutkimuksen tulee olla ensisijaisesti soveltavaa ja tähdätä yhteiskunnan ongelmien ratkaisemiseen. Tutkimuskohteet tulee valita hallinnonalan tutkimus- ja kehittämisstrategian mukaisesti ja valinnassa tulee huomioida: 1) ongelman yhteiskunnallinen merkitys, 2) ongelman ratkaistavuus, 3) laitoksen omat valmiudet ratkaista ongelma ja 4) kansallinen ja eurooppalainen työnjako. Tutkimuslaitokset menettävät olemassaolonsa oikeutuksen, jos ne tekevät vain vapaata akateemista tutkimusta.

Huttusen mukaan sektoritutkimuslaitokselta tarvitaan hyvien käytäntöjen arviointia ja siirtämistä palvelujärjestelmän käyttöön sekä palvelujärjestelmän toimintayksiköiden tukemista niiden omassa kehittämistyössä. Sosiaali- ja terveystieteiden sektoritutkimuslaitokset ovat Stakes, Kansanterveyslaitos, Säteilyturvakeskus ja Työterveyslaitos.

#### *4.2 Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kehittäminen*

Professori Jorma Rantanen selvitti opetusministeriölle yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen tulevien vuosien haasteita ja kehittämistoimia, joilla haasteisiin voidaan varautua.

Rantanen toteaa Suomen yliopistotutkimuksen kansanvälisesti korkeatasoiseksi. Järjestelmä on alueellisesti kattava, mutta tuleviin haasteisiin nähden pirstoutunut ja paikoin liian ohut voimavaroiltaan. Huippututkimusta kaivataan enemmän. Yliopistojärjestelmää ei tule laajentaa vaan painottaa laadun ja vaikuttavuuden vahvistamista. Osa yliopistoista voi suuntautua tukemaan kansallista kehitystä ja alueellista kehittämistyötä. Yliopistojen ja valtion sektoritutkimuslaitosten yhteistyöhön Rantanen esittää yhteisiä professorinvirkoja ja tutkijakoulutusta yhteisissä tutkijakouluissa, joita lisätään.

Ammattikorkeakouluja on Suomessa 31, toimintaa niillä on 82 paikkakunnalla. Melkein kaikki ammattikorkeakoulut (26) antavat koulutusta terveydenhuolto- ja sosiaalialueille. Ammattikorkeakoulujen tehtävä lain mukaan on työelämään suuntautunut koulutus sekä alueellista kehitystä ja innovaatioprosessia edistävä soveltava tutkimus- ja kehitystyö. Ammattikorkeakoulujen tutkimuksellisenä haasteena on hajanainen rakenne, niukka julkinen resursointi, kasvava riippuvuus ulkoisesta rahoituksesta ja lyhyt tutkimusperinne.

Rantanen esittää yliopistoille ja ammattikorkeakouluille merkittävää lisärahoitusta yhteistyöhön aluekehityksessä ja innovaatioiden siirron tehostamiseen. Ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehitystoiminta tulee selvitysmiehen mukaan

suunnata ensisijaisesti tukemaan alueellisia, paikallisia ja yrityskohtaisia kehittämishankkeita. Ammattikorkeakoulujen ei tule suuntautua yliopistojen tutkimukselle päällekkäiseen akateemiseen tieteelliseen tutkimukseen.

Rantasen mukaan uusien tutkimusalueiden ja -aloitteiden syntyä tulisi voimakkaasti edistää ja koota tähän voimavaroja uudelleensuuntauksella sekä lisärahoituksella, priorisoinnilla profiloinnilla. Voimavarojen lisäys tulisi ensisijaisesti kohdistaa tärkeimpiin strategisiin kohteisiin ja lupaaviin uusiin kohteisiin

### *4.3 Selvitykset tutkimus-EVOn kehittämisestä ja käytöstä*

Terveystieteelliseen tutkimukseen käytettävän valtionosuuden kehittämistarpeita ja -keinoja on viime vuosina tarkasteltu kahdessa selvityksessä ja sen kustannusvastaavuutta on lisäksi tarkasteltu osana kolmatta selvitystä.

#### **Kekomäen selvitys 2001**

HUSin hallintoylilääkäri Martti Kekomäki arvioi tutkimus-EVOn käyttöä selvityksessään "Terveystieteelliseen tutkimukseen käytettävä valtionosuus". Impaktipisteistä johdettu EVO-pisteitys kannustaa Kekomäen mukaan perustutkimuksen tekemiseen. Hän ehdotti erikoisalakohtaisten EVO-pisteiden käyttöön ottoa ja kymmenesosan osoittamista palvelujärjestelmätutkimukseen. Tutkimusrahoituksen katveita etsiessään Kekomäki kiinnitti suurimman huomion perusterveydenhuoltoon koskevan tutkimuksen rahoitukseen.

Tutkimuksen tulee Kekomäen mukaan olla terveystieteellisen palvelujärjestelmän vaikuttavuuden lisäämiseen tähtäävän, terveystieteellistä johdetun strategian työkalu. Kekomäki suositti, että sosiaali- ja terveysministeriö vahvistaisi ohjausotettaan erityisvaltionosuudella tehtävästä tutkimuksesta. Strategian toteuttamiseen hän ehdotti EVO-lautakunnan perustamista.

Palvelujärjestelmätutkimuksen tunnistamiseksi Kekomäki ehdotti kaksinkertaista luokitusta, jossa sekä tutkija että EVO-lautakunta määrittävät tutkimuksen lajin. Jos molemmat arvioisivat kyseessä olevan palvelujärjestelmätutkimuksen, ansaitut pisteet kaksinkertaistettaisiin. EVO-rahoituksen jälkikäätisyys mietitytti selvitysmiestä, mutta siihen hän ei muutosta esittänyt.

Tutkimusrahoituksen läpinäkyvyyden lisääminen oli Kekomäen selvityksessä tärkeä kehittämiskohde. Hän esitti tietoverkon käyttöä niin rahoituksen avoimeksi seuraamiseksi kuin tutkimuksen myöhemmän merkityksen ja kustannusten arvioimiseksi.

#### **Teperin työryhmän selvitys 2003**

Stakesin tulosaluejohtaja Juha Teperin työryhmä valmisteli ehdotuksen tutkimus-EVOn rahoitettavan tutkimuksen painopisteiksi, tieteellisten julkaisujen paino-

arvojen määrittelemiseksi ja selvitti, tulisiko osa valtionkorvauksesta varata tutkimuksen infrastruktuurin ylläpitoon.

Työryhmä ehdotti EVO:n turvin tehtävälle tutkimukselle painopisteasettelua, joka johdettaisiin odotettavissa olevasta terveyshyödystä. EVO-pisteytysjärjestelmään ei ehdotettu muutoksia, mutta organisaatioiden sisäiseen resurssijakoon esitettiin lisättäväksi strategisten linjausten käyttöä. Työryhmä suositteli kansallisen terveydenhuollossa tehtävän tutkimuksen neuvottelukunnan ja kunkin erikoissairaanhoidon erityisvastuualueen alueellisen neuvottelukunnan perustamista.

Työryhmä suositti terveydenhuollon yksiköille yhteistyön lisäämistä yliopistojen ja tutkimuslaitosten kanssa erityisesti järjestelmätutkimuksen kehittämiseksi sekä tutkijakoulujen perustamista. Organisaatioille toivottiin myös paremmin raportoituja ja kattavampia tutkimuksen seurantamalleja sekä määrävälein tilattavaa riippumatonta arviointia. Sairaanhoidopiiriin suositettiin osallistuvan Suomen Akatemian Terveydenhuollon tutkimusohjelmaan, ja tämä toteutuikin.

Perusterveydenhuollossa tutkimusperinne ja tutkimusosaaminen arvioitiin vähäiseksi. Terveyskeskuksissa tutkimustyön ohjausta pidettiin vaikeana järjestää eikä ilmapiiri ollut tutkimusmyönteinen. Teperin työryhmän mukaan perusterveydenhuollossa tehtävän tutkimuksen ongelmia voidaan korjata määrätietoisella tutkimusedellytysten ja ohjaustoiminnan kehittämällä. Tulisi luoda riittävän tutkimusosaamisen takaavia alueellisia tutkimuksen tukirakenteita, esimerkiksi perustamalla kullekin erityisvastuualueelle tutkimusta ja koulutusta tukeva ja koordinoiva yleislääketieteen tai perusterveydenhuollon yksikkö.

Työryhmän näkemyksen mukaan luokittelu järjestelmätutkimukseksi on usein tulkinnanvaraista. Kekomäen ehdottamaa palvelujärjestelmätutkimuksen arvottamista muusta tutkimuksesta poikkeavalla tavalla samoin kuin erikoisalakohtaisista EVO-pisteytystä pidettiin epäkäytännöllisinä ja raskaina ratkaisuina. Perusterveydenhuollon ja palvelujärjestelmätutkimuksen julkaiseminen kansainvälisissä lehdissä on vaikeaa järjestelmäsidonaisuuden vuoksi. Työryhmä ehdotti EVO-pisteisiin oikeuttavien kotimaisten lehtien lukumäärän lisäämistä, joka toteutui.

### **Linnan työryhmän selvitys 2004**

Stakesin kehittämispäällikön Miika Linnan työryhmä selvitti opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamia kustannuksia sairaaloille vuosilta 1998-2002. Tutkimustoiminnan rahoituksessa huomioitiin EVO-rahoitus ja ulkopuolinen rahoitus, jotka suurin piirtein kattavat tutkimustoiminnan kustannukset yliopistosairaaloissa. Tutkimuskulukorvauksen vaje suhteessa tutkimuksesta aiheutuneisiin kustannuksiin oli vuonna 2002 noin 24 miljoonaa euroa ja EVO:n ulkopuolisen rahoituksen määrä arviolta 32 miljoonaa euroa. Sairaaloiden tutkimus on tarkastelujaksona lisääntynyt voimakkaasti, vaikka EVO-korvaus on pysynyt ennallaan. Ulkopuolinen tutkimusrahoitus on lisääntynyt yliopistosairaaloissa.

Selvityksen mukaan nykyisessä EVO-järjestelmässä taloudelliset kannustimet ohjaavat osittain tulosityksiköiden toimintaa. Jotta EVO-korvauksella voidaan ohjata opetus- ja tutkimustoiminnan laajuutta sekä suuntautumista sairaaloissa, tulisi ohjaamisen strategisten periaatteiden olla selvästi ilmaistut. Tutkimustoiminnan täysimääräinen korvaaminen todennäköisesti kannustaisi tutkimuksen lisäämiseen potilashoidon kustannuksella.

Linnan työryhmän havaintojen perusteella näyttää siltä, että tutkimustyön rajakustannukset nousevat voimakkaasti, kun julkaisujen pistemäärä alittaa 10-15 pisteen rajan vuodessa. Julkaisumäärällä mitaten tutkimustyön tehokkuus siis laskee pienissä yksiköissä.

## *5 TUTKIMUSASETELMAT JA TIEDON ROOLI TERVEYDENHUOLLOSSA*

### *5.1 Tutkimuskysymykset ja tutkimusasetelmat*

Terveyskeskustyö tuo eteen erilaisia kysymyksiä. Vastauksia tulisi etsiä kysymyksen luonteeseen parhaiten sopivalla tavalla. Vaikuttavuustietoa saadaan satunnaistetuilla kokeilla, epidemiologista tietoa rekistereistä tai poikkileikkaustutkimuksin ja potilaiden näkemyksiä puolestaan voi kartoittaa kyselyin tai laadullisin menetelmin. Palveluprosessien tai organisaation toiminnan tutkimiseen taas soveltuvat esimerkiksi laadunhallinnan menetelmät.

Työn kehittämistarpeen noustessa esiin on tavallista, että kysymys on aluksi epämääräinen tai aivan liian laaja vastattavaksi. Miksi päivystysvastaanotto ruuhkautuu? Voisimmeko hoitaa astmapotilaita paremmin? Epämääräinenkin kysymys auttaa pohtimaan, onko aihe niin tärkeä, että siihen pitäisi etsiä vastausta. Vastauksen löytämiseksi ongelma on kuitenkin rajattava tarkemmin.

Kysymyksen esittäjien kannattaa keskustella tutkimuksen ammattilaisten kanssa kysymyksen muotoilusta sellaiseksi, että siihen on mahdollista vastata tutkimuksen keinoin. "Astmapotilaiden parempi hoito" voi eriytyä useaksi alakysymykseksi, joista yhteen löytyy tieto kirjallisuudesta (esim. Cochrane-katsaus potilasohjauksen vaikuttavuudesta). Toiseen kysymykseen voi vastata omaa toimintaa seuraamalla (esim. lääkäreiden ja hoitajien nykyinen työnjako itsehoidon neuvonnassa) ja kolmanteen aloittaa pienimuotoinen, muidenkin käyttöön soveltuvaa tietoa tuottava tutkimus (esim. uuden potilasohjausmenetelmän vaikutus astmapotilaiden päivystyskäynteihin). Kun keskitytään oleelliseen ja käytetään joka kysymyksen luonteeseen parhaiten sopivaa tutkimusmenetelmää, vähenee tarvittava työmäärä. Samoin on heti aluksi sovittava, miten pian vastausta tarvitaan.

Tutkimuksen ja kehittämistyön raja on liukuva. Hyvä tutkimus on yleistettävissä muualle, hyvä kehittämishanke puolestaan on sovellettu juuri meidän oloihimme.

Kysymyksen huolellinen muotoilu antaa neuvoa siitä, millä menetelmällä vastausta on paras etsiä. Jos hyvin metodein tuotettu tieto löytyy kirjallisuushaulla, on seuraavaksi mietittävä tiedon soveltamista omiin työprosesseihin. Ellei epidemiologista tai vaikuttavuustietoa löydy perusteellisenkaan etsinnän jälkeen, on syytä ryhtyä tuottamaan yleistettävää tietoa: kuinka yleistä terveyskeskuspotilailla on äkillinen, korvaperäinen huimaus? Jos emme tiedä, mitä väestö ajattelee nielutulehduksen hoitovastuun antamisesta hoitajille, on hyvä aloittaa laadullisin menetelmin, ryhmähaastattelulla.

Perusterveydenhuollossa tehdyt selvitykset tehdään usein paikalliseen käyttöön. Niinpä ne ovat luonteeltaan hyvin kontekstisidonnaisia; niiden ymmärtämiseen tarvitaan tietoja paikasta, jossa selvitys tehtiin. Kun toimintaympäristö ja sen erityispiirteet kuvataan laadullisin käsittein ja omat tulokset tulkitaan rikkaasti kontekstiin liittäen ("mistä syystä muutos juuri meillä onnistui?"), tulee selvityksen julkaiseminen mahdolliseksi ja mielekkääksi. Julkaiseminen on tärkeää, jotta muut voivat hyötyä kokemuksista ja jotta julkaisija saa palautetta ratkaisuisistaan.

Terveyskeskustyöstä nousevat kysymykset kulkevat harvoin tutkijoiden tietoon. Aiheet päätyvät tutkimussuunnitelman ja rahoitettavan tutkimuksen tasolle vain sattumalta. Tärkeiden kysymysten etsimiseen ja muotoiluun ei nykyisin ole mekanismeja. Tutkimuksesta kiinnostunut perusterveydenhuollon ammattilainen on vaarassa turhautua, kun puutteellisesti muotoiltu selvitys- tai tutkimushanke ajaa karille ennen valmistumistaan.

## 5.2 Tiedon hierarkia ja tiedolla ohjaus

Kun vuonna 1993 siirryttiin valtion resurssiohjauksesta informaatio-ohjaukseen, muuttui terveydenhuollon valtahierarkia vuorovaikutteiseksi keskusteluksi. Valtiolla säilyi kokonaisvastuu, mutta kunnille tuli oma vastuu tiedon soveltamisesta. Nylander, Ståhle ja Nenonen käsittelevät tiedolla ohjaamisen ongelmaa artikkelissaan "Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä". Joka tasolla järjestelmässä tarvitaan kirjoittajien mukaan riittävää autonomiaa, jotta ylhäältä ja alhaalta tulevat impulssit voidaan sulattaa omaan toimintaan vaikuttavaksi tietämykseksi. Informaation vaikutus syntyy vuoropuhelusta.

*Tiedon hierarkia.* Nenonen ja Nylander ovat aiemmissa julkaisuissaan käsitelleet tiedon hierarkiaa. Määrittelyn mukaan *datalla* tarkoitetaan numeerista raakatietaa, joka koostuu yksittäisistä havainnoista. *Informaatio* on numeeriseen laskentasaäntöön perustuva arvo, joka on tuotettu kerätystä datasta. Informaatiota siis syntyy, kun dataa yhdistellään sovitulla tavalla. Vielä korkeamman tason *tietämystä* syntyy, kun informaatiota ja dataa yhdistetään laajempaan käsitteelliseen kytkentään. Viisaus, määrittelyn mukaan korkeimman tason tieto, perustuu siten teoreettisen ja kokemuksellisen osaamisen avulla käsiteltyyn data-informaatio-tietämys kokonaisuuteen ja muuttuu strategiseksi päätelmiksi. *Viisaus* tiedon

kategoriana velvoittaa myös ottamaan mukaan eettisen ulottuvuuden: tiedolla on oltava jokin tarkoitus.

Jos informaatio ei ohjauksessa muutu halutuksi tietämykseksi ja viisaudeksi, se jää ilman vaikutuksia tai tuottaa tunnistamattomia, hiljaisen tiedon vastavaikutuksia. Kirjoittajat ehdottavat tietointensiivistä (tiedon dominoiva asema) tietojärjestelmää informaatio-ohjauksen tilalle. Tällainen tietojärjestelmä rakentuisi kliinisen ympäristön, näyttöön pohjautuvan ympäristön ja tilasto-ympäristön kokonaisuudesta, jollaista toistaiseksi ei vielä missään ole toteutettu.

Perusterveydenhuollon informaatio-ohjauksen haasteena on yhtäältä saada riittävät, oikeat ja ajantasaiset lääketieteelliset tiedot kuhunkin työtilanteeseen, toisaalta toiminnan suunnittelun perustuminen oikeille toimintatiedoille. Tutkimus voi tukea tiedolla ohjautuvaa työtä paitsi tarjoamalla uusia informaation palasia myös tuomalla tekijöilleen kriittisyyttä sekä ymmärrystä tiedon suhteellisuudesta ja tiedon käytöstä.

*Tiedolla ohjaus.* Perusterveydenhuollon kehittämiseksi on tärkeää saada käyttöönsä tasokasta terveydenhuoltotutkimusta sekä relevanttia kliinistä, epidemiologista ja hoitotieteellistä tietoa. Potilaiden hoitoon on olemassa runsaasti hyvin tuotettua kliinistä tutkimusta, jonka perusteella linjattuja hoitokäytäntöjä ei ole paikallisselvityksin syytä kyseenalaistaa. Perusterveydenhuollon kliinisen tutkimuksen erityinen arvo on valikoimattomalla väestöllä tehtävässä tutkimuksessa.

Tärkeimpiin tauteihin ovat suomalaiset asiantuntijat laatineet kymmeniä tutkimustietoon perustuvia suosituksia. Myös päätöksenteon tukijärjestelmät ovat kehittyneet nopeiksi ja käyttökelpoisiksi. Kansallisen järjestelmän ohjaamisen ja koulutuksen kehittämisen kannalta kiinnostavaksi tutkimusteemaksi on noussut hoitosuosituksen toteutuminen. Hoitosuositukset ovat sairaanhoitopiirien kautta terveyskeskusten käytössä. Kliinisen työn tiedolla ohjaukseen on siis Suomessa poikkeuksellisen hyvät mahdollisuudet. Tutkimustyö voi olla väline, jolla terveyskeskus kehittää valmiuksiaan tiedon arviointiin ja hyödyntämiseen. Tutkimus kytkee ammattilaisten, paikallisen organisaation ja kansallisen järjestelmän kehittämisen vuorovaikutukseen.

Palvelujärjestelmän kehittämisen kannalta olisi tärkeää, että perusterveydenhuollosta nousisi tutkimuskysymyksiä. Terveystieteiden, terveyskasvatuksen ja ennaltaehkäisy-tutkimukset kunnassa ovat kansallisen kehittämisen kannalta erityisen kiinnostavia teemoja, joita pitää tutkia juuri terveyskeskuksissa.

Perusterveydenhuollon tutkimuksesta osa jää selvitystasoisiksi eikä sitä julkaista muiden saataville. Näin monet järjestelmän kehittämiseen käyttökelpoiset tiedot jäävät kokonaan hyödyntämättä tiedon tuottajaa lukuun ottamatta. Olisi tarpeen etsiä sopivia julkaisukanavia myös pienemmille selvityksille, kerätä yhteen tieto julkaisuista ja muokata se hyödynnettävään muotoon.



Aiemmissa tutkimuksen kulukorvauksia ja rakennetta selvittäneissä hankkeissa on ehdotettu, että sosiaali- ja terveysministeriön tulee ottaa voimakkaampi ote sektoritutkimuksen rahoilla toteutettavan tutkimustyön ohjaamisesta. STM:n sitomattomilla kehittämisrahoilla tuotetun tutkimuksen lähtökohtina tulisi olla ministeriön linjaamat strategiset puitteet ja painotukset, ja rahoittajan tulee saada myös tutkimustieto hyödynnettävässä muodossa käyttöönsä. Tutkimusta tarvitaan vahvistamaan informaatio-ohjauksen vaikuttavuutta

### *5.3 Tutkimustiedon hyödyntäminen ja innovaatioympäristöt*

Tutkimustietoa on ollut hankalaa hyödyntää terveyskeskuksissa. Tutkimustulosten käyttö kehittämistoimissa on ollut epäjärjestelmällistä; syynä lienee ollut sekä kiire että tutkimustaitojen vähäisyys. Kehittämis toimintaan ei ole liitetty kunnollista tutkimusta, ja niinpä hyödyllinen tieto ei ole kantautunut muiden käyttöön. Terveyskeskukset ovat palvelujen tuotantoon keskittyviä asiantuntijaorganisaatioita, usein pieniä kooltaan. Ne ovat uuden tiedon ja innovaatioiden hyödyntäjinä verrattavissa pieniin ja keskisuuriin yrityksiin, joilla ei ole omia tutkimus- ja kehittämisresursseja. Työvoimaa ei ole mitoitettu siten, että uusien toimitasuositusten käyttöön ottoon olisi kylliksi aikaa.

Yritystoiminnan innovaatioiden hyödyntämistä on tutkittu paljon. Tiede- ja teknologianeuvoston tilaamassa selvityksessä "Välittäjäorganisaatioiden rakenteelliset ja dynaamiset haasteet" tarkastellaan innovatiivista johtamista monen toimijan verkostossa. Näkökulmana on innovaatioympäristö, joka ottaa konseptina huomioon perinteisen innovaatiojärjestelmän lisäksi myös alueen luovuuden ja toimintadynamiikan. Alueellinen tietosysteemi tarvitsee menestyäkseen tuottaja-, kehittäjä- ja innovaatioverkostoja sekä niiden riittävän tiivistä kytkeytymistä toisiinsa. Yksittäiset alueen toimijat voivat samanaikaisesti olla mukana vaikkokaikaisen tyyppisessä verkostossa, mutta voivat toisaalta toimia oman kiinnostuksensa mukaan esimerkiksi vain tutkimusverkostossa. Nämä verkostot syntyvät vain kommunikation tuloksena ja alueen kokonaisdynamiikan kannalta myös linkit alueen ulkopuolisiin toimijoihin ovat elintärkeitä.

Välittäjäorganisaatio toimii tiedon käyttäjien ja tiedon tuottajien rajapinnassa. Suppean määritelmän mukaan se pelkästään välittää substanssiin liittyvää tietoa tiedon tuottajilta tiedon hyödyntäjille. Laajan määritelmän mukaan toiminta kattaa sekä tiedon siirtämisen että vaikuttamisen alueen rakenteisiin ja dynamiikkaan. Välittäjäorganisaatiot ovat innovaatiotoiminnan katalysaattoreita. Kansallisen tason välittäjäorganisaatioita, jotka luovat yrityksille toimintaympäristöjä, ovat Sitra, Tekes ja Suomen Akatemia. Suomessa yritysten ja yliopistojen välinen yhteistyö on koettu innovaatiojärjestelmän vahvuutena. Tekesin ohjelmien yleisenä ehtona on yhteistyö yliopistojen ja yritysten välillä.

Alueelliset välittäjäorganisaatiot, kuten osaamiskeskukset ja yrityshautomot, vaikuttavat innovaatioympäristön dynamiikkaan. Innovaatioympäristön synnyttämi-

nen ja johtaminen ei onnistu pelkällä resurssien hallinnoimisella tai ohjelmaprosessien käynnistämällä ja toteuttamisella. Innovaatiotoiminnan johtajuus toteutuu toimijoiden ja intressien yhteisvaikutuksena, eikä prosesseja voi hallita niiden ulkopuolelta. Innovaatioympäristöllä on oltava selkeä identiteetti ja imago ja riittävän yhteinen strategia, pelinsäännöt ja arvot. Perusterveydenhuollon kehittämässä tarvittavan innovaatioympäristön tulee siis olla alueellisesti hyväksytyjen toimijoiden verkosto joka toimii terveyskeskusten yhteisesti hyväksymillä tavoilla.

