

# Terveyskeskuslääkärien työhön sitoutuminen ja työstälähtöaikeet sekä niihin yhteydessä olevat työn psykososiaaliset riskitekijät

Terveyskeskuslääkärien työhön ja työhyvinvointiin on kiinnitetty entistä enemmän huomiota terveystieteiden kehittyessä lääkäriä ja lääkäriä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida lääkärien työhön sitoutumiseen ja työpaikan vaihtoaikaisiin yhteydessä olevia lääkärien työn riskitekijöitä sekä psykososiaalisia tekijöitä. Aineistona oli 585 Lääkärien työolot ja terveys 2006-kyselyyn vastannutta terveystieteiden lääkäriä. Terveystieteiden työstälähtöaikeisiin olivat yhteydessä heikentynyt työtyytyväisyys ja epäoikeudenmukaisuuden kokemukset, jotka molemmat keskeisimmin yhdistyivät ryhmätyö- ja ihmishuononongelmiin. Työtyytyväisyyteen olivat yhteydessä myös työn yksinäisyys ja konsultaatiomahdollisuuksien heikkoudet sekä lääkärien kokemus kiire ja resurssipula. Lääkärit, joiden työtyytyväisyys oli heikentynyt tai jotka kokivat ryhmätyö- ja ihmishuononongelmia, olivat muita huomattavasti vähemmän sitoutuneita organisaatioonsa. Työvoimavarojen tilanteessa lääkärien työstälähtöaikeisiin voitaneen vaikuttaa puuttamalla työtyytyväisyyteen ja oikeudenmukaisuuden kokemuksiin keskeisesti liittyviin tekijöihin.

**AINO LEPÄNTALO, TARJA HEPONIEMI, TIMO SINERVO, JUKKA VÄNSKÄ, HANNU HALILA, MARKO ELOVAINIO**

## JOHDANTO

Vaikka Suomessa on nyt enemmän lääkäreitä kuin koskaan, ei terveystieteisiin näytä riittävän lääkäreitä. Vuoden 2007 lopulla tehdyssä kartoituksessa terveystieteiden viroista 10 prosenttia oli täyttämättä ja useammassa kuin joka neljännessä terveystieteiden lääkäriä oli vähintään 20 prosenttia viroista (Suomen lääkäriiliitto 2007). Lisäksi viroista 8 prosenttia oli hoidettu ostopalveluin ja ostopalvelulääkärien määrä on lisääntynyt jatkuvasti. Selvityksen mukaan työntekijäpuula julkisella sektorilla ja erityisesti terveystieteiden osalla on vaikeutunut vuosi vuodelta (Suomen lääkäriiliitto 2007). Suomessa tehdyssä tutkimuksessa terveystieteiden lääkäreistä jopa kolmasosa on suunnitellut siirtyvänsä yksityissektorille (Kumpusalo ym. 2002). Samanlainen suuntaus on havaittu myös muualla. Esimerkiksi jopa

22 prosenttia tutkituista englantilaisista yleislääkäreistä ilmoitti halukkuutensa jäädä eläkkeelle 5 vuoden sisällä (Sibbald ym. 2003).

Työhön sitoutumisella tarkoitetaan yksilön osallistumista ja samaistumista organisaatioon. Sitoutumisella on organisaation kannalta huomattava merkitys, myös koska sen tiedetään olevan yhteydessä parempiin työsuorituksiin ja työtyytyväisyyteen (Meyer ym. 1989, Allen ja Meyer 1996, Meyer ym. 2002). Heikkoon sitoutumiseen puolestaan liittyy enemmän työstä poissaoloja ja lisääntynyttä työstressiä (Meyer ym. 2002). Heikentyneen organisaatioon sitoutumisen on myös todettu olevan yhteydessä sekä työntekijöiden työstälähtöaikeisiin että toteutuneisiin työpaikan vaihdoksiin (Reichers 1985, Allen ja Meyer 1996). Näin ollen heikentynyt sitoutuminen voi

ennustaa yksilöiden työstä eroamista. Työstälähtöaikailla tarkoitetaan työntekijän työpaikan vaihtamiseen liittyviä ajatuksia ja suunnitelmia. Työstälähtöaikaisten on osoitettu olevan selvässä yhteydessä toteutuneisiin työpaikanvaihdoksiin (Steel ja Ovalle 1984, Buchbinder ym. 2001).

Työtyytyväisyydellä on kattavia vaikutuksia työntekijöiden työhyvinvointiin. Työvoimapulan johdosta terveyskeskuslääkäreiden työtyytyväisyyteen onkin kiinnitetty lisääntyvästi huomiota. Aiemmissä tutkimuksissa lääkäreiden työtyytyväisyys on todettu heikoksi ja työoloista riippuvainen uupumus yleiseksi (Ramirez ym. 1996, Sibbald ym. 2003). Heikentyneen työtyytyväisyyden on puolestaan osoitettu lisäävän lääkäreiden halukkuutta jättää työpaikkansa (Landon ym. 2006).

Työtyytyväisyyteen vaikuttavat muiden seikkojen ohella työntekijöiden kokemukset organisaation oikeudenmukaisuudesta ja mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä (Elovainio ym. 2000 ja 2001). Työntekijöiden oikeudenmukaisuuden kokemuksilla tarkoitetaan sitä, kuinka puolueettomasti heitä työpaikalla kohdellaan (Moorman 1991). Näihin kokemuksiin on työpaikan päätöksentekotavoilla ja erityisesti lähiesimiesten toiminnalla suuri vaikutus (Greenberg ja Colquitt 2005). Vaikutusmahdollisuuksien kokemukset liittyvät työntekijän mahdollisuuksiin tehdä itsenäisiä päätöksiä suhteessa omaan työhönsä sekä mahdollisuuksiin käyttää omia taitojaan ja taitojaan (Karasek 1985). Useiden tutkimusten mukaan haastava työ yhdistettynä riittävään toiminnan ja päätöksenteon vapauteen johtaa lisääntyvään oppimiseen ja työhyvinvointiin, kun taas riittämättömät vaikutusmahdollisuudet voivat heikentää työntekijän työhyvinvointia (Karasek 1985, O'Connor ym. 2000, Vahtera ym. 2000).

Aiemmissä tutkimuksissa on selvitetty tekijöitä, joita terveyskeskuslääkärit kokevat työssään erityistä kuormitusta aiheuttavaksi (Vehviläinen ym. 2003). Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi jatkuva kiire työssä, resurssien ja sekä lääkäreiden, että hoitajien määrällinen riittämättömyys, yksinäisyyden ja konsultaatiomahdollisuuksien riittämättömyyden kokemukset, sekä ryhmätyö ja ihmissuhdeongelmat.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella terveyskeskustyöhön liittyviä tekijöitä (kiire, resurssipula, päivystyksen rasittavuus, yksinäisyyden kokemukset, konsultaatiomahdollisuuksien puute sekä ryhmä- ja ihmissuhdeongelmat), jotka voisivat olla yhteydessä terveyskeskuslääkäreiden

työtyytyväisyyden, oikeudenmukaisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien kokemuksiin (Kuvio 1). Tutkimme edelleen, olivatko edellä mainitut työn psykososiaaliset tekijät (työtyytyväisyys, oikeudenmukaisuus ja vaikutusmahdollisuudet) yhteydessä terveyskeskuslääkäreiden sitoutumiseen tai työstälähtöaikaisiin.

## AINEISTO JA MENETELMÄT

### AINEISTO

Tutkimuksessa käytettiin Lääkäreiden työolot ja terveys 2006-kyselyn aineistoa, joka kerättiin yhteistyössä Suomen Lääkäriliiton kanssa loppuvuoden 2006 ja alkuvuoden 2007 aikana. Tutkimuksen perusjoukkona olivat 1942 syntyneet ja sitä nuoremmat Suomessa työskentelevät lääkärit (n = 15 889) Suomen lääkäriiliiton rekisteristä. Satunnaisotannalla valituille 5000 lääkärille lähetettiin kyselylomake ja tarvittaessa tehtiin lisäksi kaksi uutta kyselykierrosta. Vastausprosentti oli 56.8 prosenttia (n = 2841). Tutkimusaineisto oli edustava iän, sukupuolen ja päätoimipaikan suhteen (Elovainio ym. 2007).

