

Autonomia ja ammattillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta

SIRPA WREDE, ANTERO OLAKIVI, NOORA FISCHER & ANTON SIGFRIDS



LÄÄKÄRILIITTO
LÄKARFÖRBUNDET

Kustantaja: Suomen Lääkäriliitto

Kustantajan kotipaikka: Helsinki

ISBN 978-951-9433-73-8

Suomen Lääkäriliitto, Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta 2016, verkkojulkaisu, Helsinki, 2016.

Sisällys

Esipuhe	1
1 Johdanto	2
Tutkimuksen tausta: valtion kanssa neuvoteltu autonomia ja lääkäriammattisuus	3
Lääkäriprofession asema yhteiskunnallisena instituutiona	3
Hyvinvointivaltion kriisi ja terveydenhuollon uudistukset	4
Profession autonomia ja ammatin tietoperusta	5
Tämä tutkimus: lääkärikunnan sisäinen moniäänisyys	5
2 Katsaus professiososiologiaan	7
Professionaalinen valta ja ammatilliset toimialueet	8
Professiopolitiikan kiistakysymyksiä	10
Hoidollinen autonomia professiopolitiikkaa koskevan tutkimuksen näkökulmasta	11
Tutkimuksen lähtökohdat	14
3 Tutkimusasetelma ja tutkimuksen toteutus	16
Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	18
Tutkimuksen toteutus	18
4 Lääkäriammatti klinistä työtä tekevien lääkäreiden näkökulmasta	21
Parantajien professio	22
Lääkärikuntaan kuuluminen	26
Mitä lääkärin autonomian käsite lääkäreille tarkoittaa?	31
Mitä lääkärikunnan autonomian käsite lääkäreille tarkoittaa?	38
5 Kliininen autonomia ammatinharjoittamisen arjessa	42
Kuka voi toimia klinistä työtä tekevän lääkärin esimiehenä – ja millä perusteella?	43
Hoitosuosituksen ja ammatillinen harkinta	45
Potilassuhteen jännitteet	48
Kollegiaalisuuden veloitteet	53
Lääkärin etiikka ja yhteiskunnan vaateet	56
6 Ammatillisten veloitteiden säätely	63
Yhteinen päivitysvelvollisuus ja kollegiaalisuuden jännitteet	63
Täydennyskoulutuksen vähimmäiskriteerit – vastuullisuutta vai kapenevaa autonomiaa?	68
Ammatinharjoittamisen säätely: valtion ja profession roolit	71
7 Vaativa työ ja työssä selviytyminen nuorten lääkärin puheessa	75
Uran alkuvaiheen paineet: milloin vaativasta työstä tulee kohtuutonta?	76
Vaativat tekijät terveyskeskustyössä: työtä ”suolakaivoksessa”?	77
Sairaalatyön kunnian kentät: oikeutettua vai vahingollista työpainetta?	80
Työyhteisön tuki ja sen puute	82
8 Tulokset ja pohdinta	85
Tulokset: Vastuullisesti autonominen professio	86
Pohdinta: Muutossuuntia profession ja yhteiskunnassa	94
Lähteet	99
LIITE 1: Tutkimusseloste ja suostumuslomake	105
LIITE 2: Haastattelurunko	107
LIITE 3: Haastattelujen koodit	109
LIITE 4: Litteraatiomerkinnot	110

Esipuhe

Suomen Lääkäriliiton aktiivien piirissä virisi taannoista autonomiaselontekoa valmisteltaessa laajalti kiinnostusta siihen, millaisia käsityksiä käytännön lääkäreillä on autonomian kannalta relevanteissa kysymyksissä. Professori Raimo Puustisen aloitteesta Lääkäriliitto otti yhteyttä Sirpa Wredeen, ja ajatuksena oli toteuttaa yhteistyössä aiemmasta selonteosta riippumaton tutkimus. Tästä lähtökohdasta tutkimusryhmän jäsenet, siinä vaiheessa Sirpa Wrede ja Antero Olakivi, alkoivat suunnitella nyt raportoitavaa tutkimusta. Tutkijat suunnittelivat tutkimuksen Lääkäriliiton edustajien kanssa keskustellen. Yhteisesti sovittiin, että tutkimus lähtee avoimista tutkimuskysymyksistä ja sosiologian lähtökohdista. Tutkimuksen käytännön toteuttamiseen ovat osallistuneet tutkimusavustajina Noora Fischer ja Anton Sigfrids. Työparina työskennelleiden tutkimusavustajien nimet ovat tutkimuksen kirjoittajina aakkosjärjestyksessä.

Tutkimusryhmä haluaa kiittää Suomen Lääkäriliittoa avoimesta ja keskusteleavasta yhteistyöstä ja tutkimuksen mahdollistaneesta rahoituksesta. Etenkin haluamme kiittää tutkimuksen aloitteentekijöitä Heikki Pälvetä ja Raimo Puustista sekä yhteyshenkilöämme Lauri Vuorenkoskea. Kiitämme myös kaikkia muita kokouksiimme osallistuneita henkilöitä. Olemme oppineet paljon keskusteluistamme ja iloinneet harvinaisesta tilaisuudesta toteuttaa tutkimus siten, että olemme voineet jatkuvasti pohtia havaintojamme tutkimuksen kohteena olevan ammattiryhmän edustajien kanssa. Havaintojen tulkinnoista vastaamme itse, mutta toivomme jatkossakin saavamme keskustella analyyseistamme Lääkäriliiton edustajien kanssa. Toivomme myös, että tutkimuksestamme on iloa ja hyötyä paitsi Lääkäriliiton aktiivitoimijoille myös liiton muille jäsenille.

Käytännön avusta tutkimuksemme toteuttamisessa haluamme kiittää Tutkimustie Oy:n huolellisia ja ripeitä litteroijia ja kielenhuollon paneutuneesti tehnyttä Anu Jänttiä. Mahdolliset jäljellä olevat kielivirheet ovat omalla vastuullamme.

Suurin kiitoksemme menee tutkimukseen osallistuneille lääkäreille, jotka ovat antaneet haastatteliijoille arvokasta aikaansa ja paneutuneet kysymyksiimme kiinnostuksella ja reflektiivisyydellä. Haastatteluista syntynyt arvokas tutkimusaineisto palvelee paitsi tätä tutkimusta myös tulevia tutkimuksia, joiden kautta uskomme syntyvän vielä lisää kiinnostavaa tietoa lääkäriammattista ja lääkärintyöstä Suomessa.

Helsingissä 15.12.2016

Tekijät

1 Johdanto

Tämän tutkimuksen aiheena on lääkäreiden autonomia. Tutkimus on syntynyt Suomen Lääkäriliiton aloitteesta ja toteutettu Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen sosiologian oppiaineessa yhteistyössä Sirpa Wreden tutkimusryhmän ja Lääkäriliiton välillä. Kysymys lääkärintyön autonomian tulevaisuudesta on askarruttanut Lääkäriliiton aktiiveja viime vuosien aikana, ja Lääkäriliitto on muun muassa valmistellut aiheesta oman selontekonsa. Selonteossaan Lääkäriliitto (2015) on käsitellyt lääkärinkunnan autonomian ja lääkärin hoidollisen autonomian nykytilaa sekä tunnistanut mahdollisia tulevaisuuden kehityskulkuja, muun muassa myös autonomian uhkatekijöitä. Selonteon yksi keskeinen johtopäätös on, että lääkärinkunnan ulkoisten tekijöiden lisäksi huomiota on kiinnitettävä lääkärinkunnan sisäisiin näkemyseroihin ja eroihin siinä, miten eri jäsenet ovat sitoutuneita lääkärin etiikkaan, yhteiskunnan kokonaisuuteen ja lääkärinkunnan autonomian ja itsesätelyn puolustamiseen.

Lääkäriliiton aloitteesta käynnistynyt tutkimus päätettiin toteuttaa eksploratiivisella lähestymistavalla, koska lääkärinammattista, lääkärinkunnasta ja lääkäriammattillisuudesta on yllättävän vähän suomalaista yhteiskuntatieteellistä tutkimusta eikä autonomia-aiheesta ollenkaan. Eksploratiivisen otteen mukaisesti tutkimuksen aineisto kerättiin laadullisin menetelmin teema- ja virikehaastattelujen avulla. Tutkijoita kiinnosti tutkia lääkärinkunnan näkemyksiä ja mahdollista moniäänisyyttä, joka liittyy lääkäreiden autonomiaan ja autonomian kannalta relevantteina pidettyihin kysymyksiin. Meistä oli kiinnostavaa myös tarkastella Lääkäriliiton piirissä virinnyttä ajatusta siitä, että erityisesti nuorten lääkäreiden suhde lääkärin työhön ja ammattiin olisi muuttumassa tavalla, jolla olisi merkitystä lääkärinkunnan autonomialle tulevaisuudessa. Yhdessä Lääkäriliiton kanssa halusimme ymmärtää lääkärinkunnan sisäisten ammattiin liittyvien näkemysten ja näkemyserojen heikkoja signaaleja.

Liiton autonomiaselonteko ei ollut julkinen haastatteluja tehtäessä, joten tutkimukseen haastatellut lääkärit eivät ole siihen voineet tutustua. Tutkimustulosten voikin ajatella kertovan varsin luotettavasti siitä, millaisia näkemyksiä käytännön lääkärit ovat koulutuksessaan, työssään ja muissa arjen vuorovaikutuksissa muodostaneet keskeisistä ammattiaan koskevista asioista, kuten autonomiasta. Toisaalta on oletettavaa, että tutkimushaastattelussa lääkärit puhuvat myös haastattelijaa

laajemmalle, lääkärinkunnan ulkopuoliselle yleisölle. Siten tutkimustulokset kertovat myös lääkäreiden tavoista, keinoista ja mahdollisuuksista osallistua työtään koskevaan yhteiskunnalliseen keskusteluun.

Tutkimusta varten luotu aineisto ei pyri olemaan tilastollisesti edustava otos suomalaisista lääkäreistä. Moniäänisyyttä ja mahdollisia sisäisiä näkemyseroja tutkiaksemme loimme käytännön lääkärintyön vaihtelevia positioita heijastavan niin kutsutun strategisen otoksen. Olemme toivon mukaan saaneet otokseen mahdollisimman heterogeenisen ryhmän lääkäreitä siten, että aineistossa näkyy mielipiteiden ja ajattelun laaja kirjo. Tällöin meidän on mahdollista aineiston avulla tarkastella lääkäreiden yhteisiä puhe- ja järjelytapoja sekä niiden variaatioita ja täten vastata tutkimuksessa esitettäviin lääkärin autonomiaa koskeviin tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuksessa tarkastellaan autonomiaa sekä yleisesti lääkärinkunnassa profession autonomiana että yksittäisen lääkärin työssä hoidollisena autonomiana. Tutkimus keskittyy käytännön lääkärin näkökulmaan. Lääkäriliiton kiinnostuksen pohjalta tutkimuksessa kysytään erityisesti, eroavatko niin sanottujen konkareiden eli kokeneiden lääkäreiden ja aloittelijoiden eli usein erikoistumisvaiheessa olevien varsin nuorten lääkäreiden käsitykset autonomiasta ja sen merkityksestä merkittävästi toisistaan. Otoksessa konkareiksi katsottiin lääkärintyötä yli 20 vuotta tehneet 60–64-vuotiaat lääkärit ja aloitteleviksi vuosina 2010–2014 valmistuneet. Jäsenrekistereistä edellä mainittujen kriteerien perusteella poimittujen lääkäreiden lisäksi haastateltavaksi valikoitui kolme konkareiden ja aloittelijoiden kategoriaan sopivaa haastateltavaa. Kaksi näistä oli niin sanottuja koehaastateltavia. Näiden haastattelujen avulla hioimme haastattelurunkoa. Kolmas käsin poimittu haastateltava etsittiin, kun otoskriteerien avulla ei löytynyt tarpeeksi miespuolisia terveyskeskuskonkareita.

Yllä on mainittu Lääkäriliiton piirissä tehty autonomiaselonteko, josta tutkimusryhmän työn alkaessa oli jo olemassa luonnos. Näin tutkimusryhmällä on ollut mahdollisuus rakentaa tutkimuksen kysymyksenasettelua osittain selonteon luomalle perustalle. Niinpä tutkimusta voi lukea sosiologisen ammattientutkimuksen puheenvuorona keskusteluun, jota käydään lääkärin autonomiasta, autonomian uhkatekijöistä sekä

lääkäriammattillisuudesta. Tosin emme pyri esittämään sosiologian kantaa, vaan analyysin fokuksessa ovat käytännön lääkärin näkemykset sosiologisten viitekehysten avulla tulkittuina.

Haastatteluja suunniteltaessa päädyimme teema- ja virikehaastattelun yhdistelmään. Virikkeet, väitteet, teemat ja vinjetit valittiin läheisessä yhteistyössä Lääkäriliiton kanssa ja myös selonteko huomioiden. Halusimme, että haastateltavat pääsevät haastatteluissa ilman johdattelua kommentoimaan asioita, joista liitolla on jokin ennakkokäsitys. Tavoite on ollut tarkastella käytännön lääkäreiden näkemyksiä professiopolitiikan keskeisistä kysymyksistä heidän omista lähtökohdistaan ja tehdä analyysissa näkyväksi myös profession moniäänisyys eli ammattikunnan sisällä vallitsevien erilaisten näkökulmien kirjo. Raportissa esitellään aluksi lyhyesti lääkäreitä koskevan professiososiologisen tutkimuksen nykysuuntauksia. Tarkoituksena ei ole perusteellinen katsaus professiososiologiaan, vaan esittely on rajattu sellaiseen tutkimukseen, joka taustoittaa oman tutkimuksemme tulosten esittelyä ja niiden analyysia. Tutkimuskirjallisuus tarkastelee professionaalista työtä useimmiten profession tasolla ja puhuu ammattikunnista – vähintäänkin implisiittisesti – suhteellisen yhtenäisinä toimijoina, vaikka myös ammattikuntien sisäinen rakenne ja eriytyminen usein tunnustetaan. Tässä tutkimuksessa professioiden ajatellaan lähtökohtaisesti olevan moniäänisiä. Pyrimme tekemään näkyväksi ja ymmärtämään profession sisäistä näkemysten kirjoa ja pohtimaan sen merkitystä professiopolitiikalle aina kun se on empiirisesti relevanttia. Aiempi tutkimus on auttanut meitä fokusoimaan tutkimusteemoja ja tulkitsemaan aineistoa, vaikka emme olekaan sitoutuneet yhteen tutkimustuloksimme suoranaisesti selittävään teoriaan.

TUTKIMUKSEN TAUSTA: VALTION KANSSA NEUVOTeltu AUTONOMIA JA LÄÄKÄRIAMMATTILLISUUS

Lääkäriprofessionille on modernin valtion kehittyessä syntynyt yhteiskunnallinen erityisasema ammattina, jonka harjoittajilla on erityisiä oikeuksia ja velvollisuuksia. Tähän erityisasemaan liittyvät työn ja ammattikunnan autonomisuus, joita lääkärikunta Suomessakin on omassa yhteiskunnallisessa vaikuttamistoiminnassaan systemaattisesti puolustanut jo pitkään (esim. Oker-Blom 1911). Lääkäriprofession perinteisen käsityksen mukaisesti lääkärillä on työssään oikeus hoitaa potilasta oman harkintansa mukaan eli hänelle kuuluu niin sanottu kliininen tai hoidollinen autonomia: lääkärin toimintaa ohjaavat lääketieteen etiikka ja ajantasainen lääketieteellinen tieto parhaasta mahdollisesta hoidosta. Profession edustavien järjestöjen tukemana

lääkärikunta on pyrkinyt ylläpitämään autonomiaansa muun muassa määrittelemällä yhteisen eettisen koodiston. Suomessa valtio on nykypäivään mennessä pääosin hyväksynyt sekä hoidollista että ammattikunnan autonomiaa koskevat vaateet – tai vähintäänkin suhtautunut vaateisiin myötämielisesti. Autonomiansa vastapainoksi lääkärikunnalta on tosin odotettu sitoutumista yhteiskunnallisiin tehtäviin, kuten kansanterveystyön hoitamiseen (Vuolio 1992). Sosiologisen tulkinnan mukaan Suomessa julkisen sektorin työmarkkinat ja terveydenhuoltoon koskeva hyvinvointipolitiikka ovat olleet lääkärikunnan oman edun kannalta niin tärkeitä, että lääkärin on muiden keskeisten terveydenhuollon ammattien, esimerkiksi kättilöiden ja terveydenhoitajien, tavoin kannattanut sitoutua niin sanottuun hyvinvointivaltiolliseen professionalismiin (Wrede 2008).

Professiotutkimuksessa kysymys lääkärinammattin autonomiasta on liittynyt läheisesti kysymykseen lääkärinammattin ja valtion välisestä suhteesta. Profession teoria erottaa toisistaan valtion ammatinharjoittamiselle myöntämän valtuutuksen ja ammatinharjoittamisen toimialan eli mandaatin, jonka ammattikunta määrittelee valtuutukseen vedoten (Hughes 1958). Varsin pitkään professiotutkijoiden ajattelu on perustunut Yhdysvaltain ja myöhemmin myös Englannin olosuhteisiin, joille tyypillistä professionallia monet ammatillaiset ja useat tutkijat ovat myös ihannoineet. Kansainvälisessä professiososiologiassa on ollut tavallista esittää, että lääkäriprofession autonomisen aseman kannalta on tärkeää, että valtio antaa lääkärikunnalle vallan määrittellä itse toimialueensa ja lääkärin ammatinharjoittamisen puitteet (Parsons 1939; Freidson 2001; Saks 2015). Pohjoismaiset tutkijat kuitenkin katsovat, että Pohjoismaissa perinteisesti läheiset professioiden ja valtioiden suhteet eivät ole estäneet keskeisten professioiden autonomista asemaa vaan päinvastoin tukeneet sitä (ks. Wrede 2001; Jespersen & Wrede 2009). Kuten muuallakin länsimaissa, myös Pohjoismaissa lääkäriprofession yhteiskunnallisten tehtävien toteuttaminen on viimeistään 1800-luvun lopulta saakka perustunut ammatinharjoittamisen monopoliin, jonka taustalla on säädelty koulutus. Näin kansalaisia on suojeltu puoskareilta, ja vähitellen valtio on ottanut kontolleen yhä suuremman vastuun kansalaisten terveydestä. Ilman osaavaa ja tehtäviinsä sitoutunutta lääkärikuntaa terveyspolitiikassa määritellyt sosiaaliset oikeudet jäisivät kuolleeksi kirjaimiksi (ks. Wrede 2008).

LÄÄKÄRIPROFESSION ASEMA YHTEISKUNNALLISENA INSTITUUTIONA

Sosiologit ovat tutkineet lääkäriprofession keskeisenä yhteiskunnallisena instituutiona. Näkökulma heijaste-

lee 1900-luvun kehitystä terveydenhuollossa: Vaikka Yhdysvalloissa lääkäriskoulutuksen säätely tiukentui vasta 1910-luvun lopulla, saavutti professio nopeasti lain turvaaman aseman yhteiskunnassa, jossa myös tavallinen kansa odotti sairaanhoidon palvelujen olevan ulottuvillaan. Modernissa, demokratialle perustuvassa valtiossa alamaista tuli kansalaisia, joiden kansalaisoikeuksien sisällöstä käytiin poliittisia kamppailuja (Skocpol 1992; Wrede 2008). Suomessa keskeiseksi tavoitteeksi varhaisessa sosiaalipolitiikassa muodostui sairaanhoidon saatavuuden järjestäminen ja terveydenhuollosta tuli osa valtion keskeisiä instituutioita (Rinne & Jauhiainen 1988; Wrede 2000). Vähitellen poliittiset kamppailut ulottuivat pyrkimyksiin estää sairauksia ja vähentää ennen aikaisena pidettyä kuolleisuutta (esim. Skocpol 1992). Tällainen terveyspolitiikka loi lääkäriskunnalle uudenlaisia tehtäviä. Nopea tieteen ja teknologian kehitys näyttäytyi lääketieteen ja sitä harjoittavan ammattikunnan voittokulkuna, jota heijastellen sosiologinen tutkimus korosti 1950-luvulle saakka erityisesti lääkärinammattin professionaaliseen etiikkaan perustuvaa altruismia (Parsons 1951). 1960-luvulle tultaessa terveydenhoidon organisaatiot olivat kasvaneet ja lääkärinammattin harjoittaminen muuttunut eräänlaisesta käsityöläisyydestä toiminnaksi, joka oli riippuvainen organisaatioista ja niiden mahdollistamasta teknologiasta. Tämän kehityksen vuoksi lääkäriprofession näyttäytyi sosiologeille uudessa valossa. Kriittisen yhteiskuntatutkimuksen hengessä tutkimus korosti ammatillista itseintressiä ja lääkäriskunnan ylivaltaa terveydenhuollossa (Freidson 1970; Larson 1977). Toiset tutkijat katsoivat profession merkityksen vähenevän suurten organisaatioiden vallan kasvaessa. He tulkitivat keskeisten ammattinharjoittamisen edellytysten kontrollin siirtyvän yksittäisiltä lääkäreiltä suurille organisaatioille ja puhuivat lääkäriskunnan proletarisaatiosta (McKinlay & Arches 1985). Toisaalta puhuttiin lääkärin autonomian vähenevän, kun taas vastaavasti potilaan autonomia lisääntyi. Tätä kehitystä kutsuttiin deprofessionalisaatioksi (Haug 1976; myös Wolinsky 1988).

1980-luvulla sosiologisen tutkimuksen näkökulmat laajenivat, kun lääkäriprofession alettiin tutkia paitsi yhteiskunnallisissa myös organisatorisissa konteksteissa. Vaikutusvaltaisain teoreettinen näkökulma korosti ammatikuntien toimialueiden komplekseja keskinäisyyksiä sekä yhteiskunnallisen kehityksen, tieteen ja teknologian vaikutusta ammattien järjestelmien kehitykseen ja dynamiikkaan (Abbott 1988). Tutkimuksen laajentuessa ja etenkin eurooppalaisen tutkimuksen lisääntyessä alettiin tarkastella myös valtion ja professioiden välisiä suhteita, joita usein tulkittiin ammattiryhmien välistä kilpailua korostaen (Parkin 1979). Lääkärinammattia tutkittaessa on pohdittu muun muassa sitä, missä määrin lääkärintointa

koskeva valvonta ja kontrolli ovat oikeutettuja ja missä määrin ulkoinen kontrolli on ammatillisuudelle vahingollista. Ylipäätään sosiologiaan vakiintui 1980-luvulta lähtien näkemys, että professiot edustavat yhteiskunnassa jatkuvasti muuttuvaa institutionalisoituneen asiantuntijuiden muotoa, joka lähtökohtaisesti heijastelee yhteiskunnallisia ideologioita (Johnson 1995). Professioita tutkittaessa huomio on yhä enemmän kiinnittynyt niiden asiantuntijavaltaan määritellä yhteiskunnallisia ongelmia ja niitä tapoja, joilla ongelmiin yhteiskunnassa puututaan. Erityisen tärkeä tämä näkökulma on ollut, kun on pyritty ymmärtämään hyvinvointivaltiota ja professioiden asemaa hyvinvointipolitiikan toteuttajina (Helén & Jauho 2003; Jauho 2007; Wrede 2008).

HYVINVOINTIVALTION KRIISI JA TERVEYDENHUOLLON UUDISTUKSET

Yhteiskunnallisia ongelmia koskevan määrittelyvallan ohella professiososiologioiden huomio kiinnittyi 1990-luvulla siihen, miten uusi julkisjohtaminen (engl. new public management) ja neoliberaali politiikka vaikuttivat professioiden ja ammattilaisten autonomiaan. Neoliberaalilla politiikalla viitataan 1970-luvulla voimistuneeseen arvosteluun, että hyvinvointipolitiikka heikentää kansalaisten autonomiaa. Kriitikot katsoivat myös hyvinvointivaltion laajentuneen liian suureksi ja kalliiksi ja halusivat kaventaa valtion roolia julkisten palvelujen tuottajana. Neoliberaaliksi nimetyn ideologian mukaan valtion sijaan vastuu kansalaisen hyvinvoinnista on hänellä itsellään ja häneltä odotetaan aktiivista toimintaa terveyspalveluiden kuluttajana. Neoliberaaliin ajatteluun kuuluu keskeisesti ajatus liian suureksi paisuneesta julkisesta sektorista, joka sosiaalikulustuksillaan kuormittaa sekä julkista taloutta että työnantaja. Kriitikko ulottui myös professioihin, joiden katsottiin itseintressin ajamina jatkuvasti laajentaneen mandaattejaan, kun poliittinen tahto parantaa hyvinvointia mahdollisesti yhä uusien tarpeiden tunnistamisen ja niiden täyttämiseen liittyvien palveluiden luomisen (ks. Julkunen 1994). Hyvinvointivaltion kulujen kasvun katsottiin heikentävän talouden dynaamisuutta, kun markkinavoimat etsiytyivät halvempien kustannusten maihin. Uusi julkisjohtaminen, johon viitataan usein myös managerialismina, on ollut neoliberaalille politiikalle keskeinen tapa tehostaa liian suurina pidettyjä julkisesti tuotettuja palveluita. Uudella julkisjohtamisella on viitattu teollisuudesta lainattuihin tapoihin tehostaa ja rationalisoida palveluita määrittelemällä esimerkiksi sairaanhoito tuotteiksi ja organisomalla toimintaa prosesseiksi.

Aiemmin lääkäriprofession valta on usein näyttänyt sosiologisessa katsannossa ongelmallisen suurena, mutta 2000-luvulla professiososiologia on katsonut au-

tonomisen ammatillisuuden olevan ahtaalla. Useimmat länsimaat aiemmin antoivat paljon valtaa lääkärikunnan edustajille myös päätöksentekijöinä, mutta tämä vaikutusvalta on kaventunut uuden julkisjohtamisen yleistyessä. Uudessa julkisjohtamisessa terveydenhuollon toimintaa tarkastellaan tuotantotalouden näkökulmasta, ja uudet tehokkuutta painottavat toimintakäytännöt vaikuttavat myös hoidolliseen autonomiaan (Freidson 2001; Jespersen & Wrede 2009). Näitä muutoksia on tulkittu jopa hyökkäyksiksi lääkäriammatillisuutta kohtaan (Freidson 2001). Neoliberaalin politiikan vaikutusten lisäksi lääkäriprofession autonomian on katsottu kaventuneen myös siksi, että lääketeollisuudesta on kasvanut viime vuosikymmeninä merkittävät toimijat, joka muokkaa muun muassa käsityksiä sairauksista ja pyrkii vaikuttamaan hoitokäytäntöihin sekä yleisesti että yksittäisen lääkärin kautta (Light 1991).

PROFESSION AUTONOMIA JA AMMATIN TIETOPERUSTA

Edellä lääkärikunnan aseman muutos liitettiin profession ulkoisiin tekijöihin. Lääkäriprofession tutkimuksessa esiintyy ammatillisen autonomian keskeisestä perustasta on myös muita painotuksia. Keskeinen näkökulma painottaa lääketieteellisen tiedon hallinnan merkitystä profession autonomian perustana (Timmermans & Kolker 2004). Lääkärintyön standardisoitumiskehitystä ja erityisesti näyttöön perustuvan lääketieteen nousua on tarkasteltu klinisen autonomian sekä potilaan ja lääkärin roolien uudelleen määrittelyinä. Näyttöön perustuva lääketiede on muuttanut perinteistä biolääketieteelle perustuvaa tapaa harjoittaa sairaanhoitoa. Viimeaikainen tutkimus onkin pohtinut paljon lääkärin uskottavuutta potilaan silmissä ja sitä tapaa, jolla nuoret lääkärit tämän uskottavuuden hankkivat (Luke 2003). Tieteen ja teknologian tutkimuksen traditiosta kumpuavassa tutkimuksessa on esitetty, että tieteeseen perustuvan asiantuntijuuden korostaminen turvaa lääketieteen ja lääkäriprofession vahvan aseman, vaikka yksittäisen lääkärin auktoriteetti suhteessa potilaaseen tasa-arvoisuutuu, kun lääkäreiden on perusteltava asiantuntemustansa aiempaa enemmän (Timmermans & Berg 2003). Näyttöön perustuvan lääketieteen on kuitenkin esitetty myös merkitsevän potentiaalisesti huomattavia muutoksia terveydenhuollon rakenteisiin muun muassa siten, että yleislääkärin rooli jopa katoaisi potilaiden itsehoidon tieltä (McKinlay & Marceu 2008). Lääkäreiden klinistä autonomiaa eivät siten muuta vain julkishallinnon toimet vaan myös esimerkiksi lääketieteellisen tiedon aiempaa suurempi saatavuus potilaiden keskuudessa sekä pyrkimykset tehostaa terveydenhuoltoa siten, että potilaita vastuutetaan hoidostaan aiempaa enemmän.

TÄMÄ TUTKIMUS: LÄÄKÄRIKUNNAN SISÄINEN MONIÄÄNISYYS

Kuten alussa totesimme, tässä tutkimuksessa tarkastelemme lääkäreiden omia käsityksiä autonomiasta ja myös autonomiaa uhkaavista tekijöistä sekä pohdimme käsitysten mahdollisia muutoksia. Aiemman tutkimuksen perusteella lääkärikunta kohtaa parhaillaan monia ulkoa ja sisältä tulevia muutosvaatimuksia. Tutkimuksemme tarkastelee sitä, millaiselta nämä vaatimukset näyttävät käytännön työtä tekevästä lääkäreistä. Haastateltavat kuuluvat ammattikuntaan, jonka keskeinen toimintakonteksti on edelleen julkinen sektori (Jespersen & Wrede 2009). Emme kuitenkaan voi tehdä tämän perusteella mitään deterministisiä päätelmiä siitä, millaiselta asialta klininen autonomia tai sen mahdolliset uhkatekijät eri lääkäreistä vaikuttavat. Päinvastoin koska ammattikunnan sisälle on syntynyt erilaisia työrooleja, on kiinnostavaa koettaa ymmärtää, miten eri positioissa toimivat lääkärit ajattelevat autonomiastaan, työstään ja ammatistaan ylipäätään. Lääkärikuntaa on jo vanhastaan luonnehdittu usean erilaisen ammatillisen orientaation ryppääksi, jota ei välttämättä ole hyödyllistä tarkastella yhtenä ammattina vaan useana (esim. Hafferty & Light 1995). Lääkäriammattin jatkuvaa muutosta on myös hyödyllistä ajatella paikallisesti eri toimintakonteksteissa tapahtuvana reaktiivisen toiminnan tuloksena. Liisa Kurunmäki (2004) esimerkiksi on esittänyt, että sairaalalääkärit ovat Suomessa menestyksekkäästi omaksuneet kustannustietoisuuden osaksi ammatillisuuttaan ja siten estäneet taloushallinnon ammattilaisten vallan kasvun sairaalabudjetoinnissa. Havainnot ammatin muutosten hybridiluonteesta vievät pohjan yksinkertaistavilta tulkinnoilta.

Tässä tutkimuksessa otetaan huomioon, että pohdittaessa lääkäriprofession autonomiaa ja klinisen työn toiminta-alueita olisi yleistävän keskustelun sijaan pyrittävä tarkastelemaan autonomiaa konkreettisissa konteksteissa. Terveydenhuolto ja yhteiskunta ovat jatkuvassa muutoksessa, ja ammatillisilla on kyky sopeutua ja kehittää uusia tapoja toteuttaa ja ymmärtää ammatillisuuttaan (Evetts 2011). Aikaisemmissa tutkimuksissa on esitetty, että lääkärikunnalla tai sen sisäisillä ryhmillä on kyky laajentaa omaa ammattitaitoaan sisällyttämällä siihen uskottavasti muiden ammattien tietopohjaa ja siten vastata ulkoisiin vaateisiin (ks. Kurunmäki 2004; Jespersen & Wrede 2009). Lääkärikunnan sisällä on myös aika ajoin noussut uudistavia pyrkimyksiä, joita voisi verrata sosiaalisiin liikkeisiin, ja myös terveyspolitiikan kautta lääkäritoimijat ovat uudistaneet lääkärin työtä (ks. Wrede 2001; 2008). Lisäksi tutkimuksessa huomioidaan, että toimintakontekstien muuttuessa muuttuvat mahdollisesti myös tavat tulkita ammatilli-

suuden merkityksiä (esim. Noordegraaf 2007). Myös samanlaisissa organisaatioissa tai samassa asemassa toimivien lääkäreiden keskuudessa voi esiintyä tulkinnallisia kiistoja siitä, mistä lääkäriprofession tai yksittäisten lääkäreiden toiminnassa on kyse, mitä intressejä heidän tulee esisijaisesti palvella ja miten intressien palveleminen parhaiten onnistuu (vrt. Olakivi & Niska 2016). ■

2 Katsaus professiososiologiaan

Tässä luvussa esittelemme lyhyesti sosiologisen professiotutkimuksen keskeiset suuntauksukset. Katsaus on tarkoitettu sellaisten lukijoiden tarpeisiin, jotka haluavat syvällisemmin tutustua professiososiologiaan lääkäriprofession näkökulmasta. Koska jo luvussa 1 esiteltiin professiotutkimuksen keskeisiä näkökulmia, raporttia voi lukea myös ilman että perehtyy tähän aiheeseen muuten kuin pintapuolisesti. Käsittelemme aluksi teoreetikoita, joiden työ on uurtanut uraa myöhemmälle ammattiensosiologialle ja ammatillisen autonomian tutkimukselle. Tarkastelemme rajatusti näiden keskushahmojen luoman perinteen merkitystä nykykeskustelulle. Luomme suppean yleiskatsauksen professiotutkimuksen keskeisiin suuntaviivoihin. Erityisesti esittelemme sosiologisia näkökulmia, jotka tarkastelevat lääkäriprofession yhteiskunnallista ja kliinistä autonomiaa.

Professiolla ei ole professiotutkimuksessa yhteistä teoriaan perustuvaa määritelmää, vaan käsite saamonia eri merkityksiä. Keskeinen professiososiologi ja lääkärikunnan tutkija Eliot Freidson (1986: 35–36) onkin kutsunut profession käsitettä ”maallikkokäsitteeksi”, minkä vuoksi on tärkeämpää tarkastella käsitteen käytötapoja kuin yrittää määritellä tyhjentävästi sen sisältö. Ammattientutkimuksen perustaja Everett C. Hughes (1958) ilmaisi asian sanomalla, että kysymys ”mikä on professio” on väärin asetettu. Sen sijaan sosiologin on kysyttävä, mitä jokin ihmisryhmä tavoittelee kutsuessaan työtään professionaaliseksi työksi ja itseään professioksi. Vaikka ammatteja ei ole yksiselitteisesti mahdollista luokitella professioammateiksi ja muiksi ammanteiksi, termillä on silti vakiintunut merkitys sen osalta, millaisista ammanteista puhutaan professioina. Yhteiskuntatieteilijät viittaavat professiolla tyypillisesti ”organisoituihin ammatinharjoittajaryhmiin, jotka tekevät tietoon perustuvaa työtä ja joiden ammatinharjoittaminen on virallisesti säännösteltyä” (Wrede 2012: 1396). Lääkärit sopivat määritelmään hyvin, ja usein ammattientutkimuksessa lääkärikunta on profession normi.

