

TAMPEREEN YLIOPISTO
Johtamiskorkeakoulu

LISÄÄ LÄÄKÄREITÄ TERVEYSKESKUKSIIN?
TERVEYSKESKUSTYÖN VETOVOIMAISUUS JA SIIHEN
VAIKUTTAVAT TEKIJÄT NUORTEN LÄÄKÄRIEN KOKEMINA

Hallintotiede
Pro Gradu-tutkielma
Toukokuu 2013
Ohjaaja: Professori Juha Vartola

Aino Lepäntalo

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto	Johtamiskorkeakoulu, hallintotiede
Tekijä:	LEPÄNTALO, AINO
Tutkielman nimi:	Lisää lääkäreitä terveyskeskuksiin? Terveyskeskustyön vetovoimaisuus ja siihen vaikuttavat tekijät nuorten lääkärien kokemina
Pro gradu –tutkielma:	122 sivua, 1 liitesivu
Aika:	Toukokuu 2013
Avainsanat:	erikoisala, lääkäri, terveyskeskus, työhyvinvointi, työnhallinta, rekrytoituminen

Terveyskeskuksissa on jatkuvaa pulaa lääkäreistä. Lääkärivajeen lisäksi kolmannes terveyskeskusten lääkärintoimista on hoidettu sijaistuksin, ostopalveluin tai ulkoistamalla. Terveyskeskuksiin tarvitaankin uusia, sitoutuneita lääkäreitä. Haasteena on terveyskeskustyön kiinnostavuuden lisääminen siten, että yhä useammat nuoret lääkärit kiinnostuisivat yleislääkärin työstä.

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa ja syventää tietoa nuorten lääkärien terveyskeskustyötä ja uravalintaa koskevista ajatuksista ja kokemuksista elämäntilanteessa, jossa erikoisalavalinta tehdään. Näihin tekijöihin vaikuttamalla voitaisiin parantaa terveyskeskusten houkuttelevuutta työpaikkoina ja yleislääketieteen houkuttelevuutta uravalintana.

Tutkimusaineisto koostui 10 nuoren lääkärin ja 4 avaininformantteina toimineen ylilääkärin haastattelusta. Haastateltavat valittiin kooltaan, sijainniltaan ja virantäyttöasteiltaan erilaisista terveyskeskuksista sekä vuokralääkäriyrityksessä toimineista lääkäreistä. Teemahaastatteluilla kerättiin tietoa lääkärien ajatuksista ja kokemuksista. Haastatteluissa keskityttiin terveyskeskustyön houkutteleviin ja huonoihin puoliin uravalinnan näkökulmasta. Myös kehittämis ehdotuksia kerättiin. Sisällönanalyysin avulla luokiteltiin ja tulkittiin keskeiset löydökset.

Nuoret lääkärit kokivat terveyskeskustyön parhaiksi puoliksi sen itsenäisyyden, monipuolisuuden, kokonaisvaltaisuuden, jatkuvuuden ja perusterveydenhuollon merkittävän roolin. Nämä terveyskeskustyön ominaispiirteet määrittävät terveyskeskustyötä vahvasti ja osin erottavat sen muista erikoisaloista. Nämä ominaispiirteet olivat samalla terveyskeskustyön haasteellisin puoli. Työn itsenäisyys saattoi johtaa epävarmuuden ja yksinäisyyden tunteisiin, terveyskeskustyön monipuolisuus johti tiedon hallinnan haasteeseen ja työn kokonaisvaltaisuus saattoi vaikeuttaa työn rajaamista ja aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta.

Terveyskeskusten työ määrässä ja työnhallinnassa todettiin haasteita. Jatkuva kiire ja työn pakkotahtisuus voimistivat terveyskeskustyön ominaispiirteiden negatiivisia puolia. Myös johtamisessa todettiin haasteita. Nuoret lääkärit kokivat hyötyvänsä tiedollista ja sosiaalista tukea tarjoavista tukimuodoista. Erilaisia lääketieteellistä osaamista ja työnhallintaa parantavia tukimuotoja sekä johtamista kehittämällä voidaan parantaa terveyskeskustyön vetovoimaisuutta ja vahvistaa työn ominaispiirteiden positiivista vaikutusta.

Kaikki nuoret lääkärit tutustuvat terveyskeskustyöhön sekä opiskeluaikana, että osana erikoisalasta riippumatonta erikoistumiskoulutusta. Heidän kokemuksiinsa ja asenteisiinsa voidaan vaikuttaa kehittämällä terveyskeskustyötä. Panostamalla työtyytyväisyyteen ja työuraa aloittavien lääkärien erityistarpeisiin organisaation sisäisillä järjestelyillä, voidaan luoda työhyvinvointia ja parantaa hoidon laatua. Työhyvinvointi ja positiiviset kokemukset terveyskeskustyöstä luovat paremmat mahdollisuudet lääkärien rekrytoinnille terveyskeskuksiin tulevaisuudessa.

Sisällysluettelo

1 Johdanto	5
2 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimuskysymys	
2.1 Terveyskeskusten työllisyystilanne	7
2.2 Nuorten lääkärin rekrytoituminen terveyskeskuksiin	9
2.3 Tutkimusongelma	11
3 Teoreettiset lähestymistavat	
3.1 Käsitteet ja niiden määrittely	12
3.1.1 Työolot ja työhyvinvointi	12
3.1.2 Työtyytyväisyys, työhön sitoutuminen ja työmotivaatio	13
3.1.3 Työstressi ja uupumus	15
3.1.4 Työnhallinta	16
3.1.5 Johtaminen ja oikeudenmukaisuus	18
3.1.6 Sosiaalinen tuki	19
3.1.7 Yhteistyö	20
3.1.8 Työilmapiiri	21
3.2 Valtiollisten, kunnallisten ja organisatoristen tekijöiden vaikutus terveyskeskusten työoloihin	21
3.3 Työhyvinvointi terveyskeskuksissa	23
3.3.1 Lääkärin hyvinvointi	23
3.3.2 Työhyvinvointi terveyskeskuksissa	24
3.3.3 Nuoret lääkärit työelämässä	27
3.3.4 Työyhteisön ilmapiiri terveydenhuollossa	29
3.3.5 Johtaminen terveydenhuollossa	30
3.3.6 Uupumista terveyskeskuksissa	32
3.3.7 Miten tehdä terveyskeskustyöstä houkuttelevampaa?	32
3.3.8 Nuorten lääkärin uran- ja erikoisalan valinta	33
4 Aineisto ja menetelmät	
4.1 Lähestymistapa	35
4.2 Tutkimusmenetelmä	35
4.3 Aineisto	37
4.3.1 Aineiston valinta ja kerääminen	37
4.3.2 Aineiston kuvaus	38
4.4 Analyysi	39
4.5 Tutkimuksen luotettavuus	40
4.5.1 Haastateltavien edustavuus ja valikoituminen	40
4.5.2 Mahdollisten virhelähteiden huomioiminen	41
5 Tulokset	
5.1 Terveyskeskustyön vahvuudet ja erikoisalanvalinta	43
5.1.1 Monipuolisuus	43
5.1.2 Kokonaisvaltaisuus	43
5.1.3 Työn itsenäisyys ja sen tarjoamat haasteet	44
5.1.4 Onnistumisen kokemukset ja positiivinen palaute	45
5.1.5 Perusterveydenhuollon merkittävä rooli	45
5.1.6 Muut yleislääketieteen erikoisalanvalintaa puoltavat tekijät	45

5.1.7 Yhteenveto	46
5.2 Terveyskeskustyön haasteet ja erikoisalanvalinta	46
5.2.1 Kiire ja työmäärä	46
5.2.2 Työnhallinta	53
5.2.3 Yksinäisyys	56
5.2.4 Tiedon hallinta	57
5.2.5 Epävarmuuden sietäminen	58
5.2.6 Riittämättömyyden kokemus	60
5.2.7 Resurssien vaikutus työn kokemiseen	62
5.2.8 Terveyskeskustyön eri osa-alueet	63
5.2.9 Tietotekniikka	65
5.2.10 Asenteet ja arvostus	66
5.2.11 Yhteenveto	70
5.3 Erikoisalan valintaan vaikuttavat yleiset tekijät	72
5.3.1 Urakehitys	72
5.3.2 Vapaa-ajan merkitys	73
5.3.3 Palkka	74
5.3.4 Muita erikoisalan valintaan vaikuttavia tekijöitä	75
5.3.5 Yhteenveto	76
5.4 Terveyskeskuksen valintaan vaikuttavat tekijät	76
5.4.1 Valinta terveyskeskusten välillä	76
5.4.2 Valinta kunnallisen ja yksityisen työnantajan välillä	79
5.4.3 Yhteenveto	81
5.5 Johtaminen terveyskeskuksissa nuorten lääkärin kokemana	81
5.5.1 Johtaminen	82
5.5.2 Palaute ja kehityskeskustelut	85
5.5.3 Yhteenveto	87
5.6 Lääkärintyön aloittaminen ja kehittämissuhteet	88
5.6.1 Ensimmäiset työkokemukset ja kehittämissuhteet	88
5.6.2 Tutortoiminta	89
5.6.3 Konsultaatiomahdollisuudet	92
5.6.4 Perehdytys	94
5.6.5 Miten opiskelu valmistaa terveyskeskukseen ja kehittämissuhteet	94
5.6.6 Nuorten lääkärin kehittämissuhteita	96
5.6.7 Yhteenveto	98
6 Pohdinta	100
6.1 Terveyskeskustyön ominaispiirteet – oikean tasapainon löytäminen	100
6.2 Kiireen ja työnhallinnan haasteen vaikutus tasapainoon	105
6.3 Johtamisen ja sosiaalisen tuen vaikutus tasapainoon	107
6.4 Asenteiden ja kokemusten vaikutus nuoren lääkärin valintaan	108
6.5 Tutkimuksen luotettavuus	111
6.6 Johtopäätökset	111

Lähteet

Liite

1 Johdanto

Terveyskeskuksia vaivaa lääkäripula, joka on erityisen hankalaa tietyillä alueilla. Sen tiedetään heikentävän potilaiden hoitoon pääsyä (Parmanne, Saukkonen, Ruskoaho & Vuorio 2010). Tilannetta on pyritty ratkaisemaan mm. sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettaman kansallisen terveysprojektin, kunta- ja palvelurakennemuutosten sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisten kehittämissuunnitelmien avulla. Niiden avulla on pyritty perusterveydenhuollon toiminnan laajempaan turvaamiseen ja ne ovat sisältäneet ehdotuksia hoitoon pääsyn turvaamiseksi, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön lisäämiseksi ja palvelurakenteiden kehittämiseksi (STM 2008a ja b; 2012; 2013). Keskeisenä lääkäripulan helpottamisen kannalta pidettiin perusterveydenhuollon organisointiin ja toimivuuteen liittyviä seikkoja (STM 2008a). Kansallisen terveysprojektin seurauksena lääkäri- ja sairaanhoitajakoulutuksen määriä on lisätty sekä sisältöä muutettu (em.). Lääkäripulaa on pyritty helpottamaan myös terveyskeskuskokoa kasvattamalla ja jakamalla työtä lääkärin ja hoitajien kesken (em.).

Lääkärin määrän lisääminen ei kuitenkaan suoraan korjaa terveyskeskusten lääkäritilannetta, sillä yhä useammat nuoret lääkärit ovat kiinnostuneempia työskentelystä sairaaloissa ja yksityisellä sektorilla kuin perusterveydenhuollossa (Vänskä, Hyppölä, Halila, Virjo, Mattila, Kumpusalo, Kujala & Isokoski 2005, 56–58). Tehtyjen selvitysten mukaan lääkärin työtyytyväisyyttä ja viihtymistä terveyskeskustyössä heikentävät työolojen ongelmat, työn kuormittavuus ja työuupuminen. Uupumus ja tarve työolojen kohentamiseen ovat tulleet korostetusti esille terveyskeskuslääkärin vastauksista verrattuna sairaalassa tai yksityissektorilla työskenteleviin lääkäreihin (Töyry 2005, 54).

Työviihtyvyyttä on laajimmin kartoitettu Terveyskeskuksen nykytila ja tulevaisuus 2002, 2006 ja 2010 -tutkimuksissa, jossa keskeisin tutkittujen joukko oli kuitenkin pitkään työssä olleet kokeneet terveyskeskuslääkärit (Kumpusalo, Haggren, Vehviläinen, Liukko, Kujala & Takala 2002; Vehviläinen, Valkonen, Takala & Kumpusalo 2007a; Haimakainen, Vehviläinen & Kumpusalo 2011a). Tietoa erityisesti nuorten lääkärin kokemuksista ja ajatuksista on rajoitetusti, vaikka aikaisemmin kaikki nuoret lääkärit suorittivat vähintään 9 kk terveyskeskustyöskentelyjakson valmistumisen jälkeen, osana perusterveydenhuollon lisäkoulutusta. Huhtikuussa 2011 annetun lakimuutoksen (L 312/2011, 4.1 §) myötä jakso ei ole lääkärin laillistuksen kannalta pakollinen, mutta on edellytys yleislääkärinä toimimiselle muissa EU-maissa. Lisäksi 9 kk terveyskeskuspalvelu on edelleen pakollinen osa kaikkien erikoisalojen koulutusta. Viimeistään

tämän työkokemuksen jälkeen nuorille lääkäreille muodostuu konkreettinen kuva työskentelystä terveyskeskuksissa.

Tämän pro gradu -työn tarkoituksena on selvittää miten nuoret lääkärit kokevat työskentelyn terveyskeskuksissa tilanteessa, jossa valmistumisen jälkeen tehdään päätöksiä tulevasta urasta. Tarkoituksenani on selvittää nuorten lääkärien viihtymistä terveyskeskuksissa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi tutkitaan nuorten lääkärien ajatuksia mahdollisuuksista parantaa terveyskeskustyön houkuttelevuutta organisaatiomuutosten ja johtamisen keinoin.

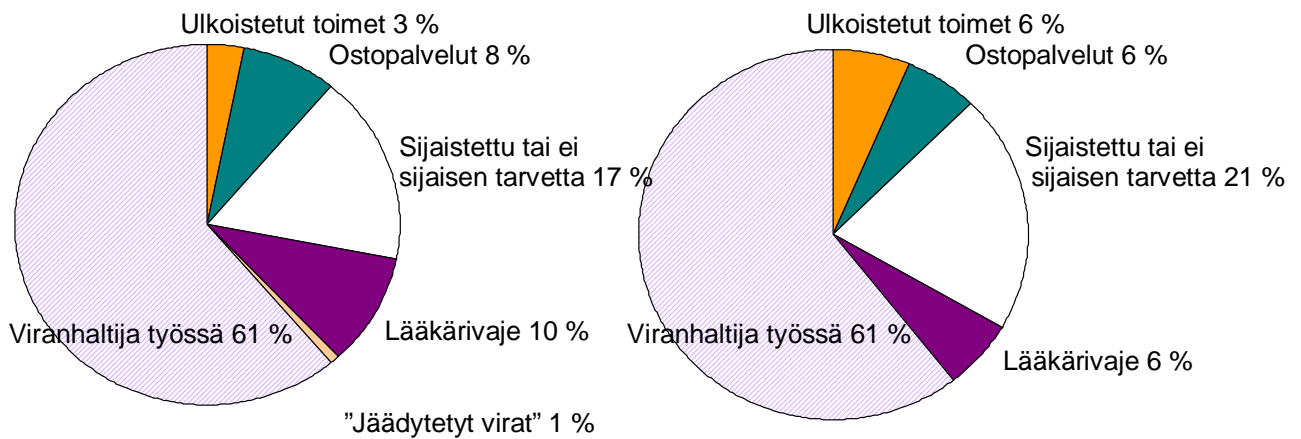
2 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimuskysymys

2.1 Terveyskeskusten työllisyystilanne

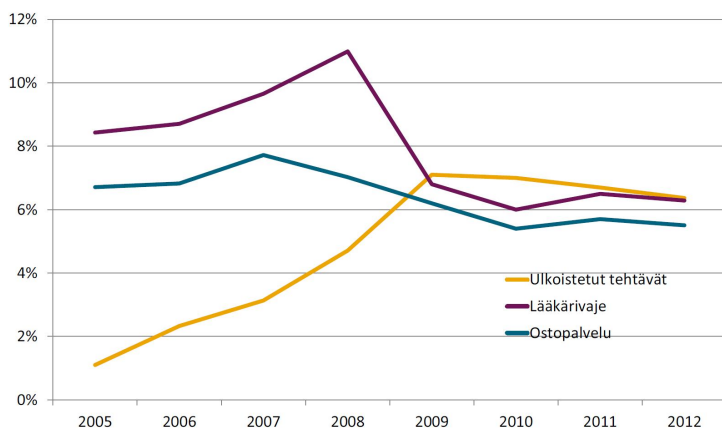
Vuosituhanen alusta lähtien terveyskeskuksissa on ollut jatkuvasti lisääntyvää lääkäripulaa, joka on viime vuosina hieman helpottanut. Lääkärien toimia ja virkoja on täyttämättä eri puolilla Suomea, ja alueelliset erot ovat suuria. Vuonna 2007 tehdyssä Suomen Lääkäriliiton, Kunnallisen työmarkkinalaitoksen, Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen ja Sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyötutkimuksessa tarkasteltiin kaikkien Suomen terveyskeskusten (N=230) työllisyystilannetta (kuva 1). Tuolloin terveyskeskuksissa oli yhteensä 3742 lääkärintoimintaa, joista 61 %:ssa oli lääkäri ja 3 % oli ulkoistettu. Avoimia toimia oli 35 %. Näistä 50 % oli hoidettu sijaistuksella tai sijaistukseen ei ollut tarvetta. 22 % oli hoidettu ostopalveluin. Lääkäriavajetta oli 28 % avoimista toimista ja kokonaisuudessaan 358 (10 %) kaikista toimista. (Suomen Lääkäriliitto 2007a.)

Viisi vuotta myöhemmin vuonna 2012 tehdyssä vastaavassa tutkimuksessa terveyskeskusten määrä (N=161) oli vähentynyt terveyspalveluja järjestävien kuntien ja kuntayhtymien määrän laskettua kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä. Terveyskeskuslääkärien virkoja oli 43,5 enemmän kuin vuonna 2007 (N=3785,5). Täytettyjen virkojen osuus oli samankaltainen (61 %), mutta ulkoistettuja virkoja oli enemmän (6 %). Avointen toimien osuus oli samankaltainen (36 %) ja muutosta sijaistuksissa ei ollut (50 % avoimista toimista). Ostopalvelulääkäreitä oli hieman vähemmän 15 %. Lääkäriavajetta oli 17 % avoimista toimista ja kokonaisuudessaan 238 (6 %) kaikista toimista, eli hieman vähemmän kuin vuonna 2007. (Kuva 1). (Suomen Lääkäriliitto 2012.) Terveyskeskusten ulkoistamisen ja henkilöstövuokrauspalvelua tuottavien yritysten myötä lääkäriavaje on siis hieman pienentynyt viidessä vuodessa kymmenestä prosentista kuuteen prosenttiin. Suorassa työsuhteessa kuntaan olevien lääkärien määrä ei kuitenkaan ole merkittävästi kasvanut.

Lääkäriavaje on toistetuissa tutkimuksissa vuosina 1999–2004 ollut jatkuvassa kasvussa nousen 5 %:sta 14 %:iin, joskaan näissä luvuissa ei ole huomioitu ostopalveluja toimen täyttöasteessa. Tämän jälkeen lääkäriavajeen kasvu on hidastunut (kuva 2). Osin lääkäriavajetta ovat helpottaneet lisääntyneet ostopalvelut, viime vuosina erityisesti palvelujen ulkoistaminen. (em.) Alueelliset erot lääkärin virkojen- ja toimien täyttöasteissa olivat suuria. Vuonna 2007 Kainuussa, Etelä-Karjalassa, Kymenlaaksossa, Länsi-Pohjassa ja Itä-Savossa oli vähintään joka viidennessä terveyskeskuksessa yli 20 % lääkäriavaje. Toisaalta Päijät-Hämeessä, Pohjois-Savossa, Varsinais-Suomessa sekä



Kuvio 1 Lääkärinvirkojen ja -toimien täyttöaste vuosina 2007 ja 2012 (Suomen lääkäriliitto 2007a ja 2012).



Kuvio 2 Lääkärivajeen kehitys, sekä ostopalvelujen ja ulkoistamisen lisääntyminen terveyskeskuksissa 2005–2012 (Suomen Lääkäriliitto 2012).

Helsingin ja Uudenmaan alueella merkittävää lääkärivajetta oli alle 6 % terveyskeskuksista. (Suomen Lääkäriliitto 2007a). Aluekohtaisia muutoksia on tapahtunut viiden vuoden seuranta-aikana. Lääkärivaje on edelleen vaikein Etelä-Karjalassa ja vähäisin Varsinais-Suomessa. Toisaalta esimerkiksi Kainuussa ja Kymenlaaksossa tilanne on parantunut selvästi. (Suomen Lääkäriliitto 2012). Kaikissa terveyskeskuksissa ei ole lääkäripulaa vaan osassa terveyskeskuksista kaikki virat ovat hoidettu ja toisaalta osassa on merkittävä lääkärivaje.

Alueellisten erojen lisäksi terveyskeskusten koko vaikutti terveyskeskusten virantäyttöasteeseen. Suuremmissa kaupungeissa ja terveyskeskuksissa, joissa oli yli 15 lääkäriä, oli lääkärivaje pienempi kuin pienemmissä terveyskeskuksissa (Suomen Lääkäriliitto 2007a).

Lääkäripulan uskotaan edelleen helpottavan tulevaisuudessa, koska tiedekuntien sisäänottomääriä on lisätty merkittävästi. Haasteena on kuitenkin lääkärien saaminen julkiseen terveydenhoitoon ja ennen kaikkea perusterveydenhuoltoon tilanteessa, jossa nuorten lääkärien kiinnostus terveyskeskustyöskentelyyn on vähentynyt.

2.2 Nuorten lääkärien rekrytoituminen terveyskeskuksiin

Vastavalmistuneiden lääkärien laillistamisessa on tapahtunut muutos toukokuussa 2011. Aikaisemmin vastavalmistuneiden lääkäreiden täyslaillistukseen liittyi niin kutsuttu perusterveydenhuollon lisäkoulutus eli eurolääkärikoulutus. Siihen kuului vähintään 9 kk (6 kk ennen vuotta 2003 valmistuneilla) työskentely terveyskeskuksessa ja 6 kk työskentely sairaalassa. Jatkokoulutuksen tarkoituksena oli perehdyttää lääkärit perusterveydenhuollon toimintaan. Tosin koulutuksellisen näkökulman on ajateltu jossain määrin jääneen taka-alalle, kun orientoivaa vaihetta on käytetty työvoimapolitiittisena ratkaisuna terveyskeskusten lääkärripulaan (Jääskeläinen 1980, Ailus 1986, Jääskeläinen 1986, Nuori lääkäri 1988, ks. Vainiomäki 1995, 34). Tämän kaksivuotisen koulutuksen jälkeen lääkäri sai oikeuden harjoittaa yleislääkärin ammattia itsenäisesti laillistettuna ammattihenkilönä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamiseksi (312/2011, 4.1 §) johti siihen, että lääkärien kaksoislaillistus poistui ja kaikki lääkärit laillistetaan valmistumisen yhteydessä. 9kk terveyskeskuspalvelu on kuitenkin pakollinen osa kaikkien erikoisalojen erikoistumiskoulutusta ja edellytys yleislääkärin toimen harjoittamiseen muissa EU-maissa. Koska muutoksesta on vain vähän aikaa, ei käytettävissä ole tietoa siitä, onko tämä lakimuutos vaikuttanut siihen kuinka moni nuori lääkäri työskentelee terveyskeskuksessa. Koska kuitenkin suurin osa nuorista lääkäreistä aikoo erikoistua, ei lain vaikutus terveyskeskuspalvelujen suorittamiseen liene kovin suuri. Esimerkiksi Lääkäri 2008 -tutkimuksen mukaan 95 % nuorista lääkäreistä on joko erikoistunut, erikoistumassa tai aikoo erikoistua (Heikkilä, Vänskä, Hyppölä, Halila, Virjo, Mattila, Kujala & Isokoski 2009, 51). Viimeistään lisäkoulutuksen jälkeen lääkärit hakeutuvat kiinnostuksensa mukaan terveyskeskustyöhön tai sairaalaan ja halutessaan aloittavat erikoistumisen. Työskentely itsenäisenä ammatinharjoittajana yksityisellä sektorilla on myös mahdollista.

Terveyskeskuksessa tapahtuvan entisen perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen, nykyisen yleislääketieteen erityiskoulutuksen, aikana kaikki valmistuvat lääkärit tulevat tutuksi terveyskeskuslääkärin työn kanssa. Osalle nuorista lääkäreistä tämä aika on väliporras matkalla kohti sairaalassa toimivan lääkärin uraa, toisille se antaa mahdollisuuden tarkemmin tutustua terveyskeskustyöhön heidän tehdessään päätöstään tulevasta työpaikastaan ja urastaan. Vaikka lähes kaikki tekevät joskus terveyskeskustyötä, vain harvat jäävät terveyskeskuksiin. Lääkärikoulutuksen aikana voidaan terveyskeskusmyönteisyyteen ja asenteisiin kuitenkin jonkin verran vaikuttaa: eniten terveyskeskuslääkärin koulutusta painottaneista yliopistoista valmistuneet työskentelevät useammin terveyskeskuksissa (Mattila, Virjo, Kumpusalo, Neittaanmäki, Hyppölä, Kujala, Luhtala, Halila & Isokoski 1998). Samassa tutkimuksessa todettiin valtaosan nuorista lääkäreistä sijoittuvan koulutuspaikkakuntansa lähelle ensimmäisinä työvuosinaan (em.). Ammattijärjestöaktiivien ja tutkimusten mukaan, nuorten lääkärin halukkuus työskennellä terveyskeskuksissa on kuitenkin vähentynyt (Valtola 2001; Halonen 2002) ja sama trendi on tullut esille myös muissa maissa, mm. Norjassa ja Englannissa (Fjermestad & Paulsen 2000; Lambert, Evans & Goldacre 2002).

Nuorten lääkärin valitessa työpaikkaansa on kuntatyönantajan lisäksi vaihtoehtona ollut myös työllistyminen henkilöstövuokrausyritysten kautta päivätöihin terveyskeskukseen tai päivystystyöhön. Vuonna 2010 päädyttiin kuitenkin rajoittamaan tätä mahdollisuutta siten, ettei perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen suorittaminen vuokrafirman kautta enää ole mahdollista ja samoin kaksoislaillistuksen poistuessa vuonna 2011 yleislääketieteen erityiskoulutuksen suorittamista rajoitettiin vastaavasti (A377/2011, 5.3 §). Vuokratyön yleisyyttä lääkärikunnassa kartoitettiin vuonna 2005 ja 2008 (Mäkitalo-Keinonen, Virtanen, Saloniemi, Vänskä, Parmanne 2005; Heikkilä ym. 2009, 47). Kyselyjen mukaan 4–5 % kaikista lääkäreistä oli toiminut vuokralääkäreinä (em.). Sen sijaan ennen lakimuutosta 12 % nuorista terveyskeskuslääkäreistä oli työsuhteessa henkilöstövuokrausyritykseen (Heikkilä ym. 2009, 48). Vuokralääkäreiden työstä puolet tehtiin päiväaikaan ja loput työstä päivystystyönä. Useimmat tekevät vuokratyötä vain suhteellisen harvoin, enemmistö vuokratyötä tekevästä lääkäreistä tekee vuokratyötä päivätyön ohessa vain muutamia kertoja kuukaudessa tai harvemmin. Vuokralääkäreinä toimivat useimmin nuoret lääkärit, joista suurin osa (80 %) ei tehnyt täysipäiväistä työviikkoa. Kartoituksen mukaan vuokralääkärinä toimitaan yleensä satunnaisesti ja mieslääkärit valitsivat vuokratyön naisia useammin. (Mäkitalo-Keinonen ym. 2005.)

2.3 Tutkimusongelma

Nykytilanteessa maassamme on terveyskeskuslääkäreistä pulaa, eikä nuoria lääkäreitä terveyskeskustyö houkuttele samalla tavalla kuin aikaisemmin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää nuorten lääkäreiden viihtyvyyttä terveyskeskuksissa, sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Pyrin hahmottamaan seikkoja, joita nuoret lääkärit kokevat keskeisimmiksi työviihtyvyyteen ja työn houkuttavuuteen vaikuttaviksi tekijöiksi. Näihin seikkoihin vaikuttamalla pystyttäisiin terveyskeskustyötä mahdollisesti muokkaamaan työntekijöille houkuttelevammaksi ja siten parantaa terveyskeskusten työntekijätilannetta. Huolimatta terveyskeskusten lääkäripulasta, joissain terveyskeskuksissa rekrytoimisessa ei ole ollut ongelmia. Tämän työn tarkoituksena on kartoittaa myös sitä, mitkä tekijät aiheuttavat eroja terveyskeskusten työntekijätilanteisiin.

Nuorista lääkäreistä toivotaan ratkaisua terveyskeskusten lääkärivajeseen. Heidän toivotaan paitsi vähentävän olemassa olevaa lääkärivajetta, myös korvaavan eläkepoistumaa. Nykyiset terveyskeskuslääkärit ovat keskimäärin useita vuosia työssään olleita (Kumpusalo ym. 2002), ja heidän jäädessään eläkkeelle olisi nuorten lääkärien joukosta löydyttävä riittävästi uusia terveyskeskustyöstä kiinnostuneita lääkäreitä.

Tutkimuksen tarkoituksena on siis kartoittaa terveyskeskustyössä viihtymisen ja sen houkuttelevuuteen liittyviä keskeisiä tekijöitä, sekä toisaalta työviihtyvyyden ongelmakohtia sekä ratkaisuehdotuksia niihin nuorten lääkärien näkökulmasta.

3 Teoreettiset lähestymistavat

3.1 Käsitteet ja niiden määrittely

Työntekijöiden työolot ja erityisesti työhyvinvointi vaikuttavat työntekijöiden tuottavuuteen, rekrytoitumiseen ja organisaatioon sitoutumiseen. Heikentynyt työhyvinvointi voi johtaa työstälähtöaikeisiin ja heikentää tietyn alan houkuttelevuutta työurana.

3.1.1 Työolot ja työhyvinvointi

Työoloilla käsitetään laajasti työssä työntekijään vaikuttavia tekijöitä. Työolot käsittävät työntekijöiden hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, kuten työympäristön, organisaatioiden rakenteet, työn sisällön, johtamisen, työntekijöiden työnhallinnan, työtyytyväisyyden, yhteistyön ja työpaikan ilmapiirin. Myös työympäristö sisältyy työolojen määritelmään, mutta se käsittää vain osan työoloista.

Perinteisesti työolojen tutkimuksessa huomio on kiinnittynyt työn fyysiseen kuormittavuuteen, tapaturmariskeihin ja altistumiseen haitallisille biologisille, kemiallisille ja fysikaalisille tekijöille (Wickström, Laine, Pentti, Elovainio & Lindström 2000, 9). Viime vuosikymmeninä myös psyykkisen työympäristön tutkimus on lisääntynyt. Psyykkiseen työympäristön muodostumiseen vaikuttavat työjärjestelyt eli työn jako, työn fyysinen ja psyykkinen kuormittavuus, työmäärä ja työn sisältö. Työjärjestelyihin voidaan katsoa kuuluvan myös työn säätelymahdollisuudet ja itsenäisyys, joka liittyy työnhallinnan käsitteen kanssa. Työn aikataulutus ja työajat liittyvät työoloihin, ja ne ovat terveydenhuoltoalalla erityisiä riskitekijöitä erityisesti sairaalatyössä, mutta myös terveystieteissä.

Työolon käsitteestä poiketen työhyvinvoinnin käsitteeseen nivoutuu vahvemmin ulkoisten tekijöiden lisäksi työntekijän omat työhön kohdistuvat odotukset ja itselleen asettamat tavoitteet ja se, miten nämä vastaavat tehdyn työn laadullisia ominaispiirteitä. On otettava huomioon, että myös varsinaisen työn ulkopuoliset seikat, kuten työntekijän terveys, toimintakyky ja elämäntilanne voivat vaikuttaa mahdollisuuksiin voida hyvin työssä. (Kasvio & Huuhtanen 2007, 26.)

Työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä on pyritty kartoittamaan erilaisilla malleilla. Warrin vitamiinimalliksi kutsutun teorian mukaan määritellyt työn piirteet lisäävät työhyvinvointia tiettyyn pisteeseen asti, mutta tämän jälkeen ne lisääntyessään, kuten eri vitamiinit, vaihtoehtoisesti joko eivät enää tuo lisähyötyä tai voivat jopa muuttua haitallisiksi. Warr (2007, 115–203) määrittelee

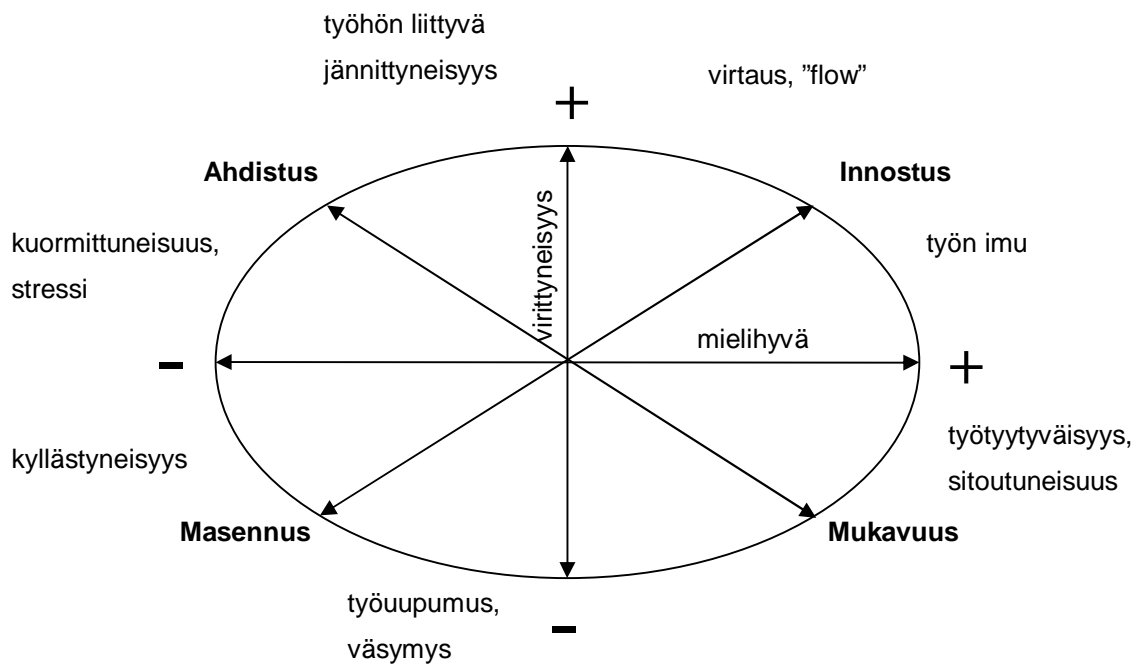
työhyvinvoinnin kannalta kaksitoista merkittävää työn piirrettä. Näistä työn itsenäisyys, työn vaatimukset, sosiaalinen tuki, taitojen käyttö, työtehtävien monipuolisuus ja työympäristön signaalit (työympäristön tulkittavuus ja palaute työstä) lisäävät työhyvinvointia tiettyyn rajaan asti, mutta voivat sen yli lisääntyessään aiheuttaa kielteisiä vaikutuksia. Kuuden muun työnpiirteen – palkan, turvallisuuden, arvostuksen, esimiehen tuen, oikeudenmukaisuuden ja urakehityksen mahdollisuuksien – lisääntymisellä ei ole haitallisia vaikutuksia. Näiden työn piirteiden on osoitettu assosioituvan työtyytyväisyyteen sekä lisäksi käänteisesti työhön liittyvään ahdistukseen ja masennukseen sekä fyysisiin oireisiin. (Warr 2007, 115–203; Jonge & Schaufeli 1998, Rausku & Kinnunen 2003, Mäkikangas & Kinnunen 2003, ks. Kinnunen & Feldt 2005, 27–28.)

Psykologisen työhyvinvoinnin eri ulottuvuuksia on mallinnettu myös kolmesta eri näkökulmasta (mielipaha-mielihyvä, ahdistus-mukavuus, masennus-innostus) (Warr 2007, 21–23). Tästä Warrin affektiivisen työhyvinvoinnin mallista on uudemmissa työhyvinvointitutkimuksissa keskitytty työhyvinvoinnin positiivisiin ominaisuuksiin työn imuun ja virtaukseen (flow), joiden ajatellaan syntyvän otollisten työolosuhteiden mahdollistamina. Työn imu on melko uusi käsite työhyvinvoinnin tutkimuksessa (kuvio 3). Perinteisesti työhyvinvointia on tutkittu negatiivisten käsitteiden avulla, työuupumisen ja tyytymättömyyden kautta (Hakanen 2004, 20). Työn imua pidetään osin työuupumuksen vastakohtana, työhön liittyvänä tyydytyksenä, sitoutumisena ja tyytyväisyytenä (em.). Työn imua on määritelty varsin pysyväksi tunnetilaksi, jolle on keskeistä tarmokkuus, omistautuminen ja työhön uppoutuminen (Schaufeli, Salanova, Gonzales-Roma & Baker 2002; Hakanen 2004, 28).

3.1.2 Työtyytyväisyys, työhön sitoutuminen ja työmotivaatio

Työtyytyväisyys voidaan määritellä työhön kohdistuvaksi, positiivisia tekijöitä korostavaksi tunneperäiseksi asenteeksi (Spector 1997, ks. Mäkikangas, Feldt & Kinnunen 2005, 60). Työntekijöiden ajatellaan tekevän työtä paitsi tyydyttääkseen tarpeitaan, myös saavuttaakseen itse työlleen asettamat tavoitteet (em.).

Työtyytyväisyyttä pidetään tärkeänä työn tuottavuuden kannalta, ja tyytyväisyys työssä on merkittävä tekijä työssä pysymisen kannalta. Työtyytyväisyys ja motivaatio ovat yhteydessä työn piirteisiin, työympäristöön ja työhallintaan. Suomessa työtyytyväisyyttä on tutkittu mm. työtyytyväisyys-, kuormitus- ja stressi-käsitteiden kautta (Elovainio, Kalliomäki-Levanto & Kivimäki 1997, 10).



Kuvio 3 Warrin affektiivisen työhyvinvoinnin malli (Warr 2007, 22; Hakanen 2004, 28).

Hackman ja Oldham (1975) ovat kehittäneet työtyytyväisyysmittarin, joka pyrkii selittämään työtyytyväisyyttä ja työmotivaatiota. Mittaristo jakautuu 1) työn ydinpiirteisiin (työn vaatimat taidot, työkokonaisuus, työn merkittävyys, itsenäisyys, palaute työstä, palaute työtovereilta sekä työn vaatima vuorovaikutus), 2) kriittisiin psykologisiin tiloihin (työn koettu merkityksellisyys, työntekijän henkilökohtainen vastuuntunne työstä, jatkuva tieto tehdyn työn tuloksista), 3) työn aiheuttamiin yleisiin tuntemuksiin (yleinen työtyytyväisyys, tyytyväisyys henkilökohtaisen kasvun mahdollisuuteen, työntekijän halu työskennellä tehokkaasti), 4) tyytyväisyyteen työympäristöön (pysyvyys, palkka, työtoverit, esimiehet) ja 5) kasvutarpeen voimakkuuteen (yksilöllinen motivaatio ja kehittymishalukkuus). (Vartiainen 1989, liite 2.)

Hackmanin ja Oldhamin mittaristoa on käytetty työtyytyväisyystutkimuksessa laajalti. Mittaristo sisältää työtä määrittäviä työn piirteitä, työmotivaatioon liittyviä tekijöitä ja varsinaista työtyytyväisyyttä mittaavia kysymyksiä (Hackman & Oldham 1975; Elovainio ym. 1997, 21). Varsinaista työtyytyväisyyttä mittaavat kysymykset voidaan jaotella yleiseen työtyytyväisyyteen, kasvutyytyväisyyteen ja tyytyväisyyteen työympäristöön (em.). Hackmanin ja Oldhamin mallin mukaan työnpiirteet puolestaan selittävät edellä mainittuja kriittisiä psykologisia tekijöitä, joiden kautta mahdollistuvat työtyytyväisyyden ja motivaation kokemukset (Vartiainen 1989, 6–7).

Kriittisten psykologisten tekijöiden toimiminen työn piirteiden välittäjänä työtyytyväisyyden syntyyn on kuitenkin kritisoitu (Fried & Ferris 1987, ks. Oldham 1996, 41).

Työtyytyväisyyden on todettu assosioituvan voimakkaasti työhön sitoutumiseen ja työtyytyväisyyden parantamista on pidetty avaimena perusterveydenhuollon henkilökunnan sitoutumisen ja työn tehokkuuden parantamiseksi, sillä työhön sitoutumisen tiedetään parantavan työntekijöiden suorituksia (Meyer, Stanley, Herscovitch & Topolnytsky 2002). Heikentyneen työtyytyväisyyden lisäksi työpaikan ryhmätyö- ja ihmissuhde ongelmien on todettu assosioituvan suomalaisten terveyskeskuslääkärien työhön sitoutumiseen (Lepäntalo, Heponiemi, Sinervo, Vänskä, Halila & Elovainio 2008). Työhön sitoutuminen voidaan määritellä yksilön samaistumiseksi työhönsä ja tehtävänsä siten, että työkeskeisyys korostuu elämässä (Kanungo 1982). Työhön sitoutumista voidaan jaotella sitoutumiseksi 1) organisaatioon, 2) uraan, 3) ammattiin, 4) spesifiin työtehtävään sekä 5) yleiseen työhön sitoutumiseen (Mäkikangas ym. 2005, 63–64). Työhön sitoutuminen puolestaan assosioituu työstälähtöaikeisiin. Tutkimusten mukaan terveyskeskuslääkärien työstälähtöaikeita lisäävät epäoikeudenmukaisuuden kokemukset ja heikentynyt työtyytyväisyys (Lepäntalo ym. 2008).

3.1.3 Työstressi ja uupumus

Työstressillä tarkoitetaan työhön liittyviä kuormittavia tapahtumia tai tilanteita, näistä johtuvaa reaktiota sekä yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen epätasapainoa (Kinnunen & Feldt 2005, 13–15). Työstressin tiedetään altistavan työntekijöitä hyvinvointi- ja terveysongelmille, ja tästä voi aiheutua taloudellisia menetyksiä organisaatioille ja yhteiskunnalle (em.). Toisaalta työstressi heikentää työsuorituksia ja täten vaikuttaa organisaation tuloksellisuuteen (em.). Työstressi vaikuttaa siis sekä yksilön että organisaation tasolla. Työstressiä on jaoteltu erilaisin mallein. Sonnentag ja Frese (2003, 454–455) jaottelevat työelämän stressitekijöitä seuraavasti: fyysiset työolot, työtehtävään liittyvät tekijät, rooliepäselvyys ja rooliristiriita, sosiaaliset tekijät, työhön liittyvät aikataululliset tekijät kuten vuorotyö, työuraan liittyvät tekijät, traumaattiset tapahtumat sekä stressiä aiheuttavat organisatoriset muutokset. Katz ja Kahn (1978, 598–600) ovat luoneet työstressin rooliteorian hahmottamiseksi mallin, jossa jaotellaan työstressin kannalta merkittäviä osa-alueita. Näitä ovat 1) rooliylikuormitus, jolla tarkoitetaan liikaa tai liian vaikeita tehtäviä, sekä 2) rooliristiriita, ja 3) rooliepäselvyydet, jotka viittaavat työntekijöihin kohdistuviin ristiriitaisiin tai epäselviin odotuksiin (em.).

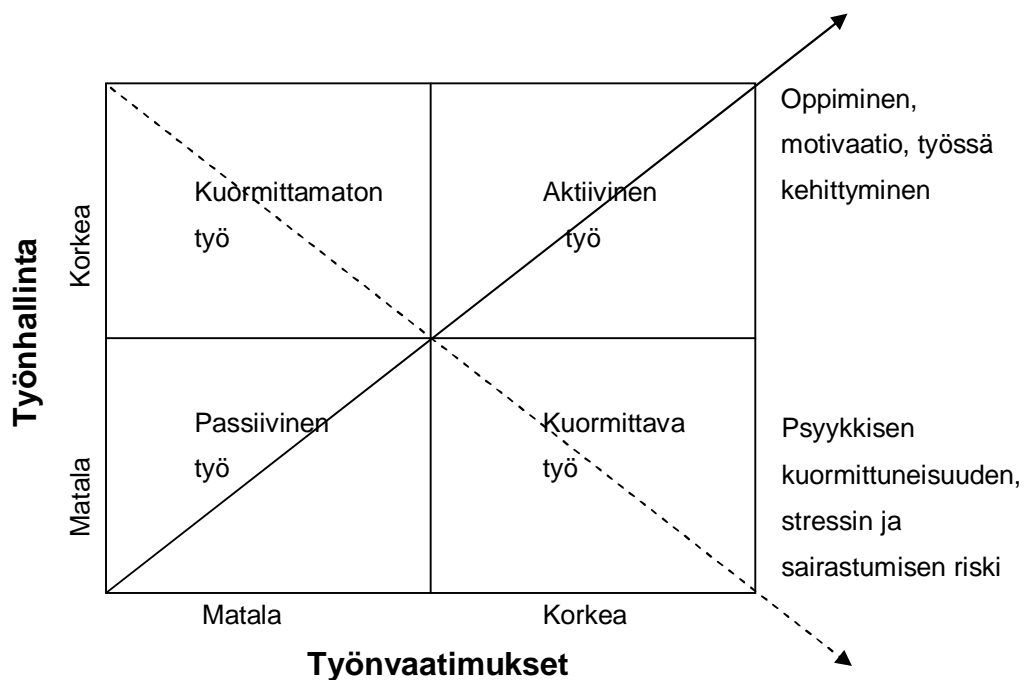
Työuupumusta (burnout) on määritelty työhön liittyvänä tunneperäisenä reaktiona (Maslach, Schaufeli & Leiter 2001) tai pitkäaikaisen vaativan sitoutumisen aiheuttamana tilana, johon liittyy fyysinen, tunneperäinen ja henkinen uupuminen (Kinnunen & Feldt 2005, 39). Työuupumus eroaa työstressistä pitkäkestoisuutensa ja tunneperäisyytensä osalta (em., 40–41). Maslach ym. (2001) ovat määritelleet työuupumuksen pitkittynen työstressin ja haitallisten työolojen seuraukseksi. Heidän mukaansa työuupumusta luonnehtivat uupumusasteinen väsymys, kynnistyneisyys ja ammatillisen itsetunnon heikentyminen. Työuupumus on yhteydessä liialliseen kuormitukseen, heikentyneisiin vaikutusmahdollisuuksiin, puutteelliseen palkitsemiseen, työyhteisön hajanaisuuteen, työyhteisön heikkoon oikeudenmukaisuuteen ja arvokonfliktiin työssä. Kokemus siitä, että tehty työ ja sen edellyttämät ponnistukset tulevat huomatuksi ja arvostetuksi sekä onnistumisen kokemukset ovat tärkeitä työuupumuksen välttämiseksi. (Maslach ym. 2001.)

