

TURUN YLIOPISTON JULKAISUJA
ANNALES UNIVERSITATIS TURKUENSIS

SARJA - SER. C OSA - TOM. 278

SCRIPTA LINGUA FENNICA EDITA

**TYÖHYVINVOINTI, KOULUTUS JA TOIMINNAN
KEHITTÄMINEN TERVEYSKESKUKSISSA
LÄÄKÄRITILANTEEN NÄKÖKULMASTA**

English Abstract

Ulla Saxén

TURUN YLIOPISTO
Turku 2009

Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos,
yleislääketiede
Porin opetusterveyskeskus

Tutkimuksen ohjaajat

Sirkka-Liisa Kivelä
LKT, professori, ylilääkäri
Turun yliopisto, kliininen laitos, yleislääketiede

Pekka T. Jaatinen
LT, dosentti, johtava ylilääkäri
Rauman terveyskeskus

Esitarkastajat

Hannu Halila
LKT, dosentti, koulutusjohtaja
Suomen Lääkäriliitto

Simo Kokko
LKT, dosentti, kehittämisspällikkö
Stakes

Vastaväittäjä

Pekka Mäntyselkä
LT, dosentti, ma professori
Kuopion yliopisto
Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos
Yleislääketieteen yksikkö

ISBN 978-951-29- 3815-5 (PAINETTU)

ISBN 978-951-29- 3816-2 (PDF)

ISSN 0082-6995

Painosalama Oy – Turku 2009

Elämä on aaltoliikettä
-tuntematon

Abstract

Ulla Saxén

Job satisfaction, education and the operation development at health centres from perspective of physician sufficiency.

Institute of Clinical Medicine, Department of Family Medicine, University of Turku
Annales Universitatis Turkuensis, Scripta Lingua Fennica Edita, Ser. C, Turku 2009

Finnish health centres have suffered from a shortage of physicians in recent years. This is why more physicians are being educated, the tutelage of the young physicians has been improved and many tasks which were previously reserved for physicians have been transferred to nurses and other personnel of the health centres. Only a little research has been done about the effects of the shortage of physicians and education to the work atmosphere in the health centres

The objectives of the study was to describe the situation of the physicians in the counties Satakunta and South-Western Finland at the time when the University of Turku started to decentralise its education to Satakunta and describe the health centres attitudes towards training and research co-operation with the University of Turku; to gain information about the training programmes for physicians in specific training in general medical practice (STPG); study how the shortage of physicians affects the job atmosphere, the job satisfaction and the operation of the health centres; study health centre employees opinions about their professional skills, their needs and interests in continuing education; study medical and nurse students professional identity and their readiness to multiprofessional teamwork.

The material of the study was gathered during 2003-2006 with three mail questionnaires and a questionnaire given to medical and nurse students who practised in the training health centre in Pori. The first questionnaire was sent to the chief physicians of the health centres in counties Satakunta and South-Western Finland to clarify the number of unfilled positions of physicians and the reasons for physician shortage as well as the readiness for practical training of medical students and research at the health centres. The second questionnaire was posted to doctors in specific training in general medical practice and their trainers at the health centres and it gained information about training programmes of young physicians at health centres. The third questionnaire was sent to personnel at health centres in Satakunta and South-Western Finland and included questions about job satisfaction and education. The survey for medical and nurse students gained information about their professional identity and their readiness to multiprofessional teamwork.

In spring 2003 the shortage of physicians was more severe in Satakunta than in South-Western Finland. Attitudes towards training of medical students and research co-operation with the universities were generally positive. The guidance of STGP doctors in health centres improved during 2003-2005. A shortage of physicians had only a slightly negative impact on employee job satisfaction.

The shortage of physicians had also positive impact on the operation of the health centres because it led to reorganization of the operations. The personnel at Finnish health centres were willing to take more challenging tasks and also to acquire appropriate further education or training. The medical and nurse students had strong professional identity and they understood the significance of teamwork for the health care service system.

Keywords: education job satisfaction, medical staff, shortage of physicians work stress, work environment, Finland

Tiivistelmä

Ulla Saxén

Työhyvinvointi, koulutus ja toiminnan kehittäminen terveyskeskuksissa lääkäritilanteen näkökulmasta.

Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos, yleislääketiede.
Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, Scripta Lingua Fennica Edita, Turku 2009

Suomen terveyskeskusten toimintaa on vuosia vaikeuttanut lääkärivaje, jota on pyritty helpottamaan muun muassa lääkärikoulutusmääriä lisäämällä, panostamalla nuorten lääkärien ohjaukseen sekä jakamalla uudelleen työtehtäviä terveyskeskusten työntekijäryhmien välillä. Lääkäripulan ja koulutuksen vaikutuksista terveydenhuollon työilmapiiriin on vain vähän tutkimustuloksia.

Tutkimuksen tavoitteet ovat: kartoittaa Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten lääkäritilanne Turun yliopiston lääketieteen opetuksen laajentuessa Satakuntaan sekä kuvata terveyskeskusten kiinnostusta koulutus- ja tutkimusyhteistyöhön Turun yliopiston kanssa; selvittää perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreiden ohjauksen toteutumista Satakunnan ja Varsinais-Suomen maakunnissa; tutkia lääkärivajeen merkitystä terveyskeskusten työilmapiirille ja henkilökunnan työhyvinvoinnille sekä terveyskeskusten toiminnalle; tutkia terveyskeskusten henkilökunnan käsitystä ammatillisesta osaamisestaan ja koulutustarpeistaan sekä kouluttautumiskiinnostusta; selvittää lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden ammatti-identiteettiä sekä heidän valmiuksiaan moniammatilliseen yhteistyöhön.

Tutkimuksen aineisto kerättiin vuosina 2003–2006 kolmella erillisellä postikyselyllä sekä Porin opetusterveyskeskuksessa käytännön jaksoilla olleille lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoille tehdyillä kyselyillä. Ensimmäinen kysely suunnattiin Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten johtaville lääkäreille, ja se kartoitti alueen lääkäritilannetta sekä terveyskeskusten valmiutta koulutus- ja tutkimusyhteistyöhön Turun yliopiston kanssa. Toisessa kyselyssä selvitettiin perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen (PTL) lääkärien ohjausjärjestelyjä ja kiinnostusta yleislääketieteeseen Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksissa. Kolmannen kyselyn kohderyhmänä oli Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten henkilöstö, ja sillä selvitettiin henkilökunnan työtyytyväisyyttä sekä koulutukseen liittyviä tekijöitä. Käytännön opintojaksolla olleille lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoille tehdyillä kyselyillä selvitettiin opiskelijoiden ammatti-identiteettiä ja asenteita moniammatilliseen työskentelyyn.

Keväällä 2003 Satakunnan terveyskeskusten lääkäritilanne oli selvästi huonompi kuin Varsinais-Suomen. Suurimmassa osassa terveyskeskuksista oli kiinnostusta koulutus- ja tutkimusyhteistyöhön yliopiston kanssa. Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreiden ohjaus Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksissa koheni vuosina 2003–2005. Lääkäripulalla oli vain vähän vaikutusta työntekijöiden työviihtyvyyteen. Lääkärivajeella oli myös myönteisiä vaikutuksia terveyskeskusten toiminnalle, koska sen myötä toimintoja järjestetään uudelleen ja tehtäviä priorisoidaan. Pääosa terveyskeskusten henkilöstöstä koki koulutuksensa riittävän nykyiseen tehtäväänsä. Henkilöstöllä oli kiinnostusta laajentaa ja syventää tehtäväkuvaansa sekä myös kouluttautua sitä varten. Lääketieteen- ja hoitotyön opiskelijat omaavat jo opiskeluaikana vahvan ammatti-identiteetin, ja he ymmärtävät oman merkityksensä tiimitytyneessä terveydenhuollon palvelujärjestelmässä.

Avainsanat: lääkäripula, työtyytyväisyys, työnjako, koulutus, koulutuksen hajauttaminen, terveyskeskushenkilökunta

Sisällys

Osajulkaisut	8
1. Johdanto.....	9
2. Kirjallisuuskatsaus.....	11
2.1 Kirjallisuuskatsauksen menetelmä	11
2.2 Työtyytyväisyys	11
2.2.1 Teoriat.....	11
2.2.2 Työhyvinvointiin vaikuttavat tekijät.....	12
2.2.3 Johtaminen terveydenhuollossa	13
2.3 Terveydenhuoltohenkilöstön työkyky ja –tyytyväisyys	13
2.3.1 Työtyytyväisyys ja hyvinvointi suomalaisessa terveydenhuollossa	13
2.3.2 Työtyytyväisyys ja hyvinvointi muiden maiden terveydenhuollossa	14
2.4 Lääkärivaje	16
2.4.1 Terveyskeskusten lääkäritilanne 2000-luvulla.....	16
2.4.2 Terveyskeskuksen kiinnostavuus työpaikkana	17
2.4.3 Keinoja lääkärivajeen ehkäisyyn	18
2.5 Lääkärien ja hoitajien välinen työnjako	19
2.6 Koulutus	21
2.6.1 Lääkärikoulutuksen hajautuksen historiaa	21
2.6.2 Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaihe.....	22
2.6.3 Moniammatillinen koulutus	23
3. Tutkimuksen tavoitteet	24
4. Väitöskirjan rakenne ja teemat.....	25
5. Tutkimusalue	27
6. Aineisto ja menetelmät.....	28
6.1 Kysely johtaville lääkäreille (osajulkaisut I ja II)	28
6.2 Kysely perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreille ja heidän ohjaajilleen (osajulkaisu III).....	28
6.3 Työtyytyväisyyskysely terveystieteiden potilastyötä tekeväälle henkilökunnalle (osajulkaisut IV ja V).....	29
6.4 Kysely lääketieteen- ja hoitotyön opiskelijoille (osajulkaisu VI).....	31
6.5 Terveystieteiden ryhmittely lääkärivajeen mukaan	32
6.6 Tilastolliset menetelmät.....	32
7. Tulokset.....	33
7.1 Terveystieteiden lääkäritilanne (osajulkaisu I).....	33
7.1.1 Lääkärivirkojen täyttöaste.....	33

7.1.2	Terveyskeskuslääkärivajeen syyt ja seuraukset	33
7.1.3	Arviot terveyskeskuslääkäritilanteesta tulevaisuudessa	34
7.1.4	Terveyskeskustyön myönteiset puolet ja ongelmat	34
7.2	Koulutus (osajulkaisut II,IV, V, VI).....	35
7.2.1	Terveyskeskusten osallistuminen perusopetukseen	35
7.2.2	Moniammatillinen harjoittelu opetusterveyskeskuksessa	35
7.2.3	Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaihe.....	36
7.2.4	Erikoislääkärikoulutus	38
7.2.5	Tutkimustoiminta.....	39
7.2.6	Henkilökunnan ammatillinen osaaminen, täydennyskouluttautuminen ja jatko-opintosuunnitelmat.....	39
7.3	Lääkäritilanne, terveyskeskusten toiminta ja terveyskeskusten henkilökunnan työtyytyväisyys (osajulkaisut IV ja V)	40
7.3.1	Johtamistapa	40
7.3.2	Palvelujen riittävyys ja laatu.....	41
7.3.3	Työyhteisön toimivuus ja työilmapiiri.....	41
7.3.4	Ylimääräinen työ, stressi ja kiire	42
7.3.5	Kiinnostus etsiä uutta työtä.....	42
7.3.6	Uudistushenkisyys, työnjako ja osallistumismahdollisuudet.....	42
8.	Pohdinta	44
8.1	Aineisto ja menetelmät	44
8.2	Lääkärivaje	46
8.3	Koulutus ja ammatillinen osaaminen	47
8.3.1	Lääketieteen perusopetus terveyskeskuksissa.....	47
8.3.2	Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaihe.....	47
8.3.3	Erikoislääkärikoulutus	48
8.3.4	Terveyskeskusten henkilökunnan ammatillinen osaaminen	48
8.4	Lääkärivajeen merkitys terveyskeskusten toiminnalle, ilmapiirille ja henkilökunnan työtyytyväisyydelle.....	49
8.4.1	Johtavien lääkärien näkökulma.....	49
8.4.2	Henkilökunnan kokemukset työpaineesta, työn organisoimisesta, työn laadusta ja johtamisesta	49
8.5	Koulutuksen merkitys perusterveydenhuollon muutoksissa	50
8.5.1	Henkilökunnan valmius uusien tehtävien vastaanottamiseen ja kouluttautumiseen	50
8.5.2	Tulevien lääkäreiden ja hoitajien ammatti-identiteetti ja yhteistyövalmiudet	51
8.5.3	Johtopäätökset.....	51
	Kiitokset	53
	Kirjallisuus.....	55
	Alkuperäiset julkaisut	63

Osajulkaisut

- I Saxén U, Jaatinen P, Isoaho R, Kivelä S-L: Lääkärivaje Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksissa –syytä, seurauksia ja parannusehdotuksia. Suomen Lääkärilehti 2005: 60 (12-13): 1437 – 1441.
- II Saxén U, Jaatinen P, Isoaho R, Kivelä S-L: Koulutus- ja tutkimusyhteistyö Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten ja Turun yliopiston välillä. Suomen Lääkärilehti 2005: 60 (14): 1577 – 1580
- III Saxén U, Jaatinen P, Eskelinen S, Lähteenmäki K, Kivelä S-L: Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreiden ohjaus terveyskeskuksissa kohenemassa. Lisääntykö kiinnostus yleislääketieteeseen? Suomen Lääkärilehti 2007: 62 (18) 1867-1871
- IV Saxén U, Jaatinen P, Kivelä S-L: How does the shortage of physicians impact on the job satisfaction of the health centre staff? Scandinavian Journal of Primary Health Care 2008:26 (4) 248-250
- V Saxén U, Jaatinen P, Kivelä S-L: Terveyskeskusten henkilökunta on kiinnostunut laajentamaan tehtäväkuvaansa lääkärivajeesta riippumatta. Suomen Lääkärilehti 2008:65 (5) 411–416
- VI Jaatinen P, Saxén U: Common training for students at the academic health centre. Journal of Interprofessional care 2007:21 687-689

Julkaisulupa on saatu julkaisuluvan haltijoilta.

1. Johdanto

Terveydenhuollon tulevaisuus on ollut valtakunnallisen keskustelun ja kiinnostuksen kohteena viime vuosina. Hoidon saatavuudessa ja jatkuvuudessa terveyskeskuksissa on ollut ongelmia, ja koko järjestelmä saattaa olla muuttumassa (Kokko 2007; Mäntyselkä ym. 2007). Vuosina 2002-2007 toteutettiin kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002) Hankkeen tavoitteita olivat: terveyden edistäminen ja ehkäisevän terveydenhuollon kehittäminen, hoitoon pääsyn turvaaminen, henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen, toimintojen ja rakenteiden uudistaminen, terveydenhuollon toimintakäytäntöjen kehittäminen ja terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen. Kansallisen hankkeen kautta sosiaali- ja terveydenhuollon projekteihin käytettiin n. 200 miljoonaa euroa. Hankkeen tavoitteista toteutuivat parhaiten hoidon tarpeen perusteiden määrittely ja hoitotakuun käyttöönotto sekä eräät toimintojen keskittämishankkeet, mutta perusterveydenhuollon toimivuuteen vaikutukset jäivät verrataen vähäisiksi (Tuomola ym. 2008). Suuri haaste kunnille on lähivuosina toteutuva kunta- ja palvelurakennemuutos, jonka taustalla oleva puitelaki velvoittaa kunnat järjestämään perusterveydenhuollon ja siihen liittyvät sosiaalipalvelut vähintään 20 000 henkilön väestöpohjille (Valtiovarainministeriö 2007).

Lääkärityövoimaa on pyritty saamaan yliopistokaupunkien ulkopuolelle lääketieteen opetusta hajauttamalla. Hajauttamisella on ollut työvoimapolitiittisten tavoitteiden lisäksi myös koulutuksellisia perusteita. Yleislääketieteen opetus hajautettiin Tampereen yliopistossa jo 1970-luvulla ja muissa yliopistoissa 1980-luvulta lähtien. Tampereen yliopisto alkoi 1990-luvun alussa järjestää lääketieteen satelliittiopetusta Seinäjoella. Turun yliopisto on 1990-luvun lopulta lähtien järjestänyt eri erikoisalojen opetusta Satakunnan sairaaloissa, ja terveyskeskuksissa on yleislääketieteen opetusta ollut jo 1980-luvulta lähtien. Tätä nykyä kaikki lääketieteelliset tiedekunnan järjestävät osan opetuksestaan yliopistosairaaloiden ulkopuolelle. Helmikuussa 2003 aloitettiin Satakunnan alueella Euroopan sosiaalirahaston (ESR), Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan, Satakunnan sairaanhoitopiirin, Porin kaupungin sekä alueen terveyskeskusten yhteistyönä projekti, jonka tavoitteena oli turvata tasa-arvoinen terveyspalveluiden saatavuus alueellisesti, ehkäistä työvoimavajeen syntymistä alueen sairaaloissa ja terveyskeskuksissa, kartuttaa henkilöstön ammattitaitoa sekä parantaa yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (Saxén ym. 2004). Keinona tavoitteiden saavuttamiseksi on hajauttaa eritasoisista lääketieteen koulutusta (perusopetus, perusterveydenhuollon lisäkoulutus, yleislääketieteen erikoislääkärinkoulutus, tieteellinen jatkokoulutus) ja terveydenhuollon tutkimusta Satakunnan alueelle. Projekti jatkui vuoden 2007 lopulle.

Terveydenhuollon tärkein voimavara on osaava ja työstään innostunut henkilökunta. Suomalaisten työoloista ja työhyvinvoinnista kertovissa tutkimustuloksissa on viime vuosina todettu työntekijöiden henkisen hyvinvoinnin olevan uhattuna. Työ ja terveys Suomessa 2003 –tutkimuksen mukaan joka kolmas koki työnsä henkisesti rasittavaksi,

ja 13 prosenttia koki erittäin tai melko paljon stressioireita (Elo ym. 2004). Henkisesti rasittavimmiksi toimialoiksi koettiin koulutus (52%) ja sosiaali- ja terveystyö (49%). Pahoinvointi on heijastunut työpaikkojen ihmissuhteisiin, mikä on näkynyt muun muassa työilmapiiriongelmina, kiusaamisena ja syrjäytymiskokemuksina (Lindström 2004). Sairauspoissaolot ovat lisääntyneet vuodesta 1998 lähtien (Vahtera ym. 2004). Terveystyön henkilöstön terveydentila on perinteisesti ollut muihin ammattialoihin nähden suhteellisen hyvä, mutta eri ammattiryhmien välillä on eroja (Wickström ym. 2000). Lääkäreillä ja osin sairaanhoitajilla esiintyy psyykkistä rasitusta ja jaksamisongelmia yleisemmin kuin vähemmän koulutetuilla ammattiryhmillä (Laaksonen ym. 2003). Lääkäripulan vaikutuksista terveydenhuollon työilmapiiriin on vain vähän tutkimustuloksia, mutta aiemmin on havaittu viitteitä henkilöstöpulan yhteydestä psykiatrisen osaston työilmapiiriin ongelmiin (Isohanni ym. 1988).

2. Kirjallisuuskatsaus

2.1 Kirjallisuuskatsauksen menetelmä

Kirjallisuuskatsausta varten tehtiin hakuja Pub Med, Fimnet, Medic ja Sve Med+ sekä Turun yliopiston ja Työterveyslaitoksen kirjastotietokannoista. Lisäksi tietoa haettiin Sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja Kuntaliiton internetsivustoilta. Hakusanoja, joita käytettiin olivat: lääkäripula, työtyytyväisyys, työnjako, koulutus, koulutuksen hajauttaminen, job satisfaction, shortage of doctors/physicians, distribution of work, education, arbetstillfredsställelse ja läkarbrist. Hakusanoja yhdisteltiin, ja hakutuloksista poimittiin tämän tutkimuksen kannalta relevantit viitteet.

2.2 Työtyytyväisyys

2.2.1 Teoriat

Frederick Herzberg esitti 1950-luvulla teorian työtyytyväisyydestä ja tyytymättömyydestä (Herzberg ym. 1959). Hänen mukaansa ne eivät ole saman janan ääripäitä vaan erillisiä jatkumoit. Tyytymättömyyden poistamisella ei ole merkittävää vaikutusta työtyytyväisyyteen, koska näihin ilmiöihin vaikuttavat pääsääntöisesti eri tekijät. Tyytymättömyys aiheuttaa tuotannon heikkenemistä laadullisesti ja määrällisesti. Herzbergin mukaan tyytymättömyyttä voidaan vähentää parantamalla ns. hygieniatekijöitä, jotka liittyvät työolosuhteisiin ja työstä saatavaan toimeentuloon. Näihin vaikuttamalla luodaan viihtyvyyttä työssä ja estetään tuotoksen vähentymistä, mutta ei vielä paranneta työsuorituksen määrää ja laatua. Siihen päästään vasta työtyytyväisyyttä lisäämällä. Työmotivaation lisääminen edellyttää usein muutoksia työn sisällössä. Työtyytyväisyys riippuu työn haasteellisuudesta, työntekijän ammatillisesta kehitymisestä sekä tuloksen ja tunnustuksen saamisesta. Vasta näiden tekijöiden avulla lisätään todellista motivaatiota. Hygieniatekijöilläkin saadaan tulosta aikaan, mutta Herzbergin mukaan silloin motivaatio tuodaan ulkoapäin.

Myöhemmin Robert Karasek on kehittänyt työn hallinnan mallin, joka muodostuu työn mahdollistamasta itsenäisyydestä ja mahdollisuudesta käyttää työssä taitojaan monipuolisesti (Karasek ym. 1990). Hänen mukaansa työn vaatimusten ja työmäärän vaikutus yksilön työhyvinvointiin riippuu hänen mahdollisuuksistaan vaikuttaa työnsä sisältöön. Haitallisimmissa töissä yhdistyvät suuret vaatimukset ja vähäiset vaikutusmahdollisuudet.

Vuonna 1996 saksalainen Johan Siegrist esitti täydentävän mallin työstressin kielteisistä terveysvaikutuksista (Siegrist 1996). Siinä työssä ponnistelun tulee olla tasapainossa työn palkitsevuuden kanssa.

2.2.2 Työhyvinvointiin vaikuttavat tekijät

Työn hallinnalla tarkoitetaan työntekijällä olevaa valtaa ja mahdollisuuksia vaikuttaa työolosuhteisiin ja työn sisältöön. Työn hallintaan liittyvät työn monipuolisuus, vaikutusmahdollisuudet työhön ja osallistumismahdollisuudet omaa työtä koskevaan päätöksentekoon. Työn hallinnalla on osoitettu olevan selviä terveysvaikutuksia (Vahtera ym. 2002).