Lääkärikuntaa on myös tutkittu valtavan paljon, ja niinpä väittämät ammanteista ovatkin usein epäsuorasti tulkintoja lääkäriammanteista. Professiota koskeva teoretisointi sopiikin usein huonommin vaikkapa opettajiin tai pappeihin, vaikka koulutus ja sielunhoito terveydenhuollon tavoin ovat myös yhteiskunnallisia instituutioita, joita toteuttaa korkeasti koulutettu ammattikunta. Siksi

tässä tutkimuksessa lähdemme yleisen professiomääritelmän sijaan liikkeelle sellaisesta lääkäriprofession käsitteestä, joka ammatteja koskevien yleisten piirteiden rinnalla tunnistaa lääkäriammattia koskevia erityisiä piirteitä. Tarkastelemme tutkimuskohdettamme, nykymuotoista lääkärikuntaa Suomessa, historiallisesti, paikallisesti ja toiminnallisesti erityisenä ilmiönä.

Lääkäriprofession erityisyyteen liittyy ammatin universaalius. 1900-luvun kuluessa lääkäriammantin harjoittamisen ja sen pohjana oleva tietojen ja taitojen sääntely on saanut kansainvälisesti useimpiin muihin ammatteihin verrattuna paljon yhteisiä piirteitä, mikä muun muassa mahdollistaa lääkäreiden mittavaa kansainvälistä muuttoliikettä (Bourgeault ym. 2016). Terveydenhuollon synnyn ansiosta muodostuneeseen lääkäreiden erityisasemaan liittyy tiettyjä oikeuksia ja velvollisuuksia, jotka muuttuvat yhteiskunnan muuttuessa. Tähän liittyy profession autonomia. Eliot Freidsonin (1970: 134) mukaan autonomialla tarkoitetaan laajassa merkityksessä ”ominaisuutta tai asiantilaa, jossa on mahdollisuus toimia itsenäisesti, vapaasti ja omatoimisesti”. Profesiitutkimuksessa autonomiaa on käytetty kuvaamaan yhtäältä kliinistä autonomiaa eli ammattilaisten henkilökohtaisia mahdollisuuksia itsemääräämiseen sekä toisaalta ammattikunnan autonomiaa eli ammattikunnan itsesääntelyä ja itsenäisyyttä (Aili 2002: 50). Autonomia on professiotutkimuksen ytimessä, sillä ammatillinen työ, ammatilliset arvot ja autonomia ovat alati muuttuva kokonaisuus, joka heijastaa yleisön ja yhteiskunnan odotuksia lääkäreitä kohtaan. Läkäreiden autonomia ja autonomian saamat positiiviset ja negatiiviset merkitykset ovat aina riippuvaisia lääkäreihin kohdistuvista odotuksista.

Yllä kuvattu kontekstittietoinen ajattelutapa perustelee professiotutkimuksen asemaa analyysimme kannalta. Kansainvälinen tutkimuskeskustelu ei tarjoa meille teoriaa autonomiasta, jolla selittää tutkittavien näkemyksiä tain niiden seurauksia. Sen sijaan samansukuisia ilmiöitä eri maissa, hyvin toisenlaisissa oloissa ja pitkälti yli sadan vuoden ajan koskeva tutkimustraditio avaa meille näkökulmia, joista autonomian eri merkityksiä voi tarkastella, sekä tarjoaa hyviä kysymyksiä ja ilmiötä jäsentäviä käsitteitä. Myös lääkärikunnan aiempiin vaiheisiin Suomessa olisi havaintojamme mahdollista verrata, mutta aiempaa samalla abstraktiotasolla liikkuvaa

tutkimusta on niukasti, vaikka kysymys autonomiasta professiotutkimuksen traditioon liittykin (ks. Haavio-Mannila 1964; Rinne & Jauhiainen 1988; Konttinen 1991; Vuolio 1992; Riska 1988; 2001). Tutkimuksista merkittävä osa on niin vanhoja ja historiallisesti orientoituneita, että ne kommentoivat lääkäriprofession asemaa varsin erilaisissa oloissa.

Kiinnostavin tulkinta autonomiasta sisältyy Elianne Riskan (1988; 2001; 2009) lukuisiin analyyseihin. Hän esittää, että suomalaisella lääkäriprofessionilla on vahva autonominen asema suhteessa valtioon, johon professiotaustaiset valtion virkamiehet ovat myötävaikuttaneet. Hän toteaa kuitenkin, että ammattikunta on segregoitunut ja naisenemmistöinen terveyskeskuskätkärikunta on autonomian suhteen paljon muita lääkäreitä huonommassa asemassa. Ammattikunnan sukupuolittuneen työnjaon tarkastelun pohjalta hän esittää, että lääkäriprofessionissa on edelleen autonomian osalta lasikatto. Kuitenkin hänen mielestään yhtä tärkeää on havaita, että mieskeskeinen ajattelu kuuluu olennaisesti itse tieteeseen. Riska (2009) toteaa, että rakenteelliset ja kulttuuriset voimat vaikuttavat lääkärikunnan autonomiaan yksittäisten lääkäreiden toimintaa enemmän ja että olisi harhaanjohtavaa uskoa sukupuolen mukaisesti homogeenisiin ryhmiin profession sisällä. Aiempi suomalainen tutkimus ei muuten ole paljontaan tarkastellut lääkärikunnan sisästä moniäänisyyttä eksplisiittisesti autonomian osalta. Poikkeus on Vesa Vuolion (1992) historiallinen tutkimus kunnanlääkäreiden asemasta. Hän tarkastelee, miten kunnanlääkärit saivat vahvan kliinisen autonomian mutta sen vastineeksi hyväksyivät veloitteen toteuttaa valtion määrittelemää terveydenhoitopolitiikkaa.

PROFESSIONAALINEN VALTA JA AMMATILLISET TOIMIALUEET

Ennen 1960-lukua vaikutusvaltaisimmat tulkinnat esittivät professioiden olevan modernin yhteiskunnan kehittyessä syntyneiden rakenteiden funktionaalisia ilmentymiä. Profiessiot edustivat järkeä, edistystä ja korkeinta sivistystä, jolle sosiaalinen kontrolli oikeutusti rakentui (Parsons 1951). Tämän niin kutsutun konsensusajattelun sosiologiassa korvasi 1960-luvulla vallasta ja valtataisteluista kiinnostunut niin sanottu konfliktinäkökulma. Näkökulmaa edustivat paitsi neomarxilainen tutkimus myös ylipäättään eliitteihin kriittisesti suhtautuva tutkimus. Sosiologia otti tietoisesti etäisyyttä ammattiryhmien omista altruismia ja edistystä korostavista tulkintoista ja tarkasteli ammatteja yhteiskunnallisina ryhmittyminä, joiden päämäärät eivät olleet yksinomaan edistyksellisiä. Eliot Freidson (1970) on esimerkki ammattientutkimukseen syntyneestä niin sanotusta val-

tanäkökulmasta, jossa tutkija kritisoi lääkäriprofession valtapyrkimyksiä ja ammatillisen autonomian kääntöpuolia. Lääkäriprofessionia tarkasteltiin omaa etuaan vahvasti ajavana ryhmänä, joka osittain väärinkäyttää vahvaa lääketieteellistä monopoliasemaansa. Freidsonin kirja on ollut lääkäriprofession tutkimukselle käännteentekevä. Kun siihen saakka lääketieteen ammattia ohjaavat periaatteet oli nähty lähinä eettisinä, alettiin ne tulkita ennemminkin taloudellisina ja monopolistisina (esim. Tousijn & Vicarelli 2006)

Myöhemmässä ammattiensosiologiassa tutkimuksen kohteena on usein ollut ammattikuntien kilpailu asemista ja määrittelyvallasta. Profiessioita koskevia ilmiöitä on käsitteellistetty kahdella keskeisellä käsitteellä, jotka suuntaavat tarkastelemaan professionaalista toimijuutta yhteiskunnan eri tasoilla. *Professionalisaation* käsitteellä viitataan niihin prosesseihin, joiden avulla ammattikunta saavuttaa itselleen profession aseman yhteiskunnassa. Max Weberiä seuraten on puhuttu professioiden tavoittelemasta yhteiskunnallisesta sulkeumasta, jotka eri konteksteissa voivat olla markkinamonopoleja tai valtion sanktioimia monopoleja. Monopoliin tavoitteluun on viitattu myös professionaalisten projektien käsitteellä. Professionaalisten projektien toimijoita ovat ammattikunnat, niiden fraktiot tai yksilöt ammattikuntansa edustajina, ”professionaalistajina”. Näkökulmaa edustaa Larsonin (1977) tutkimus markkinasulkeumista ja professionaalista projektista, jonka onnistunut päätepiste on eräänlainen asiantuntijuuden ja uskottavuuden monopoli sosiaalisessa järjestelmässä.

Professionalismilla puolestaan viitataan ammatillisiin arvoihin tai ammatillisiin puhetapoihin, diskursseihin ja ideologioihin. Kun professionalisaatiota tutkittaessa on tavallista viitata kollektiiviseen toimijuuteen ja instituutioihin, tarkastellaan professionalismin ilmentymiä usein yksilötasolla. Tämän tutkimuksen tarkastelutaso on viimeksi mainittu, joten ammatillisuus tai professionalismi ovat meille hyödyllisiä käsitteitä. Professionalismin tarkastelu sopii ajatukseen siitä, että on tärkeää pohtia, mihin tavoitteisiin pyrkiessään ihmiset esittävät ammattinsa erityisinä ja itsensä professionaalista työtä tekevinä ammattilaisina.

1980-luvulla professiotutkimus ammensi Andrew Abbottin (1988) työn vaikutuksesta yhä vahvemmin luvussa 1 mainitusta interaktionistisesta traditiosta, jossa instituutioiden syntyä tutkitaan vahvasti kontekstuaalisina prosesseina. Tämä ihmisekologinen näkökulma oli Abbottin työn perusta hänen tutkiessaan ammatillisen vallan monopoliasemien ja oikeutuksen syntyprosesseja ja muodonmuutoksia. Abbott (1988) viittaa valtuutuksen ja mandaatin synnyttämään tietyn työn hallintaan käsitteellä jurisdiction, jonka Wrede (2010: 54) on

kääntänyt toimialueeksi. Ammattikuntien on jatkuvasti turvattava toimialueitaan perustelemalla tehtäviensä ja asemansa oikeutusta suhteessa julkiseen mielipiteeseen, lainsäädäntöön ja työpaikkojen muihin toimijoihin (Abbott 1988: 2, 59–60). Abbottin huomio kohdistuu erityisesti ammattikuntien välisiin rajakiistoihin sekä ammattiryhmien sisäisiin rajanvetoihin eli ammattikuntien väliseen ja sisäiseen kamppailuun siitä, kenellä on oikeus hallita toimialueita. Tämän käsitteistön avulla on mahdollista muun muassa tutkia, miten ammattilaiset ymmärtävät toimialueensa ja niiden rajat. Sen avulla on tarkasteltu myös sitä, miten sosiaaliset ja kulttuuriset muutokset vaikuttavat toimialueiden määrittelyyn, kun esimerkiksi teknologia luo ja hävittää työtehtäviä, jopa ammatteja.

Vaikka Yhdysvalloissa ja Euroopassa terveydenhoitojärjestelmät – ja lääkäreiden asema niissä – ovat kulkeneet eri polkuja, on terveydenhoitojärjestelmien 1960-luvun jälkeen syntyneissä ongelmissa paljon samanlaisia piirteitä. Yhtäältä lääketieteen kehitys on ehkä paradoksaalisesti lisännyt kustannuksia, kun yhä suurempi osa sairauksista on hoidettavissa, mutta hoidot ovat usein kalliita. Toisaalta taloudelliset ongelmat liittyvät väestörakenteen muutoksiin, erityisesti viime aikoina väestön ikääntymiseen. Terveydenhuoltojärjestelmien tehtävien moninaistuttua lääkärit toimivat kaikkialla yhä monimutkaisemmissa organisaatioissa. Sosiologiassa onkin todettu, että professionäköikulman rinnalla on tärkeätä huomioida ammattilaisten rooli organisaationsa jäsenenä ja osana sen kompleksista työyhteisöä, kuten hoitoketjuja (esim. Davies 2003). Tämä kehityskulku on hyvä huomioida pohdittaessa autonomiaa, ettei lääkärin autonomian mittatikuksi huomaamatta valita jonkin tietyn kultakauden autonomista ammatillisuutta.

Amerikkalaisessa ammattientutkimuksessa lääkäreiden aseman muutosta muun muassa suurten terveystakuutusyhtiöiden ja lääketeollisuuden synnyn vaikutuksesta käsiteltiin aluksi lääkäriprofession heikentymisenä. Myöhempi tutkimus on lähestynyt kompleksista terveydenhuollon kenttää uudenlaisena yhteiskunnallisen vallan kenttänä, jossa erilaiset vallat ovat suhteissa toisiinsa, parhaimmillaan toinen toistaan kontrolloimassa (Light & Levine 1988). Tuossa vastakkaisten voimien kentässä professioiden kilpailua toimialueista säätelevät reunaehdot, jotka pakottavat professioita vastuullisuuteen ja tehokkuuteen. Yhtäältä ammattitaidosta riippuvainen järjestelmä antaa lääkäreille ammatillista autonomiaa ja taloudellisia palkkioita, toisaalta odotukset lääkäreiden osaamiselle ja toiminnan laadulle kasvavat. Näyttöön perustuvan lääketieteen nousua, erilaisia standardeja sekä uuden-

laista terveydenhuollon johtamista onkin selitetty muun muassa sillä, että lääkärityön kulttuurinen legitimitetti eli oikeutus tukeutuu yhä vähemmän yhteiskunnalliseen auktoriteettiasemaan ja yhä enemmän vakuuttavana ja rationaalisenä näyttäväseen tieteelliseen tietoon (ks. esim. Timmermans & Berg 2003; Light 2007).

Eliot Freidson teki pitkän uransa loppupuolella eräänlaisen täyskäännöksen tulkinnassaan professionaalista vallasta. Freidson (2001) tarkastelee viimeiseksi jääneessä kirjassaan kolmea logiikaltaan erilaista tapaa järjestää työtä yhteiskunnassa: markkinat, jossa lisääntyvä kilpailu poistaa monopoliasemat, byrokrattinen organisaatio, jossa ammatillinen autonomia katoaa standardisoinnin ja arviointikehiköiden vuoksi sekä professionalismismi, joka luo omanlaisensa ammatitarvoin ja ammattivelvoitteisiin perustuvan logiikan verrattuna kahteen muuhun työn organisoimiseen tapaan. Freidson nojaa Talcott Parsonsien normiteoriaan, jossa ammatillisen organisoimisen mahdollistamaa moraalialueita uhkaavat sekä markkinalogiikka että byrokraattinen organisaatio, jossa ammatillisia arvoja mahdollistava työn järjestämisen tapa tasapainoilee erilaisten instanssien ja muutosten ristitulella. Freidsonista on sukeutunut lääkäriprofession erityisaseman kannattaja, joka on hylännyt aiemman kritiikkinsä lääkäriprofessionista omaa etua ajavana monopoliasemaansa hyödyntävänä intressiryhmänä. Hänen mukaansa neoliberaalin terveydenhoitojärjestelmän markkinoilla profession monopoliasema ja sosiaalisen sulkeuman mahdollistama autonomia ovat yhteiskunnallisesti tärkeitä potilaiden näkökulmasta. Lääkäriprofession autonomia on ainoa tapa luoda koulutuksen ja pätevyyden avulla ammatin oma moraalikoodi ja etiikka, jonka avulla professio ylläpitää hoidon standardeja ja niiden luomaa yhdenvertaisuutta. Freidsonin kehittämien vastakkaisten ideaalityyppien – markkinoiden, byrokratian ja professionalismmin – avulla voidaan käsitteellistää profession autonomian uhkia ja muutoksia. Freidson (2001) pitää keskeisenä uhkakuvausta sitä, että lääkäriprofession säilyttäminen erityisasemansa markkinoiden ja valtion välissä mutta kadottaa sielunsa eli eettisen autonomian, jota ilman lääkäreistä tulisi pelkkiä teknisiä asiantuntijoita.

Freidsonia on kuitenkin kritisoitu siitä, että hän ei huomioi näyttöä, jonka mukaan liika autonomia heikentää hoidon laatua ja lisää laadun vaihtelua (esim. Light 2010). Viimeaikainen amerikkalainen tutkimus myös varoittaa, ettei professionalismia tulisi pitää yksilötason ilmiönä. Sen sijaan ammatillisuuden muotoutumisen analyysissä huomio pitäisi siirtää siihen, miten professionalismmin merkitykset syntyvät dynaamisesti monien eri toimijoiden vuorovaikutuksessa organisaatioissa ja niiden yhteiskunnallisissa ympäristöissä. Tästä syystä

eri maiden välillä on merkittäviä eroja, jotka johtuvat niiden järjestelmien eroista ja erilaisista dynamiikoista (ks. Hafferty & Levinson 2008). Tällainen terveydenhuollon kompleksisuutta korostava kritiikki kuvastaa hyvin uudenlaista sosiologista ajattelua, joka korostaa sitä, että perinteisten, sosiaaliselle asemalle perustuvan auktoriteetin sijaan terveysalan ammattikuntien asema perustuu nykyään odotukselle siitä, että ne kykenevät oikeuttamaan vaateensa asiantuntijätiedolla ja eettisesti korkeatasoisella ammatin harjoittamisen tavalla. Tällaista asemaa luonnehditaan tutkimuskirjallisuudessa vastuullisuuden käsitteellä (engl. accountability).

Viimeaikainen tutkimus hylkää Freidsonin myöhäisillä edustaman sosiologian tradition, jossa terveysalan professioiden katsottiin itsestään selvästi edustavan korkeampaa moraalista ihannetta yhteiskunnassa. Altruismia ei pidetä yllä kunnioittamalla joidenkin ammattikuntien esittämää väitettä korkeasta kutsumuksestaan. Päinvastoin ammatit tulee ”pelastaa markkinavoimilta sekä oman edun tavoittelulta” (Light 2010: 285). Tämän vuoksi ammatillisen autonomian analyysissä on huomioitava ”professionalismin positiiviset ja negatiiviset vaikutukset asiakkaille, organisaatioille, organisaatiokentille ja yhteiskunnalle” (Jespersen & Wrede 2009: 154). Uuden veloitettun tai vastuullistetun professionalismin ja lääkärikunnan autonomian oikeutus perustuu-kin niiden kykyyn tarjota hyvää, näyttöön pohjautuvaa rationalisoitua hoitoa (Light 2010). Tämä lääkärikunnan autonomiaan kohdistuva velvoite vastuullisuuteen on käytännössä johtanut siihen, että terveysalalla on otettu käyttöön uusia hallinnollisia rakenteita ja omaksuttu näyttöön perustuva lääketiede hoitosuosituksen muodossa. Nämä näyttöön perustuvat hoidolliset standardit asettuvat kuitenkin Lightin (2010) ja Armstrongin (2002) mukaan jossain määrin ristiriitaan lääkäreiden hoidollisen autonomian kanssa. Johtopäätöksensä voikin todeta, että vastuullisuuden ja ammatillisen autonomian välillä on jännitteitä, jotka näyttäytyvät erilaisina lainsäädännössä, hoitosuosituksia laadittaessa ja yksittäisen lääkärin vastaanotolla tai yksittäisen potilaan hoidossa.

PROFESSIONALITIIKAN KIISTAKYSYMYKSIÄ

Pohjoismaisten lääkäriprofessionien ammatillista asemaa profession autonomian näkökulmasta tutkineet Jespersen ja Wrede (2009) painottavat valtion roolin huomioimisen tärkeyttä lääkärikunnan tutkimisessa, sillä varsinkin Pohjoismaissa valtion hallintajärjestelmät määrittävät pitkälti ammattien instituutionaalisia ja organisatorisia raameja, joiden puitteissa lääkäriprofession ylläpitää autonomiaansa. He hyödyntävät Freidsonin (2001) autonomiakeskustelua mutta pyrkivät viemään analyysia eteenpäin huomioimalla terveyspolitiikan ja

amatillisuuden muutoksia. Ennen kaikkea he nostavat esiin ammatillisen vastuullisuuden käsitteen, jonka he liittävät ”taloudellisiin ja poliittisiin argumentteihin julkisen sektorin uudistamisesta” (Jespersen & Wrede 2009: 153). Tutkijat esittävät, että nykykeskustelussa julkiset intressit ja lääkäriprofession intressit eivät välttämättä näyttäytyä vastakkaisina vaan ”professionalismi voi mahdollisesti olla mielekäs tapa tuottaa kompleksista palvelua yleisölle” (Jespersen & Wrede 2009: 153–154).

Jespersen ja Wrede (2009) kaipailevat kontekstisidonnaista ammattientutkimusta erotuksena sellaisesta professiotutkimuksesta, joka olettaa mahdolliseksi teoretisoida professioiden kehitystä ja toimintaa universaalilla tavalla välittämättä ajasta ja paikasta. He esittelevät empiiristen historiallisten katsausten pohjalta kolme erilaista profession autonomian tyyppiä, jotka peilaavat profession erilaisia suhteita valtioon. Luokittelu perustuu valtion, ammattien sekä yleisön ja julkisuuden välisistä suhteista kertoviin tutkimuksiin ja tutkimuskirjallisuuteen. Samalla se huomioi toisin kuin angloamerikkalainen kirjallisuus hyvinvointivaltion roolin professiokeskustelussa. Perinteinen autonomia viittaa autonomiaan sellaisena kuin se näyttäytyi ennen uutta julkisjohtamisen aikakautta, jolloin ammateilla oli vahvat monopoliasemat ja ne hallitsivat terveydenhuoltopalveluiden johtamista. Kehystetty autonomia viittaa tilanteeseen, jossa lääkäriprofession monopoliasemia ehdollistetaan markkina- ja organisaatiologiikan mukaisesti esimerkiksi kustannuslaskelmien avulla. Kehystetyssä autonomiassa profession monopoliasemia uhkaavat valtion ja julkisuuden vaatimat vastuut, joita realisoidaan uuden julkishallinnon avulla. Odotus vastuullisuudesta veloittaa lääkäriprofession toimimaan tavalla, joka mahdollistaa jatkuvan lääkärintyön arvioimisen myös lääketieteen ulkopuolisten kriteerien nojalla. Kolmas, vielä kehittymäisillään oleva autonomian muoto on kilpaileva autonomia. Tällä viitataan tilanteeseen, jossa useat terveysalan ammatit ja asiantuntijatiedot kilpailevat asemistaan julkisuudessa, koska yhtenäinen monopoliasema tai yksi selkeä vastuuta kantava ammattikunta puuttuu.

Terveysspalveluissa on viime vuosikymmeninä tapahtunut Pohjoismaissa valtava kulttuurinen muutos, johon liittyy kokonaan uudenlainen ajattelu siitä, millaisia organisaatioita terveysspalveluorganisaatiot ovat ja miten niitä johdetaan. Vastuullisuus terveysspalvelujen päämiehelle eli valtiolle on nostettu terveyspolitiikan ytimeen. Vastuullisuus liittyy tästä näkökulmasta myös siihen, että terveysspalveluiden talous on uudistettu uusliberaalein opein siten, että pyritään luomaan markkinamekanismeja julkisilla varoilla tuotettaviin palveluihin. Uudet johtamiskäytännöt ovat rakentuneet ideologioille, joissa

laatu ja tehokkuus määritellään teollisen tuotannon käsittein prosessien hallinnan näkökulmasta. Jespersen ja Wrede (2009) kuvailevat, miten Suomessa on pyritty vaikuttamaan lääkäreiden johtamismuotoihin muuttamalla hallinnollisten asemien pätevyysvaatimuksia, mikä on johtanut siihen, että lääkärit ovat osittain menettäneet hallinnollisen monopoliasemansa, koska korkeat hallinnolliset tehtävät ovat muuttuneet moniammatilliseksi. Lääkäreiden hallitsemien johtoasemien korvautuessa moniammatillisella hallintorakenteella lääkärijohtajien asema on aiempaa jännitteisempi. Edustaako hän organisaatiotaan vai sen lääkärikollegiota? Jespersenin ja Wreden (2009: 169–170) analyysin mukaan suomalainen lääkäriprofessio näyttäisi vastaisuudessa joutuvan kilpailemaan asemastaan terveydenhuollon johtotehtävissä paljon aiempaa useammin. Yksityisen sektorin oloissa kilpailuasetelma on merkittävästi erilainen kuin julkisten toimijoiden kontekstissa. Kansainvälisestä tutkimuksesta tiedetään, etteivät markkinatoimijat välttämättä vahvasti kiinnity professioon, vaikka he koulutukseltaan olisivatkin lääkäreitä.

HOIDOLLINEN AUTONOMIA PROFESSIONPOLIITIKKAA KOSKEVAN TUTKIMUKSEN NÄKÖKULMASTA

Sosiologisessa lääkäriprofessiota koskevassa tutkimuksessa on enemmän tai vähemmän implisiittisesti tarkastelunäkökulmana ollut professionpolitiikka, jonka näkökulmasta myös hoidollista autonomiaa on tarkasteltu. Professionpolitiikkaa koskevassa sosiologisessa tutkimuksessa hoidollista autonomiaa on jäsennetty sellaisiin kysymyksiin, joista eri osapuolet ovat väentäneet kättä. Tällaisia kiistakysymyksiä ovat olleet välittömästi hoitoa koskevat asiat, kuten lääkärin päätökset potilaan lääkityksestä, jatkohoidosta ja -toimenpiteistä, testeistä sekä tutkimuksista. Näitä on pyritty säätelemään profession ulkopuolelta budjettiraameilla, hoitoa yhtenäistävillä hoitosuosituksilla ja asettamalla portinvartijoita, joiden hyväksyntä vaaditaan tiettyjen hoitojen aloittamiseen. Toinen kiistanalainen kehityskulku on ollut hoidon arvioinnin kontrolli, jolla viitataan yksittäisen potilaan hoidon soveltuvuuden ja tuloksellisuuden arviointiin vertaisarvioinnilla, kliinisen auditoinnin keinoin tai kliinisten suoritusindikaattoreiden, kuten leikkauskuolleisuuden avulla. Terveydenhuollon organisaatioiden pyrkimykset rajata lääkäreiden mahdollisuuksia päättää työnsä aikataulutuksesta, työmäärästä ja työn prioriteeteista ovat myös herättäneet närää professionpolitiikassa samoin kuin pyrkimykset rajata lääkäreiden työsopimuksellisia oikeuksia, kuten yksityisvastaanoton pitämistä tai oikeutta kritisoida työnantajaa. (Schulz & Harrison 1986; myös Harrison & Ahmad 2000:

129–131.) Seuraavassa tarkastelemme tutkimuskusteluja keskeisistä hoidolliseen autonomiaan liittyvistä professionpolitiikan kysymyksistä, jotka nousivat esiin tätä tutkimusta valmisteltaessa Lääkäriliiton kanssa käydyissä keskusteluissa.

Potilaan roolin muutos

Sosiologinen tutkimus on liittänyt potilas-lääkärisuhteen muutoksen potilaskuluttajuuteen (engl. patient consumerism) ja niin sanottujen asiantuntijapotilaiden esiinmarssiin. Kehityskulkua on tulkittu yhdeksi syyksi siihen, että 1970-luvun jälkeen luottamus lääkäreihin auktoriteetteina on vähentynyt. Kansainvälisesti lääkäreiden heikentynyt auktoriteettiasema on liitetty paitsi lääkäreiden väärinkäyttöksiin myös potilaiden kasvavaan tietoisuuteen omista oikeuksistaan ja internetin merkitykseen terveystiedon saatavuuden parantamisessa. Terveysmarkkinoiden oloissa potilaat mieltävät itsensä myös kuluttajiksi, mikä näyttäytyy muun muassa itse-diagnooseissa ja vaihtoehdotiläköntään tukeutumisessa.

Terveys sosiologi Deborah Lupton (1997) suhtautuu kuitenkin kriittisesti väitteisiin siitä, että konsumerismi olisi yksiselitteisesti heikentänyt lääkäreiden luottamusasemaa potilaiden silmissä. Hän tarkastelee lääkäreiden mielipiteitä omasta sosiaalisesta asemastaan, konsumerismin vaikutuksesta lääketieteen harjoittamiseen ja hyvän lääkärin ominaisuuksista. Monien Luptonin haastatteleminen australialaislääkäreiden mukaan ammatin status oli heikentynyt edeltävinä vuosina, potilaista oli tullut vaativampia ja he tahtoivat yhä useammin hoidostaan toisen lääkärin mielipiteen. Haastateltavat uskoivat muutoksen johtuneen koulutustason yleisestä kohenemisestä, ammattilaisiin kohdistuvan kunnioituksen vähenemisestä ja joukkotiedotusvälineiden negatiivisesta uutisoinnista. Osa lääkäreistä ei kuitenkaan kokenut, että potilaiden asenteet olisivat muuttuneet suuresti. Vaikka julkisessa keskustelussa lääkäreistä saatettiin puhua kriittiseenkin sävyyn, potilaan luottamus omaan lääkäriin pysyi kertomusten mukaan vahvana.

Potilaan roolin muutokseen on liitetty myös voimaantumisen eli ajatus potilaan omasta vastuusta sairaudesta ja hoidostaan lääkärin tuella ja kannatuksella. Myös tämä ajattelutapa voidaan liittää laajaan kulttuuriin ja poliittiseen muutokseen, joka korostaa yksilön autonomiaa ja valinnanvapautta (Salmon & Hall 2004). Asiaa tutkineet sosiologit näkevät ristiriidan potilaan voimaantumisen ja näyttöön perustuvan lääketieteen välillä. Potilaan voimaantumista rajoittavat tosiasiaissa organisatoriset, taloudelliset ja kliiniset seikat. Lisäksi tutkimusnäyttö valinnanvapauden ja potilaan autonomian merkityksestä ei ole yksiselitteinen. On myös esitetty, että yleisesti potilaat eivät useinkaan halua

sairastuessaan voimaantua. Esimerkiksi syöpäpotilaita tutkittaessa on havaittu, että potilaat arvostavat lääkärin tarjoamaa tietoa enemmän lääkärin ja potilaan välisen suhteen rakentajana ja toivon ylläpitäjänä eivätkä niinkään päätöksenteon apuvälineenä, jonka perusteella potilas voi tehdä valistuneita valintoja omasta hoidostaan (Salmon & Hall 2004).

Potilaiden voimaantumisen näkökulmasta tutkimuksissa on tarkasteltu myös lisääntyvää itsehoitoa eli potilaiden itse toteuttamaa hoitoa. Esimerkiksi PCA-kipulääkeannostelijoita käyttäneiden potilaiden haastatteluissa potilaat kertoivat pitävänsä annostelijasta, koska sen ansiosta heidän ei tarvinnut enää vaivata hoitohenkilökuntaa kipulääkepyynnöillä. Kroonisesta kivusta kärsiville potilaille opetetaan nykyään elämänhallinnan taitoja, joiden avulla he voivat muuttua passiivisista kärsijöistä kivun hallitsijoiksi (ks. Salmon & Hall 2004: 53). Potilaat eivät tutkimusten mukaan kuitenkaan välttämättä käyttäneet elämänhallinnantaitoja kontrolloidakseen toipumistaan vaan pitivät taitojen opettelua lähinnä hoitohenkilökunnan toiveisiin ja tarpeisiin mukautumisena. Tutkijat esittävätkin, että monesti potilaan voimaantuminen on ammattilaisten luoma optimistinen illuusio, joka ei välity potilaiden kokemuksiin.

Potilaan voimaantumisen korostaminen on voimakainta lääketieteelle haasteellisten kroonisten sairauksien, mielenterveysongelmien ja lääketieteellisesti selittämättömien oireiden hoidossa. Lääkärit kokevat usein lääketieteellisesti selittämättömistä oireista kärsivät potilaat vaikeiksi tapauksiksi, joiden hoito painottuu potilaan vastuuta korostaviin kognitiivisiin tekniikkoihin. Potilaan voimaantumisen teesi siirtää alun perin terveydenhuollon ammattilaisten vastuualueeseen kuuluneita asioita potilaan kontolle. Lääketieteellisten velvollisuuksien rajat muuttuvat – ja yleensä potilaiden toiveiden vastaiseen suuntaan. (Salmon & Hall 2004.) Potilaan roolin muutokseen onkin tutkimuksessa liitetty potilaiden voimistuvien autonomiavaatimusten ohella myös terveydenhuollon tehostamisen näkökulma. Toisin sanoen terveydenhuollon käytäntöjä on uuteen terveysteknologiaan ja parantuneisiin hoitotuloksiin vedoten uudistettu suuntaan, jossa palveluissa keskitytään parantamiseen, kun taas monet aiemmin terveydenhuollon tekemät sairaanhoidolliset tehtävät jäävät potilaan itsensä vastuulle (ks. esim. Lamboray ym. 1997). Cure without care, parantaminen ilman sairaanhoitoa, voidaan esittää lääkärin ja hoitohenkilökunnan resurssien tehokkaana käyttönä. Toisaalta parantamisen määrittelmä kaventuu mallissa niin että ammattilaisen voi korvata myös teknologialla. Johtopäätöksenä potilaan roolia koskevasta tutkimuskeskustelusta voidaan todeta,

että tutkimus on osoittanut potilaan roolin muutokseen liittyvän vahvoja ideologisia paineita korostaa potilaan toimijuutta, johon autonomian lisäksi liittyy keskeisesti kustannusten hallinta. Voidaankin olettaa, kuten edellä siteerattu Lamborayn ja hänen kollegoidensa tutkimus osoittaa, että potilaan autonomiaa korostavat ihanteet voivat kaventaa potilaan muille odotuksille hoitosuhteessa jäävää tilaa ja jopa estää hoitosuhteiden syntyä.

