

Marko Elovainio, Marianna Virtanen ja Tuula Oksanen

Lääkärien työolot, terveys ja työkyky

Toimintaympäristön muutokset vaikuttavat myös lääkäreiden työhön. Suomen mittakaavassa muutoksista suurin, sote-uudistus, on vasta edessäpäin. Kuormitusta lisäävät työvoimapula, päivystykset ja heikosti työtä tukevat potilastietojärjestelmät. Psykososiaalisiin työoloihin liittyvissä kyselytutkimuksissa lääkäreiden suurimpia kuormitustekijöitä ovat olleet kiire, pakkotahtisuus ja heikko tiedonkulku, vaikka he keskimäärin kokevat työolonsa hyviksi, usein muita ammattiryhmiä paremmiksi, ja ovat sitoutuneita jatkamaan työssään eläkeikään asti. Psykkinen oireilu ja unihäiriöt ovat lääkäreillä yleisiä, mutta esimerkiksi masennuksesta johtuvia työkyvyttömyyseläkkeitä lääkäreillä on muita ammattiryhmiä vähemmän. Kunta-alan ammattiryhmistä lääkäreillä on lähes vähiten sairauspoissaoloja. Oikeudenmukaisella johtamisella, työyhteisön sosiaalisen pääoman kehittämisellä, työtehtävien organisoinnilla ja työaika- joustoilla voidaan vastata muutosten lääkärin työhön tuomiin haasteisiin.

Terveystieteiden henkilöstö on yhteiskunnan resurssi, jonka toimintamahdollisuudet ja työ- ja toimintakyky ratkaisevat terveydenhuollon toimivuuden ja vaikuttavat siten myös väestön terveyteen. Viime vuosina terveydenhuolto ja sen organisointi ovat muuttuneet voimakkaasti, mistä esimerkkejä ovat uudet päivystysmallit, erikoissairaanhoidon keskittäminen ja vanhustenhuollon sekä kotihoidon integraatio. Näitä muutoksia ovat kiihdyttäneet väestön ikääntyminen ja erityisesti julkisen terveydenhuollon taloudellisten resurssien niukkeneminen ikääntyvän väestön tarpeisiin nähden. Kunnallinen perusterveydenhuolto on kärsinyt saatavuusongelmasta, joka johtuu monista tekijöistä, kuten työn organisoinnin rakenteellisista ongelmista ja osin lääkäri- ja hoitajaresurssista. Yksityisen terveydenhuollon ja työterveyshuollon palvelutuotannon lisääntyminen on muuttanut lääkäreiden työtä. Osa-aikatyö on yleistynyt, ja jopa puolet lääkäreistä jatkaa työntekoa jossain muodossa eläkkeelle jäämisen jälkeenkin (1). Myös työskentely monikulttuurisessa työyhteisössä ja monikulttuuristen potilaiden kanssa on yhä yleisempää (2).

Lääkärin työ terveyskeskuksissa koetaan muita sektoreita kuormittavammaksi (3). Ter-

veyskeskustyön kuormittavuuteen ovat vaikuttaneet erilaiset hallinnon ongelmat ja koko terveystieteiden palvelujärjestelmän rakenteen kehitys, joka on merkinnyt terveyskeskusten ensi- ja viimesijaisuutta eli sitä, että potilaat tulevat aluksi terveyskeskukseen ja toisaalta sitä, että terveyskeskus on myös erikoissairaanhoidon jatkohoitopaikka. Tämä asema on muovannut terveyskeskuslääkärin työtä ennustamattomaan suuntaan. Toisaalta työ myös koetaan monipuolisena, haastavana ja mielenkiintoisena. Tämä on kuitenkin asettanut uusia vaatimuksia lääkärin ammatti-identiteetille (4). Terveydenhuollon monikanavainen rahoitus sekä siihen osin liittyvä yksityisen palvelutuotannon ja työterveyshuollon vahva rooli perusterveydenhuollossa etenkin suurissa kunnissa ovat yksipuolistaneet potilasrakennetta (5). Työssä käyvät hoidetaan pitkälti työterveyshuollossa, jossa yksityisen rahoituksen rooli on suurentunut, kun esimerkiksi työterveyshuollon osuus perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksista on noin neljännes (6).