Suomalaisessa sairaalalohenkilöstöä koskevassa tutkimuksessa työn hallinta todettiin tärkeimmäksi työtyytyväisyyteen vaikuttavaksi tekijäksi (Elovainio ym. 2000). Työn hallinnan ulottuvuuksia tutkittaessa osoittautui työn monipuolisuuden lisääminen terveysvaikutuksiltaan suurimmaksi. Kuudella sairaalaosastolla 90-luvun alkupuolella toteutetussa tutkimuksessa todettiin työn rikastamisen vaikuttavan myönteisesti hoitohenkilöstön työmotivaatioon ja tyytyväisyyteen (Kivimäki, Mika ym. 1994). Kuntien työntekijöitä koskevassa tutkimuksessa havaittiin työajan säätelymahdollisuuksien vähentävän työstressin aiheuttamien sairauspoissaolojen määrää naisilla (Ala-Mursula ym. 2005). Heikon työn hallinnan on osoitettu lisäävän esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien riskiä (Bosma ym. 1997). Täydennyskouluttautumismahdollisuuksilla on nähty olevan työstressiä vähentävä ja työtyytyväisyyttä lisäävä vaikutus perusterveydenhuollon lääkärin joukossa (Kushnir ym. 2000).

Työuupumus määritellään vakavaksi, pitkäaikaiseksi työstressin tuloksena syntyväksi häiriöksi, joka ilmenee uupumusasteisena väsymyksenä, kyynistyneisyytenä ja ammatillisen itsetunnon heikkenemisenä (Kalimo ym. 1997; Maslach ym. 2001). Työuupumuksen syitä ovat ylikuormitus, työn hallinnan puute, työn heikko palkitsevyys, työyhteisöjen hajoaminen, oikeudenmukaisuuden puute sekä työntekijän ja työorganisaation arvojen ristiriidat (Maslach ym. 1997).

Jari Hakanen teki tunnetuksi vuonna 2002 Suomessa positiivisen työhyvinvointikäsitteen ”työn imu” (Hakanen 2002). Työn imu koostuu tarmokkuudesta, omistautumisesta ja työhön uppoutumisesta. Tarmokkuus on kokemusta energisyydestä, halua panostaa työhön, sinnikkyyttä ja ponnistelun halua vastoinkäymisten kohdatessakin. Omistautuminen on kokemuksia merkityksellisyydestä, innokkuudesta, inspiraatiosta, ylpeydestä ja haasteellisuudesta työssä. Uppoutumista luonnehtii syvä keskittyneisyyden tila, työhön paneutuneisuus ja näistä nauttiminen. Työn imu ja työuupumus korreloivat keskenään, mutta ovat silti erillisiä toisiaan täydentäviä moniulotteisia hyvinvoinnin käsitteitä. Työuupumukseen ja työn imuun vaikuttavia tekijöitä ovat työn rasisitustekijät, työn voimavaratekijät, yksilölliset taustatekijät, työkyky ja terveys sekä sitoutuneisuus ja työtyytyväisyys. Työuupumus vaikuttaa negatiivisesti työn imuun.

Päätöksenteon oikeudenmukaisuudella on todettu olevan merkitystä työntekijöiden terveyteen ja työhyvinvointiin. Oikeudenmukainen kohtelu suojasi työntekijöiden terveyttä työhön liittyvistä muista stressioireista riippumatta (Kivimäki, Mika ym. 2004). Oikeudenmukaiseksi koettu päätöksenteko ja kohtelu ovat yhteydessä hyvään itse arvioituun terveyteen ja vähentyneisiin psyykkisiin rasitusoireisiin (Elovainio ym. 2002).

Epäoikeudenmukaisen kohtelun ja päätöksenteon on havaittu olevan yhteydessä stressioreisiin ja pitkittyneisiin sairauspoissaoloihin (Elovainio ym. 2001; Sutinen ym. 2002; Elovainio ym. 2005).

2.2.3 Johtaminen terveydenhuollossa

Johtaminen on organisaation viemistä tavoitteeseen sovittujen pelisääntöjen mukaisesti (Eklund 1994). Terveydenhuollon johtaminen on ollut vilkkaan keskustelun kohteena ja onpa jopa terveydenhuollon ongelmien syyksi epäilty johtamisen heikkoutta (Lehto ym. 2003). Vuosina 2002-2007 käynnissä olleen Kansallisen terveysthankkeen yhtenä painopisteenä oli terveydenhuollon johtaminen ja sen kehittäminen. Hankkeessa esitettiin toimenpide-ehdotuksia liittyen johtamisjärjestelmään, johtamisen osaamiseen ja terveyskeskusten tehtävän kirkastamiseen (Myllymäki 2006).

Vuonna 2006 toteutetussa Terveyskeskusten nykytila ja tulevaisuus – tutkimuksessa joka yhdeksäs terveyskeskuslääkäri ilmoitti kielteiseksi asiaksi terveyskeskuksen johtamisen (Vehviläinen ym. 2007). Aiemmissakin tutkimuksissa lääkärien johtamistaidoissa on todettu olevan parannettavaa (Kumpusalo ym. 2004). Ylilääkärit ovat arvioineet itsensä kuuleviksi ja neuvotteleviksi tiimijohtajiksi, mutta tarvitsisivat johtamisensa tueksi osaavia ja kannustavia esimiehiä (Viitanen ym. 2006). Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten henkilökunta piti terveyskeskusten johtamista tyydyttävänä (Jaatinen ym. 2008a). Parannettavaa ilmeni niukassa edustusmahdollisuudessa päätöksenteossa, tiedonkulussa eri työyksiköiden välillä, tiedonkulussa johdon ja alaisen välillä sekä organisaation yleisessä johtamistavassa. Ammattiryhmittäin esimiesasemassa oleva hoitohenkilöstö oli tyytyväisin ja avustava henkilökunta vähiten tyytyväinen terveyskeskuksen johtamiskäytäntöihin.

2.3 Terveydenhuoltohenkilöstön työkyky ja –tyytyväisyys

2.3.1 Työtyytyväisyys ja hyvinvointi suomalaisessa terveydenhuollossa

Työterveyslaitos on yhteistyössä Stakesin kanssa seurannut sosiaali- ja terveysalan henkilöstön työhyvinvointia kolmen tutkimuksen sarjalla (Elovainio ym. 1993; Wickström ym. 2000; Laine ym. 2006). Tutkimusten mukaan avoterveydenhuollon henkilöstö pääosin kokee työnsä palkitsevaksi ja arvostetuksi, työyhteisöt toimiviksi ja työilmapiirin hyväksi. Vuonna 2005 tutkimukseen vastanneista 40 % arvioi työkykynsä hyväksi. Stressin kokemus oli samalla tasolla kuin vuonna 1999, ja sitä ilmoitti 13 % vastanneista olevan paljon tai erittäin paljon. Seurannan kuluessa tyytyväisyys työn ja organisaatioiden johtamiseen on heikentynyt.

Työ- ja terveys –haastattelututkimuksessa vuonna 2006 todettiin palkansaajien kokeman kiireen lisääntyneen vuosikymmenen alkuvuosiin verrattuna (Elo ym. 2007). Sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä v. 2006 kiirettä koki 57 %. Alan työntekijät olivat kuitenkin

innostuneita työstään useimmin kaikista ammattialoista. Sosiaali- ja terveysalalla oli vähäiset vaikutusmahdollisuudet, mutta tilanteessa oli tapahtunut parantumista.

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa keväällä 2003 tehdyssä tutkimuksessa lääkäreistä 36 %:lla ja sairaanhoitajista 42 %:lla ilmeni vähintään lievä uupumusoireisto (Honkalampi ym. 2004). Molempien ammattiryhmien työuupumus selittyi osin samoilla tekijöillä, kuten työn suurilla vaatimuksilla ja vähäisillä vaikutusmahdollisuuksilla. Vuosituhannen vaihteessa Pirkanmaalla viiden sairaalan hoitotyöntekijöihin kohdistetussa tutkimuksessa hoitotyöntekijöistä koki itsensä masentuneeksi 24 % ja uupuneeksi 54 % vastaajista (Suonsivu 2003).

Helsingin kaupungin eri työntekijäryhmien terveydentilaa selvitettiin vuosina 2000 ja 2001 (Laaksonen ym. 2003). Tutkimuksessa todettiin, että koettu terveys, fyysinen toimintakyky ja terveystottumukset olivat sitä parempia, mitä koulutetummasta ammattiryhmästä on kysymys. Kuitenkin lääkäreillä ja sairaanhoitajilla esiintyy psyykkistä rasitusta ja jaksamisongelmia yleisemmin kuin vähemmän koulutetuilla ammattiryhmillä.

Lääkäreiden työoloja, työkykyä ja työtyytyväisyyttä on Suomessa selvitetty monissa tutkimuksissa. Sairaalalääkäreitä koskevassa tutkimuksessa todettiin, että lääkäreillä on korkea kynnys jäädä sairauslomalle, mutta huonosti toimiva tiimityö lisää sairauslomalle jäännin riskiä (Kivimäki, M. ym. 2001). Keski- ja Pohjois-Pohjanmaalla toteutetussa haastattelututkimuksessa tärkeimpinä jaksamista tukevana tekijöinä lääkärit pitivät kohtuullista työsidonnaisuutta, mahdollisuutta vaikuttaa omaan työhön, onnistumisen kokemuksia, työpaikan hyvää yhteishenkeä, koulutusmahdollisuuksia sekä perhettä ja vapaa-aikaa (Kyösti ym. 2004). Vuonna 1997 naislääkäreistä 50 % ja mieslääkäreistä 44 % koki vähintään lievää työuupumusta, mikä oli kuitenkin vähemmän kuin Suomen akateemisesti koulutetulla väestöllä keskimäärin (Töry ym. 1999, Töry 2005). Työuupumuksen esiintyvyys oli suurin terveyskeskuslääkäreillä ja pienin päätoimisilla yksityislääkäreillä tai päätoimisesti tutkimus- tai opetustyötä tekeville. Nuorilla lääkäreillä työuupumus oli yleisempää kuin iäkkäämmillä. Fyysisiä rasitustekijöitä, väkivalan uhkaa ja henkistä väkivaltaa esiintyi lääkärin työssä selvästi enemmän kuin vastaavaan sosioekonomiseen asemaan kuuluvalla muulla väestöllä yleensä. Lääkärien työoloja ja terveyttä kartoittavassa Stakesin, Lääkäriliiton ja Työterveyslaitoksen yhteistutkimuksessa vuonna 2007 todettiin lääkäreiden kokonaistyöajan, itse arvioidun terveyden ja työkyvyn kehittyneen myönteisesti viime vuosina, mutta lääkärin ammatissa on edelleen äärimmäiselle psyykkiselle rasitukselle altistavia tekijöitä (Elovainio ym. 2007, Heponiemi ym. 2007).

2.3.2 Työtyytyväisyys ja hyvinvointi muiden maiden terveydenhuollossa

Sveitsiläisessä tutkimuksessa lääkärit olivat tyytyväisiä potilaiden hoitoon, ammatillisiin suhteisiin ja työn henkilökohtaiseen palkitsevuuteen (älyllinen stimulointi, mah-

dollisuudet täydennys kouluttautumiseen ja työn tuottamaan mielihyvään), mutta vähemmän tyytyväisiä työkuormaan, palkkaan ja arvostukseen (Bovier ym. 2003).

Liettuassa vuonna 2003 toteutetussa perusterveydenhuollon lääkäreitä koskevassa kyselytutkimuksessa lääkäreiden työtyytyväisyys todettiin kohtalaisen matalaksi (4.7 asteikolla, jonka maksimi 7) ja 75 % vastanneista ei olisi suositellut perusterveydenhuollon lääkärin tehtävää lapsilleen (Buciuniene ym. 2005). Vastanneet olivat tyytyväisimpiä työnsä itsenäisyyteen, yhteistyöhön kollegojen kanssa ja johtamiseen mutta tyytymättömiä sosiaalisen statukseen ja työmäärään.

Vuonna 1995 tehtiin Ruotsissa kyselytutkimus, jossa verrattiin yleislääkäreiden ja terveydenhoitajien kokemusta työolosuhteistaan ja työtaakastaan (Wilhelmsson ym. 2002). Tutkimuksessa todettiin, että yleisesti ottaen lääkärit ja terveydenhoitajat ovat tyytyväisiä työn ammatilliseen sisältöön ja he kokivat kohtalaisen vähän rasitusta tai oireita. Yleislääkärit kokivat työtaakkansa melko suureksi, ja heillä oli vähän mahdollisuuksia saada sosiaalista tukea kollegoiltaan. Myös terveydenhoitajilla oli melko raskas työtaakka, mutta he saivat tukea työtovereiltaan. Naisyleislääkärit kokivat työolosuhteensa huomnommiksi kuin miesyleislääkärit tai naisterveydenhoitajat. Ruotsalainen tutkijaryhmä vertasi tukholmalaisien ja zagrebilaisten terveydenhoitajien työtyytyväisyyttä (Doncevic ym. 1998). Tutkimuksessa todettiin, että terveydenhoitajilla oli runsaasti työn aiheuttamaa stressiä, mutta he olivat kuitenkin varsin tyytyväisiä työhönsä. Tukholmalaiset terveydenhoitajat olivat zagrebilaisia tyytyväisempiä, mutta zagrebilaisilla oli enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa omiin työtapoihinsa ja työpäivänsä kulkuun.

Australiassa toteutettiin vuonna 1997 delphi-tekniikalla naisyleislääkäreitä koskeva laadullinen tutkimus (Kilmartin ym. 2002). Siinä todettiin, että työn ja yksityiselämän yhteensovittamisen vaikeudet johtavat stressiin ja epätasapainoon. Australialaisessa tutkimuksessa vuonna 2003 15 % tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä kuvasi hyvinvointiaan huonoksi tai erittäin huonoksi, 47 % hyväksi ja 38 % erittäin hyväksi (Murfett ym. 2006). Hyvinvointi oli parempi avioliitossa elävillä ja sellaisilla, joiden kokemus yleislääkärin ammatista oli yleensäkin myönteinen.

Monissa tutkimuksissa on tullut myös myönteistä tietoa lääkäreiden työtyytyväisyydestä. Norjalaisessa lääkäritutkimuksessa yleislääkäreiden yleinen työtyytyväisyys oli korkea (keskimäärin 52.6 asteikolla 10-70) ja tyytyväisimpiä he olivat mahdollisuuksiin käyttää taitojaan, yhteistyöhön kollegojen ja työtovereiden kanssa, työn monipuolisuuden sekä vapautteen valita omat työtapansa (Nylenna ym. 2005). Australiassa tehdyssä yleislääkärin vastaanoton henkilökunnan työtyytyväisyyttä kuvaavassa tutkimuksessa oli henkilökunta yleisesti varsin tyytyväistä työhönsä (asteikolla 1-7 keskiarvo 5.66) (Harris ym. 2007). Yleislääkärit olivat jonkin verran muuta henkilökuntaa tyytymättömämpiä tuloihinsa, työn arvostukseen ja työaikaansa.

Iso-Britanniassa koulutusvaiheen lääkäreitä koskevassa tutkimuksessa naisista 37.5 % ja miehistä 24% oli kokenut työssään stressiä, naisista 38,9 % oli huolestunut ja 8,3 %

masentunut (Newbury-Birch ym. 2001). Tässä tutkimuksessa stressin ja huolestuneisuuden kokemukset liittyivät vastanneiden persoonallisuuden piirteisiin. Vuonna 1998 tutkimuksessa, johon osallistui 285 leedsilästä yleislääkärinä, 52 %:lla vastanneista oli paljon psyykkisiä oireita ja 60 % koki, että työ on vaikuttanut heidän psyykkiseen terveydentilaansa (Appleton ym. 1998).

Yleislääkäreiden työtyytyväisyyttä on Iso-Britanniassa seurattu 80-luvulta lähtien (Sibbald ym. 2000; Whalley ym. 2006). Lääkäreiden tyytyväisyys on jonkin verran vaihdellut liittyen mm. suuriin organisatorisiin ja sopimusmuutoksiin, mutta kaiken kaikkiaan he ovat olleet työhönsä tyytyväisiä. Kuormittavina seikkoina on koko seurannan aikana ollut työaika, työmäärä ja paperitöiden määrä. Työtyytyväisyys liittyi vähäisempään työstressiin, osallistumismahdollisuuksiin päätöksentekoon, lisääntyneeseen mielenkiintoon työtä kohtaan ja kykyyn kohdata ristiriitaisia vaatimuksia.

Iso-Britanniassa seurattiin 12 vuoden ajan vuonna 1990 lääketieteen opintonsa aloittaneita lääkäreitä (McManus ym. 2004). Tutkimuksessa havaittiin, että opiskelutavat ennakoivat lääkärin työn lähestymistapaa. Se, kuinka lääkäri kokee työpaikan ilmapiirin ja työmäärän, on ennustettavissa stressi-, työuupumus- ja työtyytyväisyysmittareilla. Nämä ominaisuudet ovat osittain ennakoitavissa jo opiskeluaikana havaittujen luonteenpiirteiden perusteella. Stressi, työuupumus ja työtyytyväisyys korreloivat myös jo ennen opintoja havaittujen luonteenpiirteiden kanssa.

Kotisairaanhoidajia, terveydenhoitajia ja perusterveydenhuollon psykiatrisia sairaanhoitajia koskevassa tutkimuksessa Iso-Britanniassa v. 1998 todettiin näiden ammattiryhmien välillä eroja työn aiheuttamassa rasituksessa ja työtyytyväisyydessä (Snelgrove 1998). Kotisairaanhoidajat kokivat eniten työn aiheuttamaa stressiä ja olivat tyytymättömiä työhönsä. Työstressiä aiheuttavat päätekijät olivat työn henkinen kuormittavuus, odottamattomat tapahtumat työssä, muutokset ja työn epävarmuus sekä työn sisältö.

Kaiken kaikkiaan terveydenhuoltohenkilöstö on, niin Suomessa kuin muuallakin, työhönsä tyytyväisiä. Yhteisiä kuormitustekijöitä ovat kiire ja suuri työpaine, mutta työ koetaan kuitenkin palkitsevaksi ja ammatillista tyydytystä tuottavaksi.

2.4 Lääkärivaje

Ongelma saada lääkäri työvoimaa perusterveydenhuoltoon, erityisesti taajamien ulkopuolelle, on kansainvälinen ja kestänyt pitkään (Huntington ym. 1992; Rourke 1993; Roos ym. 1998; Alexander ym. 2007).

2.4.1 Terveyskeskusten lääkäritilanne 2000-luvulla

Terveyskeskusten lääkäritilanne oli hyvä 1990-luvun alkupuolella, ja vuonna 1992 laillistetun lääkärin viroista terveyskeskuksissa 99 % oli täytetty (Lääkäriliitto 1992).

Lamavuodet täyttivät terveyskeskusten lääkärintvirat, mutta 1990-luvun lopulla lääkäritilanne alkoi heikentyä, ja suuntaus on jatkunut koko 2000-luvun. (Vehkasaari 2000, 2001, 2002; Lääkäriliitto 2004; Virtanen ym. 2004; Parmanne ym. 2005, 2006; Seppä 2007b) (Taulukko 1). Tällä vuosikymmenellä uutena ilmiönä on ollut lääkäreiden rekrytointi terveyskeskuksiin vuokratyövoimaa välittävien yritysten kautta. Monissa kunnissa kokonaisia terveysasemia on ulkoistettu. Vuosina 2000-2006 koko maan terveyskeskusten virkamäärä kasvoi noin 300:lla eli 9 %:lla ja Varsinais-Suomen 74:llä eli 29 %:lla. Satakunnan terveyskeskusten virkamäärä kuitenkin väheni samana aikana 2,5:lla viralla. Molempien maakuntien asukasluku pysyi tänä aikana jokseenkin ennallaan (Sisäasiainministeriö 2007). Satakunnan terveyskeskuslääkärivirkojen määrän vähenemisen syynä lienee yhden terveyskeskuksen siirtyminen Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin, mutta kuitenkin virkatilanne huononi Varsinais-Suomeen verrattuna. Vuosina 1996-2006 sairaaloissa työskentelevien lääkäreiden määrät lisääntyivät Suomessa noin 1300:lla ja heidän osuutensa päätoimen työskentelysektorin mukaan säilyi noin 47 %:ssa (Lääkäriliitto 2007). Samana aikana terveyskeskuksissa työskentelevien lääkäreiden osuus laski 2 %:lla.

Taulukko 1. Suomen terveyskeskusten lääkärivirkojen määrät ja täyttöasteet vuosina 2000-2006.

Vuosi	Koko maa			Satakunta			Varsinais-Suomi		
	tk virkojen lukumäärä	ostopalveluna hoidetut virat	Lääkäriavajen (%)	tk virkojen lukumäärä	ostopalveluna hoidetut virat	lääkäriavajen (%)	tk virkojen lukumäärä	ostopalveluna hoidetut virat	lääkäriavajen (%)
2000	3277		223 (6,8%)	155		12 (7,7%)	255		11 (4,3%)
2001	3356		313 (9,3%)	156		19 (12%)	286		4 (1,4%)
2002	3385		381 (11,3%)	159		19 (11,9%)	290		15 (5,2%)
2003 1)	3491,5	145 (4,1%)	421 (12,1%)	159	12 (7,5%)	27,5 (17,3)	304,5	1 (0,3%)	23 (7,6%)
2004	3526	199 (8,5%)	299,5 (8,5%)	151	12,5 (8,3%)	16 (10,6%)	316	8 (2,5%)	5 (1,6%)
2005	3588,5	244 (6,8%)	305 (8,5%)	156,5	22 (14,1%)	11 (7,0%)	312,5	18 (5,8%)	17 (5,4%)
2006	3584	251 (7,0%)	319 (8,9%)	152,5	24 (9,2%)	8,5 (5,6%)	329	11 (3,3%)	9 (2,7%)
2007	3586,5	8,0%	10,0%	153	7,5%	9,5%	336	3,4%	5,4%

1) Vuoden 2003 ostopalvelujen käytöstä tiedot Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksestä (Ihalainen 2004)

2.4.2 Terveyskeskuksen kiinnostavuus työpaikkana

Lähes kaikki nuoret lääkärit aikovat erikoistua. Lääkäri 2003 -tutkimuksessa vuosina 1992-2001 valmistuneista lääkäreistä vain kaksi prosenttia ilmoitti, ettei aio erikoistua

(Vänskä ym. 2005). Saman tutkimuksen mukaan nuorista lääkäreistä 16 % oli valinnut erikoisalakseen yleislääketieteen. Maaliskuussa 2006 työikäisistä lääkäreistä 23 % työskenteli terveyskeskuksissa (Lääkäriliitto 2007). Terveyskeskuslääkäreiden alanvalintaan vaikutti sairaalalääkäreitä enemmän alan monipuolisuus, kohtuullinen päivystysrasitus, ansiomahdollisuudet, hyvät työllisyysnäkymät ja hyvät mahdollisuudet sovittaa työ ja perhe yhteen (Hyppölä ym. 2008).

