

Marko Elovainio, Tarja Heponiemi, Jukka Vänskä,
Timo Sinervo, Santero Kujala, Erkki Laakso, Päivi Jalonen,
Jari Hakanen, Kaj Husman, Saara Töyry †, Hannu Halila

Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla?

Lähtökohdat Lääkärien työoloja ja terveyttä on kattavasti kartoitettu Suomessa aiemmin vuosina 1986 ja 1997. Tämä tutkimus esittelee joitakin perustuloksia uudesta lääkärien työoloja ja terveyttä kartoittavasta tutkimuksesta.

Menetelmät Kyselytutkimuksen aineisto koottiin loppuvuoden 2006 ja alkuvuoden 2007 aikana postitse. Noin joka kolmannelle satunnaisotannalla valitulle lääkärille (1943 syntyneet tai sitä nuoremmat) lähetettiin kyselylomake (n = 5 000) ja vastauksia saatiin 2 841 (vastausprosentti 56,8 %).

Tulokset Kokopäivätoimisten mieslääkärien kokonaistyöaika oli 44,7 tuntia ja naisten 41,3 tuntia viikossa. Kaikista vastaajista noin puolet ilmoitti päivystävänsä, ja osuus on jokseenkin sama mies- ja naislääkäreistä. Noin 14 % vastaajista ilmoitti kokeneensa fyysistä väkivaltaa tai sillä uhkailua edeltäneen vuoden aikana. Myös henkisen väkivallan esiintyminen oli suhteellisen yleistä. Lääkärien ylipaino on ikääntymisen myötä yleistynyt edelleen. Itse arvioituna lääkärien terveys ja työkyky ovat vähintään tyydyttävällä tasolla (keskiarvo 8,6), mutta lähes 20 % ilmoitti joskus ajatelleensa itsemurhaa.

Päätelmät Lääkärikunta naisistuu ja vanhenee. Joidenkin indikaattorien mukaan (kokonaistyöaika, itse arvioitu terveys, työkyky) lääkärien hyvinvointi ja työolot ovat kehittyneet suotuisasti, mutta itsemurha-ajatusten yleisyys näyttää tukevan oletusta, että lääkärin ammatissa tai työjärjestelyissä saattaa olla jotakin, joka altistaa äärimmäiselle psyykkiselle rasitukselle. Näiden tekijöiden selvittäminen on tämän tutkimuksen jatkoanalyysien keskeisiä aiheita.

Tässä artikkelissa esitellään aineisto ja kerrotaan joitakin perustuloksia uusimmasta lääkärien työoloja ja terveyttä kartoittavasta tutkimuksesta, jonka tiedonkeruu valmistui vuoden 2007 alussa. Tutkimus toteutettiin Stakesin, Lääkäriliiton ja Työterveyslaitoksen yhteistyönä, ja se on itsenäinen jatkotutkimus vuoden 1997 Lääkärien työolot ja kuormittuneisuus -tutkimukselle, jonka vastaava peruserä julkaistiin Suomen Lääkärilehdessä vuonna 1999 (1).

Viime vuosina terveydenhuoltoa on kehitetty laajasti ja sen myötä myös lääkärien työskentelyolosuhteet ovat muuttuneet. Kehittämistoimenpiteiden johtajatuksena on ollut hoidon saatavuuden turvaaminen kansallisen terveyshankkeen asettamien tavoitteiden mukaisesti. Muutospaineita lääkärien työhön ovat aiheuttaneet myös vanhusväestön määrän suhteellinen kasvu, lääkäri- ja hoitajavaje, päivystysten keskittäminen sekä lääkärien ja hoitajien välisen työnjaon uudelleenmuotoutuminen.

Erityisesti perusterveydenhuollon puolella yksityisten palveluntuottajien määrä ja merkitys ovat kasvaneet. Tämä on johtunut lähinnä kuntien vaikeuksista saada rekrytoitua lääkäreitä terveyskeskuksiin. Uusi ilmiö on, että virkojen täyttämisen sijaan kunnat ovat alkaneet ulkoistaa kokonaisten terveysasemien toimintaa (2). Paikoittaisesta lääkärivajeesta huolimatta lääkärimäärä on vuosittain kasvanut voimakkaasti, ja Suomessa on enemmän lääkäreitä kuin koskaan aikaisemmin (3).

Lääkärien työhön vaikuttavia työelämän muutoksia ei ole systemaattisesti seurattu, ja lääkärien työstä ja lääkärien terveydestä on muualtakin melko vähän tutkimustietoa. Ulkoimaisten tutkimusten mukaan yleisimmin havaittu stressin aiheuttaja lääkäreillä on ylikuormitus: tunne ylikuormituksesta, ylityön ja päivystystuntien määrä ja vaikutusmahdollisuuksien puute (4,5). Myös sosiaalinen tuki työpaikalla ja tapahtumat työpaikan ulkopuolella vaikuttavat lääkärien stressiin (6).

