

LARI SALORANTALK
Tampereen yliopisto**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 HYPÖLÄ**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
yksikköLIITEAINEISTO
pdf-versiossa
www.laakarilehti.fiSisällysluettelot
SLL 41/2016VERTAISARVIOITU 

Lääkäri 2013 -tutkimus

Kollegiaalisuus toteutuu lääkärin mielestä hyvin

Lähtökohdat

Kollegiaalisuus on usein mainittu, mutta vähän tutkittu piirre suomalaisessa lääkärikunnassa. Suomen Lääkäriliiton kollegiaalisuus-teemavuoden johdosta Lääkäri 2013 -tutkimukseen lisättiin kysymys lääkärin kokemasta kollegiaalisuudesta. Tarkoituksena on tutkia, kuinka hyvin suomalainen lääkärikunta koee kollegiaalisuuden toteutuvan ja mitkä tekijät ovat yhteydessä sen toteutumiseen.

Menetelmät

Lääkäri 2013 -kyselytutkimuksen perusjoukon muodostivat alle 70-vuotiaat Suomessa asuvat ja laillistetut lääkärit (n = 21 501), joista kyselyyn satunnaistettiin joka toinen syntymäpäivämäärän perusteella (n = 10 600). Vastausosuus oli 51 % (n = 5 350). Kollegiaalisuuden toteutumista kartoitettiin 12:n kollegiaalisuuteen yhdistetyn osa-alueen osalta ja ne analysoitiin sukupuolen, iän, päätoimen ammattinimikkeen sekä viimeisimmän erikoistumisalan mukaan.

Tulokset

Valtaosa lääkäreistä koki kollegiaalisuuden toteutuvan hyvin. Esitetyistä osa-alueista kuudella noin 90 % lääkärikunnasta koki kollegiaalisuuden toteutuvan hyvin. Parhaaksi kollegiaalisuuden osa-alueeksi koettiin "luottamus kollegoiden välillä". Vastaajista 93 % koki sen toteutuvan hyvin. Vastaavat osuudet "rakentavan palautteen saamisesta" sekä "kollegan hoitoon ohjaamisesta tarvittaessa" olivat 53 % ja 48 %. Alle 35-vuotiaat kokivat kollegiaalisuuden toteutuvan keskimäärin paremmin kuin muut ikäryhmät. Ammattinimikkeittäin tarkasteltuna kollegiaalisuuden kokivat toteutuvan keskimäärin parhaiten erikoistumisvaiheen lääkärit ja huonoimmin yksityislääkärit. Psykiatristen alojen sekä perusterveydenhuollon alojen lääkärit kokivat yhteistyön toisessa klinikassa/työyhteisössä toimivien kollegoiden kanssa huonommaksi kuin muut erikoisalaryhmät.

Päätelmät

Lääkärin kokema kollegiaalisuus on varsin hyvällä tasolla. Nuoret lääkärit kokivat kollegiaalisuuden toteutuvan hieman paremmin kuin vanhemmat. Keskinäiseen yhteistyöhön yhdistetyt kollegiaalisuuden positiiviset osa-alueet toteutuivat paremmin kuin negatiivisiin asioihin liittyvät osa-alueet. Tulevaisuudessa kollegiaalisuuden kehittymistä suuntaavat lääketieteen kehittyminen ja monimutkaistuminen sekä moniammatillisen työskentelyn lisääntyminen.

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 itsenäisen 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 puhevastaviksi. Suomen Lääkäriliitto päivitti kollegiaalisuusohjeensa kollegiaalisuuden teemavuonna 2013. Kollegiaalisuusohjeet ja lääkärinvala ohjaavat lääkäreitä toimimaan suvaitsevaisesti, tasa-arvoisesti ja kunnioittavasti ammattitovereitaan kohtaan (3,4). Nämä arvot eivät kui-

KIRJALLISUUTTA

- 1 Oker-Blom M. Kirjassa: Lääkärin-toimi 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. Lääkärinvala (luettu 13.7.2016). <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/laakarinvala/>.

tenkaan saa suojella lääkäriä puutteellisen ammattitaidon, virheellisen menettelyn tai väärinkäytöksen selvittämiseltä ja seurauksilta. Päivitetty kollegiaalisuusohje toteaa: ”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). Kollegiaalisuutta käsitteleviä kansainvälisiä julkaisuja on sen takia vaikea löytää,

Suomalaisen lääkärikunnan kokemus kollegiaalisuudesta on varsin positiivinen.

- 4 Suomen Lääkäriliitto. Lääkäriliiton kollegiaalisuusohjeet (luettu 13.7.2016). 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.