2.4.3 Keinoja lääkärivajeen ehkäisyyn

Lääketieteen opetuksen hajauttamisella yliopistokaupunkien ulkopuolelle on useissa maissa pyritty ehkäisemään haja-asutusalueiden lääkäripulaa (Inoue ym. 1997; Murray ym. 1997; Irigoyen ym. 1999; Worley ym. 2000). Monissa maissa on myös kehitetty koulutusohjelmia, joiden tavoitteena on opiskelijoiden kiinnostuksen lisääminen yleislääketieteeseen ja lääkäripulan ehkäiseminen alueilla, jolle on muuten vaikeuksia saada lääkäreitä (Rabinowitz 1993; Rolfe ym. 1995; Rabinowitz ym. 1999; Kim ym. 2003). Jo koulutusohjelmiin hakuvaiheessa on sisäänottoa pyritty suuntaamaan siten, että huomioidaan opiskelijoiden taustassa seikat, jotka edesauttavat haja-asutusseuduille hakeutumista. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa todettiin, että perhe- ja yleislääketieteeseen suuntautuvat lääkärit olivat jo opinnot aloittaessaan kiinnostuneita yleislääkäriin urasta, heidän koulutukseensa sisältyi paljon harjoittelua perusterveydenhuollossa ja he arvioivat tiedekuntansa antaman yleislääketieteen opetuksen laadukkaaksi (Campos-Outcalt ym. 2004).

Suomen Lääkäriliiton vuosittaisessa lääkärikyselyssä kysyttiin vuokralääkäriä toimimiseen liittyviä asioita ensimmäisen kerran vuonna 2004 (Mäkitalo-Keinonen ym. 2005). Selvityksessä todettiin, että vuokralääkäreillä on paremmat mahdollisuudet vaikuttaa työsuhteen ehtoihin kuin virkalääkäreillä ja joustavilla työjärjestelyillä lääkärit helpottavat esimerkiksi työn ja perheen yhteensovittamista. Myös kuntien työntekijöitä koskevassa tutkimuksessa on osoittautunut, että huonoilla mahdollisuuksilla vaikuttaa esimerkiksi työaikoihin on sairauspoissaoloja ja psyykkistä kuormittuneisuutta lisäävä vaikutus (Ala-Mursula ym. 2002). Nuoret lääkärit kokevat merkittäviksi erikoistumisalan valintaan vaikuttaviksi tekijöiksi varttuneempia useammin mm. hyvät mahdollisuudet sovittaa perhe ja työ yhteen, kohtuullisen päivystysrasituksen ja mahdollisuuden säädellä oman työn määrää (Hyppölä ym. 2008). Näin ollen, jos tavoitteena on saada lääkäreitä pysyviin työsuhteisiin suoraan kunnalliselle työnantajalle, tulisi myös virkalääkäreiden työsuhteen ehtoja voida muokata kunkin elämäntilanteeseen sopiviksi.

Omalääkärijärjestelmän käyttöönotto toimi alkuvaiheessaan 1980-90 –luvulla lääkäri-työvoimaa houkuttavana ja sitovana, mutta sittemmin järjestelmän toiminnassa on alkanut esiintyä ongelmia (Kangas 2007). Perusterveydenhuollon toiminnan uudistamiseksi ja turvaamiseksi on viime aikoina esitetty uusia lääkäritoiminnan järjestämismalleja. Pisimpään on keskusteltu listautumismallista, jossa väestö voisi listautua haluamansa lääkärin potilaaksi. Tämäntapaisesta käytännöstä on ollut hyviä kokemuksia

esimerkiksi Norjassa, jossa perusterveydenhuollon palvelujen saatavuus parani listautumismallin käyttöönoton jälkeen (Sandvik 2007; Jonsson 2008). Listautumismalli on kokeiltavana Tampereella yhdellä terveysasemalla, jonka toiminta on ulkoistettu vuokralääkäriyrityksen hoidettavaksi (Seppä 2007). Uutena ajatusmallina on Kuopion ja Oulun yleislääketieteen yksiköiden ideoima hyvinvointiosuuskuntamalli, jossa henkilöstö, asiakkaat ja yhteisöt olisivat terveyskeskuksen osakkaita (Kumpusalo 2007).

2.5 Lääkärien ja hoitajien välinen työnjako

Tiimityö on työn organisointimuotona yleistynyt useimmilla työelämän alueilla, sillä tiimityötä teki v. 2006 runsas 50 % palkansaajista (Kauppinen ym. 2007). Terveydenhuollon toiminta on jo perinteisestikin perustunut moniammatilliseen tiimityöskenteleeseen, mutta viime vuosina mm. Kansallisen terveyshankkeen myötä on terveydenhuollon toimintaa pyritty tehostamaan ammattiryhmien välistä tarkoituksenmukaista työnjakoa tehostamalla. Monissa paikoissa lääkärivaje on ollut kimmokkeena uusien toimintamallien kehittämiseksi (Jaatinen ym. 2002b).

Suomen Kuntaliitto ry teki v. 2003 Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta selvityksen voimassa olevien julkisen alan virka- ja työehtosopimusten, työlaissäädännön, terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskevien säännösten sekä muiden palvelussuhdetta säätelevien lakien ja asetusten vaikutuksista terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestämiseen, toiminnan ohjaamiseen ja edelleen kehittämiseen (Uotila 2004). Selvitys osoitti, että edellämainitut lait ja asetukset eivät yleisesti ottaen estä tai vaikeuta terveyskeskuksissa työskentelevien työn järjestämistä, toiminnan ohjaamista ja edelleen kehittämistä.

Vuonna 2000 julkaistussa tutkimuksessa lääkärin ja hoitajan työnjaon mahdollisista muutoksista todettiin, että hoitajilla oli enemmän muutosvalmiutta kuin lääkäreillä (Myllykangas ym. 2000). Kuitenkin lääkäreilläkin oli valmiutta työnjaon muutoksiin esim. pienten vammojen hoidon ja terveystarkastusten osalta.

Kansallisessa terveyshankkeessa vuosina 2003-2004 oli 31 työnjakopilottia, jotka toteutettiin 29 organisaatiossa (Hukkanen ym. 2005). Eniten tehtäviä siirrettiin näissä hankkeissa lääkäreiltä hoitajille. Perusterveydenhuollossa sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien laajennetut tehtäväkuvat liittyivät hoidon tarpeen arviointiin, hoitoon ja hoitoon ohjaamiseen äkillisissä terveysongelmissa hoitajavastaanotolla ja puhelinneuvonnassa sekä pitkäaikaissairaiden seurantaan. Myös hammashuollossa ja erikoissairaanhoidossa toteutettiin tehtäväsiirtoja. Potilasvahinkoja ei ilmoittanut yksikään hankke. Sekä henkilöstön että potilaiden kokemukset työnjaon kehittämisestä olivat pääosin myönteisiä.

Päivystyspisteiden toimintaa on pyritty parantamaan hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden välistä työnjakoa tehostamalla. Porin terveyskeskuksen ensiapuyksikön sairaanhoitajan

puhelinneuvonnan koulutus- ja kehittämishankkeen yhteydessä osoittautui, että sairaanhoitajat pystyivät selvittämään 41% potilaiden ongelmista neuvonnalla, kotihoitoja/tai lääkitysohjeilla (Hyrynkangas-Järvenpää 2005). Päivystysvastaanotolle ohjattiin kolmannes soittajista, seuraavan päivän ajanvarausvastaanotolle 7 %, ja yhtä paljon ohjattiin kiireettömään hoitoon. Vantaan Peijaksen sairaalan yhteispäivystyksessä otettiin käyttöön potilaiden kiireellisyysluokittelu kokeneiden sairaanhoitajien tekemänä, ja näin päivystyskäyntien määrää saatiin vähennettyä ja kiireellistä hoitoa tarvitsevien lääkäriin pääsyä nopeutettua (Kantonen ym. 2007).

Lievien infektioiden tutkimuksia ja hoitoa on siirretty lääkäreiltä hoitajille. Mikstra – ohjelmassa seurattiin infektioiden diagnostiikkaa ja hoitoa keräämällä vuosittain yhden viikon ajalta tietoja kaikista infektiopotilaista ohjelmaan osallistuneissa 30 terveyskeskuksissa (Mikstra-työryhmä 2002). Hoitajat hoitivat 14 % kaikista infektioista, mutta osuus vaihteli terveyskeskuksittain 0,4 ja 40 % välillä. Tavallisimmat heidän hoitamaansa sairaudet olivat flunssa, suolistoinfektio ja nieluinfektio. Kaksi viikkoa vastaanoton jälkeen ei ollut eroa tervehtymisessä tai uusintakäyntien määrässä hoitajan tai lääkärin vastaanotolla käyneiden välillä. Hyks:n lastenkliniikalla verrattiin hoitajien mittaamia tympanogrammeja parasenteesilöydöksiin (Haapkylä ym. 2005). Tutkimuksessa todettiin, että kertaluonteinen opetus ei riitä hoitajien kouluttamiseksi tympanometrin käyttöön.

Pitkäaikaissairaiden lääkehoidon laatua voidaan parantaa reseptienuudistamiskäytäntöjä parantamalla ja sopimalla prosessiin osallistuvien työntekijöiden tehtävänjaosta (Lahnajärvi ym. 2006).

Luoteis-Satakunnan terveyskeskuksessa kehitettiin lääkärin ja hoitajan välistä työnjakoa tilanteessa, jossa sivuterveysasemille ei saatu lääkäreitä (Jaatinen ym. 2002b). Osa perinteisesti lääkärille kuuluneista tehtävistä siirrettiin hoitajalle, ja lisäksi kehitettiin etäasiointimalleja. Hoitajat pystyivät hoitamaan ainakin alustavasti 70% niistä asioista, joiden vuoksi potilaat ottivat yhteyttä terveysasemaan, ja lääkäri pystyi hoitamaan etäasioinnin keinoin 80% niistä asioista, joissa tarvittiin lääkärin apua (Jaatinen ym. 2002a; Jaatinen ym. 2002d). Väestö arvosti asioinnin helppoutta, mutta lääkärille perinteisesti kuuluvien tehtävien siirto hoitajalle arvelutti (Jaatinen ym. 2002c).

Perusterveydenhuollon lisäksi myös erikoissairaanhoidossa on alettu kehittää tehtävän-siirtoja lääkäreiltä hoitajille. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä lääkärin ja hoitajien välistä työnjakoa kehitettiin neljässä moniammatillisessa työryhmässä, joiden tarkoituksena oli selkeyttää tehtävien jakoa sekä edistää potilaiden hoidon sujuvuutta ja jatkuvuutta (Kärkkäinen ym. 2006). Potilaat olivat heille suunnatussa kyselyssä tyytyväisiä hoitajan vuorovaikutustaitoihin, ammattipätevyyteen ja palvelun sujuvuuteen. Lääkärin mielestä hoitajavastaanotot sekä helpottivat että vaikeuttivat lääkärin työtä. Lääkärit kokivat, että heidän työnsä kuormitus väheni, työ tehostui ja vastaanottotyö tuli joustavaksi, mutta lisätyötä aiheutti hoitajien konsultaatiotarve. Sairaanhoitajien mielestä toimiminen hoitajavastaanotolla lisäsi työn itsenäisyyttä ja mielekkyyttä sekä

paransi heidän ammatti-identiteettiään. Hankkeessa todettiin, että tehtäväkuvan laajentaminen edellyttää osaamisen ja toimivaltuuksien kirjallista määrittämistä. Parhaisiin tuloksiin työnjaon muutoksissa päästiin, kun ne suunniteltiin ja toteutettiin moniammatillisissa työryhmissä.

Lääkärin ja hoitajan välisen tehtäväjaon uudistus on ollut mielenkiinnon kohteena monissa maissa. Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että erikoiskoulutetun hoitajan (nurse practitioner) tai lääkärin vastaanotolla käyneiden potilaiden välillä ei ollut eroa reseptien määrässä, määrättyjen tutkimusten määrässä, jatkohoitoon lähettämisen määrässä tai uusintakäyntien määrässä (Kinnersley ym. 2000). Hoitajavastaanotolla käyneet potilaat olivat tyytyväisempiä sairaudestaan saamaansa tietoon ja siihen, että vastaanottoaika oli pidempi kuin lääkärin vastaanotolla. Toisessa tutkimuksessa sen sijaan todettiin, että hoitajat määräsivät useammin tutkimuksia ja pyysivät potilaita useammin uusintakäynnille (Venning ym. 2000). Tässäkin tutkimuksessa potilaat olivat tyytyväisempiä saamansa hoidon laatuun, mutta hoidon tuloksissa ei todettu eroa. Merkittävää eroa ei myöskään todettu aiheutuneiden kustannusten välillä. Päivystyslousteisia käyntejä koskevassa tutkimuksessa ei todettu eroa reseptien, tutkimusten tai jatkohoitoon tehtyjen läheteiden määrässä (Kinnersley ym. 2000).

Cochrane-kirjallisuuskatsauksessa, jossa oli mukana 26 artikkelia 16 eri tutkimuksesta, todettiin, että erikoiskoulutetut hoitajat voivat tarjota yhtä korkeatasoisia palveluita kuin lääkärit, eikä hoidon tuloksissa todettu eroja (Laurant ym. 2004). Lääkäreiden työmäärä mahdollisesti pysyy samana. Saavutetut säästöt johtuvat lääkäreiden ja hoitajien palkkaeroista ja ne voivat kadota hoitajien työn alhaisemman tuottavuuden vuoksi.

2.6 Koulutus

2.6.1 Lääkärikoulutuksen hajautuksen historiaa

Jo 1980-luvulta lähtien on maailmanlaajuinen näkemys ollut se, että lääkärikoulutusta tulisi järjestää myös yliopistokaupunkien ulkopuolella (Virjo ym. 2004). Kliinisten taitojen oppimisen on todettu olevan yhtä hyvää tai jopa parempaa maaseudun lääkärinvastaanoilla kuin kaupungeissa (Murray ym. 1997; Worley ym. 2000). Lääketieteen opetuksen hajauttamisen on todettu edesauttavan lääkäreiden sijoittumista yliopistokaupunkien lähiympäristön lisäksi muiden opetuspaikkojen läheisyyteen (Rolfe ym. 1995; Rabinowitz ym. 1999; Worley ym. 2000; Nikkari ym. 2004). Yleislääketieteen opetusta on perinteisesti järjestetty terveyskeskuksissa yliopistokaupunkien ulkopuolella, mutta opiskelijamäärien kasvettua on ollut välttämätöntä siirtää myös muuta kliinistä opetusta pois yliopistosairaaloista. Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kirurgian opetusta on järjestetty Satakunnan keskussairaalassa säännöllisesti vuodesta 1991 lähtien (Saxen ym. 2004). Samana vuonna aloitti Tampereen lääketieteellinen tiedekunta sisätautien, kirurgian ja yleislääketieteen satelliittiopetuksen Seinäjoella

(Eskola ym. 1993; Eskola ym. 1994). Vuonna 2003 alkoi Turun yliopistossa aiemman terveydenhuollon tutkinnon suorittaneiden muuntokoulutus lääkäreiksi, mikä mahdollisti useiden erikoisalojen opetuksen hajauttamisen Satakunnan keskussairaalaan (Jaatinen ym. 2005).

2.6.2 Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaihe

Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaihe otettiin Suomessa käyttöön kahden vuoden mittaisena vuonna 1995. Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen (PTL) tavoitteena on perehdyttää koulutuksessa oleva lääkäri perusterveydenhuollossa toimivan lääkärin tehtäviin, terveydenhuollon hallintoon ja sosiaaliturvajärjestelmään sekä yhteistyöhön terveydenhuollon ja sosiaalihuollon alalla toimivan henkilöstön kanssa (Turun yliopisto 2005). Lisäkoulutusvaiheesta käytetään usein epävirallista nimitystä ”eurolääkärikoulutus”. Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen suorittamaan lääkäri saa itsenäiset ammatinharjoittamisoikeudet yleislääkärinä, ja hän voi toimia EU:n lisäksi ETA – maissa (Valtioneuvosto 1994). PTL –vaihe on osa kuuden vuoden mittaista yleislääketieteen erikoislääkärikoulutusta, ja myös kaikkiin muihin erikoislääkärikoulutusohjelmiin sisältyy yhdeksän kuukauden terveystieteidenjakso (Valtioneuvosto 1998).

PTL -vaihe piteni Euroopan Unionin alueella vuoden 2006 alussa kolmivuotiseksi, mutta Suomessa se on edelleen EU:n poikkeusluvalla kahden vuoden mittainen (Halila 2005). Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen suorittamiseksi lääkärin tulee palvella lääkärin tehtävissä vähintään yhdeksän kuukauden ajan terveystieteidenkeskuksessa tai muussa perusterveydenhuollon laitoksessa ja vähintään kuuden kuukauden ajan sairaalassa. Lisäksi hänen tulee osallistua toimipaikkakoulutukseen ja suorittaa koulutusyksikön hyväksymä 16 tunnin mittainen hallintoon ja sosiaaliturvajärjestelmään perehdyttävä kurssimuotoinen koulutus (Valtioneuvosto 1993, 2002).

Jotta terveystieteidenkeskus hyväksyttäisiin koulutuspaikaksi, on sen täytettävä lääketieteellisten tiedekuntien koulutusterveystieteidenkeskuksille asettamat kriteerit (2005). Koulutuspaikassa tulee olla tehtävään nimetty kouluttajalääkäri, joka vastaa työn monipuolisuudesta ja käytännön työn ohjauksesta, sekä antaa todistuksen suoritettua palvelusta. Lisäksi edellytetään, että koulutuspaikassa on säännöllistä toimipaikkakoulutusta vähintään sata tuntia vuodessa, opiskelijalla on mahdollisuus halutessaan osallistua työpaikan ulkopuoliseen koulutukseen keskimäärin yhtenä päivänä kuukaudessa ja hänen käytössään ovat sähköposti sekä yhteydet verkossa oleviin tietokantoihin ja kirjastoihin. Terveystieteidenkeskukset ja muut koulutuspaikat saavat valtiolta erityisvaltionosuus (EVO) - rahoitusta palveluksessaan olevan PTL –lääkärin koulutuskustannuksiin noin 1300 € kuukaudessa (v. 2007). PTL –lääkärien ohjauksen suunnitelmallisuuden lisäämiseksi ovat lääketieteelliset tiedekunnat yhdessä Nuorten lääkärin yhdistyksen kanssa tehneet lokikirjoja, joita ohjattavat ja ohjaajat voivat käyttää apuna koulutuksen suunnittelussa ja seurannassa (Puhakka 2003).

Kansainvälisessä kirjallisuudessa on löydettävissä tutkimuksia, joissa käsitellään valmistuvien lääkärin viimeisen opintovuoden käytännön harjoittelua sekä valmistumisen jälkeisten ensimmäisten työvuosien työskentelyä, jotka oppimistavoitteiltaan ovat lähellä suomalaista PTL –vaihetta. Suoran ohjauksen ja hyvän ohjaussuhteen on todettu olevan tehokkaan ohjauksen kulmakiviä (Cottrell ym. 2002). Ohjattavat toivovat suoraan palautetta toiminnastaan (Baldwin ym. 1997). Lokikirjan käytön on osoitettu lisäävän koulutettavien tyytyväisyyttä ohjausjärjestelyihinsä (Paice ym. 1997). Ohjaajalääkärin koulutuksesta on hyviä kokemuksia mm. Ruotsista ja Norjasta (Lycke ym. 1998; Jaenson ym. 2002).

Vuonna 1993 toteutettiin Uudellamaalla perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaihetta koskeva kyselytutkimus (Sihvonen ym. 2004). Tuolloin valtaosalta eurolääkäreistä puuttui nimetty ohjaaja ja säännöllinen ohjaus. Lokikirjaa ei juurikaan käytetty, ja yli kaksi kolmasosaa koulutettavista oli sen hetkisiin järjestelyihin tyytymättömiä.

2.6.3 Moniammatillinen koulutus

Moniammatillisuudella tarkoitetaan toimintaa, jossa tarvitaan eri ammattialojen yhteistyötä. Moniammatillisen tiimityön harjoittelua on suositeltu yhdeksi lääkärikoulutuksen elementiksi (Ross ym. 2000; Hall ym. 2001). Tiimityömallin on osoitettu parantavan hoidon laatua ja vähentävän kustannuksia (Gardner ym. 2002). Tiimityötaitoja on todettu opittavan parhaiten opettelemalla moniammatillista työskentelyä jo peruskoulutusvaiheessa (Ruebling ym. 2000; Horsburgh ym. 2001). Tiedetään, että on tärkeää oppia ajattelemaan, miten eri ammattiryhmien edustajat ajattelevat, tuntevat ja reagoivat. Tärkeää on myös oppia tiedostamaan eri ammattiryhmien erityisosaamisalueet (Parsell ym. 1998). Yhteistyön merkityksen tiedostamisesta on vielä matkaa sen toteutumiseen (Davies 2000). Moniammatillisessa koulutuksessa opiskelijat oppivat yhdessä, oppivat toisiltaan ja oivaltavat oman roolinsa laadukkaan hoidon aikaansaamisessa (McPherson ym. 2001). Tärkeää on myös opiskella vuorovaikutus- ja ristiriitojen ratkaisutaitoja (du Boulay ym. 1999; Hall ym. 2001). Moniammatillisen koulutusmallin on todettu vaikuttavan yhteistyövalmiuksiin (Paukkunen ym. 2001). Se suuntaa asenteita irrallisen erityisasiantuntijan roolista potilaslähtöisemmän ja kokonaisvaltaisemman hoidon toteuttamiseen (Larivaara ym. 2004).

Terveystieteiden henkilökunnan työhyvinvoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä on siis aikaisempia tutkimuksia sekä kotimaasta, että ulkomailta, mutta lääkäriin merkityksestä työhyvinvoinnille ei juurikaan ole aiempia tutkimuksia. Tällä väitöskirjatyöllä haluttiin selvittää lääkäritilannenäkökulman lisäksi erityisesti alueellisesti Satakunnan ja Varsinasi-Suomen tilannetta.

3. Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen tavoitteet olivat:

Kartoittaa Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten lääkäritilanne Turun yliopiston lääketieteen opetuksen laajentuessa Satakuntaan sekä kuvata terveyskeskusten kiinnostusta koulutus- ja tutkimusyhteistyöhön Turun yliopiston kanssa

1. Selvittää perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreiden ohjauksen toteutumista Satakunnan ja Varsinais-Suomen maakunnissa
2. Tutkia lääkäriarvojen merkitystä terveyskeskusten työilmapiirille ja henkilökunnan työhyvinvoinnille sekä terveyskeskusten toiminnalle
3. Tutkia terveyskeskusten henkilökunnan käsitystä ammatillisesta osaamisestaan ja koulutustarpeistaan sekä kouluttautumiskiinnostusta
4. Selvittää lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden ammatti-identiteettiä sekä heidän valmiuksiaan moniammatilliseen yhteistyöhön.

4. Väitöskirjan rakenne ja teemat

Väitöskirja koostuu kuudesta osajulkaisusta, joiden aineistot kerättiin kolmella erillisellä postikyselyllä ja Porin opetusterveyskeskuksessa käytännön jaksoilla lukuvuonna 2005-2006 olleille lääketieteen- ja hoitotyön opiskelijoille tehdyllä kyselyllä. Osajulkaisun IV ollessa arvioitavana julkaisemista varten saatiin käyttöön Suomen Lääkäriliiton syksyinä 2003 ja 2004 keräämät aineistot Satakunnan ja Varsinais-Suomen lääkäritilanteista.

Ensimmäisessä osajulkaisussa kuvataan Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten lääkäritilanne keväällä 2003. Artikkelissa kuvataan myös johtavien lääkäreiden ajatuksia lääkärivajeen syistä ja seurauksista sekä ehdotuksia siihen, miten tulevaisuudessa voitaisiin turvata terveyskeskusten lääkäri työvoiman saanti. Toisessa osajulkaisussa kerrotaan Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten osallistumisesta koulutus- ja tutkimusyhteistyöhön Turun yliopiston kanssa sekä niiden kiinnostuksesta yhteistyön kehittämiseen. Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen ohjausjärjestelyt Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksissa ovat kolmannen osajulkaisun aiheena. Neljännessä ja viidennessä osajulkaisussa tutkitaan terveyskeskusten henkilöstön työtyytyväisyyttä, ammatillista osaamista ja kouluttautumiskiinnostusta sekä lääkäripulan vaikutusta niihin. Kuudennessa osajulkaisussa kuvataan millainen on lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden ammatti-identiteetti ja heidän valmiuksiaan moniammatilliseen yhteistyöhön.

Väitöskirjan yhteenveto-osassa kuvataan aluksi käytetyt aineistot ja menetelmät osatutkimuksittain. Tulososassa ja pohdinnassa käsitellään tutkimuksen tuloksia ja niiden merkitystä teemoittain (Taulukko 2).

Taulukko 2. Tutkimuksen teemat ja kysymyksenasettelu.

Teema	Osajulkaisu	Tutkimusaineisto	Kysymyksenasettelu
Lääkärivaje	I	Kysely terveyskeskusten johtaville lääkäreille	<ul style="list-style-type: none"> • minkälainen lääkäritilanne • syitä lääkäritilanteeseen • parannusehdotukset
Koulutus	II, III, V, VI	<p>Kysely terveyskeskusten johtaville lääkäreille</p> <p>Kysely PTL -vaiheen lääkäreille ja heidän ohjaajilleen</p> <p>Työtyytyväisyyskysely</p> <p>Kysely lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoille</p>	<ul style="list-style-type: none"> • terveyskeskusten kiinnostus koulutusyhteistyöhön • suomalaisten lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden ammatti-identiteetti • terveyskeskusten tutkimustoiminta • PTL -vaiheen lääkärien ja yleislääketieteeseen erikoistuvien ohjaus • nuorten lääkärien kiinnostus yleislääketieteeseen • henkilökunnan tietojen ja taitojen riittävyys sekä koulutustarpeet • henkilökunnan koulutustaminen
Lääkärivajeen merkitys terveyskeskusten toiminnalle, ilmapiirille ja henkilökunnan työtyytyväisyydelle Toimintojen muuttaminen	I, IV, V	<p>Kysely terveyskeskusten johtaville lääkäreille</p> <p>Työtyytyväisyyskysely</p>	<ul style="list-style-type: none"> • terveyskeskusten uudistushenkisyys • palvelujen riittävyys • palvelujen laatu • työnjako • tyytyväisyys johtamiseen • stressi • lähtöaiheet

5. Tutkimusalue

Satakunnan ja Varsinais-Suomen alueen väestöpohja on 690 000 henkilöä, mikä on n. 13 % Suomen väestöstä. Tutkimuksen alkaessa Satakunnassa oli 12 ja Varsinais-Suomessa 24 terveyskeskusta. Viimeisen osatutkimuksen tiedonkeruuvaiheessa Satakunnassa oli 10 terveyskeskusta Varsinais-Suomen terveyskeskusten lukumäärän ollessa edelleen 24. Pienimmän itsenäisen terveyskeskuksen väestöpohja oli 240 henkilöä ja suurimman 175 000 henkilöä. Yhden kunnan terveyskeskuksia alueella oli tutkimuksen alkamisvaiheessa 15 ja kuntayhtymiä 21. Kuntayhtymien osakaskuntien lukumäärä vaihteli 2:sta 8:aan. Terveyskeskusten etäisyydet yliopistosairaalakaupungista (Turku) vaihtelivat 0-175 km.

Turun yliopiston hajautettua lääketieteen opetusta aiempaa laajemmin Satakuntaan, päätettiin Poriin rakentaa Suomen ensimmäinen erityisesti opetustarkoitukseen suunniteltu terveyskeskus, jonka toiminta käynnistyi elokuussa 2005. Yleislääketieteen kliinisen opetuksen lisäksi opetusterveyskeskuksessa järjestetään mm. kirurgian ja ihotautilien pienryhmäopetusta. Syksystä 2005 lähtien opetusterveyskeskuksessa on kehitetty lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden yhteisiä harjoittelujaksoja.

6. Aineisto ja menetelmät

6.1 Kysely johtaville lääkäreille (osajulkaisut I ja II)

Lääkäritilannetta ja terveyskeskusten kiinnostusta koulutus- ja tutkimusyhteistyöhön yliopiston kanssa selvitettiin keväällä 2003 Satakunnan (N=12) ja Varsinais-Suomen (N=24) terveyskeskusten johtaville lääkäreille osoitetulla postikyselyllä.

Lomakkeessa tiedusteltiin terveyskeskusten lääkäritilannetta, ja avoimissa kysymyksissä vastaajia pyydettiin kertomaan arvioitaan lääkärivajeen syistä sekä seurauksista. Lääkäriviran täyttämättömyydellä tarkoitettiin sitä, että virka ei ollut hoidettuna edes sijasjärjestelyin. Lisäksi kysyttiin terveyskeskuksen osallistumisesta lääkärien perusopetukseen, perusterveydenhuollon lisäkoulutukseen ja yleislääketieteen erikoislääkärikoulutukseen sekä tutkimukseen. Vastaajia pyydettiin kertomaan mielipiteitään yleislääketieteen oppiaineen kanssa tehdystä yhteistyöstä sekä kiinnostuksestaan yhteistyön kehittämiseen. Lomakkeessa tiedusteltiin, miten perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaihetta ja yleislääketieteen erikoislääkärikoulutusta suorittavien ohjaus on terveyskeskuksessa järjestetty. Vastaajia pyydettiin kertomaan myös terveyskeskuksessa tehtävää tutkimuksesta ja kiinnostuksesta tutkimusyhteistyöhön yleislääketieteen oppiaineen kanssa.

Vastaukset saatiin 29 terveyskeskuksesta. Puuttuvia seitsemää terveyskeskusta koskevat tiedot hankittiin puhelinhaastattelulla tai sähköpostikyselyllä. Puhelinhaastattelulla tai sähköpostikyselyllä kerättiin tiedot lähinnä vain lääkäritilanteesta.

6.2 Kysely perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreille ja heidän ohjaajilleen (osajulkaisu III)

Keväällä 2005 pyydettiin Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksista listat niissä toimivista perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen (PTL) lääkäreistä ja heidän ohjaajalääkäreistään. Kyselyhetkellä alueen terveyskeskuksista 16:ssa työskenteli PTL -lääkäreitä, ja nimetty PTL -ohjaajalääkäri oli 19 terveyskeskuksessa. Satakunnan ja Varsinais-Suomen sekä kahden Turun yliopiston yleislääketieteen oppiaineen kanssa yhteistyötä tekevän terveyskeskuksen perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreille (PTL) (N=95) ja heidän ohjaajalääkäreilleen (N=52) lähetettiin kyselylomake huhtikuussa 2005. Yhden muistutuksen jälkeen kysymyslomakkeen palautti 46 perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäriä 17 terveyskeskuksesta ja 26 ohjaajalääkäriä 16 terveyskeskuksesta. Lomakkeessa tiedusteltiin, miten PTL -lääkäreiden ohjaus on järjestetty, ohjaus- ja koulutustilaisuuksien määrää, koulutuksiin osallistumista ja tyytyväisyyttä ohjausjärjestelyihin. Vastaajia pyydettiin myös vapaamuotoisesti esittämään lisätietoja, kommentteja ja toiveita PTL -koulutukseen liittyen. PTL -lääkäreiltä

tiedusteltiin myös, kuinka todennäköisenä he pitivät sitä, että valitsevat erikoistumisalakseen yleislääketieteen.

6.3 Työtyytyväisyyskysely terveystieteiden potilastyötä tekeväälle henkilökunnalle (osajulkaisut IV ja V)

Syksyllä 2003 pyydettiin Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveystieteiden listat niiden henkilökunnasta, ja samalla pyydettiin lupa tutkimuksen toteuttamiseen. Nimilistat saatiin 25 terveystieteiden yksiköstä. Yksitoista terveystieteiden yksiköstä jäi tutkimuksen ulkopuolelle, koska ne eivät toimittaneet tarvittavia tietoja tai ilmoittivat, etteivät halua osallistua tutkimukseen. Terveystieteiden yksiköiden nimilistojen perusteella lähetettiin potilastyössä toimivalle henkilökunnalle maaliskuussa 2004 kyselylomake, joka sisälsi kaiken kaikkiaan n. 200 kysymystä koskien mm. työoloja, työviihtyvyyttä, ammatillista osaamista sekä kouluttautumista. Pääosin samaa lomaketta on aiemmin käytetty Stakes:n ja Työterveyslaitoksen sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstöä koskevassa seuranta-tutkimuksessa. Kyselylomake lähetettiin 2848 työntekijälle, joista 1447 palautti sen täytettynä.

Osa kysymyksistä analysoitiin sellaisenaan (Taulukko 3). Osasta samaa asiaa kuvaavia muuttujia muodostettiin uusi summamuuttuja laskemalla yksittäisten kysymysten pistemäärät yhteen ja jakamalla se kysymysten lukumäärällä (Taulukko 4)

Taulukko 3. Yhdistämättä käytetyt kysymykset.

<i>Oletko tyytyväinen johtamistapaan työyksikössäsi?</i>	erittäin tyytyväinen=1...erittäin tyytymätön=5
<i>Oletko tyytyväinen koko työpaikkasi tai organisaatiosi johtamistapaan?</i>	erittäin tyytyväinen=1...erittäin tyytymätön=5
<i>Onko oman toiminta-alueesi palvelujen määrä riittävä suhteessa tarpeisiin?</i>	kyllä, täysin riittävä=1...ei, täysin riittämätön=5
<i>Miten luonnehtisit työpaikkasi tarjoaman palvelun laatua?</i>	erittäin korkealaatuinen=1...erittäin heikkoa=5
<i>Oletko viimeisen puolen vuoden aikana etsinyt toista työtä?</i>	kyllä=1, en=2
<i>Tunnetko sinä nykyisin stressiä?</i>	en lainkaan=1...erittäin paljon=5
<i>Teetkö joskus ylimääräistä työtä, josta et saa korvausta?</i>	ei=1, joskus, mutta en joka kuukausi=2, vähintään kerran kuussa=3, joka viikko=4
<i>Kuinka usein seuraavat asiat ovat rasittaneet sinua viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana?</i>	1=erittäin harvoin...5=erittäin usein tai jatkuvasti
<ul style="list-style-type: none"> • Epäselvä tehtäväkuva • Ristiriitainen toimenkuva ja rooliristiriidat • Jatkuvat muutokset • Koulutetun henkilökunnan vähäisyys • Toisarvoiset työt vievät aikaa "varsinaiselta", tärkeämmältä työltä 	
<i>Kuinka hyvin väite "työyhteisömme työnjako on onnistunut" vastaa käsitystäsi työyhteisöstä jossa työskentelet?</i>	1=täysin samaa mieltä...5=täysin eri mieltä
<i>Tunnetko epävarmuutta sen suhteen, kuinka kykysi, tietosi ja taitosi tulevat riittämään tulevaisuudessa?</i>	1=erittäin vähän tai ei lainkaan...5=erittäin paljon
<i>Miten työpaikallasi huolehditaan uusiin tehtäviin perehdyttämisestä?</i>	1=erittäin hyvin...erittäin huonosti=4
<i>Oletko saanut ammattitaitoa kehittävää koulutusta viimeisen 12 kuukauden aikana</i>	en yhtään päivää, 1-2 päivää, 3-4 päivää, 5 päivää tai enemmän
<i>Oletko tällä hetkellä mukana jossakin ammattiisi liittyvässä tutkintoon tähtäävässä koulutusohjelmassa?</i>	
<i>Kuinka paljon sinulla on mahdollisuuksia osallistua aktiivisesti työhösi liittyvien muutosten suunnitteluun?</i>	1=erittäin paljon...5=erittäin vähän tai ei lainkaan
<i>Kuinka mielelläsi ottaisit vastaan laaja-alaisempia ja monipuolisempia tehtäviä, mikäli siihen tarjoutuisi mahdollisuus?</i>	1=erittäin mielelläni...5=en lainkaan mielelläni
<i>Kuinka mielelläsi ottaisit vastaan syvällisempiä ja erityisasiantuntemusta vaativia tehtäviä, mikäli siihen tarjoutuisi mahdollisuus?</i>	1=erittäin mielelläni...5=en lainkaan mielelläni

Taulukko 4. Yhdistetyt kysymykset ja niiden sisäinen yhtenäisyys (Chronbachin alpha)

Summamuut- tjat	Alkuperäiset kysymykset	Chron-bach alpha
Työyhteisön toimivuus	Missä määrin kukin väite vastaa sinun käsitystäsi työyhteisöstä, jossa työskentelet? (1=täysin samaa mieltä...5=täysin eri mieltä) <ul style="list-style-type: none"> • työyhteisömme toimii joustavasti • työyhteisömme toimii tehokkaasti • työyhteisömme jäsenten yhteistyö on hyvä • työyhteisömme työnjako on onnistunut 	0.85
Työilmapiirin kuorimittavuus	Kuinka usein seuraava asiat ovat rasittaneet sinua työtehtävissäsi? (erittäin harvoin tai ei koskaan=1 ...erittäin usein tai koko ajan=5) <ul style="list-style-type: none"> • luottamuksen ja avoimuuden puute työyhteisössä • yhdenmukaisuuden paine: erilaisuutta ei suvaita • työtovereiden väliset ihmissuhdeongelmat • työmoraaliin liittyvät ongelmat • oma ammattiroolini eristää minua • omaa ammattiryhmääni syrjitään • työyksikköjen välinen kilpailu 	0.83
Kiireen kuor- mittavuus	Kuinka usein seuraavat asiat ovat häirinneet, huolestuttaneet tai rasitta- neet sinua nykyisessä työtehtävissäsi viimeisen puolen vuoden aikana? (erittäin harvoin tai ei koskaan=1 ...erittäin usein tai jatkuvasti=5) <ul style="list-style-type: none"> • Liian vähän aikaa tehdä työ kunnolla • Jatkuva kiire ja tekemättömien töiden paine • Runsaasti keskeytyksiä ja häiriöitä työtä tehdessä • Liian vähän aikaa taukoihin työpäivän aikana 	0.87
Toiminnan kehittäminen	Kuinka usein seuraavat asiat pitävät paikkansa työyhteisössäsi? (ei koskaan=1...erittäin usein=5) <ul style="list-style-type: none"> • Kannustetaan kokeilemaan uusia asioita • Tehdään jatkuvasti parannuksia toimintaan • Hankitaan palautetta ja parannusideoita muista yksiköistä tai potilailta 	0.79

6.4 Kysely lääketieteen- ja hoitotyön opiskelijoille (osajulkaisu VI)

Marraskuusta 2005 toukokuulle 2006 Porin opetusterveyskeskuksessa käytännön jak-solla olleita kaikkia 91:ä lääketieteen ja hoitotyön opiskelijaa pyydettiin täyttämään IEPS (Interdisciplinary Education Perception Scale) -kyselylomake, joka tutkimusta varten suomennettiin ja lomakkeen taustatieto-osa muokattiin tutkimukseen sopivaksi. Lomakkeeseen lisättiin kysymys, jolla tiedusteltiin edistikö koulutusjaksoon osallistu-minen myönteistä asennetta moniammatilliseen yhteistyöhön. IEPS:n ovat kehittäneet ja julkaisseet Luecht ym. vuonna 1990. Menetelmä kehitettiin 1980-luvun loppuvai-heessa välineeksi mitata, miten terveydenhuollon ammattilaiset ja opiskelijat kokevat oman roolinsa terveydenhuollon työkentässä ja millaiseksi he kokevat muiden ammat-tiryhmien työn (Luecht ym. 1990). Lomakkeen väittämiin opiskelijoita pyydettiin vas-taamaan asteikolla 1-6 (6=vahvasti samaa mieltä, 5=melko samaa mieltä, 4=hieman samaa mieltä, 3= hieman eri mieltä, 2=melko eri mieltä 1= vahvasti eri mieltä). Lo-

makkeeseen saatiin vastaukset kaikilta 91:ltä Porin opetusterveyskeskuksessa käytännön jaksolla olleelta opiskelijalta.

6.5 Terveyskeskusten ryhmittely lääkärivajeen mukaan

Osajulkaisussa V terveyskeskusten ryhmittelyyn lääkärivajeen mukaan käytettiin keväällä 2003 kerättyä omaa aineistoa. Osajulkaisun IV arviointiprosessin aikana saatiin käyttöön Suomen Lääkäriliiton syksyinä 2003 ja 2004 keräämät tiedot Satakunnan ja Varsinais-Suomen lääkäritilanteista. Viimeiseksi valmistuneessa osajulkaisussa (osajulkaisu IV) ryhmittelyperusteena käytettiin Suomen Lääkäriliiton keräämiä tietoja lokakuulta 2003. Itse kerättyjen lääkäritilannetietojen keväältä 2003 ja Lääkäriliiton puoli vuotta tuoreempien tietojen välillä oli vain vähäisiä eroja terveyskeskusten lääkäritilanteessa, mutta jotkut terveyskeskukset siirtyivät luokasta toiseen.

6.6 Tilastolliset menetelmät

Aineistojen analysointiin käytettiin SPSS for Windows tilasto-ohjelmaa. Vastauksista laskettiin frekvenssit ja suorat prosenttijakaumat. Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin käyttäen ristiintaulukointia ja tilastollisten erojen merkitsevyyksien testaamiseen khin neliö -testiä, Studentin t-testiä tai Mann-Whitney:n testiä. Yhdistettyjen muuttujien reliabiliteetin määrittämiseksi laskettiin niiden sisäistä yhtenäisyyttä kuvaava korrelaatiokerroin Chronbachin alfa. Kertoimen arvon tulisi olla vähintään 0.7, jotta korrelaatiota voidaan pitää hyvänä.

7. Tulokset

7.1 Terveyskeskusten lääkäritilanne (osajulkaisu I)

7.1.1 Lääkärivirkojen täyttöaste

Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten johtaville lääkäreille suunnatussa kyselyssä saatiin tiedot kaikkien alueen terveyskeskusten lääkäritilanteesta keväällä 2003. Taulukossa 5 on kuvattu terveyskeskusten lääkäriinvirkojen määrät ja täyttöasteet huhtikuussa 2003.

Taulukko 5. Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten lääkärin virkojen määrät ja täyttöasteet 1.4.2003

	Satakunta		Varsinais-Suomi	
	Virkojen lukumäärä	Täyttämättä 1.4.2003	Virkojen lukumäärä	Täyttämättä 1.4.2003
Terveyskeskuslääkäri	127	23 (18 %)	245	17 (7 %)
Ylilääkäri/johtava lääkäri	25	3 (12 %)	27	-
Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvirka	6	3 (50 %)	10	1 (10 %)

Terveyskeskukset jaettiin lääkärivajeen suhteen neljään luokkaan (Taulukko 6). Suurin osa Satakunnan terveyskeskuksista sijoittui lääkärivajeen suhteen luokkaan 20-39,9 %. Pääosassa Varsinais-Suomen terveyskeskuksista oli täyttämättömiä lääkärin virkoja alle 5 %.

Taulukko 6. Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten ryhmittely lääkärivajeen mukaan

	Lääkärivaje 0-4,9 %	Lääkärivaje 5-19,9 %	Lääkärivaje 20-39,9 %	Lääkärivaje 40- %
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Satakunta	1 (8,3)	3 (25,0)	7 (58,3)	1 (8,3)
Varsinais-Suomi	15 (65,2)	3 (13,0)	3 (13,0)	2 (8,7)

7.1.2 Terveyskeskuslääkärivajeen syyt ja seuraukset

Johtavat lääkärit arvioivat terveyskeskuslääkärivajeen syiksi yleisen terveyskeskustyön kiinnostamattomuuden, työn pakkotahtisuuden ja suuren työrasitteen, työn vaativuuden, terveyskeskuksen syrjäisen sijainnin, huonon palkkauksen ja kaksikielisyysvaati-

muksen. Terveyskeskuslääkärivajeen seurauksena oli muodostunut jonoja ja vastaanotolle pääsy oli vaikeutunut, lääkärin työkuormitus oli kasvanut, päivystyspisteet olivat kuormittuneet, hoidon tason koettiin laskeneen ja hoidon jatkuvuuden huonontuneen. Myös hallinnon tehtävien hoito, oman työn kehittäminen ja koulutuksiin osallistuminen olivat vaikeutuneet terveyskeskuslääkärivajeen myötä. Lisäksi hoidon kustannusten koettiin kasvaneen.

