

ajan järjestäminen tutkimustyölle tai yksinkertaiset logistiikkaan liittyvät kysymykset, kuten kirjeiden postitus tai laboratoriopalveluiden järjestäminen, vaativat usein kertaluokkaa kovemman panostuksen terveyskeskustöiden ympäristössä verrattuna sairaalamaailmaan. Vaikka tutkimustyön ohjaaja edustaisikin yleislääketiedettä, työskentelee hän usein yliopistossa tai yliopistosairaalan perusterveydenhuollon yksikössä – siis kokonaan eri organisaatiossa – jolloin vaikutusmahdollisuudet esimerkiksi käytännön ongelmien ratkaisemiseksi ovat rajallisia. Näin tutkijalääkäri jää terveyskeskuksessa yksin taistelemaan tuulimyllyjä vastaan. Myös terveyskeskuskollegoilta saatava tuki on usein varsin ohutta: Vertaistukea tutkimukselle ei ole tarjolla, eivätkä ahtaalle ajatut terveyskeskuskollegat ehdi auttaa esimerkiksi tutkimuspotilaiden rekrytoinnissa. Erityisesti näin on väestövastuuta toteuttavissa yksiköissä, joissa kollegat herkästi ajautuvat hoitamaan vain omaa tonttiaan.

Terveyskeskuslääkärit eivät koe saavansa arvostusta muiden alojen kollegoilta tai suurelta yleisöltä samoin kuin sairaalassa työskentelevät lääkärit (5). Lähes kaikilla muilla erikoisaloilla tutkimusta arvostetaan huomattavasti enemmän kuin yleislääketieteessä. Tutkimus on nähty keinona kehittää omaa työtä ja työn edellytyksiä, osoittaa työn laatu ja nostaa alan ja työn arvostusta. Perusterveydenhuollon lähtöinen ja yleislääkärivetoinen kliininen tutkimus olisi yksi keskeinen keino kehittää terveyskeskusten toimintaa ja parantaa terveyskeskuksissa annettavan hoidon laatua sekä samalla vahvistaa terveyskeskuslääkärien identiteettiä ja yleislääketieteen asemaa. Myös väestöön nähden terveyskeskuslähtöinen tutkimustyö olisi keino viestittää halusta kehittää ja ylläpitää korkeita hoidon standardeja ja eteenpäin pyrkivää perusterveydenhuoltojärjestelmää.

Terveyskeskusten toiminnan kehittämiseksi ja arvostuksen lisäämiseksi tarvitaan nykyistä enemmän yleislääkärijohtoista, perusterveydenhuollon lähtökohdista kumpuavaa käytännönläheistä, hoidon laatua parantavaa ja osoittavaa tutkimusta. Yleislääkäreitä pitää aktiivisesti kouluttaa, motivoida ja tukea tutkimuksen tekemiseen. Suuriin terveyskeskuksiin tulee luoda yleislääketieteellisiä tutkimusryhmiä ja niiden ympärille tutkimusta tukevia rakenteita. Samalla yliopistojen ja jatkossa perustettavien sote-alueiden tulee ottaa keskeinen rooli terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen organisoijina, kehittäjinä ja tukijoina. ■

### KIRJALLISUUTTA

1. Käypä hoito -suositukset. <http://www.kaypahoito.fi> (siteerattu 25.10.2013).
2. Glynn LG, O'Riordan C, MacFarlane A, ym. Research activity and capacity in primary health care: the REACH study: a survey. *BMC Fam Pract* 2009;10:30.
3. Jones KM, Dixon ME, Dixon JB. General practice research – Does gender affect the decision to participate. *Aust Fam Physician* 2012;41:419–23.
4. Rosemann T, Szecsenyi J. General practitioners' attitudes towards research in primary care: qualitative results of a cross sectional study. *BMC Fam Pract* 2004;5:31.
5. Koettu arvostus. Kirjassa: Heikkilä T, Vänskä J, Hyppölä H, Halila H, Virjo I, Mattila K, Kujala S, Isokoski M (toim.). Lääkäri 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997–2006 valmistuneille lääkäreille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:19, s. 74–76.



