

# **Kollegiaalisuus toteutuu lääkäreiden mielestä hyvin – Lääkäri 2013 - tutkimuksen tuloksia**

Lari Saloranta  
Syventävien opintojen kirjallinen työ  
Suomen Lääkäriliitto  
Tampereen yliopisto  
Lääketieteen yksikkö  
Heinäkuu 2016

---

Tampereen yliopisto  
Lääketieteen yksikkö  
Suomen Lääkäriliitto – Lääkäri 2013-tutkimusryhmä

## LARI SALORANTA: KOLLEGIAALISUUS TOTEUTUU LÄÄKÄRIEN MIELESTÄ HYVIN – LÄÄKÄRI 2013 -TUTKIMUKSEN TULOKSIA

Kirjallinen työ, 18 s.  
Ohjaaja: professori Elise Kosunen

Heinäkuu 2016

Avainsanat: lääkärin etiikka, kollega, kommunikaatio, lääkärikunta, palaute, Suomen Lääkäriliitto

---

Kollegiaalisuus on usein mainittu, mutta vähän tutkittu piirre suomalaisessa lääkärikunnassa. Suomen Lääkäriliiton Lääkäri 2013 -tutkimuksessa kartoitettiin lääkärin kokemaa kollegiaalisuutta. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, kuinka hyvin suomalainen lääkärikunta kokee kollegiaalisuuden toteutuvan, ja mitkä tekijät ovat yhteydessä sen toteutumiseen.

Lääkäri 2013 - kyselytutkimuksen perusjoukon muodostivat alle 70-vuotiaat Suomessa asuvat ja laillistetut lääkärit (N=21 501). Vastausosuus oli 51 % (n = 5 350). Kollegiaalisuuden toteutumista kartoitettiin 12 kollegiaalisuuteen yhdistetyn osa-alueen osalta ja ne analysoitiin sukupuolen, iän, päätoimen ammattinimikkeen sekä viimeisimmän erikoistumisalan mukaan.

Valtaosa lääkäreistä koki kollegiaalisuuden toteutuvan hyvin. Kuudessa esitetystä osa-alueesta noin 90 % lääkärikunnasta koki kollegiaalisuuden toteutuvan hyvin. Parhaaksi kollegiaalisuuden osa-alueeksi koettiin *luottamus kollegoiden välillä*, jonka 93 % vastanneista koki toteutuvan hyvin. Vastaavat osuudet *rakentavan palautteen saamisessa* sekä *kollegan hoitoon ohjaamiseen tarvittaessa* olivat 53 % ja 48 %.

Lääkärin kokema kollegiaalisuus on varsin hyvällä tasolla. Keskinäiseen yhteistyöhön yhdistetyt kollegiaalisuuden positiiviset osa-alueet toteutuivat paremmin kuin negatiivisiin asioihin liittyvät osa-alueet. Tulevaisuudessa lääketieteen kehittyminen ja monimutkaistuminen sekä moniammatillisen työskentelyn lisääntyminen asettavat suunnan kollegiaalisuuden kehittymiselle.

Tämä tutkimus on lähetetty julkaistavaksi Suomen Lääkärilehdessä 26.4.2016. Artikkelin kirjoittamiseen sekä etenkin aineiston keruuseen on osallistunut koko Lääkäri 2013 - tutkimusryhmä:

Elise Kosunen

LT, professori, ylilääkäri

Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, perusterveydenhuollon yksikkö

Markku Sumanen

LT, apulaisprofessori

Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö

Irma Virjo

LT, professori (emerita)

Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö

Teppo Heikkilä

LL, tutkijalääkäri

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, perusterveydenhuollon yksikkö

Harri Hyppölä

LT, dosentti, palveluyksikköjohtaja

Kuopion yliopistollinen sairaala, päivystys ja tehohoito

Hannu Halila

LKT, dosentti, varatoiminnanjohtaja

Suomen Lääkäriliitto

Santero Kujala

LL, lääkintöneuvos

Suomen Lääkäriliitto

Jukka Vänskä

VTM, tutkimuspäällikkö

Suomen Lääkäriliitto

Kari Mattila

LKT, professori (emeritus)

Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö

# SISÄLLYS

<b>1. JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2. AINEISTO JA MENTELMÄT</b>	<b>6</b>
<b>3. TULOKSET</b>	<b>8</b>
<b>4. POHDINTA</b>	<b>11</b>
<b>5. LÄHTEET</b>	<b>15</b>
<b>6. ENGLISH SUMMARY</b>	<b>17</b>

---

# 1. Johdanto

Kollegiaalisuus on keskeinen osa lääkärin professiota. Lääkäriliiton ensimmäinen puheenjohtaja Max Oker-Blom totesi jo vuonna 1911: ”Sitä suhdetta, joka siten vallitsee ammattitoverien välillä, sanomme kollegiaalisuudeksi, ammattiveljeydeksi, jolla nimityksellä on tavallaan itsenäinen merkitys ja joka lisäksi aina tarkoittaa enemmän tai vähemmän hyviä välejä, ammattitoverien keskistä yksituumaisuutta sanan parhaimmassa merkityksessä.” (1) Läpi vuosikymmenien kollegiaalisuuden merkitys on elänyt ajassa ja paikassa, ja sen kattavuus sekä määrittely ovat muuttuneet lääkärikunnan kasvaessa (2).

Kollegiaalisuudesta ei ole annettu lakeja tai määräyksiä, vaan käsite pohjautuu traditioon, jota lääkärinvala sekä kollegiaalisuusohjeet pukevut sanoiksi. Suomen Lääkäriliitto päivitti kollegiaalisuusohjeensa kollegiaalisuuden teemavuonna 2013. Kollegiaalisuusohjeet sekä lääkärinvala ohjaavat lääkäreitä toimimaan suvaitsevaisesti, tasa-arvoisesti ja kunnioittavasti ammattitovereitaan kohtaan (3,4). Nämä arvot eivät kuitenkaan saa suojella lääkäriä puutteellisen ammattitaidon, virheellisen menettelyn tai väärinkäytöksiin selvittämislä ja seurauksilta. Päivitetty kollegiaalisuusohje toteaaakin: ”Kollegiaalisuus on yhteistyötä potilaan parhaaksi ja koko lääkärikunnan hyväksi.” (4)