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin niitä 585 lääkäriä (20.6 %), jotka ilmoittivat päätoimisesti työskentelevänsä terveyskeskuksessa.

### MITTARIT

Työn psykososiaaliset tekijöitä (työtyytyväisyyttä, oikeudenmukaisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia) sekä sitoutumista tarkasteltiin aiemmin validoitujen mittareiden perusteella. Kunkin mittarin kysymyksistä muodostettiin keskiarvo, jolloin yksittäiset puuttuvat vastaukset eivät merkittävästi vaikuttaneet useita kysymyksiä sisältäneisiin mittareihin.

Työtyytyväisyyttä mitattiin kymmenellä kysymyksellä Hackmanin ja Oldhamin (1975) työtyytyväisyys- mittaristosta (*Job diagnostic survey*). Kysymyksillä mitattiin työtyytyväisyyden kolmea ulottuvuutta, tyytyväisyyttä 1) sosiaalisiin suhteisiin työssä, 2) henkilökohtaiseen kasvuun sekä 3) yleistä tyytyväisyyttä. Vastaukset arvioitiin 7-kohtaisella Likert-asteikolla (1 = erittäin tyytymätön, 7 = erittäin tyytyväinen). Mittarin yhtenäisyyttä kuvaava Cronbachin alfa oli 0.81. Kyselyssä pyydettiin vastaamaan esimerkiksi kysymyksen, ”Kuinka tyytyväinen olet tunteeseen, että olet saavuttanut jotain merkittävää työssäsi”, tai väittämään ”yleisesti ottaen olen hyvin tyytyväinen työhöni”.

Vaikutusmahdollisuuksia työssä mitattiin kuudella työn vaatimien taitojen laajuutta ja kolmella päätöksenteon itsenäisyyttä arvioivalla kysymyksellä (*Job Content Questionnaire, JCQ*, Karasek 1985). Vastaukset arvioitiin 5-kohtaisella Likert-asteikolla (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä). Cronbachin alfa oli 0.77. Kyselyssä pyydettiin vastaamaan esimerkiksi seuraaviin väittämiin: ”Minulla on paljon sananvaltaa omiin töihini” ja ”Työssäni saan tehdä paljon erilaisia asioita”.

Organisaation oikeudenmukaisuutta ja johtamista arvioitiin 20 kysymyksellä Colquittin (2001) oikeudenmukaisuusmittarista. Oikeudenmukaisuutta tarkasteltiin neljästä lähtökohdasta: 1) kohtelun (*interpersonal*), 2) tiedonjakamisen (*informational*), 3) päätöksenteon (*procedural*) ja 3) jakamisen (*distributive*) oikeudenmukaisuus. Vastaukset arvioitiin 5-kohtaisella Likert-asteikolla (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä). Cronbachin alfa oli 0.94. Kyselyssä pyydettiin vastaamaan esimerkiksi seuraaviin väittämiin: ”Kaikilla on oikeus sanoa mielipiteensä ja kokemuksensa itseään koskevista asioista” ja ”Saamani palkka ja arvostus vastaavat työhöni antamaani panostusta”.

Työhön sitoutumista mitattiin Allenin ja Meyerin (1990) mittarilla (*Affective commitment scale*). Kyseinen mittari arvioi kehittäjiensä mukaan yksilön tunneperäistä sitoutumista ja samaistumista organisaatioon. Sitoutumista mitattiin kahdeksalla kysymyksellä, jotka arvioitiin 5-kohtaisella Likert-asteikolla (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä). Cronbachin alfa oli 0.80. Kyselyssä pyydettiin vastaamaan esimerkiksi seuraaviin väittämiin: ”Tämä työ palkitsee ja teen sitä siksi, että pidän siitä” ja ”Olen henkilökohtaisesti hyvin sitoutunut nykyiseen työhöni”.

Työpaikan vaihtoehtoja mitattiin kolmella kysymyksellä (”Haluaisitko vaihtaa nykyisen lääkärintyösi muuhun lääkärintyöhön?”, ”Jos olisi mahdollista, vaihtaisitko lääkärin ammatin samantuloiseen toiseen ammattiin?” ja ”Oletko suunnitellut vaihtavasi työpaikkaa?”). Vastausvaihtoehtoja oli kahteen ensimmäiseen kysymykseen kolme (1 = en, 2 = mahdollisesti, 3 = kyllä), ja jälkimmäiseen kysymykseen kaksi (1 = en, 2 = kyllä). Ainoastaan kaikkiin kolmeen kysymykseen vastanneet huomioitiin (N = 579) ja kolmesta kysymyksestä laskettiin keskiarvo. Ennen keskiarvon laskemista vastausvaihtoehdot standardoitiin siten, että keskiarvo oli 0 ja SD 1. Cronbachin alfa oli 0.61.

Alla esiteltäviä lääkärintyöhön liittyviä riskitekijöitä tarkasteltiin muodostamalla erillisiä mittareita samaa aihepiiriä tarkastelevista kysymyksistä. Vastaukset arvioitiin 5-kohtaisella Likert-asteikolla (1 = erittäin harvoin tai ei koskaan, 5 = erittäin usein tai jatkuvasti). Lisäksi vaihtoehtona oli ”ei koske työtäni” (koodattiin puuttuvaksi tiedoksi). Useamman kysymyksen mittareista laskettiin keskiarvo.

Työhön liittyvää kiirettä ja resurssipulan kokemusta arvioitiin viidellä kysymyksellä: ”Kuinka usein sinua on häirinyt, huolestuttanut tai rasittanut” 1) ”jatkuva kiire ja tekemättömien töiden paine”, 2) ”liian vähäinen aika työn tekemiseen kunnolla”, 3) ”lääkäreiden määrällinen riittämättömyys”, 4) ”jatkuvat keskeytykset, työtehtäviä ei voi tehdä yhtäjaksoisesti loppuun” ja 5) ”työn pakkotahtisuus”. Tämän kiirettä ja resurssipulaa arvioivan mittarin Cronbachin alfa oli 0.83.

Lääkärintyön yksinäisyyttä ja konsultaatiomahdollisuuksia mitattiin kahdella kysymyksellä (”Kuinka usein on häirinyt, huolestuttanut tai rasittanut” 1) ”yksintyöskentely” ja 2) ”konsultaatiomahdollisuuksien puute”). Mittarin Cronbachin alfa oli 0.64.

Työssä ilmeneviä ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmia kartoitettiin neljällä kysymyksellä: ”Kuinka usein on häirinyt, huolestuttanut tai rasittanut” 1) ”työpaikan ihmissuhdeongelmat”, 2) ”yhdenmukaisuuden paine työyhteisössä”, 3) ”luottamuksen ja avoimuuden puute työpaikalla” ja 4) ”liian vähäinen yhteistyö ryhmässä”. Mittarin Cronbachin alfa oli 0.76.

Lisäksi erikseen kysyttiin päivystykseen osallistumisen aiheuttamaa rasitusta (”Kuinka usein on häirinyt, huolestuttanut tai rasittanut päivystykseen osallistuminen?”).