**TEPPO HEIKKILÄ, LL, ylilääkäri**  
Sosiaali- ja terveysministeriö  
Tutkijalääkäri  
Perusterveydenhuollon yksikkö  
KYS



**EEVA-EERIKA HELMINEN, LL, yleislääketieteen erikoislääkäri**  
Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus  
Tutkijalääkäri  
Fysiatrian klinikka  
KYS

## Yleislääketieteen tutkimus Suomessa

Suurimman erikoisalamme yleislääketieteen tutkijoita kiinnostaa etenkin oman työn sisältö ja laatu, työn järjestäminen ja hoitokäytännöt. Sen sijaan kliinistä tutkimusta tehdään melko vähän. Perusterveydenhuoltoa tutkitaan yliopistoissa ja tutkimuslaitoksissa monitieteisesti, mutta vain pieni osa vertaisarvioitujen tutkimusten kirjoittajista toimii terveyskeskuksissa. Perusterveydenhuoltoa käsittelevää tai siellä toteutettua tutkimusta tehdään Suomessa hie- man vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa, Hol- lannissa tai Britanniassa. Terveyskeskusten johto arvostaa tutkimuksen tekemistä varsinkin oman toiminnan kehittämisen välineenä. Yleislääke- tieteen tutkimusta tukevat rakenteet ovat vuo- sikymmenessä vahvistuneet hivenen. Tutkimusta tulisi hyödyntää paljon nykyistä aktiivisemmin perusterveydenhuoltomme kehittämässä.

**Perusterveydenhuollon ammattilaiset** kohtaa- vat arkityössään tärkeitä kysymyksiä, joihin ei vielä ole riittävästi tutkittua tietoa vasta- ukseksi. Voisimmeko hoitaa astmapotilaita paremmin? Purkaisiko työnjako päivystysvas- taanoton ruuhkia? Vaikka hyviä kysymyksiä on runsaasti, tehdään Suomen perustervey- denhuollossa kuitenkin vähemmän tutkimus- ta kuin muilla suurilla erikoisaloilla. Terveys- keskusten pitkään jatkunut lääkäripula – par- haillaan vain 60 %:ssa viroista on vakituinen lääkäri ja 6 % on täyttämättä – selittää osaltaan tilannetta (1, 2).

Lääkintöhallitus vauhditti perusterveyden- huollon tutkimusta vuonna 1986 ohjekirjeellä, joka kehotti kuntia huolehtimaan terveyden- huoltojärjestelmään kohdistuvasta tutkimuk- sesta toimintansa tarkoituksenmukaisuuden, tuloksellisuuden ja taloudellisuuden arvioi- miseksi ja parantamiseksi (3). Akateemisen

yleislääketieteen kehitys ja yliopistoihin pe- rustetut alan laitokset tukivat tavoitetta, joskin rahoituksen ja tutkijan toimien määrä lisääntyi hitaasti (4). Yleislääketiede sijoittui monissa yliopistoissa kansanterveystieteen laitokselle, joten osa tutkimuksista suuntautui epidemio- logiaan. Tutkijoille saatiin pitkäaikaisempaa rahoitusta tutkijakoulujärjestelmän myötä. Yleislääketieteen tutkijoita oli mukana sekä kansanterveyden tutkijakoulussa, joka aloitti vuonna 1995, että valtakunnallisessa kliinises- sä tutkijakoulussa vuodesta 2003. Peruster- veydenhuollon tutkijakoulun perustamiseen haettiin rahoitusta tuloksetta. Tutkijakoulut toimivat määrääjän, ja yleislääketieteen osallis- tujia oli melko vähän, joten vaikutukset jäivät niukoiksi.

Yliopistosairaaloihin 2000-luvun puolivä- listä perustetut yleislääketieteen yksiköt tar- josivat monien tehtäviensä ohella myös tukea kehittämis- ja tutkimustoiminnalle. Tervey- denhuoltolain 35 § (5) vahvisti yksiköiden aseman perusterveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistyön yhteensovittajana sairaanhoi- topiireissä. Toisaalta terveyskeskukset ovat ha- jallaan ja kaukana yliopistoista. Tutkimukseen soveltuvia tiloja ja tutkimusvälineitä on har- voin valmiina ja tutkimuksen perinne ohut- ta muualla kuin suurimmissa kaupungeissa. Yleislääketieteen tutkimuskysymykset vaativat usein monitieteistä otetta, joten tutkimusryh- missä tarvitaan kliinikoiden (fysioterapeutit, hoitajat, lääkärit, psykologit jne.) lisäksi epide- miologian, tilastotieteen ja rekisteritutkimuk- sen sekä muiden erikoisalojen osaajia.