Suomessa kollegiaalisuus on itsenäinen osa professiota, kun taas kansainvälisessä kirjallisuudessa monet meillä kollegiaalisuuden osiksi ymmärretyt aiheet sisällytetään osaksi lääkärin etiikkaa (5). Tästä johtuen kollegiaalisuutta käsitteleviä kansainvälisiä julkaisuja on vaikea löytää, ja kollegiaalisuuden alateemoja on käsitelty ulkomaisessa kirjallisuudessa muissa yhteyksissä. Kollegiaalinen työympäristö on yhdistetty uuden työntekijän parempaan kotiutumiseen työpaikalla (6) sekä työtyytyväisyyteen (7,8), jolla on yhteys työhön sitoutumiseen ja loppuun palamiseen (9). Kollegoiden välillä toimiva keskusteluyhteys on yhdistetty työtyytyväisyyteen (10), hoidon jatkuvuuteen (11), potilasturvallisuuteen (12), uusien hoitosuosituksen käyttöönottoon (13) sekä lääkärin osaamiseen (14). Opiskeluaikaisten harjoitteluiden aikana havaittu lääkärin välinen kollegiaalisuus on myös yhdistetty halukkuuteen erikoistua kyseiselle alalle (15,16).

Huolimatta pitkästä historiasta lääkäriyden ytimessä ei kollegiaalisuutta ole tutkittu Suomessa juuri lainkaan. Lääkärilehtien sivuilla kollegiaalisuus on silti useasti esillä. Nämä kirjoitukset ovat olleet luomassa mielikuvaa kollegiaalisuudesta ja sen toteutumisesta, mutta ne pohjautuvat yksittäisten henkilöiden omiin kokemuksiin. Yleinen mielikuva lienee, että nuorten lääkärin mielestä kollegiaalisuus toteutuu huonommin kuin vanhempien lääkärin (17).

Lääkäri 2013 -kyselytutkimus on vuonna 1988 alkaneen tutkimussarjan tuorein tutkimus (18-22). Kyselytutkimus on toteutettu viiden vuoden välein ja sen tarkoituksena on kartoittaa lääkärien elämäntilannetta, arvoja, työtyytyväisyyttä, arvioida lääkärikoulutusta sekä tutkia muutoksia näissä. Lääkäriliiton teemavuoden johdosta Lääkäri 2013 -tutkimukseen lisättiin kysymykset liittyen kollegiaalisuuteen. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa, miten kollegiaalisuus koetaan suomalaisen lääkärikunnan keskuudessa, ja mitkä tekijät ovat yhteydessä sen toteutumiseen.

## 2. Aineistot ja menetelmät

Tutkimusaineisto on osa Lääkäri 2013 -kyselytutkimusta. Tutkimuksen perusjoukon määrittely ja otoksen poiminta tehtiin Suomen Lääkäriliiton rekisteristä. Perusjoukon muodostivat alle 70-vuotiaat Suomessa asuvat ja laillistetut lääkärit (N=21 501), joista kyselyyn satunnaistettiin joka toinen syntymäpäivämäärän perusteella (n=10 600). Kyselyyn saattoi vastata postitse tai sähköisesti. Yhteensä vastauksia saatiin 5 350 eli vastausosuus oli 51 %.

Kollegiaalisuuden toteutumista kartoitettiin kysymyksellä ”Miten seuraavat kollegiaalisuuteen yhdistetyt asiat toteutuvat nykyisessä työssäsi?”. Kysymyksessä oli 12 alakohtaa, joihin vastausvaihtoehdot olivat ”erittäin huonosti”, ”melko huonosti”, ”melko hyvin” sekä ”erittäin hyvin”. Analyysijä varten vastausvaihtoehdot yhdistettiin kahdeksi

<b>Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot</b>		
		Osuus, %
<b>Sukupuoli (n=5277)</b>		
	Naisia	60,7
	Miehiä	39,3
<b>Ikä (n=5280)</b>		
	Alle 35 v.	18,8
	35-44 v.	19,5
	45-54 v.	23,4
	55-64 v.	28,7
	65-69 v.	9,6
<b>Ammattinimike (n=4828)</b>		
	Johtava lääkäri, johtaja, ylilääkäri, osastonylilääkäri, apulaisyylilääkäri	23,5
	Erikoislääkäri, osastonlääkäri	22,2
	Erikoistuva lääkäri, sairaalalääkäri, YEK-lääkäri	15,3
	Terveyskeskuslääkäri	13,5
	Yksityislääkäri	9,3
	Muu	16,1
<b>Erikoisalaryhmä (n=4244)</b>		
	Operatiiviset alat	29,4
	Konservatiiviset alat	28,1
	Diagnostiset alat	7,1
	Psykiatriset alat	10,7
	Yleislääketiede ja työterveyshuolto	24,8
<b>Erityisvastuualue (n=4755)</b>		
	HYKS	37,5
	TAYS	19,9
	TYKS	15,8
	KYS	13,6
	OYS	13,1

ryhmäksi: *hyvin* ja *huonosti*. Lääkäri 2013 -tutkimusryhmä muodosti kysymyksen ja sen alakohdat. Näistä alakohdista puhutaan tästä eteenpäin ”osa-alueina”. Kyselylomakkeessa oli myös kaksi avointa kysymystä liittyen 2000-luvun kollegiaalisuuteen sekä kollegiaalisuuden edistämiseen. Avoimia kysymyksiä ei käsitellä tässä artikkelissa.

Taulukossa 1 esitetään vastaajien taustatiedot.

Kollegiaalisuuden toteutumista analysoitiin sukupuolen, iän, päätoimen ammattinimikkeen sekä viimeisimmän erikois- tai erikoistumisalan mukaan. Ikä ryhmitettiin kymmenen vuoden välein ja ammattinimike rajattiin viiteen yleisimpään (n=3989). Kaikki erikois- tai erikoistumisalat jaoteltiin operatiivisiin, konservatiivisiin, diagnostisiin, psykiatrisiin sekä perusterveydenhuollon erikoisalaryhmiin. Näin saatiin katettua julkinen ja yksityinen sektori sekä perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. Tutkimusryhmä muodosti erikoisalakohtaisen jaottelun ja se on esitetty taulukossa 2.