3.1.4 Työhallinta

Työhallintaa on määritelty usein eri tavoin, joista Johnsonin (1989, 55–56) mukaan hallinnan käsitteeseen sisältyy 1) oman työn ohjaukseen ja johtamiseen liittyvä toiminta, 2) sosiaalinen näkökulma, joka ilmenee ihmisten välisissä valta-suhteissa, 3) aseman määrittely, joka esiintyy yksilön tehtävän ja siihen liittyvät toiminta-valtuuksien muodossa, sekä 4) viittaus osaamiseen ja kykeneväisyyteen. Toisaalta työhallinta voidaan määrittää itsenäisyydeksi työssä (Hackman & Oldham 1975) tai yksilön mahdollisuutena käyttää sosiaalisia, henkilökohtaisia ja organisaation voimavaroja työhönsä ja olosuhteisiinsa vaikuttamiseen (Aronssonia 1989a, 75). Frese (1989, 108–111) liittää hallinnan käsitteeseen keskeiseksi päämäärän tai tavoitteen saavuttamisen ja sitoo sen näin toimintaan. Olosuhteisiin pyritään vaikuttamaan jonkin päämäärän saavuttamiseksi. Fresen mukaan ilman tätä toiminnan tavoitetta ei hallinnan käsite ole mielekäs (em.). Työntekijän hallinnan mahdollisuudet voivat toteutua vain, jos hänellä on siihen riittävät taidot ja kyvyt (em.). Näin myös osaaminen nivoutuu työhallinnan käsitteeseen. Työntekijällä on siis oltava osaamista sekä työn substanssin että hallinnan suhteen (Vahtera 1993, 6).

Karasek ja Theorell (1990, 31–40) ovat mallintaneet työn psykologisia haasteita työn vaatimusten ja hallinnan mallissaan (Job Demand-Control model, JDC model), jossa työtä määritellään työn vaatimusten (job demand) ja työntekijän hallintamahdollisuuksien (job control) avulla. Työhallintaan sisältyvät mahdollisuudet vaikuttaa työoloihin, työn sisältöön sekä toisaalta työn monipuolisuus ja mahdollisuudet vaikuttaa työtä koskevaan päätöksentekoon (Kinnunen & Feldt 2005, 18). JDC-mallin mukaan syntyy psyykkisesti kuormittava tilanne (kuvio 4), jos työhallinnan mahdollisuudet eivät kasva työnvaatimusten lisääntyessä. Tällainen tilanne erityisesti pidempään

jatkuessaan on uhka työntekijän terveydelle ja heikentää tuottavuutta. Toisaalta vaativakin työ voi edistää työhyvinvointia, jos työntekijällä on mahdollisuudet vaikuttaa työhönsä. (Karasek & Theorell 1990, 31–40.) JDC-mallissa on myöhemmin huomioitu myös sosiaalisen tuen ulottuvuus (Karasek & Theorell 1990, 68–71). Kuormittavan työn haitallisuus lisääntyy tilanteissa, joissa sosiaalinen tuki on riittämätöntä (Kinnunen & Feldt 2005, 20–23). Toisaalta sosiaalisen tuen voidaan ajatella parantavan työhyvinvointia tilanteissa, joissa työn vaativuus on suuri (em.). Työn hallintamahdollisuuksien ja vaatimusten välisen epäsuhtan on todettu assosioituvan työtytymättömyyteen, psyykkiseen pahoinvointiin, stressiin, mielenterveydenhäiriöihin ja sydän- ja verisuonitautien sairastuvuuteen (Kinnunen ja Feldt 2005, 21–23; Karasek & Theorell 1990, 123–134).



Kuvio 4 Karasekin malli työn hallinnan arvioimiseksi (Karasek 1979).

Työnhallinnan on osoitettu olevan suhteessa työntekijöiden terveyteen ja työtyytyväisyyteen (Spector 1986). Työnhallinnan puuttumisen on todettu johtavan toimintavalmiuksien heikkenemiseen ensin samankaltaisissa ja myöhemmin muunkin tyyppisissä tilanteissa (Aronsson 1989b). Tämä johtaa oman toiminnan tarkoituksettomuuden tunteeseen sekä muutokseen pyrkivän ja muun aktiivisen toiminnan vähenemiseen (em.). Vahtera (1993, 108–109) on tutkinut

työhallinnan merkityksiä suomalaisessa työväestössä ja todennut yhteyden työhallinnan, sosiaalisten verkkojen ja terveyden välillä.

Lääkärin työssä mahdollisuudet työhallintaan ovat suuremmat kuin esimerkiksi lähi- ja sairaanhoitajilla. Koska vaatimustaso on suuri ja työssä on usein jatkuva kiire, on kysymys työn hallinnan ja vaatimustason suhteesta erittäin keskeinen. Töyry (2005, 63–64) on todennut terveyskeskuslääkäreillä esiintyvän kyynistymistä, jonka voisi ajatella liittyvän tunteisiin omien vaikutusmahdollisuuksien heikkoudesta. Nämä tunteet johtunevat työn sisällöstä, mutta myös hallinnan mahdollisuuksien rajallisuus vaikuttaa asiaan.

Työterveyshuollon organisaatiossa toteutetussa tutkimuksessa todettiin asiakastyytyväisyyden korreloivan työntekijöiden kokeman työhallinnan kanssa. Työntekijät, joilla on paremmat mahdollisuudet vaikuttaa työhönsä, tuottavat parempaa tulosta. Myös päättäjien arvioima työn tehokkuus ja laatu oli parempi silloin, kun työntekijöillä oli paremmat vaikutusmahdollisuudet omaan työhönsä. (Simola & Kinnunen 2005, 128.)

3.1.5 Johtaminen ja oikeudenmukaisuus

Organisaation oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan työntekijöiden kokemuksia siitä, kuinka puolueettomasti heitä työpaikalla kohdellaan (Moorman 1991). Oikeudenmukaisuutta on tutkittu erilaisista näkökulmista, joista päätöksenteon oikeudenmukaisuus liittyy organisaation prosesseihin ja niiden vaikutukseen työntekijään. Kohtelun oikeudenmukaisuus liittyy johtamiseen ja siihen, miten tasapuolisesti ja asiallisesti esimies kohtelee alaisiaan. Työntekijöiden kokemukset saamastaan arvostuksesta ja aineellisesta palkitsemisesta selittävät palkitsemisen ja jakamisen oikeudenmukaisuutta. Tiedon saatavuuden oikeudenmukaisuus vaikuttaa niin ikään luottamuksen syntymiseen organisaation ja sen työntekijöiden välille. (Cropanzano & Byrne 2001.)

Koetun oikeudenmukaisuuden on todettu vaikuttavan työntekijöiden työtyytyväisyyteen (Greenberg 1990), yhteistyön tekemiseen (Tyler & DeGoey 1995), organisaatioon sitoutumiseen (Moorman 1991), lähtöaikeisiin (Dailey & Kirk 1992) ja terveyteen (Elovainio, Kivimäki & Vahtera 2002; Elovainio, Kivimäki, Steen & Vahtera 2004).

Oikeudenmukaisuuden kokemus ja luottamus organisaation syntyvät johtamistyössä ja jokapäiväisessä vuorovaikutustilanteissa työntekijöiden kanssa. Johtamisella ja informaation saatavuudella on siis keskeinen rooli työntekijöiden oikeudenmukaisuuden kokemuksiin. Johtamisen keinot luoda oikeudenmukaiseksi koettu organisaatio syntyvät vuorovaikutuksesta,

informaation saatavuudesta, työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksista, työntekijöiden arvostavasta kohtelusta ja pyrkimyksestä tasapuolisuuteen. Organisaation oikeudenmukaiseksi kokevat työntekijät sitoutuvat paremmin noudattamaan esimiestensä ohjeita, ja hyväksyvät myös itselleen epäedulliset päätökset paremmin. (Sinervo, Elovainio, Pekkarinen & Heponiemi 2005, 133–146.) Lisäksi oikeudenmukaisuudella on vaikutus heidän työsuorituksensa laatuun (Colquitt 2001) ja tehokkuuteen (Hendrix, Robins, Miller & Summers 1998).

Oikeudenmukainen päätöksenteko vaikuttaa siihen, missä määrin työntekijät kokevat heillä olevan vaikutusmahdollisuuksia. Lisäksi kun työntekijä voi luottaa päätöksenteon oikeudenmukaisuuteen, lisääntyy tilanteiden ja ratkaisujen ennakoitavuus. Oikeudenmukainen kohtelu lisää työntekijän kokemusta siitä, että häntä arvostetaan ja hän kuuluu ryhmään. (Pekkarinen, Sinervo, Elovainio, Noro, Finne-Soveri & Laine 2004, 13.)

Työhyvinvoinnin johtamisen keinoja ovat käytännön vuorovaikutuksen mahdollistavat toimet henkilökohtaisista keskusteluista ryhmäpalavereihin, tavoitteiden yhteinen sopiminen, palautteen antaminen ja sen saaminen (Juvonen & Ollila 2004, 314–315).

Työntekijöiden työhyvinvointiin vaikuttaa se, että organisaatio koetaan kannustavaksi ja tukevaksi. Organisaatio koetaan tällaiseksi yleensä, silloin kun organisaatio henkilöjohtamisen keinoin osoittaa arvostuksensa työntekijöitä kohtaan, kohtelee työntekijöitä oikeudenmukaisesti ja siten tukee heitä (Perceived Organizational Support -teoria). (Eisenberg, Huntington, Hutchison & Sowa 1986; Mauno & Ruokolainen 2005, 156 ja 159.)

Käytännön esimiestyö on yhteistyön ja strategisen henkilöstösuunnittelun ja kehittämisen ohella keino saavuttaa työhyvinvointia organisaatiossa. Arkiset keinot, kuten organisointi, tavoitteista keskusteleminen, palaverikäytännöt, kehityskeskustelut, palaute ja oikeudenmukaisuus, ovat käytännön perustehtävään kytkeytyvää johtamista, jotka arjessa muodostavat työhyvinvoinnin kokemusta. (Andersson & Heiskanen 2004, 314–315.)

3.1.6 Sosiaalinen tuki

Työpaikan sosiaalinen ympäristö – suhteet esimiehiin, kollegoihin ja potilaisiin sekä yhtäläiset mahdollisuudet työssä, tiedonkulku, koulutus- ja tutkimusmahdollisuudet, konsultaatiomahdollisuudet, yhteistyö ja osallistuminen – voidaan luokitella osaksi sosiaalisia työoloja. Niistä erityisesti työpaikan sosiaalisilla suhteilla on keskeinen merkitys työssä viihtymiselle.

Työpaikan sosiaalisia suhteita tutkinut Johnson (1989, 65) listaa työpaikan sosiaalisen tuen vaikutusten 1) vastaavan ihmisen perimmäiseen tarpeeseen olla ryhmän jäsen, 2) olevan voimavara, joka on tarpeen työnvaatimuksista selviytymiselle, 3) vaikuttavan aikuisiän sosiaalistumiseen edistämällä aktiivista tai passiivista käyttäytymistä ja 4) muodostavan työnhallinnan kanssa yhteisöllisen selviytymisjärjestelmän, joka suojaa työntekijöitä työhön liittyviltä rakenteellisilta paineilta ja vaatimuksilta.

Sosiaalinen tuki työssä on keskeistä työssä jaksamisen kannalta, ja yksin tehty työ kuormittaa työntekijää enemmän sekä heikentää työnhallintaa, kun mahdollisuus yhteisölliseen työnhallintaan on heikentynyt (Vahtera 1993, 81). Esimieheltä saatavan tuen on havaittu olevan erityisen keskeistä, ja huono esimiestuki liittyykin huonoon työtyytyväisyyteen, oireiluun ja stressaavuuden kokemuksen lisääntymiseen sekä uupumiseen (Balshem 1988, Dignam ym. 1986, ks. Vahtera 1993, 29–30). Myös sosiaaliset suhteet työtovereihin ja näiden osoittama tuki havaittiin merkitseväksi, joskin vähemmän kuin esimieheltä saatava tuki (em.). Sosiaaliset suhteet vaikuttavat myös työntekijän terveyteen (em.).

3.1.7 Yhteistyö

Sosiaali- ja terveydenhuollon työ hyötyy yhteistyöstä, sillä asiantuntemus on pilkkoutunut pieniin, voimakkaasti erikoistuneisiin alueisiin (esim. lääketiede, kotisairaanhoido, sosiaalityö, neuvolatyö, kouluterveys). Yhteistyönä pidetään sekä sitä, että ryhmässä toimitaan jonkin asian hoitamiseksi, mutta myös sitä, että tarvittaessa saa apua ja tietoa muilta. Perusterveydenhuollossa lääkärin keskinäinen sekä lääkärin ja hoitajien välinen yhteistyö on useimmiten avun ja tiedon saamista muilta, kun taas perusterveydenhuoltoon kuuluvassa kotisairaanhoidossa korostuu pienryhmätoiminta sairaanhoitajien, lähihoitajien ja terveydenhoitajien sekä myös lääkäreiden välillä (Launis 1994, 98).

Tiimityöskentelyä on viime vuosina pyritty perusterveydenhuollossa lisäämään, ja tämä uusi toimintatapa poikkeaa totutusta käyttäytymismallista, jossa apua ja tietoa haetaan työtovereilta vain tarvittaessa. Tiimityöskentelyllä on pyritty tehokkaampaan työnjakoon terveydenhuollon henkilökunnan välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ryhmätyön tehtävänä on myös yhdistää eri osa-alueiden asiantuntijuus.

3.1.8 Työilmapiiri

Työilmapiiri koostuu yksikön jäsenten vaikutelmista, odotuksista, tunteista sekä keskinäisestä kommunikaatiosta, luottamuksesta, yhteenkuuluvuuden kokemuksesta ja arvostuksesta (Simola & Kinnunen 2005, 124). Hyvän työilmapiirin osatekijöitä ovat työntekijöiden väliset hyvät suhteet, hyvä yhteistyö, työtovereilta saatava tuki, työryhmän rakentava tapa ratkaista ristiriitoja, työyhteisön kiinteys sekä yksimielisyys keskeisistä asioista (em., 136).

Hyvän työilmapiirin on todettu assosioituvan taloudelliseen tulokseen terveydenhuollon organisaatiossa (Simola & Kinnunen 2005, 128). Myönteinen ilmapiiri on myös yhteydessä organisaation kehittämisen onnistumiseen. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa ryhmätyön toimivuuden on todettu vaikuttavan hoitosuosituksen käyttöönottoon (Elovainio, Sinervo & Pekkarinen 2001, 48–51). Ilmapiiri vaikuttaa myös työntekijöiden stressioireiden ilmenemiseen sekä oikeudenmukaisuuden kokemuksiin (Elovainio, Eccles & Sinervo 2002). Hyvän työilmapiirin on todettu assosioituvan myös esimiesten ja johdon positiivisiin arvioihin työn tehokkuudesta, tuottavuudesta ja laadusta sekä hyvään asiakastyytyväisyyteen (Simola & Kinnunen 2005, 136–137).

3.2 Valtiollisten, kunnallisten ja organisatoristen tekijöiden vaikutus terveyskeskusten työoloihin

Terveyskeskusten henkilöstöstä pääosa toimii kuntien tai kuntayhtymien palveluksessa. Terveydenhuoltoalalla toiminnan kehittämistä vastaavat pääasiallisesti valtiolta ja kunnat (Wickström, Laine, Pentti, Lindström & Elovainio 2002, 8–11). Valtiovallan vaikutusmahdollisuudet terveydenhuollon järjestelyihin ja täten alan työpaikkojen työoloihin ovat rajalliset. Valtion taloudellisen ohjauksen merkitys on vähäistä; enää viidesosa terveydenhuollon kustannuksista katetaan valtion varoin, eikä kyseisen summan käyttöä ole ohjattu "korvamerkinnöin" (Wickström ym. 2002, 8–11). Näin ollen kunnan päättäjillä on keskeinen rooli terveydenhuollon työoloihin vaikuttavassa päätöksenteossa.

Laki edellyttää kuntia järjestämään asukkailleen terveyden- ja sosiaalihuollon palveluja, mutta kunnat päättävät itse toiminnan järjestämisestä. Terveydenhuollon päätöksenteon hierarkiassa virkamiesjohdon periaatteellisenä tehtävänä olisi johtaa moniammatillista yhteistyötä ja tuoda substanssietoutta kuntien johtoryhmiin. Toiminnallisella johdolla on vastuu henkilökunnan hyvinvoinnista ja kehittämisestä, mutta ei budjettivaltaa. Terveydenhuollon toimijoita, kuten

ylilääkäreitä, sitoo kunnan talousarvio siten, että työoloihin vaikuttaminen rajoittuu tekijöihin, joilla ei ole merkittävää lyhyen tähtäimen vaikutusta kustannuksiin. Terveysterveysten toimijat voivat nostaa työoloihin vaikuttavia tekijöitä ja muutosehdotuksia esille kuntatasolle päätettäväksi. Kunnissa terveysterveysten päällikkö yhdessä kunnan johtajan kanssa ovat keskeinen taho terveysterveysten hoitoyksiköitä koskevassa päätöksenteossa (Wickström ym. 2002, 47). Rahojen niukkuus on viime vuosikymmeninä rajoittanut erilaisia mahdollisuuksia terveysterveysten järjestämiseen. Kuntien terveysterveysten hoitoa koskeva rahoitus on terveysterveysten kustannusten nousun vuoksi ollut riittämätöntä ja jo ennen uutta taantumaa ovat voimavarojen karsiminen ja taloudelliset supistukset olleet arkipäivää. (Wickström ym. 2002, 8–11.)

Kuntien terveysterveysten järjestämiseen ja siten myös terveysterveysten henkilöstön työoloihin pyritään vaikuttamaan valtiovallan taholta. Paras -hankkeen tarkoituksena oli lisätä kuntien yhteistyötä terveysterveysten järjestämisessä siten, että perusterveysterveysten hoitoloista vastaavilla kunnilla tai yhteistoiminta-alueilla on oltava vähintään 20 000 asukasta (L169/2007, 5.3§). Tämä oli merkittävä muutos, sillä edeltävästi vain 25 % kunnista ja yhteistoiminta-alueista täytti tämän ehdon (Suomen Kuntaliitto 2006). Hankkeen lähtökohtana oli ajatus siitä, että suuremmat asukasohjat luovat paremmat edellytykset toimivien palvelujärjestelmien kehittämiseksi. Lisäksi Kaste -hankkeen (2008–2011) tarkoituksena oli painottaa kuntien vastuuta terveysterveysten järjestämisestä ja tämän saavuttamiseksi säädettiin uusi terveysterveysten hoitola (L1326/2010). Vuoden 2010 alusta sosiaali- ja terveysterveysten hoito valtionosuusjärjestelmä muuttui siten, että tehtäväkohtaisista osuuksista luovuttiin ja kuntien vaikutusmahdollisuudet palvelujen järjestämisessä lisääntyivät entisestään. Näin oli tarkoitus lisätä kuntien vastuuta kehittämistyöstä ja sitä kautta terveysterveysten hoitotyöntekijöiden työhyvinvoinnista. Toisaalta yhteistyötä kansallisten kehittämistoimijoiden (Terveysterveysten ja hyvinvoinnin laitos, Työterveysterveysten laitos) välillä olisi tarkoitus lisätä. Kaste -hankkeen tarkoituksena oli palveluiden tehokkaampi tuottaminen olemassa olevin voimavaroin (em., 20). Valtioneuvosto on vahvistanut seuraavan nelivuotisen Kaste -ohjelman 2012–2015, jonka yhtenä osatavoitteena on edelleen parantaa sosiaali- ja terveysterveysten hoito palvelurakenteita (STM 2012, 4). Valmistuilla olevan kuntauudistuksen on niin ikään tarkoitus vahvistaa terveysterveysten hoito palvelurakenteita ja vähentää terveysterveysten hoito rahoituksen monikanavaisuutta (STM 2013).

Terveysterveysten keskuksia johtavilla ylilääkäreillä on mahdollisuus vaikuttaa työoloihin keinoin, jotka eivät vaikuta virkapohjiin, kunnallisella tasolla tehtyihin linjauksiin tai rahoitukseen. Lisäksi ylilääkärit toimivat esittelijöinä kunnan päättävissä elimissä. Terveysterveysten hoitohenkilöstön työoloihin

vaikuttavista tekijöistä päätetään pitkälti kuntatasolla, joka päättää terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta. Kunnan valtuustolla on vahva asema kunnan toiminnassa ja se vastaa kunnan strategisesta päätöksenteosta. Strategisella tasolla kunnan työntekijöiden työhyvinvointi on huomioitu lähinnä kuitenkin vaan niissä kunnissa, joissa käytössä on laaja henkilöstöpolitiikkaan liittyvä ohjausjärjestelmä esimerkiksi Euroopan laatupalkintojärjestelmä tai tasapainotettu mittaristo (Kauppinen 2004, 256–257). Muuten kunnan päättävien elinten kannanotot työhyvinvointiin ja siihen vaikuttaviin tekijöihin ovat olleet varsin niukkoja. Työoloihin vaikuttavien käytännön linjausten sisällyttämisessä kunnan strategiaan kuntajohto on keskeisessä asemassa (Majoinen 2001, ks. Kauppinen 2004, 257). Kuntatyö 2010 -projektin yhteydessä tehdyssä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään työhyvinvoinnin ja siihen panostamisen merkityksen kokemista kunnissa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että 18 % tutkituista kunnista työhyvinvoinnin edistäminen oli tietoinen strateginen valinta ja 36 % sillä oli merkitystä kunnan strategioissa (Kauppinen 2004, 258). Kunnan koon todettiin vaikuttavan siten, että suurissa kunnissa työhyvinvoinnin edistämistä pidettiin tärkeämpänä. Tutkimuksen mukaan jopa 16 % kunnista ei panosteta työhyvinvointiin erityisemmin (em.). Vain 34 % kunnista oli olemassa henkilöstöstrategia ja 33 % sellaista oltiin suunnittelemassa tai ottamassa käyttöön (Kauppinen 2004, 300).

3.3 Työhyvinvointi terveyskeskuksissa

Sekä lääkärien että terveyskeskuslääkäreiden hyvinvointia ja työhyvinvointia on kartoitettu erilaisin kyselytutkimuksin, joista keskeisimmät esitellään tässä kappaleessa. Tehdyt tutkimukset voidaan jakaa koko lääkärinkuntaa koskeviksi, kokeneita terveyskeskuslääkäreitä koskeviksi, sekä nuoria lääkäreitä yleisesti, työpaikasta riippumatta, koskeviksi.

3.3.1 Lääkärien hyvinvointi

Lääkärien työoloja ja terveyttä kartoittanut Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys - tutkimus osoitti, että lääkärit kokevat työnsä stressaavaksi (Heponiemi, Sinervo, Räsänen, Vänskä, Halila & Elovainio 2008). Tutkimusten mukaan lääkärien stressi johtuu yleisimmin ylikuormituksen tunteesta sekä työn hallinnan ja sosiaalisen tuen puutteesta (Johnson, Hall, Ford, Mead, Levine, Wang & Klag 1995). Stressi, päiuvystysten runsaus, huonot elintavat ja unettomuus johtivat työstälähtöajatuksiin ja ammatinvaihdon harkitsemiseen (Heponiemi ym. 2008). Tutkimuksen mukaan vaikutusmahdollisuuksien lisääminen ja oikeudenmukainen johtaminen olivat

keinoja työstälähtöaikaisten vähentämiseen (em.) Lääkäreillä on edelleen muuhun väestöön verrattuna enemmän itsemurha-ajatuksia, niiden yleisyys on jopa 3.5-kertainen (em.).

Lääkäreiden työolot ja terveys 2006 ja 2010 -tutkimuksissa pyrittiin selvittämään työn kuormituksen, sosiaalisen tuen ja ryhmätyön toimivuuden sekä johtamisen oikeudenmukaisuuden vaikutuksia lääkäreiden terveyteen, hyvinvointiin ja eläkkeelle jäämiseen (Elovainio, Heponiemi, Vänskä, Sinervo, Kujala, Laakso, Jalonen, Hakanen, Husman, Töyry & Halila 2007; Heponiemi, Vänskä, Aalto & Elovainio 2012). Vastaavia selvityksiä on tehty myös 1986 ja 1997. Vuoden 2006 postitse toteutettuun kyselytutkimukseen osallistui 2841 lääkäriä. Tutkimuksen mukaan lääkäreiden terveys ja työolot ovat vähintään tyydyttävällä tasolla. (em.) Kaikista lääkäreistä yli 60 % ja terveyskeskuslääkäreistä lähes 80 % koki jatkuvasti tai melko useasti jatkuvan kiireen ja tekemättömien töiden paineen huolestuttaneet tai häirinneet. Yli 50 % lääkäreistä vastasi usein rasittuneensa siitä, että aikaa on liian vähän työn tekemiseen kunnolla. Lääkäreiden määrällinen riittämättömyys ja jatkuvat keskeytykset koettiin niin ikään merkittäviksi häiriötekijöiksi. Nämä työoloja heikentävät tekijät koettiin vaikeammiksi terveyskeskuksissa kuin sairaalatyössä. (Suomen Lääkäriliitto 2006.) Lääkäreiden työolot ja terveys 2010 – seurantatutkimuksessa (N=1705) todettiin potilastyöhön ja tietojärjestelmiin liittyvän rasituksen lisääntyneen verrattuna vuoteen 2006. Kiirettä ja potilastyöhön liittyvää rasitusta esiintyi eniten terveyskeskuksissa (Heponiemi ym. 2012).

3.3.2 Työhyvinvointi terveyskeskuksissa

Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimuksessa tutkittiin nykyisten terveyskeskuslääkäreiden työssä viihtymistä sekä heidän arvioitaan terveyskeskusten toimivuudesta (Kumpusalo ym. 2002). Kyseiseen tutkimukseen kuului myös mielenkiintoinen alatutkimus, jossa analysoitiin terveyskeskustyön lopettaneiden lääkäreiden syitä muualle siirtymiseen (Vehviläinen, Takala, Haggren, Roitto & Kumpusalo 2003a).

Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimuksen postitse lähetettyyn kyselyyn vastasi 2419 lääkäriä. Lääkärit oli valittu sen perusteella, että he kaksi vuotta aiemmin tehdyssä Suomen Lääkäriliiton kyselyssä olivat ilmoittaneet työskentelevänsä terveyskeskuksessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia terveyskeskuslääkäreitä ja heidän näkemyksiään työstään. Tutkimuksessa todettiin, että terveyskeskuksen ydinjoukon muodostavat keski-ikäiset, kokeneet lääkärit, jotka viihtyivät hyvin työssään. Naislääkäreitä oli 61 %. Heidän määränsä tulee lisääntymään, sillä opintoja aloittavista naisista on suurimmillaan ollut lähemmäs 70 %. Parhaiten viihtyivät pienten terveyskeskusten lääkärit ja hallintolääkärit. Terveyskeskusvastaanottoa pitävistä lääkäreistä

väestövastuulääkäreistä hieman suurempi osa (24 %) oli melko tai erittäin tyytymättömiä työhönsä kuin niistä, joilla ei ollut väestövastuuta. Tutkituista terveyskeskuksessa työskentelevistä lääkäreitä lähes kolmas osa (31 %) ilmoitti vakavasti harkitsevansa siirtymistä yksityislääkäriksi. Yksityiselle sektorille siirtyminen harkitseminen oli yleisempää väestövastuulääkäreillä (38 % miehistä ja 33 % naisista) kuin terveyskeskuslääkäreillä keskimäärin. Tutkimuksen mukaan alle 40-vuotiaita lääkäreitä oli terveyskeskuksissa huolestuttavan vähän. Lisäksi nuorista lääkäreistä 53 % harkitsi yksityissektorille siirtymistä. Vaikka keskimäärin 80 % lääkäreistä ilmoitti olevansa vahvasti sitoutuneita nykyiseen työhönsä, oli huomattavasti vähemmän sitoutuneiden joukossa etenkin nuoria naislääkäreitä. (Kumpusalo ym. 2002.)

Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimuksessa lääkäreiden työssä viihtyminen korreloi suoraan sen kanssa kuinka hyvin toimiviksi kyseiset terveyskeskukset oli arvioitu. Keskeisiä toimivuuteen vaikuttavia seikkoja olivat mm. yhteistyö eri työntekijäryhmien välillä, sijaisten saatavuus, vastuuväestön koko, terveyskeskuksen johtamistyyli ja lääkäreiden täydennyskoulutus mahdollisuudet. (Vehviläinen, Takala, Haggren, Vihola & Kumpusalo 2002.)

Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimus jatkui vuonna 2006 tehdyllä kyselyllä. Tuolloin kyselyyn vastasi 2160 lääkäriä, jotka vuotta aikaisemmin Lääkäriliiton kyselyssä olivat ilmoittaneet työskentelevänsä terveyskeskuksessa. Vuonna 2006 näistä 1722 lääkäriä oli edelleen terveyskeskuksessa töissä. Tutkittujen keski-ikä oli 46 vuotta ja he olivat valmistuneet keskimäärin 19 vuotta ennen tutkimusta. He arvioivat terveyskeskusten olevan toimivampia kuin vuonna 2002. Tässä välissä oli toteutettu mm. kansallinen terveyshanke. Terveyskeskusten parhaiten (yhteistyö laboratorion ja röntgenin kanssa, lääkäreiden yhteistyö, konsultaatiomahdollisuudet ja yhteistyö avustavan henkilökunnan kanssa) sekä huonoiten (sijaisten saatavuus, mahdollisuus tieteelliseen toimintaan, lääkäreiden työterveyshuolto, yhteistyö kunnan kanssa ja yhteistyö potilasyhdistysten kanssa) toimivat osa-alueet eivät olleet muuttuneet seurannan aikana. Suurimmat muutokset olivat tapahtuneet koulutuksessa (sisäinen ja ulkopuolinen), potilastietojen kulussa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, omassa työterveyshuollossa sekä sijaisten saannissa. Tutkimuksen mukaan erikoislääkärit olivat erikoistumattomia lääkäreitä tyytyväisempiä ja mieslääkärit naislääkäreitä tyytyväisempiä terveyskeskusten toimivuuteen. (Vehviläinen ym. 2007a.)

Vuosien 2002 ja 2006 välillä lääkärin arvioivat tärkeimpien kehityskohteiden parantuneen lukuun ottamatta oman työn hallintaa. Lääkäreiden mukaan neljän vuoden aikana olivat parantuneet päivystys- ja työajan järjestelyt, tietojärjestelmät, palkkaus ja koulutusmahdollisuudet. Sen sijaan kunnan säästötoimet, hankaliin potilaisiin liittyvät ongelmat, lääkäri- ja sijaispula, uusien tehtävien

vyöryttäminen erikoissairaanhoidosta ja oman työn hallintaan liittyvät ongelmat olivat lisääntyneet. (Vehviläinen, Valkonen, Takala & Kumpusalo 2007b.)

Vuonna 2010 kerättiin kolmas aineisto, liittyen Terveyskeskuksen nykytila ja tulevaisuus - tutkimuksiin. Kun aineisto kerättiin, oli kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (Kaste -hanke) käynnissä. Lisäksi palvelujen saatavuuden parantamiseen pyrittiin kunta- ja palvelurakenneuudistuksella (Paras -hanke). Tutkimukseen vastasi 1663 lääkäriä (51 % otannasta). Terveyskeskusten toiminta ei kokonaisuudessaan ollut tutkimuksen mukaan parantunut vuoteen 2006 verrattuna. Kehitystä oli vastaajien mukaan tapahtunut lääkärin omassa työterveyshuollossa, sijaisten saannissa, lääkärin yhteistyössä kollegojen ja hoitajien kanssa sekä konsultaatiomahdollisuuksissa. Aiempaa heikommiksi arvioitiin tietotekniikka, mahdollisuudet osallistua koulutuksiin, ajanvarauksen toimivuus ja yhteistyö yksityissektorin ja sosiaalitoimen kanssa. Työn organisoinnissa sekä yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa ei ollut tapahtunut parantumista. Huonoimmin toimiviksi terveyskeskustyön osa-alueiksi oli 2010 arvioitu yhteistyö kunnan kanssa, tutkimustoiminta terveyskeskuksissa sekä mahdollisuus saada sijainen. (Haimakainen ym. 2011a.) Toisaalta tilanteen koettiin heikentyneen erityisesti työn hallinnan, kiireen ja lääkärin riittämättömyyden suhteen (Haimakainen, Vehviläinen & Kumpusalo 2011b).

Verrattaessa terveyskeskusten toiminnassa 2002–2010 tapahtuneita muutoksia johtamisen ongelmat nousivat esille, erityisesti suurissa terveyskeskuksissa. Vuonna 2010 vastaajista 56 % ajatteli johtamiskulttuurin olevan ”luvattoman heikkoa”. Vajaan vuosikymmenen aikana työssä jaksaminen on kuitenkin hieman parantunut. Vuonna 2002 lääkäreistä 60 % koki ”työn imevän kaikki voimat”, vastaava luku oli 44 % vuonna 2010. Vastaajista 66 % arvio jaksavansa eläkeikään asti terveyskeskustyössä aiemman 47 % sijaan. Työssä jaksamista on ajateltu parantavan erityisesti päivystysrasitteen väheneminen, kun päivystyksiä on keskitetty ja ulkoistettu. (Haimakainen, Vehviläinen & Kumpusalo 2011c.)

Neljäsosa vuoden 2002 tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä oli siirtynyt terveyskeskuksista uuteen työpaikkaan vuosien 2000 ja 2002 välillä. Terveyskeskustyöstä luopuneilla lääkäreillä keskeisimmiksi syiksi osoittautuvat työn pakkotahtisuus, erikoistumisen tarve ja työpaikka muualla sekä huonot mahdollisuudet hallita työtään ja päästä ulkopuoliseen koulutukseen. Poislähteneet lääkärit olivat keskimääräistä useammin naisia ja nuorempia kuin terveyskeskuksiin jääneet lääkärit. Yli puolet (53 %) poislähteneistä lääkäreistä oli kuitenkin työskennellyt terveyskeskuksessa vähintään viisi vuotta. Poislähteneillä väestövastuulääkäreillä oli myös jääneitä lääkäreitä suurempi vastuuväestö (2211 vs. 2016, $P < 0.01$). Terveyskeskustyön jättäneistä

lääkäreistä yllättäen jopa 27 % oli erikoistuneita ja keski-ikänsä yli 40-vuotiaita, joten myös kokeneetkin lääkärit jättivät terveystyönsä. Yksityissektorille olikin siirtynyt noin neljäsosa terveystyön jättäneistä lääkäreistä. (Vehviläinen ym. 2003a.) Vastaava tutkimus tehtiin myös 2010, joka vahvisti terveystyöstä luopumisen syyt samoiksi kuin edellisessä tutkimuksessa (Haimakainen, Vehviläinen & Kumpusalo 2012).

Suomen lääkäriyhdistyksen terveystyölääkäreille 2007 tekemässä kyselyssä (N=1217) selvitettiin mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhön. Parhaiten terveystyölääkärit saattoivat vaikuttaa päivystysfrekvenssiin (70 %, vastasi asteikolla ”erittäin tai melko paljon”). Vajaa puolet terveystyölääkäreistä koki voivansa vaikuttaa työaikajärjestelyihin (42 % samalla asteikolla) sekä siihen kuinka paljon käyttää aikaa vastaanottotyöhön (40 %) ja vain kolmasosa koki voivansa vaikuttaa potilaiden määrään (37 %). Kysytyistä tekijöistä huonoimmin lääkärit pystyivät vaikuttamaan vastuuväestön kokoon, sillä vain 5–7 % lääkäreistä koki voivansa vaikuttaa tähän. Samassa kyselyssä kävi ilmi, että vajaa puolet lääkäreistä (42 %) koki, että heillä oli riittävästi aikaa varsinaiseen vastaanottotyöhön. Kyselyn mukaan väestövastuulääkäreistä suurin osa joutui hoitamaan viikoittain omaan väestöön kuulumattomia potilaita, mikä lisää työmäärää ja kiireen tuntua. (Suomen Lääkäriyhdistys 2007b.)

Terveystyökeskusten toimintaa ja lääkäripulaa arvioineessa tutkimuksessa (N=1447) todettiin, että lääkäripuute oli yhteydessä tyytymättömyyteen johtamista kohtaan sekä kokemukseen terveystyökeskustyönsä laadun heikkenemisestä (Saxén 2009, 40–41). Samassa terveydenhuoltohenkilökunnan kyselytutkimuksessa todettiin, ettei lääkäripuute vaikuttanut tyytyväisyyteen ja terveystyökeskuksissa, joissa puute oli suurin, oltiin tyytyväisimpiä työnjakoon (em., 42–43). Tämä yllättävä löydös selittyi sillä, että lääkäripuute johti tämän tutkimuksen mukaan uudistushenkisyyteen ja työnjaon kehittämiseen (em.).

3.3.3 Nuoret lääkärit työssä

Valtakunnallisessa Lääkäri 2003 -tutkimuksen vastaajat jaettiin kahteen ikäkohorttiin ja osatutkimuksessa tutkittiin nuorten lääkärien ammatinvalintaan liittyviä tekijöitä, ajatuksia perus- ja erikoislääkärikoulutuksesta, erikoisalun ja työpaikan valintaan liittyneitä tekijöitä sekä tyytyväisyyttä. Kyseessä oli kyselytutkimus, johon vastasi 1559 kymmenen vuoden sisällä valmistunutta lääkäriä. (Vänskä ym. 2005, 23–24.)

Tutkimuksessa todettiin nuorten lääkäreiden uravalintaan liittyvän monia tekijöitä. Erikoisalan valintaa ohjasivat eniten alan monipuolisuus ja pätevyyden kohtuullisuus (Vänskä ym. 2005, 53–55). Työpaikan valintaan liittyivät tärkeimpänä ammatillinen kiinnostavuus, sijaintipaikkakunta, perhesuhteet ja erikoistuminen (em., 47). Kyseisessä tutkimuksessa todettiin annetuista vastausvaihtoehdoista vähiten työpaikan valintaan vaikuttavan hyvä kouluttajalääkäri tai järjestetty työnohjaus (em.). Töyryn (2005, 65) havainnon mukaan vähäiset konsultaatiomahdollisuudet ovat uupumuksen riskitekijöitä. Ilmeisesti on niin, että työpaikkaa valittaessa riittävää tietoa todellisista konsultaatio- ja koulutusmahdollisuuksista ei ole tai niin, että nuoret lääkärit eivät osaa ennakoida tuki- ja konsultaatiopalvelujen tarvetta ensimmäisiä työpaikkoja valitessaan. Toisaalta vanhempien lääkäreiden ja kouluttajien tuki saattaa enemmän korostua koulutuksellista erikoistumispaikkaa, kuin terveyskeskuspaikkaa valitessa.

Lääkäri 2003 -tutkimuksessa todettiin nuorista sairaalalääkäreistä 81 % ja terveyskeskuslääkäreistä 79 % olevan melko tai erittäin tyytyväisiä työhönsä. Tutkimuksessa todettiin työn pakkotahtisuus, runsaat paperityöt ja resurssien niukkuus haitallisimmiksi tekijöiksi työsuhteessa. Haitallisista tekijöistä kokivat sairaalalääkärit jatkuvasti tai melko usein voimavarojen niukkuutta (45 %), työn pakkotahtisuutta (42 %) ja työn henkistä rasittavuutta (37 %). Sen sijaan terveyskeskuslääkäreistä 66 % koki työn pakkotahtisuuden olevan jatkuvaa tai toistuvan melko usein. Muina jatkuvina tai melko usein toistuvina haitatekijöinä terveyskeskuksissa mainittiin runsaat paperityöt (51 %) ja resurssein niukkuus (50 %). Myös työn henkinen rasittavuus, huonot työtilat ja kohtuuton työmäärä mainittiin usein. Työviihtyvyyteen liittyvistä tekijöistä terveyskeskuksessa koettiin parhaiten toteutuvaksi turvattu elämä, kohtuullinen pätevyyden srasitus ja hyvät potilassuhteet, kun sairaalassa parhaiten toteutuivat tehtävien kiinnostavuus, mahdollisuus erikoistumiseen ja mahdollisuus kehittyä ammatillisesti. Mainittakoon, että tutkimukseen vastanneista 61 % työskenteli päätoimisesti sairaalassa ja 20 % terveyskeskuksessa. (Vänskä ym. 2005, 59–62.)

Lääkäri 2003 -tutkimus on osa poikittaistutkimusta, joka on toistettu vuosina 1988, 1993, 1998 ja 2003. Tällä aikavälillä terveyskeskuslääkärin työn kiinnostavuus on vaihdellut. Nuorista lääkäreistä 17 % (1988), 24 % (1993), 20 % (1998) ja 15 % (2003) ilmoitti terveyskeskuslääkärin työn mieluisimmaksi vaihtoehdoksi. Kiinnostuksen vaihteluun heijastuneeksi paitsi talouden ja työllisyyden vaihtelut, myös kiristynyt työtahti terveyskeskuksissa. (Vänskä ym. 2005, 62–64.)

Lääkäri 2008 -kyselytutkimus oli jatkoa Lääkäri 2003 -tutkimuksella ja sitä edeltäneelle tutkimussarjalle. Lääkäri 2008 -tutkimukseen vastasi 1211 vuosina 1997–2006 valmistunutta nuorta lääkäriä, mikä edusti 50 % lääkäreistä, joille kysely oli lähetetty ja 24 % kaikista kyseisinä vuosina

valmistuneista nuorista lääkäreistä (N=5092) (Heikkilä ym. 2009, 29–29). Kyselyyn vastanneista 19 % toimi terveyskeskuksissa (em., 48–49).

Lääkäri 2008 -tutkimuksessa todettiin, että merkittävä osa vastanneista koki seuraavat tekijät ongelmallisiksi lääkärintyössä; ylityöt (41 %), rajalliset mahdollisuudet tutkimustyöhön (37 %), palkan suhde työmäärään (36 %), työstä saadun tunnustuksen vähäisyys (35 %), heikot mahdollisuudet omien ideoiden ja näkemysten toteuttamiseen (33 %) ja huonot etenemismahdollisuudet (31 %). Työssä usein tai jatkuvasti esiintyvinä haasteina vastaajat pitivät runsaita paperitöitä, työn pakkotahtisuutta, työn henkistä rasittavuutta, resurssien niukkuutta, tietotekniikan käyttöä, huonoa tiedonkulkua sekä kohtuutonta työmäärää. Eroja terveyskeskus- ja sairaalalääkäreiden välillä oli siinä, että merkittäväksi haitaksi pakkotahtisuuden koki 52 % terveyskeskuslääkäreistä ja 32 % sairaalalääkäreistä. Myös paperityöt koettiin useammin haitalliseksi terveyskeskuksissa (62 %) kuin sairaaloissa (34 %). Terveyskeskuslääkärit kokivat työn henkisesti rasittavammaksi kuin sairaalassa työskentelevät lääkärit (45 % ja 31 %). (Heikkilä ym. 2009, 60–67.)

Hyvin terveyskeskuslääkärintyössä toteutuviksi työtyytyväisyyteen vaikuttaviksi tekijöiksi todettiin: turvattu elämä (89 %), hyvät potilassuhteet (85 %), tehtävien kiinnostavuus (83 %) ja hyvä työyhteisö (81 %). Terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit arvioivat nämä tekijät positiivisemmin kuin muualla työskentelevät lääkärit tehtävien kiinnostavuutta lukuun ottamatta. Lääkärintyössä arvioitiin esiintyvän vähän (alle 5 % vastanneista) esimiehen liiallista työhön puuttumista tai epäoikeudenmukaisuutta, huonoja esimies-alaissuhteita, turvattomuutta työpaikalla tai epäkollegiaalisuutta. (Heikkilä ym. 2009, 60–67.)

Nuorista terveyskeskuslääkäreistä 75 % on tyytyväisiä työhönsä. Sairaalassa työskentelevien työhönsä tyytyväisten osuus on hieman suurempi. Työtyytyväisyys on poikkileikkaustutkimuksissa kuitenkin laskussa. (Heikkilä ym. 2009, 64). Sairaalityötä pidettiin terveyskeskustyötä mieluisampana. Nuorista lääkäreistä mieluisimpina pitää sairaalityötä 57 % ja terveyskeskustyötä vain 17 % (em., 56).

3.3.4 Työyhteisön ilmapiiri terveydenhuollossa

Lääkäri 2003 -kyselytutkimuksen vapaamuotoiseen työssä jaksamista kartoittaneen kysymyksen vastauksia analysoitiin Haukilahden, Virjon, Halilan, Hyppölän, Isokosken, Kujalan, Kumpusalon, Vänskän ja Mattilan (2005) tutkimuksessa. Siinä todettiin työyhteisön ihmissuhteet ja

vuorovaikutus tärkeiksi tekijöiksi, tutkituista 43 % nosti ne esille jaksamisen kannalta keskeisinä. Työilmapiirin innostavuutta sekä hyviä ihmissuhteita eri ammattiryhmien välillä pidettiin tärkeinä. Lisäksi palautteen saamista potilailta, kollegoilta ja muilta työtovereilta korostettiin. (em.)

Myös sairaalalääkäreitä tutkittaessa työilmapiirin on todettu vaikuttavan lääkäreiden työhyvinvointiin. Huono työilmapiiri lisää sairauslomalle jäämisen riskiä (Kivimäki, Sutinen, Elovainio, Vahtera, Räsänen, Töyry, Ferrie & Firth-Cozens 2001).

Jyväskylän sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen tutkimuksessa osoitettiin niin ikään stressin ja sairauspoissaolojen assosioituvan ilmapiiriin. Kyseessä oli 1997–2001 toistuvasti kerätty kyselyaineisto. Tutkimuksessa todettiin, että johtajat arvioivat työilmapiirin asiantuntijatyöntekijöitä paremmaksi ja heillä oli alaisia vähemmän stressiä ja sairauspoissaoloja. (Nakari 2003, 111–115.) Ilmapiiri arvioitiin paremmaksi silloin kun työyhteisö ja vuorovaikutus toimivat hyvin, työntekijöillä oli käsitys omasta tavoitteellisesta roolistaan työyhteisössä ja hän sai hyödyntää osaamistaan. Esimiehen ja työtovereiden tuki vähensi työn negatiivisia vaikutuksia. Lisäksi johtamisella oli merkittävä vaikutus työilmapiiriin myös tässä tutkimuksessa. Tasapuolisuuden ilmapiiri vaikutti vähensi työn aiheuttamaa stressiä. Lisäksi palkitsemisella oli stressiä vähentävä vaikutus, jos työskentelyolosuhteet eivät olleet ihanteelliset. (em., 117–126.)

3.3.5 Johtaminen terveydenhuollossa

Terveydenhuollon johtajissa on sekä lääkärikoulutuksen saaneita johtajia että osassa suurimmista terveydenhuollon organisaatioista muun koulutuksen saaneita ammattijohtajia. Terveystieteissä lähiesimiehenä toimii yleensä ylilääkäri ja sairaaloissa osastonylilääkärit sekä ylilääkärit. Terveydenhuollon organisaation johtamisen keskeisiä kysymyksiä ovat asiantuntijoiden johtaminen, lääkärijohtajien aiemmin rajoittunut hallinnollinen koulutus sekä toisaalta ammattijohtajien ja lääkärialaisten väliset ristiriidat. Lääkäreiden johtamisessa ongelmana on, että muuhun kuin ammatilliseen osaamiseen perustuvaa auktoriteettia pidetään vieraana, eikä arvosteta yhtäläisesti (Lehto, Viitanen, Autio & Lääkäri 98 -tutkimuksen ryhmä 2003). Toinen syy siihen, miksi lääkärit saattavat suosia lääkärijohtajia on se, että he kokevat tulevansa ammatillisesti ja kokemuksellisesti paremmin ymmärretyiksi lääkärijohtajien taholta. Tähän sopien terveyskeskuslääkäreiden johtajuutta kartoitettaessa lääkärit korostivat johtavan lääkärin roolia lääkärinä, kollegana, lääkäreiden etujen ajajana ja ”yhtenä meistä” (Aira, Mäntyselkä, Myllykangas & Kumpusalo 2006).