### Millaista tutkimusta terveyskeskuksissa?

Kartoitimme aiemmin perusterveydenhuol- lon tutkimus- ja julkaisutoimintaa vuosina **1007**

2000–2004 kirjallisuushauilla PubMedistä ja suomenkielisestä terveydenhuollon tietokannasta Medicistä vertaillen Suomea muihin Pohjoismaihin sekä Britanniaan ja Hollantiin. Tätä kirjoitusta varten toistimme vertailun vuosien 2009–2013 julkaisuista.

Tietokannoista löytyi vuosien 2000–2004 ajalta 544 julkaisua, jotka koskivat perusterveydenhuoltoa Suomessa. Kolmasosa oli julkaistu englanniksi vertaisarvioituissa lehdissä. Tutkimusaiheiden kirjo oli laaja: Kolmasosa aiheista käsitteli organisaatiota ja hoitoprosesseja, 10 % henkilöstöä tai työkuormaa, ja 15 % oli epidemiologisia tutkimuksia. Kliinisiä tutkimuksia oli 12 % ja niistä kolmannes satunnaistettuja kokeita. Suomenkielisistä julkaisuista kymmenesosa oli väitöksiä tai muita opinnäytteitä (6).

Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitosten lisäksi perusterveydenhuoltoa tutkivat ainakin kansanterveystieteen, hammaslääketieteen, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitokset. Etenkin kliinisissä ja epidemiologisissa töissä oli mukana monen muun erikoisalan sekä hoitotieteen ja käyttäytymistieteen edustajia, antropologeja ja sosiologeja. Terveyspalvelujärjestelmää tutkivat myös hallinto- ja insinööritieteiden edustajat.

Englanninkielisiin julkaisuihin oli osallistunut keskimäärin 4,4 ja tyypillisesti kolme kirjoittajaa (vaihteluväli 1–11). Suomenkielisissä julkaisuissa yli puolessa oli yksi kirjoittaja, ja keskimäärin kirjoittajia oli 2,1 ja viidessä julkaisussa oli yli kymmenen kirjoittajaa. Kirjoittajien taustayhteisöt jaettiin **TAULUKON 1** osoittamiin ryhmiin. Taustayhteisönä oli

**TAULUKKO 1.** Perusterveydenhuollon julkaisujen kirjoittajien taustayhteisöt 2000–2004. Mukana yhteensä 544 suomenkielistä ja ulkomaista julkaisua.

Taustayhteisö	%
Terveyskeskukset	20
Yliopistojen perusterveydenhuollon laitokset	15
Muut yliopiston laitokset ja klinikat	20
Valtion tutkimuslaitokset	18
Järjestöt	7
Sairaanhoidopiirit	5
Muut kotimaiset	14
Ulkomaiset yliopistot ym.	2

useimmiten yliopisto. Julkaisuissa oli mukana keskimäärin 1,2 laitosta. Englanninkielisissä julkaisuissa terveyskeskuksen edustaja oli mukana vain 9 %:ssa julkaisuista, kun kotimaisissa osuus oli 25 % (6).

Suomeksi julkaistiin suhteellisesti vähemmän kliinisiä ja epidemiologisia töitä kuin englanniksi. Työn järjestämistä ja sen laatua koskevat selvitykset puolestaan oli suunnattu kotimaiselle yleisölle. Kaikki satunnaistetut suomenkieliset työt olivat väitöskirjoja.

## Yliopistojen tutkimushankkeet

Etsimme tammikuussa 2014 yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitosten verkkosivuilta, millaisia tutkimushankkeita laitoksilla on meneillään (7, 8, 9, 10, 11). Eri yliopistojen hankekuvausten laajuus vaihteli; yksityiskohtaisinta tietoa oli Tampereen yliopiston sivustossa. Sivuilta saatujen tietojen avulla luokittelimme aiheet kliinisiin, epidemiologisiin, toiminnan organisaatiota tai muita aiheita koskeviin (**TAULUKKO 2**). Muutamia aiheita ei voitu lyhyen kuvauksen perusteella luokitella, ja ne sijoitettiin ryhmään ”muut”. Kliinisten aiheiden osuus kaikista oli alle viidennes.

## Yleislääketieteen tutkimus Pohjois-Euroopassa

Toistimme kirjallisuushaun kansainvälisen vertailun osalta vuoden 2014 alussa. Perusterveydenhuoltoa koskevat tutkimukset haettiin PubMedista hakusanoilla (community health centers or primary health care or family practitioner or family physician) rajaten ilmestymispäivät vuosiin 2009–2013. Eri maista tulevat julkaisut tunnistettiin haussa maan ja kielen nimillä. Vertailumaina olivat Ruotsi, Norja, Tanska, Hollanti ja Britannia, joissa yleislääketieteen rooli terveydenhuoltojärjestelmässä on melko lähellä suomalaista mallia.