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 keskustelu-yhteys on yhdistetty työtyytyväisyyteen (10), hoidon jatkuvuuteen (11), potilasturvallisuuteen (12), uusien hoitosuosituksen käyttööntöön (13) sekä lääkärin osaamiseen (14). Opiskeluaikaisten harjoittelujen aikana havaittu lääkärin välinen kollegiaalisuus on myös yhdistetty halukkuuteen erikoistua kyseiselle alalle (15,16).

Kollegiaalisuutta ei ole tutkittu Suomessa juuri lainkaan, vaikka sillä on pitkä historia lääkäriryden ytimessä. 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 mielestä (17).

Lääkäri 2013 -kyselytutkimus on vuonna 1988 alkaneen tutkimussarjan tuorein tutkimus (18,19,20,21,22). Kyselytutkimus on toteutettu viiden vuoden välein, ja sen tarkoituksena on selvittää lääkärin elämäntilannetta, arvoja, työtyytyväisyyttä, arvioida lääkärikoulutusta sekä tutkia muutoksia näissä. Lääkäriliiton teema-

vuoden takia Lääkäri 2013 -tutkimukseen lisättiin kysymykset kollegiaalisuudesta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten kollegiaalisuus koetaan suomalaisen lääkärikunnan keskuudessa ja mitkä tekijät ovat yhteydessä sen toteutumiseen.

Aineisto 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 selvitettiin kysymyksellä ”Miten seuraavat kollegiaalisuuteen yhdistetyt asiat toteutuvat nykyisessä työssä?”. Kysymyksessä oli 12 alakohtaa, joihin vastausvaihtoehdot olivat ”erittäin huonosti”, ”melko huonosti”, ”melko hyvin” sekä ”erittäin hyvin”. Analyysijä varten vastausvaihtoehdot yhdistettiin kahdeksi 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, jotka liittyivät 2000-luvun kollegiaalisuuteen ja kollegiaalisuuden edistämiseen. Avoimia kysymyksiä ei käsitellä tässä artikkelissa.

Vastajien taustatiedot esitetään taulukossa 1.

Kollegiaalisuuden toteutumista analysoitiin sukupuolen, iän, päätoimen ammattinimikkeen sekä viimeisimmän erikois- tai erikoistumisalan mukaan. Ikä ryhmitettiin kymmenen vuoden välein ja ammattinimike rajattiin viiteen yleisimpään (n = 3 989). 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 jaotellun (liite 1, www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelot > 41/2016).

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

- 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. Lääkärin työolot ja terveys 2015 (luettu 13.7.2016). http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1266/l_k_rin_ty_olot_ja_terveys_2015_tuloksia.pdf.

TAULUKKO 1.

Vastaajien taustatiedot.

	Osuus, %
Sukupuoli (n = 5 277)	
Naisia	60,7
Miehiä	39,3
Ikä (n = 5 280)	
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
Ammattinimike (n = 4 828)	
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
Erikoisalaryhmä (n = 4 244)	
Operatiiviset alat	29,4
Konservatiiviset alat	28,1
Diagnostiset alat	7,1
Psykiatriset alat	10,7
Yleislääketiede ja työterveyshuolto	24,8
Eriytysvastuualue (n = 4 755)	
HYKS	37,5
TAYS	19,9
TYKS	15,8
KYS	13,6
OYS	13,1

Tulokset

Valtaosa lääkärikunnasta koki kollegiaalisuuden toteutuvan nykyisessä työssään hyvin (kuvio 1). Noin 90 % lääkäreistä koki kollegiaalisuuden toteutuvan hyvin kahdestatoista esitetystä osa-alueesta kuudella. Parhaimmin toteutuvaksi kollegiaalisuuden osa-alueeksi koettiin ”luottamus kollegoiden välillä”. Sen koki toteutuvan hyvin 93 % vastaajista.

Kahdestatoista osa-alueesta kolmen koettiin toteutuvan selvästi muita huonommin. Osa-alueella ”kollegan hoitoon ohjaaminen tarvittaessa” tilanteen hyväksi kokeneiden osuus oli 48 %. Osa-alueilla ”rakentavan palautteen saa-

minen” ja ”virheelliseen toimintaan puuttuminen” vastaavat osuudet olivat 53 % ja 57 %.

Analyytit vertailtavissa ryhmissä

Vertailtaessa ryhmiä sukupuolen, iän, ammattinimikkeen tai erikoisalan mukaan ei juurikaan havaittu eroja niillä viidellä kollegiaalisuuden osa-alueella, joiden koettiin toteutuvan parhaiten. Sen sijaan eroja havaittiin seitsemällä huonoimmaksi koetulla osa-alueella, ja niiden tulokset on esitetty taulukoissa ja kuvioissa. Liitteeseen 2 (www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelot > 41/2016) on koottu kaikkia kahtatoista osa-alueita koskevat vertailut.

