

Valtiotieteellinen tiedekunta  
Helsingin yliopisto

# **LÄÄKÄRITYÖN JÄNNITTEET**

TUTKIMUS LÄÄKÄREIDEN URAJÄRJESTELMIEN  
JA AMMATTIKÄYTÄNTÖJEN SOSIAALISESTA  
KESTÄVYYDESTÄ SAIRAALOISSA JA  
TERVEYSKESKUKSISSA

**Sirpa Wrede, Antero Olakivi, Piitu Parmanne ja  
Inka Laisi**

Helsinki 2022

Julkaistu ensimmäisen kerran joulukuussa 2022. Luvun 4 analyyseja päivitettiin maaliskuussa 2024, koska luvun empiirisessä aineistossa havaittiin epävarmuustekijä. Aiemmin julkaistussa versiossa luvun 4 analyysit rajattiin alle 55-vuotiaisiin lääkäreihin. Päivitetyssä versiossa luvun 4 analyysit rajattiin alle 65-vuotiaisiin lääkäreihin. Tulokset ja tulkinnat säilyivät keskeisiltä osin muuttumattomina. Päivityksen yhteydessä raporttiin lisättiin maininta Suomen Akatemiasta, jonka tuki osaltaan mahdollisti tutkimuksen toteuttamisen ja raportin julkaisemisen.



Työsuojelurahasto  
Arbetarskyddsfonden  
The Finnish Work Environment Fund



Suomen  
Akatemia

ISSN 2343-273X (nid)  
ISBN 978-951-51-7087-3 (nid)  
ISSN 2343-2748 (pdf)  
ISBN 978-951-51-7088-0 (pdf)

Taittopohja: Unigrafia  
Helsinki 2022

# SISÄLLYS

ESIPUHE .....	1
1 JOHDANTO: SOSIAALISEN KESTÄVYYDEN NÄKÖKULMA LÄÄKÄRIAMMATTIIN JA URAJÄRJESTELMIIN .....	3
2 NUORTEN LÄÄKÄREIDEN KOKEMUKSET TYÖN ARVOSTUKSESTA .....	13
3 LÄÄKÄREIDEN URAPOLUT JA NIITÄ MUOKKAAVAT SOSIAALISET TEKIJÄT ..	25
4 LÄÄKÄREIDEN AMMATILLINEN TOIMIJUUS JA TOIMIJUUDEN TILAT .....	40
5 ERISTYNEISYYS YLEISLÄÄKÄRINÄ TOIMIMISEN ONGELMANA.....	65
6 LÄÄKÄRITYÖTÄ MUOKKAAVAT TOIMINNANOHJAUSJÄRJESTELMÄT JA LÄÄKÄRITYÖN MUUTOS .....	77
7 YHTEENVETO: LÄÄKÄRIT ERIYTTÄVIEN URAJÄRJESTELMIEN ASKELMILLA .	91
LÄHDEKIRJALLISUUS.....	99



# ESIPUHE

Tämä julkaisu on Työsuojelurahaston rahoittaman hankkeen *Lääkäreiden urapolkujen kapeikot, umpikujat ja kiihdytyskaistat. Sairaala- ja terveyskeskusurajärjestelmien sosiaalinen kestävyys* loppuraportti. Tutkimushanke toteutettiin Helsingin yliopiston ja Suomen Lääkäriliiton yhteistyönä. Se alkoi tammikuussa 2020 ja päättyi elokuussa 2022. Nämä toimijat myös osaltaan rahoittivat tutkimusta. Sirpa Wrede, Antero Olakivi ja Inka Laisi osallistuivat tutkimukseen toimiessaan myös Suomen Akatemian rahoittamassa Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huippuyksikössä (#336669), jonka tutkimustyöhön tämäkin tutkimus nivoutuu. Me tutkijat haluamme kiittää kaikkia yhteistyötahoja hankkeen mahdollistamisesta.

Olemme toteuttaneet rinnakkain viisi osatutkimusta, jotka on raportoitu raportin empiirisissä luvuissa. Kunkin osatutkimuksen toteuttanut tutkija on kyseisen empiirisen luvun vastuukirjoittaja: Luvut 2 ja 3 Piitu Parmanne, luku 4 Antero Olakivi, luku 5 Inka Laisi ja luku 6 Sirpa Wrede. Johdannon ja yhteenvedon vastuukirjoittajat ovat Sirpa Wrede ja Antero Olakivi. Luvuissa 5 ja 6 esitellyt osatutkimukset syntyivät, kun tutkimuksen kuluessa osoittautui tärkeäksi analysoida tarkemmin lääkäriyön muutoksia.

Tutkimuksessamme käytettiin Suomen Lääkäriliiton keräämiä kyselytutkimusaineistoja. Nuori Lääkäri- ja Lääkäri-tutkimussarja on syntynyt Suomen Lääkäriliiton, Tampereen yliopiston ja Kuopion yliopiston eli nykyisen Itä-Suomen yliopiston yhteistyönä. Tutkimussarjan poikkeuksellisen laajat kyselyaineistot on kerätty viiden vuoden välein vuosien 1988 ja 2018 välillä. Kiitämme lämpimästi tutkimuksen toteuttajia mahdollisuudesta käyttää aineistoa tässä tutkimuksessa.

Toinen tutkimuksessamme käytetty kyselyaineisto on vuonna 2017 kerätty työmarkkinakysely. Tähän kyselyyn Antero Olakivi ja Sirpa Wrede saivat mahdollisuuden sisällyttää neljä kysymysosiota. Kiitämme Hannu Halilaa ja Jukka Vänskää Suomen Lääkäriliitosta tästä mahdollisuudesta ja luvasta käyttää aineistoa tutkimuksessamme. Kun tätä tutkimusta suunniteltiin, Hannu toimi Lääkäriliitossa varatoiminnanjohtajana ja vastasi tutkimustoiminnan johtamisesta. Hän osoitti suurta kiinnostusta suunnittelellemme tutkimukselle ja suostui myös sen hankkeen neuvottelukunnan jäseneksi. Tutkimuspäällikkö Jukka Vänskää kiitämme joustavasta yhteistyöstä tutkimusaineiston käytössä.

Käytimme tässä hankkeessa myös itse keräämäämme laadullista haastatteluaineistoa. Se on kerätty aiemmin toteutetussa hankkeessa, joka loi edellytykset tälle tutkimukselle (Wrede ym. 2017). Aiemman hankkeemme rahoitti Suomen Lääkäriliitto, jonka aloitteesta hanke syntyi. Sirpa Wrede kiittää lämpimästi silloista Lääkäriliiton toiminnanjohtajaa Heikki Pälvetä ja Lääkäriliitossa tuolloin aktiivisesti toiminutta Raimo Puustista luottamuksesta, jolle tuolloin tehty niin kutsuttu autonomiatutkimus ja myöhempi tutkimustoiminta rakentuvat, nyt ja tulevaisuudessa. Autonomiatutkimuksen

eri vaiheissa kävimme tärkeitä keskusteluja myös Lääkäriliiton Lauri Vuorenkosken kanssa. Haastatteluaineiston keruuseen osallistuivat ratkaisevan tärkeällä panoksella Noora Fischer ja Anton Sigfrids, kiitos teille hyvästä työstä. Aineisto on rikas ja huolella koodattu, josta syystä jatkotutkimuksen tekeminen on sujuvaa ja inspiroivaa.

Haluamme mitä lämpimimmin kiittää tutkimuksemme neuvottelukuntaa. Sen alkuperäiset jäsenet olivat Hannu Halila (Lääkäriliitto), Arja Helin-Salmivaara (HUS), Sara Launio (Nuorten lääkärin yhdistys), Sanja Mursu (Kuntatyönantajat), Laura Pekkarinen (Keva) sekä Satu Räsänen (Valvira). Kauden aikana Kuntatyönantajien edustajaksi vaihtui Mertzi Bergman. Lisäksi neuvottelukunnan kokouksiin osallistuivat Lääkäriliitosta Sami Heistaro, Lauri Vuorenkoski ja Jukka Vänskä sekä Lääkärilehdestä Pertti Saloheimo. Kiitämme kaikkia neuvottelukunnan jäseniä mielenkiinnosta hanketta kohtaan. Neuvottelukunnan kokoukset olivat hankkeen edetessä tärkeitä välietappeja, joissa käyty keskustelut olivat eloisia ja inspiroivia. Saimme kaikista kokouksista eväitä tutkimuksen jatkamiseen ja tunteen siitä, että tutkimuksemme voi tuottaa eri toimijoiden kannalta relevanttia tietoa tästä tärkeästä terveydenhuollon ammatista.

Lopuksi haluamme kiittää kaikkiin aineistokeruihin osallistuneita lääkäreitä. Lääkäreiden tutkimusmyönteisyys on luonut edellytykset toteuttaa myös sosiologista tutkimusta lääkäriammattista ja lääkärikunnasta. Aiemmin ei Suomessa ole vastaavaa tutkimusta toteutettu. Seuraavaksi saatamme tämän loppuraportin tutkimustulokset kansainvälisen tiedeyhteisön saataville. Tämä hanke on edistännyt myös kahta käynnissä olevaa väitöskirjaa, joita valmistelevat väitöstutkijat Piitu Parmanne ja Inka Laisi.

Helsingissä 31.8.2022

*Sirpa Wrede, Antero Olakivi, Piitu Parmanne ja Inka Laisi*

# 1 JOHDANTO: SOSIAALISEN KESTÄVYYDEN NÄKÖKULMA LÄÄKÄRI- AMMATTIIN JA URAJÄRJESTELMIIN

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme lääkäreiden työtä ja lääkäriammattia. Keskiössä ovat lääkäri työn jännitteet. Tutkimme paitsi arkisia työkäytäntöjä myös työuria. Työurien muotoutumista lähestymme urajärjestelmien näkökulmasta. Urajärjestelmän käsitteen avulla luonnehdimme terveydenhuollon instituutioiden tuottamaa toimintakenttää, jossa lääkäreiden työurat ja -asemat muotoutuvat.

Tutkimus kumpuaa aiemman tutkimuksen yhteydessä tekemistämme havainnoista. Niitä tarkastellessamme huomiomme kiinnittyi terveydenhoitojärjestelmän organisaatioihin lääkäri työn toimintaympäristöinä (Wrede ym. 2017). Tätä tutkimusta suunnitellessamme jäsentelimme yksittäisen lääkärin aseman ja työuran muotoutumista terveydenhuollon toimintakentässä urajärjestelmän käsitteellä, jonka lainasimme sosiologisesta henkilöstöhallinnon tutkimuksesta (Baruch 2003). Amerikkalais sosiologi Everett C. Hughesin (1937) havaintoihin pohjautuvassa sosiologisessa uratutkimuksessa urajärjestelmien ajatellaan olevan dynaamisia organisaatioiden muodostamia ekosysteemejä, jotka yksilötasolla tuottavat ja ylläpitävät psykologisia sopimuksia siitä, millaista työtä ja työuraa työntekijän on lupa odottaa (Baruch & Rousseau 2019). Myös terveydenhuollon monimutkaisen organisaatiokentän merkitystä lääkäri työlle ja lääkäriydelle on viime aikoina alettu tutkia uraan liittyvän toimijuuden näkökulmasta pohtien etenkin sitä, millaisia vaikutuksia psykologiseen sopimukseen kohdistuvilla loukkauksilla voi olla lääkäriyden kannalta (Mitra ym. 2022).

Lääkärit tekevät työtään konkreettisissa työpaikoissa ja erilaisiin terveydenhuollon organisaatioihin liittyvillä erikoisaloilla ja niihin liittyvissä institutionaalisissa rooleissa. Lääkäreiden liike urajärjestelmissä ei perustu pelkästään heidän ansioihinsa ja pyrkimyksiinsä, vaan sitä ohjaavat erilaiset sosiaaliset voimat, joita tutkimuksemme valottaa. Eriarvoisuus lääkäreiden välillä kumpuaa myös yhteiskunnallisista eroista. Organisaatiososiologi Joan Acker (2006) on käsitteellistänyt organisaatioissa esiintyvää eriarvoisuutta ja sen uusintumista ”eriarvoisuusjärjestelmän” käsitteellä. Katsomme, että Ackerin eriarvoisuusjärjestelmien ulottuvuudet, kuten eriarvoisuuden syyt, aste ja hyväksyttävyyys, voidaan tunnistaa myös urajärjestelmissä.

Tutkimuksemme lähtökohta on tiettyssä mielessä normatiivinen, vaikka lähestymmekin aiheitamme monipuolisin empiirisin aineistoin ja analyysein. Mielestämme lääkäri työn tulisi olla sosiaalisesti kestävä yhteiskunnan, potilaiden sekä lääkäreiden itsensä näkökulmasta. Koska sosiaaliselle kestävyydelle ei ole olemassa yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää, on käsitettä syytä avata. Yhdistyneiden kansakuntien toiminnassa käytetty käsite on tiivistetty kolmeen tekijään: 1) kaikilla ihmisillä tulee olla oikeus

ihmisarvoiseen, kunnolliseen elämään (decent life), 2) yhteiskunnan tulee toimia oikeudenmukaisesti (social justice) ja 3) ihmisillä tulee olla oikeus osallistua yhteiskunnan päätöksentekoon (participation of all relevant stakeholders) (Griessler & Littig 2005).

Yleistä sosiaalisen kestävyuden ajatusta ei suoraan voi soveltaa ammattiin ja urajärjestelmiin. Lääkärikunta on yleisesti hyvässä yhteiskunnallisessa asemassa, ja sen jäsenet muodostavat eräänlaisen eliitin. On ongelmallista, mikäli valikoituminen lääkärikuntaan tapahtuu voimakkaasti sosiaalisen taustan perusteella. Tällöin eliitistä muodostuu suljettu piiri. Tässä tutkimuksessa lähemme ajatuksesta, että kaikilla lääkäreillä tulisi olla tasavertainen oikeus kunnolliseen – ja myös kunnialliseen ja arvokkaaseen – työhön ja sosiaalisesta taustasta riippumatta yhtäläiset mahdollisuudet työssä menestymiseen sekä tasavertaiseen työyhteisön jäsenyyteen. Lääkäriammatin kontekstissa tasavertaisuus ei välttämättä tarkoita hierarkioiden poissaoloa, mutta se tarkoittaa, että hierarkiat perustuvat oikeudenmukaisiin ja läpinäkyviin arviointiprosesseihin.

Sosiaalisen kestävyuden näkökulma on tutkimuksellemme hyödyllinen, koska se suuntaa ajatukset ammatillisesti kestäväan työhön ja kestäviin työuriin sekä sisällyttää yhteiskunnalliset näkökohdat tarkasteluun. Lääkäriyöhön kuten muihinkin välttämättömiin terveydenhoidon palveluihin liittyy ainakin kolmenlaisia intressejä: ensiksi lääkäreiden henkilökohtaiset intressit, toiseksi ammattikunnan professionaaliset intressit ja kolmanneksi lääkäreiden tuottamaan terveystalouteen liittyvät intressit (ks. De Vries 1996). Näitä intressejä harvoin eritellään, vaikka ne tuskin koskaan ovat täysin yhteneväiset.

Erilaisten intressien luomien ristipaineiden tunnistaminen auttaa ymmärtämään lääkärikunnan ja lääkäreiden yhteiskunnallisen aseman jännitteitä. Sosiologisessa tutkimuksessa on yleisesti tunnistettu, että vaikka lääkärit yleensä ovat hyvässä yhteiskunnallisessa asemassa, on ammattikunnan sisällä selkeitä eriarvoistavia jakolinjoja eivätkä kaikki lääkärit ole ammatillisesti hyvässä asemassa, vaikka työn taloudelliset ehdot olisivat hyvät (Olakivi & Wrede 2019; Riska 2017; Salmonsson 2014).

Sosiaalisen kestävyuden näkökulma suuntaa tarkastelun myös muihin tärkeisiin sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ulottuvuuksiin, erityisesti lääkäreiden rooliin keskeisten yhteiskunnallisten palveluiden tuottamisessa. Tutkimus osoittaa, että palvelujen kurjistuessa myös ammatillisuuden ehdot heikkenevät ongelmallisella tavalla. Organisaatioissa, joissa ammatillaiset kokevat kestäväan työuran vaarantuneen, sitoutuneisuus ammatillisuuteen voi heiketä (Mitra ym. 2022). Tästä näkökulmasta lääkäreiden ja muiden ammattilaisten mahdollisuus tehdä ammatillisesti kestäväa työtä on yhteiskunnallinen kysymys.

Edellä esitetyt sosiaalisen kestävyuden luonnehdinnat eivät ole eivätkä voi olla tyhjentyviä. Sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutuminen ei ole abstrakti kysymys, vaan sitä arvioidaan konkreettisisissa tilanteissa ja vaihtelevin kriteerein. Lääkäriammatin tapauksessa sosiaalisen kestävyuden



näkökulma suoraan tai epäsuorasti virittää esimerkiksi tutkimusta työn ja perhe-elämän yhteensovittamisesta tai lääkärikunnassa vähemmistönä olevien ryhmien asemasta. Aineistomme eivät mahdollista esimerkiksi ihonväriin tai kieleen perustuvan eriarvoisuuden tutkimista profession sisällä, mutta kiinnitämme huomiota sukupuoleen, ikään, perhetaustaan ja uravaiheeseen erikoisaloihin liittyvien arvostuserojen lisäksi.

Tutkimuksessamme sosiaalisen kestävyuden käsite liittyy pohdintoihin siitä, millaisia vaikutuksia lääkäreiden työtä ja ammatteja muokkaavilla toimilla on esimerkiksi lääkäreiden työhön kiinnittymiseen sekä heidän käsityksiinsä työstään ja ammatistaan. Meitä kiinnostavat myös terveydenhuollon organisaatioiden toimivuus ja niissä tehtävän lääkäri työn houkuttelevuus. Urajärjestelmien ongelmalliset piirteet voivat tästä näkökulmasta olla yhteydessä epäviihtyvyyteen, rekrytointivaikeuksiin, alanvaihtoaikeisiin ja ylipäättään lääkärin työn houkuttelevuuteen ammattina (esim. Baumgardt ym. 2015; Fischer 2015).

## **1.1 TÄMÄ TUTKIMUS JA TUTKIMUSRAPORTTI**

Tutkimme lääkäreiden työtä ja työssä viihtymistä terveyskeskus- ja sairaalaurajärjestelmissä sosiaalisen kestävyuden näkökulmasta huomioiden lääkäreiden uravaiheen ja työn ulkopuoliset kuormitustekijät. Lääkäri työn kuormitustekijöitä on Suomessa tutkittu paljon. Lääkäreille työperäistä stressiä ja jaksamisongelmia aiheuttavat muun muassa kiire, potilastyöhön liittyvä rasitus, työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen vaikeus, tiimityöskentelyyn liittyvät vaikeudet, tuen puute ja tietojärjestelmien ongelmat (Gluschkoff ym. 2022; Heponiemi ym. 2012; 2013; Kuusio ym. 2012). Lähdes joka toinen lääkäri kokee vähintään lievää työuupumusta, ja osuus on keskimääräistä suurempi nuorten lääkäreiden keskuudessa sekä terveyskeskuksissa työskentelevillä lääkäreillä (Suomen Lääkäriliitto 2022d). Terveyskeskuslääkäreiden työpaikan vaihtoaikoiden on todettu olevan yhteydessä muun muassa vaikutusmahdollisuuksien puutteeseen, potilastyöhön liittyvään rasitukseen, organisaation epäoikeudenmukaisuuden kokemuksiin, tiimityöskentelyyn liittyviin vaikeuksiin, työn yksinäisyyteen ja konsultaatiomahdollisuuksien puutteeseen (Kuusio ym. 2013; Lepäntalo 2008). Päivystystyötä tekevillä lääkäreillä lähtöaikeet yhdistyvät työn runsaisiin kuormitustekijöihin ja vähäisiin vaikutusmahdollisuuksiin (Heponiemi ym. 2008; 2016; Lindfors ym. 2009). On viitteitä siitä, että lääkärin työpaikan valinta on jossain määrin yhteydessä jo opiskeluaikana saatuihin kokemuksiin, työn palkkatasoon ja lääkärin henkilökohtaisiin tekijöihin, kuten arvostuksiin ja identifikaation kohteisiin (Heikkilä ym. 2014; Kankaanranta ym. 2007).

Aiempi tutkimus kuitenkin tarkastelee useimmiten eri sektoreilla työskenteleviä lääkäreitä yhtenä ryhmänä eikä huomioi, että joukossa on hyvin erilaisissa uravaiheissa olevia lääkäreitä, joilla todennäköisesti on

toimipaikan lisäksi uravaiheeseen ja sosiaaliseen taustaan liittyviä yhteisiä kokemuksia. Terveystieteiden urajärjestelmien kipukohdista tarvitaan ylipäätään lisätietoa. Suomessa on noin 21 000 alle 65-vuotiaasta lääkäriä, joista vuonna 2019 oli työssä noin 90 prosenttia. Heistä noin kaksi kolmasosaa työskenteli päätoimisesti julkisella sektorilla sairaaloissa ja terveyskeskuksissa (Suomen Lääkäriliitto 2019). Loput lääkärit työskentelivät päätoimisesti muun muassa yksityisinä ammatinharjoittajina, yliopistoissa ja tutkimuslaitoksissa tai lääketieteellisyydessä. Lääkäreiden työllistymis- ja uramahdollisuuksia on pidetty erinomaisina. Kuitenkin nuorista, enintään 11 vuotta sitten valmistuneista lääkäreistä 25 prosenttia vuonna 1998 ja 17 prosenttia vuonna 2008 arvioi, ettei enää ryhtyisi lääkäriksi, jos voisi valita alan uudelleen (Heikkilä ym. 2015). Samalla tavoin erikoisalastaan jälkikäteen ajatteli noin joka kymmenes (12 %) alle 70-vuotias erikoislääkäri vuonna 2013 (Heikkilä ym. 2016).

Tässä tutkimusraportissa tarkastellaan lääkäriä, lääkäreiden työuria ja -asemia sekä ammatillista toimijuutta. Urajärjestelmien ja työurien sosiaalisen kestävyuden tarkastelu on yksi näkökulma terveydenhuollon henkilöstöstä käytävään yhteiskunnalliseen keskusteluun. Lääkäriävoimasta on puutetta usealla keskeisellä erikoisalalla ja monissa terveyskeskuksissa. Toisaalta joillekin erikoisaloille olisi liiankin runsaasti tulijoita, ja lääkäriävoiman ylitarjontaa esiintyy suosittujen organisaatioiden liepeillä. Nämä ilmiöt eivät perustu mihinkään luonnonlakiin. Tutkimuksemme keskeinen tavoite onkin tehdä näkyväksi urajärjestelmien lähes luonnollistuneita mekanismeja ja lääkäriävoiman samaan tapaan itsestään selviksi ymmärrettyjä piirteitä ja kehityskulkuja. Raportin kokonaisuudessa nämä erilaiset strategisesti valitut lähestymistavat (ks. Mason 2011) auttavat meitä lisäämään ymmärrystä lääkäriävoiman ”ekosysteemeistä” valottaen sekä niiden toimintaympäristöissä muotoutuvia kulttuurisia piirteitä että sosiaalista rakenteistumista (ks. Abbott 2005).

Osatutkimuksemme valottavat lääkäreiden työurien ja asemien muotoutumista monipuolisesti ja kattavien tutkimusaineistojen pohjalta. Olemme tarttuneet olemassa oleviin tutkimusaineistoihin, joista käyttämämme kaksi kyselyaineistoa ovat Suomen Lääkäriliiton keräämiä. Analysoimamme laadullinen haastatteluaineisto on tämän tutkijaryhmän keräämä, ja analyysistä on aiemminkin raportoitu, tosin eri näkökulmasta (Olakivi & Wrede 2019; Wrede ym. 2017).

Loppuraportin rakenne noudattaa osatutkimustemme logiikkaa: Luku 2 tarkastelee eri lääkäritöiden arvostusta nuorten lääkäreiden näkökulmasta sekä eri taustatekijöiden vaikutusta siihen, ketkä lääkäreistä sijoittuvat arvostetuimpiin tehtäviin uran alkuvaiheessa. Luvun 3 keskiössä ovat lääkäreiden urapolut. Luku 4 tarkastelee lääkäreiden kokemuksia ammatillisesta toimijuudesta. Kahdessa seuraavassa luvussa raportoidut tulokset perustuvat laadullisiin analyysihin. Luku 5 tarkastelee yleislääkäriävoiman toimimisen jännitteitä ja luku 6 lääkäriävoiman tietojärjestelmäpohjaiseen toiminnanohjaukseen liittyvää muutosta. Kunkin empiirisen luvun alkuun

olemme koonneet keskeiset tulokset lukijan avuksi. Raportin yhteenvedossa pohdimme urajärjestelmien tuottamaa eriarvoisuutta, lääkäriammatin kulttuurista luonnetta sekä lääkäriilyn ja ammattikunnan tulevaisuutta.

## **1.2 LÄÄKÄRIAMMATTI JA URAJÄRJESTELMÄT LÄÄKÄREIDEN TYÖURIEN INSTITUTIONAALISENA MAISEMANA**

Lääkäriammatin yhteiskunnallisessa asemassa heijastuu ammatin vakiintuneisuus. Nykyään lääkäriammattiin liittyviä uusia merkittäviä säädöksiä tehdään vain harvoin. Epäsuorasti toki erityisesti toteutusvaiheeseen edennyt soteuudistus muuttaa lääkärin ammatin harjoittamista tavoin, jotka heijastuvat myös työuriin ja työkäytäntöihin. Tässä raportissa ei näitä vaikutuksia ole mahdollista käsitellä, vaan käytössämme olleiden aineistojen avulla valottuu rikkaasti ammattikunnan nykytila työurien ja työn näkökulmasta. Luomme kuvaa siitä, millaiseen lääkärikuntaan ja urajärjestelmään parhaillaan käynnissä olevat reformit kohdistuvat.

Suomessa kuten muuallakin länsimaissa lääkäriammattia luonnehditaan professioksi. Sosiologiassa kansainvälisesti tämä on usein tarkoittanut itseään sääntelevää ammattikuntaa. Suomessa kuitenkin lääkärikuntaan kohdistuu paitsi valtion korkean politiikan rakennepolitiikkaa myös niin sanottua matalaa politiikkaa. Viimeksi mainittu sääntely kohdistuu esimerkiksi koulutusmääriin, terveyskeskustyövelvoitteeseen, ulkomailla opiskelleiden pätevyyden tunnustamisen ehtoihin ja laillistetun lääkärin oikeuksien, kuten reseptinkirjoitusoikeuden rajanvetoihin. Vaikka valtion rooli profession sääntelyssä on merkittävä, on lääkärikunnan asema monissa terveyspoliittisissa kysymyksissä ja edunvalvonnassa vahva.

Lääkäriammatin merkittävän yhteiskunnallisen aseman ja arvostuksen voi ajatella liittyvän moninaisiin yhteiskunnallisiin instituutioihin ja niiden kautta harjoitettuun terveyspolitiikkaan, jonka retoriikassa ovat jo yli sadan vuoden ajan korostuneet sairauksien ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen. Lääkäreiden työurien kannalta keskeiset etenemispolut vaikuttaisivat kuitenkin liittyvän sairaanhoitoon. Sairaanhoidon keskeinen instituutio on vanhastaan sairaala. ”Sairaalalaitos” on ajan saatossa moninaistunut, kun sairaalat ovat erikoistuneet paitsi aloittain myös asiantuntemuksen suhteen. Rahallisesti merkittävimmät sairaanhoidon resurssit on historiallisesti keskitetty sairaaloissa tehtävään erikoissairaanhoidon (Saarivirta ym. 2009; Wrede 2000). Niin kutsuttu avohuolto laajeni 1970-luvulla terveyskeskuksia perustettaessa perusterveydenhuolloksi, joka on lähinnä yleislääkäriilyn urajärjestelmä. Tässä tutkimuksessa käytettävät aineistot sijoittuvat aikaan, jolloin lääkärit työskentelevät monimutkaisessa ja monikanavaisessa terveydenhoitojärjestelmässä, jonka hallinto on hajautettu ja rahoitus hajanaista (Keskimäki ym. 2019).

Vaikka lääkäriyön institutionaalinen maisema on hajanainen ja esimerkiksi julkinen raha kulkee eri kanavilla erilaisin periaattein, kohdistuu lääkäriammattiin myös yhdenmukaistavia voimia. Lääkäriammattin harjoittamista ohjaa tiukka lainsäädäntö, joka sääntelee, miten lääkäriksi pääsee, sekä määrittelee lääkärin oikeuksia ja velvollisuuksia. Lääkäreiden työtä myös valvotaan. Suomessa tästä tehtävästä huolehtii valtiollinen viranomaisena. Arkipäivän ammatillisuuden muotoutumista ohjaavat vahvasti myös käytännön työ ja moninaiset institutionaaliset ja normatiiviset roolit, joissa lääkäri työtään tekee. Odotetaanko hänen toimivan etupäässä erikoistuneena asiantuntijana, lääketieteen soveltajana, portinvartijana, parantajana, terveysvalmentajana tai kenties jossakin muussa roolissa?

Professioammattien työuria – esimerkiksi päätymistä erilaisiin lääkärin töihin – kuvataan arkipuheessa usein toimijan omien aktiivisten valintojen summana, jossa työurat muotoutuisivat kuin pelaajan liikuttaman pallon liikerata Fortuna-pelilaudalla. Työuran ”rakentaminen”, saavutettu menestys ja uralla eteneminen olisivat lähtökohtaisesti paitsi sattumasta myös ”pelaajan” taidoista kiinni (myös Eteläpelto ym. 2013). Sosiologisesta näkökulmasta on kuitenkin selvää, ettei toimijoille ei ole olemassa vain yhtä tasavertaista pelilautaa eivätkä työurat muodostu sen enempää sattumanvaraisesti (Riskä 2011; 2017; myös Eteläpelto ym. 2013). Niinpä silloinkin, kun lääkäriyötä tarkastellaan lääkäreiden itsensä näkökulmasta, sosiologian tutkimuskohteeksi valikoituvat pikemminkin pelilaudat ja niiden lainalaisuudet kuin toimijan peliliikkeet, persoonallisuus tai onnekkuus.

Edellä mainituista syistä meille on tärkeää pitää toimijan yhteiskunnallisen taustan ja aseman merkitys työuran ja -aseman muotoutumiselle mukana tarkastelussa. Tästä näkökulmasta on hyödyllistä muistaa, että indoeurooppalaisten kielten uraa tarkoittavien sanojen (*career, carrière*) alkuperä on latinan sanassa *carrus*: rattaiden perään syntyy kärrynpyörien piirtämät urat. Samaan tapaan urapolkujen analyysia voi pitää lääkärisukupolvien – ja niiden piirissä erilaisissa tehtävissä toimivien lääkäreiden – jättämien jälkien tarkasteluna (Hughes 1997). Työura ei siten lähtökohtaisesti viittaa etenemiseen tai ylenemiseen, vaikka juuri lääkärinkunnan yhteydessä urajärjestelmissä on myös ylenemisen mahdollisuuksia, joita lääkärit voivat eri tavoin tavoitella. Tällöin uramahdollisuuksien tavoittelematta jättäminen on joko valinta tai olosuhteiden sanelemaa.

Suomen monimuotoinen terveydenhoitojärjestelmä on suurelta osin julkisrahoitteinen, ja sen rakenteet ja muutokset muokkaavat myös lääkäriammattia. Ennen varsin homogeeninen ammattikunta on jakautunut moneksi: on lukuisia erikoisaloja, erilaisia sairaaloita, terveyskeskustyötä kaupungeissa ja maaseudulla, työterveyshuoltoa sekä yksityispraktiikkaa. Terveydenhuollon urajärjestelmiä ohjaavaan ajatteluun ja normistoon on vuosikymmenten saatossa nivoutunut ajatus lääketieteeseen perustuvasta hierarkiasta, jossa korkeinta lääketieteellistä asiantuntemusta edustavat sairaalat ovat hierarkian ylätasolla ja rutiininomaisempaa asiantuntemusta

edustavat sairaalat huolehtivat omien tehtäviensä ohella siitä, että potilas päätyy hoitojärjestelmässä oikealle tasolle (Wrede 2000). Terveyskeskusten rooli on monipuolisempi ja rakentuu keskeisiltä osin kansanterveysajattelulle (Wrede 2001). Yhtäältä terveyskeskuksissa seurataan ja edistetään väestön terveyttä ja tuotetaan kunnan järjestämät terveydenhuollon palvelut. Toisaalta terveyskeskuksilla on tehtävänä tunnistaa tilanteet, joissa potilaat tarvitsevat erikoissairaanhoidon palveluita.

### **1.3 INSTITUTIONAALISET LOGIikat JA NIIHIN LIITTYVÄT KULTTUURISET KÄSIkirJOITUKSET**

Edellä on esitetty, että lääkäreiden urajärjestelmät ja ammatilliset asemat ovat sidoksissa terveydenhoitojärjestelmän rakenteisiin, jotka terveystalouden ohjaamina muuttuvat jatkuvasti. Välillä rakenteiden muutos on nopeaa, kuten lainsäädäntöuudistuksen astuessa voimaan. Usein muutos kuitenkin tapahtuu hitaasti ja huomaamatta. Tarkastelut korostavat usein myös pysyvyyttä ja polkuriippuvuutta, kun instituutioiden jäähmeys ja infrastruktuurin muokkaamisen suuret kustannukset jarruttavat ja estävät mullistuksia (Rothstein 1998).

Institutionaalisen logiikan ja kulttuurisen käsikirjoituksen käsitteillä teemme näkyväksi, miten sääntely ja toimintapolitiikka dynaamisesti jäsentävät ammattilaisten työtä ja työuria. Institutionaalinen logiikka tarkoittaa organisaatiossa tai ammattikunnassa suhteellisen vakiintunutta tapaa määrittää hyväksytyin toiminnan tavoitteet, arvot ja periaatteet. Institutionaaliset logiikat tarjoavat toimijoille sosiaalisesti ymmärrettäviä identiteettejä sekä sanastoja, joiden avulla he voivat arvioida omaa ja toistensa toimintaa sekä esittää sitä koskevaa oikeutusta ja kritiikkiä. Usein kyse on vakiintuneista uskomuksista ja niihin kytkeytyvistä toimintatavoista, jotka näyttäytyvät ammatin tai organisaation jäsenille itsestään selvinä. Saman organisaation, ammattikunnan tai palvelujärjestelmän piirissä voi myös esiintyä useita logiikoita, joiden välille saattaa syntyä konflikteja, kiistoja ja sovitteluyrityksiä. (Esim. Blomgren & Waks 2015; Meyer ym. 2014; Reay & Hinings 2009.)

Yhteiskuntapolitiikka muotoilee ja ohjaa yhteiskunnallisten instituutioiden toimintaa ja niiden materiaalisia rakenteita lukuisin eri instrumentein (Carroll 2006). Tällainen sosiaalimateriaalinen muotoilu tarkoittaa esimerkiksi sitä, että palveluja pyritään yhdenmukaistamaan ”käsikirjoittamalla” toimintatapoja, joita ammattilaisilta odotetaan. Ammatillista toimintaa voidaan yhdenmukaistaa monin tavoin esimerkiksi ammatillisella koulutuksella – ihmisille opetetaan samat asiat ja heitä sitoutetaan oppimaansa – sekä professionalismin ja professionaalisen etiikan diskursseilla (Fournier 1999), joita eri toimijat tarjoavat koulutuksen lisäksi esimerkiksi mediassa ja nykyisin myös sosiaalisen median eri kanavilla. Myös lainsäädäntö, työvälitteet, toimitilat ja toiminnanohjausjärjestelmät sekä

niihin liittyvä teknologia yhdenmukaistavat ammatillista toimintaa. Yhdenmukaistamiseen voi liittyä standardointi esimerkiksi hoitosuosituksen avulla. Lääkärityön yhteydessä erityisesti näyttöön perustuvaa lääketiedettä on tarkasteltu standardointina (Timmermans & Berg 2003).

Tässä tutkimuksessa standardointia tarkastellaan erityisesti toiminnanohjauksen ja siinä käytettävien tietojärjestelmien yhteydessä. Toiminnanohjaukseen liittyy monimuotoisia diskursseja, jotka esimerkiksi ohjaavat budjetointia ja muuta resursointia. Tällaisia toimintamalleja ovat joustavoittaminen ja tehostaminen, joita nykyään usein toteutetaan lean management -otsakkeen alla. Tutkijoille tällainen liberaaliin poliittiseen traditioon sitoutuva yhteiskuntasuunnittelu näyttäytyy usein pyrkimyksenä paitsi tehostamiseen myös valtiosääntelyn purkamiseen tai rajoittamiseen (Larsson ym. 2012). Tällainen kehitys on myös Suomessa tuonut julkisen sektorin rinnalle terveydenhuoltoon uusia vahvoja toimijoita.

Erilaisten polkuriippuvuuksien takia terveydenhoitojärjestelmän uudistukset eivät koskaan ala puhtaalta pöydältä. Uudistukset on suhteutettava ja sovitettava uudet toimintamallit olemassa olevaan infrastruktuuriin. Terveydenhuollon infrastruktuuriin kuuluu niin rakennuksia, laitteita ja tietojärjestelmiä kuin työvoimakin. Niinpä myös lääkärikunnan demografia vaikuttaa toimintapolitiikkaan. Tällä hetkellä merkittävää on 1980-luvun lopulla työuransa aloittaneiden lääkärikohorttien työurien päätyminen. Pitkään jatkunut naisten suhteellisen osuuden kasvu on mullistanut lääkäriammatin sosiaalista ilmettä (myös Olakivi & Wrede 2019) samoin kuin Suomeen ulkomailta muuttaneiden lääkäreiden tosin paljon pienemmän osuuden kasvu. Toisaalta lääkäri työvoiman rakenteessa on paljon pysyvyyskärsiä: lääkärikoulutukseen pääsevien tausta on yhä keskiluokkainen, ja sen sisäistä stratifikaatiota ja segmentaatiota selittää sosiaalinen tausta (Aalto 2016; tämän raportin luku 3). Lääkäreiden urajärjestelmät ovat syntyneet ja jatkuvasti muotoutuvat koulutusjärjestelmän ja terveydenhoitojärjestelmän muodostamassa monimutkaisessa toimintakentässä.

Muutospaineita urajärjestelmissä aiheuttavat lääkärikunnan ulkoisen toimintaympäristön muutosten lisäksi lääkärikunnan sisältä esitetyt muutos- ja modernisaatiovaatimukset sekä myös lääkäreiden tavat tehdä uraansa liittyviä valintoja ja päätöksiä. Parhailaan muutospaineita aiheuttavat esimerkiksi terveyskeskusten rekrytointivaikeudet ja terveyskeskustyön muuta lääkäriä vähäisempi houkuttelevuus nuorten lääkäreiden keskuudessa (Suomen Lääkäriliitto 2022c). Lisäksi nuorten lääkäreiden odotukset esimerkiksi työn ja perheen yhteensovittamista tai työyhteisöjen tasa-arvoa ja hierarkkisuutta kohtaan voivat poiketa lääkärikunnan perinteisemmistä, maskuliinisiin oletuksiin perustuvista toimintatavoista ja -normeista (myös Olakivi & Wrede 2019).

## 1.4 LÄÄKÄREIDEN AMMATILLINEN TOIMIJUUS

Tarkastelemme tutkimuksessa lääkäriä paitsi sitä säätelevien ja muokkaavien rakenteiden myös lääkäreiden ammatillisen toimijuuden näkökulmasta, joka tosin sekin näyttäytyy eräänlaisena rakenteena. Ammatillinen toimijuus toteutuu dynaamisesti sitoutuen tiettyyn kontekstiin. Se muotoutuu henkilökohtaisten ja kontekstuaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksena, lääkärin arviona ja kokemuksena mahdollisuuksistaan seurata työssään ammatillisia tavoitteitaan (Oolbakkink-Marchand ym. 2017, 38). Operationalisoimme ammatillisen toimijuuden käsitettä muun muassa Työsuojelurahaston aiemmin rahoittamissa hankkeissa kehitetyillä välineillä (Eteläpelto ym. 2013; 2015; Vähäsantanen ym. 2017; 2019).

Tutkimuksemme tuottaa tietoa lääkäreiden urajärjestelmien sosiaalisesta kestävydestä tarkastelemalla, millaisia ammatillisia tiloja terveyskeskusten ja sairaaloiden urajärjestelmät lääkäreille tarjoavat, millaiset lääkärit näihin tiloihin asettuvat ja millaiset dynamiikat ohjaavat lääkäreiden asettumista ja polkuja urajärjestelmien sisällä ja välillä. Tarkoitamme ammatillisilla tiloilla erilaisten työympäristöjen, työtehtävien, sosiaalisten suhteiden ja organisatoristen rakenteiden määrittämiä mahdollisuuksia harjoittaa ammattia.

Ajattelemme ammatillisten tilojen muodostavan teoreettisen jatkumon, jonka toisessa ääripäässä organisaatio ja työympäristö eksplisiittisellä sääntelyllä tukevat työntekijän ammatillista toimijuutta eli mahdollisuuksia edistää omaksumiaan ammatillisia ihanteita nyt ja tulevaisuudessa. Työntekijälle esimerkiksi tarjotaan tilaisuuksia ammatilliseen kasvuun ja kehittymiseen, tukea ja meriittejä uralla etenemiseen sekä mahdollisuuksia käyttää ammatillista harkintaa ja tehdä itsenäisiä, ammattietiikan mukaisia päätöksiä työhön liittyvissä asioissa. Tarvittaessa he saavat kollegiaalista tukea päätösten tekemiseen. Toisessa ääripäässä organisaation tai työympäristön työntekijyyttä määrittelevä sääntely ei tunnista eikä tue ammatillisten tavoitteiden ja ihanteiden toteuttamista tai organisaation rakenteet ja vaatimukset estävät ihanteiden mukaisen toiminnan, ammatillisen kasvun ja urakehityksen. Käytännössä terveydenhuollon organisaatioiden lähestymistavoissa esiintyy samanaikaisesti sekä ammatillista toimijuutta mahdollistavia että niitä rajoittavia piirteitä, joita tässä hankkeessa pyritään tunnistamaan ja ymmärtämään.

## 1.5 MONIMUOTOISTA LÄÄKÄRIAMMATTIA TUTKIMAAN

Kun käynnistimme tämän tutkimuksen, oli tarkoitus tuottaa tietoa lääkäreiden urapoluista suhteessa erilaisten organisaatioiden luomiin ammatillisiin tiloihin. Meillä oli hajanaisia havaintoja siitä, että työurat etenevät lääkärikunnassa vaihtelevasti. Vaikuttaisi olevan ammatillisia umpiperiä, työuraa hidastavia kapeikkoja ja toisaalta kiihdytyskaistoja.

Esimerkiksi terveyskeskustyöhön kiinnittyminen vaikuttaisi tuottavan staattisia työuria. Perheen ja työn yhteensovittaminen puolestaan näyttäytyy tässäkin tutkimuksessa sukupuolittuneena asiana, joka naisilla monesti muokkaa työuraa. Havaitsimme tutkimuksessamme myös nousujohteisia urapolkuja tuottavia tekijöitä, kuten tietyille erikoisaloille pääsy tai tieteellisen tutkimuksen tekeminen työuran alkupuolella.

Tällaiset näkökulmat ovat kuitenkin osoittautuneet turhan kapeiksi jäsenyksiksi niille analyyseille, joita tutkimusraportissa esitellään. Pyrimme valottamaan lääkäreiden urajärjestelmien sosiaalista kestävyyttä monisärmäisesti lääkäreiltä kerättyjen tutkimusaineistojen avulla. Tarkastelemme lääkäreiden työssä viihtymistä ja työhön sitoutumista sekä eri uravaihtoehtojen, työympäristöjen ja ammatillisten tilojen sosiaalista vetovoimaisuutta. Tutkimus tulee näin valottaneeksi urajärjestelmien ongelmia mutta ei tarjoa yksiselitteisiä mittareita tai tyhjentävää jäsentelyä. Empiiristen lukujen teemat valikoituivat aikaisemmin tekemiemme tutkimusten pohjalta käytännön lääkäreiden näkökulmasta olennaisten urajärjestelmän tekijöiden joukosta (Olakivi & Wrede 2019; Wrede ym. 2017).



## 2 NUORTEN LÄÄKÄREIDEN KOKEMUKSET TYÖN ARVOSTUKSESTA

- Arvostuksen kokemukset lääkäriammattissa ovat yhteydessä sukupuoleen, perhetaustaan, koulutukseen, esihenkilöasemaan ja erikoisalojen hierarkiaan.
- Sen lisäksi, että arvostukset ovat yhteiskunnallisia, ne heijastelevat tiedon ja hallinnollisten roolien merkitystä ammattikunnan sisäisessä hierarkiassa.
- Tuloksista on luettavissa myös terveydenhoitojärjestelmän institutionaaliseen logiikkaan liittyviä arvostuksia: sairaalatyö on arvostetumpaa, ja työn arvostus rakentuu sairaaloissa eri tekijöistä kuin terveyskeskuksissa.
- Sairaaloissa arvostus yhdistyi etenkin tieteellisen tutkimuksen tekemiseen sekä kirurgian, anestesiologian ja tehohoidon sekä lastentautien erikoisaloihin. Terveyskeskuksissa työskentelevillä nuorilla lääkäreillä kokemus muiden erikoisalojen lääkäreiden arvostuksesta oli myös logistisessa regressiomallissa yhteydessä erikoislääkärin koulutukseen, esihenkilöasemaan ja miessukupuoleen. Sairaalassakin miehet kokivat arvostusta työssään todennäköisemmin kuin naiset.
- Arvostusten näkökulmasta terveyskeskus näyttäytyy ammatillisena periferiana suhteessa sairaalaan. Tosin nuorten lääkäreiden arvioissa terveyskeskusten ja sairaaloiden väliset arvostuserot ovat kaventuneet vuosien 1988 ja 2013 välillä.
- Sairaalalääkäreiden asemat ovat yleisesti arvostettuja. Sairaalalaitoksen sisällä arvostus yhdistyy lääketieteen tutkimukseen ja erikoisaloihin. Sukupuolen lisäksi nuorten lääkäreiden sijoittumista arvostettuihin asemiin ohjaa jossain määrin perhetausta.

Sosiologinen lääkäriprofessiota koskeva tutkimus on saanut alkunsa Yhdysvalloissa. Amerikkalaiset sosiologit perinteisesti olettivat, että lääkärikunnan korkea yhteiskunnallinen asema ja ammatin vakaa arvostus tukevat ammattikunnan itsesääntelyä ja suojaavat sitä ulkopuoliselta kontrollilta (Abbott 1988; Freidson 1970). Lääkäriammatti on kuitenkin myös Suomessa perinteisesti ollut yksi arvostetuimmista, vaikka valtiolla on ollut maassa keskeinen rooli paitsi ammatinharjoittamisen sääntelijänä myös terveydenhuollon päämiehenä ja toimeksiantajana (Aalto 2016; Konttinen 1991).