Vuosien 2009–2013 aikana on PubMediin luetteloitu 4,47 miljoonaa vertaisarvioitua julkaisua. Näistä noin 383 000 (9 %) oli hakustrategiamme oletusten mukaan vertailumme maista (**TAULUKKO 3**). Perusterveydenhuoltoa koskevia tutkimuksia oli kaikkiaan 67 300

**TAULUKKO 2.** Yliopistojen yleislääketieteen tutkimushankkeiden aiheet laitosten verkkosivuilla 2014.

Yliopisto	Tutkimusaiheet				
	Kliininen	Epidemiologia	Organisaatio	Muut	Yhteensä
Helsinki	2	0	4	0	6
Kuopio	0	3	4	1	8
Oulu	3	4	4	3	14
Tampere	2	1	4	5	12
Turku	2	4	0	2	8

ja kohdemaittemme osuus näistä oli 12 144 (18 %). Kuuden Pohjois-Euroopan maan yhteinen osuus julkaistusta yleislääketieteen tutkimuksesta on siis lähes viidesosa ja osoittaa vahvaa yleislääketieteen tutkimusperinnettä, joskin osuus oli hieman vähentynyt aieman jakson 22 %:sta. Kaikkien julkaisujen ja erikseen perusterveydenhuoltoa koskevien julkaisujen määrä suhteutettiin maiden asukaslukuun vuonna 2002, joka saatiin WHO:n tilastotietokannasta.

Tämän varsin karkean mittarin mukaan suomalaiset julkaisevat lääketieteellistä tutkimusta asukaslukuun suhteutettuna hieman vähemmän kuin muut Pohjoismaat ja Hollanti mutta enemmän kuin Britannia. Perusterveydenhuoltoa koskevia tutkimuksia sen

sijaan julkaisemme selvästi vähemmän kuin vertailumaat. Eniten perusterveydenhuollon tutkimusta tehdään Hollannissa, jossa julkaisuaktiivisuus myös on kasvanut eniten vertailujaksojen välillä.

Hakutuloksen tekevät epäluotettavaksi monet seikat, joista tärkein on 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 termit ”omalääkäri” ja ”perhelääkäri” ovat meillä harvinaisia. Maiden sisäistä, oman kieli-alueen julkaisutoimintaa ei tällaisella haulilla voi tunnistaa.

**TAULUKKO 3.** Perusterveydenhuoltoa (PTH) koskevat julkaisut eräistä Pohjois-Euroopan maista PubMedissa vuosina 2000–2004 ja 2009–2013.

2000–2004 Maa	Asukkaat (miljoonaa)	Kaikki julkaisut	PTH julkaisut	Kaikki julk. /milj.as.	PTH julk. /milj.as.
Suomi	5,2	7 780	146	1 496	28
Ruotsi	8,9	15 162	424	1 704	48
Norja	4,5	9 804	193	2 179	43
Tanska	5,4	10 434	162	1 932	30
Hollanti	16,1	13 843	396	860	25
Britannia	59,1	43 639	2 636	738	45
Yhteensä	99,2	100 662	3 957	8 909	218
2009–2013 Maa	Asukkaat (miljoonaa)	Kaikki julkaisut	PTH julkaisut	Kaikki julk. /milj.as.	PTH julk. /milj.as.
Suomi	5,4	24 010	448	4 446	83
Ruotsi	9,4	54 751	1 367	5 825	145
Norja	4,9	26 176	801	5 342	163
Tanska	5,6	36 879	629	6 586	112
Hollanti	16,6	95 176	3 212	5 733	193
Britannia	62,0	145 599	5 687	2 348	92
Yhteensä	103,9	382 591	12 144	30 280	789

## Tutkimuksen merkitys terveyskeskuksille

Yliopistojen ja terveyskeskusten perinteinen yhteistyö, jossa tutkimus suunnitellaan ja terveyskeskuksissa kootun aineiston tulokset analysoidaan yliopiston laitoksella, on muuttumassa vuoropuheluksi. Terveyskeskusten johtavista lääkäreistä 37 % vastasi vuonna 2004 sähköpostikyselyymme tutkimuksen tuottamista hyödyistä terveyskeskuksille. Lähes kaikkien vastaajien (69/73) mielestä tutkimus kuului terveyskeskukseen, ja he olivat valmiita tukemaan sitä. Perusteina oli tarve kehittää omaa toimintaa ja perusterveydenhuoltoa yleensä sekä erityiset mahdollisuudet tutkia väestöön liittyviä tekijöitä. Monet huomauttivat, että potilasrekisteritietoja tulisi hyödyntää tutkimuksessa paljon tehokkaammin, kuten Kunnamo ym. tässä numerossa ehdottavat.