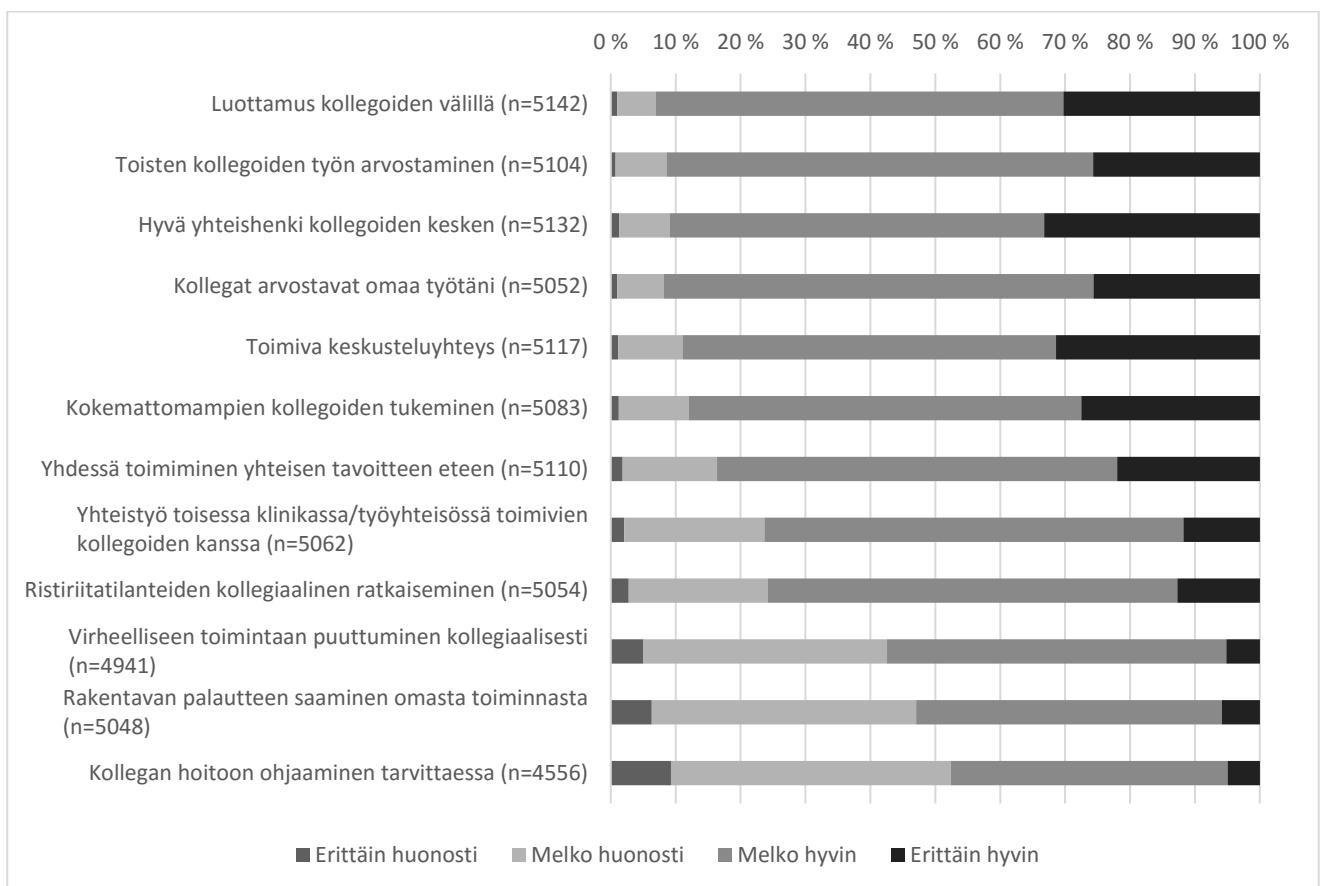
Ryhmien välistä tilastollista merkitsevyyttä testattiin Khiin neliö -testillä. Tilastoanalyysit tehtiin IBM SPSS Statistics -ohjelman versiolla 20.

<b>Taulukko 2. Erikoisalaryhmien jaottelu</b>
<b>Operatiiviset alat:</b> akuuttilääketiede, anesthesiologia ja tehohoito, gastroenterologinen kirurgia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, käsikirurgia, lastenkirurgia, naistentaudit ja synnytykset, neurokirurgia, ortopedia ja traumatologia, plastiikkakirurgia, silmätaudit, suu- ja leukakirurgia, sydän- ja rintaelinkirurgia, urologia, verisuonikirurgia, yleiskirurgia
<b>Konservatiiviset alat:</b> endokrinologia, foniatria, fysiatria, gastroenterologia, geriatria, ihotaudit ja allergologia, infektiotaudit, kardiologia, keuhkosairaudet ja allergologia, kliininen farmakologia ja lääkehoito, kliininen hematologia, lastenneurologia, lastentaudit, liikuntalääketiede, nefrologia, neurologia, reumatologia, sisätaudit, onkologia, terveydenhuolto
<b>Diagnostiset alat:</b> kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede, kliininen kemia, kliininen mikrobiologia, kliininen neurofysiologia, oikeuslääketiede, patologia, perinnöllisyyslääketiede, radiologia
<b>Psykiatriset alat:</b> lastenpsykiatria, nuorisopsykiatria, oikeuspsykiatria, psykiatria
<b>Perusterveydenhuollon alat:</b> työterveyshuolto, yleislääketiede

### 3. Tulokset

Valtaosa lääkärikunnasta koki kollegiaalisuuden toteutuvan nykyisessä työssään hyvin (Kuvio 1). Kahdestatoista esitetystä osa-alueesta kuudessa noin 90 % lääkäreistä koki kollegiaalisuuden toteutuvan hyvin. Parhaimmin toteutuvaksi kollegiaalisuuden osa-alueeksi koettiin *luottamus kollegoiden välillä*, minkä 93 % vastaajista koki toteutuvan hyvin.

Kolmen kollegiaalisuuden osa-alueen koettiin toteutuvan selvästi muita huonommin: *kollegan hoitoon ohjaaminen tarvittaessa* -osa-alueessa hyväksi tilanteen kokeneiden osuus oli 48 % ja *rakentavan palautteen saaminen* sekä *virheelliseen toimintaan puuttuminen* -osa-alueissa vastaavat osuudet olivat 53 % ja 57 %.