## ANALYYSIMENETELMÄT

Tilastollinen analyysi tehtiin SPSS-ohjelmalla 16.0. Muuttujien väliset suhteet analysoitiin Pearsonin korrelaatiolla, riippumattomien ryhmien t-testillä sekä Khiin neliötestillä. Lääkärien työhyvinvointiin liittyviä tekijöitä tutkittiin kovarianssianalyysillä (ANCOVA). Kovarianssianalyysissä työtyytyväisyyteen, oikeudenmukaisuuden kokemuksiin, vaikutusmahdollisuuksiin, sitoutumiseen ja työstälähtöaikeisiin yhteydessä olevia tekijöitä tutkittaessa taustatekijöinä tarkasteltiin ikää, sukupuolta, erikoistumista (luokiteltuna ei erikoistuneisiin ja erikoistuviin tai erikoistuneisiin), ammatillista kokeneisuutta (luokiteltuna viiden vuoden sisällä lääkäriksi valmistu-

neisiin ja kokeneempiin lääkäreihin), väestövas-  
tuuta, väestövastuualueen kokoa (luokiteltuna yli  
ja alle 2200 asukasta/lääkäri), kunnan kokoa  
(luokiteltuna yli tai alle 40 000 asukkaan kuntiin)  
ja johtavaa asemaa. Niin ikään eri lääkärintyö-  
hön liittyvien riskitekijöiden (päivystyksen rasit-  
tavuus, kiire ja resurssipula, yksinäisyys ja kon-  
sultaatiomahdollisuudet sekä ryhmätyö- ja ihmis-  
suhde ongelmat) yhteys tutkittaviin tekijöihin  
analysoitiin. Sitoutumista ja lääkärin työstäläh-  
töaikeita tutkittaessa selittävinä muuttujina olivat  
edellisten lisäksi myös aiemmin mainitut psyko-  
sosiaaliset tekijät: työtyytyväisyys, oikeudenmu-  
kaisuuden kokemus sekä vaikutusmahdollisuudet  
työhön.

Aluksi tutkimuksessa tarkasteltiin niiden taustatekijöiden ja lääkärin työn riskitekijöiden yhteysttä työn psykososiaalisiin tekijöihin, joiden aikaisempien tutkimusten tai käytännön kokemusten perusteella voisi ajatella selittävän lääkärin työtyytyväisyyttä sekä oikeudenmukaisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien kokemuksia. Seuraavassa vaiheessa pyrittiin selvittämään työn psykososiaalisten tekijöiden yhteysttä lääkärin sitoutumiseen ja työstälähtöaikeisiin. Myös aikaisemmissa vaiheissa voimakkaasti tutkittavaan ilmiöön yhteydessä olleiden taustatekijöiden ja lääkärintyön riskitekijöiden yhteys sitoutumiseen ja työstälähtöaikeisiin haluttiin huomioida ottamalla nämä mukaan lopullisiin malleihin.

Oikeudenmukaisuuden kokemuksia, vaikutusmahdollisuuksia ja työtyytyväisyyttä selitettäessä analyysit tehtiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa analysoitiin lääkärintyöhön liittyvien riskitekijöiden sekä taustatekijöiden yksittäiset päävaikutukset edellä mainittuihin psykososiaalisiin tekijöihin (Malli A). Tekijät, jotka yksimuuttuja-analyysissä olivat merkitseviä, valittiin tutkittavaa tekijää selittävään malliin (Mal-

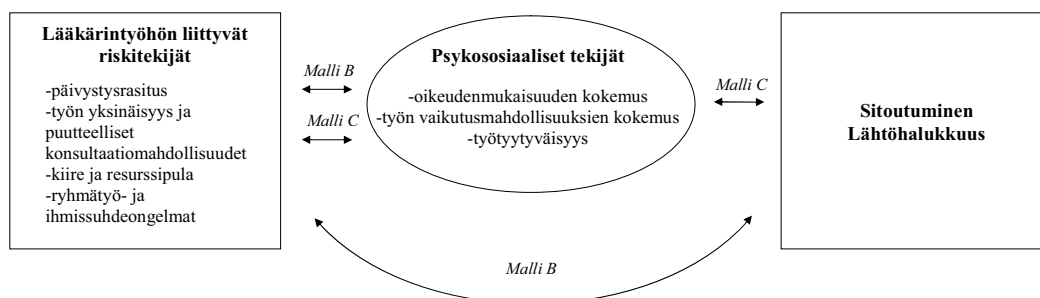
li B). Niiden lisäksi ikä ja sukupuoli otettiin malliin riippumatta siitä, olivatko ne yksittäin merkitseviä.

Sitoutumista ja työstälähtöaikeita tutkittaessa analyysit tehtiin kolmessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa analysoitiin lääkärintyön riskien ja taustatekijöiden yksittäiset päävaikutukset edellä mainittuihin tekijöihin (Malli A). Toisessa vaiheessa malliin otettiin mukaan kaikki tekijät, jotka edellisessä yksimuuttuja-analyysissä olivat merkitseviä (Malli B). Niiden lisäksi ikä ja sukupuoli otettiin malliin riippumatta siitä, olivatko ne yksittäin merkitseviä. Kolmannessa vaiheessa malliin otettiin mukaan edellisten lisäksi psykososiaaliset tekijät (Malli C). (Kuvio 1)

Kaikki vastaajat eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin, joten tutkittavien määrät vaihtelevat analyysittain. Lähes kaikkiin kysymyksiin oli vastannut 577–585 vastaajaa, eli vähintään 98 prosenttia vastaajista. Poikkeuksena olivat kysymys kaupungin koosta, jossa vastaaja työskenteli (N=551, 94% tutkituista) ja kysymys päivystyksen rasittavuudesta (N=406, 98% niistä joiden työhön kuulu päivystysvelvollisuus) sekä kysymys vastuuväestön koosta (N=334, 96% prosenttia lääkäreistä, jotka kuuluivat väestövas-  
tuun piiriin). Vaikka työtyytyväisyys mittarin muihin kysymyksiin oli vastannut yli 98 prosenttia vastaajista, vastasi kysymykseen ”Kuinka usein olet ajatellut eroavasi työstäsi?” 88 prosenttia vastaajista (N=517). Tähän on saattanut vaikuttaa se, että kyseessä oli mittarin ainoa käänteinen kysymys, mikä on lomakkeen täytön yhteydessä saattanut aiheuttaa käytännön ongelmia. Vastausprosentti suoraan työstälähtöaikeita tiedusteleviin kysymyksiin oli yli 99 prosenttia (N ≥ 581). Oikeudenmukaisuuden kokemuksia arvioivan mittarin lähiesimiehen toimintaa kartoittaviin kysymyksiin vastasi 82 prosenttia johtavassa ase-

**Kuvio 1.**

Lääkärintyöhön liittyvien riskitekijöiden yhteys sitoutumiseen ja työstälähtöaikeisiin.



massa olevista lääkäreistä ja 97 prosenttia muista lääkäreistä (N=550–559). Tämä johtunee siitä, että terveyskeskusten johtavien lääkärien vastassa kunnan tai kuntayhtymän eri elimille ei yksittäistä lähiesimiestä ole nimettävissä.

## TULOKSET

### VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT

Tutkittavien lääkärien keskimääräinen ikä oli 46 vuotta (25–63), 67 prosenttia (N=391) oli naisia ja 32 prosenttia (N=186) miehiä. Tutkituista 32 prosenttia (188) ei ollut erikoistunut ja 67 prosenttia (N=390) oli erikoistunut tai erikoistumassa. Tutkituista 14 prosenttia (N=80) oli valmistunut lääkäriksi viiden vuoden sisällä. Väestövästuousuudessa terveyskeskuksessa toimi 60 prosenttia (N=349) lääkäreistä. Näistä 68 prosentilla (N=236) vastuuväestön koko oli alle 2200 ja 28 prosentilla (N=98) yli 2200. Lääkäreistä 37 prosenttia (N=216) työskenteli yli 40 000 asukkaalla kunnassa ja 57 prosenttia (N=335) sitä pienemmissä kunnissa. Tutkituista 19 prosenttia (N=113) oli johtavassa asemassa.