Myös sairaaloiden osastonlääkäreitä koskeneen tutkimuksen mukaan lääkärijohtajat itse arvioivat roolinsa vahvemmin kliinisen työn ja siihen liittyvien potilaskonsultaatioiden kautta, kuin hallinnollisen työn kautta. Lähiesimiehet kuvasivat johtamistaan ensisijaisesti ”ammattillisena senioriteettina ja lääketieteellisenä johtajuutena, mutta myös eräänlaisena hoitoprosessien valvojana”. (Viitanen, Wiili-Peltola & Lehto 2002.)

Lääkärien johtamistaitoa arvioivassa tutkimuksessa lääkärit arvioivat johtajiensa onnistuvan parhaiten tulevaisuuden visioinnissa, toiminnan suunnittelussa ja organisoinnissa (Kumpusalo, Nummela, Virjo, Mattila, Neittaanmäki, Halila & Kujala 2004). Huonommin johtajien arvioitiin suoriutuvan palautteen antamisessa (em.). Samassa tutkimuksessa 82 % lääkäreistä arvioi saaneensa liian vähän johtamiskoulutusta (em.).

Terveyskeskusten johtamista koskeneessa tutkimuksessa eri ammattiryhmien edustajat arvioivat johtamisesta terveyskeskuksissa. Vastaja arvioivat johtamisen tyydyttäväksi ja ongelmakohdiksi koettiin osallistuminen päätöksentekoon, tiedonkulku eri työyksiköiden välillä, tiedonkulku johtajan ja alaisten välillä sekä organisaation yleinen johtamistapa. Eri terveydenhuollon ammattiryhmistä ylilääkärit olivat tyytymättömmimpiä tiedonkulkuun. (Jaatinen & Saxèn 2008).

Lääkäri 2003 -tutkimuksessa lääkärit arvioivat esimiestensä onnistuvan parhaiten oikeudenmukaisuudessa, mutta kehitettävää oli eniten palautteen antamisessa ja seurannassa ja arvioinnissa (Sumanen, Viitanen, Virjo, Hyppölä, Halila, Kumpusalo, Kujala, Isokoski, Vänskä & Mattila 2006). Kyseisessä vuosituhannen alussa tehdyssä tutkimuksessa lääkäreiden johtamistaidot arvioitiin kuitenkin parantuneen aiemmasta (vertailu Lääkäri 1998- tutkimukseen) (em.).

Lääkäreiden ja julkisen organisaatioiden johtamisen haasteellisuus tuli esiin myös sairaalan keskijohdolle ja sairaanhoitopiiriin lähiesimiehille tehdyissä kyselyissä. Tutkimuksessa arvioitiin yritysmaailmasta peräisin olevien johtamisoppien soveltuvuutta terveydenhuoltoon. Uuden julkisen johtamisen oppien myötä 1999-luvun aikana alettiin tiettyjä yksityissektorilta peräisin olevia ajatuksia, kuten tehokkuutta, kilpailua ja asiakaskeskeisyyttä korostamaan julkisessakin johtamisessa. Tulosjohtaminen otettiin tuolloin käyttöön julkisellakin sektorilla. Yhteensä 718 esimiestä vastasi kyselyyn. Vain kymmenesosa koki liiketoimintajohtoisten mallien sopivan heidän toimialueelleen. Alle 30 % koki taloudellisten suoritemittareiden mittaavan oleellisia asioita ja 75 % koki tulosjohtamisen heikentävän tulosyksiöiden välistä yhteistoimintaa terveydenhuollossa. Vastaajista 30–40% koki, etteivät he voineet vaikuttaa oman organisaationsa strategiaan linjauksiin. (Kokkinen & Viitanen 2011.)

3.3.6 Uupumista terveystieteissä

Sosiaali- ja terveydenhuoltotyö on havaittu psyykkisesti ja fyysisesti hyvin raskaaksi (Huuhtanen ym. 1988, ks. Elovainio ym. 1997, 10). Stressioireilu on yleisempää kokemattomilla lääkäreillä, sekä naislääkäreillä (Töyry 2005, 62–66).

Saara Töyry (2005, 54–57, 62–66) totesi väitöskirjassaan työuupumusta ilmenevän erityisesti terveystietelääkäreillä ja nuorilla lääkäreillä. Kyseessä oli 3313 vastaajan kyselytutkimus. Terveystietelääkäreillä vähintään lievää uupumusta todettiin 53 %, joka oli enemmän kuin lääkäreillä yleensä (keskimäärin 47 %). Nuorilla lääkäreillä työuupumuksen todettiin liittyvän riittämättömiksi koettuihin työvalmiuksiin, huonoihin vaikutusmahdollisuuksiin omaan työhön suhteen, liian vähäisiin konsultaatiomahdollisuuksiin omassa työyksikössä, liian suureksi koettuun työsidonnaisuuteen, tyytymättömyyteen ammatinvalintaan, pelkoon valituksen, kanteen tai syytteen kohteeksi joutumisesta sekä fyysisen väkivallan tai uhkailun pelkoon. (Töyry 2005, 54–57, 62–66, 74–79, 86–87.)

Muita Töyryn tutkimuksessa mainittuja työuupumukseen liittyviä tekijöitä olivat tutkittujen kokema suuri työmäärä ja työn pakkotahtisuus. Lisäksi todettiin työtahdin kiristyneen tutkimusvuodesta 1997. Työuupumuksen todettiin vaihtelevan lääkärin työtehtävän mukaan, mikä on osoitus uupumuksen työperäisyydestä. (em.)

Osana uupumisprosessia nuorten lääkärin on todettu kyynistyvän työssään. Lääkärin työolot ja kuormittuneisuus-tutkimuksessa todettiin kahden kolmasosan nuorista mieslääkäreistä olevan kyynistyneitä ja uupumisasteisesti väsyneitä. Nuorista naislääkäreistä kyynistyneitä oli joka toinen ja uupumisasteista väsymystä oli kolmella neljästä. (Töyry, Nykänen, Manninen, Räsänen, Kujala & Husman 2002.)

3.3.7 Miten tehdä terveystietekustystä houkuttelevampaa?

Terveystietekustytön nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimuksessa pyydettiin lääkäreitä listaamaan kolme ehdotusta terveystietekustytön kehittämiseksi (Vehviläinen, Takala, Haggren, Tirkkonen & Kumpusalo 2003b). Lääkärit korostivat työn pakkotahtisuuden vähentämistä, palkkauksen parantamista, lääkärimäärien lisäämistä ja oman työn hallinnan kehittämistä. Joka kolmas lääkäri mainitsi työn pakkotahtisuuden vähentämisen keskeiseksi parannuskohteeksi. Muissa ehdotuksissa oli enemmän hajontaa ja nuoremmilla lääkäreillä korostui enemmän työmäärän kohtuullistaminen, kun taas vanhemmilla lääkäreillä palkkauksen parannusehdotus kasvoi lineaarisesti iän mukana.

Tuloksia tulkittaessa on huomioitava, että tutkimuksen perusjoukko muodostui kokeneiden ja iäkkäämpien terveyskeskuslääkäreiden vastauksista. Niillä lääkäreillä, jotka tutkimuksen seuranta-aikana olivat siirtyneet terveyskeskuksista muuhun työhön, korostui vastauksissa sijaisten saatavuuden parantaminen. Tässä tutkimuksessa todettiin, että parannusehdotukset vaihtelivat alueellisesti korostuvan etelän pakkotahtisuuden vähentämisen ja pohjoisen lääkäreiden määrän lisäämisen välillä. Tutkijat päättelivätkin, ettei yksiselitteistä koko maan kattavaa ratkaisua perusterveydenhuollon kehittämiseen ole olemassa. (Vehviläinen ym. 2003b.)

Helsingin terveyskeskuslääkäreiden näkemyksiä terveyskeskustyön houkuttelevuuden lisäämiseksi tehtävistä muutoksista on kirjattu ylös ryhmätyöskentelyn ja jäsenkyselyn pohjalta. Näissä keskeisiksi muutostoiveiksi nousivat tarve lisäkoulutukseen, opastukseen, työstä saatuun palautteeseen, parempaan palkkaan, selkeämpään työsuunnitteluun ja organisointiin sekä parempaan tiedonkulkuun työyhteisössä. Tärkeimpänä työhaukuttelevuutta heikentävänä tekijänä esiin tuli heikot mahdollisuuden kliiniseen konsultaatioon sitä tarvittaessa. Tutkituista lähes 50 % oli harkinnut yksityissektorille siirtymistä. Haastatelluista vain 22 % arveli haluavansa työskennellä Helsingin terveyskeskuksissa eläkeikänsä saakka. (Käyhkö & Valkonen 2002.)

3.3.8 Nuorten lääkäreiden uran- ja erikoisanvalinta

Nuorten lääkäreiden erikoisanvalintaan vaikuttavia seikkoja on tutkittu varsin vähän. Lahelman, Bromsin ja Kariston (2003) kyselytutkimukseen osallistui 551 lääketieteen ja hammaslääketieteen vasta tiedekuntaan otettua opiskelijaa ja siinä kartoitettiin alalle hakeutumiseen vaikuttaneita tekijöitä ja ajatuksia tulevaisuudesta. Lääketieteen valintaan olivat vaikuttaneet ammatin monipuolisuus, kiinnostavuus ja haasteellisuus, tieteellisyyden ja humanismin yhdistäminen, ammatin arvostus, palkkaus, työ ihmisten parissa ja auttamishalu. Suurin osa opiskelijoista halusi tulevaisuudessa sijoittua sairaalatyöhön (31 % miehet ja 41 % naiset) tai yksityissektorille (25 % miehet ja 24 % naiset) ja suunnitteli työskentelyä suuressa tai keskisuuressa kaupungissa (>77 %) mutta halukkuus sijoittua pienille paikkakunnille oli vähäistä (<8 %). Vain 6 % miehistä ja 10 % naisista oli opiskelujen alkuvaiheessa kiinnostunut tulevaisuudessa terveyskeskustyöstä. (em.)

Toisessa suomalaisessa kyselytutkimuksessa, joka tehtiin sekä hiljattain valmistuneille (N=1554), että jo pidempään työssä olleille lääkäreille (N=2733), kysyttiin erikoisanvalintaan vaikuttaneita tekijöitä. Näistä keskeisimmiksi nousivat työn monipuolisuus, hyvät työllisyysnäkömät, alojen kollegojen esimerkki sekä myönteisen kokemukset alalta opiskeluaikoina. Terveyskeskustyön valinneet arvostivat sairaalalääkäreitä enemmän työllistymismahdollisuuksia, hyvää mahdollisuutta

sovittaa yhteen työ ja perhe sekä ansiomahdollisuuksia. Sairaalalääkäreihin puolestaan vaikutti enemmän alan arvotus, mahdollisuudet tutkimustyöhön, alan kollegojen hyvä esimerkki ja myönteiset kokemukset opiskeluaikana. Toisaalta nuoret lääkärit painottivat vanhoja lääkäreitä enemmän työn ja perhe-elämän yhteensovittamista ja vapaa-ajan merkityksen tiedetään olevan nuoremmilla polvilla vanhempia suurempi. (Hyppölä, Heikkilä, Kumpusalo, Virjo, Isokoski, Halila, Kujala, Vänskä & Mattila 2008.) Alan naisistuessa yleislääketieteen erikoisalan kannalta on kenties edullista, että naiset hakeutuvat miehiä useammin yleislääketieteeseen ja se, että alan arvostuksen, yksityissektorilla toimimisen mahdollisuuden sekä tutkimusmahdollisuuksien merkitys oli naisille pienempi kuin miehille.

Kansainvälisesti on tehty joitakin tutkimuksia lääkärin erikoisalanvalinnasta. Usein nämä raportit heijastavat huolestuneisuutta tietyn erikoisalan, usein yleislääketieteen, kiinnostavuuden vähäisyydestä ja keskittyvät demografisten tekijöiden vaikutukseen. Lääketieteen opiskelijoiden asenteiden vaikutusta erikoisalanvalintaan on kartoitettu pienessä amerikkalaisessa tutkimuksessa (Newton, Grayson & Whitley 1998). Opiskelijat, jotka korostivat sosiaalisia taitoja teknisen osaamisen sijaan, kokivat perusterveydenhuollon erityisen merkityksellisenä. Samoin naimisissa olevat valitsivat useammin perusterveydenhuollon alakseen. Sen sijaan opiskelijat, jotka pitivät tärkeänä työstä saatua arvostusta sekä palkkaa valitsivat perusterveydenhuollon harvemmin. (em.) Palkan merkitystä erikoisalanvalintaan on tutkittu jonkin verran. Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan taloudelliset tekijät vaikuttavat erikoisalanvalintaan (Thornton & Esposto 2003). Erityisesti erikoisalat joihin liittyy mahdollisuus säännölliseen työaikaan, lomiin ja hyviin tuloihin houkuttelevat erikoistujia (em.). Lomien mahdollisuus ja säännöllinen työaika olivat kuitenkin palkkaa merkittävämpiä tekijöitä (em.).

Vain vähän on tutkimuksia siitä, mitkä seikat vaikuttavat lääkärin uravalintaan hänen valitessaan yksityissektorin ja kunnallisen työpaikan välillä. Yhdistettäessä Lääkäri 1988-, 1993-, 1998- ja 2003- tutkimusten aineisto (N=12 909) todettiin kyselyvastausten perusteella, että mitä enemmän palkka vaikutti työpaikan valinnassa, sitä suuremmalla todennäköisyydellä lääkäri hakeutui yksityissektorille. Myös vapaa-ajan viettomahdollisuudet sekä itsensä kokeminen yrittäjaluonteeksi lisäsivät todennäköisyyttä valita yksityissektori. Sen sijaan työpaikan tuttuus opiskeluajoilta tuli selkeimmin esiin työpaikan valintaan vaikuttaneena seikkana niillä lääkäreillä, jotka olivat töissä kunnallisella työnantajalla. (Kankaanranta, Vainiomäki, Halila, Hyppölä, Isokoski, Kujala, Kumpusalo, Mattila, Virjo, Vänskä & Rissanen 2008.)

4 Aineisto ja menetelmät

4.1 Lähestymistapa

Tämän tutkimuksen tarkoituksen oli selvittää nuorten lääkärien kokemuksia terveyskeskustyöstä. Aihetta on jonkin verran kartoitettu kyselytutkimuksin (Vänskä ym. 2005; Töyry 2005; Kumpusalo ym. 2002; Vehviläinen ym. 2007a; Heikkilä ym. 2009; Haimakainen ym. 2011a). Tällä tutkimuksella pyrittiin syventämään ja laajentamaan olemassa olevaa tietoa. Näin ollen valitsin laadullisen tutkimusotteen ja fenomenologis-hermeneuttisen lähestymistavan. Hermeneutiikka korostaa tulkintaa, ymmärtämistä ja merkitystä ja fenomenologisessa tutkimuksessa keskeistä on ihmisen kokemusmaailma ja sen tutkimus. Tuomi ja Sarajärvi (2004, 35) mukaan fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksella pyritään tutkittavan ilmiön käsitteellistämiseen ja inhimillisen kokemuksen merkityksen korostamiseen. Heidän mukaansa sen tavoitteena on ”tehdä jo tunnettu tiedetyksi”. Tutkimuksen kohteena ovat siis ihmisten käsitykset ja kokemukset tietystä aihealueesta, tässä tapauksessa terveyskeskustyöstä, ja tarkoituksena on tuoda niitä esiin. Näin ollen käytetty teoreettinen lähestymistapa eroaa esimerkiksi luonnontieteissä yleisesti käytetystä kausaalista selittämisestä. Metodologian taustalla on pyrkimys ymmärtää tutkimuksen kohdetta. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 27–30.) Varton (1992) mukaan ihmisten tutkiminen on väistämättä ilmiöiden sekä ihmisten maailmalle ja ympäristölleen antamien merkitysten tutkimista (Tuomi & Sarajärvi 2004, 31). Tällä viitataan siihen, että tutkimuskohteena on ihmisten luoma merkitystodellisuus, joka on olemassa eri tavalla kuin esimerkiksi luonnontieteiden tutkimuskohteet. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on siis pyrkiä ymmärtämään, kuinka nuoret lääkärit kokevat terveyskeskustyön ja mitä asioita he pitävät merkittävänä uravalintoja tehdessään. Merkittävien tekijöiden ymmärtämisen kautta on tarkoitus toisaalta myös tulkita tutkittavien toimintaa ja valintoja.

4.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi valitsin haastattelut. Haastattelututkimuksia on aikaisemmin jaoteltu strukturoinnin asteen mukaan seuraavasti 1) lomakehaastattelu, 2) puolistrukturoitu teemahaastattelu ja 3) avoin haastattelu (Hirsjärvi & Hurme 2001, 44; Tuomi & Sarajärvi 2004, 76–79).

Hirsjärvi ja Hurme kuvaavat teemahaastelua puolistrukturoitua haastattelumenetelmänä, jossa haastattelun aikana käydään läpi ennalta harkittuja teemoja (2001, 47). Tutkija muotoilee teemat

aiemman tiedon pohjalta. Teemahaastatteluissa haastattelijan tekemien kysymysten sanamuoto ja järjestys voivat vaihdella, mutta keskeistä on, että tietyt tutkimusaiheeseen liittyvät teemat käydään läpi (em., 47–48).

Avoimen haastattelun synonyymeina on käytetty strukturoimattonta haastattelua, kliinistä haastattelua, syvähaastattelua, asiakaslähtöistä haastattelua ja keskustelunomaista haastattelua. Tuomi ja Sarajärvi (2004, 76–79) kuvaavat avointa haastattelua teemahaastattelun kaltaisena, mutta vaikka tutkimuksen ongelmanasettelu rajaa haastattelun aiheita, ei haastattelussa olla sidottu keskustelemaan tietyistä teemoista. Avoimessa haastattelussa tutkimuksen viitekehys auttaa tutkijaa ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, mutta ei rajaa keskustelua kuten teemahaastatteluissa. Avoimessa haastattelussa suhtaudutaan vapaammin siihen, että tutkija esittää intuitiivisia tai kokemusperäisiä kommentteja haastattelun edetessä (em., 78). Verrattuna avoimeen haastatteluun puolistrukturoidussa haastattelussa ennalta päätetyt teemat voivat ohjata haastattelua ja rajoittaa haastattelun ulkopuolelle tutkittavan ilmiön kannalta merkittäviä asioita (em.).

Tässä tutkimuksessa haastatteluja toteuttaessani pyrin joustavuuteen. Kuten Tuomi ja Sarajärvi (2004, 79) kirjassaan toteavat ei teemahaastatteluja ja avoimia haastatteluja voida erottaa erillisiin luokkiin vaan ero niiden välillä on liukuva. Tämän mukaisesti haastattelujen alussa käytin avoimempaa lähestymistapaa. Pyrin tarkentamaan tutkimusaiheen kannalta merkittäviä vastauksia, vaikka ne eivät olisi koskeneet etukäteen hahmoteltuja teemoja. Tämänkaltaisen toiminta palveli tutkimuksen päätarkoitusta, nuorten lääkäreiden kokemusten ymmärtämistä ja toi esiin tekijöitä, jotka eivät sisältyneet aiemman tutkimuksen pohjalta hahmoteltavissa oleviin teemoihin. Haastattelut etenivät yleisistä kysymyksistä spesifisiin kysymyksiin, jolloin haastattelun alussa haastateltavat toivat esiin itselleen tärkeimpiä näkökulmia tutkimusaiheeseen (Hirsjärvi ja Hurme 2001, 107). Haastattelun loppuvaiheessa esitin haastateltaville kysymyksiä koskien etukäteen hahmoteltuja teemoja, mikäli ne eivät olleet tulleet esille avointen kysymysten myötä. Haastattelun teemat on esitelty liitteessä 1.

Toisen näkökulman tutkittavaan ongelmaan toivat ylilääkäreiden haastattelut. He toimivat tutkimuksessa avaininformanteina eli kyse oli niin sanotuista eliittihaastatteluista (Gillham 2000, 81–83). Tällä tarkoitetaan haastattelun kohdistamista henkilöön, jolla asemansa perusteella on paljon kokemusta tutkittavasta aiheesta (em). Tarkoitukseni oli hyödyntää ylilääkäreiden kokemuksia siitä, miten nuoret lääkärit viihtyvät terveystieteiden tutkimuksessa, ja mitkä ovat siihen keskeisesti vaikuttavia tekijöitä. Asemassaan ylilääkärit ovat tavanneet useita nuoria lääkäreitä ja näin heillä on laajempi kokemus ja laaja-alaisempi näkemys tutkimuksen aiheesta. Lisäksi he

tarkastelevat tutkittavaa ilmiötä erilaisesta perspektiivistä kuin nuoret lääkärit, ja tämä tuo aineistoon monimuotoisuutta (Gillham 2000, 81–83).

Haastattelun yhteydessä kysyin haastateltavilta perustietoja (ikä, valmistumisvuosi, tiedekunta, josta valmistuneet sekä kartoitettiin haastateltavien työkokemusta).

4.3 Aineisto

Aineisto keruun pyrkimyksenä oli aineiston monimuotoisuus sekä haastateltavien suhteen että heidän edustamien terveyskeskusten suhteen.

4.3.1 Aineiston valinta ja kerääminen

Pyrin saamaan tutkimukseen nuoria lääkäreitä ja ylilääkäreitä erilaisista terveyskeskuksista. Lääkäriliitto tekee vuosittain poikkileikkaustutkimuksen kaikkien terveyskeskusten lääkäritilanteesta. Tutkimuksesta selviää yksittäisten terveyskeskusten virantäyttöaste. Näistä tiedoista Lääkäriliitto muodostaa kokonaistilannetta kuvaavan katsauksen. Yksittäisten terveyskeskusten virantäyttöaste ei ole julkista tietoa. Yhteistyössä Lääkäriliiton kanssa pyrimme tähän tutkimukseen valitsemaan terveyskeskuksia, jotka olisivat kooltaan ja virantäyttöasteeltaan erilaisia. Teimme valinnan Terveyskeskusten lääkäritilanne 2006 -tutkimuksen perusteella. Lääkäriliitosta oltiin yhteydessä valittujen terveyskeskusten ylilääkäreihin ja jos he antoivat suostumuksensa, sain kyseisen terveyskeskuksen ylilääkärin yhteystiedot käyttööni. Yhtään pientä terveyskeskusta, jossa olisi heikompi virantäyttöaste, ei kuitenkaan saatu tutkimukseen mukaan, sillä niissä työskenteli hyvin vähän jos ollenkaan nuoria lääkäreitä. Näin ollen mukana olleet terveyskeskukset jakautuivat pienistä suuriin terveyskeskuksiin, joiden virantäyttöaste oli keskimääräistä parempi ja keskikokoisesta suuriin terveyskeskuksiin, joiden virantäyttöaste oli keskimääräistä alhaisempi. Tutkimukseen lupautui mukaan viisi terveyskeskusta, näistä yhteen ei kuitenkaan saatu toistuvista yrityksistä huolimatta sovittua haastattelu-aikoja. Kuudes terveyskeskus ei vastannut yhteydenottopyyntöihin lainkaan. Tämän vuoksi täydensin aineistoa muiden terveyskeskusten nuorilla lääkäreillä, joiden ylilääkäreitä ei ollut mahdollista haastatella. Täydensin aineistoa näkökulman laajentamiseksi myös yksityisen työnantajan palkkaamalla nuorilla lääkäreillä. Tässä tutkimuksessa ei ollut tarkoitus arvioida terveyskeskusten erojen vaikutusta nuorten lääkärin kokemuksiin, vaan terveyskeskusten erojen tarkoituksena oli luoda monimuotoisuutta tutkimusmateriaaliin.

Kun haastateltavilta oli saatu suostumus tutkimukseen, lähetin heille lisätietoja haastattelusta sähköpostitse. Sähköpostissa kerroin haastattelun käytännön toteuttamisesta ja kysyin lupa haastattelun äänittämiseen ja ulkopuolisen suorittamaan litterointiin. Kukaan haastateltavista ei kieltänyt äänittämistä ja suurin osa suostui ulkopuoliseen litterointiin. Haastateltaville kerrottiin, että haastattelun sisältö on luottamuksellista. Haastateltavat eivät saaneet etukäteen valmiita kysymyksiä, koska pyrkimyksenä oli avoin keskustelu. Haastateltaville kerrottiin tutkimuksena aihepiiri ja annettiin mahdollisuus pohtia aiheeseen liittyviä yleisiä kysymyksiä. Osaa nuorista terveyskeskuslääkäreistä pyydettiin myös etukäteen hahmottelemaan ajankäyttöään.

Ennen varsinaisten haastattelujen aloittamista tein pilottihaastattelun. Haastateltava oli niinkään nuori terveyskeskuslääkäri. Pilottihaastattelun myötä alustavat haastattelun teemat selkiytyivät siten, että joitakin teemoja laajennettiin (Hirsjärvi & Hurme 2001, 72–73; Gillham 1996, 53–55). Lisäksi pilottihaastattelu ja sen litterointi ja analysointi ennen varsinaisten haastattelujen aloittamista auttoivat kehittämään haastattelutekniikkaa. Litteroidusta haastattelusta oli mahdollisuus havaita kohtia, joissa haastattelija eri tavoin toimiessaan saattoi esimerkiksi toiston ja täydentävien kysymysten avulla rohkaista haastateltavaa pidempiin ja tarkempiin vastauksiin (Hirsjärvi ja Hurme 2001, 105–112, 116–118). Samalla havaittiin kysymyksiä tai aiheita, joihin vastaaminen tuotti haastateltavalle vaikeuksia, jolloin voitiin miettiä muita keinoja lähestyä kyseistä aihepiiriä.

Haastattelin itse kaikki tutkittavat. Haastattelut suoritettiin pääosin haastateltavien työpaikoilla. Osan haastatteluista litteroi ulkopuolinen salassapitooon velvoitettu kirjoittaja. Kirjoitin itse kaikki ne haastattelut, joiden ulkopuoliseen litterointiin ei ollut pyydetty lupaa tai joiden haastateltavat niin toivoivat. Litterointi suoritettiin tiivistämättä, kuitenkin siten että täytesanat (esim. niinku, silleen) jätettiin kirjoittamatta.

4.3.2 Aineiston kuvaus

Tutkimukseen osallistui 10 nuorta lääkäriä, joista 70 % oli naisia. Tämä vastaa Suomessa (1.1.2008) vallitsevaa tilannetta, jossa alle 35 vuotiaista terveyskeskuslääkäreistä 73 % ja kaikista nuorista lääkäreistä 66 % on naisia (Suomen lääkäriliitto 2008). Nuoret lääkärit olivat valmistuneet keskimäärin 2,9 vuotta ennen haastattelua (vaihteluväli 0,5–6 vuotta) ja edustivat neljää Suomen viidestä lääketieteellisestä tiedekunnasta. Nuorten lääkäreiden keski-ikä oli 29,5 vuotta (vaihteluväli 26–32).

Tutkimukseen osallistui neljä yli- tai apulaisylilääkärinä, joista kaksi oli naisia. Naispuoliset yli- ja apulaisylilääkärit olivat tässä tutkimuksessa jossain määrin yliedustettuna, sillä Suomessa vuonna 2008 kaikista yleislääketieteenalan yli- tai apulaisylilääkäreistä 39 % oli naisia (Suomen Lääkäriliitto 2008).

Yli- ja apulaisylilääkärit edustivat neljää eri terveyskeskusta. Nuoret lääkärit edustivat kuutta eri työnantajaa ja kahdeksaa eri terveysasemaa, sillä yhden terveyskeskuksen alaisena voi toimia useampia erillisiä terveysasemia. Nuorten lääkärin haastatteluissa tuli esille johtamista ja lähiesimiesten toimintaa koskevia tekijöitä, jotka heijastivat terveysasemien mukaan kahdeksan eri lähiesimiehen ja kuuden eri työnantajan toimintaa, sekä osin aikaisempien työpaikkojen tilanteita. Jatkossa tässä tutkimuksessa yli- ja apulaisylilääkäreistä käytetään yhteisnimitystä ylilääkärit.

Haastatteluaineista kertyi yhteensä 19 h 45 min. Keskimääräinen haastattelu kesti 1 h 25 min.

4.4 Analyysi

Nuorten lääkärin teemahaastattelut analysoin sisällönanalyysin menetelmin (Tuomi & Sarajärvi 2004, 110–115). Alkuun kuuntelin nauhat seuraten litteroitua tekstiä samanaikaisesti. Tämän tarkoituksena oli tarkastaa litteroinnit ja selvittää kohtia, jotka runsaiden täytesanojen vuoksi eivät luettuna olleet yksiselitteisesti ymmärrettävissä. Samalla merkitsin tekstistä tutkimusaiheen kannalta keskeiset osat. Haastattelujen samanaikainen kuunteleminen helpotti myös haastateltavan keskeisenä pitämien asioiden esiin nostamista tekstistä, koska mahdolliset painotukset olivat kuultavissa. Ensimmäisessä vaiheessa poimin ja kokosin aineistosta tutkimusaiheen kannalta merkittävät osat. Seuraavaksi luokittelin aineiston, eli teksteistä esiin nostetusta informaatiosta muodostettiin niille yhteisiä yläotsikoita. Kolmannessa vaiheessa kontrolloin esiin nostetun informaation luotettavuuden, eli tutkimuksen objektiivisuuden parantamiseksi kävin kaikki haastattelujen litteroinnit läpi lause lauseelta etsien mahdollisia tutkimusaiheen kannalta keskeisiä tekijöitä, jotka olisivat aiemmissa vaiheissa saattaneet jäädä huomaamatta. Tämän vaiheen tarkoituksena oli parantaa tutkimuksen validiteettia ja varmistaa, etteivät tulokset heijasta vain omia kokemuksiani terveyskeskustyöstä, vaan myös niille vastakkaiset näkemykset tulevat esille. Neljännessä vaiheessa kokosin tutkimuksen aiheen kannalta keskeiset teemat ja niiden alateemat taulukoiksi. Yhdistin aiemmin syntyneitä luokkia mielekkäiksi kokonaisuuksiksi, jotka pyrkivät selittämään tutkittua ilmiötä. Lopuksi peilasin tutkimuksen tuloksia aikaisempien tutkimusten tuloksiin.

Suoritin aineiston analyysi noudattaen laadullisen tutkimuksen tulkinnan vaiheita: 1) aineiston kuvailu, 2) aineiston luokittelu, 3) aineiston yhdistely ja 4) aineiston tulkinta (Hirsjärvi & Hurme 2001, 145–52).

Esitän tutkimusten tuloksia osin suorien lainausten muodossa. Otteet ovat kirjoitusmuodossa (Kvale 1996, 266–267). Lainauksen luettavuuden parantamiseksi täytesanat ja toistot on poistettu. En haastateltavien anonymiteetin takaamiseksi lainausten yhteydessä en ole antanut tarkempia tietoja haastatellusta tai koodannut eri haasteltavia, jotta haastatellun eri aihealueita koskevat lausunnot eivät olisi yhdistettävissä toisiinsa.

4.5 Tutkimuksen luotettavuus

Aineiston ja menetelmien valinnassa, huolellisella ja systemaattisella aineiston käsittelyllä ja analysoinnilla pyrin tutkimuksen luotettavuuteen (Mäkelä 1990, 57–59).

4.5.1 Haastateltavien edustavuus ja valikoituminen

Valitsin haastateltavien määrän siten, että tutkittavasta aiheesta saataisiin mahdollisimman laajasti tietoa, eli löydetäisiin mahdollisimman paljon nuorten lääkäreiden kokemuksiin ja erikoisanvalintaan vaikuttavia tekijöitä. Pyrin aineiston edustavuuteen myös sillä, että haastateltavat edustivat erilaisia terveyskeskuksia. Terveyskeskukset erosivat toisistaan paitsi koon ja virantäyttöasteen suhteen, myös sijaintinsa suhteen, sillä ne oli valittu eri puolilta Suomea. Haastateltavien määrän rajasi se, että itse haastatteluaineisto oli kvantitatiivisesti runsas. Aineiston kattavuutta on aikaisemmin esitetty arvioitavaksi ns. saturaation perusteella. Saturaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa haastatteluja toistettaessa saavutetaan tilanne, jossa eri haastateltavat eivät tuo esille enää uusia näkökulmia tutkittavaan aiheeseen (Hirsjärvi & Hurme 2001, 60). Saturaation käyttäminen haastateltavien määrän rajaamisessa on kuitenkin myös kritisoitu, sillä sen arvioiminen, milloin mitään olennaisesti uutta tietoa ei enää esiinny, on hyvin riippuvainen tutkijasta. Toisaalta Kvalen mukaan liian iso haastateltavien määrä voi johtaa tilanteeseen, jossa mahdollisuus tehdä syvällisiä tulkintoja aineistosta heikkenee (Kvale 1996, 101–103). Tässä tutkimuksessa nuoria lääkäreitä haastateltaessa syntyi vaikutelma saturaatiotilanteesta. Toisaalta myös ylilääkäreiden haastatteleminen avaininformantteina oli keino parantaa aineiston edustavuutta.

Se etteivät kaikki tutkimukseen alun perin valitut terveyskeskukset vastanneet yhteydenottopyyntöihin on mahdollisesti voinut vaikuttaa jonkin verran haastatteluaineiston

edustavuuteen. Poisjääneet terveyskeskukset voivat mahdollisesti edustaa terveyskeskuksia, joita tutkimuksen aihepiiri – nuorten lääkärien työviihtyvyys ja kokemukset työoloista – eivät kiinnosta samalla tavalla kuin tutkimukseen osallistuneita terveyskeskuksia.

Koska osallistuneissa terveyskeskuksissa ylilääkärit sopivat haastateltavien nuorten lääkärien kanssa tutkimukseen osallistumisesta, valikoitumiseen on voinut vaikuttaa ylilääkäreiden valinnat, sekä nuorten lääkärien halukkuus kertoa kokemuksistaan. Ylilääkärit ovat tiedostamattaan valita terveyskeskustyöhön keskimääräisesti positiivisemmin suhtautuvia nuoria lääkäreitä. Käytössä ei myöskään ole tietoa siitä, suostuivatko kaikki ehdotetut nuoret lääkärit haastateltaviksi. Mikäli näin ei ollut, on mahdollista, että osallistumatta jättäneiden joukossa on enemmän työhönsä tyytymättömiä tai uupuneita lääkäreitä, sillä uupumuksen tiedetään johtavan sosiaaliseen vetäytymiseen ja se voi näin ollen heikentää myös osallistumista (De Silva, McKenzie, Harpham & Huttly 2005).

Valintatavasta johtuen on mahdollista, että haastateltaviksi on valikoitunut lääkäreitä, jotka ovat keskimääräistä kiinnostuneempia terveyskeskustyöstä. Tutkimuksen aineiston muodostavan näytteen edustavuuteen on siis voinut vaikuttaa sekä terveyskeskusten, että niiden sisällä nuorten lääkärien valikoituminen. Pyrin korjaamaan tätä harhaa täydentämällä nuorten lääkärien haastatteluja pilottihaastateltavalla ja vuokralääkäreillä, joiden ylilääkärit eivät osallistuneet tutkimukseen.

4.5.2 Mahdollisten virhelähteiden huomioiminen

Yleisesti tutkimustuloksia tulkittaessa on huomioitava, että haastattelututkimuksiin voi liittyä haastateltavien taipumus antaa haastattelutilanteessa sosiaalisesti suotavaa tietoa.

Haastateltavien kertomukset kuvaavat heidän subjektiivisia kokemuksiaan terveyskeskustyöstä. Erityisesti kysyttäessä uravalintaan liittyviä tekijöitä haastateltavilla ei välttämättä ole kokemuksia muilta erikoisaloilta, joihin he terveyskeskustyötä vertaavat. Kuitenkin erikoisalan valinta perustuu pitkälti juuri näille mielikuville, jotka ovat syntyneet opiskeluaikana.

Tutkijan puolueettomuutta on pidetty keskeisenä tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Kuitenkin laadullisessa tutkimuksessa pidetään väistämättömänä, että tutkimustulokset ovat suodattuneet tutkijan oman kehyksen läpi (Tuomi & Sarajarvi 2004, 133). Tässä tutkimuksessa oma lähtökohtani vaikuttaa tutkimuksen muotoutumiseen, sillä kiinnostus aiheeseen heräsi oman terveyskeskustyöskentelyjaksoni aikana. Tutkimuksen tekohetkellä en ollut enää

terveyskeskuksessa töissä, mutta olin nuori lääkäri. Oma lääkäriksi sosiaalistumiseni on osaltaan voinut vaikuttaa myös haastattelutilanteisiin. Yhteinen tausta haastateltavien kanssa on voinut vaikuttaa haastattelujen jouhevuuteen, siten että erityisiä lääkäriyöhön liittyviä käytännön asioita ei tarvinnut erikseen käydä läpi ja keskusteluyhteys syntyi helpommin. Nämä tekijät voivat vaikuttaa siihen, miten haastateltavat tutkijalle puhuvat ja avautuvat. Toisaalta lääkäriytteni voi osin vaikuttaa haastattelujen tulkintaan. Tämä huomioiden kävin haastattelut läpi ajatuksella vielä toistamiseen analysoimisvaiheessa mahdollisten huomaamatta jääneiden tekijöiden huomioimiseksi, ja siten objektiviteetin parantamiseksi.

5 Tulokset

5.1 Terveyskeskustyön vahvuudet ja erikoisalavalinta

Nuorille terveyskeskuksessa toimivilla lääkäreillä oli kaikilla varsin samankaltaisia kokemuksia terveyskeskustyön positiivisista puolista. Erityisesti korostuivat työn monipuolisuus, kokonaisvaltaisuus, itsenäisyys sekä perusterveydenhuollon merkittävä rooli terveydenhuollossa. Lisäksi työssä saadut onnistumisen kokemukset ja positiivinen palaute lisäsivät terveyskeskustyön houkuttelevuutta.

5.1.1 Monipuolisuus

Suuri osa nuorista lääkäreitä mainitsee työn monipuolisuuden terveyskeskustyön parhaiksi puoliksi. Lisäksi mahdollisuutta valita terveyskeskuslääkärin työn itseä kiinnostavia osa-alueita, pidettiin hyvänä puolena. Työnkuvan monipuolisuus liittyy terveyskeskuslääkärin erilaisiin tehtäviin; vastaanottoon, neuvolatyöhön, kotihoitoon, tiimityöskentelyyn jne. Työn monipuolisuus näkyy myös potilasmateriaalin vaihtelevuudessa, yleislääkäri hoitaa erilaisia sairauksia ja erilaisia potilasryhmiä vauvoista vaareihin. Terveyskeskustyöhön liittyy osa-alueita sairaanhoidosta ennaltaehkäisyyn ja valistustyöhön.

”Onhan tämä hirveän monipuolista ja mielenkiintoista, että hoidat kaikkia mahdollisia asioita maan ja taivaan väliltä.”

Potilasmateriaalin vaihtelevuutta pidettiin työn aiheuttaman psyykkisen ja määrällisen rasituksen vuoksi tärkeänä. Erilaiset ja kevyemmät ongelmat helpottavat työssä jaksamista vähentäessään psyykkistä rasitusta ja antaessaan mahdollisuuden työhön liittyvän lähes poikkeuksetta tiukan aikataulun kiinniottamiseen. Tämä potilasmateriaalin vaihtelevuuden ajateltiin puuttuvan sairaalatyöstä.

”Sairaalassa on vähemmän sellaisia ”kevyitä potilaita”, joita on helppo hoitaa ja ovat sellaisia kevennyksiä työpäivässä.”

5.1.2 Kokonaisvaltaisuus

Terveyskeskustyöhön hyvänä puolena kuvattiin siihen keskeisenä liittyvä työn kokonaisvaltaisuus. Se muodostuu potilaan kohtaamiseen erilaisten elämäntilanteiden ja lääketieteellisten ongelmien

keskellä. Monet nuoret lääkärit kokivat kokonaisvaltaisen hoidon perinteiseksi lääkärintyöksi. Kokonaisvaltaisuuden ajateltiin erottavan terveystyön sairaalatyöstä. Sairaalatyössä esiintyvä potilaan ongelmien pilkkominen yksittäisten erikoisalojen piiriin kuuluviin osa-alueisiin vaikeuttaa potilaan kokonaisvaltaista hoitamista.

” Yleislääketiede sen takia, että se on hyvin perinteistä lääkärintyötä. Koen, että se on eniten sitä mikä voi olla lääkärintyötä, koska joutuu ottamaan se kokonaisvaltaisen roolin siitä potilaan hoitamisesta ja monesti ne kysymykset on muutenkin kuin lääketieteeseen liittyviä.”

”Tykkään hoitaa potilaita kokonaisvaltaisesti, en pelkää joutua tiettyä sairautta. Sairaalassa mua koko ajan vaivasi se, että hoidan koko ajan vain sitä yhtä oiretta ja yhtä sairautta ja jätän kaiken muun jollekin toiselle.”

Suuri osa haastateltavista kertoi terveystyön parhaaksi puoleksi sen, että oppii tuntemaan potilaan ja näiden perheet. Potilaiden ja heidän lähipiirinsä tunteminen johti parempaan ymmärrykseen siitä, miten potilaan ympäristön tekijät vaikuttivat potilaan tilanteeseen. Terveystyölle on tyypillistä potilaiden tapaaminen toistuvasti ja se, että heidän sairauksiaan hoidetaan pidemmällä aikavälillä. Tämä potilaan hoitamisen pitkäjänteisyys ja hoidon jatkuvuus koettiin positiiviseksi. Hoidon jatkuvuutta pidettiin jossain määrin sairaalatyöstä poikkeavana terveystyön positiivisena puolena. Hoidon jatkuvuus ja tilanteet, jossa sama potilas tavattiin uudestaan hoitojen aloittamisen jälkeen, oli haastateltavien mukaan myös opettavaista.

”Hoidon jatkuvuus [terveystyössä] on hienoa. Tapaan potilaita uudestaan hyvässä ja pahassa mielessä. Se on oppimisen kannaltakin hyvin tärkeää.”

5.1.3 Työn itsenäisyys ja sen tarjoamat haasteet

Osa nuorista lääkäreistä kuvasi työn itsenäisyyden terveystyön parhaaksi puoleksi. Työn itsenäisyys ilmenee parhaimmillaan mahdollisuutena toimia itsenäisesti potilaiden parhaaksi, mutta ajoittain se näyttäytyy myös työhön liittyvänä yksinäisyyden kokemuksena. Sairaalatyössä koettiin korostuvan potilaiden hoitaminen tiimeissä, jolloin erityisesti nuoren lääkärin työ on vähemmän itsenäistä.

”Olen viihtynyt ja toisaalta minulla varmasti tärkein syy on, että tykkään kuitenkin tehdä aika itsenäistä työtä.”

Terveyskeskustyöhön liittyy vaatimus laaja-alaisesta tiedon hallinnasta, minkä puolestaan osa nuorista lääkäreistä näki tarjoavan positiivia haasteita.

”Toisaalta on hirveän kiva tehdä tuota ehkäisyneuvolaa, ... kun sieltä tulee ne vaikeimmat ehkäisyjutut, se on itse asiassa kivaa.”

5.1.4 Onnistumisen kokemukset ja positiivinen palaute

Terveyskeskustyössään koetuista parhaista hetkistä esiin nousivat erityisesti erilaiset onnistumisen kokemukset. Tällaisia olivat mm. erilaisten vaikeampien diagnoosien tekeminen ja onnistuneet ja tuloksetta hoidot. Lisäksi onnistuneet potilaskontaktit, joihin liittyi kokemus vaikuttavasta hyvästä kommunikaatiosta, loivat onnistumisen kokemuksia.

”Sellaisia oivaltamisia, että on tajunnut jonkun sellaisen jutun, jota kukaan muu ei ole tajunnut ja sitten se asia on korjaantunut sillä.”

”... se, että potilas on oivaltanut jotain itsestään.”

Positiivinen palaute potilailta oli nuorten lääkärin mukaan harvinaista, mutta kun palautetta sai, se oli parhaita ja mieleenpainuvimpia hetkiä terveystyössä.

”Kiitosta potilailta, joka on aika harvinaista... Se on sitten todella hienoa, kun sitä joskus saa.”

5.1.5 Perusterveydenhuollon merkittävä rooli

Perusterveydenhuollon roolia potilaiden hoitamisessa ja nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä pidettiin tärkeänä. Kaikki haastatellut nuoret lääkärit arvostivat terveystyötä, silloinkin kuin he eivät itse olleet sitä valmiita valitsemaan omaksi urakseen. Osa nuorista lääkäreistä mainitsi tämän terveystyön tärkeyden yhtenä erikoistumisalan valintaan vaikuttavana tekijänä. Erityisesti vaikutti se, että nuoret lääkärit kokivat työpanoksensa terveyskeskuksissa tarpeelliseksi.

”Ettei kävisi niin, että se perussysteemi romahtaisi, eli tavallaan sellaista vastuuntuntoa siitä, kun on nähnyt että täällä olisi kova tarve.”

5.1.6 Muut yleislääketieteen erikoisalavalintaa puoltavat tekijät

Erikoisalaa valittaessa nuoret lääkärit ajattelivat yleislääketieteen etuna sen, että sitä voi harjoittaa millä tahansa alueella, eikä työpaikan sijainti ole rajoitettu yliopisto- tai sairaalapaikkakunnille.

”Yleislääkärin työtä voit tehdä missä vaan, käytännössä joka kunta Suomessa, missä voit tehdä. Sairaalatyössä voi sitten olla, että jos erikoistut jollekin alalle, et välttämättä saa töitä joka paikasta.”

Lisäksi säännöllinen työaika mainittiin terveystakeskustyön hyväksi puoleksi. Nuoret lääkärit kehuivat erityisesti myös joidenkin terveystakeskusten ilmapiiriä ja työyhteisöä.

5.1.7 Yhteenveto

Terveystakeskustyön hyvinä puolina pidettiin erityisesti työn monipuolisuutta, potilaiden kohtaamista kokonaisvaltaisesti sekä työn itsenäisyyttä ja haastavuutta (taulukko 1). Työn kokonaisvaltaisuus syntyi toisaalta potilaan kaikkien sairauksien yhtäaikaista huomioimisesta, toisaalta potilaan kohtaamisesta kokonaisuutena myös muine kuin lääketieteellisine tekijöineen. Terveystakeskuksissa tehtävää työtä pidettiin erityisen merkityksellisenä terveydenhuoltojärjestelmän kannalta. Näiden lisäksi itse työssä erityisen positiivista oli positiivinen palaute, onnistumisen kokemukset ja terveystakeskuksissa vallitseva hyvä ilmapiiri.