Näyttöön perustuva lääketiede

Näyttöön perustuva lääketiede alkoi toden teolla institutionalisoitua 1990-luvulla ja siitä kasvoi vähitellen pätevän hoidon mittapuu. Näyttöön perustuvan lääketieteen suhde lääkäreiden hoidolliseen autonomiaan on aina ollut moniselitteinen. Jo ajalla ennen hoitosuosituksia lääkäreiden hoitokäytäntöjä pyrittiin samankaltaistamaan muun muassa huolehtimalla siitä, että lääkäreiden koulutus oli mahdollisimman yhtenäistä (Freidson 1986: 204). Hoitosuosituksilla voidaan tulkita olevan samanlainen hoidon standardointiin pyrkivä tavoite (ks. Timmermans & Berg 2003). Toisaalta näyttöön perustuvan lääketieteen on pelätty tekevän lääkärin työstä keittokirjalääketiedettä, jossa itsenäisen harkinnan sijaan lääkäri seuraa suosituksia kuin ohjekirjaa ja on viime kädessä korvattavissa teknologisilla sovelluksilla. Hoitosuosituksen taustalla olevaa näyttöä on myös kyseenalaistettu, sillä sen kokoavat asiantuntijaryhmät, joiden omat intressit saattavat vaikuttaa hoitosuosituksen sisältöön. Uhkakuva keittokirjalääketieteestä ei näytä toteutuneen, sillä amerikkalaisten tutkimusten mukaan useimmat kliinikot eivät noudata hoitosuosituksia ainakaan orjallisesti (Timmermans & Oh 2010: 99).

Hoitosuosituksen luonteesta käydyssä keskustelussa on todettu, että niiden laatiminen ei takaa niiden käyttöönottoa. Usein hoito on myös niin kompleksista ja sairaudet moni-ilmeisiä, että hoitosuosituksiin jää katvealueita, joilla evidenssi ei riitä tarkkoihin suosituksiin. Sama asia voidaan esittää myös toisin päin: jotta lääkärit ottaisivat hoitosuosituksia käyttöön, niiden on oltava riittävän epätarkkoja. Mielekkäiden hoitosuosituksen on jätettävä tilaa tulkinnalle ja soveltamiselle (Freidson 1986: 228–229; Merritt ym. 2007; myös Timmermans & Berg 2003: 96). Koska hoitosuosituksen näin katsotaan jättävän tilaa ammatilliselle harkinnalle, eivät sosiologit ole arvioineet niiden uhkaavan lääkäreiden kliinistä autonomiaa. Käytännön lääkärit hyödyntävät niitä työssään pragmaattisesti ja omaa harkintaansa käyttäen. Hoitosuosituksista tulee osa sitä, mitä klinikon tulee huomioida työssään, eli nimenomaan suosituksia. Timmermansin ja Bergin (2003) mukaan suosituksia ei tulekaan pitää autonomiaa lisäävinä tai vähentävinä mutta silti lääkärin ammatillisuutta ja

yhteiskunnallista asemaa muuttavina tekijöinä. Lääkärin tehtäväksi tulee arvioida suositusten ja näytön soveltuvuutta kulloiseenkin kliiniseen tilanteeseen. Tämän lisäksi hoitosuositukset lisäävät lääkäreiden tieteellistä uskottavuutta liittämällä heidät näyttöön perustuvan lääketieteen asiantuntijayhteisöön. Siten hoitosuositusten vaikutus lääkärin ammatinkuvaan muodostuu työn käytännön vaatimusten ja suositusten soveltamisen toisiaan täydentävästä yhteisvaikutuksesta (Timmermans & Berg 2003: 69–81, 94–99).

Lääkäriprofession aseman kannalta näyttöön perustuvalla lääketieteellä on tulkittu olevan ristiriitaisia seurauksia. Yhtäältä se muistuttaa voimallisesti hoidon pohjana olevasta tieteestä, joka vahvistaa professionaalisen toiminnan kulttuurista auktoriteettia. Toisaalta koska hoitosuosituksiin väistämättä jää katvealueita, ne tekevät näkyväksi alueita, joilla toiminnan tieteelliset perustelut ovat hauraammat, vaikka kokemukselle perustuva konsensus olisikin vahva. Näyttöön perustuva lääketiede antaa myös lääketieteen ulkopuolisille niin sanotuille kolmansille osapuolille, kuten hoidon rahoittajille, mahdollisuuden säädellä lääkäreiden työtä laatimalla suosituksista ”täytöntöönpanokelpoisia standardeja” (Timmermans 2005: 497–498). Mahdollinen uhka on, että hoitosuositusten tulkitsemisen oikeus siirtyy lääkärinkunnan ulkopuolisille tekijöille, kuten terveydenhuolto-organisaatioiden talousjohdolle, oikeuslaitokselle tai vakuutusyhtiöille. Timmermansin ja Bergin (2003) mukaan tämänkaltaista kehitystä on jo havaittavissa esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Alankomaissa.

Näyttöön perustuvan lääketieteen kannalta on osin ongelmallista, että lääketeollisuuden rooli lääketieteellisessä tiedontuotannossa on 1970-luvulta alkaen kasvanut huomasti. Sosiologinen tutkimus on korostanut tämän kehityksen merkitystä lääketieteellistä tutkimusta suuntaavana tekijänä, sillä yritysten intressissä on luoda ja kasvattaa markkinoita tuotteilleen (Light 2010). Lääketeollisuuden rahoittamaa tutkimusta on kritisoitu ”sairauksien sorvaamisesta” (Moynihan ym. 2002) ja lääketieteellisen tiedon vääristelystä (Sismondo 2009). Terveys sosiologiassa on kriittisesti tarkasteltu muun muassa naisten ja miesten vaihdevuosisoireiden hoitoa, erilaisten elämänvaiheiden ja elämäntilanteiden kuten ikääntymisen ja surun hoitoa psykiatrialla, laihtutuslääkkeitä tai korkean kolesterolin hoitoa lääkkeitä. Lääketiede ja lääkehoito kehittyvät ylipäätään eniten sellaisten sairauksien hoidossa, joiden tutkimukseen on panostettu taloudellisia resursseja. Jo tämä vinouttaa lääketiedettä, vaikka sen kehitys muuten perustuisi neutraaleihin tutkimustuloksiin. On myös osoitettu, että lääkäreiden reseptikirjoitusvalintoihin on pyritty vaikuttamaan mainonnalla, joka vetoaa enemmän tiedosta-

mattomiin asenteisiin kuin tieteellisiin argumentteihin (Ettorre & Riska 1995). Lääketeollisuus myös ainakin Yhdysvalloissa seuraa tarkkaan sitä, millaisia reseptilääkkeitä lääkärit kirjoittavat, ja suuntaa suoraan lääkäreihin kohdistuvaa markkinointiaan tietojen perusteella (Hafferty & Levinson 2008: 608).

Johtamisen muutokset ja lääkärinammatin kasvava hierarkia

Yksi 1990-luvun ja 2000-luvun keskeisimmistä sosiologisen lääkäritutkimuksen kysymyksistä erityisesti Pohjois-Euroopassa on koskenut sitä, millaisia muutoksia julkisten terveyspalvelujen uudet ohjaustavat – niin sanottu uusi julkisjohtaminen ja siihen kytkeytyvä managerialismi – aiheuttavat lääkäriprofessionille ja sen ammatilliselle autonomialle (Jespersen & Wrede 2009; Tummers ym. 2009). Lyhyesti uudessa julkisjohtamisessa (engl. new public management) on kyse yritysmaailmasta omaksuttujen, erityisesti kustannustehokkuutta painottavien johtamisoppien soveltamisesta julkisella sektorilla. Managerialismi taas viittaa yleisesti ideologiaan, joka korostaa johtajien vastuuta organisaatioiden tuloksellisuudesta ja laadun parantamisesta. Kauppatiiteijät Keijo Räsänen ja Marja-Liisa Trux (2012: 42) kirjoittavat kotoisammin johtoisista, ideologiasta, jonka mukaan ”maailma paranee antamalla se ammattijohtajien hallintaan”.

Eri maiden tutkijat ovat kysyneet, miten terveydenhoidossa voimistuneet johtoismit ja lääkäreiden tulosvastuu sekä samaan aikaan yleistyneet taloudelliset ja määrälliset mittarit sopivat yhteen lääkäriprofession perinteisten arvojen ja periaatteiden kanssa (esim. Kurunmäki 2004; Kerpershoek ym. 2016). Mitä tapahtuu potilastyötä tekevän lääkärin työlle, etiikalle ja kliiniselle autonomialle, mikäli valta ja vastuu hänen työnsä valvonnasta siirtyvät aiempaa vahvemmin organisaation portaissa ylöspäin johtajalääkäreille tai ammattikunnan ulkopuolisille ammattijohtajille? Entä mitä tapahtuu, kun hänen työtään valvotaan taloudellisin ja määrällisin mittarein, esimerkiksi sairaalassaoloaikoja tai päivän aikana hoidettuja potilaita laskemalla? Onko lääkärinkunnalla ja sen eri fraktioilla mahdollisuutta – tai aina edes halua – vastustaa uuden julkishallinnon mukanaan tuomaa standardisaatiota ja byrokraatistoitumista (vrt. Freidson 2001)?

Sosiologiset tutkimukset ovat esittäneet ainakin kolmenlaisia skenaarioita. Ensimmäisessä lääkärinkunnan professionaaliset arvot, mukaan lukien autonomiaan kohdistuva arvostus, törmäävät uuden julkisjohtamisen arvoihin, mikä aiheuttaa ristiriitoja ja jännitteitä terveydenhoidon organisaatioissa (Kälble 2005; Tummers ym. 2009; Kerpershoek ym. 2016). Sikäli

kun pystyvät, lääkärit vastustavat taloudellista ohjausta, standardisaatiota ja byrokratisoitumista ja pitävät kiinni ammatillisesta autonomiastaan sekä professionaalista arvoistaan (esim. Doolin 2002). Toisessa skenaariossa lääkärit alkavat omaksua uusia arvoja ja intressejä (esim. Doolin 2002). Kliininen autonomia ja lääkärikunnan perinteinen etiikka menettävät merkitystään: lääkäreistä tulee organisaatioidensa sekä niiden tulostavoitteiden halukkaita palvelijoita.

Kolmas skenaario asettuu ensimmäisen ja toisen skenaarion eli vastustuksen ja uusien arvojen omaksumisen välimaastoon. Tätä skenaariota edustavat tutkimukset ovat käyttäneet erityisesti hybridisaation käsitettä kuvaamaan nykyaikaista lääkärintyötä (Kurumäki 2004; Noordeggraaf 2007; myös Freidson 1984). Hybridisaatio-teesin mukaan useimmat nykyaikaiset terveydenhoidon organisaatiot muodostuvat toisilleen vieraista mutta vähintään paikallisen ja tilapäisen tasapainon saavuttaneista taloudellisista, byrokraattisista ja professionaalista arvoja korostavista logiikoista (esim. Waring 2014). Se, palveleeko hybridisaatio lopulta taloudellisia vai professionaalista intressejä, on tapauskohtainen ja tulkinnanvarainen kysymys. Toiset pitävät hybridisaatiota lääkärikunnan pragmaattisena keinona suojella omaa toimialuettaan: lääkärikunta puolustaa itseään ulkopuoliselta kontrollilta osoittamalla, että se kykenee hoitamaan tehtävänsä taloudellisesti kestäväällä tavalla ja tehostamaan itse toimintaansa (esim. Llewellyn 2001; Thomas & Hewitt 2011). Toiset taas näkevät myös hybridisaation tekevän professioista – tai ainakin johtavista professionaaleista – uudenlaisia markkinaehtoisia toimijoita, joiden vanha sosiaalinen ja yhteiskunnallinen tehtävä uhkaa menettää merkitystään (Waring 2014; myös Freidson 1984). Selkein viesti lääkäriprofessiota ja uutta julkishallintoa koskevassa keskustelussa lienee kuitenkin muutosten tapauskohtaisuus ja monitulkintaisuus. Kiinnostavia ovat myös erilaiset paikalliset käytännön keinot, joilla lääkärit onnistuvat – ainakin väliaikaista – neuvottelemaan itseään tyydyttäviä asemia erilaisten odotusten ristipaineissa.

TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Edellä olemme käyneet läpi sosiologista tutkimusta, jossa lääkäreiden hoidollista autonomiaa ja lääkärikunnan autonomiaa on tarkasteltu lähinnä professiopoliittisena kysymyksenä. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme autonomiailmiötä käytännön lääkäreiden arjessa. Tästä syystä on tärkeää pohtia myös sitä, millaiseen lääkäriammatillisuuteen tutkitut lääkärit mieluiten samastuvat. Millaisia lääkäreitä he ihanteissaan haluavat olla?

Kuten kompleksinen ammatinharjoittaminen yleensä, lääkärintyö on niin moni-ilmeistä, ettei autonomian

merkitystä ole mahdollista määritellä tarkentamatta, missä yhteydessä autonomiasta puhutaan. Tässä raportissa näkökulmaksi on valittu, miten lääkäriprofession jäsenet haastatteluissa jäsentävät autonomia-käsitteen eri ulottuvuuksien avulla työtään ja asemaansa koskevia vaateita sekä työnsä ja ammattikuntansa yhteiskunnallista asemaa. Tämä tutkimus kohdistuu lähinnä sellaiseen autonomiaa koskevaan järjelyyn ja tulkintoihin, joita tehneet käytännön lääkärit eivät välttämättä osallistu ammatillisuuden määritelmiä ja tulkintoja koskevaan professiopoliittikkaan päätöksenteon ylätasolla. Suoranaisesti autonomiakäsitteen avulla tehtävien tulkintojen tarkastelun rinnalla on kiinnostavaa tutkia myös käytännön lääkärintyötä tekevien työtään ja asemaansa koskevia vaateita, joita ei välttämättä jäsenetä autonomiakäsitteen avulla mutta jotka professiopoliitikassa tai professiotutkimuksessa on liitetty autonomiakysymykseen.

Lääkäreiden ammatillisuus voidaan ymmärtää historiallisesti muotoutuneena ja muuttavana ammatillisena arvona. Siinä painottuu jaettu identiteetti, jonka pohjana on pätevyyksien hankkiminen sekä koulutuksen ja harjoittelun kautta tapahtunut sosialisatio ammattiin (Evetts 2011: 409). Tämä professiososiologian lähestymistapa tarkastelee lääkärikuntaa moraaliyhteisönä, jonka jaetut arvot muokkautuvat aina väistämättä yhteiskunnallisissa konteksteissa yhteiskunnallisten muutosten synnyttämässä ristipaineissa. Lääkäriammattiin kohdistuvat yhteiskunnalliset odotukset ovat monenlaisia, ja niinpä ammatillisuuden muodonmuutoksissakin on sekä yksittäisen ammattilaisen autonomiaa mahdollistavia että rajaavia piirteitä.

Jaetuista arvoista huolimatta ammattikunta on myös sisäisesti moniaineksinen, monitulkintainen ja elävä kokonaisuus. Esimerkiksi Lääkäri 2013 -tutkimus (Sumanen ym. 2015: 59) osoittaa, että lääkärikunnan jäsenille on yhteiskunnassa ja ammattikunnan sisällä tarjolla useita erilaisia tapoja toteuttaa, ymmärtää ja tulkita ammatillisuuttaan: yrittäjästä, teknikosta ja opettajasta lääkäreiden määrääjään, auttajaan ja kutsumuslääkäriin. Sosiologisesti näitä ammatti-identiteettejä voidaan kutsua myös toimija-asemiksi (esim. Davies & Harré 1990). Ne kertovat, millaisina yhteiskunnallisina toimijoina lääkärit haluavat esiintyä ja nähdä itsensä. Lääkäri 2013 -tutkimus osoittaa, miten samatkin lääkärit voivat omaksua useita erilaisia toimija-asemia. Sosiologisesti on kuitenkin oletettavaa, että eri asemissa toimiville, eri taustoista tuleville ja eri-ikäisille lääkäreille erilaiset toimija-asemat ovat mielekkäämpiä, uskottavampia ja helpommin oikeutettuja kuin toiset. Se, voiko esimerkiksi nuori lääkäri uskottavasti omaksua kutsumuslääkäriin tai terveysasiantuntijan aseman, ei riipu ainoastaan

hänen omista haluistaan vaan myös hänen toiminta-kontekstistaan, joka tekee tietyistä toimija-aseamista mielekkäämpiä kuin toisista. Siksi erilaisia lääkäriammatillisuuden toteuttamisen tapoja on tutkittava suhteessa lääkäreiden toimintakontekstiin.

Sen lisäksi että ammattikunta itsessään on jatkuvassa muutoksessa, tulee laajempi yhteiskunnallinen muutos ikään kuin ammattikuntaan sisälle ammattiin hakeutuvien ihmisten ajatusten ja pyrkimysten muutuksessa. Sosiologiassa yhteiskunnallista muutosta on tulkittu yksilöllistymisteorian kautta. Teoria liittyy sosiologian 1980-luvun lopulla syntyneeseen ajatukseen niin sanotusta refleksiivisestä modernin ajasta, jolloin edistyksen ”suuriin kertomuksiin” on alettu suhtautua kriittisesti, kun etenkin ympäristöongelmat ja yhä monimutkaisemmat maailmanpoliittiset konfliktit osoittavat, etteivät ihmiset kykene ratkomaan sosiaalisia ja poliittisia ongelmia yksinomaan tieteeseen ja järkeen tukeutuen. Refleksiivisen modernin kontekstissa yhteiskunnallisesta edistyksestä esiintyy kilpailevia tulkintoja. Tässä myös ”toiseksi moderniksi” kutsutussa ajassa

yksilöt irrottautuvat traditioista. Kollektiivisten yhteisöjen ja instituutioiden sijaan ihmiset itse määrittävät itseään ja elämänsä. Tämä määrittelyvapaus ei ole ainoastaan vapautta vaan myös velvoite: myös perinteisellä tavalla eläminen on nykyään valinta, ei itsestäänselvyys (Beck & Beck-Gernsheim 2002).

Brittitutkijat Jones ja Green (2006) ovat haastatelleet uransa alkuvaiheessa olevia yleislääkäreitä, jotka ovat siirtyneet sairaalatyöstä yleislääkäreiksi mukavan työn ja hyvän elämänlaadun perässä. Nämä nuoret lääkärit pitivät yleislääkärin työstä, koska sitä oli uudistettu siten, että lääkärit saattoivat helpommin yhdistää työn muihin elämänalueisiin. Yksilöllistymisteorian mukaisesti voisikin olettaa, että nuoret lääkärit, kuten nuoret yleensä, etsivät nykyään omaa tapaansa olla lääkäri. Nuoret valitsevat tarjolla olevista toimija-aseamista itselleen sopivia, omien intressiensä mukaisia tapoja toteuttaa ammatillisuuttaan. Niinpä nuorten ihmisten elämässä lääkäriyttä rajaavat muut elämänpoliittiset valinnat, ja omistautuvalle, kutsumusta painottavalle perinteiselle lääkäriammatillisuudelle rakentuva terveydenhoitojärjestelmä ajautuu ongelmiin. ■

3 Tutkimusasetelma ja tutkimuksen toteutus

Lääkäreiden autonomiakäsityksiä tutkittaessa on tärkeää ottaa huomioon sekä lääkäriprofession muuttuva ympäristö että lääkärikunnan sisäiset muutokset. Niinpä tässä hankkeessa tarkastellaan sekä ulkoisten että sisäisten tekijöiden suhdetta lääkäreiden autonomiakäsityksiin. Näistä lähtökohdista tutkimusasetelmaa suunniteltaessa pohdittiin, mitkä organisaatiot ja mitkä ammattiroolit ovat kliinisen autonomian kannalta avainasemassa. Lisäksi tutkimusaineistoa koostettaessa huolehdittiin siitä, että sillä on mahdollista tarkastella ammattikunnan sisäisen kulttuurin mahdollisia muutoksia eräänlaisesta sukupolvinäkökulmasta. Keskiössä ovat nuoret lääkärit, aloittelijat, joiden ajattelua ja asemaa verrataan konkareihin eli kokeneisiin lääkäriin. Aloittelijoiksi määriteltiin vuosina 2010–2014 valmistuneet lääkärit. Konkareiksi määriteltiin 60 vuotta täyttänyt lääkäri, joka on toiminut tehtävissään yli 20 vuotta ja edelleen tekee ainakin osin kliinistä potilastyötä. Aineisto kerättiin alkuvuodesta 2016.

Tutkimus rajattiin aineistoa kerätessä kliinistä työtä tekeviin lääkäriin. Tutkimuksen edetessä kävi ilmeiseksi, että lääkäreiden urapolut monasti vievät heitä pois suoranaisestä kliinisestä työstä. Silti monien osin hallinnollista työtä tekevien konkarilääkäreiden työtä voi edelleenkin luonnehtia käytännön lääkärin työksi, koska heidän roolinsa työyhteisössä liittyy niin vahvasti terveydenhuollon ydintehtäviin. Lisäksi tietyt erikoisalut ovat sen luonteisia, että vaikka lääkäriellä on merkittävä rooli potilaan hoidon kannalta, hän ei välttämättä koskaan itse tapaa potilaita. Tällainen lääkäri voi itse kokea vaikeaksi kommentoida hoidollisia kysymyksiä, mutta tutkimusryhmän mielestä lääkäreiden työn moninaisuus on tärkeä havainto, jota ei aina riittävästi tutkimuksissa oteta huomioon. Niinpä emme ole rajanneet aineistosta pois sellaisia lääkäreitä, jotka eivät tee varsinaista potilastyötä, jos heidän työroolinsa ja työkokemuksensa muuten on tulkittavissa sellaiseksi käytännön lääkärin työksi, josta tässä tutkimuksessa olemme kiinnostuneita. Tällä rajauksella katsomme tutkimuksen itse asiassa paremmin heijastavan lääkäriprofession luonnetta. Lääkärintyöhön kuuluu nykyään toimiminen kompleksisissa organisaatioissa osana moninaisia hoitoketjuja ja tiimejä, jotka ovat osin lääkäreistä koostuvia mutta myös

moniammatillisia. Tyypillistä on, että lääkärit tekevät yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa moninaisen tavoin sekä järjestelmän ohjaamina että omasta aloitteestaan. Professiososiologian traditioon tukeutuvalla tutkimusryhmälle oli tarpeen muotoilla tämä lähtökohta eksplisiittisesti, koska niin oma teoriaperinne kuin ehkä myös julkinen kuva lääkäreistä korostavat yksittäisen lääkärin roolia.

Koska tutkimuksen lähtökohta olivat autonomiaan – sen eri merkityksissä – kohdistuvat uhat, oli tärkeää valita tutkimuskohteeksi erityisesti julkisen sektorin organisaatioissa toimivia lääkäreitä, jotka julkista tehtävää suorittaessaan ovat uuden julkisjohtamisen vaikutuspiirissä. Koska perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävät poikkeavat toisistaan, pyrittiin aineistoon saamaan sekä terveyskeskuslääkäreitä että sairaalalääkäreitä. Viimeksi mainituista valittiin lääkäreitä sellaisilta erikoisaloilta, joilla hoidetaan paljon yleisiä julkisen sairaanhoidon tehtäviä. Lisäksi huolehdimme siitä, että tutkimukseen osallistui sekä miehiä että naisia eri paikkakunnilta ja sairaanhoitopiireistä. Vaikka suurin osa haastateltavista toimi julkisella sektorilla, haastatelimme myös yksityisinä ammatinharjoittajina toimivia lääkäreitä.

Tutkimusta varten haastatelimme kaikkiaan 38 lääkäreitä, joista puolet olivat nuoria lääkäreitä ja puolet konkareita (ks. taulukko 1). Naisia ja miehiä on tutkimuksessa lähes yhtä monta, mutta työpaikan osalta haastatellut jakautuivat epätasaisesti. Sairaalalääkäreitä on aineistossa enemmän kuin terveyskeskuslääkäreitä. Kuriositeettina voidaan todeta, että vain yksi terveyskeskuksessa työskentelevä mieskonkari päätyi haastateltavaksi. Hänet etsittiin erikseen, ja hänkin tekee terveyskeskustyötä etävastaanottona. Haastateltujen lääkäreiden työnkuva ei noudata yksiselitteisesti taulukossa 1 kuvattua jaottelua, koska lääkärit saattoivat työskennellä samaan aikaan useissa organisaatioissa ja erilaisissa työtehtävissä. Esimerkiksi hallinnollisissa tehtävissä toimivista lääkäreistä moni teki myös kliinistä työtä joko säännöllisesti tai ajoittain. Taulukon 1 jaottelussa olemme sijoittaneet lääkärit ryhmiin heidän *ensisijaisen* toimenkuvansa mukaisesti.

Taulukko 1.
HAASTATELTUJEN JAKAUMA TAUSTATIETOJEN MUKAAN

TAUSTATEKIJÄ	JAKAUMA
URAVAIHE/SUKUPOLVI	
Aloittelija (A)	19 (50 %)
Konkari (K)	19 (50 %)
Yhteensä	38 (100 %)
SUKUPUOLI	
Nainen (N)	18 (47 %)
Mies (M)	20 (53 %)
Yhteensä	38 (100 %)
PÄÄASIALLINEN TOIMENKUVA	
Terveyskeskuslääkäri (T)	10 (26 %)
Sairaалalääkäri (S)	15 (39 %)
Yksityisenä ammatinharjoittajana toimiva lääkäri (Y)	8 (21 %)
Hallinnollisissa tehtävissä toimiva lääkäri (H)	5 (13 %)
Yhteensä	38 (100 %)
SAIRAAHOITOPIIRI	
Pirkanmaan	13 (34 %)
Helsingin ja Uudenmaan	25 (66 %)
Yhteensä	38 (100 %)

Suurin osa lääkäreistä työskenteli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella, vähemmistö Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Paikkakuntia ei tarkasteltu analyysissä taustamuuttujina, koska emme havainneet vastauksissa toistuvia eroavaisuuksia paikkakuntien välillä. Lisäksi aineiston lääkäreiden työtehtävät ja työpaikat olivat niin moninaisia, ettei tarkka vertailu osoittautunut tutkimuskysymysten kannalta olennaiseksi tässä tutkimuksessa.

Haastatteluissa kysyimme myös lääkäreiden erikoistumisalaa. Erikoistumisalojensa puolesta haastatellut olivat kirjava joukko: erikoistumisaloja mainittiin yhteensä noin 18 (ks. taulukko 2). Aloja on enemmän kuin haastateltavia, koska osa oli erikoistunut useampaan alaan. Eniten haastatteluissa oli yleislääketieteeseen ja sisätauteihin erikoistuneita.

Taulukko 2.
ERIKOISTUMISALAT

LUKUMÄÄRÄ	ERIKOISTUMISALA
13	Yleislääketiede
6	Sisätaudit
4	Psykiatria
3	Naistentaudit ja synnytys; työterveys
2	Kirurgia; neurokirurgia; terveydenhuolto
1	Anestesiologia ja tehohoito; kardiologia; keuhkosairaudet; lastenpsykiatria; neurologia; ortopedia; päihdelääketiede; radiologia; syöpätaudit; urologia

Suomen Lääkäriliiton tutkimusosasto poimi jäsenluettelostaan satunnaisotoksen yllä mainitut kriteerit täytävistä nuorista ja kokeneista lääkäreistä. Kieltäytymisten ja tavoittamisvaikeuksien vuoksi poimintoja tarvittiin yhteensä kolme. Koehaastatteluja varten ja otannan aukkoja täyttääksemme hyödynsimme myös Lääkäriliiton verkostoja. Tällä tavalla löydettyjä lääkäreitä on aineistossa kuitenkin vain kolme, ja loput valikoituivat aineistoon Lääkäriliiton satunnaisotoksesta.

Ensin Lääkäriliitto otti yhteyttä kaikkiin otokseen valikoituneisiin haastattelun sopimiseksi, minkä jälkeen tutkimusryhmästä otettiin yhteyttä niihin, jotka eivät olleet ilmoittaneet haluttomuutta osallistua tutkimukseen. Haastatteluja toteutettiin pääosin haastateltavien työpaikoilla mutta myös joidenkin haastateltavien kodeissa sekä Helsingin yliopiston tiloissa. Haastateltavia pyydettiin varaamaan haastattelua varten rauhallinen ajan kohta ja aikaa noin puolitoista tuntia. Haastatteluiden kokonaispituus vaihtelee kuitenkin noin 40 minuutista kahteen tuntiin. Haastattelujen yhteydessä kerrottiin, että Helsingin yliopiston sosiaalityö- ja lääketieteiden laitoksella sosiologian oppiaineessa toimiva tutkimusryhmä toteuttaa tutkimuksen itsenäisesti eikä yksittäisistä haastateltavista anneta tietoa muille (ks. liite 1: Tutkimusseloste ja suostumuslomake).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Kuten edellä on useaan otteeseen todettu, tämä tutkimus tarkastelee lääkäriprofession sisäistä moniäänisyyttä tutkimalla käytännön lääkäreiden näkemyksiä ja pohdintoja työhönsä liittyvistä asioista yleensä ja hoidollisesta ja lääkärinkunnan autonomiasta erityisesti. Moniäänisyyttä ymmärtämällä voidaan tehdä päätelmiä mahdollisista heikoista signaaleista, ja siitä, mihin suuntaan käytännön lääkärin ajattelu ja toiminta ovat muuttumassa.

Tutkimuksen alkuperäinen tarkoitus oli selvittää seuraavia autonomiaan liittyviä kysymyksiä:

– Millaisina käytännön lääkärintyötä tekevät lääkärit ymmärtävät lääkärinkunnan autonomian ja hoidollisen autonomian merkitykset ja keskinäiset suhteet omassa työssään?

– Millaisia tekijöitä lääkärit ottavat huomioon määrittelyssään yhtäältä hoidollisen autonomian ja toisaalta lääkärinkunnan autonomian rajoja?

– Miten lääkärit ymmärtävät toimintamahdollisuutensa ja millaisia toimintamahdollisuuksiaan rajoittavia esteitä he tunnistavat?

Lisäksi tutkimuksessa haluttiin tarkastella lääkärinkunnan autonomiakäsityksiä sukupolvittain ja selvittää, eroavatko konkareiden ja aloittelijoiden käsitykset työn ja ammattikunnan autonomiasta.

Sittemmin tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ovat täsmentyneet. Lähdemme analyysissa ajatuksesta, että ammatti ja sen asema saavat merkityksensä käytännön toimintaympäristöissään dynaamisesti ilman että siitä olisi mahdollista tuottaa kontekstista riippumatonta määritelmää. Autonomia on abstrakti jäsenitys tietynlaisesta lääkärin työn luonteeseen liittyvästä käsityksestä, ja termiä on käytetty monenlaisissa keskusteluissa, myös Lääkäriliiton piirissä, kuten jo alussa totesimme. Autonomia-käsitteen käytöllä on historiansa, ja eri yhteyksissä autonomiaan vedoten on puolustettu monenlaisia lääkäriprofession liittyviä vaateita. Vakiintuneista merkityksistä huolimatta kyseessä on silti ammattipoliittinen, ei tieteellinen käsite. Autonomian yksiselitteinen mittaaminen ei ole mielekästä, sillä samakin työ voi eri näkökulmasta tarkasteltuna vaikuttaa suuresti autonomiselta tai vakavasti rajoitetulta. On myös oletettavaa, etteivät kaikki työn rajoitukset näyttäytyä lääkäreille autonomian loukkauksina: eräät lääkärin työn rajoituksista ovat yleisesti hyväksytyjä sääntelykeinoja, jopa autonomian ehtoja. Tulkinnat autonomiasta riippuvat myös siitä, mitä työllä tavoitellaan. Sama työ voi mahdollistaa yhden ihanteen autonomisen tavoittelun mutta olla toisen ihanteen kannalta kielteisesti säänneltyä. Niinpä meistä on kiinnostavaa tutkia, millaisia merkityksiä autonomiaan liitetään suomalaisen lääkärinkunnan keskuudessa.

Haastatteluja tehdessämme kävi pian selväksi, ettei autonomian käsite ole suomalaisille käytännön lääkäreille kovin tuttu tapa jäsentää ammattiaan ja sen harjoittamista. Tämä ei useinkaan estänyt heitä ottamasta käsitettä käyttöönsä ja tulkitsemasta työtään, ammattiaan ja sen asemaa autonomian näkökulmasta. Käsitteen osittainen vieraus ei myöskään tarkoita, etteivätkö autonomiaan esimerkiksi Lääkäriliiton aktiivien piirissä liitetyt asiat olisi käytännön lääkäreille tuttuja. Näitä asioita ei vain välttämättä ole totuttu käsitteellistämään autonomiakysymyksinä. Näiden havaintojen vuoksi tutkimusryhmä on aineistoa analysoidessaan muokannut alkuperäisiä tutkimuskysymyksiä siten, että tarkastelemme myös sitä, miten haastatellut keskustelevat haastatteluissa esiin nostetuista asioista: joko autonomiakysymyksinä tai muunlaisina kysymyksinä.

TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimustehtävään vastattiin sovelletun teemahaastattelun keinoin. Haastatteluissa muodostettiin aluksi kuva siitä, miten haastateltava jäsentelee ja tulkitsee työtään, työympäristöään ja siihen liittyviä haasteita sekä millaisena ammatillisena toimijana hän itseään pitää (ks. liite 2: Haastattelurunko).

Osa tutkimuskysymyksistä esitettiin haastattelurungossa vinjettien tai niin sanottujen tapausten muodossa (esim. Hughes & Huby 2004). Vinjeteillä tarkoitetaan tarinamuotoon kirjoitettuja lyhyitä tapauskuvauksia, joissa kuvataan uskottava käytännön työhön liittyvä tilanne. Vinjetti kirjoitetaan preesensissä, ja usein haastateltavaa pyydetään ajattelemaan ääneen sitä lukiesaan. Vinjetti on pakostakin yksinkertaistettu, eikä siinä ole kaikkea taustatietoa, mutta toisaalta se muistuttaa ammattilaisten työssään kohtaamia tekstejä, esimerkiksi lähetteitä, joissa usein potilas- tai asiakaskuvaukset ovat varsin niukkoja. Koska vinjetit ovat epätäydellisiä, yksi analyysikysymys on myös se, millaisia tietoja haastateltavat lisäävät vinjettiin pystyäkseen ratkaisemaan sen esittämän tilanteen. Haastateltavia pyydettiin kommentoimaan vinjettiä hoitavan lääkärin roolissa. Vinjeteissä käsiteltävät tapaukset olivat erilaisia ongelmatilanteita. Haastateltavilta ei haettu tiettyä ratkaisua vaan pohdintaa.