**Kuvio 1. Kollegiaalisuuden toteutuminen: jakaumat (%) osa-alueittain.**

Vertailtaessa ryhmiä sukupuolen, iän, ammattinimikkeen tai erikoisalalan mukaan ei juurikaan havaittu eroja niissä viidessä kollegiaalisuuden osa-alueessa, joiden koettiin toteutuvan parhaiten. Sen sijaan eroja havaittiin seitsemässä huonoimmaksi koetussa osa-alueessa ja näiden tulokset on esitetty taulukoissa ja kuvioissa.

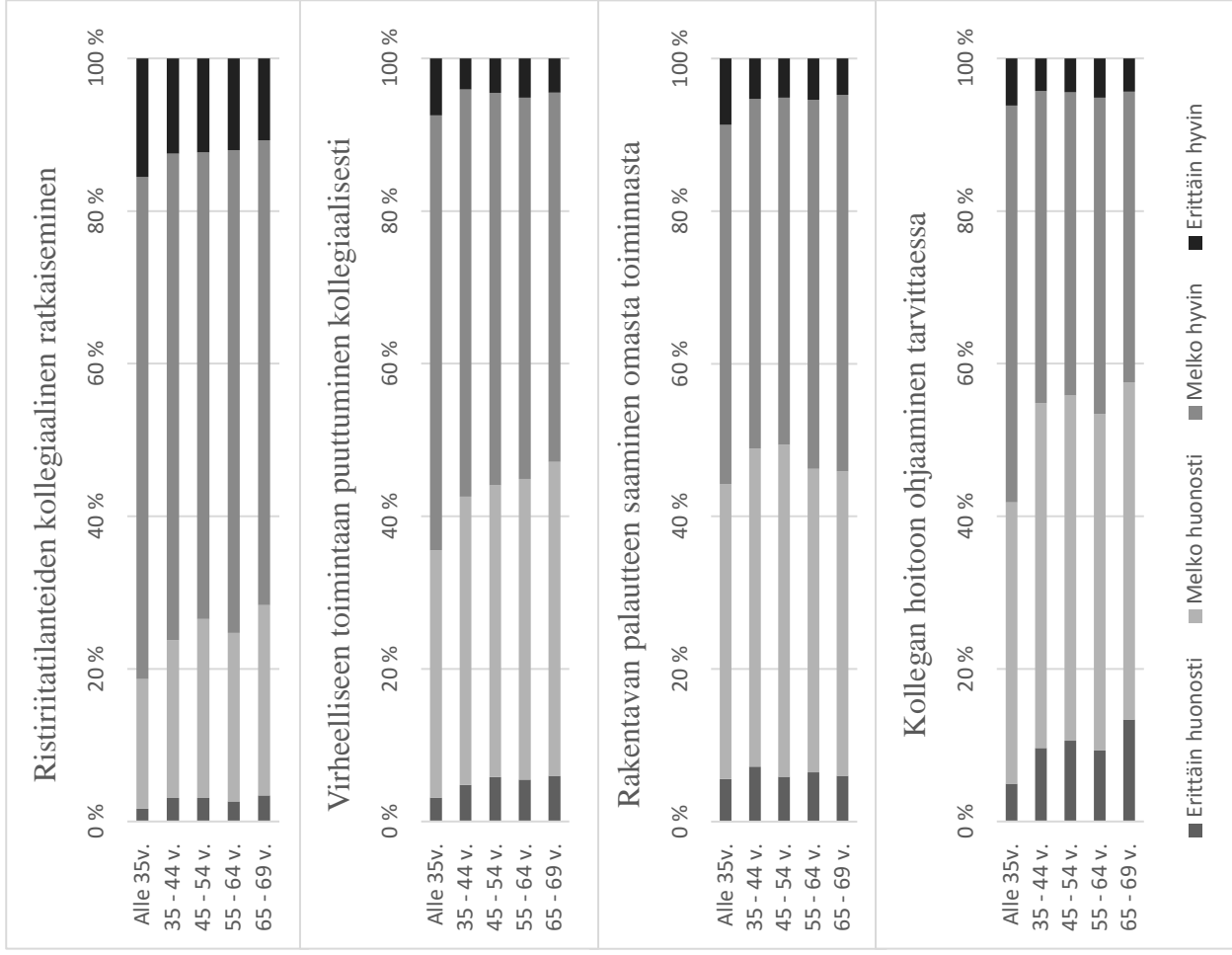
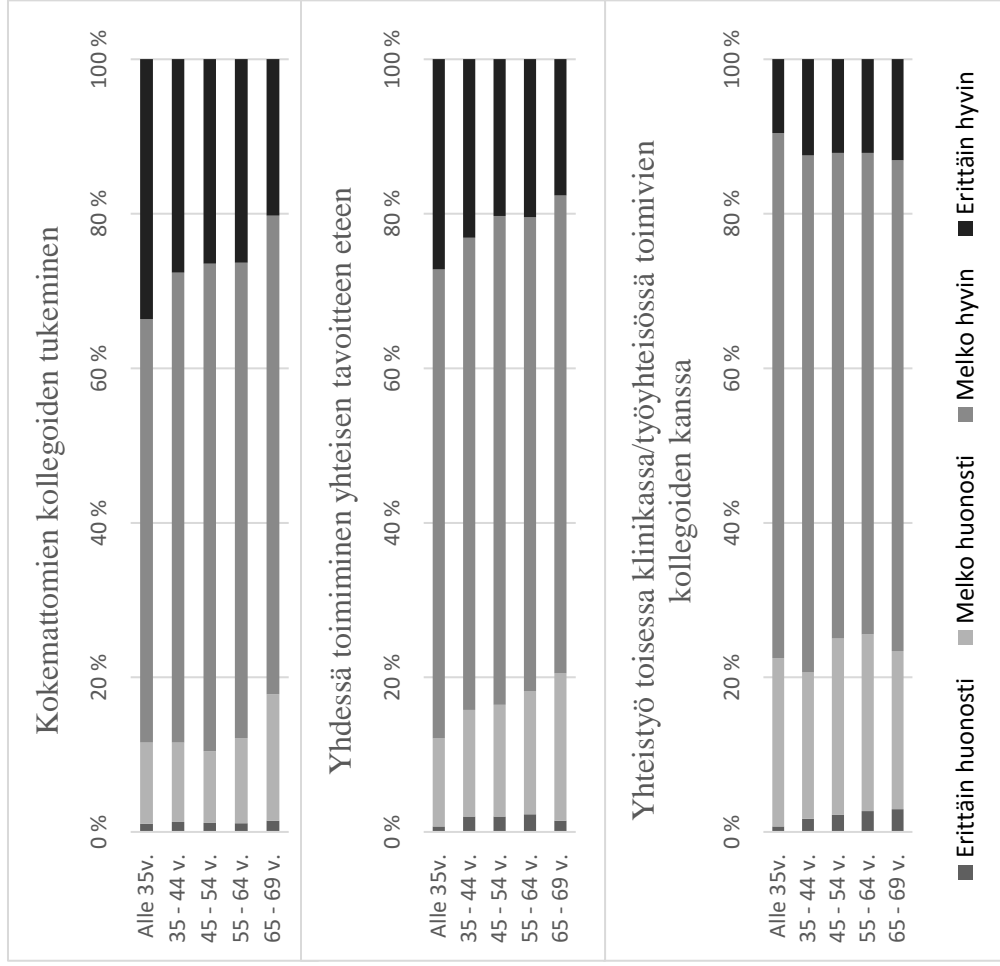