Miesten ja naisten kokemuksissa kollegiaalisuuden toteutumisesta ei nähty merkittäviä eroja. Suurin ero nähtiin ”rakentavan palautteen saamisessa”, jossa miehistä 56 % ja naisista 51 % kokivat kollegiaalisuuden toteutuvan hyvin.

Ikäryhmien väliset erot olivat vähäisiä (kuvio 2). Valtaosassa osa-alueita kollegiaalisuuden koki toteutuvan parhaiten alle 35-vuotiaat. Noin kaksi kolmannesta alle 35-vuotiaasta koki ”kollegan hoitoon ohjaamisen tarvittaessa” toteutuvan hyvin, kun muissa ikäryhmissä osuus oli korkeintaan 57 %. Kokemus kollegiaalisuuden toteutumisesta heikkeni johdonmukaisesti iän myötä kahdella osa-alueella: osa-alueella ”yhdessä toimiminen yhteisen tavoitteen eteen” alle 35-vuotiaista 88 % koki kollegiaalisuuden toteutuvan hyvin ja 65–69-vuotiaista 80 %. Osa-alueella ”virheelliseen toimintaan puuttuminen kollegiaalisesti” vastaavat osuudet olivat 65 % ja 53 %.

Liite 3 (www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelot > 41/2016) tarkastelee erikoisalaryhmien välisiä eroja. Psykiatrisilla ja perusterveydenhuollon aloilla noin 70 % vastaajista koki, että ”yhteistyö toisessa klinikassa tai työyhteisössä toimivien kollegoiden kanssa” toteutui hyvin, kun muissa erikoisalaryhmissä vastaavat luvut olivat vähintään 80 %. Toisaalta ”ristiriitatilanteiden kollegiaalinen ratkaiseminen” toteutui perusterveydenhuollon aloilla paremmin kuin muissa ryhmissä, ja diagnostisilla aloilla ”virheelliseen toimintaan puuttuminen” sekä ”rakentavan palautteen saaminen omasta toiminnasta” koettiin paremmaksi kuin muissa ryhmissä.

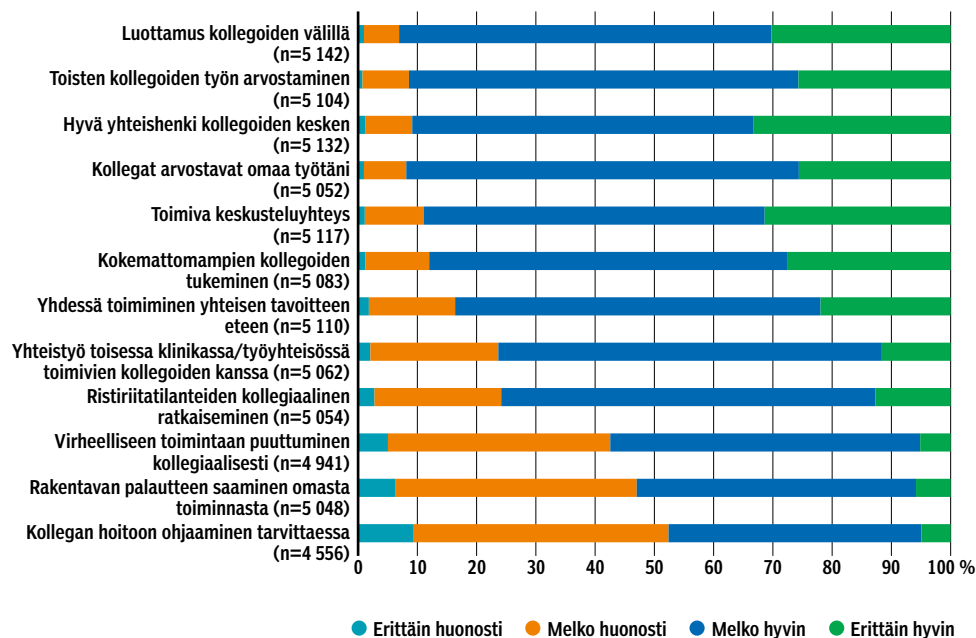
Erot ammattinimikkeittäin on esitetty taulukossa 2. Erikoistumisvaiheen lääkärit kokivat kollegiaalisuuden toteutuvan keskimäärin parhaimmin ja yksityislääkärit huonoimmin. ”Ko-

25 Suomen Lääkäriliitto. Lääkärit Suomessa. Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2013. (luettu 13.7.2016). http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/1l_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.

KUVIO 1.