Vinjettien jälkeen haastateltavalle esitettiin hoidollisen ja ammatillisen autonomian kannalta relevantteja väittämiä, joita haastateltavaa pyydettiin pohtimaan. Väittämille perustuvan menetelmän (esim. Vesala & Rantanen 2007) lähtöoletuksena on näkemysten, mielipiteiden ja asenteiden dialogisuus ja kontekstisidonnaisuus: kun tutkittavat ilmiöt ovat monimutkaisia ja moniselitteisiä, kuten autonomiaan liittyvät kysymykset ovat, on oletettavaa, ettei haastateltavilla ole niihin vain yhtä valmiiksi muodostunutta kantaa. Todennäköisesti he osaavat tarkastella väittämiä monipuolisesti erilaisista näkökulmista, sijoittaa niitä erilaisiin konteksteihin ja kokeilla erilaisia kantoja sekä niiden sosiaalista hyväksyttävyyttä. Väittämät voivat näyttäytyä kysymyksinä kunkin lääkärin henkilökohtaisesta autonomiasta, kliinisestä autonomiasta, ammattikunnan autonomiasta tai jostakin muusta. Se, mistä näkökulmista väittämiä kulloinkin tarkastellaan, vaikuttaa olennaisesti kantoihin, joita väittämiin on mahdollista muodostaa. Väittämien avulla voidaan siten tarkastella paitsi haastateltavien kantoja tiettyihin kysymyksiin myös ja ennen muuta sitä, millaisina kysymyksinä väitteiden kohteet haastateltaville näyttäytyvät: esimerkiksi kysymyksinä autonomiasta vai jostakin aivan muusta.

Haastattelun loppupuolella haastateltavalta kysyttiin suoraan, miten haastateltava ymmärtää lääkärin tai lääkärinkunnan autonomian. Sen jälkeen häntä pyydettiin kertomaan omaan työhönsä liittyviä tarinoita autonomiaan liittyvistä ongelmatilanteista, erityisesti tilanteista, joista he ajattelivat, että tilanteessa olisi voinut käydä jotenkin huonosti. Ammatteja koskevassa tutkimuksessa on pitkään tarkasteltu niin sanottuja kauhutarinoita (engl. atrocity stories) (Dingwall 1977) ja työn tutkimuksessa ”sotajuttuja” (Orr 1996). Ihmiset kertovat usein

aivan spontaanisti työyhteisöissä kollegoilleen työhön liittyvistä tilanteista, joissa asiat ovat syystä tai toisesta menneet huonosti tai heidän on ollut vaikeata hoitaa työnsä haluamallaan tavalla. Tällä tavalla ammattilaiset jakavat keskenään hiljaista tietoa ja etsivät yhdessä tapoja hallita muuttuvaa ja monimuotoista tehtäväkenttäänsä. Työyhteisöissä tarinoilla pidetään yllä yhteistyötä ja voidaan myös lievittää ahdistusta. Niiden avulla kerrotaan myös siitä, miten oma toiminta-alue mielletään, ja usein tarinoissa kauhistellaankin jonkun toisen tekemää toiminta-alueen loukkausta.

Työstä kerrottavilla tarinoilla ja yleensäkin työtä koskevilla puhetoilla on myös muita funktioita. Puhetoilla tarkoitamme ihmisten vakiintuneita tapoja tulkita, arvottaa ja arvioida itseään, toisiaan ja ympärilään avautuvaa todellisuutta (Burr 2003; myös Watson 2002; Miller 2008). Puhetavat tekevät monimutkaisesta ja moniselitteisestä todellisuudesta kielellisesti hallittavaa (Watson 2002; myös Burr 2003). Samalla ne tarjoavat välineitä tulkita, arvioida ja kommunikoida oman ja toisten toiminnan etiikkaa ja arvoja (Juhila & Raitakari 2008; myös Miller 2008).

Tutkimusetiikka ja aineiston hallinta

Hanke toteutettiin Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksella sosiologian oppiaineessa, ja tästä tiedotettiin haastateltaville selkeästi. Tutkijoita sitoivat yhteiskuntatieteellistä tutkimusta säätelevät lait ja ohjeet. Koska haastateltavia ei lähestytty eksplisiittisesti jonkin tietyn työpaikan työntekijöinä eikä haastatteluissa kysyty nimettyjen potilaiden hoidosta, tutkimus ei edellyttänyt eettisten toimikuntien hyväksyntää. Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja heiltä pyydettiin kirjallinen tutkimussuostumus, jossa tutkimusryhmä sitoutui anonymisoimaan aineiston. (Liite 1: Tutkimusloma.)

Tutkimusryhmä sitoutui myös olemaan luovuttamatta henkilötietoja ja anonymisoimatonta aineistoa ulkopuolisten käyttöön. Lisäksi sitouduttiin siihen, että tutkimuksesta raportoitaessa haastateltavien anonymiteettia suojellaan. Tämä tapahtuu muun muassa siten, että yksittäisestä haastattelusta ei raportoida laajasti aineistoa niin että haastateltava olisi mahdollista tunnistaa. Tutkimusryhmä säilyttää aineistoa suojattuna Helsingin yliopiston palvelimella, ja aineistoa käytetään ilman haastateltavien henkilötietoja. Pitkien sitaattien yhteydessä olemme ilmoittaneet haastateltavien uravaiheen, sukupuolen ja pääasiallisen toimenkuvan (liite 3: Haastateltujen koodit).

Aineiston analyysi

Analyysia varten aineisto litteroitiin sanatarkasti (liite 4: Litteraatiomerkinnot). Tutkimusavustajat koodasivat

aluksi litteroidun tutkimusaineiston tutkimusryhmän yhdessä sopiman koodiston avulla, jonka lähtökohtana olivat tutkimussuunnitelman tutkimuskysymykset ja haastattelurunko. Tutkimusaineiston koodaamiseen käytettiin kvalitatiivisen aineiston analyysiohjelmaa Atlas.ti 7. Koodauksen alkuvaiheessa koodistoa uudistettiin osittain operatiivisista syistä sekä vastaamaan paremmin tutkimuksen tarkoituksia.

Tutkimuksessa käytettyjen koodien avulla tutkimusavustajat paikansivat haastatteluissa esiintyvää puhetta hyvin laajasta aiheiden kirjoista, kuten hoitosuosituksista, Lääkäriliiton tehtävistä tai kohtuuttomuuden kokemuksista. Koodilla oli mahdollista kerätä ennalta valittuihin yksittäisiin teemoihin liittyvää puhetta ja tehdä vertailua erilaisten lääkäreiden tai terveysorganisaatioi-

den välillä. Koodien avulla myös vertailtiin kuvauksia eri toimijoiden tehtävistä ja toiminta-alueista sekä kertomuksia erilaisista tilanteista ja kokemuksista.

Ensimmäisen koodauskierron jälkeen sovimme raaka-analyysin rakenteesta, jonka pohjalta tutkimusaineisto analysoitiin yhdessä sovittujen suuntaviivojen mukaisesti. Aineistosta tehtyjä havaintoja käsitelimme lisäksi useissa projektikokouksissa, joista osa pidettiin yhdessä Lääkäriliiton edustajien kanssa. Aineistolähtöisen raaka-analyysin jälkeen täsmensimme tutkimuksen näkökulmaa ja tutkimuskysymyksiä, joiden pohjalta syvensimme aineiston analyysia. Lopullisen analyysin yhteydessä tutkimusryhmä vielä keskusteli tulkinnoista ja niistä tehtävistä johtopäätöksistä. ■

4 Lääkäriammatti kliinistä työtä tekevien lääkäreiden näkökulmasta

Haastatteluissa kysimme lääkäreiltä monipuolisesti heidän työstään sekä ammatin ja ammattikunnan merkityksestä heille. Tässä luvussa tarkastelemme vastauksia muutamaa keskeisiin kysymyksiin ja analysoimme sitä, miten kliinistä työtä tekevät lääkärit jäsensivät ammattinsa mielekkyyttä puhuessaan työn palkitsevista puolista ja miten he ymmärtävät lääkärinkuntaan kuulumisen. Sosiologisten professioteorioiden perusteella oletimme, että ammattikuntaan kuulumisen näyttäytyisi lääkäreille lähinnä myönteisessä valossa. Aineiston perusteella tämä käsitys osoittautui jossain määrin yksiulotteiseksi. Kuuluminen ammattikuntaan onkin monisyinen asia. Sosiologisen professioteorian perusteella ammattikuntaan kuulumisen liittyy mitä suurimmassa määrin autonomiaan. Yhteiskunnallisessa mielessä lääkäriammatti on professionaalista edellyttää, että ammattikunnan jäsenet kokevat tekevänsä erityistä ja arvostettua työtä ja pitävät ammattikunnan yhteisiä normeja sitoutumisen arvoisina. Vastineeksi sitoutumisesta yhteiskunnallisesti hyväksytyihin normeihin, intresseihin ja toimija-asemiin yhteiskunta tarjoaa ammatinharjoittajalle erityisaseman ja erilaisia palkkioita. Palkkiot voivat olla sekä symbolisia että materiaalisia.

Tarkastelemme seuraavassa aluksi, miten lääkärit vastasivat kysymykseen siitä, mikä heidän työssään on palkitsevinta. Sen jälkeen tarkastelemme, miten työn mielekkyydestä puhutaan muualla aineistossa. Odotusten mukaisesti käytännön lääkärit puhuvat paljon potilastyön palkitsevuudesta. Tässä puheessa tulee esiin lääkäreille tarjolla olevia positiivisia rooleja tai toimija-asemia sekä näihin toimija-asemiin asettumiseen tarvittavia resursseja. Puheessa on havaittavissa myös negatiivisia rooleja tai toimija-asemia, joita haastateltavat haluavat välttää tai joihin he voivat kokea tulleen sysätyksi.

Tässä ja seuraavissa luvuissa tarkastelemme etenkin kahta aineistosta paikannettavissa olevaa positiota: parantajan ja terveysvalmentajan asemaa. Tutkimuskirjallisuuden pohjalta oletimme, että tällaisia puhetapoja olisi aineistosta löydettävissä. Parantajan positio on lääkärityön ytimessä, sillä vain lääkäreillä on oikeus diagnosoida sairauksia ja määrätä lääketieteellisiä hoitoja

(ks. Abbott 1988). Parantajan positioon liittyvät puheet ovat moninaisia, ovathan ne syntyneet lukuisten sukupolvien saatossa. Autonomian kannalta kiinnostavaa on se, että lääkäreiden ammattikunta tavoitteli monopolia parantajan rooliin aikana, jolloin valtiota oli taivuteltava säätelemään lääkärin ammattia (ks. Wrede 2000; 2008). Valtion ja lääkäriprofession monimuotoistuminen voidaan nähdä yhteen kietoutuneina prosesseina, jossa ammattikunta harjoittaa valtiollista valtaa (ks. Foucault 1973; Johnson 1995). Kansalaiset ovat ikään kuin valtion omaisuutta siinä mielessä, että valtio rajaa heidän autonomiaansa hoitaa vaivojaan ja velvoittaa heidät koulutettujen ammattilaisten hoitoon, mikäli he haluavat vaivansa yhteiskunnallisesti tunnustetuiksi. Lääkäriprofessionilla on tunnustetun tieteen ansiosta oikeus määrittellä itse mandaattinsa valtiolta saamansa valtuutuksen pohjalta. Toisaalta professio on omia intressejään valvoessaan valtion suhteen autonominen. Ajatus ammatista yhteiskunnallisena sopimuksena tarkoittaa, että lääkärityön merkitykset eivät ole pelkästään lakiteksteissä ja muissa muodollisissa säännöissä. Lääkärityön harjoittamiseen liittyvät tavat ja tottumukset, normit ja odotukset ovat syvästi kulttuurisia ja sellaisina paljolti kirjoittamattomia ja osin tulkinnanvaraisia. Niinpä käytännön lääkärit arjessaan määrittelevät jatkuvasti sitä, mitä kliininen autonomia ja lääkärinkunnan autonomia tarkoittavat. Parantajan asema on tässä määrittelytyössä keskeinen resurssi, koska siihen, toisin kuin useimpiin muihin asemiin, vain lääkärit voivat asettua.

Valotamme raportissa parantajan ja terveysvalmentajan positioita monista näkökulmista, koska nämä keskeiset asemat liittyvät olennaisesti sekä lääkärin perinteiseen toiminta-alueeseen (erityisesti parantaja) että uudempaan yhteiskunnallisiin odotuksiin ja heikkoihin signaaleihin käynnissä olevista muutoksista (erityisesti terveysvalmentaja). Lisäksi valotamme lääkäreiden puheessa esiintyviä kielteisiä rooleja, joihin haastateltavat pelkäävät joutuvansa asetetuiksi. Haastateltavat itse voivat liittää nämä positiot autonomian uhkaavaan kapeutumiseen. Toisaalta myös tutkijat voivat tehdä tällaisen tulkinnan: jos lääkärit eivät kykene tuntemaan työtään mielekkääksi ja sitoutumisen arvoiseksi, ei tilan-

ne ole ihanteellinen professionkaan kannalta. Kielteiset positiot kertovat myös siitä, mihin suuntiin lääkärit eivät toivo toimintaansa ohjattavan ja millainen toiminta ei heille näyttäytyä legitimiinä hyvän lääkärin toimintana. Tällaisia positioita ovat eräänlainen terveysteknikko tai liukuhihnatyöntekijä, johon rooliin lääkäri joutuisi esimerkiksi silloin, jos Käypä hoito -suosituksesta tehtäisiin sitovia toimintaohjeita – tai ellei hän nykytilanteessa osaisi soveltaa suosituksia. Samaa sukua ovat potilaiden vaatimusten vuoksi reseptiautomaatiksi muuttuva lääkäri tai julkisen vallan tavoitteiden palvelijaksi alistettu pelinappula tai virkamies. Myös yrityksen palveluksessa olevaa lääkäriä voi uhata joutuminen eräänlaiseen paimenkoiran rooliin, jossa isäntä päättää, mihin suuntaan lampaita kaitsetaan. Kaikissa näissä tilanteissa lääkärikunta tai yksittäinen lääkäri on menettänyt tai menettämässä toimialueensa hallinnan. Tämän autonomian menetyksen ilmiä vaihtelee sen mukaan, mikä muu toimija on anastanut määräysvallan.

PARANTAJIEN PROFESSIO

Haastattelurungossamme haastateltavilta kysyttiin, mikä on heidän työssään palkitsevinta. Tulkitsemme, että kun ammattilaiset tähän vastatessaan puhuvat työn mielekkyydestä, he puhuvat myös siitä, mikä heidän mielestään on heidän työnsä, ammattinsa ja toimialueensa ytimessä. Koska haastateltavia yhdistää kliininen työ, ei ole yllättävää, että mielekkyyden ytimessä on potilas. Haastatteluissa ei työn palkitsevuuden yhteydessä puhuta paljonkaan rahasta, mikä oli myös oletettavaa ja normin mukaista. Haastatelijat olivat niin sanotusti ulkopuolisia, ja on ymmärrettävää, että maallikkoyhteisön silmissä lääkärit välttävät korostamasta ammattiin liittyviä taloudellisia etuja, joista korkeasti koulutetut ammattilaiset toki myös nauttivat. Taloudellisten palkintojen painottuminen uhkasi kuvaa lääkäristä altruistisena toimijana, jonka toimintaa ohjaa ainoastaan potilaan etu. Jännite altruismin ja itseintressin välillä on minkä tahansa profession ytimessä, mutta se korostuu lääkärikunnan ja esimerkiksi papiston toiminnassa, joka liittyy ihmiselämän perimmäisiin kysymyksiin (ks. Parsons 1951; Freidson 1988; 1970). Siinä missä papille on ammatillisen uskottavuuden kannalta vahingollista tulla nähdyksi leipäpappina, on lääkärille kielteistä tulla nähdyksi enemmän liikemiehenä kuin lääkärinä, joka tuputtaisi turhaa tai jopa vaarallista hoitoa taloudellisen hyödyn toivossa.

Sen lisäksi, että haastatellut olivat halukkaita esiintymään altruistisina toimijoina, olivat heidän esityksensä myös enimmäkseen vakuuttavia. Toisin sanoen haastattelemamme lääkärit eivät kokeneet altruistisen aseman ottamista erityisen vaikeaksi. Lisäksi on huomattava,

että altruismin ohella lääkäreiltä odotetaan henkilökohtaista ja emotionaalista sitoutumista työhönsä. Lääkäreiltä ei odoteta oman intressin puuttumista vaan oikeanlaista, moraalisesti hyväksyttävää itseintressiä. Lääkärin tulee kokea työnsä palkitsevaksi ja mielekkääksi erityisesti silloin, kun hänen työnsä palvelee potilaiden etua ja yhteiskunnan odotuksia. Tätä itseintressin ja altruismin oikeanlaista linjaamista on pidetty edellytyksenä profession tehokkaalle toiminnalle myös sosiologisessa professiokeskustelussa (Parsons 1939).

Kuten monet muut hyvinvointityön ammattilaiset (ks. Wrede 2001; Henriksson & Wrede 2004), myös haastattelemamme lääkärit puhuivat vastauksissaan parantamistyöstään usein potilaan auttamisena (ks. myös Sumanen ym. 2015: 59). Auttaminen voi kuitenkin saada useanlaisia merkityksiä. Useissa terveydenhuollon ja sosiaalitoimen ammateissa auttamisesta puhutaan ”rinnalla kulkemisena” (ks. Henriksson & Wrede 2004; Pyykkö 2011). Lääkärin rooliin voidaan liittää samantapaisia sävyjä, mutta ytimessä on se toiminta, johon ammattikunnalla ainoana on valtuutus: parantajana auttaminen tarkoittaa, että lääkärin tehtävä on tutkia, diagnosoida ja hoitaa potilaan vaiva. Aineiston valossa parantajan roolissa toimiminen on usein ryhmätyötä. Sairaalassa usein moniongelmaisten potilaiden kanssa työskentelevän konkarin puheesta käy ilmi paitsi tehtävän vaatavuus myös se, että menestys myös palkitsee kollektiivisesti.

Että näkee sen työn tuloksen että esimerkiksi semmonen et meille tuli vanhempi mies jolla oli kävelyvaikeuksia. Ni ensimmäinen oletus oli lähetteessä että hänellä on kuluneet lonkat. Ruvettiin sitä osastolla kattoo no ei tässä nyt kyllä mitään lonkkakulumaa ole mut me löydettiin häneltä viis kuus muuta sairautta, jotka selitti ne hänen oireensa ja löyty hoitoa, ja tämän kolmen kuukauden aikana hän rupes voimaan paremmin, oireet helpottu, me olimme kaikki hyvin tyytyväisiä että hän sai avun ja mulle se oli myöski palkitsevaa et jes mä osaan vielä jotakin. – 25KNS

Erityisen palkitsevaa voi olla vakavasti sairaiden potilaiden hoito, joka sairaalassa työskentelevän aloittelijan puheessa näyttäytyy paitsi asetelmaltaan selkeänä myös oikeanlaisena työnä, jossa lääkäri on potilaan kanssa elämän ja kuoleman kysymysten äärellä. Tässäkin roolissa lääkärin ensisijainen rooli on silti parantajan rooli: parantumattomastikin sairasta potilasta voidaan lääketieteen keinoin usein hoitaa niin että elämä on siedettävämpää.

Ulkopuoliset kuvittelee että syöpäpotilaan hoitaminen on justiin kauheen rankkaa mut mun mielestä ne on kauheen, kun he on kauheen kiitollisia potilaita. Siis vaikka syöpä ei olis parannettavissa niin meillä on silti yleensä hirveesti keinoja auttaa heitä, lääkittä heidän kipuaan, tehdä heidän olonsa paremmaksi. [Syöpäpotilaat] on yleensä kiitollisia saamastaan hoidosta. Heidän omaiset on kiitollisia. Ollaan jotenkin semmosten perimmäisten kysymysten äärellä. Jotenkin keskitytään olennaisiin ja semmoseen, et pääsee käymään semmosii hienoja keskusteluja ihmisten kanssa, tärkeistä asioista. – 12ANS

Suhde potilaaseen on lääkärinkin hyvinvoinnin kannalta tärkeä. Tilanteissa, joissa potilaan vaivaa ei voida parantaa, lääkäriä palkitsee hyvä vuorovaikutussuhde potilaan kanssa, potilaan kuunteleminen ja kunnioittava kohtelevainen, kipujen lievittäminen tai esimerkiksi potilaan saaminen sellaiseen kuntoon, että kotiuttaminen on mahdollista. Jos tämä ei potilaan näkökulmasta syystä tai toisesta onnistu, kuormittaa tilanne myös lääkäriä. Palkitsevuuden kääntöpuolena vaikuttaisikin olevan kuormittavuus. Kirjallisuudesta tiedämme, että vaikeiden sairauksien hoitoon voi kuulua raskaita tilanteita lääkärille, esimerkiksi silloin kun vaikeat kivut eivät ole tehokkaasti hoidettavissa (Salmon & Hall 2004). Haastattelumme lääkärit eivät yleisesti maininneet potilaiden vaikeita sairauksia kovin keskeisenä kuormittavana tekijänä. Tämä oli sinänsä odotettavissa: koulutetaanhan lääkäreitä nimenomaan asennoitumaan ammattimaisesti tällaiseen emotionaaliseen kuormitukseen, ja siihen liittyvä liika tunteikkaus tulkitaan helposti heikkoudeksi (ks. Kerasidou & Horn 2016). Toisaalta aineistossa on puhetta kyynistyneistä lääkäreistä, millä voidaan viitata vääränlaiseen empatian puutteeseen. Tunnistaessaan sellaisen toimija-aseman haastateltavat puhuvat epäsuorasti lääkärinkunnasta laajemmin ja osoittavat ongelmallisia tapoja olla lääkäri.

Potilaskohtaamisiin liittyvä tunnekuormituksen ohella muitakin jännitteitä. Aineistomme perusteella lääkärinkunnan julkilausuttuna ihanteena ovat toimiva vuorovaikutus potilaan kanssa ja potilaan kunnioittava kohtelu. Lääkärin tulee tuottaa potilaalle hyvä kokemus: potilaan asiat kuunnellaan ja niihin suhtaudutaan vakavasti. Empaattinen käyttäytyminen ja tilannetaju ovat useimpien puheissa hyvän lääkärin ominaisuuksia. Nämä ihanteet ovat vanhoja ja yleismaailmallisia, ja niiden keskeisen perusteen, teesin lääkärin kohtaamisen parantavasta vaikutuksesta, esitti jo itse Hippokrates (Heritage & Maynard 2006: 354). Lääkärin auktoriteettiaseman heikentyminen suhteessa potilaaseen voi kuitenkin tehdä näistä ihanteista aiempaa vaikeampia täyttää. Haasta-

teltavat puhuivat jonkin verran siitä, kuinka negatiivinen palaute potilailta on ikävää, raskasta ja yleisempää kuin positiivinen palaute. Negatiivisen palautteen voikin nähdä uhkaavan lääkärin positiivista minäkuva: jos potilas ei koe tulleen autetuksi, ei lääkärin ole helppo kokea onnistuneensa. Tosin tässäkin voi auttaa profession tarjoama kollektiivinen tuki. Jos lääkäri profession silmissä tietää meneteleensä oikein, voidaan potilaan tyytymättömyyden tulkita johtuvan väärinymmärryksistä tai kohtuuttomista odotuksista.

Empatian korostuminen lääkäreiden puheissa on kiinnostavaa, koska se kertoo, että Suomessa hoitokohtaamisesta on vallalla samanlaisia normatiivisia käsityksiä kuin esimerkiksi Englannissa. Sikäläiset tutkijat ovat esittäneet, että lääkärikeskeisestä mallista on viiden vuosikymmenen kuluessa siirrytty potilakeskeiseen malliin. Potilasta korostavassa tavassa hoitokohtaaminen mielletään neuvotteluksi, ja vaikka neuvottelun fokuksessa onkin potilaan patologian lievittäminen, lääkärin on otettava huomioon myös potilaan subjektiivinen kokemus sairaudestaan (May ym. 2004). Tällainen ihannekuva hyvästä lääkäristä liitetään etenkin perusterveydenhuoltoon, jossa lääkärit usein kohtaavat kroonisia sairauksia sairastavia potilaita.

Enkä yllättävä tulos on se, miten vahvasti emotionaaliset taidot korostuvat haastateltujen lääkärin puheissa työnsä palkitsevista tekijöistä. Parantajuuteen liittyvä valmius hoitaa on edelleen keskeinen, mutta hyvän lääkärin mittapuuna on selkeästi myös se, miten kohtaamiset potilaiden kanssa onnistuvat. Suomalaisen terveydenhuollon konteksti vaikuttaisi tukevan empaattista työtettä ainakin ihanteissa. Kun haastateltavat puhuvat ammatin ulkopuolista yhteiskuntaa edustavalle haastattelijalle, he tuottavat vahvasti kuvaa potilaan parasta ajattelevasta parantaja-lääkäristä, joka myös osaa tuoda orientaationsa vuorovaikutukseen. Erityisesti amerikkalaisessa kirjallisuudessa on oltu huolestuneita etenkin nuorten lääkäreiden teknisorientoituneesta ammatillisuudesta ja siitä, että terveydenhuollon nykyiset organisointiperiaatteet jättävät vähän tilaa empaattiselle työotteelle, vaikka se palvelisi paitsi potilaan kokemusta myös hoidon onnistumista (esim. Coulehan 2005; Kleinman 2008).

TYÖ KIINNITTYY TYÖYHTEISÖÖN

Haastattelussa nousee esiin yhtäältä lääkärityön luonne moniammatillisena yhteistyönä ja luovana ongelmanratkaisuna sekä toisaalta se, että konkreettisesti työtilanteissa usein ollaan yksin ja työ edellyttää itsenäistä toimijuutta. Osallisuus laajassa työryhmässä tai hoitoketjussa ei ole ristiriidassa työn itsenäisyyden kanssa, ja yhden ja saman lääkärin puheissa nämä

työn eri puolet voivat korostua sen mukaan, mitä aihetta käsitellään. Varsinaiset yksin jäämisen kokemukset ovat eri asia ja nousevat esiin kuvattaessa työtilanteita, joissa vastuuta kannetaan ilman riittävää tukea, esimerkiksi konsultaatiomahdollisuuksien puuttuessa tai ollessa puutteellisia. Palaamme tällaisiin tilanteisiin myöhemmin tässä alaluvussa sekä lopuksi luvussa 7. Aluksi fokuksessa on puhe työyhteisön merkityksestä työssä onnistumiselle. Aineistossamme on paljon kuvauksia siitä, miten toimiva yhteistyö kollegoiden ja muiden ammattilaisten kanssa on paitsi palkitsevaa myös sujuvan työn edellytys ja uuden oppimista tukeva välttämätön pohja. Seuraavassa kokenut terveyskeskuslääkäri kertoo työyhteisön tuen tärkeydestä terveyskeskustyössä, jota tehdessään lääkäri on usein ainoa ammattinsa edustaja, mutta potilasta hoidetaan moniammatillisessa yhteistyössä.

Tää ei oo yksin tehtävää työtä ja että toimitaan, et meidän terveysasema, me kaikki toimitaan niin että me hoidetaan tällä tietyllä alueella asuvat ihmiset [...] että nää on meidän väkee ja me tehdään, hoidetaan nämä yhdessä. – 1KNT

Myös sairaalassa moniammatillisuutta kuvataan arkipäiväisenä ilmiönä, ja sitä myös ihannoidaan. Seuraavassa leikkaussali toimii esimerkkinä siitä, millä tavoin järjestettynä työ voi sujua kuin tanssi. Tanssissa sairaanhoitajalle on varattu avustajan rooli kirurgin tehdessä varsinaista hoitotyötä.

Jos on sellanen tiimi joka on tottunu tekeen yhdessä töitä, toisin sanoen on kirurgi ja sitten instrumenttisairaanhoitaja, niin se työ tapahtuu sillain että instrumenttisairaanhoitaja tietää täsmälleen mitä nyt ollaan tekemässä ja mitä tehdään seuraavaks ja sitä seuraavaks. Kirurgin ei tarvi pistää kun kypälänsä tohon niin sit siihen tulee se oikea seuraava instrumentti ja työ jatkuu. Et näin kun se menee niin se on sellasta että välillä aina muistelee että kuinka upeeta se oli. Sitte tietysti palkitsevaa on sekin semmonen joukkuetekeminen joka sitten isommassa työyhteisössä syntyy siitä [...] että ollaan hyvä joukkue ja kaikki menee ja hommat jaetaan ja joskus voi olla vähän jotain rähinää ja sitten se tasottuu ja taas kaikki on kivaa. Työt jaetaan ja esimies toimii mallikkaasti, niin kun jossain liigajoukkueessa tai jalkapallojoukkueessa. – 14KMH

Tulkitsimme, että laajasta työyhteisöstä puhuessaan esimiesasemassa oleva konkari painottaa lääkäreiden muodostamaa kollegiota. Heidät voi ajatella joukkueeksi, jonka toimintaa luonnehtii tasapuolisuus ja jonka

johtajuus perustuu kollegiaalisuuteen. Ihanteellisena näyttäytyvä työorganisaatio noudattelee tässä puheessa lääkäriprofession perinteitä, ja työyhteisön perusyksiköt ovat lääkärikollegio ja käytännön työtilanteiden moniammatilliset tiimit. Työyhteisön jännitteitä painottavassa puheessa työyhteisön toimivuutta uhkaa muun muassa byrokratia: paperityön tekemisestä puhutaan usein kuormittavana, jopa turhana työnä. Paperityö eli erilaisiin byrokraattisiin prosesseihin liittyvä työ on lähtökohtaisesti klinikoiden puheessa usein ei-lääkärin työtä, jota joudutaan tekemään ulkopuolisten vaatimuksesta ja vierailta pelisäännöillä. Haastateltavat pohtivat usein esimerkiksi sitä, tarvitaanko jossakin byrokraattisessa prosessissa nimenomaan lääkärin asiantuntemusta, ja vihjaavat, että olisi tehokkaampaa myös taloudellisessa mielessä, jos prosesseja muutettaisiin. Aihe nousi esiin myös lääkärin kliinisen autonomian näkökulmasta, joten palaamme siihen luvuissa 5 ja 7 (s. 57 ja 77). Paperityötä voi tuskin missään asiantuntijatyössä välttää. Yhteiskunnalle voi kuitenkin olettaa olevan haitallista, jos lääkärit kuormittuvat kokiessaan joutuvansa tekemään turhaa paperityötä huonon hallinnon takia. Myös meidän aineistossamme byrokratiasta puhuttiin turhana.

Kun paljon on, jotain semmosta että, tehään tur-, lääkärin kannalta turhia lausuntoja, että mä kirjotan lausuntoa siitä että potilas voi taksissa istua etupenkillä kun hän ei pääse takapenkille. No onks se sitte lääkäriasia vai voisko se kuljettajakin määrittää sen että sä oot sen verran huono tulemaan autoon et sä voisit mennä etupenkille. Välillä tuntuu turhauttavalta tehdä sellasta mistä ei nää sitä hyötyä sit kuitenkaan. – 15ANT

Lääkäreiden työyhteisöjen luonne poikkeaa esimerkiksi yritys konteksteista, mistä kertoo se, että aineistossamme ei juuri kukaan kertonut esimieheltä saadusta sellaisesta palautteesta, joka liittyisi työn arkiseen toteuttamiseen. Esimiehen työnkuvasta puhuttaessa moni haastateltava kertoi, että työn järjestämiseen liittyvistä asioista päätetään esimiehen kanssa yhdessä. Se, että esimiehet eivät aineistossa näyttäytyä työnjohdollisina toimijoina, saattaa johtua myös kysymyksenasettelusta. Silti on merkille pantavaa, että haastateltavat vaikuttavat usein mieltävän esimiehensä lähinnä kollegaksi, senioriksi, jolta haetaan neuvoa. Tässä ajattelutavassa auktoriteettiin sisältyy ammatillinen kokemus pikemminkin kuin esimiesasema organisaatiossa. Lisäksi lääkärin työorganisaation tai työnkuvan mukaan esimiehen rooli lääkärin päivittäisessä työssä vaihtelee. Esimiehen tehtävä saattaa olla lähinnä hallinnollinen, kun lääketieteellinen johtaja on organisa-

tiossa erikseen tai esimiehiä on useita organisaation eri portailla. Yksityissektorilla lääkärit toimivat useimmiten itsenäisinä ammatinharjoittajina, jolloin heillä ei ole varsinaista esimiestä, mutta organisaation toiminta voi näyttäytyä esimiehisyytenä, koska se asettaa ehdot lääkärin toiminnalle.

Vaikka työyhteisöjen toimintatavoista puhutaan ylipäätään varsin tyytyväiseen sävyyn, aloittelijoiden kannalta ne vaikuttavat osin ongelmallisilta, koska heiltä odotetaan varsin itsenäistä toimintatapaa jo alkumetreillä ennen kuin heillä on ollut tilaisuus perehtyä työhön ja tutustua työyhteisöön. Yksityissektorilla toimiva nuori lääkäri kuvaa omaa tilanneettaan sanomalla "ei oo semmosta työyhteisöä oikein". Toinen näkökulma perinteiseen työyhteisön toimintatapaan on pärjäämisen pakko. Haastatteluissa kerrotaan, että aloittelijaa ei juurikaan rohkaista konsultoimaan kollegaa epävarmoissa tilanteissa. Eräs nuori lääkäri pohtii haastattelussamme aloittelijaan kohdistuvaa pärjäämisen pakkoa suhteessa potilaan parhaaksi toimimisen ihanteeseen, joka on hyvän lääkäriyden keskiössä. Hän tarjoaa epävarmoissa tilanteissa tapahtuvaan vanhemman kollegan konsultointiin näkökulman tästä lähtökohdasta: työyhteisö, jossa aloittelijoita kannustetaan tarvittaessa kysymään neuvoa, voisi tukea hyväksi lääkäriksi kasvamista sekä vähentää virheiden riskiä. Palaamme nuorten lääkäreiden kokemuksiin tarkemmin luvussa 7 (s. 75–84).

Joissakin haastatteluissa on esimerkkejä siitä, että lääkärit ovat itse pyrkinet luomaan ammatillista kasvua tukevia yhteisöjä ja verkostoja. Eräs yksityissektorilla toimiva kokenut lääkäri kertoo tiiviistä työyhteisöstään, jossa hoidetaan potilaita kollegiaalisesti yhteistoiminnassa. Hän nimeää työtavan "sairaalamaiseksi", koska lääkärit pitävät hoitokokouksia ja konsultoivat toisiaan. Sairaaloiden työyhteisöjä kuvataankin aineistoissa yleensä paljon useammin työn kollektiivisuutta painottaen kuin avoterveydenhuollon työyhteisöjä.