Lääkäriammattin arvostus on Suomessakin vakaata. Viime vuosina säännöllisesti toistetuissa arvostusta mittaavissa kyselyissä monet lääkäriyön tehtävät ja erikoisalut ovat jatkuvasti sijoittuneet arvostetuimpien ammattien kärkijoukkoon (esim. Suomen Kuvalehti 2010; 2018). Läheisyys

terveydenhuoltoon vaikuttaisi ylipäänsä lisäävän minkä tahansa ammatin arvostusta. Kun Esko Kumpusalo (2001) parikymmentä vuotta sitten tutki lääkäreiden kokemuksia työnsä arvostuksesta Suomessa, hän havaitsi lääkäreiden kokevan eniten arvostusta itseltään, läheisiltään, potilailta ja hoitohenkilökunnalta ja vasta sitten väestöltä tai suurelta yleisöltä. Muiden erikoisalojen lääkäreiden arvostusta nauttivat useammin sairaalalääkärit kuin terveystieteiden lääkärit (Kumpusalo 2001).

Tämä tutkimus selvittää aiempaa suomalaista tutkimusta laajemmin, mitkä lääkärin koulutukseen, työasemaan ja sosioekonomiseen taustaan liittyvät tekijät yhdistyvät työn arvostuksen kokemukseen. Tutkimus tarkastelee lääkäreiden kokemuksia siitä, kuinka toisten erikoisalojen kollegat arvostavat heidän työtään. Luvussa tarkastellaan nuoria lääkäreitä työuran alkutaipaleella ensimmäisten vuosien aikana. Ensimmäisen kymmenen työvuoden aikana suurin osa lääkäreistä hakeutuu erikoistumiskoulutukseen, mikä ohjaa heidän sijoittumistaan erilaisiin työtehtäviin ja työympäristöihin. Jotkin työtehtävät, erikoisalajat ja työympäristöt voivat työn arvostuksen kokemusten vuoksi näyttäytyä lääkäreille muita vetovoimaisempina. Nuorten lääkäreiden kokemukset arvostuksesta ovat sikäläkin otollinen tutkimusaihe, että siitä on Suomessa kerätty edustavaa ja kansanvälisestikin harvinaislaatuista tutkimusaineistoa vuodesta 1988 alkaen.

Aiemmassa kansainvälisessä tutkimuksessa on havaittu erikoisaloihin liittyviä arvostuseroja, jotka järjestävät alat hierarkiaksi: tyypillisesti arvostetuimpia ovat operatiiviset kirurgian alat ja sisätautien alat (Norredam & Album 2007). Lääkäreiden, lääketieteen opiskelijoiden ja suuren yleisön on havaittu arvottavan lääketieteen erikoisaloja ja niissä hoidettuja sairauksia samalla tavoin (mm. Album & Westin 2008; Creed ym. 2010; Rosoff & Leone 1991).

Tässä luvussa analysoitu aineisto kertoo nimenomaan nuorten lääkäreiden arvostuksista. Sitä analysoimalla on mahdollista tarkastella lääkärikunnan sisäistä kulttuuria ja ammattikunnan sisäistä eriytymistä ja eriytymiseen liittyvää sosiaalisten arvostusten dynamiikkaa (Hafferty & Light 1995). Lääkäreiden näkemykset oman työnsä arvostuksesta muiden alojen kollegoiden silmissä kertovat, mikä työ koetaan lääkäreiden keskuudessa arvokkaaksi siten, että sen tekeminen antaa myös sosiaalisia palkintoja. Arvostukset ovat läheisessä yhteydessä ammattilaisen sosiaaliseen asemaan ammattikunnassaan ja laajemmin yhteiskunnassa. Näistä lähtökohdista ammattiin liittyvät asemat eivät ole staattisia tai vain joillakin objektiivisilla mittareilla mitattavia vaan erilaisten yleisöjen silmissä muotoutuvia ja jännitteisiä.

Tässä tutkimuksessa lääkäreiden kokemuksia työnsä arvostuksesta tutkitaan kolmen tutkimuskysymyksen avulla. Ensiksi kysytään, mitkä tekijät ovat yhteydessä nuorten lääkäreiden kokemuksiin työn arvostuksesta terveystieteiden ja sairaaloissa. Toiseksi kysytään, miten työn arvostuksen kokemukset ovat muuttuneet vuosien 1988–2013 aikana. Kolmanneksi

kysytään, mitkä tekijät ennakoivat nuoren lääkärin sijoittumista arvostetuksi koettuun tehtävään.

Seuraavaksi esitellään tutkimuksessa käytetty aineisto, jonka jälkeen tarkastellaan tutkimuskysymysten tuottamia tuloksia. Luvun lopuksi analyysin pohjalta luonnehditaan lääkärikunnan sisäisten arvostusten dynamiikkaa Suomessa.

## **2.1 AINEISTONA NUORI LÄÄKÄRI -KYSELY- TUTKIMUKSET**

Tutkimuksen aineistona käytettiin Nuori Lääkäri -tutkimussarjan kyselytutkimusaineistoja, joita on kerätty poikkileikkauksina viiden vuoden välein vuosien 1988–2013 aikana. Kyselyillä on seurattu vuonna 1977 ja sen jälkeen valmistuneiden lääkäreiden työllistymistä, ammatillisia suunnitelmia ja tulevaisuuden toiveita (tutkimuksesta lisää Kataja ym. 1989; Hyppölä ym. 2000; Vänskä ym. 2005; Heikkilä ym. 2009; Sumanen ym. 2015a; 2015b).

Työn arvostuksen kokemuksia tutkittiin kysymyksellä ”Miten muiden alojen kollegat mielestäsi arvostavat nykyistä työtäsi?”. Kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat ”erittäin vähän”, ”melko vähän”, ”vaikea sanoa”, ”melko paljon” ja ”erittäin paljon”.

Seuraavassa raportoidaan lääkäreiden vastauksia tähän kysymykseen eri taustatekijöiden mukaan. Työn arvostusta mallinnetaan logistisella regressiolla, jotta saadaan tietoa eri muuttujien yhteydestä työn arvostuksen kokemuksiin, kun eri taustatekijät huomioidaan samanaikaisesti. Terveyskeskuksissa ja sairaaloissa työskenteleviä lääkäreitä tarkastellaan erikseen. Logistisessa regressiossa selitettävä muuttuja sai arvon 1, jos lääkäri koki erittäin tai melko paljon kollegoiden arvostusta, ja muussa tapauksessa arvon 0. Selittävinä taustatekijöinä käytetään tietoa erikoistumisvaiheesta, erikoisalasta ja väitöskirjatyöstä. Työhön liittyviä taustatekijöitä ovat työpaikan sijainti yliopistosairaalan sairaanhoitopiirissä sekä esihenkilöasema tai siihen viittaava tehtävänimike, kuten ylilääkäri tai apulaisylilääkäri. Lääkäriin liittyviä taustatekijöitä ovat tässä tarkastelussa sukupuoli, vanhempien ammatti (vähintään toinen vanhemmista lääkäri vs. ei kumpikaan) ja koulutusyliopisto. Kaikki luvussa raportoidut ristiintaulukoinnit testattiin khiin neliö -menetelmällä. Ainoastaan tilastollisesti merkitsevät keskinäisriippuvuudet raportoidaan.

Tarkasteluun valittiin vastaushetkellä työssä olleiden nuorten lääkäreiden osajoukko, joiden lääkäriksi valmistumisesta oli tutkimushetkellä kulunut 2–11 vuotta. Terveyskeskuksissa työskennelleiden keski-ikä oli 34,0 vuotta ja naisten osuus 66 prosenttia. Sairaaloissa työskennelleiden keski-ikä oli 33,6 vuotta ja naisten osuus 59 prosenttia. Työn arvostusta koskevaan kysymykseen oli kertynyt aineistossa yhteensä 8 121 vastausta vuosien 1988 ja 2013 välillä. Aineistoa ja muuttujia koskevia lisätietoja löytyy liitetaulukosta 2.1.

## 2.2 JOKA KOLMAS LÄÄKÄRI KOKI TYÖSSÄÄN ARVOSTUSTA MELKO TAI ERITTÄIN PALJON

Kolmasosa nuorista lääkäreistä koki työssään erittäin tai melko paljon muiden erikoisalojen kollegoiden arvostusta (taulukko 2.1). Sairaaloissa työskentelevät lääkärit (42 %) kokivat arvostusta useammin kuin terveyskeskuslääkärit (19 %). Reilu viidennes lääkäreistä koki erittäin tai melko vähän kollegoiden arvostusta työlleen. He olivat keskimääräistä useammin töissä terveyskeskuksessa (38 %).

**Taulukko 2.1.** Nuorten lääkäreiden kokemukset työnsä arvostuksesta muiden erikoisalojen kollegoiden silmissä toimipaikan mukaan vuosien 1988–2013 aikana. Vastausten prosenttiosuudet ja vastausmäärät.

Toimipaikka	n	Erittäin vähän	Melko vähän	Vaikea sanoa	Melko paljon	Erittäin paljon
Terveyskeskus	2 133	6 %	32 %	43 %	18 %	1 %
Sairaala	4 471	2 %	13 %	43 %	38 %	4 %
Muut	1 517	4 %	21 %	45 %	28 %	3 %
Yhteensä	8 121	3 %	20 %	43 %	31 %	3 %

Yli puolet vastaajista ilmoitti selkeän kannan työn arvostusta koskevaan kysymykseen. Kuitenkin 43 prosenttia vastaajista koki hankalaksi vastata tähän ja oli valinnut vaihtoehdon ”vaikea sanoa”. Miehet ja naiset sekä terveyskeskus- ja sairaalalääkärit vastasivat yhtä usein ”vaikea sanoa”. Vastaukset eivät vaihdelleet vanhemman lääkärin ammatin tai työpaikan sijainnin suhteen. Helsingin yliopistosta valmistuneiden keskuudessa ”vaikea sanoa” -vastausten osuus oli keskimääräistä pienempi (39 %), kun taas Kuopion yliopistosta valmistuneilla osuus oli keskimääräistä suurempi (46 %). Väitöskirjaa tekevillä ja jo väitelleillä (38 %), erikoislääkäreillä (41 %) ja johtavassa asemassa toimivilla lääkäreillä (37 %) oli muita useammin mielipide asiaan (edellä mainitut prosentit kuvastavat ”vaikea sanoa” -vastausten osuutta).

Terveyskeskuksessa nuoren lääkärin kokemus muiden erikoisalojen kollegoiden arvostuksesta työtään kohtaan oli yleisempää erikoislääkäreillä (35 %) ja erikoistumassa olevilla (21 %) kuin erikoistumattomilla yleislääkäreillä (15 %; prosentit kuvastavat joko ”melko paljon”- tai ”erittäin paljon” -vastanneiden osuutta). Myös tieteellinen jatkokouluttautuminen eli väittely lisäsi terveyskeskuksessa työn arvostuksen kokemusta (29 %) verrattuna ei-väitelleisiin lääkäreihin (19 %). Mieslääkärit (24 %) kokivat arvostusta useammin kuin naislääkärit (17 %). Kaikkein suurin osuus koki työssään arvostusta terveyskeskuksen esihenkilön eli johtavan lääkärin tehtävässä (44 %). Koulutusyliopisto, vanhempien lääkärikoulutus tai työpaikan sijainti yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiirissä eivät olleet

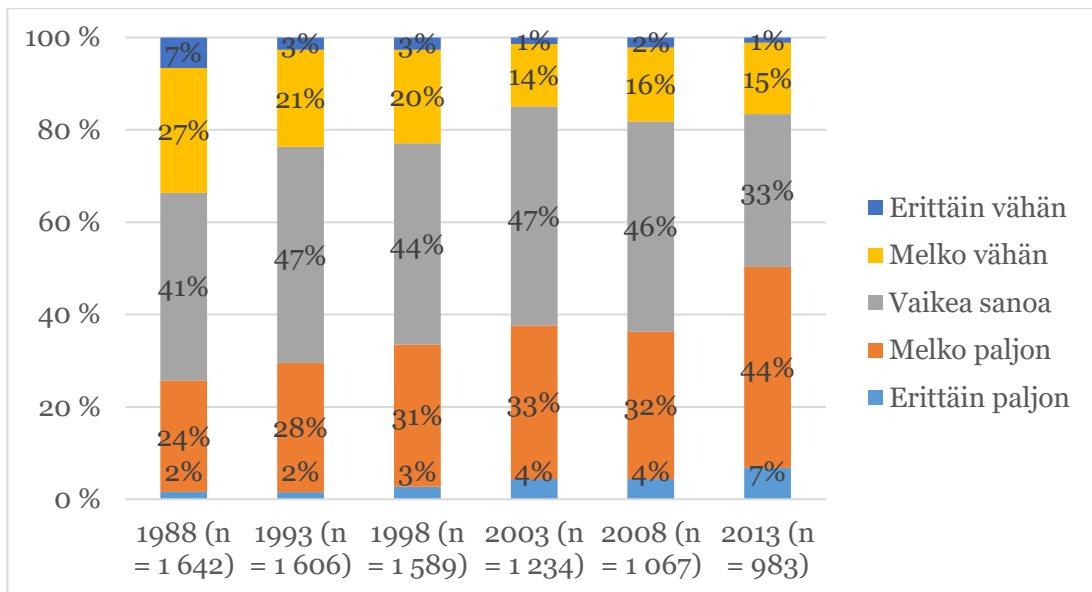
ristiintaulukoituna tilastollisesti yhteydessä työn arvostuksen kokemuksiin terveystieteiden lääkäreillä.

Erikoislääkärin koulutus lisäsi työn arvostuksen kokemuksia myös sairaaloissa. Lääkäreistä, jotka eivät olleet vielä valinneet erikoisalaa, työn arvostusta erittäin tai melko paljon koki 38 prosenttia, kun erikoislääkärin koulutuksen jo suorittaneista vastaava luku oli 46 prosenttia. Sairaaloissa väitöskirjan tekeminen ja väittelemineen olivat yhteydessä työn arvostukseen siten, että väitöskirjaa tekevien tai jo väitelleiden joukossa noin puolet koki työnsä arvostusta, muista lääkäreistä 39 prosenttia. Arvostuksen kokemukset sairaalatyössä olivat yleisempiä Helsingin (46 %) ja Turun (44 %) yliopistoista valmistuneille lääkäreille verrattuna muihin lääkäreihin (40 %).

Miessukupuoli ja vanhemman lääkärikoulutus olivat niin ikään yhteydessä työn arvostukseen. Sairaaloissa mieslääkäreistä 45 prosenttia (ja naisista 41 %) koki arvostusta muiden alojen kollegoilta, ja lääkäreistä, joiden vanhemmista toinen tai molemmat olivat lääkäreitä, vastaava osuus oli 48 prosenttia (muut lääkärit 42 %). Sen sijaan etenemisellä ylilääkärin tai apulaisylilääkärin tehtävään ei ollut vastaavaa yhteyttä työn arvostuksen kokemuksiin.

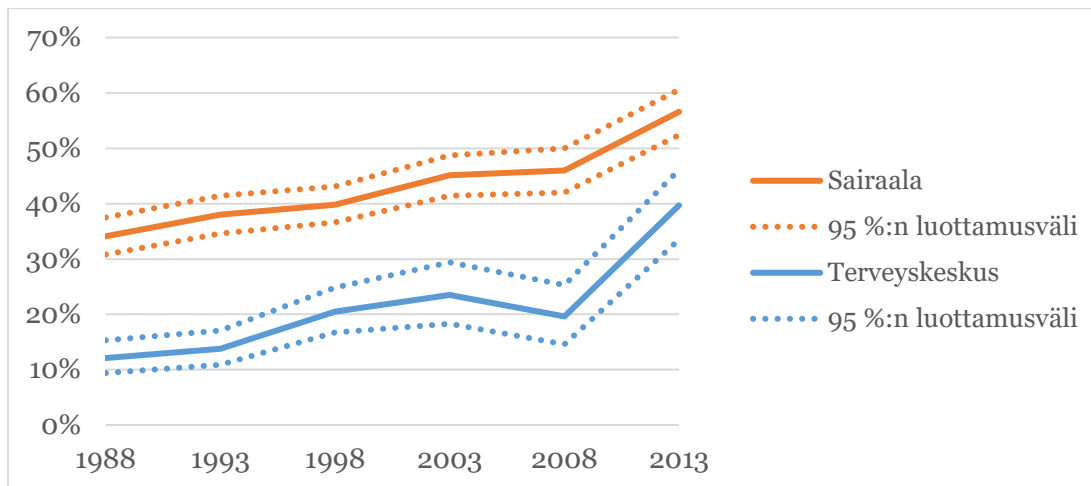
## **2.3 TYÖN ARVOSTUKSEN MUUTOKSET VUOSINA 1988–2013**

Työn arvostuksen kokemukset yleistyivät nuorten lääkäreiden joukossa tutkimusvuosien aikana. Erittäin tai melko paljon arvostusta kokeneiden osuus oli vähäisin tutkimussarjan ensimmäisenä vuonna 1988, jolloin vain joka neljäs nuori lääkäri koki työssään erittäin tai melko paljon arvostusta toisten alojen kollegoilta. Seuraavien vuosien aikana yhä useammat kokivat työnsä arvostetuksi muiden alojen kollegoiden silmissä, ja vuonna 2013 näin koki jo yli puolet nuorista lääkäreistä. Samalla väheni niiden vastaajien osuus, joiden oli vaikeaa ottaa kantaa arvostusta koskevaan kysymykseen (kuviokuva 2.1). ”Erittäin tai melko vähän” arvostusta kokeneiden osuus pienentyi tutkimusvuosien aikana. Vuonna 1988 vähän arvostusta koki joka kolmas vastaaja, mutta myöhemmin joukko kävi harvalukuisemmaksi ja 2000-luvulla osuus oli enää 15–17 prosenttia.



**Kuvio 2.1.** Nuorten lääkäreiden kokemukset työn arvostuksesta vuosien 1988–2013 välillä (n = 8 121).

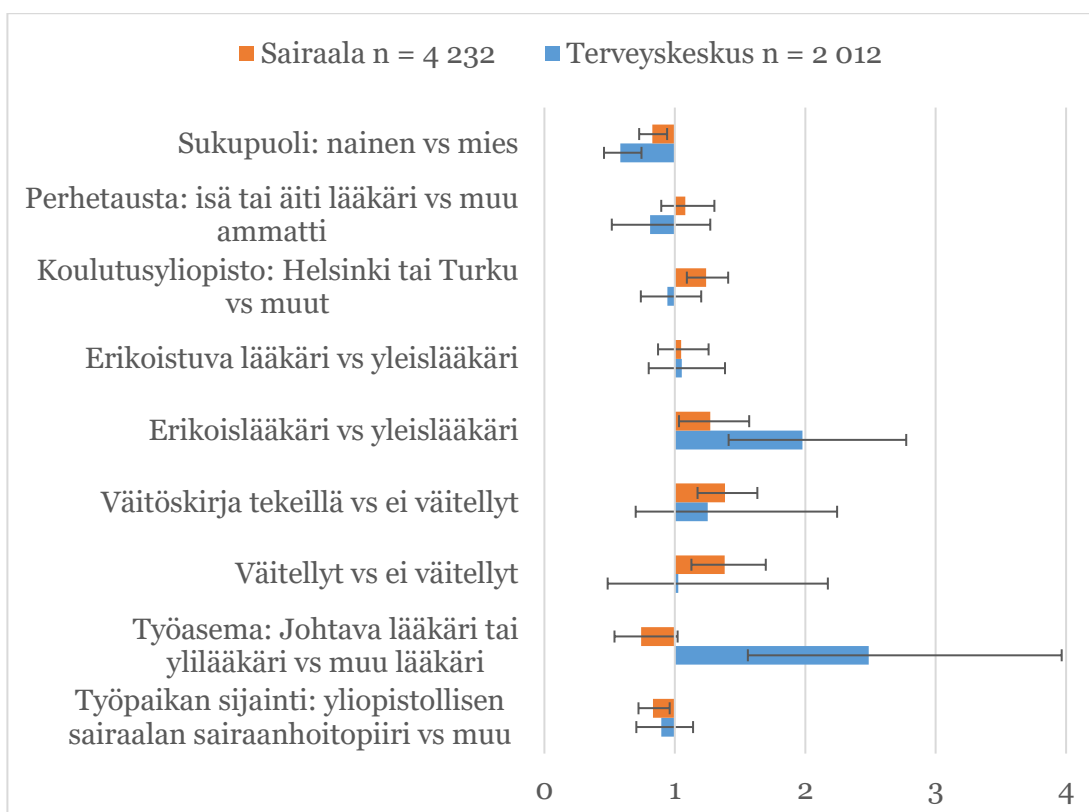
Arvostus yleistyi sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa tutkimusvuosien aikana. Työssään ”erittäin tai melko paljon” arvostusta kokevien lääkäreiden osuudet kasvoivat molemmissa toimipaikoissa (kuvio 2.2), mutta osuuksien ero säilyi tilastollisesti merkitseväenä koko tarkastelujakson ajan. Sairaaloissa työn arvostusta kokevien osuus kasvoi melko tasaisesti, mutta terveyskeskuksissa oli enemmän vaihtelua. 1990-luvun alkupuolella vain joka seitsemäs terveyskeskuslääkäri tunsu työssään melko tai erittäin paljon arvostusta. 2010-luvulla sairaalan ja terveyskeskuksen ero on kuroutunut pienemmäksi. Vuonna 2013 nuorista terveyskeskuslääkäreistä 40 prosenttia ja sairaalalääkäreistä 57 prosenttia tunsu työssään muiden erikoisalojen lääkäreiden arvostusta.



**Kuvio 2.2.** Vuosina 1988–2013 oman työnsä arvostusta erittäin tai melko paljon kokeneiden osuudet sairaaloissa ja terveyskeskuksissa (95 %:n luottamusvälit).

## 2.4 ARVOSTUKSEN TAUSTATEKIJÄT TERVEYSKESKUKSESSA JA SAIRAALASSA

Terveyskeskuksissa työskentelevillä nuorilla lääkäreillä kokemus muiden erikoisalojen lääkäreiden arvostuksesta oli logistisessa regressiomallissa yhteydessä erikoislääkärin koulutukseen, esihenkilöasemaan ja miessukupuoleen (kuvio 2.3). Erikoislääkärille työn arvostuksen kokemus oli todennäköisempää (OR 1,77, 95 %:n LV 1,16–2,69) yleislääkäreihin verrattuna. Erikoistumiskoulutukseen osallistuminen ei vielä lisännyt arvostusta tilastollisesti merkitsevästi. Esihenkilöasemassa työn arvostuksen kokeminen oli huomattavasti todennäköisempää (OR 2,50, 95 %:n LV 1,56–3,99) muihin lääkäreihin verrattuna. Miessukupuoli lisäsi lääkäreiden todennäköisyyttä kokea arvostusta (OR 1,72, 95 %:n LV 1,35–2,20). Työn arvostuksen kokemus tuli terveyskeskuslääkärille todennäköisemmäksi vuosien 1988–2013 aikana (OR 1,36, 95 %:n LV 1,26–1,46). Terveyskeskuksessa lääkärin erikoisala (luokiteltuna: yleislääketiede; työterveyshuolto; muu ala), väitöskirjan tekeminen tai väittelemine, työpaikan sijainti yliopistosairaanhoidopiirissä, koulutusyliopisto ja vanhempien lääkäriammatti eivät olleet yhtä aikaa tarkasteltuna tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä työn arvostuksen kokemuksiin.



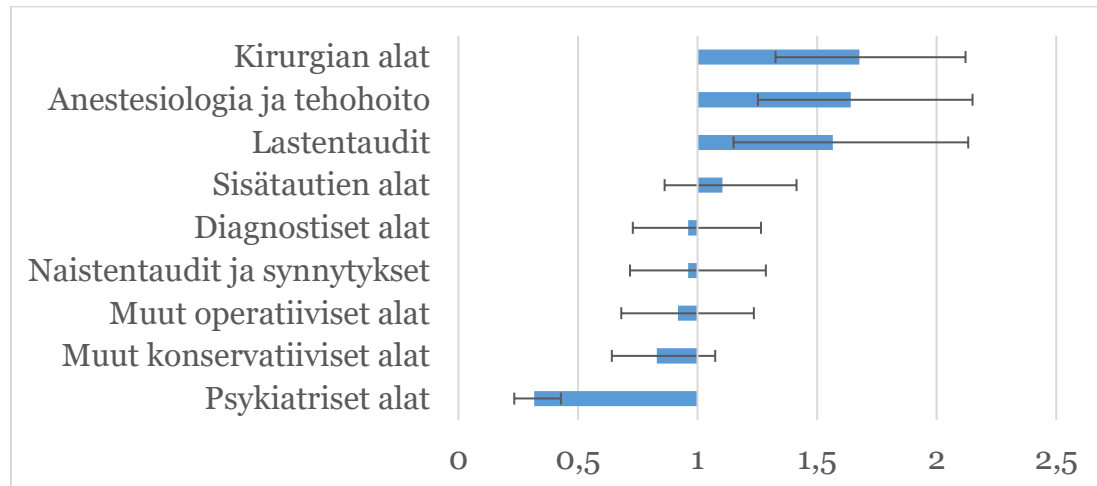
**Kuvio 2.3.** Terveyskeskuksessa ja sairaalassa työskentelevien nuorten lääkäreiden työn arvostuksen kokemuksia vuosina 1988–2013 selittävien mallien vetosuhteet (odds ratio) ja niiden 95 %:n luottamusvälit. Tutkimusvuosi vakioitu.

Sairaalassa työskentelevillä lääkäreillä väitöskirjan tekeminen lisäsi arvostuksen kokemuksia (OR 1,39, 95 %:n LV 1,17–1,63) yhtä paljon kuin jo valmistunut väitöskirja (OR 1,39, 95 %:n LV 1,13–1,70). Sairaalassakin miehet kokivat arvostusta työssään todennäköisemmin kuin naiset (OR 1,21, 95 %:n LV 1,06–1,38). Sairaalan sijainti yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiirissä vähensi työn arvostuksen kokemuksen todennäköisyyttä muihin sairaanhoitopiireihin verrattuna (OR 0,83, 95 %:n LV 0,72–0,96). Lääkäriopintojen suorittaminen Helsingin tai Turun yliopistoista lisäsi työssä arvostuksen todennäköisyyttä muihin yliopistoihin verrattuna (OR 1,24, 95 %:n LV 1,09–1,41). Työn arvostuksen kokemisen todennäköisyys kasvoi tutkimusvuosien aikana (OR 1,17, 95 %:n LV 1,13–1,22). Esihenkilöasema oli yhteydessä arvostukseen terveyskeskuksiin nähden vastakkaisella tavalla. Työn arvostuksen kokeminen oli ylilääkäreille ja apulaisyli­lääkäreille vähemmän todennäköistä kuin muille sairaaloissa työskenteleville lääkäreille (OR 0,74, 95 %:n LV 0,54–1,02).

Osallistuminen erikoislääkärikoulutukseen ei lisännyt työn arvostusta sairaalassa (kuvio 2.3), mutta erikoislääkärille työn arvostuksen kokemus oli todennäköisempää kuin lääkärille, joka ei ollut vielä aloittanut erikoistumista (OR 1,27, 95 %:n LV 1,03–1,57). Kun mallissa huomioitiin suurimmat



erikoisalalat, niiden yhteys työn arvostuksen kokemukseen vaihteli voimakkaasti (kuvio 2.4). Todennäköisyys työn arvostuksen kokemukseen oli suurinta kirurgian (OR 1,68, 95 %:n LV 1,33–2,12), anestesiologian ja tehohoidon (OR 1,64, 95 %:n LV 1,25–2,15) sekä lastentautien erikoisaloilla (OR 1,57, 95 %:n LV 1,15–2,13), kun niitä verrattiin muihin erikoisaloihin. Psykiatrian erikoisaloilla työn arvostuksen kokemus oli vähemmän todennäköistä kuin muilla aloilla (OR 0,32, 95 %:n LV 0,23–0,43). Kun erikoisala huomioitiin mallissa, esihenkilöasema, sairaanhoitopiiri, erikoislääkärin koulutus ja sukupuoli eivät enää olleet tilastollisesti merkitseviä.



**Kuvio 2.4.** Erikoisalan yhteys työn arvostuksen kokemukseen sairaaloissa työskentelevillä nuorilla lääkäreillä vuosina 1988–2013. Vetosuhteet (odds ratio) ja 95 %:n luottamusvälit. Vertailuryhmänä muut sairaalassa työskentelevät lääkärit. Kaikki kuvion 2.3 tekijät vakioitu.

## 2.5 KETKÄ SJOITTUVAT ARVOSTETTUIHIN ASEMIIN?

Terveyskeskuksissa erikoislääkärit ja johtavat lääkärit kokivat muita lääkäreitä useammin, että toisten erikoisalojen lääkärit arvostavat heidän työtään. Sairaaloissa arvostus yhdistyi etenkin tieteellisen tutkimuksen tekemiseen sekä kirurgian, anestesiologian ja tehohoidon ja lastentautien erikoisaloihin. Seuraava tarkastelu erittelee, keitä nuoria lääkäreitä sijoittui näihin tehtäviin. Tarkastelu kohdistuu ennen muuta siihen, missä määrin lääkärin sukupuoli, perhetausta ja koulutusyliopisto ennustavat arvostettuihin asemiin sijoittumista.

Terveyskeskuksissa työskentelevistä nuorista lääkäreistä 12 prosenttia oli erikoistuneita. Mieslääkäreissä erikoistuneiden osuus oli suurempi kuin naislääkäreissä (miehet 16 %, naiset 10 %), mutta erikoistuminen ei ollut yleisempää lääkäriperheiden lapsilla ja Helsingistä tai Turusta valmistuneilla lääkäreillä. Terveyskeskuksissa miessukupuoli ennusti nuoren lääkärin sijoittumista johtavan lääkärin arvostettuun asemaan. Terveyskeskuksessa

nuorista miehistä toimi johtavana lääkärinä 9 prosenttia ja naisista vain 3 prosenttia. Johtavista nuorista lääkäreistä lähes kaksi kolmasosaa (63 %) oli miehiä, kun aineistossa kaikista nuorista terveyskeskuslääkäreistä 34 prosenttia oli miehiä (ks. liitetaulukko 2.1). Terveyskeskuksessa johtavat lääkärit eivät eronneet muista lääkäreistä vanhemman lääkäriammatin tai koulutusyliopiston suhteen.

Sairaalassa miehistä 35 prosenttia ja naisista 27 prosenttia teki tutkimusta tai oli väitellyt. Tutkimustyöhön ryhtyi muita useammin lääkäri, jonka vanhempi oli myös ammatiltaan lääkäri (42 %; ei-lääkäriperheiden nuorissa vastaava osuus oli 29 %). Väitöskirjaa tekivät muita useammin lääkäreiden lapset niin terveyskeskuksessa kuin sairaalassakin. Väitöskirjan tekeminen ja väittelemine oli yleisempää Helsingin (36 %) ja Turun (33 %) yliopistoista valmistuneelle lääkärielle muualla opiskelleisiin verrattuna (27 %).

Sairaalassa lääkäreistä oli miehiä keskimäärin 41 prosenttia. Miesten osuus oli suurempi kirurgian (65 %) sekä anestesiologian ja tehohoidon aloilla (47 %), kun taas keskimääräistä pienempi lastentautien alalla (28 %) ja psykiatrian alalla (36 %). Väitöskirjaa teki parhaillaan tai oli jo väitellyt 30 prosenttia lääkäreistä. Tieteellinen jatkokouluttautuminen oli yleisempää kirurgian (41 %) ja lastentautien aloilla (45 %), mutta se oli keskimääräistä harvinaisempaa psykiatrian aloilla (17 %). Sairaalamääreistä 43 prosenttia oli valmistunut Helsingin tai Turun yliopistosta. Näistä yliopistoista valmistuneiden osuus oli kirurgian alalla keskimääräistä suurempi (50 %) ja psykiatrian aloilla keskimääräistä pienempi (37 %). Osuudet anestesiologian ja lastentautien aloilla eivät eronneet keskimääräisestä osuudesta tilastollisesti merkitsevästi. Toinen tai molemmat vanhemmat olivat ammatiltaan lääkäreitä 13 prosentilla sairaalan lääkäreistä. Osuus oli suurempi kirurgian alalla (16 %) ja pienempi psykiatrian alalla (8 %). Anestesiologian ja tehohoidon sekä lastentautien erikoisaloilla niiden lääkäreiden osuus, joiden vanhemmista vähintään toinen oli lääkäri, ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi muista sairaalan erikoisaloista. Tämä tarkastelu kuvaa, että kirurgian aloilla, jossa työ todennäköisemmin koetaan arvostetuksi, lääkärit tekevät useammin väitöskirjan ja keskimääräistä suurempi osuus on miehiä, lääkäriperheiden lapsia ja Helsingistä tai Turusta valmistuneita lääkäreitä. Anestesiologian ja tehohoidon sekä lastentautien aloilla havaitaan joitakin arvostukseen kytkeytyviä tekijöitä. Psykiatrian aloilla, joilla työskentelevät nuoret lääkärit kokevat muita harvemmin erikoisalojen kollegoiden arvostusta työssään, ei yhdisty mitään näistä tekijöistä.

## **2.6 ARVOSTUSEROT AMMATILLISTEN ELIITTIASEMIEN JA PERIFERIOIDEN INDIKAATTORINA**

Amerikkalaistutkijat Frederic Hafferty ja Donald Light (1995) ovat tutkineet terveydenhuoltojärjestelmän kehityksen ja lääkärimäärän kasvun tuottamaa

lääkärikunnan sisäistä sosiaalista eriytymistä. Heidän mukaansa lääkärikunnan lääketieteestä eri tavoin vastaava tietoelementti eriytyi ammattikunnan sisällä jo varhain yliopistolaitoksen kehittyessä 1900-luvun alkuvuosina ja hallinnollinen eliitti terveydenhuollon organisaatioiden kasvaessa toisen maailmansodan jälkeen. Ammatilliseen eriytymiskehitykseen kuuluu heidän mukaansa myös ammatillisia periferioita, aloja, joilla mahdollisuuksia urakehitykseen on vain vähäisesti ja jotka eivät ammattikunnan sisällä nauti erityistä arvostusta (Hafferty & Light 1995, 135–141). Myös Suomessa lääkäreiden yhteiskunnalliset asemat ja niihin liittyvät arvostukset ovat sidoksissa paitsi lääketieteeseen myös terveydenhoitojärjestelmän institutionaaliseen logiikkaan.

Edellä raportoidut analyysit osoittavat, että arvostusten näkökulmasta suomalainen terveyskeskus näyttäytyy ammatillisena periferiana suhteessa sairaalaan. Tosin terveyskeskustyön arvostus vaikuttaisi pitkällä aikavälillä lisääntyneen. Nuorten lääkäreiden arvioissa terveyskeskusten ja sairaaloiden väliset arvostuserot ovat kaventuneet vuosien 1988 ja 2013 välillä. Edelleen työn arvostuksen kokemukset ovat silti yleisempiä sairaaloissa kuin terveyskeskuksissa työskentelevillä nuorilla lääkäreillä, ja arvostusta ohjaavat erilaiset dynamiikat. Sairaalalaitoksen piirissä on mahdollisuuksia tieteenharjoittamiseen ja monipuoliseen erikoistumiseen, joten sellaista meritoitumista arvostaville se on toivottu työympäristö. Toki terveyskeskuksestakin löytyy ura-askelmia, jotka lisäävät arvostusta. Terveyskeskuksessa erikoislääkärinä ja esihenkilöinä työskentelevät lääkärit kokivat tarkastelujaksolla muita terveyskeskuslääkäreitä useammin arvostusta muiden alojen kollegoilta. Sukupuoli oli terveyskeskuksissa yhteydessä arvostuksiin siten, että miehet kokivat arvostusta useammin kuin naiset, minkä lisäksi miessukupuoli ennusti sijoittumista arvostetumpiin erikoistuneen lääkärin ja johtavan lääkärin aseisiin jo nuorella iällä. Myös sairaaloissa miessukupuoli ennusti sijoittumista arvostetumpiin aseisiin, kuten kirurgian ja anesthesiologian ja tehohoidon erikoisalaille sekä väittelemistä.

Näistä arvostuseroista voidaan päätellä, että lääkäriammatti monille yhä mieltyy miestapaisena ammattina. On myös todennäköistä, että sukupuoli ei muokkaa työurien muotoutumista ja niihin liittyviä arvostuksia pelkkien mielikuvien tasolla, vaan mielikuvilla on konkreettisia vaikutuksia työelämän käytännöissä (myös Olakivi & Wrede 2019). Sukupuolen lisäksi nuorten lääkäreiden sijoittumista arvostettuihin aseisiin ohjaa jossain määrin perhetausta. Lääkäreiden lapset ovat viime vuosikymmenten aikana väitelleet keskimääräistä useammin, minkä lisäksi sairaaloiden arvostetuimmalle erikoisalalle kirurgiaan on sijoittunut keskimääräistä enemmän lääkäreiden lapsia. Perhetaustalla on lääkäreiden työuralle merkitystä, joskaan käytetyn aineiston perusteella ei voida tietää, onko olennaista vanhempien tausta juuri lääkäriammattissa vai ylipäänsä vanhempien akateeminen tausta.

Tiedon arvostus lääkärikunnassa näyttäytyy vankkumattomana, mikä heijastuu sairaalalääkäreiden yleisesti arvostettuihin aseisiin. Sairaalassa

arvostus yhdistyy lääketieteen tutkimukseen ja erikoisaloihin. Frederic Haffertyn ja Donald Lightin (1995) käsittein voitaisiin todeta, että sairaala on Suomessa lääkärikunnan tietoelektiin liittyvien työurien rakentamisen työssija, jossa hallinnollisilla tehtävillä ei ole samanlaista painoarvoa. Sairaalityön hallinnollisiin rooleihin liittyvistä ristiriidoista ovat raportoineet myös kansainväliset tutkimukset (esim. Llewellyn 2001; McGivern ym. 2014). Erikoisalojen arvostushierarkia on laajalti tunnettu, ja tämän tutkimuksen tulokset heijastelevat tätä hierarkiaa.

### **Liitetaulukko 2.1.** Taustatekijöiden jakaumat.

		<b>Terveyskeskus (n = 2 052– 2 133)</b>	<b>Sairaala (n = 4 369– 4 471)</b>
<b>Sukupuoli</b>	Mies (%)	34	41
	Nainen (%)	66	59
<b>Isän tai äidin ammatti</b>	Lääkäri (%)	7	13
	Muu (%)	93	87
<b>Koulutusyliopisto</b>	Helsinki tai Turku (%)	40	43
	Muu (%)	60	57
<b>Erikoistuminen</b>	Ei erikoistunut (%)	59	15
	Erikoistumassa (%)	29	58
	Erikoislääkäri (%)	12	27
<b>Väitöskirja</b>	Ei väitellyt (%)	95	70
	Tekee väitöskirjaa (%)	3	19
	Väitellyt (%)	2	11
<b>Asema työssä</b>	Johtaja (%)	5	4
	Muu (%)	95	96
<b>Sairaanhoidopiiri</b>	Yliopistollinen sairaala (%)	59	71
	Muu (%)	41	29

### 3 LÄÄKÄREIDEN URAPOLUT JA NIITÄ MUOKKAAVAT SOSIAALISET TEKIJÄT

- Osatutkimus selvittää urapolkuihin liittyvää eriarvoisuutta ja pyrkii tunnistamaan sen piirteitä.
- Havaintojen mukaan sairaala- ja terveyskeskusurapolkuja erottelee lääkärin sukupuoli, sosiaalinen tausta ja lasten lukumäärä, ja nämä erot säilyvät lääkäreiden välillä koko urakaaren ajan.
- Analyysissa löytyi selkeitä merkkejä useaan sosiaaliseen tekijään liittyvistä lasikatoista: Vuosien 1988–2018 aikana naiset ovat työskennelleet miehiä useammin terveyskeskuksissa ja sijoittuneet sairaaloissa miehiä todennäköisemmin muille kuin kirurgian aloille. Puolison ja vanhempien ammatit ovat olleet yhteydessä urapolkuihin. Naisten joukossa puolison vaikutus on ollut suurempi, ja miesten joukossa vanhemman ammatin vaikutus on ollut suurempi. Perheen koko on ollut yhteydessä toimipaikkaan ja erikoisalaan. Lasten lukumäärän vaikutus on ollut suurempi naisten joukossa.
- Lääkäreiden uramahdollisuuksia rajoittavat lasikatot eivät siis kohdistu pelkästään sukupuoleen. Perhetausta ja perhekoko, koulutusyliopisto ja työpaikan maantieteellinen sijainti ovat yhteydessä urapolkuihin ja niiden vaikutukset ovat sukupuolille osittain erilaisia.

Tässä luvussa tarkastellaan lääkäreiden urapolkuja käsittelevän osatutkimuksen tuloksia. Luvun keskeinen tutkimustavoite on analysoida empiirisen aineiston avulla, onko lääkäriytyöurilla niin kutsuttuja lasikattoja, ja jos on, keitä ne koskevat. Lasikatto on suosittu metafora sosiologisessa työn- ja ammattien tutkimuksessa. Sillä viitataan eriarvoisuuteen ammatillisessa kehityksessä, kun naisten työurat usein pysähtyvät tiettyyn pisteeseen (Purcell ym. 2010). David Purcell ja kumppanit (2010) esittävät, että lasikattojen tutkimuksen tulisi edetä tilanteen kuvauksesta erilaisten uraesteiden tunnistamiseen ja lisätä ymmärrystä siitä, miten uraesteet toimivat.

Lasikatto-käsitteen ympärillä käytävä keskustelu keskittyy usein naisten kokemaan eriarvoisuuteen. Myös lääkäreitä koskevassa sosiologisessa tutkimuksessa on jo vuosikymmenten ajan tarkasteltu erityisesti sukupuolen mukaan tapahtuvaa urapolkujen eriytymistä (Gjerberg 2002; Hirshfield & Glass 2018; Riska 2017). Viime vuosina tutkijoita ovat yhä enemmän alkaneet kiinnostaa myös muut sosiaalista eriarvoisuutta tuottavat tekijät, joilla vaikuttaisi olevan vaikutusta lääkärikunnan sisäisiin eroihin. Tällaisia tekijöitä ovat vanhempien sosioekonominen tausta, ihonväri ja ulkomaalaistaustaisuus, joiden on osoitettu vaikuttavan lääkäreiden työurien muotoutumiseen ja asemaan lääkäriprofessionissa (Kwon & Adams 2018; Neiterman ym. 2015; Toft & Friedman 2021).

Pohjoismaissa sukupuoli on kuitenkin ollut keskiössä, ja teesi lääkäriprofession feminisaatiosta eli naisvaltaistumisesta naislääkäreiden

osuuden kasvaessa on saanut eniten sosiologista huomiota osakseen (Riskä 2008). Lääkäriammatin naisvaltaistumiseen liittyvästä kulttuurisesta muutoksesta on esitetty erilaisia tulkintoja paitsi sosiologisessa tutkimuksessa myös terveydenhuoltoa kommentoivassa julkisessa keskustelussa. Etenkin viimeksi mainituissa on nostettu esiin lääkäriammatin ”naisistumiseen” liittyviä uhkakuvia, esimerkiksi naislääkäreiden miehiä suurempi joustamattomuus työaikojen tai muuttamisen suhteen (esim. Suomen Lääkäriliitto 2012; YLE 2019). Tutkimuksessa on lääkärikunnan aseman ohella pohdittu myös mahdollista ammattikulttuurista muutosta, mikäli naislääkärit yleisesti lähestyisivät lääketiedettä tai lääkäriä vakiintuneista tavoista poikkeavasti (Riskä 2001; 2017). Lisäksi kysymys perheen ja työn yhteensovittamisesta erityisesti naislääkäreillä on ollut tutkimuksessa esillä (Gjerberg 2003; Olakivi & Wrede 2019; Waugh ym. 2019).

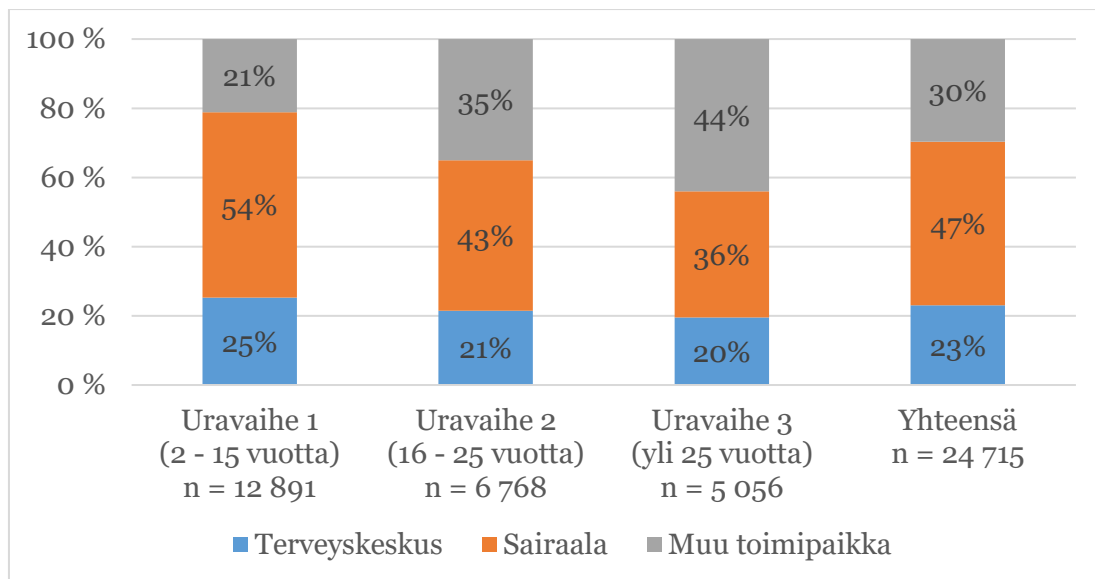
Vaikka lääkäreitä tutkitaan paljon, on määrällisiin aineistoihin perustuva sosiologinen tutkimus edellä mainituista teemoista vähäistä. Niinpä tämän osatutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta, tilastollisesti edustavaa tietoa lääkäreiden urapolkuihin vaikuttavista sosiaalisista tekijöistä. Tällaiset analyysit rikastavat kuvaa työelämän eriarvoisuudesta ja voivat korjata ja nyansoida aiempia tulkintoja. Sosiaaliset tekijät eivät juuri koskaan yksinään vaikuta henkilön tilanteeseen, vaan kyse on yhteisvaikutuksista. Sukupuolen rinnalla vaikuttaa mahdollisesti vahvastikin muita sosiaalisia tekijöitä. Norjalaiseen rekisteriaineistoon perustavassa tutkimuksessaan Maren Toft ja Sam Friedman (2021) esittävät, että työväenluokkaisista taustoista tulevat ammattilaiset kohtaavat vahvan lasikaton eliittiammateissa, kuten lääkäriammattissa. Vanhempien varakkuus on heidän tulostensa mukaan selkeä yksittäinen tekijä tarkasteltaessa etenemistä eliittiammateissa. Tämän osatutkimuksen aineistoon Toftin ja Friedmanin lähestymistapa ei ole suoraan sovellettavissa. Lisäksi tässä keskitytään lääkäriammattiin. Osatutkimus pyrkii silti selittämään urapolkuihin liittyvää eriarvoisuutta ja tunnistamaan sen piirteitä.