Erikoissairaanhoidon hallinnollinen ja toiminnallinen keskittäminen on johtanut muun muassa uusien päivystysmallien kehittämiseen ja uusien työaikamallien käyttöön kaikilla eri sektoreilla (7). Resurssien suhteellinen vähene-

minen ja työvoimapula ovat tuoneet mukanaan erilaisia työmalleja, kuten terveyskeskusten parityömallit ja erilaiset tehtävien uudelleenjärjestelyt hoitajien ja lääkärien välillä. Työtä ovat muovanneet sähköiset potilastietojärjestelmät, jotka mahdollistavat tehokkaan tiedonhallinnan ja -haun mutta myös edellyttävät raportointia ja kirjaamista. Lääkärien arviot potilastietojärjestelmistä ja niiden käytettävyydestä ovat olleet kriittisiä (8). Yleisimpinä ongelmina he ovat pitäneet potilastiedon heikkoa saatavuutta ja tiedon kulkua organisaatioiden välillä, eivätkä he ole kokeneet potilastietojärjestelmien tukevan heidän työtään riittävän hyvin.

Psykososiaaliset kuormitustekijät lääkärin työssä

Aikaisempien tutkimusten havainnot lääkärin työn kuormittavuudesta heijastavat osin edellä kuvattuja kehityskulkuja ja näyttävät olevan yhteydessä työhön liittyvään psykososiaaliseen kuormitukseen (TAULUKKO 1). Merkittävimpiä kuormittavia tekijöitä ovat kiire, kokemus vähäisistä vaikutusmahdollisuuksista ja työprosesseihin liittyvät ongelmat (9–16).

Kun suomalaisten lääkärin kokemuksia vuosina 2006 ja 2010 verrattiin, potilastyöhön ja tietojärjestelmiin liittyvä rasittuneisuus lisääntyi ja varsinkin julkisessa terveydenhuollossa esiintyi paljon kiirettä, ryhmätyöongelmia ja heikosti toimivien tietojärjestelmien aiheuttamaa stressiä (12). Yksityiseltä sektorilta terveyskeskustyöhön siirtyneiden lääkärin kokemuksissa kiire ja potilastyöhön liittyvä rasittuneisuus nousivat tärkeiksi psyykkistä rasittuneisuutta ja työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeuksia lisääviksi tekijöiksi (13). Toisaalta johtaminen ja työilmapiiri koettiin terveyskeskuksissa paremmiksi kuin erikoissairaanhoidossa (14).

Työterveyslaitoksen Kunta10-tutkimukseen vuosina 2010–14 osallistuneet lääkärit kokivat psykososiaalisen työympäristönsä kohentuneen ja useimpia muita ammattiryhmiä paremmaksi (15). Heistä 87 % uskoi jatkavansa työssä eläkeikään asti ja 80 % suosittelisi kuntatöyöntantajaansa muillekin. Vaativa työ, huonot vaikutusmahdollisuudet, väkivaltatilanteet potilastyössä sekä vähäinen kollegoilta saatu

TAULUKKO 1. Psykososiaaliset kuormitustekijät lääkärin työssä.