Tutkimustyön tekemisen nähtiin parantavan työntekijöiden osaamista ja työssä kehittymistä sekä tukevan muutoksia. Tiedon puutteen nähtiin heikentävän mahdollisuuksia terveydenhuollon kehittämiseen, ja osa vastaajista edellytti organisaation kehittämisen perustaksi aina tutkimusta. ”Puhdasta tutkimusta” ilman kehittämiselementtejä karsastettiin. Johtavat lääkärit näkivät mahdollisuuden tutkimustyöhön rekrytointivalttina. Työn monipuolistumisen toivottiin helpottavan nuorten rekrytointia. Toisaalta nähtiin, että perusterveydenhuollolle relevanttien kysymysten löytäminen vaatii kokeneita lääkäreitä tutkimustyön piiriin (6).

Tuoreessa laadullisessa tutkimuksessa, jossa selvitettiin nuorten lääkäreiden syitä yleislääketieteen erikoisalan valintaan, ei tutkimuksen tekeminen noussut keskusteluaiheeksi lainkaan (12).

## Muutosehdotusten kohtalo

Vuoden 2005 raportissa teimme yhdeksän ehdotusta terveyskeskusten tutkimustyön edistämiseksi ja listasimme viisi keinoa tutkimustyön hyödyntämiseen perusterveydenhuollon rakennemuutoksen tueksi (TAULUKKO 4). Eh-

**TAULUKKO 4.** Ehdotukset terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen edistämiseksi 2005 (6).

### Tutkijakoulutuksen järjestäminen

1. Perusterveydenhuollon tutkimusmahdollisuuksia korostetaan lääkäriskoulutuksessa.
2. Käynnistetään valtakunnallinen perusterveydenhuollon moniammatillinen tutkijakoulu.
3. Tutkijakoulun kurssit avataan kaikille tutkimustyöstä kiinnostuneille.

### Tutkimuksen rahoitus

4. Tutkimuksen EVO-pisteitys terveyskeskusten yhteenliittymille.
5. Ajantasainen tieto perusterveydenhuollon tutkimusrahoituskanavista saataville.
6. Terveyskeskustutkimukseen 1,5–3 miljoonaa euroa sosiaali- ja terveysministeriön rahoitusta.

### Raportointi, seuranta, arviointi

7. Terveyskeskustutkimushankkeet julkiseen hanketietokantaan ja verkkoon.
8. Tutkimustoiminnan kulut raportoidaan avoimesti hanketietokantaan.

### Perusterveydenhuollon innovaatiojärjestelmä

9. Terveyskeskukset järjestävät tutkimukselle suotuisat olosuhteet sekä palkitsemisjärjestelmän
10. Terveyskeskukset ja sairaanhoitopiirit sopivat alueellisten perusterveydenhuollon kehittämissyksikköjen perustamisesta kaksisuuntaisen informaatio-ohjausjärjestelmän alueelliseksi avainpelaajaksi.
11. Sosiaali- ja terveysministeriö perustaa perusterveydenhuollon kansallisen kehittämissyksikön.
12. STM:n kehittämisrahasta varataan vuosittain 1,5 miljoonaa euroa kansallisen ja alueellisten kehittämissyksikköjen tukemiseen sekä terveyskeskustutkimusten raportointijärjestelmän kehittämiseen.
13. Terveyskeskuksissa tehtävään kliinisen, epidemiologisen tai palvelujärjestelmän tutkimuksen tukemiseen varataan vuosittain 1,5 miljoonaa euroa tutkimusrahoitusta.

dotuksista on toteutunut edes osittain vain kaksi eikä rahoitustoivomuksista yksikään. Terveyskeskustolaki lujitti alueelliset perusterveydenhuollon yksiköt sairaanhoitopiiriin toimintaan, joskin niiden rooli ”informaatio-ohjausjärjestelmän alueellisena avainpelaajana” vielä odottaa kirkastumistaan.