5.2 Terveystakeskustyön haasteet ja erikoisalanvalinta

Haastatteluissa tuli esille useita toistuvia teemoja, joita nuoret lääkärit pitivät terveystakeskustyön haasteina. Tällaisia olivat kiire ja työmäärä, työnhallinnan ongelmat, vastaanottotyön yksinäisyys, hallittavan tietomäärän laajuus, sekä se yksinäisyyden ja riittämättömyyden tunne joka näistä tekijöistä syntyy. Myös potilaiden ja muiden terveydenhuollon henkilöstön asenteet saattoivat vaikuttaa terveystakeskustyön kokemiseen.

5.2.1 Kiire ja työmäärä

Kiireen kokemukset tulivat toistuvasti esiin haastatteluissa. Esimerkiksi hyvän työpäivän piirteitä kysyttäessä poikkeuksetta ensimmäisenä mainittiin se, ettei ole kiire ja tekemättömät työt eivät "paina päälle". Tämä kuvastaa sitä keskeisyyttä, jolla kiire esiintyi haastatteluissa. Terveystakeskustyöhön liittyvä jatkuva kiire ja suuri työmäärä koskettavat kaikkia terveystakeskuslääkäreitä, eivätkä ainoastaan nuoria lääkäreitä. Tämä kävi selvästi ilmi myös ylilääkäreiden haastatteluista. Ylilääkäreiden mukaan työmäärä perusterveydenhuollossa on lisääntynyt kun ennen erikoissairaanhoidon piirissä hoidettavia asioita hoidetaan nykyisin perusterveydenhuollossa ja panostukset resursseihin eivät ole olleet suhteessa siirrettyihin tehtäviin.

Erikoisalan valintaan vaikuttavat tekijät ja tekijät joista ne muodostuvat		
Terveyskeskustystyön vahvuudet	Terveyskeskustystyön monipuolisuus	Potilasmateriaalin monipuolisuus (vauvasta vaariin) Tautikirjon monipuolisuus Vaihtelevuus tehtävien vaativuudessa (kevyemmästä haastavaan) Työn eri osa-alueiden monipuolisuus (esim. neuvolatyö, kotisairaanhoido, vastaanottotyö) Perusterveydenhuollon monipuolinen tehtäväkirjo (sairaanhoido, ennaltaehkäisy, valistus)
	Terveyskeskustystyön kokonaisvaltaisuus	Potilaan kokonaisvaltainen hoito (potilaan terveysongelmat nähdään kokonaisuutena) Potilaan pitkäjänteinen hoito ja hoidon jatkuvuus Potilaan kohtaaminen psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena
	Terveyskeskustystyön itsenäisyys ja sen tarjoamat haasteet	Oma vastuualue Työn tarjoamat haasteet
	Onnistumisen kokemukset	Onnistunut potilas-lääkärisuhde Onnistunut lääketieteellisen ongelman ratkaisu Positiivinen palaute
	Perusterveydenhuollon merkittävä rooli	Perusterveydenhuollossa tehtävän työn keskeisyys Kokemus oman työn vaikuttavuudesta perusterveydenhuollossa
Terveyskeskustystyön haasteet	Terveyskeskustystyön yksinäisyys	Päätöksenteon yksinäisyys Vastaanottotyön itsenäisyys/ Ryhmätyön vähäisyys Työskentely suljetussa työtilassa vähentää sosiaalisia kontakteja työtovereiden kanssa
	Tiedon hallinnan haaste terveyskeskustystyössä	Laaja alaisen lääketieteellisen tiedon vaade (eri potilasryhmät, eri sairausryhmät) Psykologisten ja sosiaalisten ongelmien osaamisen vaade Terveyskeskuslääkärin työn rajaamattomuus Toimintaympäristön tuntemisen vaade (yhteistyökumppanit, hoitoketjut)
	Epävarmuuden sietäminen terveyskeskustystyössä	Terveyskeskustystyön luonne sairauksien seulojana Tutkimusmahdollisuuksien rajoittuneisuus (tarkoituksenmukaisuuden perusteella) Lääketieteellisen tiedon epäeksakti ja rajallinen luonne Epävarmuus omien tietojen riittävydestä Persoonallisuustekijät Kiireen ajankäyttöä rajoittava vaikutus
	Riittämättömyyden tunne terveyskeskustystyössä	Tiedon hallinnan haaste Lääketieteen epäeksaktius ja rajallisuus Potilaiden epä lääketieteelliset ongelmat ja auttamisen halu Terveyskeskuslääkärin työn rajaamattomuus Kommunikaation haasteet työssä Internet-ajan potilaiden korkea tietotaso Ristiriita potilaan odotusten ja omien toimintamahdollisuuksien välillä Kiire estää toimimasta omien standardien mukaisesti

	Perusterveydenhuoltoon kohdistuvat asenteet ja arvostus	Terveyskeskustyön vähentynyt arvostus Negatiivissävytteinen mediajulkisuus Potilaiden vaatimustason nousu/medikalisaatio Opiskeluaikoina kohdatut opettajien asenteet
Yleiset tekijät	Urakehitys mahdollisuudet	Vertikaalisen etenemisen mahdollisuus Horisontaalisen kehittymisen (erityisosaamisalueet, koulutus) mahdollisuus Akateemisen tutkimustyön mahdollisuus
	Vapaa-ajan merkitys	Mahdollisuus joustaviin työaikoihin (osa-aikaisuus, lyhennetyt päivät) Päivystysvelvollisuus Työsuhteen joustavuus ja vaihtelu Lomajärjestelyjen joustavuus Perhe-elämän painottaminen Työelämän lisääntynyt kuormittavuus johtaa vapaa-ajan merkityksen lisääntymiseen
	Palkka	Palkka ja palkkakehityksen mahdollisuus
Kiire ja työnhallinta vaikuttavina tekijöinä	Kiire ja työmäärä terveyskeskustyössä	Joustopuuttumisen puuttuminen työjärjestyksestä Päivystykselliset kontaktit (päivystyspotilaat, apteekkisoitot, hoitajien konsultaatiot) Tiettyjen potilasryhmien haasteellisuus (moniongelmaiset, vanhukset) Runsaat puhelinkontaktit ja toimistotyöt Kokemuksen tuomien rutiinien puuttuminen Potilaiden määrä ja väestörakenne Oheistoimintojen määrä Työn siirtäminen avustajilta lääkäreille (toimenpiteissä avustaminen, tilastoinnit yms.)
	Työnhallinta terveyskeskustyössä	Liian tiivis työjärjestys ei mahdollista joustoa Liiallinen työmäärä Päivystykselliset kontaktit Mahdollisuus vaikuttaa työjärjestykseen Mahdollisuus joustavuuteen erityistilanteissa Jatkuvat keskeytykset
	Resurssien niukkuus terveyskeskustyössä	Riittämättömät hoitaja- ja lääkäriresurssit johtavat suureen työmäärään ja kiireeseen Potilaiden hoidon esteet (puuttuvat vuodeosastopaikat, mielenterveyspalvelujen riittämättömyys, tutkimusmahdollisuudet) Epäoptimaaliset potilastietojärjestelmät Erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirrettyjen tehtävien lisääntyminen Sijaisten puute

Taulukko 1 Erikoisalanvalintaan vaikuttavat tekijät ja niiden muodostuminen.

” Se on musta aika selvä, että minkä takia siellä [terveyskeskuksessa] ei viihdytä. Jos mun kokemuksia summailen, niin 20 potilasta päivässä, ei paperiaikaa, koko ajan kesken vastaanoton soi puhelin ja hoitaja käy tuputtamassa reseptiä tai jotain muuta. Sitä jatkuu. Kyllä siinä tulee sellainen olo, että vois jotain muutakin tehdä. Tämmöistä liukuhihnatyötä ja mihinkään ei pysty kunnolla keskittymään. Sinänsä harmi, sillä ajatuksena ja periaatteessa terveyskeskustyö olisi lääketiedettä parhaimmillaan. Mutta sitä pitäisi pystyä tekemään siten, että sulla olisi oikeasti aikaa hoitaa niitä potilaita.”

Työmäärä terveyskeskustyössä saattoi vaihdella. Nuorten lääkärien mukaan kiirettä on enemmän lomakausina, jos sijaisia ei saada. Tuolloin yksittäiseen lääkäriin kohdistuu suurempi kuormitus.

Kiireen kokemukseen vaikutti terveyskeskuksen väestörakenne ja terveyskeskusten välillä oli eroja työn kiireisyydessä. Jos suurin osa asioista oli hoidettavissa niille varatulla ajalla, ei ajoittain ilmenevä suurempi työmäärä johtanut kiireen kokemukseen. Erityisesti omalääkäreillä, joilla ei ole työaikoja vaan niin sanottu väestövastuu työn määrä saattoi vaihdella ajankohdasta toiseen.

Terveyskeskustyössä koettu kiire johtuu suuresta työmäärästä ja jouston mahdollisuuden puuttumisesta. Työmäärä johtaa jo lähtökohtaisesti tiiviiseen aikatauluun. Tämä yhdistettynä työn luonteeseen kuuluviin yllättäviin lisätöihin johtaa puolestaan aikataulusta myöhästymiseen, ja kiireen kokemukseen.

Haastateltavat kokivat, että työjärjestyksessä potilaille varattu aika oli yleensä riittävä. Kiireen kokemukseen liittyivät haastateltavien mukaan erityisesti ylimääräiset potilaat, jolloin yhdelle vastaanottoajalle oli kaksi tai useampi potilas. Ylimääräisten potilaiden jälkeen lääkärit olivat usein loppupäivän aikataulustaan jäljessä.

Toinen syy kiireeseen ja aikataulun pettämiseen oli se, että joidenkin potilaiden asian hoitaminen ei onnistu normaalin vastaanottoajan puitteissa, sillä joidenkin potilaiden kanssa kuluu enemmän aikaa kuin toisten. Periaatteessa monimutkaisen ongelman vuoksi vastaanotolle tulevalle potilaalle voidaan varata pidempi vastaanottoaika. Aina tarvittava aika ei kuitenkaan ole ennustettavissa. Jos lääkäri tuntee potilaansa ja tietää tietyn potilaan asioiden hoitamisen vievän usein pidempään kuin normaalin vastaanottoajan verran, voidaan ajatella kyseiselle potilaalle varattavaksi pidempi aika. Haastateltavien mukaan tämä onnistuu käytännössä vaihtelevasti eri terveyskeskuksissa. Jos tilannetta etukäteen tarkasteltaessa päivän vastaanottoajat on jo täytetty, osassa terveyskeskuksista oli mahdollista siirtää seuraavan potilaan aikaa. Tällaiset järjestelyt edellyttävät toimivaa kommunikaatiota lääkärin ja ajanvarauksia hoitavan henkilön välillä. Haastateltavat korostivat

myös sen merkitystä, että hoitajat tuntevat potilaat ja voivat jo ajanvaraustilanteessa huomioida potilaan erityisvaatimukset ajankäytön suhteen. Tavallista enemmän aikaa veivät myös potilaista tehtävät lausunnot ja lähetteet, joiden tarvetta ei voida arvioida ajanvarausta tehdessä.

"Kun tuntee potilaat, niin voi aina pyytää, että voisiko tuolle antaa vaikka tunnin ajan, että sieltä tulee sellainen potilas, jonka kanssa menee aikaa."

Kolmas syy kiireen kokemukseen olivat ylimääräiset puhelinajat, joihin ei ollut varattu riittävästi aikaa. Lähes kaikki nuoret lääkärit kokivat tämän ongelmaksi. Puheluihin varattua aikaa ei kuitenkaan voitu pidentää, sillä ylimääräistä aikaa ei ollut.

"Monesti puhelintunnit on sellaisia, jotka pilaavat sen päivän sillä, että jos ne venyvät hirmupitkästi, sitten ei kerkiä käydä kunnolla syömässä."

Ylimääräiset potilaat ja soitot puolestaan johtivat siihen, että toimistotöille varattu aika kului niiden hoitamiseen. Näin ollen toimistotöille ei puolestaan riittänyt aikaa. Tekemättömät, haastateltavien mukaan jopa viikkoja jäljessä olevat toimistotyöt puolestaan lisäsivät kiireen kokemusta. Haastateltavat kokivat, että toimistotyöhön oli lähtökohtaisesti usein varattu riittävästi aikaa, mutta suunniteltu ajankäyttö ei toteutunut. Haastatteluissa tuli myös esille, että usein aamulle varatun toimistoajan saattoi paremmin käyttää toimistotöiden tekemiseen, kun taas iltapäivän toimisto-aika kului potilaiden katsomiseen ja aikataulun kiinniottamiseen.

"Niitä potilaita on sen verran, että toimisto-aikaa ei pysty juuri hyödyntämään siihen varsinaiseen toimistotyöhön."

Osin nuoret lääkärit pitivät omaa hitauttaan syynä jatkuvaan kiireeseen. Ei olekaan mitenkään tavatonta, että nuoret lääkärit tekivät pitkiä päiviä saadakseen työmäärää hallintaan ja pyrkiessään hyvään hoidon tasoon.

"Mulla oli ihan omat aikataulut... Olin niin hidas."

"Olen istunut täällä monena iltana kuuteen asti ja vielä sen jälkeenkin tekemässä paperitöitä."

Jatkuva kiire ja mahdottomaksi koetut työmäärät koettiin merkittävimmiksi rasisustekijäksi terveyskeskustyössä. Useimmat nuoret lääkärit kertoivat sen aiheuttaneen ahdistusta ja uupumisen tunteita.

"Tulee päänsärkyä ja ahdistusta kun katsoo sitä listaa ja näkee, ettei ehdi tekemään kaikkea."

Kiire heikensi merkittävästi terveyskeskustyön kiinnostavuutta uravalintana ja sen heikentävän terveyskeskustyön mielekkyyttä. Vaikka terveyskeskustyö sinänsä koettiin monipuoliseksi ja palkitsevaksi, ei positiivisilla seikoilla ollut merkitystä, mikäli liiallinen työmäärä uuvuttaa.

”Työn palkitsevuus menettää silloin merkityksensä, kun sinusta tuntuu, että teet aivan niska limassa töitä. Eikä sitä jaksaisi tehdä enää päiväkään.”

Työmäärän ja tästä johtuvan kiireen ajateltiin olevan vaikeammin hallittavissa terveyskeskustyössä kuin sairaalatyössä. Tämän ajateltiin johtuva siitä, että sairaalatyössä lääkäri hoitaa ennalta seulottua potilasjoukkoa. Lisäksi nuoret lääkäri ajattelivat sairaalatyössä olevan välillä rauhallisempiakin hetkiä, jotka tasoittavat kiireen tuntua ja mahdollistavat työn hallinnan kokemusta.

”Perusterveydenhuollossa on mielikuva se, että tänne tulee potilaita ovista ja ikkunoista eikä millään pysty hallitsemaan sitä työn määrää... Erikoissairaanhoidossa ollaan tavallaan paremmin turvassa siltä potilaiden määrältä, koska se on läheteiden takana.”

Terveyskeskustyössä jatkuvat kiireen pelättiin kyynistävän ja uuvuttavan. Nuoret lääkärit pohtivat miten kokeneet terveyskeskuslääkärit pärjäävät jatkuvan kiireen kanssa. Eräs nuori lääkäri ajatteli, että pitkän linjan lääkärit jaksavat, koska he ovat erityisen hyviä työssään tai sitten liiallinen työ on johtanut kyynistymiseen.

”Toiset [kokeneista lääkäreistä] on vaan niin hyviä ja toiset on niin kyynisiä, että niitä ei vaan kiinnosta.”

Kiire heikensi työn mielekkyyden kokemista lääkärin tuntiessa, että kiire esti heitä tekemästä työtänsä hyvin. Nuoret lääkärit kokivat mm., ettei asioihin ehtinyt perehtyä riittävästi ja asioita ei ehdi varmistaa, mikä johtaa virheisiin. Oli vaikea hyväksyä sitä, että tietää osaavansa tehdä asiat paremmin, mutta kiire estää toimimasta oman kykynsä mukaan. Nuoret lääkärit kokivat siis, että kiire johti hoidon tason heikkenemiseen. Lisäksi se heikensi olemassa olevien tukiverkoston ja konsultaatiomahdollisuuksien käyttömahdollisuuksia.

”Ei voi tehdä asioita niin hyvin kuin osaisi, koska siihen ei oo aikaa.”

”Aika on siten keskeinen, että vaikka olisi yhteistoimintaverkostoja, -kumppaneita ja konsultaatiomahdollisuuksia, niin ajan puute tehokkaasti sabotoi sen.” Ylilääkäri

Päällekkäiset potilasajat ja niiden aiheuttama myöhästymisen johtivat siihen, että potilaiden vastaanottoajat eivät toteutuneet suunnitellusti. Nuoret lääkärit kokivat, että potilaat joutuvat kärsimään lääkärin liiallisesta työmäärästä heille varattujen vastaanottoaikojen typistytessä. Tämä synnyttää nuorissa lääkäreissä kokemuksen potilaan saamasta, ja nuoren lääkärin tarjoamasta, huonosta palvelusta. He kokivat näin siitä huolimatta, etteivät nuoret lääkärit itse voineet vaikuttaa ylimääräisten potilaiden määrään ja potilasaikojen typistymiseen.

”Mä ainakin koen sen et kun tietty aika on kullekin potilaalle varattu, niin sit se aika pitäis olla sille ihmiselle kokonaan käytettävissä. Ja sit ei ehkä olekaan kun siihen on tullut joku ylimääräinen juttu, itsestä riippumattomista syistä.”

”Vastaanotto saattaakin typistyä tosi lyhyeksi. Tulee semmoinen olo, että me ei tarjota hyvää palvelua täällä.”

Nuoret lääkärit totesivat lyhentyneiden vastaanottojen ja myöhässä olemisen aiheuttavan kitkaa potilas-lääkärisuhteeseen. Kiire heikensi mahdollisuutta onnistuneeseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Potilaat voivat joutua odottamaan tai lääkäri voi joutua keskeyttämään vastaanoton ylimääräisten potilaiden takia. Potilas-lääkärisuhteen kärsiminen vaikeutti työn tekemistä potilaan parhaaksi ja aiheutti ahdistusta nuorissa lääkäreissä.

”Saan vihaisen potilaan, kun joudun lähettämään hänet ulos. Ja sitten saan vihaiset kaksi seuraavaa potilasta, kun olen niin paljon myöhässä.”

Kiire saattaa aiheuttaa ristiriitoja terveyskeskuksen lääkärin välille heikentäen ilmapiiriä ja vähentäen sosiaalista kanssakäymistä. Nuorten lääkärin kertomusten mukaan tässä oli työpaikkakohtaisia eroja, toisilla työpaikoilla yhteinen kiire tuntui jopa tiivistävän työyhteisön henkeä kaikkien ollessa samankaltaisessa haastavassa tilanteessa.

”[Kiireisinä aikoina]monet vähän kyttää toisten listoja, että sinulla ei ole tarpeeksi akuuttiaikoja, että ne tulevat aina minun päivystysvuorolle ja sellaista.”

Kokemuksen karttuessa nuoret lääkärit saavat lisää valmiutta jatkuvan kiireen kanssa pärjäämiseen. Osa nuorista lääkäreitä kertoi, että oli erikseen tehnyt päätöksen, ettei ota tekemättömistä töistä stressiä, erityisesti koska keskeinen ongelma on liiallinen työn määrä käytettävissä olevaan aikaan nähden, tekijä joka oli nuoren lääkärin vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella.

”Mä olen mielestäni siinä onnistunut aika hyvin, että teen sen minkä ehdin, enkä ota stressiä niistä ylimääräisistä. Jätän ne sitten tekemättä jos en ehdi. Kun oon jutellut noiden muutamien

kurssikavereiden kanssa, jotka kertoo, että ne saattaa olla puoli kuuteen tekemässä noita reseptejä koska ne ei oo päivän aikana sitä kerennyt sitä tekemään. Kuulostaa mun mielestä ihan älyttömältä. Jos ei sulle oo varattu paperiaikaa päivällä niin mä oon ainakin sanonut että mä en sitten tee niitä.”

Kehitysehdotuksina nuoret lääkärit esittivät joustovaran lisäämistä työjärjestykseen. Tämä edellyttäisi kuitenkin työmäärän vähentämistä, esimerkiksi pienempien vastuuväestöjen muodossa. Myös sijaisten saatavuutta korostettiin sen vaikuttaessa työmäärään poissaolojen jälkeen.

”Ite olen yrittänyt täällä meillä esittää, että jokaisella meistä olisi sellaisia puskuriaikoja päivässä.”

5.2.2 Työnhallinta

Haastatteluissa nuoret lääkärit sekä kuvasivat työpäiviään, työn järjestämisen tapoja että terveyskeskustyön haasteiksi kokemiaan tekijöitä. Näistä kaikista syntyi vaikutelma heikosta työn hallinnasta. Lisäksi nuorilta lääkäreiltä kysyttiin suoraan omia kokemuksia työnhallinnan mahdollisuuksista. Suoraan kysymykseen saaduista vastauksista käy ilmi, että nuoret lääkärit käsittivät työnhallinnan käsitteen haastatteluissa eri tavoin. Osa nuorista liitti käsitteen ainoastaan mahdollisuuteen vaikuttaa työjärjestykseensä (viikko-ohjelma), eikä niinkään päivittäisen työmäärän hallitsemiseen liittyviin tekijöihin. Näin ollen osa nuorista lääkäreistä mielsi työnhallinnan hyväksi huolimatta haastatteluissa ilmenneistä päivittäisen työmäärän ja sen järjestelyn haasteista ja siitä ahdistuksesta, jonka samat nuoret lääkärit kokivat tähän liittyvän.

” Sä vaan meet sinne aamulla ja katsot että: jaa tällainen. Ja sitten sä teet kaikki mitä sieltä listalta vaan tulee, vaikka sulla ei olisi aikaa, niin sä teet ne kuitenkin.”

Osalla haastateltavista oli kokemus, että mahdollisuus vaikuttaa omaan päiväohjelmaansa oli varsin hyvä. Yleensä lääkäreillä oli valmiiksi laadittu työjärjestys, joka sisälsi mm. ajanvarausvastaanottoaikoja, päivystysaikoja, toimistoaikaa, puhelinaikoja sekä aikaa etukäteen määritellyille oheistoiminnoille kuten neuvolatyölle, kotisairaanhoidolle tai vuodeosastotyöskentelylle. Lääkärit voivat vaikuttaa jossain määrin näiden aikataulukseen, joskin käytännössä aikataulun tulee sisältää lääkärille määrätyt tehtävät. Työjärjestykseen vaikuttaminen onnistuu nuorten lääkärien mukaan "jos on nopea". Potilasajat varataan usein 2-4 viikkoa etukäteen ja sen jälkeen ohjelman muuttaminen on vaikeaa.

”Koen vaikutusmahdollisuudet omaan työhön kohtalaisiksi, se että pystyn itse tuota ohjelmaa on hirmu tärkeä ja iso asia. Sitten taas se väestökoko, siihen ei pysty vaikuttamaan vaikka toivoisi että sen saisi pienemmäksi.”

Vaikka päiväohjelmaansa pystyy vaikuttamaan, eli suunnittelemaan eri työn osa-alueiden sijoitusta eri päiville tai kellonajoille, se ettei työmäärän pysty vaikuttamaan tekee todellisista työnvaikutusmahdollisuuksista rajalliset. Väestövastuulääkärin työmäärä määräytyy väestön tarpeen mukaan ja yleisesti väestökoot koetaan liian suuriksi. Niillä lääkäreillä joilla ei ollut väestövastuuta, saattoi olla muita ulkoisia paineita, jotka rajasivat todelliset mahdollisuudet vaikuttaa työjärjestykseen. Omia vaikutusmahdollisuuksia rajoittivat velvollisuudet hoitaa tietyt asiat ja tietty määrä potilaita päivässä.

”Velvoite kattoa 13–14 potilasta päivässä rajoitti niin paljon, ettei isoja muutoksia pystynyt tekemään[omaan aikatauluun].”

Kaikilla nuorilla lääkäreillä ei ollut mahdollisuutta vaikuttaa työjärjestykseen ollenkaan, vaan se määrätty ennalta tai vastaanottohenkilökunta tekivät lääkärin viikko-ohjelman. Nuoret lääkärit kokivat, että mahdollisuus vaikuttaa edes yksinkertaisiin asioihin, auttaisi heitä hallitsemaan työtään paremmin.

”Jos saisi edes oman kahvitauon tai kirjallisten töiden hetken määrittää itse. Se on aivan eri juttu, ettei joku toinen ole määritellyt aamukahdeksasta neljään putkella potilaita, vaan itsellä olisi jonkinlainen mahdollisuus vaikuttaa aikataulutukseen.”

Todelliseen työnhallintaan vaikutti se, että vaikka työjärjestys tekovaiheessa olisikin ollut hyvä, niin käytännössä terveyskeskuslääkärin työn luonteeseen kuuluu päivittäin ilmenevien päivystyksellisten ja suunnittele mattomien asioiden hoito. Ylimääräisiä potilaita saatetaan laittaa lääkärin listalle ilman, että lääkärillä on mahdollisuus vaikuttaa asiaan. Väestövastuujärjestelmään sisältyy velvoite katsoa oman alueensa potilaat, joten jos potilailla on päivystyksellisiä ongelmia enemmän kuin on vapaita aikoja, joudutaan potilaita ottamaan useampi samalle ajalle. Työn vaihtelevuus johtaa siihen, etteivät työmäärät ole helposti ennakoitavissa, mikä heikentää työnhallinnan mahdollisuutta.

”Kun aamulla on ihan normaali lista, niin sitten siihen aina päivän aikana lisäilläään kaikkea ylimääräistä, vaikka aikaa ei ole yhtään sen enempää.”

Työhön liittyvä ennakoimattomuus johtaa siihen, ettei työpäiviä pysty suunnittelemaan etukäteen. Tämä ennakoimattomuus johti siihen, että nuoret lääkäri kokivat, ettei heillä ollut mahdollista edes poikkeustilanteissa suunnitella menojaan.

”Lääkäreillä ei ole mahdollisuutta vaikuttaa työhönsä tai esim. että pitää vaikka puoli neljältä olla pankissa, niin ei sitä voi sinulle kukaan luvata. Jos tulee päivystyspotilaita niin tulee.”

Ennakoimisen mahdollisuus ja parempi joustavuus on eräs syy siihen, miksi osa nuorista lääkäreistä valitsi työllistymisen suoran työsuhteen sijaan vuokralääkäfirman kautta. Vuokralääkäfirmoista sai nuorten lääkärein kertoman mukaan helposti järjestettyä yksittäisiä vapaapäiviä tai pidempiä jaksoja vapaata tarvittaessa.

”Firman¹ etu on se, että jos tarvitsen vaikka vapaapäivän jostain keskeltä viikkoa niin se onnistuu käytännössä aina. Kyllähän sekin tietysti vaikuttaa [vuokrafirman valitsemiseen työnantajaksi]. Se joustavuus on ja lomat voi pitää silloin kuin haluaa.” Vuokralääkäri

Nuoret lääkärit kertoivat, että verrattuna ensimmäisiin työkokemuksiin terveyskeskuksessa työn hallinta parani kokemuksen myötä. Apuvälineiden, kuten tietotekniikan käyttö tehosti työtä kun niiden käyttöä oli työn ohessa oppinut. Lisäksi työnhallintaa paransi myös työnjako ja delegointi, jotka mahdollistuivat paremmin työsuhteen keston ja terveyskeskuksen työnjakoon tutustumisen myötä.

”Tavallaan kun oppii vaikuttamaan siihen omaan työhönsä, oppii käyttämään esim. tietokonejärjestelmää ja niitä ajanvarausasioita siten, että pystyy laittamaan sinne itselleen vaikka taukoja tai pidentämään jotain puhelinaikoja... Sitä hallittavuutta on tullut enemmän.”

Työnhallinnan ongelma vaikuttaa kuitenkin säilyvän, vaikka kokemusta terveyskeskustyöstä kerääntyikin.

”[Kollegakin] sanoi, joka on ollut täällä yli kymmenen vuotta, ettei hän edes tiedä, mitä on oman työn hallinta, ettei sellaista voi edes puhua missään tapauksessa täällä.”

Työnhallinnan parantamisen kannalta pidettiin tärkeänä, että potilastyö tehtäisiin mahdollisimman häiriöttömäksi. Lääkärityötä usein katkaisevien keskeytysten kuten, konsultaatioiden apteekkipuheluiden ja muiden kyselyiden järjestämistä omalle ajalleen pidettiin keinona tähän. Tähän häiriöttömyyteen oli erityisesti panostettu joissakin terveyskeskuksissa. Työnhallinnan

¹ Firmalla viitataan lääkäri työvoimaa vuokraavaan yksityisyrittäjään

parantamista pidettiin keskeisenä kehittämisalueena, jotta nuoria lääkäreitä jatkossakin kiinnostaisi terveyskeskustyö.

5.2.3 Yksinäisyys

Useimmat nuoret lääkärit mainitsivat terveyskeskustyön yksinäiseksi. Tämä kokemus oli paitsi ensimmäisiä mielikuvia terveyskeskustyöstä, myös jatkui kokemuksen kertyessä.

”Olin hyvin yllättynyt, että se oli niin yksinäistä työtä ja nytkin se on yksi negatiivinen puoli tässä työssä. Täällä vain ollaan yhdessä huoneessa, eikä kukaan häiritse.”

Yksinäisyys liittyy siihen, että työtä tehdään omassa huoneessa tapaamatta työtovereita. Lisäksi työn itsenäisyys johtaa kokemukseen päätösten ja työn tekemisen yksinäisyyteen.

”Tietynlainen yksinäisyys siinä ratkaisujen keskellä oli yllätys. Ei ollut, tajunnut, että kuinka yksin niitä ratkaisuja joutuu tekemään ja kuinka paljon niihin liittyy epävarmuutta.”

Terveyskeskustyöhön liittyvän yksinäisyyden kerrottiin vaikuttavan myös erikoisalan valintaan. Monet nuoret lääkärit kokivat sairaalatyöhön liittyvän ryhmätyön ja yhdessä työskentelyn puoltavan sairaalatyötä.

” [Terveyskeskuksessa] se on se yksin tekeminen mikä musta on vähän tylsää. Se, että mulla on sellaisia työkavereita, joiden kanssa teen töitä ja rupattelen [on positiivista]. Isommassa työryhmässä mä viihdyn.”

Terveyskeskustyön yksinäisyyden vuoksi sen vastapainona korostuivat sosiaaliset kontaktit muiden työntekijöiden kanssa sekä työpaikan hyvän hengen merkitys työssä jaksamisessa. Terveyskeskustyön yksinäisyyttä ajateltiin helpottavan myös parempi yhteistyö hoitajien tai avustavan henkilökunnan kanssa. Työparityöskentelyn ajateltiin vähentävän yksinäisyyttä ja samalla tehostavan vastaanottotyötä. Ylilääkäreiden haastatteluissa korostui myös lääkärien toimiminen erilaisten tiimien jäsenenä ja nimenomaan lääkäri vastuu lähitiimin ja työyhteisön asioiden aktiivisesta ja luontevasta seuraamisesta. Tällaisen tiimityöskentelyn korostuminen voisi helpottaa nuoren lääkärin yksinäisyyden kokemusta.

Päätöksenteon yksinäisyyteen ja epävarmuuteen auttaisi nuorten lääkärien mukaan tehostettu tutorohjaus ja konsultaatiomahdollisuudet. Näihin on erityisesti viimeisen vuosikymmenen

aikana panostettu. Tutorointi ja systemaattiset konsultaatiojärjestelmät eivät kuitenkaan toteudu kaikissa terveyskeskuksissa.

”Se kesä [ensimmäinen työkokemus valmistumisen jälkeen] oli kyllä äärimmäisen paineinen ja minulla oli kyllä vähän sellainen olo, että olen yksin. Siinä olisi varmaan ollut hyvä olla joku konsultti.”

Päätöksenteon yksinäisyys korostuu uran alkuvaiheessa. Kokemuksen karttuessa tilanteet jossa tarvitaan tukea päätöksentekoon vähenevät ja erilaisiin konsultaatiomalleihin syntyy rutiinia. Nuoretkin lääkärit ovat valmiita ottaman vastuun päätöksistään, ja päätöksenteon yksinäisyyden kokemus rajautuu haastaviin lääketieteellisiin ongelmiin.

” Kyllä joutuu päätöksiä tekemään. ... Ei kai me lääkärit sitä vastuuta pelätä.” Ylilääkäri

5.2.4 Tiedon hallinta

Terveyskeskustyössä tarvitaan laaja-alaista tietoa ensisijaisesti eri lääketieteen alueilta, mutta myös sosiaalisista ja psykologisista tekijöistä sekä terveydenhuollon hallinnon alalta. Tiedon hallinta koettiin ongelmalliseksi terveyskeskustyössä. Se liittyi kokemukseen, että vaadituksi koetulla tiedolla ei ole hahmotettavia rajoja ja lisäksi tieto muuttuu jatkuvasti lääketieteen kehittyessä ja lääketieteellisen tiedon määrän kasvaessa. Tiedon hallinnan haaste aiheutti stressin ja ahdistuksen kokemuksia erityisesti uran alkuvaiheessa, mutta lähes kaikki nuoret lääkärit mainitsivat sen ongelmaksi edelleen. Potilaskirjo on laaja ja vaadituksi koetun hallittavan tiedon määrä suuri. Tätä pidettiin merkittävänä terveyskeskustyön houkuttelevuutta vähentävänä tekijänä. Tältä osin suurin osa haastateltavista piti muita erikoisaloja terveyskeskustyötä houkuttelevampana.

”Varmasti yksi tärkeä syy [ettei terveyskeskustyö kiinnosta lääkäreitä] on se, että se on niin laaja-alaista, sitä on vaikea hallita, sinun pitäisi tietää kaikesta jonkun verran.”

Verrattuna terveyskeskustyöhön sairaalaan asettuvien erikoisalojen etuina pidettiin työnkuvan rajautumista suppeammalla alalle ja vaihtoehtoisesta erikoisalasta riippuen mainittiin mm. laajemmat mahdollisuudet esimerkiksi toimenpiteisiin tai ryhmätyöskentelyyn.

”Olis hyvä yhdessä asiassa, kun terveyskeskuksessa pitää olla hyvä monessa asiassa.”

Jatkuvasti lisääntyvä tiedon määrä tuntui nuorista lääkäreistä erityisesti heijastuvan yleislääketieteen erikoisalaan siinä vaadittavan laaja-alaisen tiedon hallinnan vaatimuksen vuoksi.

”Nykyisessä tietotulvamäärässä sen [tiedon]hallinta [terveyskeskuksessa] on iso homma.”

Osa nuorista lääkäreistä piti yleislääketieteen laaja-alaisuutta myös positiivisen asiana. Haastattelujen perusteella osa arvosti terveyskeskustyön monipuolisuutta, osa kaipasi nimenomaan rajatumpaa työkenttää.

”Haastavuushan on se, että on niin iso se kenttä, mikä pitäisi hallita. Se on tavallaan hieno asia, koska siinä pysyy se mielenkiinto.”

Tieto siitä, että oman tiedon rajallisuus vaikuttaa potilaan hoidon etenemiseen ja kustannuksiin on yksi terveyskeskustyöhön liittyvistä haasteista.

”Tavallaan tietää, että jos siitä asiasta tietäisi vähän enemmän, niin ei tulisi lähetettyä eteenpäin. Asiakas saisi nopeammin hoitoa jos osaisin hoitaa sen.”

5.2.5 Epävarmuuden sietäminen

Terveyskeskustyöhön liittyy epävarmuuden sietämistä, usein enemmän kuin sairaalatyöhön, jossa mahdollisuudet asioiden tutkimiseen ja varmistamiseen ovat paremmat. Kaikkia potilaita ei ole tarkoituksenmukaista tutkia samalla tarkkuudella kuin erikoissairaanhoidossa. Tämä johtuu terveyskeskuksen tehtävästä seuloa lisätutkimuksia ja -hoitoa vaativat potilaat laajemmasta potilasjoukosta.

”Mehän tehdään sitä seulontaa. Se on se suurin ero [terveyskeskus- ja sairaalatyön välillä]. Tännehän tulee ihan kaikki.”

Epävarmuus liittyy osin tähän perusasetelmaan, jolloin lisätutkimuksista pidättäydytään kun potilaan ongelma vaikuttaa todennäköisesti hyvälaatuiselta. Lisäksi lääketietiede ei ole eksaktia ja potilaiden diagnostiikka ja hoito perustuu todennäköisyyteen.

”Epävarmuus siitä, että loppujen lopuksi semmoissa varmoja totuuksia ei olekaan ja aika paljon joutuu pelaamaan todennäköisyyksillä.”

Epävarmuus liittyy myös kokemukseen omien tietojen riittämättömyydestä. Nuoret lääkärit pohtivat oman osaamisensa riittävyyttä laajaa tiedonhallintaa vaativalla alalla. Osaltaan myös kokemattomuudesta johtuva rutiinien puute lisää nuorten lääkärien epävarmuuden kokemuksia. Työkokemuksen myötä epävarmuuden tunteen ajateltiinkin helpottavan paitsi kokemuksen karttumisen, myös epävarmuuden hyväksymisen, myötä.

”Oman itsensä epäilyä ja epäluottamusta omiin taitoihin ja kykyihin. Kaikkiin asioihin ei ole vuosien tuomaa rutiinia.”

”Ehkä nyt kun on ollut sen muutaman vuoden tässä töissä, on jollakin tavalla hyväksynyt sen epävarmuuden siitä, ettei enää kuvittelekaan, että asiat on varmoja.”

Nuoren lääkärin kokiessa tietonsa riittämättömäksi on hänellä mahdollisuus konsultoida kokeneempaa kollegaa. Konsultaatiomahdollisuudet helpottavat potilaiden hoitoa, mutta eivät kuitenkaan kokonaan poista epävarmuutta lääkärintyöstä.

”Kuitenkaan joka potilaastahan et voi kysyä ja vaikka kuinka kysyt, itse joudut sen päätöksen tekemään.”

Epävarmuuden sietämistä ajateltiin helpottavan se, että tekee työnsä hyvin. Potilaan huolellinen haastattelu ja tutkiminen sekä tulosten huolellinen punnitseminen johtavat siihen, että nuori lääkäri kokee tehneensä parhaansa. Tämä on kuitenkin ristiriidassa työssä usein jatkuvana ilmenevän kiireen kanssa, joka rajoittaa potilasta kohden käytettävissä olevaa aikaa.

”[Epävarmuutta helpottaa se, että] kuuntelee, haastattelee ja tutkii potilaan ja hoitaa hommansa hyvin.”

Osa haastatelluista toi esille lääkärin persoonallisuuden liittyvien tekijöiden merkityksen terveyskeskustyön epävarmuuden, kiireen ja työnhallinnan haasteiden sietämisessä. Ajateltiin, että tietyn tyyppiset lääkärit viihtyvät paremmin terveyskeskustyössä, ja toiset taas sairaalatyössä.

”Se lääkärin persoonallisuus vaikuttaa kanssa, että jos on tämmönen oikeen luonteeltaan analyttinen ja tykkää tehdä hiukan perfektionistiseen tyyliin asioita laajasti pohtien... niin yleislääkärin työssä joutuu kuitenkin sietämään sitä epävarmuutta aika paljon. ... Väljempi persoonallisuus... sietää epävarmuutta vähän paremmin, sietää kiirettä, sietää stressiä vähän paremmin ... niin sen on ehkä helpompi pärjätä yleislääkärinä terveyskeskuksessa.” Ylilääkäri

Epävarmuuden sietämiseen voi saada tukea tutortoiminnasta. Sosiaalisesta tuesta koettiin olevan apua epävarmuuden sietoon silloinkin, kun tuessa ei ollut kyse konkreettisista potilaan hoitoa koskevista neuvoista. Usein nuoret lääkärit kokivat tarvetta keskustella työhön liittyvistä tilanteista sekä tunteista ja toivoivat sellaiseen enemmän tilaisuuksia. Toisaalta he kertoivat, että edellä mainitun kaltainen keskustelu ei työyhteisössä spontaanisti toteudu silloinkaan kun siihen olisi ajallisia ja fyysisiä mahdollisuuksia.

”Kaipaisin ennen kaikkea sitä lääkäreiden välistä keskustelua, että sellaista olisi joka päivä.”
”Sitä mä niinkun ihmettelen, että miksei se [lääkäreiden välinen purkutilaisuus] täälläkään toteudu, kun aika paljon on sitä aikaa, että ollaan pelkästään lääkärit läsnä. Sitten siinä puhutaan vähän juupa jaapaa tai ei puhuta ollenkaan, aika usein ei puhuta mitään, kuunnellaan lääke-esittelyä, istutaan hiljaa ja juodaan kahvia.”

Syyksi tähän purkutilanteiden toteutumattomuuteen nuoret lääkärit arvelivat sitä, että kokeneemmat kollegat eivät välttämättä koe siihen vastaavalla tavalla tarvetta. Nuoret lääkärit ajattelivat tällaisten tilanteiden lisäksi mahdollisesti olevan psyykkisesti kuormittavia niille, jotka eivät koe itse niihin tarvetta. Näin ollen nuorille lääkäreille suunnatut erilliset tilaisuudet koettiin tarpeellisiksi. Työn vastuullisuus ja siihen liittyvä epävarmuus huomioiden esitettiin, että vaikeiden tilanteiden purkamiseen ja työn käsittelyyn tulisi varata aikaa.

”Siihen nähden kuinka raskasta ja vastuullista työtä me tehdään, niin aivan keskenäänhän me näitä asioita käydään läpi. Varmaan sellaiselle olisi tilausta enemmänkin.” *”Aika paljon se on persoonastakin kiinni, on sellaisia, jotka eivät halua tai pysty niistä puhumaan julkisessa kahvipöytäkeskustelussa. Ehkä varsinkin heille tulisi tarjota sitä tilaisuutta puhua niistä.”*

Työnohjaus eri muodoissaan voisi tarjota mahdollisuuksia tällaiselle keskustelulle. Systemaattisesti työnohjauksesta ei kaikkien haastateltavien kanssa keskusteltu. Osa haastateltavista kertoi, ettei työpaikassa ole mahdollisuutta työnohjaukseen ja yhdenkään haastateltavan kanssa spontaanisti noussut esiin mahdollisuus työnohjaukseen.

”Meillä ei ole työnohjausta, en tiedä mitä työnohjauksella tarkoitetaan.”

5.2.6 Riittämättömyyden kokemus

Riittämättömyyden kokemukset ovat nuorten lääkäreiden mukaan osa terveyskeskustyön arkea ja yksi merkittävimmistä terveyskeskustyön ahdistusta aiheuttavista puolista. Erityisesti alussa tiedon hallinta on vaikeaa ja aiheuttaa riittämättömyyden tunteita. Lisäksi potilailla esiintyy ongelmia ja vaivoja, jotka eivät kategorisoidu tunnettujen sairauksien piiriin.

” Suurin osa vaivoista on sellaisia, että mitä tolle nyt sitten tekis. Hirveen harvoin tulee sellainen olo, että mäpä tiedän just mikä sua vaivaa ja just mikä siihen auttaa. Että sellainen oma riittämättömyys.”

Riittämättömyyden kokemukset liittyivät myös tilanteisiin, jossa nykylääketieteen keinot potilaan auttamiseksi on jo käytetty, mutta ratkaisua potilaan ongelmiin ei ole löytynyt.

”Aluksi oli hirveän vaikea sanoa kenellekään asiakkaalle, että nyt en voi auttaa sinua enempää tai että nyt on kaikki keinot käytetty. Se oli mielestäni jotenkin äärimmäisen hankalaa.”

Nämä tilanteet erityisen hankalaksi teki myös nuoren lääkärin myötäeläminen potilaan tilanteessa ja vahva halu auttaa. Riittämättömyyden tunteita syntyy tilanteissa, joissa lääkäri ei pysty auttamaan potilasta omien ja potilaan odotusten mukaisesti.

”Eniten ahdistaa sellainen, kun hirveästi tekin mieli auttaa, mutta ei ole mitään keinoja.”

Tilanteisiin, jossa potilaan hyväksi ei ole enää muuta tehtävissä, liittyy sekä potilaan, että potilaan omaisten kohtaaminen, jotka saattavat tuntua raskaalta kun omat ja lääketieteen keinot on käytetty. Erityisesti näin on tilanteissa, joissa kommunikaatio potilaan tai omaisten kanssa ei ole onnistunut optimaalisesti ja heillä saattaa olla epärealistisia odotuksia hoidon mahdollisuuksista.

”Omaisten taholta tulee sellaista kyselyä, että mitä nytte, miksei tehdä mitään, vaikka ihan selkeästi on nähtävissä, että mitään ei ole enää tehtävissä.”

Riittämättömyyden kokemus voi syntyä potilaan palatessa terveyskeskukseen saman asian vuoksi toistuvasti tai esimerkiksi erikoissairaanhoidon konsultaatioiden jälkeen tilanteessa jossa apua ei ole löytynyt. Näissä tilanteissa riittämättömyyden kokemus syntyy, kun omat resurssit ongelman suhteen on jo käytetty. Jollei vaiva vaadi erikoissairaanhoidoa, ei terveyskeskuslääkäri voi ohjata potilasta muualle tai lopettaa potilaan hoitoa. Tässä asiassa terveyskeskustyöskentely eroaa useista muista erikoisaloista. Potilasjoukkoja ei voida myöskään rajata tai ohjata muualle ongelman luonteen perusteella.

”Jos olisin vaikka gynekologi ja joku valittaisi minulle polvea, voisin sanoa, että mene toiselle lääkärille. En voi oikeastaan kenellekään sanoa, että mene jonnekin muualle.”

Haastateltavat kertoivat, että vastaan tulee myös paljon sosiaalisia ongelmia, niiden suhteellinen osuus potilasmateriaalista tuli nuorille lääkäreille yllätyksenä. Nuoret lääkärit kokivat, ettei lääketieteellisessä opiskelu ollut valmistanut heitä tähän riittävästi. He kokivat, ettei heillä aina ollut riittäviä taitoja tai välineitä kohdata näitä ongelmia. Riittämättömyyden tunteita aiheuttivat potilaat, joita ei lääkäri voinut auttaa heidän pääsääntöisesti sosiaalisten, epä lääketieteellisten ongelmiansa vuoksi.

Yksi riittämättömyyden tunnetta lisäävä tekijä nykyterveyskeskuslääkärin työssä on internetistä saatavan tiedon määrä. Se saattaa johtaa tilanteisiin joissa potilas tietää sairaudestaan enemmän kuin terveyskeskuslääkäri. Tosin kokemuksen kertyessä tämä tilanne saa positiivisen sävyn, sen parantaessa vuorovaikutusta.

”Aluksi oli hirveän ahdistavaa, että ihmiset tiesivät asioista enemmän kuin minä, mutta nykyään siihen jo suhtautuu niin, että sehän on ihan hyvä, että tietää omasta taudistaan niin paljon.”

Riittämättömyyden kokemusten ajateltiin vaikuttavan siihen, ettei terveyskeskustyöhön jääty enää peruskoulutusjakson jälkeen.

”Toisaalta se, ettei pysty tekemään asioita niin hyvin kun on opetettu tai niin hyvin kun muuten pystyisi, joutuu laittamaan asiaa eteenpäin ja jää tunne, että asia tuli huonosti hoidetuksi, johtaa riittämättömyyden tunteisiin. Luulen, että riittämättömyyden tunne on merkittävä syy siihen miksi täältä lähdetään.” Ylilääkäri

5.2.7 Resurssien vaikutus työn kokemiseen

Terveydenhuollon resurssien niukkuus näkyy keskeisimmin riittämättöminä lääkäri- ja hoitaja resursseina. Tämä johtaa liialliseen työmäärään ja jatkuvaan kiireeseen.