Taito parantaa, hoitaa ja ohjata

Useat haastateltavat puhuivat myös uusien asioiden omaksumisesta pohtiessaan työnsä palkitsevuutta. Työhön kuuluva jatkuva uuden oppiminen ja opin soveltaminen onkin lääkäreiden puheessa toivottu ja ihannoitu piirre. Kun esimerkiksi "oppi jonkun uuden taidon koulutuksessa ja sitten pääsee käyttämään sitä käytännössä ja huomaa että siitä on apua potilaalle. Sitten on silleen että jes, tää oli tosi kivaa." Useampi haastateltava kertoi, kuinka vaikeat asiat, joihin ei aluksi keksitä ratkaisua, voivat selvitessään olla hyvin palkitsevia kokemuksia. Psykiatrian alalla työskentelevä lääkäri kertoo, kuinka potilastapausten haastavuus ja vaihtelevuus lisäävät työn kiinnostavuutta.

[Palkitsevinta on] oikein haastava case, joka onnistuu. Sanotaan nyt semmoset [potilaat] joitten kanssa on äärimmäisen vaikee löytää yhteistä linjaa. Ja sitten kun se löytyy, ja homma lähtee rullaamaan eteenpäin niin, se on eräänlaista extreme-urheilua. Muut sanoo että tost ei tule mitään, antakaas kun. Joo. Siis, onnistuminen, myöskin työtoverin onnistuminen. Että ei tätä jaksais tehdä jos ei sais sitä kokemusta, että tehtiin lujasti työtä ja kas vaan, siitä oli hyötyä. – 23KNS

Haastateltavien vastauksissa toistuivat tyydytystä tuottavina asioina ratkaisun keksiminen, oivaltaminen ja niitä seuraava onnistumisen tunne. Myös oman työn tulosten konkreettinen näkeminen heti tai pian hoidon aloittamisen jälkeen on palkitsevaa. Sairaalassa työskentelevä nuori lääkäri löysi työstään kaikkia näitä puolia, mutta hän nauttii myös konkreettisesta käsillä tekemisestä. Hän kokee kykenevänsä kliinisillä kädentaidoillaan auttamaan potilaitaan tilanteissa, joissa nämä kärsivät ja tuntevat jopa häpeää vaivoistaan.

Toimenpiteet on tosi palkitsevia. Jotenkin mä tykkään käsillä värkkäillä. Mä oon tehnyt noita maha- ja suolen-tähystyksiä pari vuotta [aiemmassa työpaikassa], oli tosi kivaa siis. Semmosta likasta hommaa mutta kivaa. Ja siinäki huomaa sitten että ne on semmosia sairauksia että ne on vähän osittain semmosia häpeällisiä ja sitten ihmiset kokee niistä paljon vaivaa, ja sitten jos pystyy auttamaan siinä niin se, siitä tulee hyvä olo. – 17AMS

Edellä on esimerkkejä parantamispuheesta, jossa lääkärin työhön parantajina liitetään ongelmanratkaisu ja siihen tarvittava taito: kyse ei ole auttamisesta pelkästään henkisen tuen mielessä, vaan ytimessä on se, että lääkärin taitoihin kuuluu parantaminen konkreettisenä tekemisellä. Tästä puhuessaan lääkärit tunnustavat työssään luovan ulottuvuuden, joka ei välttämättä liity auttamiseen lainkaan. Lääkärin kiinnostus löytää ja hoitaa jokin harvinainen sairaus on nuoren terveyskeskuslääkärin mielestä "suorastaan morbidi innostus", joka hänen mukaansa onneksi yleensä osataan kätkeä potilaalta. Hän tunnistaa itsessään tämän piirteen, mutta häntä palkitsevat myös tilanteet, joissa hän vaikuttaisi kokevan hallinnan tunnetta. Lastenneuvolapäivät ovat hänelle mieluisia, ja myös päivystystyössä voi syntyä työn imua.

Joskus ihan vaan se että on tehokkaalla päällä antaa myös hyvän fiiliksen. Että ihan vaan se että joku vaikka päivystyksessä on hirveen pitkä jono niin se että jos on tehokas niin sitten saattaa jono sulaa ihan hetkes-

sä. Niin semmoinen, kaikissa töissä on tietty flow ja jos siihen pääsee niin sitten se mielentilakin on siinä mukana hyvä. – 24AMT

Lääkäreiden taitoon liittyvä puhe vaihtelee työnkuvan mukaan odotetusti: sairaalalääkärit puhuvat potilaan sairauden parantamisesta ja hengen pelastamisesta, ja avoterveydenhuollossa taas potilaiden elämänlaadun vaalimisesta onnistuminen on lääkärin taitoa. Se edellyttää kokonaisvaltaista ajattelua, jossa sairauksia tarkastellaan potilaan elämän kokonaisuuden näkökulmasta, kuten terveyskeskustyötä tekevä konkari seuraavassa kuvaa.

Sen kaiken kokonaisuuden että mikä tässä on tärkeää, niin sen hahmottaminen että ei oo ehkä tärkeää se että onks joku mitta-arvo justiinsa Käypä hoidon mukaisessa tavoitteessa vaan tärkeintä voi olla se että miten se potilas pärjää siellä kotona. Niin sen hahmottaminen, et me ei välttämättä niille sen potilaiden sairauksille voida kovinkaan paljon, ja se on hyvin niukkaa, mut miten me tuetaan sitä että se pystyy ja elää, ja se ei joudu sairaalaan. Ja se voi olla niin että sillä ei oo ollenkaan jonkun lääkkeen kans tekemistä että, se ei oo sitä että lisätäänkö vai vähennetäänkö joku lääke tai tehdäänkö joku mittaus vaan se voi olla että joittenkin mittausten vähentäminen jopa, ja keskittyminen siihen että huolehditaan että siel on tämmöset arkipäivän asiat kunnossa kotona että se, nousee ylös sängystä, se syö pukeutuu käy suihkussa kenties, toivottavasti käy ulkona, et sil on normaalia elämää siin, mahdollisimman normaalia mitä se hänen elämänsä oikein olisi. Se fokus on jotakin ihan muuta kuin siinä sairauksien hoidossa. Niin sitä se on semmoinen joka on hahmottamisena vaikea. – 1KNT

Sitaatissa parantajan roolia pohditaan monipuolisesti. Haastateltava kuvaa omaa työtään monisairaiden hoitoon painottuvaksi vaativaksi työksi, jossa hoitopäätöksiä tehtäessä on huomioitava sosiaaliset tekijät. Tulkitsemme, että haastateltava kuvaa taitavaa parantajaa, joka osaa yhtä aikaa kuunnella, hoitaa ja neuvoa potilasta. Ihanteeksi asettuu kokonaisvaltainen humanistinen lähestymistapa, jossa kliiniset taidot palvelevat laajasti ymmärrettyä potilaan parasta. Samaan tapaan myös potilaan elintapamuutokset, kuten tupakoinnin lopettaminen ja laihduttaminen, voivat olla taitavan lääkärintyön tuloksia. Seuraavan sitaatin terveyskeskuksessa työskentelevä aloittelija toisaalta tunnistaa, että elämänmuutosten tekeminen on yhtä lailla potilaan oman toiminnan kuin lääkärin panoksen ansiota. Niinpä toisin kuin perinteinen parantaminen, elämäntapojen parantaminen näyttäytyy potilaan kanssa yhteistoimin-

nassa tehtävänä työnä. Lääkäri toimii potilaan taustalla tukijan tai valmentajan roolissa. Haastateltu kykenee kuitenkin löytämään iloa siitä, että on voinut osallistua potilaan elämänmuutokseen esimerkiksi ohjaamalla tätä oikeaan suuntaan.

Tietysti yleislääketieteessä se on monesti sitä et sä jotain niin sanotusti raflaavaa löydät niin sä lähetät sen heti eteenpäin ja joku muu hoitaa sen. Mutta sit ihan tämmöset kansantaudit joku verenpainetauti, diabetes, se että sulla on ehkä potilas jolla on sydänsairaus ja diabetes ja sillä on vaikka ylipainoo ja sitten tehdään jonkunlaista suunnitelmaa ja sen seurauksena se lopettaa vaikka tupakoinnin tai saa laihdutettua niin ne on mun mielestä semmosia valtavan ylpeyden aiheita että "jes". Että on vaikka se, vaikka mulla ei ois siihen kauheeta panosta, mut et ne on semmosia tosi kivoja hetkiä päivässä että joku kertoo että se on onnistunu jossain tai et joku sairaus on parantunu sillä miten me on tehty tai että mä oon ohjannut sen semmoseen paikkaan tai semmoselle asiantuntijalle joka on tuonu helpotusta siihen vaivaan. – 15ANT

Terveysvalmentajana toimimiseenkin on toki mahdollista liittää suoranaista taitoa, vaikka se poikkeaaakin selkeämmin lääketieteellisiksi mielletyistä parantajataidoista. Yksityislääkärinä toimiva kokenut lääkäri korostaa taidon merkitystä hoitosuhteen rakentamisessa, jossa vaikeisiin asioihin osataan tarttua oikealla tavalla ja oikeaan aikaan niin että potilas havahtuu muuttamaan elintapojaan. Hän kuvaa työtään urheilutermein yksilöiden sparraamisena, joka ei välttämättä ole lainkaan yksinkertaista vaan vaatii hienovaraisia vuorovaikutustaitoja.

"Että kyllä [mulla] on hirveen hauskaa, hoitaa potilaita, saada ne parantumaan ja tarttua niihin asioihin jotka selvästi on riskitekijöitä ja koettaa sitte niissä sparrata niitä yksilöitä, havahtumaan että hetkinen että elämässä ei olekaan toinen elämä valmiina pankissa vaan me mennään tätä yhtä ja siin on kaikki kortit sitte siinä jaettu. Että juuri tämmönen että sitten kun haistaa että "tämä henkilöhän polttaa tupakkaa". Niin eihän siihen saa heti tarttua. Mutta siihen täytyy tarttua jossain vaiheessa. Ehkä siinä saman tapaamisen aikana jo ensimmäisen kerran. Ja jatkaa sitte myöhemmin sitä. Että tavallaan, ehkä se on sitten terveyden edistämistä. Tai sairauksien torjumista." – 28KMH

LÄÄKÄRIKUNTAAN KUULUMINEN

Lääkäreiden kokemuksia lääkärinkuntaan kuulumisesta on tutkittu Suomessa aiemminkin. Sosiaali- ja terveys-

ministeriön vuonna 2013 kaikille vuosina 2002–2011 valmistuneille lääkäreille tekemässä kyselytutkimuksessa 67 prosenttia vastaajista katsoi kuuluvansa lääkärikuntaan hyvin tai melko kiinteästi. Vastaavassa tutkimuksessa vuonna 2003 osuus oli 66 prosenttia, joten osuus on pysynyt pitkälti samana. Vuonna 2013 noin kolmasosa vastaajista ei osannut vastata kysymyseen tai koki kuuluvansa lääkärikuntaan vain heikosti. Omaan sukuun tai Suomeen kuuluminen oli voimakkaampaa kuin lääkärikuntaan kuuluminen. (Sumanen ym. 2015: 65.)

Tässä tutkimuksessa haastateltavilta kysyttiin lääkärikuntaan kuulumisesta samaan tapaan, mutta tavoitteena ei ollut selvittää sitä, miten suuri osuus haastateltavista vastaisi kysymykseen tietyin tavoin. Sen sijaan meitä kiinnostavat ne tavat, joilla haastateltavat puhuvat lääkärikuntaan kuulumisesta ja sen merkityksestä itselleen lääkäreinä. Näitä puhetapoja analysoimalla muodostamme seuraavaksi kuvaa siitä, millä tavalla klinikot jäsentävät professionsa asemaa ja roolia sekä omaa suhdettaan siihen.

Tutkimuksesta tiedämme, että lääketieteen jakautuminen yhä useampiin erikoisosaamisen alueisiin luo muutospaineita käytännön lääkärin työlle, jossa enenevässä määrin tarvitaan monien ammattilaisten yhteistyötä ja erikoisosaamista. Lääkärin työnkuvan muuttuessa lääkärintyössä muodostuva ymmärrys lääkäriammattista, ammatillisuudesta ja ammattikunnasta pakostakin muuttuu. Aineistostamme välittyä yhtäältä kuva monista rinnakkaisista alakulttuureista, ei niinkään yhdestä yhtenäisestä lääkärien ammattikulttuurista. Toisaalta aineistossa on myös paljon puhetta kaikkia lääkäreitä yhdistävistä asioista, jotka erottavat lääkärit maallikoista. Tätä aineistoa koottaessa haluttiin myös tietoa lääkärikunnan sisäisistä sukupolvieroista. Tällaistenkin erojen syitä voisi etsiä profession sisäisistä tekijöistä, etenkin siitä, että lääkärikoulutus on vuosikymmenten saatossa muuttunut paljon.

Lääkärintyön luonteesta riippumaton syy professiota koskeviin muuttuviin ajattelutapoihin voisi olla esimerkiksi elämäntapojen ja -tyylien muutos. Kuten luvussa kaksi (s. 15) kerrottiin, elämäntapoihin liittyvää kulttuurista muutosta länsimaissa tutkivat sosiologit puhuvat individualisaatiosta eli yksilöllistymisestä. Yksilöllistymisellä viitataan kasvaviin odotuksiin oman näköisestä elämästä, kun elämäntapojen kaavailtaessa sekä ammatinvalintaa että työn ja muun elämän yhteensovittamisen tapoja mietitään uusista lähtökohdista vanhoja malleja vastaan kapinoiden. Mahdollisuudet itsensä näköisen elämän rakentamiseen jakautuvat epätasaisesti niin globaalissa mittakaavassa kuin yhteiskuntien sisälläkin, eikä absoluuttista valtaa omaan

elämään ole kenelläkään. Silti on selvästi nähtävissä, että hyvin koulutetut keskiluokkaiset ihmiset länsimaissa usein voivat tehdä elämäntapaansa liittyviä valintoja aiempia sukupolvia vapaammin (Beck & Beck-Gernsheim 2002).

Julkisessa keskustelussa nostetaan usein esiin, että elämäntapojen muutos näkyisi nuorten odotuksena tehdä mukavaa työtä tai sijoittaa työhön vähemmän panoksia, vaikka työorientaatiotutkimusten tulokset eivät väitettä yksiselitteisesti tuekaan. Suomessa tehtyjen tilastollisten tutkimusten mukaan nuoremmat ikäluokat arvostavat vapaa-aikaa, sekä työn ja vapaa-ajan joustavaa yhteensovittamista, enemmän kuin vanhemmat ikäluokat, jotka painottavat nuoria enemmän työn moraalista itseisarvoa ja työn kautta saavutettavaa kunniaa (Haavisto 2010). Kuitenkin myös nuoret arvostavat työtä korkealle, eivätkä ikäryhmien väliset erot työn arvostuksessa näytä viime vuosikymmeninä kasvaneen (Pyöriä ym. 2013). Muutoksia on kyllä tapahtunut, mutta ne eivät koske vain nuoria: ikäryhmästä riippumatta työn arvostus on hienokseltaan laskenut samalla, kun perheen ja vapaa-ajan arvostus on vastaavasti noussut (Pyöriä ym. 2013).

Toinen lähestymistapa työelämän muutokseen korostaa sen luokkasidonnaista polarisaatiota: samaan aikaan kun monia koskettaa työelämän epävarmuus ja toimeentulomahdollisuuksien haurastuminen, monilla hyvin koulutetuilla ihmisillä, joilla on pääsy niin sanottuihin hyviin töihin, on mahdollisuuksia vaikuttaa itse siihen, millä ehdoin sitoutuu työhönsä (Kalleberg 2011). Arne Kalleberg (2011: 9) määrittelee hyvät työt seuraavasti: niistä saatava ansiotulo on hyvä ja kasvaa ajan myötä, niihin kuuluu taloudellinen ja sosiaalinen turvaverkko, esimerkiksi eläketurva, niissä on mahdollisuus autonomiseen työhön ja työn kontrolliin, niissä on mahdollisuus tiettyyn joustavuuteen sekä aikataulujen ja työehtojen hallintaan ja ne antavat työntekijälle jonkin verran kontrollia työn loppuessa.

Lääkäriammatti kuuluu kansainvälisestäkin hyvän työn mahdollistaviin ammatteihin, koska se mahdollistaa taloudellisesti turvattun elämän – Suomessa ainakin joillekin lääkäreille jopa ilman että he sitoutuvat jatkuvaan työhön jossakin tiettyssä työpaikassa. Niinpä voidaan ajatella, että nuorilla lääkäreillä on hyvät mahdollisuudet halutessaan elää itsensä näköistä taloudellisesti turvattua elämää, vaikka se tarkoittaisi perinteistä sitoutuneisuutta rajatumpaa panostusta työhön. Lääkäreillä on tällaista henkilökohtaista autonomiaa harvinaisen paljon, myös jos heitä verrataan muita koulutusammatteja valinneisiin. Koska ammatin asema on pitkään ollut hyvä, voi myös ajatella ammattikuntaan valikoituvan ihmisiä, jotka arvostavat tällaisia mahdol-

lisuuksia. Kulttuurisesta muutoksesta on myös tutkimusnäyttöä: brittitutkijoiden mukaan kasvava joukko nuoria yleislääkäreitä on tässä hengessä hylkäämässä perinteisen ammatillisuuden kokonaisvaltaista henkilökohtaista vastuuta korostavat elementit (Jones & Green 2006). Tämä ei tarkoita ammatillisuuden hylkäämistä vaan sen muutosta, kun uusi sukupolvi sitoutuu aiemmista poikkeaviin arvoihin, jotka heidän näkökulmastaan mahdollistavat hyvän lääkäriyden ihanteiden yhdistämisen odotuksiin mukavasta työstä. Kun aiemmin yleislääkärit toimivat yleensä itsenäisinä ammattiharjoittajina, uudessa mallissa yleislääkärit harjoittavat ammattia mieluusti ryhminä ja monet osa-aikaisesti. Uusi ammattiharjoittamisen tapa liittyy arvoihin, joiden keskiössä on tutkijoiden mukaan ajatus kuulumisesta kollegoiden verkostoon, velvoite olla pätevä ja päivittää tietonsa koko ajan sekä sitoutuminen potilaskeskeiseen ja yhteistyötä painottavaan tapaan harjoittaa ammattia (Jones & Green 2006). Tällaisia mukavaa työtä koskevia arvoja ja odotuksia on havaittavissa myös tähän tutkimukseen haastateltujen nuorten lääkärien puheissa. Emme ole todenneet syvää juopaa aloittelijoiden ja konkareiden välillä, mutta merkkejä muuttuvista odotuksista on löydettävissä. Palaamme asiaan luvussa 6 (s. 66–68).

Arvoyhteisö muutoksessa?

Kysymme lääkäreiltä haastattelussa myös, mitä lääkärikuntaan kuulumisen heille merkitsee. Useat haastattelutavat pitivät ammattia yhteiskunnallisesti arvostettuna ja kertoivat lääkärikuntaan kuulumiseen liittyvästä omaa professiota kohtaan koetusta ylpeydestä. Haastateltavien puheissa ammattilypeyden liitettiin usein lääkäreiden erityisyyttä määritteleviä attribuutteja, kuten ammattiin kuuluva erityisosaaminen tai lääkäreinä työskentelevien henkilöiden erityisluonne. Tämän lisäksi haastateltavat kuvailivat monella tapaa sitä, miten he kokevat kuuluvansa lääkäreiden yhteisöön ja miten yhteenkuuluvuus vaikuttaa heidän työhönsä. Moni puhui lääkäreiden yhteisöön tai ”porukkaan” kuulumisen tärkeydestä, mutta oli myös lääkäreitä, jotka eivät halunneet korostaa lääkärikunnan yhteisöllisyyttä. Joidenkin haastateltavien pyrkimys välttää lääkärikunnan vahvan yhteisöllisyyden korostamista ei myöskään välttämättä tarkoita perinteisestä kollegiaalisesta ammatillisuudesta peräytymistä. Varauksellisuus voi liittyä siihen, että haastatteluissa puhuttiin niin sanotusti ulkopuolisille. Vahva professio on kohdannut yhteiskunnassa myös kritiikkiä, jota osin ovat esittäneet juuri sosiologit. Joidenkin haastateltavien puheesta oli aistiuttavissa, että sosiologeilta voitiin odottaa kriittistä suhtautumista profession pyrkimyksiin. Tällaiseen kriittisyyteen varau-

tuminen ei välttämättä kerro ammatillisuuden väheneemisestä vaan kenties siitä, että ammattikunta punnitsee aiempaakin tarkemmin ulkopuolisten odotuksia ja tapojaan perustella omaa asemaansa. Palaamme tähän havaintoon vielä useaan kertaan.

Kun pohdimme lääkäriprofession tapaisen arvoyhteisön kulttuurista muutosta, on tärkeää välttää pitkälle meneviä johtopäätöksiä pelkän moniäänisyyden perusteella. On ilmeistä, ettei ison ammattikunnan sisällä voida vallita yksimielisyys kaikista asiakysymyksistä eikä myöskään kaikista tavoista linjata profession tavoitteita. Ammattipoliittiset erimielisyydet eivät siten välttämättä liity perinteisen ammatillisuuden uudelleenarviointiin. Eroja on myös yksilöiden välillä siinä, miten paljon heitä kiinnostaa professionäkökulma työhönsä. Tämäkin voi selittyä monin tavoin. Jotkut lääkärit esimerkiksi identifioituivat vahvasti erikoisalaansa, eivät lääkärikuntaan yleisesti. Eräs haastattelemamme kokenut kirurgi vastasi kysymykseen näin: ”Mä oon ollu oikeestaan melkein koko ikäni kirurgi niin mä nimenomaan identifioidun kirurgiksi itte asia ja se on se identiteetti se kirurgia. Ja sitä kautta tämä lääkärikuntaan identifioituminen on vähän kaukasempi asia.” Ammattikuntansa eliittiin kuuluva puhuja ei kenties tarvitse yhteisöllisyyttä samaan tapaan asemaansa oikeuttamaan kuin lääkärit, joiden työ tapahtuu jännitteisemmällä kentillä. Lukuisissa ammattien arvostuksia selvittävässä kyselyssä nimenomaan kirurgit sijoittuvat kansalaisten arvostuksen kärkipäähän (esim. Suomen Kuvalehti 20/2010). Ammatin sisäisissä arvojärjestyksissäkin sairaalaprofessiot, kuten kirurgia, ovat vahvoilla. Niinpä se, että haastateltava puhuu sitaatissa nimenomaan kirurgina on ymmärrettävää, onhan erikoisala sekä yleisön että ammattikunnan arvostama. Esimerkiksi psykoterapeutiksi kouluttautunut lääkäri taas saattaa tulkita olevansa ammattikunnassa lähes ulkopuolinen ja kertoa valtaviirran kehityksen itselleen vieraaksi, kuten seuraavassa sitaatissa.

Jollakin tavalla se on mukana mutta sit se on täydentynyt tällä muulla tai, vähän tullut, sisältämään jotain erilaista kun sillon alun perin ehkä. Että kyllä se [lääkärikuntaan kuulumisen] on tärkeä asia, ja mä sitä arvostan, mutta varsinkin nyt tää kehityssuunta mihin on menty niin se saa hämmennyksiin. Että oikeastaan mä en tiedä enää että, siis mulla on hirvee huoli siitä että mihin, mitä tästä seuraa lääkärikunnalle ja miten tää ammattikunta jotenkin pitää pintansa tai pysyy eettisessä raiteilla. Haasteet on sen kaltaset. – 16KNY

Moni haastateltava myös vierastaa abstraktilta kuulostavaa puhetta lääkärikuntaan kuulumisesta ja pitää sitä arjestaan kaukana olevana asiana. Ammattikuntaa

koskeva professiopuhe voi klinikoista vaikuttaa etäiseltä, arvatenkin etenkin silloin jos sen käsitteistö ei helposti taivu oman työn jäsentämiseen. Monet haastateltavat kuitenkin löysivät tavan kytkeä lääkärikuntaan kuulumisen omaan työhönsä. He puhuivat usein yhteenkuuluvaisuuden merkityksestä, johon haastateltavilla oli useita eri näkökulmia. Yleensä puhujat liittivät yhteenkuuluvaisuuden tunteen työn mielekkyyteen. Tarkastelemme tätä lähemmin seuraavassa alaluvussa. Nostamme seuraavassa esiin kaksi yhteenkuuluvaisuuden tunteeseen liittyvää teemaa, joista ensimmäinen liittyy lääkärin identiteettiin ja toinen lääkäreiden yhteistyöhön.

Kutsumus vai "vain ammatti"?

Kysymys lääkärikuntaan kuulumisesta sai haastateltavat pohtimaan lääkärin identiteettiä. Moni haastateltava kertoi lääkärikuntaan kuulumisen olevan osa heidän ammatti-identiteettiään. Tällaista lausumaa voidaan tulkita niin sanottuna kutsumuspuheena, joka on professionissa perinteisesti ollut yleistä. Kutsumuspuheessa ammatin valinta näyttäytyy lähes itsestäänselvytenä. Haastatteluissamme aiheeseen saatettiin liittää tarina siitä, miten ammattiin on päädytty tai miten ammatti on ollut haastateltavan unelma jo lapsuudesta saakka. Vaikka monet pitivät lääkäri-identiteettiään hyvänä asiana, asiaan koettiin liittyvän myös epäsuotuisia puolia. Kriittiset kommentit kertovat ehkäpä kutsumusnäkökulman eräänlaisesta kriisiytymisestä. Asiasta voitiin ottaa etäisyyttä myös sanomalla, että ammattikuntaan kuulumiseen ei liity mitään erityistä. Tälläkin tapaa voidaan ottaa etäisyyttä perinteiseen puheeseen lääkäriammatillisuudesta, jossa ammatti näyttäytyy kutsumusammattina. Seuraavassa aloitteleva sairaalalääkäri rajaa ammatin roolin elämässään vain työksi.

[Mitä lääkärikuntaan kuuluminen sinulle merkitsee?] Ammattia. Ei se oikeestaan, mun mielest se on vaan se työ mitä mä teen. Mulla ei oo mitään semmosta, sillä ei oo semmosta muuta, tavallaan tämmöstä, että olis jotenkin, mä en koe että mä oisin identiteetiltäni sillai lääkäri jotenkin. Vaan voisin tehdä ihan jotain muuta-kin työtä. Eikä tää oo ikinä ollu semmonen lapsuuden unelma tai mikään semmonen, mutta siis tää on, no siis ehkä korjaan sen verran että jos on mahdollisuus tehdä tätä työtä nii en tekis mitään muuta työtä. Koska tää on sillä tavalla, koen että tää on ihan oma ala. Mutta silti vaan ammatti. – 17AMS

Sitaatissa huomionarvoista on se, miten erottautuaan ensin perinteisestä kutsumusajattelusta, haastateltu lääkäri kuitenkin kiirehtii korjaamaan, ettei hänen suhteensa ammattiin ole välinpitämätön tai välineelli-

nen. Sitaattia voidaan lukea siten, että korjausliikkeellä haastattelun lääkäri vastaa yhteiskunnalliseen odotukseen: vaikka kutsumusajattelusta voitaisiinkin erottaa tautua, tulee lääkärin osoittaa työhönsä sitoutumista, henkilökohtaista motivaatiota ja oikeanlaista itseintressiä. Itselleen vieraalta tuntuvassa työssä oleva lääkäri ei olisi yleisön silmissä luotettava ammattilainen.

Samalla kun mielikuva kutsumuksesta tarjoaa houkuttelevan, moraalisesti vahvan position, josta perustella omaa lääkäriyttä, se voi myös velvoittaa tavalla, joka tekee lääkärintyöstä toisinaan epämukavan ammatin erotuksena mukavasta työstä. Haastatteluissa lääkärin identiteettiä pidettiin sosiaalisesti vahvana leimana, jonka muutamat haastateltavat mainitsivat myös vapaa-aikaa rasittavaksi tekijäksi. Haastateltavat saattoivat pitää häiritsevänsä sitä, miten läheiset huomioivat ammatillisuuden tai miten uudet tuttavat saattavat käyttäytyä kuullessaan haastatellun ammatista. Jotkut vastaajista kertoivat joskus toivoneensa, että heidän ammatinsa ei aina paljastuisi sosiaalisissa tilaisuuksissa. Eräs aloittelijalääkäri kiusaantuu sekä ammatin tuomasta huomios- ta että odotuksista, joihin on vaikea vastata.

Toisaalta se on myös rasite. Sitten kaiken maailman sukujuhlissa ja sosiaalisissa tapahtumissa niin jos joku esittelee mut lääkärinä, ja sit mä joudun, kiusallisen pitkään tarinoimaan työstäni ja joskus kommentoimaan ihmisten sairauksia tai lääketieteellisiä asioita vaikka ne ei ees kuuluis mun erikoisalaan. Mun äiti kyselee multa aina ummet ja lammet kaiken maailman hiustensiirroista ja muista tämmösistä mistä mä en oikeestaan edes tiedä mitään. – 10AMS

Osa haastateltavista puhuu myös lääkärin ammatista mahdollisesti vapaa-ajallakin esille nousevana asiana, mutta he eivät esitä asiaa yhtä ongelmallisena kuin yllä siteerattu haastateltava. Kukaan ei tähän kysymykseen vastatessaan liittännyt asiaa esimerkiksi työssä jaksamiseen, lääkärin jatkuvaan virkavelvollisuuteen tai lääkärin työnkuvaan. Lääkäriammattiin liittyvästä identiteetistä ei ylipäätään puhuttu erityisen kielteisessä sävyssä, mutta myös tässä aineistossa oli mukana aloittelijoita, jolle työ olisi mukavampaa, jos siitä voisi välillä olla kokonaan vapaalla. Tällöin asia yhdistyy työhön liittyvään vastuuseen, joka ajatuksissa seuraa kotiin.

Ja en mä millään tavalla koe sitä huonoks et on semmonen lääkäri-identiteetti itellä mut välillä siitä ehkä haluais saada vaihdettua pois ja olla sitte vaan ilmanki. Et vois käydä töissä ja pistää oven kiinni ja jättää ne [työasiat] sinne [työpaikalle] mutta ei se aina vaan oo [mahdollista]. Joskus on semmosia päiviä ettei oo

mitään erityistä jääny pohtiin. Mut aika usein sitte jää miettimään. – 31AMS

Yhteisön tuki

Toinen yleinen teema vastauksissa koskee lääkäreiden välisen yhteistyön luonnetta sekä sen tuomaa käytännöllistä, konkreettista lisäarvoa jokapäiväiseen työhön. Haastateltavat puhuivat siitä, miten yhteinen koulutustausta ja käytännön työn kokemus mahdollistivat kollegoiden välisen ”yhteisen kielen”, joka tekee yhteistyön ja verkostoitumisen helpoksi. Kollegiaalisuutta ja keskinäistä kunnioitusta pidettiin tärkeinä, sillä niiden ansiosta kollegoiden konsultointi, avun saaminen sekä avun antaminen koettiin helpoksi tai ylipäätään mahdolliseksi. Lääkärikuntaan kuulumisesta puhuttiin eräänlaisena kollegiaalisena tukiverkostonä. Tukiverkosto mahdollistaa aiemmin kuvatun yhdessä hoitamisen tavalla, joka tukee yksittäisen lääkärin asemaa parantajana silloinkin kun hän on toimipaikassaan yksin.

Se että mä kuulun lääkäreiden ammattikuntaan [tarkoittaa sitä, että] mä voin luottaa siihen että mä saan kollegiaalista apua muualta. Jos mä soitan keskussairaalaan [...] niin mä tiedän että mä saan sieltä apua kun mä kerron että mä olen lääkäri se ja se ja mulla on tammönen ja tammönen potilas ja tammönen ja tammönen ongelma niin mä tiedän että minkälaista apua mä saan sieltä. Se tietää se toinen lääkäri siellä toises päässä että se toinenkin on lääkäri. Että meillä on yhteinen kieli. Meillä on tammönen yhteinen työ, vaikka me nyt ollaan eri paikoissa ja ehkä eri potilaat, niin se on tammönen yhdistävä tekijä. Se helpottaa tässä työelämässä suunnattomasti. Mä tiedän suurin piirtein et minkälaisia vastauksia mä voin sieltä olettaa ja voin neuvotella, että mulle se on [...] suuri tuki että mä en joudu tekemään yksin töitä. – 25KNS

Erityisen merkittävää kollegiaalinen tuki on uran alkuvaiheessa, kun lääkäri on erään aloittelevan sairaalalääkärin sanoin ”astumassa välillä liian isolta tuntuviin saappaisiin”. Hän korostaa samassa uravaiheessa olevien lääkäreiden verkostojen merkitystä ja niiden luomaa yhteishenkeä.

Kyllä se [lääkärikuntaan kuuluminen] on tosi tärkeä asia, ainakin just samassa vaiheessa lääkäriuraa olevien kanssa. Just kun se tuntuu välillä vähän kuormittavalta, niin se että voi sitten jonkun kanssa vähän jakaa ja purkaa sitä ahdistusta, mikä siitä aika suuresta vastuusta tulee. Ja välillä ehkä on semmonen olo, että kukaan muu ei oikein ymmärrä sitä työtä kuin toinen lääkäri. Se on sitten kuitenkin vasta kun siellä oikeesti itse on niis

saappaissa, niin sen jotenkin ymmärtää miten ahdistavaa se voi olla ja pelottavaa. Kyllä se on tosi tärkeä, että sitten tehdään yhteisiä juttuja muittenkin lääkäreiden kanssa ja tulee semmonen yhteishenki. – 6ANS

Yksinkertaisimmillaan lääkärinkunta on sosiaalinen yhteisö, jota jäsentävät vaikkapa opintojen aikana syntyneet ryhmät. Vaikka lääkärit puhuivat yhteisöllisyyden tunteesta, avun saamisesta ja lääkärinkuntaan kuulumisesta eräänlaisena tukiverkostonä, vain harva puhui lääkärinkuntaan kuulumista koskevaan kysymykseen vastatessaan yhteisistä velvoitteista ja vastuusta. Poikkeuksiakin oli. Eräs konkari puhui lääkärinkunnan yhteisistä periaatteista, jotka ylläpitävät luottamusta lääkäreitä kohtaan:

Sitten on nää tietyt prinssiipit että niitä ei sovi rikkoo. Että sillon se ei oo enää lääkärin työtä sitten, että sitten väärinkäytetään sitä tittellii. Että ollaan osa professioo mutta ei noudateta profession sääntöjä. Että nautitaan sitä luottamusta mutta ei tehdä niitä asioita mitkä se luottamus edellyttäis. – 2AMY

Esiin nousi myös joidenkin lääkäreiden epäasiallinen toiminta. Siitä puhuneet pari haastateltavaa olivat sitä mieltä, että lääkärinkunnassa on niin arveluttavasti toimivia lääkäreitä tai lääkäreiden pyörittämiä klinikoita, että he eivät tunne halua osoittaa kollegiaalisuutta näitä kohtaan.