Toinen selvitys valtion tiede- ja teknologianeuvostolle "Välittäjäorganisaatioiden toiminta fyysisesti etäällä sijaitsevien toimijoiden välillä" pohtii hiljaisen tiedon siirtymistä organisaatiosta toiseen. Eksplisiittinen tieto on kirjoitettu auki sovittujen käytäntöjen mukaan ja siksi myös siirrettävissä. Hiljainen tieto taas on kytköksissä henkilökohtaiseen osaamiseen, ajatteluun ja taitoihin. Hiljaisen tiedon haltija ei välttämättä kykene pukemaan tietoaan selvästi kommunikoitavaan muotoon. Hiljaisen, tilanne- ja kontekstisidonnaisen tiedon siirto edellyttää läheistä vuorovaikutusta. Pienissä yrityksissä hiljaisella tiedolla on merkittävämpi rooli kuin suurissa, ja pienten yritysten omaksumiskyvyn arvellaan olevan suuria yrityksiä rajallisempi.

Ajattelutapojen, tietopohjan ja kielen samankaltaisuuden tai erilaisuuden jännitteestä käytetään käsitettä kognitiivinen etäisyys. Tämä henkinen ja tiedollinen erilaisuus toimijoiden välillä saattaa olla niin suuri, ettei oivaltamista pääse tapahtumaan. Omasta tiedosta liiaksi poikkeavaa informaatiota on vaikea omaksua. Toisaalta ajattelutapojen ja tietopohjien erot luovat edellytyksiä innovaatioiden syntymiseen. Innovatiivisuuteen tähtäävän toiminnan tulee kyetä hakemaan tasapainoa olemassa olevan hyödyntämisen ja uuden etsimisen välillä.

Organisaatioiden ja yksilöiden valmiudet kognitiivisten kategorioiden ylittämiseen vaihtelevat. Fyysinen läheisyys ei poista kognitiivista etäisyyttä - esimerkeinä yliopiston oppiaineiden erilaiset ajattelutraditiot tai viestinnän vaikeudet sosiaalityöntekijän ja terveydenhoitajan välillä. Tutkijan ajattelutapa voi olla niin etäällä kiireisen terveyskeskuksen arjesta, ettei hänen tarjoamansa hyödyllinenkään tieto saa jalansijaa. Espoon terveysasemien työtä tarkkailleet prosessi-insinöörit kohtasivat ensin vastustusta, mutta avasivat vähitellen uusia näköaloja vakiintuneiden toimintatapojen haittoihin.

Tiedon leviäminen ja oppiminen näyttää riippuvan paljon enemmän verkostoissa olevien toimijoiden kognitiivisesta etäisyydestä kuin puhtaasta maantieteellisestä etäisyydestä. Innovatiivisen toiminnan kriittisin tekijä ovatkin kontaktit, jotka mahdollistavat tietoaineksen uudenlaisen yhdistelemisen ja soveltamisen. Perusterveydenhuollon tutkimusta on siis ainakin teoriassa järkevää tukea luomalla verkostoja, joissa tutkijat ja käytännön työtä tekevät voivat jakaa näkemyksiään ja oppia uutta toisiltaan. Kun tutkijat ymmärtävät terveyskeskustyön olemusta ja

potilaita hoitavat tuntevat riittävästi tutkimuksen perusteita, on tietoon perustuvalla muutoksella tilaa.

## *6 PERUSTERVEYDENHUOLLON TUTKIMUKSEN NYKYTILA*

Perusterveydenhuollon tutkimuksen merkitys nähtiin Suomessa jo 1970-luvulla, jolloin sosiaali- ja terveysministeriö velvoitti lääkintöhallituksen ohjeistamaan asian. Lääkintöhallituksen ohjekirjeessä 1980 kuntia kehoitettiin huolehtimaan tutkimus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä toimintansa tarkoituksenmukaisuuden, tuloksellisuuden ja taloudellisuuden arvioimiseksi ja parantamiseksi. Samoihin aikoihin tapahtunut yleislääketieteen akateeminen kehitys ja yliopistoihin perustetut alan laitokset vauhdittivat tutkimusta. Tässä luvussa tarkastellaan terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen tukirakenteita käytyjen haastattelujen perusteella.

### *6.1 Yliopistoissa tehtävä perusterveydenhuollon tutkimustyö*

Yliopistot tekevät merkittävästi tutkimusyhteistyötä terveyskeskusten kanssa. Perinteinen yhteistyö, jossa tutkimus suunnitellaan ja tulokset analysoidaan yliopiston laitoksella ja terveyskeskuksissa kootaan aineisto tutkimuksia varten, on muuttumassa aidoksi vuoropuheluksi. Terveyskeskusten rooli myös aiheiden valinnassa, suunnittelussa ja arvioinnissa korostuu. Kliiniset lääketutkimukset edustavat vielä vanhaa perinnettä.

Yliopistot tarjoavat yhä enemmän tutkimusmenetelmäkoulutusta ja ohjausta. Yliopistosairaaloihin on viime vuosina perustettu yleislääketieteen yksiköitä, jotka vahvistavat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon (PTH:n) kliinistä yhteistyötä ja tarjoavat tukea tutkimukselle. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitosten lisäksi PTH:n tutkimusta tekevät ainakin kansanterveystieteen, hammaslääketieteen, hoitotieteen ja terveystieteiden laitokset.

Useimmat perusterveydenhuollon tutkijat toimivat lääketieteellisissä tiedekunnissa. Kuopiossa hoitotieteen laitos sekä terveystieteiden ja -talouden laitos kuuluvat yhteiskuntatieteelliseen tiedekuntaan. Tampereella terveystieteiden laitos on yliopiston keskushallinnon alainen erillislaitos. Koska PTH:n tutkimus on luonteeltaan monitieteistä, ovat monet muut erikoisalajat aktiivisia etenkin kliinisissä ja epidemiologisissa terveyskeskustutkimuksissa. Mukana ovat myös mm. hoitotieteen ja käyttäytymistieteen edustajat, antropologit ja sosiologit. Terveyspalvelujärjestelmän tutkimusta tekevät myös hallintotieteiden ja insinööritieteidenkin edustajat.

### *6.1.1 Turun yliopisto*

Turussa yleislääketieteen laitoksen tutkimuksen painopisteet ovat iäkkäiden sairauksien kliinisepidemiologinen tutkimus, iäkkäiden kaatumisten epidemiologia ja niitä estävät interventiot sekä sepelvaltimotaudin preventiotutkimus. Turussa on kehitetty yleislääketieteen perusopetuksen antamista yliopiston ulkopuolella ja osa kliinisistä opettajista toimii alueen terveyskeskuksissa. Yliopiston opettajat voivat näin koulutuksen lisäksi tukea terveyskeskuksissa tehtävää tutkimusta. Lieto-projekti on tuottanut runsaasti terveyskeskustutkimusta moniin väitöskirjoihin saakka.

Turun hammaslääketieteen laitoksella tehdään perustutkimuksen ohella kliinistä, epidemiologista ja preventiotutkimusta. Laitoksella toimii suun terveyden tutkimusjakoulu.

### *6.1.2 Tampereen yliopisto*

Tampereella lääketieteen laitoksessa toimiva yleislääketieteen oppiala on tehnyt vastuualueensa terveyskeskusten kanssa Sisä-Suomen ja Pohjanmaan Yliopistolinen terveyskeskus -nimiset sopimukset koulutus- ja tutkimusyhteistyöstä. Laitoksella käynnissä ja suunnitteilla oleviin hankkeisiin ja tutkijaryhmiin rekrytoidaan tutkijoita 64 terveyskeskuksesta, jotka ovat tehneet yhteistyösopimuksen yliopiston kanssa ja sitoutuneet myös taloudellisesti tukemaan tutkimusta. Etelä-Pohjanmaan terveyskeskuslääkäreillä on oma tutkimusryhmä, jonka tavoitteena on opetella tutkimustaitoja; sitä vetävät yleislääketieteen professori ja Tampereen teknillisen yliopiston professori. Ensimmäinen ryhmä on koulutettu jo 1990-luvulla ja nykyisessä ryhmässä on seitsemän terveyskeskuslääkäreitä.

Käytännön yhteistyötoimijana on yliopistosairaalaan perustettu yleislääketieteen yksikkö, jonka tehtävänä on luoda terveyskeskuksissa tehtävää tutkimustoimintaa varten tukirakenteita, auttaa tutkijoita verkostoitumaan ja innostaa tutkijaelämäntapaan terveyskeskuksissa. Tutkimusaiheina ovat mm. omalääkäritoiminta ja lääkärin työ, potilastyytyväisyys, alkoholin suurkuluttajat, työhyvinvointi, nuorten seksuaaliterveys ja lasten allergiakysymykset.

Yleislääketieteen oppiala on yhdessä terveystieteen laitoksen kanssa mukana Akatemian Terveystutkimuksen ohjelmassa perusterveydenhuollon tutkimuskonsortioilla (Perttu). Pertussa kartutetaan tietoa PTH:n tarpeesta, järjestämistavoista, saatavuudesta sekä palvelujen käytöstä, laadusta, kustannuksista ja vaikuttavuudesta.

Tampereen Hoitotieteen laitoksen tutkimukset kohdistuvat erityisesti perheen terveydenhoitoon ja mielenterveystyöhön; kolmannes on terveydenhuoltotutkimusta ja loput kliinistä tutkimusta. Useissa tutkimushankkeissa tehdään yhteis-

työtä terveyskeskusten kanssa. Ammattiryhmien työnjakokysymykset ovat terveyskeskuksissa tehtävien tutkimusten tärkeitä teemoja.

Kansanterveyden tutkijakoulu on Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksen ja Tampereen terveystieteen laitoksen yhteisesti koordinoima, ja sitä rahoittavat Opetusministeriö ja Suomen Akatemia. Mukana on kuusi muuta instituuttia, mm. Kansanterveyslaitos ja Stakes.

### *6.1.3 Oulun yliopisto*

Oulun kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos on kehittänyt yhdessä Kaustisen seutukunnan, Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin, Kokkolan yliopistokeskuksen ja Chydenius-instituutin kanssa Keski-Pohjanmaan terveydenhuollon resurssikeskushankkeen. Tavoitteena on luoda valtakunnallisesti merkittävä pilottimalli PTH:n henkilöstön jatkokoulutuksen alueellisesta järjestämisestä ja tuottaa alueen PTH:n kehittämistä ja johtamista koskevaa tutkimustietoa. Resurssikeskukseen rekrytoidaan lääkäreitä ja terveydenhuollon maistereita, joilla on mahdollisuus tehdä väitöskirjatutkimusta osittain palkkatyönä. Lisäksi resurssikeskuksen lääkärit tukevat alueen perusterveydenhuoltoa osallistumalla terveyskeskusten lääkäri- ja etälääkärivastaanotto toimintaan. Resurssikeskus toimii terveyskeskusjohtoisesti, mutta tiiviissä yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja yliopistokeskuksen kanssa.

Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa toimii yleislääketieteen yksikkö, jonka tehtävänä on koordinoida yleislääketieteen jatko- ja täydennyskoulutusta sekä tutkimustoimintaa vastuualueella toimivissa PTH:n toimintayksiköissä. Oulun hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksella tehdään myös perusterveydenhuollon tutkimusta. Hammaslääketieteen laitoksella tutkimuksen painopiste on terveystieteellisessä tutkimuksessa.

### *6.1.4 Kuopion yliopisto*

Kuopion kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos on solminut vastuualueensa terveyskeskusten kanssa sopimukset koulutus-, tutkimus- ja kehittämissyhteistyöstä. Verkostossa on mukana Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, jossa toimii myös yleislääketieteen yksikkö. Yksikön tehtävänä on terveyskeskuksissa tapahtuvan perus- ja jatkokoulutuksen kehittäminen, terveyskeskusten tutkimus- ja kehittämistoiminnan ohjaus, terveyskeskusten ja sairaaloiden yhteistyön kehittäminen sekä merkittävimpien kansansairauksien ehkäisyn tutkiminen ja kehittäminen. Suunnitelman mukaan yleislääketieteen yksiköitä tullaan perustamaan erityisvastuualueen muihinkin keskussairaaloihin; Joensuussa sellainen jo on.

"Oppiva terveyskeskus" on Kuopion yliopiston vastuualueella toimiva kehittämissanke, jonka tavoitteena on luoda, käynnistää, vahvistaa ja tukea perusterveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Oppimis- ja kehittämishankke-

seen osallistuvat kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitoksen lisäksi Kuopion ja Varkauden kaupungit sekä kuuden kunnan (Iisalmi, Vieremä, Pielavesi, Keitele, Siilinjärvi ja Maaninka) terveydenhuollon tai kansanterveystyön kuntayhtymät.

Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitoksen tutkimuksen painoalueet ovat terveyskeskustyön tutkimus, kivun, metabolisen oireyhtymän ja verenpaineen hoito, vanhenemisen tutkimus sekä terveysturva ja sen rahoitus. Laitokseen on sijoitettu työterveyslääkäreiden valtakunnallisen tutkijakoulun keskus. Tutkijakoululaisten pääasiallinen työ tapahtuu alueellisissa ryhmissä Helsingissä, Turussa, Tampereella, Oulussa ja Kuopiossa.

Kuopion hoitotieteen laitoksen tutkimuksen painopisteenä on ehkäisevä hoitotiede ja terveyden edistäminen. Lisäksi selvitetään mm. perusterveydenhuollon työnjaon kysymyksiä. Laitoksella toimii neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus. Yhteistyö terveyskeskusten kanssa on tärkeää. Tutkimus painottuu terveydenhuoltotutkimukseen ja kliiniseen tutkimukseen. Laitos koordinoi hoitotieteen valtakunnallista tutkijakoulua.

Kuopion terveyshallinnon ja –talouden laitoksen tutkimusalueita ovat sosiaali- ja terveyspalvelujen johtaminen, ohjaus ja organisointi, toimintatapojen kehittäminen ja arviointi, palvelujen jakautuminen ja oikeudenmukaisuus sekä tehokkuus ja vaikuttavuus. Laitos koordinoi sosiaali- ja terveyspolitiikan, hallinnon ja talouden valtakunnallista tutkijakoulua.

Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen, hoitotieteen sekä terveyshallinnon ja –talouden laitokset ovat kaikki mukana terveystieteiden yliopistoverkostossa yhdessä Jyväskylän, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistojen sekä Åbo Akademin kanssa. Verkoston tarkoitus on terveystieteiden koulutuksen ja tutkimuksen kehittäminen.

### *6.1.5 Helsingin yliopisto*

Helsingissä on sekä suomenkielinen että ruotsinkielinen yleislääketieteen oppituoli. Suomenkielinen on sijoittunut kliinisen laitoksen yleislääketieteen osastoon, joka tekee yhteistyötä terveyskeskusten kanssa tutkimustyössä. Tavallisin tutkimuksiin liittyy myös interventio-osuus, jolla pyritään suoraan toiminnan kehittämiseen. Hankkeet liittyvät kotihoitoon, tiimityöskentelyyn, vuodeosastohoitoon sekä sepelvaltimotaudin riskitekijöihin. Laitoksen tutkimusyhteistyökumppanit ovat eri puolilla maata.

Yleislääketieteen ruotsinkielinen opetus on sijoittunut kansanterveystieteen laitokselle. Helsingin kansanterveystieteen laitoksen tutkimustoiminnan painopisteitä ovat mm. terveyden ja työkyvyn ylläpitämisen tutkimus, perusterveydenhuollon toiminta, kaksostutkimus, elämänlaadun mittaaminen ja terveydenhuol-

tojärjestelmien tutkimus. Laitos on yhdessä Tampereen terveystieteen laitoksen kanssa jo vuosia koordinoitunut Kansanterveyden tutkijakoulua.

Kansanterveystieteen laitos on sopinut terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustyön tukemisesta "Akateeminen terveyskeskus" -yhteistyömallilla seitsemän terveyskeskuksen kanssa. Terveyskeskukset sitoutuvat siinä tukemaan mukaan valittujen työntekijöittensä tutkimustyötä sekä taloudellisesti että muilla järjestelyillä. Kansanterveystieteen laitos järjestää koulutusta ja tutkimustyön ohjausta, joiden kustannuksiin terveyskeskukset osallistuvat. Tutkijat ovat peruskoulutukseltaan mm. lääkäreitä, hammaslääkäreitä, terveydenhuollon maistereita sekä puheterapeutteja, ja heidän tavoitteenaan on opinnäytetasoinen tutkimus. Lisäksi yhteistyömalliin kuuluu terveyskeskusten omien, väitöskirjaa pienempien tutkimus- ja kehittämishankkeiden tukeminen. Tutkimusaiheet nousevat tutkijoiden omasta kiinnostuksesta. Ne vaihtelevat kliinisistä ja epidemiologisista aiheista terveydenhuoltotutkimukseen, mutta liittyvät aina terveyskeskuksen toimintaan ja terveyskeskus hyväksyy aiheet. Parhaimmillaan aihe kerää terveyskeskuksessa ympärilleen tutkijaryhmän, joka tarkastelee samaa teemaa eri näkökulmista.

Helsingin hammaslääketieteen laitoksella tehdään hammas- ja suusairauksien epidemiologisen tutkimuksen ohella sekä kliinistä että perustutkimusta. Yhtenä tavoitteena on kliinisen tutkimuksen edistäminen molekyylibiologisin ja bioteknologisin menetelmin.

#### *6.1.6 Kliiniset lääketutkimukset*

Terveyskeskuksissa tehtävien kliinisten lääketutkimusten määrästä ei ole käytävissä kattavaa tietoa. Proviisori Tuija Keinonen perehtyi väitöskirjassaan "Clinical Drug Trials in Finland" lääketutkimuksiin Kuopion ja Tampereen yliopistosairaaloitten eettisten toimikuntien lupahakemusten perusteella vuosina 1992, 1994, 1996 ja 1998. Tutkimusotoksena oli 1859 monikeskustutkimusta, joissa terveyskeskuksia oli mukana 171 tapauksessa (9 %), kun esim. yliopistollisen sairaalan osuus oli 744 (40 %). Keinosen mukaan vaiheen III-IV laajat monikan-salliset lääketutkimukset sopisivat terveyskeskusten tehtäväksi; Kuopiossa on kehitelty toimintaan koulutustutkijajärjestelmää (Tuija Keinonen, suullinen tiedon-anto).

#### *6.2 Perusterveydenhuollon tutkijakoulutus*

Tutkijoiden koulutus käynnistyy jo perusopiskelun aikana. Kaikilta lisensiaattitutkinnon suorittavilta edellytetään jonkin verran omaa tutkimustyötä opintojen aikana. Varsinainen tutkijakoulutus on nykyisin yhä useammin koordinoitu tutkijakoulujen kautta. Myös Suomen Akatemian tutkimusohjelmissa on mukana runsaasti nuoria tutkijoita, joiden edellytetään saavan ohjelman aikana myös tutkimusmetodikoulutusta.

### *6.2.1 Tutkijakoulutus peruskoulutuksen aikana ja tutkimusohjelmissa*

Perinteisiä perusterveydenhuollon tutkijakoulutuspaikkoja ovat yliopistojen yleislääketieteen, perusterveydenhuollon ja kansanterveystieteen laitosten kliinisten opettajien (ennen apulaisopettajien) ja assistenttien paikat. Opettajilla on myös kliinistä työtä terveyskeskuksissa. Yliopiston laitoksilla on omia tutkimusteemoja ja -ryhmiä, joiden puitteissa järjestetään menetelmäkoulutusta ja joihin myös opiskelijoita rekrytoidaan.

Hoitotieteen laitokset tarjoavat myös yhdistettyjä tutkijan ja opettajan paikkoja. Sairaanhoidajien koulutuksessa on esillä hoitotyön tutkimus, vähemmän muu terveydenhuoltotutkimus. Ammattikorkeakoulujen kiinnostus selvitysten ja tutkimusten tekemiseen on kasvamassa.

Lääkärin peruskoulutukseen liittyvä tutkijakoulutus on varsinkin viime vuosina painottunut perustutkimukseen, kun lääkärikouluihin on perustettu erillisiä tutkijalinjoja. Syventävien opistojen teemaksi valitaan etenkin opintojen alkuvaiheessa usein perustutkimusaihe. Terveystutkimuksen menetelmiä esitellään vasta koulutuksen loppuvaiheessa, jolloin ne kiinnostavat vain harvoja potilastyön parissa painivia opiskelijoita. Lääkärin erikoistumiskoulutuksessa on mahdollista saada tutkimustyöhön käytettyä aikaa hyväksytyksi korvaavana koulutuksena. Tämän mahdollisuuden nykykäytöstä ei ole olemassa tilastotietoa.

Suomen Akatemian tutkimusohjelmien rakenteeseen kuuluu usein merkittävää rahoitusta nuorille, väitöskirjatyötä tekeville tutkijoille. Ohjelman aikana heille myös edellytetään järjestettäväksi riittävästi tutkijakoulutusta. Koulutusjaksoina voi käyttää mm. tutkijakoulujen tarjoamia kursseja. Ohjelmissa on nykyisin mukana kymmeniä tohtorikoulutettavia, mutta terveystutkimuksen alan koulutettavien tarkkaa määrää ei ole tiedossa.

### *6.2.2 Tutkijakoulut*

Opetusministeriö, Suomen Akatemia ja yliopistot rahoittavat useita terveystutkimuksen alueen tutkijakouluja. Opetusministeriön linjauksen mukaan tutkijakoulujärjestelmä perustuu yliopistojen väliseen yhteistyöhön ja toiminnan vastavuoroisuuteen. Tutkijakoulujen perusedellytyksistä ja yleiskustannuksista vastaavat yliopistot toimintamenojensa puitteissa keskenään sopimallaan tavalla. Lisämäärärahoja tutkijakoulukurssien järjestämiseen ja koulujen toiminnan tukemiseen voi hakea mm. Akatemialta.

Tutkijakoulun tavoitteena on kouluttaa ammattitutkijoita, mutta useilla kouluilla on vahva yhteys myös kliiniseen työhön, jolloin sitä jatketaan tutkimustyön ohella. Tässä esitellään lyhyesti lähimmin perusterveydenhuollon toimintaan yhteydessä olevat valtakunnalliset tutkijakoulut sekä joitain yksittäisten yliopistojen omia tutkijakouluja.



*Kansanterveyden tutkijakoulu* on toiminut vuodesta 1995. Siinä opiskelee vuosittain n. 240 jatko-opiskelijaa, joista 20 saa koululta useimmiten kolmivuotisen rahoituksen. Rahoituksen pituus voi myös vaihdella vuodesta neljään vuoteen. Tutkijakoulussa oppiaineina ovat epidemiologia, kliininen epidemiologia, biometria, terveystaloustiede, terveydenhuollon hallinto, yleislääketiede, lääketieteellinen antropologia, ympäristölääketiede, työlääketiede ja terveyden edistäminen. Tutkijakoulua hallinnoivat Helsingin kansanterveystieteen laitos ja Tampereen Terveystieteen laitos, joiden lisäksi kouluun osallistuu kuusi tutkimuslaitosta. Koulun järjestämä kurssimuotoinen opetus on mittavaa ja siihen voivat osallistua myös muut kuin tutkijakoulun oppilaat.

*Valtakunnallisessa kliinisessä tutkijakoulussa (VKTK)* on 14 kokopäiväistä tutkijapaikkaa. Koulu aloitti toimintansa tammikuussa 2003 ja sen toimintaan osallistuvat kaikki viisi lääketieteellistä tiedekuntaa. Tutkijakouluun valittiin 39 tutkijakoulutettavaa vuosiksi 2003-04. Heille myönnettiin 6-12 tutkijankoulutuskaukua riippuen hakemuksen laadusta ja henkilökohtaisesta koulutus suunnitelmasta. Työn ohjaajina toimii 46 professori- ja dosenttitasoista tutkijaa. VKTK:a rahoittaa opetusministeriön lisäksi Suomen Akatemia. VKTK:ssa koulutetaan ammattimaisia klinisiä tutkijoita.

VKTK johtaa lääke- tai hammaslääketieteen tohtorin tutkintoon ja mahdollistaa erikoislääkärin tai erikoishammaslääkärin tutkinnon suorittamisen samalla, yhteensä 6-9 vuodessa. Tutkijakoulun teemat kattavat keskeiset kliiniset tutkimusalat ja edustavat suomalaisen kliinisen tutkimuksen huippualoja. Sydän- ja verisuonitaudit, aikuistyyppin diabetes, hermoston ja aistinelinten tutkimus, kasvu, kehitys ja lisääntyminen, syöpä, immuunisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä suun terveys muodostavat vertikaaliset teemat. Näillä teemoilla on useita leikkauspintoja, joita voidaan valtakunnallisessa tutkijakoulussa hyödyntää horisontaalisesti.

*Hoitotieteen valtakunnallista tutkijakoulua* koordinoi Kuopion hoitotieteen laitos; yhteistyössä ovat mukana myös Oulun, Tampereen ja Turun yliopistojen sekä Åbo Akademin hoitotieteen laitokset. Koulussa on yhdeksän tutkijaopiskelijapaikkaa.

*Ikääntyminen, hyvinvointi ja teknologia -tutkijakoulu* on Jyväskylän, Helsingin, Kuopion, Lapin, Tampereen ja Turun yliopistojen sekä neljän tutkimuslaitoksen yhteinen tutkijakoulu, josta vastaa Jyväskylän yliopisto. Monitieteisen koulun ohjelman erityispiirteenä on liittää hyvinvointi- ja teknologianäkökulma eri tieteenaloilla tapahtuvaan tutkimukseen ja tutkijakoulutukseen. Tavoitteena on ottaa ikääntyvän väestön tarpeet huomioon hyvinvointiteknologian ja erityisesti sen käytettävyyden kehittämisessä. Opetusministeriö rahoittaa viittä koulun opiskelijapaikoista, mukana olevat yhteistyötahot rahoittavat noin 40 opiskelijapaikkaa.

Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -talouden laitos *koordinoi sosiaali- ja terveyspolitiikan, hallinnon ja talouden valtakunnallista tutkijakoulua*. Tutkijakouluun osallistuvat Kuopion, Lapin, Oulun ja Tampereen yliopistot, Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Stakes ja Työterveyslaitos. Opetusministeriön rahoittamia tutkijankoulutuspaikkoja on viisi. Lisäksi tutkijakoulun piiriin otetaan kyvykkäitä opiskelijoita, jotka voivat hyödyntää tutkijakoulun opetus- ja ohjausresursseja joko sivutoimisesti tai osittaisella tutkijakoulun rahoituksella.

Turun lääketieteellisessä tiedekunnassa toimii *suun terveystieteiden tutkijakoulu*. Hammaslääketieteen laitokselle on sijoitettu tohtorinkoulutusvirkoina toimivia suun terveystieteiden assistenttien virkoja, jotka täytetään valtakunnallisen haun kautta pääsääntöisesti kolmivuotiskausiksi.

*Tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien tutkijakoulu* on valtakunnallinen verkostotyyppinen tutkijakoulu, Helsingin, Jyväskylän, Kuopion, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistojen konsortio, jossa toimii 26 tutkijaryhmää. Tutkimuskenttä ulottuu geneistä kuntoutukseen. TULES-tutkijakoulu jatkokouluttaa erilaisen peruskoulutustaustan omaavia henkilöitä monialaisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksien asiantuntijoiksi. Erityinen paino annetaan TULE-sairauksien biotieteellisten perusteiden ja liikunnan tuki- ja liikuntaelimestöön kohdistuvien vaikutusten tutkimukselle.

*Ympäristöterveyden tutkijakoulu* on Kuopion, Helsingin ja Turun yliopistojen sekä neljän muun tutkimusinstituutin järjestämä tutkijakoulu, jossa on viisi opetusministeriön rahoittamaa tutkijan paikkaa.

*Pohjoisen hyvinvoinnin, terveyden ja sopeutumisen tutkijakoulu* on monitieteinen tutkimusyhteisö, jossa harjoitetaan perustutkimusta ja soveltavaa tutkimusta. Tutkimuksessa painottuu pohjoinen näkökulma: ihminen huomioidaan fyysisenä, kulttuurisena ja sosiaalisena toimijana pohjoisessa ympäristössä ja yhteiskunnassa. Mukana on kahdeksan tiedeorganisaatiota ja 81 tohtoriopiskelijaa, joista viittä rahoittaa opetusministeriö. Edustettuina ovat lääketieteen, fysiologian, kansanterveystieteen, mikrobiologian, kielitieteiden, sosiaalitieteiden, hoitotieteen, maantieteen, psykologian ja ravitsemustieteen tutkimusalat. Tutkijakoulussa kehitetään erityisesti tutkimusryhmien rajapintoihin syntyvää tutkimusta ja osaamista. Tutkijakoulua koordinoi Oulun yliopiston Thule-instituutin Arktisen lääketieteen keskus.

*Työterveyslääkäreiden valtakunnallinen tutkijakoulu* muodostuu Kuopion yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitokseen sijoittuvasta keskuksista ja alueellisista toimintaryhmistä. Tutkijakoululaisten pääasiallinen työ tapahtuu alueellisissa ryhmissä Helsingissä, Turussa, Tampereella, Oulussa ja Kuopiossa. Tutkijakoulun ensisijaisena tarkoituksena on tukea työterveyslääkäreiden väitöskirjaan tähtäävää tutkimustyötä. Tutkijakouluun otetaan mukaan kaikki tieteellisestä tutkimuksesta kiinnostuneet työterveyslääkärit.

Yliopistoissa on lisäksi mm. farmasiaan tai biotieteisiin liittyviä tutkijakouluja, joiden toiminta osin saattaa tarjota mahdollisuuksia myös terveyskeskuksessa työskentelevien ammattilaisten tutkimuskiinnostuksen tarpeisiin.

### *6.2.3 Tutkijakoulutus ja sen tarve perusterveydenhuollossa*

Puhtaasti perusterveydenhuollon tarpeisiin suunnattua tutkijakoulua Suomessa ei toistaiseksi ole. Tietoa siitä, miten paljon perusterveydenhuollon tutkijat osallistuvat yllä mainittujen tutkijakoulujen työhön, joko tutkijan paikoilla tai ulkopuolisena kursseja hyödyntäen, ei ole saatavissa. Kuntien omissa tutkimushankkeissa voi myös olla satunnaisesti koulutusta mukana oleville tutkijoille, mutta enimmäkseen terveyskeskusten tutkijoille ei näytä olevan tarjolla järjestettyä koulutusta tai muuta tukea tutkijan työhön, elleivät he ole väitöskirjan tekijöitä tai tutkijakouluissa mukana.

Koulutustarpeeseen on koetettu vastata myös uudella, verkostomaisella tavalla. Tampereen luotsaama Yliopistollinen terveyskeskus, Oulun yliopiston alueella Keski-Pohjanmaan terveydenhuollon resurssikeskus, Kuopion Oppiva terveyskeskus sekä pääkaupunkiseudun Akateeminen terveyskeskus tarjoavat perusterveydenhuollon tutkijoille erilaisia mahdollisuuksia sekä vertaistukeen ja ohjaukseen että rahoitukseen. Myös muut verkostot, kuten terveyskeskusten laatuverkosto, ovat vuosien mittaan tukeneet selvitys- ja kehittämishankkeita.

Varovasti arvioiden ilmaantuu kunkin tiedekunnan alueella viiden vuoden jaksolla ainakin viisi, todennäköisesti jopa 10-12 perusterveydenhuollon tutkimuksesta vakavasti kiinnostunutta uutta tutkijaa. Esimerkiksi Akateemisen terveyskeskuksen piirissä on 18 tohtorikoulutettavaa vuonna 2004. Kuopiossa on keskusteltu kuuden tutkijakoulupaikan tarpeesta perusterveydenhuollon tutkijoille. Vuosittain tulisi uutta koulutustarvetta siis 5-15 tutkijalle.

Jotta tutkijat jäisivät jatkossakin terveyskeskusten toimintaa kehittämään, olisi tutkijakoulutuksen sallittava potilastyön ja tutkimuksen luonteva limittyminen. Nykyiset assistenttien virat vievät tutkijat pois kliinisestä työstä tutkijakoulutusvaiheessa. Kliinisen opettajan toimenkuvaan kuuluu sen sijaan tutkimuksen ja opetuksen ohella potilastyötä; tehtävä on opetusvirka, jonka pysyvän hoitamisen vaatimuksena on tohtorin tutkinto.

### *6.3 Terveyskeskuslääkäreiden suhtautuminen tutkimus- ja kehittämis-tehtäviin ja saamaansa koulutukseen*

Lääkäriliiton ja yliopistojen tekemät selvitykset kuvaavat terveyskeskuslääkäreiden valmiuksia ja kiinnostusta tieteelliseen tutkimustyöhön. Muiden ammattiryhmien osalta vastaavaa tietoa ei ole käytettävissä.

Maaliskuussa 2003 terveyskeskuksissa työskenteli 3 372 lääkäriä. Heistä 60% oli naisia. Naisten osuus lääkäreistä on suurempi terveyskeskuksissa kuin muissa työpaikoissa. *Lääkärikyselyn 2003* mukaan terveyskeskuksissa työskentelevistä lääkäreistä 56% on erikoistuneita tai erikoistumassa. Osuus on merkittävästi pienempi kuin sairaaloissa, joissa 90% lääkäreistä on erikoistunut tai erikoistumassa. Väitelleitä oli terveyskeskuksissa työskentelevistä lääkäreistä 2,8% ja sairaaloissa 25,2%.

Kaksi kolmesta alle 35-vuotiaasta ja joka toinen 35 vuotta täyttänyt lääkäri pitää tieteellisen työn tekemistä oman uran kannalta tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Tällä tavoin tärkeäksi arvioi tieteellisen työn muiden kuin yliopistosairaaloiden sairaalalääkäreistä joka toinen ja terveyskeskuslääkäreistäkin reilu neljännes *Työolotutkimuksessa 1997*.

Kuopion kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitoksen *Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimuksessa* kysyttiin 2400 lääkärin mielipidettä kolmesta tärkeimmästä asiasta, jotka terveyskeskustyötä kehitettäessä olisi saatava nykyistä parempaan kuntoon. Kukaan vastanneista ei arvioinut tieteellisen tutkimustyön kehittämistä kolmen tärkeimmän asian joukkoon. Tärkeimmiksi tekijöiksi arvioitiin työn pakkotahtisuuden vähentäminen, palkkauksen parantaminen, lääkärimäärien lisääminen ja oman työn hallinnan kehittäminen.

*Lääkäri 98 -tutkimuksessa* tutkittiin lääkäreiden koulutukseen, työhön, urasuunnitelmiin ja elämänarvoihin liittyviä asioita. Yli puolet vastanneista arvioi saaneensa peruskoulutuksensa aikana liian vähän opetusta tutkimustyöhön. Koulutuksen antamat valmiudet erosivat paljon tiedekunnittain. Kuopiosta ja Tampereelta valmistuneista 75% arvioi koulutuksensa antavan hyvät valmiudet terveyskeskuslääkärinä toimimiseen, kun vain puolet vanhemmista tiedekunnista valmistuneista oli samaa mieltä. Yleislääketieteeseen erikoistuneet arvioivat mahdollisuuden tutkimus- ja kehittämistyöhön erikoistumiskoulutuksessaan selvästi huonommaksi kuin muut erikoislääkärit. Yleislääketieteen erikoislääkäreiden vastaukset painottuivat vaihtoehtoon ”liian vähän”. Kolmannes kaikkien erikoisalan lääkäreistä ilmoitti päättäneensä, ettei tee väitöskirjaa, ja noin neljännes vastaajista ei ollut asiaa päättänyt suuntaan tai toiseen.

Saman tutkimuksen ammatti-identiteettiä arvioivassa osassa lääkärit ilmoittivat kokevansa itsensä työryhmän jäseneksi, auttajaksi ja kuuntelijaksi. Nämä roolit olivat kaikille erikoisaloille yhteiset. Yleislääkäreiden identiteettiä kuvasivat sairaalalääkäreitä enemmän roolit terveyskasvattajana, lääkkeiden määrääjänä, todistusten kirjoittajana, lohduttajana, tukipilarina, sosiaalisen työn tekijänä, portinvartijana ja ennen kaikkea perhelääkärinä. Tutkija kuvasi terveyskeskuslääkäreiden joukossa ammatti-identiteettiä kaikkein huonoimmin.

Kuopion alueella toimivan *Oppivan terveyskeskuksen* hankejohtaja Harri Hyppölä kertoi hankkeen terveyskeskusten *lääkäreiden haastattelusta*, jossa vastaus-

prosentti oli noin 65. Kaksi kolmasosaa vastanneista 72 lääkäristä oli kiinnostunut tai mahdollisesti kiinnostunut tutkimus- tai kehittämistyöstä; kiinnostus tutkimustyöhön oli samaa luokkaa kuin koko maan lääkärikyselyissä. Noin neljännes vastaajista oli sitä mieltä, että mahdollisuus tutkimustyöhön toteutuu melko hyvin. Melko huonosti tai erittäin huonosti mahdollisuuden koki toteutuvan yli 40 % vastanneista. (Harri Hyppölän suullinen tiedonanto)

Terveyskeskuslääkärit siis kokevat itsensä ensisijaisesti perhelääkäreiksi. Omasta mielestään he ovat saaneet niukasti opetusta ja valmiuksia tutkimus- ja kehittämistyöhön sekä peruskoulutuksen että erikoislääkärikoulutuksen aikana, mutta pitävät kuitenkin tutkimustyötä tärkeänä. Merkittävä osa terveyskeskuslääkäreistä haluaisi liittää tutkimustyön omiin tehtäviinsä.

## *7 PERUSTERVEYDENHUOLTOA KOSKEVAT JULKAISUT*

Perusterveydenhuollossa tehdään sekä kansainväliset kriteerit täyttävää tieteellistä tutkimusta että runsaasti eritasoisia selvityksiä toiminnan kehittämiseksi. Tässä luvussa esitetään tulokset kirjallisuushauista, joilla etsittiin terveyskeskuksia koskevaa tutkimusta Suomesta ja eräistä Pohjois-Euroopan maista.

### *7.1 Perusterveydenhuoltoa koskevat julkaisut suomessa*

Perusterveydenhuollon (PTH:n) tutkimus- ja julkaisutoimintaa kartoitettiin kolmella erilaisella kirjallisuushauilla. Stakesin informaattikot tekivät syyskuussa 2004 haut kansainvälisestä lääketieteen tietokannasta Medlinesta (Ovid), suomalaisesta terveydenhuollon tietokannasta Medicistä sekä koehaun internetistä eräiden kaupunkien terveyskeskusten verkkosivuilta. Koska tutkimuksia haluttiin löytää mahdollisimman paljon, laadittiin hakustrategiat suuren herkkyyden takaamiseksi. Strategiat voi saada kirjoittajilta pyydettäessä.

Tietokannoista löytyviä julkaisuja, jotka koskevat Suomen perusterveydenhuoltoa, oli ilmestynyt keskimäärin 120 vuodessa. Kaksi kolmasosaa näistä oli julkaistu suomeksi. Taulukoissa 7.1. -7.3. on löydettyjen 544 julkaisun tärkeimmät tiedot: ketkä olivat kirjoittajina, missä tulokset julkaistiin ja mitä aiheita tutkittiin. Kaikkien niiden kirjoittajien laitokset, jotka hakutuloksesta voitiin tunnistaa, on otettu mukaan. Kummankin tietokannan julkaisut on sitten eritelty tarkemmin omina ryhminään.

**Taulukko 7.1** Perusterveydenhuollon julkaisujen kirjoittajien taustayhteisöt 2000-2004

Taustayhteisö	%
Terveyskeskukset	20
Sairaanhoidopiirit	5
Yliopistojen PTH:n laitokset	15
Muut yliopiston laitokset	20
Valtion tutkimuslaitokset	18
Järjestöt	7
Muut kotimaiset	14
Ulkomaiset yliopistot	<1
Muut ulkomaiset	<1
Ei tietoa	<1

**Taulukko 7.2** Perusterveydenhuoltoa koskevien tutkimusten julkaisukanavat 2000-2004

Missä julkaistu	%
Vertaisarvioitu, englanniksi	30
Vertaisarvioitu, suomeksi	41
Muu suomenkielinen lehti	14
Väitöskirja	3
Pro gradu -tutkimus	5
Muu suomenkielinen sarja	9
Muut lähteet	<1

**Taulukko 7.3** Perusterveydenhuoltoa koskevien tutkimusten aiheet 2000-2004

Tutkimusaihe	%
Organisaatio, prosessit, laatu	31
Epidemiologia, hoitokäytännöt	15
Katsaus, pääkirjoitus	15
Henkilöstö, työkuorma	10
Satunnaistettu koe	4
Muu kliininen tutkimus	8
Koulutus	4
Hoidosuositukset	2
Muut aiheet	11

### 7.1.1 Medline-haku

Medline-haku tehtiin vuosilta 2000-2004. Ensin etsittiin mahdollisimman laajasti perusterveydenhuoltoa käsittelevät julkaisut lääketieteellisillä hakusanoilla (Medical Subject Headings- eli MeSH-termeillä), jotka koskivat perusterveydenhuoltoa ja terveyskeskuksia. Hakutulos rajattiin Suomea käsitteleviin julkaisuihin, jotka oli etsitty käyttäen maan ja kielen nimeä. Tuloksesta poistettiin siihen kuulumattomat kirjoitukset ja kaksoiskappaleet. Näin löytyi 151 julkaisua, yksi ruot-

sinkielisestä ja loput englanninkielisistä vertaisarvioituista lehdistä. Julkaisuja oli keskimäärin 34 vuodessa niinä vuosina, jotka olivat mukana kokonaan.

Julkaisuihin oli osallistunut keskimäärin 4,4 kirjoittajaa, tavallisimmin kolme, enimmillään 11. He edustivat usein monia eri laitoksia, mutta Medline-tiedoista ei ollut aina mahdollista selvittää jokaisen kirjoittajan taustaa. Selvityksen tekijä tunnisti monia kirjoittajia ja saattoi siten luokitella heidän taustayhteisöjään hakutuloksen antamia tietoja tarkemmin. Taustayhteisöt jaettiin seuraavasti:

- Terveyskeskukset
- Sairaanhoidopiirit
- Yliopistojen perusterveydenhuollon, yleislääketieteen tai kansanterveys-tieteen laitokset
- Muut yliopiston laitokset (mukaan lukien yliopistoklinikat)
- Valtion tutkimuslaitokset (esim. KELA, Stakes, Työterveyslaitos)
- Järjestöt (esim. Diabetesliitto)
- Muut kotimaiset
- Ulkomaiset yliopistot
- Muut ulkomaiset

Julkaisuista oli tunnistettavissa keskimäärin 1,2 laitosta. Terveyskeskuksen edustaja oli mukana vain yhdeksässä prosentissa julkaisuista, sairaanhoidopiiri kolmessa prosentissa. Kahdessa kolmasosassa artikkeleista taustayhteisönä oli yliopisto, näistä joka kolmannessa perusterveydenhuollon laitos tai vastaava. Viidesosa tuli valtion tutkimuslaitoksesta, kaksi prosenttia järjestöistä. Ulkomainen taustayhteisö oli mukana yhdessä artikkelissa kahdestakymmenestä.

Tutkimusaiheet jaettiin artikkelien abstraktien perusteella kahdeksaan pääryhmään:

- Satunnaistetut kokeet
- Muut kliiniset tutkimukset (myös tapausselostukset)
- Epidemiologiset tai hoitokäytäntöjä kartoittavat tutkimukset
- Työn organisointia, työprosesseja tai hoidon laatua koskevat tutkimukset
- Hoitosuositus tutkimus
- Yleiskatsaukset
- Koulutusta käsittelevät tutkimukset
- Henkilöstöä ja työkuormaa koskevat tutkimukset

Yleisimpiä olivat epidemiologiset ja hoitokäytäntöjä kartoittavat julkaisut (28% kaikista) sekä työn järjestämistä ja hoidon laatua koskevat julkaisut (23%). Kliinisiä tutkimuksia oli 15% ja satunnaistettuja kokeita 11%. Henkilöstöä tai sen

kuormitusta käsitteli 10%, koulutusta tai hoitosuosituksia kumpaakin 3% julkaisuista.

Yleisimmät teemat 16 tutkimuksessa, joissa oli mukana terveystieteiden edustus, olivat työn organisointi tai laatu (5 tutkimusta) sekä epidemiologia ja hoitokäytännöt (4 tutkimusta). Viidestä kliinisestä tutkimuksesta kaksi oli satunnaisesti tehtyjä töitä. Yliopistojen perusterveydenhuollon ja vastaavien laitosten tutkimuksissa teemoista 42% koski epidemiologiaa ja hoitokäytäntöjä, 20% henkilöstöä ja työkuormaa, mutta kliinisiä tutkimuksia oli vain 10%. Muiden yliopiston yksiköiden tutkimuksista neljännes oli kliinisiä, neljännes epidemiologisia ja neljännes koski organisaatiota tai laatua terveystieteissä.

### *7.1.2 Medic-haku*

Suomalaisten terveydenhuollon julkaisujen Medic-tietokannasta etsittiin vuosilta 2000-2004 kaikki artikkelit, joiden hakusanana tai otsikossa esiintyi termi "terveyskeskus" tai "perusterveydenhuolto". Näitä kertyi kaikkiaan 393, kun muutammat asiaankuulumattomat (esim. hakuteokset ja luettelot) oli poistettu. Kokonaan mukana olevilta vuosilta julkaisuja oli keskimäärin 86 vuodessa.

Kahdeksan prosenttia kirjoituksista oli julkaistu vertaisarviointia käyttävässä tiedelehdessä (esim. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, Duodecim) ja 49 prosenttia muussa lehdessä, josta myönnetään EVO-pisteitä (mm. Suomen Hammaslääkärilehti, Kunnallislääkäri). Suomen Lääkärilehti on mukana jälkimmäisessä ryhmässä, vaikka se siirtyi vuonna 2002 käyttämään vertaisarviointia osassa artikkeleistaan. Kaikkia tutkimuksia (Medline + Medic) tarkastelevissa taulukoissa EVO-pisteitä tuottavat suomenkieliset julkaisut on luokiteltu vertaisarvioituihin. Julkaisuista 19% oli lehdistä, joista ei myönnetä EVO-pisteitä. Viisi prosenttia oli väitöskirjoja ja 7% pro gradu-tutkimuksia. Tutkimuslaitosten omissa suomenkielisissä sarjoissa oli julkaistu 12% löytyneistä tutkimuksista.

Julkaisuista yli puolella oli yksi ainoa kirjoittaja, keskimäärin kirjoittajia oli 2,1 ja viidessä julkaisussa oli yli kymmenen kirjoittajaa. Taustayhteisöt selvitettiin ja jaettiin samalla tavoin kuin Medline-haussa; kolmesta julkaisusta ei tausta selvinyt lainkaan. Samoin kuin Medlinen artikkeleissa oli julkaisua kohti mukana keskimäärin 1,2 laitosta. Neljännes tuli terveystieteistä ja samoin neljännes yliopistoista, joissa perusterveydenhuollon laitokset ja muut kliiniset laitokset olivat tasavahvoja tuottajia. Valtion tutkimuslaitosten julkaisuja oli 16% ja järjestöjen 10%. Sairaanhoitopiiri oli mukana kuudessa prosentissa.

Medline-julkaisuihin verraten yliopistoilla oli siten suomeksi julkaistun tutkimuksen tekijänä paljon pienempi merkitys, terveystieteillä taas suurempi. Myös sairaanhoitopiirit ja järjestöt julkaisevat suomeksi enemmän kuin englanniksi.



Suomenkielisissä julkaisuissa myös tutkimusaiheet ovat erilaisia kuin englanninkielisissä. Epidemiologiaa ja hoitokäytäntöjä käsitteli vain 10% – tämä aihepiiri oli Medline-tietokannan töissä yleisin. Suomenkielisissä tutkimuksissa taas yleisimpiä olivat hoidon organisointia, hoitoprosesseja ja terveyskeskustyön laatua koskevat tutkimukset, joita oli 35% kaikista. Henkilöstöä ja työkuormitusta koskevia kirjoituksia oli 10% kaikista. Kliinisiä tutkimuksia oli kuusi prosenttia ja niistä satunnaistettuja töitä vain neljä – kaikki väitöskirjoja. Lähes viidesosa julkaisuista oli perinteisiä katsausartikkeleita tai pääkirjoituksia. Koulutusta käsitteli 4% ja hoitosuosituksia 2% julkaisuista. Loput 14% käsittelivät sekalaisia aiheita ja olivat usein uutis- tai ajankohtaisjuttuja. Terveiden edistäminen oli aiheena harvoin.

Suomen kielellä julkaistaan siis suhteellisesti vähemmän kliinisiä ja epidemiologisia töitä kuin englanniksi. Työn järjestämistä ja sen laatua koskevat kirjoitukset puolestaan on suunnattu kotimaiselle yleisölle.

### *7.1.3 Koehaku internetistä*

Koska monilla terveyskeskuksilla on julkaisuja myös verkkosivuillaan, teimme syyskuussa 2004 koehaun kolme suuren kaupungin terveyskeskusten verkkosivuilta. Julkaisuluettelot löytyivät Helsingistä osoitteesta [www.hel.fi/terveyskeskus/suomi/julkaisut/index.htm](http://www.hel.fi/terveyskeskus/suomi/julkaisut/index.htm) ja Tampereelta osoitteesta [www.tampere.fi/sote/hallinto/julkaisumyynti/index.htm](http://www.tampere.fi/sote/hallinto/julkaisumyynti/index.htm). Turun verkkosivuilta löytyi osoite, josta saimme luettelon julkaisuista sähköpostitse. Julkaisuja pyysimme vuosilta 2002-2004.

Helsinki oli verkkosivujen tiedon mukaan julkaissut 15 raporttia ja viisi esitettä. Nämä olivat kaikki saatavina verkkosivuilta pdf-muodossa. Turusta julkaisuja oli 11, ja joissakin niistä oli tiedot, keneltä julkaisun voi tilata. Tampereella julkaistaan kahdessa eri sarjassa sosiaali- ja terveystoimen raportteja. Julkaisuja-sarjassa oli 15 nimikettä ja Monistesarjan julkaisuja oli 30, mutta sarjojen numeroinnista päätellen verkkosivun listassa eivät olleet mukana kaikki sarjoissa julkaistut tekstit. Joistakin julkaisuista oli tehty erikseen tieteellinen raportti, joka oli Medicaulla löytyneiden julkaisujen joukossa. Verkon kautta saaduissa julkaisuluetteloissa oli sekaisin tutkimuksia, selvityksiä, toimintakertomuksia ja strategisia asiakirjoja.

Kun näitä tuloksia verrattiin Medic-hakuun, oli ilmeistä, että verkosta löytyi vain joitakin Mediciin listattuja julkaisuja; toisaalta vain osa verkossa saatavilla olevasta tiedosta oli luetteloitu Mediciin.