Sukupuolten välillä ei nähty merkittäviä eroja kollegiaalisuuden toteutumisessa. Suurin ero nähtiin *rakentavan palautteen saamisessa*, jossa miehistä 56 % ja naisista 51 % kokivat kollegiaalisuuden toteutuvan hyvin.

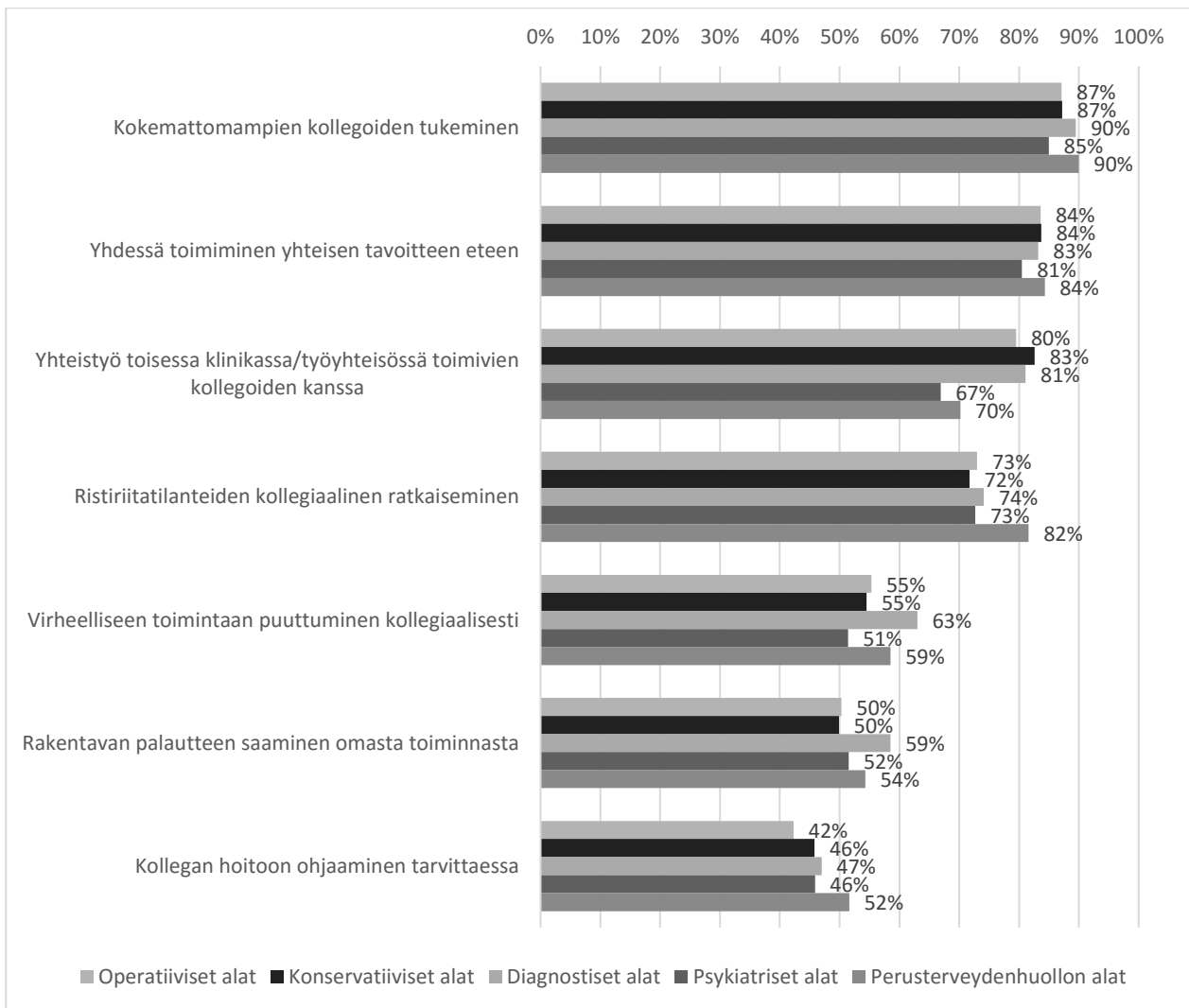
Ikäryhmien väliset erot olivat vähäisiä (Kuvio 2). Alle 35-vuotiaat kokivat valtaosassa osa-alueita kollegiaalisuuden toteutuvan parhaiten. Noin kaksi kolmannesta alle 35-vuotiaista koki *kollegan hoitoon ohjaamisen tarvittaessa* toteutuvan hyvin, kun muissa ikäryhmissä osuus oli korkeintaan 57 %. Kollegiaalisuuden toteutuminen laski johdonmukaisesti iän myötä kahdella osa-alueella: *yhdessä toimiminen yhteisen tavoitteen eteen* –osa-alueessa alle 35-vuotiaista 88 % koki kollegiaalisuuden toteutuvan hyvin ja 65–69-vuotiaista 80 %. *Virheelliseen toimintaan puuttuminen kollegiaalisesti* -osa-alueessa vastaavat osuudet olivat 65 % ja 53 %.