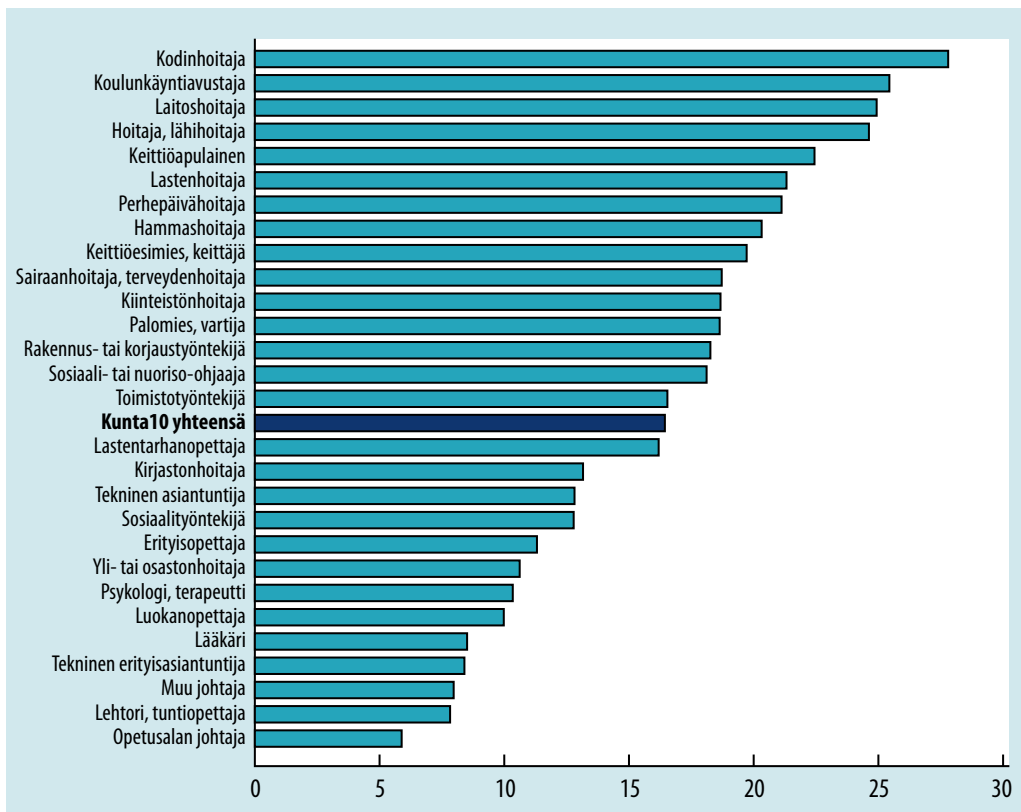
Kiire, riittämättömät resurssit, työn pakkotahtisuus, yli-työt, päivystyskuormitus
Vähäiset vaikutusmahdollisuudet
Sosiaaliset suhteet (ristiriidat työyhteisössä, yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa)
Työprosesseihin ja -väliseisiin liittyvät ongelmat (potilastietojärjestelmät, hallinto)
Kuormittavat potilaat
Työn ja perheen yhteensovittamisen ongelmat

sosiaalinen tuki ja kiusaaminen ovat olleet yhteydessä lääkäreiden vähäisempään organisaatioon sitoutumiseen (16,17). Hyvät vaikuttamismahdollisuudet työhön taas olivat yhteydessä vähäisempiin ammatinvaihtoaikaisiin ja myös heikensivät psyykkisen rasittuneisuuden ja univaikeuksien ammatinvaihtoaikaita lisäävää vaikutusta (18).

Lääkärien terveys ja työkyky

Keskustelua lääkärin mahdollisista mielen-terveysongelmista ja työuupumuksesta on käyty vuosikausia. Yhdysvalloissa jo joka toinen lääkäri kärsii työuupumusoireista (19). Suomessa vuonna 2015 Suomen Lääkäriliiton, Työterveyslaitoksen ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kyselyssä 21 % koki vakavan työuupumuksen uhkaa, mutta kyselyssä ei arvioitu itse työuupumuksen yleisyyttä (20). Standardoidulla työuupumusmittarilla arvioitun työuupumuksen yleisyyttä suomalaisten lääkärin joukossa ei ole viime vuosina tutkittu, mutta 1990-luvun lopulla kerätystä aineistosta lievää työuupumusta raportoi noin joka toinen vastaaja ja vakavaa 2 % vastaajista (21). Toisessa, kymmenen vuoden takaisessa suomalaisia lääkäreitä edustavassa aineistossa 20 % oli joskus suunnitellut itsemurhaa (22).

Tuoreempia lukuja on saatu Kunta10-tutkimuksesta, jossa raportoitiin vuonna 2014 kunnissa työskennelleiden lääkärin unihäiriöitä. Heistä 23 % oli viimeksi kuluneen kuukauden aikana kokenut lähes joka yö nukahtamisvaikeuksia, heräilyä useita kertoja yön aikana, vaikeuksia pysyä unessa tai väsymyksen ja uu-



KUVA. Keskimääräinen sairauspoissaolopäivien määrä kunta-alan ammateissa vuonna 2015.

pumuksen kokemusta herättyään (14). Lääkäreistä 15 % oli viimeksi kuluneen kuukauden aikana kokenut masennusoireita, mikä oli hie- man vähemmän kuin Kunta10-tutkimukseen vastanneilla työntekijöillä keskimäärin (17 %). Erikoisalojen välillä voi myös olla eroja: suomalaiseen erikoissairaanhoidon henkilöstöön kohdistuneessa tutkimuksessa havaittiin, että mielenterveyden ongelmat olivat muita yleisempiä psykiatrian toimialalla ja muita harvinaisempia kirurgian toimialalla (23).