Suomalaisesta sairaalahenkilöstöstä tehty tutkimus (7)

Taulukko 1.

Lääkärien sukupuolijakauma, työskentelysektori ja keski-ikä perusjoukossa, otoksessa ja vastanneissa.

	Perusjoukko (n = 15 889)	Otos (n = 5 000)	Vastanneet (n = 2 841)
Sukupuoli, %			
Mies	45,9	46,2	41,0
Nainen	54,1	53,8	59,0
Päätoimen toimipaikka, %			
Sairaala	46,7	46,3	45,4
Terveyskeskus	22,5	22,6	23,1
Muu	30,8	31,1	31,5
Keski-ikä, v			
Miehet	47,6	47,6	48,8
Naiset	43,6	43,6	44,1
Kaikki	45,4	45,5	46,0

Taulukko 2.

Lääkärien päätoimi, työsuhde ja erikoistuminen (%) (n = 2 841).

	Naiset %	Miehet %	Kaikki %	χ^2	p-arvo
Päätoimen työnantajasektori					
Kunta tai kuntayhtymä	74,2	66,7	71,2	16,57	< 0,001
Valtio	7,0	9,2	7,9		
Yksityinen	18,8	24,1	20,9		
Päätoimen toimipaikka				50,22	< 0,001
Yliopistollinen keskussairaala	24,7	24,7	24,7		
Muu kunnallinen sairaala	19,2	21,2	20,1		
Väestövastuullinen terveyskeskus	14,8	8,8	12,3		
Muu terveyskeskus	9,0	7,5	8,3		
Kunnallinen työterveyshuolto	2,7	1,8	2,3		
Mielenterveystoimisto, muu avohuolto	2,7	1,3	2,1		
Muu kunnallinen paikka	1,2	1,5	1,3		
Yliopisto	3,6	4,1	3,8		
Muu valtion virasto tai laitos	2,8	4,0	3,3		
Yksityinen lääkäriasema tai vastaanotto	8,8	11,5	9,9		
Yksityinen työterveyshuolto	3,1	3,7	3,3		
Säätiö, yhdistys tai järjestö	3,6	3,6	3,5		
Lääketeollisuus	0,4	0,4	0,4		
Vuokralääkäri	0,7	1,1	0,9		
Muu	2,1	3,7	2,8		
Ammattinimike				170,85	< 0,001
Johtava lääkäri, johtaja, ylilääkäri, apulaisylilääkäri, osastonylilääkäri	17,4	33,5	23,9		
Erikoislääkäri, osastonlääkäri	24,3	20,7	22,8		
Erikoistuva lääkäri, sairaalalääkäri	17,4	10,0	14,4		
Terveyskeskuslääkäri	19,1	10,4	15,5		
Työterveyslääkäri, vastaava työterveyslääkäri	7,0	7,8	7,3		
Professori	0,9	3,4	1,9		
Apulaisopettaja, yliassistentti, kliininen opettaja	1,3	1,4	1,4		
Tutkija, assistentti	2,7	1,3	2,1		
Yksityislääkäri	6,6	7,4	6,9		
Muu lääkärin työ	2,3	2,3	2,3		
Muu kuin lääkärin työ	0,7	1,7	1,1		
Työsuhte				16,24	< 0,001
Kokoaikainen	81,3	87,3	83,7		
Osa-aikainen	18,7	12,7	16,3		
Erikoistuminen				58,45	< 0,001
Ei erikoistunut tai erikoistumassa	40,0	27,1	34,8		
Erikoistunut	60,0	72,9	65,2		

osoitti, että lääkärin sairauspoissaoloja ei voitu selittää vain terveydentilalla, ylikuormituksella tai vaikutusmahdollisuuksien määrällä, vaan myös työryhmän toimivuus nousi keskeiseksi vaikuttajaksi. Mieslääkäreillä ylikuormitus oli yhteydessä lisääntyneisiin sairauspoissaoloihin ja naimisissaolo vähäisempään sairauspoissaolojen määrään, kun taas naislääkäreillä näitä yhteyksiä ei löytynyt. Tutkimuksen perusteella voidaan myös olettaa, että lääkäreillä on tapana työskennellä sairaina, ja tämän voidaan olettaa laskevan työn tasoa. Myös alkoholin käyttö näytti olevan ongelma monille mieslääkäreille. Työryhmän toiminnan huonon laadun, heikon oikeudenmukaisuuden johtamisessa ja vähäisten vaikutusmahdollisuuksien on havaittu lisäävän lääkärin halukkuutta jäädä eläkkeelle (8). Myös stressi ja heikko työtyytyväisyys ovat tärkeitä eläkkeelle lähtöä lisäävät tekijät (9).