Kuvio 3 tarkastelee erikoisalaryhmien välisiä eroja. *Yhteistyö toisessa klinikassa tai työyhteisössä toimivien kollegoiden kanssa* koettiin toteutuvan psykiatrisilla sekä perusterveydenhuollon aloilla hyvin noin 70 % mielestä, kun muissa erikoisalaryhmissä vastaavat luvut olivat vähintään 80 %. Toisaalta *ristiriitatilanteiden kollegiaalinen ratkaiseminen* toteutui perusterveydenhuollon aloilla muita ryhmiä paremmin, ja diagnostisilla aloilla *virheelliseen toimintaan puuttuminen* sekä *rakentavan palautteen saaminen omasta toiminnasta* koettiin muita ryhmiä paremmiksi.

Erot ammattinimikkeittäin ovat esitetty taulukossa 2. Erikoistumisvaiheen lääkärit kokivat kollegiaalisuuden toteutuvan keskimäärin parhaiten ja yksityislääkärit huonoiten. *Kokemattomien kollegoiden tukeminen* oli huonointa yksityislääkäreillä, joista noin kaksi kolmannesta koki osa-alueen toteutuvan hyvin. Muissa ammattinimikeryhmissä osa-alueen hyväksi tai erittäin hyväksi kokeneiden osuus oli vähintään 89 %. Yksityislääkäreistä 62 % ja terveyskeskuslääkäreistä 70 % koki *yhteistyön toisessa klinikassa/työyhteisössä* toteutuvan hyvin, kun vastaavat luvut erikoistuvista lääkäreistä olivat 80 % ja johtavassa asemassa olevista 83 %.



**Kuvio 2. Kollegiaalisuuden toteutuminen: jakaumat (%) ikäryhmittäin**



**Kuvio 3. Kollegiaalisuuden toteutuminen erikoisalaryhmittäin. Niiden osuudet (%), joiden mielestä kollegiaalisuus toteutui melko tai erittäin hyvin**

## 4. Pohdinta

Suomalaisen lääkärikunnan kokemus kollegiaalisuudesta on varsin positiivinen. Noin kolme neljännestä lääkäreistä koki kollegiaalisuuden toteutuvan hyvin valtaosalla kollegiaalisuuden osa-alueista. Nuoret kokivat kollegiaalisuuden toteutuvan hieman paremmin kuin vanhemmat kollegansa. Yksityislääkärien kokema kollegiaalisuus oli monella osa-alueella selvästi huonompaa muihin ammattinimikeryhmiin verrattaessa.

Lääkärien keskinäisiin yhteistyösuhteisiin liittyvät osa-alueet, kuten *luottamus kollegoiden välillä*, *toisten kollegoiden työn arvostaminen* sekä *hyvä yhteishenki kollegoiden kesken*, olivat parhaiten toteutuvat osa-alueet. Vastaavasti riskeihin tai kielteisiin seikkoihin liittyvät osa-alueet, kuten *ristiriitatilanteiden kollegiaalinen ratkaiseminen*, *virheelliseen toimintaan puuttuminen* sekä

*kollegan hoitoon ohjaaminen tarvittaessa*, toteutuivat huonoimmin. Kun noin puolet lääkärikunnasta kokee, ettei vaikeisiin asioihin puuttuminen suju kollegiaalisesti, on menettelytavoissa varmasti parantamisen varaa. Viime kädessä on kysymys potilasturvallisuudesta, jota on edelleen kehitettävä myös kollegiaalisen toiminnan näkökulmasta.

Nuoremmat ja erikoistuvat lääkärit kokivat kollegiaalisuuden toteutuvan keskimäärin hieman muita ikäryhmiä ja ammattinimikkeitä paremmin, mikä oli vastoin ennako-oletusta. On epäselvää, selittääkö erikoistuvien nuorempi ikä vai erikoistuminen itsessään muita ikäryhmiä ja ammattinimikkeitä keskimääräistä paremman kollegiaalisuuden toteutumisen. Onko taustalla peruskoulutuksen aikana syntynyt nuorten yhteisöllisyyden kokemus, ikään kuin kollegiaalisuuden ihannetila, joka työvuosien myötä laskee realistisemmalle tasolle? On myös mahdollista, että viime vuosien panostus erikoistuvien ohjauksen tehostamiseen näkyy myös kollegiaalisuuden kokemuksen parantumisenä.

Yksityislääkärit kokivat monella osa-alueella kollegiaalisuuden toteutuvan huonommin kuin muut lääkäriyhmät. Itsenäisempi työ sekä kokemattomampien nuorten lääkäreiden vähäisempi määrä selittänevät erot osittain. Yksityinen terveydenhuolto laajenee ja tulevaisuudessa se todennäköisesti hoitaa kasvavan osan nykyisistä julkisen terveydenhuollon tehtävistä. Yksityisen terveydenhuollon mahdollisuuksia kollegoiden välisen vuorovaikutuksen ja yhteisöllisyyden parantamiseen tulisi kartoittaa ja kehittää tarpeen mukaan.

Keskimäärin itsenäisemmin työskentelevät psykiatristen ja perusterveydenhuollon alojen lääkärit sekä yksityislääkärit kokivat *yhteistyön toisissa klinikoissa/työyhteisöissä toimivien kollegoiden kanssa* muita huonommiksi. Aira ym. ovat todenneet, että yksin tehty päätöksenteko sekä yhteistyön puuttuminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ovat merkittäviä tekijöitä yleislääkäreiden kokemalle eristyneisyydelle (23). Yksin tehtävä työ on samalla työtä kuormittava tekijä (24). Aira ym. ehdottamat joustava ryhmätyöskentely sekä sosiaalisen ja ammatillisen tukiverkon kehittäminen ovat edelleen keskeisiä parannuskohteita.

Erikoisalaryhmien välistä vertailua vaikeuttaa ryhmien sisäinen monimuotoisuus ja tuloksiin on niiltä osin syytä suhtautua suuntaa-antavasti. Diagnostiset alat arvioivat muita aloja useammin *virheelliseen toimintaan puuttumisen ja rakentavan palautteen saamisen toteutuvan kollegiaalisesti*. Tässä saattaa olla selityksenä se, että diagnostisilla aloilla on pitkä laadunarvion perinne ja siihen on jo opittu. Perusterveydenhuollon aloilla selvästi muita ryhmiä paremmin toteutuva *ristiriitatilanteiden kollegiaalinen ratkaiseminen* saattaa selittyä etenkin työterveyshuollon puolella tarvittavalla ristiriitatilanteiden neuvotteluosaamisella.