Äskettäin julkaistiin kansainvälinen syste- moitu katsaus ja meta-analyysi, jossa arvioitiin lääkärien työuupumukseen kohdistuneiden interventioiden vaikuttavuutta (19). Tulosten mukaan sekä yksilöön että organisaatioon kohdistuvilla interventioilla voidaan vähentää työ- uupumusta. Yleisimmät yksilöön kohdistuneet menetelmät olivat mindfulness- ja stressinhal- lintamenetelmät sekä ryhmäkeskustelut, joiden pyrkimyksenä oli lisätä muun muassa stressin- hallintaa ja vuorovaikutustaitoja. Lääkäriä oma

mindfulness-harjoittelu voi läsnäolokyvyn ja myötätunnon lisääntymisen kautta tukea potilaan kohtaamista (24). Työoloihin kohdistu- neista interventioista yleisimmät olivat työajan lyhentäminen (yhdysvaltalais tutkimuksissa) ja erilaiset toimintatapojen muutokset, jotka saattoivat kohdistua esimerkiksi potilas-lääkä- risuhteeseen, työn sujuvuuteen ja koko yksikön vuorovaikutukseen (19).

Kunta10-tutkimuksessa sairauspoissaoloja on seurattu vuodesta 2000 alkaen yhdessä- toista kunnassa, joista suurimmat ovat Hel- sinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ja Oulu. Kunta-alan ammateista muodostuu selkeä so- sioekonominen gradientti siten, että alemmissa ammattiryhmissä sairauspoissaoloja on eniten ja ylemmissä vähiten (**KUVA 1**). Ammattien väli- sessä vertailussa vuonna 2015 lääkäreillä oli vä- hän sairauspoissaoloja, keskimäärin 8,6 päivää. Kodinhoitajilla ja koulunkäyntiavustajilla pois- saoloja oli eniten, 27,8 ja 25,5 päivää. Vuoden 2008 huipun (keskimäärin 19,4 päivää) jälkeen

Ydinasiat

- ▶ Lääkäreitä kuormittavat työmäärä, vaativat potilaat ja ristiriidat työyhteisössä.
- ▶ Lääkäreillä on jaksamisongelmia ja unetomuutta, mutta muita vähemmän sairauspoissaoloja.
- ▶ Moniammatillisessa tiimissä työskentely voi olla kuormitus- tai voimavaratekijä.
- ▶ Lääkärin voimavaroja voidaan lisätä johtamisen kehittämisellä, työaikojen joustolla, työnohjauksella ja yksilöllisillä stressinhallintamenetelmillä.

sairauspoissaolot Kunta10-kunnissa ovat vähentyneet (16,5 päivää vuonna 2015). Lääkärin sairauspoissaolopäivien määrä on tässä 15 vuoden seurannassa vaihdellut 8,4:n ja 10,3:n välillä, eikä selkeää trendiä ole havaittavissa. Yleisesti ammattiryhmien väliset erot ovat pysyneet samanlaisina seurannan ajan tai jopa jonkin verran kaventuneet niin, että ruumiillista työtä tekevien poissaolot ovat vähentyneet enemmän. Suomalaisessa rekisteritutkimuksessa lääkäreillä oli muuta väestöä vähemmän masennukseen perustuvia työkyvyttömyyseläkkeitä (25). Toisaalta presenteeismi eli sairaana työskentely on yleistä: Suomessa tehdystä kyselyssä kaksi kolmesta lääkäristä raportoi työskennelleensä sairaana kyselyä edeltäneen vuoden aikana (22).

Mistä voimavaroja lääkärin työhön?