## 7.2 Perusterveydenhuollon kansainväliset julkaisut Suomesta ja muista maista

Halusimme saada käsityksen, ovatko Suomen perusterveydenhuollosta tehtyjen kansainvälisten julkaisujen määrät samalla tasolla kuin maissa, jotka ovat terveydenhuoltojärjestelmältään lähinnä meitä (Ruotsi, Norja, Tanska, Hollanti ja Iso-Britannia). Sitä varten haettiin marraskuussa 2004 eri maiden julkaisut samalla tavalla PubMed-tietokannasta vuosilta 2000 - 2004 seuraavasti:

1. Haettiin artikkelit, joiden asiasanana oli jokin perusterveydenhuoltoa tai yleislääkäreitä koskeva MeSH- termi [community health centre OR primary health care OR family physician OR general practitioner] (N= 17892)
2. Haettiin kutakin maata koskevat julkaisut yhdistämällä maan nimeä/nimiä ja muiden kuin Iso-Britannian osalta myös kieltä koskevat MeSH- termit [Finland or Finnish, Great Britain or United Kingdom].
3. Yhdistettiin perusterveydenhuoltoa ja kutakin maata koskevat julkaisut.

Kaikkien julkaisujen ja erikseen perusterveydenhuoltoa koskevien julkaisujen määrä suhteutettiin maiden asukaslukuun vuonna 2002, joka saatiin WHO:n tilastotietokannasta. (Taulukko 7.4.)

**Taulukko 7.4** PubMed -tietokannassa olevat lääketieteelliset julkaisut vuosilta 2000-2004, erikseen kaikki ja perusterveydenhuoltoa koskevat julkaisut, kokonaismäärät ja miljoonaa asukasta kohti julkaistut

Maa	As	Kaikki	PTH	Kaikki/as	PTH/as
Suomi	5,2	7780	146	1496	28
Ruotsi	8,9	15162	424	1704	48
Norja	4,5	9804	193	2179	43
Tanska	5,4	10434	162	1932	30
Hollanti	16,1	13843	396	860	25
UK	59,1	43639	2636	738	45

As = Miljoonaa asukasta

Kaikki = Kaikki julkaisut

PTH = Perusterveydenhuollon julkaisut

Tämän erittäin karkean mittarin mukaan Suomen julkaisumäärät ovat kaikkien julkaisujen osalta asukaslukuun suhteutettuna hieman pienemmät kuin muissa pohjoismaissa, mutta suuremmat kuin Hollannissa ja Isossa-Britanniassa. Perusterveydenhuoltoa koskevia tutkimuksia julkaisemme myös suunnilleen yhtä paljon kuin muut; eniten perusterveydenhuoltoa koskevaa tutkimusta tulee Ruotsista ja Englannista.

Hakutuloksen tekevät epäluotettavaksi monet seikat, tärkeimpänä se, että perusterveydenhuollon tutkimusta ei suinkaan voi tunnistaa systemaattisesti MeSH-termien avulla. Eri maissa käytetään vaihtelevia MeSH-termejä julkaisujen luokitteluun: suomalaisille tuttua "terveyskeskusta" käytetään muissa maissa paljon

vähemmän, ja muualla yleiset "yleislääkäriä" ja "perhelääkäriä" vastaavat termit ovat meillä harvinaisia. Verrattuna informaation tekemään laajaan Medline-hakuun saatiin niukempi tulos, vaikka PubMed-haku tehtiin kaksi kuukautta myöhemmin. Suomalaisia julkaisuja löytyi Medlinesta 151, PubMedista samalta ajanjaksolta vain 133. PubMediin julkaisut listataan aikaisemmin kuin Medlineen, joten PubMed löysi 13 vuoden 2004 julkaisua, joita ei vielä ollut viety Medlineen (ns.Premedline-osuus).

Pienissä maissa tehtävän terveydenhuoltotutkimuksen julkaiseminen kansainvälisissä lehdissä on hankalampaa kuin kliinisen tai perustutkimuksen. Maiden sisäistä, omankielistä julkaisutoimintaa ei tällaisella haulla voi tunnistaa. On ilmeistä, että tutkimusrahoituksen määrä vaihtelee maasta toiseen tavalla, jota on erittäin hankalaa selvittää tai kuvata yhdenmukaisesti.

## *8 PERUSTERVEYDENHUOLLON TUTKIMUKSEN TUKI MUISSA MAISSA*

Selvityksessä päätettiin tyytyä melko yleiseen kuvaukseen siitä, miten perusterveydenhuollon tutkimus on organisoitu järjestelmältään meitä lähellä olevissa maissa, ketkä sitä tekevät ja missä, kuinka tutkimusta tuetaan ja millaisia aiheita se kattaa. Tällaisia maita ovat Pohjoismaiden ohella Hollanti ja Englanti. Vertailun vuoksi tehtiin Medline -haku myös näiden maiden osalta samalla tavoin kuin Suomesta.

Ison-Britannian yleislääketieteen tutkimuksen tuki on järjestetty erillisten, riippumattomien tutkimusyksiköiden avulla. Järjestelmän perusrahoitus tulee NHS:ltä; se on yliopistoista erillinen, mutta tekee niiden kanssa yhteistyötä. Malli on menestyksellisesti kopioitu Tanskaan 1970-luvun lopulla ja sen käyttöön ottoa harkitaan parhaillaan myös Norjassa. Hollannissa on useita suuria terveydenhuollon tutkimusyksiköitä, jotka tekevät ja tukevat myös yleislääketieteen tutkimusta. Ruotsissa eri yliopistojen alueilla tehdään yleislääketieteen tutkimusta eri tavoin tuettuna; myös maakäräjien (landstinget) tukema tutkimus kohdistuu osittain perusterveydenhuoltoon. Ruotsissa on myös viime vuosina annettu merkittävää lisärahoitusta perusterveydenhuollon kehittämiseen. Tässä esitellään yksityiskohtaisemmin Ruotsissa ja Tanskassa käytössä olevat mallit.

Norjassa on ehdotettu, että jokaisesta yleislääkärin potilaskontaktista maksettaisiin (julkisista varoista) yksi kruunu yleislääketieteen tutkimuksen perusrahoitukseen. Se tarkoittaisi 21 miljoonaa kruunua vuodessa, ja summa jaettaisiin neljän tutkimusyksikön kesken Bergeniin, Osloon, Tromssaan ja Trondheimiin. Järjestelmän on ajateltu käynnistyvän vuonna 2005. Tätä ennen oli keskusteltu mahdollisuudesta saada 2% lääketeollisuuden liikevaihdosta rahastoon, joka tukisi riippumatonta yleislääketieteen tutkimusta. Perusteluna oli, että 90% lääketutkimuksesta tehdään perusterveydenhuollossa, mutta teollisuuden myöntämästä tut-

kimusrahoituksesta valtaosa menee erikoissairaanhoidon tutkijoille. Keskustelun jälkeen todettiin, että tutkimusrahoitus olisi parasta saada julkisista varoista.

### *8.1 Ruotsin malli: perhelääketieteen laitos*

Ruotsin valtiopäivät perusti vuonna 2002 Perhelääketieteen laitoksen (Familje-medisinska institutet eli Fammi). Tämä aatteellinen yhdistys on "kansallinen kohtaamispaikka kaikille, jotka toimivat Ruotsin perusterveydenhuollossa (primärvård)". Laitoksen omistavat valtio, Landstingsförbundet (maakäräjaliitto) ja Kommunförbundet (kuntaliitto). Tutustuimme Fammin toimintaan sen verkkosivujen kautta ([www.fammi.se](http://www.fammi.se)) ja keskeiset tiedot tarkistettiin laitoksen johtajalta Gösta Eliassonilta puhelimitse.

Fammi perustettiin osana suurta kansallista perusterveydenhuollon kehittämissanketta, jonka kokonaisbudjetti vuosille 2001-04 oli yhdeksän miljardia kruunua. Kunnat ja maakäräjät sopivat yhteisistä kehittämissankista, tavoitteena parantaa hoidon saatavuutta ja sen laatua, vahvistaa vanhustenhuoltoa ja psykiatrista hoitoa sekä tarjota kaikille omalääkäri. Socialstyrelsen seuraa jatkuvasti hankkeen etenemistä. Viimeisen vuosiraportin perusteella valtiopäivät myönsi hankkeelle neljän miljardin lisärahoituksen vuosille 2005-07.

Perhelääketieteen laitoksen päätehtävänä on tukea julkisesti rahoitetun perusterveydenhuollon kehitystä tietoa tuottamalla ja välittämällä. Se parantaa yhteyksiä ja kommunikaatiota sekä toimijoiden kesken että väestölle kohdistuvassa viestinnässä, tukee jatkokoulutusta ja työryhmien yhteiskoulutusta sekä perusterveydenhuollon laadunhallintaa ja menetelmien kehittämistä.

Fammi on moniammatillinen yksikkö, jolla on toimisto Tukholmassa. Yksikön päällikkönä oli ensin yleislääkäri, nykyään yleislääkäri-terveydenhoitajapari. Se toimii käynnistämällä projekteja, kehittämällä ammattitaitoa ja levittämällä tietoa perusterveydenhuoltoon mm. koulutuspäivien avulla. Sen vuosibudjetti on 18 miljoonaa kruunua ja ensimmäisen toimintavuoden arvioinnin jälkeen toimintaan on myönnetty rahoitusta vuoden 2006 loppuun asti. Työntekijöitä on parikymmentä, joista yhdeksän kokopäiväistä. Toimintaa ohjaa omistajia edustava hallitus, ja sille antavat neuvoja eri ammattiryhmiä edustava Intressrådet sekä tiedemaailmaa edustava Experrådet.

*Raportteja.* Alkuvaiheessa tärkeä tehtävä oli ongelmankartointu, jota varten Fammi teetti kyselyjä perusterveydenhuollon ammattiryhmille (fysioterapeutit, sairaanhoitajat, perushoitajat, lääkärit, terveydenhoitajat) sekä potilaille. Tulokset on julkaistu Fammin verkkosivuilla, jossa niiden perusteella käydään jonkin verran keskustelua. Fammi tilasi myös selvityksen Norjan perhelääkärijärjestelmästä. Selvityksiä ovat tehneet mm. yliopistojen yksiköt ja yksittäisten tutkijoiden perustamat toiminimet.

Näiden lisäksi Fammin työntekijät ovat kirjoittaneet yhdeksän tiivistä raporttia (8-32 sivua) seuraavista aiheista (nimet vapaasti käännetty):

- Hyvin toimiva perhelääkärijärjestelmä
- Ammattitaidon kehittäminen perusterveydenhuollossa
- Ammattitaidon kehittäminen ja täydennyskoulutus maakäräjien perusterveydenhuollossa
- Kuntien sairaanhoitajien, työterapeuttien ja fysioterapeuttien ammattitaidon kehittäminen
- Sairaanhoitajien täydennyskoulutus perusterveydenhuollossa
- Yleislääkärien täydennyskoulutus
- Terveydenhoitaja eilen - tänään – huomenna
- Tiedonhallinnan strategiat perusterveydenhuollossa
- Kaksi työnantajaa

*Työn kehittämisvälineitä.* Oman työn arvioinnin tueksi Fammi on rakentanut audit-järjestelmiä useista aiheista: depressio, ylähengitystieinfektiot, haavanhoito, reseptien delegointi sairaanhoitajille ja apuvälineiden määrääminen. Auditit on suunniteltu yhdessä Ruotsin yleislääketieteen yhdistyksen (SFAM) ja terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön (SBU) kanssa. Osanotto on toistaiseksi ollut vaatimatonta (niukimmillaan kymmenen, parhaimmillaan parisataa potilasta aihetta kohti).

Fammin sivuilla on tarjolla erilaisia työvälineitä, kuten alkoholin riskikäyttöä koskevia koulutusaineistoja, riskikäyttökysely työterveyshuoltoon ja kysely aiheesta kätilöille. Tupakoinnin lopettamista tukevaa aineistoa on samoin saatavilla. Harvinaisten tautien kansallinen osaamiskeskus Ågrenska stiftelsen on myös linkitetty Fammin sivuille. Kotisairaanhoidosta on sivuilla yhden geriatriaan erikoistuneen aluelääkärin kokoama nettikirjasto, SFAMin kaksi raporttia ja aiheesta järjestetään seminaari 2005.

Vinkkilistasta voi lukea artikkeleita paristakymmenestä aiheesta, mm. sairaalosta, kuntoutusyhteistyöstä, hyvästä työtavasta epäiltäessä lapsen pahoinpitelyä ja ulkomailla tutkintonsa suorittaneiden perehdyttämisestä. Lisäksi on e-postiosoitteet Primärvårdsforumin 36 alueelliselle kontaktihenkilölle. Tämä forum on tarkoitettu johtotehtävissä toimivien "avointa ja luottamuksellista" keskustelua varten, tavoitteena kehittää ajatuksia perusterveydenhuollon tehtävistä ja organisaatiosta. Forum kokoontuu noin kolmen kuukauden välein. Vuosina 2003-2004 Fammi on antanut 12 lehdistötiedotetta.

Fammi järjestää eri ammattiryhmien koulutusta (Fammi-dagar). Vuoden 2004 perhelääkäripäivillä oli 90 osallistujaa (yleislääkäreitä on Ruotsissa 4000), perushoitajien ja lääkärisihteerien päivillä 500 (ammateissa 20 000 henkeä) ja vanhusien sairaanhoidon päivillä yli 100 osallistujaa (ammattissa 10 000 henkeä).

Näistä tapahtumista on raportit nettisivuilla. Samoin on kuvaukset eri ammattiryhmien työstä esimerkkihenkilöineen.

*Verkostoituminen ja vaikutukset.* Perhelääketieteen laitos Fammi on toiminut vasta muutaman vuoden, joiden aikana johto on kerran vaihtunut. Fammin yhteydet perusterveydenhuollon tutkimusta tekeviin yksiköihin, kuten yliopistoihin ja maakäräjien tutkimusyksiköihin, ovat melko satunnaisia. Jotkut sen osa-aikaisista työntekijöistä ovat päävirassa yliopistojen yleislääketieteen laitoksilla. Laitos tilaa toimintansa suunnittelua pohjustavia selvityksiä eri tutkimusyksiköiltä, mutta ei ainakaan toistaiseksi pyri vaikuttamaan muuhun tutkimukseen eikä ohjaa muiden tutkimustyötä.

Perusterveydenhuollon kehittäminen koulutuksen ja tiedonvälityksen avulla on tutkimusta keskeisempi tehtävä. Kurssit ja julkaisut vaikuttavat osaksi jo olemassa olevan tietotarjonnan kanssa rinnakkaiselta tai päällekkäiseltä toiminnalta. Verkkosivuilla olevien aiheiden valintaa on ohjannut mukaan tulleiden asiantuntijoiden oma kiinnostus. Fammin strategisissa asiakirjoissa ei ole tarkempaa linjausta keskeisistä aiheista tai niiden priorisoinnin tavoista..

## *8.2 Tanskan malli: yleislääketieteen tutkimusyksiköt*

Tanskassa perusterveydenhuollon tutkimuksen tukea alettiin organisoida brittiläisen mallin mukaan 1970-luvun lopulla, ensin Kööpenhaminan yksikössä. Hyvien kokemusten vuoksi myös muut kaksi yliopistoa siirtyivät samaan järjestelmään 1990-luvun alussa. Mallia ollaan nyt kopioimassa Norjaan, jossa aiheesta on valmiina lakiluonnos ja neuvottelut työnjaosta ovat loppusuoralla (prof. Per Hjortdahl, suullinen tiedonanto). Norjasta on syksyn 2004 aikana käynyt valtuuskunta tutustumassa Tanskan malliin. Pehdyimme Tanskan yleislääketieteen tutkimusyksikköjä koskevaan aineistoon ja haastattelimme Kööpenhaminan yleislääketieteen tutkimusyksikön johtajaa, professori Hanne Hollnagelia.

Tanskassa on kolme yliopistoa, joissa on lääketieteellinen tiedekunta ja yleislääketieteen laitos. Kunkin laitoksen rinnalla toimii yliopistosta riippumaton yleislääketieteen tutkimusyksikkö (Forskningssengen for Almen Praksis), joka tekee ja tukee perusterveydenhuollon ja terveydenhuoltojärjestelmän tutkimusta. Läheistä yhteistyötä yleislääketieteen laitosten kanssa vaalitaan alan tutkijoiden kriittisen massan yllä pitämiseksi.

*Rahoitus.* Tutkimusyksiköt saavat perusrahoituksensa yleislääketieteen tutkimussäätiöltä (Forskningssonden). Säätiön päärahoittajana on läänitaso (Amtsrådföreningen), joka myös vastaa yleisestä sairausvakuutuksesta. Rahoitus on sidottu yleislääkärien potilasmäärään: jokaisesta listalla olevasta potilaasta maksetaan vuosittain vajaa kolme kruunua tähän tutkimusrahastoon, ja summasta sovitaan yleislääkärien palkkaneuvotteluissa. Myös valtio rahoittaa säätiötä.

Säätiön ja tutkimusyksikköjen toimintaa ohjaavat hallitus, jossa on poliittinen edustus yleislääkärien ammattijärjestöstä ja sairausvakuutuslaitoksesta, sekä tieteellinen neuvosto. Neuvostossa ovat mukana yliopistojen yleislääketieteen laitokset, yleislääketieteen seura, valtion lääketieteellinen tutkimusneuvosto, terveysministeriö ja lääkintöhallitus.

Yleislääketieteen tutkimusyksiköt saavat säätiöltä joka vuosi yhteensä 25 miljoonaa kruunua (siis yli 8 miljoonaa kruunua eli noin 1.1 milj.euroa yksikköä kohti). Summasta ne käyttävät 20 miljoonaa kiinteisiin kuluihin (tilat, vakituiset tutkijat jne.) Loput jaetaan tukena ulkoisille tutkimushankkeille. Lisäksi jokainen yleislääketieteen yksikkö hakee ulkopuolista tutkimusrahoitusta hankkeisiinsa. Kööpenhaminassa tämä rahoitus on noin kaksi kertaa perusrahoituksen suuruinen (16 milj, kruunua = noin 2 milj. euroa vuodessa).

Yksittäisten yleislääkärien tutkimusta tukee myös yleislääkärijärjestö PLO:n koulutusrahasto (uddannelse- og udveklingsfond), josta rahaa saa vain tutkimukseen, joka ei tähtää väitöskirjaan. Tyypillisesti myönnettävän muutaman kuukauden rahoituksen avulla yleislääkäri voi palkata sijaisen ja tehdä tutkimussuunnitelmaa vapaana yrittäjäntyöstään. Läänit jakavat yleislääkäreille vuosittain 4-5 miljoonaa kruunua laadunkehittämisrahastostaan, ja osa tästä tukee myös tutkimushankkeita.

*Rakenne.* Tutkimusyksiköiden yhteistyö on sujuvaa, mutta rakenteet vaihtelevat jonkin verran. Kaikki toimivat läheisessä yhteistyössä yliopiston yleislääketieteen laitoksen kanssa. Ne tarjoavat runsaasti tutkimuskoulutusta, monet kurseista tuotetaan yhteistyössä kolmen tutkimusyksikön kesken. Jokaisella on myös tutkimuskonsultti, jonka tehtävänä on tukea kentällä toimivia yksittäisiä tutkijoita. Hän matkustaa tutkimuksesta kiinnostuneen tai sitä tekevän yleislääkäriin luokse neuvottelemaan hankkeen suunnittelusta, rahoitusanomuksista, kurssitarjonnasta, aineiston analyysistä jne. ja voi myös ohjata näitä muiden asiantuntijoiden luokse.

Esimerkkinä olevassa Kööpenhaminan yksikössä on vakituksessa työsuhteessa kahdeksan tutkijaa (kolme täysaikaista, yhteensä 4.6 henkilötyövuotta) ja viisi muuta työntekijää, mm. tilastotieteilijä ja atk-tukihenkilö (yht. 3.8 htv). Valtaosa tutkijoista on alun perin toiminut yleislääkäreinä pitkään, osa edelleen. Monilla on kaksoistutkinto mm. sosiologian, antropologian tai kasvatustieteen alueilla. Laitoksella on myös koulutusyksikön kanssa yhteisenä kolme osa-aikaista professoria muista pohjoismaista. Näiden lisäksi yksikössä työskentelee ulkopuolisella rahoituksella 18 tutkijaa, valtaosa osa-aikaisessa, projektiin sidotussa työsuhteessa. Yksikkö järjestää näille tutkijatilat ja tarvittavan käytännön tuen (atk, menetelmäohjaus jne.).

Yksikkö tarjoaa vuosittain tutkijakoulutusta kolmella eri tasolla. Neljän päivän aloittelijakurssilla käsitellään tiedon hankintaa internetistä ja tiedon hallintaa,

esim. viitetietokantojen käyttöä. Kirjallisuuden kriittisen arvioinnin kursseja järjestetään eri puolilla maata 2+2 päivän jaksoissa, ja myös Odensen ja Århusin yliopistojen tutkijat osallistuvat niihin. Tutkijakurssien käynnistyessä 1990-luvulla ne täyttyivät hitaasti. Nykyisin kysyntä on aktiivista ja varsinkin nuoret yleislääkärit, joilla on syventävien opintojen tarjoamat perustaidot, hakeutuvat osa-aikaisiksi tutkijoiksi.

Tutkimustyöhön ryhtyvistä muodostetaan 4-6 hengen ryhmiä, jotka käyvät 1½ vuoden aikana menetelmäkursseja (näitä järjestetään tarpeen mukaan eri aiheista) ja osallistuvat oman tutkimushankkeensa käsittelyyn ryhmäohjauksessa. Kurssin osallistujista 90% tekee vain yhden tutkimuksen ja palaa sen jälkeen käytännön työhön. Joka kymmenes jatkaa tähdäten väitöskirjaan.

Alan tutkimuksen pitämiseksi vahvana ja elävänä on panostettava laitosten ilma-ppiiriin ja niiden henkilöstön valintaan. Vahvan yleislääketieteellisen näkemyksen ohella arvostetaan poikkitieteellisyyttä ja moniammatillisuutta, kliinisen tutkimuksen lisäksi menetelmäosaamista ja ohjaajan taitoja. Henkilöstöön pyritään saamaan nuoria ja kokeneita tutkijoita, miehiä ja naisia, väitöskirjan tekijöitä ja postdoc-vaiheen tutkijoita. Jo toisen tutkijavuoden alusta työohjelmaan varataan aikaa oman projektityön lisäksi muihin tehtäviin, myös muiden kouluttamiseen ja tiedonvälitykseen.

*Tutkimusaiheet.* Tanskan yleislääketieteen yhdistys DSAM seuraa yleislääketieteen alalla tapahtuvaa tutkimusta ja kokoaa tiedot meneillään olevista hankkeista kahdesti vuodessa ([www.dsam.dk](http://www.dsam.dk)). Tutkijoita pyydetään lähettämään perustiedot hankkeistaan määräpäivään mennessä ja päivittämään myös vaiheen (suunnittelu, käynnistys, aineiston kokoaminen, analyysi tai raportoitu). Näin tietystä aiheesta kiinnostuneet uudet tutkijat voivat ottaa yhteyttä jo meneillään olevaan tutkimushankkeeseen. Luettelossa on yleensä 120-130 hanketta, joista 10-15% toteutuu muualla kuin yleislääketieteen tutkimusyksiköissä tai yliopiston yleislääketieteen laitoksissa. Kolmasosa hankkeista on uusia tai edennyt uuteen vaiheeseen puolen vuoden kuluessa.

Luettelon tutkimusteemat ulottuvat laajasta yksittäisten terveysongelmien ja seulojien kirjosta yleislääkärin vastaanoton prosessiin, puhelinkonsultaatioihin, täydennyskoulutukseen ja Cochrane-katsauksiin. Aiheina ovat myös mm. ammatikunnan historiallinen kehitys, maahanmuuttajat, teollisuuden lääkemarkkinointit keinot ja sähköisen potilaskertomuksen käyttö. Potilasnäkökulma on mukana monissa tutkimuksissa. Terveystieteiden tutkimusta tehdään hyvin vähän.

Kööpenhaminan yksiköllä on joitakin pitkäaikaisten tutkijoiden ryhmiä, mm. diabeteksen, hankalien oireiden ja terveyttä tukevien tekijöiden teemoista. Uusi en aiheiden osalta on pidetty periaatteena, että käytännön yleislääkärit tuovat kliinisesti relevantteja aiheita mukanaan. Toisaalta tutkijoita pyritään tukemaan



pitkäjänteiseen työhön; ennen väitöshankkeen valmistumista aletaan hyvissä ajoin keskustella tutkijan uran seuraavista askelista.

Maan yleislääkäreiltä kyseltiin pari vuotta sitten, mistä aiheista he toivoisivat tutkimusta tehtävän. Suuret kansantaudit ja epämääräiset oireet olivat listan kärjessä. Myös yleislääkärien ammatti-identiteetti ja vaikeat potilas-lääkärikontaktit nousivat mukaan.

*Tulosten hyödyntäminen.* Arjesta nousevien tutkimusaiheiden tulosten voisi ajatella kiinnostavan kenttää. Tutkimusyksiköt korostavat, että tieteellisten julkaisujen ohella tulokset pitää välittää myös äidinkielellä, tavallisen yleislääkäriin saataville. Yksittäisen hankkeen tulosten juurruttamiseen voi Tanskassa saada rahoitusta laadunkehittämisrahastosta. Kööpenhaminan yksikössä on muutamia erityisesti implementaatiotutkimuksesta eli tiedon käytäntöön viemisestä kiinnostuneita tutkijoita.