### LÄÄKÄRIN ASEMA JA LÄÄKÄRINTYÖHÖN LIITTYVÄT RISKITEKIJÄT

Lääkärin aseman, psykososiaalisten tekijöiden sekä sitoutumisen ja työstälähtöaikeiden keskiarvot ja muuttujien väliset korrelaatiot on esitetty taulukossa 1. Korkeampi ikä korreloi luonnollisesti erikoistumiseen ja johtavaan asemaan. Alan naisistuminen oli havaittavissa naisten alhaisemmasta keski-ikästä miehiin verrattuna ( $44 \pm 10$  vs.  $49 \pm 10$ ,  $p < 0.001$ ). Väestövastuutyössä toimivat lääkärin olivat keskimäärin nuorempia kuin muulla tavoin järjestetyssä terveyskeskustyössä ( $45 \pm 10$  vs.  $47 \pm 11$ ,  $p = 0.014$ ). Naiset työskentelivät miehiä useammin suurissa, yli 40 000 asukkaalla kunnissa (43 % vs. 31 %,  $p < 0.001$ ). Suuremmissa kunnissa oli useammin väestövastuujärjestelmä ja väestökoot olivat suurempia kuin pienissä kunnissa ( $p < 0.001$ ). Naisia oli johtavassa asemassa miehiä vähemmän (15 % vs. 30 %,  $p < 0.003$ ).

Kiireen ja resurssipulan kokemukset, yksinäisyyden ja huonojen konsultaatiomahdollisuuksien kokemukset, päivystyksen rasittavuus sekä työpaikan ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmat olivat kaikki merkittävästi yhteydessä toisiinsa (Taulukko 1).

Nuoret sekä naispuoliset lääkärin kokivat työnsä muita useammin yksinäiseksi ja konsultaatiomahdollisuudet riittämättömiksi ( $p < 0.01$ ).

Sen sijaan iäkkäämpien sekä johtavassa asemassa olevien lääkärien mielestä työyhteisöissä oli enemmän ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmia ( $p < 0.001$ ). (Taulukko 1).

### PSYKOSOSIAALISIIN MUUTTUJIIN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Taulukosta 2 löytyvät psykososiaalisiin muuttujiin liittyviä tekijöitä koskevat kovarianssianalyysitulokset. Lääkärin heikentyneisiin oikeudenmukaisuuden kokemuksiin olivat vahvimmin yhteydessä työssä koetut ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmat. Yksimuuttuja-analyyseissä heikompaan oikeudenmukaisuuden kokemukseen olivat yhteydessä myös päivystyksen rasittavuus, kiire ja resurssipula sekä työn yksinäisyys ja huonot konsultaatiomahdollisuudet, mutta ne menettivät merkityksensä kun malliin otettiin mukaan muut tekijät. Iäkkäämmät lääkärin kokivat oikeudenmukaisuuden työpaikoilla nuorempia heikomaksi, mutta tämäkin yhteys menetti merkityksensä mallissa B (Taulukko 2).

Lopullisessa mallissa työn yksinäisyys ja heikoksi koetut konsultaatiomahdollisuudet olivat yhteydessä heikompiin vaikutusmahdollisuuskokemuksiin, samoin kuin ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmat. Johtavassa asemassa olevat lääkärin kokivat vaikutusmahdollisuutensa omaan työhönsä paremmiksi kuin muut lääkärin ( $4.07 \pm 0.47$  vs.  $3.82 \pm 0.44$ ). Yksimuuttuja-analyyseissä erikoistumattomuus ja lääkärin vähäisempi kokemus liittyivät heikentyneisiin vaikutusmahdollisuuksien kokemuksiin ( $3.79 \pm 0.43$  vs.  $3.92 \pm 0.45$  ja  $3.75 \pm 0.38$  vs.  $3.90 \pm 0.46$ ), mutta ne menettivät merkityksensä kun muut tekijät lisättiin analyyseihin. Samoin yksimuuttuja-analyyseissä heikommiksi vaikutusmahdollisuutensa kokivat ne omalääkärin, joiden vastuuväestöön kuului yli 2200 asukasta ( $3.79 \pm 0.41$  vs.  $3.90 \pm 0.46$ ). Myös kiire ja resurssipula olivat yhteydessä heikompiin vaikutusmahdollisuuskokemuksiin yksimuuttuja-analyyseissä (Taulukko 2).

Kiire ja resurssipula kuten myös ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmat sekä työn yksinäisyys ja konsultaatiomahdollisuuksien puute olivat yhteydessä heikompaan työtyytyväisyyteen. Naislääkärin olivat tyytyväisempiä työhönsä kuin mieslääkärin ( $5.46 \pm 0.79$  vs.  $5.36 \pm 0.79$ ). Myös korkeampi ikä yhdistyi parempaan työtyytyväisyyteen. Johtavassa asemassa olevat lääkärin olivat muita tyytyväisempiä työhönsä ( $5.64 \pm 0.72$  vs.  $5.37 \pm 0.79$ ). Edellisten lisäksi yksimuuttuja-analyyseissä myös päivystyksen rasittavuus oli yhteydessä heikentyneeseen työtyytyväisyyteen, mutta

Taulukko 1.

Korrelaatiot muuttujien välillä, sekä yksittäisten muuttujien keskiarvot ja hajonnat.

	ka	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1 Ikä	46	10.16	1.000																
2 Sukupuoli <sup>1</sup>	0.68		-0.211	1.000															
3 Erikoistuminen <sup>2</sup>	0.67		0.084	-0.062	1.000														
4 Johtava asema <sup>3</sup>	0.19		0.284	-0.185	0.261	1.000													
5 Alle 5v. kokemus <sup>4</sup>	0.14		-0.663	0.073	-0.194	-0.185	1.000												
6 Väestövastuu <sup>5</sup>	0.60		-0.102	0.080	-0.066	-0.294	0.033	1.000											
7 Kunnan koko <sup>6</sup>	0.39		-0.035	0.120	0.050	-0.133	0.022	0.285	1.000										
8 Vastuuväestön koko <sup>7</sup>	0.29		-0.064	0.003	-0.097	-0.174	0.090	*	0.346	1.000									
9 Päivystyksen rasittavuus	2.64		1.22	-0.056	0.076	-0.089	-0.114	-0.045	-0.043	0.043	1.000								
10 Kiire ja resurssipuula	3.74		0.81	0.000	0.030	-0.051	-0.007	-0.000	0.076	0.036	0.008	1.000							
11 Yksinäisyys ja konsultaatio-mahdollisuudet	2.35		0.96	-0.093	0.109	-0.051	-0.083	0.131	0.019	0.043	0.017	0.196	1.000						
12 Ryhmitävy- ja ihmishuuhde-ongelmat	2.20		0.76	0.190	-0.018	0.062	0.137	-0.148	0.013	0.055	0.047	0.173	0.304	1.000					
13 Oikeudenmukaisuuden kokemukset	3.70		0.66	-0.093	-0.014	0.009	0.042	0.029	-0.064	-0.056	-0.040	-0.168	-0.251	-0.174	-0.424	1.000			
14 Työhön vaikutus-mahdollisuudet	3.88		0.45	0.074	-0.040	0.136	0.213	-0.112	-0.056	-0.023	-0.120	-0.109	-0.197	-0.248	-0.208	0.284	1.000		
15 Työtyytyväisyys	5.43		0.79	0.069	0.058	0.015	0.132	-0.071	-0.062	-0.052	-0.037	-0.159	-0.301	-0.247	-0.359	0.416	0.583	1.000	
16 Sitoutuminen	3.48		0.79	0.277	-0.006	0.080	0.167	-0.232	-0.063	-0.111	-0.067	-0.129	-0.218	-0.206	-0.093	0.199	0.425	0.610	1.000
17 Työstälähtöaika <sup>9</sup>	1.50/ 0.13	0.44/ 0.77	-0.247	-0.008	-0.009	-0.064	0.249	0.064	0.062	-0.001	0.056	0.213	0.229	0.217	-0.317	-0.292	-0.510	-0.499	1.000

\* = p &lt; 0.05, \*\* = p &lt; 0.01

1 0 = mies, 1 = nainen

2 0 = ei erikoistunut, 1 = erikoistunut tai erikoistumassa

3 0 = ei johtavassa asemassa, 1 = johtavassa asemassa

4 0 = kokenut lääkäri, 1 = viiden vuoden sisällä valmistunut lääkäri

5 0 = ei väestövastuu, 1 = väestövastuu

6 0 = kunnan koko ≤ 40 000 as/kunta tai vähemmän, 1 = kunnan koko &gt; 40 000 as/kunta

7 0 = vastuuväestön koko &lt; 2200, 1 = vastuuväestö ≥ 2200

8 vastuuväestön koko määritelty vain väestövastuuiläkäreille

9 keskiarvo ennen/jälkeen muuttujien standardisoinnin

Muuttujissa 9–15 pieni numeerinen arvo viittaa tutkitavan muuttujan vähäiseen ilmenemiseen ja suuri arvo suureen ilmenemiseen. Mittausasteikko vaihteli työtyytyväisyyttä arvioitaessa välillä 1–7, työstälähtöaika arvioitaessa välillä 1–3 ja muilla muuttujilla välillä 1–5



menetti merkitsevyytensä kun muut tekijät otettiin malliin mukaan (Taulukko 2).