Valtion rahoitusta tutkimukseen uudistettiin terveydenhuoltolailla. STM:n asetus säätelee yliopistotasoisesta tutkimuksen paino-alueita, mutta erityisesti perusterveydenhuoltoon tai terveyskeskuksissa tehtävään tutkimukseen ei rahoitusta ohjattu. Erityisvastuu-

alueittaisissa tutkimuksen toimikunnissa on perusterveydenhuollon edustus, mutta näyttää siltä, että yliopistosairaaloissa tehtävä tutkimus pärjää rahoituskilpailussa terveyskeskuksia paremmin. STM:n yhteyteen perustettavaan valtakunnalliseen terveyden tutkimuksen arviointiryhmään pitää asetuksen mukaan tulla ”riittävä edustus sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköistä”.

Valtakunnallista tutkijakoulua ei syntynyt, mutta esimerkiksi Helsingin yliopistossa toimiva Akateeminen terveyskeskus on luonut moniammatillisen tutkijakoulutusverkoston. Tämä yliopiston ja viiden terveyskeskuksen yhteistyö sai aluksi kaksivuotisen STM:n kehittämishankerahoituksen. Se tarjoaa tutkijakoulutusta ja käytännön ohjausta kumppanuusterveyskeskuksissa tutkimusta tekeville. Pääsyvaatimuksina on oma tutkimusidea ja aiempi akateeminen loppututkinto.

## Pohdintaa

Yleislääketieteen tutkimus Suomessa on lisääntynyt merkittävästi 1970-luvulta alkaen, kun uusi erikoisala tuli yliopistoihin. Vertailumaihin nähden olemme kymmenessä vuodessa jääneet hieman jälkeen yleislääketieteen julkaisujen määrässä. Osasyynä lienee tutkimusaiheiden keskittyminen harvoin yleistettävissä olevaan organisaation toimintaan ja toisaalta epidemiologiaan, jossa terveyskeskusten rooli kapenee tavanomaiseksi tiedonkeruussa avustamiseksi.

Monien tautien diagnostiikkaa ja hoitoa koskevat tutkimukset on tehty valikoituneiden, usein erikoissairaanhoidon lähetettyjen potilaiden joukossa. Yleislääkärin peruspotilaita, monisairaita vanhuksia, ei juuri rekrytoida hoitotutkimuksiin – ei Suomessa eikä muissakaan maissa. Yleislääketieteen kliinistä tutkimusta siis tarvitaan, vaikka se on monin tavoin haastavaa.

Perusterveydenhuollon tutkimuskysymykset syntyvät epämääräisinä ja usein liian laajoina vastattaviksi. Kliinisiin ongelmiin voi löytyä tieto suoraan kirjallisuudesta. Alun esimerkiksi, ”astmapotilaiden parempi hoito”, eriytyy useaksi alakysymykseksi. Aikuisten astma-

potilaiden ohjauksen vaikuttavuudesta tehty Cochrane-katsaus (13) kertoo, että potilaiden tiedon taso koheni, mutta ohjaus ei parantanut hoitotasapainoa eikä vähentänyt käyntejä omalla lääkärillä tai päivystyksessä. Ohjaus ei siis kannata – vai olisiko hyvä tehdä uusi tutkimus Suomessa käytetyillä ohjauksen keinoilla?

Kliinisen tutkimuksen pieni osuus ei yllätä, kun muistetaan yleislääketieteen tutkimuksen ympäristö. Vaikka potilaita on paljon, myös tautikirjo on laaja. Rajattua ja tarkoin määriteltyä ongelmaa sairastavia kestää aikansa kerätä. Interventioiden toteutumista suunnitellusti on vaikea varmistaa, kun potilaat asuvat kotonaan. Lähellä asuvien, pitkään saman hoitopaikan vastuulla olevien potilaiden seuranta sentään voi järjestyä helpommin kuin erikoissairaanhoidossa.

Johtavat lääkärit pitivät tärkeänä, että tutkimus edistää oman terveyskeskuksen työtä. Hankkeet pitäisi siis valita niin, että hyöty tutkijan organisaatiollekin on ilmeinen. Tämä selittää organisaatiotutkimuksen suurta osuutta. Organisaation kehittämistä koskeviin kysymyksiin voi vastata omaa toimintaa seuraten, esimerkiksi kuvaten lääkärin ja hoitajien työnjakoa pitkäaikaissairaiden hoidossa.

Tutkijan ja esimiehen perspektiivin nosto omaa terveyskeskusta korkeammalle avaisi paremmat näkymät tutkimuksen tekemiselle. Oman talon toiminnan kuvaus sopii laadunhallinnan välineeksi, mutta tulokset nousevat harvoin yleistettäviksi ja julkaistaviksi. Terveyskeskustutkijoiden verkostoituminen keskenään yliopistojen tuella helpottanee julkaisujen valmistumista, kun työpaikan ainoa tutkija voi tavata säännöllisesti kaltaisiaan, vastata kiinnostuneiden kysymyksiin ja saada menettelmätukea. Tuki loisi myös mahdollisuuksia vastata suurempiin kysymyksiin tutkimuksin, joiden tuloksia voisi käyttää myös oman työpaikan toiminnan parantamiseen.