Kollegiaalisuuden toteutuminen. Jakaumat (%) osa-alueittain.



kemattomampien kollegoiden tukemisen” kokivat heikoimmaksi yksityislääkärit. Heistä noin kaksi kolmannesta koki collegiaalisuuden toteutuvan hyvin tällä osa-alueella, kun muissa ammattinimikeryhmissä collegiaalisuuden koki toteutuvan hyvin tai erittäin hyvin tällä osa-alueella vähintään 89 %. Yksityislääkäreistä 62 % ja terveyskeskuslääkäreistä 70 % koki ”yhteistyön toisessa klinikassa/työyhteisössä” toteutuvan hyvin, kun vastaavat luvut erikoistuvilla lääkäreillä olivat 80 % ja johtavassa asemassa olevilla 83 %.

Pohdinta

Suomalaisen lääkärikunnan kokemus collegiaalisuudesta on varsin positiivinen. Noin kolme neljännestä lääkäreistä koki collegiaalisuuden toteutuvan hyvin valtaosalla collegiaalisuuden osa-alueista. Nuoret kokivat collegiaalisuuden toteutuvan hieman paremmin kuin vanhemmat kollegansa. Yksityislääkärien kokemus collegiaalisuus oli monella osa-alueella selvästi

heikompaa kuin muilla ammattinimikkeen mukaisilla ryhmillä.

Lääkärien keskinäisiin yhteistyösuhteisiin liittyvät osa-alueet, kuten ”luottamus kollegoiden välillä”, ”toisten kollegoiden työn arvostaminen” sekä ”hyvä yhteishenki kollegoiden kesken”, toteutuivat osa-alueista parhaiten. Vastavasti riskeihin tai kielteisiin seikkoihin liittyvät osa-alueet, kuten ”ristiriitatilanteiden kollegiaalinen ratkaiseminen”, ”virheelliseen toimintaan puuttuminen” sekä ”kollegan hoitoon ohjaaminen tarvittaessa”, toteutuivat huonoimmin. Kun noin puolet lääkäriskunnasta kokee, ettei vaikeisiin asioihin puuttuminen sujuu collegiaalisesti, on menettelytavoissa varmasti parantamisen varaa. Viime kädessä on kysymys potilasturvallisuudesta, jota on edelleen kehitettävä myös collegiaalisuuden toiminnan näkökulmasta.

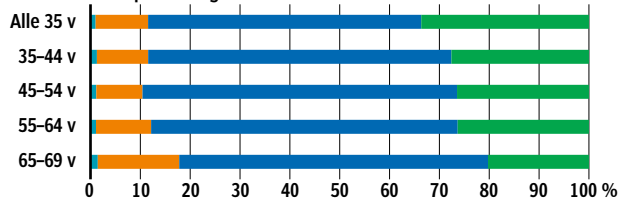
Nuorempien ja erikoistuvien lääkärien arvio collegiaalisuuden toteutumisesta oli keskimäärin hieman parempi kuin muiden ikä- ja ammattinimikeryhmien lääkärien arvio. Tämä oli

SIDONNAISUUDET
Ei sidonnaisuuksia.

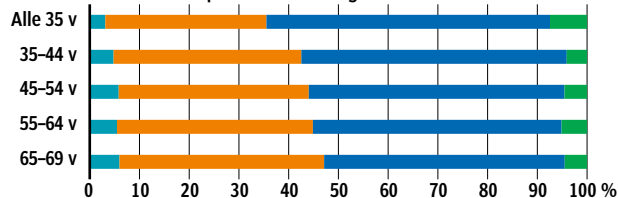
KUVIO 2.

Kollegiaalisuuden toteutuminen. Jakaumat (%) ikäryhmittäin.

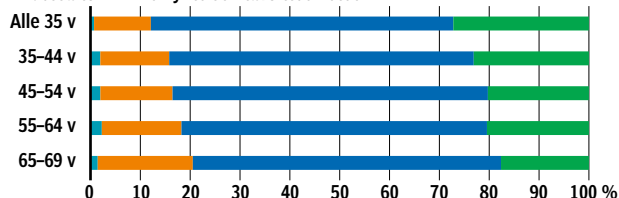
Kokemattomampien kollegoiden tukeminen



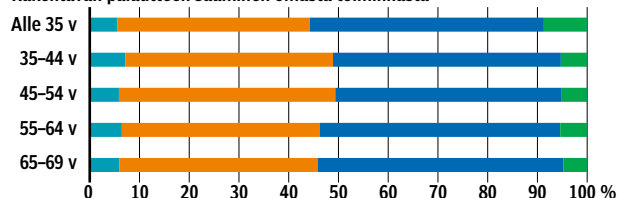
Virheelliseen toimintaan puuttuminen kollegiaalisesti