Nuoret lääkärit kokivat terveydenhuollon rajallisten resurssien vaikutuksen työhönsä erityisesti jatkohoitopaikkojen saatavuuden ja lähetekäytäntöjen osalta. Ajoittain terveyskeskusten vuodeosastojen ollessa täynnä joudutaan terveyskeskuksesta lähettämään sairaalaan potilaita, jotka sairautensa puolesta olisivat hoidettavissa terveyskeskuksessa. Tämän nuoret lääkärit kokivat turhauttavaksi. Erityisesti geriatrinen jatkohoitopaikkojen riittämättömyys ja siitä johtuva hoitoketjujen toimimattomuus aiheuttaa lisätyötä ja lääkäriltä kuluu runsaasti aikaa hoitoa tarvitsevan potilaan sijoittamiseen.

”Ärsyttää tämä, että kun joudutaan laittamaan erikoissairaanhoidon potilaita, jotka eivät sinne kuulu, koska täällä ei ole paikkoja meillä vuodeosastolla... Se on kaikkien mielestä turhauttavaa.”

Paikoin nuoret lääkärit kokivat resurssit riittäviksi, erityisesti tutkimusten saatavuuden suhteen. Joissakin terveyskeskuksissa resurssit rajoittivat myös tutkimusten saamista. Paikoin fyysisessä työympäristössä oli ongelmia. Liian pienet työtilat aiheuttivat käytännön ongelmia tutkimustilanteissa. Potilasohjaus mielenterveystoimistoon koettiin toimimattomaksi. Psykiatrinen

potilaiden hoidon resurssien niukkuus vaikeutti työtä. Resurssien puute heikensi mahdollisuutta hoitaa potilaita kunnolla. Esimerkiksi toistuvista käynneistä hyötyvää potilasta ei voida aikojen puutteen vuoksi pyytää terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. Lisäpainetta terveyskeskustyöhön aiheutti myös se, että mielenterveystoimisto rajaa resurssien riittämättömyyden vuoksi useita potilasryhmiä hoidon ulkopuolelle.

5.2.8 Terveyskeskustyön eri osa-alueet

Terveyskeskustyö ei ole pelkkää ajanvaraustyötä vaan myös esim. päivystystyötä sekä erilaista neuvolatoimintaa, kotisairaanhoidoa, palvelutalojen lääkäripalveluja, kouluterveydenhoitoa. Lääkäriliiton selvityksen mukaan terveyskeskuslääkärin työajasta 58 % on vastaanottotoimintaa, 13 % ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa, 12 % vuodeosasto- ja laitostyöstä, 6 % kotisairaanhoidoa, 6 % muuta toimintaa ja 4 % työterveyshuoltoa (Suomen lääkäriliitto 2012). Lääkärityöhön liittyy puhelinvastaanottoa ja erilaisia toimistotöitä. Toimistotyöt koostuvat mm. reseptien uusinnasta, varfariini-annosten² määräämisestä, lausuntojen ja läheteiden tekemisestä, laboratoriovastausten läpikäymisestä, erilaisiin potilaiden hoitoa koskeviin hoitolaitosten ja hoitajien tiedusteluihin vastaamisesta. Lisäksi koulutuksiin osallistuminen on osa kaikkien lääkärin työtä ja nuorilla lääkäreillä on mahdollisesti myös tutortoimintaa ja omaa ohjattua oppimista, käytännössä pitkälti terveyskeskuksen voimavaroista riippuen.

Näistä lääkärintyön osa-alueista työläinä ja aikaa vievinä keskusteluissa esiin nousivat puhelinajat sekä toimistotyöt, erityisesti lausuntojen tekemiset ja reseptien uusinnat. Osa nuorista lääkäreistä koki, ettei niille oltu varattu riittävästi aikaa ja toivoivat työn uudelleen järjestelyä. Esimerkiksi lausuntojen suhteen pohdittiin työn delegointia ja tiettyjen lausuntojen tarpeellisuuden uudelleen arviointia. Lääkärin varsinaista asiantuntijuutta vaatimattomiksi lausunnoiksi koettiin esimerkiksi monet viranomaisten määräämät uudet tehtävät sekä erilaiset epäviralliset todistukset. Terveyskeskustyön kehittämiskeskusteluissa lausuntoasiat ovat olleet selvästi esillä, joten niihin ei tässä tutkimuksessa erityisesti paneuduta.

”Paljon on viranomaisia, jotka säättävät kaikenlaisia tehtäviä lääkäreille. Sairaslomatodistukset on esimerkki, josta on paljon keskusteltu viimeaikoina. Pitäisi ymmärtää, että tällaiset asiat ovat pois lääkärin ydintehtävästä.” Ylilääkäri

”Aikaa menee myös paljon turhiin lausuntoihin, pitää todistella esim. hoitopaikkaan, että

² Varfariini on yleisesti käytetty lääke, jonka annostelu perustuu tiheästi kontrolloitavaan verikoearvoon. Päiväkohtainen annos määrätään keskimäärän 2-3 viikon välein. Tämä työllistää lääkäreitä merkittävästi.

lapsi ei voi edelleenkään syödä porkkanaa, lapsi on vieläkin porkkana-allergikko, vaikka hän olisi ollut sitä jo viimeiset kolme vuotta.”

Nuorten lääkärin suhtautumisessa päivystykseen oli eroa. Osa nuorista lääkäreistä kertoi päivystysten määrän olevan sopiva. Toiset kokivat päivystykset terveystieteiden negatiiviseksi puoleksi. Päivystystyössä raskaaksi koettiin kiire. Kiire ja se, ettei ole riittävästi aikaa potilaalle, johtivat siihen, että potilaita ei päivystyksessä ehdi hoitaa niin hyvin kuin ajanvarausajalla olisi mahdollista. Tämä vaikutti kielteisesti lääkärin kokemuksiin päivystystyöstä. Myös tietoisuus päivystysten pitkistä jonoista aiheutti ahdistusta. Kiireisessä päivystyksessä turhauttavinta olivatkin turhiksi koetut käynnit, jotka eivät vaatisi lääkärinhoitoa tai olisivat hoidettavissa ajanvarauksen puitteissa.

” [Päivystys] on sellaista työtä, ettei siinä ole aikaa potilaalle ja koko ajan mieltii, että siellä on jonossa ihmisiä.”

Päivystysten kiirettä helpottamaan ehdotettiin hoitajan ja lääkärin yhteistyön lisäämistä. Ehdotettiin, että hoitajat voisivat haastatella potilasta alustavasti ja valmistella potilaan vastaanottoa varten, esimerkiksi auttamalla vanhusta riisuutumaan. Tämä edellyttäisi hoitajille nykyistä parempia tiloja. Jo nykyisellään käytössä olevat toimintamallit, joissa hoitajat tilaavat laboratoriotutkimuksia ja ottavat näytteitä ennen vastaanottoa koettiin erittäin hyväksi.

Joissakin terveystieteiden yksiköissä päivystysten jakaminen koettiin epäoikeudenmukaiseksi tai muuten epäoptimaalisesti järjestetyksi. Päivystysten jaosta aina ei neuvoteltu, vaan ne vuorot, joille ei ollut varausten jälkeen löytynyt tekijää, jaettiin lyhyellä varoitusajalla satunnaisesti. Nuoret lääkärit toivoivatkin näissä terveystieteiden yksiköissä päivystysvarausjärjestelmän kehittämistä esimerkiksi internetissä toimivaksi.

”Tulee ”pakkopäivystyksiä”, sellaisia että ilmaantuu vain sähköposti, että tässä on [seuraavan kuukauden] päivystyslista ja jos nimesi on siellä jonkun lauantain kohdalla, vaikka sinulla olisi mitään suunnitelmia, niin se on vaan tehtävä.”

”Päivystysten jako systeemi on aivan kivikautinen... Pitäisi olla joku nettisysteemi.”

Lisäksi joissakin terveystieteiden yksiköissä lääkärin halukkuus tehdä päivystyksiä oli huono, koska palkkauksen ei koettu vastaavan työn vaativuutta tai olevan linjassa lähialueiden päivystyskorvausten kanssa.

”Minäkin voisin käydä [miehelläni] päivystämässä silloin kun siitä saa kohtuullisen korvauksen ja tuntuu siltä, että tämä työ on mielekästä siihen palkkaan nähden mitä saa.”

Nuoret lääkärit olivat varsin tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa osallistua työpaikan ulkopuolisiin koulutuksiin. Ylilääkärit korostivat lisäksi myös sisäisen koulutuksen hyötyjä ja mahdollisuuksia. Koulutuksiin osallistumista rajoittivat rahalliset resurssit osassa terveystieteiden keskuksista. Koulutuksiin osallistumismahdollisuuksia ei aina koettu tasapuolisiksi ja ennen kaikkea nuoret lääkärit kaipasivat avoimuutta koulutuksista ja niihin osallistumismahdollisuuksista keskusteltaessa. Tieto tulevista koulutuksista ei aina tavoittanut kaikkia ja tähän toivottiin parannusta. Joskus koulutuksista tiedottaminen oli järjestetty lääkärien kahvitunnilla tai kokouksissa kiertävällä listalla, joka ei tavoita kaikkia lääkäreitä, sillä aina kokoontumisiin ei ole mahdollista osallistua.

”Vois olla sellaista, että yhdessä sumplittais ja suunniteltais, että kaikki ketkä haluavat käydä, voisivat käydä siellä tasapuolisesti... Jää vähän sellainen, onko tämä jotain puskassa toimimista tavallaan.”

5.2.9 Tietotekniikka

Tietotekniikka on merkittävässä roolissa nykyaikaisella terveystieteiden vastaanotolla. Haastatteluissa tulikin esiin epäkohtina tietokonejärjestelmät ja tietokoneiden toimintaongelmat. Nuoret lääkärit kokivat, että tietokoneet vievät aikaa potilastyöltä.

”Tuota tietokonetta hoidetaan varmaan kaikkein eniten näistä meidän potilaista, se on kyllä todella raivostuttavaa.”

Tietokoneohjelmien myötä potilaskäyntien tilastointi on siirtynyt lääkärien tehtäväksi, mikä vie aikaa itse potilastyöltä. Yleisesti myös monien muiden asioiden koettiin siirtyneen avustavalta henkilökunnalta lääkärien tehtäväksi.

”Meillähän tämä kirjaaminen on aika monimutkaista, meillä on tilaaja- ja tuottajamalli, täytyy jokaisesta potilaasta kirjata tuotteet, kirjata itse toimenpiteet, käyntisyöt ja jatkohoidot. Siinä menee jo sitä aikaa.”

Tietokoneista ja ohjelmista on toki hyötyäkin, mutta nuoret lääkärit kokivat, etteivät nykyiset ohjelmat tue tehtävää työtä. Ohjelmista puuttui lääkärintyön kannalta keskeisiä välineitä, kuten esitieto-lehti. Nykyiset tietokonejärjestelmät johtavat myös päällekkäisen työn tekemiseen, kun tietyt asiat on merkittävä erikseen eri kohtiin, eivätkä käytetyt järjestelmät tue toisiaan.

”Meillä ei ole hyviä esitieto-lehtiä, mikä on aivan käsittämätöntä. Jossain ikivanhassa Finnstarissa³ tai muussa sellaisessa kuulemma on, mutta meillä ei ole [uudemmassa ohjelmassa].”

Tietokoneohjelmien vaihtuminen teettää ylimääräistä työtä, joskin ohjelmien kehittymisen jatkossa toivotaan helpottavan työn sujuvuutta. Uudet tietokoneohjelmat vaativat kertaalleen tehdyn työn uudelleen tekemistä niitä käyttöönotettaessa. Toisaalta koettiin, että vaikka tietokonejärjestelmissä oli selviä puutteita, ei nuorilla lääkäreillä ollut mahdollisuutta vaikuttaa järjestelmien kehittämiseen.

5.2.10 Asenteet ja arvostus

Sekä ylläkärihaastattelujen, että nuorten lääkäreiden arvion mukaan terveyskeskustyön arvostus ja lääkärin kohtaamat asenteet ja odotukset ovat muuttuneet viime vuosikymmeninä. Muutos on ollut sekä positiivista, että negatiivista. Potilaiden hoidolle asettamien vaatimusten koettiin jossain määrin lisääntyneen. Nuoret lääkärit kokivat, että lääkärin asiantuntijuuteen ei uskota ja vaatimustaso sekä odotukset ovat ajoittain epärealistisia. Osa potilaista vaatii enemmän tutkimuksia ja nopeampaa palvelua, kuin mitä lääkäri asiantuntijuutensa perusteella pitää tarpeellisena. Lääkärit kokivat, että heitä lähestyttiin vaatimuslistan kanssa, sen sijaan, että vastaanottokäynniltä odotettaisiin sairaanhoidon asiantuntijan tilannearviota ja näkemystä tarpeellisista tutkimuksista ja hoidosta. Tällaisten kohtaamisten ajateltiin muokkaavan terveyskeskustyöstä liukuhinnamaista tilausten vastaanottoa ja vähentävän terveyskeskustyön mielekkyyttä.

”Turhat käynnit on lisääntynyt ja heti pitää saada kaikki tutkimukset. Vaativia ihmiset. Tuntuu, että joskus ne käy täällä niin kauan, että ne pääsee erikoislääkärille, joka sanoo sen saman asian. Mutta koska hän on erikoislääkäri, sitä sitten uskotaan paremmin. ”
”Välillä vähän sama kun ois kaupan kassana. Sinne tullaan, että: ”Uusi toi” tai ”Tee lähete tonne” tai ”Mulla on nyt keuhkokuume, kirjoita antibiootti”. Enimmäkseen se on sellaista tilausten vastaanottoa.”

Potilaiden vaatimustason nousu johtaa myös siihen, että esimerkiksi päivystysvastaanotolle hakeudutaan aiempaa lievempien sairauksien perusteella. Tämän koetaan kuormittavan erityisestipäivystyspoliklinikoita, mutta myös ajanvarausvastaanottoa.

”Jos katsoo päivystyspoliklinikoita, ei ne syyt enne ollut tuollaisia hakeutua päivystykseen, kun mitä ne nykyään on.”

³ Finnstar on edellisen sukupolven tietokoneohjelma

Muuttuneen vaatimustason ajateltiin heijastavan yhteiskunnassa tapahtunutta muutosta. Yksilöön kohdistuvat vaatimukset ovat lisääntyneet. Yksilön tulee pysyä terveenä ja hyväkuntoisena jaksakseen nykyaikaisessa pakkotahtisessa työelämässä. Pienikin vaiva heikentää suoriutumiskykyä vaatimustason ollessa korkealla. Siksi ihmiset kääntyvät lääkärin puoleen pienempienkin vaivojen vuoksi, joita ehkä aikaisemmin olisi seurattu kotona ja hoidettu itse pidempään.

”Vaatimukset yhteiskunnassa korostavat sitä, että ihmisen käyttävät enemmän terveyskeskuspalveluita. ... [Vaatimus, että] pitää olla työkuuntoinen ja pysyä tässä pyörässä mukana.”

Toisaalta lääkärinroolissa keskeisenä pidettiin potilaiden palvelemista lääketieteellisissä asioissa silloinkin kun ne saattavat tuntua kiireisestä lääkäristä muita sairauksia vähäpätöisemmiltä. Medikalisaatio ja nyky-yhteiskunnan tietotulvan ajateltiin vaikuttavan tämän kaltaiseen lääkärikontaktin tarpeeseen.

”Se väite, että aivan liikaa käydään lääkärillä, nii se ei näissä oloissa ole oikeutettu. Siis kuka on sitten se, joka sitä vastausta antaa ihmiselle, joka on huolissaan.” Ylilääkäri

Potilaat saattavat myös odottaa kaikkien sairauksien ja oireiden olevan parannettavissa, mikä ei ole mahdollista. Potilaiden ja omaisten epärealistiset odotukset vaikuttavat osittain siihen miten nuoret lääkärit kokevat terveyskeskustyön. Epärealististen odotusten ajateltiin vaikuttavan yleiseen ilmapiiriin.

”Osa potilaista olettaa, et pystytään parantamaan kaikki sairaudet ja vaivat ja se ei ole mahdollista.”

Sekä potilaiden asenteissa, että julkisesti mediassa käytävässä keskustelussa syntyy vaikutelma terveyskeskustyön laskeneesta arvostuksesta. Nuoret lääkärit kokivat, että terveyskeskuslääkärin asiantuntijuutta ei arvosteta samalla tavalla kuin esimerkiksi erikoissairaanhoidon tietotaitoa. Kaikki nuoret lääkärit eivät kokeneet arvostuksen vähenemistä ongelmana. Terveyskeskustyön arvostuksen ajateltiin liittyvät terveyskeskuksen toiminnan sujuvuuteen ja olevan mahdollisesti tähän liittyen heikentynyttä suuremmissa kaupungeissa

”Meillä pelaa hyvin tämä systeemi... Ehkä tuo arvostuksen vähentyminen näkyy enemmänkin isommissa kaupungeissa.”

Terveyskeskusten maineeseen ei vaikuta pelkästään siellä tehtävä työn ja osaamisen laatu, sillä monet yksityispuolella iltavastaanottoa pitävät yleislääkärit ovat samoja, jotka päiväsaikaan työskentelevät terveyskeskuksissa. Kuitenkin yksityistä terveydenhuoltoa arvostetaan julkisessa keskustelussa terveyskeskuksia enemmän. Erityisesti terveyskeskusten, erikoissairaanhoidon ja yksityisen terveydenhuollon vastakkainasettelua edustavat asenteet tulevat esille tilanteissa, joissa potilas ja lääkäri ovat erimielisiä sairauden vaatimasta hoidosta. Näissä tilanteissa saatetaan aiheettomasti kyseenalaistaa terveyskeskustyön laatua. Tällaista potilaan kokemusta voi joskus vahvistaa se, että yksityispuolella potilaiden vaatimukset saattavat joskus painaa vaakakupissa hyviä hoitokäytäntöjä enemmän. Näin voi käydä, kun potilas koetaan maksavana asiakkaana ja pyritään välttämään ristiriitatilanteita, jotka johtaisivat asiakkaan tyytymättömyyteen.

*”Eli jos mä en suostu kirjoittamaan [antibioottireseptiä], niin sitten mennään yksityislääkäri-
asemalle. Sitten sieltä kollegat ovat itsekin jopa tunnustaneet, että kun ei sitä sitten muuta oikein
kehtaa, kun he on maksanut vastaanotostakin. Sitten [he] kirjoittaa sen antibiootin.”*

Ihmisten ennakkoluuloihin ajateltiin vaikuttavan se, että monet asioivat päivystyksessä, joka nimenomaan on se paikka, jossa potilaille on vähiten aikaa. Päivystyskäynnin perusteella potilaalle saattaa terveyskeskuksesta syntyä kuva poikkeuksellisen kiireisenä paikkana, jossa ei ole mahdollisuutta kuunnella potilasta ja huolellisesta käydä kaikkia potilaan oireita ja kokemuksia läpi.

*”Kun ihmiset käyvät tuolla päivystyksessä, niin eihän siellä ole aikaa kuunnella ja käydä niitä
vaivoja läpi. Se on vaan sellaista, että resepti kouraan ja pois. Että siitä se tietynlainen kuva
syntyy.”*

Muita terveyskeskuksen arvostukseen vaikuttavia tekijöitä ajateltiin olevan terveyskeskuslääkärien suuri vaihtuvuus sekä nuorien ja kokemattomien lääkäreiden suhteellisen suuri osuus terveyskeskuslääkäreistä. Myös sen, että osa nuorista lääkäreistä suhtautuu terveyskeskustyöskentelyyn lyhyenä, pakollisena ja omia kiinnostuksenkohteita vastaamattomana välivaiheena, ajateltiin heijastuvan siihen miten potilaat kokivat terveyskeskustyön arvostettavuuden.

*”Varmasti se, että terveyskeskukset on niin täynnä euroja⁴, heikentää työn arvostusta. Jotkut
potilaat puhuu: ”Se oli joulukuun lääkäri, se oli se tammikuun lääkäri.” Kun ne [lääkärit]
vaihtuu koko ajan, monta kertaa vuodessa.”*

⁴ Euro on puhekielinen ilmaus, jolla viitataan eurovaiheen lääkäriin. Eurovaihe oli lääkäriksi valmistumisen jälkeen suoritettava 2v lisäkoulutus nk. perusterveydenhuollon lisäkoulutus.

”Tää on tämmöinen pakollinen välietappi ja kyllä sen potilaatkin rupee huomaan. Kyllä se syö sitä terveystyöarvostusta.”

Julkisuudessa esiin tulevan terveystyöarvostuksen heikentyneen arvostuksen ajateltiin vaikuttavan osaltaan työilmapiiriin. Nuoret lääkärit kokivat, että julkisuudessa toistuvat negatiiviset kuvaukset muokkaavat myös terveystyöarvostuksen omaa kokemusta ja kuvaa tilanteesta.

”Kun tuntuu, että kaikessa julkisuudessa ja muussa aina riepotellaan, että kuin ei ole lääkäreitä ja terveystyöarvostuksissa menee huonosti... sitten se sama leviää sinne kahvihuoneeseenkin.”

Terveystyöarvostuksen heikentynyt arvostus voi vaikuttaa nuorten lääkäreiden erikoisalavalintoihin, sillä he ajattelevat, että erikoissairaanhoidon lääkäreinä heidän uskottavuutensa ja syntyvä potilas-lääkärisuhde ovat parempia kuin terveystyöarvostuksissa. Tämä vaikutus näkyi nuorten lääkäreiden kokemuksen mukaan tilanteissa, joissa terveystyöarvostuksella ja erikoissairaanhoidon lääkäreillä on sama viesti potilaalle ja erikoissairaanhoidon lääkäreiden viesti koetaan uskottavammaksi.

”Jos mä yleislääkärinä sanon, että tätä ei kannata leikata tätä polvea niin sillä ei ole mitään merkitystä, mutta jos mä kirurgina sanon, että tätä ei kannata leikata niin sitä uskotaan jostain syystä paremmin. Uskottavuus lääkärinä...on aika isokin se kontrasti siinä.”

Paitsi potilaiden ja median vähentynyt arvostus, myös opiskeluaikana tarttuvat asenteet, vaikuttivat nuorten lääkäreiden omiin ajatuksiin terveystyöstä ja sen arvostuksesta. Haastatellut kertoivat, että opiskeluaikoina luennoitsija tai opettaja oli saattanut puhua terveystyöstä vähättelevään sävyyn. Nuoret lääkärit korostivat, että nämä olivat yksittäisiä tapauksia, mutta siitä huolimatta jäivät hyvin nuoren opiskelijan mieleen.

”Joissakin klinikoissa on meilläkin luentoaikoina ja joissakin opetustilanteissa aika aliarvioivaan sävyyn puhutte terveystyöarvostuksesta, mutta ne ovat kuitenkin olleet yksittäisiä tapauksia. Ne yksittäiset tapaukset jäivät kyllä valittavan hyvin mieleen.”

Nuorten lääkäreiden omista kommenteista heijastuivat muiden tahojen arvostusten vaikutus. Monet haastateltavat kertoivat pitäneensä terveystyötä muita aloja vähäpätöisempänä, mutta heidän ajatuksensa olivat usein muuttuneet siellä työskentelyn aikana. Nuoret lääkärit pohtivat, että osa lääkärikunnasta arvostaa suppean alan erityisasiantuntijuutta enemmän kuin laaja-alaisemman, mutta samalla pinnallisemman kentän hallitsemista.

”Tosin mä oon aina ajatellut, että jos mä jäisin terveystakeskukseen, niin se olisi jollain tavalla ”vaan”, mutta en mä ehkä enää ajattele ihan niin.”

”Uskon, että yksi syy siihen [ettei terveystakeskustyö kiinnosta] on sellainen nuoren lääkäriin kunnianhimo, ettei terveystakeskustyötä ja terveystakeskusuraa koeta niin hohdokkaana, kuin tuollaista sairaalauraa isossa sairaalassa vaitöksineen, tutkimustöineen ja ylilääkäriin rooleineen. Se koetaan sellaisena ylempänä portaana.”

Oman kokemuksen myötä nuoret lääkärit alkoivat arvostaa terveystakeskukseen tehtävää työtä enemmän, silloinkin kuin eivät pitäneet sitä itselleen sopivana urana. Osa nuorista lääkäreistä kertoikin pyrkivänsä vaikuttamaan muiden asenteisiin korostamalla terveystakeskustyön merkitystä kaikissa mahdollisissa tilanteissa.

”Sillä on sellainen huono kaiku. Miten sitäkin asiaa muuttaisi. Ainakin itse yritän aina puhua niin, että terveystakeskukseenhan se tehdään se kovin työ ja suurin osa potilaista hoidetaan kuitenkin täällä.”

Asenteisiin ajateltiin voitavan vaikuttaa panostamalla terveystakeskusten imagon ja maineen kehittämiseen. Tällä hetkellä terveystakeskustyö ei nuorten lääkärien mukaan ole ”trendikästä” tai arvostettua. Yhtenä mahdollisuutena ajateltiin terveystakeskuslääkäriin markkinointia ”moniosajana”. Tällä tavalla pyrittäisiin vaikuttamaan terveystakeskustyön imagoon.

”Pitäis mainostaa enemmän sellaisena, että ”moniosaja”. Tästä puuttuu sellainen glamour. Arvostus terveystakeskuslääkäriä kohtaan ei oo niin suuri kuin erikoislääkäriä kohtaan. Vaikka täällä on ihan samanlainen tilanne kuitenkin.”

5.2.11 Yhteenveto

Terveystakeskustyön keskeinen ongelma on liian suuri työmäärä, joka johtaa jatkuvaan kiireeseen ja liian tiukkaan aikataulutukseen (taulukko 1). Kiire johtaa stressikokemuksiin ja vähentää terveystakeskustyön houkuttelevuutta uravaihtoehtona. Nuoret lääkärit ajattelivatkin, että sairaalatyössä työmäärä on hallitumpi. Kiireen ajateltiin aiheuttavat työnlaadun heikkenemistä ja ongelmia potilas-lääkärisuhteeseen. Vaikka liiallisen työnkuormittavuuden tiedetään koskettavan kaikkia lääkäreitä, kokivat nuoret lääkärit sen erityisesti omaan työhönsä liittyvänä. Keskeisimmät kiirettä aiheuttavat tekijät olivat ylimääräiset potilaat ja äkillisesti hoidettavat asiat, jotka eivät mahtuneet liian tiukasti aikataulutettuun päivään.

Työhallinta koettiin huonoksi terveyskeskuksessa. Tämä on todettu myös aikaisemmissa kyselytutkimuksissa. Kyselytutkimusten tulkinnan kannalta oli mielenkiintoista todeta, että nuorten lääkärien tulkinta työhallinnasta käsitteenä ei ollut yhtenäinen. Osa nuorista lääkäreistä pystyi vaikuttamaan työjärjestykseensä, osa ei. Silloinkin kun työjärjestykseen saattoi vaikuttaa, olivat vaikutusmahdollisuuden rajalliset ulkoa asetettujen vaateiden vuoksi. Työjärjestyksestä enemmän työn sisältöön ja hallinnan vaikeuteen vaikutti työn vaihtelevuus, ennakoimattomuus ja ylimääräiset työt. Työhallinnan kehittämistä pidettiin tärkeänä.

Yksinäisyyden kokemukset olivat terveyskeskustyöllä leimallisia. Tämä vaikutti myös erikoisalavalintoihin. Yksinäisyys oli, 1) vastaanottotyöhön työmuotona liittyvää, sillä nuori lääkäri ei välttämättä tapaa työtovereitaan työpäivän aikana, ja 2) päätöksenteon yksinäisyyttä. Näihin ehdotettiin ratkaisuksi ryhmä- ja työparityön lisäämistä sekä parempia konsultaatio- ja tutorointimahdollisuuksia.

Tiedon hallinnan ongelmat korostuivat uran alkuaikoina, mutta liittyvät tyypillisesti terveyskeskustyöhön myöhemminkin. Nuorten lääkärien välillä oli eroja suhtautumisessa yleislääketieteen laaja-alaisuuteen ja tämä vaikutti merkittävältä tekijältä erikoisalaa valittaessa. Nykyaikana jatkuvasti lisääntyvän tiedon määrän ja sen hallinnan vaikeuden ajateltiin liittyvän erityisesti terveyskeskustyöhön.

Nuoret lääkärit kertoivat, että epävarmuuden kokemus on jatkuvasti läsnä terveyskeskustyössä, mutta helpottaa hieman kokemuksen myötä, vaikka ei koskaan täysin poistukaan. Epävarmuus liittyy kokemukseen omien tietojen rajallisuudesta, terveyskeskustyön luonteeseen seulojana sekä lääkärin työn haastavuuteen, vastuullisuuteen ja psyykkiseen raskauteen. Mahdollisuuden tehdä työnsä hyvin ajateltiin vähentävät epävarmuuden kokemuksesta, nykyisellään työn määrä ja jatkuva kiire estävät tämän terveyskeskuksissa. Nuoret lääkärit kaipasivat enemmän keskustelumahdollisuuksia ja purkutilanteita. Tämän ajateltiin toteutuvan joko tutortoiminnassa tai muissa ryhmissä keskusteltaessa. Käytännössä lääkärien kokoontuessa tällaista keskustelua ei kuitenkaan synny ilman erillistä fasilitaatiota. Työnohjaus voisi tarjota mahdollisuuteen tällaiseen keskusteluun, sitä ei kuitenkaan ollut tarjolla niissä terveyskeskuksissa, joita nuoret lääkärit edustivat.

Riittämättömyyden tunteet liittyivät erityisesti 1) kokemuksiin oman tiedon rajallisuudesta, 2) vaikeaselkoihin potilastapauksiin, 3) potilaiden sosiaalisiin ongelmiin, 4) lääketieteen rajallisuuteen, 5) potilaan ja omaisten kohtaamiseen vaikeissa tilanteissa, 6) terveyskeskustyön

luonteeseen potilaan perushoidon paikkana, mikä johtaa työn rajaamattomuuteen, sekä 7) erityisesti työuran alkuvaiheessa tilanteisiin, joissa esiintyy ristiriitaa lääkärin ja potilaan tietotasossa.

Perusterveydenhuollon resurssien niukkuus näyttäytyy nuorille lääkäreille selvimmin suuren a työmääränä. Lisäksi erityisesti psykiatriisiin jatkohoitoihin potilaita oli vaikea saada. Päivystykset, niiden jakaminen ja koulutusmahdollisuudet ja tietokonejärjestelmien puutteet puhuttivat nuoria lääkäreitä. Nuoret lääkärit kokivat, ettei perusterveydenhuollossa tehtävää työtä aina arvosteta samalla tavalla kuin erikoissairaanhoidossa tai yksityissektorilla tehtävää työtä. Tämä heijastui osin myös potilaiden vaatimuksiin.

5.3 Erikoisalan valintaan vaikuttavat yleiset tekijät

Erikoisalanvalintaan vaikuttavat eri erikoisaloihin liittyvien lääketieteellisten erityispiirteiden lisäksi myös eräät yleiset tekijät, kuten urakehityksen mahdollisuus, palkkaus sekä työ- ja vapaa-ajan suhde. Osalle haastatelluista nuorista lääkäreistä näillä ei ollut merkittävää vaikutusta erikoisalan valintaan, mutta osalla nuorista lääkäreistä ne korostuivat.

5.3.1 Urakehitys

Nuorilta lääkäreiltä kysyttiin uralla etenemisen tärkeyttä ja sen mahdollisia vaikutuksia erikoisalan ja työpaikan valintaan. Suurin osa haastatelluista ei pitänyt uralla etenemistä ja etenemismahdollisuuksia erityisen tärkeänä. Uralla etenemistä tärkeämpänä pidettiin, sitä että tekee työnsä hyvin.

”Ei mulla toistaiseksi ole mitään ambitiota olla joku emeritus professori.”

”Uralla eteneminen ei kauhean tärkeää. Tärkeintä on tehdä työnsä hyvin.”

Toiset kokivat uralla etenemisellä olevan tärkeää ja ajattelivat sillä olevan positiivisia vaikutuksia työhön. He olivat pohtineet erikoisalavalintaa etenemismahdollisuuksien ja työn arvostuksen kannalta. Etenemismahdollisuuksien ajateltiin myös lisäävän työn mielekkyyttä.

”Työ tulee mielekkäämmäksi, jos etenee urallaan.”

Etenemismahdollisuuksia pidettiin terveyskeskustyössä vähäisempinä kuin sairaalatyössä. Terveyskeskustyön kerrottiin pysyvän pitkälti samanlaisena alusta eläkeikään asti ja etenemismahdollisuutena mainittiin ainoastaan ylilääkärin virka. Sairaalatyössä ajateltiin olevan

paremman mahdollisuudet uralla etenemiseen ja työnkuvan muokkaamiseen. Terveyskeskustyössä ajateltiin uramahdollisuutena erikoistuminen yleislääketieteen sisällä tai keskittyminen esimerkiksi koulutustoimintaan.

”Tokihan terveystieteissäkin voi jonkun verran edetä urallaan, mutta se on paljon vähäisempää [kuin sairaalassa], eihän täällä sellaista uraputkea ole.”

”Terveystieteissä voisi ottaa jonkun asian, mitä alkaa kehittämään, vaikka koulutuslääkäriksi ryhtyy.”

Toisaalta uralla eteneminen ei ollut kaikille haastatelluille tärkeää ja urakehityksen sairaalassa ajateltiin edellyttävä esimerkiksi tutkimustyötä. Tämä tutkimusvelvoitteelta välttyminen mainittiin yhtenä terveystieteitä puoltavana tekijänä. Tämä ajattelu liittyy siihen, että erityisesti yliopistollisissa sairaaloissa kliinisen työn ohella tehdään usein tutkimusta.

”Jos erikoistuminen tai erikoislääkärinä oleminen vaatii sitä, että pitää tehdä tutkimusta niin se ei kuullosta minun jutultani.”

5.3.2 Vapaa-ajan merkitys

Nuoret lääkärit kertoivat arvostavansa vapaa-aikaa. Sekä nuoret lääkärit että ylilääkärit pohtivat, että yleisesti nuorten lääkärien asenteet työtä ja vapaa-aikaa kohtaan ovat muuttuneet verrattuna aiempiin sukupolviin. Haastateltavat ajattelivat nuorten lääkärien haluavan vaikuttaa työtaakkaansa sekä työn ja vapaa-ajan suhteeseen, jotta työn tekemisen edellytykset säilyisivät parempina.

”Jotenkin tuntuu, että nuoret lääkärit osaa arvostaa sekä sitä vapaa-aikaa, että työssä jaksamista. He jo valmiiksi suunnittelevat sitä, että he ei oo valmiita kaikkeen. Ainakin mun tuttavapiirissä moni tekee lyhyempää kuin sitä perustyöaikaa.”

Nuorten lääkäreiden asenteiden ajateltiin muuttuneen siten, ettei pitkäaikainen työsuhde ollut keskeinen tavoite. Ylilääkärit olivat huomanneet, että nuoret lääkärit arvostivat mahdollisuutta tehdä erilaisia asioita sekä työn että vapaa-ajan suhteen.

”Muttei nuoret lääkärit enää ajattele niin, että heillä pitäisi olla joku virka, eläkevirka. Se asenne on muuttunut niin, että he voivat tehdä töitä freelancerina tai lyhytaikaisessa työsuhhteessa ja he haluavat vähän katsella ja elämässä on muutakin kuin se työ ja voi matkustella.” Ylilääkäri

Haastatellut pohtivat, että yksi syy siihen, miksi nuoret lääkärit erityisesti arvostavat vapaa-aikaa ja pohtivat jaksamistaan jo etukäteen, on lääkäriyön muuttuminen kiireisemmäksi ja rasittavammaksi.

”Lääkäriin työ, ainakin mitä kuuntelee noita vanhempia, muuttuu koko ajan kiireisemmäksi ja tavallaan sellaiseksi, että pitäisi osata nopeasti kaikki tai paljon isompi kenttä, ja potilaat on vaativampia. Se työllistää ihan hirveästi. Ne nuoret lääkärit tietää sen työmäärän ei oo valmiita tekemään ihan sitä täyttä määrää.”

Mahdollisuus myös osa-aikaiseen työhön tai lyhennettyyn työviikkoon oli merkityksellinen työpaikan ja erikoisalan valintaan vaikuttava tekijä osalla nuorista lääkäreistä. Näiden mahdollisuuksien ajateltiin olevan parempia tietyillä muilla erikoisaloilla kuin perusterveydenhuollossa.

Muita vapaa-ajan arvostukseen vaikuttavia tekijöitä, joita nuoret lääkärit toivat esille, oli perheen merkitys. Osa nuorista lääkäreistä kertoi arvostavansa vapaa-aikaa enemmän kuin rahaa. Tämä vaikuttaa mm. päivystyshalukkuuteen ja sitä kautta myös erikoisalavalintaan. Osa nuorista lääkäreistä kertoikin valitsevansa erikoisalan sillä perusteella, ettei tarvitsisi päivystää liikaa. Huolimatta vapaa-ajan kasvaneesta arvostuksesta nuoret lääkäri korostivat haluaan tehdä hyvin työnsä, eli työ koettiin edelleen hyvin merkitykselliseksi.

”Mä haluan tehdä tämän hyvin, mutta mä en ole valmis tekee tätä oman vapaa-aikani kustannuksella.”

5.3.3 Palkka

Kysyttäessä palkan merkityksestä, nuoret lääkärit kertoivat raha-asioiden merkitsevät jonkin verran, mutta ne eivät ole kaikki kaikessa. Nuorten lääkäreiden mukaan palkalla ei olisi merkittävää vaikutusta oman erikoisalan valintaan. Erikoisalan kiinnostavuutta pidettiin palkkaa tärkeämpänä tekijänä.

”Ainakaan itse en ole palkkaa kauheasti pitänyt tärkeänä asiana, ennemminkin sitä mikä kiinnostaa.”

Myös idealistiset seikat painoivat vaa’assa erikoisalaa valittaessa, joskus enemmän kuin rahalliset seikat. Nuoret lääkärit kokivat julkisen terveydenhuollon tärkeäksi ja perusterveydenhuollossa tehtävän työn merkitys oli tärkeämpää kuin palkka. Tämä näkyi erityisesti vertailtaessa terveyskeskustyötä yleislääketieteen harjoittamiseen yksityisesti, jolloin työnkuva olisi

samankaltainen kuin terveyskeskuksessa, mutta palkka parempi. Tässä vertailussa myös julkisessa terveydenhuollossa tehtävän sairaalatyön ajateltiin olevan yksityissektorilla työskentelemistä parempi vaihtoehto.

”En ehkä kuitenkaan missään yksityisklinikassa. Se on epätasa-arvoista jos kaikki hoidetaan yksityispuolella... Mieluummin työskentelisin, vaikka sairaalassa vaikka vähän pienemmällä rahamäärällä.”

Toisaalta osalla nuorista lääkäreistä erikoisalavalintoja pohdittaessa palkka-asiat tulivat esille, kun nuoret lääkärit pohtivat seikkoja jotka puoltaisivat muita aloja. Esimerkiksi työterveyshuollossa, jolla alana on paljon yhtäläisyyksiä yleislääketieteen kanssa, ajateltiin tienattavan paremmin ja lisäksi olisi mahdollisuus tehdä lyhyempää työviikkoa. Nuoret lääkärit eivät suoraan kertoneet palkan merkityksestä itselleen, mutta palkkausasioiden ajateltiin yleisellä tasolla mahdollisesti vaikuttavan nuorten lääkäreiden erikoisalavalintoihin. Ylilääkärit kertoivat nuorten lääkäreiden yleisesti olevan varsin palkkatietoisia. Tämän ei kuitenkaan ajateltu vaikuttavan niinkään erikoisalavalintaan, vaan lähinnä yksittäisen työpaikan valintaan. Toisaalta muutama haastateltava mainitsi korkeamman palkan, kun nuorilta lääkäreiltä kysyttiin terveyskeskusten lääkäripulaa mahdollisesti korjaavia tekijöitä.

”Nykyään tuntuma on se, että nuoret lääkärit tekevät aika paljon keikkahommaa ja ovat aika palkkatietoisia jo alkuvaiheessa, mutta kun lähdetään miettimään sitä loppuelämän uraa, mikä se on, niin varmaan siinä ei sen hetkinen peruspalkka paina, uskoisin.”

Pohdittaessa palkan vaikutusta valintaan terveyskeskustyön ja sairaalatyön välillä, haastateltavat kertoivat, että nuoret sairaalalääkärit saavat huonompaa palkkaa kuin terveyskeskuslääkärit, mutta toisaalta sairaalassa työskentelevien lääkäreiden palkkakehityksen ajateltiin olevan parempi.

”Kyllähän aika monella alalla sitten erikoislääkärinä ajaa näiden terveyskeskuspalkkojen ohi. Terveyskeskuksessa se palkkakehitys on pienempää kuin erikoissairaanhoidossa. En tiedä kuinka paljon nuoret lääkärit sitä ajattelee.”

5.3.4 Muita erikoisalan valintaan vaikuttavia tekijöitä

Muita erikoisalan valintaan vaikuttavia tekijöitä, joita nuoret lääkärit haastatteluissaan toivat esille, olivat mahdollisuus tehdä yksityisvastaanottoa päivätyön lisäksi. Erikoisalan valintaan saattoi vaikuttaa myös valmius muuttaa paikkakunnalta toiselle. Erikoistuttaessa sairaalakeskeisiin

erikoisaloihin on nuoren lääkärin suoritettava osa koulutuksesta ensin paikkakunnalla, jossa on keskussairaala ja sitten osa yliopistosairaalapaikkakunnalla. Mahdollisuuden muuttaa vaikuttavat myös puolison ja perheen tilanne.

5.3.5 Yhteenveto

Nuorten lääkärin mielipiteet jakautuivat sen suhteen, kuinka tärkeänä uralla etenemistä pidettiin yleensä ja erityisesti erikoisanvalinnan kannalta. Osa nuorista lääkäreistä ei pitänyt uralla etenemistä tärkeänä, vaan työn tekeminen hyvin ja siitä saatava tyydytys korostui. Osa koki uralla etenemisen mahdollisuuden merkittävänä ja työn mielekkyyttä lisäävänä. Monet nuoret lääkärit kokivat, että terveyskeskustyössä uralla etenemisen mahdollisuudet olivat heikompia kuin sairaalatyössä (taulukko 1).

Vapaa-ajan merkitys korostui nuorten lääkärin haastatteluissa. Nuoret lääkärit korostivat vapaa-aikaa raskaan ja kiireisen työn vastapainona. He kokivat työelämän kiireen lisääntyvän, mikä johti myös suurempaan vapaa-ajan merkitykseen. Osa nuorista lääkäreistä korosti vapaa-ajan merkitystä palkan sijaan.

Palkkaa ei pidetty keskeisimpänä erikoisan valintaan vaikuttavana tekijänä. Erikoisan kiinnostavuus oli palkkaa tärkeämpää. Palkan ajateltiin kuitenkin yleisellä tasolla jonkin verran vaikuttavan valintoihin. Myös mahdollisuus yksityisvastaanoton pitämiseen, päivystysvelvollisuus ja mahdollisuus vapaammin valita työskentelypaikkakunta ilman suppean erikoisan asettamia rajoituksia tulivat tutkimuksessa esille.

5.4 Terveyskeskuksen valintaan vaikuttavat tekijät

Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään myös mitkä tekijät vaikuttavat siihen miten nuoret lääkärit valitsevat työpaikkansa eri terveyskeskusten välillä. Terveyskeskusten kärsiessä lääkäripulasta on työntekijällä käytännössä usein mahdollisuus valita mahdollisten työpaikkojen välillä.

5.4.1 Valinta terveyskeskusten välillä

Nuoret lääkärit, joilla oli kokemusta useammasta terveyskeskuksesta, kertoivat että terveyskeskusten välillä oli merkittäviä eroja. Nämä erot vaikuttivat käytännön työhön. Myös niillä nuorilla lääkäreillä, joilla ei ollut kokemuksia eri terveyskeskuksista, oli selkeitä ajatuksia

terveyskeskusten eroista ja siitä miten ne saattaisivat vaikuttaa työhön. Näillä ajatuksilla oli merkitystä työpaikan valinnassa.

”Terveyskeskuksien toiminnassa on aika paljon eroa, että kannattaa miettiä tarkkaan mihin terveyskeskukseen menee.”

Erojen ajateltiin johtuvan erityisesti erilaisista väestörakenteista, virkojen täyttöasteesta, kokeneiden lääkärin määrästä suhteessa nuorten lääkärin määrään. Väestörakenteen vaihteluun ja siten sen kuormittavuuteen vaikuttavat mm. vanhusten osuus väestöstä, väestön koulutustausta sekä erot siinä miten ihmiset pitivät huolta terveydestään. Väestörakenteesta riippui usein se missä määrin potilaat olivat moniongelmaisia tai vanhuksia, joilla oli useita ongelmia yhtä vastaanottokäyntiä kohden, ja toisaalta ”kevyempiä” potilaita joilla oli vain yksi ongelma vastaanottokäyntiä kohti.

” [Työpaikkaa valitessa] haluaisin tietää väestökoon ja yli 75-vuotiaiden määrän. Ja ehkä sen peittävyuden, että kuinka paljon asiakkaista käyttää terveysasemapalveluita ja kuinka moni työterveyshuoltoa.”

Työpaikan valintaan vaikuttaa se, miten terveyskeskuksessa huomioidaan nuoret lääkärit. Riittävä perehdytys, tutortoiminta ja hyvät konsultaatiomahdollisuudet vaikuttivat valintaan. Näissä tekijöissä ajateltiin olevan merkittäviä eroja terveyskeskusten välillä. Myös se miten nuori lääkäri otetaan vastaan uudessa työpaikassa vaikuttaa kokemuksiin. Lisäksi työpaikkatiedusteluihin vastaaminen vaikuttaa mielikuviin terveyskeskuksesta. Esimerkiksi se nopeus ja tyyli, joilla työpaikkatiedusteluihin vastataan luovat nuorelle lääkärille mielikuvan terveyskeskuksesta ja joskus tämä mielikuva voi olla ratkaiseva.

”[Paikkakunnalta X] tuli kaikkein mukavin vastaus sähköpostilla, että meillä on kaikkea tällaista. Ja kehuivat itsekin sitä, että kaikki systeemit ovat samassa talossa ja se toimii hyvin. Ja oltiin eniten toivottamassa tervetulleeksi.”

Työpaikan valintaan vaikuttaa terveyskeskuksen sijainti. Kauempana sairaaloista olevissa terveyskeskuksissa hoidetaan vaativampiakin potilaita kuin lähempänä sairaalaa sijaitsevissa terveyskeskuksissa. Sairaalan läheisyyden ajateltiin luovan turvaa ja parantavan erikoissairaanhoidon konsultaatiomahdollisuuksia. Usein nuoret lääkärit kertoivat työmatkan lyhyiden ja kulkuyhteyksien olleen syynä työpaikan valintaan. Terveyskeskukseen valintaan mainittiin vaikuttavan lisäksi oma kotipaikkakunta, sekä puolison työnsaanti mahdollisuudet.