#### SITOUTUMINEN

Taulukosta 3 löytyvät sitoutumiseen liittyviä tekijöitä koskevat kovarianssianalyysitulokset. Sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä arvioitiin kolmella erillisellä mallilla (Kuvio 1). Lääkärintyöhön liittyvistä riskitekijöistä ja taustatekijöistä (Malli B) parempaan sitoutumiseen yhteydessä olivat korkea ikä, miessukupuoli ( $3.48 \pm 0.61$  vs.  $3.47 \pm 0.61$ ), johtava asema ( $3.68 \pm 0.47$  vs.  $3.43 \pm 0.62$ ) ja kunnan pieni koko ( $3.54 \pm 0.60$  vs.  $3.40 \pm 0.59$ ). Kiireen ja resurssipulan, yksinäisyyden ja konsultaatiomahdollisuuksien sekä ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmien kokemukset olivat yhteydessä heikompaan sitoutumiseen. Yksimuuttujanalyysissä myös kokemattomuus ja huonommat vaikutusmahdollisuuden olivat yhteydessä heikentyneeseen sitoutumiseen. Kun psykososiaaliset tekijät otettiin malliin mukaan (Malli C) sitoutumiseen olivat yhteydessä ikä, kunnan koko, ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmat sekä erityisen vahvasti työtyytyväisyys. (Taulukko 3)

#### TYÖSTÄLÄHTÖAIKEET

Taulukosta 3 löytyvät työstälähtöaikeisiin liittyviä tekijöitä koskevat kovarianssianalyysitulokset. Lääkärintyöhön liittyvistä riskitekijöistä ja taustatekijöistä nuorempi ikä, nais-sukupuoli, kokemattomuus, kiireen ja resurssipulan, yksinäisyyden ja konsultaatiomahdollisuuksien heikkouden kokemukset sekä tärkeimpänä ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmat olivat yhteydessä lääkärin työstälähtöaikeisiin (Malli B). Yksittäisiä muutujia arvioitaessa myös heikentyneet vaikutusmahdollisuudet olivat yhteydessä lääkärin lisääntyneisiin työstälähtöaikeisiin. Kun psykososiaaliset tekijät lisättiin malliin (Malli C), suurempiin työstälähtöaikeisiin yhdistyi nuorempi ikä, kokemattomuus, yksinäisyyden ja konsultaatiomahdollisuuksien heikkouden kokemukset heikentynyt oikeudenmukaisuuden kokemus sekä merkittävimpana alentunut työtyytyväisyys. (Taulukko 3)

#### POHDINTA

##### PÄÄTULOKSET

Tulostemme mukaan erityisesti ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmat, työn yksinäisyys ja konsultaatiomahdollisuuksien heikkoudet sekä lääkärin kokemus kiire ja resurssien riittämättömyys ovat

yhteydessä terveyskeskuslääkärien työtyytyväisyyteen. Ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmat olivat keskeisin oikeudenmukaisuuden puutteen kokemuksina yhteydessä oleva tekijä. Ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmat sekä yksinäisyys ja konsultaatiomahdollisuuksien heikkous olivat yhteydessä lääkärin heikentyneisiin kokemuksiin omista vaikutusmahdollisuuksistaan työhönsä. Lääkärin kokemus työtytymättömyydestä oli puolestaan yhteydessä lääkärin organisaatioon sitoutumiseen ja edelleen työstälähtöaikeisiin. Työstälähtöaikeita lisäsi myös heikentynyt oikeudenmukaisuuden kokemus.

#### KESKUSTELU

Tässä tutkimuksessa tärkeimmät sitoutumiseen yhteydessä olevat tekijät olivat työtyytyväisyys sekä ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmat. Tämä löydös on yhdenmukainen aiemman amerikkalaisia lääkäreitä koskeneen tutkimuksen kanssa, jossa todettiin paitsi työtyytyväisyyden ja sosiaalisen tuen, myös omien vaikutusmahdollisuuksien, työn vaatimusten ja resurssien riittävyyden vaikuttavan sitoutumiseen (Freeborn 2001). Tässä tutkimuksessa kiireen ja resurssipulan sekä yksinäisyyden ja heikkojen konsultaatiomahdollisuuksien yhteys sitoutumiseen näyttäisi välittyvän työtyytyväisyyden kautta.

Tutkimuksessamme lääkärin työstälähtöaikeet olivat yhteydessä kaikkiin seuraaviin lääkärin työstälähtöaikeisiin: kiireeseen ja resurssipulaan, yksinäisyyteen ja konsultaatiomahdollisuuksien heikkouteen sekä ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmiin. Näiden riskitekijöiden yhteys ilmeni heikentyneen työtyytyväisyyden ja epäoikeudenmukaisuuden kokemusten kautta. Tähän sopien aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa yleislääkärin lähtöaikeita selittivät parhaiten heikentynyt työtyytyväisyys ja autonomian rajoitukset (Misra-Hebert ym. 2004, Landon ym. 2006). Lisäksi iän ja kokemuksen myötä työstälähtöaikeiden tiedetään vähenevän (Misra-Hebert ym. 2004). Sen sijaan oikeudenmukaisuuden kokemusten vaikutusta lääkärin työstälähtöaikeisiin ei ole aiemmin osoitettu, mutta heikentyneen oikeudenmukaisuuden kokemusten tiedetään lisäävän esimerkiksi vanhustenhoidossa työskentelevien työstälähtöaikeita (Heponiemi ym. 2007).

Terveyskeskuksissa tehdään yhteistyötä sekä ammattiryhmän sisällä että ammattirajojen yli. Tässä tutkimuksessa ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmat olivat vahvasti yhteydessä lääkärin työtyytyväisyyteen, vaikutusmahdollisuuksien ja oi-





keudenmukaisuuden kokemuksiin, sekä olivat myös suoraan yhteydessä lääkärin organisaatioon sitoutumiseen. Sosiaalinen tuki on todettu keskeiseksi lääkärin työssä viihtymistä edistäväksi tekijäksi ja sen tiedetään vähentävän psyykkistä sairastavuutta (Corrigan ym. 1995, Wallace ja Lemaire 2007). Tutkimuksissa lääkärin suhteet potilaisiin ja kollegoihin ovat osoittautuneet keskeisiksi työtyytyväisyyden kannalta ja ovat yhteydessä lääkärin työstälähtöaikeisiin (Kondrad ym. 1999, Masselink ym. 2008). Kollegoilta saatu tuki voi ilmetä apuna käytännöntyön ongelmissa tai palautteen ja emotionaalisen tuen muodossa (Singh ja Billingsley 1998). Lääkärin keskinäisen tuen ei kuitenkaan ole ajateltu aina toteutuvan optimaalisesti (Edwards ym. 2002). Myös moniammatillinen ryhmätyö on keskeinen osa terveyskeskuslääkärin työtä vaikka tiedetäänkin, että moniammatilliseen työn toteutumiseen perusterveydenhuollossa liittyy ongelmia (Xyrichis ja Lowton 2008). Aiemmissä tutkimuksissa ryhmätyön ongelmien on todettu olevan yhteydessä lisääntyneisiin sairauspoissaoloihin sairaalassa toimivilla lääkäreillä (Kivimäki ym. 2001).