Vaikka tutkimusten päälinja usein kohdistuu-kin kuormitustekijöihin, työ on kuitenkin myös voimavara, jonka myötä ihminen saa arvostusta, onnistumisen ja mielekkyyden kokemuksia, myönteistä sosiaalista tukea ja aineellisia resursseja. Kuten muissakin töissä, lääkärin työssä on monia tekijöitä, jotka liiallisina tai epätarkoituksenmukaisina muodostuvat kuormittaviksi mutta joiden avulla toisaalta jaksetaan ja kehitytään työssä. Lääkärin työn voimavaratekijät liittyvät johtamiseen, työn sisältöön, työskentelyolosuhteisiin, sosiaalisiin suhteisiin,

osaamiseen ja henkilökohtaisiin ominaisuuksiin (**TAULUKKO 2**) (26,27).

Oikeudenmukainen johtaminen voi suojata työntekijöiden hyvinvointia ja terveyttä sekä lisätä lääkärin motivaatiota ja työhön sitoutumista (26,28,29). Hoidon laadun on havaittu olevan parempaa oikeudenmukaisesti johdetuissa terveydenhuollon yksiköissä, ja epäoikeudenmukaisuus on ollut yhteydessä lääkärin psyykkiseen oireiluun (30,31,32). Kahden vuosikymmenen kehityskulun kattaneessa sosi- aali- ja terveydenhuollon henkilöstöön kohdis- tuneessa kyselyssä 34 % vastanneista lääkäreistä oli melko tai erittäin tyytyväisiä organisaation- sa johtamistapaan vuonna 2010 (33). Osuus oli pienempi kuin vuoden 1992 kyselyssä (45 %). Useampi lääkäri oli tyytyväinen oman yksik- könsä johtamiseen (62 % vuonna 2010, 59 % vuonna 1992). Vuonna 2010 päätöksiä työpai- kalla piti oikeudenmukaisina 50 % lääkäreistä, kun 13 % oli väitteestä jokseenkin tai täysin eri mieltä. Lääkäreiden näkemykset olivat myön- teisempiä kuin sairaanhoitajien, joista 37 % piti päätöksiä oikeudenmukaisina ja 28 % epäoi- keudenmukaisina.

Yksi lääkärin työn erityispiirre on työsken- tely lähes aina muiden ammattiryhmien kanssa eli osana moniammatillista tiimiä. Moniamma- tillisuuden tuomista haasteista ja hyödyistä tie- detään Suomessa suhteellisen vähän. Pääasiassa akuuttihoitoa antavassa sairaalassa haasteltiin eri ammattiryhmiä (muun muassa lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat, fysioterapeutit), ja keskeisiksi haasteiksi osoittautuivat roolien joustaminen sopimusten mukaan, vastuukysy- mysten määrittely, yhteisen tiedon luomisen käytännöt sekä tiimityön ja vuorovaikutustai- tojen oppiminen. Organisaation rakenteet eivät myöskään aina mahdollistaneet yhteisen tiedon luontia ja yhteisen toimintamallin kehittämistä. Moniammatillisesti hyvin toimivissa tiimeissä puolestaan oli asiantuntijoiden keskinäistä tu- kea ja luottamusta (34). Tässä yhteydessä nou- see esiin sosiaalinen pääoma, jolla tarkoitetaan sosiaalisia verkostoja, normeja ja luottamusta, joiden avulla edistetään verkoston jäsenten yhe- teistoimintaa (35). Sosiaalista pääomaa kertyy silloin, kun työyhteisössä on luottamusta, vas- tavuoroisuutta ja me-henkeä. Kuntasektorilla

TAULUKKO 2. Psykososiaaliset voimavaratekijät lääkärin työssä (27).

Oikeudenmukaiseksi koettu johtaminen, työhön vaikuttamisen mahdollisuudet
Palkitseva työ, mahdollisuus oppia ja kehittyä
Kohtuullinen työmäärä, työajan hallinta
Suhteet työtovereihin ja potilaisiin
Ammatilliset taidot ja osaamisen kehittyminen
Tunne-elämän vakaus, stressinsietokyky, tyytyväisyys uravalintaan

tehdyissä tutkimuksissa työyhteisön sosiaalisen pääoman havaittiin lisäävän työntekijöiden hyvinvointia ja terveyttä (34).