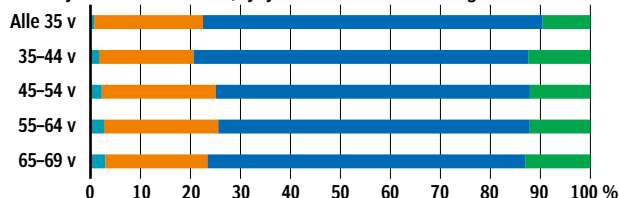
Yhdessä toimiminen yhteisen tavoitteen eteen



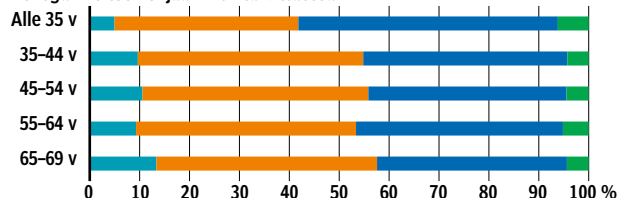
Rakentavan palautteen saaminen omasta toiminnasta



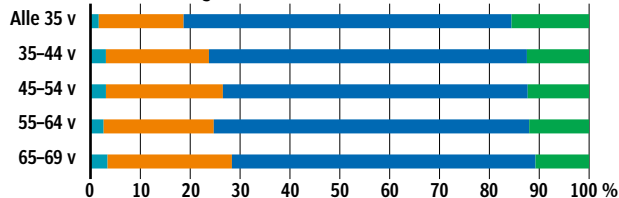
Yhteistyö toisessa klinikassa/työyhteisössä toimivien kollegoiden kanssa



Kollegan hoitoon ohjaaminen tarvittaessa



Ristiriitatilanteiden kollegiaalinen ratkaiseminen



● Erittäin huonosti ● Melko huonosti ● Melko hyvin ● Erittäin hyvin

vastoin ennako-oletusta. On epäselvää, selittääkö tämän erikoistuvien nuorempi ikä vai erikoistuminen itsessään. Onko taustalla peruskoulutuksen aikana syntynyt nuorten yhteisöllisyyden kokemus, ikään kuin kollegiaalisuuden ihannetila, joka työvuosien mittaan laskee realistisemmalle tasolle? On myös mahdollista, että erikoistuvien lääkärin ohjauksen tehostaminen viime vuosina näkyy myös vahvempuna kollegiaalisuuden kokemuksena.

Yksityislääkärin mielestä kollegiaalisuus toteutui monella osa-alueella huonommin kuin

muiden lääkiryhmiä mielestä. Osittain eroja selittänevät itsenäisempi työ ja kokemattomimpien nuorten lääkärin vähäisempi määrä. 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.

Psykiatristen ja perusterveydenhuollon alojen lääkärit sekä yksityislääkärit kokivat ”yhteistyön

TAULUKKO 2.

Kollegiaalisuuden toteutuminen ammattinimikkeittäin viiden yleisimmän päätoimen ammattinimikkeen mukaan. Niiden väittämään vastanneiden osuus (%), joiden mielestä väittäjä toteutuu melko tai erittäin hyvin.

Kollegiaalisuuden osa-alueet	Johtava lääkäri, johtaja, ylilääkäri, osastonylilääkäri, apulaisyylilääkäri	Erikoislääkäri, osastonlääkäri	Erikoistuva lääkäri, sairaalalääkäri, YEK-lääkäri	Terveyskeskuslääkäri	Yksityislääkäri
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Kokemattomampien kollegoiden tukeminen (n = 3 950)	93,4 (1 035)	88,6 (934)	89,0 (648)	92,8 (597)	68,8 (287)
Yhdessä toimiminen yhteisen tavoitteen eteen (n = 3 964)	85,5 (951)	83,0 (870)	88,0 (644)	84,2 (542)	70,1 (300)
Yhteistyö toisessa klinikassa/työyhteisössä toimivien kollegoiden kanssa (n = 3 942)	82,8 (917)	78,6 (823)	80,1 (580)	70,2 (449)	62,4 (264)
Ristiriitatilanteiden kollegiaalinen ratkaiseminen (n = 3 924)	76,9 (845)	70,1 (736)	81,7 (588)	81,6 (520)	71,1 (297)
Virheelliseen toimintaan puuttuminen kollegiaalisesti (n = 3 849)	59,9 (656)	52,6 (539)	66,1 (456)	61,2 (385)	46,6 (191)
Rakentavan palautteen saaminen omasta toiminnasta (n = 3 928)	52,8 (584)	50,7 (531)	56,1 (404)	50,8 (322)	48,6 (204)
Kollegan hoitoon ohjaaminen tarvittaessa (n = 3 551)	46,5 (485)	41,9 (398)	58,8 (351)	52,8 (299)	43,7 (172)