Tässä luvussa esiteltävän osatutkimuksen tutkimustehtävänä on tunnistaa lääkäreille tyypillisiä urapolkuja tutkimusaineistosta ja selvittää, miten ne yhdistyvät lääkäreiden sukupuoleen, perhetilanteeseen ja sosiaalista taustaa kuvaaviin tekijöihin. Analyysissa kysytään ensiksi, miten lääkärin sosioekonominen tausta, sukupuoli ja perhetilanne ovat yhteydessä sijoittumiseen terveyskeskus- ja sairaalatoimipaikkoihin eri uravaiheissa. Toinen tutkimuskysymys kohdistuu uralla etenemiseen ja siihen, mitkä tekijät lisäävät todennäköisyyttä sijoittua johtavaan asemaan terveyskeskuksissa ja sairaaloissa sekä mitkä tekijät ennustavat erikoistumista sairaalassa tietyille erikoisaloille ja erikoistumattomuutta terveyskeskuksissa. Nämä urakehityksen indikaattorit on valittu analyysin kohteeksi sillä perusteella, että näihin tehtäviin yhdistyy aiemman analyysimme perusteella (ks. luku 2) muiden alojen kollegoiden arvostusta keskimääräistä enemmän tai vähemmän.

### 3.1 AINEISTON TARKASTELU KOLMESSA URAVAIHEESSA

Tutkimuksen aineistona käytettiin Nuori Lääkäri- ja Lääkäri-tutkimussarjan kyselytutkimusaineistoja, joita on kerätty poikkileikkauksina viiden vuoden välein vuosien 1988–2018 aikana (lisää tutkimuksesta ks. Kataja ym. 1989; Virjo ym. 1999; Vänskä ym. 2005; Heikkilä ym. 2010; Sumanen ym. 2015a; 2015b; Mattila ym. 2020). Kyselyillä on seurattu vuonna 1977 ja sen jälkeen valmistuneiden lääkäreiden työllistymistä, ammatillisia suunnitelmia ja tulevaisuuden toiveita.

Tässä tarkastellaan työssä olevia lääkäreitä, joiden valmistumisesta on kulunut vähintään kaksi vuotta. Aineistosta muodostettiin kolme osajoukkoa jakamalla lääkärit ryhmiin valmistumisesta kuluneen ajan mukaan (kuvio 3.1). Uran alkuvaiheessa (1) valmistumisesta oli kulunut vähintään kaksi vuotta ja enintään 15 vuotta. Silloin lääkäreistä yli puolet oli työssä sairaalassa ja joka neljäs terveyskeskuksessa. Uran keskivaiheessa (2) valmistumisesta oli kulunut 16–25 vuotta ja kolmannessa vaiheessa (3) yli 25 vuotta. Sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevien lääkäreiden osuus pieneni työuran edetessä, mutta sairaaloissa työskentelevien joukossa muutos oli suhteellisesti suurempi kuin terveyskeskuksessa.



**Kuvio 3.1.** Terveyskeskuksissa, sairaaloissa ja muissa toimipaikoissa työskentelevien lääkäreiden osuudet uravaiheen eli valmistumisesta kuluneen ajan mukaan.

Osatutkimus tarkastelee lääkärin sukupuolen, vanhempien lääkäriammatin, lääkäripuolison, lasten lukumäärän ja urajärjestelmään liittyvien tekijöiden, kuten koulutusyliopiston ja työpaikan sijainnin yhteyttä työhön sijoittamiseen. Nämä tekijät valittiin analyysiin aiemman tutkimustiedon perusteella ja siksi, että niistä oli saatavissa tietoa toisin kuin esimerkiksi lääkärin

synnyinmaasta tai äidinkielestä. Sijoittumista terveyskeskuksiin, sairaaloihin ja muihin toimipaikkoihin mallinnettiin multinomiaalisella logistisella regressiolla. Sairaalassa työskentelevien lääkäreiden sijoittumista erikoisalaryhmiin tarkasteltiin niin ikään multinomiaalisella logistisella regressiolla. Terveyskeskuslääkäreiden päätöstä olla erikoistumaton yleislääkäri tutkittiin binaarisella logistisella regressiolla, ja samalla menetelmällä tutkittiin myös esihenkilötehtäviin valikoitumista sairaaloissa ja terveyskeskuksissa.

Lääkäreitä tarkasteltiin koko aineiston lisäksi osajoukkoina kolmessa uravaiheessa ja sukupuolen mukaan. Uravaiheita koskeva tarkastelu tehtiin, koska haluttiin selvittää, onko edellä mainittujen tekijöiden yhteys uraindikaattoreihin samanlainen työuran kaikissa vaiheissa. Sukupuolten mukaiset tarkastelut tehtiin, koska haluttiin selvittää, onko taustatekijöiden yhteys uraindikaattoreihin naisten ja miesten joukossa erilainen. Tulokset raportoidaan prosentiosuuksina, joiden osalta raportoidaan khiin neliö - testeihin perustuvat tilastolliset merkitsevyydet, sekä OR-lukuina (odds ratio), jotka kuvaavat taustatekijöiden vaikutuksen voimakkuutta kuhunkin uraindikaattoriin. Yhtä suuremmat OR-luvut lisäävät uraindikaattorin toteutumisen todennäköisyyttä, kun taustatekijän arvo kasvaa ja muut tekijät pysyvät muuttumattomina. Vastaavasti yhtä pienemmät OR-luvut vähentävät uraindikaattorin toteutumisen todennäköisyyttä.

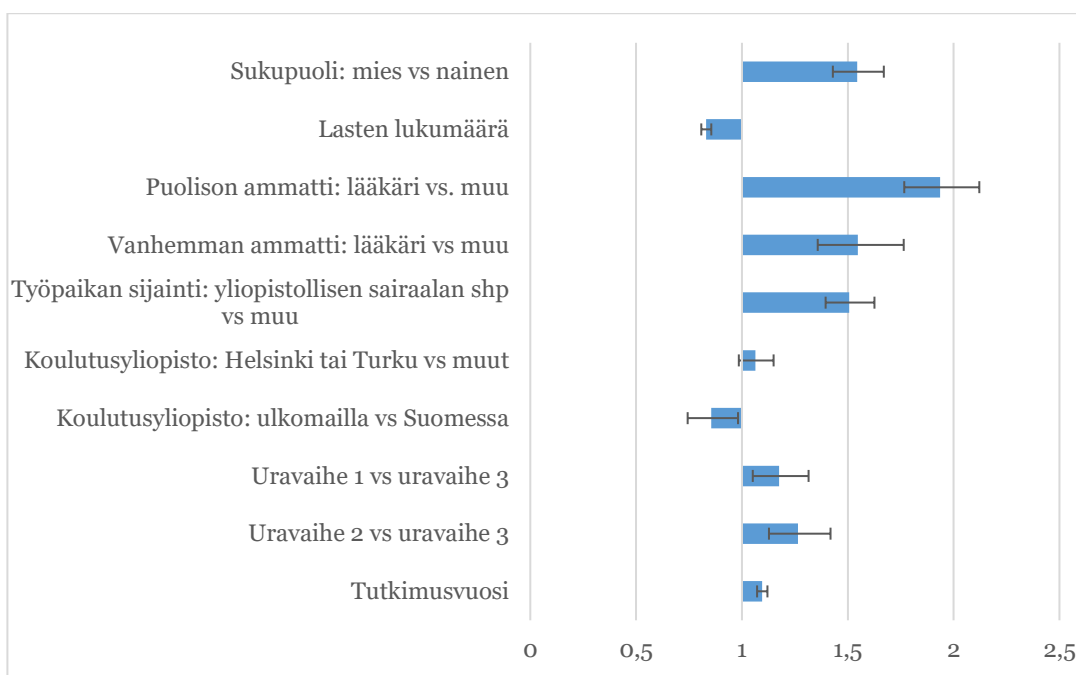
### **3.2 TYÖ SAIRAALASSA TAI TERVEYSKESKUKSESSA**

Sairaalassa ja terveyskeskuksessa työskentelevien lääkärien välillä havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja tutkittavien muuttujien suhteen. Tutkimusaineistossa naisten osuus lääkäreistä oli 59 prosenttia. Terveyskeskuksissa naisten osuus oli suurempi kuin sairaaloissa (66 % vs. 58 %,  $p < 0,001$ ). Yhdellä lääkäriä kymmenestä (11 %) toinen tai molemmat vanhemmista olivat myös ammatiltaan lääkäreitä. Sairaaloissa lääkärivanhempien lasten osuus oli suurempi kuin terveyskeskuksessa (13 % vs. 7 %,  $p < 0,001$ ). Yhdellä lääkäriä neljästä (24 %) oli puolisona toinen lääkäri. Sairaalassa näin oli useammin kuin terveyskeskuksessa (27 % vs. 17 %,  $p < 0,001$ ). Sairaalassa lääkäreiden keski-ikä oli 41,6 vuotta ja lasten lukumäärä oli keskimäärin 1,8, kun taas terveyskeskuksessa lääkäreiden keski-ikä oli hieman korkeampi (42,3 vuotta) ja heillä oli enemmän lapsia (2,1 lasta). Sairaalan lääkäreistä useammat olivat opiskelleet lääkäreiksi Helsingin tai Turun yliopistoissa (45 % vs. 41 %,  $p < 0,001$ ). Terveyskeskuslääkäreistä hieman suurempi osuus kuin sairaalalääkäreistä oli opiskellut lääkäriksi ulkomailla (8 % vs. 7 %,  $p = 0,004$ ). Lääkärit jakoutuivat alueellisesti siten, että sairaalan lääkäreistä suurempi osuus kuin terveyskeskusten lääkäreistä oli työssä yliopistollisen keskussairaalan sairaanhoitopiirissa (69 % vs. 59 %,  $p < 0,001$ ). Yliopistolliset keskussairaalat sijaitsevat Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa.



Lääkärin sijoittumista työhön terveyskeskukseen, sairaalaan tai muuhun toimipaikkaan mallinnettiin ensin koko aineistolla. Näissä analyyseissa uravaihe vakioitiin yhtenä taustamuuttujana. Tämän jälkeen analyysit tehtiin erikseen jokaiselle kolmelle uravaiheelle, minkä tavoitteena oli selvittää, muuttuiko taustatekijöiden yhteys lääkärin sijoittumiseen lääkäreiden ura-kaaren aikana. Seuraavassa esitetään tulokset sairaalan ja terveyskeskuksen osalta.

Kun sairaalassa työskentelyä verrattiin terveyskeskukseen (kuvio 3.2), lisäsivät sairaalassa työskentelyn todennäköisyyttä puolison lääkäriammatti (OR 1,94, 95 %:n LV 1,77–2,12), miessukupuoli (OR 1,55, 95 %:n LV 1,43–1,67), isän tai äidin lääkäriammatti (OR 1,55, 95 %:n LV 1,36–1,76) ja työpaikan sijainti yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiirissä (OR 1,51, 95 %:n LV 1,40–1,63). Sairaalassa työskentelyn todennäköisyyttä vähensi lääkärin perheeseen kasvu (OR 0,83, 95 %:n LV 0,81–0,86) sekä lääkäritutkinnon suorittaminen ulkomailla (OR 0,85, 95 %:n LV 0,74–0,98). Puolison ammatin, lääkärin miessukupuolen, perheeseen ja työpaikan sijainnin yhteys sairaalassa työskentelyyn säilyi samansuuntaisena ja tilastollisesti merkitsevässä kaikissa kolmessa uravaiheessa. Vanhempien lääkäriammattin yhteys sairaalatyöhön oli tilastollisesti merkitsevä vain ensimmäisessä ja viimeisessä uravaiheessa. Tähän saattaa olla yhteydessä aineiston pienempi koko uravaiheessa 2, sillä osalta vastaajista ei kysytty tietoa vanhempien ammatista vuosina 1993 ja 1998. Valmistuminen Helsingin tai Turun yliopistoista ei ollut tilastollisesti yhteydessä sairaalassa työskentelyyn. Yleisesti lääkäreiden sijoittuminen sairaaloihin terveyskeskusten sijaan muuttui todennäköisemmäksi tutkimusjakson (1988–2018) kuluessa.



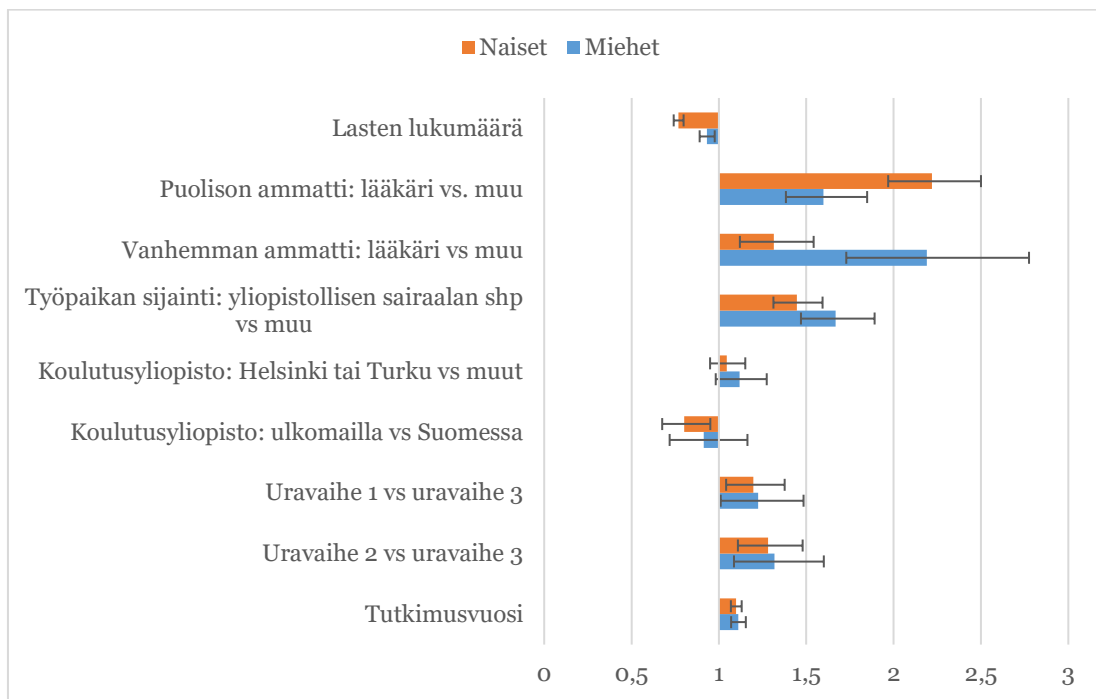
**Kuvio 3.2.** Sairaalaan työhön sijoittumista selittävän mallin vetosuhteet (odds ratio) ja 95 %:n luottamusvälit. Vertailuryhmä on terveyskeskus.

### 3.3 SUKUPUOLEN JA PERHETAUSTAN MUKAAN ERIYTYVÄT URAPOLUT

Seuraavaksi tutkittiin muuttujien yhteyttä työhön sijoittumiseen erikseen miesten ja naisten joukossa (kuvio 3.3). Miehillä urapolkuja erotteli vahvemmin perhetausta kun taas naisilla puolison koulutuksen vaikutus oli suurempi. Miehillä todennäköisyyttä työskennellä sairaalassa terveyskeskukseen verrattuna lisäsivät vanhemman lääkäriammatti (OR 2,19, 95 %:n LV 1,73–2,78), työpaikan sijainti yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiirissä (OR 1,67, 95 %:n LV 1,47–1,89) ja puolison lääkäriammatti (OR 1,60, 95 %:n LV 1,38–1,85). Nämä yhteydet säilyivät samansuuntaisina ja tilastollisesti merkitsevinä kaikissa kolmessa uravaiheessa. Lasten lukumäärän kasvu vähensi miehillä sairaalassa työskentelyn todennäköisyyttä (OR 0,93, 95 %:n LV 0,89–0,98), mutta yhteys säilyi tilastollisesti merkitseväenä vain ensimmäisessä uravaiheessa. Lääkärikoulutuksen yliopisto tai maa (Suomessa vs. ulkomailla) ei ennustanut tilastollisesti merkitsevästi mieslääkäreiden sijoittumista sairaaloihin terveyskeskuksiin verrattuna.

Naisten joukossa todennäköisyyttä työskennellä sairaalassa terveyskeskukseen verrattuna lisäsivät puolison lääkäriammatti (OR 2,22, 95 %:n LV 1,97–2,5), työpaikan sijainti yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiirissä (OR 1,45, 95 %:n LV 1,31–1,59) ja vanhemman lääkäriammatti (OR 1,31, 95 %:n LV 1,12–1,54). Vanhempien lääkäriammatin vaikutus oli naisilla pienempi kuin miehillä, ja se oli tilastollisesti merkitsevä ainoastaan ensimmäisessä ja

viimeisessä uravaiheessa. Vastaavasti puolison lääkäriammatti ennusti naisten keskuudessa sijoittumista sairaaloihin voimakkaammin kuin miesten keskuudessa. Puolison lääkäriammatti samoin kuin työpaikan sijainti ennusti naisten sijoittumista sairaaloihin saman suuntaisesti ja tilastollisesti merkitsevästi kaikissa kolmessa uravaiheessa. Naisilla lasten lukumäärän kasvu (OR 0,77, 95 %:n LV 0,74–0,80) ja lääkäriksi opiskelu ulkomailla (OR 0,8, 95 %:n LV 0,68–0,95) vähensivät sairaalassa työskentelyn todennäköisyyttä kaikissa kolmessa uravaiheessa. Naisilla lasten lukumäärän vaikutus oli suurempi kuin miehillä, ja toisin kuin miehillä se säilyi tilastollisesti merkitsevänä koko urakaaren ajan.



**Kuvio 3.3.** Miesten ja naisten joukossa sairaalaan työhön sijoittumista selittävän mallin muuttujien vetosuhteet (odds ratio) ja 95 %:n luottamusvälit. Vertailuryhmä on terveyskeskus.

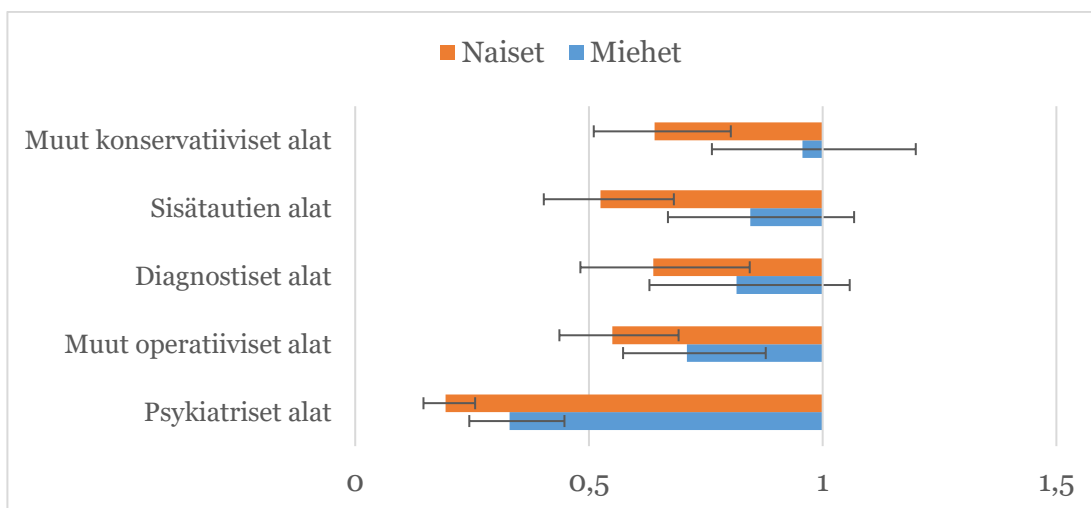
### 3.4 ERIKOISALAT OHJAAVAT URAPOLKUJA SAIRAALASSA

Sairaalassa työskentelevien lääkäreiden joukossa tutkittiin, miten muuttujat olivat yhteydessä erikoisaloilla työskentelyyn. Erikoisalat jaettiin kuuteen ryhmään, joita olivat kirurgian alat, muut operatiiviset alat (mm. naistentaudit ja synnytykset, anestesiologia ja tehohoito), sisätautien alat, muut konservatiiviset alat (mm. lastentaudit ja neurologia), diagnostiset alat ja psykiatriset alat (ks. lisätietoa Suomen Lääkäriliitto 2022a). Sairaalassa työskentelevät yleislääketieteen, työterveyshuollon, terveydenhuollon ja

liikuntalääketieteen erikoistuvat ja erikoislääkärit yhdistettiin konservatiivisten alojen ryhmään, jossa niiden osuus oli alle viidennes lääkäreistä. Analyysissa multinominaalisella logistisella regressiolla mallinnettiin, kuinka eri taustatekijät ennustivat lääkäreiden sijoittumista erikoisalaryhmiin. Erikoisalaryhmien tulokset raportoidaan verrattuna kirurgian aloihin. Regressioanalyysit tehtiin ensin koko aineistolle ja sen jälkeen erikseen nais- ja mieslääkäreille, eli yhteensä tehtiin kolme regressiomallia. Analyysseja ei tehty erikseen eri uravaiheille, vaan uravaihemuuttuja vakioitiin kaikissa kolmessa regressiomallissa.

Väitöskirjan tekeminen yhdistyi aiemmassa analyysissä (ks. luku 2) työn arvostuksen kokemuksiin sairaalan lääkäreillä, mistä syystä analyysissä tarkasteltiin myös väitöskirjan yhteyttä erikoisaloille sijoittumiseen. Väitöskirjan tekeminen tai väittelemisen oli sairaalassa keskimääräistä yleisempää kirurgian aloilla (52 %) ja diagnostisilla aloilla (47 %). Muita aloja harvinaisempaa se oli psykiatrian alalla, jossa väitelleiden tai väitöskirjaa tekevien osuus oli 22 prosenttia. Tieteellinen jatkokouluttautuminen eli väittelemisen vähensi mallissa todennäköisyyttä sijoittua muille kuin kirurgian aloille. Ero kirurgian aloihin oli suurin psykiatrian alojen ryhmässä (OR 0,25, 95 %:n LV 0,21–0,31) ja pienin muiden konservatiivisten alojen ryhmässä (OR 0,79, 95 %:n LV 0,68–0,93) muiden alojen sijoittuessa niiden välille.

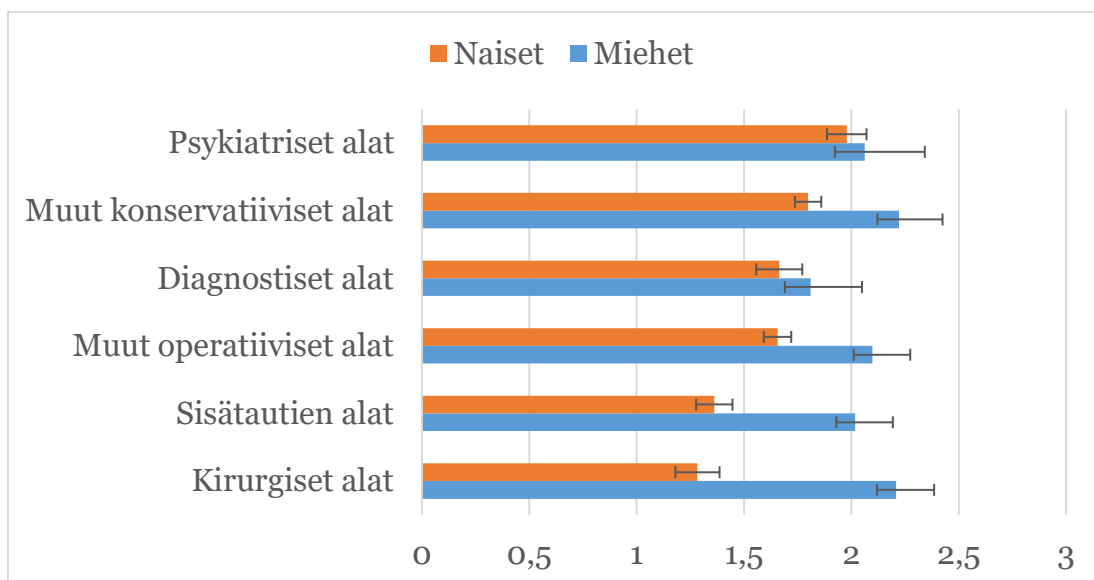
Naisten joukossa väitöskirjan tekeminen tai väittelemisen oli todennäköisintä kirurgian alalla, ja se pienensi todennäköisyyttä sijoittua muille aloille kirurgiaan verrattuna (kuvio 3.4). Miehillä väitöskirjan yhteys erikoisalaan vähensi tilastollisesti merkitsevästi todennäköisyyttä sijoittua vain muille operatiivisille aloille ja psykiatrian aloille kirurgian alaan verrattuna.



**Kuvio 3.4.** Väitöskirjan tekemisen ja väittelemisen yhteys miehillä ja naisilla erikoisaloille sijoittumiseen. Vetosuhteet (odds ratio) ja 95 %:n luottamusvälit. Kirurgian erikoisalat ovat vertailuryhmä. Kuvion 3.3 tekijät on vakioitu.

Sukupuolen havaittiin olevan yhteydessä erikoisalaryhmiin sijoittumiseen. Sairaalassa työskentelevistä lääkäreistä oli naisia kaiken kaikkiaan 58 prosenttia. Naisten osuus oli pienin kirurgian alalla (35 %) ja suurin konservatiivisten alojen (pl. sisätaudit) ryhmässä (69 %). Regressiomallissa naissukupuoli lisäsi lääkärin todennäköisyyttä työskennellä muilla erikoisaloilla kirurgiaan verrattuna. Naissukupuolen yhteys oli nelinkertainen konservatiivisilla (OR 4,45, 95 %:n LV 3,81–5,19) ja psykiatrian (OR 4,09, 95 %:n LV 3,40–4,92) aloilla kirurgian aloihin verrattuna. Muilla operatiivisilla aloilla yhteys oli kolminkertainen (OR 3,12, 95 %:n LV 2,68–3,62) ja lähes kaksinkertainen diagnostisilla aloilla (OR 1,92, 95 %:n LV 1,60–2,30) sekä sisätautien aloilla (OR 1,96, 95 %:n LV 1,70–2,32).

Lääkärin lasten lukumäärän kasvu lisäsi todennäköisyyttä sijoittua psykiatrian aloille (OR 1,18, 95 %:n LV 1,10–1,23) ja muille konservatiivisille aloille (OR 1,11, 95 %:n LV 1,04–1,17), kun ne sitä vastoin vähensivät todennäköisyyttä sijoittua sisätautien aloille (OR 0,91, 95 %:n LV 0,85–0,97) tai diagnostisille aloille (OR 0,91, 95 %:n LV 0,84–0,98) kirurgian aloihin verrattuna. Kirurgian ja muiden operatiivisten alojen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Miehillä ja naisilla erikseen tehdyt regressioanalyysit toivat esiin lisää sukupuolten välisiä eroja. Miesten joukossa lapsiluvun kasvu vähensi tilastollisesti merkitsevästi todennäköisyyttä sijoittua sisätautien aloille ja diagnostisille aloille kirurgian aloihin verrattuna. Naisten joukossa lapsiluvun kasvu lisäsi todennäköisyyttä sijoittua muille paitsi sisätautien aloille, joka ei eronnut kirurgian aloista tilastollisesti merkitsevästi. Lasten lukumäärän keskiarvot erikoisalaryhmissä on kuviossa 3.5.



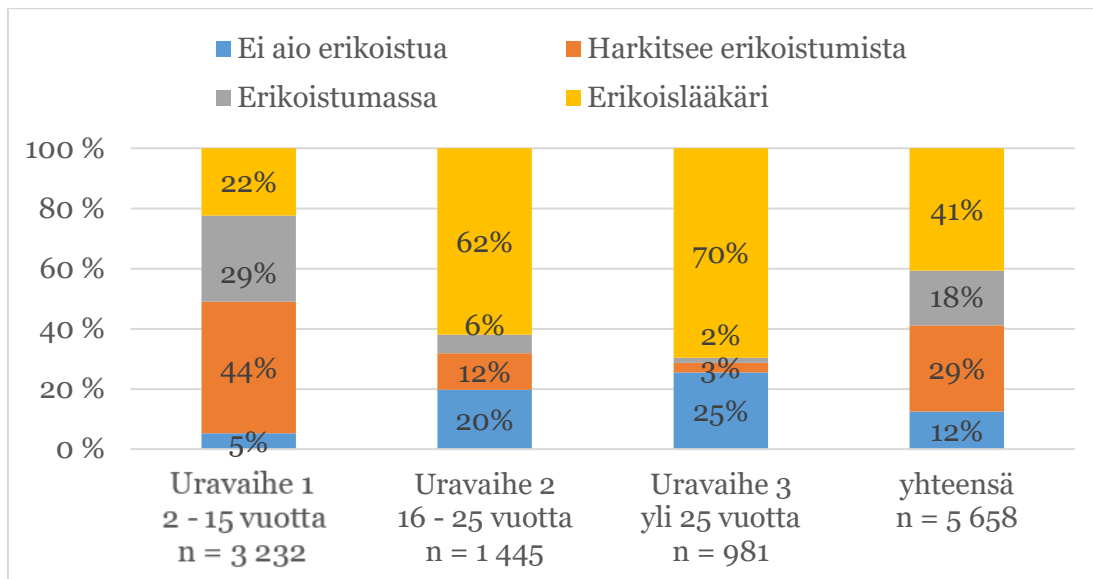
**Kuvio 3.5.** Lääkärin lasten lukumäärän keskiarvot ja 95 %:n luottamusvälit erikoisalan ja sukupuolen mukaan.

Vanhemman lääkäriammatti ja puolison lääkäriammatti vähensivät todennäköisyyttä työskennellä psykiatrian aloilla (vanhempi lääkäri OR 0,67, 95 %:n LV 0,50–0,89 ja puoliso lääkäri OR 0,69, 95 %:n LV 0,56–0,84). Diagnostisille aloille sijoittuminen oli todennäköisempää (OR 1,22, 95 %:n LV 1,01–1,48) kirurgian aloihin verrattuna lääkäreille, joiden puoliso oli myös lääkäri. Edellisten lisäksi vanhemman lääkäriammatti lisäsi todennäköisyyttä sijoittua diagnostisille aloille miesten joukossa ja vähensi naisten joukossa todennäköisyyttä sijoittua muille konservatiivisille aloille kirurgian aloihin verrattuna.

Työpaikan sijainti yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiirissä muuhun sairaanhoitopiiriin verrattuna lisäsi todennäköisyyttä sijoittua psykiatrian aloille (OR 1,50, 95 %:n LV 1,21–1,79) ja diagnostisille aloille (OR 1,26, 95 %:n LV 1,03–1,55) kirurgian aloihin verrattuna. Lääkäriksi opiskeleminen Helsingin tai Turun yliopistoissa vähensi todennäköisyyttä sijoittua diagnostisille aloille (OR 0,70, 95 %:n LV 0,58–0,85), psykiatrian aloille (OR 0,74, 95 %:n LV 0,62–0,89) ja muille konservatiivisille aloille (OR 0,74, 95 %:n LV 0,63–0,86) kirurgian aloihin verrattuna. Sen sijaan Helsingin tai Turun yliopistosta valmistuneiden todennäköisyys sijoittua sisätautien aloille ja muille operatiivisille aloille ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi kirurgian aloista. Ulkomailla lääkärin tutkinnon suorittaminen vähensi tilastollisesti merkitsevästi sijoittumista sisätautien aloille (OR 0,59, 95 %:n LV 0,41–0,84) kirurgian aloihin verrattuna.

### **3.5 ERIKOISTUMATTOMAT YLEISLÄÄKÄRIT TERVEYSKESKUKSESSA**

Erikoislääkäriksi kouluttautuminen on yhteydessä sairaala- ja terveyskeskusurapolkuihin. Sairaalassa lähes kaikki lääkärit olivat erikoislääkäreitä (64 %) tai parasta aikaa erikoistumassa (29 %) jollekin erikoisalalle. Terveyskeskuksessa erikoislääkäriksi oli kouluttautunut 41 prosenttia, kolmasosa lääkäreistä oli jo aloittanut erikoistumiskoulutuksen tai suunnitteli sen aloittamista, ja neljäsosa ei ollut aikonut erikoistua tai ei ollut vielä tehnyt päätöstä asiasta. Koska kouluttautuminen erikoislääkäriksi työuran edetessä on tyypillistä terveyskeskuslääkäreille (kuvio 3.6), ja aiemmin havaitsimme nuorilla lääkäreillä työn arvostuksen kokemusten olevan yhteydessä erikoistumiseen (ks. luku 2), tutkittiin logistisen regressiomallinnuksen avulla mitkä tekijät olivat yhteydessä erikoistumattomana yleislääkärinä työskentelyyn terveyskeskuksessa. Seuraavassa tarkastellaan lääkäreitä, jotka ovat päättäneet olla erikoistumatta, ja huomio kohdistuu siihen, mikä erottelee heitä muista terveyskeskuksen lääkäreistä.



**Kuvio 3.6.** Terveyskeskuksessa työskentelevien lääkäreiden erikoistumisen tilanne eri uravaiheissa.

Päätöksen olla erikoistumatta ilmoitti tehneensä 5 prosenttia terveyskeskuksen lääkäreistä ensimmäisessä uravaiheessa, 20 prosenttia toisessa ja 25 prosenttia kolmannessa uravaiheessa. Sukupuoli, lasten lukumäärä tai vanhempien lääkäriammatti ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä terveyskeskuslääkäreiden erikoistumattomuuteen. Mallissa, jossa olivat mukana kaikki uravaiheet, todennäköisyyttä päättää olla erikoistumatta lisäksi lääkäriksi valmistuminen Helsingin tai Turun yliopistoista (OR 1,55, 95 %:n LV 1,26–1,91) tai ulkomailta (OR 1,46, 95 %:n LV 1,04–2,06). Työpaikan sijainti muualla kuin yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiirissä etäällä lääkärikoulutusta antavista yliopistoista lisäsi todennäköisyyttä olla erikoistumatta (OR 1,51, 95 %:n LV 1,24–1,85). Terveyskeskuslääkäreiden erikoistuminen yleistyi vuosien 1988–2018 aikana ja erikoistumatta jäämisen todennäköisyys väheni samaan aikaan (OR 0,83, 95 %:n LV 0,77–0,90). Perhetilannetta kuvaavista muuttujista vain puolison lääkäriammatti oli yhteydessä erikoistumattomuuteen siten, että se vähensi riskiä päättää olla erikoistumatta (OR 0,75, 95 %:n LV 0,58–0,99) niihin lääkäreihin verrattuna, joiden puolisoilla oli muu ammatti.

### 3.6 LÄÄKÄRIJOHTAJAT TERVEYSKESKUKSESSA JA SAIRAALASSA

Seuraavassa tarkastellaan lääkäreiden sijoittumista johtaja-asemaan sairaalassa ja terveyskeskuksessa. Johtajaksi etenemistä on perinteisesti pidetty urakehityksen huipentumana ja siihen on liittynyt paljon arvostusta erityisesti terveyskeskuksissa (ks. luku 2). Johtaja-asema määriteltiin työn tehtävä-

nimikkeeseen tai virka-aseman perusteella. Lääkäreillä johtajan tehtävännimikkeitä olivat johtajat, johtavat lääkärit, ylilääkärit ja apulaisylilääkärit.

Terveyskeskuslääkäreistä 14 prosentilla oli tehtävännimikkeenä johtava lääkäri, ylilääkäri tai apulaisylilääkäri. Ensimmäisessä uravaiheessa johtajaksi oli edennyt seitsemän prosenttia lääkäreistä (miehistä 12 % ja naisista 5 %,  $p < 0,001$ ) ja 15 uravuoden jälkeen 22 prosenttia lääkäreistä (miehistä 29 % ja naisista 18 %,  $p < 0,001$ ). Kolmannessa uravaiheessa terveyskeskuslääkäreistä oli johtaja-asemassa 27 prosenttia (miehistä 36 % ja naisista 22 %,  $p < 0,001$ ). Seuraavaksi tarkastellaan logistisen regressioanalyysin avulla tekijöitä, jotka olivat yhteydessä johtavan lääkärin tehtävään terveyskeskuksessa. Analyysit tehtiin ensin koko aineistolle ja tämän jälkeen erikseen miehille ja naisille.

Terveyskeskuksessa johtajat olivat todennäköisemmin erikoislääkäreitä (OR 6,91, 95 %:n LV 5,39–8,87) ja he olivat hankkineet tieteellisen jatkokoulutuksen tai aloittaneet väitöskirjan tekemisen (OR 2,73, 95 %:n LV 2,01–3,69). Miessukupuoli lisäsi todennäköisyyttä päätyä johtajaksi naislääkäreihin verrattuna (OR 1,94, 95 %:n LV 1,59–2,37). Lääkärintutkinnon suorittaminen Suomessa lisäsi todennäköisyyttä ulkomailla opiskelleisiin verrattuna (OR 2,27, 95 %:n LV 1,44–3,57). Terveyskeskuksessa johtaja-asemaan eteneminen oli todennäköisempää yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiirien ulkopuolella työskenteleville lääkäreille (OR 1,50, 95 %:n LV 1,24–1,83). Puolison ammatti oli yhteydessä johtajana toimimiseen siten, että todennäköisyys sijoittua tehtävään oli suurempi niillä, joiden puolison oli ammatiltaan muu kuin lääkäri (OR 1,32, 95 %:n LV 1,02–1,70). Myöhempi uravaihe lisäsi todennäköisyyttä sijoittua johtajan tehtävään. Sen todennäköisyys kasvoi toisessa (OR 2,06, 95 %:n LV 1,59–2,67) ja kolmannessa (OR 2,35, 95 %:n LV 1,75–3,14) uravaiheessa ensimmäiseen verrattuna. Vanhempien lääkäriammatti, lasten lukumäärä ja koulutusyliopisto ei ollut yhteydessä johtajan tehtävään terveyskeskuslääkäreillä.

Tarkemmat analyysit sukupuolen mukaan osoittivat, että tieteellinen jatkokouluttautuminen ennusti johtavan lääkärin asemaa terveyskeskuksissa vain naisten joukossa. Väitöskirjan tekeminen lisäsi naisten todennäköisyyttä toimia terveyskeskuksen johtajan tehtävässä (OR 3,56, 95 %:n LV 2,45–5,18), kun miehillä vastaava yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Miesten ja naisten tarkastelussa puolison lääkäriammatti ei ollut kummallakaan sukupuolella enää tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä johtajan tehtävään, mihin saattoi vaikuttaa analysoitavan ryhmän pienempi koko. Erikoistumisen, ulkomailla tutkinnon suorittamisen ja työpaikan sijainnin yhteydet säilyivät samansuuntaisina kuin koko aineistossa.

Sairaalassa työskentelevistä lääkäreistä 24 prosentilla oli jokin johtaja-aseman tehtävännimike. Ensimmäisessä uravaiheessa johtajan tehtävään oli edennyt kahdeksan prosenttia (miehistä 11 % ja naisista 6 %,  $p < 0,001$ ) ja 15 uravuoden jälkeen 38 prosenttia (miehistä 48 % ja naisista 31 %,  $p < 0,001$ ). Uran viimeisessä vaiheessa, 25 vuotta valmistumisen jälkeen, sairaalassa työskentelevistä lääkäreistä oli johtajia 63 prosenttia (miehistä 71 % ja naisista



54 %,  $p < 0,001$ ). Seuraavassa tarkastellaan, mitkä tekijät olivat yhteydessä johtajan tehtävään sairaalassa.

Sairaalassa johtajat olivat erikoislääkäreitä (OR 16,88, 95 %:n LV 12,27–23,21), ja tieteellinen jatkokouluttautuminen lisäsi todennäköisyyttä sijoittua tehtävään (OR 1,69, 95 %:n LV 1,49–1,93). Miehet etenivät johtajiksi todennäköisemmin kuin naiset (OR 2,06, 95 %:n LV 1,82–2,34). Vanhempien lääkäriammatti (OR 0,69, 95 %:n LV 0,57–0,84) ja valmistuminen lääkäriksi Helsingin tai Turun yliopistosta (OR 0,83, 95 %:n LV 0,73–0,94) vähensivät todennäköisyyttä sijoittua johtajan tehtävään. Johtaja-asema oli todennäköisemmin saavutettavissa yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiirien ulkopuolella työskenteleville lääkäreille (OR 3,36, 95 %:n LV 2,93–3,86). Sairaalassa myöhempi uravaihe lisäsi todennäköisyyttä sijoittua johtajan tehtävään. Todennäköisyys oli suurempi toisessa (OR 3,40, 95 %:n LV 2,91–3,98) ja kolmannessa (OR 8,07, 95 %:n LV 6,77–9,64) uravaiheessa ensimmäiseen verrattuna. Puolison ammatti ja lasten lukumäärä ei ollut yhteydessä johtajana toimimiseen sairaalassa.

Erikoislääkärin koulutus ja tieteellinen jatkokouluttautuminen lisäsivät todennäköisyyttä sijoittua johtajan tehtävään enemmän miesten (OR 19,86, 95 %:n LV 12,26–32,15 ja OR 1,88, 95 %:n LV 1,55–2,29) kuin naisten joukossa (OR 14,62, 95 %:n LV 9,56–22,37 ja OR 1,56, 95 %:n LV 1,31–1,86). Miesten joukossa vanhempien lääkärikoulutus (OR 0,63, 95 %:n LV 0,48–0,83) ja lääkäriksi opiskelu Helsingin tai Turun yliopistosta (OR 0,80, 95 %:n LV 0,66–0,96) pienensivät todennäköisyyttä toimia johtajana sairaalassa, mutta naisten joukossa näillä tekijöillä ei ollut tilastollista yhteyttä. Johtajan tehtävään päätyminen oli naisten joukossa (OR 3,78, 95 %:n LV 3,13–4,55) jonkin verran todennäköisempää yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiirin ulkopuolella kuin miesten joukossa (OR 2,92, 95 %:n LV 2,38–3,58). Todennäköisyys edetä johtaja-asemaan kasvoi miehillä enemmän kuin naisilla uran toisessa vaiheessa (miehet OR 3,58, 95 %:n LV 2,85–4,50; naiset OR 3,27, 95 %:n LV 2,63–4,05) ja kolmannessa vaiheessa (miehet OR 8,20, 95 %:n LV 6,31–10,65; naiset OR 7,99, 95 %:n LV 6,28–10,17) ensimmäiseen uravaiheeseen verrattuna.

### **3.7 MITÄ URAPOLUT KERTOVAT URAJÄRJESTELMÄSTÄ?**

Tässä luvussa esitellyn osatutkimuksen tavoite oli tutkia, onko lääkäriytyöurilla lasikattoja, ja jos on, keitä ne koskevat. Analyysissä löytyi selkeitä merkkejä useaan sosiaaliseen tekijään liittyvistä lasikatoista: Vuosien 1988–2018 aikana naiset ovat työskennelleet miehiä useammin terveyskeskuksissa ja sijoittuneet sairaaloissa miehiä todennäköisemmin muille kuin kirurgian aloille. Puolison ja vanhempien ammatit ovat olleet yhteydessä urapolkuihin. Naisten joukossa puolison vaikutus on ollut suurempi, ja miesten joukossa vanhemman ammatin vaikutus on ollut suurempi. Perheen koko on ollut

yhteydessä toimipaikkaan ja erikoisalaan. Lasten lukumäärän vaikutus on ollut suurempi naisten joukossa. Monet tutkittujen tekijöiden yhteyksistä havaittiin kaikissa urakaaren vaiheissa. Helsingin ja Turun yliopistoista valmistuneiden urapolut ovat yhdistyneet yliopistopiirien sairaaloihin ja väitöskirjan tekemiseen. Toisaalta jos lääkäri on sijoittunut terveyskeskukseen, tausta Helsingin tai Turun yliopistossa on lisännyt riskiä erikoistumatta jäämiseen.

Lasikattojen sukupuolittuneisuus näyttää näiden havaintojen pohjalta monisyiseltä. Urajärjestelmiin vaikuttaisi syntyneen naistapaiseksi ymmärrettyjä positioita. Lisäksi näkyy viitteitä siitä, että naislääkäriin sosiaalinen asema on miehiä enemmän sidoksissa puolison sosiaaliseen asemaan. Naistapaisiin positioihin sijoittumiseen vaikuttavat todennäköisesti perhevastuut, jotka näyttäytyvät naisille uraasteina. Tätä tukee havainto siitä, että sairaalassa työskentelevien naisten lapsiluku jää pienemmäksi kuin muilla naislääkäreillä. Miehillä työympäristö ei vaikuta lapsilukuun yhtä voimakkaasti kuin naisilla. Sairaalassa päivystystyö ja työn vaativat käytännöt (miestapaisuus) voivat haitata naisten perheellistymistä. Elisabeth Gjerberg (2003) havaitsi sairaala-aloille erikoistuvien naisten saavan ensimmäisen lapsensa muita myöhemmin ja lapsiluvun jäävän pienemmäksi. Hänen norjalaisia lääkäreitä koskevassa tutkimuksessaan lasten lukumäärän kasvu vähensi naisten erikoistumisen todennäköisyyttä, mutta isäksi tulemisella ei ollut mieslääkäreiden erikoistumiseen vastaavaa vaikutusta (Gjerberg 2003). Sveitsiläisessä tutkimuksessa lasten saaminen madalsi naislääkäreiden uratavoitteita ja vähensi työssä saatua tukea (Buddeberg-Fischer ym. 2010).

Suomessa naislääkärit ovat pitäneet työn ja perheen yhdistämistä tärkeänä (ks. myös tämän raportin luku 4). Naiset ovat toivoneet miehiä useammin kohtuullista määrää päivystämistä ja ovat halunneet itse vaikuttaa työnsä määrään (Heikkilä 2016). Lääkäriammatin miestapaisuuden kielteinen vaikutus naisten uralla etenemiseen vaikuttaisi olevan yhteydessä perheellistymiseen. Kanadassa lapsettomilla ilman kumppania elävillä lääkäreillä työn viikkotuntimäärät eivät eronneet tilastollisesti sukupuolten välillä. Naimisiinmeno ja lasten saaminen lisäsivät miesten viikkotuntimääriä mutta vähensivät naisten viikkotuntimääriä työssä. Kahden lääkärin perheessä molemmilla työtunnit olivat keskimääräistä vähäisempiä. (Wang & Sweetman 2013.) Ammatin miestapaisuuden ja perheellistymisen kielteiset merkitykset uralle ovat huolestuttavia lasikattoja siksikin, että niiden vaikutukset uraa muokkaavina tekijöinä ovat usein pysyviä.