Tiedon vieminen käytäntöön ei kuitenkaan Tanskassa ole kovin systemaattista, eivätkä siellä myöskään hoitosuositukset tarjoa ratkaisua. Muutamissa tutkimushankkeissa on kuitenkin alusta asti mietitty myös sitä, kuinka tulokset voisi palauttaa vaikuttamaan toimintaan siellä, mistä tieto on kerätty. Kaikki tutkimusrahoittajat eivät kuitenkaan pidä juurruttamisen rahoitusta aiheellisena.

*Verkostoituminen ja vaikutukset.* Tutkimusyksiköt ovat vuosien mittaan saaneet vankan aseman erityisesti aloittelevien tutkijoiden tukipaikkoina. Ne osaavat myös auttaa ulkopuolisen rahoituksen ja ohjaajien etsinnässä. Yksikköjen ja yliopistojen välinen työnjako on selkeä ja toimiva, ja siirtyminen perusopetuksesta tutkimukseen tai päinvastoin on luontevaa. Tutkimushankkeiden luettelo tarjoaa kiinnostuneille yhteistyökanavia ja on poliittisten päättäjien suuntaan osoitus vaikiintuneesta toiminnasta. Riviyleislääkärit osaavat ottaa yhteyttä tutkimusyksiköihin, kun itse kiinnostuvat tutkimustyöstä.

## *9 NÄKÖKULMIA TERVEYSKESKUKSISSA TEHTÄVÄN TUTKIMUSTYÖN KEHITTÄMISEEN*

Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen kehittämistarpeita on hyvä tarkastella eri puolilta. Terveyskeskusorganisaation, tutkijoiden ja tiedemaailman sekä terveydenhuollon kehittämisen ja terveyspolitiikan näkökulmat on kaikki huomioitava. Tarpeet ja keinot vaihtelevat näkökulmasta riippuen ja täydentävät toisiaan; kaikkien kannalta on kuitenkin hyödyksi lisätä terveystieteissä tehtävää tutkimustyötä ja pitää sen laatu hyvänä.

Tässä luvussa esitetään tehtyjen kyselyjen, haastattelujen ja keskustelujen perusteella johtavien terveystieteiden, yliopistotutkijoiden sekä eräiden tutkimustyötä käynnistävien terveystieteiden ammattilaisten näkemyksiä tutkimuksesta,

sen kehittämisen tarpeista ja ongelmista. Selvityksen tiukan aikataulun takia ei ollut mahdollista haastatella eri tahoja niin laajasti, että tulosten voisi luotettavasti katsoa edustavan terveyskeskusten tai tutkijoiden mielipiteitä yleensä. Myös kyselytietojen tulkinta on osaksi subjektiivista ja tuloksiin onkin suhtauduttava viitteellisinä. Kyselyt toivat kuitenkin esiin monia kiinnostavia teemoja ja näkemyksiä.

### 9.1 Terveyskeskusten johtavat lääkärit

Jukka Mattila kartoitti terveyskeskusten johtavien lääkäreiden mielipiteitä tutkimuksen merkityksestä lähettämällä heille sähköpostitse muutamia avoimia kysymystä aiheesta. Sähköpostiosoitteet (N=199) saatiin lääninlääkäreiltä, ja vastaukset pyydettiin lähettämään sähköpostitse. Johtavien lääkäreiden poissaoloja kyselyaikana ei tarkistettu. Ilman jälkimuistutuksia saatiin 73 johtavan lääkärin vastaukset (37%). Avovastauksista osa oli lyhyitä kannanottoja, osa pohti ja perusteli enemmän. Joidenkin vastauksia tarkennettiin vielä sähköpostitse tai henkilökohtaisesti keskustellen. Teknisten ongelmien vuoksi kolme vastausta tuli postitse.

Vastaajien terveyskeskusten väestöpohjat jakautuivat seuraavasti:

- alle 2 000 asukasta                      3 %
- 2 000 – 10 000 as.                      32 %
- 10 000 – 20 000 as.                    24%
- 20 000 – 50 000 as.                    27% ja
- yli 50 000 asukasta                    14%

Vastauksia saatiin siis suhteellisen tasaisesti erikokoisista terveyskeskuksista. Myös maantieteellisesti vastanneet terveyskeskukset edustivat varsin hyvin koko maata:

- Etelä-Suomen lääni                    28 %
- Länsi-Suomen lääni                    25 %
- Itä-Suomen lääni                        23 %
- Oulun lääni                                14 % ja
- Lapin lääni                                11 %

Perustietojen kartoituksen lisäksi tehtiin kuusi avointa kysymystä:

- Tuleeko mielestäsi terveyskeskuksissa tehdä tutkimustyötä?
- Miksi terveyskeskuksissa mielestäsi pitäisi tehdä tutkimustyötä?
- Mitä terveyskeskuksissa pitäisi mielestäsi tutkia?
- Millä keinoilla olisi mielestäsi mahdollista edistää tutkimustyötä terveyskeskuksessa?

- Minkälaista tutkimustyötä, ja minkä verran, olette viimeisen kolmen vuoden aikana terveystieteiden keskuksessanne tehneet?
- Mitä muuta haluaisit sanoa terveystieteiden keskuksissa tehtävään tutkimustyöhön liittyen?

Vastaukset näihin kysymyksiin on tässä raportoitu pääosin laadullisesti ja tuloksiin ovat vaikuttaneet myös haastattelijan omat tulkinnat.

*Kyselyotos.* Matalahko vastausprosentti voi vääristää tietoja. Emme tiedä, edustavatko vastanneet esim. erityisen tutkimusmyönteistä tai -kielteistä osaa johtavista lääkäreistä. Tärkein syy alhaiseen vastausintoon lienee se, ettei selvityksen kiireisen aikataulun vuoksi tehty uusintakyselyä. Kansallinen terveyshanke on lisännyt muutenkin kiireisille johtaville lääkäreille tehtyjen kyselyjen määrää entisestään, johtavan lääkärin vaihtuminen voi tehdä vastaamisen hankalaksi ja sähköpostilla lähetetyissä kyselyissä voi olla myös teknisiä ongelmia (Tauno Tellaranta, kansallisen terveyshankkeen Etelä-Suomen aluekoordinaattori, suullinen tiedonanto). Selvitys oli lyhyt, siinä oli vain muutamia kysymyksiä. Erityisen helppoa oli vastaaminen niille, joiden mielestä terveystieteiden keskuksissa ei pidä tehdä tutkimustyötä.

*Tutkimustyön hyötyjä.* Lähes kaikki vastanneet johtavat lääkärit (69/73) olivat sitä mieltä, että terveystieteiden keskuksessa tulee tehdä tutkimustyötä. Perusteina oli tarve kehittää terveystieteiden keskuksen omaa toimintaa ja perusterveydenhuoltoa yleensä sekä tarve rekrytoida osaavaa henkilökuntaa, varsinkin lääkäreitä. Lisäksi nähtiin, että erityiset mahdollisuudet tutkia väestöön liittyviä tekijöitä velvoittavat tuottamaan tietoa terveydenhuoltoon. Johtavat lääkärit ilmaisivat vahvan tukensa tutkimustyön kehittämiseksi terveystieteiden keskuksissa.

Tutkimus ja sen edistäminen liittyvät johtavien lääkärin mielestä monin tavoin organisaation ja sen toiminnan kehittämiseen. Tutkimustyön tekemisen nähtiin parantavan työntekijöiden osaamista ja työssä kehittymistä. Johtavat lääkärit motivoivat tutkimusta terveystieteiden keskuksessa muutoksen mahdollistajana; tietoa omasta toiminnasta tarvitaan sen kehittämiseen. Osa vastaajista satoi tutkimuksen ja organisaation kehittämisen hyvin tiukasti yhteen (T&K-toiminta) ja ajatteli, ettei kehittämistä voi tehdä ilman tutkimusta. "Pelkkä tieteellinen tutkimus" ilman kehittämiselementtejä ei saa hyväksyntää terveystieteiden keskuksissa. Tutkimuksella haluttiin nostaa sekä työn tasoa että perusterveydenhuollon statusta. Kansallista ja kansainvälistä verkottumista perusterveydenhuollon tutkimusta tekevien kanssa pidettiin kannustavana. Tutkimustyön ylätasoa tavoitteeksi johtajat kirjasivat väestön paranevan terveyden.

Johtavat lääkärit näkivät tutkimustyön tekemisen rekrytointivalttina, tärkeänä pidettiin ainakin tarjota mahdollisuus tutkimustyöhön. Vain neljän vastaajan mielestä terveystieteiden keskuksissa ei tule tehdä tutkimustyötä; heistäkin yksi ajatteli, että mahdollisuus tutkimustyön tekemiseen tulee tarjota. Työn monipuolistumisen

toivottiin lisäävän lääkäreiden hakeutumista terveyskeskuksiin ja heidän tyytyväisyyttään. Toisaalta nähtiin, että oikeiden, perusterveydenhuollolle relevanttien kysymysten löytäminen vaatii riittävää kokemusta alalta, joten nuorten rekrytoinnin ohella olisikin tärkeää saada kokeneita lääkäreitä tutkimustyön piiriin.

Terveyskeskusten ainutlaatuiset mahdollisuudet tutkia valikoimatonta potilasjoukkoa ja tavallisten tautien hoitoa nousivat johtavien lääkärien kommenteissa esiin. He pitivät asetelmaa suorastaan velvoittavana tutkimustyön järjestämiseen ja huomauttivat, että potilasrekisteritietoja voisi hyödyntää tutkimuksessa paljon nykyistä paremmin. Tiedon puutteen nähtiin heikentävän mahdollisuuksia terveydenhuollon kehittämiseen.

*Tutkimuksen tukikeinoja.* Tutkimustoiminnan edistämiskeinona terveyskeskusten johtavista lääkäreistä osa esitti tutkimustyön liittämistä virkatyön osaksi. He painottivat, ettei tutkimustyö päteviä johtamistehtäviin enempää perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakaan. Pätevyyttä tutkijana ei sen vuoksi pidä sitoa hallinnolliseen urakehitykseen. Tutkimustyö voidaan kuitenkin myös terveyskeskuksessa vauhdittaa siirtymistä uusiin tehtäviin ja vastuisiin.

Kielteisesti tutkimustoimintaan terveyskeskuksessa suhtautuvista johtavista lääkäreistä kaksi ei perustellut mielipidettään, yksi piti tärkeänä tarjota mahdollisuus tutkimustyöhön ja yksi arvioi kysymystä puhtaasti rekrytointimielessä. Hänen mukaansa terveyskeskuksista väittelevät lääkärit lähtevät aina pois terveyskeskuksista. Väitöskirjasuuntautunut tutkimus nähtiin muutenkin ongelmaksi, jos tutkimustoimintaa halutaan terveyskeskuksissa edistää. Tutkimustyö ei saisi viedä voimavaroja pois perusterveydenhuollosta, joten terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen tavoitteet pitäisi määrittää eri tavoin kuin tieteellisen päteöitymisen tavoitteet opinnäytteineen.

Tutkimusmyönteisten olosuhteiden järjestäminen terveyskeskuksissa ei ole helppoa: nykyisen lääkäripulan aikana jo kesäloman järjestäminen tuntuu ylivoimaiselta. Toisaalta voimavarojen puute nähtiin myös erityisenä syynä tehdä tutkimusta "jotta osaisimme käyttää vähäiset resurssimme oikein". Tutkimustyön rahoituksen nähtiin jokseenkin yksimielisesti olevan valtion vastuulla. EVO-rahoitusta vaadittiin remonttiin, sillä jälkikäteinen rahoitus ei johtavien lääkäreiden mukaan toimi. Tärkeänä pidettiin, että yliopistoilla on riittävät voimavarat tarjota terveyskeskusten tarvitsemaa koulutusta ja tukea. Taulukkoon 9.1. on tiivistetty johtavien lääkärien näkemyksiä terveyskeskusten tutkimuksesta. Vahvuuksiksi on kirjattu asiat, joita hyvä tutkimustyö terveyskeskuksessa voi organisaatiolle tuottaa.

Taulukko 9.1 Terveyskeskusten tutkimustyön vahvuuksia ja haasteita johtavien lääkärin mukaan

### **Vahvuuksia**

- Terveyskeskuksen toiminnan kehittäminen
  - mahdollisuus rekrytoida hyviä ammattilaisia
  - osaaminen ja työtyytyväisyys paranevat
  - voimavarojen oikea suuntaaminen
  - väestön terveys paranee
- Perusterveydenhuollon kehittäminen
  - tutkimuskysymysten merkitys käytännön työlle
  - tiedon saaminen omasta toiminnasta tärkeää
  - tutkimus mahdollistaa muutoksen
  - verkottuminen tutkijoiden kanssa kannustaa
- Tutkimuksen sisällön ja aiheiden kehittäminen
  - kokeneet työntekijät kysyvät tärkeitä asioita
  - valikoitumattomien potilaiden kohtaaminen
  - tavallisten terveysongelmien ja tautien tutkimus
  - potilasrekisterien hyödyntäminen

### **Haasteita**

- Tutkijan rooli terveyskeskuksessa
  - tutkimustyön suhde urakehitykseen epäselvä
  - tutkimus vieraannuttaa potilastyöstä
  - väitöskirja vie pois terveyskeskuksesta
- Tutkimuksen resursointi
  - rahoitus, etenkin "jälkikäteinen" rahoitus
  - menetelmätuki
  - sijaiset tutkijoille

Kyselyn perusteella selvityksen tekijät arvioivat, että terveyskeskusten johtavien lääkärin asenne tutkimustyön kehittämiseksi on pääosin myönteinen. Edellytyksenä on, että tutkimus järjestetään perustehtävää tukevalla tavalla niin, ettei se huononna terveyskeskusten voimavaroja. Aihevalinnan tulisi myös tukea terveyskeskuksia ja vastata heidän näkökulmastaan tärkeisiin kysymyksiin.

### *9.2 Perusterveydenhuollon tutkijat yliopistoissa*

Selvitystyön aikana yliopistojen edustajia haastateltiin henkilökohtaisesti ja kirjallisesti. Jukka Mattila vieraili kaikilla yleislääketieteen laitoksilla ja tapasi käyntien yhteydessä Kuopiossa ja Oulussa myös kansanterveystieteen ja geriatrian edustajat. Helsingissä kansanterveystieteen laitoksen edustajat tavattiin myös.

Tapaamisissa keskityttiin arvioimaan perusterveydenhuollon, erityisesti terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustyön nykytilan ongelmia, kehittämistarpeita ja mahdollisia ratkaisuja yliopistojen näkökulmista. Kirjallisia näkemyksiä saatiin Tampereen ja Kuopion hoitotieteen laitoksilta sekä Oulun hammaslääketieteen laitoksilta. Yliopistojen edustajat ohjausryhmässä kommentoivat myös laajasti tämän selvityksen varhaista luonnosta sähköpostitse.

*Kyselytos.* Haastattelut painottuivat yliopistotutkijoihin. Ohjausryhmässä oli mukana myös kokeneita terveyskeskuksissa toimivia tutkijoita sekä tutkimuslaitosten edustajia; jälkimmäisten ryhmien laajempaa haastattelua ei ajanpuutteen voitu tehdä, vaikka heidän näkemyksensä olivat paikoitellen omanlaisiaan.

*Tutkimuksen nykytila.* Yliopistoissa tutkimustyön tarve on itsestäänselvyys, jota ei kyseenalaisteta. Keskusteluissa paneuduttiinkin tutkimuksen tuen ja edistämisen ongelmiin ja mahdollisiin ratkaisukeinoihin. Yleislääketieteen laitosten yhteistyötä terveyskeskusten kanssa pidettiin kohtuullisen toimivana perus- ja erikoistumiskoulutuksen tasolla, mutta tutkimustyössä ei vastaavaa vakiintunutta yhteistyötä ole syntynyt. Terveyskeskukset ovat tutkimusyhteistyössä enimmäkseen tutkimusmateriaalia tuottavia kumppaneita, mutta varsinainen tutkimustyö tehdään yliopistolla. Yliopistoilla nähtiinkin terveyskeskusten vahvuutena erityisesti tutkimusmateriaalin runsaus. Valikoimaton potilasaineisto on tärkeä tutkimuskohde, jota muualla ei tavoiteta. Terveyskeskuksissa tehtävää tutkimusta pidettiin oleellisena yleislääketieteen kehittämisen välineenä.

Yliopistolaitosten edustajat arvioivat perusterveydenhuollon tutkimuksen kärsivän arvostuksen puutteesta suhteessa muiden erikoisalojen kliniseen tutkimukseen sekä perustutkimukseen. Suomi ei paini tämän pulman parissa yksin, vaan ongelma on kansainvälinen. Arvostusta tulisi nostaa ja sitä varten tarvitaan lisää korkeatasoista tutkimusta. Perusterveydenhuollon tutkimusta arvioidaan samoin kriteerein kuin muuta tiedettä, ja näin pitääkin olla. Yliopistoissa korostuu tarve tieteelliseen pätevyyteen, joka vaikuttaa julkaisuforumien valintaan. Perusterveydenhuollolle käyttökelpoinen tutkimustieto ei siksi aina saavuta yleisöään kotimaan terveyskeskuksissa.

Toisaalta myös yliopistoilla nähdään, että tutkimustietoa tulisi hyödyntää terveydenhuollon kehittämisessä. Esteenä sille pidetään perusterveydenhuollon ja tutkimustoiminnan erilaisia ajattelutapoja. Yliopistojen näkökulmasta terveyskeskuksissa toimivat ammattilaiset eivät miellä tutkimustyötä omaan työhönsä kuuluvaksi; toisaalta tutkimustiedon soveltamista käytäntöön ei pidetä tutkijoiden tehtävänä. Tutkimuksen tekemiseen tarvitaankin erilaista osaamista kuin sen tulosten vieminen muiden käyttöön tai niiden hyödyntäminen arkityössä vaativat. Tutkijat korostivat, että hyvä tutkimus kulkee kehityksen edellä ja rinnalla. Terveyskeskuksissa taas tutkimuksen merkitystä uuden toiminnan kehittämisessä kyseenalaistettiin ajatellen, että tutkimus tulee jälkijunassa ja kuvaa tapahtunutta.

*Tutkimustyön edellytyksiä.* Yliopistoilla pidettiin terveystieteiden ongelmien niukkaa tutkimusperinnettä ja sitä, että tutkimustyöhön ei ole tarpeeksi osaamista eikä voimavaroja. Terveystieteen tutkimuksen kehittämisessä yliopistot tunnustavat roolinsa: menetelmäosaaminen löytyy yliopistoista, koulutus ja ohjaus järjestelyineen on niiden tehtävä. Resurssien järjestäminen vastuutettiin kuntatyönantajalle, jonka tulisi myös järjestää mahdollisuus irrottautua ajoittain arkityöstä tekemään tutkimusta.

Työyhteisöjen asennemuutosta pidettiin edellytyksenä sille, että tutkimus terveystieteissä lisääntyy. Tutkimuksen tekemisen tulisi luontevasti kuulua työhön ja työyhteisöjen ja työnantajan tuki on tärkeää. Myös yliopistojen edustajien mielestä olisi syytä välttää väitöskirjakeskeisyyttä. Väitöskirja ensimmäisenä tutkimushankkeena on usein terveystieteen tekemälle liian suuri ja kaukainen tavoite.

Terveystieteiden hallinnon eriytyminen hoitotyön ja lääketieteen johtamiseen hankaloittaa yliopistojen näkökulmasta tutkimustyötä terveystieteissä. Tieteenalat ovat kyllä eriytyneet samalla tavoin yliopistojen sisällä, joten koulutuksen kautta syntyy myös erilainen asennoituminen tutkimustyöhön. Lääketieteen puolella arvostetaan kvantitatiivista tutkimusta ja hoitotieteen puolella painopiste on enemmän kvalitatiivisen tutkimuksen puolella. Perusterveydenhuollossa nähtiin olevan paljon käyttöä kvalitatiiviselle tutkimusotteelle. Hoitotieteen laitoksilla pohdittiin, arvostetaanko koulutettujen terveystieteilijöiden merkitystä terveystieteen tutkimuksessa riittävästi. Erityisesti ehkäisevän työn moniammatillista tutkimusta pidettiin tarpeellisena.

Yliopistot olivat huolissaan tutkimusmenetelmäkoulutuksen ja tukijoiden ohjauksen voimavaroista. Tutkimus, joka ei tähtää opinnäytteeseen, ei nykyään tuota yliopiston laitokselle resursseja. Väitöskirjat ovat laitoksille laadukkaan tutkimuksen mittareita. Suppeampia tutkimuksia tekevien tutkijoiden ohjaus tulisi yliopistojen näkökulmasta myös ratkaista ohjaajia kannustavalla tavalla.

### *9.3 Nuoret terveystieteen tutkijat*

Omissa terveystieteissä tutkimusta työn ohella hiljattain aloittaneiden tutkijoiden näkemyksiä tiedusteltiin Akateemisen terveystieteen tutkijaryhmien seminaarissa syksyllä 2004. Jukka Mattila haastatteli seminaarin 18 osallistujaa (10 lääkäriä, 5 terveydenhuollon maisteria, kaksi puheterapeuttia ja hammaslääkäriä), jotka ovat aloittaneet omat tutkimuksensa muutaman viime vuoden aikana. Nämä pohtivat tutkimustoiminnan kehittämistä työryhmissä ja esittivät kantansa yhteisessä keskustelussa.

*Kyselyotos.* "Nuorten" tutkijoiden otos oli kolmesta haastateltujen ryhmästä suppein; siinä oli enimmäkseen Helsingin yliopiston vaikutusalueen tutkijoita. Heidän tilanteensa poikkeaa sekä kauemmin tutkimusta tehneiden tutkijoiden että

muiden yliopistojen nuorten tutkijoiden tilanteesta sikäli, että tutkimusyhteistyön muodot sairaanhoitopiirin, yliopiston laitosten ja palvelutuottajien kesken ovat käynnistyneet myöhemmin kuin muilla alueilla. Mukana ei myöskään ollut laajoissa, pitkäjänteisesti rahoitetuissa hankkeissa tai tutkijakouluissa työskenteleviä. Tuloksia on siksi tulkittava varoen.

Terveyskeskustutkijoita huoletti tutkimustoiminnan *rahoitus*, jonka hankkiminen ulkopuolisista lähteistä koettiin vaikeaksi. Siihen toivottiin ratkaisua valtiolla. Ilman merkittävää ulkopuolista rahoitusta ajateltiin terveyskeskusten talousrealiteettien uhkaavan tutkimusmahdollisuuksia. Rahoitus haluttiin myös korvamerkittynä perusterveydenhuollon tutkimukseen.

Tutkimustaitojen *koulutusta* toivottiin sekä peruskoulutukseen että perusterveydenhuollon lisäkoulutukseen houkuttelemaan tutkijoita perusterveydenhuollon tutkimuksen pariin. Oma perusterveydenhuollon tutkijakoulua toivottiin käynnistettäväksi. Yhteiset tutkimusohjelmat yliopistojen kanssa olisivat yksi keino mahdollistaa terveyskeskuksissa tehtävää tutkimusta. Perusterveydenhuollon tutkimus nähtiin laaja-alaisena, jossa yleislääketieteen kysymykset ovat vain yksi sektori.

Käytännön tutkijan kannalta *työskentelyolosuhteissa* nähtiin kehittämisen tarpeita. Tieteellistä tutkimusotetta vaadittiin selvitysten tilalle terveyskeskuksiin. Tutkijanvirkoja ja muun tutkimuksen vaatiman infrastruktuurin luomista terveyskeskuksiin esitettiin edistettäväksi. Tutkimus nähtiin työtehtävänä, johon haluttiin käyttää työaika tutkimusvaiheiden asettamien tarpeiden mukaisesti. Terveyskeskusten suhtautumista tutkimustyöhön nähtiin tarpeelliseksi kehittää myönteisemmäksi, keinona huomioitiin muiden ammattiryhmien tutkimustyöhön osallistumisen kannustussysteemi.

Terveyskeskuksiin ehdotettiin perustettavaksi *tutkimus- ja kehittämissyksiköitä*, jotka verkottuisivat toistensa kanssa. Yhteistyön tekeminen eri tahojen kanssa todettiin olevan tärkeää terveyskeskustutkijan kannalta. Myös valtion ylläpitämää perusterveydenhuollon kehittämiskeskusta ehdotettiin tukemaan osaamisen viemistä terveyskeskuksiin. Valtion laitosten rekisterien vaivatonta ja ilmaista käyttöä toivottiin ja nähtiin kansainvälisten vertailujen olevan tärkeitä myös terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustyön kannalta.

Tutkijat näkivät julkisen perusterveydenhuollon uskottavuuden ja profiilin noston sekä toiminnan laadun parantamisen tärkeimpinä *perusteluina* tutkimuksen tekemiselle terveyskeskuksissa. Työn monipuolistuminen tutkimuksen myötä nähtiin myös työviihtyvyyden parannuskeinona.



## 9.4 Tutkimus-EVO terveyskeskustutkimuksessa

Kaikkien ryhmien haastatteluissa keskusteltiin myös tutkimuksen tueksi myönnettävästä erityisvaltionosuudesta (tutkimus-EVO). Sen käytön ongelmia terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen kannalta ovat rahoituksen "jälkikäteisyys", joka on etenkin pienten yksiköiden pulma, sekä impaktipisteisiin perustuva arvostus, joka suosii perustutkimusta.