toisissa klinikoissa/työyhteisöissä toimivien kollegoiden kanssa” huonommaksi kuin muut. Näiden lääkäriyhmien työnkuva on keskimäärin melko itsenäinen. Aira ym. ovat todenneet, että päätöksenteko yksin sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon keskinäisen yhteistyön puute ovat merkittäviä tekijöitä yleislääkärin kokemalle eristyneisyydelle (23). Yksin tehtävä työ on samalla työtä kuormittava tekijä (24). Airan ym. ehdottamat joustava ryhmätyös-

perinne ja siihen on jo opittu. Perusterveydenhuollon aloilla selvästi muita ryhmiä paremmin toteutuva ”ristiriitatilanteiden kollegiaalinen ratkaiseminen” saattaa selittyä etenkin työterveyshuollon puolella tarvittavasta ristiriitatilanteiden neuvotteluosaamisesta.

Tämä tutkimus kattaa noin neljänneksen Suomessa työskentelevistä lääkäreistä. Tutkimuksen vahvuutena voidaankin pitää sen edustavuutta. Kyselyyn vastaajista oli naisia 60,7 %, kun Lääkäriläsnä mukaan työikäisistä lääkäreistä oli naisia 58 % vuonna 2013 (25). Sumanen ym. ovat julkaisseet peruseräraportin koko Lääkäri 2013 -kohortista ja arvioineet sen edustavuuden hyväksi (26). Kollegiaalisuuden vallitsevuutta ei tietääksemme ole aiemmin tutkittu Suomessa. Tutkimuksessamme esille tulleet asiat ovat kuitenkin rinnastettavissa tuoreeseen Lääkärien työolot ja terveys 2015 -tutkimukseen, jossa tulokset olivat samansuuntaisia: luottamuksen ja avoimuuden puute, liian vähäinen yhteistyö työryhmässä tai konsultatiomahdollisuuksien puute eivät olleet merkittäviä huolen tai rasituksen aiheita lääkärin nykyisessä työssä (24).

Tutkimuksen mahdollinen virhelähde on kollegiaalisuuden käsite itsessään. Jokainen lääkäri määrittelee kollegat ja kollegiaalisuuden omalla tavallaan, ja käsitys niistä todennäköisesti muut-

Yksityislääkärin kokemus kollegiaalisuus oli monella osa-alueella heikompaa kuin muilla.

kentely 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. Tämä saattaa johtua siitä, että diagnostisilla aloilla on pitkä laadunarvioinnin

tuu iän ja kokemusten myötä. On oletettavaa, että koettuun kollegiaalisuuteen vaikuttaa erityisesti oma jokapäiväinen työyhteisö. Kollegiaalisuus-käsitteen käyttö on moninaista tai tarkemmin määrittelemätöntä myös lähteissä, joihin tässä tutkimuksessa viitataan. Tässä tutkimuksessa tulkinnanvaraista oli kollegan hoitoon ohjaamista koskevan kysymyksen muotoilu. Tutkimusryhmä arvioi, että väärinymmärryksen mahdollisuus oli kuitenkin pieni ja se tuskin merkittävästi vaikutti vastaamiseen. Nyt tehty tutkimus tarjoaa hyvän pohjan kollegiaalisuuden käsitteen kehittämiseksi ja seurannalle tulevina vuosina Lääkäri-tutkimussarjassa. Vastedes on syytä pohtia, kattavatko nyt esitetyt kysymykset riittävästi kollegiaalisuuden kaikki osa-alueet.

Lääkärin työ monimutkaistuu ja jakautuu yhä pienempiin osa-alueisiin osaamisen kehityksessä tulevaisuudessa. Ammattitoverien välisen yhteistyön tärkeys korostuu tällöin entisestään. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden samanaikaisesti muuttuessa myös moniammatillinen yhteistyö lisääntyy. Osa kollegiaalisuuden teemoista sopiikin sovellettavaksi koko muuhun terveydenhuoltohenkilökuntaan. Suomen Lääkäriliitto edistää teemoja muun muassa koulutusten, Lääkärilehden ja kollegiaalisuuspalkinnon kautta. Vuonna 2016 kollegiaalisuuspalkinnon hakuehdoissa korostettiin koko työyhteisön hyväksi tehtyä työtä.