Sukupuolen ja sosiaalisen taustan lisäksi lasikatoissa vaikuttaisi olevan alueellisia piirteitä. Yhtäältä niin kutsutut vanhat yliopistot Helsinki ja Turku vaikuttaisivat tarjoavan uranrakennukselle lisäpontta ja etenkin tieteentekemiseen liittyviä mahdollisuuksia. Toisaalta näiden yliopistojen ja yliopistosairaaloiden vaikutuspiirissä osa lääkäreistä, etenkin terveyskeskuksiin sijoittuvista, ei etene työuran perusaskelmalta eteenpäin. Tämä osatutkimus ei anna riittävästi aineksia tarkemmin pohtia alueellisten tekijöiden eriarvoistavaa dynamiikkaa, mutta muiden tutkimusten perusteella

tiedetään etenkin suurten kuntien terveyskeskusten ongelmista (ks. myös tämän raportin luku 4). Helsingistä ja Turusta valmistuneet terveyskeskuslääkärit sijoittuvat muita todennäköisemmin yliopistollisten sairaanhoitopiirien suuriin terveyskeskuksiin, mikä voi osaltaan näkyä heidän urakehityksessään kielteisenä tekijänä.

## 4 LÄÄKÄREIDEN AMMATILLINEN TOIMIJUUS JA TOIMIJUUDEN TILAT

- Suomalaisissa terveyskeskuksissa ja sairaaloissa työskentelevät lääkärit arvioivat ammatillisen toimijuutensa keskimäärin varsin suureksi.
- Pienten kuntien terveyskeskuslääkärit raportoivat keskimäärin suurempaa ammatillista toimijuutta kuin suurten kaupunkien terveyskeskuslääkärit. Johtavat terveyskeskuslääkärit raportoivat jossain määrin suurempaa ammatillista toimijuutta kuin muut terveyskeskuslääkärit.
- Sairaaloissa nuoret lääkärit ja mieslääkärit raportoivat keskimäärin suurempaa ammatillista toimijuutta kuin vanhemmat lääkärit ja naislääkärit. Johtavat ja erikoistuneet sairaalakeskuslääkärit raportoivat jossain määrin suurempaa ammatillista toimijuutta kuin muut sairaalalääkärit.
- Lääkäreiden mahdollisuudet toteuttaa työssään ammatillista toimijuutta riippuvat osittain siitä, millaisia tavoitteita lääkäreiden toiminnalle asetetaan. Vielä voimakkaammin lääkäreiden ammatillinen toimijuus riippuu työpaikkojen ja palvelujärjestelmän johtamiskäytännöistä.
- Suurten kaupunkien terveyskeskuslääkärit ja yliopistosairaloissa työskentelevät lääkärit sekä naislääkärit sairaaloissa ja terveyskeskuksissa raportoivat keskimääräistä enemmän johtamiskäytäntöihin liittyviä esteitä ammatilliselle toimijuudelleen.

### 4.1 MITÄ ON AMMATILLINEN TOIMIJUUS – JA MIKSI SE ON TÄRKEÄÄ?

Ammatillinen toimijuus on moniselitteinen käsite, joka saattaa eri tutkimuksissa tarkoittaa eri asioita. Tässä luvussa ammatillinen toimijuus määritellään ensisijaisesti yksilön mahdollisuudeksi toteuttaa työssään itselleen tärkeitä ammatillisia tavoitteita, arvoja ja periaatteita ja toissijaisesti edistää samalla omaa työuraansa (esim. Olakivi 2017; 2018; Vähäsantanen ym. 2017; 2019). Näin määriteltynä ammatillinen toimijuus riippuu monista tekijöistä. Yksilön mahdollisuudet toteuttaa työssään mitä tahansa tavoitteita, arvoja ja periaatteita riippuvat tietenkin yksilön ominaisuuksista, kuten tiedoista, taidoista, terveydestä ja työkyvystä. Lisäksi ammatilliseen toimijuuteen, mukaan lukien urakehitykseen, vaikuttaa yksilön työskentelyympäristö, kuten resurssien riittävyys, johtamiskäytännöt ja fyysinen infrastruktuuri. Nämä ja muut organisatoriset, institutionaaliset, materiaaliset ja rakenteelliset tekijät voivat rajoittaa tai tukea yksilön

toimintamahdollisuuksia ja tilaa (ks. tämän raportin luku 1), jossa he toteuttavat ammatillista toimijuuttaan.

Yksilön mahdollisuuksiin toteuttaa työssään itselleen tärkeitä ammatillisia tavoitteita, arvoja ja periaatteita vaikuttaa lisäksi se, millaisia ovat yksilölle tärkeät tavoitteet, arvot ja periaatteet sekä se, millaisia tavoitteita, arvoja ja periaatteita kukin työympäristö pitää *ammattillisina* (esim. Evetts 2009; Fournier 1999). Ammatilliset tavoitteet, arvot ja periaatteet eivät ole yksilön vapaasti valittavissa. Esimerkiksi lääkäri ei voi toimia miten tahtoo ja samalla olettaa, että toiset lääkärit tai potilaat tunnistavat, tunnustavat ja hyväksyvät hänen toimintansa ammatilliseksi ja ammattimaiseksi toiminnaksi. Ammattien etiikka, yhteiskunnan odotukset sekä työpaikkojen ja palvelujärjestelmän institutionaaliset logiikat ja kulttuuriset käsikirjoitukset (ks. tämän raportin luku 1) sääntelevät sitä, millainen toiminta kussakin kontekstissa täyttää ammatillisen toimijuuden kriteerit (Evetts 2009; Fournier 1999). Lääkäreiden kyky toteuttaa työssään ”hyvää lääkäriyttä” riippuu osittain siitä, miten hyvä lääkäriys yhteiskunnallisesti määritellään.

Institutionaaliset logiikat ja kulttuuriset käsikirjoitukset ovat sääntelyn mekanismeja: ne eivät ainoastaan mahdollista ammatillista toimijuutta vaan myös vaativat yksilöä sitoutumaan määrättyihin, normatiivisiin ja yhteisesti hyväksytyihin arvoihin ja ottavan etäisyyttä toisiin, ei-hyväksytyihin arvoihin. Rivistä erottuvan lääkärin toiminta voidaan määritellä epäammattimaiseksi, ja hän voi menettää kunniansa tai jopa oikeutensa ammatin harjoittamiseen, kun taas oikeanlaista ammatillista toimijuutta osoittavalle yksilölle institutionaaliset logiikat tarjoavat tunnustusta, arvostusta ja mahdollisesti muitakin palkintoja, kuten mahdollisuuden edetä urallaan (Parsons 1939). Kyky näyttäytyä *toimijana* on itsessään symbolinen palkinto ja arvostuksen lähde. Länsimaiset yhteiskunnat arvostavat korkealle yksilöitä, jotka saavat tapahtumaan hyviä asioita – tai vähintäänkin näyttävät siltä (Eteläpelto ym. 2015; Meyer & Jepperson 2000; Sulkunen 2010).

Pohjoismaissa lääkäreiden on perinteisesti odotettu palvelevan paitsi potilaiden ja lääketieteen myös kansanterveyden ja julkisen palvelujärjestelmän etua (Brante 1988; Jespersen & Wrede 2009; Julkunen 1994). Toistaiseksi on vain vähän määrällistä tutkimusta siitä, missä määrin suomalaiset lääkärit ovat kyseisiin arvoihin ja tavoitteisiin sitoutuneet ja millä tavoin heidän työskentely-ympäristönsä mahdollistaa näyttäytymisen niiden palvelijoina. On oletettavaa, että näyttäytyminen oikeanlaisena toimijana on helpompaa tietyissä työskentely-ympäristöissä ja tietyille lääkäreille verrattuna toisiin (myös Halford & Leonard 2006).

Työntekijöiden näkökulmasta urajärjestelmä on sosiaalisesti kestävä, kun se mahdollistaa eri asemassa olevien, eri-ikäisten ja eri taustoista tulevien työntekijöiden ammatillisen toimijuuden eli kyvyn toimia työssään itselle tärkeiden ja myös muiden hyväksymien ammatillisten tavoitteiden, arvojen ja periaatteiden mukaisesti sekä kenties edistää samalla omaa työuraansa. Ammatillisen toimijuuden estyminen voi puolestaan synnyttää moraalista ahdinkoa sekä epäoikeudenmukaisuuden ja jopa vieraantumisen kokemuksia

(Litvina ym. 2020; Mänttari-van der Kuip 2020; Tummers ym. 2009). Työuupumusta tutkinut sosiologi Suvi Salmenniemi (2021, 68) määrittelee vieraantumisen seuraavasti: ”Vieraantunut subjekti muuttuu vieraaksi itselleen; hän ei koe itseään enää toimivaksi subjektiksi, vaan pikemminkin armottomien ulkopuolisten voimien pusertamaksi objektiksi.” Sosiaalisesti kestävä urajärjestelmä tukee työtä tekevän subjektin toimijuutta ja ehkäisee vieraantumisen kokemuksia.

On tärkeää tutkia, millaisia toimijoita ammattien, työpaikkojen ja palvelujärjestelmän institutionaaliset logiikat ja kulttuuriset käsikirjoitukset tuottavat. Siksi ei riitä kysyä, onko lääkäreillä ammatillista toimijuutta. On myös kysyttävä, millaisia tavoitteita, arvoja ja periaatteita lääkärit palvelevat silloin, kun he toteuttavat ammatillista toimijuuttaan. Kenen asialla lääkärit ovat, ja millaisten etujen palvelukseen yhteiskunnan instituutiot heitä ohjaavat ja mobilisoivat? Lääkäreiden toimijuus onkin suuressa määrin yhteiskunnallinen ja yhteiskuntapoliittinen kysymys.

## 4.2 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Terveyskeskus- ja sairaalalääkäreiden urajärjestelmien sosiaalisen kestävyuden näkökulmasta kiinnostavia ovat muun muassa seuraavat kysymykset, joihin tämä luku pyrkii vastaamaan:

- Kuinka voimakkaaksi terveyskeskuksissa ja sairaaloissa työskentelevät lääkärit kokevat ammatillisen toimijuutensa?
- Millaisia tavoitteita, arvoja ja periaatteita terveyskeskuksissa ja sairaaloissa työskentelevät lääkärit liittävät ammatilliseen toimijuuteensa?
- Millaiset tekijät vahvistavat lääkäreiden ammatillista toimijuutta terveyskeskuksissa ja sairaaloissa?
- Millaisia esteitä terveyskeskuksissa ja sairaaloissa työskentelevät lääkärit tunnistavat ammatilliselle toimijuudelleen eli millaiset tekijät rajaavat lääkäreiden ammatillisen toimijuuden tilaa terveyskeskuksissa ja sairaaloissa?

## 4.3 TUTKIMUSAINEISTO

Edellä mainittuihin kysymyksiin vastataan tässä luvussa vuonna 2017 kerätyn suomalaista lääkärikuntaa edustavan aineiston avulla. Suomen Lääkäriliitto keräsi aineiston internetkyselynä osana niin sanottua työmarkkina-tutkimustaan. Vastaajat poimittiin satunnaisotannalla Lääkäriliiton rekistereistä. Vastausprosentti oli 31. Kysely oli vain suomeksi, mikä on osaltaan rajannut vastaajajoukkoa.

Tämä luku keskittyy julkisesti rahoitettuja terveystalvveluja tuottaviin terveysteskeskus- ja sairaalalääkäreihin, joiden voidaan katsoa edustavan suomalaisen sairaanhoidon kivijalkaa (ks. tämän raportin luku 1). Analyysit rajattiin alle 65-vuotiaisiin lääkäreihin sillä oletuksella, että tämän jälkeen työuraansa jatkavien lääkäreiden ammatillinen toimijuus on tärkeä mutta dynamiikaltaan erityislaatuinen kysymys, joka vaatisi erillistä tarkastelua. Terveysteskeskuslääkäreiksi ja vastaavasti sairaalalääkäreiksi luokiteltiin ammattinimikkeeseen katsomatta kaikki vastaajat, jotka ilmoittivat vastaushetken päätoimensa toimipaikaksi terveysteskeskuksen tai sairaalan.

Kyselyyn vastanneista alle 65-vuotiaista terveysteskeskuslääkäreistä 89 prosenttia oli työsuhteessa kuntaan ja loput 11 prosenttia yksityiseen yritykseen, kuten vuokralääkäriyritykseen tai kunnan palveluita tuottavaan yksityiseen terveystasemaan. 72 prosenttia identifioi itsensä naiseksi ja 28 prosenttia mieheksi. (Seitsemän terveysteskeskuslääkäreiä jätti vastaamatta kysymykseen sukupuolesta.) Sairaalalääkäreistä 55 prosenttia työskenteli yliopistollisissa keskussairaaloissa, 31 prosenttia muissa keskussairaaloissa ja 15 prosenttia muissa julkisen sektorin sairaaloissa, kuten aluesairaaloissa. Heistä 62 prosenttia identifioitui naiseksi ja 38 prosenttia mieheksi. (Kymmenen sairaalalääkäreiä jätti vastaamatta kysymykseen sukupuolesta.) Muut analyysissa käytettävät taustatekijät on raportoitu liitetaulukossa 4.1. Luvun analyysit rajattiin vastaajiin, jotka vastasivat kaikkiin luvussa käsiteltäviin kysymyksiin.

Analyyseista ulkopuolelle rajattiin sairaala-aloille (kuten anestesiologiaan tai kirurgiaan) erikoistumassa olleet lääkärit, jotka vastaushetkellä suorittivat terveysteskeskuksessa yhdeksän kuukauden terveysteskeskuskoulutusjaksoaan, samoin kuin yleislääketieteeseen erikoistumassa olleet lääkärit, jotka vastaushetkellä suorittivat kuuden kuukauden sairaalajaksoaan. Näin ollen terveysteskeskuksissa ja sairaaloissa vastaushetkellä työskennelleiden vastaajien voi olettaa harkitsevan työuransa jatkamista kyseisissä toimipaikoissa. Aineistossa esiintyneiden osittain epätäydellisten tietojen johdosta tämän luvun havaintoihin erikoistumisesta ja erikoistumisvaiheesta kannattaa kuitenkin suhtautua pienellä varauksella (vaikkakin eri luokituksilla tehdyt sensitiivisyysanalyysit tuottivat keskenään yhdenmukaisia tuloksia).

#### **4.4 KUINKA VOIMAKKAAKSI TERVEYSTESKUKSISSA JA SAIRAALOISSA TYÖSKENTELEVÄT LÄÄKÄRIT KOKEVAT AMMATILLISEN TOIMIJUUTENSA?**

Ammatillisen toimijuuden mahdollisuuksia tutkittiin kasvatustieteilijä Katja Vähäsantasen ja kumppaneiden (2017; 2019) kehittämällä ammatillisen toimijuuden mittarilla. Mittarista valittiin osio, jonka Vähäsantanen ja kumppanit liittävät käsitteellisesti identiteetin rakentamiseen. Osio kartoittaa vastaajan kykyä toteuttaa työssään itseään ja ammatillisia tavoitteitaan ja samalla rakentaa itselleen ammatillista uraa. Koska kuvaus vastaa tämän

luvun määritelmää ammatillisesta toimijuudesta yleisesti, kutsutaan mittaria tässä luvussa lyhyesti ammatillisen toimijuuden mittariksi. Mittari sisältää neljä väittämää, joihin lääkärit vastasivat asteikolla ”täysin eri mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä” tai ”täysin samaa mieltä” (tai ”en osaa sanoa”):

*Voin toimia työssäni omien arvojeni mukaisesti.*

*Pystyn toteuttamaan ammatillisia tavoitteita työssäni.*

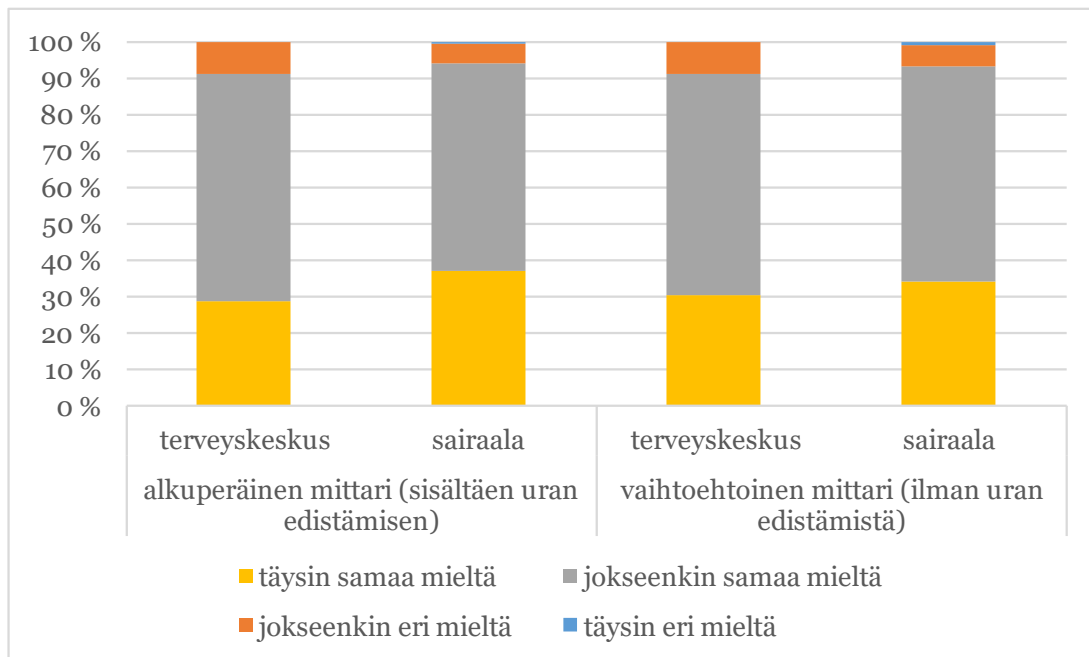
*Voin keskittyä työssäni asioihin, jotka minua kiinnostavat.*

*Voin työssäni edistää uraani.*

Lääkäreitä, joilla oli useampia toimia, pyydettiin vastaamaan päätoimensa perusteella. Vastaukset neljään väittämään korreloivat keskenään voimakkaasti sekä terveystakeskuksissa (Cronbachin alfa 0,74) että sairaaloissa (Cronbachin alfa 0,77), kuten voi odottaa validoidulta mittarilta (Vähäsantanen ym. 2017; 2019). Korrelaatiot kertovat sen, etteivät ”*ammatillisten tavoitteiden toteuttaminen*”, ”*omien arvojen mukaan toimiminen*”, ”*itseä kiinnostaviin asioihin keskittyminen*” ja ”*oman uran edistäminen*” olleet useimmille lääkäreille ristiriitaisia tai toisiaan poissulkevia asioita. Lääkärit eivät tee suurta eroa ammatillisten ja henkilökohtaisten tavoitteiden tai identiteettien välille, ja ajatus uran edistämisestä tuntuu sopivan samaan kokonaisuuteen.

Edellä sanottuun sisältyy kuitenkin tiettyjä varauksia. Osalle lääkäreistä, erityisesti terveystakeskuslääkäreistä, kysymys uran edistämisestä oli selvästi vaikea vastata. Terveystakeskuslääkäreistä seitsemän prosenttia jätti vastaamatta urakysymykseen tai valitsi ”en osaa sanoa”, kun toimijuusmittarin muissa osioissa näin teki 0–1 prosenttia terveystakeskuslääkäreistä. Sairaaloilääkäreistä 2 prosenttia jätti urakysymykseen vastaamatta tai valitsi ”en osaa sanoa”, kun mittarin muiden osioiden kohdalla näin teki 0–1 prosenttia. Tästä syystä alkuperäisestä ammatillisen toimijuuden mittarista tehtiin myös vaihtoehtoversio, josta kysymys uran edistämisestä poistettiin. Vaihtoehtoversion avulla on mahdollista tarkastella, kuinka sensitiivisiä tulokset ja niiden tulkinnat ovat mittaustavalle. Vaihtoehtoinen mittari on myös teoreettisesti perusteltu: vielä ennen empiiristä analyysiaan myös Vähäsantanen ja kumppanit oletivat, että ammatillisen uran edistäminen ja ammatillisen identiteetin rakentaminen olisivat kaksi erillistä toimijuuden ulottuvuutta – empiirisessä analyysissa oletus kumoutui (Vähäsantanen ym. 2017; 2019). Vaihtoehtomittarin sisäinen johdonmukaisuus on vahva sekä terveystakeskuksissa (Cronbachin alfa 0,74) että sairaaloissa (Cronbachin alfa 0,75). Kuviossa 4.1 raportoidaan kummankin mittarin jakaumat.





**Kuvio 4.1.** Terveyskeskus- ja sairaalalääkäreiden ammatillinen toimijuus (summamuuttujat kuvaavat väittämiin annettujen vastausten keskiarvoja).

Kuvio 4.1 osoittaa, etteivät terveyskeskus- ja sairaalalääkäreiden väliset määrälliset erot ammatillisessa toimijuudessa ole kovinkaan sensitiivisiä mittaustavalle. Mittaustavasta riippumatta sairaalalääkärit raportoivat aavistuksen terveyskeskuslääkäreitä suurempaa ammatillista toimijuutta. Mittarista ja toimipaikasta riippumatta valtaosa lääkäreistä oli vähintään jokseenkin samaa mieltä ammatillista toimijuutta koskevien väitteiden kanssa – eli raportoi ammatillista toimijuutta vähintään jossain määrin. Ammatillisen toimijuuden täydellinen puute oli aineistossa erittäin harvinaista. Sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa oli silti lääkäreitä, jotka raportoivat pikemminkin haurasta kuin voimakasta ammatillista toimijuutta. Terveyskeskuksissa näitä lääkäreitä oli hieman enemmän kuin sairaaloissa. Vastaavasti sairaaloista löytyi hieman enemmän lääkäreitä, jotka raportoivat täydellistä ammatillista toimijuutta.

Odotetusti se, mitä lääkärit vastasivat väittämiin ammatillisesta toimijuudesta, ennusti voimakkaasti heidän vastauksiaan, kun heiltä kysyttiin aikeista vaihtaa työpaikkaa. Lomakkeessa lääkäreille esitettiin väite ”olen harkinnut työpaikan vaihtamista”, mihin heiltä pyydettiin kannanottoa asteikolla ”täysin eri mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä” tai ”täysin samaa mieltä”. Hauras ammatillinen toimijuus korreloi työpaikanvaihtoaikeen kanssa voimakkaasti sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa (terveyskeskuksissa: alkuperäinen mittari  $r = -0,35$ ,  $p < 0,001$ ; vaihtoehtoinen mittari  $r = -0,35$ ,  $p < 0,001$ ; sairaaloissa: alkuperäinen mittari  $r = -0,41$ ,  $p < 0,001$ ; vaihtoehtoinen mittari  $r = -0,40$ ,  $p < 0,001$ ).

Mittaustavasta riippumatta terveyskeskusten ja sairaaloiden väliset erot ammatillisen toimijuuden määrässä ja voimakkuudessa olivat suhteellisen

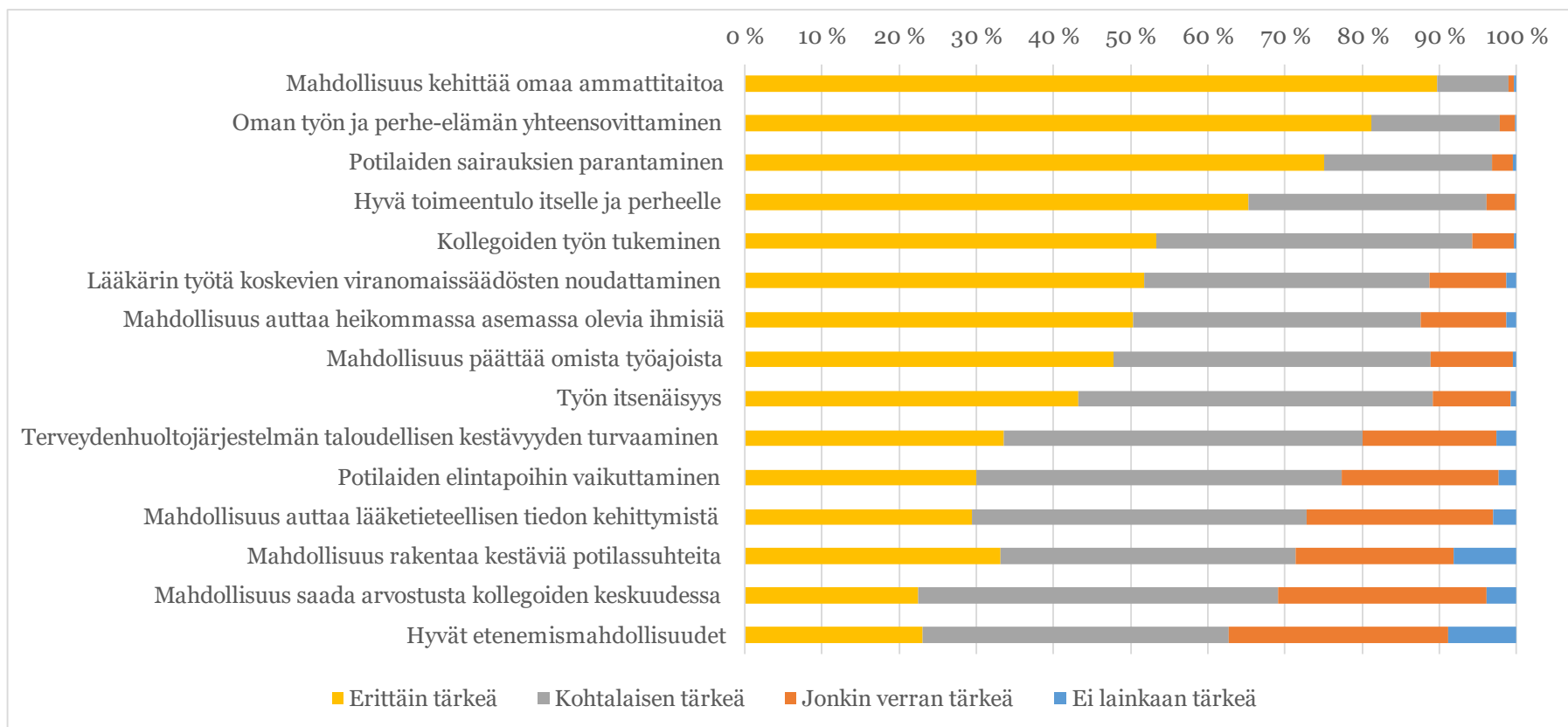
pieniä, mitä voi pitää yllättävänä, kun ottaa huomioon aiemman tutkimuksen havainnot terveyskeskustyön keskivertoa kuormittavammista olosuhteista (Heponiemi ym. 2013; Kuusio ym. 2012; ks. myös luku 5 tässä raportissa). Nyt havaittu eron suunta on joka tapauksessa johdonmukainen muuhun tutkimukseen verrattuna. Lisäksi on huomattava, että lääkärit voivat kokea suurta ammatillista toimijuutta ja samaan aikaan kuormittuneisuutta. Tällainen kokemus vaikuttaa yleisemmältä terveyskeskuksissa sairaaloihin verrattuna, kun edellä esitetyt havainnot suhteutetaan aiempaan tutkimukseen. Tämän luvun myöhemmissä alaluvuissa tutkitaan, millaiset tekijät vahvistivat ja heikensivät lääkäreiden mahdollisuutta näyttäytyä ammatillisina toimijoina terveyskeskuksissa ja sairaaloissa.

#### **4.5 MILLAISIA TAVOITTEITA, ARVOJA JA PERIAATTEITA TERVEYSKESKUKSISSA JA SAIRAALOISSA TYÖSKENTELEVÄT LÄÄKÄRIT LIITTÄVÄT AMMATILLISEEN TOIMIJUUTEENSA?**

Lääkäreiden ammatillinen toimijuus riippuu paitsi työolosuhteista myös siitä, millaisia ovat ammatilliselle toimijuudelle asetetut tavoitteet. Vaikka terveyskeskus- ja sairaalalääkärit kokevat mahdollisuutensa ammatilliseen toimijuuteen lähes samansuuruisiksi, on mahdollista, että heidän ammatillinen toimijuutensa on eri tavoin suuntautunutta. Ammatillisen toimijuuden tavoitteita kartoitettiin lomakkeessa seuraavalla kysymyksellä:

*Alla olevassa listassa on lueteltu tavoitteita, arvoja ja periaatteita, joita lääkärit voivat pitää tärkeinä työssään. Kun ajattelet omaa työtäsi lääkärinä, miten tärkeitä seuraavat tavoitteet, arvot ja periaatteet ovat sinulle?*

Lomakkeessa esitettiin lääkäreille 15 mahdollista tavoitetta, arvoa tai periaatetta, jotka muotoiltiin aiemman tutkimuksen perusteella. Lääkäreitä pyydettiin arvioimaan jokaisen arvon osalta, oliko kyseinen arvo hänelle ”ei lainkaan tärkeä”, ”jonkin verran tärkeä”, ”kohtalaisen tärkeä” vai ”erittäin tärkeä”. Kuviossa 4.2 esitetään vastaukset kunkin arvon osalta.



**Kuvio 4.2.** Tavoitteiden, arvojen ja periaatteiden tärkeys terveyskeskus- ja sairaalalääkäreille.

Yhdeksän kymmenestä lääkäristä piti mahdollisuutta kehittää omaa ammattitaitoa erittäin tärkeänä arvona. Toiseksi eniten ”erittäin tärkeä” -mainintoja sai oman työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen ja vasta tämän jälkeen potilaiden sairauksien parantaminen. Oletettavasti osa lääkäreistä katsoi, ettei potilaiden sairauksien parantaminen aina ole realistinen tavoite lääkäriyössä. Näin on esimerkiksi saattohoidossa tai silloin, kun työ tähtää potilaan elämänlaadun parantamiseen tai ylläpitämiseen parantumattomasta sairaudesta huolimatta. Hyvä toimeentulo itselle ja perheelle nousi peräti neljänneksi tärkeimmäksi arvoksi ohi esimerkiksi kollegojen tukemisen, lääketieteellisen tiedon edistämisen ja terveydenhuoltojärjestelmän taloudellisen kestävyuden turvaamisen. Toimeentulon tärkeyteen voi osaltaan vaikuttaa se, että aineiston keräsi lääkäreiden työehdoista Suomessa neuvotteleva Lääkäriliitto, jolle vastaajat halusivat viestiä tulojen tärkeydestä. Lisäksi on ymmärrettävää, että suhteellisen korkeaa luokka-asemaa edustavana ammattiryhmänä lääkärit myös arvostavat taloudellista vakautta ja vaurautta. Lomakkeen muotoilussa ei myöskään viitattu rikastumiseen vaan hyvään toimeentuloon.

Terveydenhoitojärjestelmän taloudellisen kestävyuden turvaaminen oli vähintään jonkin verran tärkeä arvo 97 prosentille vastaajista. Vaikka suomalaiset lääkärit usein vastustavat terveydenhuollon *kohtuuttomia* taloudellisia kiristyksiä (esim. Wrede ym. 2017; myös tämän raportin luku 6), he eivät kyselyn perusteella vastusta ajatusta, jonka mukaan hyvä lääkäri on myös taloudellisen kestävyuden asialla.

Urajärjestelmien näkökulmasta kiinnostavana ja yllättävänäkin voidaan pitää, että vain 23 prosenttia vastaajista piti hyviä etenemismahdollisuuksia erittäin tärkeinä. On tosin huomattava, että edellä olevaan tarkasteluun kuuluivat kaikki alle 65-vuotiaat lääkärit. Vähintään 45-vuotiaista lääkäreistä (n = 882) 18 prosenttia piti hyviä etenemismahdollisuuksia erittäin tärkeänä, kun alle 45-vuotiaista lääkäreistä (n = 904) vastaava osuus oli jo 28 prosenttia. Lisäksi on hyvä huomata, että käytännössä kaikki lomakkeen 15 arvosta näyttäytyivät lääkäreille keskimäärin tärkeinä.

Aineiston informaation tiivistämiseksi arvoja koskevista vastauksista muodostettiin faktoreita (menetelmänä *generalised least squares* suorakulmaisella rotaatiolla). Faktorianalyysi tuotti neljä faktoria (yli yhden ominaisarvolla). Jatkoanalyysija varten muodostettiin faktoripiste- ja summamuuttujat.

Ensimmäiselle faktorille voimakkaimmin latautuivat seuraavat tavoitteet, arvot ja periaatteet:

- *mahdollisuus auttaa heikommassa asemassa olevia ihmisiä* (faktorilataus 0,66)
- *potilaiden elintapoihin vaikuttaminen* (0,63)
- *mahdollisuus rakentaa kestäviä potilassuhteita* (0,60)
- *kollegoiden työn tukeminen* (0,46)
- *terveydenhuoltojärjestelmän taloudellisen kestävyuden turvaaminen* (0,41)

- *potilaiden sairauksien parantaminen* (0,36).

Tämä faktori nimettiin *potilaat, kansanterveys ja palvelujärjestelmä* -faktoriksi (selitysosuus 13 %, summamuuttujan Cronbachin alfa 0,71). Tämän faktorin voidaan ajatella kuvastavan pohjoismaisen lääkärikunnan perinteistä institutionaalista logiikkaa ja kulttuurista käsikirjoitusta, joka määrittelee lääkärit paitsi yksittäisten potilaiden myös julkisen palvelujärjestelmän agenteiksi ja korostaa myös lääkäreiden yhteiskunnallista ja sosiaalista tehtävää. Faktorin voi lisäksi ajatella sisältävän kaikuja erityisesti terveyskeskustyöhön usein liitetyistä toiveista ja odotuksista koskien sairauksien ennaltaehkäisyä, potilaskeskeisyyttä sekä määrättyä portinvartijaroolia suhteessa terveydenhoitojärjestelmän taloudellisen kestävyden turvaamiseen (ks. tämän raportin luku 1).

Toiselle faktorille voimakkaimmin latautuivat seuraavat tavoitteet, arvot ja periaatteet:

- *mahdollisuus auttaa lääketieteellisen tiedon kehittymistä* (faktorilataus 0,64)
- *mahdollisuus saada arvostusta kollegoiden keskuudessa* (0,59)
- *hyvät etenemismahdollisuudet* (0,49)
- *mahdollisuus kehittää omaa ammattitaitoa* (0,34).

Tämä faktori nimettiin *arvostus, eteneminen ja lääketiede* -faktoriksi (selitysosuus 9 %, summamuuttujan Cronbachin alfa 0,59). Kolmen ensimmäisen osion keskinäisyhteys on sikäli ymmärrettävä, että lääkäriammattissa korkein arvostus on perinteisesti kytkeytynyt lääketieteeseen: lääkärit itse ovat arvostaneet erityisesti erikoisaloja, joiden yhteyttä lääketieteeseen on pidetty likeisenä (ks. luku 2 tässä raportissa). Mahdollisuus kehittää omaa ammattitaitoa oli erittäin tärkeä arvo lähes kaikille lääkäreille (ks. kuvio 4.2) eli käytännössä vakio, mikä selittää sen heikkoa faktorilatausta. Aiemman tutkimuksen perusteella tämän faktorin voisi olettaa olevan sukupuolittunut ja miestyypinen (Heikkilä ym. 2015; toisaalta ks. Heikkilä ym. 2014), mutta tässä aineistossa mies- ja naislääkärit arvottivat faktorin keskimäärin yhtä tärkeäksi.

Kolmannelle faktorille voimakkaimmin latautuivat seuraavat tavoitteet, arvot ja periaatteet:

- *mahdollisuus päättää omista työajoista* (faktorilataus 0,63)
- *työn itsenäisyys* (0,44)
- *mahdollisuus rakentaa kestäviä potilassuhteita* (0,33).

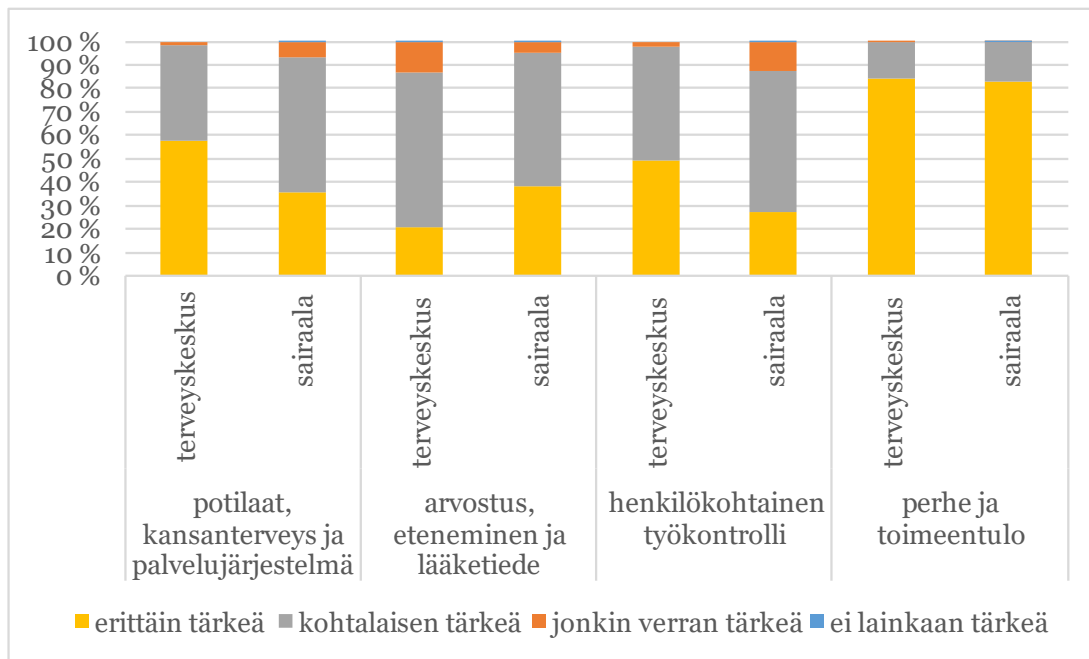
Tämä faktori nimettiin *henkilökohtainen työkontrolli* -faktoriksi (selitysosuus 6 %, summamuuttujan Cronbachin alfa 0,50). Mahdollisuus rakentaa kestäviä potilassuhteita latautui näin ollen kahdelle faktorille, joskin voimakkaammin *potilaat, kansanterveys ja palvelujärjestelmä* -faktorille. Henkilökohtainen työkontrolli -faktorin arvot on helppo mieltää erityisesti terveyskeskustyön

arvoiksi, kuten jäljempänä nähdään (ks. kuvio 4.3; myös tämän raportin luku 5). Tarkemmin katsottuna kyseessä on ennen muuta kokeneempien terveyskeskuslääkäreiden korostama arvoulottuvuus. Alle 45-vuotiaista terveyskeskuslääkäreistä (n = 252) 42 prosenttia piti arvoulottuvuutta keskimäärin erittäin tärkeänä, kun vastaava osuus vähintään 45-vuotiaista terveyskeskuslääkäreistä (n = 256) oli 57 prosenttia.

Neljännelle faktorille voimakkaimmin latautuivat seuraavat kolme arvoa:

- *hyvä toimeentulo itselle ja perheelle* (faktorilataus 0,47)
- *oman työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen* (0,36)
- *mahdollisuus kehittää omaa ammattitaitoa* (0,33).

Tämä faktori nimettiin *perhe ja toimeentulo* -faktoriksi (selitysosuus 5 %, summamuuttujan Cronbachin alfa 0,34). Faktorin kaksi ensimmäistä arvoa asettavat lääkärin paitsi itsensä myös perheensä asialle. Hyvä toimeentulo itselle ja perheelle oli jossain määrin miestyypinen arvo (myös Heikkilä ym. 2015): 69 prosenttia kaikista mieslääkäreistä piti tavoitetta erittäin tärkeänä, kun vastaava osuus naislääkäreistä oli 63 prosenttia. Oman työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen oli vastaavasti naistyypinen arvo (myös Heikkilä ym. 2014), jonka arvioi erittäin tärkeäksi 86 prosenttia naislääkäreistä ja 72 prosenttia mieslääkäreistä. Tavoitteen tärkeys oletettavasti korostuu naislääkäreillä, joiden vastuu lasten ja kodin hoidosta on nykyäänkin heteroparisuhteissa tavallisesti miehiä korostuneempi (Kiiänmaa 2012). Mahdollisuus kehittää omaa ammattitaitoa latautui myös tälle faktorille. Matalan Cronbachin alfa -arvon vuoksi tästä faktorista muodostettuun summamuuttujaan kannattaa suhtautua varauksella. Yksittäisistä arvoista (ks. kuvio 4.2) lääkäriyötä koskevien viranomaissäännösten noudattaminen latautui tälle faktorille voimakkaammin kuin muille faktoreille, mutta silti niin heikosti (faktorilataus < 0,30), että kyseinen arvo jätettiin pois summamuuttujasta.



**Kuvio 4.3.** Arvoulottuvuuksien tärkeys terveyskeskus- ja sairaalalääkäreille (summamuuttujat kuvaavat osioihin annettujen vastausten keskiarvoja).

Terveyskeskus- ja sairaalalääkäreiden erot voidaan tiivistää siten, että terveyskeskuslääkäreiden vastauksissa korostuivat potilaat, kansanterveys ja palvelujärjestelmä sekä henkilökohtainen työkontrolli, kun taas sairaalalääkäreiden vastauksissa korostuivat arvostus, eteneminen ja lääketiede -faktoriin arvot. Perhe ja toimeentulo oli tärkein tekijä sekä terveyskeskus- että sairaalalääkäreille. (Ks. kuvio 4.3.)

Vaikka terveyskeskus- ja sairaalalääkäreiden välillä oli mahdollista havaita suhteellisia eroja eri arvoulottuvuuksien painottumisessa, on olennaista huomata, että valtaosa edellä tarkastelluista arvoista osoittautui koko julkisessa palvelujärjestelmässä työskentelevää lääkärikuntaa yhdistäviksi arvoiksi (kuvio 4.3) – tai vähintään kaikkia kyselyyn vastanneita alle 65-vuotiaita julkissektorin lääkäreitä yhdistäviksi arvoiksi. On siten jossain määrin tulkintakysymys, halutaanko havaintojen tuloksena painottaa sairaala- ja terveyskeskuslääkäreiden eroja vai yhtäläisyyksiä. Useimmat lomakkeen 15 arvosta ovat lääkäreille yhteisiä, mutta myös painotuseroja esiintyy sairaala- ja terveyskeskuslääkäreiden välillä. Erot syntyvät, kun kysytään, mikä lääkäreille on erittäin tärkeää ja mikä vain tärkeää. Lisäksi painotuseroja esiintyy terveyskeskusten ja sairaaloiden sisällä, esimerkiksi nais- ja mieslääkäreiden sekä nuorempien ja vanhempien lääkäreiden välillä. Joka tapauksessa valtaosa lääkäreistä asetti työlleen useita, eri ulottuvuuksille sijoittuvia tavoitteita. Tämäkin osoittaa, etteivät ulottuvuudet ole toisiaan poissulkevia.

Seuraavat alaluvut keskittyvät potilaat, kansanterveys ja palvelujärjestelmä -arvoulottuvuuteen, joka on faktoreista sisäisesti yhdenmukaisin, selittää suurimman osan lääkäreiden antamien vastausten

vaihtelusta ja on teoreettisesti kiinnostava, kun huomio kohdistetaan lääkäriammatin sosiaaliseen kestävyteen myös potilaiden näkökulmasta. Liitetaulukossa 4.2 raportoitu lineaarinen regressioanalyysi osoittaa, että niin terveyskeskuksissa kuin sairaaloissa naislääkärit korostivat tätä arvoulottuvuutta keskimäärin mieslääkäreitä enemmän. Sairaalakontekstissa nämä arvot korostuivat lisäksi kokeneemmilla lääkäreillä sekä yliopistosairaaloiden ulkopuolella. Johtavat lääkärit, kuten ylilääkärit, apulaisyli­lääkärit ja osastonyli­lääkärit, painottivat vastuksissaan potilaat, kansanterveys ja palvelujärjestelmä -u­lottuvuutta yhtä paljon kuin rivilääkärit. Toisin kuin kansainvälinen tutkimus on ajoittain olettanut (Freidson 1984), eivät ainakaan suomalaisten terveyskeskusten ja sairaaloiden johtajalääkärit näytä sitoutuvan muista lääkäreistä poikkeaviin etuihin ja intresseihin ainakaan, mitä tulee julkisen sektorin palvelueetokseen.

#### **4.6 MILLAISET TEKIJÄT VAHVISTAVAT LÄÄKÄREIDEN AMMATILLISTA TOIMIJUUTTA TERVEYS- KESKUKSISSA JA SAIRAALOISSA?**

Lomakkeessa lääkäreitä pyydettiin ensin vastaamaan kysymykseen tavoitteista, arvoista ja periaatteista, jotka heille lääkäreinä ovat tärkeitä (ks. alaluku 4.5). Tämän jälkeen lääkäreitä pyydettiin arviomaan ammatillista toimijuuttaan, mukaan lukien mahdollisuuttaan toimia työssään arvojensa ja tavoitteidensa mukaisesti (ks. alaluku 4.4). Voidaanko sen perusteella, mitä lääkärit kertoivat tavoitteistaan, arvoistaan ja periaatteistaan, ennustaa sitä, mitä he kertoivat mahdollisuuksistaan toteuttaa niitä? Maltillinen vastaus on: kyllä, jossain määrin.

Liitetaulukoissa 4.3 ja 4.4 esitetyt lineaariset regressioanalyysit osoittavat, että lääkärit, jotka katsoivat olevansa *voimakkaasti* potilaiden, kansanterveyden ja palvelujärjestelmän asialla eli arvostivat esimerkiksi potilaiden elintapoihin vaikuttamista, heikommassa asemassa olevien ihmisten auttamista, sairauksien parantamista ja terveydenhuoltojärjestelmän taloudellisen kestävyys­ten turvaamista, asemoituivat keskimääräistä todennäköisemmin toimijoiksi, jotka kykenivät palvelemaan arvostamiaan päämääriä. Tämä päti sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa. Lääkäreistä, jotka merkitsivät potilaiden, kansanterveyden ja palvelujärjestelmän palvelemisen keskimäärin erittäin tärkeäksi tavoitteeksi (n = 748), 39 prosenttia oli keskimäärin täysin samaa mieltä ammatillista toimijuutta koskevien väitteiden kanssa eli raportoi erittäin voimakasta ammatillista toimijuutta (alkuperäisellä ammatillisen toimijuuden mittarilla). Niistä harvoista lääkäreistä (n = 91), joille potilaat, kansanterveys ja palvelujärjestelmä olivat vain jonkin verran tai ei lainkaan tärkeitä, erittäin voimakasta ammatillista toimijuutta raportoi vain 17 prosenttia.