Ryhmän toimintaa, kommunikaatiota ja yhteisiä tavoitteita kuvaavan ryhmäilmaston on osoitettu vaikuttavan työstälähtöaikeisiin sekä toteutuneisiin työpaikan vaihtoihin sairaalatyöntekijöillä (Kivimäki ym. 2007). Terveyskeskusten työntekijöillä ryhmäilmaston on todettu vaikuttavan myös päätöksenteon oikeudenmukaisuuden kokemuksiin (Elovainio ym. 2002a). Tässä tutkimuksessa ryhmätyö- ja ihmissuhdeongelmat olivatkin tärkeimmät tekijät, jotka olivat yhteydessä terveyskeskuslääkärin oikeudenmukaisuuden kokemusten heikentymiseen.

Tässä tutkimuksessa tuli esille, että terveyskeskuslääkärit, jotka kokivat oikeudenmukaisuuden työpaikallaan heikentyneeksi, suunnittelivat muita useammin lähtevänsä työpaikastaan. Oikeudenmukaisuuden kokemusten yhteys työstälähtöaikeisiin on aikaisemmin osoitettu teknisen alan työntekijöillä (Dailey ja Kirk 1992). On myös osoitettu, että työpaikkansa oikeudenmukaisuuden heikentyneeksi arvioivat lääkärit, ovat muita useammin uupuneita (Sutinen ym. 2002). Aiemmissä tutkimuksissa koetun oikeudenmukaisuuden on todettu vaikuttavan myös työntekijöiden työtyytyväisyyteen (Greenberg 1990), organisaatioon sitoutumiseen (Moorman 1991), terveyteen (Elovainio ym. 2002b ja 2004), yhteistyön tekemiseen (Tyler ja DeGoey 1995) ja työsuorituksen laatuun (Colquitt 2001).

Työn yksinäisyys ja heikoksi koetut konsultaatiomahdollisuudet olivat yhteydessä heikentyneeseen työtyytyväisyyteen ja heikentyneisiin vaikutusmahdollisuuksien kokemuksiin tässä tutkimuksessa. Tähän havaittuun yhteyteen sopien sosiaalisen tuen tiedetään puskuroivan työn vaatimusten negatiivisia vaikutuksia työhyvinvointiin (Wallace ja Lemaire 2007). Lääkärityön yksinäisyyden on todettu olevan yksi suurimmista työhön liittyvistä ongelmista, etenkin kokemattomilla lääkäreillä (Twaddle 1986, Larkins ym. 2004). Sosiaalisen tuen lisäksi konsultaatiomahdollisuuksien parantaminen ja ammatillista isolaatiota vähentävät tukijärjestelmät voivat parantaa työtyytyväisyyttä (Bovier ja Perneger 2007). Esimerkiksi hoitajilla kliinisen ohjaajan nimeämisen on todettu vähentävän ammatillisen isolaation kokemuksia (Bedward 2005). Yksinäisyyden ja heikkojen konsultaatiomahdollisuuden kokemukset olivatkin tutkimuksessamme vahvempia nuorilla lääkäreillä, joilla on vähemmän kliinistä kokemusta. Konkreettisenä ratkaisuna näihin ongelmiin on viimeaikoina perusterveydenhuollossa toteutettu erilaisia sekä kliinistä epävarmuutta helpottavia että sosiaalista tukea tarjoavia ratkaisuja, kuten tutor-järjestelmiä.

Kiire ja lääkärin kokemus resurssien riittämättömyydestä olivat yhteydessä työtyytyväisyyden kokemuksiin. Resurssien puutteen, työn määrän ja kiireen onkin jo aikaisemmissa tutkimuksissa todettu vaikuttavan työtyytyväisyyteen (Linn ym. 1985, Groenewegen ja Hutten 1991, Mechanic 2003). Kiire ja resurssien puute vaikuttaa lääkärin työrytmiin ja mahdollisuuksiin päättää työstänsä, tämä puolestaan heikentää lääkärin kokemuksia autonomiastaan ja hoitomahdollisuuksista. Ammatillisen autonomian tiedetään olevan keskeinen lääkärin työtyytyväisyydelle (Stoddard ym. 2001, Landon ym. 2003). Lisäksi lääkärin kokemukset rajoittuneesta mahdollisuudesta hoitaa potilaitaan parhaalla mahdollisella tavalla on yhteydessä lääkärin heikentyneeseen työtyytyväisyyteen (DeVoe ym. 2002, Landon ym. 2003).

Lääkärin työtyytyväisyydellä on useita seurauksia. Työtyytyväisyyden on todettu vaikuttavan lääkärin terveyteen merkittävästi, erityisesti heikentyneeseen tyytyväisyyteen ja stressiin liittyy psyykkistä sairastavuutta (Ramirez ym. 1996, Williams ja Skinner 2003). Lääkärin mielenterveyden ongelmilla voi puolestaan olla yhteys hoidon laatuun, sillä jo hyvin lievien psyykkisten häiriöiden tiedetään vaikuttavan työkykyyn

(Martin ym. 1996). Lääkärien työtyytyväisyyden suoria vaikutuksia hoidon laatuun on jonkin verran tutkittu kansainvälisesti. Näissä tutkimuksissa on todettu, että lääkärit, joiden työtyytyväisyys on alentunut määräävät useammin hoitosuosituksen vastaisia lääkityksiä (Melville 1980). Lääkärien työtyytyväisyyden on myös osoitettu vaikuttavan potilaiden tyytyväisyyteen (Haas ym. 2000), mikä saattaa selittää tuloksia, joiden mukaan lääkärien työtyytyväisyys on niin ikään yhteydessä potilaiden hoitomyöntyvyyteen ja kokemuksiin hoidon laadusta (DiMatteo ym. 1993, Grembowski ym. 2005).

Työtyytyväisyys vaikuttanee lääkäripulaan, sillä tutkimuksemme heikentyneen työtyytyväisyyden todettiin olevan yhteydessä heikentyneeseen sitoutumiseen ja lisääntyneisiin työstälähtöaikeisiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa lääkärien heikentyneen työtyytyväisyyden on todettu johtavan yli kaksinkertaiseen eläkkeelle siirtymisen riskiin ja lähes nelinkertaiseen riskiin siirtyä osa-aikaiseen työhön (Landon ym. 2006). Hyvän työtyytyväisyyden tiedetään myös vähentävän lääkärien suunnitelmia siirtyä julkiselta sektorilta yksityiselle (Kankaanranta ym. 2007).

#### TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTIA

Tämän tutkimuksen tuloksia tulkittaessa on huomioitava, että koska kyseessä on poikkileikkaus-tutkimus, varsinaisia päätelmiä tekijöiden kausaalisuhteista ei voida tehdä. Työn psykososiaalisia tekijöitä, työstälähtöaikeita ja sitoutumista arvioitaessa käytettiin kansainvälisesti testattuja ja luotettaviksi todettuja mittareita ja niiden reliabiliteetti tässäkin tutkimuksessa oli hyvä. Tutkimukseen vastasi hieman yli puolet lääkäreistä, joilla kysely lähetettiin. Tämä on samankaltainen vastausprosentti kuin aikaisemmissa lääkäreitä koskevissa tutkimuksissa (Sibbald ym. 2003, Landon ym. 2003). On kuitenkin mahdollista, että vastaamatta jättäneiden joukossa on vastanneita enemmän työhönsä tyytymättömiä tai uupuneita lääkäreitä, sillä uupumuksen tiedetään johtavan sosiaaliseen vetäytymiseen ja se voi näin ollen heikentää myös osallistumista (De Silva ym. 2005). Lääkärien työstälähtöaikeita arvioitaessa on huomioitava, että nuorten terveyskeskuksissa työskentelevien lääkärien työstälähtöaikeet selittyvät osin sillä, että koulutukseen liittyy välttämättömiä työpaikan vaihtoksia. Osana perusterveydenhuollon lisäkoulutusta kaikki valmistuneet lääkärit työskentelevät vähintään 9 kuukautta terveyskeskuksessa ja vähintään 6 kuukautta sai-