Tämä tutkimus on ensimmäinen kattava selvitys kollegiaalisuuden toteutumisesta Suomen nykyisessä lääkärikunnassa. Lääkärien keskinäinen kollegiaalisuus toteutuu kiitettävästi, mutta selviä kehityskohteitakin on havaittavissa. Potilaan parhaaksi on tulevaisuudessa kiinnitettävä

TÄSTÄ ASIASTA TIEDETTIIN

- Kollegiaalisuus on lääkärintyön perusarvoja.
- Kollegiaalisuuden toteutumista on tutkittu Suomessa ja kansainvälisesti niukasti.
- Kollegiaalisuuteen yhdistetyt teemat ovat yhteydessä muun muassa työtyytyväisyyteen, potilasturvallisuuteen ja lääkärin osaamiseen.

TÄMÄ TUTKIMUS OPETTI

- Suomalaiset lääkärit kokevat kollegiaalisuuden toteutuvan hyvin.
- Kollegiaalisuuden osa-alueista huonoimmin toteutuvat kollegan hoitoon ohjaaminen tarvittaessa, rakentavan palautteen saaminen omasta toiminnasta sekä virheelliseen toimintaan puuttuminen.
- Nuoret kokevat kollegiaalisuuden toteutuvan paremmin kuin vanhemmat ikäluokat.

huomiota erityisesti virheelliseen toimintaan puuttumiseen ja rakentavan palautteen antamiseen. Aiheita voitaisiin käsitellä jo lääkärin perusopetuksessa ja etenkin erikoistumiskoulutuksessa. Esimiestehtävissä olevilla on keskeinen vastuu asiantuntemuksensa jakamisesta ja tarvittaessa työntekijän toimintaan puuttumisesta. Johtamiskoulutuksen lisäksi teemoja tulisi pitää esillä kaikkien lääkärin toimipaikkakoulutuksissa. ●

Sosiaali- ja terveysministeriö on tukenut Lääkäri 2013 -tutkimuksen toteutusta.

English summary | www.laakarilehti.fi | in english

Finnish physicians consider collegiality to be at a good level: Results of the Physician 2013 study

LARI SALORANTA
B.M.
University of Tampere
lari.saloranta@fimnet.fi

ELISE KOSUNEN
MARKKU SUMANEN
IRMA VIRJO
TEPPO HEIKKILÄ
HARRI HYPPÖLÄ
HANNU HALILA
SANTERO KUJALA
JUKKA VÄNSKÄ
KARI MATTILA

Finnish physicians consider collegiality to be at a good level: Results of the Physician 2013 study

Background

In the working culture of Finnish physicians, collegiality is considered a crucial part of ethical practice. The Finnish Medical Association's Code of Medical Ethics states "The physician shall act and work in a way that upholds and promotes collegiality to the benefit of patients and maintains the valuable spirit of collegiality and good comradeship." The study described was conducted to examine how collegiality is perceived by Finnish physicians in their current workplaces.

Methods

The study population consisted of all physicians under the age of 70 (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). Perceptions of collegiality were studied by surveying twelve fields associated with collegiality. The fields were analysed by age, sex, job title, and latest field of speciality.

Results

The majority of physicians considered the collegiality in their current workplace to be good. In six of the twelve fields, about 90% of physicians considered the levels of collegiality to be good. The best field of collegiality was "trust between colleagues", which 93% considered to be good. The corresponding values for "receiving constructive feedback" and "referring a colleague to care" were 53% and 48%. Physicians under the age of 35 rated the level of collegiality in their workplace slightly higher than the other age groups, and resident physicians rated the level of collegiality the highest while private physicians rated it the lowest. Physicians working in psychiatric fields and primary healthcare rated "collaboration between colleagues in other workplaces" lower than physicians in other fields.

Conclusions

The sample covers a quarter of physicians in Finland and is therefore a unique sample of perceptions of collegiality. Overall, collegiality is perceived to be at a good level. Young physicians rated the level of collegiality higher than their older colleagues. The fields of collegiality associated more closely with positive aspects of physician collaboration (e.g. "trust between colleagues") were rated higher than negative ones (e.g. "referring a colleague to care").

LIITE 1.

Erikoisalaryhmien jaottelu.

OPERATIIVISET ALAT

Akuuttilääketiede, anestesiologia ja tehohoito, gastroenterologinen kirurgia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, käsi-kirurgia, lastenkirurgia, naistentaudit ja synnytykset, neurokirurgia, ortopedia ja traumatologia, plastiikkakirurgia, silmätaudit, suu- ja leukakirurgia, sydän- ja rintaelin-kirurgia, urologia, verisuonikirurgia, yleiskirurgia

KONSERVATIIVISET ALAT

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

DIAGNOSTISET ALAT

Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede, kliininen kemia, kliininen mikrobiologia, kliininen neurofysiologia, oikeuslääketiede, patologia, perinnöllisyyslääketiede, radiologia

PSYKIATRISET ALAT

Lastenpsykiatria, nuorisopsykiatria, oikeuspsykiatria, psykiatria

PERUSTERVEYDENHUOLLON ALAT

Työterveyshuolto, yleislääketiede

LIITETAULUKKO 2.
Kollegiaalisuuden toteutuminen kaikissa osa-alueissa.
Osuus väittämään vastanneista, joiden mielestä väittäjä toteutuu melko tai erittäin hyvin.