Perusterveydenhuollon voimavarojen yleinen kehitys viimeisen vuosikymmenen aikana ei ole ollut omiaan tukemaan tutkimustoimintaa terveyskeskuksissa. Terveyskeskuslääkäreistä on ollut pulaa ja vaihtuvuus on paikotellen ollut suurta. Perusterveydenhuollon yksiköiden odotetaan tukevan alueellaan toi-



## YDINASIAT

- ▶ Perusterveydenhuollossa tehdään etenkin epidemiologista ja terveydenhuollon tutkimusta mutta melko vähän kliinistä tutkimusta.
- ▶ Tutkimusryhmät ovat suurehkoja ja moniammatillisia, mutta terveyskeskusten omat työntekijät ovat harvoin mukana tutkijoina.
- ▶ Tutkimuksen tukirakenteet ja rahoitus ovat heikot kuin erikoissairaanhoidossa.
- ▶ Yleislääketieteen tutkimusta julkaistaan Suomessa vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa, Hollannissa tai Britanniassa ja määrä on suhteellisesti vähentynyt viime vuosina.

minnan kehittämistä ja kehittämiseen tarvittavan tutkimuksen tekemistä. Järjestelmä on kuitenkin vielä käynnistysvaiheessa ja yksiköiden painotukset vaihtelevat alueittain.

Tutkimuksen ja kehittämistyön raja on liukuva. Hyvä tutkimus on yleistettävissä, hyvä kehittämishanke taas on sovellettu juuri meidän oloihimme. Perusterveydenhuollossa tehdään paikalliseen käyttöön monia selvityksiä, jotka ovat tiukasti sidoksissa toimintaympäristöön. Kun ympäristö ja sen erityispiirteet kuvataan ja omat tulokset tulkitaan rikkaasti asiayhteyteen liittäen, on selvitys mahdollista ja mielekästä julkaista. Silloin muutkin voivat hyötyä kokemuksista ja tutkija saa palautetta ratkaisuisistaan.

Jos taas on tarpeen tehdä uusi ja parempi tutkimus vaikka siitä, vähentäisikö tehostettu potilasohjaus astmapotilaiden päivystyskäyntejä, syntyy muidenkin käyttöön soveltuvaa uutta tietoa. Pienessä maassa tehdyn terveydenhuoltotutkimuksen julkaisukynnys kansainvälisissä lehdissä vain on suurempi kuin kliinisen tai perustutkimuksen.

**MARJUKKA MÄKELÄ**, tutkimusprofessori, M. Sc.  
Finohta / THL

**JUKKA MATTILA**, lääkintöneuvos  
Sosiaali- ja terveysministeriö

Vuonna 2005 tekemistämme ehdotuksista vain pari on toteutunut, ja monet ovat mielestämme yhä ajankohtaisia. Rahoitus on nopea tapa suunnata tutkimusta – mutta yhteiskunta ei taida lähivuosina pystyä tarjoamaan lisärahaa. Kun valtaosa yleislääketieteen tutkijoista tulee muualta kuin terveyskeskuksista, on myös epävarmaa, osuisiko rahoitus terveyskeskuksille tärkeisiin aiheisiin. Rakenteellisista muutoksista EVO-pisteytysten osoittaminen terveyskeskusten yhteenliittymille, tiedon tarjoaminen perusterveydenhuollon tutkimusrahoituskanavista ja tutkimushankkeiden hanketietokanta olisivat melko helppoja toteuttaa.

Asenteet muuttuvat hitaasti. Tutkimus on terveyskeskuksissamme yhä paljon harvinaisempaa kuin sairaaloissa, eikä siitä koituvia tuloksia aina voi käyttää työn kehittämiseen. Yleislääketieteen tutkijoiden pitää miettiä sekä aiheitaan että liittolaisiaan huolella: suuntautuko tämä tutkijajoukko Suomessa klinisiin, epidemiologisiin vai organisatorisiin teemoihin? Mistä olisi suurin hyöty terveyskeskuksille?