Yhteenvetona voi todeta, että niin kutsumuspuhe kuin yhteisön tuen korostaminen voi olla lääkäreille sosiaalisesti ja emotionaalisesti funktionaalista. Erityisesti parantajan positiosta käsin ammattikuntaan kuulumisesta puhuminen nostaa esiin ammatillisen osaamisen näkökulman: kompleksisen lääketieteen soveltaminen ammatinharjoittamisessa on uskottavampaa, kun se näyttäytyy yhteistoimintana tai ”orkesterina”, kuten eräs haastateltava asian ilmaisi, eikä soololuna. Koska osaaminen perustuu yhteistoimintaan, on oikeutettua ja perusteltua, että professio ylläpitää yhteisöllisyyttä paitsi positiivisiksi miellettyin keinoin myös kurilla. Yhteiset pelisäännöt luovat yhteisen kielen ja turvaavat siten yhteistoiminnan edellytykset lääkärin toimipaikasta riippumatta. Tästä näkökulmasta yhteisöön kuuluminen tukee myös aloittelijan astumista parantajan rooliin. Korostamalla yhteisöllisyyttä lääkäri säilyttää vaikutelman säännelystä, luotettavasta ja johdonmukaisesta toiminnasta – sekä muiden että itsensä silmissä. Korostamalla kutsumustaan lääkäri korostaa sitoutumistaan vastuulliseen ammatillisuuteen oikeista syistä. Perinteiselle kutsumusajattelulle on kuitenkin myös vaihtoehtoja. Kutsumus ei ole absoluuttinen normi, mitä

voidaan tulkita myös yksilöllistymiskehityksen kautta. Altruistisesta näkökulmasta tulkitun yhteisöllisyyden ohella haastateltavat tunnistavat myös sen riskin, että professioyhteisön korostaminen voi näyttäytyä ulkopuolisten yleisöjen silmissä epäilyttävänä toimintana – kenties elitisminä tai pahimmassa tapauksessa vääränlaisen itseintressin tavoitteluna.

MITÄ LÄÄKÄRIN AUTONOMIAN KÄSITE LÄÄKÄREILLE TARKOITTAÄ?

Sen jälkeen kun haastatteluissa oli varsin kattavasti keskusteltu lääkärin työstä ja ammatista, kysimme haastatelluilta, miten he ymmärtävät ajatuksen lääkärin autonomiasta. Tämän jälkeen kysimme täsmällisemmin lääkärinkunnan autonomiasta. Aineisto on näiden kysymyksien osalta moniäänisempää kuin useiden muiden teemojen osalta. Noin neljäsosa haastateltavista mainitsee suoraan, että kysymykset ovat vaikeita tai että he eivät ole pohtineet asiaa ennen tutkimusyhetydenottoa. Aineistossa on esimerkkejä myös haastatelluista, jotka ymmärtävät käsitteen varsin kapeasti, kuten oikeutena itsenäiseen ammatinharjoittamiseen. Useimmat kuitenkin pohtivat käsitettä alkukankeuden jälkeen varsin monisyisesti.

Autonomiasta puhumisen vaikeuden voi ymmärtää eri tavoin. Yhtäältä lääkärit eivät ole tottuneet tarkastelemaan työtään autonomia-käsitteen näkökulmasta. Kysymykset autonomiasta saattavat kuulostaa teoreettisilta tai vierailta työn arkisen aherruksen, aikapainneiden ja potilaista kannetun huolen keskellä. Etenkin nuorista lääkäreistä arkisten ongelmien tarkastelu autonomiaa koskevinä kysymyksinä saattoi ensi alkuun kuulostaa etäisen filosofiselta pohdinnalta – vaikkakin aihe keskustelun edetessä sai usein konkreettisempia piirteitä ja alkoi siten näyttäytyä relevanttina ja tärkeänä.

Toisaalta vaikeneminen ja epäröinti saattavat kertoa autonomia-kysymyksen arkaluonteisuudesta. Jotkut lääkärit toivat selvästi esiin, ettei lääkärin autonomia välttämättä ole ongelmaton ja itsestään selvästi myönteinen asia. Autonomialla on useita merkityksiä, joista osa on kielteisiä. Sikäli kun olemassa on myös huonoa autonomiaa, on hyvän ja huonon autonomian välisen eron tunnistaminen lääkäreille moraalisesti tärkeää. Hyvä lääkäri on autonominen, mutta juuri oikealla tavalla. Seuraavassa nuori lääkäri määrittelee hyvän autonomian lääkärin vapaudeksi harjoittaa ammattiaan ja ulkopuolisten luottamukseksi lääkärin ammattitaitoon. Huono autonomia on tämän luottamuksen väärinkäyttöä, piittaamattomuutta laeista tai hoitosuosituksista.

[K: Miten sä ymmärrät ajatuksen lääkärin autonomiasta?] Mun mielest jotenki autonomia-sana on vähän semmonen, et joutuu miettiin et mitä se ees tarkoittaa. Mut ehkä tietyllä tavalla, et lääkäriillä kuitenkin pitää olla semmonen tietty, miten sen nyt sanois, vapaus harjottaa sitä ammattiaan. Mut totta kai lääkärin pitää sit tämmösten hyvien tapojen ja lakien ja asetusten mukaan toimia. Ja se et miten lääkärin toimintaa pitäis valvoa tai vahtia, ni se on jotenki mun mielest tosi vaikea asia. Tietyllä tavalla pitäis luottaa siihen ammattiosamukseen. Mutta sitten kun välillä tulee vastaan mediassa tai muuten tämmösiä tapauksia, että vähän mietti, että kun sitten lääkäreitäkin on niin joka lähtöön ja ihan kaikki ei välttämättä yleisiä hoitosuosituksia noudata. Että tietyssä määrin lääkäreittenkin toimintaa pitää vähän vahtia, ettei sitten käytetä tavallaan sitä ammattia hyväksi. Ja että se olis asiallista se hoito. – 8ANT

Myös professiotutkimuksen valossa on ymmärrettävää, että autonomian puolustaminen ja vaade itsenäisestä ammatinharjoittamisesta on lääkäreille historiallisesti tärkeää. Edellisestä sitaatista käy kuitenkin hyvin ilmi, ettei autonomian puolustaminen ole lääkäreille helppoa, ellei ensin tehdä selväksi, millaista autonomiaa ollaan puolustamassa. Nyky-yhteiskunnassa lääkäreiltä myös odotetaan kykyä perustella ammattinsa autonomia ja tunnistaa autonomiansa rajat. Edellisen sitaatin nuori lääkäri siirtyykin varsin nopeasti ilman haastatelijan aloitetta pohtimaan lääkärin toiminnan valvontaa ja sen suotavuutta. Koska olemassa on myös huonoa autonomiaa, tällaisen autonomian rajoittaminen on haastateltujen lääkäreiden mielestä oikeutettua – joko ammattikunnan itsesäätelyllä tai jopa ulkopuolisten toteuttamana.

Haastatteluissa sääntelyn puutteen mahdollistama huono tai liiallinen autonomia tarkoittaa vastuuttomuutta ja piittaamattomuutta potilaan edusta, lääketieteestä tai lääkärin etiikasta – tai kaikista edellä mainituista. Hyvä autonomia tarkoittaa puolestaan riippumattomuutta tekijöistä, jotka päinvastoin estäisivät edellä mainittujen periaatteiden toteutumisen. Hyvää autonomiaa rajoittaviin tekijöihin voivat lukeutua myös potilaan vaatimukset. Seuraavassa konkarilääkäri korostaa hyvän ja huonon autonomian eroa.

[K: Miten ymmärrät ajatuksen lääkärin autonomiasta?] Se on just tää asiakkuus versus potilas -akseli joka ensimmäiseks tulee mieleen. Että se autonomia on pakko olla et se lääkäri ei oo potilaasta riippuvainen. Mutta että se on myös ansa. Että jos lääkäri on kauheen autonominen ja sit se on ihan flegu ja vähän väsähtäny

tyyppi niin sit se tavallaan pystyy sen autonomiansa avulla keplotteleen itteään sinne eteenpäin ilman et se tekee kovin hyvää tulosta. Enkä mä puhu euroista välttämättä vaan hyvää tulosta elämäntyönään. – 28KMH

On ilmeistä, että kysymys autonomiasta näyttäytyi haastatelluille lääkäreille vähintäänkin jossain määrin poliittisesti ja moraalisesti latautuneena ongelmana. Lääkäriin autonomia ei ole yksiselitteisesti myönteinen asia vaan tila, jonka oikeutusta ja merkityksiä täytyy jatkuvasti peilata suhteessa yleisön oletettuihin odotuksiin. Autonomiasta puhuessaan lääkärin on muistettava tehdä ero hyvän ja huonon autonomian välille. Lääkäriin täytyy vakuuttaa yleisölle, että hän käyttää autonomiansa oikein. Tällaiseen vakuutteluun lääkäreillä on myös erilaisia yhteisöllisiä resursseja. Toisin sanoen autonomia ei ainoastaan ole lääkäreille monimerkityksellinen käsite, vaan heillä on myös moninaisia keinoja puolustaa autonomiaansa silloin kun autonomia on positiivista.

Tarkastelemme seuraavassa haastateltujen puhetta lääkärin autonomiasta ja sitä, kuinka haastatellut ymmärsivät autonomian käsitteen. Osa haastateltavista puhui lääkärin autonomiasta lähinnä omien kokemusten pohjalta kertomalla esimerkkejä työstään. Toiset pohdiskelivat lääkärin autonomian yhteiskunnallista merkitystä. Noin puolet haastatelluista kertoi ymmärtävänsä lääkärin autonomian ennen muuta itsenäisenä ja riippumattomana toimijuutena kliinisessä työssä: lääkäri saa määrätä itsenäisesti potilaan hoidosta ja diagnoosista. Lääkäriillä on harkintavaltaa, jonka ansiosta esimerkiksi Käypä hoito -suositusta voi soveltaa oman kokemuksen ja harkinnan mukaan. Seuraavassa konkari kertoo, kuinka hän voi työssään toimia halutessaan hyvin autonomisesti sekä suhteessa potilaan odotuksiin että hoitosuosituksiin.

Mulla on aika suuri valta, periaatteessa jos niin haluan, niin päättää siitä miten tutkin ja hoidan potilasta. Vaikka sanon, että ite keskustelen potilaitten kanssa siitä hoidosta ja mietin yhdessä miten hoidetaan, niin periaatteessa voisin olla hyvinkin määräävä. Eli sanoa potilaalle vaan suoraan, että nyt hoidetaan näin ja kun hoitolinjoja on monia, niin valita sieltä sen minkä ite tykkään, että on paras ja miten tutkin potilaan ja muuta. [...] Elikkä autonomia on minusta hyvinkin suuri siinä, että miten toimin sen yksittäisen potilaan sairauenhoidossa. Että toiminko sen hoitosuosituksen mukaan vai en ja senkin sisällä on mahdollisuus paljon vielä valita. Minusta siinä hoitotilanteessa se autonomia on hyvin suuri. [...] Mulla olis hyvin suuri autonomia toimia täysin toisin mitä ne suositukset sanoo. Elikkä voisin toimia toisin kun suosi-

tukset sanoo. Siinä mielessä se autonomia on minusta hyvin suuri. Se on minun valinta sitten, että toimii niitten suositusten mukaisesti. – 37KMT

Yllä konkari kertoo valinneensa työssään keskusteltavan linjan, vaikka lääkärin hoidollinen autonomia hänen tulkintansa mukaan mahdollistaisi käskevemmänkin otteen tilanteen niin vaatiessa – tai lääkärin itse niin halutessa. Yllä siteeratulle konkariolle autonomia tarkoittaa myös harkintaan nojautuvaa riippumattomuutta hoitosuosituksista. Autonomia on yksittäisen lääkärin tietoon perustuvaa harkintavaltaa. Harkintavallaksi määritelty autonomia näyttäytyy haastatellulle konkariolle yksinomaan positiivisena vapautena. Sitaatissa ongelmana eivät ole autonomian mahdolliset kielteiset seuraukset vaan autonomian mahdollinen puute. Konkari suorastaan vakuuttelee kuulijoitaan siitä, että hänen toimintansa todellakin on autonomista ja että halutessaan hän voisi toimia toisin. Vakuuttelu on ymmärrettävissä sitä oletusta vasten, jonka mukaan lääkärin harkintavalta palvelee myös potilaan etua paremmin kuin hoitosuosituksen yksiviivainen noudattaminen. Hoitosuosituksen orjallinen noudattaminen olisikin huolestuttavaa. Palaamme näihin huoliin luvussa 5 (s. 45–48).

Siinä missä edellä siteeratut kaksi konkaria ovat määritelleet autonomian riippumattomuudeksi hoitosuosituksista ja jopa potilaan tai asiakkaan vaatimuksista, seuraavassa nuori haastateltava päättelee, ettei lääkärin autonomia voi koskaan tarkoittaa riippumattomuutta potilaasta. Autonomia riippumattomuutena potilaasta ei hänen määritelmässään ole vain ei-suotava vaan myös käsitteellisesti mahdotonta.

Ehkä lääkärin autonomiaa on vaikea määritellä ilman potilaan läsnäoloa. Et ehkä se kaikkein parhaiten pystytäänkin ymmärtämään sitä kautta et lääkäriillä lopulta on mahdollisuus yhteistyössä potilaan kanssa aina päätyä vaikka minkälaisiin päätöksiin mutta sitten lääkäri yksinään niin se on ehkä vähän vaikea tämmöistä autonomian käsitettä määritellä. Se potilaan kanssa johonkin hoitolinjaan päätyminen niin se on usein vähän semmonen neuvottelutilanne. Ja jokaises neuvottelutilanteessa jos yhtäkkiä joku tulee ulkopuolelta sanoon että nyt pitää laittaa näin [...] niin se yleensä neuvottelu romahtaa siihen ja sit pitää alottaa alusta. Ja joka ikinen potilaskontakti on tällöinen tilanne jossa pohditaan et millä tavalla päästään parhaaseen lopputulokseen. Siinä mielessä se, että lääkäriillä on autonomia potilaspäätöksissä on erittäin hyvä asia. Ehkä taas [...] siinä vaiheessa kun ruvetaan menemään hyvinkin tämmöisiin systemaattisesti Käypä hoito -suositusten ulkopuolelle tai muuten erikoisiin hoitoihin, niin sit niissä tilanteissa

se autonomian rajaaminen olisi aiheellista jopa enemmän kuin mitä nykyään se on juridisesti mahdollista.
– 24AMT

Yllä siteeratulle nuorelle lääkärille autonomia ei tarkoita vain lääkärin autonomiaa vaan lääkärin ja potilaan yhteistä autonomiaa neuvotella potilaan hoidosta. Neuvottelutilanteessa lääkäri on kaukana itsevaltiaasta. Kun autonomia määritellään näin, on kyse hyvästä autonomiasta, jonka puolustaminen on oikeutettua. Huonoa autonomiaa ovat erikoiset, systemaattisesti hoitosuosituksista poikkeavat hoidot. Kun autonomia määritellään näin, sen rajoittaminen on oikeutettua ja toivottavaa.

Edellä lääkäreiden toivotat rajoitukset huonoon tai liialliseen autonomiaan ovat koskeneet väärälle tielle eksyneitä kollegoja. Tässä merkityksessä autonomiaan liittyy riskejä, joista haastatellut lääkärit näyttävät olevan tietoisia ja joita he puheessaan pohtivat. Edellä siteeratun nuoren lääkärin tavoin lääkärit saattavat vähätellä myös omaa autonomiaansa. Kaksi edellistä sitaattia ovatkin kiinnostavasti toistensa peilikuvia. Siinä missä ensin siteerattu konkari vakuutteli omaa hyvää autonomiaansa, jäljempänä siteerattu nuori lääkäri vakuuttelee päinvastoin sitä, ettei hänen autonomiansa ole ainaakaan huonoa. Nämä kaksi sitaattia osoittavat jälleen, kuinka hankalassa paikassa lääkärit ovat puhuessaan autonomiastaan, kenties erityisesti silloin kun puhe on suunnattu ammattikunnan ulkopuolisille. Yhtäältä lääkärit joutuvat vakuuttelemaan kuulijoitaan – ja kenties myös itseään – siitä, että heidän toimintansa on riittävästi riippumatonta, omaan harkintaan perustuvaa ja hyvällä tavalla autonomista. Toisaalta lääkärit joutuvat vakuuttelemaan kuulijoitaan – ja kenties myös itseään – siitä, että heidän toimintansa ei ole vastuutonta ja piittaamatonta, huonolla tavalla tai liian autonomista.

Nykyaikaisen ihanteen mukaan hyvän lääkärin toiminta on riippumatonta ja itsenäistä mutta samaan aikaan säädeltyä ja valvottua. Ekspansiivisia irtiottoja tästä ihanteesta ei aineistossa ole. Erot liittyvät pikemminkin siihen, mitä puolia – itsenäisyyttä vai valvontaa – lääkärit pohdinnoissaan painottavat. Eroja esiintyy myös siinä, millainen autonomiaan kohdistuva säätely ja valvonta ja millaisissa asioissa näyttäytyy lääkäreille oikeutettuna. Tarkastelemme, millaisena näihin kahteen kysymykseen liittyvät erot näyttäytyvät keskusteltaessa ekspansiivisesti autonomian käsitteestä. Raportin myöhemmät luvut tarkastelevat samaisia eroja silloin kun keskustelu kohdistuu tiettyihin tutkijoiden ehdottamiin, autonomiaa mahdollisesti uhkaaviin tekijöihin.

Autonomian oikeutettu säätely

Haastattelussa erityisesti monet nuoret korostivat sitä, kuinka rajattua, säänneltyä ja valvottua heidän autonomiansa oikeastaan onkaan – nimenomaan positiivisessa merkityksessä. Hienoisia eroja nuorten ja konkareiden välillä oli havaittavissa myös siinä, millaisiin asioihin nuoret kiinnittivät autonomiansa positiiviset rajoitukset. Konkareita helpommin nuoret korostivat työtiin, potilaan autonomian ja erityisesti hoitosuositusten (ks. s. 45–48) merkitystä autonomiansa rajaajina, kun taas konkarit puhuivat helpommin lääkärin etiikasta ja yleisestä yhteiskunnallisesta vastuusta.

Voidaan ajatella, että korostaessaan oman autonomiansa rajoja erityisesti nuoret lääkärit välttävät antamasta itsestään kuvaa kaikkivoipina, kenties katteettomasti itseensä luottavina auktoriteetteina. Varsinkin nuoren lääkärin tapauksessa liika luottamus omiin kykyihin ja yksioikoinen oman autonomian puolustaminen saattaisivat ulkopuolisten silmissä näyttäytyä sosiaalisesti ei-suotavana vastuuttomuutena. Juuri vastuullisuus on asia, jota nykyaikaiselta lääkäriltä odotetaan. Kenties tästä syystä osa haastatelluista päätyi suorastaan vähättelemään oman asemansa autonomisuutta. Mikäli lääkärin liiallinen autonomisuus on potentiaalinen ongelma, saattaa olla helpompaa todeta, ettei autonomiakysymys oikeastaan koske omaa työtä, kuten seuraavan sitaatin nuori sairaalalääkäri varsin uskottavasti toteaa.

Ehkä se kysymys [lääkärin autonomiasta] ois jotenki konkreettisempi jos tekis just yksin työtä just vaikka jossain privaattisektorilla jossain et sä tosiaan yksin tekisit työtä jossakin. Kun mä koen et lääkärin työ on niin sellasta tiimityötä. – 12ANS

Yllä olevassa sitaatissa koko autonomiakysymys rajataan koskemaan lääkäreitä, jotka tekevät työtään yksin. Rajauksessa on mitä ilmeisimmin kyse nimenomaan autonomiaan liittyvien ongelmien ulkoistamisesta oman työn ulkopuolelle – muussa tapauksessa autonomian puute näyttäytyisi haastatellulle ongelmana. Siinä missä yllä siteerattu nuori lääkäri korostaa autonomiansa rajallisuutta, esittää niin ikään sairaalassa työskentelevä konkari hyvin toisenlaisen näkemyksen lääkärin autonomiasta. Hänelle lääkärin autonomia tarkoittaa riippumattomuutta muiden määräyksistä.

Kai [lääkärin autonomia] on sitä, että sen tiedon pohjalta minkä olet omaksunut, niin voit toimia oman parhaan ymmärryksesi mukaan. Että kukaan muu ei sano sulle mitä sun pitää tehdä vaan sä voit itse, kun sä oot hankkinu sen tiedon, niin toimit sit sen mukaan. – 29KMS

Edellä kuvatuissa eroissa kyse voi olla siitä, että eri lääkärit ymmärtävät autonomian käsitteen ja oman työnsä eri tavoin tai ovat työssään erilaisissa asemissa. Kuitenkin kyse voi olla myös muusta. Aineiston perusteella näyttää siltä, että kun keskustelu koskee autonomiaa, erityisesti nuoret lääkärit korostavat mielellään, kuinka heidän autonomiansa on jatkuvasti säädeltyä – eikä ainoastaan nuorten itsensä sisäistämien eettisten koodistojen vaan myös arkisen työn rakenteiden välityksellä. Seuraavassa sitaatissa terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentelevä nuori lääkäri luonnehtii työtään tarkasti säädellyksi ja pitää tilannetta positiivisena. Samalla hän tekee tarkan erottelun toimintaan, jossa laajempi autonomia on hyväksyttävämpää kuin hänen tilanteessaan.

Terveyskeskuksessa varsinkinhan tietysti tehdään tuolla erityisesti vastaanoton puolella itsenäisesti ja yksin sitä työtä. Sitähän ei nyt sitten sillä tavalla kukaan seuraa tai valvo tai muuta et sä saat näin tehdäkin ja musta se on ihan ok. Täällä osastolla tietysti ollaan ja varmaan sairaalassa siellä on sitten aina isompi porukka yhdessä tekemässä niitä päätöksiä, mikä on tietysti toisaalta varsin hyvä sitten kun ollaan vaikeiden sairauksien äärellä ja siin on hyvä et on useempia ihmisiä miettimässä et miten tehdä ja se opetusaspektikin siinä. – 35AMT

Ajatus, että yksittäisen lääkärin autonomia riippuu taustalla olevasta kollegiosta, näkyi muissakin haastatteluisissa, kuten seuraavassa nuoren sairaalalääkärin sitaatissa.

[K: Miten sä ymmärrät ajatuksen lääkärin autonomias-ta?] Miten mä ymmärrän ajatuksen siitä. No mä itse asias en oo hirveesti koskaan ees pohtinu koko autonom-, tämmöstä siis käsitteenä tolla tavalla. Mä ehkä jos mun pitäis jotenki se kuvata muutamalla lauseella niin kai se on sinänsä että me kuulutaan isompaan joukkoon lääkäreitä joil on tietty koulutustausta ja tietty tietotaito ja toimintatavat. Mut sit jokaisella lääkäriil on yksittäisenä yksilönä täys vapaus harjottaa sitä ammat-tia parhaallansa katsomalla tavalla. Näin mä sen ehkä kuvaisin. Et ne on kuitenkin vapaita tekemään päätök-siään ja hoitamaan asioita. Mut siel taustalla on kuitenkin selkee semmonen konsensus lääkärijoukossa ja näin.

Näin mä ehkä sanoisin. Huonosti kuvattu varmaan mut et jotenkin näin mä sen ajattelen. – 31AMS

Yllä nuori lääkäri tasapainoilee jälleen hyvän ja huonon autonomian välillä. Hyvä autonomia on lääkärin vapautta harjoittaa ammittiaan parhaaksi katsomallaan tavalla mutta ei miten tahansa, mikä olisi huonoa autonomiaa. Juuri kollegion olemassaolo, tuki ja säätely tekee lääkärin harkinnasta ammatillista harkintaa, ei yksittäisen ammatillaisen järkeilyä. Harkinta ei ole täysin itsenäistä vaan seuraa ammatillisia normeja. Tällainen harkinta edustaa hyvää autonomiaa. Nuoren terveyskeskuslääkärin mukaan autonomia edellyttää lääkärin kykyä perustella päätöksensä: ”Että jos lääkäri kokee että tähän tarvitsee, tää potilas tarvitsee tämmösen tutkimuksen tai tämmösen hoidon niin lääkärin pitää myöskin pystyä määräämään se, mikäli se osaa hyvin perustella.” Autonomia onkin kykyä määrätä hyvin perusteltuja hoitoja.

Siinä missä aloittelevat lääkärit saattoivat korostaa autonomiansa rajallisuutta positiivisena asiana ja tuoda esiin, kuinka autonomian tuleekin olla kollegoiden jatkuvan arvioinnin, lääketieteen tai potilaiden autonomian säätelemää, konkariit saattoivat esittää juhlavampia julistuksia lääkärin harkintavallasta, itse sisäistämistä periaatteista ja velvollisuudesta toimia yhteiskunnallisten odotusten ja lääkärin etiikan mukaisesti (erit. s. 48–49). Lääkäreiden näkemykset autonomian oikeutetusta säätelystä voivat toki vaihdella, eivätkä vain nuorten ja konkareiden välillä vaan myös muuten. Edellä mainitut erot voivat kuitenkin selittyä myös konkareiden ja aloittelijoiden erilaisilla puheoikeuksilla: keskimääräisen konkarin ei yksinkertaisesti tarvitse oikeuttaa, puolustaa ja perustella asemaansa ulkopuolisten silmissä samoin kuin keskimääräisen aloittelijan. Määrättyyn uravaiheeseen edenneen konkarin voi vastaavasti olla helpomaa esiintyä lääkärikunnan korkean moraalin ja eettisen itsesäätelyn ruumiillistumana ja puolestapuhujana.

Lääkärin autonomia tarkoittaa sitä, minun ymmärtääkseni, et siinä on nämä kaksi puolta. Oikeudet ja velvollisuudet. Minulla on oikeus toimia itsenäisenä lääkärinä, kun minä olen saanut lääkärinkoulutuksen, minä oon osoittanut, että minä pystyn toimimaan lääkärinä ja pidän yllä tätä ammattitaitoani. Niin minulla on oikeus toimia lääkärinä ja minä saan silloin hoitaa potilaitani. Mutta siihen liittyy sit toisaalta myöskin se velvollisuus toimia lakien mukaan, toimia etiikan mukaisesti, huomioiden potilaat ja kollegat. Eli niit ei voi koskaan erottaa toisistaan. – 25KNS

Yllä siteeratulle konkariille autonomia on lähtökoh-
taisesti ja määritelmällisesti suhde yhteiskuntaan, jota
jäsentävät lääkärin (osin jo koulutuksellaan osoittama)
ammattitaito sekä lääkärin eettinen sitoumus ja velvol-
isuus yhteiskuntaa kohtaan. Seuraavassa sitaatissa
konkari vetoaa samaan yhteiskunnalliseen velvollisuu-
teen, mutta varauksellisemmin.

*Mut eihän lääkäri voi olla autonominen yhteiskuntaan
nähdessä koska me palvellaan yhteiskuntaa. Elikä et siinä
se on tämmönen eräällä tavalla dualistinen asetelma.
Et meidän täytyy olla kuitenkin yhteiskunnalle lojaaleja
autonomisia asiantuntijoita. Kuulostaako utopialta?
– 28KMH*

Sitaatin päättävä kysymys jättää vielä tilaa huonon
autonomian mahdollisuudelle. Kenties pelkkä lojaali-
uus ei riitä, vaan tarvitaan myös valvontaa. Aineiston
perusteella ei siten ole syytä ajatella, etteivät myös ko-
keneet tai vanhempaan sukupolveen kuuluvat lääkärit
näki syytä lääkärin autonomian rajauksille. Enemmän-
kin erot liittyvät siihen, millaisiin tekijöihin eri lääkärit hel-
poiten kiinnittivät autonomiansa oikeutetut rajoitukset.
Siinä missä aloittelijoille kysymys lääkärin autonomiasta
näyttäytyi helposti kysymyksenä yksittäisen potilaan
oikeuksien turvaamisesta, hoitosuosittelun noudat-
tamisesta, hoitopäätösten pätevistä perustelusta tai
työn jatkuvasta kollegiaalisesta arvioinnista, saattoivat
konkarit korostaa lääkärin omaksumaa etikkaa ja siihen
perustuvaa itsesääätelyä, lojaalisuutta tai ylipäätään suh-
detta yhteiskuntaan, kuten seuraavassa sitaatissa.

*Tän yhteiskunnan asettamat vaatimukset omalla tavalla
sitten rajaa sitä autonomiaa kuitenkin semmosiin rajoi-
hin. Että nää rajaavat tekijät sitten tuovat sen autono-
mian semmoselle tasolle ettei nyt sitten ihan villinä vaan
toughuta. Että tehdään sitä työtä niitten pelisääntöjen
piteissa mitä työn luonne ja tää yhteiskunta sitten
siihen tuottaa. – 14KMH*

Näyttää toisin sanoen siltä, että aloittelija- ja konkari-
lääkäreiden suhtautuminen autonomiakysymykseen oli
haastatteluissa jossain määrin erilainen. Yhtäältä aloit-
telijoilla näytti olevan konkareita suurempi tarve osoittaa
autonomian rajoja ja tuoda esiin, että potilaiden etu
ja lääkäreiden mahdolliset väärinkäytökset ovat myös
heitä askarruttavia aiheita. Toisaalta aloittelijoiden ja
konkareiden tavat oikeuttaa lääkärin hyvää autonomi-
aa näyttivät laadullisesti erilaisilta: siinä missä konkarit
saattoivat puhua lääkärin harkintavallan tai etiikan kirka-
sotsaisella äänellä, esiintyä näiden ihanteiden puoles-
tapuhujina ja asemoitua yhteiskunnan kokonaisetua

ajatteleviksi asiantuntijoiksi, vetosivat aloittelijat helpom-
min hoitosuosituksiin, lääkärin perusteluvastuuseen ja
yksittäisten potilaiden etuun. Kyse ei välttämättä ole
autonomiaa koskevista näkemyseroista sinänsä. Kyse
voi myös olla eroista siinä, millainen on kunkin lääkärin
suhde yhteiskunnalliseen yleisöön: lääkäreiden val-
tuudet esiintyä autonomisina ammattilaisina, ja velvol-
lisuudet perustella asemaansa, ovat eri uravaiheissa
erilaisia. Nämä erot ovat ymmärrettäviä, mutta niiden
systemaattiseen tarkasteluun tarvittaisiin suurempia
aineistoja. Erot eivät myöskään ole kaikenkattavia tai
päde kaikkiin haastateltuihin, vaan aineisto on moniää-
nistä. Aineistossa on aloittelijoita, jotka puhuvat kuin
konkari, ja vastaavasti konkareita, jotka puhuvat kuin
edellä siteeraamamme nuoret lääkärit.

Vähintäänkin aineiston perusteella voidaan todeta,
ettei lääkäreillä ole vain yhtä vaan useita erilaisia tapoja
ymmärtää, perustella, oikeuttaa ja puolustaa autono-
miaansa. Moniäänisyyttä voi pitää lääkärinkunnan kannalta
sekä kielteisenä että myönteisenä asiantilana: Yhtääl-
tä lääkärinkunnassa ei kenties vallitse yksimielisyyttä
autonomian merkityksestä. Lääkärinkunnan mobilisointi
autonomian puolustamisen taakse voi siten olla hanka-
laa, mikäli autonomia ei yksiselitteisesti näyttäyty edes
myönteisenä asiantilana vaan päämääränä, johon on
välttämätöntä esittää lukuisia rajoituksia. Toisaalta lää-
käreiden kyky tunnistaa autonomiakäsityksen ongelmal-
lisuus, pohtia omaa autonomiaansa ja siitä huolimatta
puolustaa autonomiaa hienovaraisin keinoin ja usein eri
tavoin voi olla edullinen tilanteessa, jossa autonomia on
yhä useammin myös uhattuna. Seuraavaksi siirryimme
kin tarkastelemaan uhkia, joilta lääkäreiden mielestä on
tarpeen puolustaa autonomiaansa.

Lääkärin autonomiaa uhkaavat tekijät

Edellä esitimme, miten lääkärit näkevät erilaisten
tekijöiden sääntelevän omaa autonomiaansa tavalla,
joka heille itselleen on luontevaa ja oikeutettua Näihin
tekijöihin kuuluvat esimerkiksi tutkimustieto, lääkärin
etiikka, potilaan autonomia ja yhteiskunnalliset palve-
luelvoitteet. Tässä jaksossa käsittelemme tekijöitä,
joiden puuttuminen lääkärin toimintaan ei vastaavasti
näyttäyty lääkäreille oikeutettuna tai toivottavana.

Yksi autonomiaan usein liitetty elementti on lääkärin
kyky käyttää omaa harkintavaltansa. Haastatteluissa
nousee esiin, miten ammatillisen harkinnan mahdolli-
suudet ovat jatkuvassa muutoksessa muun muassa
lääketieteellisen tiedon ja siihen liittyvien toimintata-
pojen kehittyessä. Eräs haastateltava kertoo, kuinka
teknologian kehitys tulee vaikuttamaan lääketieteeseen
ja lääkäreiden työnkuvaan. Hänen puheenvuorossaan
lääkärin autonomia määrittäyty yhtäältä tieteelliseksi

asiantuntemukseksi, toisaalta sen perusteella, että lääkäri kykenee kokonaisharkintaan, jossa huomioidaan paitsi potilaan oireet myös tämän elämäntilanne ja psyykinen tila. Haastattelemamme nuori lääkäri avaa asiaa esimerkin kautta.