Johtavassa asemassa työskennelleet lääkärit, kuten ylilääkärit, apulaisyli­lääkärit ja osastonyli­lääkärit, raportoivat keskimääräistä suurempaa



ammattillista toimijuutta sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa. Johtavan aseman yhteys ammatilliseen toimijuuteen riippui kuitenkin siitä, miten ammatillinen toimijuus käsitteellistettiin. Vain jos toimijuusmittari sisälsi kysymyksen uran edistämisestä, johtava asema lisäsi lääkäreiden todennäköisyyttä raportoida suurta ammatillista toimijuutta. Johtavat lääkärit toisin sanoen kertoivat voivansa edistää uraansa muita lääkäreitä keskimääräistä useammin, mutta muiden arvojen ja tavoitteiden suhteen he eivät raportoineet merkittävästi muita lääkäreitä suurempaa ammatillista toimijuutta – etenkin sairaaloissa. Nämä tulokset terveyskeskuksista ja sairaaloista tukevat aiemman tutkimuksen havaintoja, joiden mukaan johtavan lääkärin asemaan saattaa liittyä etuoikeuksien lisäksi myös ongelmia toteuttaa lääkäreille keskeisiä arvoja ja identiteettejä (Jespersen & Wrede 2009; Llewellyn 2001; McGivern ym. 2014), joskaan tässä aineistossa johtava asema ei varsinaisesti heikentänyt ammatillista toimijuutta.

Sairaaloissa erikoistuneet lääkärit raportoivat erikoistumattomia lääkäreitä enemmän erityisesti mahdollisuuksia toteuttaa omia arvoja ja ammatillisia tavoitteita ja keskittyä kiinnostaviin asioihin. Jos ammatilliseen toimijuuteen liitettiin myös uran edistäminen, eivät erot erikoistumattomien ja erikoistuneiden sairaalalääkäreiden välillä olleet tilastollisesti merkitseviä. Terveyskeskuksissa erikoistuminen ei – hieman yllättäen – ollut yhteydessä kumpaankaan ammatillisen toimijuuden mittariin. Tähän havaintoon palataan tämän luvun johtopäätöksissä.

Suurten kuntien ( $\geq 50\,000$  asukasta) terveyskeskuslääkäreistä 12 prosenttia oli keskimäärin eri mieltä ammatillista toimijuutta koskevien väitteiden kanssa eli raportoi haurasta ja rajoittunutta ammatillista toimijuutta (alkuperäisellä mittarilla), kun pienempien kuntien terveyskeskuslääkäreistä vastaava osuus oli 6 prosenttia. Sama tendenssi toistui ammatillisen toimijuuden vaihtoehtoisella mittarilla (eli ilman kysymystä uran edistämisestä).

Sairaaloissa iältään vanhemmat lääkärit ja naislääkärit raportoivat hieman nuoria lääkäreitä ja mieslääkäreitä vähäisempää ammatillista toimijuutta mittaustavasta riippumatta. Sairaaloiden naislääkäreistä 34 prosenttia oli keskimäärin täysin samaa mieltä ammatillista toimijuutta koskevien (alkuperäisten) väitteiden kanssa eli raportoi erittäin voimakasta ammatillista toimijuutta, kun mieslääkäreistä vastaava osuus oli 41 prosenttia.

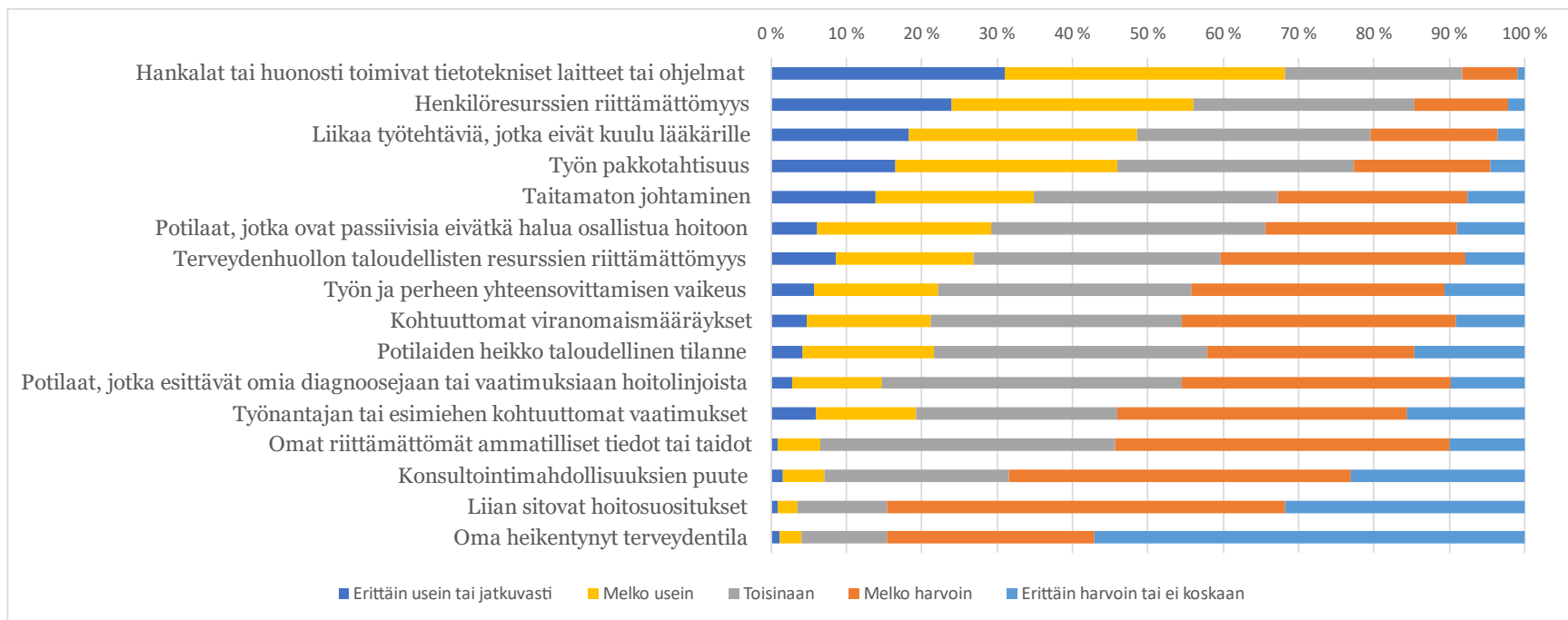
Kaiken kaikkiaan tässä alaluvussa tarkasteltujen tekijöiden yhteydet ammatilliseen toimijuuteen olivat varsin maltillisia. Ammatillisen toimijuuden ilmaukset eivät varmasti ole satunnaisia, mutta niiden ennustaminen perinteisillä sosiodemografisilla muuttujilla, kuten binäärisellä sukupuolella, ei ole ongelmatonta. Silti yhteyksiä voidaan tulkita vähintäänkin heikkoina signaaleina lääkäreiden välisistä eroista ja eriarvoisuuksista. Seuraava alaluku tarkastelee lähemmin ammatillisen toimijuuden esteitä.

## 4.7 MILLAISIA ESTEITÄ TERVEYSKESKUKSISSA JA SAIRAALOISSA TYÖSKENTELEVÄT LÄÄKÄRIT TUNNISTAVAT AMMATILLISELLE TOIMIJUUDELLEEN?

Ammatillisen toimijuuden esteitä kartoitettiin lomakkeessa seuraavalla kysymyksellä:

*Lääkärin mahdollisuus toimia työssään ammatillisten ihanteidensa mukaisesti voi vaikeutua monesta syystä. Jos ajattelet tämänhetkistä työtäsi, kuinka usein seuraavat tekijät ovat heikentäneet mahdollisuuksiasi toimia ammatillisten ihanteidesi mukaisesti? Mikäli sinulla on useita eri toimia, vastaa päätoimesi perusteella.*

Lomakkeessa lääkäreille esitettiin 16 mahdollista estettä, jotka valittiin aiemman tutkimuksen perusteella. Kutakin vastaajaa pyydettiin arvioimaan kunkin esteen osalta, onko kyseinen tekijä heikentänyt hänen ammatillista toimijuuttaan ”erittäin harvoin tai ei koskaan”, ”melko harvoin”, ”toisinaan”, ”melko usein” tai ”erittäin usein tai jatkuvasti”. Lääkäreiden vastaukset on esitetty kuviossa 4.4.



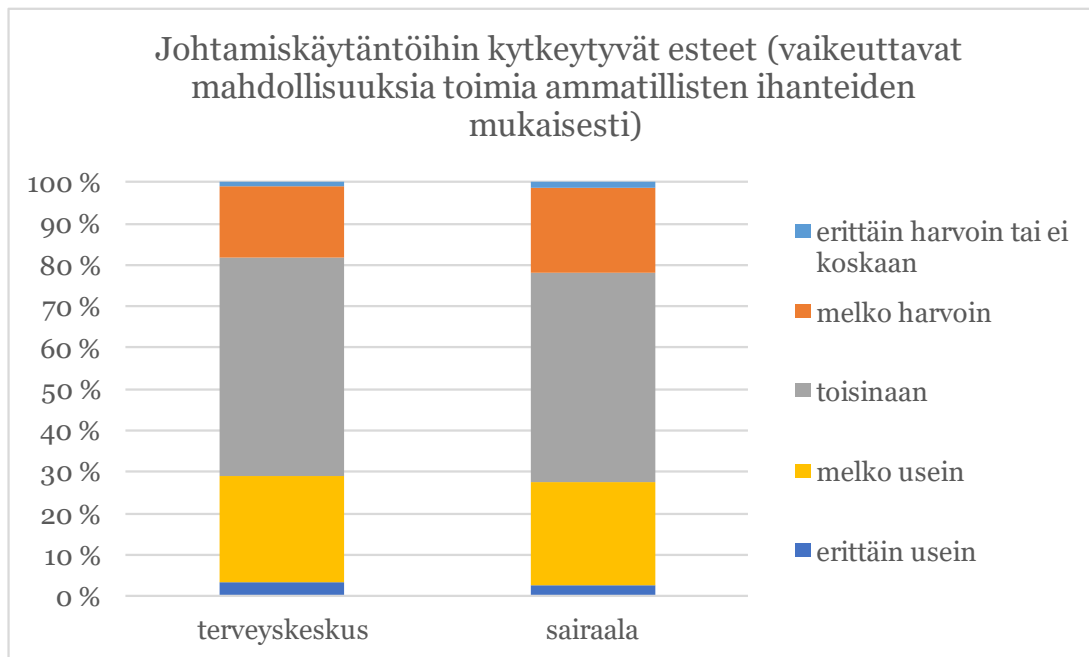
**Kuvio 4.4.** Ammatillisen toimijuuden esteet terveyskeskus- ja sairaalalääkäreillä.

Tärkeimmäksi ammatillisen toimijuuden esteeksi nousivat lääkäreiden vastauksissa hankalat tai huonosti toimivat tietotekniset laitteet tai ohjelmat. Terveyskeskus- ja sairaalalääkärit raportoivat kohtaavansa tietoteknisiin laitteisiin tai ohjelmiin liittyviä ongelmia keskimäärin yhtä usein. Tematiikkaa käsittelee lähemmin tämän raportin luku 6. Raportin luku 5 käsittelee konsultointimahdollisuuksien puutetta terveyskeskustyön ongelmana laadullisen analyysin avulla. Kyselyaineisto antaa lisäperusteen tälle käsittelylle. Terveyskeskuslääkäreistä 39 prosenttia raportoi konsultointimahdollisuuksien puutetta vähintään toisinaan, kun vastaava osuus sairaalalääkäreistä oli 29 prosenttia.

Faktorianalyysi (*maximun likelihood* -menetelmällä ja suorakulmaisella rotaatiolla) tuotti neljä faktoria (yli yhden ominaisarvolla). Tässä yhteydessä keskitytään ensimmäiseen, helpoiten tulkittavissa olevaan ulottuvuuteen, joka selittää suurimman osan vastausten vaihtelusta. Tälle faktorille voimakkaimmin latautuivat seuraavat esteet:

- *työn pakkotahtisuus* (faktorilataus 0,73)
- *henkilöstöressurssien riittämättömyys* (0,72)
- *työnantajan tai esimiehen kohtuuttomat vaatimukset* (0,67)
- *taitamaton johtaminen* (0,52)
- *liikaa työtehtäviä, jotka eivät kuulu lääkärille* (0,41)
- *työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeus* (0,33)
- *terveydenhuollon taloudellisten resurssien riittämättömyys* (0,32).

Faktori nimettiin *johtamiskäytännöt*-faktoriksi (selitysosuus 15 %, summamuuttujan Cronbachin alfa 0,79). Faktorin osat sivuavat ongelmia, joita myös muut tämän raportin luvut käsittelevät. Työn pakkotahtisuus on lähellä erityisesti terveyskeskuslääkäreiden tunnistamaa ”liukuhihnatyöskentelyn” ongelmaa (ks. tämän raportin luvut 5 ja 6), ja liikaa työtehtäviä, jotka eivät kuulu lääkärille, sisältää oletettavasti ”sihteerin työt”, jotka niin ikään terveyskeskuslääkärit tunnistavat ongelmaksi (ks. luku 6). Kiinnostavaa on, että työn ja perheen yhteensovittaminen latautui tälle faktorille eli liittyi lääkäreiden näkökulmasta muihin johtamiseen ja työn organisointiin liittyviin ongelmiin. Faktorista tehtiin faktoripistemuuuttujan lisäksi summamuuttuja, jonka jakaumat on esitetty kuviossa 4.5. Vaikka faktorin tietyt osiot tuntuvat viittaavan terveyskeskustyöhön, kokonaisuutena terveyskeskus- ja sairaalalääkärit raportoivat johtamiskäytäntöihin liittyviä ongelmia käytännössä yhtä usein, suurin osa melko usein tai vähintään toisinaan.



**Kuvio 4.5.** Johtamiskäytäntöihin liittyvien ongelmien esiintyminen terveyskeskus- ja sairaalatyössä.

Liitetaulukossa 4.5 raportoitu lineaarinen regressioanalyysi osoittaa, että naislääkärit raportoivat johtamiskäytäntöihin liittyviä esteitä mieslääkäreitä useammin sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa. Koko aineiston naislääkäreistä 32 prosenttia kertoi kohtaavansa johtamiskäytäntöihin liittyviä ongelmia vähintään melko usein, kun vastaava osuus mieslääkäreistä oli 23 prosenttia. Terveyskeskuksissa johtamiskäytäntöihin liittyviä esteitä raportoivat erityisesti suurten kuntien lääkärit, sairaaloissa puolestaan yliopistosairaaloiden lääkärit. Kiinnostavasti johtavassa asemassa työskentelevät lääkärit raportoivat keskimäärin yhtä paljon johtamiskäytäntöihin liittyviä esteitä kuin muutkin lääkärit sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa. Terveystieteiden tutkimuksessa myös johtajalääkärit voivat kärsiä esimerkiksi resurssien riittämättömyydestä, omien esihenkilöidensä kohtuuttomista vaatimuksista ja työtehtävistä, jotka heidän mukaansa eivät kuulu lääkäreille (Jespersen & Wrede 2009; Llewellyn 2001; McGivern ym. 2014).

Edellä kuvatun perustella voisi olettaa, että aiemmin (alaluku 4.6) tunnistetut sairaaloiden sukupuolittuneet erot toimivuudessa ja terveyskeskusten vastaavat erot suurten kaupunkien ja pienempien kuntien välillä selittyisivät ainakin osittain sillä, että sairaaloiden naislääkärit ja terveyskeskuksissa suurten kaupunkien lääkärit kohtaavat keskimääräistä enemmän johtamiskäytäntöihin liittyviä ongelmia. Liitetaulukoissa 4.3 ja 4.4 esitettyjen regressiomallien mukaan nämä oletukset näyttäisivät pitävän paikkansa. Teknisesti ilmaistuna ammatillisen toimijuuden sukupuoliero sairaaloissa ja kuntakokoon kytkeytyvä ero terveyskeskuksissa katoaa, kun johtamiskäytäntöihin liittyvät erot vakioidaan. Yliopistosairaloissa

työskentelevien, erityisesti erikoistuneiden lääkäreiden keskimääräistä voimakkaampi ammatillinen toimijuus – tai oikeammin sen ennustearvo – tulee sitä vastoin näkyviin vasta, kun johtamiskäytäntöihin liittyvät erot vakioidaan. Havaintoa voidaan tulkita siten, että teoriassa yliopistosairaalat voisivat olla voimakkaan ammatillisen toimijuuden tiloja erityisesti erikoistuneille lääkäreille, mutta käytännössä johtamiseen liittyvät ongelmat rajaavat yliopistosairaaloissa työskentelevien lääkäreiden ammatillisen toimijuuden keskimäärin samalle tasolle muiden sairaalalääkäreiden kanssa.

Liitetaulukkoissa 4.3 ja 4.4 esitetyt regressioanalyysit osoittavat, että johtamiskäytäntöjä koskevat vastaukset ennustivat lääkäreiden vastauksia ammatillisen toimijuuden kysymyksiin huomattavasti paremmin kuin lääkäreiden vastaukset tavoitteita, arvoja ja periaatteita koskeviin kysymyksiin. Teknisesti ilmaistuna regressiomallien selitysasteet kasvoivat huomattavasti, kun johtamiskäytäntöjä koskevat vastaukset huomioitiin.

## **4.8 VOIMAKAS, KÄSIKIRJOITETTU JA HIERARKKINEN AMMATILLINEN TOIMIJUUS**

Suomalaisissa terveyskeskuksissa ja sairaaloissa työskentelevät lääkärit arvioivat ammatillisen toimijuutensa keskimäärin varsin suureksi. Useimmiten he kokevat, että heillä on tilaa toteuttaa työssään henkilökohtaisia arvojaan ja ammatillisia tavoitteitaan, keskittyä kiinnostaviin asioihin ja samalla edistää uraansa. Toisaalta on niitäkin lääkäreitä, jotka katsovat toimijuutensa jossain määrin hauraaksi ja rajatuksi. Hauras ja rajattu toimijuus ennustaa työpaikan vaihtoaikkeitä sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa. Lääkäriyön ja lääkäreiden urajärjestelmien sosiaalisen kestävyuden näkökulmasta onkin olennaista kysyä, miten ammatillisen toimijuuden mahdollisuudet jakautuvat eri lääkäreiden välillä.

Toimijuuden määrän lisäksi on hyvä tarkastella, millaisina toimijoina lääkärit näyttäytyvät. Vastausta voidaan hakea useammasta suunnasta. Ensiksi voidaan kysyä, millaiset tavoitteet, arvot ja periaatteet ovat lääkäreille tärkeitä. Vastaus on: monenlaiset. Suomessa valtaosa terveyskeskus- ja sairaalalääkäreistä haluaa palvella yhtä aikaa potilaita, kansanterveyttä ja palvelujärjestelmää, tavoitella kollegoiden arvostusta, uralla etenemistä, lääketieteen kehittymistä sekä henkilökohtaista työkontrollia ja vieläpä sovittaa nämä yhteen työelämän ulkopuolisten arvojen, kuten hyvän toimeentulon ja perhe-elämän kanssa. Tässä mielessä lääkärit näyttävät moderneina, keskiluokkaisina työelämätoimijoina, jotka eivät tee suurta eroa yhtäältä henkilökohtaisten tavoitteiden, kuten oman urakehityksen ja toimeentulon, ja toisaalta monenlaisten ammatillisten tavoitteiden, kuten palvelujärjestelmän ylläpitämisen ja lääketieteen kehittämisen välille. Lääkärit voivat asettua joustavasti ja hybridimaisesti useanlaisten tavoitteiden palvelukseen. Terveyskeskus- ja sairaalalääkäreiden välillä vallitsee painotuseroja, mutta myös paljon yhtäläisyyksiä. Myös sairaalalääkärit

haluavat palveluilla heikommassa asemassa olevia ihmisiä, kansanterveyttä ja palvelujärjestelmää, ja myös terveyskeskuslääkärit arvostavat kollegoiden kunnioitusta, uralla etenemistä ja lääketieteen kehittämistä.

Toiseksi voidaan kysyä, lisääkö tiettyjen tavoitteiden, arvojen ja periaatteiden kannattaminen lääkäreiden ammatillisen toimijuuden mahdollisuuksia sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Vastaus on: kyllä, jossain määrin. Sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa sitoutuminen ainakin potilaiden, kansanterveyden ja palvelujärjestelmän palvelukseen näytti jossain määrin lisäävän lääkäreiden mahdollisuuksia esiintyä työssään arvojaan toteuttavina ammatillisina toimijoina.

Havaintoa voidaan tulkita siten, että suomalaisen palvelujärjestelmän ja lääkäriammattin historiallisesti muotoutuneet institutionaaliset logiikat ja kulttuuriset käsikirjoitukset ohjaavat sekä terveyskeskus- että sairaalalääkäreitä asettumaan potilaiden, kansanterveyden ja palvelujärjestelmän asialle sekä – mikä kenties vielä tärkeämpää – tarjoavat heille mahdollisuuksia esiintyä kyseisiä arvoja palvelevina toimijoina. Todennäköisesti lääkäreillä on suorastaan normatiivinen velvollisuus osoittaa paitsi sitoutumista edellä mainittuihin arvoihin myös kykyä palvella niitä. Tähän lääkäreiden, potilaiden ja julkisen vallan väliseen ”sopimukseen” perustuu myös kansalaisten luottamus lääkäreihin sekä osittain myös lääkärikunnan vahva asema suomalaisessa palvelujärjestelmässä (ks. tämän raportin luku 1). Lääkäreiden tulkinnan mukaan potilaiden, kansanterveyden ja palvelujärjestelmän palvelemiseen sopii myös ”terveydenhuoltojärjestelmän taloudellisen kestävyuden turvaaminen”. Lääkärit voivat toisin sanoen vastustaa taloudellisia rajoituksia silloin, kun ne näyttävät kohtuuttomilta esimerkiksi huonoiksi koettujen johtamiskäytäntöjen yhteydessä, mutta taloudellinen kestävyys ei itsessään ole suomalaisille terveyskeskus- ja sairaalalääkäreille vieras arvo.

Edellä esitettyjen havaintojen tulkintaa on vielä hyvä alleviivata. Kyse ei ole siitä, että lääkärit, jotka pyrkivät palvelemaan potilaita, kansanterveyttä ja palvelujärjestelmää, raportoivat *täydellistä* kykyä palvella kyseisiä arvoja. Sekä tämä luku että tämän raportin muut luvut tuovat esiin lääkäreiden työssään kohtaamia monia ongelmia. Kyse ei liioin ole siitä, että *ainoastaan* näihin arvoihin sitoutuminen vahvistaisi lääkäreiden ammatillista toimijuutta tai että potilaita, kansanterveyttä ja palvelujärjestelmää palvelevat lääkärit eivät samaan aikaan voisi palvella muita intressejä – kuten edellä todettiin, lääkäreiden tavoitteet ovat moninaisia. Edellä olevat havainnot osoittavat ainoastaan, että voimakkaasti julkisen palvelusektorin arvoihin sitoutuneet lääkärit raportoivat voimakasta ammatillista toimijuutta todennäköisemmin kuin lääkärit, jotka eivät ole yhtä voimakkaasti sitoutuneet julkisen palvelusektorin arvoihin. Tämä pätee sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa.

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion normatiivisen kontekstin näkökulmasta voidaan joka tapauksessa pitää hyvänä uutisena sitä, että julkisen palvelusektorin eetokseen sitoutuneet lääkärit osoittavat suhteellisen suurta

ammattillista toimijuutta ja myös kykyä edistää omaa uraansa. Julkisen palvelusektorin eetos ei myöskään näyttäytyä suomalaisille lääkäreille itsen ja omien etujen uhraamisena. Saman argumentin on esittänyt myös klassinen sosiologinen professiotutkimus (Parsons 1939): lääkäreiden pyrkimykset tavoitella uralla etenemistä, itsen toteuttamista ja symbolista arvostusta voivat palvella myös potilaiden ja kansalaisten etuja, jos vain lääkäriyön institutionaaliset logiikat ohjaavat lääkäreiden toimintaa ja siihen liittyviä palkintoja – kuten uralla etenemistä – kyseisten intressien mukaisesti.

Ammatillinen toimijuus riippuu muistakin tekijöistä kuin lääkärin työllään asettamista – tai ammattikunnan sille asettamista – tavoitteista, arvoista ja periaatteista. Sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa lääkärit tunnistivat johtamiskäytäntöjä, jotka näyttäytyvät heille ammatillisen toimijuuden esteinä tai rajoituksina. Itse asiassa sen perusteella, mitä lääkärit kertoivat työpaikkansa ja palvelujärjestelmän johtamiskäytännöistä, voitiin ennustaa heidän arvioitaan ammatillisen toimijuuden mahdollisuuksista huomattavasti paremmin kuin sen perusteella, mitä he kertoivat tavoitteistaan, arvoistaan ja periaatteistaan.

Terveyskeskuksissa ammatillinen toimijuus ei määrällisesti mitattuna näyttäytynyt sukupuolittuneena ilmiönä. Sairaaloissa naislääkärit sitä vastoin raportoivat hauraampaa ammatillista toimijuutta kuin mieslääkärit. Ero näyttäisi johtuvan siitä, että naiset raportoivat miehiä enemmän johtamiskäytäntöihin liittyviä ongelmia, kuten työn pakkotahtisuutta, resurssien riittämättömyyttä sekä työn ja perheen yhteen sovittamisen vaikeutta (sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa). Tulevan tutkimuksen tehtäväksi jää selvittää, mistä johtamiskäytäntöjen sukupuolittuneet erot puolestaan johtuvat. Missä määrin kyse on siitä, että naiset sijoittuvat miehiä useammin toimipaikkoihin tai erikoisaloille, joissa vallitsee esimerkiksi resurssipula? Ja missä määrin kyse on siitä, että naislääkärit kohtaavat miehiä useammin johtamiskäytäntöihin liittyviä ongelmia, kuten kohtuuttomia vaatimuksia tai työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeutta, myös työskennellessään mieskollegoidensa kanssa samoissa toimipaikoissa ja samoilla erikoisaloilla?

Siinä missä sairaaloissa toimijuus näyttäytyi sukupuolittuneena, terveyskeskuksissa vallitsi erottelu suurempien kaupunkien ja pienempien kuntien välillä. Pienempien kuntien terveyskeskuksissa lääkärit tunnistivat ammatilliselle toimijuudelleen enemmän mahdollisuuksia kuin suurten kaupunkien terveyskeskuksissa. Tämä ero näyttäisi selittyvän sillä, että suurien kaupunkien terveyskeskuksissa – ja oletettavasti suuremmissa terveyskeskuksissa – lääkärit kohtasivat enemmän johtamiskäytäntöihin liittyviä ongelmia, kuten työn pakkotahtisuutta ja resurssien riittämättömyyttä.

Mitä tulee parhaiten uravaihetta kuvaaviin tekijöihin eli ikään, erikoistumiseen ja johtaja-asemaan, terveyskeskuksissa johtaja-asemaan nouseminen ja sairaaloissa lisäksi nuori ikä ja erikoistuminen lisäsivät ammatillisen toimijuuden mahdollisuuksia – ainakin jossain määrin. Hieman kärjistetyksi sanottuna sairaalalaitos näyttäytyi verrattain nuorten mutta jo



erikoistumaan ehtineiden miestenlääkäreiden temmellyskenttänä ainakin ammatillisen toimijuuden osalta.

Terveyskeskuksissa erikoistuminen ei näyttänyt lisäävän ammatillisen toimijuuden mahdollisuuksia, mitä voi pitää urajärjestelmän kannalta jossain määrin ongelmallisena. Terveyskeskuslääkäreitä kannustetaan erikoistumaan, mutta erikoistuminen ei itsestään selvästi tuo mukanaan keskimääräistä suurempaa ammatillista toimijuutta. Sairaaloissakin erikoistuminen näytti lisäävän ennen muuta mahdollisuuksia toimia omien arvojen ja ammatillisten tavoitteiden mukaisesti. Jos ammatilliseen toimijuuteen liitetään myös kokemus uran edistämisen mahdollisuuksista, eivät erikoistuneet ja erikoistumattomat sairaalalääkärit eronneet toisistaan yhtä selvästi.

Tarkemmassa tarkastelussa johtopäätökset myös johtaja-aseman ja ammatillisen toimijuuden yhteydestä vaihtelivat sen mukaan, miten ammatillinen toimijuus määriteltiin. Kun ammatillisen toimijuuden alkuperäisestä mittarista (Vähäsantanen ym. 2017; 2019) poistettiin kysymys mahdollisuudesta edistää omaa uraa, eivät terveyskeskusten ja etenkin sairaaloiden johtavat lääkärit raportoineet muita lääkäreitä merkittävästi voimakkaampaa ammatillista toimijuutta. Johtajalääkäreillä näytti siten olevan keskimääräisiä lääkäreitä enemmän toimijuutta ennen muuta uran edistämisen osalta, ei niinkään muiden arvojen ja tavoitteiden. Tämä havainto sopii yhteen aiemman tutkimuksen kanssa, joka on tuonut esiin johtavien lääkäreiden työhön liittyviä arvostirioita ja sitä, miten johtaja-asema ei välttämättä tarjoa erityisiä houkuttimia ammattilaisille, joilla on voimakas lääkäri-identiteetti (Jespersen & Wrede 2009; Llewellyn 2001; McGivern ym. 2014), vaikka uran edistämisen mahdollisuuksia johtaja-asema voikin tarjota – erityisesti terveyskeskuksissa.

Tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimusta siitä, missä määrin vaikutelmat lääkäreiden ammatillisesta toimijuudesta riippuvat mittaustavoista ja mallinnusmenetelmistä. Lisäksi ammatilliseen toimijuuteen vaikuttavat todennäköisesti monet tekijät, joita tässä osatutkimuksessa ei voitu huomioida, kuten lääkärin synnyinmaa, äidinkieli, ihonväri ja perhetausta. Määrällisessä tutkimuksessa jää helposti piiloon moninaisuus tavoissa, joilla lääkärit voivat toteuttaa ammatillista toimijuuttaan, samoin kuin ammatillisen toimijuuden moninaiset esteet. Sitä vastoin näkyviin tulevat heikot signaalit, yleiset tendenssit ja hallitsevat arvot.

Lääkäreiden tila toteuttaa työssään ammatillista toimijuutta riippuu osittain siitä, millaisia ovat lääkäreiden omaksumat ammatilliset tavoitteet, arvot ja periaatteet. Nämä eivät ole yksilöiden päätettävissä vaan riippuvat historiallisesti muovautuneista institutionaalisista logiikoista ja kulttuurisista käsikirjoituksista eli siitä, millainen toiminta katsotaan ammattilaisille hyväksyttäväksi ja arvokkaaksi. Institutionalisoitujen ja käsikirjoitettujen tavoitteiden, arvojen ja periaatteiden lisäksi lääkäreiden ammatillista toimijuutta ohjaavat erilaiset esteet, eivät vähiten johtamiskäytännöt. Tässä tutkimuksessa johtamiskäytäntöihin liittyviä esteitä raportoivat erityisesti

suurten kaupunkien terveyskeskuslääkärit, yliopistosairaaloissa työskentelevät lääkärit ja naislääkärit sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa. Näihin havaintoihin kannattaa kiinnittää huomiota, mikäli terveyskeskus- ja sairaalalääkäreiden työn ja urajärjestelmien sosiaalista kestävyyttä halutaan kehittää.

#### Liitetaulukko 4.1. Taustatekijöiden jakaumat.

	<b>Terveyskeskuslääkärit (n = 508)</b>	<b>Sairaalalääkärit (n = 1 278)</b>
<b>Sukupuoli</b>		
Mies (%)	28	38
Nainen (%)	72	62
<b>Erikoistunut</b>		
Ei (%)	45	28
Kyllä (%)	56	72
<b>Johtava asema</b>		
Ei (%)	78	68
Kyllä (%)	22	33
<b>Kokoaikainen työ</b>		
Ei (%)	24	13
Kyllä (%)	76	87
<b>Kuntakoko</b>		
alle 50 000 as.	54	
vähintään 50 000 as.	46	
<b>Yliopistosairaala</b>		
Ei (%)		45
Kyllä (%)		55
<b>Ikä</b>		
Keskiarvo (keskihajonta)	45 (11)	44 (19)

**Liitetaulukko 4.2.** Lineaarinen regressioanalyysi potilaat, kansanterveys ja palvelujärjestelmä -faktorin arvostamista ennustavista tekijöistä (standardoimattomat regressiokertoimet ja niiden tilastollinen merkitsevyys). Vastemuuttujana faktoripistemuuuttuja.

	Terveyskeskukset		Sairaalat	
	B	p	B	p
Ikä	0,01		0,02	***
Sukupuoli (nainen)	0,41	***	0,32	***
Erikoistunut (kyllä)	0,03		-0,04	
Johtava asema (kyllä)	0,01		-0,01	
Kokoaikainen työ (kyllä)	-0,10		0,01	
Kuntakoko (≥ 50 000 as.)	-0,06		---	
Yliopistosairaala (kyllä)	---		-0,15	**
Korjattu selitysaste	6 %		7 %	

\*\*\* p < 0,001

\*\* p < 0,01

\* p < 0,05

**Liitetaulukko 4.3.** Lineaarinen regressioanalyysi ammatillista toimijuutta ennustavista tekijöistä terveyskeskuksissa (standardoimattomat regressiokertoimet ja niiden tilastollinen merkitsevyys).

	Malli 1		Malli 2		Malli 3	
	B	p	B	p	B	p
Potilaat, kansanterveys ja palvelujärjestelmä (F)	0,12	***	0,14	***	0,13	***
Ikä	0,00		0,00		0,00	
Sukupuoli (nainen)	0,01		0,03		0,05	
Erikoistunut (kyllä)	-0,01		0,03		-0,03	
Johtava asema (kyllä)	0,15	*	0,09		0,13	*
Kokoaikainen työ (kyllä)	0,07		0,09		0,07	
Kuntakoko (≥ 50 000 as.)	-0,11	*	-0,12	*	-0,04	
Johtamiskäytännöt (F)					-0,20	***
Korjattu selitysaste	5 %		6 %		16 %	

\*\*\* p < 0,001

\*\* p < 0,01

\* p < 0,05

Malli 1: Vasteena alkuperäinen toimijuusmuuttuja (vaihteluväli 1–4)

Malli 2: Vasteena toimijuusmuuttuja ilman kysymystä uran edistämisestä (vaihteluväli 1–4)

Malli 3: Vasteena alkuperäinen toimijuusmuuttuja (vaihteluväli 1–4)

(F) Faktoripistemuuttuja

**Liitetaulukko 4.4.** Lineaarinen regressioanalyysi ammatillista toimijuutta ennustavista tekijöistä sairaaloissa (standardoimattomat regressiokertoimet ja niiden tilastollinen merkitsevyys).

	Malli 1		Malli 2		Malli 3	
	B	p	B	p	B	p
Potilaat, kansanterveys ja palvelujärjestelmä (F)	0,11	***	0,11	***	0,09	***
Ikä	-0,01	***	-0,01	*	-0,01	***
Sukupuoli (nainen)	-0,09	**	-0,09	**	-0,02	
Erikoistunut (kyllä)	0,06		0,13	**	0,08	*
Johtava asema (kyllä)	0,08	*	0,01		0,08	*
Kokoaikainen työ (kyllä)	0,01		-0,01		0,02	
Yliopistosairaala (kyllä)	0,01		-0,03		0,07	*
Johtamiskäytännöt (F)					-0,24	***
Korjattu selitysaste	4 %		3 %		20 %	

\*\*\* p < 0,001

\*\* p < 0,01

\* p < 0,05

Malli 1: Vasteena alkuperäinen toimijuusmuuttuja (vaihteluväli 1–4)

Malli 2: Vasteena toimijuusmuuttuja ilman kysymystä uran edistämisestä (vaihteluväli 1–4)

Malli 3: Vasteena alkuperäinen toimijuusmuuttuja (vaihteluväli 1–4)

(F) Faktoripistemuuttuja

**Liitetaulukko 4.5.** Lineaarinen regressiomalli johtamisjärjestelmiin liittyvien esteiden kohtaamista ennustavista tekijöistä (standardoimattomat regressiokertoimet ja niiden tilastollinen merkitsevyys). Vastemuuttujana johtamiskäytännöt-faktoripistemuuuttuja.

	Terveyskeskukset		Sairaalat	
	B	p	B	p
Ikä	0,00		0,00	
Sukupuoli (nainen)	0,21	*	0,28	***
Erikoistunut (kyllä)	-0,12		0,07	
Johtava asema (kyllä)	-0,11		0,02	
Kokoaikainen työ (kyllä)	0,00		0,05	
Kuntakoko ( $\geq 50\ 000$ as.)	0,31	***	---	
Yliopistosairaala (kyllä)	---		0,27	***
Korjattu selitysaste	5 %		5 %	

\*\*\*  $p < 0,001$

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

## 5 ERISTYNEISYYS YLEISLÄÄKÄRINÄ TOIMIMISEN ONGELMANA

- Terveyskeskustyötä määrittää vahvasti ammatillinen eristyneisyys, mikä aiheuttaa esimerkiksi yhteistyön ja konsultoinnin mahdollisuuksien puutetta sekä tunnetta työyhteisöön kuulumattomuudesta.
- Ammatillinen eristyneisyys terveyskeskuksessa ilmenee materiaalisten rakenteiden, organisaation käytänteiden ja kiireen yhteisvaikutuksena syntyvänä yksinäisenä vastaanottohuoneena. Yksinäinen päätöksenteko aiheuttaa epävarmuutta vaativassa työympäristössä.
- Terveyskeskuksen yksin pärjäämisen vaatimus on ristiriidassa kollegiaalisen lääkäriyön kanssa. Lääkärit kuitenkin vastustavat eristyneisyyttä luomalla omia paikallisia käytäntöjä eli muokkaamalla työtään.
- Ammatillisesti kestävä työn tarjoaminen terveyskeskuksissa vaatii eristyneisyyden huomioon ottamista ja sitä ehkäiseviä toimia myös työpaikoilta ja niiden johdolta.

Edellisessä luvussa 4 esiteltyjen tulosten perusteella terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit arvostavat henkilökohtaista työkontrollia keskimäärin enemmän kuin sairaaloissa työskentelevät. Työn itsenäisyys nähdäänkin usein hyvänä asiana terveyskeskuksissa. Toisaalta terveyskeskuksia on luonnehdittu aiemmin myös ammatillisiksi periferioiksi (luku 2). Tämän luvun laadullinen analyysi osoittaa, että terveyskeskustyön itsenäisyys saattaa ilmetä eristyneisyytenä, jolla on haitallisia vaikutuksia lääkäreiden työhön. Tässä luvussa tarkastellaan suomalaisen terveyskeskustyön institutionaalisia tekijöitä, jotka tuottavat negatiivisesti määrittyvää yksin olemista työssä.

Terveyskeskukset ovat pitkään kärsineet lääkärivajeesta, joka vuoden 2021 Lääkäriliiton työvoimatutkimuksen mukaan oli 7,4 prosenttia. Lääkärivaje tarkoittaa kaikista lääkärintehtävistä kokonaan hoitamatta jääneiden osuutta eli niitä tehtäviä, joita ei ole rekrytointiyrityksistä huolimatta täytetty. Lisäksi viranhaltijoiden määrä on vähentynyt ja sijaisten sekä ostopalveluiden määrä kasvanut. Lääkäriliitto on myös kartoittanut keinoja parantaa terveyskeskusten tilannetta. Johtavien lääkäreiden mukaan tärkeimmät keinot tärkeysjärjestyksessä ovat ohjauksen ja seniorituen lisääminen, osa-aikaisuuden mahdollistaminen, työnkuvien ja työajan muokkaaminen, työn kuormituksen keventäminen ja palkkauksen tarkistaminen. Näitä keinoja on suurimmassa osassa terveyskeskuksista jo tuotu käytäntöön. Erikoistuneiden lääkäreiden työhyvinvoinnin parantamiseksi johtavat lääkärit luettelivat sellaisia asioita kuin ammatillinen kehittyminen ja koulutukset, vaikutusmahdollisuudet työssä, työnkuvan muokkaaminen, tiimityö, kuormituksen hallitseminen ja konsultointimahdollisuudet. (Suomen Lääkäriliitto 2022b.)

Eristyneisyyttä ei nosteta eksplisiittisesti esille terveyskeskusten työolojen parantamisessa, vaikka työpaikan vaihtoaikoiden onkin todettu olevan yhteydessä yksinäisyyteen ja konsultointimahdollisuuksien puutteeseen (Lepäntalo 2008). Lääkärit ovat itse raportoineet ammatillisen eristyneisyyden olevan myös yksi hoidon laatua heikentävä tekijä (Quinn ym. 2009).

## 5.1 YKSINÄISYYS JA ERISTYNEISYYS KÄSITTEINÄ

Ammatillinen eristyneisyys (*professional isolation*) on niin lääketieteellisessä kuin sosiologisessa kirjallisuudessa tunnistettu ilmiö (ks. esim. Aira ym. 2010; Daaleman 2018; Larkins ym. 2004; Pickard 2009; VanHeuvelen 2019). Ammattiin liittyvää eristyneisyyttä kohtaavat tutkimusten mukaan erityisesti yleislääkärit ja perhelääkärit, joiden työn luonne sisältää paljon yksin olemista. Esimerkiksi maantieteellinen sijainti aiheuttaa ammatillista eristyneisyyttä lääkärin työskennellessä syrjäseutujen klinikoilla (Larkins 2004). Eristyneisyyttä ilmenee kuitenkin myös suurten kaupunkien terveyskeskuksissa. Tämän raportin edellisessä luvussa 4 havaittiin, että terveyskeskuslääkärit raportoivat konsultointimahdollisuuksien puutteeseen liittyviä ongelmia tavallisemmin kuin sairaalalääkärit. Haastattelututkimuksessaan Marja Aira ja kumppanit (2010) löysivät neljä teemaa, jotka liittyvät ammatilliseen eristyneisyyteen suomalaisessa perusterveydenhuollossa: päätösten tekeminen yksin, yhteistyön puute oman yksikön ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden kanssa, työyhteisöön kuulumattomuus ja ohjauksen (*mentoring*) puute.

Susan Pickard (2009) esittää, että ammatillinen eristyneisyys liittyy modernin työn hallinnollisiin kehityskulkuihin, jotka uudelleen järjestävät ammattiryhmiä ja aiheuttavat kiistoja toimialueiden ja asiantuntijuuden rajoista. Byrokratisoituminen ja hallinta tulevat esille myös tämän raportin seuraavassa luvussa 6, jossa käsitellään potilasohjausjärjestelmiä. Amerikkalaisessa ja brittiläisessä tutkimuksessa yleislääkärin roolin onkin esitetty muuttuvan konsulttimaisemmaksi ja etääntyvän potilaskeskeisyydestä tehtävien siirtyessä sairaanhoitajille ja muille terveydenhuollon ammattilaisille (Charles-Jones ym. 2003) – toisaalta uudenlainen professionalismi mahdollistaa myös perinteisestä kutsumusammattista ja sen kuormittavista piirteistä irtautumisen (Jones & Green 2006). Suomalaisessa perusterveydenhuollossa on viitteitä näistä kehityskuluista: lääkärit kertovat ”sihteerintyön” lisääntyneen ja digitaalisten järjestelmien, kuten Apotin, käytön syövän potilaan kanssa vietetystä ajasta suuren osan. Raportin luvussa 6 tätä ilmiötä tarkastellaan perusteellisemmin.

Tässä luvussa fokus on ammatillisessa eristyneisyydessä, jota tarkastellaan haastatteluaineiston avulla. Vuonna 2016 toteutetuissa haastatteluissa haastateltavat yhdistävät yksinäisyyden kokemuksen terveyskeskuksen materiaalisista rakenteista ja organisaation käytänteistä johtuvaan

eristyneisyyteen. Yksinäisyys on käsitteenä sekä arkikielessä että sosiologisessa tutkimuksessa tapa nimetä syvästi kielteinen henkilökohtainen kokemus (de Jong Gierveld ym. 2006). Sosiaalinen eristyneisyys ei aina tarkoita yksinäisyyttä, ja yksinäinen ihminen saattaa viettää aikaa muiden kanssa. Keskeistä on se, vastaavatko olemassa olevat suhteet määrällisesti ja laadullisesti ihmisen tarpeita (de Jong Gierveld ym. 2006). Tämän luvun näkökulmasta yksinäisyyden vaikutukset terveyskeskuslääkärin jaksamiseen, työn mielekkyyteen ja siten ammatin sosiaaliseen kestävyyskykyyn ovat keskeisiä. Koska yksinäisyyden vastakohta on kuulumisen tunne (de Jong Gierveld ym. 2006, 486), voidaan ajatella, että sosiaalisesti kestävä työorganisaatio tuottaa jäsenessään tunteen kuulumisesta sen osaksi. Sosiaalisten suhteiden onkin todettu olevan merkittävä työhyvinvointiin vaikuttava tekijä myös lääkäreiden keskuudessa (Aalto ym. 2018). Tämän raportin edellisen luvun havainnoissa myös kollegoiden työn tukeminen näytti olevan lääkäreille tärkeä arvo.

Luvun tarkoituksena on selvittää, millaiset tekijät suomalaisessa terveyskeskuksessa tuottavat eristyneisyyttä ja miten lääkärit toimivat tilanteissa, joissa tuntevat yksinäisyyttä tai eristyneisyyttä. Työn muokkaamista sopeutumisenä työoloihin käsitellään tässä luvussa *job crafting* -käsitteen avulla, jota on paljon tutkittu hallinnontutkimuksen ja organisaatiopsykologian piirissä (esim. Wrzesniewski & Dutton 2001; Yu & Jyawali 2021). Tässä tutkimuksessa laadullisena aineistona käytettävä haastatteluaineisto (N = 38) kerättiin Suomen Lääkäriliiton kanssa yhteistyössä toteutetussa aiemmassa tutkimushankkeessa, jonka pohjalta on aiemmin julkaistu tutkimusraportti lääkäreiden autonomiasta ja ammatillisuuden käsityksistä (aineistosta tarkemmin ks. Wrede ym. 2017). Aineiston avulla on myös aiemmin tutkittu lääkäreiden keskuudessa vallitsevia sukupuoleen liittyviä epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia ja eriarvoisuuden oikeuttamisen tapoja (Olakivi & Wrede 2019). Tässä luvussa haastatteluaineiston analyysi on rajattu lääkäreihin, jotka tekevät terveyskeskustyötä tai ovat erikoistumassa yleislääketieteeseen. Aiemmassa tutkimuksessa konkarilääkäreiksi määriteltiin yli 60-vuotiaat lääkärit, jotka olivat toimineet tehtävässään vähintään 20 vuotta. Aloittelijoiksi määriteltiin vuosina 2010–2014 valmistuneet lääkärit, jotka olivat haastatteluhetkellä (vuonna 2016) uransa alkuvaiheessa (Wrede ym. 2017). Haastattelut on litteroitu ja koodattu Atlas.ti-ohjelmaa käyttäen. Analyysin apuna on toiminut aiemman tutkimuksen luokittelukoodisto. Tämän tutkimuksen teoriaohjaava sisällönanalyysi perustuu ammatillisen eristyneisyyden käsitteeseen ja materiaalisuuden ulottuvuuksiin. Analyysissa nousi esille, miten lääkärit kuvasivat vastaanottohuonettaan ja siellä olemista. Monet kuvauksista liittyvät eristyneisyyden tai yksinäisyyden kokemuksiin. Analyysin edetessä tuli selväksi, että yksinäisyyden kokemukset ja kuvaukset kertovat jotain oleellista terveyskeskuslääkärin työn haasteista.