Kolmas tärkeä voimavaratekijä on työn organisointi, esimerkiksi joustot sekä työaika- ja työajan pituuden ja työn sisällön järjestäminen. Ylipitkät työpäivät ja heikot mahdollisuudet vaikuttaa työaikaan voivat olla riski työntekijöiden hyvinvoinnille ja terveydelle (36,37). Lääkäreihin kohdistuneissa yhdysvaltaistutkimuksissa työajan lyhentäminen vähensi uupumusoireilua (19). Suomessa tehdyn kyselyn mukaan kliinistä työtä tekevien lääkärin viikoittainen työaika oli keskimäärin 37 tuntia, josta 48 % käytettiin avovastaanottoon (38). Paperitöihin lääkärin käyttävät hieman yli tunnin päivässä. Mielen-terveysyksikössä työskentelevän psykiatrian erikoislääkärin työstä vielä suurempi osa (jopa 20–30 %) kului erilaisten todistusten perusteiden selvittämiseen ja kirjoittamiseen (38). Perusterveydenhuollon lääkärin ymmärsivät lausuntojen merkityksen potilaalle varsin yleisesti, mutta erityisesti terveyskeskuslääkärin kokivat, että erilaisia lausuntoja oli laadittava liikaa ja liian monelle taholle, ja niihin nähtiin kuluvan liikaa aikaa (39). Työajan pituus, joustot ja ajan jakautuminen eri työtehtäviin ja moniammatillisesti ovat siis tärkeitä kehittämisen kohteita, kun pyritään lisäämään voimavaroja lääkärin työssä.

Näiden rakenteellisempien keinojen lisäksi käytössä on työnohjaus, joka mielen-terveys-työssä on lakisääteistä. Työnohjausta voidaan järjestää joko yksilö- tai ryhmätyönohjausena. Työnohjauksessa lääkäri tutkii yhdessä työnohjaajansa kanssa työtään, työrooliaan ja yhteistyösuhteitaan ja pyrkii kehittämään itseään ja työyhteisöään (40). Työnohjausta

voidaan käyttää sekä klinisen työn että työssä jaksamisen ja tiimityön kehittämiseen. Muita työnohjausta lähellä olevia lääkärin työn kehittämistä tukevia keinoja ovat mentorointi ja valmennus (coaching).

Lopuksi

Lääkärin työssä kuormittavat pitkälti samat tekijät kuin muissakin asiantuntija-ammateissa: työmäärään, työn sisältöön ja organisointiin sekä johtamiseen ja työyhteisöön liittyvät ongelmat. Tutkimusten mukaan lääkärin kuitenkin kokevat psykososiaaliset työolonsa keskimäärin hyväksi ja ovat sitoutuneita jatkamaan työssään eläkeikänsä asti. Terveys- ja hyvinvointieroja on kuitenkin löydetty erikoisaloiden välillä. Uupumus- ja psyykkisen oireilun sekä uniongelmien yleisyydestä huolimatta lääkäreillä on muihin ammattiryhmiin verrattuna vain vähän sairauspoissaoloja ja ennen aikaista eläköitymistä massensperäisen työkyvyttömyyden takia. Kansainvälinen tutkimus on osoittanut, että lääkärin työuupumusta voidaan vähentää sekä yksilöön kohdistuvilla stressinhallintamenetelmillä että organisaatioon kohdistettavilla toimilla.

Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa on käynnissä maailmanlaajuisesti suurin naisvaltaiseen ammattikuntaan kohdistuva rakenteellinen ja toiminnallinen muutos, joka väistämättä kysyy voimavaroja jokaiselta työntekijältä ja haastaa terveydenhuollon toimintakulttuurin. Oikeudenmukaiset johtamiskäytännöt nousevat muutostilanteessa erityisen tärkeiksi. Oikeudenmukaisella johtamisella, työyhteisön sosiaalisen pääoman kehittämisellä, työtehtävien rationalisoinnilla ja työaika- ja työajan joustoilla on mahdollista parantaa lääkärin ja koko terveydenhuollon työskentelyolosuhteita ja työhyvinvointia muutosten keskellä. ■