Potilaiden hoidossa on jatkuvuutta enemmän pienissä terveyskeskuksissa ja tämä tekee työn mielekkäämmäksi. Suuremmissa terveyskeskuksissa potilas ei välttämättä tapaa samaa lääkäriä ennen ja jälkeen lisätutkimusten, erityisesti kun kyse on päivystyksellisistä ongelmista.

”[Isossa terveyskeskuksessa] potilas pistetään tonne ultraan toivotaan, ettei enää ikinä tuu mun eteen. [Pienessä terveyskeskuksessa] saa paremmin palautetta potilaista. Saa palautetta omasta hoidosta, pääsee eteenpäin tutkimuksista ja saa diagnoosiakin sitten.”

Kooltaan pienemmissä ja sijainniltaan sairaaloista kauempana olevissa terveyskeskuksissa ajateltiin olevan suurempi päivystysrasitus, kuin kooltaan suuremmissa tai isommissa kaupungeissa sijaitsevilla terveyskeskuksilla. Päivystysvelvoite oli yksi merkittävä terveyskeskuksen valintaan vaikuttava tekijä. Toisaalta syrjäisempää terveyskeskusta haastateltujen mukaan puoltaa se, että palkka niissä on yleensä parempi ja asunnot edullisempia.

”[Nuoret lääkäri] haluaa tietää mikä on päivystämismäärä, miten voi pitää näitä kertyvät päivystysvapaat ja miten on mahdollisuus vaikuttaa työjärjestykseen.” Ylilääkäri

Pienissä terveyskeskuksissa ajateltiin olevan vähemmän vaihtuvuutta ja tätä kautta tiiviimpi työyhteisö. Näin ollen myös kommunikointi ja keskustelu mainittiin helpommaksi pienessä terveyskeskuksessa. Nuoret lääkärit ajattelivat, että pienissä terveyskeskuksissa hoitajien ja lääkärin yhteistyö pelaa paremmin. Lääkärit ja hoitajat tuntevat potilaat paremmin ja syntyi vaikutelma, että potilaiden asiat tuli paremmin hoidettua, potilaat ongelmineen eivät hukkuneet massaan.

Palveluiden toimivuus eri kaupungeissa vaikuttaa työn sujuvuuteen ja siten työpaikan valintaan. Isot terveyskeskukset sijaitsevat yleensä isommissa kaupungeissa, joissa potilaiden hoito ja tutkimusmahdollisuudet olivat järjestelyiltään monimutkaisempia. Tämä edellyttää lääkäriltä paneutumista siihen, miten kyseisen kaupungin terveydenhuolto on järjestetty.

”Hirvee ero kun on iso kaupunki ja pieni paikkakunta. Siinä tulee väkisin se ero, että [isossa kaupungissa] on hirveesti mahdollisuuksia hoitaa asioita. Mutta että hallitsis tai tietäis kaikki eri vaihtoehdot, se on aika haastavaa isossa kaupungissa. Pienessä kaupungissa oli tietyt resurssit mitkä tiesi, [isossa kaupungissa] hukkuu kaikkeen mitä on ja mitä ei ole. [Isossa kaupungissa] pitäisi olla parempi perehdyttäminen.”

Terveyskeskuksen maine vaikuttaa valintaan. Muilta nuorilta lääkäreiltä kuultu palaute terveyskeskuksesta ja sen toimintatavoista vaikutti nuoriin lääkäreihin. Muita terveyskeskuksen

valintaan vaikuttavina tekijöitä olivat mahdollisuus valita tiettyjä oheistoimintoja (esim. neuvolat, kotisairaanhoido), työajan joustavuus ja palkka. Palkkaa ei pidetty keskeisimpänä tekijänä vaan sen ajateltiin vaikuttavan jos työnhallintaan ja nuoren lääkärin saamaan tukeen vaikuttavat tekijät olivat kunnossa.

5.4.2 Valinta kunnallisen ja yksityisen työnantajan välillä

Osa haastatelluista nuorista lääkäreistä työskenteli terveyskeskuksessa lääkäri työvoimaa vuokraavan yksityisyrittäjän palkkaamana. Lähinnä näiden nuorten lääkärin kanssa keskusteltiin niistä eroista, joita on yksityisen ja kunnallisen työnantajan palkkaamana toimimisessa.

Keskeisimmiksi eroiksi nuoret lääkärit kokivat erot palkkauksessa ja työ sopimuksessa. Yksityisen työnantajan kautta työskenneltäessä kunnan ja yksityisyrityksen välisessä sopimuksessa oli määritelty vähimmäismäärä potilaita, jonka lääkärit päivässä ottivat vastaan. Haastateltujen nuorien lääkärin kohdalla potilasmäärät olivat suurempia yksityisen työnantajan välityksellä toimivilla. Nuoret lääkärit kokivat, että myös muita töitä, kuten uusittavia reseptejä tai hoitajien konsultaatioita ohjautui helpommin yksityisen työnantajan kautta työskenteleville.

”Ihan hyvin on suhtauduttu, mutta on se lähtökohta, että ensin pistetään kaikki ajat täyteen ilman mitään paperiaikoja ja lyödään kaikki reseptit mitä löydetään ja sitten katotaan että kuinka pitkään se tekee sitä. Ja sitten jos siitä käy sanomassa niin sitten vähennellään sitä mukaan kun käy sanomassa että liikaa täitä. Mutta ensin yritetään lypsää kaikki irti.”

Työtovereiden asenteissa vuokralääkäreitä kohtaan ei ollut nuorten lääkärin mukaan isoa eroa, mutta pieniä eroja oli havaittavissa. Nuoret vuokrafirman kautta työskentelevät lääkärit olivat kokeneet, että terveyskeskusten ylilääkäreiden suhtautuminen saattoi olla erilaista vuokralääkäreitä ja muita nuoria lääkäreitä kohtaan. Potilaiden asenteet vuokralääkäreitä kohtaan eivät poikenneet muihin lääkäreihin suhtautumisesta, tämän ajateltiin liittyvän osin myös siihen, etteivät potilaat tiedä ketkä ovat vuokralääkäreitä.

”Onhan se vähän niin että ollaan niitä ylimääräisiä lääkäreitä. Enimmäkseen hoitajat suhtautuu silleen. Muut lääkärit suhtautuu ihan hyvin.”

Palkkauksen eroista keskusteltaessa kävi ilmi, etteivät nuoret lääkärit olleet ainakaan tarkasti vertailleet palkkauksen eroja. Haastatellut lääkärit kertoivat, että vuokrafirman kautta työtä tekevillä

oli ilmeisesti hieman parempi palkka. Heidän mielestään palkka ei eronnut virkalääkäreiden palkkauksesta, jos palkka suhteutettiin työmäärään.

”Mä en itse asiassa ole ihan varma mitä noi [virkalääkärit] saa. Niille kuuluu se päivystysvelvollisuus siihen. On se varmaan pikkasen parempi se [vuokralääkärien]palkka, mutta ei siinä mun mielestä montaa satasta eroa ole. Työmäärään nähden ei varmasti ole niin paljon parempi.”

Huomioiden palkkaus ja työolot, haastatteluissa tuli ilmi, että suoraa työsuhdetta kuntaan pidettiin jälkikäteen arvioituna mahdollisesti yhtä edullisena kuin työsuhdetta yksityiseen työnantajaan.

”Palkka ei missään nimessä ole se tekijä joka sitä [vuokrafirman valitsemista] puoltaa. Sanotaan näin jälkiviisaana, että ehkä olisi voinut ajatella, jos tekis uudelleen nää valinnat, että olis mennyt suoralla sopimuksella johonkin terkkariin.”

Vuokrafirman kautta työllistymisen hyvinä puolina pidettiin työsuhteeseen liittyvää joustavuutta. Vuokrafirman kautta työskentelevät nuoret lääkärit kertoivat yhdeksi suurimmista syistä valintaansa sen, että he olivat tehneet vuokrafirman kautta päivystyksiä jo ennen terveyskeskuspalvelua. Näin ollen vuokrafirma oli tuttu työnantaja siinä vaiheessa kun terveyskeskuspalvelu tuli ajankohtaiseksi. Yhdeksän kuukauden pakollista terveyskeskuspalvelua pidettiin lyhyenä ajanjaksona, mikä puolsi vuokrafirman valitsemista erityisesti niillä lääkäreillä, jotka eivät suunnitelleet uraa terveyskeskuksessa.

”Mä oon tehnyt siitä lähtien kun on töitä tehny nelosen⁵ jälkeen, niin oon tehnyt sitä firman kautta niin se on jäänyt vähän päälle. En mä sitä missään vaiheessa ole miettinyt niin hirveen tarkkaan.”

Nuorten lääkärien mukaan suoraa sopimusta terveyskeskuksen kautta vuokrafirman kautta työllistymisen sijaan puoltaa nuorten lääkärien mukaan työolot ja tiiviimpi yhteenkuuluvuus työyhteisöön. Yksityisen työnantajan kautta työllistyneet kokivat ajoittain ulkopuolisuutta työyhteisössä.

”Työmäärä ja se, että sä kuitenkin oot vähän semmoinen ulkopuolinen siinä työyhteisössä jos tulee firman kautta.”

⁵ Nelosella viitataan lääketieteellisten opintojen neljäs vuosi, jonka jälkeen lääketieteen kandidaatti voi työskennellä lääkärin töissä.

5.4.3 Yhteenveto

Terveyskeskusten välillä on eroja, jotka vaikuttavat niiden houkuttavuuteen työpaikkoina (taulukko 2). Työpaikan valintaan vaikuttavat erot voivat olla joko todellisia tai työpaikan maineeseen perustuvia, jolloin niillä ei välttämättä ole todellisuuspohjaa. Nuoret lääkärit antavat erilaisia painoarvoja terveyskeskusten eroille. Toiset kokevat pienet, jatkuvuutta ja itsenäisempää työtä tarjoavat terveyskeskukset houkuttavampina. Toiset arvostavat suurempien keskusten konsultaatio- ja erikoissairaanhoidon lähetemahdollisuuksia. Väestörakenne vaikutti ainakin teoriassa nuorten lääkärin valintoihin, käytännössä kuitenkin kaikki nuoret lääkärit eivät olleet etukäteen selvittäneet terveyskeskusten eroihin vaikuttavia tekijöitä. Yksityisten ja julkisen sektorin työnantajan välillä suurimmat erot olivat palkkauksessa, työmäärässä ja työyhteisöön asettumisessa.

Työpaikan maineen merkitys vaikuttaa korostuvan nuorten lääkärin työpaikkavalinnoissa mahdollisesti todellisia työoloja enemmän, riippumatta siitä tehdäänkö valinta eri terveysasemien vai työnantajasektorin välillä.

Terveyskeskuksen valintaan vaikuttavat tekijät	Potilasmäärä ja väestörakenne, virkojen täyttöaste, kokeneiden lääkärin määrä suhteessa nuoriin lääkäreihin, tukipalvelujen toimivuus Terveyskeskuksen sijainti ja koko Nuorille lääkäreille järjestetty perehdytys- ja tutortoiminta, konsultaatiomahdollisuudet, koulutuksiin osallistumismahdollisuudet Terveyskeskuksen maine, ensivaikutelma terveyskeskuksesta (esim. työpaikkatiedusteluihin vastaamisen perusteella) Palkkaus, päivystysvelvollisuus
Työnantajan valintaan vaikuttavat tekijät	Joustavuus, palkkaus, työmäärä, työyhteisöön asettuminen Tottumus/tuttuus Maine

Taulukko 2 Terveyskeskuksen ja työnantajan (yksityinen vs. kunnallinen) vaikuttavat tekijät.

5.5 Johtaminen terveyskeskuksissa nuorten lääkärin kokemana

Johtamisesta keskusteltiin nuorten lääkärin kanssa. Keskeisenä tekijänä esiin nousi nuorten lääkärin toive saada enemmän palautetta työstään.

5.5.1 Johtaminen

Terveyskeskuksissa kerrottiin esimiesten pääsääntöisesti olevan lähellä alaisiaan. Työntekijöiden ja esimiesten samanlainen koulutustausta ja asiantuntija-asema lääkärinä lienee osasyynä siihen, että esimies-alaisuudet koettiin varsin välittömiksi ja esimiehen kanssa asiointi helpoksi.

”Terveyskeskuksissa mielestäni ne johtajat ovat kyllä hyvin lähellä niitä alaisiaan ja on hyvin sellainen välitön ilmapiiri.”

Yksityisen työnantajan kautta työskentelevien nuorien lääkärin lähiesimies-alaisuus oli vaikeammin arvioitavissa. Se, kuka varsinaisesti on nuoren vuokralääkärin lähiesimies, ei aina kysyttäessä ollut heille täysin selvää. Lähiesimies voisi olla sen terveyskeskuksen ylilääkäri, missä nuori lääkäri työskentelee. Vuokrafirmojen vastuuhenkilöt eivät puutu käytännön työn järjestämiseen. Vuokrafirman kautta työskentelevät nuoret lääkärit kokivat esimies-alaisuuden terveyskeskuksen ylilääkärin kanssa ajoittain ongelmalliseksi. Ylilääkärit eivät tuntuneet helposti lähestyttäviltä ja kysymysten esittäminen oli vaikeampaa. Haastateltaessa syntyi vaikutelma, että tässä saattaisi olla eroa suorassa työsuhteessa oleviin nuoriin lääkäreihin verrattuna. Tosin tässä tutkimuksessa ei ollut haastateltu samassa työpaikassa toimivia vuokralääkäreitä ja muita nuoria lääkäreitä, vaan he edustivat eri terveyskeskuksia.

”Ei se[ylilääkäri] helposti lähestyttävä missään nimessä oo. Alkuvaiheessa antoi itsestään sellaisen kuvan että ei siltä kannata mitään kysyä.” (Vuokralääkäri)

Nuoret lääkärit pitivät tärkeänä, että esimies olisi lääkäri, jolla olisi kokemusta kliinisestä lääkärintyöstä ja sen sisällöstä. Kliinisen työn tekemistä pidettiin tärkeänä, jotta tuntuma terveyskeskustyön arkeen säilyisi. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että lähiesimies oli helposti tavoitettavissa. Näin yleensä olikin silloin kun ylilääkäri työskenteli samalla terveysasemalla. Mikäli näin ei ollut, jäi kontakti esimieheen ja samalla mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä vähäisemmiksi. Tämä koettiin ongelmalliseksi.

”Ei ole enää sitä johtavaa lääkäriä täällä asemalla. Että jos on asiaa, niin sitten se on ylempään johtoon, eli tavallaan yhteydenottoon tulee suurempi kynnyks. .. tämä asia menee varmasti huonompaan suuntaan.”

Välittömyyden ja läheisen esimies-alaisuuden käänköpuolena tämä saattoi johtaa tilanteeseen, jossa esimiesten ei koettu johtavan riittävän aktiivisesti. Esimiehiltä toivottiin jämakkyyttä asioiden

hoidossa. Johtajan toivottiin ennakoivan asioita, ottavan asioihin selvästi kantaa. Johtamiselta toivottiin aktiivisuutta tilanteen seuraamisen sijaan.

”Sitten [välillä] hänkin on sellainen, että katsotaan ja kyllä tämä varmaan tästä menee, että joustetaan kaikki ja tehdään näin. Jotenkin tuntuu, että on liian pehmeä johtamistyyli.”

Esimiesten toivottiin toimivan aktiivisesti keskustelun herättäjänä työyhteisössä. Nuoret lääkärit ajattelivat, että keskustelun synnyttyä ratkaisuja voitaisiin tehdä yhteisestikin, mutta asioiden esiin nostaminen olisi johtajan keskeinen tehtävä. Ylilääkäriin toivottiin myös keskustelun lisäksi tiedottavan asioista paremmin ja luovan avointa ilmapiiriä, jossa keskustelu ja tasapuoliset päätökset olisivat paremmin mahdollisia.

”Mä kyllä kaipaisi johtajalta aktiivisempaa roolia. Sellaisena avoimen ilmapiirin luojana ja keskustelun herättäjänä, ongelmien esiin nostajana. Ei tarvii aina olla joka ratkaisee, kyllä lääkärit pystyis keskenään niitä ratkomaan, mutta jonkun pitäis nostaa ne pintaan.”

Hallinnollisten tilanteiden ennakointiin toivottiin panostusta. Erityisesti tämä konkretisoitui koskien uusien lääkärien palkkaamista ja sen etukäteissuunnittelua. Nuoret lääkärit kertoivat, että työpaikkoja ei heille luvattu muutoin kuin lyhyellä varoitusajalla, huolimatta siitä, että työntekijöiden tarve tuntuu kyseisissä terveyskeskuksissa jatkuvalla. Käytännössä tämä edellyttäisi mahdollisuutta lyhytkestoisesti joustaa sijaisten lukumäärissä. Työn organisointiin, esimerkiksi työjärjestelyjen ja työvuoro- sekä päivystyslistojen tekemiseen, toivottiin aktiivisempaa otetta ja niin ikään parempaa ennakointia.

”Minullekin varmistettiin se paikka [lääkäriin virka/sijaisuus] pari kuukautta ennen kuin työ sopimukseni alkoi. Onneksi en ollut luvannut mennä minnekään muualle, mutta he eivät tavallaan pidä varalla. Tai lupaa mitään ihmisille, ja täällä on melkein aina pulaa.”
”Se oli yllätys kun tänne tuli, miten epäorganisoitua se toiminta on kaiken kaikkiaan. Niistä [työvuoroasioista] ei ole sellaisia selkeitä suunnitelmia olemassa.”

Myös johtamisen tasapuolisuudesta keskusteltiin. Nuoret lääkärit kokivat, ettei johtaminen aina ole tasapuolista. Haastateltavat pohtivat, ettei tämä todennäköisesti ollut tietoista, mutta johti siihen, ettei kaikilla työntekijöillä ei ollut tasa-arvoista mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon.

”Asioista ehkä keskustellaan 1-2 ihmisen kesken ja sitten vasta kun asia on tiettyyn pisteeseen jo valmisteltu, niin sitten tulee se sellainen, että me ollaan nyt ajateltu tällä tavalla, että eihän kellään ole mitään sitä vastaan eihän.”

Esimiehen toivottiin tukevan alaisiaan. Esimerkiksi nuoret lääkärit toivoivat, että esimiehen ja alaisen viestintä potilaille olisi yhteneväistä, jollei kyseessä ole tilanne jossa potilasta olisi hoidettu tai kohdeltu virheellisesti. Lisäksi esimiehen toivottiin tarttuvan asioihin, joita nuoret lääkärit heille esittivät tai ainakin raportoivan tilanteesta jos esitetyt asiat eivät johtaneet toimenpiteisiin.

” [Esimies] ei ehkä ota aina riittävän tosissaan jotain mitä sanon.”

Toisaalta esimiehen vallan rajallisuuden tiedettiin rajoittavan tämän toimintamahdollisuuksia. Ylilääkäreillä ei ajateltu olevan merkittäviä mahdollisuuksia vaikuttaa työmäärään ja sitä kautta työnhallintaan, sillä väestövastuujärjestelmässä lääkärikohtaiset väestökoot päätetään kunnan tasolla. Lähiesimiesten nähtiin yrittävän parhaansa ja kuuntelevan lääkärien näkemyksiä ja toiveita, mutta rajallinen valta estää merkittävimpien muutosten tekemisen.

”He yrittävät parhaansa ja yrittävät kuunnella lääkäreitä, mutta monesti tuntuu siltä, ettei lääkäriesimiehillä ole kuitenkaan hirveästi niitä toiminnan mahdollisuuksia, että siinä sitten törmätään siihen muuriin.”

Haastatteluissa lähiesimiehen toiminnasta nuorilla lääkäreillä oli selviä näkemyksiä. Ylemmän johdon toiminta jäi selvästi kaukaisemmaksi. Ylemmän johdon toiminnassa korostettiin alaisten kanssa kommunikointia ja heidän näkemystensä huomioimista. Kaikissa terveyskeskuksissa tässä ei oltu onnistuttu. Myös kuntapäätäjien tasolla tehdyt päätökset edellyttäisivät haastateltavien mukaan lääkärien kuulemista ja heidän näkökulmansa huomioimista.

”Lähiesimiehellä kyllä [on homma hanskassa]. Mutta korkeammalla tasolla huseerataan kaikki päätökset sillä tavalla läpi, että vaikka pyydetään kommentteja, niitä ei kuitenkaan oteta huomioon.”

Terveyskeskusten ja sairaanhoidon hallinnosta keskusteltaessa useat nuoret lääkärit pohtivat, että muun kuin lääkärijohtajan voisi olla hankalaa johtaa lääkäreitä, sillä substanssiosaamisen merkitystä pidettiin keskeisenä. Muutoksissa ja kehittämistoiminnassa tulisi huomioida lääketiede toiminta-alueena.

”On aika vaikea olla lääkärien johtaja sellaiselle ihmiselle, joka ei ole itse lääkäri, koska ne ongelmat aika monesti nivoutuu siihen lääketieteeseen.”

Nuoret lääkärit kokivat, ettei heillä ollut merkittävää mahdollisuutta osallistua työnsä kehittämiseen. Työn epäkohdista puhuttiin, mutta konkreettisia mahdollisuuksia vaikuttamiseen oli vähän. Kuitenkin positiiviseksi koettiin jo se, että asioista puhuttiin.

”Aika monestihan me puhutaan epäkohdista, koska täällä on niin monta epäkohtaa, mutta sellaista konkreettista toimintaa on aika vähän.”

Nuoret lääkärit kokivat, että terveystieteiden keskuksessa olisi paljon kehitettävää ja useita epäkohtia. Tämän ongelmien runsauden ajateltiin osin vaikuttavan siihen, miksi kehittämistyö ei tunnu sujuvan. Paikallisesti kehitettävien asioiden kohdalla ongelmaksi muodostui se, ettei ollut selvää kehittämisestä vastaavaa henkilöä ylilääkärin resurssien kuluessa arjen pyörittämiseen.

”Ehkä se, että täällä on niin monia asioita, ettei kukaan oikein tiedä mihin tarttuisi ja mikä olisi nyt sellainen, että sillä oleellisesti joku asia parantuisi tai muuttuisi.”

5.5.2 Palaute ja kehityskeskustelut

Nuoret lääkärit kertoivat saavansa melko vähän palautetta työstään. Tässä oli hieman eroa haastateltujen välillä. Kuten yleisemminkin on havaittu, positiivista palautetta annetaan useammin suoraan, kun negatiivinen palaute puolestaan annetaan usein muussa muodossa. Tämä kävi ilmi myös tässä aineistossa kun positiivista palautetta saatiin suoraan potilaita, mutta negatiivista palautetta harvemmin saatiin suoraan. Nuoret lääkärit pohtivat missä määrin negatiivista palautetta ohjautui ylilääkäreille.

”Aika vähän saa palautetta. Potilaita sanallista palautetta saa silloin tällöin, sekä positiivista että negatiivista, ehkä enemmän positiivista. Negatiivinen palaute tahtoo sitten tulle valituslappuina, positiivinen palaute monesti tulee suoraan.”

Nuoret lääkärit saivat jonkin verran palautetta myös työtovereilta, lähinnä ohjauksen muodossa. Työtovereilta saatu palaute saattoi tapahtua kokoontumisten yhteydessä epävirallisesti tai ohimennen tavattaessa. Osa nuorista lääkäreistä kertoi, ettei muilta lääkäreiltä saanut lainkaan palautetta. Ne nuoret lääkärit, joilla oli tutor, saattoivat saada palautetta tutorlääkäriltä. Nuoret lääkärit toivoivat enemmän palautetta myös kollegoiltaan.

”Jos on tehnyt vaikka jonkun huonon valinnan jonkun asian suhteen, niin sitten [työkaveri] sanoo, että tämän voisi ehkä tehdä näin.”

Esimiesten antamaa palautetta nuoret lääkärit pitivät tärkeimpänä palautteena. He kertoivat kuitenkin, ettei esimiehiltä saanut juurikaan palautetta työstä ja toivoivat saavansa sitä enemmän. Nuoret lääkärit toivoivat saavansa myös rakentavaa negatiivista palautetta, jotta he voisivat paremmin kehittyä työssään. Haastateltavat pohtivat lääkäreiden johtamiskoulutuksen vähäisyyden osaltaan vaikuttavan siihen, että palautteen antaminen oli vaikeaa. Silloin kun nuoren lääkärin työstä ei ollut erityistä positiivista tai negatiivista huomautettavaa, he toivoivat kuulevansa myös tämän. Nuoret lääkärit kertoivat epävarmuudesta sen suhteen, sujuivatko asiat odotetusti vai olisiko heidän työssään parantamisen varaa alueilla, joista he eivät olleet tietoisia.

”Ehkä sitä palautetta juuri kaipaisi enemmän esimieheltä. Sitä kautta voisi ehkä sitten omaa työtäkin kehittää.”

”Negatiivisen palautteen antaminen tuntuu olevan lääkärijohtajalle vaikeeta ja varmaan johtuu siitä, ettei johtamiskoulutusta oo. Ainakin mä kaipaisin enemmän sellaista rakentavaa negatiivista palautetta omasta työstä.”

Palautteesta keskusteltaessa tuli esiin organisaatiossa tapahtuneiden muutosten kokeminen. Muun palautteen ollessa vähäistä, ei-verbaalisia viestejä tulkittiin palautteena. Esimerkkitapauksessa nuori lääkäri kertoi työnsujuvuuden olleen hyvä tietystä potilasalueesta vastaavassa yksikössä. Kun työtaakkaa siirrettiin kyseiselle yksikölle huonommin toimivista yksiköistä, koettiin tämä tietynlaisena palautteena, esimiesasemassa olevien reaktiona yksikön toimivuuteen.

”Jotenkin tuntuu, että se että työpaikalla viihtyy ja on kivaa ja asiat menevät järjestyksessä niin sitten tavallaan tuntuu vähän rangaistukselta, että kun on helpompaa, niin sitten siirretään lisää potilaita.”

Lähimmältä esimieheltään, eli terveyskeskuksen ylilääkäriltä saatiin palautetta usein lähinnä kehityskeskustelun yhteydessä, mikäli niitä terveyskeskuksissa järjestettiin. Kehityskeskustelun järjestämisessä nuorille lääkäreille oli eroa. Kaikissa paikoissa nuorille lääkäreille ei järjestetty kehityskeskusteluja, tai ne eivät toteutuneet suunnitelmasta huolimatta. Kiireen ja suuren työmäärän ajateltiin olevan syynä siihen, etteivät kehityskeskustelut toteutuneet. Nuoret lääkärit kokivat kehityskeskustelut hyödyllisiksi, erityisesti koska ne kiinnittivät sekä työntekijän että esimiehen huomion työpaikan toimintatapoihin ja asioihin, jotka muuten jäävät vähemmälle huomiolle.

”Kyllähän meillä kai sellaiset [kehityskeskustelut] on, itse en ole vielä kertaakaan ollut.”

Ne nuoret lääkärit, jotka eivät olleet kehityskeskusteluissa olleet toivoivat niitä järjestettäväksi. Kehityskeskustelussa käyneet nuoret lääkärit esittivät kehittämisaikatuksina, että kehityskeskusteluissa keskityttäisiin enemmän oman työn kehittämisen mahdollisuuksiin palautteen avulla. Lisäksi toivottiin, että esimies voisi vaikuttaa mahdollisuuksien mukaan työn sisältöön nuoren lääkärin kiinnostuksen kohteiden perusteella.

”Olisin toivonut, että juuri nimenomaan palautetta omasta työstäni enemmän ja sitten esimiehen, sellaisen kokeneemman kollegan neuvoja siitä miten voisi työtäni kehittää ja mitä voisin tehdä erilailla ja mihin kannattaisi satsata.”

Nuoret lääkärit pitivät luonnollisesti tärkeänä, että keskusteluissa esiin tullessiin kehittämiskohteisiin pyrittäisiin vaikuttamaan. Haastatelluilla oli kokemuksia, etteivät keskustelut johtaneet mihinkään. Toivottiin, että ensisijaisesti ongelmat pyrittäisiin ratkaisemaan ja mikäli tämä ei ole mahdollista, niin tästä tiedotettaisiin. Tiedottamisella saavutettaisiin kokemus, että nuori lääkäri on tullut kuulluksi ja ongelma otettu vakavasti, vaikka sitä ei voitukaan korjata.

”Keskustellaan miten on nyt työt menneet ja onko kaikki hyvin ja onko liikaa potilaita. Sitten niistä puhutaan ja [todetaan että] tää oli hyvä keskustelu ja mikään ei muutu. Mutta on aikakin keskusteltu.”

Haastatteluissa tuli esille myös sellainen ajatus, että lähiesimiehen ja alaisen välisen kehityskeskustelun sijaan kehittämiskohteisiin voitaisiin paremmin vaikuttaa, jos kehittämistoimintaa johtaisi ulkopuolinen taho. Pohdittiin, että ulkopuoliselle voisi olla helpompi tuoda esille epäkohtia.

”Olisiko se parempi jos se olis joku ulkopuolinen jonka kanssa kävis keskustelun, joku konsulttityyppinen, joka tietäsi miten asiat on, mutta ei olisi suorassa yhteydessä. Mä luulen, että sille olis helpompi puhua... Ihan miten asiat toimii, onko hyvää tai huonoo palautetta.”

5.5.3 Yhteenveto

Nuoret lääkärit kokivat hyvänä, että lähiesimiehenä oli toinen lääkäri, joka itse ainakin jossain määrin osallistui kliiniseen työhön. Näin esimies-alaisuudet koettiin välittömiksi ja asiointi helpoksi. Nuoret lääkärit toivoivat esimiehiltään jämakkyyttä, asioiden esiin nostamista, informaation jakamista, läpinäkyvyyttä, keskustelua, yhteistä päätöksentekoa, tasapuolisuutta, aktiivista ennakointi työjärjestelyissä ja kehitysaikatuksiin reagoimista. Nuoret lääkärit toivoivat

saavansa enemmän palautetta työstään, erityisesti esimiehiltään. He toivoivat palautetta voidakseen kehittää omaa työtään ja itseään. Myös tutorjärjestelmä koettiin hyväksi palautteen saamisen keinoksi. (Taulukko 3)

Johtamiselta toivottiin:	Tasapuolisuutta, läpinäkyvyyttä, tehostettua kaksisuuntaista viestintää, keskustelun fasilitaatiota, avoimen ilmapöytäluonon luomista työyhteisössä, osallistavaa päätöksentekoa. Aktiivista kehittämistyötä tai sen delegointia, hallinnollisten ongelmien ennakointia, aktiivista päätöksentekoa. Palautetta ja tukea
--------------------------	---

Taulukko 3 Nuorten lääkäreiden toiveita terveystieteiden johtamisesta.

5.6 Lääkärintyön aloittaminen ja kehittämissuhteet

Nuorilla lääkäreillä oli työkokemuksen perusteella syntynyt ajatuksia siitä, miten terveystietoyhteistyötä voitaisiin kehittää. Osa näistä ajatuksista koski erityisesti terveystietoyhteistyön aloittamisvaihetta, jolloin erilaisten sosiaalisten ja tiedollisten tukimuotojen tarve korostui. Osa ajatuksista koski terveystietoyhteistyön muuttamista houkuttelevammaksi uravaihtoehtoksi ja keinoja, jolla tähän voitaisiin vaikuttaa jo opiskeluvaiheessa.

5.6.1 Ensimmäiset työkokemukset ja kehittämissuhteet

Ensimmäiset kokemukset terveystietokeskuksesta saattoivat olla varsin raskaita ja ahdistaviaakin. Suurin osa haastatelluista nuorista lääkäreistä koki ensimmäisten työkokemusten terveystietokeskuksessa olleen erittäin haastavia.

”Terveystietokeskuksessa ensimmäisen kerran oli jotain ihan kauheaa. Ei ollut mitään, se oli sellaista selviytymistä, hengissä, sekä minun että potilaiden hengissä selviytymistä, että onneksi ei ollut mitään vakavampaa...Ei ollut mitään sellaista tukea tai muuta siinä.”

Nämä kokemukset vaikuttivat myös nuorten lääkäreiden ajatuksiin tulevaisuuden suunnitelmista. Sairaaloiden erikoisalajat houkuttelivat niihin liittyvän paremman tuen ja työhallinnan mahdollisuuksien vuoksi.

”Silloin ajattelin, että on tämä aika hullujen hommaa, että teen vain sen pakollisen ja lähdän sitten katsomaan sairaalaan, jos keksisin mikä minusta tulee.”

Ensimmäisissä työkokemuksissa päällimmäisinä ongelmina olivat olleet työn yksinäisyys, kiire ja tuen puute, jotka korostuivat kokemattomuuden vuoksi. Vaikka nämä ongelmat olivat edelleen läsnä terveyskeskustyössä nuorten lääkärin saatua kokemusta, olivat kokemukset kärjistyneet alkuaikoina.

”Jäi juuri sellainen olo, että se on sellaista yksin puurtamista omassa huoneessa ja tavallaan hirveän itsenäistä siinä mielessä, että suorastaan vähän villiäkin voi olla tavallaan, ettei kukaan katso perään. Ja se kiire jäi kyllä mieleen, ettei ollut aikaa käydä syömässä eikä kahvilla.”

Nuoret lääkärit itse esittivät terveyskeskustyön kehittämissuunnitelmia koskien erityisesti aloittamisvaihetta, jolloin ensimmäiset kokemukset ja mielikuvat itse työstä syntyvät. Esitettiin, että työjärjestykseen pitää saada itse vaikuttaa alusta asti, vastaanottoihin ja puhelinaikoihin tulisi varata riittävästi aikaa. Lisäksi esitettiin joissakin terveyskeskuksissa olevaa tutorjärjestelmääkin tehostetumpaa konsultaatiotukea aivan alkuvaiheeseen. Kun nuori lääkäri aloittaa elämänsä ensimmäistä kertaa terveyskeskuksessa pehmeä lasku pienempien potilasmäärien ja poikkeuksellisen pitkien vastaanottoaikojen kanssa helpottaisi työhön asettumista. Terveyskeskustyön alkuvaiheen raskauden vuoksi nuoret lääkärit ehdottivat, että aloittelevan lääkärin työtaakan keventäminen olisi suotavaa vaiheessa, jossa rutiinia ei ole vielä muodostunut.

”Olisi pitänyt alkuun varmastikin olla esim. puolikas väestö. Tai ylipäätään kellä vaan joka aloittaa tän homman, pitäisi olla vaan puolikas väestö, koska ne paperihommat kasaantuvat ja kaikki takkuu.. Se oli äärimmäisen ahdistavaa ja koko ajan oli sellainen tunne ja puhelin soi.”

Myös ylilääkärit olivat kiinnittäneet tähän huomioita. Heidän vaikutusmahdollisuuksiin vaikutti erityisesti väestövastuun koko, johon ylilääkäreillä ei ollut vaikutusmahdollisuuksia.

”Se suuri ristiriita meillä on, että meidän väestöjen koot on määritelty kokeneiden lääkäreiden mukaan... Vaikka me kaikin keinoin yritetään viedä alas sitä velvoittavuutta [nuorten lääkäreiden kohdalla], niin sitä ei saada siitä pois, koska TES ei anna mitään työaikasuojaa. ... Osa puurtaa jatkuvasti 50 tuntia.” Ylilääkäri

5.6.2 Tutortoiminta

Tähän tutkimukseen haastatellut nuoret lääkärit edustivat terveyskeskuksia, joista noin puolessa oli tutorjärjestelmä. Tutortoiminnassa nimetty kokeneempi lääkäri ohjaa nuorta lääkärinä sekä lääketieteellisissä, että lääkärinä olemiseen liittyvissä kysymyksissä. Tutorjärjestelmä koettiin

erittäin tärkeäksi nuorelle lääkärille, erityisesti työuran alkuvaiheessa nuorten lääkärien työskennellessä ensimmäisiä kuukausia terveyskeskuksessa. Tutorlääkäriltä saatu tuki auttoi potilastyössä ja antoi henkistä tukea.

”Ainoa pelastus oli se täällä aloittaessa, että täällä oli [tutorlääkäri X]. Hän on aivan ihana. Ensimmäiset päivät olivat kyllä sellaisia, että jos en soittanut joka potilaasta [tutorlääkärille], niin se olisi ollut kyllä tosi ihme. Se oli ainoa pelastus siinä, että oli joku, jolle soittaa.”
”En tiedä onko kaikilla terveysasemilla tutortoimintaa vieläkään, Se on mielestäni nuorille lääkäreille tärkeä asia. Silloin on turvallinen olo tehdä töitä eikä tarvitse koko ajan tehdä hirveästi paniikissa, pystyy tekemään parempia päätöksiä ja keskittyä siihen olennaiseen. Se on kyllä kaiken a ja o.”

Osa nuorista lääkäreistä työskenteli terveyskeskuksissa, joissa ei ollut tutorjärjestelmää. Joissakin terveyskeskuksissa tutortoiminta oli osoitettu vain yleislääketieteeseen erikoistuville lääkäreille ja muille nuorille lääkäreille ei oltu nimetty tutoreita.

”En tiedä, että eurovaiheen lääkäreillä olis tutoria.”

Huolimatta siitä että tutorjärjestelmä oli terveyskeskuksessa käytössä, kaikille nuorille lääkäreille ei aina ollut osoitettu tutorlääkäriä.

”Periaatteessa on [tutorlääkärisysteemi], mutta itse olen vähän tällainen väliinputoaja.”

Suurin osa niistä nuorista lääkäreistä kertoi, ettei tutortoimintaa aina toteutunut suunnitellusti huolimatta nimetystä tutorista. Liiallinen työmäärä ja kiire johtivat tutortilaisuuksien peruuttamiseen, koska nuoret lääkärit kokivat etteivät työt muuten tule hoidettua.

”Meillä on tutor ohjaus kerran viikossa... periaatteessa. Se useimmiten tyipistyy vähän lyhyemmäksi ja nyt sitä ei ole esimerkiksi ollut... Lääkäritilanne on huonontunut tässä syksyllä. Vähän huono tilanne kaikilla.”

Ylilääkäreillä vaikutti olevan todellisuutta positiivisempi kuva tutortoiminnan käytännön toteutumisesta. Ristiriitaa saman terveyskeskuksen ylilääkäreiden ja nuorten lääkärien kertomusten välillä oli havaittavissa.

Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksessa olevat nuoret lääkärit pitivät tärkeänä sitä, että nuorille lääkäreille tulisi olla mahdollisuus työskentelyn ohella osallistua koulutukseen ja tutortoimintaan.

Käytännössä edellytykset tähän ovat huonot, koska nuorten lääkäreiden työmäärä on erikoislääkäreiden työmäärää vastaava, eikä aikaa ole vapautettu tai työmäärää suhteutettu huomioiden lisäkoulutus ja tutortoiminta.

”Tässä tutoroinnissa ja koulutuksessa - tähän on perusterveydenhuollon lisäkoulutus - niin siinä on se ongelma, että eurolääkärillä on yhtä iso väestövastuualue kun erikoislääkärillä ja se pitää ehtiä hoitaa ja käydä viikoittain koulutuksissa. Sehän on ihan mahdoton yhtälö. Sit käytännössä jää käyttämättä aika paljon näitä tutortoiminta- ja koulutusmahdollisuuksia kun ei oo yksinkertaisesti aikaa.”

Koska tutortoiminta ja sovittu seniorituki ei aina toteutunut, osa nuorista lääkäreistä kertoi kyselleensä sen perään. Tällaisissa tilanteissa suhtautuminen muiden lääkäreiden taholta ei aina ollut positiivista. Näissä tilanteissa saatettiin vedota siihen, ettei tutortoimintaa ja tehostettua seniori-tukea ole aikaisempina vuosikymmeninä ollut olemassa. Nuoret lääkärit pitivät kuitenkin tärkeänä, että näistä uusista terveyskeskustyön kynnyistä alentavista tuista pidettäisiin kiinni.

”Välillä kun vaatii jotain ohjausta, joka on sovittu, että sellaista pitäis olla saatavilla, ja kukaan ei oikeen kerree. Vanhemmilta kollegoilta tulee herkästi semmoista: ”Meidän nuoruudessa hiihdettiin kouluun kesät talvet”-asennetta.. Ja nuoremmiltakin kollegoilta, että: ”Kyllä mäkin jouduin lastenneuvolaan ekan kerran ilman ohjausta.””

Pidempään työssä olleet kertoivat tuen tarpeen vähentyneen merkittävästi kokemuksen myötä.

”Aluksi oli ihan ok [säännölliset tutoristunnnot] kun tuli aina niin paljon kysyttävää, mutta niitä [kysymyksiä] tulee nyt kuitenkin aika harvoin.”

Keskeisimpiä tutoristunnoissa käsiteltäviä aiheita olivat konsultaatiot ja lisäksi tutortoimintaan liittyi koulutusta, joka saatettiin järjestää tutorryhmissä. Joissain terveyskeskuksissa nuorille lääkäreille oltiin suunnittelemassa tutoroinnin lisäksi erillistä opetustoimintaa. Tutoristunnoissa nuoret lääkärit kertoivat käsiteltävän erityisesti potilastapauksia, mutta myös erilaisia käytäntöjä ja vastuunjakoja eri sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien välillä, työjärjestelyihin liittyviä asioita tai potilastietojärjestelmien käyttöä.

Osa nuorista lääkäreistä toivoi, että esimerkiksi tutortoiminnan yhteydessä olisi paremmat mahdollisuudet käsitellä työhön liittyviä vaikeita ja ahdistaviakin asioita sekä hankalien potilaskontaktien aiheuttamia tunteita. Esimerkkeinä tämän kaltaisista tilanteista mainittiin erityisen vaateliaat potilaat sekä pelkoakin aiheuttavat päihteiden väärinkäyttäjät. Muita tutoristunnoissa

käsiteltäviä ja nuorten lääkärinä tärkeinä pitämiä asioista olivat yleislääkärin työn luonne, potilaiden sosiaalisten ongelmien hoitaminen ja potilas-lääkärisuhde. Lisäksi toivottiin tukea ja työvälineitä työnhallintaan sekä kiireen ja epävarmuuden sietämiseen.

”Tutoroinnin tehtäväksi voisikin ajatella sen selittämisen mitä lääkärin työ on. ...Lääkärinä oleminen, lääkärin rooli, epävarmuuden sieto ja toisaalta kiire.” Ylilääkäri
”Siinä tulee sellaisia yleisluontoisia kokeneen klinikon viisauksia.”

5.6.3 Konsultaatiomahdollisuudet

Mahdollisuus konsultoida kokeneempaa kollegaa on nuorelle lääkärille erittäin tärkeää. Nuoret lääkärit pitivät tätä esimerkiksi työpaikkaa valittaessa yhtenä keskeisimmistä tekijöistä. Useammasta terveyskeskuksesta kokemuksia keränneet nuoret lääkärit kertoivat terveyskeskusten välisistä merkittävistä eroista konsultaatiomahdollisuuksissa. Konsultaatiomahdollisuudet vaikuttivat siihen, minkälaiseksi terveyskeskus työpaikkana koetaan.

”Tällä hetkellä arvostan eniten sitä, että konsultaatiomahdollisuudet pelaa. Siinä on niin iso kontrasti [nykyisen ja entisen terveyskeskuksen] välillä.”

Alkuaikoina nuoret lääkärit konsultoivat enemmän, mutta myös jonkin aikaa terveyskeskuksissa työskennelleet korostivat konsultaatiomahdollisuuksien merkitystä. Konsultaatioita helpottivat hyvä ilmapiiri ja työhuoneiden fyysinen läheisyys huolimatta sähköisten ja puhelinkonsultaatioiden mahdollisuudesta. Lisäksi mahdollisuus konsultoida potilaan ongelman aihepiiriin paneutunutta henkilöä koettiin positiiviseksi. Konsultaatiomahdollisuuksien kannalta on tärkeää, että kaikkien terveyskeskuksen lääkärinä jaksaminen on turvattu ja työviihtyvyys hyvä.

”Myöskin se, että kun kaikki muutkin ovat tyytyväisiä työhönsä, niin heillä on paremmin aikaakin vastata kysymyksiisi.”

Kiire kiristää ilmapiiriä ja kiireisiä kollegoita on vaikeampia konsultoida. Kun nuori lääkäri tietää kaikkien työn olevan erityisen kiireistä, kynnys konsultoida nousee. Lisäksi kiire vaikuttaa myös konsultaatiovastausten saatavuuteen ja tasoon.

”Konsultoiminen on vaikeampaa täällä. Kyllä sen huomaa, että noi kokeneet lääkärit täälläkin on niin kiireisiä, että se kynnys mennä häiritsee niiden työtä on paljon isompi, ettei sillä koko päivä mene pilalle, kun menee kyselee jotain tyhmiä.”

Konsultaatioiden käytännön toteuttaminen aiheutti joskus hankaluutta tai kiusallisuuden kokemuksia, koska niille ei ole varattu erillistä aikaa ja siten konsultaatiot keskeyttävät myös vanhemman kollegan työskentelyn.

”Joskus on vähän noloa, jos on joku ongelma ja sitten lähtee katsomaan ketä olisi nyt paikalla ja ketä kehtaisi häiritä ja mennä kysymään.”

Tämä ongelma korostui, jos nuorelle lääkärille ei ollut nimetty ohjaajaa tai tutoria. Kaikissa paikoissa tutor järjestelmää ei ollut, eikä konsultaatioita ollut näin ohjattu tietylle taholle. Nuoret lääkärit, joilla oli nimetty ohjaaja tai tutor, konsultoivat enimmäkseen omaa tutoriaan ja olivat tähän järjestelmään erittäin tyytyväisiä. Tutorjärjestelmän etuna pidettiin sitä, että nuori lääkäri tietää ja kehtaa konsultoida tiettyä henkilöä. Toisaalta tutorjärjestelmän myötä muiden kuin tutorlääkärien konsultaatorasite vähenee.

”Kysyn mun ohjaajalta... Olen ajatellutkin, että ehkä hänet on juuri sitä varten laitettukin ohjaajaksi, että tavallaan laitettaisiin yhdelle ihmiselle se kysyminen.”

Jossain terveyskeskuksissa konsultaatiomahdollisuuksien oli ajateltu toteutuvan yhteisten ruoka- ja kahvitaukojen aikana. Nuoret lääkärit kuitenkin kokivat, etteivät konsultaatiot onnistu päivittäisten taukojen lomassa sujuvasti. Taukoihin ei sisällynyt luontevaa hetkeä konsultaatioille ja niiden ajateltiin aiheuttavan rasitetta tauolla oleville kollegoille.

Konsultointi oli ajoittain ongelmallista terveyskeskuksissa, joissa oli paljon nuoria lääkäreitä. Tilanteissa, joissa kokeneempia lääkäreitä ei ole paikalla hoidettiin konsultaatiot nuorten lääkärien yhteisellä pohdinnalla ja keskustelulla.

”Meillä on joka päivä kokous. Siinä yhteydessä yleensä konsultoidaan. Paljon on sellaista, että: ”Hei, mitä te tekisitte tässä tilanteessa?” Nuorempien kollegojen huutoäänestystä jos ei ole senioria paikalla.”

Kaiken kaikkiaan nuoret lääkärit olivat, joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta, tyytyväisiä konsultaatiomahdollisuuksiinsa.

”On kyl uskaltanut hyvin kysyä ja aina on vastattu asiallisesti.”