Vuonna 1997 toteutetun lääkärin työoloja ja kuormittuneisuutta selvittävän kyselytutkimuksen mukaan fyysisiä rasitustekijöitä, väkivallan uhkaa ja henkistä väkivaltaa esiintyi lääkärin työssä selvästi enemmän kuin vastaavaan sosioekonomiseen asemaan kuuluvalla muulla väestöllä. Myöhemmin on huomattu työpaikkaväkivallan kohdistuvan erityisesti nuoriin, vielä erikoistumattomiin lääkäreihin. Lääkärit kohtaavat työpaikkaväkivaltaa kaikilla sektoreilla, mutta moninkertainen riski on mielenterveystyön ja päihdehuollon yksiköissä (10). Lisäksi lääkärin työssä esiintyi vaihtelevasti koettuja kemiallisia, biologisia ja fysikaalisia altisteita (1).

Työskentely sairaana ja itselle määrättyjen lääkkeiden käyttö oli lääkäreille varsin yleistä (11,12). Erityisen huolestuttavia ja äärimmäisiä heikentyneen terveyden ja hyvinvoinnin merkkejä ovat lääkärin ja erityisesti naislääkärien suuret itsemurhaluvut. Suomalaisten mieslääkärien itsemurhakuolleisuuden on raportoitu olevan yli kaksinkertainen verrattuna muiden ylempien toimihenkilömiesten lukuihin, ja naislääkärien itsemurhakuolleisuus on lähes nelinkertainen verrattuna muiden ylempien toimihenkilönaisten lukuihin (13).

Lääkärien työolot ja terveys 2006 -tutkimuksen tavoitteena on selvittää laajasti työn psykososiaalisten riskitekijöiden, kuten työkuormituksen, sosiaalisen tuen ja ryhmätyön toimivuuden ja johtamisen oikeudenmukaisuuden, vaikutuksia lääkärin terveyteen, hyvinvointiin ja eläkkeelle jäämiseen. Lisäksi pyrimme tunnistamaan erityiset riskiryhmät ja analysoimme erityisesti seuraavien tekijöiden vaikutuksia: nykyiset suuret rakenteelliset muutokset, vastuuväestön koko, työn organisointi, päivystykset ja työaikamuodot. Pyrimme myös tunnistamaan mahdollisia mekanismeja, kuten terveyskäyttäytyminen, univaje ja psyykkiset oireet, joiden kautta työn psykososiaaliset riskit välittyvät terveyteen. Tässä artikkelissa esitellään tutkimuksen aineisto ja johtakien tuloksia lääkärin hyvinvoinnista.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus on osa laajempaa hanketta, jossa yhdistetään rekisteri- ja kyselytietoja mahdollisimman luotettavan kokonaiskuvan saamiseksi suomalaisten lääkärin työstä ja hyvinvoinnista. Tutkimuksessa käytetään tietoja Terveyden-

huollon keskusrekisteristä (TERHIKKI), Hoitoilmoitusrekisteristä (HILMO), Tilastokeskuksen työssäkäyntitilastosta ja Kelan lääkerekisteristä.

Kyselytutkimusosion aineisto koottiin loppuvuoden 2006 ja alkuvuoden 2007 aikana postikyselyinä. Perusjoukon muodostivat 1943 syntyneet ja sitä nuoremmat, Suomessa työssä olevat lääkärit (n = 15 889). Näistä noin joka kolmannelle satunnaisotannalla valitulle lääkärille lähetettiin kyselylomake (n = 5 000). Osoitteet poimittiin Suomen Lääkäriliiton rekisteristä ja lomakkeiden postituksesta ja optisesta tallennuksesta huolehti MailService Oy. Kolmen kyselykierroksen jälkeen vastauksia saatiin 2 841 (56,8 %). Tutkimusaineisto on edustava iän, sukupuolen ja päätoimipaikan suhteen (taulukko 1).

Kyselyllä kartoitettiin pääasiallinen toiminta, toimipaikka, työsuhteen laatu, erikoistuminen, tehdyt työtunnit, päivystykset, työaika, kokonaiskuormitus, fyysisen ja henkisen väkivallan uhka, terveystyötyytyminen ja biologiset terveysriskit (alkoholinkäyttö, tupakointi, ylipaino, liikunnan puute, univaje) (14,15), sairauspoissaolot, koettu terveys, työkyky (16) ja itsemurha-ajatukset (1).

Myöhemmin raportoitavia muuttujia

Kyselyllä kartoitettiin lisäksi työtyytyväisyyttä (17), stressiä, psyykkisiä oireita (18), tuki- ja liikuntaelinvaivoja, pitkäaikaissairastavuutta sekä sydän ja verisuonisairastavuutta. Lisäksi kysymysten aihepiirejä olivat työn psykososiaaliset tekijät, kuten vaikutusmahdollisuudet ja vaatimukset työssä (19), työkuormitus (20), yhteistyön toimivuus (21), työn epävarmuus (22), johtaminen ja oikeudenmukaisuus (23) työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen vaikeudet sekä työssä ja organisaatioissa tapahtuneet muutokset.

Tiedot terveystalvelujen käytöstä, ennenaikaisesta eläkkeelle siirtymisestä, ammattitaudeista, lääkkeiden käytöstä ja kuolleisuudesta saadaan myöhemmin rekistereistä.