MARKO ELOVAINIO, VTT, professori

Helsingin yliopisto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

MARIANNA VIRTANEN, PsT, tutkimusprofessori

TUULA OKSANEN, LT, dosentti

Työterveyslaitos, Helsinki

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Elovainio M, Heponiemi T, Ruskoaho J, ym. Puolet eläkeläislääkäreistä jatkaa työntekoa – Lääkärien työolot ja terveys 2010 -jatkotutkimuksen tuloksia. *Suom Lääkäril* 2012;67:1588–93.
2. Aalto AM, Elovainio M, Heponiemi T, ym. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suomalaisessa terveydenhuollossa: haasteet ja mahdollisuudet. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti* 7/2013.
3. Heponiemi T, Kouvonon A, Aalto AM, Elovainio M. Psychosocial factors in GP work: the effects of taking a GP position or leaving GP work. *Eur J Public Health* 2013;23:361–6.
4. Lämsä R, Larivaara M, Heponiemi T, Elovainio M. Terveyskeskuslääkäri kärsii tai nauttii työn hajanaisuudesta. *Suom Lääkäril* 2011;66:2009–13.
5. Hujanen T, Mikkola H. Työterveyshuollon kustannuskehitys. *Suom Lääkäril* 2016;71:1537–40.
6. Hujanen T, Mikkola H. Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot. Kelan tutkimusosaston nettityöpapereita 42/2013.
7. Heponiemi T, Siuvatti E, Puttonen S, ym. Lääkärien päivystysmallien kehittämis- ja arviointitutkimus. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita* 39/2015.
8. Vänskä J, Viitanen J, Hyppönen H, ym. Lääkärien arviot potilastietojärjestelmistä kriittisiä. *Suom Lääkäril* 2010;65:4177–83.
9. Johnson JV, Hall EM, Ford DE, ym. The psychosocial work environment of physicians. The impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School graduates. *J Occup Environ Med* 1995;37:1151–9.
10. McKeivitt C, Morgan M, Dundas R, ym. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *J Public Health Med* 1997;19:295–300.
11. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, ym. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724–8.
12. Heponiemi T, Vänskä J, Aalto AM, Elovainio M. Kyselyt lääkäreille 2006 ja 2010: potilastyöhön ja tietojärjestelmiin liittyvä stressi lisääntyi. *Suom Lääkäril* 2012;67:3491–5.
13. Heponiemi T, Kouvonon A, Sinervo T, Elovainio M. Is the public healthcare sector a more strenuous working environment than the private sector for a physician? *Scand J Public Health* 2013;41:11–7.
14. Virtanen P, Oksanen T, Kivimäki M, ym. Work stress and health in primary health care physicians and hospital physicians. *Occup Environ Med* 2008;65:364–6.
15. Kenni E, Lehto H, Aro A. Kunta10-katsaus: miten kunnissa työskentelevät lääkärit jaksavat? *Työterveyslääkäri* 2016;34:74–6.
16. Kuusio H, Heponiemi T, Sinervo T, ym. Organizational commitment among general practitioners: a cross-sectional study of the role of psychosocial factors. *Scand J Prim Health Care* 2010;28:108–14.
17. Heponiemi T, Kouvonon A, Virtanen M, ym. The prospective effects of workplace violence on physicians' job satisfaction and turnover intentions: the buffering effect of job control. *BMC Health Serv Res* 2014; 14:19.
18. Heponiemi T, Kouvonon A, Vänskä J, ym. The association of distress and sleeping problems with physicians' intentions to change profession: the moderating effect of job control. *J Occup Health Psychol* 2009; 14:365–73.
19. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, ym. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016;388:2272–81.
20. Lääkäriin työolot ja terveys 2015 -kyselytutkimuksen tuloksia. Lääkäriliitto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Työterveyslaitos 2016. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/tyo-olot-hyvinvointi/>.
21. Ahola K, Hakkanen J. Terveysammattilaisten työuupumus: erityisenä haasteena vuorovaikutus auttamistyössä. *Duodecim* 2010; 126:2139–46.
22. Elovainio M, Heponiemi T, Vänskä J, ym. Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla? *Suom Lääkäril* 2007;62:2071–6.
23. Virtanen M, Vahtera J, Batty GD, ym. Health risk behaviours and morbidity among hospital staff – comparison across hospital ward medical specialties in a study of 21 Finnish hospitals. *Scand J Work Environ Health* 2012;38:228–37.