## 5.2 TERVEYSKESKUS INSTITUUTIONA

Sosiologi Jane VanHeuvelen (2019) on tutkinut eristyneisyyttä organisaatiososiologian lähtökohdista lasten teho-osastoa koskevassa tutkimuksessaan. Hänen mukaansa työpaikan materiaaliset rakenteet – rakennusten arkkitehtuuri, työvälitteet ja tietojärjestelmät – vaikuttavat työntekijöiden kokemuksiin ja käytänteisiin institutionaalisten normien ja sääntöjen lisäksi. VanHeuvelen (2019) nimeää lähestymistapansa ”asutetuksi institutionalismiksi” (*inhabited institutionalism*). Hän viittaa käsitteellään instituutioiden luonteeseen: instituutiot eivät ole olemassa abstraktilla tasolla vaan ne ilmentyvät paikallisesti. Kussakin ihmistoimijoiden ”asuttamassa” konkreettisesti paikassa on sille tyypillisiä merkityksellistämisen tapoja, jotka kietoutuvat yhteen yleisten, paikkaan sitoutumattomien logiikkojen kanssa. Lisäksi on aina paikalle erityinen infrastruktuuri. Yhdessä niistä syntyy kussakin paikassa muotoutuva instituution ilmentymä, esimerkiksi tietty sairaala tai terveyskeskus.

Institutionaaliseen logiikkaan kuuluu yleensä tavoitteita ja toiveita siitä, millä tavalla asioita hoidetaan ja mihin toiminnalla tähdätään (ks. tämän raportin luku 1). Yleinen logiikka terveyskeskuksessa on vastaanoton logiikka, eli lääkäri vastaanottaa potilaita omassa huoneessaan. Usein lääkäri ja potilas ovat huoneessa kahden, ja kolmas, yllättävän aktiivinen osapuoli on tietokone (ks. tämän raportin luku 6). Myös väestövastuumalli tai moniammatillinen tiimimalli ovat logiikoita, jotka ohjaavat työtä. Aiempi tutkimus on osoittanut, että lääkärin työ keskeytyy usein konsultaatiopyynnöillä, erityisesti lääkärihoitaja-työparimallissa tai lääkärin ollessa tuutorointivastuussa (Lämsä ym. 2016). Keskustelua erilaisten mallien toimivuudesta käydään niin ammattilehdissä (esim. Yleislääkäri 2022), Lääkäripäivillä kuin lääkäreiden ylläpitämällä sosiaalisen median tileillä.

Suomalainen perusterveydenhuolto on ollut kuntien vastuulla soteuudistukseen saakka, minkä vuoksi terveyskeskusten työn järjestämisen tavat vaihtelevat suuresti. Terveyskeskuksissa kuten muissakin instituutioissa ja työpaikoilla tehdään paikallisia uudistushankkeita, joilla pyritään puuttumaan kohdattuihin ongelmiin ja usein esimerkiksi tehostamaan prosesseja. Terveyskeskusten ongelmia on ruodittu paljon mediassa, ja nuoret lääkärit ovat tuoneet esille työn kuormitustekijöitä. Tämä tutkimus ei pyri antamaan vastauksia ammatillisen eristäytyneisyyden ja siihen liittyvän yksinäisyyden kokemusten yleisyydestä vaan lisäämään ymmärrystä ilmiön laadusta ja siihen liittyvästä sosiaalisesta dynamiikasta.

## 5.3 YKSINÄISET TILAT JA TYÖN MUOKKAAMINEN ERISTYNEISYYDEN VASTUSTAMISENA

Terveyskeskuslääkärin työtä tehdään pääosin omassa huoneessa vastaanottaen potilaita. Osassa terveyskeskuksista on käytössä väestövastuumalli, ja



osa lääkäreistä noudattaa työaikamallia. Väestövastuumallissa lääkäri on usein hoitajapari. Mallissa lääkäreiden on hoidettava kaikki, mitä oman väestön keskuudessa ilmenee, ja usein se tarkoittaa ylitöitä varsinkin aloitteleville nuorille lääkäreille. Työaikamallissa ylitöiden määrä vähenee, mutta kaikkien hoitaessa kaikkia oman työpäivän suunnittelu on hankalampaa. Erilaisten mallien toimivuudesta käydään jatkuvaa keskustelua. Silti eristyneisyys nousee esille haastattelupuheessa riippumatta terveyskeskuksessa käytössä olevasta mallista.

### **Yksinäinen vastaanottohuone**

*Eli me olemme huoneessa ihan koko ajan. Jos on potilaat tavallisesti puolen tunnin välein, se vakio, johon puoleksi tunniksi tulee vuosikontrollin kirjaaminen, reseptin uusiminen ja niin edelleen. Ja ne 15 minuuttia akuutit. Eli ei ole aikaa poistua kello kahdeksasta puoli kahteentoista, jolloin on sellainen pieni tauko että voi mennä syömään. Meillä ei ole kahvitaukoja. Ja silloin sitten tauoilla tavataan, meillä on kaksikerroksinen asema että osa on täällä toisessa kerroksessa osa ekassa kerroksessa. Että ei kyllä tavata kollegoja. Joskus tulee ilmi että joku on poissa koska hänen potilaat tulee tai on siirretty, että hirveen huono, se. (Kokenut lääkäri.)*

Vastaanottoa pitävä yleislääkäri viettää työpäivistään suurimman osan huoneessaan. Konkarilääkäriin mukaan kahvitaukoja ei hänen työpaikallaan edes pidetä, mutta lounastauoilla ja kokouksissa on mahdollista nähdä kollegoja. Terveyskeskuksen todellisuus on usein niin kiireistä, että samassa rakennuksessa työskenteleviä kollegoja ei välttämättä nähdä pitkään aikaan. Huolestuttavaa edellisessä katkelmassa on kuvaus siitä, miten lääkäri saa tiedon kollegan poissaolosta epäsuorasti, kun tämän potilaita tulee vastaanotolle. Kokemus siitä, että tieto ei kulje yksikön sisällä omaan työhön suoraan vaikuttavista asioista, voi tuottaa kuulumattomuuden tunnetta. Kuulumattomuus organisaatioon viittaa eristyneisyyteen ja yksin työskentelyyn, jonka monet haastateltavat tunnistavat nimenomaan terveyskeskustyössä yleiseksi ilmiöksi. Tästä puhuessaan haastateltavat usein vertaavat sitä sairaalaan, jossa työskennellään vahvemmin tiimeissä.

*Terveyskeskustyö on ehkä vähän yksinäisempää ku sairaalatyö, et ehkä se jotenkin, voi olla, sairaalassa saa, on koko ajan tavallaan siinä kollegoiden ympäröimänä ja hoitajien ja muiden ammattikuntien ympäröimänä ja saa tehdä tavallaan tosi paljon tiimityötä muiden kanssa, terveyskeskuslääkäriin työ on enemmän semmosta yksinäistä puurtamista että on omassa huoneessaan ja, ihmisiä tulee sisään ja menee ulos ja tulee sisään*

*ja menee ulos että, en tiää miten se, en osaa tuohon ehkä vastata.*  
(Uran alkuvaiheessa oleva lääkäri.)

Kiinnostavaa edellisessä kertomuksessa on lääkärin kuvailema liike. Yksin huoneessaan puurtava lääkäri pysyy paikoillaan muiden liikkua sisään ja ulos. Kuvaus muistuttaa ”liukuhihnatyöskentelyä”, joka on aiemmissa tutkimuksissa tulkittu lääkäreiden näkökulmasta epätyytyttäväksi työksi (Wrede ym. 2017, 87). Yksinäinen puurtaminen nähdään potentiaalisesti myös pelottavana asiana, joka ajaa nuoret lääkärit pois terveyskeskuksista. Epävarmuuden sietäminen jää lääkärin itsensä käsiteltäväksi.

*Mutta sitten taas jos ajatellaan sairaala vastaan terkkari niin aika harva on pitänyt terkkarista. Se on, yleensä johtuu siitä epävarmuuden tunteesta mikä täällä on huomattavasti yleisempää, resurssien vähyydestä, siitä että on jatkuvasti kiire, siitä että välttämät semmosta tukea ei saa mikä yleensä erikoissairaanhoidossa on. Käytännössä lounaspöydässä täällä ei välttämättä edes syödä lounasta. Niin se terkkari on pääsääntöisesti semmonen asia mikä nuorilla lääkäreillä pelottaa kun siellä ollaan yksin.* (Uran alkuvaiheessa oleva lääkäri.)

Haastatteluista välittyy kuva vahvasti eristyneisyyden leimaamasta terveyskeskustyöstä. Vastaanottohuoneessa yksin tapahtuva työskentely voi eristää lääkärin muista työntekijöistä fyysisesti, sosiaalisesti ja emotionaalisesti. Muista eristyksissä työskentelevä lääkäri pysyy paikoillaan huoneessa potilaiden ja muiden työntekijöiden liikkua sisään ja ulos. Eristynyt työ on välillä emotionaalisesti yksinäistä, ja työyhteisö jää arjen kiireessä kaukaiseksi. Jos työ koetaan yksinäiseksi, tunne voi ruokkia epävarmuutta, jonka lääkäri joutuu usein yksin käsittelemään. Haastattelupuheesta välittyy työssä koettuun epävarmuuteen liittyvä moraalinen vaade. Lääkärin tulee itse pystyä pyytämään apua, olla itsenäinen eikä odottaa muiden tarjoavan tukea. Monilla työpaikoilla avun pyytäminen voi kuitenkin olla käytännössä vaikeaa. Jos kollegat esimerkiksi istuvat toisessa kerroksessa tai lounas- ja kahvitauot jäävät väliin, ovat mahdollisuudet avun pyytämiseksi vähäisiä.

Eristyneisyys kollegoista aiheuttaa myös sen, ettei tiedä, millä tavalla kollegat työtään tekevät: *Se meidän työ on semmosta me tehään yksin työhuoneessa valtaosa työstä ja se on tietystikin, on vaikeeta nähdä miten toiset tekee töitä. Meillä ei oo oikein mihin peilata, kun valtaosan päivästä on siellä yksin.* (Konkarilääkäri.) Eristyneisyyden voidaan tulkita vaikuttavan myös mahdollisuuksiin oppia ja kehittää kliinisiä taitoja. Yleislääkäreille on aiempien tutkimusten perusteella tärkeää huolehtia ammatillisesta osaamisestaan, ja mahdollisuuksia tiedon jakamiseen arvostetaan (Le Floch ym. 2019; Mitra ym. 2022; myös tämän raportin luku 4). Nuorten lääkäreiden

työelämäkokemuksia tutkineet Mahima Mitra ja hänen kollegansa (2022) varoittavat kielteisten kokemusten voivan rikkoa uran alkumetreillä työlle asetettuja odotuksia tavoilla, jotka vaikuttavat erittäin kielteisesti työhön sitoutumiseen.

Lääkärit voivat kuitenkin yrittää muokata työtään itselleen mielekkäämmäksi. Seuraavassa alaluvussa tarkastellaan tapoja, joilla lääkärit helpottavat yksinäisyyden ja eristyneisyyden tunnetta eli vastustavat eristyneisyyteen johtavaa institutionaalista logiikkaa.

## **Oven avaaminen kollegan tuelle**

Aineistossa on useita esimerkkejä siitä, miten haastateltavat kehittelevät tapoja sietää työnsä epävarmuutta ja tehdä siitä itselleen kestävämpää. Airan ja kumppaneiden (2010) tutkimuksessa yksin tekeminen nähtiin paikoin positiivisena asiana, koska se liitettiin lääkärin autonomiaan. Monissa haastatteluissa sanaa ”yksinäisyys” käytettiinkin sanan ”itsenäisyys” kanssa samassa lauseessa: jos työtä on mahdollista suunnitella ja hallita itsenäisesti, on yksinäisyys mahdollista kehystää uudelleen autonomiseksi ja ammattimaiseksi itsenäisen klinikon työksi. Tämä voi olla terveyskeskuslääkärille tapa rakentaa kestävä ja uskottavaa lääkäriyttä.

Tässä luvussa työn muokkaamista tarkastellaan hallinnontutkimuksen ja organisaatiopsykologian piirissä kehitetyn job crafting -käsitteen (Wrzesniewski & Dutton 2001) avulla. Työn muokkaamisella viitataan työntekijöiden tapoihin muuttaa tehtävien määrää tai järjestystä, työn kognitiivisia rajoja tai vuorovaikutuksen määrää tai luonnetta. Koska ammatillista eristyneisyyttä käsitellään tässä analyysissä myös materiaalistien rakenteiden kautta, huomiota kiinnitetään konkreettisiin käytännön toimiin, joita lääkärit työssään tekevät. Työn muokkaaminen koskee siten myös fyysisiä tiloja ja työkaluja.

*Meillä on käytännössä työparimalli eli mullakin on ovi tästä huoneesta mun omahoitajan huoneeseen ja tehdään, sillä lailla läheistä yhteistyötä et on helppo delegoida puolin ja toisin niitä hommia. Ja, tämmösiä niin ne on kyllä sujunut ihan hirmunäppärästi ton oman työparin, tai sitten meillä on itse asiassa vielä laajennettu nää meidän käytävät täällä et me ollaan tiimejä vielä siellä, käytävillä tavallaan yks rivi tässä on aina yks tiimi, et sitten tiimissä yleensä on myös yks terveydenhoitaja [...] Ja, tämmösiä asioita et pystytään hyödyntään sitä, ydinosaamista. Se on ja just niin kun tässäkin ton oman työparin kanssa, niin me kuljetellaan näitä lippuja ja lappuja suuntaan ja toiseen et sieltä tulee tännepäin et ehditkö kattoo tämmösen ja, multa sinne päin et ehditkö soittaa tämmösen. Sitten me tehdään paljon sitä että, jos potilas tulee vaikka näyttään jotain ihomuutosta, niin sille ei tarvikaan*

*varata lääkärille aikaa vaan se tulee hoitajalle ja mä käyn tästä vierestä kattomassa, sen muutoksen ja tarviiko siihen jotain jatkoja. Ettei viedä sitä mun vastaanottoaika kun mulla menee siihen se kolme minuuttia että mä käväsen tossa. [...] No sitten tietysti noi meidän, terveyskeskusavustajat lähihoitajat niin, meillä on puhelimen päässä että, voi kesken vastaanoton soittaa että tarviin sydänfilmin tai tarviin tulehdusarvon, ja he tulee sitten ottaan sen potilaalta ja avustaa meitä toimenpiteissä. (Uran alkuvaiheessa oleva lääkäri.)*

Lääkäri kuvailee sujuvaa toimintatapaa, jossa hänen näkökulmastaan kaikkien työntekijöiden ydinosaaminen tulee käyttöön tehokkaasti ja vaivattomasti. Oman tiimin työntekijät istuvat lähellä toisiaan, kuljetellaan ”lippuja ja lappuja” huoneesta toiseen ja ollaan puhelimitse yhteydessä. Kyseisessä terveyskeskuksessa on väestövastuumalli, jossa omalääkäri ja omahoitaja vastaavat tietystä osasta väestöä. Työparin kanssa voi pohtia vaikeita tapauksia ja tehdä työtä tiiviisti yhdessä. Läheisesti työskentelevät ihmiset on myös sijoitettu tilassa lähelle toisiaan. Samanlaista yhdessä työskentelyä kuvailee toinenkin terveyskeskuslääkäri, joka avaa oven kollegan huoneeseen.

*Lähin työtoveri on varmasti Liisa, joka on tossa naapurihuoneessa, toinen terveyskeskuslääkäri. Meillä on toi väliovi tossa. Hänen kanssa tulee aina silloin kun tehään paperitöitä, niin pidettyy oove auki. Ja sitten ehkä muita lähimpiä työtovereita on tässä samassa tiimissä toimivat lääkärit ja hoitajat. [...]*

*Haastattelija: Onko täs mitään hyötyjä sitten, muiden kanssa työskennellessä?*

*On. Se on ihanaa [...] tavallaan se että jos vaan yksin istuis täs kopissa, niin se ois ihan hirveetä [naurahtaa]. Se on kiva kun on paljon työkavereita ja se että voi sitten aina vaihtaa ajatuksia. Ja kun menee kahvihuoneeseen, niin sieltä löytyy joku jonka kanssa vaihtaa muutama sana. Tai sitten ku meillä on tossa toi väliovi auki, niin sitten voi vaihtaa niitä ajatuksia tai purkaa sitä että miksi tää ei toimi tai mitä mä teen tän kanssa. Ja semmosta ihan vaan. Ja vaihtaa päivän kuulumiset. Se on tosi tärkeä osa. (Uran alkuvaiheessa oleva lääkäri.)*

Haastateltava kuvaa yhteistyön tekemistä viereisessä huoneessa istuvan kollegan kanssa. He avaavat välioven tehdessään paperitöitä, jolloin kollegan kanssa voi käsitellä raskaita tilanteita tai vaihtaa kuulumisia. Kun on tarve hiljaiselle työlle, oven voi sulkea. Kuvattu tilanne mahdollistaa niin yhdessä työskentelyn kuin itsenäisen työtteen. Välioven ollessa auki yksinäinen

huone muuttuu yhteiseksi työtilaksi. Hoitajaparin kanssa tehty yhteistyö painottuu konkreettisten työtehtävien jakamiseen, mutta lääkärikollegan kanssa tehtävä yhteistyö mahdollistaa vaikeista potilastapauksista keskustelemisen ja vertaisen mielipiteen saamisen. Myös aiemmin mainittu ”peilaaminen” eli omien työtapojen vertailu mahdollistuu, ja kollegat voivat oppia toisiltaan.

Lämsä ja kumppanit (2016) esittävät, että hoitajien vastaanottotyön aikana esittämät konsultaatiopyynnöt tuntuvat lääkäristä usein keskeytyksiltä. Tässä aineistossa taas esiintyy nimenomaan toiveita läheisestä työskentelystä lääkärikollegoiden kanssa. Vertaistuen tärkeyden voisi tulkita liittyvän kliinisen osaamisen ylläpitämiseen, toisilta oppimiseen ja lääketieteellisen tiedon muodostukseen, mihin lääkäri kokee pystyvänsä vain toisen lääkärin kanssa. Tämän suuntainen tulkinta on esitetty varhaiskasvatuksen opettajia koskevassa tutkimuksessa. Heidän ja hoivaan keskittyvän koulutuksen saaneiden työntekijöiden episteemisten erojen on todettu aiheuttavan pedagogista eristyneisyyttä, kun opettajat kokivat, etteivät he voineet jakaa työkavereidensa kanssa esimerkiksi lasten oppimisvaikeuksiin liittyviä ajatuksiaan (Aizenberg & Oplatka 2019). Myös ammatillisten rajojen ylläpitämistä voidaan pitää syynä vertaistuen kaipuulle nimenomaan oman ammattiryhmän sisällä. Profession piirteisiin kuuluu oman asiantuntijuuden vahvistaminen tekemällä eroa muihin ammattiryhmiin (Witz 1992). Usein samoissa paikoissa työskentelevillä ihmisillä on kuitenkin yhteistä tietotaitoa, vaikka he kuuluvatkin eri ammattiryhmiin ja järjestyvät hierarkkisesti toisiinsa nähden. Esimerkiksi sairaala-avustajat kokevat tekevänsä hoivatyötä ja omaavansa viralliset työtehtävänsä ylittävää asiantuntijuutta (Fuller & Unwin 2017).

”Ovia availevien” lääkäreiden kuvauksissa työkuulttuuri ja työyhteisö rakentuvat hyvin erilaisiksi kuin yksinäistä vastaanottoa kuvaavien lääkäreiden puheessa. Työyhteisö koetaan tiiminä, ja muita työntekijöitä tapaa usein kahvihuoneessa. Osa lääkäreistä kertoi myös viettävänsä aikaa kollegoiden kanssa työpaikan ulkopuolella. Vaikka terveyskeskuksen vastaanoton logiikka ohjaa lääkäreitä eristyneeseen ja yksinäiseen vastaanottotyöhön, paikallinen yhteisöllinen työkuulttuuri, työntekijöiden sijoittelu ja huoneiden materiaaliset rakenteet auttavat työn muokkaamisessa ja yksinäisyyden ja eristyneisyyden ehkäisemisessä.

## **5.4 YKSIIN PÄRJÄÄMINEN HAURAANA TOIMINTA-LOGIIKKANA**

Analyysin tuloksena eristyneisyys terveyskeskustyössä näyttäytyy sekä työn järjestämisen tapoihin että materiaaliin rakenteisiin liittyvänä ilmiönä. Yhdessä ne voivat eristää lääkärin vastaanottohuoneeseen ja tuottaa hänelle yksinäisyyden ja kuulumattomuuden kokemuksia. Pahimmillaan tällaiset kokemukset vähentävät lääkärin tunnetta siitä, että hänellä on omistajuutta

suhteessa työhönsä. Tulokset tukevat aiemman tutkimuksen esittämiä huomioita eristyneisyyden vaikutuksista. Eristyneisyys liittyy yhteistyön ja konsultoinnin vähäisyyteen ja yksinäiseen päätöksentekoon, joista viimeksi mainittua saatetaan ihannoida itsenäisenä työotteena. Ammatillista toimijuutta tarkastelevassa luvussa 4 kävi ilmi, että itsenäisyyttä arvostavat erityisesti kokeneemmat terveystieteiden lääkärit. Tämä voi viitata siihen, että nuorille lääkäreille itsenäinen työ terveystieteiden tutkimuksessa tarkoittaa usein eristyneisyyttä ja siitä koituvaa epävarmuutta. Toisaalta myös konkarilääkäri kuvasi työtään yksinäiseksi. Tämän analyysin perusteella huomio kiinnittyy erityisesti eristyneisyyden vaikutuksiin ammatilliseen ja kliiniseen osaamiseen. Tästä näkökulmasta etenkin olosuhteiden pakosta tapahtuva yksin päättäminen asettuu ongelmalliseen valoon.

Viime vuosikymmeninä ajatus näyttöön perustuvasta lääketieteestä on vakiintunut lääkärin kliinistä työtä yhtenäistämään pyrkiväksi toimintamalliksi (Timmermans & Berg 2003). Suomessa Käypä hoito -suositusten laatiminen tapahtuu valtiosta riippumattomassa prosessissa Lääkäriseura Duodecimin johdolla. Yleislääketieteelle laaditut suositukset ovat erikoisaloista laajin kokonaisuus yli 90 ohjeistuksellaan. Yleislääketieteen moninaisuus voi asettaa paineita vastavalmistuneille lääkäreille, joiden oletetaan tekevän hoitopäätökset yksin vastaanottotilanteessa. Uraansa aloittelevat lääkärit toimivat usein terveystieteiden tutkimuksissa vähintään jossain vaiheessa, sillä myös sairaala-aloille erikoistuvien lääkäreiden koulutukseen kuuluu terveystieteiden tutkimusjakso. Suomalaisessa terveydenhoitojärjestelmässä julkisen perusterveydenhuollon potilaat ovat usein iäkkäitä ja pienituloisia, vaikka työssäkäyvät hyvätuloiset käyttävät lääkäripalveluita eniten (Hannikainen 2018; Manderbacka ym. 2017). Terveydenhuollon eriarvoisuus aiheuttaa sen, että terveystieteiden tutkimukseen päätyvät sairaimmat ja eniten hoitoa tarvitsevat potilaat, joiden tilanne on koronapandemian aikana heikentynyt entisestään. Myös monet lääketieteellisesti selittämättömät oireet tai psyykinen oireilu palautuvat erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon hoidettavaksi. Kansainvälisessä tutkimuksessa tällaista dynamiikkaa tutkineet tutkijat esittävät, että potilaat tällöin keskittyvät usein naislääkäreille, joiden ajatellaan laittavan enemmän aikaa potilaan kuuntelemiseen tai joilla uskotaan olevan miehiä potilaskeskeisempi hoitotapa (Mayson & Bardoel 2021). Ammatillinen eristyneisyys voi vaikeuttaa entisestään työssä koetun epävarmuuden ja epäoikeudenmukaisuuden käsittelyä sukupuolesta riippumatta ja ajaa terveystieteiden tutkimusta lopulta muualle töihin.

Terveydenhoidon työn tutkimuksessa tilojen merkitys työtä järjestävänä infrastruktuurina on vähän tutkittu aihe, jonka tärkeydestä tämä tutkimus on antanut vahvoja viitteitä. Edellä siteeratun VanHeuvelenin tutkimuksen lasten teho-osaston yhteiset potilashuoneet korvattiin yhden hengen huoneilla. Toimitilan muutos muutti työkuilutturia ja vaikeutti entisiä viestintätapoja, joita työntekijät kuitenkin pyrkivät ylläpitämään mukautumalla uuteen tilaan ja kehittämällä uusia korvaavia kommunikoinnin ja yhdessä työskentelyn

tapoja (VanHeuvelen 2019). Samalla tavalla tämän tutkimuksen lääkärit pystyivät työn muokkaamisella luomaan omia paikallisia tapoja, joilla instituutioiden logiikkojen negatiivisia vaikutuksia voitiin välttää tai vähentää. Niinkin yksinkertainen asia kuin oven avaaminen ajoittain kahden vastaanottohuoneen välillä vähensi yksinäisyyden ja eristyneisyyden kokemuksia. Oven avaaminen on esimerkki vastaanottotyön materiaalisten ehtojen tärkeydestä. Kollegan tuki ja jouheva yhteistyö hoitajaparin kanssa mahdollistuvat, kun tunnistetaan tiimin tai mentorointisuhteen olemassaolo myös tilajärjestelyissä. Yksinäinen vastaanottohuone voi muuttua yhteiseksi ajattelun areenaksi, jossa on turvallista puhua myös omasta epävarmuudesta. Vaikka digitaaliset välineet ovat vallanneet myös terveyskeskukset (ks. tämän raportin luku 6), työntekijöille toimivat niiden lisäksi edelleen perinteiset viestinnän muodot ”lippuineen ja lappuineen”. Onkin tärkeää tarkastella työn mikrorakenteita ja yksiköissä muodostuvia käytäntöjä. Pahimmillaan uusi tietojärjestelmä tai uudet tilat vaikeuttavat yhteistyötä muuttaessaan työkuultuuria. On tärkeää huomioida myös se, että mahdollisuudet muokata omaa työtään ovat erilaisia eri terveyskeskuksissa, koska instituutioiden logiikat ja materiaaliset rakenteet vaihtelevat suuresti. Lisäksi esimerkiksi konkarilääkäriin voi olla helpompi vastustaa vallitsevia käytäntöjä kuin vastavalmistuneen yleislääkäriin. Myös sukupuolittuneet käytännöt, normit ja diskurssit, jotka ovat usein ääneen sanomattomia, vaikuttavat lääkäreiden mahdollisuuksiin rakentaa itselleen kestäväää työuraa (Olakivi & Wrede 2019).

Kiireinen vastaanottotyö näyttäytyi tässä osatutkimuksessa pääosin eristyneenä työnä, johon liittyy epävarmuutta ja vaikeuksia konsultoida kollegoja ja siten myös oppia toisilta. Lääketieteen ytimessä on kuitenkin edelleen ”parantajuus” eli ammattiryhmälle suotu valtuutus tutkia, diagnosoida ja hoitaa potilaiden vaivat tai ainakin parantaa heidän hyvinvointiaan ja lievittää heidän kärsimystään, ja tätä parantamistyötä pidetään usein nimenomaan kollektiivisesti palkitsevana (Wrede ym. 2017, 24–25; myös tämän raportin luku 4). Lääkäri työ on tiedon soveltamista käytäntöön ja ongelmanratkaisua, ja nämä taidot mielletään samanaikaisesti yksilön omana ammattiosaamisena sekä tiimin yhteisenä osaamisena (Wrede ym. 2017). Sairaalassa tiimityön tekeminen vaikuttaa onnistuvan paremmin kuin terveyskeskustyössä. Terveyskeskuksessa työparina toimii usein sairaanhoitaja, jonka kanssa työskentely ehkäisee yksinäisyyden tunnetta ja auttaa työkuorman hallitsemisessa, mutta ei välttämättä – lääkäreiden kokemuksen ja tulkinnan mukaan – mahdollista oman työtavan peilaamista tai lääketieteellisissä ongelmissa konsultointia samalla tavalla kuin lääkärikollegan kanssa työskennellessä. Lisäksi terveyskeskuslääkäriin työhön liittyy monien pienten toimenpiteiden tekeminen, joihin ei eristyneessä huoneessa ja kiireisinä päivinä ehdi saamaan konkarilääkäriin tukea. Aloittelevat lääkärit saattavatkin nojata kokeneiden sairaanhoitajien apuun.

Terveyskeskuksissa näyttää vallitsevan edellä mainituille ammattiryhmän ihanteille ristiriitainen yksin pärjäämisen logiikka, johon lääkärit mukautuvat

muokkaamalla työtään. Tällaista pärjäämisen ja joustavuuden ihannointia on raportoitu muissakin terveydenhuollon ammateissa, ja se yhdistetään usein kuormittaviin ja aliresursoituihin töihin, joissa paineet kasautuvat yksittäisille työntekijöille sen sijaan, että työoloja ja työn tekemisen mahdollisuuksia parannettaisiin (esim. Olakivi 2018; Wrede ym. 2021).

Analysoimalla materiaalisia rakenteita, ihmisten vuorovaikutusta ja näiden välistä suhdetta tehdään näkyväksi ammatillisen eristyneisyyden monet puolet. Jos terveyskeskusten tilannetta pyritään parantamaan, tulee tarkastella kunkin yksikön paikallisia tekijöitä, kuten työtiloja, työn järjestämisen tapoja ja työkuultuuria. Kenen ja millaisessa ympäristössä on mahdollista muokata omaa työtään? Lääkäreiden työolojen parantamisessa yksilöiden työn muokkaamisen tavat ovat tärkeä tiedon lähde, mutta kestävä ammatillisen työn tekeminen tulevaisuuden terveyskeskuksissa ei voi jäädä yksin pärjäävien lääkäreiden harteille, vaan se vaatii myös rakenteellisia toimia.



## 6 LÄÄKÄRITYÖTÄ MUOKKAAVAT TOIMINNANOHJAUSJÄRJESTELMÄT JA LÄÄKÄRITYÖN MUUTOS

- Terveydenhuollon digitalisoitumisen keskeinen tekijä ovat uudentyyppiset potilastietojärjestelmät, joilla on kaksoisrooli toiminnanohjausjärjestelminä. Järjestelmien käyttäminen on olennainen osa lääkäreiden työtä kaikenlaisissa organisaatioissa, eivätkä he lähtökohtaisesti pysty välttämään niitä, vaikka niiden heikoksi koettu toimivuus onkin keskeinen heidän ammatilliseen toimijuuteensa vaikuttava tekijä (ks. myös tämän raportin luku 4).
- Järjestelmien käyttämisen vaatima aika ja työskentely tietokoneella muuttavat lääkäreiden kuvaa työstään kielteiseen suuntaan. ”Sihteerityöksi” miellettyjen tehtävien hoitamisen koetaan myös vaikuttavan potilassuhteeseen. Tällainen kokemus vaikuttaisi olevan erityisesti terveyskeskuslääkäreillä.
- Toiminnanohjaus liittyy myös digitaalisesti toteutettuun hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointiin eli triageen. Triageen voi liittyä priorisointia. Kevytoireisia potilaita rajautuu pois kasvokkaisista palveluista, ja heidän odotetaan usein pärjäävän itsehoitoisesti. Lääkäreiden kasvokkaisen potilastyön koetaan painottuvan uusin tavoin tällaisten potilaskohtaamisten jäädessä pois. Lääkäreiden keskuudessa on huolia siitä, ovatko dokumentaation perusteella tehtävät hoidontarvearviot toimivia. Myös potilassuhteiden latistuminen ja lääkäreiden etääntyminen potilaista huolettaa.
- Toiminnanohjauksen fokuksessa ovat yhtenäiset toimintaprosessit, minkä vuoksi toiminnanohjausjärjestelmät perustuvat työnkulkujen ohjaamiseen. Lääkärin näkökulmasta kliinisen työn autonomia on yhä enemmän sidoksissa siihen, miten tietojärjestelmät ohjaavat työnkulkua.
- Aineistossa korostui terveyskeskuslääkäreiden ja toisaalta psykiatrien huoli työkulkujensa ohjauksen tiukkuudesta. Joustavuuden puute työjärjestelyissä tekee näille lääkäreille vaikeaksi mieltää omaa työtään vahvan ammatillisuuden kautta. Tällainen työn byrokraattisuus vaikuttaisikin olevan erityinen kuormittavuuden lähde. Huoli lääkäriyön byrokratisoitumisesta on tärkeä urajärjestelmien sosiaalisen kestävyuden näkökulmasta. Oman työn kokeminen liian sidotuksi ja byrokraattiseksi vaikuttaisi olevan voimakas kimmoke miettiä työpaikan tai jopa alan vaihtoa.

Tässä luvussa tarkastellaan digitaalisia järjestelmiä, etenkin potilastietojärjestelmiä, yhtenä lääkäreiden työtä muokkaavana ja järjestävänä infrastruktuurin muotona. Järjestelmien ajatellaan olevan toiminnanohjaus-

järjestelmiä, jotka potilastyön lisäksi palvelevat terveydenhoitojärjestelmän hallintoon liittyviä tavoitteita. Toiminnanohjaus-termillä<sup>1</sup> viitataan englanninkieliseen käsitteeseen *enterprise resource planning*. Luvussa ei viitata jonkin tietyn terveydenhuollon toiminnanohjausjärjestelmän käyttöön vaan tällä hetkellä julkisuudessa olevan tieto- ja toiminnanohjausjärjestelmä Apotin edeltäjiin. Tämän tutkimuksen aineistossa haastateltavat ovat käyttäneet järjestelmiä, joilla on samankaltainen kaksoisrooli. Aiemmat järjestelmät ovat tosin mittakaavaltaan rajatumpia, eikä niitä toisin kuin Apottia ole kehitetty soteuudistusta ajatellen.

Potilastietojärjestelmistä puhuttiin etenkin aiemmin usein ”lääkärin työkaluna”, jolloin niiden toiminnanohjaustehtävä jää piiloon (esim. Koskela & Kunnamo 2021). Järjestelmien kehittäjille potilastietojärjestelmien rooli terveydenhuollon toiminnanohjauksessa on kuitenkin ollut selkeä. Tämän roolin hoitaminen on edellyttänyt kliinisen toiminnan uudelleen jäsentelyä toiminnanohjauksen helpottamiseksi (Vuokko ym. 2011). Toiminnanohjauksen näkökulmasta nykyisen kaltaisten potilastietojärjestelmien voidaankin ajatella olevan ehkä nimenomaan terveydenhuollon hallinnon työkaluja. Liittyhän järjestelmiin oleellisesti työn organisointi, resurssien käytön suuntaaminen ja myös hoidon yhdenmukaistaminen. Tässä luvussa keskiössä on kysymys siitä, miten lääkäri työ muuttuu järjestelmällisen digitaalisiin välinein toteutetun toiminnanohjauksen tullessa käyttöön terveydenhuollossa.

Yritysmailmasta peräisin oleva lean-ajattelu on 2000-luvulla vakiintunut terveydenhuollon hallinnon keskeiseksi toimintaperiaatteeksi. Sen toiminnan virtaviivaisuutta, oikea-aikaisuutta ja taloudellisuutta korostavat opit ovat tiivistyneet toiminnanohjauksen nimellä kulkevaan toiminnan suunnitteluun. Tietojärjestelmäpohjaisesta toiminnanohjauksesta on tullut keskeinen lean-johtamisen väline, kun järjestelmien toimivuus ja taloudellisuus ovat 2000-luvulle tullessa parantuneet (Powell ym. 2013).

Tietojärjestelmäpohjaisen toiminnanohjauksen yhteydessä lean-ajattelussa korostuu niin kutsuttu *just in time* -lähestymistapa, joka on suomeksi nimetty ”imuohjaukseksi”. Imuohjaus voidaan olettaa nykyisten toiminnanohjausjärjestelmien kehittämisessä keskeiseksi periaatteeksi. Imuohjaukseen yhdistettyjä hyötyjä ovat toiminnanohjauksen yksinkertaistaminen, läpimenoaikojen lyhentymisen, toiminnan selkeyttäminen sekä toiminnan joustavuuden ja asiakaslähtöisyyden parantuminen (Korte ym. 2020, 42). Imuohjaus edellyttää kommunikoinnin jäsentämistä ”toimituspyynnöiksi”, jotka kulkevat prosessien välillä. Prosessien välillä mielletään olevan alistussuhteita siten, että myöhempi prosessi ohjaa aiempaa. Alistussuhteiden katsotaan takaavan tehokkaan resurssien käytön niin, ettei

---

<sup>1</sup> Suomeksi termillä toiminnanohjaus viitataan myös toiseen ilmiöön, joka englanniksi ilmaistaan käsitteellä *executive functioning*. Tämä psykologian käsite on käytössä puhuttaessa esimerkiksi lasten ja nuorten arjen hallinnasta tai sen puutteesta.

esimerkiksi varastoissa turhaan makaisi vaikkapa terveydenhuollossa tarvittavia välineitä.

Toiminnanohjauksen kehittämisen keskeinen julkilausuttu tavoite ja hyöty on asiakaslähtöisyys. Kun toiminnanohjauksen kehittäminen on linkitetty potilasta seuraaviin potilastietojärjestelmiin, on niitä ollut helppo perustella asiakaslähtöisyydellä. Ruotsalaistutkijat ovat kuitenkin nostaneet esiin näkymättömyystyöksi nimeämiään käytäntöjä, joilla lääkärit heidän mukaansa pyrkivät säännöstelemään ja rajaamaan potilastietojen saatavuutta ja ymmärrettävyyttä potilaille (Peterson & Backman 2021). Lääkäreillä on siis ainakin jonkin verran mahdollisuuksia kiertää järjestelmille asetettuja tavoitteita. Tässä luvussa keskiössä on kuitenkin lääkärin suhde terveydenhuoltojärjestelmän hallintoon. Aineistosta ei noussut esiin käytäntöjä, joilla lääkärit olisivat pyrkineet sovittamaan järjestelmiä enemmän omiin tarpeisiinsa. Se ei kuitenkaan tarkoita, etteikö sellaisia mahdollisesti olisi, mutta haastattelumme eivät sellaisia tavoittaneet.

Potilastietojärjestelmiä on terveydenhuollossa ollut käytössä Suomessakin jo vuosikymmeniä, mutta viime aikoina käyttöön otetuissa järjestelmissä on tärkeitä uusia piirteitä. Järjestelmien luonnetta muuttaa etenkin niiden valjastaminen palvelemaan kliinisen toiminnan lisäksi terveystaloudellisia tavoitteita. Euroopan unionin strategia painottaa potilaskeskeisen terveystiedon ohella ylijärjestyksiä terveystaloudellisia tavoitteita. Euroopan unionin strategia painottaa potilaskeskeisen terveystiedon ohella ylijärjestyksiä terveystaloudellisia tavoitteita. Euroopan unionin strategia painottaa potilaskeskeisen terveystiedon ohella ylijärjestyksiä terveystaloudellisia tavoitteita. Euroopan unionin strategia painottaa potilaskeskeisen terveystiedon ohella ylijärjestyksiä terveystaloudellisia tavoitteita. Euroopan unionin strategia painottaa potilaskeskeisen terveystiedon ohella ylijärjestyksiä terveystaloudellisia tavoitteita.

Tietojärjestelmät kulkevatkin nykyään digitaitoisten käyttäjien mukana lähes minne vain. Älylaitteet, kannettavat tietokoneet sekä langattomat verkot ovat edistäneet kliinisen työn digitalisaation toteutumista joka puolella palvelujärjestelmää. Esimerkiksi yleislääkärit voivat työssään käyttää lukuisia erilaisia digitaalisia järjestelmiä, kuten tietokantoja, päätöksentekijärjestelmiä, itsehoito- ja seurantasovelluksia pitkäaikaissairaille, oirearvioita, etävastaanottoja, sähköisiä konsultaatioita, potilastietojärjestelmän sisäistä sähköistä viestintäkanavaa, salattua sähköpostia sekä avointa rekisteridataa (Koskela & Kunnamo 2021).

Nopeatahtinen muutos on kuitenkin herättänyt soraääniä, ja lääkäreiden piirissä etenkin klinikoiden tietojärjestelmiä koskevat huonot käyttäjäkokemukset nousevat julkisuuteen tämän tästä (Toikkanen 2021). Myös erilaisissa kyselyissä hankalat tai huonosti toimivat tietotekniset laitteet ja ohjelmat mainitaan usein työviihtyvyyteen vaikuttavana tekijänä (Saastamoinen ym. 2018). Tämän raportin luvussa 4 analysoidussa kyselyssä tällaiset arviot olivat yleisiä ja nousivat jopa tärkeimmäksi lääkäreiden raporttoimaksi ammatillisen toimijuuden esteeksi. Terveystaloudellisia tavoitteita.

sairaalalääkärit raportoivat kohtaavansa tietoteknisiin laitteisiin tai ohjelmiin liittyviä ongelmia keskimäärin yhtä usein.

Vaikka lääkäri olisi tyytymätön tietojärjestelmiin, on niitä käytettävä potilastyössä. Tässä luvussa tietojärjestelmiä pidetään erityisesti toiminnanohjauksen tarpeita palvelevan kulttuurisen käsikirjoituksen ilmentymänä (Wrede 2022). Toiminnanohjausjärjestelmiä kehitettäessä tunnistetaan organisaation prosessit ja niistä laaditaan kuvaukset, joiden tavoitteena on yhteistoimivuus. Potilastietojärjestelmien tietojärjestelmä-arkkitehtuuri – esimerkiksi KanTa-palveluiden rakenteinen potilaskertomus – palvelee toiminnanohjausta ohjaamalla käyttäjän etenemään tietyn ennalta määritellyn logiikan mukaisesti (Vuokko ym. 2011).

Järjestelmien rakentaminen perustuu ajatukseen terveydenhuollon toimintaprosesseista sellaisina, kuin järjestelmiä rakentavat toimijat ne toiminnanohjauksen lähtökohdista tunnistavat. Toiminnanohjauksen käsikirjoitukseen liittyy monia pyrkimyksiä muokata toimintaa strategisten tavoitteiden mukaan, ei pelkästään kuvata prosesseja sellaisina kuin ne järjestelmää luotaessa olivat. Analyysin aineistoina ovat klinikoiden haastattelut. Haastateltavat näyttäytyvät analyysin perusteella toiminnanohjauksen kohteina, joiden on noudatettava tiettyjä tietojärjestelmien ohjaamia käsikirjoituksia. Haastateltavien oma suhde ”roolisuoritukseensa” voi vaihdella, mutta käsikirjoituksesta poikkeaminen on vaikeaa, jopa mahdotonta. Välillä on tehtävä turhauttavaa työtä, joka voi tuntua pakkotahtiselta. Terveydenhuollon tietojärjestelmiin kohdistuvan kritiikin ja niiden aiheuttaman tyytymättömyyden pohjalta oletamme, että klinikoiden näkökulmasta järjestelmät sekä muuttavat että hankaloittavat lääkäreiden toimintaa. Tietojärjestelmät asettavat joustamattomat kehykset lääkäreiden ammatilliselle toimijuudelle eli kyvyille toimia työssään heidän itsensä määrittämien ihanteiden mukaisesti (ks. luku 4 tässä raportissa).

## **6.1 OSATUTKIMUKSEN TAVOITTEET, AINEISTO JA TUTKIMUSKYSYMYS**

Toiminnanohjauksen taustalla on ajatus tiedolla johtamisesta, jonka lähtökohdista kliinistä toimintaa tarkastellaan ohjattavina toimintaprosesseina. Tietojärjestelmällä toteutettava ohjaaminen edellyttää toiminnan osatekijöiden kattavaa dokumentointia. Viimeaikaisten potilastietojärjestelmien kaksoisrooli toiminnanohjausjärjestelminä liittyy niihin sisältyvään prosessien ja työnkulkujen määrittelyyn. Järjestelmien voidaan ajatella olevan keskeisiä infrastruktuureja (Bowker & Star 1999), koska ne ohjaavat resursseja, erityisesti ammattilaisten työajan allokointia sekä heidän toimintaansa potilaan kanssa. Terveydenhuollon tietohallinnon tarpeita palvellen kliinisen työn tekemiseen sisältyykin yhä enemmän dokumentointia, joka lääkäreille merkitsee kirjallisten töiden lisääntymistä. Analyysissa on kuitenkin käynyt ilmi, että klinikot havainnoivat muitakin, syvällisiä

lääkäriyön muutoksia, joita tämän luvun empiirinen osa esittelee. Sitä ennen kuitenkin esitellään lyhyesti osatutkimuksen tutkimusasetelma ja aineisto.

Lääkäriyön tutkimuksessa on viime vuosikymmenten aikana korostettu näyttöön perustuvan lääketieteen merkitystä työtä yhdenmukaistavana ja ohjaavana tekijänä (Timmermans & Berg 2003). Hoitosuosituksista kumpuava standardoinnin logiikka nivoutuu digitalisaation edetessä tietojärjestelmien yhdenmukaistamiseen (Wrede 2022). EU-tason toimintapolitiikka tähtää nimenomaan julkisten terveydenhuollon organisaatioiden toiminnan yhdenmukaistamiseen. Lääkäriyöhön kohdistuville standardointipyrkimyksille voidaan kuitenkin tunnistaa useita muitakin lähteitä. Yhdenmukaistamispyrkimyksiä voidaan paikantaa sekä profession sisään että sen toimintaympäristöön. Näyttöön perustuvan lääketieteen nousu ja hoitosuositusten käyttöönotto esimerkiksi yhdistetään lääkärikunnan sisäisiin pyrkimyksiin ylläpitää luottamusta koululääketieteeseen (Timmermans & Berg 2003; Salloch 2017). Vanhimpia lääkäriyötä yhtenäistäviä toimia on ollut koulutuksen ja siihen liittyvien vaatimusten yhtenäistäminen (Aalto 2016). Myös ammattikunnan omat eettiset standardit ja niihin liittyvä sääntely ovat tällaista yhdenmukaistamista. Viimeksi mainitut standardoinnin muodot ovat niin vakiintuneita ja yleisesti hyväksytyjä, ettei niitä välttämättä edes tunnisteta sellaisiksi. Nämäkään muutokset eivät ole aikoinaan sujuneet kitkatta (Pesonen 1980). Standardoinnin logiikka väistämättä alkaa vähitellen muuttaa työhön liittyviä ihanteita ja taitoja. Murroskausien aikana uusi logiikka aiheuttaa kitkaa, ja välillä uuden logiikan luonnollistuminen edellyttää sukupolvenvaihdosta, jossa aiempi logiikka lopullisesti väistyy vasta aiemman sukupolven jäädessä eläkkeelle. Organisaatioihin saattaa jäädä myös pysyviä jännitteitä erilaisten logiikoiden välille (Eskelinen 2021; Henriksson & Wrede 2012; Wrede 2001). Tämän raportin luvussa 5 tarkasteltu terveystieteellinen työ on esimerkki jännitteisestä organisaatoroolista, joka monille siinä työtään tekeville näyttäytyy kuormittavana.