Tulokset

Kyselyyn vastanneista naisia oli 59 % (perusjoukossa 54 %). Työssä käyvien mieslääkärien keski-ikä on 48 vuotta ja naislääkärien 44 vuotta; vastanneiden keski-ikä oli 49 ja 44 vuotta. Naiset työskentelivät terveyskeskuksissa useammin kuin miehet ja miehet taas useammin sairaaloissa (taulukot 1 ja 2). Johtavia virkoja mieslääkäreillä oli useammin kuin naislääkäreillä (taulukko 2).

Päätoimisesti yksityisellä työnantajalla tai ammatinharjoittajana työskenteli hiukan suurempi osuus miehistä (24 %) kuin naisista (19 %) (taulukko 2). Ammatinharjoittajana toimi 11 % lääkäreistä, ja vuokralääkäreinä oli päätoimisesti hyvin vähän. Suurin osa vastaajista oli erikoistunut, miehistä selvästi suurempi osuus kuin naisista oli erikoistunut. Yleisin oli edelleen yleislääketieteen erikoisala. Työvoiman ulkopuolella lääkäreistä oli 4 %.

Kaikista vastaajista noin puolet ilmoitti päivystävänsä ja osuus on jokseenkin sama mies- ja naislääkärien joukossa. Kokopäivätoimisten mieslääkärien keskimääräinen viikkotyöaika oli 44,7 tuntia (kaikkien mieslääkärien 42,9 h/vk) ja kokopäivätoimisten naislääkärien 41,3 tuntia (kaikkien nais-

lääkärien 39,3 tuntia). Työmatkoihin kului noin 4 tuntia viikossa, naisilla hieman enemmän kuin miehillä.

Fyysisen väkivallan tai sillä uhkaamisen kohteeksi ilmoitti edeltäneen vuoden aikana joutuneensa 14 % vastaajista. Kerran kuussa tai useammin tällaisia kokemuksia oli ollut lähes 2 %:lla vastaajista, mutta viikoittain ei kenelläkään (taulukko 3). Fyysistä väkivaltaa ja uhkailua kohdattiin hieman tavallisemmin päivystyksessä kuin muuna työaikana, ja miehet näyttivät päivystyksessä joutuvan väkivallan tai uhkailun kohteeksi useammin kuin naiset. Tavallisinta uhkailun ja

Taulukko 3.

Lääkärien kokema fyysinen ja henkinen väkivalta (%) (n = 2 841).

	Naiset %	Miehet %	Kaikki %	χ^2	p-arvo
Väkivalta- tai uhkatilanteita kokenut				24,97	< 0,001
Ei koskaan	37,4	44,7	40,5		
Ei joka vuosi	47,0	44,1	45,7		
1–2 kertaa vuodessa	14,1	9,2	12,1		
1–3 kertaa kuukaudessa	1,4	1,6	1,4		
Kerran viikossa tai useammin	0,1	0,4	0,2		
Väkivaltille alttiina yleensä				4,59	0,032
Päivystyksessä	56,1	61,6	58,2		
Muulloin	43,9	38,4	41,8		
Henkinen väkivalta ja kiusaaminen työssä				27,87	< 0,001
En ole kokenut	78,0	83,4	80,2		
Kyllä tällä hetkellä	4,1	5,7	4,8		
Kyllä aiemmin	17,9	10,9	15,0		
Kenen taholta henkinen väkivalta					
Työtoverit	16,4	11,9	14,7	10,65	0,001
Potilaita	4,1	2,3	3,4	6,47	0,011
Potilaiden omaiset	3,6	2,4	3,1	3,15	0,076

Taulukko 4.

Lääkärien terveystyötyytyminen (%) (n = 2 841).

	Naiset %	Miehet %	Kaikki %	χ^2	p-arvo
Tupakoitko tai oletko joskus tupakoinut säännöllisesti?				59,33	< 0,001
Kyllä	12,5	24,1	17,4		
En	87,5	75,9	82,6		
Kuinka usein alkoholia 6 annosta tai enemmän kerralla?				335,08	< 0,001
Harvoin tai ei koskaan	65,6	34,8	52,9		
2–6 kertaa vuodessa	23,8	30,8	26,7		
Kerran kuukaudessa	6,4	12,4	8,9		
2–3 kertaa kuukaudessa	2,4	9,7	5,4		
Kerran viikossa	0,9	7,7	3,8		
Kaksi kertaa viikossa tai useammin	0,9	4,5	2,4		
Oletko joskus ajatellut käyttäväsi kohtuuttomasti alkoholia?				70,25	< 0,001
Kyllä	18,1	32,7	24,8		
En	80,9	66,3	75,2		
Kuinka usein liikut vapaa-ajallasi niin että hengästyit?				11,50	0,042
En koskaan	5,4	3,0	4,5		
Kerran kuukaudessa	8,6	9,5	9,0		
Kerran viikossa	26,1	25,8	26,0		
2–3 kertaa viikossa	40,9	40,2	40,4		
4–6 kertaa viikossa	15,6	17,5	16,3		
Päivittäin	3,5	4,0	3,8		

Tästä asiasta tiedettiin

- › Pitkät työajat, fyysisen väkivallan uhka ja päivystäminen ovat olleet lääkärin erityisongelmia.
- › Lääkärien itsemurhakuolleisuus on ollut huolestuttavan suuri, erityisesti naislääkäreillä.