24. Raevuori A. Mindfulnessin terveysvaikutukset – mitä lääkäriin on hyvä tietää? *Duodecim* 2016;132:1890–7.
25. Pensola T, Gould R. Ammatit ja masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2009:7.
26. Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *Am J Public Health* 2002;92:105–8.
27. Päätalo K, Kauppi S. Työhyvinvointi lääkäriin työssä – systemaattinen kirjallisuuskatsaus työkykyjohtamisen tueksi terveydenhuollon organisaatioihin. *Sos Lääketiet Aikak* 2016;53:30–43.
28. Robbins JM, Ford MT, Trickett LE. Perceived unfairness and employee health: a meta-analytic integration. *J Appl Psychol* 2012; 97:235–72.
29. Heponiemi T, Manderbacka K, Vänskä J, ym. Can organizational justice help the retention of general practitioners? *Health Policy* 2013;110:22–8.
30. Virtanen M, Oksanen T, Kawachi I, ym. Organizational justice in primary-care health centers and glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Med Care* 2012;50: 831–5.
31. Elovainio M, Steen N, Pesseau J, ym. Is organizational justice associated with clinical performance in the care for patients with diabetes in primary care? Evidence from the improving Quality of care in Diabetes study. *Fam Pract* 2013;30:31–9.
32. Sutinen R, Kivimäki M, Elovainio M, ym. Organizational fairness and psychological distress in hospital physicians. *Scand J Public Health* 2002;30:209–15.
33. Laine M, Kokkinen L, Kaarlela-Tuomaala A, ym. Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010. Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Työterveyslaitos 2011. http://partner.ttl.fi/fi/verkkokirjat/sosiaali_ja_terveys-ala/2010_kyselytutkimus/Documents/sote_netтираpotti_jakaumat_ammatti.pdf.
34. Isoherranen K. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillisista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2012.
35. Oksanen T, Virtanen M. Työyhteisön sosiaalinen pääoma. Kirjassa: Oksanen T, Elovainio M, Ervasti J, ym, toim. Hyvinvointihavaintoja: tutkimustietoa kunta-alalta. Helsinki: Työterveyslaitos 2012, s. 55–64.
36. Kivimäki M, Jokela M, Nyberg S, ym. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *Lancet* 2015;386:1739–46.
37. Salo P, Vahtera J, Saltychev M, ym. Työkyvyttömyys ja sen ehkäisy. Kirjassa: Oksanen T, Elovainio M, Ervasti J, ym, toim. Hyvinvointihavaintoja: tutkimustietoa kunta-alalta. Helsinki: Työterveyslaitos 2012, s. 91–122.
38. Klemola L, Ketola E, Virtanen M, Vohlonen I. PETTU-hanke auditoi terveyskeskuslääkäriin työtä tuoteistusta varten. Pelkkien käyntimäärien seuranta jättää osan työstä näkymättömiin. *Suom Lääkäril* 2009;64:3765–9.
39. Vehko T, Pekkarinen L, Lämsä R, ym. Lääkäreiden ajankäyttö, työolot ja lasunnot perusterveydenhuollossa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita* 31/2015.
40. Lönnqvist J. Työnohjauksen mahdollisuudet lääkäriin työssä. *Duodecim* 2014;130:1551–7.

SUMMARY

Physicians' working conditions, health and working capacity

Changes in the working environment will also influence the work of physicians. The greatest of these changes on the Finnish scale, the SOTE reform (the reform in social welfare and public health services), still lies ahead. Labor shortage, on-call duties and patient record systems providing little support to work add to the burden. In surveys related to psychosocial working conditions, physicians' greatest work load factors have been rush, forced working pace and poor communication despite the fact that, on average, they consider their working conditions to be good, frequently better than those of other professional groups, and are committed to carry on with their work until retirement age. Although psychic symptoms and sleep disturbances are common among physicians, there are fewer disability pensions due to e.g. depression among physicians than in other professional groups. Among the municipal professions, physicians have nearly the lowest rate of job absenteeism due to sickness. Challenges brought about by the changes in physician's work can be met with fair management, development of the social capital of the work community, organization of tasks and flexibility of working hours.