## Lopuksi

Yleislääketieteen tutkimusta tehdään Suomessa moniammatillisesti ja monilla laitoksilla. Silti näytämme jäävän jälkeen muista pohjoisen Euroopan maista, ja kliininen tutkimus on niukkaa. Terveyskeskusten omat ammattilaiset ovat harvoin mukana tutkimusryhmissä, vaikka heidän arkityöstään nousisi tärkeitä kysymyksiä. Alueelliset perusterveydenhuollon kehittämisyksiköt on nyt perustettu, ja muitakin perusteltuja toimia terveyskeskuksissa tehtävän tutkimuksen edistämiseksi sopisi harkita. Perusterveydenhuollon – kuten kaiken terveydenhuollon – tulisi nojata tutkimustuloksiin niin kliinisen työn kuin toiminnan järjestämisen osalta, jos näyttöä suinkin on saatavilla. Jollei ole, on sitä luotava hyvin suunnitellun tutkimuksen avulla. ■

## SIDONNAISUDET

**Marjukka Mäkelä:** Apuraha (Euroopan komissio), asiantuntijapalkkio (Cambridge University Press, Suomen Lääkärilehti, Moodi, Useita yliopistoja), työsuhde (Kööpenhaminen yliopisto), luentopalkkio (useita yliopistoja), lisenssitulo tai tekijänpalkkio (Duodecim), koulutus/kongressikulua yrityksen tuella (INAHTA, HTAI)

**Jukka Mattila:** Ei sidonnaisuuksia

## KIRJALLISUUTTA

1. Parmanne P, Saukkonen SM, Ruskoaho J, Vuorio S. Lääkäriajaja hidastaa hoitoon pääsyä terveyskeskuksissa. *Suom Lääkäril* 2010;65:3989–94.
2. Parmanne P. Yli puolessa terveyskeskuksista kaikki lääkärintehtävät on täytetty. *Suom Lääkäril* 2013;68:3260–1.
3. Tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan järjestäminen terveyskeskuksissa ja sairaanhoitolaitoksissa. Lääkintöhallituksen ohjekirje 7/86. 1986.
4. Kekki P. Johdanto. Kirjassa: Laitinen R, Salervo L, toim. Neljännesvuosisata Helsingin yliopistossa: yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitoksen historia. Helsinki: Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto 2008, s. 10–11.
5. Terveystieteiden tutkimuskeskus. *Terveystieteiden tutkimuskeskus*. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).
6. Mattila J, Mäkelä M. Tutkimustoiminta terveyskeskuksissa: nykytila ja tulevaisuus [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:4. <http://hpm.org/pr1109252784945/passthru.pdf> (viitattu 5.1.2014).
7. Akateeminen terveyskeskus. Terveystieteiden tutkimuskeskus [verkkodokumentti]. <http://www.terveysportti.fi/dtk/hre/koti> (viitattu 5.1.2014).
8. Itä-Suomen yliopisto. Kansanterveystiede ja kliininen ravitsemustiede: tutkimushankkeet [verkkodokumentti]. <http://www.uef.fi/fi/kttravi/tutkimushankkeet> (viitattu 5.1.2014).
9. Oulun yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskus [verkkodokumentti]. <http://www oulu.fi/terveystieteet/node/12520> (viitattu 5.1.2014).
10. Tampereen yliopisto. Yleislääketiede: asiakastytyväisyys perusterveydenhuollossa [verkkodokumentti]. <http://www.uta.fi/med/tutkimus/tutkimusryhmat/yleislääketiede/tutkimus/Tutkimusryhmat.html> (viitattu 5.1.2014).
11. Turun yliopisto. Yleislääketiede: tutkimushankkeet [verkkodokumentti]. <http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/yleislääketiede/tutkimus/tutkimushankkeet/Sivut/home.aspx> (viitattu 5.1.2014).
12. Aira M, Meriranta P, Mäntyselkä P. Hyvät kokemukset terveyskeskustyöstä ohjaavat erikoistumaan. *Suom Lääkäril* 2013;68:2057–61.
13. Gibson PG, Powell H, Wilson A, ym. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;2:CD001005.

## Summary

### General practice research in Finland

Researchers within our largest specialty, general practice, are above all interested in the contents and quality of their own work, organizing the work and treatment practices. Clinical research is conducted to a limited extent only. Primary health care is being studied in the universities and research institutes in a multidisciplinary manner, but only a small proportion of the authors of peer-reviewed studies are working in community health centers. The volume of research dealing with or being conducted within primary care is somewhat smaller in Finland than in the other Nordic countries, the Netherlands or Great Britain. Research should be utilized much more actively than is being done today in the development of our primary health care.