Tämä tutkimus opetti

- › Lääkärien hyvinvointi ja työolot ovat kohentuneet.
- › Itsemurha-ajatukset ovat lääkäreillä edelleen hälyttävän yleisiä.
- › Lääkärien tupakointi on edelleen vähentynyt, mutta ylipaino on yleistynyt.

väkivallan kohteeksi joutuminen oli mielenterveystoimistoissa, terveyskeskuksissa sekä sairaaloissa. Henkistä väkivaltaa nykyisin tai aiemmin oli kokenut 20 % lääkäreistä, naisista hiukan suurempi osuus kuin miehistä. Henkisen väkivallan kohteeksi joutuneista suurin osa oli kokenut henkistä väkivaltaa työtoverien taholta ja vain suhteellisen harvat potilaiden tai potilaiden omaisten taholta.

Lääkärien tupakointi on suhteellisen harvinaista: mieslääkäreistä tupakoi säännöllisesti 6,6 % ja naislääkäreistä 2,8 %. Vapaa-ajan liikuntaa kaksi kertaa tai useammin viikossa vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hikoili ja hengästyti, harrasti 62 % mieslääkäreistä ja 60 % naislääkäreistä (taulukko 4). Vähemmän kuin kerran viikossa liikuntaa harrastavia oli mieslääkäreistä vajaat 13 % ja naislääkäreistä 14 %.

Mieslääkärien painoindeksi (body mass index, BMI) kes-

kiarvo oli 25,4 kg/m² ja naislääkärien 23,5 kg/m². Vähintään lievästi ylipainoisia (BMI ≥ 25 kg/m²) oli mieslääkäreistä puolet ja naislääkäreistä neljäsosa. Merkittävästi ylipainoisia (BMI ≥ 30 kg/m²) oli mieslääkäreistä 7,6 % ja naislääkäreistä 5,5 %.

Mieslääkäreistä 34 % ja naislääkäreistä 11 % ilmoitti juovansa kerran kuussa tai useammin vähintään kuusi ravintola-annosta kerralla (taulukko 4). Mieslääkärien keskimääräinen alkoholinkulutus puhtaaksi alkoholiksi muunnettuna oli 140 grammaa ja naisten 61 grammaa viikossa.

Lääkärien oma arvio työkykyisyydestään oli keskimäärin 8,6 asteikolla, jonka maksimi on 10. Naisten ja miesten arvioissa ei ollut juurikaan eroa. Vastaaajista 76 % ilmoitti terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, eikä vastauksissa ollut juurikaan eroja sukupuolten kesken. Lääkäreistä kuitenkin peräti joka viides oli ajatellut tai yrittänyt itsemurhaa (taulukko 5). Tässä ei ollut juurikaan eroa sukupuolten välillä.

Vastaaajista 48 % oli käynyt työterveyshuollossa kolmen edeltäneen vuoden aikana, naiset hiukan miehiä useammin (taulukko 5). Noin 6 % vastaaajista ilmoitti olevansa vailla järjestettyä työterveyshuoltoa. Noin 44 % lääkäreistä oli ollut sairauslomalla edeltäneen vuoden aikana. Peräti 69 % mieslääkäreistä ja 61 % naislääkäreistä ilmoitti olleensa sairaana töissä edeltäneen vuoden aikana. Keskimäärin lääkärit työkentelivät oman ilmoituksensa mukaan 10 päivää vuodessa sairaana.

Pohdinta

Lääkärikunta on Suomessa läntisen Euroopan naisvaltaisena (24). Naisten osuus lääkärinkunnasta on kasvanut parinkymmenen vuoden aikana nopeasti ja kehitys näyttää jatkuvan. Lääkärikunta on myös edelleen vanhenemassa. Vuodesta 1997 lääkärin keski-ikä on noussut noin 3 vuotta. Samaan aikaan lääkärin työhön käyttämä viikkotyöaika näyttää lyhentyneen, laskutavasta riippuen 1–2 tuntia. Naislääkärit ovat selvästi mieslääkäreitä nuorempia ja useammin alemmassa virka-asemassa. Ilmeisesti nuoremman iän ja työuran lyhyiden vuoksi naislääkäreistä harvempi on erikoistunut, mutta useampi erikoistumassa mieslääkäreihin verrattuna. Naiset ovat myös sijoittuneet useammin perusterveydenhuoltoon, mikä saattaa edelleen säilyttää tai lisätä nais- ja mieslääkärien työuraan liittyviä eroja.