Kaikissa Satakunnan tai Varsinais-Suomen terveyskeskuksissa ei kuitenkaan oltu koettu lääkärivajetta. Syiksi hyvään lääkäritilanteeseen johtavat lääkärit pitivät pitkään samana pysynyttä lääkärikuntaa, terveyskeskuksen hyvää mainetta ja sijaintia, väestövastuuvirkaehtosopimuksen käyttöä sekä hyvää työilmapiiriä.

7.1.3 Arviot terveyskeskuslääkäritilanteesta tulevaisuudessa

Satakunnan johtavista lääkäreistä kaikki vastanneet olivat sitä mieltä, että viiden seuraavan vuoden aikana on uhka terveyskeskuslääkärivajeesta. Varsinaissuomalaisista johtavista lääkäreistä 14:n mielestä terveyskeskuslääkärivajeen uhka on olemassa, ja kolme ei ottanut selvää kantaa asiaan. Terveyskeskuslääkärivajeen uhan syynä pidettiin yleistä terveyskeskustyön kiinnostamattomuutta, nuorten lääkärin hakeutumista vuokralääkäriyrityksiin, huonon kehityssuunnan jatkumista, terveyskeskustyön raskautta ja lääkärikunnan ikääntymistä. Myös palkkausta pidettiin syynä siihen, että terveyskeskuslääkärivajetta olisi tulevaisuudessakin.

Johtavilla lääkäreillä oli kuitenkin paljon ehdotuksia siitä, miten terveyskeskuslääkärivaje olisi ehkäistävissä. Työtä ehdotettiin organisoitavaksi uudelleen, koulutusta ja palkkausta kehitettäväksi ja työolosuhteita parannettavaksi. PTL -lääkärin ohjausta ehdotettiin parannettavaksi, työn arvostusta nostettavaksi ja koulutusmääriä lisättäväksi. Perusterveydenhuollon aseman ja resursoinnin toivottiin parantuvan. Ehdotettiin, että johtamista ja erikoissairaanhoidon kanssa tehtävää yhteistyötä kehitettäisiin sekä ammatinharjoittajamalli otettaisiin käyttöön .

7.1.4 Terveyskeskustyön myönteiset puolet ja ongelmat

Johtavat lääkärit kokivat terveyskeskustyössä olevan paljon myönteisiä puolia. Tärkeimpiä esille tuotuja myönteisiä puolia olivat työn monipuolisuus ja itsenäisyys, pitkät ja myönteiset potilassuhteet, sekä työn kokonaisvaltaisuus. Terveyskeskustyön koettiin olevan myös arvostettua ja työn palkitsevaa. Tutkimusmahdollisuuksien terveyskeskuksessa koettiin olevan hyvät. Eri terveyskeskusten välillä lääkäreiden palkkauksessa oli ilmeisesti eroja tai kokemukset palkkatasosta poikkesivat toisistaan, sillä vaikka jotkut johtavista lääkäreistä pitivät terveyskeskuslääkärivajeen syynä huonoa palkkausta, niin osa taas koki palkkauksen olevan kohdallaan.

Tärkeimpiä esille tuotuja ongelmia olivat työn kuormittavuus ja vähäinen arvostus sekä lääkäri työvoiman saannin vaikeus. Yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa ja työn organisoinnissa nähtiin olevan parantamisen varaa. Myös taloudelliset seikat, paperitöiden suuri määrä, henkilöstön ikääntyminen ja negatiivinen julkisuuskuvat tulivat vastauksissa esille.

7.2 Koulutus (osajulkaisut II,IV, V, VI)

Terveyskeskusten osallistumisesta lääketieteen perusopetukseen ja yleislääketieteen erikoislääkärikoulutukseen saatiin tietoa terveyskeskusten johtaville lääkäreille suunnatulla kyselyllä keväällä 2003. Tutkimuksessa saatiin myös perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen järjestelyistä tietoa, jota voitiin verrata PTL -lääkäreille ja heidän ohjaajilleen keväällä 2005 tehdyn kyselyn tuloksiin. Lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden ammatti-identiteettiä ja valmiuksia moniammatilliseen yhteistyöhön tutkittiin Porin opetusterveyskeskuksessa harjoittelujaksolla olleille opiskelijoille suunnatulla kyselyllä. Terveyskeskusten henkilökunnan ammatillista osaamista, täydennyskoulutautumista ja jatko-opintosuunnitelmia selvitettiin osana terveyskeskusten henkilökunnan työtyytyväisyyskyselyä keväällä 2004.

7.2.1 Terveyskeskusten osallistuminen perusopetukseen

Lääkärien perusopetusta oli järjestetty kevääseen 2003 mennessä 8:ssa Satakunnan ja 18:ssa Varsinais-Suomen terveyskeskuksessa. Myönteisinä asioina lääketieteen opiskelijoiden perusopetuksen järjestämisessä koettiin kontaktit nuoriin tuleviin lääkäreihin, mahdollisuudet saada heidät tulevaisuudessa työskentelemään terveyskeskukseen sekä se, että opiskelijat saavat opetusta myös yliopistosairaalan ulkopuolella. Hyvänä asiana pidettiin myös sitä, että opiskelijoita ohjaavan terveyskeskuslääkärin on, pystyäkseen opettamaan, pidettävä omat tietonsa ja taitonsa ajan tasalla. Kielteisenä asiana pidettiin sitä, että terveyskeskuslääkärin työn ohella aikaa opettamiseen on vaikea järjestää.

7.2.2 Moniammatillinen harjoittelu opetusterveyskeskuksessa

Kaikki 91 opiskelijaa, jotka osallistuivat ensimmäistä kertaa yhteiseen harjoittelujaksoon Porin opetusterveyskeskuksessa syyslukukauden 2005 lopulta kevätlukukauden 2006 päättymiseen, palauttivat myös IEPS lomakkeen täytettynä. Opiskelijoista 76 (83%) oli lääketieteen ja 15 (16 %) hoitotyön opiskelijoita. Kaikki opiskelijat eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin, mutta useimmissa vastauslomakkeissa oli kaikki kohdat täytetty.

Useimmat opiskelijoista olivat samaa mieltä IEPS lomakkeen väittämien kanssa. Korkeimmat keskiarvot asteikolla 1-6 (6=vahvasti samaa mieltä.... 1=vahvasti eri mieltä) saatiin väittämille: "Ammattikuntani edustajat tarvitsevat yhteistyötä muiden ammatti-

ryhmien kanssa” (keskiarvo 5,86) ja ”Ammattikuntani edustajien on luotettava toisten ammattiryhmien työhön” (5,69). Matalimmat keskiarvot saatiin väittämille: ”Ammattikunnallani on muita korkeampi status” (keskiarvo 3,98) ja ”Ammattikuntani edustajat tekevät kaikkensa ymmärtääkseen muiden ammattiryhmien osaamisen ja osuuden potilaan hoidossa” (4,16).

Lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoiden vastausten keskiarvot erosivat joiltakin osin toisistaan. Lääketieteen opiskelijat kokivat hoitotyön opiskelijoita selvemmin, että heidän ammattikunnallaan on muita korkeampi status ($p < 0.001$). Hoitotyön opiskelijat puolestaan kokivat lääketieteen opiskelijoita selvemmin, että heidän ammattikuntansa kykenee läheiseen yhteistyöhön muiden ammattiryhmien kanssa ($p = 0.013$) ja että heidän ammattikuntansa edustajat ovat äärimmäisen päteviä ($p = 0.034$). Sekä lääketieteen että hoitotyön opiskelijat kokivat, että lyhytkin yhteisharjoittelujakso edisti myönteistä asennetta moniammatilliseen yhteistyöhön.

7.2.3 Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaihe

Keväällä 2003 viidessä satakuntalaisessa ja kahdeksassa varsinaissuomalaisessa terveyskeskuksessa oli nimetty perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta vastaava lääkäri, joka useissa paikoissa oli ylilääkäri tai johtava lääkäri. Tavallisimmin perusterveydenhuollon lisäkoulutus oli tuolloin ollut toimintoihin perehdytystä siirryttäessä terveyskeskuksen uusiin toimintayksiköihin, osallistumista terveyskeskuksen koulutuksiin ja kokouksiin, sekä neuvomista ja opastamista potilaiden hoidossa tarvittaessa. Pääsääntöisesti suhtautumisen PTL -lääkäreihin katsottiin terveyskeskuksissa olleen myönteistä.

Kaksi vuotta myöhemmin, keväällä 2005, Satakunnan ja Varsinais-Suomen alueen terveyskeskuksista 16:ssa työskenteli PTL -lääkäreitä. Nimetty PTL -ohjaajalääkäri oli 19 terveyskeskuksessa, vaikka kaikissa näissä terveyskeskuksissa ei tutkimushetkellä työskennellytkään PTL -lääkäreitä. Kaikkiaan ohjaajalääkäreitä oli 52.

Kevään 2005 kyselyssä kolme neljäsosaa ($n = 19$) ohjaajalääkäreistä oli yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Muun kuin yleislääketieteen erikoislääkäritutkinnon oli suorittanut seitsemän ohjaajalääkäriä. Ohjaajista viidennes ($n = 6$) oli ylilääkäreitä.

Kyselyyn vastanneet PTL -lääkärit olivat työskennelleet terveyskeskuksessa keskimäärin 9 kk (minimi 2 kk, maksimi 24 kk ja mediaani 8,5 kk). Nimetty ohjaaja oli hieman useammalla kuin joka toisella PTL -lääkärillä, mutta sovitut ohjausajat oli vain joka toisella heistä (Taulukko 7). Lokikirjan käyttö ei ollut yleistä. Lokikirja on vihkonen, johon on kirjattu oppimistavoitteet ja jonka avulla sekä ohjaaja että ohjattava voivat seurata niiden toteutumista.

Taulukko 7. Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkärien ohjausjärjestelyt

	Kyllä				Ei			
	ohjattavat		ohjaajat		ohjattavat		ohjaajat	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nimetty ohjaaja	29	66	-	-	15	34	-	-
Sovitut ohjausajat	19	45	13	52	23	55	12	48
Lokikirja käytössä	10	23	15	58	34	77	11	42

Lisäpalkkaa ohjaustehtävästä sai 35 % (n=9) ohjaajista ja ohjaus oli huomioitu 35 % (n=9) ohjaajan työjärjestelyissä. Yli puolet (n=14) ohjaajalääkäreistä oli ohjausjärjestelyihin erittäin tai melko tyytyväisiä, mutta monet ohjaajalääkärit toivoivat ohjaukseen enemmän aikaa sekä taloudellisen korvauksen tehtävästä. Kaksi kolmasosaa (n=17) ohjaajista toivoi saavansa ohjaustehtäväänsä koulutusta. Koulutuksen sisällöksi toivottiin yleisesti pedagogiikkaa, ryhmäohjaustaitoja sekä vertaistukea muilta ohjaajilta.

Puolet PTL -lääkäreistä (n=21) ilmoitti olevansa erittäin tai melko tyytyväisiä nykyiseen ohjausjärjestelyynsä ja lähes viidesosa (n=8) kertoi olevansa melko tai erittäin tyytymättömiä. Lähes kolmasosa (n=13) vastasi, että ei ollut tyytyväinen eikä tyytymättömän ohjausjärjestelyihin. Yli puolet (n=24) koki olevan tarvetta muutoksiin ohjausjärjestelyissä. Ohjaukseen tyytyväisillä oli useammin nimetty ohjaaja ja sovitut ohjausajat kuin ohjaukseen tyytymättömillä (Taulukko 8). Avoimissa vastauksissa kysymykseen ohjauksen muutostarpeista PTL -lääkärit toivoivat helposti tavoitettavaa henkilökohtaista ohjaajaa, sovittuja tapaamisaikoja ja enemmän ohjausaikaa.

Taulukko 8. Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreiden tyytyväisyys ohjausjärjestelyihin ja kiinnostus erikoistua yleislääketieteeseen

	Tyytyväinen n=22		Ei tyytyväinen n=21		p-arvo (Fisher Exact Test)
	n	%	n	%	
Sukupuoli					
Mies	6	27	7	33	0.665
Nainen	16	73	14	67	
Nimetty ohjaaja					
On	18	86	9	45	0.006
Ei ole	3	14	11	55	
Sovitut ohjausajat					
On	17	81	1	6	<0.001
Ei	4	19	17	81	
Lokikirja					
On käytössä	7	32	3	15	0.201
Ei käytössä	15	68	17	85	
Yleislääket. erikoist					
Todennäköistä	6	27	7	33	0.665
Ei todennäköistä	16	73	14	67	

Kyselyyn vastanneista PTL -lääkäreistä kolmasosa (n=17) piti erittäin tai melko todennäköisenä, että valitsee erikoistumisalakseen yleislääketieteen ja lähes puolet (n=20) piti sitä erittäin tai melko epätodennäköisenä. Noin viidesosa vastaajista ei osannut sanoa kantaansa yleislääketieteeseen erikoistumiseen. Syiksi siihen, että yleislääkärin ura on epätodennäköinen vaihtoehto, vastaajat kertoivat alan laajuuden, muun erikoisalan suuremman kiinnostavuuden sekä työn raskauden ja pakkotahtisuuden. Tyytyväisyydellä PTL -vaiheen ohjaukseen ei ollut yhteyttä siihen, kuinka todennäköisenä vastaaja piti erikoistumista yleislääketieteeseen. (Taulukko 8).

Terveyskeskuksen sisäisiä koulutustilaisuuksia järjestettiin viikoittain yli puolelle (n=26) ja muutaman kerran kuukaudessa kolmasosalle (n=16) kyselyyn vastanneista PTL -lääkäreistä. Neljä vastanneista ilmoitti, että sisäistä koulutusta järjestettiin kerran kuukaudessa tai harvemmin. Terveyskeskuksen ulkopuoliseen koulutukseen oli mahdollisuus osallistua vähintään kerran kuukaudessa kahdella kolmasosalla (n=31). Tavallisia syitä vähäiseen terveyskeskuksen ulkopuoliseen koulutukseen osallistumiseen olivat kiire ja työpaine.

Lokikirja oli käytössä alle neljäsosalla (n=10) PTL -lääkäreistä ja yli puolella (n=15) ohjaajalääkäreistä. Avoimissa vastauksissa lokikirjan käyttämättömyyden syiksi PTL -lääkärit kertoivat viitseliäisyyden ja ajan puutteen, kirjan vaikuttamattomuuden työkuvaan sekä sen, että kirjan olemassaolosta ei ole tietoa. Ohjaajalääkäreistä monet kertoivat syyksi lokikirjan käyttämättömyyteen ajan puutteen ja sen, että sitä ei ole koettu tarpeelliseksi.

7.2.4 Erikoislääkärikoulutus

Keväällä 2003 yleislääketieteen erikoistumiskoulutukseen osallistui 7 satakuntalaista ja 11 varsinaissuomalaista terveyskeskusta. Kyselyhetkellä erikoistuvia lääkäreitä työskenteli kuudessa satakuntalaisessa ja yhdeksässä varsinaissuomalaisessa terveyskeskuksessa. Taulukossa 9 on kuvattu, miten erikoistujien ohjaus oli vastaajien mukaan terveyskeskuksissa järjestetty.

Taulukko 9. Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutettavien ohjaus Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksissa 1.4.2003; vastausten lukumäärät

	Satakunta	Varsinais-Suomi
	n	n
Terveyskeskuksessa erikoistujia	6	9
Erikoistujille nimetty ohjaaja	6	7
Ohjaukseen varataan aikaa	1	4
Ohjaukseen voi käyttää työaikaa	3	5
Ohjauksesta maksetaan erillinen korvaus	0	1

Satakuntalaisista johtavista lääkäreistä 7 ja varsinaissuomalaisista 11 oli halukkaita kehittämään yleislääketieteen erikoislääkärikoulutusyhteistyötä yliopiston kanssa. Vastaavasti satakuntalaisista kolme ja varsinaissuomalaisista viisi ei ollut kiinnostunut yhteistyön kehittämisestä.

7.2.5 Tutkimustoiminta

Satakuntalaisista johtavista lääkäreistä neljä ja varsinaissuomalaisesta kuusi ilmoitti, että kyseisissä terveyskeskuksissa tehdään tutkimuksia. Useimmissa paikoissa tutkimusta olivat tehneet yksittäiset lääkärit, ja tavallisesti yhteistyökumppanina oli toiminut lääketeollisuus. Kuusi satakuntalaista ja kuusi varsinaissuomalaista johtavaa lääkäriä ilmaisi olevansa kiinnostunut tutkimusten suorittamisesta terveyskeskuksessaan tulevaisuudessa. Tutkimusaiheiden toivottiin yleisesti olevan käytännönläheisiä ja liittyvän terveyskeskustyön kehittämiseen.

7.2.6 Henkilökunnan ammatillinen osaaminen, täydennyskouluttautuminen ja jatko-opintosuunnitelmat

Terveyskeskusten potilastyössä olevalle henkilökunnalle suunnatussa kyselyssä 20 % vastaajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta nykyiseen tehtäväänsä, 57 % koki työtehtävien vastaavan nykyisiä valmiuksiaan ja 18 % koki valmiuksiensa riittävän nykyistä vaativampiinkin tehtäviin. Kykyjensä, tietojensa ja taitojensa riittävydestä tulevaisuudessa koki epävarmuutta melko tai erittäin paljon 8 % vastaajista, jonkin verran 34 % ja vähän tai erittäin vähän 57 %. Laaja-alaisempia työtehtäviä olisi ollut valmis suorittamaan mielellään tai erittäin mielellään 63 % ja syvällisempiä tehtäviä 65 % vastaajista. Vastaajista 39 %:lla oli tutkintoon tähtäävät opinnot meneillään tai aikomus aloittaa opinnot tulevaisuudessa. Lääkärivaje ei vaikuttanut vastaajien mielipiteeseen koulutus- tarpeestaan, omien tietojen ja taitojen riittävydestä, halukkuuteen työnkuvan muutokseen tai opintoaikomukseen. Sen sijaan lääkärivaje näytti vaikeuttavan täydennyskoulutukseen pääsyä (Taulukko 10).

Taulukko 10. Henkilöstön osallistuminen täydennyskoulutukseen kyselyä edeltäneiden 12 kuukauden aikana lääkärivajeen mukaan ryhmiteltynä

	Lääkärivaje <5 %	Lääkärivaje 5-19 %	Lääkärivaje 20-39 %	Lääkärivaje 40 % tai yli	p (khi-neliö testi)
Ei yhtään päivää	8 %	9 %	12 %	16 %	
1-2 päivää	35 %	30 %	41 %	47 %	< 0,001
3-4 päivää	26 %	26 %	26 %	17 %	
Yli 5 päivää	31 %	35 %	21 %	20 %	

7.3 Lääkäritilanne, terveyskeskusten toiminta ja terveyskeskusten henkilökunnan työtyytyväisyys (osajulkaisut IV ja V)

Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten toimintaa ja terveyskeskusten henkilökunnan työtyytyväisyyttä selvitettiin potilastyötä tekeväälle henkilöstölle suunnatulla kyselyllä keväällä 2004. Työtyytyväisyyskyselyssä yhden muistutuskirjeen jälkeen lomakkeen palautti 1447 työntekijää, joista 655 työskenteli Satakunnan ja 774 Varsinais-Suomen terveyskeskuksissa (Taulukko 11). Vastausaktiivisuus Satakunnassa oli 60 %, Varsinais-Suomessa 45 % ja koko alueella 54 %. Lomakkeita palautui täyttämättömänä 156, koska vastaanottaja ei enää työskennellyt ko. terveyskeskuksessa. Vastajat olivat iältään 21:stä 63:een vuotta (keski-ikä 45 v.), ja he olivat työskennelleet sosiaali- ja terveysalalla 0-42 vuotta, keskimäärin 20 v. Miesten ja lääkäreiden vastausaktiivisuus jäi muita vähäisemmäksi. Vastausaktiivisuus jäi muita vähäisemmäksi terveyskeskuksissa, joissa lääkäritilanne oli hyvä.

Taulukko 11. Työtyytyväisyyskyselyn vastausaktiivisuudet lääkärivajeen, terveyskeskuksen koon, vastaajan sukupuolen ja työntekijäryhmän mukaan.

		Terveyskeskusten lukumäärä	Palautetut lomakkeet (N)	Vastaus %
Lääkärivaje	0-5 %	10	535	50
	5-19 %	4	347	57
	20-39%	7	381	56
	40 -	3	166	56
Terveyskeskuksen väestöpohja	< 10 000	10	219	52
	10 000-24 999	9	586	57
	25 000 – 40 000	3	330	54
	> 40 0000	2	294	44
Sukupuoli	Mies		71	39
	Nainen		1376	55
Työntekijäryhmä	Avustava henkilökunta (terveyskeskusavustaja, perushoitaja, kuntohoitaja, ambulanssin kuljettaja)		467	53
	Hoitohenkilökunta (sairaanhoidaja, fysioterapeutti, terveydenhoitaja, laboratoriohoitaja, röntgenhoitaja)		733	59
	Lääkäri		99	35
	Erityistyöntekijä (psykologi, ravitsemusterapeutti, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä)		28	58
	Ylihoitaja, johtava hoitaja, osastonhoitaja		68	58
	Johtava lääkäri, ylilääkäri		17	53
Yhteensä			1447	54

7.3.1 Johtamistapa

Vastaajista 59 % oli melko tai hyvin tyytyväisiä oman työyksikkönsä johtamistapaan. Työyksiköllä tarkoitettiin esimerkiksi terveyskeskuksen lääkärinvastaanottoa tai vuodeosastoa. Tyytymättöimpiä olivat työntekijät niissä terveyskeskuksissa, joissa lääkä-

rivaje oli 20-39 % ja niissä, joissa lääkarivaje oli yli 40% (Taulukko 12). Organisaatiolla tarkoitettiin koko terveyskeskusta ja sen johtamistapaan oli tyytyväisiä 34 % vastaajista. Tyytymättömiä olivat työntekijät, jotka työskentelivät vaikeimman lääkarivajeen terveyskeskuksissa.