	Luottamus kollegoiden välillä		Toisten kollegoiden työn arvostaminen		Hyvä yhteishenki kollegoiden kesken		Kollegat arvostavat omaa työtäni	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sukupuoli								
Mies	1 862	93,2	1 787	90,3	1 815	91,1	1 810	92,3
Nainen	2 877	93,1	2 835	92,3	2 805	90,9	2 782	91,5
Ikä								
Alle 35 v.	930	95,4	901	92,8	898	92,3	903	93,3
35–44 v.	932	91,7	901	89,4	925	90,9	911	90,8
45–54 v.	1 125	92,7	1 103	91,8	1 085	90,0	1 098	91,9
55–64 v.	1 366	93,1	1 334	91,3	1 333	90,9	1 313	91,6
65–69 v.	389	92,8	385	92,8	381	91,1	374	92,3
Erikoisalaryhmitt								
Operatiiviset alat	1 120	92,4	1 077	89,3	1 090	89,8	1 086	90,6
Konservatiiviset alat	1 075	93,0	1 027	89,9	1 032	89,8	1 020	90,3
Diagnostiset alat	264	90,7	259	90,2	258	89,0	259	91,2
Psykiatriset alat	390	89,9	385	89,1	385	88,7	395	93,2
Perusterveydenhuollon alat	964	94,7	961	94,7	948	93,3	944	94,2
Ammattinimikkeet								
Johtava lääkäri, johtaja, ylilääkäri, osastonylilääkäri, apulaisyylilääkäri	1 037	93,0	1 031	93,1	1 015	91,3	1 013	92,3
Erikoislääkäri, osastonlääkäri	972	91,7	928	88,6	945	89,3	943	90,8
Erikoistuva lääkäri, sairaalalääkäri, YEK-lääkäri	688	94,1	656	90,2	671	92,0	668	92,5
Terveyskeskuslääkäri	618	95,7	610	94,4	600	92,9	598	93,7
Yksityislääkäri	408	93,4	397	92,1	394	90,0	391	91,8

taulukko jatkuu

LIITETAULUKKO 2.
Kollegiaalisuuden toteutuminen kaikissa osa-alueissa.

Osuus väittämään vastanneista, joiden mielestä väittäjä toteutuu melko tai erittäin hyvin.

	Ristiriitatilanteiden kollegiaalinen ratkaiseminen		Virheelliseen toimintaan puuttuminen kollegiaalisesti		Rakentavan palautteen saaminen omasta toiminnasta		Kollegan hoitoon ohjaaminen tarvittaessa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sukupuoli								
Mies	1 487	75,6	1 133	58,6	1 106	56,3	912	49,8
Nainen	2 311	76,1	1 677	56,7	1 542	50,9	1 232	47,5
Ikä								
Alle 35 v.	784	81,3	597	64,5	538	55,8	480	58,2
35–44 v.	764	76,2	563	57,4	512	51,1	403	45,2
45–54 v.	877	73,5	653	56,0	604	50,6	476	44,2
55–64 v.	1 084	75,3	785	55,1	775	53,8	623	46,6
65–69 v.	293	71,6	212	52,9	217	54,1	165	42,4
Erikoisalaryhmät								
Operatiiviset alat	871	73,0	648	55,3	600	50,3	462	42,3
Konservatiiviset alat	813	71,7	602	45,5	567	49,9	465	45,8
Diagnostiset alat	212	74,1	172	63,0	166	58,5	119	47,0
Psykiatriset alat	312	72,7	213	51,4	221	51,5	179	45,9
Perusterveydenhuollon alat	819	81,6	581	58,5	543	54,3	465	51,6
Ammattinimikkeet								
Johtava lääkäri, johtaja, ylilääkäri, osastonylilääkäri, apulaisyylilääkäri	845	76,9	656	59,9	584	52,8	485	46,5
Erikoislääkäri, osastonlääkäri	736	70,1	539	52,6	531	50,7	398	41,9
Erikoistuva lääkäri, sairaalalääkäri, YEK-lääkäri	588	81,7	456	66,1	404	56,1	351	58,8
Terveyskeskuslääkäri	520	81,6	385	61,2	322	50,8	299	52,8
Yksityislääkäri	297	71,1	191	46,6	204	48,6	172	43,7

LIITE 3.

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

