



Vastine edelliseen

Kiitän Asko Järvistä ja Matti Uharin vastineesta pääkirjoitukseeni (1). Kirjoittajat vaikuttavat olevan samaa mieltä ehdotuksistani yhtenäistä kriteereitä tiedekuntien välillä, tutkimuksen laadun huomioimisesta arvioinnissa, pedagogisten valmiuksien arvioinnin kriteereistä ja aktiivisen tutkimustoiminnan korostamisesta arvioinnissa.

Järvisen ja Uharin mielestä bibliografiset mittarit, kuten esittäjäni julkaisuforumiluokitus, eivät sovellu kliinisen tutkimuksen arviointiin. Uskallan väittää, että korkeatasoinen julkaisufoorumi antaa tutkimukselle laajemman huomion ja siten keskimäärin suuremman vaikuttavuuden kuin heikompi tasoinen. Korkeatasoinen julkaisufoorumi ei toki ole laadukkaan tai vaikuttavan tutkimuksen tae.

Pyrkimyksenä tulisi kuitenkin olla mahdollisimman korkeatasoisen julkaisufoorumin saavuttaminen. Suomessa tehty kliininen tutkimus voi ylittää myös laadukkaita kansainvälisiin julkaisusarjoihin (2–4). Mielestäni on kohtuutonta vaatia, että kliinisen dosentin arvon saavuttaminen vaatisi 20 näin laajaa julkaisupääkirjoittajana. Ymmärrän tieteen- ja tutkimusalojen erot enkä esitäkään joustamatonta algoritmia julkaisutuotannon arviointiin. Dosenttitoimikuntien ja erityisesti lausuntoa antavien asiantuntijoiden tulisi ottaa huomioon julkaisujen laajuus, laatu ja kirjoittajien kontribuutiot päätöksiksi valmistellessaan.

Pidän dosentin arvon kannalta riittävänä tutkimusnäyttönä kolmea hyvätasoista väitöskirjaa vastaavaa julkaisutuottoa niin kokeellisesta immunologiasta kuin kliiniseltäkin alalta. Olen samaa mieltä kirjoittajien kanssa siitä,

että kliinisen dosentin arvon edellytyksenä tulisi olla kliinisen tutkimuksen aktiivinen tekeminen, eikä pelkkä potilastiedon välittäjänä toimiminen riitä. Siksi esitinkin erityisesti julkaistujen pääkirjoitusten arvostamista väitöskirjan osatöiden tavoin. Lisäksi esitin, että dosentin arvoa hakevan tulisi kuvata hakemuksessaan tutkimuslinjansa osoituksena kyvystään itenäiseen tutkimustyöhön.

Järvisen ja Uharin esittämät kolme esimerkkiä edustavat minustakin hyvää kliinistä tutkimusta, jonka konkreettinen vaikuttavuus potilastyöhön on helppo osoittaa. Mielestäni tämä antaa kuitenkin kovin kapean näkökulman kliiniseen tutkimukseen.

Itse määrittäisin kliiniseksi tutkimukseksi hankkeen, jossa pyritään parantamaan hoitoa, kuntoutusta, diagnostiikkaa tai sairauksien ehkäisyä hyödyntämällä potilasaineistoja, potilaista saatuja näytteitä tai heidän tietojaan. Hyvässä tutkimuksessa yhdistetään usein eri metodeja ja tieteenaloja ja tunnistetaan kliininen ongelma, jonka ratkaisemiseen käytetään esimerkiksi rekisteritietoja, biopankista saatuja näytteitä tai genomiikkaa, minkä jälkeen tehtyä havaintoa tutkitaan koe-eläimessä tai kudospallissa pyrkimyksenä soveltaa uutta tietoa lopulta potilastyöhön. Tutkimuksesta on tullut monitieteisempää, ja toisaalta raja-aidat esimerkiksi lääketieteellisen perustutkimuksen ja kliinisen tutkimuksen väliltä ovat mielestäni häviämässä.

Kirjoittajat pitävät erikoisena ajatusta, että kahden vuoden erikoislääkärinä toimiminen riittäisi kliinisen alan dosentuurin saamiseksi. Pohdin, ovatko kirjoittajat ajatelleet tässä enemmän osastonylilääkärin kuin dosentin pätevyyttä. Dosentti nimensä mukai-

sesti tarkoittaa opettajaa (latinan *docere* eli opettaa, luennoida), enkä pidä sitä pelkästään ”ammattillisen pätevyyden osoituksena”. Käsitökseni mukaan kahden vuoden toimimista päätoimisena alan erikoislääkärinä on sangen yksimielisesti pidetty kliinisen dosenttuurin vähimmäisvaatimuksena. Ottamatta kantaa siihen, onko se riittävä kokemus osastonylilääkärille, pidän sitä riittävänä dosentin arvon saamiseen – dosentin pätevyys kun tarvitaan jatko-opiskelijoiden pääohjaajana toimimiseen, ja lisäksi esimerkiksi Suomen Akatemian hankerahoituksen saamiseksi hakijan täytyy olla dosentin tasoinen. Kliinisillä aloilla dosentin arvon saavuttaminen ei saa muodostua akateemista uraa rajoittavaksi tekijäksi.

Huolomme laadukkaan kliinisen tutkimuksen arvostamisesta ja yliopistojen ja yliopistosairaaloitten kiinteän yhteyden säilymistä onkin selvästi yhteinen. Hyvää ja riittävästi resursoitua kliinistä tutkimusta, jossa kliiniset dosentit ovat keskeisiä, tarvitaan turvaamaan laadukas terveydenhuolto. ■

MIKA RÄMET

Lastentautiopin professori,
Oulun yliopisto
Kokeellisen immunologian professori,
Tampereen yliopisto
Puheenjohtaja, terveyden tutkimuksen toimikunta, Suomen Akademia

KIRJALLISUUTTA

1. Rämetsä M. Lääketieteen dosentin arvon myöntökriteereitä olisi aika tarkistaa ja yhtenäistää. *Duodecim* 2017;133:1353–4.
2. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, ym. Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *N Engl J Med* 2013;369:2515–24.
3. Vesikari T, Matson DO, Dennehy P, ym. Safety and efficacy of a pentavalent human-bovine (WC3) reassortant rotavirus vaccine. *N Engl J Med* 2006;354:23–33.
4. Renko M, Paalanne N, Tapiainen T, ym. Triclosan-containing sutures versus ordinary sutures for reducing surgical site infections in children: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis* 2017;17:50–7.