Taulukko 12. Tyytyväisyys oman työyksikön ja organisaation johtamistapaan sekä mielipide palvelujen laadusta ja riittävydestä lääkarivajeen vaikeusasteen mukaan

	Lääkarivaje <5 %		Lääkarivaje 5-19 %		Lääkarivaje 20-39 %		Lääkarivaje 40 % tai yli		p-arvo (khi neliö)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tyytyväisyys työyksikön johtamistapaan									
Tyytyväinen	350	56	293	66	73	53	116	57	<0.001
Neutraali	137	22	71	16	25	18	28	14	
Tyytymätön	138	22	80	18	41	29,5	60	29,4	
Tyytyväisyys organisaation johtamistapaan									
Tyytyväinen	221	36	169	39	46	33	42	20,5	<0.001
Neutraali	178	29	149	34	55	39	51	25	
Tyytymätön	221	35	119	27	39	28	112	55	
Oman toiminta-alueen palvelujen riittävyys									
Riittävä	253	41	182	42	62	44	65	31	0,054
Ei osaa sanoa	97	16	57	13	27	19	38	18	
Riittämätön	267	43	196	45	52	37	104	50	
Työpaikan tarjoaman palvelun laatu									
Korkealaatuinen	467	75	343	78	96	68	126	61	<0.001
Keskinkertainen	142	23	91	21	42	30	66	32	
Heikko	10	2	5	1	3	2	15	7	

7.3.2 Palvelujen riittävyys ja laatu

Toiminta-alueensa palveluja piti riittävinä 40 % kaikista vastaajista ja riittämättöminä 44 % vastaajista. Lääkarivajeen mukaan tarkasteltuna eri terveyskeskusten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja tyytyväisyydessä palveluiden riittävyteen. (Taulukko 12). Toimintayksikkönsä palvelujen laatua piti hyvänä 73 % vastanneista. Korkealaatuisimpana palveluja pitivät niiden terveyskeskusten työntekijät, joissa lääkäritilanne oli hyvä.

7.3.3 Työyhteisön toimivuus ja työilmapiiri

Työyksikkönsä toimintaan oli täysin tai jokseenkin tyytyväisiä 68 % vastaajista. Työyksiköllä tarkoitettiin esim. terveyskeskuksen vastaanottoa tai vuodeosastoa. Työilmapiiriin liittyvät tekijät olivat kuormittaneet erittäin harvoin tai harvoin 70 % vastanneista. Lääkarivajeen vaikeusasteen mukaan luokiteltujen terveyskeskusten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

7.3.4 Ylimääräinen työ, stressi ja kiire

Ylimääräistä työtä ilman erillistä korvausta teki viikoittain 17 % kaikista vastanneista ja 10 % koki työssään stressiä melko tai erittäin paljon. Kiire kuormitti usein 54 %:a kaikista vastanneista. Lääkäritilanteella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä korvauksettoman työn tekemiseen, stressin kokemiseen tai kiireen kuormittavuuteen.

7.3.5 Kiinnostus etsiä uutta työtä

Kaikista kyselyyn vastanneista 18 % oli etsinyt viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana itselleen uutta työtä. Suurin työnhakuaktiivisuus (20 %) oli sellaisten terveystieteiden työntekijöillä, joiden lääkärivaje oli alle 5 %, ja pienin (10 %) terveystieteiden työntekijöissä, joiden lääkärivaje oli vähintään 40 %. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

7.3.6 Uudistushenkisyys, työnjako ja osallistumismahdollisuudet

Uudistushenkisyys oli yleisintä kaikkein lievimmän ja vaikeimman terveystieteiden lääkärivajeen terveystieteiden työntekijöissä (Taulukko 13). Työyhteisön työnjakoa pitivät onnistuneena useimmin niiden terveystieteiden työntekijät, joissa lääkäritilanne oli vaikein, joskin tulos oli ainoastaan suuntaa antava. Noin kolmella neljäsosalla vastaajista oli ainakin jonkin verran osallistumismahdollisuuksia omaan työhönsä liittyvien muutosten suunnitteluun. Uusiin tehtäviin perehdyttämiseen oli tyytyväisiä suurin osa vastaajista terveystieteiden lääkärivajeesta riippumatta.

Taulukko 13. Työpaikan toiminnan kehittäminen, työnjako, henkilökunnan osallistumismahdollisuudet muutosten suunnitteluun ja perehdytys lääkärivajeen suhteen luokiteltuna. Terveystieteiden ryhmittely lääkärivajeen mukaan on tehty oman, keväällä 2003 toteutetun kyselyn perusteella

	Lääkärivaje <5 %	Lääkärivaje 5-19 %	Lääkärivaje 20-39 %	Lääkärivaje 40 % tai yli	p-arvo (khi-neliö)
Työpaikan toimintaa kehitetään					
Harvoin	15 %	22 %	22 %	16 %	
Silloin tällöin	51 %	50 %	42 %	56 %	0.006
Usein	34 %	28 %	36 %	28 %	
Työyhteisömme työnjako on onnistunut					
Samaa mieltä	68 %	61 %	66 %	75 %	
Ei osaa sanoa	14 %	15 %	15 %	11 %	0.145
Eri mieltä	18 %	24 %	19 %	14 %	
Osallistumismahdollisuuksia muutosten suunnitteluun					
Paljon	32 %	32 %	37 %	41 %	
Jonkin verran	42 %	43 %	36 %	37 %	0.206
Vähän tai erit. vähän	26 %	25 %	27 %	22 %	
Perehdyttämisestä on huolehdittu					
Hyvin	61 %	60 %	57 %	66 %	
Huonosti	39 %	40 %	43 %	34 %	0.311

Tosiarvoiset työt ja jatkuvat muutokset kuormittivat useimmin niiden terveyskeskusten työntekijöitä, joissa lääkäritilanne oli hyvä (Taulukko 14). Koulutetun henkilökunnan vähyys kuormitti erityisesti keskivaikean terveyskeskuslääkärivajeen terveyskeskusten henkilökuntaa. Kuormitus oli kaikkein vähäisintä, jos lääkärivaje oli yli 40 %, mutta erot olivat pieniä. Rooliristiriitojen ja epäselvän tehtäväkuvan kuormittavuudet eivät olleet yhteydessä lääkärivajeeseen.

Taulukko 14. Tosiarvoisten töiden, epäselvän tehtäväkuvan, rooliristiriitojen, jatkuvien muutosten ja koulutetun henkilökunnan vähäisyyden kuormittavuus lääkärivajeen mukaan. Terveyskeskusten ryhmittely on tehty oman, keväällä 2003 toteutetun kyselyn perusteella

Kuinka usein seuraavat seikat ovat kuormittaneet viimeisen 12 kk aikana?	Lääkärivaje <5 %	Lääkärivaje 5-19 %	Lääkärivaje 20-39 %	Lääkärivaje 40 % tai yli	p-arvo (khi-neliö)
Toisarvoiset työt					
Harvoin	30 %	38 %	32 %	39 %	0.002
Silloin tällöin	35 %	34 %	43 %	38 %	
Usein	35 %	28 %	25 %	23 %	
Epäselvä tehtäväkuva					
Harvoin	78 %	73 %	70 %	80 %	0.131
Silloin tällöin	16 %	20 %	21 %	14 %	
Usein	6 %	7 %	9 %	6 %	
Rooliristiriidat					
Harvoin	75 %	70 %	69 %	70 %	0.211
Silloin tällöin	18 %	18 %	21 %	19 %	
Usein	7 %	12 %	10 %	11 %	
Jatkuvat muutokset					
Harvoin	57 %	66 %	63 %	68 %	0.002
Silloin tällöin	22 %	22 %	23 %	22 %	
Usein	21 %	12 %	14 %	10 %	
Koulutetun henkilökunnan vähäisyys					
Harvoin	59 %	65 %	52 %	68 %	0.002
Silloin tällöin	23 %	19 %	28 %	15 %	
Usein	18 %	16 %	20 %	17 %	

8. Pohdinta

Väitöskirjan kuudella osatutkimuksella saatiin varsin kattava kuva Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten tilanteesta tutkimuksen ajankohtana, sillä niihin osallistui tavalla tai toisella kaikki alueen terveyskeskukset. Satakunnan terveyskeskusten lääkäritilanne oli heikompi kuin Varsinais-Suomen. Terveyskeskuksissa oli kiinnostusta koulutus- ja tutkimusyhteistyöhön yliopiston kanssa. Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreiden ohjaus Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksissa koheni tutkimuksen aikana. Lääkäripulalla oli vain vähän vaikutusta työntekijöiden työviihtyvyyteen. Pääosa terveyskeskusten henkilöstöstä koki koulutuksensa riittävän nykyiseen tehtäväänsä, mutta heillä oli kiinnostusta laajentaa ja syventää tehtäväkuvaansa sekä myös kouluttautua sitä varten. Lääketieteen ja hoitotyön opiskelijat omaavat jo opiskeluaikana vahvan ammatti-identiteetin, ja he ymmärtävät oman merkityksensä tiimiytyneessä terveydenhuollon palvelujärjestelmässä.

8.1 Aineisto ja menetelmät

Tutkimus tehtiin kahden maakunnan alueella läntisessä Suomessa. Tutkimuksen tulokset kuvaavat tämän alueen tilannetta, ja alue poikkeaa esimerkiksi kulttuurisesti, ikä- tai elinkeinorakenteeltaan mm. Itä- ja Pohjois-Suomesta tai pääkaupunkiseudusta. Tuloksia ei tästä syystä voida suoraan yleistää koskemaan koko maan terveyskeskuksia, vaan ne ovat suuntaa antavia.

Johtaville lääkäreille tehty kysely kattoi hyvin Satakunnan ja Varsinais-Suomen alueen. Lääkäritilannetta koskevat tiedot saatiin kaikista Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksista, ja suurimmasta osasta terveyskeskuksia saatiin vastaukset myös kaikkiin muihin lomakkeen kysymyksiin.

Työtyytyväisyyskyselyn vastausaktiivisuus oli tutkimuksessa 54 %, mitä voidaan pitää kohtuullisena, kun kyseessä on laaja postikysely. Ikä- ja sukupuolijakaumaltaan vastaajat edustivat Suomen terveydenhuollossa toimivia henkilöitä (Kauppinen ym. 2007). Vastaajat edustivat kattavasti terveyskeskusten eri ammattiryhmiä, vaikka eri ryhmien välisessä vastausaktiivisuudessa olikin jonkin verran eroja. Lääkäreiden vastausaktiivisuus oli ammattiryhmistä matalin (35 %), mikä on melko tavallista terveydenhuoltohenkilöstöä koskevissa kyselytutkimuksissa (Asch ym. 1997). Koska eri ammattiryhmäkohtaiset vastaajamäärät olivat hyvin eri kokoisia ei ollut mahdollista tehdä lueteltavia vertailuja ammattiryhmien välillä. On mahdollista, että esimerkiksi lääkärin kohdalla lääkärivajeella olisi voinut olla negatiivisempi vaikutus työtyytyväisyyteen kuin muiden ammattiryhmien kohdalla. Vaikka hyvän lääkäritilanteen terveyskeskusten työntekijöiden vastausaktiivisuus jäikin lääkärivajeterveyskeskusten työntekijöiden vastausaktiivisuutta pienemmäksi, heidän osuutensa kaikista vastaajista on niin suuri, että lääkärivajeen suhteen tehtyjä vertailuja voidaan pitää luotettavina. Terveyskeskus-

ten lukumäärä oli melko pieni ja siten kuhunkin lääkärivajeryhmään tuli vain muutamia terveyskeskuksia. Näin on mahdollista että yksittäisten terveyskeskusten toimintakulttuurin erityispiirteet heijastuvat korostuneesti vastauksissa. Osa terveyskeskuksista ei lähtenyt lainkaan mukaan tutkimukseen. Syynä tähän saattaa olla erilaisten henkilöstöä koskevien kyselyjen suuri määrä, haluttomuus saattaa terveyskeskuksen sisäisiä asioita ulkopuolisen tutkijatahon tietoon, tai se, että ehdotus osallistumisesta ei tavoittanut terveyskeskuksen johtavaa lääkäriä. Todennäköisesti syytä osallistumattomuuteen oli erilaisia, ja tästä tuskin tuli vääristymää tutkimuksen tuloksiin.

Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreille ja heidän ohjaajilleen suunnattuun kyselyyn saatiin vastauksia kaikkiaan 17 tutkimusterveyskeskuksesta (68 %), ja vastausprosentiksi tuli ohjaajien osalta 50 ja ohjattavien 48. Kysely antoi hyvän alueellisen kuvan PTL -lääkäreiden ohjausjärjestelyistä, koska vastauksia saatiin suurimmasta osasta tutkimushetkellä PTL- lääkäreitä kouluttavasta terveyskeskuksesta.

Opiskelijakysely oli kattava. Kaikki Porin opetusterveyskeskuksessa syyslukukauden lopulla 2005 ja kevätlukukauden 2006 loppuun ensimmäistä kertaa käytännön jaksolla olleet lääketieteen ja hoitotyön opiskelijat täyttivät kyselylomakkeet. Väitöskirjassa mukana oleva aineisto oli vielä melko pieni, ja kyselyä jatkettiin vielä kevätlukukauden 2007 loppuun asti, jolloin vastauksia saatiin kaikkiaan 192 opiskelijalta (Jaatinen ym. 2008b). Opiskelijaryhmien väliset erot säilyivät muuttumattomina laajemmassakin aineistossa.

Lääkärivajeen suhteen tehdyissä vertailuissa käytettiin kahta erilaista aineistoa lääkäri-vajeesta. Osajulkaisussa V, jossa tarkasteltiin terveyskeskusten toimintaa, ammattiryhmien välistä työnjakoa sekä henkilöstön täydennyskouluttautumista, terveyskeskusten lääkäritilannetietona käytettiin osajulkaisussa I kuvatun oman kyselyn tuloksia. Osajulkaisun IV arviointiprosessissa kiinnitettiin erityistä huomiota lääkäritilannetietojen ja työtyytyväisyyskyselyn toteuttamisen väliseen ajalliseen eroon. Tällöin saatiin käyttöön Suomen Lääkäriliiton keräämät lääkäritilannetiedot syksyiltä 2003 ja 2004 Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksista. Kaiken kaikkiaan lääkäritilanteissa tapahtui vain hyvin vähäisiä muutoksia eri selvitysaikojen välillä, mutta joidenkin yksittäisten terveyskeskusten kohdalla tapahtui siirtymistä lääkärivajeluokasta toiseen. Vaikka tutkimuksessa on käytetty kahta aineistoa luokitteluun, voidaan tehtyjä vertailuja näin ollen pitää luotettavina.

Tutkimusmenetelmäksi päädyttiin valitsemaan lomakekyselyt. Kyselytutkimukselle ominaisesti saatu tieto kuvastaa vastaajien mielipiteitä, käsityksiä ja kokemuksia. Näihin vaikuttavat monet muutkin seikat kuin suoraan työhön tai työpaikkaan liittyvät tekijät. Syventävää tietoa olisi mahdollisesti saatu esimerkiksi haastattelemalla terveyskeskusten henkilökuntaa ja tutkimusta saattaisi olla tarkoituksenmukaista laajentaa tähän suuntaan myöhemmin. Väitöskirjan osatutkimuksissa käytettiin neljää erilaista kyselylomaketta, joista kaksi (kysely terveyskeskusten johtaville lääkäreille ja PTL -kyselylomake) oli kokonaan itse suunniteltuja, ja yksi aiemmin käytetty (IEPS) suo-

mennettiin tutkimusta varten. Suomennetulle lomakkeelle ei tehty kaksoiskääntämistä eli kääntämistä takaisin englannin kielelle, mikä saattaa heikentää käännöksen luotettavuutta. Yksi lomake (työtyytyväisyyskysely) oli pääosin sama kuin aiemmissa tutkimuksissa käytetty. Itse suunniteltujen lomakkeiden etuna oli se, että voitiin tiedustella juuri niitä asioita, joista oltiin kiinnostuneita. Suomennetun lomakkeen jotkin kysymykset saattoivat vastaajista tuntua vierailta tai huonosti sopivilta omiin olosuhteisiimme. Työtyytyväisyyskyselylomake oli turhankin laaja, ja aineiston analyysivaiheessa tuli ilmi, että esimerkiksi vastaajien taustatietoja ja työnkuvaa olisi ollut syytä tiedustella tarkemmin. Aiemmin käytettyjen lomakkeiden etuna oli kuitenkin se, että ne olivat käytännössä testattuja.

8.2 Lääkärivaje

Huhtikuussa 2003 Satakunnan terveyskeskusten lääkärinviroista oli täyttämättä 18 %:a ja Varsinais-Suomen 7 %:a. Lääkärivaje oli siten samantasoinen kuin Suomen Lääkäriliiton lokakuussa 2003 tekemässä selvityksessä (Suomen Lääkäriliitto 2004). Tutkimushetkellä Satakunnan lääkäritilanne oli näin selvästi huonompi kuin Varsinais-Suomen. Suurin osa Varsinais-Suomen terveyskeskuksista oli sellaisia, joissa lääkärivaje oli varsin pieni, eli alle 5 %, kun taas Satakunnan terveyskeskuksista useimmissa lääkärivaje oli 20 % tai enemmän.

Virkojen täyttämättömyyden pääasiallisena syynä oli hakijoiden puute, mutta kahdessa terveyskeskuksessa myös taloudelliset tekijät olivat olleet esteenä virkojen täytölle. Kunnissa voi olla myös ominaispiirteitä, jotka vaikeuttavat terveyskeskuslääkäri työvoiman saantia, kuten kunnan kaksikielisyys. Hyvä lääkäritilanne selittyi lääkärikunnan pysyvyydellä, terveyskeskuksen hyvällä maineella, maantieteellisellä sijainnilla sekä väestövastuuvirkaehtosopimuksella.

Kyselyssä tiedusteltiin ainoastaan, kunka moni lääkäriviroista oli kokonaan täyttämättä. Todennäköisesti osa viroista oli hoidettuna erilaisin sijaisjärjestelyin, mikä voi aiheuttaa runsaastikin perehdytyksen ja neuvonnan tarvetta vaikinmaiselta henkilökunnalta.

Johtavat lääkärit arvelivat lääkäripulan jatkuvan myös viiden vuoden päästä tutkimusajankohdasta, ja tämä vaikuttaa toteutuneenkin. Terveyskeskuksissa on edelleen vuonna 2008 lääkärivajetta, ja se on joillakin alueilla jopa pahentunut (Vänskä ym. 2008). Ostopalveluiden ja vuokralääkärifirmojen käyttö on lisääntynyt, ja jopa kokonaisia terveysasemia on ulkoistettu (Parmanne ym. 2006).

8.3 Koulutus ja ammatillinen osaaminen

8.3.1 Lääketieteen perusopetus terveyskeskuksissa

Suurimmassa osassa Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksista lääkärit olivat osallistuneet perusopetukseen. Kokemukset lääketieteen opiskelijoiden terveyskeskusjaksoista olivat olleet pääasiassa myönteisiä. Ongelmallisena pidettiin lähinnä opettamiseen tarvittavien ajan ja taloudellisten voimavarojen löytämistä. Suurin osa johtavista lääkäreistä oli kiinnostunut opetusyhteistyön kehittamisestä.

8.3.2 Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaihe

Keväällä 2003 perusterveydenhuollon lisäkoulutukseen osoitettuja virkoja oli sekä Satakunnassa että Varsinais-Suomessa vähän, ja näistä viroista oli Satakunnassa puolet täyttämättä. Pääasiassa kuitenkin perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheessa olevat lääkärit työskentelevät erilaisissa sijaisuuksissa, eivätkä virkamäärät siten kuvaa heidän todellista määräänsä alueella.

Vielä keväällä 2003 harvoissa terveyskeskuksissa perusterveydenhuollon lisäkoulutusta saaville lääkäreille oli nimetty ohjaaja. Useimmiten ohjausvastuu oli yli- tai johtavalla lääkärillä. Ohjaus oli harvoissa terveyskeskuksissa systemaattista, eikä sille oltu varattu erillistä aikaa. Vaikka nimettyjä ohjaajia ei kovin monessa terveyskeskuksessa ollutkaan, heidän täydennyskoulutustaan yliopiston järjestämänä suurin osa johtavista lääkäreistä piti tarpeellisenä. Myös perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen teoreettisen koulutuksen sisällössä nähtiin runsaasti kehitettävää.

Kahden vuoden aikana tapahtui PTL -lääkäreiden ohjauksessa kehitystä parempaan. Keväällä 2005 suurimmalla osalla kyselyyn vastanneista PTL -lääkäreistä oli nimetty ohjaaja ja lähes puolella oli sovitut tapaamisajat ohjaajansa kanssa. Pääosalle vastanneista järjestettiin säännöllistä toimipaikkakoulutusta, ja terveyskeskuksen ulkopuoliseen koulutukseenkin oli suurimmalla osalla mahdollisuus osallistua vähintään kerran kuukaudessa. Kaikki vastaajat eivät kokeneet ulkopuoliseen koulutukseen osallistumista edes tarpeelliseksi, mutta monilla kiire ja työpaine estivät koulutukseen osallistumisen. Viidesosa ohjaajista toimi terveyskeskuksen johtavana tai ylilääkärinä. Pääosa ohjaajista huolehti ohjaustehtävästään oman muun työnsä ohessa ilman taloudellista tai aikakompensaatiota.

Varsin monet sekä ohjattavista että ohjaajista kokivat keväällä 2005, että ohjausjärjestelyissä on tarvetta muutoksiin. Useammilla ohjaukseen tyytyväisillä PTL -lääkäreillä oli nimetty ohjaaja ja sovitut tapaamisajat kuin ohjaukseen tyytymättömillä. Avoimissa vastauksissa ohjaukseen tyytymättömät toivoivat henkilökohtaista ohjaajaa ja sovittuja palaveriaikoja.

8.3.3 Erikoislääkärikoulutus

Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutukseen osallistui keväällä 2003 yli puolet näiden kahden maakunnan terveyskeskuksista, ja kyselyhetkellä erikoistujia työskenteli 42 % terveyskeskuksista. Lähes kaikissa niissä terveyskeskuksissa, joissa erikoistujia oli, heille oli nimetty ohjaajat. Ilmeisesti yleislääketieteen erikoistujien ohjaukseen on alettu kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota, koska vuonna 1999 tehdystä valtakunnallisesta selvityksestä vain 42 %:lle yleislääketieteeseen erikoistuvista oli nimetty henkilökohtainen ohjaaja (Halonen ym. 2001). Erikoistujien ohjaus oli kuitenkin melko epäsystemaattista, ja vain viidessä terveyskeskuksessa ohjaukseen oli varattu erillinen aika. Tähän asti erikoistujan ohjaaminen on useimmiten tapahtunut ohjaajan oman työn ohessa, ja siitä on harvoin maksettu erillistä korvausta. Työaikaa ohjaukseen on voinut käyttää, mutta koska omalääkärivirkaehtosopimuksessa ei työaikaa ole määritelty, ei työntekijän käyttömahdollisuudesta ole useinkaan ollut ohjaajalle taloudellista hyötyä. Suurin osa johtavista lääkäreistä on halukas kehittämään yhteistyötä yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksen osalta yliopiston kanssa.

Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreille suunnatussa kyselyssä noin kolmannes vastanneista PTL –lääkäreistä oli suunnitellut erikoistumista yleislääketieteeseen. Kiinnostus yleislääketiedettä kohtaan oli aineistossa suurempaa kuin toisessa suomalaisia lääkäreitä koskevassa tutkimuksessa (Vänskä ym. 2005). Mahdollisesti yleislääketieteeseen suuntautuneet nuoret lääkärit vastasivat aktiivisemmin kuin ne, joita yleislääketiede ei kiinnostanut. Tässä tutkimuksessa ei tullut esille, että PTL –lääkärien ohjauksella olisi merkitystä nuorten lääkäreiden kiinnostukselle yleislääkäriin uraan kohtaan. Havainto tukee aiempia tutkimustuloksia, joiden mukaan yleislääkäriksi ennemminkin synnytyään kuin kasvetaan, sillä mm. sosioekonomisella taustalla, persoonallisuuden piirteillä, kotiseudulla ja sukupuolella on ennustemerkitystä erikoistumisalan valinnassa (Senf ym. 2003).

Tieteellisiä tutkimuksia kyselyyn osallistuneissa terveyskeskuksissa on tehty tähän asti melko vähän, ja niiden suorittaminen on perustunut yksittäisten lääkäreiden omaan mielenkiintoon. Monet tutkimuksista ovat olleet lääketeollisuuden organisoimia ja rahoitettavia. Kiinnostusta tutkimustoimintaan terveyskeskuksissa kuitenkin on melko paljon, ja käytännön työtä hyödyttäviä tutkimuksia halutaan suorittaa.

8.3.4 Terveyskeskusten henkilökunnan ammatillinen osaaminen

Suurin osa terveyskeskusten työntekijöistä koki omaavansa hyvät valmiudet selviytyä nykyisestä työstään, ja vain noin kymmenesosa koki epävarmuutta kykyjensä ja taitojensa riittävydestä tulevaisuudessa. Henkilökunnalla on siis kiinnostusta laaja-alaisesti ja syventää tehtäväkuvaansa sekä myös halua kouluttautua sitä varten. Ammatilliseen täydennyskoulutukseen osallistumismahdollisuudet vähenivät lääkärivajeen myötä, mikä on valitettavaa, koska ammattitaidon ylläpito on välttämätöntä ja jo asetuksenkin

edellyttämää kehittyvässä terveydenhuollossa ja riittämättömäksi koettu ammatillinen pätevyys lisää työuupumuksen todennäköisyyttä.

8.4 Lääkärivajeen merkitys terveyskeskusten toiminnalle, ilmapiirille ja henkilökunnan työtyytyväisyydelle

8.4.1 Johtavien lääkärien näkökulma

Lääkärivajeesta terveyskeskuksissa oli ollut monenlaisia epäedullisia seurauksia, ja terveyskeskustyön tulevaisuus nähtiin melko synkkänä. Johtavilla lääkäreillä oli kuitenkin runsaasti ehdotuksia siitä, miten lääkärivaje terveyskeskuksissa olisi ehkäistävissä. Tärkeimpinä keinoina lääkärivajeen ehkäisemiseksi johtavat lääkärit toivat työn organisoimisen, työolosuhteiden parantamisen, lääkärikoulutuksen ja palkkauksen kehittämisen. On myös osoittautunut, että hyvällä ohjauksella ja perehdytyksellä terveyskeskustyö voidaan saada houkuttelevaksi (Wasen 2003).

8.4.2 Henkilökunnan kokemukset työpaineesta, työn organisoimisesta, työn laadusta ja johtamisesta

Suuri osa työtyytyväisyyskyselyyn vastanneista koki toiminta-alueensa palvelut riittämättömiksi, mutta lääkäripulalla ei näyttäisi olevan merkitystä kokemukseen palvelujen riittävydestä. Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä työpaikkansa palvelujen laatuun, mutta lääkärivaje vaikutti kuitenkin vähentävän tyytyväisyyttä. Ilmeisesti vaikeassa lääkäritilanteessa joudutaan voimavarat käyttämään palvelujen määrällisen riittävyyden turvaamiseen laadun kustannuksella.

Tähän tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä teki korvauksetonta työtä viikoittain 17 %, mikä oli jonkin verran enemmän kuin suomalaisessa työoloja koskevassa tutkimuksessa, jossa v. 2003 ilman korvausta teki ylimääräistä työtä 12 % työntekijöistä (Kauppinen ym. 2007). Lääkäripula ei näyttäisi lisäävän korvauksettoman työn tekemisen määrää tai vastaajien kokemaa stressiä.

Työn organisointiin ja työpaikan uudistushenkisyyteen olivat tyytymättömmimpiä niiden terveyskeskusten työntekijät, joissa lääkärivaje oli lievä tai keskivaikea, kun taas kaikkein vaikeimmassa lääkäritilanteessa henkilökunta oli keskimäärin tyytyväisempää.

Epäselvä tehtäväkuva ja rooliristiriidat vaikuttivat myös kuormittavan työntekijöitä eniten lievän tai keskivaikean lääkärivajeen terveyskeskuksissa. Jos lääkäritilanne on hyvä, on ilmeisesti niin, että kullakin on oma selkeä paikkansa työyhteisössä, kukin hoitaa omat tehtävänsä ja työyhteisö voi toimia perinteisen roolimallin mukaan. Jos terveyskeskuksessa on jonkin verran vajetta lääkäri työvoimasta, joudutaan kamppailemaan väestön palvelutarpeiden tyydyttämiseksi, mutta välttämättä ei kehitetä tietoisesti

uusia toimintamalleja. Vaikeimmassa lääkäritilanteessa taas tehtäviä todennäköisesti priorisoidaan ja uudelleen organisoidaan.

Lääkärivaje ei näyttäisi lisäävän työntekijöiden halukkuutta etsiä uutta työtä. Mahdollisesti vaikeimman lääkärivajeen terveyskeskuksiin ovat jääneet parhaiten paineita kestävät työntekijät, tai ne, joilla ei ole mahdollisuutta etsiä muuta työtä esimerkiksi asuinpaikkansa vuoksi. Tämän tutkimuksen perusteella ei tosin voida tietää, kuinka paljon henkilökunta on vaihtunut sellaisissa terveyskeskuksissa, joissa on lääkäripulaa.

Työpaikan toimintaa kehitettiin eniten kaikkein lievimmän ja kaikkein vaikeimman terveyskeskuslääkärivajeen terveyskeskuksissa. Jatkuvat muutokset näyttivät kuormittavan kuitenkin eniten niiden terveyskeskusten työntekijöitä, joissa lääkäritilanne oli hyvä. Myös toisarvoiset työt kuormittivat useimmin lääkäritilanteen ollessa hyvä. Hyvän lääkäritilanteen vallitessa voimavaroja ehkä käytetään projekteihin, toiminnan uudistamiseen ja kehittämiseen, joiden mielekkyyttä ei aina ilmeisesti ymmärretä ja siksi ne koetaan kuormittavaksi.

8.5 Koulutuksen merkitys perusterveydenhuollon muutoksissa

8.5.1 Henkilökunnan valmius uusien tehtävien vastaanottamiseen ja kouluttautumiseen

Keinoina ehkäistä lääkärivajetta johtavat lääkärit toivat esille työn organisoinnin ja työolosuhteiden parantamisen. Terveyskeskusten henkilöstöllä on kiinnostusta laajentaa ja syventää tehtäväkuvaansa. Suomalaisissa tutkimuksissa on todettu työn rikastamisella olevan myönteinen vaikutus hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyteen. Työelämäntutkimuksissa (Työterveyslaitos 2007) on työn sisällön merkitys tullut yhä tärkeämmäksi työntekijöille, kun taas palkan merkitys tärkeimpänä motivoivana tekijänä on pienentynyt. Psykososiaalisista työolojen parantamiseen tähtäävistä toimenpiteistä on työn monipuolisuuden lisäämisellä todettu olevan suurin terveysvaikutus henkilöstölle sekä myönteinen vaikutus työmotivaatioon ja työtyytyväisyyteen (Kivimäki, Mika ym. 1994; Vahtera ym. 2000). Siksi halukkuus uusien tehtävien suorittamiseen on voimavara, joka tulisi entistä aktiivisemmin ottaa käyttöön, jotta työvoiman riittävyys terveysalalla voitaisiin turvata myös tulevaisuudessa. Terveyskeskuksissa tulee aktiivisesti etsiä uusia työskentely- ja toimintamalleja. Voimavaroja pitäisi käyttää sellaisiin kehityshankkeisiin, joihin terveyskeskusten henkilökunnan keskuudessa koetaan olevan tarvetta, ts. kehittämiseen terveyskeskuksen omista tarpeista lähtien. Jatkuva ulkoa tai ylhäältä suunniteltu uudistaminen syö voimavaroja sekä aiheuttaa epävarmuutta ja tyytymättömyyttä henkilöstön keskuudessa.

8.5.2 Tulevien lääkäreiden ja hoitajien ammatti-identiteetti ja yhteistyövalmiudet

Terveydenhuollon palvelujärjestelmä perustuu moniammatilliseen tiimityöhön ja yleisenäkin työelämän suuntauksena on tiimityöskentelyn lisääntyminen (Työ ja terveys Suomessa 2005). Tästä näkökulmasta jo opiskeluaikainen yhteistyö eri ammattiryhmien välillä on kannatettavaa. Yhdessä työskentelyä on mielekästä opiskella jo peruskoulutusvaiheessa, eikä vasta työelämään astumisen jälkeen. Tutkimukseen osallistuneet opiskelijat olivat erittäin hyvin tiedostaneet oman tulevan roolinsa palvelujärjestelmässä. Sekä lääketieteen että hoitotyön opiskelijat kokivat tarvitsevansa tulevassa työssään yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa, ja että heidän on voitava luottaa toisten ammattiryhmien työhön. Opiskelijat kunnioittivat muiden ammattiryhmien työtä.

Koulutusohjelmia kehittämällä on pyritty vastaamaan terveydenhuollon muutostarpeeseen. Yhtenä kehityskohteenä on ollut moniammatillisen työskentelyn mukaan ottaminen jo peruskoulutusvaiheessa. Kokemukset moniammatillisista harjoittelujaksoista Porin opetusterveyskeskuksissa ovat olleet hyvin myönteisiä. Jo koulutusvaiheesta lähtien on pyritty muokkaamaan tulevan terveydenhuollon henkilöstön asenteita myönteisiksi perusterveydenhuollolle ja yhteistyölle eri ammattiryhmien välillä. Moniammatillinen työskentely tulisi vakiinnuttaa osaksi opetusohjelmia ja järjestää opiskelijoille mahdollisuuksia tutustua toisten ammattiryhmien työhön ja työskennellä muiden ammattiryhmien opiskelijoiden kanssa. Lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoilla on jo opiskeluvaiheessa muodostunut vahva ammatti-identiteetti. Hoitotyön opiskelijat kokevat ammattikuntansa edustajien olevan äärimmäisen päteviä, ja todennäköisesti heillä on näin henkinen valmius ottaa vastaan monipuolisia ja perinteistä vaativampiakin tehtäviä.

Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreiden ohjausta tulisi jatkossakin kehittää. Opiskelijoiden joukossa on aina yleislääkäriksi haluavia, ja heidän jäämistään julkisen sektorin perusterveydenhuoltoon tulisi kaikin tavoin edesauttaa. Vaikka sairaalalääkäreiksi suuntautuneita nuoria lääkäreitä ei PTL -ohjauksella houkuteltaisikaan jäämään terveyskeskuksiin, hyvät koulutusvaiheen kokemukset edesauttavat myöhemmin yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa.

8.5.3 Johtopäätökset

Satakunnan terveyskeskusten lääkäritilanne oli keväällä 2003 selvästi huonompi kuin Varsinais-Suomen. Suurin osa terveyskeskuksista oli osallistunut lääkäreiden peruskoulutukseen, ja niissä oli kiinnostusta koulutusyhteistyöhön jatkossakin. Perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreiden ohjaus koheni tutkimuksen aikana. Vuonna 2003 ohjaus oli järjestetty vain harvoissa terveyskeskuksissa, kun taas vuonna 2005 oli PTL -lääkäreille useimmiten nimetty ohjaaja ja usein myös ohjaukseen varattiin

aikaa. Ohjaajalääkäreiden koulutuksessa sekä palkkaus- ja työjärjestelyissä on kuitenkin edelleen kehitettävää.

Lääkärripula on vain vähän vaikutusta työntekijöiden työviihtyvyyteen. Ilmeisesti terveyskeskukset toimivat kohtuullisesti lääkärivajeesta huolimatta ja sillä on myös myönteisiä vaikutuksia terveyskeskusten toiminnalle, koska sen myötä toimintoja aktiivisesti järjestetään uudelleen ja tehtäviä priorisoidaan. Terveyskeskuksen toimintojen uudistamista oman työpaikan lähtökohdista lähtien tulisi kuitenkin myös tehdä, vaikka terveyskeskuksen henkilöstötilanne olisi hyvä.

Pääosa terveyskeskusten henkilöstöstä koki koulutuksensa riittävän nykyiseen tehtäväänsä. Henkilöstöllä on kuitenkin kiinnostusta laajentaa ja syventää tehtäväkuvaansa sekä myös kouluttautua sitä varten. Tarkoituksenmukaisella tehtävänjaolla ja työn sisällön kehittämällä voitaneen parantaa henkilöstön viihtyvyyttä, ja sen myötä turvata osaavan henkilökunnan saatavuutta perusterveydenhuollossa.

Lääketieteen ja hoitotyön opiskelijat omaavat jo opiskeluaikana vahvan ammattidentiteetin, ja he ymmärtävät oman merkityksensä tiimiytyneessä terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Moniammatillista koulutusta kehittämällä voitaneen edesauttaa henkilöstöryhmien yhteistyön sujuvuutta.

Kiitokset

Tämän väitöskirjatyön tein pääoisin työskennellessäni vuosina 2003-2006 yleislääketieteen kliinisenä opettajana Turun yliopistossa. Monet henkilöt ovat myötävaikuttaneet tutkimukseni valmistumiseen.

Lämpimät kiitokset väitöskirjani vastuuhjaajalle, professori Sirkka-Liisa Kivelälle, jonka pitkän ja laajan kokemuksen avulla tutkimustyöni pysyi uomillaan. Toiselle ohjaajalleni, dosentti Pekka T. Jaatiselle, olen kiitollinen mutkattomasta ja hyvin sujuneesta yhteistyöstä. Hän myös pääasiallisesti huolehti tilastollisten ajojien tekemisestä.

Dosentti Pekka Mäntyselkää kiitän lupautumisesta vastaväittäjäkseni. Kiitokseni dosentti Hannu Halilalle ja dosentti Simo Kokolle väitöskirjani esitarkastamisesta ja arvokkaista kommenteista sen viimeistelemiseksi. Väitöskirjatyöni ohjausryhmän jäseniä professori Gustav Wickströmiä ja dosentti Päivi Rautavaa kiitän ehdotuksista ja kommenteista väitöskirjan kokoamis- ja yhteenvedon kirjoittamisvaiheessa. Gustav Wickströmiä kiitän myös terveyskeskusten henkilökunnalle suunnatun työtyytyväisyyskyselyn tutkimuslomakkeen käyttöön saamisesta.

Dosentti Raimo Isoahoa kiitän innostamisesta tutkimustyön alussa sekä ideasta lähteä avartamaan näkökulmaa pohjoismaiseen kansanterveystieteen korkeakouluun NHV:hen Göteborgiin.

Kiitän Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten johtavia lääkäreitä ja henkilökuntaa sekä Porin opetusterveyskeskuksessa harjoittelujaksoilla olleita opiskelijoita utterasta vastaamisesta kyselylomakkeisiin. Kiitos Suomen Lääkäriliitolle ja erityisesti tutkimuspäällikkö Jukka Vänskälle lääkäritilannetietojen saamisesta käyttöön. Toimistosihteeri Selena Niteckille olen kiitollinen monenlaisesta käytännön avusta varsinkin aineistojen keruu- ja tallennusvaiheessa. Kiitos myös kaikille muille työtovereilleni Porissa ja Turussa sekä Porin tutkujakoulun jäsenille.

Erityiskiitokseni haluan osoittaa ystävälleni ja kollegalleni Seija Eskeliselälle, joka on ollut taustatukena väitöskirjatyöni kaikissa vaiheissa ja jonka kanssa käyty keskustelut ovat kannatelleet hankalampinakin hetkinä. Kiitokseni myös kaikille muille ystävileni tuesta tutkimustyöni aikana. Olen kiitollinen vanhemmilleni, jotka kannustivat minua opintielle ja veljilleni, jotka omalla tavallaan ovat tukeneet prosessin kuluessa. Olisin toivonut äitini näkevän työni valmistuvan.

Olen kiitollinen rakkaalle puolisololleni Björnille tuesta ja rohkaisusta väitöskirjahankkeeseen kuluneiden vuosien aikana. Hän on ollut myös suureksi avuksi monissa tutkimuksen tekemiseen liittyvissä seikoissa mm. TIVI-alueella. Lapsiamme Sofiaa ja Patrikia kiitän kärsivällisyydestä vaikka usein ajatukseni ovat olleet poissa arkipäivän asioista -nyt se ”läkaravhandlingen” on viimein valmis.

Olen saanut taloudellista tukea tutkimustyöni tekemiseen Satakunnan maakuntarahaston Aili ja Rudolf Jåfsin rahastolta, Satakunnan sairaanhoitopiiriltä, Työsuojelurahastolta, Suomen Lääkäriliitolta ja Suomen yleislääkärit ry:tä. Olen saamastani tuesta kiitollinen.

Porissa tammikuussa 2009

Ulla Saxén

Kirjallisuus

- Ala-Mursula L, Vahtera J, Kivimäki M, Kevin MV & Pentti J. (2002). Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absences. *J Epidemiol Community Health* **56**(4): 272-278.
- Ala-Mursula L, Vahtera J, Linna A, Pentti J & Kivimäki M. (2005). Employee worktime control moderates the effects of job strain and effort-reward imbalance on sickness absence: the 10-town study. *J Epidemiol Community Health* **59**(10): 851-857.
- Alexander C & Fraser JD (2007). Education, training and support needs of Australian trained doctors and international medical graduates in rural Australia: a case of special needs? *Rural Remote Health* **7**(2): 681.
- Appleton K, House A & Dowell A. (1998). A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *Br J Gen Pract* **48**(428): 1059-1063.
- Asch DA, Jedrzewski MK & Christakis NA. (1997). Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol* **50**(10): 1129-1136.
- Baldwin PJ, Newton RW, Buckley G, Roberts MA & Dodd M. (1997). Senior house officers in medicine: postal survey of training and work experience. *BMJ* **314**(7082): 740-743.
- Bosma H, Marmot MG, Hemingway H, Nicholson AC, Brunner E. & Stansfeld SA. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ* **314**(7080): 558-565.
- Bovier PA & Perneger TV. (2003). Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Public Health* **13**(4): 299-305.
- Buciuniene I, Blazeviciene A & Bliudziute E. (2005). Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. *BMC Fam Pract* **6**(1): 10.
- Campos-Outcalt D, Senf J & Kutob R. (2004). A comparison of primary care graduates from schools with increasing production of family physicians to those from schools with decreasing production. *Fam Med* **36**(4): 260-264.
- Cottrell D, Kilminster S, Jolly B. & Grant J. (2002). What is effective supervision and how does it happen? A critical incident study. *Med Educ* **36**(11): 1042-1049.
- Davies C. (2000). Getting health professionals to work together. *BMJ* **320**(7241): 1021-1022.
- Doncevic S, Romelsjö A. & Theorell T. (1998). Comparison of stress, job satisfaction, perception of control and health among district nurses in Stockholm and prewar Zagreb. *Scandinavian Journal of Social Medicine* **26**(2): 106-114.
- du Boulay C. & Medway C. (1999). The clinical skills resource: a review of current practice. *Med Educ* **33**(3): 185-191.
- Eklund K. (1994). Johtaminen ja työorganisaatiot muutostilanteessa. *Suomen Lääkärilehti* **49**(13): 1406-1410.
- Elo A.-L & Ervasti J. (2007). Työstressi sekä palkansaajien ja yrittäjien mahdollisuudet hallita sitä. Kirjassa: Työ ja terveys Suomessa 2006. Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä J, ym. Helsinki, Työterveyslaitos: 91-103.

- Elo A-L & Mattila P. (2004). Psykkinen kuormitus, stressi ja kehittymismahdollisuudet työssä. Kirjassa: Työ ja terveys Suomessa 2003. Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, ym. Helsinki, Työterveyslaitos: 105-114.
- Elovainio M, Heponiemi T, Vänskä J, Sinervo T, Kujala S, Laakso E, ym. (2007). Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla? Suomen Lääkärilehti **62**(20-21): 2071-2076.
- Elovainio M, Kivimäki M. & Helkama K. (2001). Organizational Justice Evaluations, Job Control and Occupational Strain. *Journal of Applied Psychology* **86**(3): 418-424.
- Elovainio M, Kivimäki M, Steen N. & Kalliomäki-Levanto T. (2000). Organizational and individual factors affecting mental health and job satisfaction: a multilevel analysis of job control and personality. *J Occup Health Psychol* **5**(2): 269-277.
- Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. & Virtanen M. (2002). Päätöksenteon oikeudenmukaisuus ja työntekijöiden terveys. *Työ ja ihminen*(1): 20-28.
- Elovainio M. & Lindström K. (1993). Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöjen toimivuus Suomessa. Raportteja nro 113. Helsinki, Stakes.
- Elovainio M, van den Bos K, Linna A, Kivimäki M, Ala-Mursula L, Pentti J, ym. (2005). Combined effects of uncertainty and organizational justice on employee health: testing the uncertainty management model of fairness judgments among Finnish public sector employees. *Soc Sci Med* **61**(12): 2501-2512.
- Eskola K, Mattila K, Pasternack A, Rekiaro M, Sippola S. & Viljanen V. (1993). Kokemukset Etelä-Pohjanmaan lääkärinkoulutuksesta innostavia. Suomen Lääkärilehti **48**(35): 3510-.
- Eskola K. & Virjo I. (1994). Voiko lääkärin työtä oppia yliopiston ulkopuolella? Opiskelijoiden arvio Tampereen tiedekunnan satelliittikoulutuksesta. *Suom Lääkäril* **49**(24): 2351-.
- Gardner SF, Chamberlin GD, Heestand DE & Stowe CD. (2002). Interdisciplinary didactic instruction at academic health centers in the United States: attitudes and barriers. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* **7**(3): 179-190.
- Haapkylä J, Blomgren K. & Pitkäranta A. (2005). Tympanometri hoitajien käytössä - voidaanko työnjakoa uudistaa? Suomen Lääkärilehti **60**(43): 4399-4401.
- Hakanen J. (2002). Työuupumuksesta työn imuun -positiivisen työhyvinvointikäsitteen arviointimenetelmän suomalaisen version validointi opetusalan organisaatioissa. *Työ ja ihminen*(1): 42-58.
- Halila H. (2005). Kaikki nykyiset lääketieteen erikoisalalat säilyvät. EU:lle uusi tutkintojen tunnustamisdirektiivi. Suomen Lääkärilehti **60**(33): 3176-3178.
- Hall P & Weaver L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med Educ* **35**(9): 867-875.
- Halonen J, Kumpusalo E, Kekki P, Kivelä S-L, Klockars M, Mattila K, ym. (2001). Yleislääketieteen erikoistuminen Suomessa. Suomen Lääkärilehti **56**(4): 433-436.
- Harris MF, Proudfoot JG, Jayasinghe UW, Holton CH, Powell Davies GP, Amoroso CL, ym. (2007). Job satisfaction of staff and the team environment in Australian general practice. *Med J Aust* **186**(11): 570-573.
- Heponiemi T, Sinervo T, Räsänen K, Vänskä J, Halila H, Elovainio M. (2008). Lääkärein ja hoitajien hyvinvointi ja terveys –laaja kohorttitutkimus –hankkeen loppuraportti. Stakesin raportteja 35/2008.
- Herzberg F, Mausner B. & Snyderman B. (1959). *The Motivation to Work*. New York, John Wiley & Sons, Inc.