Kliinisten prosessien tunnistaminen ja niiden ohjauksen rakentaminen on mahdollista ja legitiimiä nähdä pyrkimyksenä yhtenäistää lääkäriyötä niin, että se on yhteiskunnan näkökulmasta tarkoituksenmukaista, etenkin silloin kun on kyse julkisesta palvelusta. Esimerkiksi hoidon saatavuuden ja tasapuolisuuden tavoitteet ovat Suomessa yleisesti hyväksytyjä, ja potilasturvallisuuden nimissä on lääkäreiden ammatinharjoittamista säädelty ja valvottu jo yli vuosisadan. Yksittäisen lääkärin autonomia tehdä kliinistä työtä on lähtökohtaisesti säänneltyä. Tässä osatutkimuksessa lähtökohtana ei olekaan ajatus siitä, että aiemmin täysin vapaa työ olisi muuttunut potilastietojärjestelmien kehittyessä ohjatuksi. Sen sijaan huomio kiinnittyy kliinisen työn kulttuuriseen käsikirjoitukseen ja siinä tapahtuvaan muutokseen. Lähtökohtamme on, että muutoksen aiheuttamia kitkoja on tärkeää tarkastella, jotta niiden merkitystä kliinisen prosessin eri osapuolille on mahdollista ymmärtää. Ajatus työkuulujen autonomian vähenemisestä

liittyy tämän tutkimuksen havaintoihin siitä, että lääkäriytyöhön on tullut uusia, byrokraattisia piirteitä (myös Wrede ym. 2017).

Tämän luvun tutkimusaineistona ovat vuonna 2016 toteutetut lääkäreiden käytännön työtä käsitelleet teemahaastattelut (N = 38)<sup>2</sup> (Wrede ym. 2017; ks. myös tämän raportin luku 5). Haastattelukysymyksiin ei sisältynyt suoraan teknologiaan liittyviä kysymyksiä vaan kysymyksiä yleisesti työstä, siihen liittyvistä kuormittavista tekijöistä sekä työhön liittyvistä positiivisista tekijöistä. Aineistolähtöisen koodauksen yhteydessä havaittiin aineistossa paljon puhetta teknologiasta. Osatutkimuksen tarkemman analyysin yhteydessä kävi ilmeiseksi, että teknologiapuheesta suurin osa liittyi potilastietojärjestelmiin ja sitä kautta kliinisen työn toiminnanohjauksen digitalisaatioon.

Vaikka työn digitalisoituminen ei ollut haastattelujen fokuksessa, karttui aineistoon aiheeseen liittyvää puhetta runsaasti. Aihetta koskevan analyysin työhypoteesiksi valikoitui ajatus siitä, että digitalisaatio muuttaa työn kulttuurista käsikirjoitusta sekä materiaalisella että symbolisella tasolla. Materiaalisella tasolla siksi, että tietokoneesta on tullut lääkärin keskeinen työväline. Vastaanottotyötä tehdessään lääkäri usein istuu tietokoneen ääressä. Monet lääkärit kirjaavat vastaanoton kulkua jo sen aikana, ja potilastietojärjestelmän lisäksi he käyttävät tilanteessa myös muita ohjelmistoja, kuten e-reseptijärjestelmää tai Terveyskirjastoa. Symbolisella tasolla tietojärjestelmä ei alistu työvälineeksi, vaan sen tuottama käsikirjoitus määrittää vastaanoton ”palvelutapahtumaksi”, jonka kululle järjestelmä olettaa tietyt elementit. Potilastietojärjestelmä määrittää hoitoprosessin ja roolittaa sekä lääkäriä että potilasta (Vuokko ym. 2011, 26).

Toimintapolitiikka hyödyntää tietojärjestelmäarkkitehtuuria terveyspalvelujen muotoilussa ja ohjaamisessa (Vuokko ym. 2011). Tietojärjestelmien avulla politiikka tavoittelee palveluiden kehittämiseen liittyviä arvoja ja ihanteita, kuten tehokkuutta, potilaiden ohjaamista omatoimisuuteen sekä ammattilaisten työtapojen yhdenmukaisuutta. Sosiologisessa mielessä tietojärjestelmät ovat toimintapolitiikan toimeksiannosta syntyneitä työhön

---

<sup>2</sup> Vuonna 2016 kerätty tutkimusaineisto koostuu 38 teemahaastattelusta. Haastateltavista puolet oli tuona ajankohtana uransa alkuvaiheessa, puolet oli jo ”konkareita”, eläkeiän kynnyksellä. Sukupuolijakauma haastateltavien joukossa oli tasainen, mutta toimipaikkojen osalta sairaalalääkäreitä oli jonkin verran enemmän kuin terveyskeskuslääkäreitä (15/10). Muita toimipaikkoja olivat lähinnä yksityiset terveysasemat, ja tällaisia lääkäreitä haastateltiin 13. Kaikki haastateltavat olivat Etelä-Suomesta. Haastateltavien erikoisalojen kirjo oli suuri. Eniten haastateltiin yleislääketieteeseen ja sisätauteihin erikoistuneita lääkäreitä. Haastattelut olivat puolistrukturoituja teemahaastatteluja, joiden pituus vaihteli 40–120 minuuttiin. Aineisto koodattiin Atlas.ti-ohjelmalla haastatteluteemoittain, mutta siitä koodattiin myös aineistolähtöisesti haastateltavien puheessaan esiin nostamia teemoja. Koodi ”teknologia” on tällainen aineistosta tunnistettu koodi, joka esiintyy aineistossa 51 kertaa ja antoi 39 sivua haastattelupuhetta (riviväli 1) yhteensä 25 haastateltavalta.

kohdistuvaa sosiomateriaalista muotoilua, jonka tuloksena syntyvä tietojärjestelmäinfrastruktuuri ajan myötä muuttuu itsestään selväksi toiminnan rakenteeksi, vaikka se aiheuttaisikin tyytymättömyyttä (Bowker & Star 1999; Carroll 2006). Esimerkiksi sitomalla lääkäreiden työnkulut tietojärjestelmäinfrastruktuuriin heidän työnsä ohjataan ja yhdenmukaistetaan niin suhteessa potilaisiin kuin terveydenhuollon muihin ammattilaisiin ja toimijoihin. Voidaankin puhua toiminnanohjauksen standardoinnin logiikasta, jossa ohjauksen auktoriteetti toteutuu tietojärjestelmän avulla (ks. Timmermans & Epstein 2010).

Seuraavaksi tarkastellaan, miten lääkärit kommentoivat teknologiaa, joka liittyy prosessien ja työnsä ohjaukseen. Analyysin keskiössä ovat potilastyötä tekevien lääkäreiden kuvaukset etenkin toimintaohjausta sisältävien potilastietojärjestelmien roolista työtään muokkaavana infrastruktuurina. Eriytyisen kiinnostuksen kohteena on kysymys työnsä ohjauksen autonomiasta sekä laajempi pohdinta siitä, miten toiminnanohjauksjärjestelmien standardoinnin logiikka muokkaa lääkärin kliinistä työtä. Lopuksi vedetään yhteen havaintoja siitä, miten käytännön lääkäreiden työ ja ammattiroolit kliinikoiden näkökulmasta vaikuttaisivat muuttuvan.

## 6.2 RENKI VAI ISÄNTÄ? LÄÄKÄREIDEN KUVAUKSIA TYÖNSÄ OHJAUKSEN DIGITALISAATIESTA

Aineistomme kielteisissä puhe tietojärjestelmistä on peräisin kokeneilta lääkäreiltä. He ovat olleet työelämässä, kun järjestelmiä on otettu käyttöön, ja todistaneet järjestelmiin liittyvät alkuhankaluudet. Järjestelmät näyttävät kuitenkin useinkin edelleen epäluotettavina, ne ovat monimutkaisia, vieraita logiikaltaan ja niihin voi liittyä hankalia toimintakatkoksia. Toisaalta tietojärjestelmistä on tullut sellainen työn infrastruktuuri, jota lääkäri ei voi enää kiertää: *Ne saattaa ne katkokset koskee koko osastoo jolloin koko osaston toiminta saattaa pysähtyä.* Niinpä etenkin konkariensa näkökulmasta tietojärjestelmiin yhdistyy ennustamattomuutta ja häiriöitä. Haastateltavalle tietojärjestelmät ovat jatkuva harmin aihe:

*Sen näkee selkeesti että ne ihmiset jotka näitä suunnittelee ja luo näitä järjestelmiä niin niillä ei oo minkäänlaista lääketieteellistä asiantuntemusta. Että ne tekee semmosia koukkuja ja koukeroita jotka heidän mielestään on hyviä ja toimivia mutta sitten nää käytännön ihmiset ei pysty niiden kanssa elämään. (Kokenut sairaalalääkäri.)*

Lääkärin on sopeuduttava tietojärjestelmän vieraaseen logiikkaan, vaikka häntä turhauttaisi järjestelmän yhteensopimattomuus sellaisen aiemmin käytössä olleiden kliinisen työn jäsenysten kanssa, jotka hän kokee yhä legitimeiksi. Sama haastateltava kuvaa tietojärjestelmiin liittyvän takkuisen

arjen lisäksi myös niiden tuottamaa uudenlaista eroa eri lääkärisukupolvien välillä. Hänen näkökulmastaan nuoremmat lääkärit oppivat järjestelmät nopeasti. He helpommin luottavat kykyihinsä käyttää järjestelmiä, vaikka saattavatkin kritisoida niiden toimintalogiikkaa.

Toinen kokenut lääkäri kuvaa, miten tietojärjestelmän ohjaamana työn fokus helposti siirtyy pois potilaan kanssa tehtävistä asioista. Hän kokee potilaaseen orientoituneet asiat varsinaiseksi työkseen, joka on digitalisaation vuoksi syrjäytynyt. Hänen näkökulmastaan tietojärjestelmät ottavat isännän paikan, ja lääkäri itse on joutunut niiden rengiksi.

*Silloin kun oon aloittanut lääkärinä [...] tietysti oli paljon että kirjoitettiinkin käsin, mutta saneltiin ja muuta. Että se oli se, lääkärin työ oli sitä potilaan kanssa tekemistä, nyt tätä tämmöistä tieto-, mitä nyt tietotekniikka tuo mukanaan, sä printtaat reseptit ja muut ja kaikki tämmöiset näin tai laitat sinne Kantaan näitä asioita ja muita. Se tuo paljon semmoista, se syö sitä sun varsinaista työtä, sitä potilastyötä. (Kokenut yksityislääkäri.)*

Tietojärjestelmän roolia toimintaa ohjaavana asiana eikä niinkään lääkärin työkaluna kuvattiin monissa haastatteluissa. *Lääkäristähän on tullut aikamoinen konekirjoittaja*, kommentoi edellä siteerattu kokenut lääkäri. Nuori terveyskeskuksessa työskentelevä mies koki joutuvansa tekemään sihteerin työtä. Hän vertaa työnsä luonnetta siihen, millaisena lääkärin työ sairaalassa hänelle näyttäytyy. Haastattelusta on luettavissa turhautuminen siihen tapaan, jolla terveyskeskustyö on järjestetty:

*Kyllähän sitä kateellisena kuuntelee aina sairaalassa työskenteleviä kollegoita kenellä on monesti niillä saattaa olla siinä vastaanotolla vieressä sairaanhoitaja joka siinä samalla vastaanoton aikana se varaa puhelinajat ja me varataan ite puhelinajat siis ja jatkohoitoajat. Ehkä se on sellanen mikä on tympinyt viime aikoina [naurahtelua] oikeesti eniten että semmonen sihteerinä toimiminen siis ihan suoraan ja semmosta ihan järjetöntä. (Uran alkuvaiheessa oleva terveyskeskuslääkäri.)*

Useat lääkärit vaikuttavat turhautuneilta puhuessaan tietojärjestelmien roolista työnsä ohjaajana. Uran alkuvaiheessa olevat lääkärit puhuvat järjestelmien teknisiä ongelmia enemmän järjestelmiin sisältyvistä toiminnanohjaustehtävistä. Järjestelmissä lääkäreiltä usein edellytetään tilastointiin tarvittavaa dokumentointia. Tällaiset suorasta potilastyöstä irralliset tehtävät näyttävät lääkäreiden omasta lääkärieetoksesta käsin työn ulkopuolisilta rutiinitehtäviltä, joita aiemmin on tehnyt avustava henkilökunta. Tästä näkökulmasta toiminnanohjaus tuottaa kokemusta deprofessionalisaatiosta. Lääkärit kokevat, ettei heille tullut paperityö vastaa



heidän koulutustaan vaan vie työn fokuksen muualle, nimenomaan ei-toivottuun suuntaan. Tämän kokemuksen voisi ajatella olevan yhteydessä arvokkuuden ja arvostuksen kokemuksiin, joita tarkastellaan luvussa 2. Näyttäytyminen kollegoiden tai muiden viiteryhmiensä silmissä ”konekirjoittajana” voi johtaa siihen, että työn mielekkyys myös omilla silmissä kärsii. Turhautuneisuus paistaakin haastateltavien sananvalinnoista. Seuraavassa puhuu Pirkanmaalla terveyskeskuksessa työskentelevä nainen.

*Nykysellään lääkärit tekee tosi paljon tämmöstä sihteerihommaa, tietokoneen kanssa näpytellään sitä sun tätä, tehdään tilastointeja mitkä mun mielestä on tavallaan tosi tärkeitä että jos niistä saatas jotain dataa mistä saatas, parannuksia... Mutta sitten musta tuntuu että se tilastointikin on niin kirjavaa että siitä ei oikeesti saada luotettavaa dataa. Sitten taas että jos, sanotaan että, työajasta menee iso osa siihen, että sä tilastoit tai klikkailet jotain omasta mielestä siihen potilastyöhön liittymätöntä ja turhaa, niin kyllä sekin vähän motivaatiota syö. Se on yks semmonen haaste, mihin liittyy vahvasti noi tietojärjestelmät, että ne nyt aina vois varmasti toimia paremmin. Tai meillä ainakin toi Pegasos on yks iso vitsi [naurahtaa] aina tai semmonen [...] että, siis sehän sanotaan niin että mikä tahansa niistä on hyvä niin kauan kun se toimii mutta sitten kun siinä on jotain ongelmaa ja hirveesti just klikkailua ja, tämmöstä, se rullaa ja hakee ja hidastuttaa niin semmonen on sen oman työn tekemisen kannalta kauheen, ärsyttävää. Sä seurustelet sen koneen kanssa ja on se, kuulemma potilaittenkin mielestä ärsyttävää. (Uran alkuvaiheessa oleva terveyskeskuslääkäri.)*

### **6.3 DIGITAALINEN TRIAGE JA SAIRAANHOIDON LUOKITTELUT**

Triage on yksi sairaanhoidon järjestämisen vanhimpia käsitteitä, joka on jäljitetty välskäreiden työhön Napoleonin taistelukentille. Yksinkertaisuudessaan sana tarkoittaa klinikon tekemää potilaiden lajittelua hänen arvioidessaan hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä. Käytännössä klinikko arvioi, miten kiireellisesti vammat vaativat hoitoa: heti, kiireellisesti vai kiireettä. Logiikkaan sisältyy myös neljäs kategoria: ne, joiden vammoja voidaan seurata ja olettaa, ettei hoidon tarvetta välttämättä ole (Nakao ym. 2017). Tämä sairaanhoidon tarpeen arviointia ohjaava luokittelun ja priorisoinnin logiikka on levinnyt akuuttilääketieteestä yhä laajemmalle – vastaahan se myös julkis palveluiden perusongelmaan siitä, että resurssit ovat rajalliset mutta palvelujen kysyntä potentiaalisesti rajatonta. Byrokraattinen palveluntarpeiden erottelu palvelee resurssien niukkuuden kanssa kamp-

pailevia organisaatioita monella tapaa auttamalla luokittelemaan asiakkaita ainakin potentiaalisesti kestäväällä tavalla, jos henkilökunnalla on mahdollisuus ja tarvittavat taidot yksilölliseen harkintaan (Lipsky 1980, 106–107). Tällaisista niin kutsutuista katutason byrokraatioista kirjoittanut organisaatiososiologi Michael Lipsky (1980, 107) on varoittanut, että byrokraattiset palveluntarpeiden luokittelujärjestelmät helposti kääntyvät palvelemaan enemmän työn järjestämisen tarpeita kuin optimaalista resurssien käyttöä.

Tietojärjestelmien kasvava rooli terveydenhuollossa on uudistanut triagen käytäntöjä. Termi digitaalinen triage viittaa digitaalisen tiedon, tekoälyn ja tietojärjestelmien käyttöön perustuvaan hoidon tarpeen arviointiin. Haastattelujen pohjalta vaikuttaisi siltä, että digitaalisen triagen käyttöönotto palvelee usein palveluiden uudelleen järjestelyjä. Tällöin korostuu edellä mainittu neljäs kategoria, eli osa palveluihin pyrkivistä ohjataan itsehoitoon ja siten kontaktia ammattilaiseen tai ainakaan lääkäriin ei synny. Seuraavassa sitaatissa kokeneen psykiatrin puhe kevyempioireisista potilaista tuo mieleen vanhojen ihmisten hoivan uudistukset vuosituhanen vaihteessa, kun ”kevyttarpeiset” vanhat ihmiset rajattiin julkispalvelujen ulkopuolelle. Kevyttarpeisuudella viitattiin tuossa yhteydessä yhtäältä lääketieteellisiin kriteereihin, toisaalta järjestelmän resursseihin (Henriksson & Wrede 2008; 2012). Palveluja voidaan suunnata uudelleen yhdistämällä näyttöön perustuvan lääketieteen perusteluja hallinnon uusliberaaleihin, tehokkuutta ja taloudellisuutta painottaviin rationaliteetteihin (Henriksson & Wrede 2008; myös Mykhalovskiy ym. 2020, 14). Käytännön lääkäri voi kokea uudelleen järjestetyissä palveluissa ulkopuolisuutta, kun lääkärin rooli hoidon tarpeen määrittelijänä kaventuu. Vaikka haastateltavat usein eivät kyseenalaistaneetkaan priorisoinnin tarvetta, suhtautuivat kehitystä kommentoineet haastateltavat siihen varauksella. Seuraavassa asiaa pohtii psykiatri:

*Säästöpainet [...] silloin etsitään tietysti kaikkia mahdollisia kevyempiä systeemejä. Tällä hetkellä täällä ollaan kehittämässä [...] ainakin juhlapuheissa puhutaan e-arvopalveluista [...] että on erilaisia itsehoitomateriaaleja olemassa netissä ja kirjakaupassa. Ja, voidaan mahdollisesti jonain päivänä toivon mukaan Skypettää potilaille. Ja, on erilaisia hoito-ohjelmia mitä voidaan toteuttaa sähköisesti. [...] Vähän kevyempioireisille potilaille kun mitä täällä on, niin ne voi soveltua ensivaiheen hoidoksi ihan hyvin. (Kokenut sairaalalääkäri.)*

Itse potilaaksi joutunut toinen kokenut sairaalalääkäri pohdiskeli omien kokemustensa pohjalta ”kaukoputkien kautta” tapahtuvaa hoitamista, jonka kohteeksi haastateltava koki joutuneensa sairastuttuaan äkillisesti. Hän kommentoi potilasnäkökulmasta, millaisena sähköisten potilasaineistojen pohjalta työtään tekevien lääkäreiden toiminta voi näyttäytyä potilaalle. Tässä

siteeratun osion jälkeen hän toteaa, ettei olisi selvinnyt itsehoidosta ilman sitä asiantuntemusta, jota hänellä lääkärinä on.

*En tiedä mihin suuntaan se loppujen lopuksi johtaa sitten lääkärin työn, mutta sen tiedän, että tässä hoidon käynnistämiseen liittyvässä arvioinnissa mitä tulevaisuuden terveysasemilla tullaan tekemään, niin osa tapahtuu ihan puhtaasti lääkärin työnä sähköisesti. Eli hän näkee vaan sen materiaalin ja sillä hyvä. Voihan se olla, että tämä oli jo ensimmäistä kertaa käytössä munkin kohdalla vuosi sitten kun mulla oli [anonymisoitu sairaus]. Menin [anonymisoitu] päivystykseen ja sain siellä kyllä tutkimuksen. Ja sitten sain lähetteen magneettiin. Olin kipee kylläkin. Olin aika monta päivää kipee. Sieltä tuli sitten mulle kotiin, [anonymisoidun klinikan] loppulausunto. Mä en itseasiassa neljä kuukauteen nähnyt yhtään [anonymisoidun alan] erikoislääkäreitä. En nähnyt itseasiassa koko [anonymisoitu] poliklinikkaakaan, mutta loppulausunto tuli, jossa todettiin että [anonymisoitu ongelma] hoituu itsestään. Ja jos, kipuja on niin voi hakeutua lääkäriin. Se oli mun elämänohjeeni sieltä. Eli kaikki tapahtui kaukoputkien kautta. (Kokenut sairaalalääkäri.)*

## **6.4 LÄÄKÄRI TYÖNKULKUJEN OHJAUKSEN JA HOIDON STANDARDINNIN RISTIPAINEESSA**

Sosiologinen tutkimus on tunnistanut kliinisen lääkäriyön yhdenmukaistamisen sekä profession omassa piirissä esiintyväksi pyrkimykseksi että yhteiskunnan eri toimijoiden toteuttamaksi ohjaamiseksi (Håland 2012; Waring 2007). Erityisesti näyttöön perustuvan lääketieteen nousun merkitystä kliinisen toiminnan yhdenmukaistajana on pidetty keskeisenä. Yleislääkärin työtä ja perusterveydenhoitoa koskevaa standardointia tutkineet amerikkalaiset sosiologit John McKinlay ja Lisa Marceau (2008) tulkitsevat hoitosuosittelun vähentävän yleislääkäriyön merkitystä ja jopa voivan johtaa ammattiroolin häviämiseen pitkällä aikavälillä. Tästä tulkinnasta erimieliset amerikkalaistutkijat painottavat lääkärikunnan vahvaa kulttuurista auktoriteettia ja kykyä sopeutua uusiin olosuhteisiin ja katsovat niiden auttavan professiota säilyttämään ammattikunnan vahvan aseman myös yleislääketieteessä (Timmermans 2008; Timmermans & Oh 2010). Nämä kommentaattorit kuitenkin puhuvat lääkärikunnasta usein yleisesti, eivätkä tutkijat tähän mennessä ole huomioineet toiminnanohjauksen ja potilastietojärjestelmien yhteyttä. Tutkijoiden on myös ollut vaikea ennakoita tietojärjestelmien ja älylaitteiden nopeaa kehitystä. Toiminnanohjausta mahdollistavien yksittäisten organisaatioiden rajat ylittävät tietojärjestelmät ovat nopeassa tahdissa muuttaneet terveydenhuollon tietojärjestelmä-

infrastruktuuria tavoilla, joita tutkijat eivät yleisesti ole kyenneet ennakoimaan. Tästä syystä aiempi tutkimus tarjoaa niukalti havaintoja siitä kliinisen työn työkulujen autonomian muutoksesta, jota tässä luvussa on kuvattu.

Aineistossa toistui usein toteamus, että tietojärjestelmien toimiminen on nykyään edellytys ylipäättään lääkärin työnteolle. Jos keskeinen tietojärjestelmä on ”kaatunut”, ei potilastyötä voida normaalisti tehdä. Lääkärit eivät vaikuta kokevan omistajuutta suhteessa potilastietojärjestelmiin. He havainnoivat järjestelmiä kriittisesti, kommentoivat niiden vierautta työnsä näkökulmasta ja kuvaavat tekevänsä paljon sellaista työtä, joka ei palvele heidän ydintehtäväkseen kokemaansa työtä. Tietojärjestelmän sanelemia työkuluja ei ole mahdollista omatoimisesti muokata tai väistää. Etenkin perusterveydenhuollossa toimivat lääkärit havainnoivat, miten digitalisaation synnyttämä kolmas pyörä muokkaa potilaskontaktia, ja tulkitsevat sen voivan nakertaa lääkärin auktoriteettia potilaan silmissä. Kokenut haastateltava pohti, näyttäytykö hoidon kannalta oleellinen tieto lääkärin tietona vai tietokoneen avulla löydettyinä. Lääkäri voi potilaan silmissä näyttää olevan sekä käytännöllisesti että symbolisesti riippuvainen tietokoneestaan, kun taas lääkäri itse voi kokea olevansa ”huonojen tietojärjestelmien” kuormittama (ks. myös tämän raportin luku 4).

Tietojärjestelmäinfrastruktuurin merkitys on kuitenkin syvällisempi asia kuin kapea kysymys tietojärjestelmien toimivuudesta. Suomessa valtion toimintapolitiikalla on keskeinen rooli lääkäriyön määrittelijänä. Tietojärjestelmiin perustuva toiminnanohjaus on otettu käyttöön poliittisin päätöksin. Se tuo lääkäriyön standardointiin uudenlaisen dynamiikan, koska se asettuu arkista työtä käsikirjoittavaksi infrastruktuuriksi. Useat haastateltavat ovat reagoineet työtään koskevaan automatisoituun tehostamiseen, joka karsii työstä lääkärin itse tärkeänä ja arvokkaana pitämiä elementtejä. Tämän aineiston pohjalta työkulujen autonomia vaikuttaisi kapenevan sekä terveyskeskustyössä että sairaalatyössä. Toiminnanohjaukseen rakennettu luokittelu, digitaalinen triage, luo kategorioita, joiden avulla lääkärin työpanosta rajataan aiempaa tiukemmin. Tässä aineistossa uudenlaiset rajaukset liittyivät useantyyppisiin potilasryhmiin. Esimerkiksi psykiatrian ”kevytoireiset” potilaat, hoitojen jälkeisessä seurannassa olevat hyväennusteiset syöpäpotilaat ja muut itsehoitoon soveltuviksi määritellyt erikoissairaanhoidon potilaat ohjataan käyttämään digitaalisia järjestelmiä omatoimisesti.

Toiminnanohjauksen avulla toteutettua priorisointia kommentoivat lääkärit myös pohtivat sen vaikutuksia lääkäreiden rooliin terveydenhuollossa. Etenkin ”papereiden” pohjalta potilaita hoitava, potilaalle näkyvätön lääkäri voi ammattikunnan sisälläkin näyttäytyä kasvottomana asiantuntijana ja tällainen työtapa vallitsevana toimintatapana epämieluisena. Lääkäreiden uusia teknologioita koskevissa lausumissa viitataan usein vuorovaikutuksen merkitykseen lääkäriyössä, koska vuorovaikutus digitalisaation vuoksi vaikuttaisi jäävän muiden tavoitteiden varjoon. Kokemus potilaslääkärisuhteen jäämisestä toissijaiseksi ei ole yllättävä. Järjestelmien

kehittäjille kliinisen työn ohjaukseen limittyvän tietohallinnon prosessin keskiössä ovat ylätason tieto potilasväestöstä ja hoitoon käytetyistä resursseista sekä muut hallintonäkökohdat, ei lääkäri-potilasvuorovaikutus (Vuokko ym. 2011, 23–26). Voidaankin sanoa, että toiminnan-ohjausjärjestelmät ohjaavat ja yhdenmukaistavat suhdetta ammattilaisen ja terveydenhuoltojärjestelmän välillä ja lisäksi myös määrittävät kansalaisen suhdetta terveydenhuoltojärjestelmään.

Kuvauksiin lääkäriyöstä liittyy usein eräänlaista romantiikkaa. Sekä potilaat että lääkärit itse voivat haluta nähdä lääkärin roolissa sankaruutta, sillä kyse on ammatista, jossa ollaan usein perimmäisten tai ainakin potilaan elämänlaadun kannalta tärkeiden kysymysten äärellä. Kaikki lääkärin työ ei kuitenkaan näyttäydy erilaisille yleisöille yhtä sankarillisena. Toiminnan-ohjaus voi osaltaan vahvistaa potilaan silmissä kuvaa lääkäristä byrokraattina, jonkinlaisena terveydenhuollon kirjuriina, joka kirjaa diagnoosit, määrää lääkityksen ja tekee tarvittavat todistukset yhteiskunnan instituutioille.

Tieto-järjestelmien viimeaikainen kehitys perustuu ajatukseen toiminta-prosessien rooliasta, ja tämä logiikka tuottaa klinikon työhön tietojärjestelmän tahdittaman ”roolityön” ulottuvuuden. Toiminnanohjauksen näkökulmasta ammattihenkilö voi olla ”hoidon toteuttamisvastuussa oleva”, ”hoidon toteuttamiseen osallistuva”, ”palvelun antaja” tai jotain muuta prosessiin liittyvää (ks. Vuokko ym. 2011, 26). Käsikirjoituksesta useimmiten lääkäriä vähemmän tietävälle potilaalle lääkärin työ voikin näyttäytyä raamitettuna tietotyönä, jonka keskeinen väline, tietokone, asettuu kolmanneksi pyöräksi kliiniseen vuorovaikutukseen. Kokenut sairaalalääkäri kuvaili koneiden valtaa vuorovaikutusta muuttavana tekijänä: *Kaikenlaisten koneitten, siis koneitten ja laitteiden ja siis tarkoitan tämmöstä tietoteknistä, asiakirjahallintaa ja tietojärjestelmien hallintaa ne on tullut ikään kuin, potilaan ja lääkärin väliin.* Useat haastateltavista tunnistivat toiminta-kontekstista riippumatta tällaisen vuorovaikutuksen muutoksen. Monen kokeneen haastateltavan mielestä työpäivän kulku on muuttunut ja tietojärjestelmätyö on tullut potilastyön rinnalle paljon aiempaa potilas-tietojen kirjaamista isommaksi elementiksi. Usein ”paperitöiden” nimellä kulkevat tehtävät ovat haastateltavien puheessa paitsi iso myös kuormittava osa työpäivää.

Tässä luvussa on kuultu kriittisiä ääniä lääkäreiltä itseltään: työ tuntuu liiaksi yhdenmukaistuvan ja lääkäri etäännyvän potilaskontaktista. Lääkärit pohtivat esimerkiksi sitä, miltä potilaista tuntuu heille usein sälytetty vastuu seurata ja tarkkailla omaa vointiaan, kun vaivan ei katsota edellyttävän ammatillisen sairaanhoidon mukanaoloa. Kokeeko potilas oloaan turvalliseksi, kun tarkkailu ja valvonta tapahtuu ”kaukoputken kautta” etähoitona, jossa potilaan kuuluu olla aktiivinen osapuoli?

Digitalisaation tuoma lääkäriyön muutos ei toki ole haastateltaville pelkästään kielteinen. Sujuvampi tiedonkulku ja hoidon parempi kohdistuminen sitä eniten tarvitseviin voivat avata uusia mahdollisuuksia. Erityisesti yleislääkärit nostivat esiin uudenlaisia toivottuja rooleja

esimerkiksi potilaan elämänmuutoksen sparraajana. Järjestelmien kehityksessä työstä voidaan toivoa katoavan tylsiä rutiineja. Optimismia vaikuttaisi laimentavan tunne siitä, että suhde potilaisiin jää etäiseksi ja työtä tehdään yhä enemmän tietokoneen äärellä applikaatioiden ottaessa aiemmin tärkeiksi miellettyjä rooleja esimerkiksi seurantakäynneissä.

Haastattelujen pohjalta lääkäriytyöstä on tunnistettavissa jännite yhtäältä työn tehostamisen ja toisaalta digitalisaation hyödyllisten ulottuvuuksien välillä ja lisäksi joidenkin töiden osalta byrokraattisen roolin vahvistuminen. Aineistossa korostui terveyskeskuslääkäreiden ja toisaalta psykiatrien huoli työkulkujensa ohjauksen tiukkuudesta. Joustavuuden puute työjärjestelyissä tekee näille lääkäreille vaikeaksi mieltää omaa työtään vahvan ammatillisuuden kautta. Tällainen työn byrokraattisuus vaikuttaisikin olevan erityinen kuormittavuuden lähde. Huoli lääkäriytyön byrokratisoitumisesta on tärkeä urajärjestelmien sosiaalisen kestävyuden näkökulmasta. Oman työn kokeminen liian sidotuksi ja byrokraattiseksi vaikuttaisi olevan voimakas kimmoke miettiä työpaikan tai jopa alan vaihtoa.

## 7 YHTEENVETO: LÄÄKÄRIT ERIYTTÄVIEN URAJÄRJESTELMIEN ASKELMILLA

Johdannossa esittelimme ajatuksiamme lääkäriyön sosiaalisesta kestävydestä. Edellisten lukujen tuloksia voi pohtia tästä näkökulmasta. Toteutuvatko ammatillinen kasvu ja toimijuus sekä työsuojelu? Onko lääkäreillä käytännössä tasavertaiset mahdollisuudet etsiä mieluisiin töihin ja toimia työssään ammatillisten arvojensa ja tavoitteidensa mukaisesti ilman kokemusta epäoikeudenmukaisuudesta tai ylikuormituksesta? Jos tällaiset työhön kohdistuvat odotukset eivät toteudu, työhön liittyvä psykologinen sopimus vaarantuu ja ammattilaisten sitoutuminen työhönsä voi heikentyä vahingollisella tavalla (Mitra ym. 2022).

Esitimme johdannossa myös, että lääkäreiden urajärjestelmien sosiaalista kestävyttä on tarkasteltava paitsi lääkäreiden omalta kannalta myös suhteessa potilaisiin ja lääkärikunnan yhteiskunnalliseen tehtävään. Lääkärikunta edustaa tulotasoltaan yhteiskunnallista eliittiä ja käyttää valtaa monella tavalla. Sen vuoksi onkin tärkeää tutkia tilanteita, joissa lääkärin toimijuuteen kohdistuu rajoituksia tai lääkäri kokee ammattietiikkansa mukaisen työn tekemisen olevan uhattuna. Lisäksi on tärkeää tutkia, millaisiin arvoihin, etuihin ja intresseihin lääkärit ovat sitoutuneita.

Etenkin Yhdysvalloissa viime vuosikymmeninä tehty tutkimus on tarkastellut lääkäreiden professionaalista asemaa ja ammattikunnan sisäistä kehitystä. 1970- ja 1980-lukujen tutkimus ennusti lääkäriammatin ”proletarisoituvan”, kun työ yhä useammin sijoittuu suuriin organisaatioihin. Amerikkalais sosiologi Eliot Freidson (1994) kuitenkin piti kehitystä pikemminkin lääkärikunnan sisäisenä uudelleenjärjestymisenä. Freidsonin mukaan terveydenhoitojärjestelmän uudet organisointitavat tuottavat lääkärikunnan sisään uudenlaisia eliittejä ja siten uudelleenjärjestymistä eikä professionalismin kokonaisvaltaista purkautumista. Tietoeliittien rinnalle syntyy uusia hallinnollisia eliittejä, jotka johtavat rivilääkäreiden työtä. Frederick Haffertyn ja Donald Lightin (1995) mukaan rivilääkäreiden työympäristöistä osa ei ole vain neutraali eliitin hallinnan kohde vaan ammatillista periferiaa. Ammattikunnan sisäinen uudelleenjärjestymisen on sidoksissa toimintaympäristöihin ja niitä koskevaan toimintapolitiikkaan (Waring 2014).

Tämän tutkimuksen valossa terveydenhuollon johtamiseen liittyvät hallinnolliset asemat eivät kuitenkaan Suomessa näyttäyty yksiselitteisesti eliittiasemina. Havaintojemme perusteella terveyskeskuksissa johtajien työhön näyttää liittyvän enemmän arvostusta (ks. luku 2) ja uran edistämisen mahdollisuuksia (ks. luku 4) kuin muiden terveyskeskuslääkäreiden työhön mutta ei välttämättä merkittävästi suurempaa kykyä toteuttaa lääkärin työhön liittyviä ammatillisia arvoja ja tavoitteita (ks. luku 4). Sairaaloissa johtajalääkäreiden työhön ei liity arvostusta eikä kykyä toteuttaa ammatillista

arvoja ja tavoitteita (uran edistämistä lukuun ottamatta) enempää kuin muiden sairaalalääkäreiden työhön (luvut 2 ja 4). Kummatkaan tehtävät eivät myöskään vaikuta erityisen suljetuilta, mikäli indikaattorina käytetään esimerkiksi sosiaalisia siteitä lääkärikunnan sisällä. Lääkärivanhempien lasten todennäköisyys päätyä sairaaloiden johtaviin asemiin on itse asiassa ollut muista taustoista tulevia lääkäreitä keskimäärin pienempi. Miehet toisaalta ovat nousseet naisia useammin johtavaan asemaan sekä terveyskeskuksissa että sairaaloissa. (Luvut 2 ja 3.)

Hallinnollisesti johtavassa asemassa työskentelevät lääkärijohtajat eivät siten varsinkaan sairaaloissa vaikuttaisi olevan eliittejä ainakaan kaikissa eliitin merkityksissä. Siten amerikkalaiset tulkinnat terveydenhuoltoorganisaatioiden byrokratisoitumisesta ja hallinnollisten eliittien noususta vaativat tarkempaa pohdintaa (ks. myös Waring 2014). Yksi mahdollinen tulkinta on, että lääketieteen, lääketeollisuuden ja terveydenhuollon globalisaatio on paikallisten organisaatioiden hallintoeliittien asemasta vahvistanut ja uudelleen järjestänyt lääkärikunnan tietoeliittejä ja niiden verkostoja. Tällaisten ylijärjestyksellisesti verkottuvien eliittien työkaluina näyttäytyvät esimerkiksi näyttöön perustuva lääketiede ja kansainvälisesti markkinoidut tietojärjestelmät, joihin kiinnittyvä hallinta tekee ”rivijohtajalääkäreistä” rivilääkäreiden tapaan ohjaamisen kohteita, ei toimijoita (ks. Seabrooke & Henriksen 2017; Timmermans & Epstein 2010). Tässä tutkimuksessa käytetyt aineistot eivät tavoita ylijärjestyksellisesti toimivia lääkärieliittejä.

Kontrastointi kansainväliseen tutkimukseen antaa muitakin kiinnostavia huomioita. On esimerkiksi ilmeistä, ettei lääkärikunnan sisäinen eriytyminen Suomessa ole kansainvälisessä tutkimuksessa esitettyjen uhkakuvien kaltaista, mutta kuten raporttimme osoittaa, on Suomessakin terveydenhuollon urajärjestelmissä lääkäreiden asemaa ja työtä eriyttäviä piirteitä. Tästä syystä on tärkeää tarkastella lääkäriä paitsi poikkileikkausten avulla myös työurien näkökulmasta. Puhumme lääkärin työstä raportissa usein urana nimenomaan uralla etenemismielessä, jolloin voi ajatella hierarkiamielessä staattisten urapolkujen olevan monelle lääkärille ammatillisten toiveiden vastainen tilanne. Pitkälle koulutettujen ammattilaisten työuraan liittyvään psykologiseen sopimukseen (Baruch & Rousseau 2019; Mitra ym. 2022) on perinteisesti kuulunut uralla etenemisen mahdollisuus. Lähes jokainen lääkäri joutuu jollain tavalla ottamaan kantaa uralla etenemisen mahdollisuuksiin, ja tutkimuksemme perusteella sekä terveyskeskus- että sairaalalääkärit vaikuttavat Suomessa tavoittelevan – muiden tavoitteiden ohella – myös uralla etenemistä ja kollegoiden arvostusta (ks. luku 4). Monenlaiset sosiaaliset dynamiikat sääntelevät sitä, kuka näissä tavoitteissa onnistuu ja kuka ei. Vuosina 1988–2013 yli viidennes nuorista lääkäreistä katsoi, ettei juurikaan saanut työlleen arvostusta toisten erikoisalojen kollegoilta (luku 2).

Olemme tässä tutkimuksessa tarjonneet monisärmäisen sosiologisen analyysin lääkäriä jännitteistä ennen muuta kliinistä työtä tekevien



lääkäreiden näkökulmasta. Olemme pyrkineet ymmärtämään ammattikunnan sisäistä eriarvoisuutta ja sen dynamiikkaa etenkin eriarvoisuuden ilmentymistä käsin. Vanhastaan sosiologit pitivät lääkärikuntaa varsin homogeenisenä ammattikuntana. Vaikka sosiologit ovat havahtuneet lääkärikunnan sisäiseen uudelleenjärjestymiseen (Freidson 1994; Hafferty & Light 1995), oletetaan lääkärit silti useimmiten vahvoiksi ammattilaisiksi, joilla on niin paljon valtaa työhönsä, että he lähtökohtaisesti ovat ammatinvalintaansa tyytyväisiä, saavat valitsemastaan urasta tyydytystä ja aikovat jäädä valitsemalleen alalle (Hoff ym. 2002). Lääkäreiden työssä ja ammatissa viihtymisen ongelmia käsittelevä tutkimus on paljolti keskittynyt yksilökeskeisiin näkökulmiin, kuten taloudellisiin palkkioihin liittyvään tyytymättömyyteen tai kuormittuneisuudesta johtuvaan loppuun palamiseen (Hoff ym. 2002; Mitra ym. 2022).

Aiemman tutkimuksemme jättämät avoimet kysymykset liittyivät erityisesti lääkäriyön toimintaympäristöihin ja lääkärikunnan sisäiseen eriytymiseen, ei niinkään lääkäreiden välisiin yksilötason eroihin (Wrede ym. 2017). Halusimme tässä jatkotutkimuksessa tarkastella lääkäreiden omasta näkökulmasta erilaisia työuria ja asemia. Meitä kiinnosti selvittää, millaisia asioita on koetun arvostuksen puutteen taustalla. Halusimme myös ymmärtää paremmin, millaisena lääkäriyö erilaisille lääkäreille näyttäytyy. Lääkäreiden työurien ja niihin liittyvän sosiaalisen eriarvoisuuden tarkastelun ohella meitä alkoivat kiinnostaa lääkäreiden ammatillisen toimijuuden ehdot ja ne tavat, joilla työympäristöt konkreettisesti muokkaavat työtä ja toimijuutta.

Seuraavaksi tarkastelemme lyhyesti tutkimuksemme sosiologista taustaa, jonka jälkeen pohdimme ammattikunnan sisäisiä kulttuurisia jännitteitä.

## **7.1 AMMATTIKUNNAN UDELLEENJÄRJESTYMINEN JA HIERARKIAT**

Keskustelukumppaneita sosiologisille kysymyksenasetteluillemme on löytynyt etenkin Yhdysvalloista, jossa tutkijoita on kiinnostanut lääkäriprofession uusien ryhmien aiempaa rajatumpi kliininen ja ammatillinen autonomia ja siihen liittyvä lääkäriyön muutos. Johdannossa esitellyin käsittein tällaisia ryhmiä voisi luonnehtia ammatillisesti perifeerisiksi suhteessa lääkärikunnan eliitteihin. Yhdysvalloissa yksi tällainen ryhmä on sairaaloissa palkattuina toimivat yleislääkärit. Heitä tutkineet Timothy Hoff ja hänen tutkijakollegansa (2002) painottavat organisaation muodostaman työkontekstin merkitystä tällaisessa asemassa oleville lääkäreille. Tärkeitä ovat etenkin työpaikan työhön suoraan liittyvät sosiaaliset verkostot ja suhteet, jotka vaikuttavat taloudellisia tekijöitä selkeästi enemmän näiden sairaalalääkäreiden työssä viihtymiseen. Sosiaaliset tekijät jopa vähentävät tai kompensoivat tyytymättömyyttä palkkauksen puutteisiin. Työympäristön sosiaaliset tekijät myös tukevat työssä viihtymistä ja edistävät valitulla työuralla pysymistä (Hoff ym. 2002, 85). Vastaavasti työympäristöön voi

liittyä tekijöitä, jotka rajaavat mahdollisuuksia sosiaalisiin suhteisiin ja verkostojen syntyyn ja ylläpitämiseen.

Tässä tutkimusraportissa ovat useassa kohdin nousseet esiin perusterveydenhuollossa tehtävän lääkäriyön organisaation ongelmalliset piirteet. Yleislääkärin työn muuta lääkäriyötä vähäisempi arvostus on yleiseurooppalainen ilmiö ja kuten tämänkin raportin luku 2 osoittaa, myös pitkän historian omaava ilmiö. Yleislääkärin työtä tarkastellut vertaileva tutkimus korostaa työssä viihtymistä tuottavina tekijöinä lääkärin autonomiaa järjestää arkista työtään omien toiveidensa mukaan, mahdollisuutta saada tukea työlleen ja osaamiselleen muilta ammattilaisilta sekä mahdollisuutta ylläpitää hyviä potilassuhteita (Le Floch ym. 2019, 100–101). Hyvät potilassuhteet, kollegoiden työn tukeminen ja julkisen sektorin palvelueetos vaikuttavat tärkeiltä myös suomalaisille yleislääkäreille (ks. luku 4).

Terveystenhoitojärjestelmien muutossuunnat kuitenkin heikentävät yleislääkäreiden mahdollisuuksia toteuttaa ammatillisia arvojaan ja tavoitteitaan. Monissa organisaatioissa toiminnan tehostaminen muuttaa lääkäreiden kontaktin potilaaseen potilassuhteesta potilaskohtaamiseksi (tämän raportin luku 6; myös Potter & McKinlay 2005). Tässä raportissa on myös kuvattu organisaatioiden pyrkimyksiä standardoida lääkäriyötä (luku 6). Tuore tutkimus esittää tällaiseen kehitykseen ja muuhun lääkäriyön muutokseen viitaten, että lääkäreiden työurat ylimalkaan ovat muuttuneet aiempaa epävarmemmiksi (Mitra ym. 2022).

Tässä raportissa olemme esittäneet havaintoja työurista, lääkäriammattiin liittyvästä toimijuudesta ja lääkäriyön tekemisestä sekä arjen muotoutumisesta terveydenhuoltojärjestelmän muodostaman infrastruktuurin muokkaamana. Olemme korostaneet muun muassa digitaalisin välinein toteutetun toiminnanohjauksen tuottamaa lääkärin vähäisempää autonomiaa. Standardoidut työnkulut ovat yksi esimerkki siitä, miten organisaatioiden kehitys muuttaa kliinistä lääkärin työtä. Muuttavatko ne tulevaisuudessa urajärjestelmien työurille muodostamaa maisemaa esimerkiksi tekemällä yleislääkäristä terveystyöbyrokratin vailla professionaalista autonomiaa?