Se et ne pystyy sit tulkitsee viel sen et mikä mielentila täl ihmisel nyt on, onks tää nyt just tänään valmis tähän ratkaisuun ja alotetaanks me nyt, vaikka tää suositus kuinka sanois et tää verenpainelääke ja tälle potilaalle se kuuluis ja tää robottikin sanoo et sen kannattas se alottaa niin onks just nyt tänään hyvä hetki kun sen lapsi on tänään jääny auton alle. Et onks tänään just hyvä hetki alottaa sille se verenpainelääke vai pitäskö meidän todeta että "hei ota iisisti ja mee kotiin ja palataan asiaan kuukauden päästä ja tos on numero, soita jos et pärjää". Sit se piippaa punasta se robotti et nyt sä oot tehny virheen et sä et alottanu sitä verenpainelääkettä. Mut et se ihmiselämä on erilaista, et se ei mahdu siihen. Et sitä on lääkärin autonomia ja täytyy olla vielä aika pitkäänkin. – 2AMY

Yllä teknologian kehitys näyttäytyy mahdollisena uhkana lääkärin autonomialle: oikeasti autonominen lääkäri ei voi olla teknologialle alistettu reseptiautomaatti. Toinen tärkeä lääkäreiden työtä säätelevä tekijä ovat hoitosuositukset, jotka nykymuotoisina ovat nimenomaan suosituksia. Hoitosuositukset eivät näyttäydä lääkäreille kovinkaan ongelmallisina: ne kenties rajaavat mutta parhaimmillaan myös oikeuttavat lääkärin autonomiaa. Palaamme hoitosuosituksiin luvussa 5. Eräs haastatteluissa esiin nostettu uhkakuva on kuitenkin se, että suosituksista tehtäisiin nykyistä velvoittavampia ohjeistoja. Tämä kehitys kaventaisi lääkärin kokemukseen ja tietoon perustuvaa harkintavaltaa, joka on haastattaville ammatin ytimessä: ilman sitä ei ole mahdollista olla hyvä lääkäri, koska työ edellyttää kompleksisen todellisuuden hallintaa ja kykyä soveltaa kompleksista, usein abstraktia tietoa yksittäistapauksiin.

Täytyy olla se autonomia pystyy tekee niit päätöksiä kun kuitenkin semmosta tutkittuu tieteellistä tietoo, tämmösii kovaa faktaa, sitä on aika hirmu vähän kuitenkin, et ne tietyt hoidot. Et meil ois semmosii faktot et just nyt sit tässä. Sit kun ne tieteelliset tutkimukset on viel semmosii et ne ryhmähän on hirveen homogeenisii. Sinne on valittu tietty ryhmä. Niil ei oo yleensä mitään muit sairauksii, ne ei oo vanhuksii ne ei oo lapsii ja niil ei oo niitä ja niitä lääkkeitä. Et sit kuitenkin todellisuus on toista kaikessa rosoisuudessaan. Et koskaan ne potilaat ei oo semmosii kun ne on ollu just niis tutkimuksissa, vaan sit vaaditaan sitä semmosta synteesisikykyä

kattoa et tossa on toi mut sit tossa on tää ja sit viel tää ja miten tää nyt vaikuttaa yhdessä. Sit se lopputulos on se klininen hoitopäätös, ja sen tekee lääkäri ja siin täytyy olla autonomia. Et se ei voi mennä semmoseks et just ne hoitosuositukset on jotenki et niitä täytyy noudattaa kaikis tilanteis kun se ei oo edes mahdollista. Tieto ei oo sen tasosta et sillai voitais toimii. Sillon on ymmärretty väärin se tiedon luonne. – 2AMY

Yllä nuori lääkäri esittää huolen hoitosuoritusten väärinymmärryksestä ja tämän negatiivisista seurauksista lääkärin autonomialle. Puhuja tiivistää perustelut näkökulmalleen: lääketieteellinen tieto perustuu hallituissa tutkimuskonteksteissa tehtyihin tutkimuksiin, jossa muutujia voidaan kontrolloida. Käytännön lääkäri soveltaa tätä tietoa yksilön hoidossa, eikä hänellä ole mahdollista sulkea tilanteesta ulos komplisoivia muuttujia.

Yksi keskustelua herättäneistä komplisoivista muuttujista ovat hoitoon käytettävissä olevat resurssit. Usean haastatellun mielestä rajalliset resurssit rajavat lääkärin autonomiaa hoitaa potilasta haluamallaan tavalla. Toisaalta hoitojen rajaaminen on välttämättömyys ja jossain määrin legitiimiä, koska verovaraja on käytettävissä rajallisesti. Terveyskeskuksen konkari kertoo itse työroolissaan tarkkailevansa kollegoidensa hoitokustannuksia varmistaakseen, että kunnan rahoja käytettäisiin järkevästi. Näin hän esimiehenä rajaa yksittäisten lääkärin toimintaa, mutta tämä on hänen mukaansa perusteltua, koska kyseessä on kunnan rahat, joiden käytön tulee perustua lääkärin kollegion yhteiseen harkintaan.

Nyt tuli hei sitten tietysti mieleen semmonen, että minähän uhkaan toisten autonomiaa sillä että minä synnään esimerkiksi laboratoriokäytäntöjä ja tuon esille että joillakin lääkäreillä vuosittaiset labrakustannukset on kaksin-kolminkertaset verrattuna joihink muihin jotka tekee samantyyppistä työtä. Mut se tuodaan esille niin että esimies keskustelee ihmisten kanssa työyhteisössä, ja niin että ihmiset pohtis omia käytäntöjensä että onks käytännöissä jotakin petrattavaa kun on tämmösiä benchmarking-tyyppistä tietoa. Tietyissä mielessä mä oon vähän niinku vois sanoa osanakin tällasessa. Autonomia kyllä mut kunnan rahoilla pelataan niin sillon se rajaa että mitä tehdään. [...] Ei voida tehdä, ei olla mitään sooloilijoita. Enemmän tää on orkesteri kuin yksittäinen instrumentin toittotaja. – 1KNT

Hoidon rahoittajan asettamat reunaehdot ovat läsnä kaikenlaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä ja rajaavat tässä mielessä lääkärin klinistä autonomiaa. Tuoreessa amerikkalaistutkimuksessa lääketieteen opiskelijat ar-

vioivat harjoittelukokemuksensa perusteella yksityisten sairausvakuutusten ehtojen hoidolle asettamat rajat tärkeimmäksi hoidollista autonomiaa rajoittavaksi tekijäksi tulevassa työssään. Häiritsevä näkökulma näyttöä siksi, että vakuutusten ehdot ja siten hoidon mahdollisuudet vaihtelevat paljon (Lawson 2013: 26–27). Meidän haastatteluissamme kävi ilmi, että myös Suomessa odotetaan hoidon rajojen olevan muutoksessa. Esimerkiksi sairaalassa työskentelevä nuori lääkäri uskoo, että Suomen huono taloudellinen tilanne rajoittaa tulevaisuudessa lääkäreiden mahdollisuuksia tarjota kaikille hoitoa.

Mä uskon et jatkos tulee tää raha rajottaa mun työtä enemmän vielä. Nyt meil on, mä uskon et meil on ollu vielä toistaseksi, että me ollaan saatu hoitaa potilaita, ja ollaan saatu käyttää heihin myös rahaa paljon, eikä kukaan ole tullut-. Siis toki siel on joku val-. Mutta on ollu semmonen näkemys johdollaki että kyllä ollaan valmiita panostaan potilaisiin, eikä oo kauheesti nuukailtu. Mut mä uskon et se muuttuu koska eihän se oo mahdollista jatkaa ehkä ihan niin. Niin se tulee rajoittamaan lääkärin työtä, miten saada se raha riittämään. [...] Mä luulen et tulee joku semmonen vähän pidempi kituutusvaihe. Ehkä ihan tarpeellinen semmonen et me tehostetaan jotenki kaikkia meidän yhteiskunnan toimintoja mut varmasti myös terveydenhuolto. Ja varmaan siihen kuuluu myös se et me ei voida ihan niin, et [...] vaikka kaikista kalleimpia hoitoja ei anneta kun työikäisille, en tiedä. Kauhea rajotus, se ois kauhee rajotus. Alle 75-vuotiaille. [...] Tai semmosille, elinikäodote yli puoli vuotta. Seki on tosi vaikee lääkärin ennustaa. Joku tyyppi ajattelee et toi elää kaks viikkoa nii se on kahen vuoden päästä vielä hengissä ja sit toinen joka ajattelee et täs menee ihan hyvin niin sit se on ens viikolla kuollu. Mutta nii raha uskon että on. Siitä olen huolissani henkilökohtaisesti. – 12ANS

Joistakin haastatteluista kävi ilmi, että jo nykytilanteessa tunnustetaan rahoittajan asettamia ongelmallisia rajoituksia hoidon toteuttamisessa. Seuraavassa esimerkissä työterveyslääkäri kertoo, kuinka yritys, jossa potilaat ovat töissä, halusi rajoittaa lääkärin oikeutta päättää esimerkiksi sairausloman pituudesta.

[Tästä] firmasta haluttiin kauheen tarkasti rajottaa sitä että kun, tosiaan kun meillä on nää nimetyt vastuulääkärit aina kullakin firmalla, joka tuntee sen firman ja niiden asiat ja työntekijät paremmin. Ja sitten kuitenkin satunnaisesti ne käy kaikilla muillaki lääkäreillä, vaikka tämmösissä akuuteissa asioissa niin nehän saattaa pölähtää ihan kenelle tahansa. Niin haluttiin rajottaa

sitä että kuinka paljon esimerkiksi sairauslomia jollain diagnoosilla nää muut lääkärit voi kirjottaa tai että kuka voi esimerkiksi suositella työtyökieltoa tai näin edelleen. Et siit tuli tämmönen hyvin tiukkasananen paimenkirje ja mulla ainakin nous heti karvat pystyy ja niin nous kyllä varmaa aika monella muullakin. [...] Onneks meillä on fiksuja esimiehiä jotka justinsa toi esiin sen että tosiaan tämä lääkärin autonomia on kuitenkin aika laaja ja että sitä ei voida tällä tavalla työnantajan puolesta yksioikeisesti rajoittaa. Et totta kai työnantaja saa aina päättää et mistä hän maksaa palkan. Senhän saa työnantaja kyllä päättää. Mutta se että ei ne voi sanoa paljonko jostain voidaan kirjottaa sairauslomia, et kyllä se perustuu siihen lääkärin harkintaan. Ja kyllä se on musta tärkeä asia ja jotenkin sen työn pointti. – 21ANY

Myös terveyskeskustoiminnalle asetetuissa toimintaehtoissa tunnustettiin ongelmia, jotka rajoittavat lääkärin mahdollisuuksia tarjota potilaalle parasta mahdollista hoitoa. Kunnalle halvemmaksi tuleva toimintatapa voi lääkärin näkökulmasta rikkoa potilaan oikeutta hyvään hoitoon.

Kyllähän siinä julkisella puolellakin onhan se nyt ihan älytöntä, että esimerkiksi jos on joku ilmeinen leikkaustarve, joku ristisidevamman tai joku tekonivelleikkauksen suunnittelu, että tarve on ilmeinen mutta joutuu sitä aikaa odottaa hirveen kauan niin-. En mä tiä miten mä sen tähän autonomiaan keksin mut siis tavallaan semmonen lääkärin mahdollisuus toteuttaa sitä potilaan hoitoa sillä tavalla minkä hän itse kokis potilaalle parhaaks tai edullisimmaks, siis en tarkoita kustannuksiltaan edullisimmaks vaan yleisesti potilaalle parhaaks. – 34AMT

Sama nuori terveyskeskuslääkäri puhuu ajanpuutteen merkityksestä hoidollista autonomiaa rajoittavana tekijänä, kun työpaine ei mahdollista perehtymistä perusteellisesti yksittäisen potilaan asioihin, jos hänen tilanteensa on monimutkainen.

Että [hyvään hoitoon] on mahdollisuus, tavallaan sen justiin aikataulun ja näitten tietojärjestelmien ja muitten keskellä, koen että se vaarantuu kyllä tällä hetkellä jonkun verran, että ei ole tavallaan mahdollisuutta antaa sitä parasta hoitoa potilaalle. Ei ole vaan mahdollisuutta käsitellä niitä, tai siis lukea niitä tuhatta lehteä sairaskertomustekstiä ja käydä läpi niitä kaikkia monia asioita mitä potilailla nousee. Ehkä sekin liittyy siihen autonomiaan jotenkin, se mahdollisuus perehtyä siihen potilaan asiaan ja toisaalta myös että on riittävät resurssit sen hoidon ohjaamiseksi eteenpäin tarvittaessa

ja mahdollisuus tehdä se hoitoratkaisu ilman että tarvii liikaa mieltä. Toki kyllä itsekin aina mietin sitä et mikä täs nyt on järkevintä, myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta, ja eihän TK-lääkäri nyt hirveesti pystykään mitään semmosii kalliita hoitoja itse päättämään että nyt tehdään näin. – 34AMT

MITÄ LÄÄKÄRIKUNNAN AUTONOMIAN KÄSITTE LÄÄKÄREILLE TARKOITTA?

Haastateltavilta kysyttiin myös, miten he ymmärtävät ajatuksen lääkärin autonomiasta. Kuten autonomiakysymykset ylipäätään, myöskään lääkärin autonomian ei ollut monelle haastateltavalle tuttu näkökulma omaan työhönsä. Monet haastateltavat sanoivat kysymyksen olevan vaikea, ja vastausta edelsi monesti useiden sekuntien pohtiva hiljaisuus. Kysymyksen kokivat vaikeaksi niin aloittelijat kuin konkariakin.

[Miten sä ymmärrät ajatuksen lääkärin autonomiasta?] [Tauko 9 s.] "Nyt esitit niin vaikean kysymyksen että luulen että en oikein osaa kunnolla tuohon vastatakaan vaikka miten yrittäisin. [...] Oli paljon helpompi mieltää tää yksittäisen lääkärin autonomia. Lääkärin autonomia, en oikein tiedä et mitä se oikeestaan vois tarkoittaaakaan. – 27KMH

Aiheen vierautta ja ehkä osin myös sen arkaluonteisuutta kuvastaa esimerkiksi se, miten jotkut epäilivät, onko lääkärin autonomia lainkaan olemassa. Oma ammattia ei välttämättä haluttu asettaa erityis- asemaan.

Lääkärin autonomia, se onkin vähän vaikeempi kysymys. Minkähänlaisii vastauksia te saatte tähän kysymykseen? Et nyt kun mä ajattelen siis lääkärin autonomiaa, niin sit mä mietin vaikka et opettajakunnan autonomia tai teologien autonomia tai bussinkuljettajien autonomia tai mitä nyt vois keksiä. Et onks olemassa ammattikuntien autonomia? Onko? Mä en osaa nyt oikein ajatella et semmosta olis. – 14KMH

Sen lisäksi, etteivät monet haastatelluista olleet selvästikään miettineet kysymystä aiemmin, saattoi empimisen taustalla vaikuttaa pelko lääkäreiden erityisaseman korostamisesta tavalla, joka herättäisi yleisön silmissä epäilystä lääkäreiden pyrkimyksestä vääränlaiseen autonomiaan. Eräs nuori lääkäri esimerkiksi korosti lääkärin sääntelyn tarvetta: "Siellä tarvi sitte olla sitä autonomiaa vähän valvomassa sitten esimerkiks se Valvira tai jotain muita tällösiä että sitten, et joku vähän kattoo päältä että se kuitenkin on asianmukaista se toiminta." Joissakin vastauksissa

suoraan epäiltiin lääkärin kykyä itsesääteelyyn. Eräs sairaalassa työskentelevä konkari painotti sitä, että lääkärin ei tulisi päättää terveydenhuollon resursseista eikä niiden kohdentamisesta, koska kustannuksia voi perustellustikin lisätä rajattomasti.

Mut sitte jos ajattelee koko terveydenhuoltoa niin terveydenhuolto mun mielestä tavallaan ei saisi olla lääkärin käsissä. Että siinä ei oo mitään rajaa miten terveydenhuoltoon käytetään varoja. Vaan se on yhteiskunnallinen poliittinen päätös, kuinka paljon päätetään uhrata tähän. Ja sitten se pitäis katsoa et miten on järkevää kohdistaa se. Mut et jos lääkärinlta tai yksittäiseltä lääkäriltä [kysyy], eihän siinä ole mitään rajaa, terveydenhuollon voi kevyesti kaksinkertaistaa ja ilman että siitä olisi juuri mitään hyötyä. Mutta kuitenkin jokainen vois sanoa, että tää on ikään kuin perusteltua tää homma. – 29KMS

Yllä olevasta sitaatista on luettavissa paitsi epäily lääkärin kyvystä harjoittaa itsesääteelyä taloudellisessa toiminnassa myös epäily siitä, ettei resurssien kohdistamisen tulisi olla lääkärin vallassa vaan osa demokraattista päätöksentekoa. Varovainen suhtautuminen yksituumaisiin autonomiavaatimuksiin näkyy myös seuraavan aloittelijan sitaatissa.

[K: Miten sitte lääkärin autonomia?] Mun mielest se kuulostaa ehkä vähän kummalliselta, että miks yhdellä ammattikunnalla olis jotenki joku autonominen asetelma yhteiskunnassa. Yhtä lailla mun mielestä pitää kyseenalaistaa. En puoltais semmosta, et lääkäreillä pitäis olla joku autonominen [asema]. – 6ANS

Vierauden ja latautuneisuuden lisäksi vaikeus katsoa haastatteluissa asioita lääkärin autonomian näkökulmasta johtui luultavasti myös siitä, että pyysimme lääkäreitä pohtimaan lääkärin autonomiasta vasta sen jälkeen, kun olimme keskustelleet lääkärin autonomiasta. Koska lääkärin autonomia oli monelle näyttänyt ensisijaisesti lääkäri-potilassuhteeseen liittyvänä hyvän hoidon elementtinä, saattoi näkökulman vaihtaminen lääkärin omaan vaikeaa. Seuraavassa konkari päätyykin esittämään, että autonomia on mielekäs käsite ennen muuta yksittäisen lääkärin tapauksessa. Lääkärinlta voi olla muita tehtäviä, mutta vain yksittäisellä lääkärillä voi olla autonomia potilassuhteessa: "Ollaan me kai jonkunlainen kunta, mut et enempi se yksittäinen lääkäri sen potilaan asiassa on se autonominen, ei niinkään lääkärinlta."

Kaikki eivät suinkaan kiistäneet näkemystä lääkärin autonomiasta relevanttina jäsenyyksensä.

Seuraavassa aloittelijalääkäri aluksi epäilee lääkärikunnan autonomian olemassaoloa mutta päätyy lopulta siihen, että lääkärikunnan tiedollinen auktoriteetti tukee tällaista asetelmaa. Pitkä tauko kysymyksen jälkeen viestii vastauksen vaikeudesta.

*[Mitä sitten lääkärikunnan autonomia?] [Tauko 14 s.]
Niin no se on sitten vähän, isompi kysymys että missä määrin sitä sitten loppujen lopuksi, et onko semmosta edes olemassa. Monesti tuntuu että ei ehkä oo [olemassa] mutta. Mun mielestä se kytkeytyy siihen samaan asiaan että lääkäreillä on tietojensa takia ainoina mahdollisuus ottaa tiettyihin asioihin kantaa myös laajemmalti. Koska ei kukaan muu pysty tiettyihin asioihin ottamaan kantaa niin silloin tavallaan sellanen autonomia kyllä on olemassa. Ja sitä ei voi pois ottaa. Ainakaan ilman [että] tilanne menee huonoksi. Niin mä uskon. – 9AMS*

Epäröinnistään huolimatta monet haastatellut esittivät myös varsin klassisia näkemyksiä lääkärikunnan autonomiasta ja sen yhteiskunnallisesta merkityksestä. Seuraavassa sitaatissa konkarilääkäri aloittaa vähättelemällä omaa ajattelukykyään mutta päätyy pian esittämään varsin täsmällisen ja perinteitä noudattavan näkemyksen lääkärikunnan autonomiasta.

[K: Miten sä ymmärrät ajatuksen lääkärikunnan autonomiasta?] Niin se onkin jo paljon vaikeempi kysymys. Mä oon aika semmonen simppei pottusoosiajattelija, niin tommoset aina rupee, jää rupee ritisemään alla kun rupee noita miettimään. Lääkärikunnan autonomia. No kyllä meillä tietenkin on sillä tavalla että lääkärikunnan pitäis ilman yhteiskunnan paineita päästä miettimään eettisiä asioita. Eutanasiaa, geneettistä manipulointia. Miettimään niitten, ihan omasta viitekehuksesta lähtien, että mitä niihin sisältyy, niin hyvässä kun pahassa.
– 28KMH

Edellä siteeratun konkarin tavoin monet lääkärit mainitsivat etiikan tai lääkärikunnan eettiset ohjeet lääkärikunnan autonomiaa pohtiessaan. Huomionarvoista on, että kaikissa haastattelujen autonomiakysymyksissä yhteensä 11 konkaria mutta vain yksi aloittelija puhui vastauksissaan etiikasta. Etiikkaa painottavissa puheenvuoroissa lääkärikunnan autonomia asetettiin usein kontekstiin, jossa eettiset kysymykset, kollegiaalisuus ja ympäröivä yhteiskunta yhdistyivät. Tästä näkökulmasta lääkärikuntaa kuvataan eettisenä kollegiaalisena yhteisönä, joka – toisin kuin useat muut yhteiskunnalliset toimijat – on sitoutunut noudattamaan tiettyjä sääntöjä. Sosiologisesti ajateltuna lääkärikunnan etiikka

ja ammatinharjoittamisen itsesääteily ovat historiallisesti muotoutuneita instituutiota. Haastatteluissa etiikan merkitystä painottava näkökulma legitimoii lääkäriprofession aseman erityisenä yhteiskunnallisena toimijana, jonka eettinen perinne on myös nykyisten vastuullisuusodotusten paineissa pysynyt ajanmukaisena.

Lääkärikunnan autonomia niin se mahdollistaa sen sisäisen kontrollin ja valvonnan ja sisäisen tuen ja tällaisen kollegiaalisen joka on, jonka myötä on tän vuosisatojen aikana rakennettu tämä, korkea eettinen toiminta ja jossa on kannukset hankittu siihen luottamukseen ja arvostukseen ja siihen vastuulliseen toimintaan. Ja sehän on muuttunut aina vaan läpinäkyvämmäksi tässä viime aikoina tän yhteiskunnallisen muutoksen ja vaatimustenkin myötä. – 32KMH

Etiikkaa painottavassa näkökulmassa uusinnetaan puhetapaa lääkärikunnasta autonomisena professiona, jolla on yhteiskunnallinen valtuutus ja sen itsensä määrittelemä mandaatti (ks. Wrede 2001). Kuten seuraavasta konkarin lainauksesta käy ilmi, lääkärikunnan autonomia tarkoittaa profession oikeutta itse määritellä mandaattinsa ilman että valtio voi sitoa valtuutusta velvoitteisiin, jotka olisivat lääkärikunnan eettisten arvojen vastaisia. Sitaatista käy myös ilmi, miten kokenut lääkäri ymmärtää lääkärikunnan autonomian sidonnaisuuden yhteiskunnallisiin ja profession sisäisiin velvoitteisiin. Lisäksi hän perustelee, miksi käsitteellä ei edes voi olla yksiselitteistä ja muuttumatonta sisältöä: lääkärikunnan autonomia ja siihen liittyvät velvollisuudet ja oikeudet ovat yhteiskunnallisissa konteksteissa neuvoteltuja ja alati muuttuvia.

Siinä on minun mielestä ihan sama juttu että lääkärit toimivat ammattikuntana niin kuin lääkärin kuuluu, elikkä meidän tehtävämme on tutkia ja hoitaa potilaita. Mutta me teemme sen nimenomaan näitten lakien ja säädösten puitteissa, ja myöskin se että lääkärin etiikka pitää huomioida. Kollegat pitää huomioida, yhteiskunta, eli emmä nää siinä semmosta ristiriitaa, että sit jos lääkäreitä velvotettais toimimaan jotenkin etiikan vastaisesti hirveesti nyt sitten, osallistumaan johonkin kidutuksiin tai teloituksiin niin sehän ei oo lääkärin etiikan mukasta. Semmosessa pitää nousta vastaan. Mut et lääkärikunnan autonomia tarkoittaa sitä että lääkäreille annetaan oikeus tehdä sitä lääkärin työtä. Sitte se toinen kääntöpuoli, et pitää noudattaa yhteiskunnan lakeja, ammatitiettiikkaa ja niin edelleen. Nää ei oo koskaan toisistaan irrallisia. Ei oo olemas mitään absoluuttista totuutta eikä absoluuttista autonomiaa. Se on aina tähän tilanteeeseen, aikaan ja paikkaan ja ympäristöön sidottu. Emmä

osaa sanoa sitä sen selvemmin, mutta näin se mun mielestä menee. – 25KNS

Näin lääkärit korostivat, että kuten ei yksittäisen lääkärin autonomia, ei myöskään lääkärikunnan autonomia voi tarkoittaa täyttä riippumattomuutta ulkopuolisten odotuksista. Päinvastoin autonomia tarkoittaa itse-sääteilyä yhteiskunnan hyväksi. Siinä missä konkarit korostivat etiikan säätelevää merkitystä, nuoret saattoivat vedota jälleen tutkimustietoon, hoitosuosituksiin ja yksittäisen potilaan etuun.

[Lääkärikunnan autonomiasta] mulle tulee ehkä mieleen se, että siinä täytyy pystyä sitä autonomiaa harjoittaa, sitä omaa ammattia ja sitä, et sen täytyminen perustua semmoseen lääketieteelliseen tietoon ja potilaan kohtamiseen ja näin et siinä ei ois liikaa säätelemässä jotkut ulkoiset tekijät yhteiskunnassa tai näin. Toki varmaan budjettiraamien tai joissain rajoissa pitää toimia mutta sit kuitenkin se hyvä hoito ja näin et se ei voi liikaa perustua johonkin vaatimukseen, esimerkiksi että tietty määrä potilaita pitää hoitaa tietyssä ajassa, jos se ei käytännössä ole mahdollista tai näin, et semmoinen tietty autonomia harjoittaa sitä omaa ammattia hyvällä tavalla. Ehkä aattelen sillä tavalla. – 11ANS

Edellä nuori lääkäri tekee erottelun suotavien ja ei-suotavien rajoitusten välille: on suotavaa, että lääkärin toimintaa rajoittaa lääketieteellinen tieto ja potilaan kohtamiseen liittyvät vaatimukset, kun taas ulkopuolelta tulevat taloudelliset rajoitukset ovat autonomian kielteisiä loukkauksia. Toisaalta lääkärit ilmaisivat myös ymmärrystä taloudellisille rajoituksille. Seuraavassa sitaatissa aloitteleva lääkäri kytkee lääkärikunnan autonomian ennen muuta valtaan päättää hoitosuosituksista, kun taas hallintovaltan on hyväksyttävämpää osallistua kustannuksia koskeviin päätöksiin. Pitkä pohdinta ennen vastausta kertoo jälleen kysymyksen vaikeudesta.

[K: Miten sä ymmärtäisit ajatuksen lääkärikunnan autonomiasta?] [Tauko 14 s.] Niin. Lääkärikunnan autonomia. No ainakin siinä että just että se on sitten lääkärikunnan päätettävissä just nämä hoitosuositukset ja tällaiset. Ettei niitä sitten ulkopuolinen taho lähtis määrittelemään vaan että se jätettäis alan asiantuntijoille. Kyllä tietyissä asioissa lainsäätäjällä voi olla jotain sanomista, lähinnä just kustannuksia ajatellen ja tälleen, sen tiedon perusteella mitä on saatavilla kustannusvaikeudesta ja mahdollisista haitoista ja tällaisesta. Tällä hetkellä ei ehkä niin ajankohtainen asia mutta ehkä niin, kun tulevaisuudessa voi ollakin mut että ennen

kaikkee se että kuitenkin se tieto, ne suositukset pitäis tulla sitten siitä asiantuntijakunnalta elikkä siitä lääkärikunnalta. Ehkä se. – 38AMT

Kysymys lääkärikunnan taloudellisen riippumattomuuden tärkeydestä toisin sanoen jakoi mielipiteet haastateltavien keskuudessa. Lisäksi voidaan ajatella, että myös yksittäiset haastatellut kävivät jatkuvaa rajanvetoa siitä, mihin asioihin taloudella saa olla vaikutuksia. Yhtäältä haastatellut saattoivat hyväksyä, ettei lääkärikunnan täydellinen taloudellinen riippumattomuus ole mahdollista rajallisten resurssien maailmassa. Toisaalta yksittäisissä hoitopäätöksissä taloudelliset vaatimukset saattoivat näyttäytyä erittäin haitallisina autonomian rajoituksina. Eräs konkarilääkäri käytti esimerkkinä aivoverenkiertohäiriöiden hoidoissa ulkomailla tehtyjä säästöjä, jotka johtivat kuolemantapausten välittömään lisääntymiseen. Lääkärikunnan vastuulla on kyetä perustelevaan, miksi lääkäriellä pitää olla hoidollinen autonomia tietyissä tilanteissa.

Aina välillä saa lukea, että jos tulee joku määräys, että nyt täytyy lopettaa se ja se toiminta säästösyistä, ja sit jos lääkärit lähtee noudattaan sitä eikä riko tätä määrystä, niin siitä seuraa huonoja asioita. [...] Että mennään ohi sen ammatillisen tietämyksen ja taidon, soveltamaan jotain tämmöstä, jostain ihan muualta tulevaa ohjetta. Joka lopulta tulee paljon kalliimmaks kuin se hyvä hoitaminen. – 16KNY

Seuraavassa sitaatissa aloitteleva lääkäri esittää vastaavia taloudellisiin resursseihin ja myös voiton tavoitteluun liittyviä huolia, joiden hän pelkää kasvavan tulevan sote-uudistuksen seurauksena.

[K: Entä ajatus lääkärikunnan autonomiasta?] Ootas mä mietin hetken, lääkärikunnan autonomiasta. Mä vähän, tähän asti mä jotenkin, en oo niin ajatellu että se ois mitenkään uhattuna lääkärikunnan autonomia mut nyt kun mieltii tietysti ni kyllähän sitä aina nää taloudelliset resurssit on mitä on. Se tietysti syö sitä autonomiaa ettei oo mahdollisuutta tehdä sellasta tai antaa sellasta hoitoa mitä lääkäri kokis että on paras potilaalle mut kyl mä nyt koen et se on jotenkin uhattuna tän sote-uudistuksen myötä, että myydäänkö tää terveydenhuolto nyt jollekin, tai että jos tällainen terveydenhuollon yksityistäminen ja tällainen. Tavallaan se että se ei enää ookaan välttämättä se määräävä hyvä hoito vaan joku tällainen voiton tuottaminen niin kyl sekin vie varmasti lääkärikunnalta sitä autonomiaa että sitte jos pitää ruveta miettimään et mikä on näistä hoidoista nyt semmoinen mikä tuottaa firmalle parhaiten rahaa,

tai onks tää semmonen potilas mikä tuo meille rahaa ja ylipäättään tämmöset, niin kyl ne mun mielest vähän ehkä uhattuna on nytte, lääkärikunnan autonomia siinä mielessä. – 34AMT

Sote-uudistus mietityttää muitakin lääkäreitä, esimerkiksi seuraavaa konkaria: ”En tiedä mitä sitten tää sote tuo tullessaan, mut en uskalla ajatellekaan mitä se sitte tuo mukanaan. Tulevaisuus vähän pelottaa mutta onneksi jään parin vuoden päästä eläkkeelle.” Sote-uudistuksen pelottavuuteen liittyy ymmärrys siitä, että se todennäköisesti muuttaa koko terveydenhuollon kentän dynamiikan tavoilla, jotka pakostakin vaikuttavat lääkäreiden asemaan. Uudistuksen valmistelun monet käänteet tekevät kenelle tahansa vaikeaksi arvioida muutosten suuntia ja niiden mahdollisia merkityksiä. Suomalaisen terveydenhuollon kentässä sote-uudistus tulee olemaan suurin mullistus vuosikymmeniin, ja se vertautuu ehkä parhaiten vuoden 1972 kansanterveyslakiin, jolloin terveyskeskukset perustettiin (ks. Wrede 2001). ■

5 Kliininen autonomia ammattinharjoittamisen arjessa

Kuten edellä on käynyt ilmi, lääkärin kliinisen autonomian merkitys työn arjessa syntyy monenlaisten voimien ristipaineessa. Näistä tärkeimpiä ovat yhteiskunnan säätelymekanismit, erilaiset profession omat säännöt sekä potilaiden kulttuuriset odotukset. Kliininen autonomia on yksittäisen lääkärin osalta siten aina kontekstisidonnainen, tietyssä toimipaikassa työn arjessa toteutuva vapaan ammatillisen harkinnan tila. Tämä käsitys toistuu sekä sosiologien että lääkäreiden puhetavoissa, mikä ei ole yllättävää, sillä puhetapojen kohteena on lopulta sama todellisuus. Yksittäisen lääkärin kliinistä autonomiaa ei voi ymmärtää tuntematta hänen työtään. Yksittäisen lääkärin on mahdollista itse ymmärtää ja jäsentää omaa tilannettaan vertaamalla sitä kollegoiden kertomuksiin ja näkemyksiin. Tutkimus tarjoaa tällaiseen reflektointiin systemaattisia välineitä tarkastelemalla kootusti ja vertaillen erilaisissa toimintaympäristöissä toimivien lääkäreiden näkemyksiä ja jäsenyyksiä omasta työstään.

Tarkastelemme tässä luvussa lääkäreiden puhetta ammatinharjoittamisen rajanvedoista suhteessa työtä sääteleviin tekijöihin. Lääkärityötä tehdään monimuotoisissa organisaatioissa, joiden toimintaperiaatteet ovat syntyneet pitkän ajan kuluessa ja jotka ovat koko ajan muutoksen tilassa. Lääkärityö nykyterveydenhuollossa on tieteelliseen tietoon perustuvaa asiantuntijatyötä, jota säädelään paitsi lainsäädännöllä myös esimerkiksi näyttöön perustuvalle lääketieteelle rakentuvilla suosituksilla. Lisäksi lääkärin työtä ja toimintaa säätelevät myös ammattikunnan omat eettiset ja ammatilliset normit sekä enemmän tai vähemmän julkilausutut ammattikulttuuriset käytännöt ja odotukset siitä, miten hyvä lääkäri toimii.

Sen lisäksi, että lääkärit ovat säätelyn kohteita, heillä on suhde itseensä kohdistuvaan säätelyyn: lääkärit voivat kritisoida, oikeuttaa, vastustaa, hyväksyä tai pitää loukkaavana itseensä kohdistuvia, ammattikunnan ulkoa tai sisältä tulevia säätelypyrkimyksiä. Lääkärit voivat toivottaa säätelyn tervetulleeksi tai suostua siihen pitkin hampain pakon edessä. Suhde voi myös olla neutraali tai välinpitämätön, vakiintunut ja rutinoitunut. Tätä moninaista ilmiökenttää tutkittiin aineistoa kerättyäessä vinjettien ja väittämien avulla, koska tavoit-

teemme on valottaa, miten haastateltavat tulkitsevat erilaisia itseensä kohdistuvia ammatillisia odotuksia. Työn arkisissa tilanteissa on harvoin itsestään selvää toimintatapaa. Siitä syystä on kiinnostavaa tarkastella, miten lääkärit järkelevät miettiessään erilaisia ammatinharjoittamisen rajapintoja. Tällaisilla rajapinnoilla myös kliinisen autonomian käytännön merkitys konkretisoituu silloinkin kun haastateltavat itse eivät jäsennä tilannetta juuri tuon käsitteen kautta.