- Honkalampi K, Koivu A, Savolainen K. & Viinamäki H. (2004). Lääkärin ja sairaanhoitajien työn vaatimustekijät ja työuupumus yliopistollisessa sairaalassa. *Suomen Lääkärilehti* **59**(36): 3287-3291.
- Horsburgh M, Lamdin R, & Williamson E. (2001). Multiprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning. *Med Educ* **35**(9): 876-883.
- Hukkanen E & Vallimies- Patomäki M. (2005). Yhteistyö ja työn jako hoitopäätösten turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen työnjakopiloteista. Helsinki, Sosiaali ja terveysministeriö: 102.
- Huntington C, Sweeney R & Graham R. (1992). The shortage of generalist physicians. *Am Fam Physician* **45**(4): 1573-1576.
- Hyppölä H, Heikkilä T, Kumpusalo E, Virjo I, Isokoski M, Halila H, ym. (2008). Sattumaa vai harkintaa - lääkärien erikoisalavalintaan vaikuttavat tekijät. *Suomen Lääkärilehti* **63**(6): 531-536.
- Hyryn Kangas-Järvenpää P. (2005). Porin kaupungin terveyskeskuksen pääaterveysaseman ensiapuyksikön sairaanhoitajien puhelinneuvonta. *Kunnallislääkäri* **20**(8): 28-32.
- Ihalainen J. (2004). Lääkäri- ja hammaslääkäri työvoima lokakuussa 2003. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Inoue K, Hirayama Y & Igarashi M. (1997). A medical school for rural areas. *Med Educ* **31**(6): 430-434.
- Irigoyen MM, Kurth RJ & Schmidt HJ. (1999). Learning primary care in medical school: does specialty or geographic location of the teaching site make a difference? *Am J Med* **106**(5): 561-564.
- Isohanni M, Yliniemi P & Hirvenoja R. (1988). Psykiatriopettajan vaikutus psykiatrisen osaston työilmapiiriin. *Suomen Lääkärilehti* **43**(12): 1160-1164.
- Jaatinen P, Isoaho R, Saxén U, Pulkkinen J. & Kivelä S.-L. (2005). Porin yliopistollinen opetusterveyskeskus. *Suomen Lääkärilehti* **60**(9): 1057-1059.
- Jaatinen P & Kiippa P. (2002a). Miten lääkäri voi auttaa potilasta ilman vastaanottokäyntiä? Kuvaus Luoteis-Satakunnan terveyskeskuksen "lääkärihoitaja" -projektin alkuvaiheista lääkärin näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti* **57**(27-29): 2911-2915.
- Jaatinen P, Kiippa P, Tasanko A & Vanhatalo R. (2002b). Mitä tehdä, kun terveysasemalla ei ole lääkäreitä? Toimintamallin kuvaus. *Suomen Lääkärilehti* **57**(7): 783-786.
- Jaatinen P, Kiippa P, Tasanko A. & Vanhatalo R. (2002c). Miten potilas kokee tilanteen jossa terveysasemalle ei ole saatu lääkäreitä? Kuvaus Luoteis-Satakunnan terveyskeskuksen "lääkärihoitaja" -projektin alkuvaiheista väestön näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti* **57**(30-32): 3029-3032.
- Jaatinen P, Vanhatalo R & Tasanko A. (2002d). Miten terveysaseman hoitaja toimii, jos terveysasemalle ei ole saatu lääkäreitä. Kuvaus Luoteis-Satakunnan terveyskeskuksen "lääkärihoitaja" -projektin alkuvaiheista hoitajan tekemän työn näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti* **57**(25-26): 2795-2799.
- Jaatinen P, Saxén U: Terveyskeskusten työntekijät arvioivat johtamistavat tyydyttäväiksi. *Suomen Lääkärilehti* 2008:**63** (22) 2073-2078.
- Jaatinen P, Saxén U. & Häsänen M. (2008b). Miten lääketieteen ja hoitotyön opiskelijat hahmottavat oman ja muiden ammattiryhmien roolin terveydenhuollon moniammatillisessa työkentässä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauskirja* **45**: 111-120.
- Jaenson E, Håkansson A, Beckman A, Blomquist P & Marke S. (2002). Påverkas handledarna av utblinding? Utvärdering av åtta års kursverksamhet för läkare. *Läkartidningen* **99**(3): 176-179.
- Jonsson P. (2008). Perusterveydenhuollon kehityslinjoja Pohjoismaissa. *Suomen Lääkärilehti* **63**(1-2): 67-71.

- Kalimo R & Toppinen S. (1997). Työuupumus Suomen työikäisellä väestöllä. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Kangas M. (2007). Onko väestövastuujärjestelmä elvytettävissä? Suomen Lääkärilehti **62** (3):207-209
- Kantonen J, Kauppila T & Kockberg I. (2007). Päivystyksen organisaatiomuutokset vähensivät lääkärissä-käyntejä. Kokeilu Vantaan terveyskeskuspäivystyksessä. Suomen Lääkärilehti **62**(9): 897-901.
- Karasek R & Theorell T. (1990). Healthy Work: Stress, Productivity and The Reconstruction of Working Life, Basic Books.
- Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, Kasvio A, Lehtinen S, Lindström K, ym. (2007). Työ ja terveys Suomessa 2006. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Kilmartin MR, Newell CJ & Line MA. (2002). The balancing act: key issues in the lives of women general practitioners in Australia. Med J Aust **177**(2): 87-89.
- Kim S, Phillips WR & Stevens NG. (2003). Family practice training over the first 26 years: a cross-sectional survey of graduates of the University of Washington Family Practice Residency Network. Acad Med **78**(9): 918-925.
- Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, ym. (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. BMJ **320**(7241): 1043-1048.
- Kivimäki M, Ferrie JE, Head J, Shipley M, Vahtera J. & Marmot M. (2004). Organisational justice and change in justide as predictors of employee health: Whitehall II study. J Epidemiol Community Health **58**: 931-937.
- Kivimäki M, Koskinen P. & Voutilainen P. (1994). Työn rikastamisen yhteys hoitohenkilöstön työmotivaatioon ja -tyytyväisyyteen. Hoitotiede **6**(4): 163-170.
- Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Räsänen K, Töyry S, ym. (2001). Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. Occup Environ Med **58**(6): 361-366.
- Kokko S. (2007). Towards fragmentation of general practice and primary healthcare in Finland? Scandinavian Journal of Primary Health Care **25**: 131-132.
- Kumpusalo E. (2007). Integraatio -avain terveyskeskusten menestykseen. Yleislääkäri **22**(8): 32-35.
- Kumpusalo E, Nummela M, Virjo I, Mattila K, Neittaanmäki L, Halila H, ym. (2004). Lääkärin johtamistaidot kolelgojen arvioimana. Suomen Lääkärilehti **59**(30-32): 2827-2829.
- Kushnir T, Cohen AH & Kitai E. (2000). Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. Med Educ **34**(6): 430-436.
- Kyösti M. & Larivaara P. (2004). Terveyskeskuslääkärin työssä jaksaminen. Suomen Lääkärilehti **59**(11): 1169-1173.
- Kärkkäinen O, Tuominen JA, Seppälä A & Karvonen J. (2006). Lääkärin ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisen yhteistyönä. Suomen Lääkärilehti **61**(24): 2647-2652.
- Laaksonen M, Aittomäki A. & Lahelma E. (2003). Terveystenhuollon naistyöntekijöiden terveydentila, työolot ja terveyskäyttäytyminen. Suomen Lääkärilehti **58**(38): 3795-3801.
- Lahnajärvi L & Saarelma O. (2006). Reseptien uusiminen -hanttihommaa vai suunnitelmallista hoitoa? Suomen Lääkärilehti **61**(37): 3726-3728.
- Laine M, Wickström G, Pentti J, Elovainio M, Kaarlela-Tuomaala A, Lindström K, ym. (2006). Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki, Työterveyslaitos.

- Larivaara P & Taanila A. (2004). Towards interprofessional family-oriented teamwork in primary services: the evaluation of an education programme. *J Interprof Care* **18**(2): 153-163.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R & Sibbald B. (2004). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane database syst rev*.
- Lehto J, Viitanen E & Autio V. (2003). Minkälaiset lääkärit nousevat johtaviin asemiin. *Suomen Lääkärilehti* **58**(51-52): 5209-5213.
- Lindström K. (2004). Työyhteisöjen toimivuus. Kirjassa: Työ ja terveys Suomessa 2003. Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, ym. Helsinki, Työterveyslaitos: 115-127.
- Luecht R, Madsen M, Taugher M & Petterson B. (1990). Assessing professional perceptions: Design and validation of an interdisciplinary education perception scale. *J Allied Health* **19**: 181-191.
- Lycke K, Hoftvedt B. & Holm H. (1998). Training educational supervisors in Norway. *Medical Teacher* **20**(4): 337-340.
- Lääkäriliitto (1992). Terveyskeskuksissa ei ole enää lääkäripulaa - Lääkäriliitto ehdottaa laskentatyöryhmän asettamista. *Suomen Lääkärilehti* **47**(19-20): 1897.
- Lääkäriliitto (2004). Terveyskeskusten lääkäriavajen vuonna 2003 ilmoitettua pienempi: Terveyskeskusten lääkäriavajen kasvu on hidastunut. *Suomen Lääkärilehti* **59**(4): 324-325.
- Lääkäriliitto (2007). Lääkärikysely 2007. Tilastoja: 18. Helsinki, Suomen Lääkäriliitto.
- Maslach C & Leiter M (1997). The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco, Jossey-Bass.
- Maslach C, Schaufeli WB & Leiter MP. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol* **52**: 397-422.
- McManus IC, Keeling A & Paice E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine* **2**(29).
- McPherson K, Headrick L & Moss F. (2001). Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Qual Health Care* **10 Suppl 2**: ii46-53.
- Mikstra-työryhmä (2002). Hoitajat -liian vähän käytetty voimavara infektioiden hoidossa? *Suomen Lääkärilehti* **57**(44): 4480-4483.
- Murfett A & Charman D. (2006). GP wellbeing and general practice issues. *Aust Fam Physician* **35**(9): 748-750.
- Murray E, Jolly B & Modell M. (1997). Can students learn clinical method in general practice? A randomised crossover trial based on objective structured clinical examinations. *BMJ* **315**(7113): 920-923.
- Myllykangas M, Kinnunen J, Rynänen O-P, Kuronen M & Takala J. (2000). Lääkärien ja hoitajien työnsaasta. *Sairaala* **62**(3).
- Myllymäki K. (2006). Terveyskeskus 2015-terveyskeskustyön tulevaisuus. Sosiaali ja terveysministeriön selvityksiä 2006:56. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mäkitalo-Keinonen T, Virtanen P, Saloniemi A, Vänskä J. & Parmanne P. (2005). Vuokralääkärit -keitä he ovat? *Suomen Lääkärilehti* **60**(48): 5007-5010.
- Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A, Takala J & Kumpusalo E. (2007). Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* **25**: 27-32.

- Newbury-Birch D & Kamali F. (2001). Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgrad Med J* **77**(904): 109-111.
- Nikkari S, Holmberg-Marttila D, Hakkarainen K, Peltola K, Kuukasjärvi P, Mustonen J, ym. (2004). Lääketieteelliset tiedekunnat vastaavat yhä paremmin alueellisiin tehtäviinsä. *Suomen Lääkärilehti* **49**(40): 3765-3768.
- Nylenna M, Gulbrandsen P, Forde R & Aasland OG. (2005). Job satisfaction among Norwegian general practitioners. *Scand J Prim Health Care* **23**(4): 198-202.
- Paice E, Moss F, West G & Grant J. (1997). Association of use of a log book and experience as a preregistration house officer: interview survey. *BMJ* **314**(7075): 213-215.
- Parmanne P & Vänskä J (2005). Terveyskeskusten lääkäritilanne lokakuussa 2005. *Suomen Lääkärilehti* **60**(59-50): 5135-5139.
- Parmanne P & Vänskä J. (2006). Lääkäriavajaiset ja ostopalvelut kasvoivat edelleen. *Suomen Lääkärilehti* **61**(49-50): 5199-5203.
- Parsell G, Gibbs T & Bligh J. (1998). Three visual techniques to enhance interprofessional learning. *Postgrad Med J* **74**(873): 387-390.
- Paukkunen L, Turunen H, Taskinen H, Sinkkonen S & Tossavainen K. (2001). Koulutuksen vaikutukset sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden ja työntekijöiden yhteistyövalmiuksiin. *Hoitotiede*(13): 132-145.
- Puhakka A. (2003). PTL-vaiheeseen sisältöä. *Kunnallislääkäri* **18**(1): 19-20.
- Rabinowitz HK. (1993). Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. *N Engl J Med* **328**(13): 934-939.
- Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW & Hazelwood CE. (1999). A program to increase the Number of Family Physicians in Rural and Underserved Areas. *JAMA* **281**(3): 255-260.
- Rolfe IE, Pearson SA, O'Connell DL & Dickinson JA. (1995). Finding solutions to the rural doctor shortage: the roles of selection versus undergraduate medical education at Newcastle. *Aust N Z J Med* **25**(5): 512-517.
- Roos NP, Bradley JE, Fransoo R & Shanahan M. (1998). How many physicians does Canada need to care for our aging population? *Cmaj* **158**(10): 1275-1284.
- Ross F & Southgate L. (2000). Learning together in medical and nursing training: aspirations and activity. *Med Educ* **34**(9): 739-743.
- Rourke JT. (1993). Politics of rural health care: recruitment and retention of physicians. *Cmaj* **148**(8): 1281-1284.
- Ruebling I, Lavin MA, Banks R, Block L, Counte M, Furman G, ym. (2000). Facilitating factors for, barriers to, and outcomes of interdisciplinary education projects in the health sciences. *J Allied Health* **29**(3): 165-170.
- Sandvik H. (2007). Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo, Norges forskningsråd.
- Saxen U, Eskelinen S, Isoaho R & Kivelä S.-L. (2004). Satakunnan opetusterveyskeskukset ESR -projekti. *Kunnallislääkäri* **18**(3): 34-35.
- Senf JH, Campos-Outcalt D & Kutob R. (2003). Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. *J Am Board Fam Pract* **16**(6): 502-512.

- Seppä M. (2007). Omapihlajassa hoidetaan ihmisiä.Tehoa työparityöskentelystä ja kannustavasta yrityskulttuurista. Suomen Lääkärilehti **62**(44): 4142-4144.
- Seppä M. (2007). Joka kymmenes lääkärintyöntekijä on tyytymättömiä. Tilanne pahin Kainuussa, Etelä-Karjalassa, Kymenlaaksossa, Länsipohjassa ja Itä-Savossa. Suomen Lääkärilehti **62**(49-50): 4613
- Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Rout U & Sutherland V. (2000). GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? *Fam Pract* **17**(5): 364-371.
- Siegrist J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* **1**(1): 27-41.
- Sihvonen M, Kanerva A & Kekki P. (2004). Perusterveydenhuollon lisäkoulutus uudistumisen tarpeessa. Tuloksia kyselystä Helsingin seudun eurolääkäreille ja ohjaajille. Suomen Lääkärilehti **59**(5): 419-424.
- Sisäasiainministeriö (2007). Maakuntien suhdannekehitys 2000-2007. Helsinki, Sisäasiainministeriö.
- Snelgrove SR. (1998). Occupational stress and job satisfaction: a comparative study of health visitors, district nurses and community psychiatric nurses. *J Nurs Manag* **6**(2): 97-104.
- Sosiaali ja terveysministeriö (2002). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3
- Suomen Lääkäriliitto (2004). Terveyskeskusten lääkäriarvot vuonna 2003 ilmoitettua pienempi: Terveyskeskusten lääkäriarvojen kasvu on hidastunut. Suomen Lääkärilehti **59** (4):324-325.
- Suonsivu K. (2003). Kun mikään ei riitä. Hoitotyön tekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Taloudellis-hallinnollinen tiedekunta. Tampere, Tampereen yliopisto: 293.
- Sutinen R, Kivimäki M, Elovainio M. & Virtanen M. (2002). Organizational fairness and psychological distress in hospital physicians. *Scand J Public Health* **30**(3): 209-215.
- Tuomola S, Idänpää-Heikkilä U, Lehtonen O-P, Puro, M. (2008). Arviointiselvitys vuosina 2002-2007 toteutetusta Kansallisesta terveyshankkeesta. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:22
- Turun Yliopisto. (2005). Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, erikoislääkärikoulutuksen opinto-opas 2005-2007.
- Työterveyslaitos.(2007). Työ ja terveys Suomessa 2006. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Töyry S, Räsänen K, Kujala S, Husman K, Juntunen J, Kalimo R, Luhtala R, Myllymäki K, Seuri M, Äärimaa M. (1999). Lääkärien työolot ja kuormittuneisuus –tutkimus. Suomen Lääkärilehti_54 (18-19):2423-2430.
- Töyry S. (2005). Burnout and Self-Reported Health among Finnish Physicians. Department of Public Health and General Practice. Kuopio, University of Kuopio: 102.
- Uotila E. (2004). Terveyskeskuksissa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Vahtera J & Kivimäki M. (2004). Sairauspoissaolot. Kirjassa: Työ ja terveys Suomessa 2003. Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, ym. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J & Theorell T. (2000). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *Journal of Epidemiology and Community Health* **54**: 484-493.

- Vahtera J, Kivimäki M & Virtanen P. (2002). Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Valtioneuvosto (1993). Asetus lääkärin perusterveydenhuollon lisäkolutuksesta 22.12.1993/1435.
- Valtioneuvosto (1994). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 28.6.1994/559.
- Valtioneuvosto (1998). Asetus erikoislääkärin tutkinnosta 4.9.1998/678.
- Valtioneuvosto (2002). Asetus lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta annetun asetuksen 4§:n muuttamisesta 30.12.2002/1342.
- Valtiovarainministeriö (2007). Kunta- ja palvelurakennemuutos.
- Wasen E. (2003). Terveyskeskustyö houkuttelevammaksi eurovaiheeseen panostamalla. *Kunnallislääkäri* **18**(1): 18.
- Vehkasaari M. (2000). Lääkäriliitto selvitti maamme kaikkien terveyskeskusten lääkäritilanteen. Alueellinen lääkäri-vaje on korjattavissa paikallisilla ratkaisuilla. *Suomen Lääkärilehti* **55**(44): 4555-4557.
- Vehkasaari M. (2001). Lääkäriliitto selvitti maamme kaikkien terveyskeskusten lääkäritilanteen. Lääkäri-vaje edelleen kasvussa -viroista hoitamatta 9,3 prosenttia. *Suomen Lääkärilehti* **56**(46): 4800-4802.
- Vehkasaari M. (2002). Lääkäriliitto selvitti maamme kaikkien terveyskeskusten lääkäritilanteen. Terveyskeskusten viroista hoitamatta 11,3 prosenttia. *Suomen Lääkärilehti* **57**(47): 4858-4860.
- Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C. & Leese B. (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ* **320**(7241): 1048-1053.
- Whalley D, Bojke C, Gravelle H & Sibbald B. (2006). GP job satisfaction in view of contract reform: a national survey. *Br J Gen Pract* **56**(523): 87-92.
- Wickström G, Laine M, Pentti J, Elovainio M & Lindström K. (2000). Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla -muutokset 1990-luvulla. Helsinki, Työterveyslaitos.
- Viitanen E, Tampus-Jarvala T & Lehto, J. (2006). Ylilääkärit toivovat esimiehiltään parempaa johtamista. *Suomen Lääkärilehti* **61**(9): 997-1001.
- Wilhelmsson S, Foldevi M, Akerlind I & Faresjö T. (2002). Unfavourable working conditions for female GPs. A comparison between Swedish general practitioners and district nurses. *Scand J Prim Health Care* **20**(2): 74-78.
- Virjo I, Jussila A, Koivukoski A-M, Lahtinen H. & Suomela P. (2004). Lääkärikoulutuksen hajauttaminen - Tampere edelläkävijänä. *Suomen Lääkärilehti* **59**(40): 3771-3775.
- Virtanen P, Vänskä J & Halila H. (2004). Terveyskeskusten lääkäritilanne lokakuussa 2004. *Suomen Lääkärilehti* **59**(49-50): 4877-4880.
- Worley PS, Prideaux DJ, Strasser RP, Silagy CA & Magarey JA. (2000). Why we should teach undergraduate medical students in rural communities. *Med J Aust* **172**(12): 615-617.
- Vänskä J, Hyppölä H, Halila H, Virjo I, Mattila K, Kumpusalo E, ym. (2005). Lääkäri 2003. Kyselytutkimus vuosina 1992-2001 valmistuneille lääkäreille. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Vänskä J, Kangas M. (2008). Lääkäri-vajeen taustalla paikalliset ongelmat. *Suomen Lääkärilehti* **63** (50): 4436-4440.