5.6.4 Perehdytys

Nuoret lääkärit pitivät riittävää perehdytystä tärkeänä ja se mainittiin terveyskeskuksen valintaan vaikuttavana tekijänä. Perehdytys on edelleenkin useassa paikassa puutteellista. Esimerkkejä tästä nuoret lääkärit kertoivat sekä nykyisistä että entisistä työpaikoistaan. Perehdytys voidaan jakaa henkilökohtaiseen ja ryhmässä tapahtuvaan perehdytykseen, kirjallisen perehdytysmateriaaliin ja perehdyttämiseen työn ohessa. Näiden toteutuminen oli terveyskeskuksissa vaihtelevaa.

Erilaiset hoitopolut ja toimintatavat vaihtelevat paikoittain, mutta jos niitä ei ole kirjattu ylös ne saattavat olla olemassa vain hiljaisena tietona. Näin ne eivät kuitenkaan ole uuden lääkärin käytettävissä. Paikalliset hoitokäytännöt ja työnjako eri toimijoiden välillä olisi tärkeä saada perehdytyksen kautta nuorten lääkäreiden käyttöön.

”Yhtäkkiä olisi pitänyt tietää kaikki, että apulaislääkärithän tekevät aina näin. mistäs minä sen voisin tietää kun kukaan ei kerro? Se on varmaan ihan yleinen ongelma joka paikassa.”

5.6.5 Miten opiskelu valmistaa terveyskeskukseen ja kehittämisehdotukset

Nuorten lääkäreiden kokemukset vaihtelivat koskien sitä, miten terveyskeskustyö vastasi niitä odotuksia ja sitä mielikuvaa, joka opiskeluaikana oli syntynyt. Osa koki terveyskeskustyön vastaavan odotuksiaan ja kertoi opiskeluaikana erityisesti painotetun terveyskeskuskäytännön. Opiskeluun liittyneet harjoittelut myös paransivat kuvaa terveyskeskustyön sisällöstä.

”Aika paljon meillä painotettiin sitä terveyskeskustyötä ja monen kurssin lähtökohta oli se, miten tehdään sitten terveyskeskuksessa.”

Osa nuorista lääkäreistä kuitenkin koki, ettei opiskelu ollut valmistanut terveyskeskustyön todellisuuteen. Nuoret lääkärit kertoivat, että opiskelujen aikana oli lisääntyvässä määrin pyritty opettamaan myös terveyskeskuslähtöisesti. Terveyskeskustyön kannalta nuoret lääkärit toivoivat painoarvoa yleisille sairauksille ja niiden käytännön hoidolle erityisesti eri toimijoiden työnjaon suhteen. Erikoissairaanhoito ja siellä hoidettavat harvinaisemmat sairaudet kuitenkin painoutuivat opetuksessa. Myös ylilääkärit kokivat, että opetuksessa korostuva erikoissairaanhoidon työ poikkeaa terveyskeskustyöstä.

”Ois pitänyt enemmän olla niitä perusasioita. Niistä normaaleista vaivoista. Ei mistään ihmeellisyyksistä.”

”Tullaan erikoissairaanhoidon hyvin määritellyistä ja oppikirjasta opitusta tähän kenttään [perusterveydenhuoltoon]. Ja näihin välineisiin. Niin, minusta se on suuri haaste, se on aivan erimitallista mitä siellä [lääketieteellisessä] opetetaan.” Ylilääkäri

Nuoret lääkärit toivoivat, että opiskeluaikoina olisi vielä enemmän terveyskeskustyötä. Opetustilanteet, jossa opiskelijat systemaattisesti tutkivat potilaat ja opettajan kanssa yhdessä tehtiin diagnoosia ja hoito- tai jatkosuunnitelmia, koettiin erityisen hyviksi. Opintojen kehittämiseksi nuoret lääkärit myös ehdottivat terveyskeskusjakson aikaistamista. Tämän ajateltiin paitsi mahdollistavan aikaisemman tutustumisen terveyskeskustyöhön, myös olevan loogisempaa terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidossa hoidettavien sairauksien vaikeusasteiden kannalta.

”Jos olis työharjoittelujakso aikaisemmin koulutuksen aikana. Pääsisi tutustumaan mitä se on. Ensin katsellaan jotain ihmeellisiä sisätautisia asioita ja sitten katsotaan täällä, että miten se verenpaine hoidetaan. Se on niinkun väärin päin.”

Yleislääketieteen opintojakson sisällön ajateltiin vaativan muokkausta siten, että se sisältäisi enemmän yleisten sairauksien opetusta edellä mainitulla tavalla ja vähemmän byrokratiaa. Nuoret lääkärit kokivat, että opintojakson aikana byrokratiaan liittyvät tekijät korostuivat ja loivat epähoukuttelevaa mielikuvaa yleislääketieteestä. Toisaalta osa haastatelluista toivoi enemmän opetusta esimerkiksi etuuksista, joihin tietyt potilasryhmät ovat oikeutettuja. Nuoret lääkärit kuitenkin näkivät, että terveyskeskustyölle positiivisten asenteiden muokkautumisen pitäisi alkaa jo opiskeluaikana.

”Sen pitäisi lähteä koulusta. On se PTH- jaks⁶, jonka aikana pieninkin mielenkiinto yleislääketieteeseen karistetaan pois. Kouluaikana panostettaisiin siihen, että yleislääketiedettä opetettaisiin enemmän, siitä puhuttaisiin enemmän ja nimenomaan sellaisella mielenkiintoisemmalla tavalla kun sillä PTH-byrokratiaa.”

Lääketieteellisen opetukseen toivottiin sisältyvän välineitä selvittää terveyskeskustyön arjessa; sietää kiirettä ja epävarmuutta, joka työhön liittyy.

”Vaikka siihen on viime vuosina pyritty satsaamaan, että terveyskeskustyötä enemmän painotettaisiin, niin kyllä se edelleen on hyvin paljon erikoissairaanhoidopohjaista, ei siihen

⁶ PTH = perusterveyden huolto. PTH-jaksolla viitataan opiskeluaikaiseen jaksoon, jolloin opiskellaan yleislääketiedettä ja tutustutaan terveyskeskuslääkärin työhön harjoittelujaksolla.

terveyskeskustyöhön ja terveyskeskuslääkärin arkeen, tällaiseen epävarmuuteen ja siihen työkuvaan minusta valmenna kyllä tarpeeksi.”

Lisäksi toivottiin aikaisempaa enemmän vuorovaikutustilanteiden harjoittelua ja opiskelua. Työssä erityisen hankalilta tuntuivat tilanteet, jossa potilaan kanssa ei päästy yhteisymmärrykseen. Toisaalta ylilääkäreiden mukaan nuorilla lääkäreillä on nykykoulutuksen pohjalta paremmat edellytykset vuorovaikutukseen verrattuna aiempaan. Ylilääkärit kokivat nuorten lääkärin ymmärtävän vuorovaikutustaidot keskeisenä työvälineenä ja toivovan myös työuran alkuvaiheessa opastusta vuorovaikutustaitoihin.

Opiskelujen aikana ajateltiin voitavan myös vaikuttaa lääketieteen opiskelijoiden asenteisiin ja erikoisalavalintoihin. Innostuneiden käytännön opettajien ja terveyskeskusjakson ohjaavien lääkäreiden ajateltiin luovan positiivista mielikuvaa terveyskeskustyöstä. Nuorten lääkärin kokemukset harjoitteluajan ohjanneista lääkäreistä eivät kuitenkaan aina olleet positiivisia.

”Koulussa kannattais mieltii, että minkälaisia ne niin sanotut ohjaajalääkärit on. Sillähän on hirveen iso merkitys jos siellä on joku innostunut, kokenut, opetusmyönteinen yleislääkäri, joka pystyy vaikuttamaan sen opiskelijan siitä kuinka mielenkiintoista yleislääketiede voi olla. Sillä on suuri ero siihen nähden että siellä on joku eurovaiheen tuleva ortopedi, jota ei yhtään kiinnosta koko juttu.”

5.6.6 Nuorten lääkärin kehittämisaatuksia

Nuorten lääkärin haastatteluissa tuli esille joitakin ajatuksia siitä, miten he kehittäisivät terveyskeskustyötä (taulukko 4). Haastateltavilta kysyttiin myös suoraan, minkä asioiden tulisi muuttua, jotta he voisivat harkita terveyskeskustyötä. Nuoret lääkärit itse kiteyttivät tässä tutkimuksessa jo esiin tulleet näkemykset siten, nuoria lääkäreitä saataisiin paremmin terveyskeskukseen, jos työnhallintaa pystyttäisi parantamaan siten, että mahdollisuudet tehdä työtä uupumatta ja kiinnostuksen säilyttäen olisivat paremmat. Ylilääkärit peräänkuuluttivat parempia resursseja tämän mahdollistajana.

”Että pystyisi lupaamaan sille, joka tulee terveyskeskukseen, että työ on mielekästä ja sitä jaksaa tehdä pitkään.”

Muita kehittämisaatuksia oli lääkärin työmäärän helpottaminen siten, että vastaanotolle päätyvien potilaiden määrä pyrittäisi rajaamaan. Keinoksi tähän esitettiin mallia, jossa puhelimitse

nykykäytäntöä tarkemmin arvioidaan potilaan hoidon tarve. Puhelimitse olisi mahdollista myös käydä läpi tilannetta siten, että ongelma saattaa ratketa jo puhelimesta. Lisäksi pidettiin tärkeänä, että ajanvarauksesta vastaava henkilökunta tuntisi potilaat, jolloin tuon kokemuksen perusteella pystytään paremmin hoidon tarvetta arvioimaan.

”Lahdessa on kokeiltu, että on puhelinpalvelu johon ihmiset voi soittaa ja keskustella sairauksistaan ja lääkityksistään. Niiden mukaan se oli vähentänyt niiden terveyskeskuskäyntejä. Se ei kuullostu tyhmältä.”

Vastuuta omasta terveydestä, sairaudesta ja sairauden seurannasta tulisi ehdotusten mukaan antaa enemmän potilaalle. Vastuuttaminen parantaa tutkitusti hoitotuloksia ja voisi keventää terveyskeskusten työtaakkaa, tosin lopullinen vastuu toki säilyisi terveydenhuollon henkilöstöllä. Kaikki nuoret lääkärit pitivät lääkärin ja hoitajan välisen työnjaon kehittämistä merkittävänä keinona parantaa lääkärityön hallintaa. Monissa terveyskeskuksissa tätä on erityisesti lähdetty kehittämään ja asiasta on ollut yleistä keskustelua kansallisella tasolla. Huomioiden lääkärin ja hoitajien yhteistyötä ja työnjakoa koskeva kohtuullisen vilkas keskustelu ja tutkimus asiasta, päädyttiin tässä työssä asia jättämään vähemmälle huomiolle. Työnjaosta keskusteltaessa esitettiin hoitajien tehtäväksi sen kontrolloimisen, että vastaanotolle tulevalle potilaalla on mukanaan tarvittava informaatio, esimerkiksi verensokeri- tai verenpaineseuranta-arvot vuosikontrolliin tultaessa. Hoitajat voisivat tehdä enemmän neuvontatyötä ja osa mielenterveyspotilaiden käynneistä voitaisiin siirtää hoitajille. Mielenterveyshoitajilla olisi mahdollisesti terveyskeskuslääkäreitä paremmat mahdollisuudet hoitaa potilaiden lääkitykseen liittymättömiä terapeuttisia kontakteja. Lisäksi hoitajilta toivottiin nykyistä enemmän tukea esimerkiksi toimenpiteisiin sekä potilaan valmistelemiseen vastaanottoa varten (apu riisumisessa ja pukemisessa).

Nuoret lääkärit ehdottivat terveyskeskustyön kiinnostavuutta lisäävinä tekijöinä myös mahdollisuutta erikoistua yleislääketieteen sisällä siten, että lääkäreillä olisi erilaisia vastuualueita esimerkiksi diabetespotilaat, astmapotilaat jne. Tämä ajateltiin helpottavan lääkärin työtaakkaa, kun tiettyihin asioihin syntyisi parempi rutiini.

”Sellainen, että yks lääkäri hoitaisi tiettyä sairausryhmää. Olis semmoinen, että tietää mitä tekee ja on rutiini siihen. Se voisi helpottaa omaa työtaakkaa. Toki edelleen sellaisia yleislääkäreitä tarvittaisi, mutta vois olla vaikka sellaisia, jotka keskittyy diabeetikoihin.”

Nuorten lääkärin mukaan työntekijän yksilölliset ominaisuudet ja omat kiinnostuksen kohteet tulisi huomioida työssä. Oheistoimintojen suhteen lääkäreillä on erilaisia kiinnostuksen kohteita. Lisäksi

lääkärin ominaisuudet vaikuttavat työskentelytapaan ja tämän huomioiminen helpottaisi työn sujuvuutta. Osa lääkäreistä viihtyy paremmin nopeatempoisemmassa päivystystyössä, osa haluaa paneutua tarkasti aikaa vaativiin asioihin.

”Kun on kuitenkin erilaisia ihmisiä, toiset tekee hitaammin ja toiset nopeammin. Pystyis sopimaan, että tänään mä hoidan päivystyspotilaita ja ottais niitä sitten enemmän. Toinen tykkää tehdä mummojen kanssa ja miettii niiden lääkityksiä ja sillä olis sitten 30-40 min ajat ja se hoitais semmoisia. Toinen tykkää tehdä lastenneuvolaa niin hoitais niitä sitten. Ettei se oli sellaista sekasotkua kaikki, että mistään ei tiedä mitään.”

Perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidon lähemmän yhteistyön ajateltiin parantavan konsultaatioiden saatavuutta, terveyskeskusten toimivuutta ja lisäävän terveyskeskustyön kiinnostavuutta. Priorisointi nähtiin yhtenä keinona vaikuttaa lääkärin työmäärään ja siten työn hallittavuuteen. Tämä tuli esille keskusteltaessa ylilääkärin ja esimiestahojen vaikutusmahdollisuuksista lääkärintyön arkeen.

”Se priorisointikysymys, että mitä me hoidetaan ja mitä ei, mitkä asiat kuuluu lääkärille ja mitkä ei. Siihen ylilääkärin ohjeistuksella pystyisi jonkun verran vaikuttamaan.”

Pohdittaessa terveyskeskustyön kehittämistä osa nuorista lääkäreistä toi esille ajatuksen, että nuoria lääkäreitä kehittämistyö ei kiinnosta. Syynä tähän on se, että he kokevat eurovaiheen lyhyenä pätkätyönä suunnitellessaan uraa erikoissairaanhoidossa. Näin ollen terveyskeskustyön ongelmia saatetaan sietää, eikä niihin pyritä vaikuttamaan.

”Tää on tämmöinen pätkätyö niin sitä ei niin hirveästi jaksa paneutua siihen, että tekis asioihin muutoksia. Mikä sinänsä on varmaan vähän väärä ajattelumalli.”

Perusterveydenhuollossa tehtävän työn kehittämiseksi tulisi haastateltavien mukaan myös lääkärin osallistua aktiivisemmin oman työnsä kehittämiseen.

5.6.7 Yhteenveto

Ensimmäiset työkokemukset terveyskeskuksissa saattoivat olla raskaita ja ahdistaviakin. Tämän vuoksi nuoret lääkärit pitivät tärkeänä, että alkuvaiheen työskentelyyn saisi normaalia enemmän tukea mm. tutorin ja perehdytyksen muodossa. He toivoivat erityisjärjestelyjä alkuvaiheeseen kuten pidennetyt vastaanottoajat, mahdollisuutta vaikuttaa omiin aikatauluihin alusta alkaen ja läheistä kollegatukea. Tutortoimintaa pidettiin hyvänä ja tärkeänä. Aina se ei kuitenkaan toteutunut

suunnitelmien mukaan, mihin huomion kiinnittäminen olisi jatkossa keskeistä. Työuran jatkuessa tuen tarve väheni, mutta hyviä konsultaatiomahdollisuuksia pidettiin tärkeinä oman kokemuksen kertymisestä huolimatta.

Konsultaatiomahdollisuudet mainittiin lähes tärkeimpänä työpaikan valintaan ja työssä viihtymiseen vaikuttavana tekijänä. Konsultaatiomahdollisuudet oli järjestetty eri tavalla eri terveyskeskuksissa. Erilaisia järjestämistapoja olivat: 1) tutorjärjestelmä, jossa konsultaatiot ohjautuivat tutorille, 2) konsultaatiomahdollisuudet kokoustilanteiden yhteydessä, 3) ei erillisiä järjestelyjä. Yleisesti vaikutti, että tutorjärjestelmä koettiin parhaaksi. Ne nuoret lääkärit, joilla ei ollut tutoria, toivoivat erillisiä konsultaatiomahdollisuuksia. Kokousten yhteydessä konsultointi ei aina toteutunut. Kokemus kollegoihin kohdistuvasta rasituksesta syntyi erityisesti tilanteissa, joissa konsultaatioita ei oltu ohjattu tietyille henkilöille. Kiire vaikutti konsultoimismahdollisuuksiin ja konsultaatioiden laatuun.

Lääkärikoulutukseen kehittämisehdotuksina suositeltiin terveyskeskuspainotteisuuden ja yleisten sairauksien hoidon opetuksen lisäämistä. Lisäksi nuoret lääkärit kokivat perusterveydenhuollon opetuksen nyky muodossaan esittävän terveyskeskustyön byrokraattiseksi ja epäkiinnostaviksi koettuja ominaisuuksia työn kiinnostavien puolten kustannuksella. Haastatellut ajattelivat, että lääketieteellisessä opetuksessa tulisi pyrkiä vaikuttamaan opiskelijoiden terveyskeskustyöhön kohdistuviin asenteisiin.

Kehittämisehdotuksina nuoret lääkärit pitivät keskeisimpinä työmäärän vähentämistä ja työnhallinnan parantamista. Keinoina tähän ehdotettiin lääkärin ja hoitajan yhteistyön ja työnjaon kehittämistä, ajanvaraushenkilökunnan ja lääkärin yhteistyötä turhien vastaanottoaikojen karsimiseksi ja riittävän pitkien aikojen varaamiseksi haastaville potilaille. Lisäksi resurssien lisääminen perusterveydenhuoltoon, priorisointi ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon parempi yhteistyö tulivat esille. Lääkärin yksilöllisten toiveiden huomioimisen siten, että työtä voitaisiin jakaa mielenkiinnon kohteiden perusteella, sekä mahdollisuus erikoistua yleislääketieteen sisällä johonkin erityisosaamisalueeseen, ajateltiin parantavan yleislääketieteen kiinnostavuutta.

6 Pohdinta

Terveyskeskuksissa on lääkäripulaa, minkä on ajateltu liittyvän siihen, ettei terveyskeskustyö ole lääkäreiden keskuudessa riittävän houkuttelevaa. Lääkäreiden motivaatio-ongelmien on ajateltu selittyvän sillä, että perusterveydenhuollon kehittäminen ei ole edennyt samaa tahtia kuin erikoissairaanhoidon kehittäminen (Mikkola & Mattila 2006). Terveyskeskusten työoloissa ja työhyvinvointiin liittyvissä tekijöissä on todettu selviä haasteita, jotka heikentävät terveyskeskustyön houkuttelevuutta.

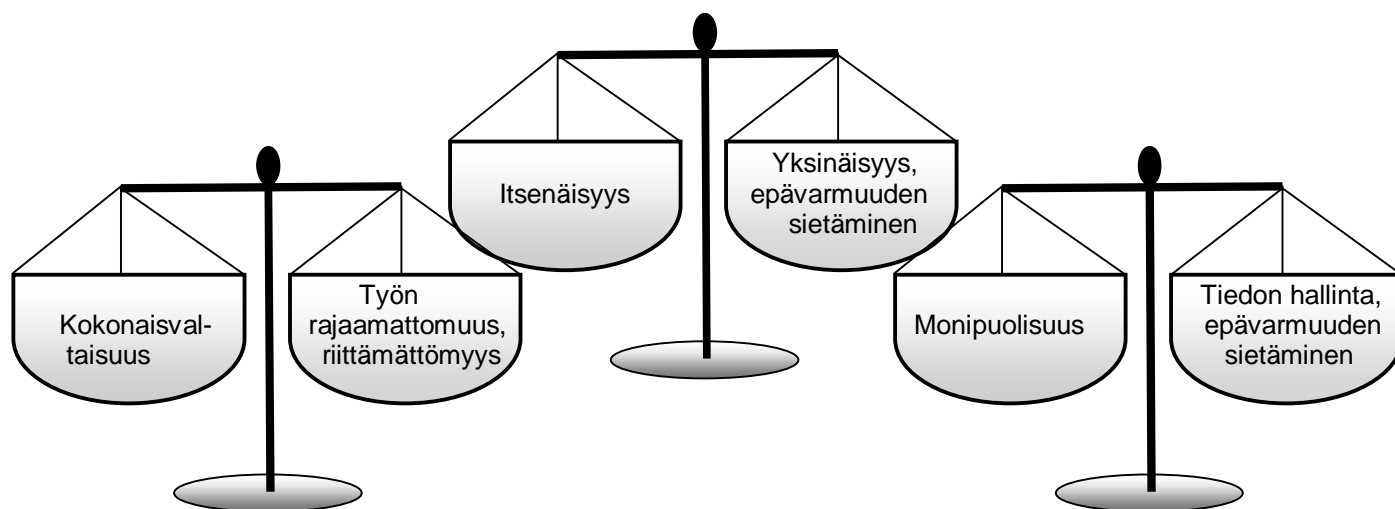
Lääkärien työoloista on aikaisemmin kerätty tietoa tutkimuksin, joista osan kohderyhmä on ollut koko lääkärikunta, osa taas on keskittynyt kokeneisiin terveyskeskuslääkäreihin. Nuorten lääkäreiden kokemuksia on kartoitettu kyselytutkimuksin, joissa suurin osa tutkituista on toiminut muualla kuin terveyskeskuksissa. Nuoria terveyskeskuslääkäreitä koskevia tutkimuksia ei juurikaan ole ja aiemmat tutkimukset ovat tehty pitkälti kyselyaineistoin. Terveyskeskusten haasteellisen lääkäritilanteen huomioiden lisätietoa nuorten terveyskeskusuraa pohtivien lääkäreiden kokemuksista tarvitaan terveyskeskustyön, terveyskeskusorganisaatioiden ja työhyvinvoinnin kehittämiseksi ja siten terveyskeskustyön houkuttelevuuden lisäämiseksi. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli syventää tietoa nuorten lääkäreiden valinnoista, kokemuksista ja asenteista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä.

6.1 Terveyskeskustyön ominaispiirteet – oikean tasapainon löytäminen

Nuorten lääkäreiden ja avaninformantteina toimineiden ylilääkäreiden haastatteluissa tuli esiin useita erikoisalanvalintaan yleisesti ja terveyskeskustyön valintaan erityisesti vaikuttavia tekijöitä. Eri lääkäreiden suhtautuminen näihin tekijöihin ja niille annettu painoarvo vaihtelee yksilökohtaisesti, mutta esille tuli selvästi yhteisiä positiivisia ja negatiivisia teemoja. Työn monipuolisuus, jatkuvuus, kokonaisvaltaisuus, itsenäisyys ja perusterveydenhuollon merkittävä rooli tulivat selvästi esille terveyskeskustyön positiivisina puolina. Lisäksi työn tarjoamat haasteet ja onnistumisen kokemukset olivat terveyskeskustyön parhaita puolia. Tämän tutkimuksen mukaan terveyskeskustyön parhaita ominaisuuksia on mahdollisuus monipuoliseen ja laaja-alaiseen lääketieteelliseen työhön. Aiempien tutkimusten mukaan erikoisalan monipuolisuus on keskeinen erikoisalan valintaan vaikuttava tekijä, näin ollen terveyskeskustyön monipuolisuus on selvä kilpailuvaltti erikoisalavalinta tilanteessa (Vänskä ym. 2005; Heikkilä ym. 2009, 60–67). Lisäksi terveyskeskustyö tarjoa myös mahdollisuudet parempaan vuorovaikutukseen osana hoidon

jatkuvuutta ja potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Myös tämä sosiaalinen ja vuorovaikutteinen ulottuvuus mainittiin tässä tutkimuksessa terveystyön parhaimmiksi puoliksi. Aiemmissa tutkimuksissa potilassuhteet on todettu terveystyössä hyvin toteutuviksi (Vänskä ym. 2005, 59–62; Heikkilä ym. 2009, 60–67). Terveystyön voisi ajatella näiden tulosten perusteella houkuttelevan lääkäreitä, jotka pitävät vuorovaikutteista ja jatkuvaa potilaskontaktia keskeisenä. Englantilaisessa tutkimuksessa onkin todettu, että lääketieteenopiskelijat, jotka korostivat sosiaalisia taitoja teknisen osaamisen sijaan, kokivat perusterveydenhuollon erityisen merkityksellisenä (Newton ym. 1998).

Tässä tutkimuksen keskeisin löydös oli se, että edellä mainitut terveystyötä leimallisimmin määrittävät ominaispiirteet koettiin samalla sekä työn positiivisimmiksi, että negatiivisimmiksi tekijöiksi (kuvio 5). Samakin lääkäri saattoi kokea terveystyön ominaispiirteet välillä positiivisina ja välillä negatiivisina. Työn itsenäisyys saattoi johtaa epävarmuuden ja yksinäisyyden tunteisiin, terveystyön monipuolisuus johti tiedon hallinnan haasteeseen ja työn kokonaisvaltaisuus saattoi vaikeuttaa työn rajaamista ja aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta.



Kuvio 5. Terveystyön tyypilliset ominaisuudet voivat vaikuttaa sekä positiivisesti, että negatiivisesti riippuen niiden saavuttamasta tasapainosta.

Tämä tutkimus osoitti, että työn itsenäisyys saatettiin kokea myös yksinäisyytenä fyysisen eristyneisyyden, ryhmätyöskentelyn vähäisyyden ja erityisesti nuoria lääkäreitä haastavan päätöksenteon yksinäisyyden korostuessa. Päätöksenteon yksinäisyys liittyy osin terveydenhuollon organisaatiokulttuuriin, jossa yksilöllinen autonomia korostuu ja jokainen vastaa itsenäisesti

päätöksistään (Kinnunen 1990, 109). Tältä osin lääkärin kollegiaalinen tuki usein väistyy, sillä yhteisvastuuta päätöksistä ei ole (em.). Tämä organisaatiokulttuurin piirre vaikuttaa terveyskeskuslääkärin yksinäisyyden kokemuksiin. Kiire vaikeuttaa konsultaatioita ja nuori lääkäri saattaa ajoittain kaivata jaettava vastuuta vaikeista potilastapauksista. Terveystieteiden tutkimuksissa eläneen hierarkkisuuden ja autonomian kulttuuri tulisi näissä tilanteissa haastaa. Yksinäisyyden kokemukseen vaikuttaa myös työyhteisön sosiaalisen vuorovaikutuksen vähäisyys lääkärin työskennellessä itsenäisesti fyysisesti eristäytyneissä tutkimushuoneissa. Kiire estää sosiaalista vuorovaikutusta työtovereiden kesken, mikä heikentää työyhteisön tiiviyyttä.

Haastateltavat kertoivat, että itsenäiseen päätöksentekoon ja terveyskeskustyön luonteeseen seulojana ja perussairauksien hoitajana liittyi epävarmuuden tunteita. Myös lääketieteen rajallisuus ja joskus epäily omasta osaamisesta aiheuttivat epävarmuutta. Yksilöiden välillä ajateltiin olevan eroa epävarmuuden sietämisessä. Lisäksi terveyskeskustyöhön liittyvän kiireen ajateltiin pahentavan epävarmuuden tunnetta, kun kaikkia asioita ei ollut mahdollista tehdä parhaan kykynsä mukaan. Saunders on jaotellut lääkärin työssä esiintyvää epävarmuutta kommunikaatioon, tietämättömyyteen, tiedon soveltamiseen tai moraalisiin kysymyksiin liittyväksi (Saunders 2004). Nämä erityyppiset epävarmuuden aiheuttajat tulivat esille myös nuorten lääkärin haastatteluissa. Lääkärin sosiaalistumista koskeneissa tutkimuksissa on todettu, että sosiaalistumisessa keskeisintä on lääkärin rooli omaksuminen ja siihen liittyvä esiintyminen pätevänä ammattilaisena (Haas & Shariff 1982, ks. Vainiomäki 1995, 19). Työhön liittyvien epävarmuuden tunteiden hyväksyminen on kuitenkin ristiriidassa pätevän ammattilaisen roolin kanssa (Vainiomäki 1995, 19), mikä tekee epävarmuuden hyväksymisestä vaikeampaa. Potilaiden suhtautuminen lääkärin epävarmuuteen ei kuitenkaan ole negatiivista. Suurimman osan lääkäreistä (72 %) on todettu ilmaisevan epävarmuutta potilaskontaktin yhteydessä (Gordon, Joos & Byrne 2000). Tällaisissa tilanteissa lääkärit antoivat enemmän informaatiota potilaalle sairaudesta, jonka seurauksena potilaat olivat tyytyväisimpiä näihin kontakteihin (em.). Nuoren lääkärin epävarmuus saattaa liittyä myös pelkoon valituksen, kanteen tai syytteen kohteeksi joutumisesta (Töyry 2005, 62–65). Tutkimusten mukaan nämä kohdistuvat kuitenkin harvemmin nuoriin kuin kokeneempiin lääkäreihin (Kasanen, Mussalo-Rauhamaa & Mäkelä 2011).

Tässä tutkimuksessa terveyskeskustyö koettiin monipuoliseksi nuorten lääkärin kohdatessa erilaisia potilaita, sairauksia ja tehtäviä työssään. Nuoret lääkärit toivat haastatteluissa esille, että tämä edellyttää laajaa tiedonhallintaa, mikä osaltaan tarjoaa positiivisiksi koettuja haasteita. Tämän tutkimuksen mukaan vaadittu hallittavan tiedon määrä saattoi tuntua ajoittain liian suurelta. Tiedon

hallinnan ja työnhallinnan ongelmat korostuvat erityisesti uran alkutaipaleella ja liittyvät osin kokemattomuuteen. Tätä löydöstä tukee se että, tutkitusti yli puolet terveystieteiden lääkäreistä, erityisesti nuoret lääkärit, kokevat ajoittain ammatilliset tietonsa ja taitonsa riittämättömiksi (Jaatinen, Saxén & Aho 2007). Haastatellut nuoret lääkärit toivat esille työn henkistä raskautta, riittämättömiksi koettuja työvalmiuksia ja konsultaatiomahdollisuuksien heikkoutta. Näiden kokemuksiin voidaan vaikuttaa mm. tutortoiminnalla, jota on viimeisen kymmenen vuoden aikana erityisesti kehitetty (Saxén, Jaatinen, Eskelinen, Lähteenmäki & Kivelä 2007).

Terveystieteiden työhön liittyvä kokonaisvaltaisuus ja pitkäjänteinen hoito koettiin tässä tutkimuksessa perinteikkääksi ja potilaan edun mukaiseksi tavaksi hoitaa potilaita. Kokonaisvaltaisuus saattoi nuorten lääkäreiden mukaan kuitenkin johtaa riittämättömyyden tunteisiin, kun lääkäri koki mahdollisuutensa auttaa potilasta rajatuiksi. Riittämättömyyden tunne liittyy siihen, etteivät potilaan ongelmat aina ole ratkaistavissa lääketieteellisen tiedon perusteella. Terveystieteen työ ei selvästi rajaudu lääketieteellisiin ongelmiin silloin, kun potilaan ongelmia käsitellään kokonaisvaltaisesti. Toisaalta välillä lääkärin omat tiedot eivät aina riitä ja kommunikatio saattaa olla haasteellista. Myös kiire ja rajallinen aikataulu aiheuttavat riittämättömyyden tunnetta potilaan toivoessa vastauksia useisiin asioihin samalla käynnillä. Nuoret lääkärit kokivat, että kiire vaikuttaa potilastyöskentelyyn heikentäen hoidon laatua ja estää nuoria lääkäreitä hoitamasta potilaita parhaan kykynsä mukaan. Potilaan ongelman hoitamiseen käytettävän ajan niukkuus liittyy siihen, että joko potilaan ongelman haastavuuden vuoksi aika ei riitä tai ylimääräiset päivystykselliset työt estävät käyttämästä potilaalle varattua aikaa kokonaan hänen hoitamiseensa. Tällaisissa tilanteissa korostuu ristiriita todellisten omien hyvää työtappaa koskevien odotusten ja työn tarjoamien mahdollisuuksien välillä. Syntyy siis ristiriita kiireisessä työympäristössä työhön liittyvän nopeuden ja tehokkuuden vaateen ja huolellisen ja hyvän hoidon pyrkimyksen välille. Tällaisten ristiriitojen on todettu altistavan työstressille (Katz & Kahn 1978, 598–600). Erityisesti työlleen omistautuneiden, sitoutuneiden ja voimakasta auttamisen tarvetta kokevien on todettu olevan erityisen alttiita myös uupumiselle (Freudenberg 1974, ks. Hakanen 2004, 139). Aiemmissa lääkäreiden työolotutkimuksessa on todettu, että suurin osa lääkäreistä rasittuu juuri siitä, että aikaa on liian vähän työn tekemiseen kunnolla (Elovainio ym. 2007). Tämä puolestaan heikentää työhön sisäsyntyisesti kuuluvan epävarmuuden ja riittämättömyyden tunteiden sietämistä. Nuoret lääkärit kokivat myös syyllisyyttä, kun myöhästymisen vuoksi potilaat joutuvat odottamaan. Kiire heikensi näin potilas-lääkärisuhdetta. Riittämättömyyden tunteita aiheutti erityisesti myös ristiriita omien tai potilaiden odotusten ja terveystieteiden tai lääketieteen tarjoamien toiminta mahdollisuuksien välillä. Aiempien tutkimusten mukaan terveystieteiden

henkilöstö kokee raskaana sen toimintaan kohdistuvan kriittisen arvioinnin, jonka ajatellaan loukkaavan heidän ammattitaitoaan (Kinnunen 1990, 76–77). Ongelmaa vaikeuttaa se, etteivät potilaat ota huomioon terveyskeskusten rajallisia voimavaroja, sen toimintaa arvioidessaan. On kuitenkin esitetty, että terveyskeskusten henkilöstö arvioi siihen kohdistuvan kritiikin todellisuutta negatiivisemmaksi (em.). Tällainen ajattelumalli on kuitenkin omiaan kuormittamaan nuorta lääkäriä.

Vuorovaikutukseen potilaiden kanssa liittyy positiivisten ominaisuuksien lisäksi vaikeiden tunteiden kohtaamista ja käsittelyä, mikä aiheuttaa ahdistusta. Tämä on todettu aiemmin erityisesti omalääkäritoiminnassa, jossa toisin kuin usein sairaalatyössä, potilaskontaktien toistuvuus johtaa syvempään vuorovaikutukseen. Työuupumuksen on todettu olevan yhteydessä potilassuhteen vuorovaikutusongelmiin ja persoonallisuuden käyttöön työvälineenä. (Sinervo & Lindström 1992, 87.)

Nuorten lääkärin erikoisalan valintaan vaikuttavat osin myös persoonallisuustekijät. Osa nuorista lääkäreistä arvostaa enemmän kommunikaatiota, kokonaisvaltaisuutta, pitkäjänteisyyttä ja ongelmien monimuotoisuutta. Toiset puolestaan kaipaavat selkeämmin rajattua työkenttää, suppean alan syvempää hallitsemista ja potilasmateriaalin vaihtuvuutta. Nuoret lääkärit mainitsivat terveyskeskustyön hyväksi ja huonoiksi puoleksi saman ilmiön. Se liittyy osin myös siihen, että haastateltavien välillä oli eroja persoonallisuudessa ja siinä, mitä he arvostivat. Myös aiemmassa tutkimuksessa on tullut esiin se, miten terveyskeskuslääkäreiden välillä on eroa suhtautumisessa terveyskeskustyön hajanaisuuteen (Lämsä, Larivaara, Heponiemi & Elovainio 2011). Lämsä ym. (2011) totesivat lääkärin joko nauttivan tai kärsivän työhön liittyvästä ensi- ja viimesijaisuuden, kokonaisvaltaisuuden ja hallinnollisten töiden aiheuttamasta hajanaisuudesta.

Terveyskeskusten kohdatessa lääkäripulaa, tulisi terveyskeskusten pyrkiä muokkaamaan työtä lääkärin kannalta houkuttelevammaksi ja kestävämmäksi. Haasteena onkin työn ja erilaisten lääkäriä tukevien järjestelmien tasapainottaminen siten, että vaaka kallistuu terveyskeskustyön tyypillisten piirteiden osalta positiiviseen suuntaan (kuvio 5 ja taulukko 4). Nämä terveyskeskustyön piirteet toimivat Warrin työhyvinvointia koskevan vitamiinimallin mukaan siten, että tietyt työn piirteet, kuten itsenäisyys, haastavuus, monipuolisuus ja kokonaisvaltaisuus lisäävät työhyvinvointia tiettyyn pisteeseen asti (Warr 2007, 115–203). Kuitenkin lisääntyessään yli tämän pisteen, ovat ne haitallisia työhyvinvoinnin kannalta. Yleislääketieteen houkuttelevuutta voitaisiin parantaa kiinnittämällä huomiota terveyskeskusten työnhallintaan, nuorten lääkärin tukemiseen ja tasapainottamalla terveyskeskustyön ominaispiirteitä positiiviseen suuntaan erilaisin tukimuodoin.

6.2 Kiireen ja työnhallinnan haasteen vaikutus tasapainoon

Terveyskeskustyön kehittämisen haasteena ovat osin terveyskeskusten riittämättömät resurssit. Haastateltujen nuorten lääkäreiden mukaan terveydenhuollon niukat resurssit vaikuttivat potilaiden hoitomahdollisuuksiin ja hoidon laatuun. Niukat henkilöstöresurssit johtavat riittämättömiin lääkäri- ja hoitajamääriin. Potilaiden hoito rajoittivat puuttuvat vuodeosastopaikat ja kontrolliaikojen vähyys. Tämän lisäksi tehtäviä on jatkuvasti siirretty erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Haastatteluissa kävi ilmi, että perusterveydenhuollon resurssipula on osaltaan johtanut suuren työmäärään ja jatkuvaan kiireeseen, mikä puolestaan vaikeuttaa lääkärien työnhallintaa. Työnhallinnan menetys ja kiire johtavat pakkotahtisuuteen. Nämä tekijät ovat monelle haastatellulle nuorelle lääkärille kynnyskysymys valinnassa terveyskeskustyön ja sairaalatyön välillä, sillä sairaalatyössä ajateltiin olevan kohtuullisempi työmäärä ja parempi työnhallinta. Nämä löydökset olivat yhteneväisiä aiempien tutkimustulosten kanssa.

Nuoret lääkärit kuvasivat kiireen syntyvän siitä, kun jo valmiiksi täyteen päivittäiseen työjärjestykseen tulee päivystyksellisesti ylimääräisiä potilaskontakteja, konsultaatioita ja kiireellisiä toimistotöitä. Lisäksi jatkuvat keskeytykset lisäävät työtä ja heikentävät mahdollisuutta vaikuttaa työhönsä. Jatkuvien keskeytysten on todettu heikentävän lääkärien työnhallintaa, ja tämä korostuu jatkuvassa kiireessä (Suomen Lääkäriliitto 2006). Keskeinen esiin tullut ongelma oli se, että vaikka ylimääräisten töiden ja keskeytysten tiedettiin kuuluvan terveyskeskuslääkärin työhön, ei niihin ole varattu erillistä aikaa. Nuoret lääkärit kokivat, että keskimäärin potilaille varattu aika oli riittävä, mutta nimenomaan ylimääräiset työt johtivat kiireeseen, myöhästymiseen ja työnhallinnan menettämiseen. Nuoret lääkärit korostivat, että työjärjestykseen tulisi sisällyttää jouston mahdollisuus.

Tässä tutkimuksessa tuli esille, että nuorten lääkärien kokemusta kiireestä hankaloitti myös kokemuksen puutteen aiheuttama tiedonhallinnan haaste ja rutiinien puuttuminen. Työmäärää ajateltiin lisänneen myös erilaisten tehtävien kuten tilastointien ja toimenpiteiden avustamisen siirtyminen avustajilta lääkäreille. Myös aiemmissa tutkimuksissa terveyskeskustyöhön liittyvän runsaan paperityön on todettu lisäävän kiireen kokemusta. Tämä paperityön runsaus liittyy osin siihen, että terveyskeskustyössä tehdään paljon lääkärilausuntoja, joista osan lääkärit kokevat tarpeettomiksi (Tiililä 2008). Lisäksi lääkärit kokevat usein, etteivät tietokoneohjelmat palvele lääkärintyön tarpeita, vaan saattavat jopa hankaloittaa paperitöiden sujuvuutta (Vänskä, Viitanen,

Hyppönen, Elovainio, Winblad, Reponen, & Lääveri 2010). Aiempien tutkimusten mukaan kolmannes lääkäreistä pitää tietotekniikan jatkuvana tai melko usein työtä haittaavana tai arvioivat sen jopa vaarantavan potilasturvallisuuden (em.; Heikkilä ym. 2009, 68).

Haastatellut nuoret lääkärit kertoivat jatkuvan kiireen aiheuttavan ahdistusta ja uupumusta. Lisäksi sen uskottiin kyynistävän. Tämä pelko ei ollut aiheeton, sillä suurimmalla osalla nuorista terveyskeskuksissa työskentelevillä lääkäreillä on aiemmissa tutkimuksissa todettu kyynistyneisyyttä ja lisäksi uupumisasteista väsyneisyyttä, jotka liittyvät nimenomaan kiireeseen ja heikentyneeseen työhallintaan (Töyry ym. 2002).

Työhallinta ja pakkotahtisuus on todettu terveyskeskustyön keskeiseksi haasteeksi sekä tässä, että aiemmissa tutkimuksissa. Ne ovat keskeisimpiä syitä terveyskeskustyöstä luopumiseen ja työhön liittyviin stressin tunteisiin (Vehviläinen ym. 2003 a; Johnson ym. 1995). Vaikka työhallinta tiedetään terveyskeskustyön haasteeksi, on se seuranta tutkimuksissa vain heikentynyt (Haimakainen ym. 2011b). Työhallinnan määritelmän mukaan siihen sisältyy mahdollisuus vaikuttaa työoloihin, työn sisältöön ja työtä koskevaan päätöksentekoon (Kinnunen & Feldt 2005, 18). Tässä tutkimuksessa haastatelluilla nuorilla lääkäreillä ei vaikuttanut juurikaan olevan mahdollisuuksia työhallintaan. Työn sisältöön vaikuttaminen rajoittui osassa terveyskeskuksista tarjottuun mahdollisuuteen vaikuttaa oheistoimintojen valintaan. Nuorten lääkäreiden ehdottama erityisosaamisalueeseen keskittyminen osana terveyskeskustyötä tarjoaisi aiempaa paremman mahdollisuuden työn sisältöön vaikuttamiseen (taulukko 4). Voimavarojen puute hankaloittaa työoloihin vaikuttamista ja työmäärän rajaamista. Lisäksi kaikilla haastatelluilla nuorilla lääkäreillä ei ollut mahdollisuutta vaikuttaa edes työjärjestykseensä. Terveyskeskusten johtamistyylillä riippuen nuorilla lääkäreillä saattoi olla mahdollisuus jossain määrin vaikuttaa työtä koskevaan päätöksentekoon. Terveyskeskusten johtamista kehittämällä voitaisiin osallistavaa päätöksentekoa tulevaisuudessa lisätä.

Tutkimusten mukaan psyykkisesti kuormittava tilanne syntyy jos työn vaatimukset ja työhallinnan mahdollisuudet eivät kohtaa. Tämän ja aiempien tutkimusten perusteella voidaan työhallinta terveyskeskuksissa todeta huonoksi. Erityisesti nuorten lääkäreiden työhallinta on heikkoa (Heponiemi, Sinervo, Vänskä, Halila & Elovainio 2010). Lääkärin työ on vaativaa, ja erityisesti nuoren lääkärin aloittaessa uraansa työn haasteet ja vaativuus korostuvat. Ristiriidan työn hallinnan ja vaatimusten välillä on todettu paitsi uhkaavan työntekijän työtyytyväisyyttä ja terveyttä myös heikentävän tuottavuutta. (Karasek & Theorell 1990, 31–40, 123–134; Kinnunen ja Feldt 2005, 21–23). Lisäksi kuormittavan työn haitallisuus lisääntyy tilanteissa, joissa sosiaalinen tuki on

riittämätöntä (Kinnunen & Feldt 2005, 20–23). Näin ollen työn sosiaalista tukea kehittämällä (nuorten lääkärin kohdalla erityisesti tutorointi ja konsultaatiomahdollisuudet) voidaan parantaa työnhallinnan kokemusta. Samanaikaisesti tulisi panostaa johtamisen oikeudenmukaisuuteen ja työyhteisön ilmapiirin terveyskeskuslääkärien hyvinvoinnin tukemiseksi (Heponiemi ym. 2010).

6.3 Johtamisen ja sosiaalisen tuen vaikutus tasapainoon

Haastateltujen nuorten lääkärin mukaan terveyskeskusten johtamisessa oli hyvää läheinen ja usein hyvin toimiva esimies-alaissuhde kliinistä työtä hallinnon ohella tekevät ylilääkärin kanssa. Johtamiselta toivottiin aktiivisempaa otetta päätösten tekemisessä, asioiden esiin nostamisessa ja hallinnollisten kysymysten ennakoinnissa sekä kehittämistyössä.

Johtamisen ongelmia haastateltujen mukaan olivat heikko informaation kulku ja tunne epätasa-arvoisesta päätöksenteosta. Kaiken kaikkiaan nuoret lääkärit toivoivat johtajilta avoimempaa viestintää, läpinäkyvyyttä, osallistavaa päätöksentekoa ja avoimen ilmapiirin luomista johtamisesta. Lääkärien toiveissa korostui siis oikeudenmukaisen johtamisen piirteet. Oikeudenmukaisen johtamisessa keskeistä on puolueeton kohtelu, päätöksenteon, tiedonsaatavuuden, kohtelun, palkitsemisen ja jakamisen oikeudenmukaisuus (Moorman 1991; Cropanzano & Byrne 2001). Aiemmissä nuoria lääkäreitä koskeneissa kyselytutkimuksissa ei johtamista ole koettu epätasa-arvoisena (Heikkilä ym. 2009, 60–67). Ristiriidassa tämän löydöksen kanssa on paitsi tämän haastattelututkimuksen löydös myös aiempi terveyskeskusten johtamista koskenut tutkimus, jossa eri ammattiryhmien edustajat arvioivat johtamisesta terveyskeskuksissa. Siinä vastaaja arvioivat johtamisen tyydyttäväksi ja ongelmakohdiksi koettiin osallistuminen päätöksentekoon, tiedonkulku eri työyksiköiden välillä, tiedonkulku johtajan ja alaisten välillä sekä organisaation yleinen johtamistapa (Jaatinen & Saxèn 2008). Johtaminen on haaste terveyskeskustyössä ja sen oikeudenmukaisuuden parantamisen voidaan ajatella lisäävän työtyytyväisyyttä ja terveyskeskustyön houkuttelevuutta. Oikeudenmukaisuuden kokemus ja luottamus organisaation syntyy johtamistyössä ja jokapäiväisessä vuorovaikutustilanteissa työntekijöiden kanssa. Keinoja tähän ovat myös keskustelun fasilitaatio, informaation jakaminen ja palautteen anto, joita nuoret lääkäreitä tässä tutkimuksessa peräänkuuluttivat. Myös aiempien tutkimusten mukaan palautteen anto on todettu haasteelliseksi lääkärin johtamisessa (Kumpusalo ym. 2004). Lisäksi terveyskeskusten sisäisessä viestinnässä on todettu yleisiä haasteita (Arvio, Hartola, Lehtonen, Anttila, Kiimalainen & Raivio 2006).