Kun otetaan huomioon jo nykyinen julkisen sektorin lääkärivaje ja ennustettu vaje monien alojen erikoislääkärien määrässä, olisi tärkeää saada työelämä houkuttelevammaksi vanheville lääkäreille (25). Ennen aikaista eläkkeellelähtöä voitaisiin vähentää esimerkiksi lisäämällä oman työn vaikutusmahdollisuuksia ja johtamisen oikeudenmukaisuutta (8). Lisää tutkimusta kuitenkin tarvitaan, jotta voitaisiin tarkemmin määrittää, mitkä tekijät lisäävät lääkärin halukkuutta siirtyä eläkkeelle tai vähentävät heidän hyvinvointiaan ja kuinka näitä tekijöitä voitaisiin muuttaa nykyjärjestelmässä.

Päätömmisiä vuokralääkäreitä on hyvin vähän, mutta toisaalta varsin merkittävä osa varsinkin nuorista lääkäreistä toimii silloin tällöin vuokralääkäreinä (26). Työvoiman ulkopuolella on samoin vain vähän lääkäreitä.

Lääkäriin työssä esiintyi edelleen jonkin verran väkivallan

Taulukko 5.

Lääkärien hyvinvointi, terveys ja työterveyspalvelut (%) (n = 2 841).

	Naiset %	Miehet %	Kaikki %	χ ²	p-arvo
Oletko suunnitellut itsemurhaa?				1,12	0,773
En koskaan	80,4	81,2	80,7		
Olen ajatellut	18,1	17,2	17,7		
Olen vakavasti suunnitellut	0,9	1,2	1,0		
Olen yrittänyt	0,6	0,4	0,6		
Työterveyshuollon käyttö				23,81	< 0,001
Olen käyttänyt	51,2	43,2	48,0		
En ole käyttänyt	42,6	52,0	46,4		
Ei ole työterveyshuoltoa	6,2	4,8	5,6		
Sairauslomalla edeltäneen vuoden aikana				57,82	< 0,001
Olen ollut	49,9	34,9	43,6		
En ole ollut	50,1	65,1	56,4		
Sairana töissä edeltäneen vuoden aikana				23,99	< 0,001
Olen ollut	69,1	60,8	65,6		
En ole ollut	30,9	39,2	34,4		

uhkaa, erityisesti mielenterveystyössä ja sairaaloissa, mutta myös perusterveydenhuollossa (10). Fyysisen väkivallan uhka tai kokeminen on vähentynyt vuodesta 1997 (22 % vs. 14 %). Ero saattaa osin johtua kysymyksen erilaisesta muotoilusta.

Myös henkisen väkivallan esiintyminen oli lääkärin työssä suhteellisen yleistä, vaikka kehitys näyttääkin kulkevan parempaan suuntaan. Henkisen väkivallan tekijä ei useinkaan ole potilas tai hänen omaisensa vaan useimmiten työtoveri. Kehittämistoimet pitäisi siis tässäkin suunnata juuri työyhteisöön ja työjärjestelyihin. Työterveyshuollon nykyistä aktiivisempaa otetta ehkä tarvittaisiin.

Lääkärin alkoholinkulutus oli lisääntynyt kuluneina vuosina, kuten muunkin väestön. Myös lääkärin ylipaino on ikääntymisen myötä yleistynyt, mutta ylipainoisten osuus on edelleen pienempi kuin työssä käyvässä väestössä keskimäärin (27). Lääkärin liikuntaharrastus on sen sijaan vähintään tyydyttävällä tasolla. Lääkärit siis eivät ole erityisiä terveystriskikäyttäytyjiä.

Koko väestöön nähden lääkärin työkyky itse arvioituna on vähintään kohtalainen varsinkin suhteutettuna ikään ja koulutustasoon (27). Lääkärin sairauspoissaolot ovat edelleen lisääntyneet, mutta eivät mitenkään dramaattisesti. Lääkärit ilmoittivat olleensa usein työssä sairaana, mutta verrattuna englantilaislääkärin ilmoittamiin lukuihin (4) tilanne ei vaikuta erityisen hälyttävältä.

Toistaiseksi lääkärit ovat käyttäneet työterveyshuollon palveluja suhteellisen harvoin, mutta tilanne on hiukan muutunut. Työterveyshuolto on järjestetty suurimmalle osalle lääkäreistä ainakin muodollisesti. Lääkäriliiton järjestämän luottamuslääkäriverkoston kautta on pyritty helpottamaan lääkärin mahdollisuuksia kääntyä toisen lääkärin puoleen omissa terveyteen liittyvissä erityisongelmissa.