**Taulukko 2. Kollegiaalisuuden toteutumisen ammattinimikkeittäin** viiden yleisimmän päätoimen ammattinimikkeeseen mukaan. Niiden vääntämään vastanneiden osuus (%), joiden mielestä vääntämä toteutuu melko tai erittäin hyvin.

Kollegiaalisuuden osa-alueet	Johtava lääkäri, johtaja, ylilääkäri, osastonylilääkäri, apulaisylilääkäri		Erikoislääkäri, osastonlääkäri		Erikoistuva lääkäri, sairaala-lääkäri, YEK-lääkäri		Terveyskeskuslääkäri		Yksityislääkäri	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Kokemattomien kollegoiden tukeminen, n = 3950	93,4 (1035)	88,6 (934)	89,0 (648)	92,8 (597)	68,8 (287)					
Yhdessä toimiminen yhteisen tavoitteen eteen, n = 3964	85,5 (951)	83,0 (870)	88,0 (644)	84,2 (542)	70,1 (300)					
Yhteistyö toisessa klinikassa/työyhteisössä toimivien kollegoiden kanssa, n = 3942	82,8 (917)	78,6 (823)	80,1 (580)	70,2 (449)	62,4 (264)					
Ristiriitatilanteiden kollegiaalinen ratkaiseminen, n=3924	76,9 (845)	70,1 (736)	81,7 (588)	81,6 (520)	71,1 (297)					
Virheelliseen toimintaan puuttuminen kollegiaalisesti, n = 3849	59,9 (656)	52,6 (539)	66,1 (456)	61,2 (385)	46,6 (191)					
Rakentavan palautteen saaminen omasta toiminnasta, n=3928	52,8 (584)	50,7 (531)	56,1 (404)	50,8 (322)	48,6 (204)					
Kollegan hoitoon ohjaaminen tarvittaessa, n = 3551	46,5 (485)	41,9 (398)	58,8 (351)	52,8 (299)	43,7 (172)					

Tämä tutkimus kattaa noin neljänneksen Suomessa työskentelevistä lääkäreistä, ja sen vahvuutena voidaankin pitää sen edustavuutta. Kyselyyn vastaajista naisia oli 60,7 %, kun Lääkäritilaston mukaan työikäisistä lääkäreistä oli naisia 58 % vuonna 2013 (25). Sumanen ym. ovat julkaisseet perusraportin koko Lääkäri 2013 -kohortista ja ovat arvioineet sen edustavuuden hyväksi (26). Kollegiaalisuuden vallitsevuutta ei tietääksemme ole aiemmin tutkittu Suomessa.

Tutkimuksessamme kysytyt asiat ovat kuitenkin rinnastettavissa tuoreeseen Lääkärien työolot ja terveys 2015 -tutkimukseen jossa tulokset olivat samansuuntaisia: luottamuksen ja avoimuuden puute, liian vähäinen yhteistyö työryhmässä tai konsultaatiomahdollisuuksien puute eivät olleet merkittäviä huolen tai rasituksen aiheita lääkärien nykyisessä työssä (24).

Tutkimuksen mahdollinen virhelähde on kollegiaalisuuden käsite itsessään. Jokainen lääkäri määrittelee kollegat ja kollegiaalisuuden omalla tavallaan, ja käsitys niistä todennäköisesti muuttuu iän ja kokemusten myötä. On oletettavaa, että koettuun kollegiaalisuuteen vaikuttaa erityisesti oma jokapäiväinen työyhteisö. Myös viitatuissa lähteissä kollegiaalisuus-käsitteen käyttö on moninaista tai tarkemmin määrittelemätöntä. Nyt tehty tutkimus tarjoaa kuitenkin hyvän pohjan kollegiaalisuuden käsitteen kehittämiseksi ja sen seurannalle tulevina vuosina Lääkäri-tutkimussarjan puitteissa. Jatkossa on syytä pohtia, kattavatko nyt esitetyt kysymykset riittävästi kollegiaalisuuden kaikki osa-alueet.

Tulevaisuudessa osaamisen kehittyessä lääkärin työ monimutkaistuu ja jakautunee yhä pienempiin osa-alueisiin. Tällöin ammattitovereiden välisen yhteistyön tärkeys korostuu entisestään. Samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden muuttuessa myös moniammatillinen yhteistyö lisääntyy. Soveltuvien osin kollegiaalisuuden teemat sopivatkin koko ympäröivään terveydenhuoltohenkilökuntaan. Suomen Lääkäriliitto edistää kollegiaalisuuden teemoja muun muassa koulutusten, Lääkärilehden ja kollegiaalisuuspalkinnon kautta. Vuonna 2016 kollegiaalisuuspalkinnon hakuehdoissa korostettiin koko työyhteisön eteen tehtyä työtä.

Tämä tutkimus on ensimmäinen kattava kartoitus kollegiaalisuuden toteutumisesta Suomen tämänhetkisessä lääkärikunnassa. Yhteenvetona on todettavissa, että lääkärien keskinäinen kollegiaalisuus toteutuu kiitettävästi, mutta selkeitä kehityskohteitakin on havaittavissa. Potilaan parhaaksi on tulevaisuudessa kiinnitettävä huomiota erityisesti virheelliseen toimintaan puuttumiseen sekä rakentavan palautteen antamiseen. Aiheita voitaisiin käsitellä jo lääkärien perusopetuksessa ja etenkin erikoistumiskoulutuksessa. Esimiestehtävissä olevilla on keskeinen vastuu asiantuntemuksensa jakamisesta sekä työntekijän toimintaan puuttumisesta tarvittaessa. Johtamiskoulutuksen lisäksi teemoja tulisi pitää esillä kaikkien lääkärien toimipaikkakoulutuksissa.