Haastatellut nuoret lääkärit toivoivat enemmän palautetta työstään ja näin mahdollisuuksia arvioida omaa osaamistasoaan ja kehittää työskentelyään. Sekä vahvistavan että rakentavan palautteen tiedetäänkin olevan keskeisiä tuen ja kehittymisen kannalta (Niemi-Murola & Pyörälä 2012). Palautteen lisäksi nuoret lääkärit toivoivat entistä vahvempaa sosiaalista tukea. Sosiaalisen tuen eri muodoissaan (tutorohjaus, konsultaatiomahdollisuudet, työnohjaus, sosiaaliset kontaktit työpaikalla) ajateltiin parantavan mahdollisuuksia sietää terveystieteiden haasteellisia puolia - epävarmuuden, riittämättömyyden ja yksinäisyyden tunnetta sekä niiden aiheuttamaa ahdistusta. Tutortoiminta tarjoaa tukea myös lääketieteellisissä kysymyksissä, tiedon hallinnan haasteissa ja tarjoaa mahdollisuuden kisaoppimiseen kokeneen lääkärin ohjauksessa. Tutortoiminnan on aiemmin todettu parantavan nuorten lääkärin viihtymistä terveystieteiden keskuksissa. Nuoret lääkärit, joilla on nimetty tutor, ovat olleet muita selvästi tyytyväisempiä työhönsä (Saxén 2009, 36–37). Tutortoimintaa on pyritty kehittämään terveystieteiden keskuksissa. Suurin osa tässä tutkimuksessa haastatelluista nuorista lääkäreistä kertoi, että heillä oli nimetty tutor. Kuitenkin tutkimuksessa tuli esille, ettei tutorjärjestelmä aina toimi odotetusti. Osalla ei ollut tutoria, osassa terveystieteiden keskuksista järjestelmä oli rajattu yleislääketieteeseen erikoistuville lääkäreille ja tapaamiset eivät kiireen vuoksi toteutuneet suunnitellusti. Aiempien tutkimusten mukaan noin joka toisella nuorella lääkäriellä on nimetty tutor (Saxén 2009, 36–37). Nuorten lääkärin mukaan tutortoiminnan merkitys väheni kokemuksen kertyessä. Hyviä konsultaatiomahdollisuuksia korostettiin riippumatta kokemustasosta. Myös työnohjauksella voidaan parantaa lääkärin työhön liittyvien arvokonfliktien, epävarmuuden, riittämättömyyden kokemusten sekä tiedon- ja työhallinnan ongelmien sietämistä ja hallintaa (Toivola 2006).

Työyhteisön ihmissuhteet ja vuorovaikutus tiedetään tärkeiksi työhyvinvointiin vaikuttaviksi tekijöiksi. Tässä tutkimuksessa tuli esille se, että kiire paikoin heikensi työyhteisön ilmapiiriä aiheuttaen ristiriitoja. Terveystieteiden ryhmätyö- ja ihmissuhde ongelmien on todettu heikentyneeseen sitoutumiseen ja sen myötä työstälähtöisiksi (Lepäntalo ym. 2008). Toisaalta sosiaalisen tuen tiedetään parantavan työhyvinvointia tilanteissa, jossa työn hallinta on haasteellista (Vahtera 1993, 81). Aiemmissä tutkimuksissa lääkärit ovat pitäneet työyhteisöjä toimivina ja keskeisinä työssä jaksamisen kannalta (Heikkilä ym. 2009, 60; Haukilahti ym. 2005).

6.4 Asenteiden ja kokemusten vaikutus nuoren lääkärin valintaan

Terveystieteiden työhön kohdistuvat asenteet ja työn arvostus voivat osaltaan vaikuttaa terveystieteiden työhön houkuttelevuuteen. Moni nuori lääkäri toi haastatteluissa esille

perusterveydenhuollon merkittävää roolia. Tämän roolin korostaminen sekä lääketieteen opiskeluvaiheessa, että julkiselle yleisölle voisi parantaa terveyskeskustyön arvostusta. Nuoret lääkärit ajattelivat, että parempi ymmärrys perusterveydenhuollon roolista ja sen tehtävistä voisi muuttaa käsityksiä terveyskeskustyöstä potilaiden ymmärtäessä laaja-alaista tehtäväkenttää, jolloin yksilön käsitys ei muodostuisi ainoastaan päivystyskäyntien perusteella. Sekä opiskeluaikana, että julkisessa mediassa opiskelijat kohtaavat terveyskeskustyöhön kohdistuvia negatiivisia asenteita. Aiempien tutkimusten mukaan nuorista lääkäreistä kolmannes arvioi päättäjien ja tiedotusvälineiden arvostuksen vähäiseksi (Heikkilä ym. 2009, 74). Perusterveydenhuoltoon kohdistuvia asenteita tulisi pyrkiä muokkaamaan sekä opiskelijoille, että laajalle yleisölle suunnatulla aktiivisella maineenhallinnalla. Opiskeluaikana kohdatut asenteet vaikuttivat haastateltavien mukaan nuorten lääkärien omiin asenteisiin. Aiempien tutkimusten mukaan kollegojen esimerkki ja myönteisen kokemuksen alalta opiskeluaikoina vaikuttivat erikoisalain valintaan (Hyppölä ym. 2008; Newton ym. 1998). Opiskelijoiden tiedetään sosiaalistuvan lääkärin rooliin opiskelujen aikana ja lääkärin työn myötä (Merton ym. 1975, ks. Vainiomäki 1995, 1). Suurin osa tästä sosiaalistumisesta tapahtuu mallioppimisen kautta, kun opiskelija omaksuu vanhemman kollegan tapoja, tunteita ja asenteita (Vainiomäki 1995, 19). Näin ollen opettajien asenteet vaikuttavat opiskelijoiden käsitykseen terveyskeskustyöstä ja sen arvostuksesta. Opiskelijoiden on todettu saavan myös väärää tietoa perusterveydenhuollosta muiden alojen opettajilta (Sherger, Beasley, Brunton, Hudson, Mishkin, Patric & Olson 1983). Vainiomäen (1995, 49) mukaan opiskelijalle opetetaan tiedettä ja teoriaa arvostava maailma, mutta perusterveydenhuolto koetaan vähemmän tieteelliseksi ja teoreettiseksi kuin sairaaloiden erikoisalat. Tämä käsitys voi syntyä, kun sairaalatyössä korostuu tautien diagnosointi sekä hoito ja kun perusterveydenhuolto puolestaan käsitetään enemmän ihmis- ja ongelmakeskeisiksi (em., 23). Näin perusterveydenhuollon valitsemisen erikoisalaksi voidaan ajatella vastaavan huonommin sitä, minkälaiseksi lääketiede on opiskeluaikoina opittu. Terveystieteiden arvostukseen voidaan ajatella vaikuttavan myös se, että tutkimusten mukaan hierarkkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä arvostus kohoaa erikoistumisen myötä ja näin erikoissairaanhoidon pitkälle erikoistuneita aloja saatetaan arvostaa laaja-alaista perusterveydenhuoltoa enemmän (Kivinen 1984, ks. Sinervo & Lindström 1992, 18). Myös potilaiden asenteiden ja esittämien vaatimusten koettiin muuttuneen aiemmasta. Tämä vaikutti siihen, miten nuoret lääkärit kokivat työnsä mielekkyyden.

Haastatellut ajattelivat, että yleislääketieteen kiinnostavuuteen voidaan vaikuttaa jo opiskeluaikoina. Sekä asenteisiin vaikuttamalla, positiivisella esimerkillä, että myös koulutusohjelman muutoksilla ajateltiin olevan vaikutusta. Aiempien tutkimusten mukaan nuorten lääkärien kokemukset

vaihtelevat suuresti sen suhteen, miten opiskelu on valmistanut terveystieteiden koulutukseen (Heikkilä ym. 2009, 37–38). Koulutusohjelmaan toivottiin entistä enemmän terveystieteiden lähtöisyyttä ja byrokratiakeskeisyyden vähentämistä. Lisäksi ehdotettiin perusterveydenhuollon jakson aikaistamista ja perussairauksien opettamista ennen harvinaisempien sairauksien opetusta. Haastatellut nuoret lääkärit toivoivat, että opiskeluaikana opetettaisiin keinoja sietää terveystieteiden koulutukseen liittyvää epävarmuuden ja riittämättömyyden tunnetta sekä jatkuvaa kiirettä. Lääketieteen opiskelijoiden opettajatutoreiden toiminnan on osoitettu tukevan opiskelijoiden arvojen, asenteiden ja ammatti-identiteetin kehittymisessä, mutta opiskelijat kokevat epävarmuuden sietämisen ja työssä jaksamisen keinojen opetuksen riittämättömiksi (Kääpä & Hoffren 2010; Kääpä, Toivonen, Koivisto & Vuorinen 2012).

Erikoisalan valintaan yleisesti vaikuttavia tekijöitä ovat niin tämän kuin aikaisempien tutkimustenkin mukaan urakehitysmahdollisuudet, vapaa-ajan merkitys ja palkkaus. Näiden vaikutus nuorten lääkärien valintoihin on yksilöllinen ja ne saattavat yksilökohtaisesti joko puoltaa tai vastustaa terveystieteiden koulutuksen valintaa. Osa lääkäreistä korostaa urakehityksen mahdollisuuksia toisia enemmän. Osa haastatelluista lääkäreistä piti urakehitysmahdollisuuksia terveystieteiden koulutuksessa rajoittuneina. Terveystieteiden koulutuksen urapolkua voitaisiin kehittää esimerkiksi panostamalla horisontaalista etenemisen mahdollisuuteen (taulukko 4). Tämä voisi olla panostamista eri erityisosaamisalueisiin tai koulutuslääkäriin rooliin. Lisäksi tutkimusmahdollisuuksien parantaminen mahdollistaisi akateemisen urakehityksen. Vaikka perusterveydenhuollossa tehdään tutkimusta, koki osa haastatelluista lääkäreistä tutkimusmahdollisuuden muihin aloihin nähden heikoiksi. Ammatillisen ja akateemisen kehittymisen mahdollisuus tulisi luoda mahdollistamalla koulutukseen osallistuminen ja erilaiset koulutus- ja tutkimusvapaat.

Nuorten lääkärien toiveissa korostuu työjärjestelyjen joustavuuden mahdollisuus. Tässä tutkimuksessa tuli esille, että joustavuus on keskeinen syy yksityisen työnantajan valitsemiseen kunnallisen sijasta useille nuorilla lääkäreillä. Mahdollisuus joustaviin työaikoihin ja työjaksoihin voi parantaa kunnallisen terveystieteiden koulutuksen houkuttelevuutta. Osa-aika työn tiedetäänkin lisääntyneen erityisesti nuorten lääkärien keskuudessa (Heikkilä ym. 2009, 47-48). Haastatellut nuoret lääkärit toivovat myös voivansa vaikuttaa päivystysten määriin. Vapaa-ajan merkitystä ja kohtuullista päivystysrasitusta kaivattiin vastapainoksi kiireiselle ja haastavalle työlle. Perhe-elämän ja työelämän yhdistämisen mahdollisuus tuli esille haastattelussa ja lääkärikunnan naisistuksessa tällä on kasvava merkitys. Nuoret lääkärit ovat palkkatietoisia, joskin tässä tutkimuksessa työolojen ajateltiin vaikuttavat palkkaa enemmän niissä tilanteissa, joissa palkka ei

merkittävästi poikkeaa yleisesti tasosta. Aiempien tutkimusten mukaan mahdollisuus hyviin ansioihin vaikuttaa erikoisalan valintaan, mutta vähemmän kuin lomien mahdollisuus ja säännöllinen työaika (Thornton & Esposito 2003).

6.5 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusaineiston edustavuuteen pyrittiin sillä, että haastateltavat oli valittu kooltaan ja maantieteelliseltä sijainniltaan sekä vetovoimaisuudeltaan erilaisista terveyskeskuksista. Tutkimusmateriaalin saturaatio vaikutti saavutetun tässä tutkimuksessa, kun haastatteluissa ei esiintynyt enää uusia näkökulmia. Lisäksi tutkimusmateriaalia täydennettiin ylilääkäreiden avaininformanttihaastatteluilla. Edustavuuteen voi vaikuttaa se, etteivät kaikki terveyskeskukset vastanneet yhteydenottopyyntöihin. Näin ollen saattaa olla, että mukaan valikoitui työhyvinvoinnista kiinnostuneempia terveyskeskuksia. Ylilääkärien valittua toimipisteistään haastateltavat lääkärit, on mahdollista että aineistoon on valikoitunut terveyskeskustyöstä kiinnostuneita lääkäreitä. Näitä mahdollisia valikoitumisharhoja pyrittiin kuitenkin korjaamaan täydentämällä nuorten lääkäreiden haastatteluja vuokralääkäriyrityksen lääkäreillä sekä ulkopuolisella pilottihaastattelulla. Tutkimustuloksia tulkittaessa on myös huomioitava haastattelututkimuksiin liittyvä sosiaalisesti suotavan tiedon tuoton harhan mahdollisuus. Tutkimustulokset ovat suodattuneet oman lääkäriyteni viitekehyksen läpi, joskin pyrin objektiivisuuteen välttämällä erilaisten näkökulmien kvantitatiivista arvottamista ja kiinnittämällä huomiota omista kokemuksista poikkeaviin näkemyksiin, jolloin tutkimusraporttiin saataisiin monipuolinen deskriptiivinen informaatio tutkittavasta asiasta.

6.6 Johtopäätökset

Terveyskeskusten kärsiessä lääkäri työvoiman puutteesta olisi keskeistä, että aikaisempaa useampi nuori lääkäri kiinnostuisi terveyskeskustyöstä. Terveyskeskustyössä korostuvat perusterveydenhuollolle ominaiset työnpiirteet. Nämä piirteet voivat näyttäytyä sekä positiivisessa että negatiivisessa valossa työnhallintamahdollisuuksista ja erilaisista tukimuodoista riippuen. Terveyskeskustyölle ominaiset kokonaisvaltaisuuden, monipuolisuuden ja itsenäisyyden positiiviset piirteet voivat työn vaatavuuden ja kiireen keskellä kääntyä ahdistusta, riittämättömyyden ja epävarmuuden tunnetta aiheuttaviksi. Sosiaalisen tuen, konsultaatiomahdollisuuksien parantamisen ja työjärjestelyjen avulla nuoria lääkäreitä voidaan tukea uran alkuvaiheessa, ja näin heikentää terveyskeskustyön haasteelliseksi koettujen ominaispiirteiden vaikutusta. Nuoret lääkärit perään

kuuluttivat myös johtamisen päätöksenteon sekä kohtelun oikeudenmukaisuutta. Tehostamalla vähäiseksi koettua palautteen antoa voitaisiin saavuttaa sekä sosiaalisen tuen, että esimiestuen vahvistuminen. Edellytys tasapainoisen terveystyön saavuttamiselle on kuitenkin työolojen ja työjärjestelyjen kehittäminen työkuormituksen vähentämiseksi ja työn hallinnan parantamiseksi.

Terveystyöhön sisältyy lähtökohtaisesti useita työtyytyväisyyden kannalta keskeisiä piirteitä, kuten työn merkittävyys ja vaikuttavuus, itsenäisyys, monipuolinen ja haasteita tarjoava työkokonaisuus, henkilökohtaisen kasvun mahdollisuus, pysyvyys, kohtuullinen palkkaus ja hyvä työyhteisö. Vaikka työyhteisö on terveystyöissä useissa tutkimuksissa todettu hyväksi, on tämän tutkimuksen perusteella vielä syytä edelleen kehittää sosiaalisen tuen muotoja ja ainakin paikoin pyrkiä aktiivisesti työilmapiirin kehittämiseen. Työtyytyväisyyttä ja työoloja parantavilla toimilla saavutetaan sitoutuneempi ja sen myötä tuottavampi työyhteisö.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esille nuorten lääkäreiden ajatuksia ja kokemuksia terveystyöstä ja sen ominaisuuksien vaikutuksesta erikoisalanvalintaan. Tutkimuksessa tuli esille useita erilaisia kehittämisajatuksia. Laajemmalla kvalitatiivisella tutkimuksella voidaan jatkossa arvioida yksittäisten tekijöiden määrällistä merkitystä. Kehittämiskohteiden ensisijaisuuteen vaikuttaa se, mitkä näistä ongelmista koskettavat laajinta nuorten lääkäreiden joukkoa tai koetaan keskeisimmiksi esteiksi terveystyölääkärin uralle. Työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä muokkaamalla voidaan tulevaisuudessa parantaa terveystyön ominaisuuksia ja siten sen houkuttelevuutta. Näillä tekijöillä voidaan saada nuoria lääkäreitä kiinnostumaan terveystyöstä aikaisempaa enemmän.

Erikoisalan ja työpaikan valintaan vaikuttavat tekijät ja niiden kehittämismahdollisuudet	
Tiedon hallinnan haaste terveyskeskustyössä	<p>Mahdollisuus valita itseä kiinnostavia osa-alueita</p> <p>Konsultaatiomahdollisuuksien kehittäminen</p> <p>Yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa</p> <p>Paremmat yhteistyöverkostot</p> <p>Tutor- tai työnohjaustoiminta</p>
Yksinäisyyden, epävarmuuden ja riittämättömyyden tunteen sietäminen terveyskeskustyössä	<p>Riittävän vastaanottoajan takaaminen</p> <p>Tutor- tai työnohjaustoiminta</p> <p>Konsultaatiomahdollisuuksien parantaminen</p> <p>Työyhteisön sosiaalinen tuki ja kontaktien mahdollistaminen</p> <p>Työskentely myös tiimeissä</p> <p>Palautteenannon kehittäminen</p> <p>Esimiestuen kehittäminen</p>
Kiire ja työmäärä, työnhallinnan heikkous ja resurssien niukkuus terveyskeskustyössä	<p>Työmäärän rajaaminen/mahdollisuus vaikuttaa työmäärään (väestövastuuväestön koko)</p> <p>Jouston lisääminen aikatauluun</p> <p>Riittävän ajan varaaminen lääkärintyön kaikille osa-alueille</p> <p>Ylimääräisten tehtävien rajoittaminen</p> <p>Keskeytysten minimoiminen työjärjestelyin</p> <p>Lausuntuormen rajoittaminen</p> <p>Sekä henkilöstöressurssien että muiden resurssien lisääminen</p> <p>Sijaisten saatavuus</p> <p>Haasteellisten ja aikaa vievien potilaiden/potilasryhmien tunnistaminen ajanvaraus tilanteessa ja pidemmän ajan varaaminen tarvittaessa</p> <p>Tavallista runsaamman tehtäväkohtaisen ajan varaaminen nuorille lääkäreille</p> <p>Paremmat mahdollisuuden vaikuttaa työjärjestykseen ja tästä mahdollisuudesta informoiminen heti työsuhteen alusta</p> <p>Mahdollisuus työjärjestelyihin erityistilanteissa</p> <p>Lääkärien, hoitajien ja muun henkilökunnan välisen työnjaon kehittäminen</p> <p>Hoitoketjujen parantaminen</p> <p>Potilastietojärjestelmien parantaminen</p> <p>Vastaanottokäyntien tilastoimisen kehittäminen ja siirtäminen pois lääkäreiltä</p>
Perusterveydenhuollon arvostus	<p>Yleisön informoiminen terveyskeskustyön roolista ja aktiivinen maineenhallinta</p> <p>Lääketieteen opintoihin liittyvän yleislääketieteen opintojakson kehittäminen</p>
Urakehitys mahdollisuudet	<p>Uralla etenemisen mahdollisuuksien kehittäminen</p> <p>Erilaisten osaamisalueiden kehittäminen (esim. suppeat osaamisalueet, koulutustyö)</p> <p>Tutkimusmahdollisuuksien kehittäminen</p> <p>Mahdollisuus lisäkoulutukseen</p>
Vapaa-ajan merkitys	<p>Työjärjestelyjen joustavuuden lisääminen terveyskeskuksissa</p> <p>Mahdollisuus säädellä päivystysrasitusta</p> <p>Päivystysten tasapuolinen jakaminen</p> <p>Mahdollisuus vaikuttaa lomien määrään ja ajoitukseen</p>
Palkka	<p>Työn vaatavuutta vastaava kilpailukykyinen palkkaus</p> <p>Palkkakehitys kokemuksen karttuessa</p>

Taulukko 4 Terveyskeskustyön kehittämisajatuksia nuorten lääkärien haastattelujen pohjalta.

Lähteet

Kirjallisuus

Aira, M., Mäntyselkä, P., Myllykangas, M. & Kumpusalo, E. 2006. Kenen joukossa seisot? Johtavan lääkärin haastava asema terveyskeskuksessa. *Suomen lääkärilehti* 61, 1883–1888.

Andersson, B. & Heiskanen, M. 2004. Henkilöstö kunnan palvelutuotannon strategisena voimavarana. Teoksessa Forma, P. & Väänänen, J. (toim.) Työssä jatkaminen ja työssä jatkamisen tukeminen kunta-alalla. *Kuntatyö 2010-tutkimus*. Jyväskylä: Gummerus. 295–308.

Aronsson, G. 1989a. Swedish research on job control, stress and health. Teoksessa Sauter, S. L., Hurrell, J. J. Jr. & Cooper, C. L. (toim.). *Job control and worker health*. Chichester: John Wiley & Sons. 75–90.

Aronsson, G. 1989b. Dimensions of control as related to work organization, stress and health. *International Journal of Health Services* 19, 459–468.

Arvio, P., Hartola, V., Lehtonen, R., Anttila, I., Kiimalainen, A. & Raivio, R. 2006. Terveyskeskuksen sisäisen viestinnän kehittäminen – henkilöstön näkökulma. *Suomen lääkärilehti* 61, 2006.

Colquitt, J. A. 2001. On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of the measure. *Journal of Applied Psychology* 86, 386–400.

Cropanzano, R. & Byrne, Z. B. 2001. Moral virtues, fairness heuristics, social entities and other denizens of organizational justice. *Journal of Vocational Behaviour* 58, 164–209.

Dailey, R. & Kirk, D. J. 1992. Distributive and procedural justice as antecedents of job dissatisfaction and intent to turnover. *Human Relations* 45, 305–317.

De Silva, M., McKenzie, K., Harpham, T. & Huttly, S. R. A. 2005. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 59, 619–627.

Eisenberg, R., Huntington, R., Hutchison, S. & Sova, D. 1986. Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology* 3, 500–507.

Elovainio, M., Eccles, N. & Sinervo T. 2002. Team climate and procedural justice as predictors of occupational strain. *Journal of Applied Social Psychology* 32, 359–374.

Elovainio, M., Heponiemi, T., Vänskä, J., Sinervo, T., Kujala, S., Laakso, E., Jalonen, P., Hakanen, J., Husman, J., Töyry, S. & Halila, H. 2007. Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla? *Suomen lääkärilehti* 62, 2071–2076.

Elovainio, M., Kalliomäki-Levanto, T. & Kivimäki M. 1997. Työ, yhteistyö ja asiantuntemuksen jakautuminen väestövastuisessa tai alueellisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Stakes tutkimuksia* 79. Saarijärvi: Gummerrus.

- Elovainio, M., Kivimäki, M., Steen, N. & Vahtera, J. 2004. Job decision latitude, organizational justice and health. *Social Science & Medicine* 58, 1659–1669.
- Elovainio, M., Kivimäki, M. & Vahtera, J. 2002. Organizational justice: Evidence of a new psychosocial predictor of health. *American Journal of Public Health* 92, 105–108.
- Elovainio, M., Sinervo, T. & Pekkarinen, L. 2001. Uusien työvälineiden omaksuminen. Asenteen, työn sisältö, yhteistyö ja prosessi muutosta edistävinä tekijöinä perusterveydenhuollossa. *Stakes* 1/2001. Helsinki.
- Fjermestad, T. & Paulsen, B. 2000. List patient system: Straitjacket or a tool for developing general practise? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 18, 21–24.
- Frese, M. 1989. Theoretical models of control and health. Teoksessa Sauter, S. L., Hurrell, J. J. Jr & Cooper, C. L. (toim.) *Job control and worker health*. Chichester: John Wiley & Sons. 107–128.
- Gillham, B. 2001. *The research interview*. London and New York: Continuum.
- Gordon, G. H., Joos, S. K. & Byrne, J. 2000. Physician expression of uncertainty during patient encounters. *Patient Education and Counselling* 40, 59-65.
- Greenberg, J. 1990. Organizational justice: Yesterday, today and tomorrow. *Journal of Management* 16, 399–432.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. 1975. Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology* 60, 159–170.
- Haimakainen, H., Vehviläinen, A. & Kumpusalo, E. 2011a. Terveyskeskusten toimivuus ei ole viime vuosina parantunut. *Suomen lääkirilehti* 66, 1283–1287.
- Haimakainen, H., Vehviläinen, A. & Kumpusalo, E. 2011b. Perusterveydenhuollon johtamista ja terveyskeskuslääkäreiden oman työn hallintaan parannettava. *Suomen lääkirilehti* 66, 2423–2429.
- Haimakainen, H., Vehviläinen, A. & Kumpusalo, E. 2011c. Terveyskeskustyössä myönteisiä muutoksia 2000-luvulla. *Suomen lääkirilehti* 66, 3133–3138.
- Haimakainen, H., Vehviläinen, A. & Kumpusalo, E. 2012. Lääkäreiden syyt jättää terveyskeskustyö. *Yleislääkäri* 4, 17–20.
- Hakanen, J. 2004. Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Halonen, J. 2002. Terveyskeskustyössä on gloriaa. *Nuori Lääkäri* 39, 11.
- Haukilahti R-L, Virjo I, Halila H, Hyppölä H, Isokoski M, Kujala S, Kumpusalo E, Vänskä J & Mattila K. 2005. Mikä auttaa lääkäriä jaksamaan? *Suomen lääkirilehti* 60, 3647–3654.
- Heikkilä, T., Vänskä, J., Hyppölä, H., Halila, H., Virjo, I., Mattila, K., Kujala, S. & Isokoski, M. 2009. *Lääkäri 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997–2006 valmistuneille lääkäreille*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 19. Helsinki.

- Hendrix, W. H., Robins, T., Miller, J. & Summers, T. P. 1998. Effects of procedural and distributive justice on predictive of turnover. *Journal of Social Behavior & Personality* 13, 611–633.
- Heponiemi, T., Sinervo, T., Räsänen, K., Vänskä, J., Halila, H. & Elovainio, M. 2008. Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimus – hankeen loppuraportti. *Stakesin Raportteja 35/2008*. Helsinki.
- Heponiemi T, Sinervo T, Vänskä J, Halila H & Elovainio M. 2010. Vaikutusmahdollisuudet ja organisaation oikeudenmukaisuus lääkärintyössä. *Suomen lääkärilehti* 44, 3609-3614.
- Heponiemi, T., Vänskä, J., Aalto, A-M. & Elovainio, M. 2012. Kyselyt lääkäreille 2006 ja 2010: Potilastyöhön ja tietokonejärjestelmiin liittyvä stressi lisääntyi. *Suomen lääkärilehti* 47, 3491-3495.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hyppölä, H., Heikkilä, T., Kumpusalo, E., Virjo, I., Isokoski, M., Halila, H., Kujala, S., Vänskä, J. & Mattila, K. 2008. Sattumaa vai harkintaa – lääkäreiden erikoisalavalintaan vaikuttavat tekijät. *Suomen lääkärilehti* 63, 531–536.
- Jaatinen, P. T. & Saxén, U. 2008. Terveyskeskusten työntekijät arvioivat johtamistavat tyydyttäväiksi. *Suomen lääkärilehti* 63, 2073–2078.
- Jaatinen, P., Saxén, U. & Aho, P. 2007. Osa terveyskeskuslääkäreistä kokee osaamisensa riittämättömäksi. *Suomen lääkärilehti* 62, 2007.
- Johnson, J. V. 1989. Control collectivity and the psychosocial work environment. Teoksessa Sauter, S. L., Hurrell, J. J. Jr. & Cooper, C. L. (toim.) *Job control and worker health*. Chichester: John Wiley & Sons. 55–74.
- Johnson, J. V., Hall, E. M., Ford, D. E., Mead, L. A., Levine, D. M., Wang, N-Y & Klag, M. J. 1995. The psychosocial work environment of physicians. *Journal of occupational and environmental medicine* 37; 1151–1159.
- Juvonen, T. & Ollila, M. 2004. Poimintoja tutkimuksen tuloksista ja havaintoja työelämän kehittämistä kunnissa. Teoksessa Forma, P. & Väänänen, J. (toim.) *Työssä jatkaminen ja työssä jatkamisen tukeminen kunta-alalla. Kuntatyö 2010-tutkimus*. Jyväskylä: Gummerus. 309–323.
- Kankaanranta, T., Vainiomäki, J., Halila, H., Hyppölä, H., Isokoski, M., Kujala, S., Kumpusalo, E., Mattila, K., Virjo, I., Vänskä, J. & Rissanen, P. 2008. Kunnalliselle vai yksityiselle? Pelkästään taloudelliset tekijät eivät ohjaa lääkäreiden työpaikan valintaa. *Suomen lääkärilehti* 63, 2919–2924.
- Kanungo, R. N. 1982. Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology* 67, 341–349.
- Karasek, R. 1979. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24, 258–308.
- Karasek, R. & Theorell, T. 1990. *Healthy work - Stress, productivity and reconstruction of working life*. New York: Basic Books Inc.

- Kasanen, J., Mussalo-Rauhamaa, H. & Mäkelä, J. 2011. Nuoren lääkärin haasteet kanteluiden näkökulmasta. Suomen lääkärilehti 66, 2011.
- Kasvio, A. & Huuhtanen, P. 2007. Työ ja työntekijät. Teoksessa Kauppinen, T., Hanhela, R., Heikkilä, P., Kasvio, A., Lehtinen, S., Lindström, K., Toikkanen, J. & Tossavainen, A. (toim). Työ ja terveys Suomessa 2006. Työterveyslaitos. Helsinki. 7–56.
- Katz, D. & Kahn, R. L. 1978. The social psychology of organizations. New York: Wiley.
- Kauppinen, M. 2004. Kuntakohtaiset erot työhyvinvoinnin toteutuksessa ja edellytyksissä. Teoksessa Forma, P. & Väänänen, J. (toim.) Työssä jatkaminen ja työssä jatkamisen tukeminen kunta-alalla. Kuntatyö 2010-tutkimus. Jyväskylä: Gummerus. 251–273.
- Kinnunen J. 1990. Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Kuopion Yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 4/1990. Kuopio.
- Kinnunen, U. & Feldt, T. 2005. Stressi työelämässä. Teoksessa Kinnunen, U., Feldt, T. & Mauno, S. (toim.) Työ leipälajina. Helsinki: Otava. 13–37.
- Kivimäki, M., Sutinen, R., Elovainio, M., Vahtera, J., Räsänen, K., Töyry, S., Ferrie, J.E. & Firth-Cozens, J. 2001. Sickness absence in hospital physicians 2 year follow up study on determinants. Occupational and Environmental Medicine 58, 361–366.
- Kokkinen, L. & Viitanen, E. 2011. Lääkärijohtajat eivät luota yritysmaailman malleihin julkisessa terveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti 66, 2261–2263.
- Kumpusalo, E., Haggren, O., Vehviläinen, A., Liukko, M., Kujala, S. & Takala, J. 2002. Miten terveyskeskuslääkärit viihtyvät työssään? Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimus I. Suomen lääkärilehti 57, 4235–4239.
- Kumpusalo, E., Nummela, M., Virjo, I., Mattila, K., Neittaanmäki, L., Halila, H. & Kujala, S. 2004. Lääkärien johtamistaidot kollegoiden arvioimana. Suomen lääkärilehti 59, 2827–2829.
- Kvale, S. 1996. Interviews. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kääpä, P. & Hoffren, J. 2010. Lääketieteen peruskoulutusopiskelijoiden näkemyksiä yleisten taitojen opetuksesta. Duodecim 126, 1720-1729.
- Kääpä, P., Toivonen, M., Koivisto, A-L. & Vuorinen, T. 2012. Opettajatuutori tukee opiskelijan kasvua lääkäriksi. Suomen lääkärilehti 41, 2925-2928.
- Käyhkö, K. & Valkonen, M. 2002. Mikä tekisi terveyskeskuslääkärin työn houkuttelevammaksi? Suomen lääkärilehti 57, 3283–3286.
- Lahelma, E., Broms, U. & Kaisto, A. 2003. ”Pienestä pitäen olen halunnut lääkäriksi” - Lääketieteen opiskelijoiden tausta ja suuntautuminen. Suomen lääkärilehti 58, 4491–4496.
- Lambert, T. W., Evans, J. & Goldacre, M. J. 2002. Recruitment of UK-trained doctors into general practise: findings from national cohort studies. British Journal of General Practice 52, 364–372.

- Launis, K. 1994. Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Stakes tutkimuksia 50. Helsinki
- Lehto, J., Viitanen, E., Autio, V. & Lääkäri 98 tutkimuksen ryhmä. 2003. Minkälaiset lääkärit nousevat johtaviin aseisiin? Suomen lääkärilehti 58, 5209–5213.
- Lepäntalo, A., Heponiemi, T., Sinervo, T., Vänskä, J., Halila, H. & Elovainio, M. 2008. Terveyskeskuslääkärien työhön sitoutuminen ja työstälähtöaikeet sekä niihin yhteydessä olevat työn psykososiaaliset riskitekijät. Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti 45, 279–292.
- Lämsä, R., Larivaara, M., Heponiemi, T. & Elovainio, M. 2011. Terveyskeskuslääkäri kärsii tai nauttii työn hajanaisuudesta. Suomen lääkärilehti 24, 2009–2013.
- Maslach, C., Shaufeli, W. B. & Leiter, M. P. 2001. Job burnout. Annual review of psychology 52, 397–422.
- Mattila, K., Virjo, I., Kumpusalo, E., Neittaanmäki, L., Hyppölä, H., Kujala, S., Luhtala, R., Halila, H. & Isokoski, M. 1998. Nuoren lääkärin työuran ensimmäiset vuodet. Suomen lääkärilehti 53, 1819–1823.
- Mauno, S. & Ruokolainen, M. 2005. Organisaatiokulttuurin yhteys henkilöstön työhyvinvointiin ja työasenteisiin. Teoksessa Kinnunen, U., Feldt, T. & Mauno, S. (toim.) Työ leipälajina. Helsinki: Otava. 142–166.
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L. & Topolnytsky, L. 2002. Affective, continuance and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates and consequences. Journal of Vocational Behaviour 69, 20–52.
- Mikkola, H. & Mattila, I. 2006. Lääkäripalveluiden ulkoistaminen ja kilpailuttaminen Ruotsissa ja Britanniassa. Teoksessa Fredriksson, S. & Martikainen, T. (toim.). Kilpailuttamisen kokemukset. Helsinki: Kunnallisalan kehittämissäätiö. 90–100.
- Moorman, R.H. 1991. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviour: Do fairness perception influence employee citizenship? Journal of Applied Psychology 76, 845–855.
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus 1990.
- Mäkikangas, A., Kinnunen, U. & Feldt, T. 2005. Positiivisen psykologian näkökulma työhön ja hyvinvointiin. Teoksessa Kinnunen, U., Feldt, T. & Mauno, S. (toim.) Työ leipälajina. Helsinki: Otava. 56–74.
- Mäkitalo-Keinonen, T., Virtanen, P., Saloniemi, A., Vänskä, J. & Parmanne, P. 2005. Vuokralääkärit – keitä he ovat? Suomen Lääkärilehti 60, 5007–5010.
- Nakari, M-L. 2003. Työilmapiiri, työntekijöiden hyvinvointi ja muutoksen mahdollisuus. Sarjat. Jyväskylä studies in education, psychology and social research; 226. Jyväskylä. Jyväskylän Yliopisto.

- Newton, D., Grayson, M. & Whitley, T. 1998. What predicts medical student career choice? *Journal of General Internal Medicine* 13, 200-203.
- Niemi-Murola, L. & Pyörälä, P. 2012. Palautteen antaminen lääkärin työssä. *Duodecim* 128, 1145-1150.
- Oldham, G.R. 1996. Job design. Teoksessa Cooper, C.L. & Robertson, I.T. (toim). *International review of industrial and organizational psychology*, Volume 11. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 33–60.
- Parmanne, P., Saukkonen, S-M, Ruskoaho, J. & Vuorio, S. 2010. Lääkärivaje hidastaa hoitoon pääsyä terveyskeskuksissa. *Suomen lääkirilehti* 65, 3989–3994.
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Laine, J. 2004. Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Stakes*. Helsinki.
- Saunders, J. 2004. Do we really have to live with this? Uncertainty in medicine. Teoksessa Evans, M., Louhiala, P. & Puustinen, R. (toim.) *Philosophy for medicine*. Oxford: Radcliffe Medical Press. 97-111.
- Saxén, U. 2009. Työhyvinvointi, koulutus ja toiminnan kehittäminen terveyskeskuksissa lääkäritilanteen näkökulmasta. Turun yliopiston julkaisuja *Annales Universitatis Turkuensis*. Sarja-Ser. C Osa – Tom. 278. *Scripta Lingua Fennica Edita*. Turku.
- Saxén, U., Jaatinen, P. T., Eskelinen, S., Lähteenmäki, K., & Kivelä, S-L. 2007. Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreiden ohjaus terveyskeskuksissa kohenemassa. *Suomen lääkirilehti* 62, 1867–1871.
- Schaufeli, W., Salanova, M., Gonzales-Roma, V. & Bakker, A. B. 2002. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies* 3, 71–92.
- Sherger, J., Beasley, J., Brunton, S., Hudson, T., Mishkin, G., Patric, K. & Olson, S. 1983. Responses to questions frequently asked by medical students about family practice. *J Fam Pract* 17, 1047-52.
- Simola, A. & Kinnunen, U. 2005. Toimiva organisaatio henkilöstön hyvinvoinnin ja organisaation tuloksellisuuden kannalta. 119–141. Teoksessa Kinnunen, U., Feldt, T. & Mauno, S. (toim.) *Työ leipälajina*. Helsinki: Otava.
- Sinervo, T., Elovainio, M., Pekkarinen, L. & Heponiemi, T. 2005. Organisaation toiminnan oikeudenmukaisuus luottamuksen ja motivaation perustana. Teoksessa Jokivuori, P. (toim.). *Sosiaalisen pääoman kentät*. Jyväskylä: Minerva Kustannus. 133–146.
- Sinervo T, Lindström K. *Terveydenhuollon ammatit ja työn organisointi*. Tutkimuskatsaus. Työterveyslaitos. Helsinki 1992.

- Sumanen, M., Viitanen, E., Virjo, I., Hyppölä, H., Halila, H., Kumpusalo, E., Kujala, S., Isokoski, M., Vänskä, J. & Mattila, K. 2006. Lääkärien arviot kollegojen johtamistaideoista ovat parantuneet viidessä vuodessa. *Suomen lääkärilehti* 61, 4241–4245.
- Sonnentag, S. & Frese, M. 2003. Stress in organizations. Teoksessa Borman, W. C., Ilgen, D. R. & Klimoski, R.J. *Handbook of psychology: industrial and organizational psychology*. Volume 12. New York: Wiley. 453–491.
- Spector, P. E. 1986. Perceived control by employees: A meta-analysis of studies concerning autonomy and participation at work. *Human Relations* 39, 1005–1016.
- STM. 2008a. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän loppuraportti. Vuosien 2002–2007 toiminta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008;5. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- STM. 2008b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma, Kaste 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008;6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma, Kaste 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2012;1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Thornton, J. & Esposto, F. 2003. How important are economic factors in choice of medical speciality? *Health Economics* 12, 67–73.
- Tiililä, U. 2008. Auttajista lausuntoautomaateiksi? Lääkäreillä keskeinen rooli etuuksista päätettäessä. *Duodecim* 124, 896–901.
- Toivola, K. 2006. Tarvitseeko lääkäri työnohjausta – eikö konsultaatio riitä? *Suomen lääkärilehti* 61, 593–598.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2004. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Tyler, T. & Degoey, P. 1995. Collective restraint in social dilemmas: Procedural justice and social identification effects on support for authorities. *Journal of Personality & Social Psychology* 69, 482–497.
- Töyry, S., Nykänen, L., Manninen, P., Räsänen, K., Kujala, S. & Husman, K. 2002. Mikä nuoren lääkärin työssä uuvuttaa ja kyynistää? *Suomen Lääkärilehti* 57, 5069–5075.
- Töyry, S. 2005. Burnout and self-reported health among Finnish physicians. *Kuopio University Publications D. Medical Sciences* 365.
- Vahtera, J. 1993. Työn hallinta, sosiaalinen tuki ja terveys. *Työ ja Ihminen* 1/93. Työympäristötutkimuksen aikakauskirja. Helsinki.
- Vainiomäki, P. 1995. Kasvamassa lääkäriksi. Tutkimus juonneopetuksen suunnittelusta, toteutumisesta ja vaikutuksista Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa vuosien 1989–1993. *Turun yliopisto. Annales Universitatis Turkuensis ser C tom 117*. Turku.

Valtola, P. 2001. Mikä saa lääkärit pysymään julkisella sektorilla, vai saako mikään? Suomen lääkärilehti 56, 2069.

Vartiainen, M. 1989. JDS - Job Diagnostic Survey - katsaus menetelmään. Teknillinen korkeakoulu, Teollisuustalous ja työpsykologia. Report 112. Espoo.

Vehviläinen, A., Takala, J., Haggren, O., Roitto, H-M. & Kumpusalo, E. 2003a Miksi lääkärit lähtevät terveyskeskuksista? Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002-tutkimus III. Suomen lääkärilehti 58, 188–193

Vehviläinen, A., Takala, J., Haggren, O., Tirkkonen, K., & Kumpusalo, E. 2003b. Lääkärien ehdotuksia terveyskeskustyön kehittämiseksi. Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002-tutkimus IV. Suomen lääkärilehti 58, 663–667.

Vehviläinen, A., Takala, J., Haggren, O., Vihola, T. & Kumpusalo, E. 2002. Lääkärien arviot terveyskeskusten toimivuudesta. Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002-tutkimus II. Suomen lääkärilehti 57, 5063–5067.

Vehviläinen, A., Valkonen, O., Takala, J. & Kumpusalo, E. 2007a. Terveyskeskusten toimivuus on parantunut kansallisen terveyshankkeen aikana. Suomen lääkärilehti 62, 1157–1161.

Vehviläinen, A., Valkonen, O., Takala, J. & Kumpusalo, E. 2007b. Lääkärien arviot kansallisen terveyshankkeen aikana terveyskeskustyössä tapahtuneista muutoksista. Suomen lääkärilehti 62, 1399–1404.

Viitanen, E., Wiili-Peltola, E. & Lehto, J. 2002. Osastonlääkäri lähiesimiehenä – ”Enemmän tämmöinen seniorikonsultti”. Suomen lääkärilehti 57, 3755–3757.

Vänskä, J., Hyppölä, H., Halila, H., Virjo, I., Mattila, K., Kumpusalo, E., Kujala, S. & Isokoski, M. 2005. Lääkäri 2003. Kyselytutkimus vuosina 1992–2001 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, Helsinki.

Vänskä, J., Viitanen, J., Hyppönen, H., Elovainio, M., Winblad, I., Reponen, J. & Lääveri, T. 2010. Lääkärien arviot potilastietojärjestelmistä kriittisiä. Suomen lääkärilehti 65, 4177–4183.

Warr, P. 2007. Work, happiness and unhappiness. New Jersey; Lawrence Erlbaum Associates.

Wickström, G., Laine, M., Pentti, J., Elovainio, M. & Lindström, K. 2000. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla: Muutokset 1990-luvulla. Työterveyslaitos, Helsinki.

Wickström, G., Laine, M., Pentti, J., Lindström, K. & Elovainio, M. 2002. Tyytyväisyys julkisen terveydenhuollon työssä. Työterveyslaitos, Helsinki.

Muut lähteet

A 28.4.2011/377. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen muuttamisesta.

L 8.4.2011/312. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta.

L 9.2.2007/169. Laki kunta ja palvelurakenneuudistuksesta.

L 30.12.2010/1326. Terveystalolaki.

STM. 2013. Palvelurakenneuudistus osana kuntauudistusta [on line]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa Internetissä: <URL: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus> 2.5.2013.

Suomen Kuntaliitto. 2006. Terveyskeskukset kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin 2006 [on line]. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Saatavissa Internetissä: < URL: <http://www.kunnat.net/fi/haku/sivut/results.aspx?k=terveyskeskukset%202006%20xls>> 24.2.2012.

Suomen Lääkäriliitto. 2006. Lääkärien työolot ja terveys 2006. [on line]. Helsinki: Suomen lääkäriiliitto. Saatavissa Internetissä: <URL: <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/tutkimuksia/terveys2006.html>> 25.2.2012.

Suomen Lääkäriliitto. 2007a. Terveyskeskusten lääkäritilanne 2007-selvitys [on line]. Helsinki: Suomen lääkäriiliitto. Saatavissa Internetissä: <URL: www.laakariliitto.fi/files/tklaakaritilanne07.ppt> 24.2.2012.

Suomen Lääkäriliitto. 2007b. Kysely terveyskeskusten lääkäreille, maaliskuu 2007 [on line]. Helsinki: Suomen lääkäriiliitto. Saatavissa Internetissä: <URL: http://www.laakariliitto.fi/files/2007/SLL_tk-kysely_2007.ppt#1> 11.11.2010.

Suomen Lääkäriliitto. 2008. Lääkärilaskuri. Perustuu 1.1.2008 tilanteeseen. [on line]. Helsinki: Suomen lääkäriiliitto. Saatavissa Internetissä: <URL: <http://www.laakariliitto.fi/laakarilaskuri/index.php>> 30.6.2008

Suomen Lääkäriliitto 2012. Terveyskeskusten lääkäritilanne 2012 –selvitys [on line]. Helsinki: Suomen lääkäriiliitto. Saatavissa Internetissä: <URL: http://www.laakariliitto.fi/files/Terveyskeskusten_laakaritilanne_2012_tulokset.pdf> 1.5.2013

Liite 1. Haastattelun teemat.

Haastattelun yhteiset teemat

- Terveyskeskustyön sisältö ja sen kokeminen
- Terveyskeskustyön hyvät puolet
- Terveyskeskustyön huonot puolet ja ongelmat
- Ratkaisuehdotukset terveyskeskustyön ongelmakohtiin
- Työpaikan valintaan vaikuttavat tekijät
- Erikoisalanvalintaan vaikuttavat tekijät
- Lääkärien ja muun henkilökunnan välinen työnjako
- Ajankäyttö
- Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön
- Johtaminen
- Sosiaaliset suhteet työpaikalla
- Konsultaatiomahdollisuudet
- Palaute työstä
- Lääkäreihin kohdistuvat odotukset
- Terveyskeskusten väliset erot

Haastateltavista riippuvat teemat

Nuoret lääkärit

- Ensimmäisiä työkokemukset terveyskeskuksessa, sekä niiden herättämät ajatukset
- Terveyskeskustyön ja muun aiemman lääkärintyön erot

Ylilääkärit

- Terveyskeskustyön muutokset ja niiden vaikutus työn kokemiseen