raalassa. Koulutuksen sanelemat työpaikanvaihdokset selittävät miksi nuorilla ja kokemattomilla lääkäreillä oli useammin työstälähtöaikeita, mutta ei vaikuttane psykososiaalisten tekijöiden ja työstälähtöaikeiden väliseen suhteeseen. On myös huomioitava, että kysytyt työstälähtöaikeet eivät mittaa suoraan työpaikasta lähtemistä, mutta aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu työstälähtöaikeiden korreloivan hyvin seurannan aikana toteutuneeseen työpaikan jättämiseen (Steel ja Ovalle 1984, Buchbinder ym. 2001). Tässä tutkimuksessa työtyytyväisyys ja sitoutuminen olivat selvästi yhteydessä toisiinsa. Samansuuntaisia löydöksiä on esitetty aiemminkin ja näiden kahden tekijän välisestä suhteesta on esitetty eriäviä käsityksiä. Näiden kahden tekijän on kuitenkin argumentoitu eroavan toisistaan siten, että työtyytyväisyyteen vaikuttaa yksilön kokemukset työstään ja sitoutumiseen puolestaan yksilön ajatukset organisaatiosta (Glisson ja Durick 1988, Allen ja Meyer 1996). Päivystyksen kuormittavuutta arvioitaessa on huomioitava, ettei kaikkien vastanneiden työhön sisältynyt päivystystä, mikä on saattanut vaikuttaa tuloksiin. Lääkärien tyytyväisyyttä palkkaansa ei kysytty suoraan, joten sen vaikutusta työn psykososiaalisiin tekijöihin, sitoutumiseen ja työstälähtöaikeisiin ei voida tämän tutkimuksen perusteella arvioida.

#### TULOSTEN MERKITYS

Vaikuttamalla lääkärintyön keskeisiin ongelma-kohtiin voidaan siis parantaa lääkärien työhyvinvointia, vähentää heidän työstälähtöaikeitaan ja tehdä terveyskeskuksia työpaikkoina houkuttelevammiksi. Tulevaisuuden johtamisen haasteina ovatkin työyhteisön ongelmiin puuttuminen ja ilmapiiriä parantavat ratkaisut. Tarttumalla näihin ongelmiin aikaisempaa tehokkaammin voidaan työntekijöiden työhyvinvointiin vaikuttaa ja parantaa myös lääkärien sitoutumista terveyskeskuksiin. Ryhmätyön ongelmia voitaisiin ratkaista valmentautumalla moniammatillisissa ryhmissä toimimiseen jo opiskeluaikana. Mahdollisuudet lisätä ryhmätyöskentelyyn ja sen kehittämiseen käytettävää aikaa parantaisivat ryhmien toimimista. Koska lääkärien kokemukset oikeudenmukaisuudesta välittyvät pitkälti johtamisen ja lähesimpien toiminnan kautta, myös niitä voidaan kohentaa johtamisen keinoin. Esimiesten valmiuksia näiden haasteiden kohtaamiseen voidaan kehittää johtamiskoulutuksen avulla, jota viime vuosina onkin terveydenhuollossa selvästi lisätty. Organisatorisilla ratkaisuilla voidaan li-

säksi pyrkiä kehittämään työn yksinäisyyttä vähentäviä ja sosiaalista tukea lisääviä ratkaisuja. Jo paikoittain toteutettu tutor-järjestelmä on tästä hyvä esimerkki, mutta tämän tutkimuksen tulokset puoltavat myös laajempia pyrkimyksiä lääkärien tukemiseen, sillä yksinäisyyden ja konsultaatiomahdollisuuksien riittämättömyyden kokemukset eivät rajoittuneet ainoastaan nuoriin lääkäreihin. Uusi terveydenhuoltolaki voi toteutessaan parantaa konsultaatiomahdollisuuksia

madaltaessaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapintaa (Terveydenhuoltolakitöryhmä 2008). Kiireen ja resurssipulan kokemuksia voidaan mahdollisesti helpottaa uusilla terveystieteiden järjestämismalleilla, mutta myös riittävä resurssien allokointi perusterveydenhuoltoon, joka mahdollistaa potilaskohtaisen ajankäytön lisäämisen, on edellytyksenä toiminnan kehittämiseksi ja sen myötä työntekijöiden työhyvinvoinnille.

Lepäntalo A, Heponiemi T, Sinervo T, Vänskä J, Halila H, Elovainio M. Organizational commitment and intentions to leave among public health centre physicians: The association with psychosocial work environment  
*Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2008;45:279–292

The shortage of physicians working in the public health centres in Finland has continuously become more difficult, which has steered attention to their job dissatisfaction. The aim of this study was to evaluate structural and psychosocial factors related to physicians' job dissatisfaction and intentions to leave the public health centres. A survey was mailed to a random sample of one third of Finnish physicians. Of them 57 per cent (N = 2841) responded and those working at a public health centre (N = 585) were included into this study. We found that intentions to leave were associated with poor organizational justice evaluations and low job satisfaction. The most impor-

tant factors related to poor justice perceptions and job dissatisfaction were problems with teamwork and conflicts with colleagues. Job dissatisfaction was also associated with time pressure and inadequate resources, as well as isolation and insufficient possibilities for professional consultation. Job dissatisfaction was related to decreased organizational commitment, which in turn was associated with problems with team work and conflicts with colleagues. The factors related to problems in psychosocial work environment of physicians are of substantial significance when considering solutions for the shortage of physicians in public sector.

## KIRJALLISUUS

- Allen NJ, Meyer JP. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to organization. *Journal of Occupational Psychology* 1990;63:1–18.
- Allen NJ, Meyer JP. Affective, continuance and normative commitment to the organization: An examination of construction validity. *Journal of Vocational Behaviour* 1996;49:252–276.
- Bedward J. Collaborative solutions – clinical supervision and teacher support teams: reducing professional isolation through effective peer support. *Learning in Health & Social Care* 2005;4:53–56.
- Buchbinder SB, Melick CF, Powe NR. Managed care and primary physicians overall career satisfaction. *J Health Care Finance* 2001;28:35–44.
- Bovier PA, Perneger TV. Stress from uncertainty from graduation to retirement – A population-based study of Swiss physicians. *J Gen Intern Med* 2007;22:632–8.
- Colquitt JA. On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of the measure. *J Appl Psychol* 2001;86:386–400.
- Corrigan PW, Holmes P, Luchins D. Burnout and collegial support in state psychiatric hospital staff. *J Clin Psychol* 1995;51:703–10.
- Dailey R, Kirk DJ. Distributive and procedural justice as antecedents of job dissatisfaction and intent to turnover. *Human Relations* 1992;45:305–17.
- DeVoe J, Fryer GE, Hargraves JL, Phillips RL, Green LA. Does career satisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care. *J Fam Pract* 2002;51:223–8.
- De Silva M, McKenzie K, Harpham T, Huttly SRA. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:619–27.
- DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, Kaplan S, Rogers WH. Physicians' characteristics influence patients adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol* 1993;12:93–102.
- Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002;324:835–8.