## 5. Lähteet

- (1) Oker-Blom M. Kirjassa: Lääkärintoimi ja sen etiikka. Näköispainos vuonna 1911 ilmestyneestä ensimmäisestä painoksesta. Suomen Lääkäriliitto/Otava. 1911/2000:.
- (2) Nyström S (toim.). Kirjassa: Vapaus, veljeys ja toveruus - Lääkärit Suomessa 1910-2010. 1. painos. Suomen Lääkäriliitto. 2010:52-157.
- (3) Suomen Lääkäriliitto. Lääkäriinvala (siteerattu 13.7.2016). Osoitteessa: <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/laakarinvala/>.
- (4) Suomen Lääkäriliitto. Lääkäriliiton kollegiaalisuusohjeet (siteerattu 13.7.2016). Osoitteessa: [https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1207/ll\\_kollegiaalisuusohjeet\\_2013.pdf](https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1207/ll_kollegiaalisuusohjeet_2013.pdf).
- (5) Snyder L, American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. American College of Physicians Ethics Manual: sixth edition. *Ann Intern Med* 2012;156:73-104.
- (6) Lockyer J, Wycliffe-Jones K, Raman M ym. Moving into medical practice in a new community: the transition experience. *J Contin Educ Health Prof* 2011;31:151-6.
- (7) Scheurer D, McKean S, Miller J ym. U.S. physician satisfaction: a systematic review. *J Hosp Med* 2009;4:560-8.
- (8) Janus K, Amelung VE, Baker LC ym. Job satisfaction and motivation among physicians in academic medical centers: insights from a cross-national study. *J Health Polit Policy Law* 2008;33:1133-67.
- (9) Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med* 2001;174:13-8.
- (10) Van Ham I, Verhoeven AA, Groenier KH ym. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *Eur J Gen Pract* 2006;12:174-80.
- (11) Gagliardi AR, Wright FC, Anderson MA ym. The role of collegial interaction in continuing professional development. *J Contin Educ Health Prof* 2007;27:214-9.
- (12) Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53:143-51.
- (13) Swennen MH, van der Heijden GJ, Boeije HR ym. Doctors' perceptions and use of evidence-based medicine: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Acad Med* 2013;88:1384-96.
- (14) Valentine MA, Barsade S, Edmondson AC ym. Informal Peer Interaction and Practice Type as Predictors of Physician Performance on Maintenance of Certification Examinations. *JAMA Surg* 2014;149:597-603.
- (15) Cochran A, Paukert JL, Neumayer LA. Does a general surgery clerkship influence student perceptions of surgeons and surgical careers? *Surgery* 2003;134:153-7.
- (16) Heikkilä T, Hyppölä H, Kumpusalo E ym. Choosing a medical specialty--study of Finnish doctors graduating in 1977-2006. *Med Teach* 2011;33:e440-5.
- (17) Vierula H. Enemmän kuin työtoveruutta. *Suom Lääkäril* 2015;36:2216-8.

- (18) Kataja V, Kumpusalo E, Neittaanmäki L ym. Nuori lääkäri 88. Kyselytutkimus vv. 1977-86 Suomessa laillistetuille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriö 1989.
- (19) Virjo I, Mattila K, Neittaanmäki L ym. Raportti Suomessa vuosina 1982–1991 laillistetuista lääkäreistä ja vertailu tilanteeseen viisi vuotta aikaisemmin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4/1995.
- (20) Hyppölä H, Virjo I, Mattila K ym. Lääkäri 98. Raportti kyselytutkimuksesta vuosina 1987–1996 valmistuneille lääkäreille ja vertailu tilanteeseen kymmenen ja viisi vuotta aikaisemmin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 10/2000.
- (21) Vänskä J, Hyppölä H, Halila H ym. Lääkäri 2003. Kyselytutkimus vuosina 1992–2001 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 9/2005.
- (22) Heikkilä T, Vänskä J, Hyppölä H ym. Lääkäri 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997–2006 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 19/2009.
- (23) Aira M, Mäntyselkä P, Vehviläinen A ym. Occupational isolation among general practitioners in Finland. *Occup Med* 2010;60:430-5.
- (24) Suomen Lääkäriliitto, Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Työterveyslaitos. Lääkäriin työolot ja terveys 2015 (siteerattu 13.7.2016). Osoitteessa:  
[http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1266/l\\_k\\_rin\\_ty\\_olot\\_ja\\_terveys\\_2015\\_tuloksia.pdf](http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1266/l_k_rin_ty_olot_ja_terveys_2015_tuloksia.pdf).
- (25) Suomen Lääkäriliitto. Lääkärit Suomessa. Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2013.(siteerattu 13.7.2016). Osoitteessa:  
[http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/l\\_vuositi13\\_net1\\_130909.pdf](http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/l_vuositi13_net1_130909.pdf).
- (26) Sumanen M, Heikkilä T, Hyppölä H ym. Lääkäri 2013 - uusinta tutkimustietoa lääkäreistä: Lääkärit tyytyväisiä ammatinvalintaansa. *Suom Lääkäril* 2015;34:2084-9.



## **6. English summary**

### **Title**

Experiences of collegiality amongst physicians good – Results of Physician 2013 study

### **Background**

In the Finnish physician culture collegiality is considered an individual part of physicians' ethics. Collegial guidelines of Finnish Medical Association value collegiality as liberality, equality and respect amongst colleagues without avoiding consequences of unprofessionalism or errors. The study was conducted to examine how collegiality is experienced in Finnish physicians' current workplaces.

### **Methods**

All physicians under the age of 70 formed the study population (N=21,501). The sample was drawn from the registers of the Finnish Medical Association and comprised those who were born on odd days (n=10,600). The overall response rate was 51% (n=5,350). Experiences of collegiality were studied by surveying twelve fields associated with collegiality. The fields were analyzed by age, sex, job title and latest field of specialty.

### **Results**

The majority of physicians considered collegiality in their current workplace good. In 6 out of 12 fields of collegiality about 90% of physicians considered the experience of collegiality good. Best field of collegiality was "trust between colleagues" where 93% considered the experience good. Equivalent values in "receiving constructive feedback" and "referring colleague to a care" were 53% and 48%. Physicians under the age of 35 considered collegiality slightly better than other age groups. Amongst job titles residents considered the experiences of collegiality the best and private physicians the worst. Physicians working in psychiatric fields and in primary healthcare fields considered "collaboration between colleagues in other workplaces" worse than physicians in other fields.

## **Conclusions**

The sample covers a quarter of physicians in Finland and is therefore a unique sample of experiences of collegiality. Overall experiences of collegiality were good. Young physicians considered collegiality better than their older colleagues. Fields of collegiality associated more closely with positive aspects of physician collaboration (e.g. “trust between colleagues”) were considered better than negative ones (e.g. “referring colleague to a care”).