Periaatteessa tutkimus-EVO myönnetään tulevia tutkimustöitä varten. Käytännössä rahat kuitenkin myönnetään yksiköiden aiempien julkaisujen perusteella. Tutkimustoiminta olisi siis saatava terveyskeskuksessa hyvään alkuun, ennen kuin sitä voisi rahoittaa tutkimus-EVOn avulla. Yksikön on tuotettava yhteensä ainakin kolme EVO-pistettä kolmen vuoden aikana saadakseen korvauksia. Terveyskeskuksen pitää siis tuottaa kaksi julkaisua vuodessa terveyskeskusten kannalta järkevillä julkaisufoorumeilla useina perättäisinä vuosina saadakseen tulevaa tutkimustoimintaa varten valtion korvausta. Näyttää siltä, että vain väitöskirjan tekemisellä voi saada sellaisen alkupääoman tutkimustoimintaan, että EVO-rahoitusta alkaa kertyä aiemmin tutkimus-EVOn ulkopuolella olleelle yksikölle.

Rahoituksen ansainta tai "jälkikäteisyys" on hyvä tapa kohdentaa varoja niille yksiköille, jotka ovat jo luoneet toimivat olosuhteet ja käytännöt tutkimuksen tuottamiseen. Näin voidaan ajatella sijoitettavalla rahalla saatavan paras hyöty tulosten kannalta, ainakin mikäli tulosta mitataan EVO-pistein. Varjopuolena ansaintaperiaatteessa on, että se estää tai ainakin hidastaa uusien tutkijayhteisöjen tuleamista mukaan rahanjakoon. Selvitystyön aikana haastateltujen terveyskeskusten johtajien ja tutkijoiden jokseenkin yksimielisen näkemyksen mukaan tutkimusrahoitusjärjestelmä on uudistettava niin, että sen avulla voidaan rakentaa uutta tutkimustoimintaa terveyskeskuksiin.

Tieteellisten julkaisujen viiteanalyysiin perustuva impaktipisteitys palvelee parhaiten perustutkimuksen, kohtuullisesti klinisen tutkimuksen ja huonosti palvelujärjestelmätutkimuksen tarpeita. Terveyskeskuksissa tehtävä perusterveydenhuollolle relevantti tutkimus on suurelta osin palvelujärjestelmästä riippuvaista, joten sitä on hankalaa yleistää muihin maihin. Vaikka kotimaisiin julkaisuihin saa artikkeleita melko helposti, koskee tämä etu myös klinistä ja perustutkimusta. Terveystutkimusta julkaisevien kansainvälisten lehtien impaktipisteet ovat selvästi heikompia kuin ulkomaisten klinisten ja perustutkimusjulkaisujen.

Yliopistojen perusterveydenhuollon tutkijoiden mielipiteet vaihtelivat. Osa heistä oli vahvasti järjestelmän uudistamisen kannalla, toisten mielestä nykysääntöjen kanssa pärjätään ja osa oli jopa tyytyväisiä järjestelmään. Yleislääketieteen yksiköt yliopisto- ja muissa sairaanhoitopiireissä tuovat yleislääketieteen tutkimuksen yliopistoissa myös tutkimus-EVOn ansainnan piiriin. Sopivin järjestelyin ne tarjoavat myös pienille yksiköille kanavan pitesadon korjaamiseen.

## 10 TERVEYSKESKUSTEN TUTKIMUSTOIMINNAN KEHITTÄMINEN

Tässä luvussa ovat selvityshenkilöiden johtopäätökset ja suositukset toiminnan kehittämiseksi. Perustavoitteena on väestön terveyden parantaminen terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustyön avulla.

Lähtökohtana on tärkeää pitää mielessä, että terveyskeskuksille hyödyksi olevasta uutta luovasta tutkimuksesta vain erittäin pieni osa tehdään edes Suomessa, saati terveyskeskuksissa. Suuri osa terveyskeskustutkimuksesta on joko soveltaa tai organisaation toimintaan kohdistuvaa tutkimusta. On tietenkin syytä välttää jo tuotetun tiedon turhaa varmistamista "minä myös" -tutkimuksella. Toisaalta yksikön oman työtavan kuvailu laadunhallinnan tarpeisiin, ilman tutkimuskysymystä, ei myöskään hyödytä muita. Näiden kahden ääripään välille sijoittuu runsaasti mielekkäitä tutkimuskysymyksiä, jotka nousevat kunkin terveyskeskuksen omasta erityisestä kiinnostuksesta, mutta joita tutkimalla voidaan tuottaa uutta ja yleistettävissä olevaa tietoa.

Kahden selvityshenkilön hankkeessa oli odotetusti tuloksena kaksi hieman erilaista näkökulmaa. Nykytilan kuvauksen ja sen suurimpien vahvuuksien ja heikkouksien suhteen olemme pääosin yhtä mieltä. Meistä oli tärkeää tunnistaa myös systeemin nykyiset vahvuudet ja olemassa olevat hyvät kehityssuunnat. Olimme yhtä mieltä myös siitä, että tutkimuksen näkökulmasta on mahdollista parantaa nykysysteemiä melko pienin ohjausliikkein, asteittaisen muutoksen paradigmalla. Tutkimuksen tekijöiden kannalta järjestelmä ei ole kriisitilassa, pikemminkin monia suotuisia muutoksia on saatu aikaan vuosien mittaan.

Jos näkökulmaksi otetaan koko terveyskeskuksen kehittäminen, on tilanne kuitenkin toinen. Perusterveydenhuollon voidaan Suomessa katsoa olevan niin vaikeassa tilanteessa, että edessä voi olla mahdollisuus – ja tarve – tehdä rakenteisiin käyviä muutoksia; terveystalouden analyysin kielellä puhuttaisiin rakenteellisen muutoksen aikaikkunasta, joka on avautumassa. Tähän skenaarioon perustuu perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmäehdotus, joka menee syvemmälle rakenteisiin ja puuttuu siten myös tutkimustiedon implementaatioon. Siinä tutkimus on sivuosassa, terveyskeskusten perustoimintoja vahvistavassa roolissa.

Ensimmäisessä "*pienien muutosten*" skenaariossa on siten perusajatuksena tutkimuksen tukeminen ja sen tärkeänä määreenä tutkimustiedon hyödyllisyys ja käyttöön saattaminen; jälkimmäinen "*rakennemuutoksen*" skenaario lähtee tutkimuksen implementoinnin ja tulosten toimintaa ohjaavan vaikutuksen perusajatuksista ja kysyy samalla, miten hyvää, toiminnan muutosta tukevaa tutkimusta voitaisiin parhaiten tuottaa.

Pienten muutosten malli perustuu verkostomaiselle työskentelylle, jossa vahvistetaan olemassa olevien toimijoiden mahdollisuuksia. Rakennemuutosmalli taas tuo koko järjestelmään uuden keskustojen, joka ohjaa verkostoa aktiivisem-

min. Siinä ajatellaan, että perusterveydenhuollon tutkimustoimintaa tukeva innovaatiojärjestelmä antaa myös pohjan perusterveydenhuollon ohjausjärjestelmälle. Malleissa on osaksi samoja ratkaisuja, ja esitettyjen pienten muutosten toteutus avaa mahdollisuudet jatkaa rakennemuutoksen suuntaan. Tärkeintä on jatkaa hyvin edennyttä, pitkäaikaista työtä terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen kehittämiseksi.

Johtopäätökset on järjestetty siten, että ensin esitetään tiiviisti tausta-aineiston pohjalta havainnot nykytilanteesta, sen vahvuuksista ja ongelmista. Luvussa 10.2 esitetään nimenomaisesti tutkimustyön edistämisen kannalta oleelliset asiat ja luvussa 10.3 esitetään mahdolliset keinot lisääntyvän tutkimustyön hyödyntämiseen ja perusterveydenhuollon kehittämiseen

## *10.1 Terveyskeskustutkimuksen nykytila*

### *10.1.1 Tutkimuksen tila*

Julkaistujen artikkelien perusteella arvioiden terveyskeskuksissa tehdään paljon tutkimustyötä. Valtaosan siitä toteuttavat yliopistojen laitokset ja valtion tutkimuslaitokset. Kansainväliset julkaisut kirjoitetaan usein suurehkoissa työryhmissä, joissa on edustajia monista eri yksiköistä. Terveyskeskuksista on kirjoittaja mukana vain noin joka viidennessä julkaisussa. Lisäksi tehdään ilmeisen runsaasti tutkimus- ja kehittämistyötä, jonka tulokset julkaistaan vain paikallisissa sarjoissa, monisteina tai ei lainkaan.

Tutkimusaiheina yleisimpiä olivat terveydenhuollon organisaatiota, työprosesseja tai hoidon laatua koskevat kysymykset (noin kolmasosa kaikesta julkaistusta tutkimuksesta), epidemiologiaa tai hoitokäytäntöjä koskevat tutkimukset (15%) ja henkilöstöä tai työn kuormittavuutta käsittelevät tutkimukset (10%). Kliinistä tutkimusta oli noin 10% julkaisuista. Hoitosuosituksia ja niiden vaikutuksia tutkitaan jonkin verran. Terveiden edistäminen, terveyskasvatus ja ennaltaehkäisy ovat aiheena harvinaisia. Tuloksista noin kolmasosa julkaistaan kansainvälisissä tieteellisissä lehdissä, ja noin 8% on opinnäytetöitä (väitöskirjat, gradut).

Perusterveydenhuollon tutkimusaiheiden synty, kehittäminen ja muotoileminen vastattaviksi kysymyksiksi on varsin jäsentymätöntä. Kiinnostavia aiheita ei ilmeisesti koota aktiivisesti, vaan hankkeiden käynnistyminen riippuu enimmäkseen yksittäisten tutkijoiden intresseistä. Yliopistojen laitoksilla ja muilla tutkimusyksiköillä on kullakin tutkimusteemoja, jotka eivät kuitenkaan kata käytännöstä nousevaa kiinnostusta kuin joiltakin osin. Tietoa meneillään olevista tutkimushankkeista ei ole saatavilla kootusti.

Kuntia kiinnostaviin tutkimusaiheisiin ei aina ole voitu panostaa riittävästi. Tuloksena on ollut vaihtelevin menetelmin tehtyjä selvityksiä, joita julkaistaan harvoin muidenkin saataville. Kehittämistoimia ei siis ole läheskään kattavasti jul-

kaistu tai raportoitu. Näin eri puolilla maata käytetään voimavaroja samojen, toisaalla jo ratkaistujen kysymysten pohtimiseen. Lisäksi kehittämistoimien vaikutusten mittaaminen jää usein tekemättä; muutoksen kuvaus tehdään laadullisesti ja niin varhain, ettei pitkäaikaisvaikutuksia voida havaita.

Tutkimustyön mahdollisuus terveyskeskuksissa on nostettu keskusteluissa esiin keinona rekrytoida lääkäreitä tyhjinä oleviin virkoihin. Tutkimustyön tekeminen kiinnostaa lääkäreitä yhä enemmän ja työolosuhteiden järjestelyissä asia voidaan ottaa huomioon. Terveyskeskuksella on tarve houkuttaa rakentavasti kriittisiä, työhönsä sitoutuvia ja siinä viihtyviä ammattilaisia. Paitsi rekrytointikeinoksi sopii tutkimustyö myös toiminnan kehittämisen ja muutoksen johtamisen työkaluksi.

*Ongelmina* voidaan pitää terveyskeskuksen omien edustajien vähäistä osallistumista heitä itseään koskevaan tutkimustyöhön ja sitä, että osa julkaistutakaan tutkimuksesta ei saavuta niitä, jotka voisivat käyttää tuloksia terveyskeskusten kehittämiseen. Tutkimuksia on vaikea löytää lääketieteen julkaisukanavasta. Tutkimusaiheiden muotoilu ja etenkin omiin tarpeisiin tehdyn tutkimuksen suunnittelu ja ohjaus on kehittymätöntä. Tehdyistä selvityksistä ja meneillään olevista tutkimuksista on vaikeaa saada tietoja. *Vahvuuksia* ovat kohtuullisen hyvät yhteydet eri tutkijayhteisöjen välillä, monipuolinen tutkimusaiheiden kirjo, kiinnostus organisaatiota ja laatua tarkasteleviin aiheisiin sekä kansainvälisesti vertaillen melko aktiivinen julkaisutoiminta. Tutkimusmahdollisuus on myös työntekijöitä terveyskeskuksiin sitouttava tekijä.

### 10.1.2 Rahoituksen tila

Vaikka terveydenhuollon tutkimusrahoitus Suomessa on viime vuosina lisääntynyt, on suoraan terveyskeskusten tutkimukselle suunnattua tutkimusrahoitusta vähän. Enimmäkseen ne kilpailevat samoista rahoituskanavista perus- ja kliinisen tutkimuksen kanssa, jolloin impaktipisteiden erot näille aloille tyypillisissä julkaisuissa korostuvat. Impaktipisteisiin perustuva arvostus suosii perustutkimusta. Toisaalta terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen rahoitustarve muodostuu pääosin tutkijan työajasta, kysely- tai haastatteluaineistojen kokoamisesta ja potilasasiakirjoihin tutustumisesta. Kalliita laitteita, tutkimuksia tms. tarvitaan harvoin. Terveyskeskukset rahoittavat itse pienimuotoista, oman toimintansa kehittämiseen tarkoitettua tutkimusta.

Säätiöpohjainen rahoitus sopii myös terveyskeskustutkimuksen tueksi. Sen hakeminen monista eri lähteistä on kuitenkin työlästä, vaatii aikaa ja taitoa. Vain perusterveydenhuoltoon rahoitusta jakavia säätiöitä on vähän. Ensi kertaa tutkimustyötä suunnittelevan, terveydenhuoltotutkimusta tekevän tai yksinäisen tutkijan on paljon hankalampaa onnistua rahoitushakemuksessaan kuin kokeneessa perustutkijaryhmässä hanketta aloittelevan.

Rahoituskanavista erityistä kiinnostusta on melko uutena välineenä herättänyt tutkimuksen erityisvaltionosuusrahoitus (EVO). Tutkimus-EVOn käytön ongelma terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen kannalta on kuitenkin rahoituksen "jälkikäteisyys". Tämä kohtelee epäoikeudenmukaisesti pieniä yksikköjä, joista julkaistaan tutkimustuloksia vain satunnaisesti. Tutkijoiden työajan rahoituksen osalta kiinnostava vaihtoehto ovat tutkijakoulut, joissa on kymmeniä myös perusterveydenhuollon tutkijoille soveltuvia määräaikaista, palkallisia koulutuspaikkoja. Rahoituksen käytön seuranta vaihtelee; enimmäkseen tehdään ennakkoseurantaa, joka perustuu tutkimussuunnitelmiin.

Terveyskeskustutkimukseen suunnatun rahoituksen määrästä ei ole saatavilla tietoa, sillä siihen ohjattuja resursseja ei yleensä voida eritellä esim. Akatemian, säätiöiden tai muista rahoituslähteistä. Yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimuksen korvauksista suuntautuu terveyskeskuksissa tehtävään tutkimukseen varsin pieni osa. Rahoituksen hakeminen monista eri lähteistä vaatii aikaa ja taitoja, jotka terveyskeskuksesta usein puuttuvat.

*Ongelmista* tärkein on, että terveyskeskustutkimuksesta kiinnostuneet eivät useinkaan tunne kovin hyvin monenkirjavia rahoituskanavia. Keskitettyä haku- paikkaa ei ole ja tutkimusinnostus laantuu ennen sääntöjen oppimista. Rahoituksen läpinäkyvyys rahoittajan tai käyttäjän kannalta on pulma tässä kuten lähes kaikessa muussakin tutkimuksessa. EVO-rahoituksessa pienten, satunnaisesti julkaisevien terveyskeskusten pisteet jäävät vaille korvausta. Rahoituksen "jälkikäteisyys" koetaan ongelmaksi. *Vahvuutena* voidaan pitää monia mahdollisia rahoituskanavia ja terveyskeskuksissa tehtävän laadukkaan tutkimuksen rahoituspotentiaalia: saatavilla on todennäköisesti enemmän rahoitusta kuin osataan hakea.

### *10.1.3 Tutkijakoulutuksen ja -ohjauksen tila*

Tutkijakoulutusta, joka antaa valmiuksia myös perusterveydenhuollossa tapahtuvaan tutkimukseen, on viime vuosina tullut entistä enemmän saataville. Erikoistumiskoulutuksessa hyväksytään joitakin kuukausia tutkimukseen käytettyä työaika korvaavana koulutuksena. Terveystieteellisen tutkimuksen taidot ja muiden perusterveydenhuollossa hyödyllisten tutkimusvalmiuksien hionta kuuluu osaksi lääkärin koulutusta vain satunnaisesti, eikä koulutuksen aikana myöskään usein törmää terveyskeskustutkijoina toimiviin kollegoihin.

Tutkijakouluissa on tarjolla melko runsaasti myös perusterveydenhuollon tutkijoille soveltuvaa koulutusta, mutta useimmissa kouluissa opiskelijoiden edellytetään siirtyvän pois terveydenhuollon arkityöstä. Myös sivutoiminen opiskelu on joissakin tapauksissa mahdollista. Yhteistyömallit, joissa yliopistot ja terveyskeskukset yhdessä suunnittelevat ja toteuttavat terveyskeskuksille hyödyllistä tutkimusta hyvin metodein, tarjoavat uuden vaihtoehdon tutkijaksi kouluttautumiseen.

Tutkijoiden ohjausjärjestelmät on rakennettu perinteisen opinnäyteajattelun vaaraan. Perusterveydenhuollon senioritutkijoiden lukumäärä on vielä melko pieni, eikä heidän työaikansa tahdo riittää nykyistenkään tohtoriopiskelijoiden ohjaamiseen. Jos tutkimuksen tavoitteena ei ole opinnäyte, ei ohjaaja saa siitä edes meriittiä.

*Ongelmia* aiheuttavat peruskoulutusvaiheessa vahvasti perustutkimukseen painottuva näkemys tutkimustyöstä ja terveydenhuoltotutkimuksen heikko näkyvyys. Terveyskeskustutkijan mallit puuttuvat, sairaala- ja laboratoriotutkijoiden esikuvia näkyy paljon. Tutkijakouluissa monen vuoden yhtenäiset jaksot vieraannuttavat potilastyöstä. Ohjaajien puute johtuu osaksi seniorien työmäärästä, osaksi palkitsemiskeinojen puutteesta. Pienimuotoiseen tutkimukseen on vaikeaa löytää ohjausta. Nykyisin toimivat tutkijakoulut ovat myös *vahvuus*, jota terveyskeskukseen tutkijaksi aikovien tulisi voida hyödyntää menettämättä kontaktiaan potilastyöhön. Uudet yliopistojen ja terveyskeskusten yhteishankkeet ovat syntyneet selvään tarpeeseen.

#### 10.1.4 Tutkimuksen seurannan ja arvioinnin tila

Perusterveydenhuollossa tehtyä tutkimusta oli hankalaa löytää kootusti. Meneillään olevasta tutkimuksesta ei ole lainkaan koottua tietoa. Tutkimusta arvioidaan etukäteen rahoituspäätöksiä tehtäessä ja jälkikäteen julkaisujen vertaisarvioinnissa, mutta tutkimuksia viedään ilmeisen harvoin aktiivisesti käytäntöön eikä niiden vaikutuksia terveydenhuollon toimintaan seurata. Poikkeuksia ovat laadunhallinnan perinteestä nousseet tutkimushankkeet, joissa tuloksia käytetään muutoksen toteuttamiseen, ja hoitosuosituksen juurruttamisen tutkimus. Vaikka tutkimustulosten sovellettavuus käytäntöön kuuluisi rahoituskriteereihin, on sen toteutumista käytännössä hyvin hankalaa havaita.

Tieteellisiin lehtiin lähetetyt tutkimukset arvioidaan, mutta vain kansallisesti merkittävän tiedon laatua punnitaan harvoin. Kuntien omat julkaisusarjat eivät ilmeisesti käytä arviointia julkaisukriteerinään. Dosenteiksi asti pätevöityneitä terveyskeskustutkijoita on vähän ja monet heistä ovat siirtyneet muuhun terveydenhuoltotutkimukseen, joten ohjanta- ja arviointikapasiteetti on kroonisesti niukka.

Jonkinlaisena *vahvuutena* voitaneen pitää tutkijoiden suurta vapautta, kun tutkimusten etenemistä tai niiden tulosten soveltamista ei juuri seurata normatiivisesti – tai muutenkaan. Todellisuudessa se lienee pikemminkin laatua heikentävä pulma. Muista *ongelmista* tärkein on terveyskeskustutkimuksen kokonaiskuvan puute. Varsinkin paikalliset perusterveydenhuoltoa koskevat tutkimukset jäävät vain pienen piirin tiedoksi. Tutkimusten vertaisarviointi toteutuu vain osassa julkaisuja. Rahoituksen ja tutkimusaiheiden vuoropuhelu on vähäistä.

## 10.2 Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen edistäminen

### 10.2.1 Tutkijakoulutuksen järjestäminen

*Perus- ja jatkokoulutus.* Tutkimusmenetelmäkoulutuksen järjestäminen on keskeinen kysymys terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustyön kehittämisessä. Kaikkien osapuolten näkemyksen mukaan tutkijakoulutuksen järjestäminen on yliopistojen vastuulla. Jo peruskoulutuksen aikana voidaan luoda asenteellisia valmiuksia terveyskeskuksissa tehtävään tutkimukseen. Syventävien opintojen aiheiksi sopivia perusterveydenhuollon teemoja tulisi markkinoida opiskelijoille yhä enemmän ja määrätietoisemmin.

Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheessa terveyskeskukset voivat aktiivisesti tarjota mahdollisuutta pienimuotoisten kehittämistehtävien suorittamiseen. Tehtävänä voisi olla esimerkiksi ohjaajien avulla muotoiltavan oman ongelman ratkaisu kirjallisuuteen perehtymisen ja toimintatilastojen perusteella. Erikoislääkärinkoulutuksessa on huomioitava aktiivisemmin perusterveydenhuollon tutkimustyön mahdollisuudet, tuettava sitä ohjauksella sekä hyväksyttävä tutkijakausi osana erikoistumispalveluja. Terveyskeskusten rooliin sopii myös erikoistuvien lääkäreiden tutkimustyön aktiivinen tukeminen joustavin työjärjestelyin ja tarpeellisella, usein pienellä hankerahoituksella.

**EHDOTUS 1.** Perusterveydenhuollon tutkimusmahdollisuuksia tuodaan aktiivisesti esiin lääkäreiden peruskoulutuksessa ja perusterveydenhuollon lisäkoulutuksessa. Yleislääketieteen erikoistumiskoulutuksessa tutkimustyön tekemistä tuetaan koulutuksellisesti ja tutkimushankkeen toteutusta pidetään vaihtoehtoisena tapana suorittaa osa erikoistumispalveluista.

*Valtakunnallinen perusterveydenhuollon tutkijakoulu* on tarpeen tutkimuksen edistämiseen perusterveydenhuollossa. Se kouluttaa terveyskeskuksiin sopivien tutkimusmetodien osaajia. Jotkut heistä jatkavat tutkimusta pätevöityen ohjaamaan muita terveyskeskuksissa tutkimustyöhön. Tutkijakouluun valittavien tavoitteena tulee olla opinnäyte, lääkäreillä tohtorin ja muilla vähintään lisensiaatin tutkinto.

Perusterveydenhuollon tutkijakoulun järjestelyissä on otettava huomioon perusterveydenhuollon tarpeet. Aiemmissa selvityksissä on korostettu, että tutkimustyön lopputuloksena ei aina saisi olla tutkijoiden siirtyminen pois terveyskeskuksesta. Terveyskeskusten on itse järjestettävä tutkimusorientoituneille ammattilaisille kiinnostavat työolosuhteet, mutta tutkijakoulunkin on tuettava perustehtävässä pysymistä tutkijakoulun aikana ja sen jälkeen.

Valtakunnallisen tutkijakoulun tulee olla yhteistyöverkosto perusterveydenhuollon tutkimukseen liittyvien yliopistojen laitosten kesken. Tutkimuskoulutusta

tulee järjestää kaikissa osallistujayliopistoissa ja koulutukseen tulee voida osallistua myös muiden kuin tutkijakouluun valittujen terveystieteiden tutkijoiden. Perusterveydenhuollon tutkimustyön moniammatillisuuden tulee näkyä myös aihe- ja kouluttajavalinnoissa. Valtakunnallisen tutkijakoulun rahoitus tulee järjestää kesävällä tavalla muiden tutkijakoulujen tapaan valtion talousarviosta.

Perusterveydenhuollon tutkijakoulun järjestelyksi voisi sopia vuosittainen jakso: 3-4 kuukautta tutkijakoulussa ja 8-9 kuukautta terveystieteiden keskuksessa, jolloin elävä yhteys terveystieteiden keskukseseen voi säilyä. Tutkijakouluun suositellaan valittavaksi terveystieteiden keskuksissa työskenteleviä tutkijoita 3-4 vuodeksi tutkimussuunnitelmien perusteella.

Vaikka yksi tutkijakoulupaikka tukisi jaksotuksen vuoksi vuosittain kolmea tai neljää tutkijaopiskelijaa, on kiinnostus ja tarve tutkijakoulutukseen sen suuruista, että alkuvaiheessa tarvittaisiin valtakunnallisesti vähintään 15 tutkijakoulupaikkaa.