- Elovainio M, Kivimäki M, Steen N, Kalliomäki-Levanto T. Organizational and individual factors affecting mental health and job satisfaction: a multilevel analysis of job control and personality. *Journal of Occupational Health Psychology* 2000;5:269-77.
- Elovainio M, Kivimäki M, Helkama K. Organizational justice evaluations, job control and occupational strain. *J Appl Psychol* 2001;86:418-24.
- Elovainio M, Eccles M, Kivimäki M, Sinervo S. Team climate and procedural justice as predictors of occupational strain. *Journal of Applied Social Psychology* 2002a;32:359-74.
- Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. Organizational justice: Evidence of a new psychosocial predictor of health. *Am J Public Health* 2002b;92:105-8.
- Elovainio M, Kivimäki M, Steen N, Vahtera J. Job decision latitude, organizational justice and health. *Soc Sci Med* 2004;58:1659-69.
- Elovainio M, Heponiemi T, Vänskä J, Sinervo T, Kujala S, Laakso E, Jalonen P, Hakkanen J, Husman K, Töyry S, Halila H. Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla? *Suom Lääkäril* 2007;62:2071-6.
- Freeborn DK. Satisfaction, commitment and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med* 2001;174:13-8.
- Glisson C, Durick M. Predictors of job satisfaction and organisational commitment in human service organisations. *Administrative Quarterly* 1988;33:61-81.
- Greenberg J. Organizational justice: Yesterday, today and tomorrow. *Journal of management* 1990;16:399-432.
- Greenberg J, Colquitt JA. (toim.). *Handbook of organizational Justice*. LEA, New Jersey 2005.
- Grembowski D, Paschane D, Diehr P, Katon W, Martin D, Patrick DL. Managed care, physician job satisfaction and quality of primary care. *J Gen Intern Med* 2005;20:271-7.
- Groenewegen PP, Hutten JBF. Workload and job satisfaction among general practitioners: A review of the literature. *Soc Sci Med* 1991;32:1111-9.
- Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HE, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internist associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med* 2000;15:122-8.
- Hackman JR, Oldham GR. Development of the Job Diagnostic survey. *J Appl Psychol* 1975;60:159-70.
- Heponiemi T, Elovainio M, Laine J, Pekkarinen L, Eccles M, Noro A, Finne-Soveri H, Sinervo T. Productivity and employees' organizational justice perceptions in long-term care for the elderly. *Research in Nursing & Health* 2007;30:498-507.
- Kankaanranta T, Nummi T, Vainiomäki J, Halila H, Hyppölä H, Isokoski M, Kujala S, Kumpusalo E, Mattila K, Virjo I, Vänskä J, Rissanen P. The role of satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians intentions to switch work sector from public to private. *Health Policy* 2007;83:50-64.
- Karasek R. Job content questionnaire and users guide. Department of industrial and systems engineering, University of South Carolina, Los Angeles 1985.
- Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Räsänen K, Töyry S, Ferrie JE, Firth-Cozens J. Sick leave in hospital physicians: 2 years follow up study on determinants. *Occup Environ Med* 2001;58:361-6.
- Kivimäki M, Vanhala A, Pentti J, Lämsäalme H, Virtanen M, Elovainio M, Vahtera J. Team climate, intention to leave and turnover among hospital employees: Prospective cohort study. *BMC Health Serv Res* 2007;7:170.
- Konrad TR, Williams E ES, Linzer M, McMurray J, Pathman DE, Gerrity M, Schwartz MD, Scheckler WE, Van Kirk J, Rhodes E, Douglas J, for the SGIM career satisfaction group. Measuring physician job satisfaction in a changing workplace and challenging environment. *Med Care* 1999;37:1174-82.
- Kumpusalo E, Haggren O, Vehviläinen A, Liukko M, Kujala S, Takala J. Miten terveystieteiden ammattilaiset viihtyvät työssään? Terveystieteiden ammattilaiden työtyytyvyys 2002-tutkimus I. *Suom Lääkäril* 2002;42:4235-9.
- Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians 1997-2001. *JAMA* 2003;289:442-9.
- Landon B, Reschovsky J, Pham H, Blumenthal D. Leaving medicine: The consequences of physician dissatisfaction. *Med Care* 2006;44:234-42.
- Larkins SL, Spillman M, Parison J, Hays RB, Vanlint J, Veitch C. Isolation, flexibility and change in vocational training for general practice: personal and educational problems experienced by general practice registrars in Australia. *Fam Pract* 2004;21:559-66.
- Linn LS, Yager J, Cope D, Leake B. Health status, job satisfaction, job stress and life satisfaction among academic and clinical faculty. *JAMA* 1985;254:2775-82.
- Martin JK, Blum TC, Beach SR, Roman PM. Subclinical depression and performance at work. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 1996;31:3-9.
- Masselink LE, Lee SYD, Konrad TR. Workplace relational factors and physicians intention to withdraw from practice. *Health Care Manage Rev* 2008;33:178-87.
- Mechanic D. Physician discontent. Challenges and opportunities. *JAMA* 2003;290:941-6.
- Melville A. Job satisfaction in general practice: implications for prescribing. *Soc Sci Med* 1980;14A:495-9.
- Meyer JP, Paunonen SV, Gellatly IR, Goffin RD. Organizational commitment and job performance: It's the nature of commitment that counts. *J Appl Psychol* 1989;74:152-6.
- Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch L, Topolnitsky L. Affective, continuance and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates and consequences. *Journal of Vocational Behaviour* 2002;61:20-52.

- Misra-Hebert AD, Kay R, Stoller JK. A review of physician turnover: rates, causes and consequences. *Am J Med Qual* 2004;19:56–66.
- Moorman RH. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviour: Do fairness perception influence employee citizenship? *J Appl Psychol* 1991;76:845–55.
- O'Connor DB, O'Connor RC, White BL, Bundred PE. The effect of job strain on British general practitioners mental health. *Journal of Mental Health* 2000;9:637–54.
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724–8.
- Reichers AE. A review and reconceptualization of organizational commitment. *Academy of Management Review* 1985;10:465–76.
- Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ* 2003;326:22.
- Singh K, Billingsley BS. Professional support and its effects on teachers commitment. *The Journal of Educational Research* 1998;9:229–239.
- Steel RP, Ovalle NK. A reviews and meta-analysis of research on the relationship between behavioural intentions and employee turnover. *J Appl Psychol* 1984;69:673–86.
- Stoddard JJ, Hargraves JL, Reed M, Vratil A. Managed care, professional autonomy and income. Effect on physician career satisfaction. *J Gen Intern Med* 2001;16:675–84.
- Sutinen R, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen M. Organizational fairness and psychological distress in hospital physicians. *Scand J Public Health* 2002;30:209–13.
- Suomen lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne 2007-selvitys. <http://www.lääkäriliitto.fi/files/tklaakaritilanne07.ppt> [luettu 30.5.2008]
- Terveystieteiden tutkimuskeskuksen muistio. Uusi terveydenhuoltolaki. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/pr1214211442205/passthru.pdf> [luettu 29.9.2008]
- Tyler T, DeGoey P. Collective restraint in social dilemmas: Procedural justice and social identification effects on support for authorities. *J Pers Soc Psychol* 1995;69:482–97.
- Twaddle A. Swedish physicians perspective on work and the medical care system: The case of district general practitioners. *Soc Sci Med* 1986;23:763–71.
- Wallace JE, Lemaire J. On physician well being – You'll get by with a little help from your friends. *Soc Sci Med* 2007;64:2565–77.
- Williams ES, Skinner AC. Outcomes of physician job satisfaction: A narrative review, implications and directions for the future research. *Health Care Manage Rev* 2003;28:119–40.
- Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:484–93.
- Vehviläinen A, Takala J, Haggren O, Tirkkonen K, Kumpusalo E. Lääkärien ehdotuksia terveystieteiden tutkimuskeskustuksen kehittämiseksi. Terveystieteiden tutkimuskeskustuksen nykytila ja tulevaisuus 2002-tutkimus IV. *Suom Lääkäril* 2003;58:663–67.
- Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008;45:140–153.

**AINO LEPÄNTALO**

*LT, tutkija*

*Stakes*

*Terveystieteiden ja terveystieteiden tutkimusryhmä*

**TARJA HEPONIEMI**

*PsT, dosentti, erikoistutkija*

*Stakes*

*Terveystieteiden ja terveystieteiden tutkimusryhmä*

**TIMO SINERVO**

*VTT, dosentti, erikoistutkija*

*Stakes*

*Terveystieteiden ja terveystieteiden tutkimusryhmä*

**JUKKA VÄNSKÄ**

*VTM, tutkimuspäällikkö*

*Suomen lääkäriliitto*

**HANNU HALILA**

*LKT, dosentti, koulutusjohtaja*

*Suomen Lääkäriliitto*

**MARKO ELOVAINIO**

*VTT, dosentti, tutkimuspäällikkö*

*Stakes*

*Terveystieteiden ja terveystieteiden tutkimusryhmä*