Lääkärin ja erityisesti naislääkärin itsemurha-ajatusten yleisyys verrattuna muuhun väestöön on hälyttävällä tasolla. Tämä havainto tukee sekä aiempien kyselytutkimusten, että aiempien ja uudempien (28) rekisteritutkimusten tuloksia. Luvut ovat hämmästyttävän suuria ja ne ovat pysyneet suunnilleen samalla tasolla verrattuna aiempaan lääkäritutkimukseen (1). Vaikka aiempien tutkimusten mukaan lääkärin itsemurhat ja itsemurha-ajatukset ovat yhteydessä terveyteen ja terveystriskikäyttäytymiseen, nämä tekijät eivät selitä lääkärin ja erityisesti naislääkärin suurentunutta itsemurhariskiä suhteessa muihin koulutettuihin ammattiryhmiin. Lääkärin ammatissa tai työjärjestelyissä saattaa olla jotakin, joka altistaa äärimmäiselle psyykkiselle rasitukselle. Näiden tekijöiden selvittäminen onkin yksi tämän tutkimuksen jatkoanalyysien keskeinen aihe.

Psykososiaaliset tekijät työssä, terveys ja hyvinvointi ovat ratkaisevia henkilöstön sitoutumisen kannalta, ja niillä on myös suuri merkitys sille, hakeutuuko alalle riittävästi uusia työntekijöitä. Työn psykososiaaliset tekijät ovat olleet yhteydessä paitsi ihmisten työtyytyväisyyteen ja sitoutumiseen, myös terveystriskien ja terveyteen. Työn ja terveyden välinen yhteys on onnistuttu osoittamaan jotakuinkin kiistatonta useissa epidemiologisissa tutkimuksissa (29). Tämä koskee yhtä lailla fyysisen työympäristön ja terveyden välistä yhteyttä kuin myös työhön liittyvien psyykkisten ja sosiaalisten

kuormitustekijöiden yhteyttä esimerkiksi sydän- ja verisuonitautitaituolleisuuteen, -sairastavuuteen ja sairauspoissaoloihin (30,31,32,33).

Modernin työelämän muutokset, kuten tuottavuuden kasvun vaatimukset ja niihin liittyvät henkilöstösopistukset, ovat yhteydessä työn psyykkisiin ja sosiaalisiin riskitekijöihin terveydenhuollossa. Myös jatkuvat muutokset työssä ovat nostaneet esiin uusia terveyden ja hyvinvoinnin riskitekijöitä. Erityisesti päätöksenteon ja johtamisen oikeudenmukaisuuden yhteys sairauspoissaoloihin ja muihin terveyden heikkenemisen indikaattoreihin on osoitettu (32,33). Johtamisen ja päätöksenteon ongelmat ovat usein keskeisiä stressitekijöitä lääkärin työssä. Näitä tekijöitä pyrimme analysoimaan jatkossa ja yhdistämään nyt koottua monipuolista tietoa lääkärin työn ja hyvinvoinnin kehittämiseksi tulevaisuudessa. Keskeisiä aiheita ovat vaikutusmahdollisuudet, työkuormitus ja johtaminen.

Kirjallisuutta

- Töyry S, Räsänen K, Kujala S ym. Lääkärin työolot ja kuormittuneisuus -tutkimus. *Suom Lääkäril* 1999;54:2423-30.
- Parmanne P, Vänskä J. Lääkärivaje ja ostopalvelut kasvoivat edelleen. *Suom Lääkäril* 2006;61:5199-203.
- Lääkärikysely 2006. Tilastoja: Suomen Lääkäriliitto 2006.
- McKevitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *J Public Health Med* 1997;3:295-300.
- Johnson JV, Hall EM, Ford DE ym. The psychosocial work environment of physicians. The impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School graduates. *J Occup Environ Health* 1995;9:1151-9.
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724-8.
- Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M ym. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occup Environmental Med* 2001;6:361-6.
- Sutinen R, Kivimäki M, Elovainio M, Forma P. Associations between stress at work and attitudes towards retirement in hospital physicians. *Work & Stress* 2005;177-85.
- Krause N, Lynch J, Kaplan GA, Cohen RD, Goldberg DE, Salonen JT. Predictors of disability retirement. *Scand J Work and Environmental Health* 1997;6:403-13.
- Kajantie M, Vänskä J. Työpaikkaväkivalta kohdistuu nuoriin lääkäreihin. *Suom Lääkäril* 2006;61:1121-5.
- Töyry S. Burnout and self-reported health among Finnish physicians. *Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede* 365; 2005.
- Töyry S, Räsänen K, Hirvonen M ym. Lääkärin työolot ja kuormittuneisuus. *Taulukkoraportti: Suomen Lääkäriliitto* 2000.
- Lindeman S, Laara E, Vuori E, Lönnqvist J. Suicides among physicians, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admissions to hospital and contributory causes of death. *Acta Psychiatrica Scand* 1997;1:68-71.
- Kaprio J, Koskenvuo M, Langinvainio H, Romanov K, Sarna S, Rose RJ. Social and genetic influences on drinking patterns of adult men: a study of 5638 Finnish twin brothers. *Alcohol Alcohol suppl* 1987:373-7.
- Kujala UM, Kaprio J, Sarna S, Koskenvuo M. Relationship of leisure-time physical activity and mortality: the Finnish twin cohort. *JAMA* 1998;279:440-4.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;1:21-37.
- Hackman JR, Oldham GR. The Job Diagnostic Survey: An instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects. *Catalog of Selected Documents in Psychology* 1974:148-9.
- Goldberg D, Williams PA. User's guide to the General Health Questionnaire. *Berkshire, UK: NFER - Nelson Publishing Co.* 1988.
- Karasek R. Job Content Questionnaire and User's Guide. Los Angeles: Department of Industrial and Systems Engineering, University of Southern California; 1985.
- Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996;1:27-41.
- Anderson NR, West MA. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *J Organizational Behavior* 1998;3:235-58.
- Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld SA, Smith GD. An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *Am J Public Health* 1998;7:1030-6.
- Colquitt JA. On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *J Applied Psychol* 2001:386-400.
- OECD NationMaster, 2002. http://www.nationmaster.com/graph/lab_fem_doc-labor-female-doctors&int=50
- Kajantie M, Halla H, Ihalainen J, Vänskä J. Erikoislääkärin määrän kehitys vuoteen 2015. Pystyäänkö eläkepoistuma korvaamaan uusilla spesialisteilla. *Suom Lääkäril* 2006;61:3865-70.
- Mäkitalo-Keinonen T, Virtanen P, Saloneimi A, Vänskä J, Parmanne P. Vuokralääkärit - keitä he ovat? *Suom Lääkäril* 2005;60:5007-12.
- Aromaa A, Koskinen S. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2002*. Helsingin 2002.