**EHDOTUS 2.** Käynnistetään valtakunnallinen perusterveydenhuollon moniammatillinen tutkijakoulu, joka on kaikkien lääketieteellisten tiedekuntien yhteinen. Tutkijakoulun tulee huomioida perusterveydenhuollon erityistarpeet ja järjestää koulutus jaksoittain.

*Terveyshuollessa tehtävän tutkimustyön ohjaus.* Terveystieteiden keskuksissa toteutuvat opinnäytetavoitteisen tutkimuksen ohjauksessa yliopistoihin. Perusterveydenhuollon tutkijakoulun kurssien yhteyteen syntyvissä tutkijaverkostoissa toteutuu sekä vertais- että ammattilaistuki. Jatkossa tutkijakoulutetut terveystieteiden keskuksissa ammattilaiset osallistuvat tutkijaverkostoihin, ja myös pienimuotoisten tutkimusten tekijät terveystieteiden keskuksista voivat saada ammattilaistukea työnsä suunnitteluun ja ohjaukseen. Verkostojen säännöllisiin tapaamisiin voidaan hyödyntää olemassa olevia puitteita, kuten alueellisia lääkäripäiviä, Yleislääketieteen päiviä ja Kunnallislääkärien koulutustapahtumia. Varsinkin yksin työskenteleville tutkijoille tärkeää, että terveystieteiden keskuksissa osallistuvat esim. matka- ja majoituskuluihin.

Yliopistojen yhteydessä ja muissa tutkimuslaitoksissa toimivien senioritutkijoiden osallistumista myös pienempien hankkeiden suunnitteluun ja ohjaukseen tulee kannustaa. Vertaisarvioitujen artikkelien julkaisemiseen tähtäävien tutkijajärjestelmien kehittäminen on tähän yksi keino (ks. edempänä.). Ohjaajakoulutusta nuoremmille tutkijoille tarvitaan, jotta pätevien ohjaajien määrä kasvaisi tarvetta vastaavaksi.



**EHDOTUS 3.** Perusterveydenhuollon tutkijakoulun kurssitarjonta suunnitellaan siten, että myös muusta kuin opinnäytetyöhön tähtäävästä tutkimustyöstä kiinnostuneet voivat hyödyntää sitä. Tutkijakoulujen ohjelmaan sisällytetään seniorikursseja tutkimuksen ohjaajille. Tutkijaverkostojen syntymistä ja säilymistä tuetaan sekä sisällöllisesti että kohtuullisin kulukorvauksin.

### *10.2.2 Tutkimuksen rahoitus*

Tutkimusrahoituksen mahdollisuudet ovat monipuolistuneet. Rahoitusjärjestelyjä on kuitenkin terveyskeskusten vaikea hahmottaa. Jopa valtion tutkimustoiminnan korvausjärjestelmä, tutkimus-EVO, on terveyskeskusten enemmistölle käytännössä vieras. Hankerahoituksen hakeminen koetaan työlääksi eikä säätiöitä tunneta. Pienimuotoiseen tutkimukseen on niukasti rahoituskanavia. Tutkimusrahoituksen järjestämiseen terveyskeskukset tarvitsevat tukea.

*Tutkimus- EVO.* Nykyinen tutkimus-EVO palvelee yliopistollisia sairaanhoitopiirejä, tukee niissä tehokkaasti kansainvälisesti julkaistavaa tutkimusta ja sen säännöt tunnetaan. Aiempien selvitysten perusteella EVO-järjestelmän merkittävän muutoksen vaikutuksia on vaikea ennakoida, joten tässä ehdotetaan vain hienosäätöä tutkimus-EVO:n sääntöihin.

Tutkimus-EVO:n sääntöjen mukaan terveydenhuollon toimintayksikön tulee ansaita keskimäärin vähintään piste vuodessa kolmen vuoden ajan tullakseen EVO-korvausten piiriin. Tällainen poissulkukriteeri on käytännöllinen rahoituksen hallinnan kannalta, mutta jättää korvauksen ulkopuolelle useita vähän julkaisevia yksiköitä. Tekemämme selvityksen mukaan terveyskeskuksilta voidaan arvioida jäävän joitain kymmeniä pisteitä saamatta säännön vuoksi. Esitämme, että EVO-sääntöjä muutetaan niin, että terveyskeskukset voivat muodostaa vapaavalintaisesti yhteenliittymiä, jotka tulkitaan EVO-järjestelmässä yhdeksi yksiköksi. Tällöin myös harvoin ja vähän julkaisevien yksiköiden pisteet saadaan yhteenliittymän hyödyksi. Kertyvä tutkimuksen erityisvaltionosuus jaetaan yhteenliittymän sopimien sääntöjen mukaan jäsenten tutkimustoiminnan hyväksi.

**EHDOTUS 4.** Tutkimuksen EVO-järjestelmää muutetaan siten, että terveyskeskukset voivat liittyä yhteen ja niiden ansaitsemat pisteet yhdistetään. Näin kertyvät tutkimuskulukorvaukset jaetaan yhteenliittymän kesken sen itse sopimilla säännöillä tutkimustyöhön käytettäväksi.

*Muut rahoituslähteet.* Terveyskeskustutkimukseen on mahdollista saada rahoitusta mm. Akatemian eri ohjelmista, useilta säätiöiltä sekä terveyskeskusten omilta isäntäkunnilta. Nämä rahoitukset ovat kuitenkin usein aiheriippuvaisia. Yleislää-

ketieteen säätiö on perustettu rahoittamaan juuri terveyskeskusten kannalta kiinnostavaa tutkimusta, mutta sen rahoituspohja on toistaiseksi kapea.

Tiedot terveyskeskuksille soveltuvista tutkimuksen erilaisista rahoitusmahdollisuuksista tulisi koota yhteen, pitää ajan tasalla ja tarjota alan tutkijoiden vapaasti käytettäväksi. Tietoja kokoamaan voisi nimetä työryhmän esim. yliopistoilta ja Akatemiasta, ja järjestelmän ylläpito voisi soveltua Yleislääketieteen säätiön tai Yleislääketieteen yhdistyksen toimenkuvaan.

**EHDOTUS 5.** Tiedot perusterveydenhuollolle sopivista rahoituskanavista kootaan yhteen ja pidetään tutkijoiden saatavilla ja ajan tasalla.

Ennen kuin tiedot on saatu kootuksi ja kokemusta niiden käytöstä on riittävästi, tulisi uuden tutkimustoiminnan synnyttämiseksi terveyskeskuksiin varata siirtymäkauden ajaksi erillinen rahoitus. Ehdotamme tähän varattavaksi STM:n hanke-rahoitusta 0,5-1,0 miljoonaa euroa vuodessa kolmen vuoden ajan. Rahoitus myönnetään tutkimussuunnitelmien perusteella, tarvittaessa myös useammalle vuodelle yhdellä hakemuksella. Eräänä rahoituskriteerinä on tutkimustiedon käyttökelpoisuus perusterveydenhuollon kehittämisessä. Kohteena on terveyskeskuksissa tehtävä kliininen, epidemiologinen tai palvelujärjestelmätutkimus, erityisesti vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta ja laatua koskevat tutkimukset. Myyntiluvan hankkimiseen liittyviä lääketutkimuksia ei rahoiteta.

Terveyskeskusten omavastuu tässä hankerahoituksessa tulee huomioida kuten ministeriön kehityshankkeiden rahoituksessa yleensä. Tutkimushankkeiden rahoituksessa olisi kuitenkin tarkoituksenmukaista, että terveyskeskuksen osuudeksi hyväksyttäisiin käytetyn työajan kustannuksia. Terveyskeskusten omavastuu takaa osaltaan tutkimushankkeiden käyttökelpoisuutta terveyskeskusten kannalta; terveyskeskusten omavastuuosuudeksi sopisi 25%.

**EHDOTUS 6.** Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustoiminnan tukemiseen varataan 1,5-3 miljoonaa euroa hankesuunnitelmien perusteella haettavaa STM:n rahoitusta. Rahoitus kohdennetaan kliiniseen, epidemiologiseen tai palvelujärjestelmän tutkimukseen terveyskeskuksissa, huomioiden erityisesti vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta ja laatua koskevat tutkimukset.

### *10.2.3 Raportointi, seuranta, arviointi*

Tutkimustoiminnan raportointi, seuranta ja arviointi tukevat tiedon hyödyntämistä ja hyvää laatua ja estävät päällekkäistä tutkimustyötä. Raportointia varten ehdotamme perustettavaksi kaikille avoimen, internetissä julkaistavan tietokannan. Sen rungon muodostavat ministeriön rahoittamat tutkimushankkeet, mutta tietokantaan voi ilmoittaa kaikki perusterveydenhuollon tutkimukset jo suunnittelu-

vaiheessa. Tietokanta tukee sisällöllistä raportointia EVO-rahojen jaossa käytetyn pelkän aiheuokittelun sijaan.

Tietokantaan ilmoitetaan ainakin seuraavat tiedot:

- hankkeen nimi ja MeSH-asiasanat,
- osallistuvat tutkijat ja organisaatiot yhteystietoineen,
- kesto aika,
- rahoitussuunnitelma ja rahoitus,
- kuvaus hankkeesta,
- viitetiedot tuotetuista julkaisuista,
- arvio tulosten käytettävyydestä terveyskeskustoiminnan kehittämiseen ja
- hankkeen vaihe: suunnittelu, pilotti, aineiston kokoaminen, analyysi vai raportointi.

Raportointi tehdään aina hankkeen siirtyessä uuteen vaiheeseen, kuitenkin vähintään kahdesti vuodessa. Tietokannan julkaisija pitää yllä hanketietoja ja koostaa niistä vuosiraportin, joka toimii käyttäjäpalautteena tiedon tuottajille. Se on myös sosiaali- ja terveysministeriölle yhteenveto toteutuneesta tutkimustoiminnasta ja tarjoaa ministeriön strategian toteuttamisen kannalta olennaista tutkimustietoa löydettäväksi ja käytettäväksi.

Raportin kokoamiseen ja verkkotietokannan ylläpitoon tarvitaan riittävät voimavarat. Tietokannan ylläpidon ministeriö voi joko hoitaa itse tai vastuuttaa muulle taholle (esim. Stakes, yliopisto), jolla on toimivat yhteydet terveyskeskuksiin muita tarkoituksia varten olemassa. Tietokanta voisi toimia myös uusien tutkimusideoiden keskuksena; sen verkkosivuille voi luoda aihe-ehdotuksia keräävän lomakkeen. Uudet aihe-ehdotukset voivat myös olla kaikkien nähtävillä ja keskusteltavina. Tietokantaan kootut hankkeet tai otos niistä voidaan myös ottaa arvioinnin kohteeksi ja seurata sekä tutkimuksen määrää että sen laatua.

**EHDOTUS 7.** STM:n rahoittamat terveyskeskusten tutkimushankkeet kerätään internetissä julkaistavaan hanketietokantaan. Samaan järjestelmään voidaan liittää muutkin terveyskeskustutkimushankkeet. Tietokannan yhteydessä voidaan kerätä uusia tutkimusideoita.

### 10.2.4 Tutkimustyöstä aiheutuvat kustannukset

Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustoiminnan kustannuksia on periaatteessa helppoa ennakoida, koska tutkimukset suunnitellaan ja rahoitetaan etukäteispäätöksin. Toisaalta kansallisella tasolla ei nykyisin tiedetä, miten paljon terveyskeskustutkimukseen käytetään resursseja. Terveyskeskukset eivät välttämättä osaa arvioida, paljonko rahaa ja työaikaa pitäisi varata, jotta tutkimuksella voidaan vastata tärkeään kysymykseen. Tutkijalle suuri ongelma on rahoituksen etsiminen monesta eri lähteestä ja näiden pienten osarahoitusten sovittelu mahdollisen potilastyön lomaan. Ennakoitavuus on kaikille osapuolille tärkeää.

Tutkimustoiminnan kustannusten läpinäkyvyys ja seuranta voidaan toteuttaa edellä esitetyn hanketietokannan kautta. Kaikki ministeriön tutkimusrahoitusta saaneet hankkeet raportoisivat myös muun rahoituksensa samassa järjestelmässä.

**EHDOTUS 8.** Tutkimustoiminnan kulut raportoidaan avoimesti hanketietokantaan. Kaikki ministeriön tutkimusrahoitusta saaneet hankkeet raportoivat myös muualta saadun rahoituksensa samassa järjestelmässä.

## 10.3 Terveyskeskusten tutkimustoiminnan uudistus perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmäksi

Edellä on esitetty keinoja tukea perusterveydenhuollon tutkimusta terveyskeskusten ja yliopistojen yhteistyönä. Tärkeä tapa edistää terveyskeskuksissa tehtävää tutkimustyötä on kehittää tutkimustiedon hyödyntämistä terveyskeskuksissa. Tutkimus tulee liittää toiminnan kehittämiseen ja potilaiden hoidon parantamiseen. Kaikki aiemmin esitetyt tutkimustyön tukemisen keinot palvelevat tässä esitettyä tutkimustyön hyödyntämisen mallia. *Perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmäksi* kutsuttavalla rakenteella ja toimintamallilla voidaan luoda edellytykset laajalle tutkija- ja kehittäjäverkostolle, joka tuottaa ja hyödyntää aktiivisesti uutta tutkimustietoa väestön hyväksi. Tässä luvussa esitellään perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmän periaatteet ja käsitellään toimintaan tarvittavia ratkaisuja ehdotuksineen.

### 10.3.1 Perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmä

*Innovaatio* tarkoittaa luovaan ajatteluun ja keksintöihin liittyvää kykyä muokata ideat käyttökelpoisiksi tuotteiksi tai palveluiksi. Perusterveydenhuollossa tavoitellaan etenkin ideoiden muokkaamista palveluiksi, joilla voidaan entistä paremmin edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä. Innovaatio voi olla kansallisesti tai kansainvälisesti yleistettävissä oleva toimintamalli tai tuote. Se voi toisaalta olla paikallinen tai alueellinen oivallus hyödyntää uudella tavalla ympäristöä tai mui-

ta resursseja, esimerkiksi tietoa, väestön hyväksi. *Innovaatiojärjestelmällä* tarkoitetaan tässä rakenteellista ja toiminnallista järjestelmää, joka tukee perusterveydenhuollon toimijoita tutkimaan ja kehittämään toimintaansa. Siinä tuotetaan luovista ideoista tehokkaasti uusia tuotteita ja palveluja, joilla on paikallista, alueellista, kansallista tai jopa kansainvälistä merkitystä.

*Perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmän vaatimukset.* Innovaatiojärjestelmän tulee tukea uutta, luovaa ajattelua sekä rakentavaa kyseenalaistamista. Luovan ajattelun muuttaminen uudeksi palveluksi vaatii vallitsevien käytäntöjen kyseenalaistamista, uutta tietoa ja järjestelmällistä, tutkimuksen menetelmin toteutettua arviointia ja soveltamista. Järjestelmän tulee aktiivisesti, tutkimustiedon pohjalta, ruokkia palvelujärjestelmää kyseenalaistamaan vallitsevia käytäntöjä.

Tutkimus- ja kehittämistoiminnassa on huomioitava perusterveydenhuollon luonne, palvelujen tuottaminen. Palvelujen kysyntä ylittää useimmiten tarjonnan, mikä tekee toiminnasta kiireistä. Perusterveydenhuollossa on vain vähän kehittämistehtäviin osoitettua henkilökuntaa, joten kehittämisen ja innovoinnin tulee käytännössä onnistua samoilla ammattilaisilla ja muilla voimavaroilla, joilla palvelut tuotetaan. Tutkimuksen tekemistä voidaan tukea vain palvelutuotannon ehdoin.

Perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmän tulee tukea tiedon hyödyntämistä. Yhteisö voi hyväksyä tutkimustoiminnan, jos tutkimuksella saadaan käyttökelpoista tietoa. Ilman yhteisöllistä hyväksyntää ei terveyskeskuksissa synny innovaatioille ja tutkimustyölle suotuisia olosuhteita. Tutkimus tieteen vuoksi on palveluorganisaation näkökulmasta ajan haaskausta.

Tiedemaailman ja peruspalvelujen tuotantomaailman tiedon, ajattelutapojen, käsitteiden ja toimintakulttuurin erilaisuus, kognitiivinen etäisyys, on suuri. Etäisyyttä lyhentää tutkimuksella saatava käyttökelpoinen ja hyödynnettävä tieto; se luo tutkimustyölle sopivat olosuhteet palvelutuotantoyhteisössä.

Innovaatiojärjestelmän tulee tukea tutkimusaiheiden valinnassa ja helpottaa muualla tuotetun tiedon löytämistä ja hyödyntämistä. Turhaa työtä ei haluta tehdä. Muualla tuotettu tieto pitää tarjoilla perusterveydenhuollon kielellä siten, että se myös innostaa ja motivoi selvittämään ongelmia itse. Terveyskeskuksetkin haluavat liittyä käyttökelpoisen tiedon tuottajiin. Luovien ihmisten, tiimien ja organisaatioiden on voitava tehdä itselleen, työyhteisölleen ja väestölleen hyödyllisiä tutkimuksia hyvin menetelmin myös opinnäytetavoitteista tai ammattimaisen tiedefoorumin kilpailusta riippumatta.

Hyvä innovaatiojärjestelmä koordinoi yksittäiset tutkimusaiheet laajempiin ideoihin ja kehittää niistä alueellisia, kansallisia tai kansainvälisiä tutkimuskokonaisuuksia, joilla voidaan ohjata koko terveydenhuollon kehittämistä. Kokonaisuudet palvelevat yksittäisiä tutkimuksen tekijöitä ja heidän taustaorganisaatioitaan, mutta myös kattavammin terveydenhuollon ohjausta kansallisella tasolla.

*Perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmän osat.* Innovaatiojärjestelmä koostuu rakenteellisesta ja dynaamisesta osasta. *Rakenteelliset* perusosat ovat koulutus-, ohjaus-, rahoitus- sekä tiedon keruu- ja julkaisujärjestelmä. Lisäksi innovaatiojärjestelmässä tarvitaan alueellisia välittäjäorganisaatioita sekä kansallinen välittäjäorganisaatio koordinoimaan ja tukemaan alueellista toimintaa sekä välittämään tietoa kansallisen tason ja aluetason kesken.

Innovaatiojärjestelmän *dynaaminen* osa on toimintaa, jolla luovia ihmisiä ohjataan pohtimaan kehittämiskysymyksiä ja mahdollisia ratkaisuja käytännön ongelmiin sekä testaamaan näitä tutkimuksen keinoin. Dynaamisen osan keinoja ovat alueellisten toimijoiden aktivointi tiedonhalun ja kysymysten virittämiseksi ja toisaalta tiedon hyödyntämisen tukeminen tarjoilemalla valmista, käyttökelpoista tietoa uuden luovuuden tueksi. Eri toimintamallein on edistettävä vuoro-vaikutusta ja aktiivista ideointia osallistujien kesken. Alueellinen toimija, esimerkiksi yliopistollisen sairaanhoitopiirin yleislääketieteen yksikkö, sairaanhoitopiirin tutkimus- ja kehittämissyksikkö tai terveyskeskusten yhteinen tutkimus- ja kehittämissyksikkö toimii tiedon tuottajien ja käyttäjien verkostossa välittäjäorganisaationa, katalysaattorina tiedon tuottamiseen ja tiedon hyödyntämiseen. Alue-toimintaan kerätään luovat ja kehitysmuonteiset ajattelijat terveydenhuollosta ja muilta teemaan liittyviltä sektoreilta (sosiaalitoimi, sivistys, tekninen toimi jne.). Luontevia yhteistoimijoita ovat mm. maakunnalliset sosiaalialan osaamiskeskukset, joiden kanssa yhteisiä teemoja on ainakin vanhustenhuollossa, päihdehuollossa ja lastensuojelussa.

Alueellinen välittäjäorganisaatio tukee alueellisten verkostojen syntymistä ja toimintaa. Näitä ovat palvelutuotanto-, tutkimus- ja kehittämisverkosto, joissa on osin samoja toimijoita. Palvelutuotantoverkosto hoitaa terveyskeskusten perustehtävää, palvelujen tuottamista. Tutkimusverkosto keskittyy esiin nousseiden kysymysten selvittämiseen tutkimuksen keinoin ja välittäjäorganisaation tuke-  
mana. Kehittäjäverkoston tehtävänä on muuttaa tutkimustieto paremmiksi toimintakäytännöiksi alueen terveyskeskuksissa. Eri verkostojen toiminnassa tarvitaan erilaisia valmiuksia. Alueellinen välittäjäorganisaatio aktivoi alueellista toimintaa tuomalla perusterveydenhuollon kehittämiseen relevanttia tutkimustietoa arvioitavaksi ja hyödynnettäväksi. Se välittää myös alueellisesti tuotettua tietoa hyödynnettäväksi kansallisesti tukemalla tiedon julkaisemista ja välittämällä kansalliselle tasolle esiin nousseita tutkimusteemoja, joihin alueelliset voimavarat eivät riitä.

Alueellinen välittäjäorganisaatio tukeutuu yliopistoihin ja ammattikorkeakouluihin tutkijakoulutuksen ja tutkimushankkeiden ohjauksen järjestämisessä. Ohjauksen tarve lisääntyy kun tutkimusaktiviteetti terveyskeskuksissa kasvaa. Kansalliseen perusterveydenhuollon kehittämisen välittäjäorganisaatioon alueellinen välittäjäorganisaatio tukeutuu tiedon tuottamisessa ja hyödyntämisessä. Alueellisessa kehittämisverkostossa tulee olla osaamista ja resursseja ohjata terveyskeskuksia heidän hyödyntäessään tutkimusten tuloksia käytäntöön.

Kansallisen perusterveydenhuollon kehittämistä koordinoivan organisaation tehtävä on koota, arvioida ja muokata tutkimustietoa tiedon soveltajille käyttökelpoiseen muotoon. Tietoa hyödyntävät alueelliset välittäjäorganisaatiot, terveyskeskukset ja niiden yhteistyökumppanit, sosiaali- ja terveysministeriö sekä tutkimuslaitokset, yliopistot ja ammattikorkeakoulut. Tiedon julkistamisen kielellisen haasteen lisäksi tieto tulee julkistaa tehokkaasti ja nopeasti. Internet tarjoaa mahdollisuudet aktiiviseen tiedottamiseen.

Perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmällä voidaan kytkeä yhteen alan ja sen tutkimuksen intressitahot tarpeineen sekä toiminnan edistämiskeinot. Ratkaisussa otetaan huomioon muiden sektoreiden kokemukset alueellisen innovaatio-toiminnan kehittämisestä. Erityisesti ratkaisulla painotetaan perusterveydenhuollon kehittämisen edellytyksiä sekä informaatio-ohjauksen kaksisuuntaisen informaationkulun parantamista toimivaksi vuoropuheluksi ja linkiksi paikallisen soveltavan tason ja kansallisen linjaavan tason välillä.

### *10.3.2 Tutkimustyön hyödyntäminen terveyskeskuksissa*

Terveyskeskukset voivat hyödyntää sekä tutkimustyöstä saatavaa tietoa että itse tutkimustoimintaa. Innovaatiojärjestelmän ratkaisussa on tuettava molempia tarpeita. Tiedon avulla löydetään ja ratkotaan omaan toimintaan liittyviä ongelmia, kehitetään ratkaisuja ja arvioidaan niiden vaikutuksia. Tutkimustoiminnan taas nähdään sinällään edistävän aktiivisten osaajien rekrytointia sekä työhön sitoutumista ja työviihtyvyyttä. Oman tutkimustiedon voima oman toiminnan kehittämisessä ja muutosten johtamisessa on osattava hyödyntää viisaasti.

Tutkimustoiminnan kehittämistä tukevilla ratkaisulla tulee pyrkiä luomaan terveyskeskuksen yksiköihin toiminnalle suotuinen ilmapiiri ja käytännöt. Ratkaisussa on huomioitava koko henkilökunta. Osa ratkaisusta on rakenteellisia, suurin osa toimintamalleihin liittyviä.

Rakenteellisia ratkaisuja tutkimustoiminnan edistämiseksi ovat mm. tutkimustoimintaan tarvittavien välineiden, tilojen, tutkimusaineiston käsittelyyn tarvittavan avun ja tutkimustaitojen hankkimisen ja tutkimukseen keskittymisen mahdollistavat järjestelyt terveyskeskuksissa. Tilat ja laitteet ovat tavallisesti yksinkertaisia järjestää. Mahdollisuus irrottautua tekemään tutkimusta vaatii terveyskeskukselta merkittävää sitoutumista. Työntekijän sijaistus tutkimustyön ajalle on järjestettävä, jotta perustehtävään kuuluvat työt eivät jää tekemättä ja kerry tutkimusajalta myöhemmin tehtäväksi. Koulutukset ja tutkijoiden tapaamiset kokouksissa on terveyskeskuksen resursoinnissa otettava huomioon. Terveyskeskuksen tulee myös antaa tukensa tutkijan verkottumiseen alueellisten toimijoiden kanssa.

Terveyskeskuksissa tulee aktiivisesti tukea tutkimustoimintaa kehittäviä toimintamalleja. Näihin kuuluu työyhteisön mukaan ottaminen tutkimushankkeisiin

järjestämällä keskustelutilaisuuksia tutkimustyön etenemisestä ja ratkottavista linjauksista. Vain huomioimalla koko työyhteisö voidaan luoda tutkimustyölle otolliset olosuhteet terveyskeskuksiin.