## **7.2 AMMATTIKUNNAN ERIARVOISTAVIA JÄNNITTEITÄ**

Viittasimme johdannossa siihen, että urajärjestelmät ovat yhteydessä yhteiskunnalliseen eriarvoisuuteen. Organisaatioissa esiintyvää eriarvoisuutta teoretisoinut sosiologi Joan Acker (2006) painotti, että organisaatioiden valtdynamiikka on historiallisesti muotoutunut ja sitkeästi uusiutuva. Lisäksi työorganisaatiossa toimivat ihmiset ovat monin tavoin sidoksissa työorganisaatioiden ulkopuolisiin rakenteisiin (Acker 1990). Muutosta toki tapahtuu, mutta kun toimintaympäristöt ovat kompleksisia, ovat valtarakenteiden muutokset usein eritahtisia ja jännitteisiä. Lääkäriammatti ja siihen liittyvät yhteiskunnalliset ilmiöt ovat hyvä esimerkki tällaisesta

vuosisatojen saatosta syntyneestä instituutiosta, jonka sidokset muihin yhteiskunnallisiin instituutioihin, kuten valtioon, yliopistolaitokseen, terveydenhuollon eri organisaatioihin ja perheinstituutioon, ovat monimuotoisia ja dynaamisia.

Historiallisia valtarakenteita uusintavia toimintatapoja voisi luonnehtia ammattikulttuurisiksi jännitteiksi, jotka syntyvät professioiden lähtökohteisesti hierarkkisesta sosiaalisesta järjestyksestä (Waring 2014). Kun Suomessa terveyspolitiikka edellytti niin kutsuttuun avohuoltoon suuntautuvia lääkäreitä, luotiin koulutuksen keinoin uusi ryhmä. Sosiaaliselta taustaltaan aiempaa alemmasta yhteiskunnallisesta asemasta tulevien lääkäreiden ajateltiin tavoittelevan muita ammatillisia arvoja kuin etenevää uraa (Vuolio 1992). Lääkärikunnan kasvua ovat myöhemminkin ohjanneet eriarvoistavat pyrkimykset. Kun 1960-luvulta alkaen uudet kansanterveyttä painottaneet terveyspoliittiset linjaukset edellyttivät isoa joukkoa yhteiskunnallisemmin orientoituneita lääkäreitä, suunnattiin rekrytointia silloinkin tarkoituksellisesti varsinkin maaseudun ylioppilaisiin. Valtion johdolla eliittiammattikunnasta leivottiin hyvinvointivaltion ammattia. Tärkeä keino tähän pyrittäessä oli lisätä nopeasti lääkäreiden lukumäärää laajentamalla lääkärikoulutusta perustamalla neljä uutta tiedekuntaa 1960-luvun loppuun mennessä (Aalto 2016, 318–321). ”Lääkärikasvatusta” tutkinut Sari Aalto (2016) on kuvannut tätä yhteiskunnallistumista lääkäriammatin modernisaatioksi.

Pienilukuista eliittiammattikuntaa leimannut kiltamaisuus ei silti lääkärikunnasta tyystin kadonnut. Eliittipositioiksi vaikuttaisi vakiintuneen Etelä-Suomen sairaalalaitos sekä niin kutsutut vanhat yliopistot Helsinki ja Turku (Aalto 2016; Rinne & Jauhiainen 1988). Kiltamaisuuden merkityksen säilymisen voi ajatella näkyvän myös alalle valikoitumisessa. Luvun 3 havainnot osoittavat, että läheisten kuuluminen lääkäriyhteisöön vaikuttaa työurien muotoutumiseen. Osalle lääkäreistä ammatti voi yhä olla ylisukupolvisesti periytyvä toimeentulon hankkimisen muoto ja yhteiskunnallinen asema. Perhesitein lääkäriyhteisöön kiinnittymisen merkitys urapolulla etenemiselle voi tarkoittaa esimerkiksi pääsyä ammattiin liittyvään kulttuuriseen pääomaan. Ammattiin liittyvät sosiaaliset siteet voivat olla merkittävä apu urapolulla myös silloin, kun lääkärin kumppani on myös lääkäri. Kuten luvussa 3 kävi ilmi, puolison siteet lääkärikunnan sisällä voivat edistää etenkin naisten työuria ammattikunnassa, jossa sukupuolella yhä on merkitystä.

Vaikka etenevä työura on yksi lääkäriammatin perusoletuksista, tunnistamme, että eri uravaiheessa olevilla, eri taustoista tulevilla ja erilaista elämää elävillä lääkäreillä on erilaisia henkilökohtaisia odotuksia työtään kohtaan eikä ura ole suinkaan ainoa lääkäreiden arvostama ja tavoittelema asia (myös luku 4). Toisaalta ammatin ja työelämän ulkopuolisiinkin tavoitteisiin ja odotuksiin, esimerkiksi työn ja perhe-elämän yhteensovittamiseen, liittyy sosiaalisten tekijöiden mukaan eriytyviä normeja, oletuksia ja mahdollisuuksia (Olakivi & Wrede 2019). Halusimme tehdä tutkimusta, joka

ottaa monimuotoisen eriarvoisuuden vakavasti ja tuottaa tietoa lääkäreiden urapolkuista ja asemista suhteessa lääkäreiden odotuksiin ja erilaisten urajärjestelmien ja organisaatioiden luomiin mahdollisuuksiin. Tutkimuksen pyrkimyksenä oli myös auttaa paikantamaan dynamiikkoja ja tekijöitä, jotka paitsi lisäävät lääkäriyön kuormitusta myös ohjaavat lääkäreitä mahdollisesti itselleen epäsoviviin, kuormittaviin tehtäviin tai harkitsemaan työpaikan tai ammatin vaihtoa. Luvussa 2 käsitellyt arvostukset, luvussa 4 tarkastellut toimijuuden tilat ja luvuissa 5 ja 6 tarkastellut työtä muokkaavat rakenteelliset tekijät osoittautuivat tärkeiksi tavoiksi ymmärtää lääkärin asemaa urajärjestelmässä. Arvioimme esimerkiksi, että terveyskeskustyötä ammatillisessa eristyksessä tekevä lääkäri todennäköisesti kokee toiminnanohjauksen sitovuuden ja sen tuottaman byrokratiatyön voimakkaammin kuin muilla terveydenhuollon alueilla työskentelevät lääkärit. Osoitimme, että sairaaloissa naislääkärit ja yliopistosairaaloiden lääkärit, terveyskeskuksissa niin ikään naislääkärit mutta myös suurten kaupunkien lääkärit kohtaavat keskimääräistä enemmän johtamiskäytäntöihin liittyviä toimijuuden esteitä (luku 4). Havainnot koskien yliopistosairaaloita ja suurten kaupunkien terveyskeskuksia tuovat yllättäen mieleen aiemmin mainitut 1970- ja 1980-lukujen tutkimukset, jotka ennustivat lääkäriammatin ”proletarisoituvan” työn siirtyessä yhä suurempiin organisaatioihin. Kyse ei kuitenkaan ole ammatin taloudellisten ehtojen heikkenemisestä vaan pikemminkin siihen liittyvän ammatillisen toimijuuden haurastumisesta, joka kohdistuu eri lääkäreihin eri tavoin, myös sukupuolittuneesti. Osasta lääkäreitä on tulossa arkisia tietotyöläisiä, joiden arvostus erilaisten yleisöjen silmissä vähenee ja työn sisällöt muuttuvat yksitoikkoisemmiksi. Toisaalta tietoeliitteihin kiinnittyvät työurat tarjoavat yhä sekä ammatillista toimijuutta että arvostusta.

Ajattelimme alun perin, että tutkimuksemme tuottaisi tietoa erityisesti yksilöllisistä työuran tekijöistä, kuten ammatillisista umpikujista, kapeikoista ja kiihdytyskaistoista. Näiltä osin tuloksemme resonoiivat aiemman tutkimuksen kanssa. Ammatillisena umpikujana näyttäytyvät meille tehtävät, joita tekevät lääkärit muita useammin kokevat vähäistä ammatillista toimijuutta. Tällaisia tehtäviä näyttää löytyvän erityisesti suurten kaupunkien terveyskeskuksista, jotka oletettavasti ovat myös kooltaan keskimääräistä suurempia (luku 4). Terveyskeskustyön tekeminen vailla yleislääketieteen erikoistumista voi pitkällä aikavälillä olla lääkärin itsensä kannalta eräänlainen umpikuja (ks. luku 2), etenkin kun perusterveydenhuollon urapoluissa ei ole ylenemiseen montakaan askelta. Yleneminen edellyttää erikoistumista ja usein myös väitöskirjaa, joskin sillä tavoin sukupuolittuneesti, että väittely lisää naisten mutta ei miesten todennäköisyyttä sijoittua johtavaan asemaan terveyskeskuksessa; miesten eteneminen ei näytä riippuvan yhtä lailla akateemisista meriiteistä (luku 3). Toisaalta terveyskeskuksissa mitkään uran rakentamisen tavat eivät vaikuttaisi *takaavan* kokemusta vahvasta ammatillisesta toimijuudesta (luku 4).

Yleisesti ottaen väitöskirjan tekemisestä vaikuttaisi tulleen keino tavoitella lääkäriuralla ylenemistä. Niinpä mahdollisuus väitöskirjan tekemiseen voi olla kiihdytyskaista, ja sellaista paitsi jääminen kaventaa uramahdollisuuksia. Väittelyn todennäköisyys on Suomessa vaihdellut paitsi terveyskeskusten ja sairaaloiden välillä myös sairaala-alojen ja sukupuolten välillä. Sairaaloissa lääkärivanhempien lapset ovat väitelleet keskimääräistä useammin, osin siksi, että he ovat keskimääräistä useammin päätyneet erikoisaloille, joilta valmistuu paljon väitöskirjoja. (Luvut 2 ja 3.)

Sosiologisessa professiotutkimuksessa väitöskirjan tekemisen yleistymiseen on viitattu akatemisoitumisena (esim. Hansson & Erixon 2020). Akatemisoitumisella viitataan meritoitumiseen, jolla voi olla myös symbolisia ulottuvuuksia. Esihenkilötehtävissä tohtorin tutkinnon suorittaminen voi olla uudenlainen julkilausumaton pätevyysvaade. Se voi olla myös erottautumiskeino ja kulttuurista pääomaa. Lääketieteessä väitöskirjoja tehdään usein ryhmissä, joihin pääsy edellyttää verkostoitumista. Brittitutkijat pitävät akateemisten meriittien korostuneisuutta kontinentaalisenä piirteenä, sillä anglofonisissa maissa muiden meriittien korostaminen on tavallisempaa (Nancarrow & Borthwick 2005). Ehkä tästä syystä lääkärikunnan sisäistä akateemisten meriittien tavoitteluun liittyvää eriytymistä ei juuri ole tutkittu.

Ilmiön ymmärtäminen auttaa kuitenkin myös sosiaalisen eriarvoisuuden ymmärtämistä. Havaintomme luvussa 3 viittaavat siihen, että väitöskirjan tekeminen uran alkuvaiheessa on usein myös työn ja perheen yhteensovittamisen kysymys. Kenellä on mahdollisuus tehdä työn ohessa suuritöinen tutkinto? Samaan tapaan myös erikoistuminen edellyttää panostuksia, jotka vaikuttavat työn ulkopuoliseen elämään. Lääkäriammattia on sosiologisessa tutkimuksessa usein tarkasteltu miestapaisena ammattina (Riskä 2010). Tällä on viitattu siihen, että perinteiset työn järjestämisen ja uran rakentamisen tavat perustuvat oletuksiin siitä, etteivät työhön panostamista rajoita työn ulkopuoliset velvoitteet (Davies 1996; Olakivi & Wrede 2019).

Tällaisten syvään juurtuneiden urajärjestelmän dynamiikoiden tunnistaminen auttaa kehittämään lääkäreiden urajärjestelmien sosiaalista kestävyttä eli lääkäreiden työssä viihtymistä ja työhön sitoutumista sekä eri uravaihtoehtojen, työympäristöjen ja ammatillisten tilojen sosiaalista vetovoimaisuutta.

## **7.3 SYVENEVÄTKÖ LÄÄKÄRIKUNNAN SISÄISET JAKOLINJAT?**

Tässä analysoimamme aineistot kertovat lääkäriammattin asemasta ja lääkäriyöstä erityisesti julkisella sektorilla. Julkinen sektori ja sen toimintaympäristö terveydenhuollossa on syvällisesti muuttunut etenkin 1990-luvulta alkaen. Tutkimuksemme kannalta yhteiskunnallinen muutos on lääkäriammattia jatkuvasti muokkaava voima, josta on mahdotonta tehdä yksiselitteisiä havaintoja. Tämän tutkimuksen näkökulmaa voisi luonnehtia

lääkärityön yhteiskunnallisen kehityksen tarkasteluksi alhaalta ylöspäin. Tutkimuksemme aineistot on kerätty pääosin kliinistä työtä tekevilta lääkäreiltä, jotka elävät työuraansa ja tarkastelevat lääkärin työtä omasta asemastaan käsin.

Keskeiset ammatillisen toimijuuden kestävyysliittymät huomiomme liittyvät lääkäreiden käsityksiin siitä, millaisia ammatillisia tiloja kuntien perusterveydenhoidosta vastaavat terveyskeskukset sekä eri tason sairaalat heille tarjoavat. On ilmeistä, että terveydenhuollon urajärjestelmät vievät lääkärit erilaisiin ammatillisiin asemiin ja eriyttävät myös heidän työuriaan. Osa lääkäreistä päätyy tehtäviin, jotka uhkaavat heidän haluaan jatkaa työssään. Kulloinkin yksittäisen lääkärin saatavilla olevien uratikkaiden tukevuus tai hataruus on monitahoinen kysymys. Rekrytointivaikeuksien ja joitain aloja koskevan vakavan lääkäripulan taustalla vaikuttavat todennäköisesti sekä kyseessä olevien toimintaympäristöjen työstä vieroittavat tekijät (Mitra ym. 2022) että urajärjestelmien syvään juurtunut institutionaalinen logiikka.

Erityisesti terveyskeskuslääkärityötä koskevat havaintomme johtavat kysymään, miten sen rakenteellisia tekijöitä uudistamalla voitaisiin luoda kestävämpää työtä ja kestäviä työuria. Vaikuttaisi siltä, että terveyskeskusten luomisen yhteydessä urajärjestelmään syntyi vaikeasti ratkottavia ongelmia (Aalto 2016; Wrede 2001). Lukuisista paikkailuista huolimatta terveyskeskustyö usein vaikuttaisi loukkaavan lääkärin työhön liittyvää psykologista sopimusta erityisesti silloin, jos hän joutuu ammatillisesti eristyksiin ja kokee tilanteensa ammatillisesti huonoksi. Myös työn byrokratisoituminen vaikuttaisi syövään lääkäreiden motivaatiota vakavin tavoin, koska se liitetään ammatillisten arvojen syrjäytymiseen. Luvussa 2 esitellyt havainnot kertovat täyttymättömien työhön liittyvien odotusten ja toiveiden yleisyydestä. Toisaalta luvun tuloksissa näkyy myös terveyskeskustyöhön liittyvää positiivista kehitystä. Laadullisessa analyysissä olemme tunnistanee myös, että lääkärit aktiivisin toimin voivat itse pyrkiä muokkaamaan ammatillista tilaansa ja uraansa (luku 5). Toisaalta luku 6 nostaa esiin työkulujen autonomian kapenemisen keskeisenä ajankohtaisena trendinä.

Terveydenhuollon urajärjestelmät muuttuvat lähivuosina soteuudistuksessa. Perusterveydenhuollon organisaatiot kasvavat, ja julkisen vastuun kantamiselle yritetään luoda vakaampi pohja. Tulevaisuus näyttää, missä määrin urajärjestelmän sosiaalisesta kestävydestä ja ammatillisesti kestävästä lääkäriyöstä kannetaan huolta. Lääkäriammatin tulevaisuuden kannalta taloudellisten tekijöiden rinnalle vaikuttaisi tärkeältä nostaa työympäristöön liittyvät sosiaaliset tekijät – paitsi ammatillisuuden edellytykset myös tasavertaiset mahdollisuudet laadukkaaseen ja arvokkaaksi koettuun lääkäriyöhön.

# LÄHDEKIRJALLISUUS

Aalto, A.-M., Heponiemi, T., Josefsson, K., Arffman, M. & Elovainio, M. 2018. "Social relationships in physicians' work moderate relationship between workload and wellbeing – 9-year follow-up study." *European Journal of Public Health* 28:5, 798–804.

Aalto, S. 2016. *Medisiinarit, ammattiin kasvaminen ja hiljainen tieto: Suomalaisen lääkärikoulutuksen murroksen vuodet 1933–1969* [väitöskirja]. Humanistinen tiedekunta, Helsingin yliopisto.

Abbott, A. 1988. *The system of professions: An essay on the expert division of labor*. Chicago University Press.

Abbott, A. 2005. "Linked ecologies: States and universities as environments for professions." *Sociological Theory* 23:3, 245–274.

Acker, J. 1990. "Hierarchies, jobs, bodies: A theory of gendered organizations." *Gender & Society* 4:2, 139–158.

Acker, J. 2006. "Inequality regimes: Gender, class, and race in organizations." *Gender & Society* 20:4, 441–464.

Aira, M., Mäntyselkä, P., Vehviläinen, A. & Kumpusalo, E. 2010. "Occupational isolation among general practitioners in Finland". *Occupational Medicine* 60:6, 430–435.

Aizenberg, M. & Oplatka, I. 2019. "From professional isolation to effective leadership: preschool teacher-directors' strategies of shared leadership and pedagogy." *Teachers and Teaching* 25:8, 994–1013.

Album, D. & Westin, S. 2008. "Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students." *Social Science & Medicine* 66:1, 182–188.

Baruch, Y. 2003. "Career systems in transition: A normative model for organizational career practices." *Personnel Review* 32:2, 231–251.

Baruch, Y. & Rousseau, D. M. 2019. "Integrating psychological contracts and ecosystems in career studies and management." *Academy of Management Annals* 13:1, 84–111.

Baumgardt, J., Moock, J., Rössler, W. & Kawohl, W. 2015. "Aspects of sustainability: cooperation, job satisfaction, and burnout among Swiss psychiatrists." *Frontiers in Public Health* 3:25, 1–8.

Blomgren, M. & Waks, C. 2015. "Coping with contradictions: hybrid professionals managing institutional complexity." *Journal of Professions and Organization* 2:1, 78–102.

Bowker, G. C. & Star, S. L. 1999. *Sorting things out: Classification and its consequences*. MIT press.

Brante, T. 1988. "Sociological approaches to the professions". *Acta Sociologica* 31:2, 119–142.

Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Bauer, G., Hämmig, O., Knecht, M. & Klaghofer, R. 2010. "The impact of gender and parenthood on physicians' careers-professional and personal situation seven years after graduation." *BMC Health Services Research* 10:1, 1–10.

Carroll, P. 2006. *Science, culture, and modern state formation*. University of California Press.

Creed, P. A., Searle, J. & Rogers, M. E. 2010. "Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students." *Social Science & Medicine* 71:6, 1084–1088.

Daaleman, T. 2018. "The Long Loneliness of Primary Care." *The Annals of Family Medicine* 16:5, 388–389.

Davies, C. 1996. "The sociology of professions and the profession of gender." *Sociology* 30:4, 661–678.

de Jong Gierveld, J., Tilburg, T. & Dykstra, P. A. 2006. "Loneliness and social isolation." Teoksessa *Cambridge handbook of personal relationships*, toim. D. Perlman & A. Vangelisti. Cambridge University Press, 485–500.

De Vries, R. 1996. *Making Midwives Legal. Childbirth, Medicine, and the Law*. Ohio State University Press.

Eteläpelto, A., Vähäsantanen, K., Hökkä, P. & Paloniemi, S. 2013. "What is agency? Conceptualizing professional agency at work." *Educational Research Review* 10, 45–65.

Eteläpelto, A., Vähäsantanen, K. & Hökkä, P. 2015. "How do novice teachers in Finland perceive their professional agency?" *Teachers and Teaching* 21:6, 660–680.

Evetts, J. 2009. "New professionalism and new public management: Changes, continuities and consequences." *Comparative Sociology* 8:2, 247–266.



Fischer, M. 2015. "Fit for the Future? A New Approach in the Debate about What Makes Healthcare Systems Really Sustainable." *Sustainability* 7:1, 294–312.

Fournier, V. 1999. "The appeal to 'professionalism' as a disciplinary mechanism." *Sociological Review* 47:2, 280–307.

Freidson, E. 1970. *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. University of Chicago Press.

Freidson, E. 1984. "The changing nature of professional control." *Annual review of sociology* 10, 1–20.

Freidson, E. 1994. *Professionalism reborn: Theory, prophecy, and policy*. University of Chicago Press.

Fuller, A. & Unwin, L. 2017. "Job Crafting and Identity in Low-Grade Work: How Hospital Porters Redefine the Value of Their Work and Expertise." *Vocations and Learning* 10:3, 307–324.

Gjerberg, E. 2002. "Gender similarities in doctors' preferences – and gender differences in final specialisation." *Social Science & Medicine* 54:4, 591–605.

Gjerberg, E. 2003. "Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life." *Social Science & Medicine* 57:7, 1327–1341.

Gluschkoff, K., Hakanen, J., Elovainio, M., Vänskä, J. & Heponiemi, T. 2022. "The relative importance of work-related psychosocial factors in physician burnout." *Occupational Medicine* 72:1, 28–33.

Griessler, E. & Littig, B. 2005. "Social sustainability: a catchword between political pragmatism and social theory." *International Journal for Sustainable Development* 8:1/2, 65–79.

Eskelinen, K. 2022. *Toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotto ja työ-  
kulttuurien muutos vanhojen ihmisten kunnallisessa kotipalvelussa-  
esihenkilötyön näkökulma* [väitöskirja]. Valtiotieteellinen tiedekunta,  
Helsingin yliopisto.

Hafferty, F. W. & Light, D. W. 1995. "Professional dynamics and the changing nature of medical work." *Journal of Health and Social Behavior*, 132–153.

Halford, S. & Leonard, P. 2006. "Place, space and time: Contextualizing workplace subjectivities." *Organization Studies* 27:5, 657–676.

Hannikainen, K. 2018. *Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveluiden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan* [Suomen sosiaalinen tila 1/2018].  
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Hansson, K. & Erixon, P. O. 2020. "Academisation and teachers' dilemmas." *European Educational Research Journal* 19:4, 289–309.

Heikkilä, T., Vänskä, J., Hyppölä, H., Halila, H., Virjo, I., Mattila, K., Kujala, S., & Isokoski, M. 2009. *Lääkäri 2008 – Kyselytutkimus vuosina 1997–2006 valmistuneille lääkäreille*. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Heikkilä, T., Hyppölä, H., Vänskä, J., Virjo, I., Halila, H., Isokoski, M., Ruskoaho, J., Kujala, S., & Mattila, K. 2010. "Lääkäri 2008 – uutta tutkimustietoa lääkäreistä: Nuoren lääkärin vanhemmat yhä useammin lääkäreitä." *Suomen Lääkärilehti* 65:26–31, 2401–2407.

Heikkilä, T. J., Hyppölä, H., Aine, T., Halila, H., Vänskä, J., Kujala, S., Virjo, I. & Mattila, K. 2014. "How do doctors choose where they want to work? – Motives for choice of current workplace among physicians registered in Finland 1977–2006." *Health Policy* 114:2–3, 109–117.

Heikkilä, T. J., Hyppölä, H., Vänskä, J., Aine, T., Halila, H., Kujala, S., Virjo, I., Sumanen, M. & Mattila, K. 2015. "Factors important in the choice of a medical career: a Finnish national study." *BMC Medical Education* 15:1, 1–8.

Heikkilä, T. J., Hyppölä, H., Vänskä, J., Halila, H., Kujala, S., Virjo, I., Sumanen, M., Kosunen, E. & Mattila, K. 2016. "What predicts doctors' satisfaction with their chosen medical specialty? A Finnish national study." *BMC Medical Education* 16:1, 1–9.

Henriksson, L. & Wrede, S. 2008. "The Making of Medico-Managerial Care Work Culture in Public Home Care for the Elderly." Teoksessa *Care Work in Crisis: Reclaiming the Nordic Ethos of Care*, toim. S. Wrede, L. Henriksson, H. Høst, S. Johansson & B. Dybbroe. Studentlitteratur, 131–152.

Henriksson, L., & Wrede, S. 2012. "The making of medico-managerial care work culture in public home care for the elderly." Teoksessa *Perspectives on care at home for older people*, toim. K. Björnsdóttir, C. Ceci & M. E. Purkis. Routledge, 171–185.

Heponiemi, T., Kouvonen, A., Vänskä, J., Halila, H., Sinervo, T., Kivimäki, M. & Elovainio, M. 2008. "Effects of active on-call hours on physicians' turnover intentions and well-being." *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 34:5, 356–363.

Heponiemi, T., Vänskä, J., Aalto, A.-M. & Elovainio, M. 2012. "Kyselyt lääkäreille 2006 ja 2010: Potilastyöhön ja tietojärjestelmiin liittyvä stressi lisääntyi." *Suomen Lääkärilehti* 67:47, 3491–3495.

Heponiemi, T., Kouvonen, A., Aalto, A.M. & Elovainio, M. 2013. "Psychosocial factors in GP work: the effects of taking a GP position or leaving GP work." *European Journal of Public Health* 23:3, 361–366.

Heponiemi, T., Presseau, J. & Elovainio, M. 2016. "On-call work and physicians' turnover intention: the moderating effect of job strain." *Psychology, Health & Medicine* 21:1, 74–80.

Hirshfield, L. E. & Glass, E. 2018. "Scientific and medical careers: Gender and diversity." Teoksessa *Handbook of the Sociology of Gender*, toim. B. J. Risman. Springer, 479–491.

Hoff, T., Whitcomb, W. F. & Nelson, J. R. 2002. "Thriving and surviving in a new medical career: the case of hospitalist physicians." *Journal of Health and Social Behavior* 43:1, 72–91.

Hughes, E. C. 1937. "Institutional office and the person." *American Journal of Sociology* 43:3, 404–413.

Hughes, E. C. 1997. "Careers." *Qualitative sociology* 20:3, 389–397.

Hyppölä, H., Virjo, I., Mattila, K., Kumpusalo, E., Kujala, S., Halila, H., Luhtala, R., Neittaanmäki, L. & Isokoski, M. 2000. *Raportti kyselytutkimuksesta vuosina 1987–1996 valmistuneille lääkäreille ja vertailu tilanteeseen kymmenen ja viisi vuotta aiemmin*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Håland, E. 2012. "Introducing the electronic patient record (EPR) in a hospital setting: boundary work and shifting constructions of professional identities." *Sociology of Health & Illness* 34:5, 761–775.

Jespersen, P. K., & Wrede, S. 2009. "The changing autonomy of the medical professions." Teoksessa *Nordic healthcare systems. Recent reforms and current policy challenges*, toim. J. Magnussen, C. Vrangbaek & R. B. Saltman. Open University Press, 150–179.

Jones, L. & Green, J. 2006. "Shifting Discourses of Professionalism: A Case Study of General Practitioners in the United Kingdom." *Sociology of Health & Illness* 28:7: 927–950.

Julkunen, R. 1994. "Hyvinvointivalttiollisen professioprojektin katkos." *Tiede & Edistys* 19:3, 200–213.

Kankaanranta, T., Nummi, T., Vainiomäki, J., Halila, H., Hyppölä, H., Isokoski, M., Kujala S., Kumpusalo E., Mattila K., Virjo I., Vänskä J. & Rissanen, P. 2007. "The role of job satisfaction, job dissatisfaction and

demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private." *Health Policy* 83:1, 50–64.

Kataja, V., Kumpusalo, E., Neittaanmäki, L., Mattila, K., Virjo, I., Isokoski, M., Kujala, S., Jääskeläinen, M. & Luhtala, R. 1989. *Nuori lääkäri 88. Kyselytutkimus vu. 1977–86 Suomessa laillistetuille lääkäreille*. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Keskimäki, I., Tynkkynen, L. K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., Rechel, B. & Karanikolos, M. 2019. *Finland: Health System Review*. World Health Organization.

Kiianmaa, N. 2012. *Tasa-arvobarometri 2012*. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Konttinen, E. 1991. *Perinteisesti moderniin: professioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa* [väitöskirja]. Vastapaino.

Korte, H., Jokela, R., Korhonen, E. & Perttunen, J. 2020. *Lean sosiaali- ja terveydenhuollossa* [2. painos]. Helsingin yliopistollinen sairaala.

Koskela, T. & Kunnamo, I. 2021. "Digitaaliset työkalut yleislääkäriin tukena." *Suomen Lääkärilehti* 76:46, 2708–2712.

Kumpusalo, E. 2001. "Keneltä lääkäri kokee saavansa arvostusta?" *Suomen Lääkärilehti* 56:49–50, 5145–5146.

Kuusio, H., Heponiemi, T., Aalto, A. M., Sinervo, T. & Elovainio, M. 2012. "Differences in well-being between GPS, medical specialists, and private physicians: The role of psychosocial factors." *Health Services Research* 47:1, 68–85.

Kuusio, H., Heponiemi, T., Vänskä, J., Aalto, A.-M., Ruskoaho, J. & Elovainio, M. 2013. "Psychosocial stress factors and intention to leave job: differences between foreign born and Finnish born general practitioners." *Scandinavian Journal of Public Health* 41:4, 405–411.

Kwon, E. & Adams, T. L. 2018. "Choosing a specialty: intersections of gender and race among Asian and white women medical students in Ontario." *Canadian Ethnic Studies* 50:3, 49–68.

Larkins, S., Spillman, M., Parison, J., Hays, R., Vanlint, J. & Veitch, G. 2004. "Isolation, flexibility and change in vocational training for general practice: personal and educational problems experienced by general practice registrars in Australia." *Family Practice* 21:5, 559–566.

Larsson, B., Letell, M. & Thörn, H. 2012. "Transformations of the Swedish welfare state: Social engineering, governance and governmentality."

Teoksessa *Transformations of the Swedish welfare state. From Social Engineering to Governance?*, toim. B. Larsson, M. Letell & H. Thörn. Palgrave Macmillan, 3–22.

Le Floch, B., Bastiaens, H., Le Reste, J. Y., Lingner, H., Hoffman, R., Czachowski, S., Seenova, R., Koskela, T.H., Klemenc-Ketis, Z., Nabbe, P., Sowinska, A., Montier, T. & Peremans, L. 2019. "Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network." *BMC Family Practice* 20:1, 1–11.

Llewellyn, S. 2001. "Two-way windows: clinicians as medical managers." *Organization Studies* 22:4, 593–623.

Lepäntalo A. 2008. "Terveyskeskuslääkärien työhön situtuminen ja työstälähtöaikkeet sekä niihin yhteydessä olevat työn psykososiaaliset tekijät." *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45:4, 279–292.

Lindfors, P. M., Meretoja, O. A., Luukkonen, R. A., Elovainio, M. J., & Leino, T. J. 2009. "Attitudes to job turnover among Finnish anaesthetists." *Occupational Medicine* 59:2, 126–129.

Lipsky, M. 1980. *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service*. Russell Sage Foundation.

Litvina, D., Novkunskaya, A. & Temkina, A. 2020. "Multiple Vulnerabilities in Medical Settings: Invisible Suffering of Doctors." *Societies* 10:1, 1–17.

Lämsä, R., Pekkarinen, L., Heponiemi, T. & Elovainio, M. 2016. "Keskeytykset terveyskeskuslääkäriin työssä." *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 53:3, 202–210.

Manderbacka, K., Aalto, A-M., Kestilä, L., Muuri, A. & Häkkinen, U. 2017. *Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa* [Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Mason, J. 2011. "Facet methodology: The case for an inventive research orientation." *Methodological Innovations Online* 6:3, 75–92.

Mattila, P., Parmanne, P., Rellman, J., Kulmala, P., Heikkilä, T., Sumanen, M., Kortekangas-Savolainen, O., Kaila, M., Heistaro, S. & Halila, H. 2020. "Lääkäri 2018 – Uusinta tutkimustietoa lääkäreistä ja erikoislääkärikoulutuksesta." *Suomen Lääkärilehti* 75:9, 548–522.

- Mayson, S. & Bardoel, A. 2021. "Sustaining a Career in General Practice: Embodied Work, Inequality Regimes, and Turnover Intentions of Women Working in General Practice." *Gender, Work & Organization* 28:3, 1133–1151.
- McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L. & Waring, J. 2015. "Hybrid Manager–Professionals' Identity Work: The Maintenance and Hybridization of Medical Professionalism in Managerial Contexts." *Public Administration* 93:2, 412–432.
- McKinlay, J. & Marceau, L. 2008. "When there is no doctor: reasons for the disappearance of primary care physicians in the US during the early 21st century." *Social Science & Medicine* 67:10, 1481–1491.
- Meyer, R. E., Egger-Peitler, I., Höllerer, M. A. & Hammerschmid, G. 2014. "Of bureaucrats and passionate public managers: Institutional logics, executive identities, and public service motivation." *Public Administration* 92:4, 861–885.
- Meyer, J. W. & Jepperson, R. L. 2000. "The 'actors' of modern society: The cultural construction of social agency." *Sociological Theory* 18:1, 100–120.
- Mitra, M., Dopson, S. & Hoff, T. 2022. "Making Do by Getting Real: Psychological Contract Violations and Proactive Career Agency among Medical Professionals." *Health Care Management Review*, ennakkojulkaisu.
- Mykhalovskiy, E., Choiniere, J., Armstrong, P. & Armstrong, H. 2020. *Health Matters: Evidence, Critical Social Science, and Health Care in Canada*. University of Toronto Press.
- Mänttari-van der Kuip, M. 2020. "Conceptualising work-related moral suffering – Exploring and refining the concept of moral distress in the context of social work." *The British Journal of Social Work* 50:3, 741–757.
- Nakao, H., Ukai, I. & Kotani, J. 2017. "A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective." *Acute Medicine & Surgery* 4:4, 379–384.
- Nancarrow, S. A. & Borthwick, A. M. 2005. "Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce." *Sociology of Health & Illness* 27:7, 897–919.
- Neiterman, E., Salmonsson, L. & Bourgeault, I. L. 2015. "Navigating otherness and belonging: A comparative case study of IMGs' professional integration in Canada and Sweden." *Ephemera: Theory and Politics in Organization* 15:4, 773–795.

Norredam, M. & Album, D. 2007. "Prestige and its significance for medical specialties and diseases." *Scandinavian Journal of Public Health* 35:6, 655–661.

Olakivi, A. 2017. "Terveyden ammattilaiset. Professiososiologia näkökulmia." Teoksessa *Terveyssosiologian linjoja*, toim. S. Karvonen, L. Kestilä & T. Mäki-Opas. Gaudeamus, 107–124.

Olakivi, A. 2018. *The relational construction of occupational agency. Performing professional and enterprising selves in diversifying care work [väitöskirja]*. Valtiotieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto.

Olakivi, A. & Wrede, S. 2019. "Early-Career Doctors and In/Justice in Work: The Invisibility of Gender in a 'Male' Profession". Teoksessa *Gender, Age and Inequality in the Professions: Exploring the Disordering, Disruptive and Chaotic Properties of Communication*, toim. M. Choroszewicz ja T. L. Adams. Routledge, 22–40.

Oolbakkink-Marchand, H. W., Hadar, L. L., Smith, K., Helleve, I. & Ulvik, M. (2017). "Teachers' perceived professional space and their agency." *Teaching and teacher education* 62, 37–46.

Parsons, T. 1939. "The Professions and Social Structure." *Social Forces* 17:4, 457–467.

Pesonen, N. (1980). *Terveyden puolesta – sairautta vastaan: terveyden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla*. WSOY.

Pickard, S. 2009. "The Professionalization of General Practitioners with a Special Interest: Rationalization, Restratification and Governmentality". *Sociology* 43:2: 250–267.

Potter, S. J., & McKinlay, J. B. 2005. "From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor–patient relationship." *Social Science & Medicine* 61:2, 465–479.

Powell, D., Alfnes, E., Strandhagen, J. O. & Dreyer, H. 2013. "The concurrent application of lean production and ERP: Towards an ERP-based lean implementation process." *Computers in Industry* 64:3, 324–335.

Purcell, D., MacArthur, K. R. & Samblanet, S. 2010. "Gender and the glass ceiling at work." *Sociology Compass* 4:9, 705–717.

Quinn, M. A., Wilcox, A., Orav, E. J., Bates, D. W., Simon, S. 2009. "The Relationship Between Perceived Practice Quality and Quality Improvement Activities and Physician Practice Dissatisfaction, Professional Isolation, and Work-Life Stress". *Medical Care* 47:8, 924–928.

Reay, T. & Hinings, C. R. 2009. "Managing the rivalry of competing institutional logics." *Organization Studies* 30:6, 629–652.

Rinne, R. & Jauhiainen, A. 1988. *Koulutus, professionaalituminen ja valtio. Julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muotoutuminen Suomessa*. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta, Turun yliopisto.

Riska, E. 2001. "Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine?" *Social Science & Medicine* 52:2, 179–187.

Riska, E. 2008. "The feminization thesis: Discourses on gender and medicine." *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research* 16:1, 3–18.

Riska, E. 2010. "Women in the medical profession: international trends." Teoksessa *The Palgrave handbook of gender and healthcare*, toim. E. Kuhlmann & E. Annandale, E. Palgrave Macmillan, 389–404.

Riska, E. 2011. "Gender and medical careers." *Maturitas* 68:3, 264–267.

Riska, E. 2017. *Medical careers and feminist agendas: American, Scandinavian, and Russian women physicians*. Routledge.

Rothstein, B. 1998. *Just institutions matter: The moral and political logic of the universal welfare state*. Cambridge University Press.

Rosoff, S. M., & Leone, M. C. 1991. "The public prestige of medical specialties: Overviews and undercurrents." *Social Science & Medicine* 32:3, 321–326.

Saarivirta, T., Consoli, D. & Dhondt, P. 2009. "Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen. Vaatimattomista oloista modernin terveydenhuollon eturintamaan." *Kasvatus & Aika* 3:4, 21–45.

Saastamoinen P., Hyppönen H., Kaipio J., Lääveri, T., Reponen, J., Vainiomäki, S. & Vänskä, J. 2018. "Lääkäreiden arviot potilastietojärjestelmistä ovat parantuneet hieman." *Suomen Lääkärilehti* 73:34, 1814–1819.

Salloch, S. 2017. "Who's afraid of EBM? Medical professionalism from the perspective of evidence-based medicine." *Medicine, Health Care and Philosophy* 20:1, 61–66.

Salmenniemi, S. 2021. "Kiinnittävät ja kuluttavat siteet: vieraantuminen ja vastarinta työssä." *Tiede & Edistys* 46:1–2, 65–73.



Salmonsson, L. 2014. *The 'Other' Doctor: Boundary work within the Swedish medical profession* [väitöskirja]. Department of Sociology, Uppsala University.

Seabrooke, L. & Henriksen, L. F. 2017. "Issue control in transnational professional and organizational networks." Teoksessa *Professional networks in transnational governance*, toim. L. Seabrooke & L. F. Henriksen. Cambridge University Press, 3–24.

Sulkunen, P. 2010. "Agency and power: The contractual illusion." *European Journal of Cultural Studies* 13:4, 495–510.

Sumanen, M., Heikkilä, T., Hyppölä, H., Halila, H., Vänskä, J., Ruskoaho, J., Kujala, S., Kosunen, E., Virjo, I., & Mattila, K. 2015a. *Lääkäri 2013 – Kyselytutkimus vuosina 2002–2011 valmistuneille lääkäreille*. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sumanen, M., Heikkilä, T., Hyppölä, H., Halila, H., Vänskä, J., Ruskoaho, J., Kujala, S., Kosunen, E., Virjo, I. & Mattila, K. 2015b. "Lääkäri 2013 – uusinta tutkimustietoa lääkäreistä: Lääkärit tyytyväisiä ammatinvalintaansa." *Suomen Lääkärilehti* 70:34, 2084–2089.

Suomen Kuvalehti. 2010. "Ammattien arvostus." *Suomen Kuvalehti* 20/2010, 30–44.

Suomen Kuvalehti. 2018. "Ammatit ykkösestä viimeiseen". *Suomen Kuvalehti* 1.6.2018.

Suomen Lääkäriliitto. 2012. *Erikoisalakohtainen lääkäritilanne ja koulutuksen tarve vuoteen 2025 Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiireissä* [Projektityöryhmän loppuraportti 6.2.2012]. [https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/loppuraportti\\_07022012\\_jussi\\_sipila.pdf](https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/loppuraportti_07022012_jussi_sipila.pdf) (luettu 23.8.2022).

Suomen Lääkäriliitto. 2019. *Lääkärit 2019 -tilasto*. [https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/sll\\_taskutilasto\\_fi\\_220620.pdf](https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/sll_taskutilasto_fi_220620.pdf) (luettu 23.8.2022).

Suomen Lääkäriliitto. 2022a. *Erikoisalani. Kaikki erikoisalalat ryhmittäin*. Viitattu 20.8.2022. [https://www.erikoisalani.fi/artikkelit/kaikki\\_alat](https://www.erikoisalani.fi/artikkelit/kaikki_alat)

Suomen Lääkäriliitto. 2022b. *Keinoja terveyskeskuslääkärien rekrytoinnin ja työn houkuttelevuuden tukemiseen*. Viitattu 23.8.2022 [https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/keinoja\\_terveyskeskuslaakarien\\_rekrytointiin\\_ja\\_tyon\\_houkuttelevuuden\\_tukemiseen.pdf](https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/keinoja_terveyskeskuslaakarien_rekrytointiin_ja_tyon_houkuttelevuuden_tukemiseen.pdf)

Suomen Lääkäriliitto. 2022c. *Terveyskeskusten lääkäritilanne 2021*. Viitattu 15.8.2022.

[https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/terveyskeskusten\\_laakari\\_tilanne\\_2021\\_final\\_2.pdf](https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/terveyskeskusten_laakari_tilanne_2021_final_2.pdf)

Suomen Lääkäriliitto. 2022d. *Työolot ja hyvinvointi*.

<https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/tutkimus/tyo-olot-ja-hyvinvointi/>

Timmermans, S. 2008. "Oh look, there is a doctor after all: About the resilience of professional medicine: A Commentary on McKinlay and Marceau's 'When there is no doctor'." *Social Science & Medicine* 67:10, 1492–1496.

Timmermans, S. & Berg, M. 2003. *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine*. Temple University Press.

Timmermans, S. & Epstein, S. 2010. "A world of standards but not a standard world: Toward a sociology of standards and standardization." *Annual review of Sociology* 36:1, 69–89.

Timmermans S & Oh, H. 2010. "The Continued Social Transformation of the Medical Profession." *Journal of Health and Social Behavior* 51:1, 94–106.

Toft, M. & Friedman, S. 2021. "Family wealth and the class ceiling: the propulsive power of the bank of Mum and Dad." *Sociology* 55:1, 90–109.

Toikkanen, U. 2021. "Lääkärit tyrmäsivät Apotin." *Suomen Lääkärilehti* 76:22, 1370–1373.

Tummers, L., Bekkers, V., & Steijn, B. 2009. "Policy alienation of public professionals: Application in a new public management context." *Public Management Review* 11:5, 685–706.

VanHeuvelen, J. S. 2019. "Isolation or interaction: healthcare provider experience of design change." *Sociology of Health & Illness* 41:4, 692–708.

Virjo, I., Mattila, K., Kumpusalo, E., Neittaanmäki, L., Hyppölä, H., Kujala, S., Luhtala, R., Hallila, H., & Isokoski, M. 1999. "Lääkäri 98 – tutkimustietoa lääkärikunnasta." *Suomen Lääkärilehti* 54:32, 3997–4002.

Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J., & Meriläinen, O. 2011. *Terveysthuollon toimintaprosessit: Terveysthuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset* [Raportti 5/2011]. Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos.

Vuolio, V. 1992. *Lunastettu vapaus: kunnanlääkärin ammatillisen autonomian muotoutuminen*. [lisensiaattitutkielma] Jyväskylän yliopisto.

- Vähäsantanen, K., Hökkä, P., Paloniemi, S. & Eteläpelto, A. 2017. *Ammatillinen toimijuus: Rakenne, mittari ja tuki*. Jyväskylän yliopisto.
- Vähäsantanen, K., Räikkönen, E., Paloniemi, S., Hökkä, P. & Eteläpelto, A. 2019. "A novel instrument to measure the multidimensional structure of professional agency." *Vocations and Learning* 12:2, 267–295.
- Vänskä, J., Hyppölä, H., Halila, H., Virjo, I., Kumpusalo, E., Kujala, S., Isokoski, M. & Mattila, K. 2005. "Lääkäri 2003 – uutta tutkimustietoa lääkäreistä." *Suomen Lääkärilehti* 60:17, 1975–1979.
- Wang, C. & Sweetman, A. 2013. "Gender, family status and physician labour supply." *Social Science & Medicine* 94, 17–25.
- Waring, J. 2007. "Adaptive regulation or governmentality: patient safety and the changing regulation of medicine." *Sociology of Health & Illness* 29:2, 163–179.
- Waring, J. 2014. "Restratisation, hybridity and professional elites: questions of power, identity and relational contingency at the points of 'professional–organisational intersection'." *Sociology Compass* 8:6, 688–704.
- Waugh, E., Schipper, S. & Ross, S. toim. 2019. *Female doctors in Canada: Experience and culture*. University of Toronto Press.
- Witz, A. 1992. *Professions and Patriarchy*. Routledge.
- Wrede, S. 2000. "Suomalainen terveydenhuolto: jännitteitä ja murroksia." *Terveyssosiologian suuntauksia*, toim. I. Kangas, S. Karvonen & A. Lillrank. Gaudeamus, 189–205.
- Wrede, S. 2001. *Decentering care for mothers: The politics of midwifery and the design of Finnish maternity services* [väitöskirja]. Åbo Akademi University Press.
- Wrede, S. 2022. "Doctors making sense of occupational scripting. Digital health care management as socio-material design of doctoring." Käsikirjoitus.
- Wrede, S., Olakivi, A., Fischer, N. & Sigfrids, A. 2017. *Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta*. Suomen Lääkäriliitto.
- Wrede, S., Näre, L., Olakivi, A. & Nordberg, C. 2021. "Neoliberal 'flexibility' and the discursive incorporation of migrant labour in public eldercare in Finland". Teoksessa *The Palgrave Handbook of Gender and Migration*, toim. C. Mora ja N. Piper. Palgrave Macmillan, 253–268.

Wrzesniewski, A. & Dutton, J. E. 2001. "Crafting a Job: Revisioning Employees as Active Crafters of Their Work". *Academy of Management Review* 26:2, 179–201.

YLE. 2019. "Osa kunnista hätäratkaisujen edessä lääkäripulassa: Lääkäri ei muuta ellei puoliso saa töitä." YLE Uutiset 2.4.2019. <https://yle.fi/uutiset/3-10718489> (luettu 2.6.2022).

Yleislääkäri 2022. Numero 3/2022.

Yu, A. & Harishchandra, J. 2021. "Job Crafting as Dynamic Displays of Gender Identities and Meanings in Male-Dominated Occupations". *Gender, Work & Organization* 28:2, 610–625.