- 28 Elovainio M, Heponiemi T, Manderbacka K ym. Increased risk of overall mortality and mortality due to suicide in Finnish physicians. Ninth International Congress of Behavioral Medicine; Thailand, Bangkok 2006.
- 29 Schnall P, Belkic K, Landsbergis P, Baker D. Why the workplace and cardiovascular disease? *Occup Med* 2000;1:1-6, iii.
- 30 Bosma H, Marmot MG. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ* 1997;314:558.
- 31 Everson SA, Lynch JW, Chesney MA ym. Interaction of workplace demands and cardiovascular reactivity in progression of carotid atherosclerosis: population based study. *BMJ* 1997;314:553-8.
- 32 Johnson JV, Stewart W, Hall EM, Fredlund P, Theorell T. Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. *Am J Public Health* 1996;3:324-31.
- 33 Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J. Effect of organisational downsizing on health of employees. *Lancet* 1997;350:1124-8.

Marko Elovainio

VTT, dosentti, tutkimuspäällikkö

Stakes

marko.elovainio@stakes.fi

Tarja Heponiemi

PsT, erikoistutkija

Stakes

Jukka Vänskä

VTM, tutkimuspäällikkö

Suomen Lääkäriliitto

Timo Sinervo

VTT, dosentti, erikoistutkija

Stakes

Santero Kujala

LL, lääkintöneuvos

Erkki Laakso

LL, järjestöpäällikkö

Suomen Lääkäriliitto

Päivi Jalonen

PsT, kehittämisspäällikkö

Työterveyslaitos

Jari Hakanen

VTT, dosentti, erikoistutkija

Työterveyslaitos

Kaj Husman

LKT, professori

Työterveyslaitos

Saara Töyry †

LT, työterveyshuollon erikoislääkäri

Kuopion yliopisto

Hannu Halila

LKT, koulutusjohtaja

Suomen Lääkäriliitto

English summary

How well are Finnish physicians in the 21st century?

Background The wellbeing and working conditions of Finnish physicians were studied in 1997. The current publication reports the methods and some results of the latest study on this issue conducted in 2006 and 2007. In the study, factors such as total working hours, on call work, type of work contract, main employer, health risk behaviour, wellbeing, work ability and suicidal thoughts were measured.

Methods The survey was conducted in a random sample of Finnish physicians born in 1943 or later. The sample included approximately 33% of all those in the eligible population and the final sample was 2 841 (response rate 56.8%).

Results Of the respondents 59% were women and the mean age was 48 for men and 44 for women. Total working hours were shorter than in 1997 and about half of the respondents worked on call at least sometimes. Women more often worked in public health centres (primary health care) than men. Less than 1% of the respondents had opted more or less permanently for temping. Threats of physical violence were reported by 14%, and 20% had experienced mobbing at work. The self-rated health and work ability index (8.6) results indicated that the health of Finnish doctors is at least acceptable. However, almost 20% of all respondents had at least contemplated suicide.

Conclusions More and more Finnish doctors are women and it is an ageing occupational group. Some of the indicators (total working hours, self-rated health and work ability) suggest that the working conditions and wellbeing of Finnish doctors are improving. However, the high level of suicidal thoughts indicates that there are some high strain work environments and vulnerable groups that need to be focused on in the future.

Marko Elovainio

Tarja Heponiemi

Jukka Vänskä

Timo Sinervo

Santero Kujala

Erkki Laakso

Päivi Jalonen

Jari Hakanen

Kaj Husman

Saara Töyry †

Hannu Halila