Terveyskeskusten on kehitettävä tutkimustyön palkitsemisjärjestelmiä. Tutkijoita voi palkita julkisin huomionosoituksin, taloudellisesti tai työolosuhteiden parantamisen keinoin. Tutkimustyön tulisi voida edistää myös tutkijan uraa terveyskeskuksissa, sitomatta kuitenkaan urakehitystä hallinnolliseen uraan. Tutkimuksessa menestyneiden urakehitys voisi esimerkiksi sisältää osavastuita joidenkin sektoreiden kehittämisestä tai tutkimus- ja kehittämistoiminnan vastuuta laajemmin. Myös työyhteisöjen palkitseminen tutkimustoiminnan tuesta on tärkeää, käyttökelpoisen tiedon hankkiminen ja hyödyntäminen on koko yhteisön asia. Tärkeintä on sitoa tutkimustyön mahdollistavien olosuhteiden järjestäminen ja palkitseminen toisiinsa tavalla, joka edistää työhyvinvointia ja työhön sitoutumista.

Terveyskeskusten ratkaisuissa tärkeää on johdon ja työntekijöiden hyvä yhteistyö tutkimustoiminnan hyödyntämisessä ja johdon vahva sitoutuminen. Syntyvää tietoa tulee käyttää toiminnan kehittämisessä hyödyksi ja sen vaikutus palvelujen parantamiseen on esiteltävä julkisesti.

**EHDOTUS 9.** Terveyskeskukset kantavat oman vastuunsa perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmän kehittämisessä. Ne järjestävät tutkimukselle suotuisat olosuhteet ja mahdollisuuden tutkimustyön tekemiseen sekä rakentavat tutkimustyön tekemisen motivointi- ja palkitsemisjärjestelmän ja huolehtivat tutkimuksen hyödyntämisestä ja siitä tiedottamisesta.

### *10.3.3 Alueelliset kehittämissyksiköt*

Useimmat terveyskeskukset ovat liian pieniä omien tutkimus- ja kehittämissyksiköiden järjestämiseksi. Tarvitaan alueellisia toimijoita.

Alueellinen kehittämissyksikkö voidaan sijoittaa sairaanhoitopiiriin ja varmistaa sinne riittävä perusterveydenhuollon osaaminen. Suuri osa perusterveydenhuollon tutkimus- ja kehittämishaasteista liittyy yhteistyöhön erikoissairaanhoidon kanssa ja näin ratkaisu tukee myös alueellista kokonaisuutta. Yliopistosairaanhoitopiireihin perustetut yleislääketieteen yksiköt ovat näissä piireissä luonteva alueellinen kehittämissyksikkö. Osa suurista terveyskeskuksista on rakentanut omaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa, ja näiden voi olla järkevää toimia omina yksiköinä tai alueen terveyskeskusten yhteisenä kehittämissyksikkönä.

Alueellisten kehittämissyksiköiden tehtävänä on vaikuttaa innovaatiodynamiikkaan alueellaan. Niiden tulee saada toimijoita keskustelemaan, kyseenalaistamaan, kysymään, selvittämään, tutkimaan ja luomaan ratkaisuja ongelmiin. Mui-



den sektoreiden kokemusten perusteella alueellisen kehittämissyksikön toimintaa on hyvä kehittää erityyppisin verkostoyhteyksin. Terveyskeskusverkostossa osa toimijoista on enemmän suuntautunut toiminnan kehittämiseen, osa taas tutkimustoimintaan. Osa haluaa pitäytyä pelkästään palvelujen tuotannossa. Alueellisen kehittämissyksikön on tuettava sekä tutkimus- että kehittämisverkostoa niiden suuntautumisen mukaisesti ja pitää vielä palvelutuotannon näkökulma mielessä.

Alueellisen kehittämissyksikön tehtävä on katalysoida tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Reagenssina on tieto, jota välittämällä tiedon tuottajien ja hyödyntäjien rajapinnassa aktivoidaan tutkimusta ja ongelmanratkaisua. Tiedon tulee kulkea sekä omalta alueelta kansalliselle tasolle, julkaisuihin ja tietokantoihin, että takaisin. Yksikön tulee aktivoida alueen toimijoita soveltamaan muualla tuotettua tietoa omiin käyttötarpeisiinsa. Alueellinen kehittämissyksikkö on avainpelaaja kaksisuuntaisen informaatio-ohjausjärjestelmän toiminnassa ja vahvistaa terveyskeskusten mahdollisuutta vaikuttaa terveydenhuollon kehittämiseen.

Alueellisen kehittämissyksikön yhteistyökumppaneita ovat yliopistot, joissa on tutkimustaitojen koulutuksen ja ohjauksen osaaminen. Lisäksi ammattikorkeakoulun tutkimusosaamisen hyödyntäminen kehittämishankkeissa voisi olla alueellisen kehittämissyksikön koordinoititehtävä. Alueellisten kehittämissyksiköiden perustaminen ei riipu kansallista kehittämissyksikköä koskevista ratkaisuista, mutta ne olisivat luonnollisesti sen tärkeimpiä yhteistyökumppaneita.

Alueelliset kehittämissyksiköt voidaan luoda sairaanhoitopiireittäin yhteistyössä ja yhteisresursoinnilla sairaanhoitopiirin, kuntien ja terveyskeskusten kanssa. Käynnistämävaiheessa terveyskeskukset tarvitsevat tukea alueellisten kehittämissyksiköiden resursoimiseen. Alueellisille kehittämissyksiköille sopii hyvin myös sairaanhoitopiirien vastuulle tulossa oleva alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisen tehtävästä huolehtiminen. Niiden luontevaksi yhteistyökumppaniksi kuntien sosiaalitoimen lisäksi sopivat maakuntien sosiaalialan osaamiskeskukset.

**EHDOTUS 10.** Terveyskeskukset ja sairaanhoitopiirit sopivat yhdessä alueellisten perusterveydenhuollon kehittämissyksiköiden perustamisesta alueillaan. Luontevia ratkaisuja ovat mm. yleislääketieteen yksiköt tai perusterveydenhuollon osaamisella vahvistetut sairaanhoitopiirin tutkimus- ja kehittämissyksiköt tai terveyskeskusten omat yksiköt ja yhteenliittymät. Yksikkö toimii alueen perusterveydenhuollon tutkimus- ja kehittämissyhteistyön virittäjänä ja tukeutuu yhteistyössä kansallisiin perusterveydenhuollon kehittäjiin ja alueensa yliopistoon, ammattikorkeakouluun ja sosiaalialan osaamiskeskukseen. Alueellinen kehittämissyksikkö toimii kaksisuuntaisen informaatio-ohjausjärjestelmän alueellisena avainpelaajana.

#### *10.3.4 Kansallinen perusterveydenhuollon kehittämissyksikkö*

Alueelliset perusterveydenhuollon kehittämissyksiköt voivat kehittää alueillaan itsenäisesti omaa tutkimus- ja kehittämistoimintaansa ilman kansallista tukijärjestelmää. Tällöin kuitenkin todennäköisesti eri puolilla maata pohditaan samoja ajankohtaisia ongelmia ja käytetään terveydenhuollon rajallista kapasiteettia samojen kysymysten tutkimiseen. Osa kysymyksistä on myös alueellisesti liian vaikeita tutkittaviksi ja jää näin ratkaisematta. Ilman keskitettyä tutkimus- ja kehittämistiedon keräämistä ja hallintaa eri alueiden ratkaisut eivät myöskään tavoita muita tiedon tarvisijoita.

Alueelliset perusterveydenhuollon kehittämissyksiköt hyötyvät kansallisesta koordinoivasta välittäjäorganisaatiosta. On epätarkoituksenmukaista, että jokainen alueyksikkö seuraa erikseen kansainvälisiä julkaisuja sekä muiden sairaanhoitopiirien alueella toimivien alueellisten yksiköiden kehittämistoimintaa. Niiden tulee keskittyä oman alueen tutkimus- ja kehittämistoimintaan ja verkottua keskitetyn linkin kautta maan muiden alueiden toimijoihin.

Maahan tarvitaan vastuullinen taho huolehtimaan perusterveydenhuollon kehittämisen kannalta relevantin tiedon keräämisestä, sen arvioimisesta, käyttökelpoiseen muotoon kirjoittamisesta ja myös aktiivisesta levittämisestä hyödyntäjien käyttöön. Tarvitaan taho, joka koordinoi alueellisten kehittämissyksiköiden toimintaa, tiedottaa siitä ja saattaa aktiivisesti yhteistyöhön toistensa kanssa samoja ongelmia tutkivia tahoja.

Ministeriö voi käyttää kansallista perusterveydenhuollon kehittämissyksikköä sekä tiedon välittäjänä että ohjaamaan ministeriön rahoitusta strategisesti valituille tutkimusalueille. Näin STM voi saada rahoittamastaan tutkimustoiminnasta sisällöllistä hyötyä perusterveydenhuollon kehittämisen tueksi. Kehittämissyksikkö voi raportoida ministeriölle sovituin väliajoin terveystutkimuksen ja kehittämisen tilanteesta.

Kansallisen yksikön toiminnan ydin on perusterveydenhuollon kehittäminen, jossa tutkimustoimintaa käytetään välineenä. Sen tulee kuitenkin myös tukea kansallisen perusterveydenhuollon kehittämistä ja ohjausta tuottamalla aktiivisesti tietoa sosiaali- ja terveysministeriölle perusterveydenhuollon kehittämistarpeista ja innovaatioista. Perusterveydenhuollon kansallinen kehittämissyksikkö toimisi kansallisen tason välittäjäorganisaationa kaksisuuntaisessa informaatio-ohjausjärjestelmässä.

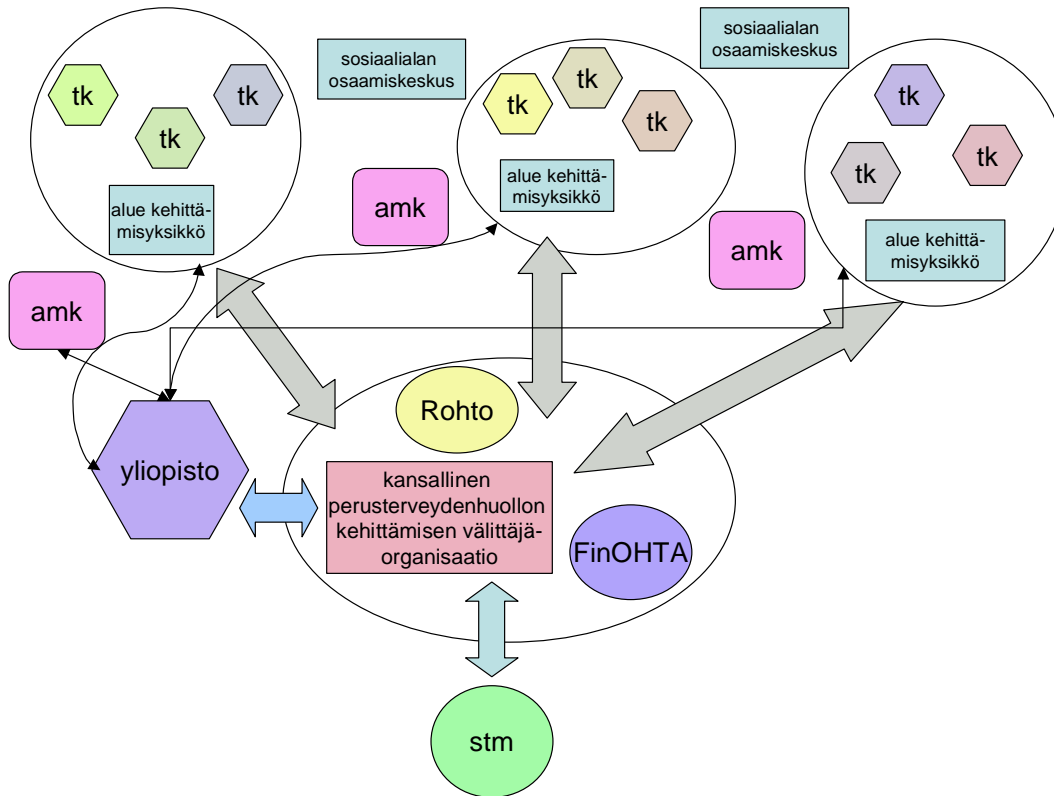
**KANSALLISEN PERUSTERVEYDENHUOLLON KEHITTÄMISYKSIKÖN TEHTÄVÄT OLISIVAT:**

- Kotimaisen ja kansainvälisen perusterveydenhuollon kannalta relevantin tutkimustiedon kerääminen, muokkaaminen terveyskeskuksille käyttökel-  
poiseen muotoon ja aktiivinen levittäminen käyttäjille
- Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustyön tukemiseksi tarvittavan kansal-  
lisen yhteistyöverkoston rakentaminen, ylläpito ja huolto
- Tutkimuskoulutuksen ja – ohjauksen koordinoinnin tuki yhdessä yliopisto-  
jen ja ammattikorkeakoulujen kanssa
- Sosiaali- ja terveysministeriön määräämän terveyskeskuksissa tehtävän  
tutkimuksen hankerahoituksen ohjaus ministeriön strategian mukaisesti ra-  
hoitettaville tutkimushankkeille, alueellisesti tarkoituksenmukaisesti, tai  
molemmilla tavoilla
- Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustyön koordinointi pienistä hankkeista  
suuremmiksi kokonaisuuksiksi alueellisten kehittämissyksikköjen välityk-  
sellä
- Yliopistojen eri laitoksille aktiivinen tiedottaminen alueellisten kehittä-  
missyksikköjen kautta nousevista tutkimusaihioista
- Ministeriön tukeminen perusterveydenhuollon kehittämisessä kaksisuun-  
taisen informaatio-ohjauksen aktiivisena välittäjänä
- Kansainvälinen verkostoituminen
- Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen rahoituksen valvonta ja julkis-  
taminen
- Tutkimustoiminnan raportoinnin, seurannan ja arvioinnin toteuttaminen

Välittäjäorganisaation tehtävää varten tulisi perustaa uusi vastuullinen yksikkö, jonka voisi sijoittaa Stakesiin. Sen tärkeitä yhteistyökumppaneita kansallisissa tutkimus- ja kehittämlaitoksissa olisivat menetelmien arviointia tekevä FinOH-TA ja rationaalisia hoitokäytäntöjä edistävä Rohto-keskus. Yksikkö voisi valmis-  
tella STM:n rahoituspäätöksiä.

**EHDOTUS 11.** Sosiaali- ja terveysministeriö perustaa perusterveydenhuollon kansallisen kehittämissyksikön. Yksikkö koordinoi alueellisten ja kansallisten perusterveydenhuollon tiedon tuottajien ja hyödyntäjien yhteistyötä sekä kerää, arvioi, muokkaa ja levittää perusterveydenhuollolle merkityksellistä tietoa. Li-  
säksi se pitää yllä tutkimushankkeiden raportointijärjestelmää sekä valmistelee terveyskeskusten tutkimushankkeiden rahoituspäätöksiä.

Kuva 10.1 Valtakunnallisen perusterveydenhuollon kehittämiskeskuksen yhteistyökumppanit ja verkostot



### 10.3.5 Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimustoiminnan ja innovaatiojärjestelmän rahoitus

Perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmän kehittämisen alkuvaiheessa joudutaan panostamaan infrastruktuurin rakentamiseen. Kun se muutaman vuoden kulluttua toimii tehokkaasti, voidaan rahoituksen painopistettä siirtää terveyskeskuksiin syntyneen tutkimustoiminnan rahoittamiseen. Alueelliset perusterveydenhuollon kehittämissyksiköt tarvitsevat tukea käynnistämiseen. Tutkimustoiminnan raportointijärjestelmä tulee rakentaa ja kansallisen perusterveydenhuollon kehittämissyksikön toiminta tulee rahoittaa.

Hyvin koordinoitulla, kansallisten terveydenhuollon strategioiden mukaisella tutkimustyöllä voidaan saada tehokkaasti uutta tietoa kansallisesti tärkeiden kysymysten ratkaisemiseksi. Luomalla tutkimus- ja kehittämistoimintaa tukevat alueelliset ja kansalliset järjestelmät voidaan myös terveyskeskuksissa tehtävästä tutkimustyöstä saada enemmän yleisesti hyödynnettävää tietoa. Toimivien tuki-

järjestelmien myötä terveyskeskuksissa tehtävään tutkimukseen on mielekästä myös ohjata enemmän rahoitusta.

**EHDOTUS 12.** Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisrahasta varataan vuosittain 1,5 miljoonaa euroa alueellisten kehittämissyksikköjen toiminnan käynnistämiseen ja tukemiseen, kansallisen perusterveydenhuollon kehittämissyksikön käynnistämiseen ja toiminnan rahoittamiseen sekä terveyskeskuksia koskevien tutkimusten raportointijärjestelmän kehittämiseen ja tuotantoon .

Uuden tutkimustoiminnan synnyttämiseksi terveyskeskuksiin on tarpeen varata sosiaali- ja terveysministeriön sitomattomista kehittämisrahoista 1,5 miljoonaa euroa vuodessa haettavaksi tutkimushankesuunnitelmien perusteella terveyskeskusten tutkimuskuluihin. Tämä ehdotus on sidottu kansallisen perusterveydenhuollon kehittämissyksikön perustamiseen ja on näin ollen vaihtoehtoinen aiemmin luvussa 10.2.2 esitettyyn 0,5-1,0 miljoonan euron esitykseen. Perusteena edellistä esitystä suuremmalle summalle on välittäjäorganisaation mahdollisuus koordinoida kansallisesti tuottavalla tavalla terveyskeskusten tutkimushankkeita ja sitä kautta päällekkäisten tutkimusten välttäminen ja suurempien tutkimuskonaisuuksien parempi hyödynnettävyys.

Rahoituspäätöksiä pitäisi pystyä tekemään ehdollisina useammalle vuodelle kerrallaan. Rahoitus kohdennettaisiin terveyskeskuksissa tehtävään kliiniseen, epidemiologiseen tai palvelujärjestelmä tutkimukseen, erityisesti vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta ja laatua koskeviin tutkimuksiin. Rahoitusta myönnettäessä painotettaisiin tutkimustiedon käyttökelpoisuutta perusterveydenhuollon kehittämisessä ja myöntämisestä päätettäessä voitaisiin ottaa huomioon myös tutkimustyön kehittämisen alueelliset tarpeet. Myyntiluvan hankkimiseen liittyviä lääketutkimuksia ei tässäkin mallissa rahoiteta.

Terveyskeskusten omavastuu tutkimushankkeiden rahoituksessa tulee huomioida kuten ministeriön kehityshankkeiden rahoituksessakin. Terveyskeskusten omavastuun tarkoituksena on varmistaa tutkimushankkeiden käyttökelpoisuus terveyskeskusten omalta kannalta. Terveyskeskusten omavastuu voisi olla 25% kuten kehityshankkeissa.

**EHDOTUS 13.** Terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen tukemiseen varataan vuosittain 1,5 miljoonaa euroa hankesuunnitelmien perusteella myönnettävää sosiaali- ja terveysministeriön tutkimusrahoitusta. Rahoitus kohdennetaan kliiniseen, epidemiologiseen tai palvelujärjestelmän tutkimukseen terveyskeskuksissa, huomioiden erityisesti vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta ja laatua koskevat tutkimukset.



## KIRJALLISUUS

- Eskola J, Höckerstedt K, Mäkäräinen H, Oxman A, Rehnqvist N, Lampe K. The Future of FinOHTA. FinOHTA report 23. 2004
- Gibbons M, Dowling P, Mirdal G, Pettersson R. International Evaluation of the Academy of Finland. Publications of the Ministry of Education, Finland 2004:16
- Halonen J, Kumpusalo E, Kekki P, Kivelä S-L, Klockars M, Mattila K, Vainiomäki P, Kautiainen H, Takala J. Yleislääketieteeseen erikoistuminen Suomessa. *Suom Lääkäril* 2001;56:433-436
- Halonen J, Kumpusalo E, Virjo I, Hyppölä H, Halila H, Mattila K. Yleislääketieteen erikoislääkärin arvioita erikoislääkärikoulutuksesta ja erikoisalavalinnastaan – vertailu muihin erikoislääkäreihin. *Suom Lääkäril* 2003;58:3101-3105
- Huttunen J. Valtion sektoritutkimusjärjestelmän rakenteellinen ja toiminnallinen kehittäminen. Selvitysmiesraportti. Kauppa- ja teollisuusministeriö, 2004
- Hyppölä H, Kumpusalo E, Virjo I, Mattila K, Neittaanmäki L, Halila H, Luhtala R, Kujala S, Isokoski M. Vastaako lääkärin peruskoulutus käytännön työn vaatimuksia? *Suom Lääkäril* 2000;55:3245-3249
- Karma P. Lääketieteellisen tutkimuksen julkinen rahoitus. *Duodecim* 1995;111(1):73
- Keinonen T, Saano V, Klaukka T. Kliininen lääketutkimus Suomessa – kokemuksia ja kehittämistarpeita. *Suom Lääkäril* 2004;59:4382-4384
- Kekomäki M. Terveystieteelliseen tutkimukseen käytettävä valtionosuus. Käyttökohteiden arviointi ja ehdotuksia ohjausjärjestelmäksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:3
- Kumpusalo E. Lääkärin ammatti-identiteetistä. *Suom Lääkäril* 2002;57:3395-3396
- Lahtinen E, Koskinen-Ollonqvist P, Rouvinen-Wilenius P, Tuominen P. Muutos ja mahdollisuus. Terveystieteellisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:15
- Lenfant C. Clinical research to clinical practice - lost in translation? *N Engl J Med* 2003;349:868-74
- Linna M, Häkkinen U, Vitikainen K, Teitto E. Opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamat kustannukset sairaaloille vuosina 1998-2002. STAKES Aiheita 15/2004, 2004.
- Mattila K. Suomalaisten lääkäreiden arvovalinnat. *Suom Lääkäril* 2003;58:1199-1201
- Nenonen M, Nylander O. A theoretical framework for health information systems. *Int J Healthcare Technology and Management*, 2002, Vol 4, No 6, pp 467-477
- Nieminen P, Bloigu A, Kukkonen J, Isohanni M. Bibliometria lääketieteen tutkimuksen arvioinnissa. *Duodecim* 1995;111(2):134

- Nylander O, Ståhle P, Nenonen M. Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä. *Yhteiskuntapolitiikka* 68(2003):1,3-18
- Pakkala S. Tutkimustyön hallinnollisia haasteita. *Suom Lääkäril* 2002;57:1027-1029
- Rantanen J. Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen tutkimuksen rakenneselvitys. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:36
- Rautio A, Nevala K. Voiko väitellä ilman via dolorosaa? *Suom Lääkäril* 2000;55:2685-2689
- Ståhle P, Smedlund A, Köppä L. Välittäjäorganisaatioiden rakenteelliset ja dynaamiset haasteet: osaselvitys innovatiivisesta johtamisesta monen toimijan verkostossa. *Selvitysraportti. Valtion tiede- ja teknologianeuvosto* 2004
- Teperi J, Idänpään-Heikkilä U, Aro A, Keinänen-Kiukaanniemi S, Mäkäraäinen H, Puolakka J, Uusitupa M, Isolauri J, Laatikainen L, Niinistö L, Puolijoki H, Valtola P. Terveystieteellisen tutkimuksen valtionkorvauksen suuntaaminen ja määräytyminen. *Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio* 2003:13
- Valovirta V, Niinikoski M-L. Välittäjäorganisaatioiden toiminta fyysisesti etäällä sijaitsevien toimijoiden välillä. *Esiselvitys valtion tiede- ja teknologianeuvostolle*. 2004
- Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. *Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä* 2002:6
- Vehviläinen A, Takala J, Haggren O, Tirkkonen K, Kumpusalo E. Lääkärien ehdotuksia terveyskeskustyön kehittämiseksi. *Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus* 2002 – tutkimus IV. *Suom Lääkäril* 2003;58:663-667
- Virjo I, Halila H, Mattila K, Hyppölä H, Kumpusalo E, Kujala S, Isokoski M. Herättää kollegoissa aito halu oppia jatkuvasti uutta – Lääkärien mielipiteitä täydennyskoulutuksesta. *Suom Lääkäril* 2004;59:3061-3065
- <http://www.fammi.se>
- <http://www.gpract.ku.dk/default.htm>
- <http://www.laakariliitto.fi/files/laakarikysely2003.pdf>
- <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/tutkimuksia/selvityskyselysta.html>
- <http://www.uta.fi/laitokset/tsph/terttu/index.html>



**SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN TYÖRYHMÄMUISTIOITA**  
**SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PROMEMORIOR**  
**WORKING GROUP MEMORANDUMS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH**  
**ISSN 1237-0606**

- 2005: 1 Yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajien rekisterin toteuttamista ohjanneen työryhmän muistio. Osat 1 ja 2.  
ISBN 952-00-1632-5  
ISBN 952-00-1633-3 (PDF)
- 2 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2004 toiminnasta.  
ISBN 952-00-1646-5  
ISBN 952-00-1647-3 (PDF)
- 3 Kari Reijula. Sairaaloiden kunto ja ilmanvaihto. Selvityshenkilön raportti.  
ISBN 952-00-1648-1  
ISBN 952-00-1649-X (PDF)
- 4 Jukka Mattila, Marjukka Mäkelä. Tutkimustoiminta terveyskeskuksissa. Nykytila ja tulevaisuus. Selvityshenkilöiden raportti.  
ISBN 952-00-1634-1  
ISBN 952-00-1635-x (PDF)