Luvun teemoista ensimmäinen nostaa esiin kysymyksen, joka liittyy nimenomaan terveydenhuollon organisaatioiden muutokseen. Erityisesti uuden julkisjohtamisen yleistyessä on noussut esiin pyrkimyksiä korvata perinteinen kollegiaalisuuteen perustuva primus inter pares -johtaminen johtamiseen erikoistuneella johtajalla. ”Ensimmäinen vertaisten joukossa” tarkoittaa ajatusta tietyn toimipaikan lääkäreistä kollegiona, jonka esimiehenä toimi yksi kollegion jäsenistä, siten automaattisesti koulutukseltaan lääkäri. Tämä vuosisatainen perinne painottaa kollegiaalisuutta, ei johtajuutta. Esimieheltä ei ensisijaisesti odoteta johtamistaitoa vaan lääkärin tietoa, taitoa ja etiikkaa. Valta määrittellä kollegiaalisia toimintatapoja yhteisön esimiehenä perustuu kokemukseen ja ajatukseen esimerkillä johtamisesta. Tällainen profession monissa yhteyksissä puolustama johtamismalli pohjautuu ammattikunnan autonomiaan, ja lääkärinkunnan keskuudessa sitä on perinteisesti pidetty keskeisenä mekanismina turvata lääkärin kliinistä autonomiaa työn arjessa. Terveydenhuollon nykymuotoisissa organisaatioissa tällaisen johtamismallin ovat ainakin jossain määrin asettaneet kyseenalaiseksi uuden julkisjohtamisen opit (ks. Jespersen & Wrede 2009), jotka painottavat esimiehen eriytynyttä managerialistista toimintatapaa.

Tässä tutkimuksessa ei varsinaisesti ole tutkittu johtamista tai edes lääkäreiden näkemyksiä johtamisesta. Halusimme kuitenkin autonomian näkökulmasta tarkastella lääkäreiden näkemyksiä esimiehisydestä selvittääksemme, missä määrin esimiestyö tai esimiesten muuttuva asema näyttävät kliinistä autonomiaa kaventavina tekijöinä. Viime vuosikymmenten aikana Suomessa johtajuusmallien murros on käytännössä usein näyttänyt kysymyksenä siitä, pitääkö lääkärin

esimiehellä olla lääkärin koulutus. Näistä lähtökohdista tutkimme esimiehisyyksymystä tätä asiaa koskevalla väittämällä.

Luvussa tarkastelemme myös sitä, miten lääkärit mieltävät Käypä hoito -suositukset. Missä mielessä ja miten lääkärit kokevat niiden ohjaavan työtään? Kuten raportin luvussa 2 (s. 12–13) todetaan, hoitosuositukset edustavat uudentyyppistä kompleksista hallintaa. Tilanteessa, jossa tyhjentyvien toimintaohjeiden antaminen on työn kompleksisen luonteen takia mahdollista, hoitosuositukset muotoillaan tieteelliseen tietoon nojaavaksi hyvän ammatillisen toiminnan mittapuuksi (Timmermans & Berg 2003). Huolimatta siitä seuraavatko lääkärit hoitosuosituksia vai eivät, heitä arvioidaan suositusten perusteella esimerkiksi hoitovirheiden käsittelyssä. Tarkastelemme, mitä tämä suomalaisten lääkäreiden arjessa tarkoittaa.

Lisäksi tutkimme luvussa, miten lääkärit suhteuttavat potilaiden vaatimukset ja odotukset kliiniseen autonomiaansa. Sen jälkeen käänämme katseen profession sisäiseen dynamiikkaan. Tarkastelemme, miten lääkärit mieltävät kollegiaalisuuden velvoitteita. Lopuksi tarkastelemme käytännön lääkärin ja yhteiskunnan suhdetta lainsäädännön asettamien velvoitteiden ja lääkärin etiikan ristipaineissa.

KUKA VOI TOIMIA KLIINISTÄ TYÖTÄ TEKEVÄN LÄÄKÄRIN ESIMIEHENÄ – JA MILLÄ PERUSTEELLA?

Haastateltavien näkemyksiä lääkärin työn johtamisesta tutkittiin väittämällä, joka haastoi perinteisen tavan johtaa klinikoiden työtä.

Väittämä 1: Kliinistä työtä tekevän lääkärin esimiehen ei aina tarvitse itse olla koulutukseltaan lääkäri.

Väittämän asetelma oli haastateltaville tuttu. Lähes kaikki vastaajat pitivät esimiehenä olemisen edellytyksenä lääkärin erityisosaamisen tuntemusta.

Esimiehen pitää tietää mitä se on se sen alaisen työ. Ja se on sillon se tuntemus siitä, on syvällisempää sillon kun on ite tehny sitä samaa työtä, eikä vaan kattonu sivusta tai lukenu papereista. Et sitten tietää tavallaan ne, myös ne työn ongelmakohdat ja semmoset hankaludet. Ja pystyy sitten niihin myös reagoimaan paremmin ja keksii ratkasuita. Et mun mielestä se on tärkeätä että se on lääkäri. – 17AMS

Haastatteluotteen mukaan lääkärin työtä itse tehnyt esimies ymmärtää alaistensa työtä ja pystyy reagoimaan lääkärin työn hankaluuksiin ja ongelmiin. Lääkärin

työn syvälinen tuntemus toimiikin lähes poikkeuksetta perusteluna sille, miksi lääkärin esimiehen tulee olla koulutukseltaan lääkäri. Tämä on lähes kaikille lääkäreille jokseenkin itsestään selvää; usein ajatus ei-lääkäristä esimiehenä torjutaan jo ensimmäisessä virkkeessä, ajatuksenakin mahdollisena. Pieni osa lääkäreistä muotoili näkemyksensä varovaisemmin. Tällöin ajatusta muun koulutuksen saaneesta esimiehestä ei torjuttu heti vaan perustelemalla ja esimiesaseman edellyttämiin taitoihin vetoamalla. Tässä argumentaatiotavassa saatettiin todeta, ettei lääkärin esimiehen – periaatteessa – tarvitse olla lääkäri, kunhan esimiehellä on riittävät edellytykset ymmärtää lääkärin työtä. Useimmille tämä kuitenkin tarkoitti, että käytännössä esimiestehtäviin sopii parhaiten toinen lääkäri. Esimieheiltä odotetut taidot eivät siten olleet yleisiä johtamistaitoja vaan spesifisti lääkärin taitoja, tietoja ja kokemusta. Kenties voimme ajatella, että jälkimmäiseen argumentaatioon osallistuneet lääkärit osoittivat nykyajan ammattilaisilta vaadittua avoimuutta muutoksille sekä valmiutta suhtautua esimieskysymykseen pragmaattisesti ilman ideologista painolastia tai oman ammattikunnan perusteetonta suosimista. Silti myös nämä lääkärit päätyivät samaan johtopäätökseen: kliinistä työtä tekevän lääkärin esimiehen tulee olla lääkäri. Myös he katsoivat esimiehen velvollisuudeksi kunnioittaa lääkärin kliinistä autonomiaa.

Monessa aihe herätti myös pohdintaa: mitä tapahtuu, jos asioista päättävä esimies ei ole lääkäri? Usein huoli liittyy siihen, ettei muun alan koulutuksen saanut esimies ymmärrä työn kompleksista luonnetta, esimerkiksi sitä, että potilaan vaivat eivät useinkaan ole selväräjäisiä, helposti tunnistettavia ja hoidettavia. Kuten seuraavasta sitaatista käy ilmi, jotkut haastateltavista työskentelevät jo nyt oloissa, joissa kokevat maallikkopäätäjien asettavan työhön paineita.

Ne hommat ei aina mene silleen että kun on 20 minuutin ajat niin sit potilas tulee ja on ulkona ja kaikki hommat toimii kuin ei mitään. Ei se ole niin yksinkertaista. Potilaat ei tuu vaikka vastaanotolle et on yks vaiva ja se on sit siinä. Polvi on kipee, sit me kat-, tutkitaan, määrätään lääke ja se on pois vaan. Niillä potilailla on kaikkee muuta ja kaikki viivästyy ja sitte pomot ihmettelee että miks nää viivästyy. Ei lääkäri, lääkäri ymmärtää kyllä. Mut että maallikko ei välttämättä ymmärrä. Sen takia esimerkiks meilläkin tääl on ollu sitä problemaatiikkaa että tulee paineita näiltä päättäjiltä tai pomoilta tässä, jotka eivät oo lääkäreitä. [...] Sielt tulee tämmösiä epärealistisia vaatimuksia koska ei sitte ymmärretä. – 35AMT

Sitaatissa nostetaan esiin huoli siitä, että lääkärin työtä huonosti ymmärtävä hallinto luo vastaanottotyölle puitteet, joissa lääkärintyöstä tulee pakkotahdista ja potilaiden kompleksisten tarpeiden huomioiminen muuttuu mahdottomaksi. Työn vääränlaisen organisoimisen ohella muutamat lääkärit pohtivat uhkaa, jota muiden ammattilaisten erilainen toimintalogiikka synnyttää. Tässä yhteydessä esiin nostettiin kysymykset etiikasta ja priorisoinnista: muun alan ammattilainen, jota ei sido lääkärin etiikka, ei välttämättä aseta potilaan etua prioriteetiksi.

Jos se esimies ei oo lääkäri, niin sillä voi olla vähän erilaiset tavoitteet sen toiminnan osalta, että lääkärin etiikkaan kuuluu kuitenkin se, että tavotellaan sitä potilaan etua ja potilaan hyötyä, loppujen lopuksi. Jos se esimies on koulutukseltaan vaikka kauppatieteiden maisteri niin voi olla että hän ei jaa välttämättä sitä samaa näkymystä jolloinka voi tulla konfliktilanteita. En sano etteikö se voisi toimiakin mutta kyllä mä ainakin mielelläni haluaisin että mun esimies ois lääkäri.
– 36AMT

Yllä olevan sitaatin lopussa haastateltava välttää luomasta liian jyrkkää vastakkainasettelua ja jättää oven auki sille, että teoriassa ei-lääkäri esimiehenä voi myös ”toimia”. Potilaiden etua koskevan intressistiriidan lisäksi lääkärit toivat esiin huolen siitä, miten esimerkiksi ekonomin edustama talousajattelu saattaa johtaa päätöksiin, jotka muuttavat lääkärin työnkuvaa. Eräs konkari seuraavassa kuvaa, miten lääkärin työaikaa uhkaa kuluu potilastyön sijaan sihteerin töihin, toimenpiteiden valmisteluun ja jopa siivoamiseen.

Ruvetaan sitten karsimaan taloudellisen näkökohtien vuoksi tätä avustavaa henkilökuntaa, niin lääkärihän on joutunu tekemään nyt sitten sairaanhoitajan töitä ja kanslistin töitä ja kirjottaa ite ja etsimään kaikkee kun taloudellisuuden nimissä sitten karsitaan sitä aputyövoimaa. Lääkäri itse ymmärtää sen että hän tarvitsee niitä muita siihen avustajia. Mut että se ekonomi ei välttämättä ymmärrä et mihin te tarvitsette sitä osastosihteerinä, et eiks lääkäri voi itte kirjoittaa sanelunsa. – 25KNS

Tällainen työn sisältöjen muutos näyttäytyy lääkäreille turhauttavana, koska työaikaa kuluu tehtäviin, joissa oma ammattitaito tuntuu menevän hukkaan. Lisäksi se kaventaa myös epäsuorasti lääkärin kliinistä autonomiaa. Näin tapahtuu silloin kun potilastyöhön käytettävissä oleva aika vähenee ja lääkärin työnkuva hämärtyy. Kysymys lääkärin esimiehen koulutuksesta ilmenee lääkärin puheessa paljolti huolena, että lääkä-

rin työn sisältö tai työn konteksti muuttuu epätoivottuun suuntaan.

Hieman toisenlainen lääkäriesimiehisyyden puolesta usein esitetty argumentti haastattelussa esitettyä väittämää vastaan on myös primus inter pares -ajattelun mukainen ja korostaa sitä, miten esimiehen rooliin sisältyy kollegionsa lääkäreiden ammatillinen tukeminen ja ohjaus. Vastauksista päätellen tämä johtamismalli on edelleen yleinen ja hyväksi koettu. Monen haastatellun puheessa kliinistä työtä tekevän lääkärin esimiehen aseman tekee oikeutetuksi hänen etevyytensä: hän on seniori, joka toimii työyhteisössä neuvonantajana ja ohjaajana. Muu ammattilainen ei käytännössä voisi toimia tällaisessa roolissa. Varsinkin aloitteleville lääkäreille lääkäri-esimies on tärkeä perehdyttäjä: ”Monesti se esimies on kuitenkin se, jolta sä kysyt neuvoa. Jos sä et tiedä mitä sä teet. Ja mun mielestä sen täytyy sillon olla saman alan ihminen että sä voit kysyä neuvoa. Ja että sä saat sieltä sitä neuvoa ja tukea.”

Kuten yllä on todettu, kaikki lääkärit eivät suoraan kiellä muun alan ammattilaisen mahdollisuutta olla esimies. Noin neljäsosa vastaajista on sitä mieltä, että esimiehen ei välttämättä tarvitse olla lääkäri, kunhan esimiehellä on tarpeeksi tietämystä lääkärin työstä, mikä toki käytännössä asettaa useimmiten lääkärin etusijalle. Samoin yhdeksän lääkärin mielestä ylemmän tason esimiehen – yleensä viitataan ”hallinnolliseen esimieheen” – ei välttämättä tarvitse olla lääkäri. Vaikka haastatellut esittävät näkemyksensä vähemmän ehdottomasti, on näissäkin vastauksissa keskeistä vaatimus siitä, että esimiehen on ymmärrettävä lääkärin työtä. Vastauksissa tasapainoillaan kuitenkin sen kanssa, että terveydenhuollon organisaatioissa toimii muitakin ammattilaisia, jotka monesti ovat saman esimiehen vastuulla. Eräs terveyskeskuksessa työskentelevä konkari muotoilee asian näin: ”Hyvä esimies on kuitenkin semmonen joka ajattelee miten työyhteisö toimii eikä niin että miten joku tietty ammattikunta toimii.” Niinpä haastateltavat kykenevät kyllä tunnistamaan myös sen, että terveydenhuollon organisaatioissa lääkärikollegiot ovat osa työyhteisöjä ja ammattikunnan ylivalta johtajuusasiassa voi synnyttää niissä jännitteitä.

Ylempiä, selkeästi hallinnollisia esimiehiä käsittelevät lausumat sitä vastoin eivät kuvaile lääkärin työn erityisyyden tuntemista asiana, joka olisi välttämätöntä ja mahdollista ainoastaan lääkärille. Sen sijaan niissä perätään yleistä johtamistaitoa, joka voi – periaatteessa – olla ammatillisesta taustasta riippumatonta. Toisaalta terveydenhuollon johtaminen esitetään usein erityisenä toimintana, johon yleensä lääkäreillä on parhaat valmiudet. Esimerkiksi ekonomin täytyy olla hankkinut alan tuntemusta, eikä pelkkä talouden tuntemus riitä.

Niinpä seuraavakin puhuja päätyy siihen, että lääkäriys on hallinnollisellekin esimiehelle etu.

Voisin hyvin ajatella että minun esimiehenä olisi vaikkapa talouspuolen ihminen joka on hyvinkin perillä lääkärin työtehtävistä ja terveydenhuollosta. Että ei se minusta oo välttämätöntä. Mutta tapauskohtaisesti tietysti että kyllähän sen ihmisen täytyy sitten tietää aika paljonkin terveydenhuollosta että pystyis olemaan mun esimiehenä. Mutta toki, onhan se etu jos on lääkäri koska hän tuntee kuitenkin parhaiten sen lääkärin työn ja elämän kokonaisuudessaan. – 30KMS

Muun alan koulutuksen saaneelle esimiehelle jätetään vastauksissa joskus teoreettinen tila. Tällä tavoin lääkärit välttävät ehdottomia kannanottoja, mikä voi olla hyödyllinen taito yhteiskunnallisessa tilanteessa, jossa lääkäreiden on puolustettava autonomiaansa ulkopuolisille yleisöille. Näin lääkärit asettuvat vastustamaan ajatusta ei-lääkäristä esimiehenä mutta välttävät antamasta yleisölle vaikutelmaa ideologisesta oman ammattikunnan suosimisesta tai pahimmassa tapauksessa ammattikunnan etujen ajamisesta. Syyt lääkäreiden suosimiseen ovat käytännöllisiä ja palvelevat myös potilaiden etua. Kun esimiehisyyttä liitetään oman toiminnan ohjaukseen, vaade lääkärin pätevydestä on kuitenkin ehdoton, kuten seuraavasta lainauksesta käy ilmi.

Nyt kun puhutaan hallinnollisista esimiehistä, niin sehän voi olla muukin kun lääkäri. Mutta kyllä se menee hyvin korkeelle sinne organisaatiossa et se voi olla muu kuin lääkäri.

[K: Mitä syitä tässä voisi olla siihen, että se pitää olla lääkäri tietyllä tasolla?]

”Sen täytyy ymmärtää ne ratkaisut mitä siinä työssä tehdään. Mikä se sitten muu voisi olla? Näinhän se yksiselitteisesti on. Et sinä tuu arvioimaan mun työtäni, tai voi olla että tuut, mut onko sulla kompetenssia siihen. [...] Sairaalojohtaja voi olla sitten joku muu, joka vastaa budjetista, niistä asioista, on ammatillista mielenkiintoa. Joku voi olla tietysti sitä mieltä että silläkin on ammatillista merkitystä, resursointiin merkitys, mutta en minä nyt sitä näkökohtaa edusta että se pitää myöskin olla lääkäriketju loputtomiin. Tuossa kysytään kliinistä työtä tekemää. Esimies pitää olla lääkäri. Ei se myöskään voi olla muu terveydenhuoltoalan ammattilainen. – 3KMY

Vaikka väittämää pohditaan enemmän tai vähemmän suoraviivaisesti, ovat lääkäreiden näkemykset esimie-

sasiasta varsin yhteneväiset. Kliinikot antavat esimiehelle puheissaan edelleen keskeisen roolin lääkärikollegion puolustajana, yksittäisen lääkärin kliinisen autonomian mahdollistajana ja turvaajana. Nykytilanne esitetään lausumissa tästä näkökulmasta usein varsin ongelmattomana. Tosin jotkut haastateltavat antavat ymmärtää, etteivät kaikki lääkärit sovi esimieheksi. Tällainen yksilön sopimattomuus ei kuitenkaan johda siihen, että vakiintuneet käytännöt kyseenalaistettaisiin, ainakaan jos vaihtoehto voisi olla väittämän ehdotus, että esimies tulisi ammattikunnan ulkopuolelta.

HOITOSUOSITUKSET JA AMMATILLINEN HARKINTA

Kuten luvussa 2 kävi ilmi, hoitosuositukset ovat syntyneet yhtenäistämään hoitokäytäntöjä, parantamaan hoidon laatua ja tukemaan käytännön lääkärin työtä. Lääkäriiliton (2015: 1) mukaan hoitosuositukset ovat profession tapa säädellä omaa toimintaansa. Tutkimuskirjallisuudessa on esitetty, että hoitosuositukset ovat lisänneet lääkäreiden tieteellistä uskottavuutta mutta myös muuttaneet lääkäreiden kliinistä autonomiaa (ks. s. 12–13). Lääkärikunnan sisäinen työnjako on eriytynyt, ja hoitosuositukset alleviivaavat käytännön lääkärin roolia lääketieteellisen tiedon soveltajana. Tiedon määrittelyvalta on toisaalla lääketieteellistä tutkimusta tekemällä ja sitä suosituksiksi tulkitsevilla ammattikunnan eliteillä. Tutkimme tässä alaluvussa, miten kliinistä lääkäriä Suomessa tekevät lääkärit tulkitsevat hoitosuositusten roolia työssään. Käsittelimme haastatteluissa Käypä hoito -suosituksia lähinnä vinjetin 1 ja väittämän 2 avulla.

Vinjetti 1: Vastaanotollesi on tullut potilas, jolla on sairaus X. Käypä hoito -suositusten mukaan sinun pitäisi määrätä hoitoja A. Olet kuitenkin kuullut uudesta hoitomuodosta B, josta on saatu lupaavia tuloksia. Haluaisit käyttää sitä. Käypä hoito -suosituksen mukaiset hoidot olisivat kuitenkin edullisempia. Miten toimit? Miksi? Mitkä asiat vaikuttavat päätöksentekoon?

Väittämä 2: Käypä hoito -suositukset rajoittavat liikaa lääkärin vapautta päättää itse potilaidensa hoidosta.

Huomioimme analyysissä näiden virikeosioiden synnyttämän puheen ohella myös autonomiaan eksplisiittisesti liittyvien kysymysten yhteydessä tulleita mainintoja hoitosuosituksista, joita käsittelimme muissa yhteyksissä jo luvussa 4. Haastattelut vahvistivat monen aikaisemman tutkimuksen käsityksiä hoitosuositusten vaikutuksista käytännön työhön ja niiden hyväksyttävyydestä lääkäreiden keskuudessa, sillä haastatellut eivät kuvanneet suosituksia ammatillisuuttaan uh-

kaavina tekijöinä vaan lähinnä hyvinä hoitoa tukevina suosituksina. Yleisesti puhe suosituksista oli positiivista; niitä pidettiin parhaiden asiantuntijoiden laatimina ja tutkittuun näyttöön perustuvina. Vastauksissaan haastateltavat korostavat, että hoitosuosituksista voi poiketa perustelluista syistä ja että jokaisen potilaan hoito on yksilöllistä. Hoitosuositukset eivät näyttäytyä autonomiaa uhkaavana asiana lääkäreille.

Hoitosuositukset ovat haastatelluille hoitopäätöksen tekemistä tukeva resurssi, johon aloittelijat ja konkarit odotetusti suhtautuivat varsin eri tavoin. Tarkastelemme seuraavassa aluksi lääkäreiden puhetta Käypä hoito -suosituksista työnsä resurssina. Sen jälkeen pohdimme, miten he suhteuttavat Käypä hoito -suosituksia ammatilliseen harkintaan ja millaisena ammatillinen harkinta näissä pohdinnoissa näyttäytyy.

Millainen resurssi hoitosuositukset ovat?

Monet aloittelijalääkärit kertoivat haastatteluissa, että hoitosuositukset ovat tukeneet heidän työtään uran alkuvaiheessa. Tästä näkökulmasta hoitosuosituksilla on perehdyttävä ja kouluttava rooli, ja se korostunee nuorten lääkäreiden tilanteessa, jonka monet kuvasivat varsin yksinäiseksi (ks. luku 7). Myös konkarit puhuivat suositusten antamasta tuesta, mutta huomattavasti vähemmässä määrin kuin aloittelijat. Suosituksista saatiin puhua kokemattoman lääkärin ”siunauksena”, johon lääkäri voi tukea päätöksensä. Hoitosuositukset muodostavat haastateltujen mukaan luotettavan ja uskottavan tiedollisen perustan, johon tukeutua.

*Terveysportti käy kuumana kun siinä vastaanottotapah-
tumien välissä lueskelee Käypä hoito -suosituksia ja
mieltii että mikä piru tätä potilasta vaivaa ja miten mä
ehkä oikein hoidan tätä, mites tätä hoidettiinkaan. [...] Hirmu paljonhan alkuvaiheessa varsinkin hoitaa ihan
noilla suosituksilla. – 10AMS*

Voi kysyä, ovatko suositusten tapaiset resurssit ainakin jossain määrin korvanneet vanhemman kollegan konsultoinnin ja mikä merkitys mahdollisella oppimisen tavassa tapahtuneella muutoksella on lääkärin identiteetin kehitykselle. Verrattuna neuvon kysymiseen suosituksia lukiessa jää pois neuvomiseen liittyvä interaktiotilanne, jossa kokematon voi esittää tärkeitä kysymyksiä. Toisaalta aineistossa puhuttiin myös kollegoiden konsultoinnista.

Hoitosuosituksiin vetoaminen vastaanotolla saattaa antaa lääkärille potilaan silmissä tieteellistä uskottavuutta, kuten nuori lääkäri seuraavassa sitaatissa kertoo.

Ne on ehkä enemmän antamas tukee niille hoitopäätöksille. Ja sit tietyissä tilanteissa voi myös vedota [potilaalle] siihen että kun Käypä hoito sanoo näin, niin ei sit lähetä tekemään. Tai sit jos on semmonen tilanne että haluaa poiketa siit Käypä hoidosta, ni sit voi potilaalle, ja kannattaaki ehkä kertoa siinä tilanteessa, et tää yleisistä Käypä hoidoista tai hoitosuosituksista vähän poikkeaa. Ja sit perustella et minkä takia poikkeaa siitä tän potilaan kohalla ja et mitkä on ne omat perusteet sille. [...] Nykyaikana siitä hoidosta keskusteleminen potilaan kanssa ja yhteisymmärryksen löytäminen on tosi tärkeä, mun mielestä. – 8ANT

Edellä oleva sitaatti on esimerkki siitä, miten nuori lääkäri voi rakentaa uskottavuutta osoittamalla tuntevansa suositukset ja myös perustelemalla, miksi niistä voi poiketa. Ihanteeksi asetuu hoitolinjan valitseminen yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Moni haastateltu kertoi, että hoitosuosituksista voi poiketa ainoastaan perustellusta syystä mutta että suosituksia ei kuitenkaan tarvitse tai voi sokeasti noudattaa. Kyse on nimenomaan suosituksista, ei sitovista ohjeista.

Mä en nää Käypä hoito -suosituksia rajoittavina, koska eihän ne oo semmosia lakeja joita pitää noudattaa, vaan ne on suosituksia. Ja sitten jos on itellä parempaa tietoa tai katsoo että tässä tilanteessa tää hoito ei oo potilaalle se paras hoito, niin sithän siitä voi poiketa. – 8ANT

”Perustellut syyt” tarkoittavat haastateltavien puheessa yleensä lääkärin omaa arviota siitä, että potilaan paras hoito mahdollistuu jollain muulla kuin hoitosuositusten ehdottamalla tavalla. Myös nuoret lääkärit pitivät mahdollisena halutessaan poiketa hoitosuosituksista, mikä ehkä selittää sen, että haastateltavat yksituumaisesti vastasivat kieltävästi väittämään 2, jonka mukaan hoitosuositukset rajoittavat lääkärin työtä. Hoitosuositusten soveltaminen on myös osa lääkärin ammattitaitoa. Niinpä lääkäri, jolle hoitosuositukset näyttäytyisivät rajoittavina, olisi muiden silmissä taidoiltaan puutteellinen. Tällaisena tuskin kukaan haluaa näyttäytyä. Muutamat puhujat totesivat soveltamisen edellyttävän myös kokemusta, sillä lääkärin on opittava tulkitsemaan hoitosuosituksia oikein kohdatessaan potilaan. Erään konkarilääkärin mukaan ”käytännön työtä tekevän lääkärin pitää osata tajuta se että joku hoito, vaikka se olis miten joku Käypä hoito -suositus ehdottais jotain hoitoa niin se ei välttämättä kaikkien kans toimi ollenkaan. Siitä voi olla haittaakin.”

Vinjetissä 1 mainittuun ajatukseen ottaa oman tiedon perusteella käyttöön uusi lääke hoitosuosituksista välittämättä liittyi kysymys luottamuksesta hoidon vaikuttavuuteen ja sen tieteelliseen uskottavuuteen. Yleisesti hoitosuosituksista poikkeavaa uutta, potilaan ehdottamaa lääkehoitoa saatettiin pitää perusteltuna, jos hyödyt arvioitiin suuriksi verrattuna hoitosuositusten mukaisiin hoitoihin tai jos suositusten mukaiset hoidot eivät tuottaneet toivottua tulosta. Moni lääkäri kuitenkin kertoi, että ei mielellään lähtisi kokeilemaan uutta lääkehoitoa ennen kuin se on jo yleisesti käytössä ja käytettävissä olevan näytön määrä on suuri. Niin aloittelijat kuin konkaritkin perustelivat uuden lääkehoidon käyttämistä tai käyttämättä jättämistä sillä, että heillä pitää olla kokemusta ja tietoa uuden lääkkeen käytön hyödyistä. Nuoret lääkärit toivat kuitenkin esiin myös oman yleisen kokemuksen puutteensa itsenäistä toimintaa rajoittavana tekijänä.

Se [uuden hoidon kokeileminen] ei tunnu todellakaan luonteelta, et kyllä mä oon pyrkinyt aika lailla menemään tämmösten Käypä hoito -suositusten mukaan. [...] Että kyllä mä sen Käypä hoito -suositusten mukaisen hoidon ennemmin valitsen ja ihan sen takia että siin on isompi tämmönen asiantuntijaryhmä koonnut ne suositukset ja ne perustuu tämmösiin isoihin tutkimusaineistoihin minkä pohjalta ne tehdään, niin ei mulla ole semmosia natsoja sanomaan että nämä eivät ole oikein nämä suositukset. – 22ANS

Rohkea suosituksista poikkeaminen on oikeutettua vain kliinisen kokemuksen perusteella, koska toisin kuin vaikkapa sankarillisia hoitoja television lääkärisarjoissa toteuttavat fiktiiviset lääkärit, puhujat ovat sitoutuneet ajatukseen siitä, että hoitoa on toteutettava potilaan kannalta turvallisella tavalla.

En mä ihan nää että mulla olis, tai tiedä millä alalla mulla olis sitä tietotaitoa et mä voisin ihan silleen turvallisesti mennä sen ohi ja olla sitä mieltä että ei näin. Se voi ehkä olla eri asia siinä kohtaa jos on itse semmonen kokenut pitkän linjan lääkäri, ja sitte just tän alan, jos on vaikka erikoislääkäri joka on siihen perehtyny niin siinä ehkä enemmän nään sen. – 11ANY

Aloittelijoiden perustelut uuden lääkkeen käyttämiseen liittyvät konkareiden vastauksia useammin siihen, miten yleisesti he kokevat uuden lääkkeen olevan hyväksytty: ”Jos se näyttäis siltä että se yleinen hyväksyntä sinne suuntaan on menossa niin saattais kokeilakin uutta, vaikka se olisikin vähän kalliimpi.” Tässä lausumassa näkyy myös se, että kustannusnäkökulma

hoitoja määrättäessä on monille lääkäreille luonnollinen osa hoitoa koskevaa harkintaa.

Eräs terveyskeskuksessa työskentelevä nuori lääkäri kertoi, että kireä aikataulu todennäköisesti rajaisi hänen mahdollisuuksiaan perehtyä uusien lääkehoitojen evidenssiin. ”Mut jos sit taas mä en niin hirveesti tietäis asiasta eikä mulla ois aikaa perehtyä, niin sitten aika pitkälti siihen Käypä hoito -suositukseen nojaisin.” Tämä lausuma viittaa myös siihen, että suosituksiin tukeudutaan helposti kiireessä, etenkin jos lääkäri tekee hoitopäätöstä alueelta, jota hän ei hyvin tunne ennestään. Ajatus suositusten noudattamisesta kiireessä on tietenkin jossain määrin ristiriidassa sen ihanteellisen puhutavan kanssa, jonka mukaan ammattitaitoinen lääkäri noudattaa suosituksia vain harkiten ja soveltaen.

Konkarilääkärit olivat odotetusti aloittelijoita taipuvampia perustelemaan uuden lääkkeen käyttöä viitaten omaan kokemukseensa tai tietoon nimenomaisesti kyseessä olevasta uudesta lääkkeestä. Erään konkari-lääkärin mukaan uuden lääkkeen käyttöönotto riippuu siitä, miten hyvin hän on tutustunut kyseisen lääkehoidon tutkimuksiin ja evidenssiin. ”Tää hoitomuoto B niin, silloin tietysti mun olis pitänyt ehtiä lukea myöskin ne koko tutkimukset, ja mielellään niin että on useampia tutkimuksia et on olemassa joku tämmönen katsausartikkeli aiheesta ja vasta siinä tapauksessa mä ryhdyn edes harkitsemaan sitä uutta hoitoa.”

Ammatillinen harkinta suhteessa hoitosuosituksiin

Moni lääkäri puhui vinjetin 1 yhteydessä siitä, miten he työssään joutuvat ottamaan huomioon hyvin monenlaisia asioita miettiessään hoitopäätöstään. Tällaisia asioita ovat potilaiden elämäntilanteet, hoidon kustannukset, poikkeavan hoidon mahdolliset hyödyt tai evidenssin riittämättömyys. Tällaiset tekijät vaikuttavat suositusten ohella siihen, miten lääkäri potilastaan hoitaa. Perustellessaan uuden lääkkeen käyttämistä tai suosituksen mukaiseen lääkkeeseen tukeutumista lääkärit tarttuvat useimmiten vinjetin tarjoamiin näkökulmiin eli taloudellisiin tekijöihin sekä lääketieteeseen perustuvaan arvioon. Taloudellisia tekijöitä ovat lääkärin arvio potilaan taloudellisesta tilanteesta, lääkkeen Kela-korvattavuus ja organisaation tai kunnan hoitolinjaus. Lääketieteeseen perustuvaan arvioon liitettiin tässä yhteydessä kysymykset luottamuksesta uuden lääkkeen vaikuttavuuteen, lääkkeen tunnistettavuuteen ja evidenssin määrään, joihin liittyi keskeisesti lääkärin kokemus.

Taloudellisiin voimavaroihin liittyvät kysymykset olivat lääkäreiden mukaan oleellisia hoitopäätöstä tehtäessä varsinkin potilaan näkökulmasta. Riippuu lääkärin työ-

paikasta, miten suuri osa hoitokustannuksista otetaan potilaan kukkarosta. Lääkärit saattoivat perustella Käypä hoito- suosituksiin tukeutumista sillä, että uuden lääkehoidon kustannukset saattavat olla korkeita eikä niille yleensä ole erityiskorvattavuutta, jolloin hoidosta saattaa muodostua potilaalle liian kallis. Eräs yksityissektorilla työskentelevä konkaripsykiatri perustelee hoidon valintaa vetoamalla potilaan talouteen.

Mun täytyy huomioda se et purolautanen voi olla tärkeempi kuitenkin ku se että kantaa mulle rahaa, niin voi olla että sen taloudellisen tilanteen johdosta on pakko kuitenkin tehdä jotain edullisempaa. [...] Eli tää talouspuoli täytyy kuitenkin huomioda siellä, et voi antaa vaan sellasia hoitoja joita potilas käyttää. Jos ei käytä nii se on sama ettei ole hoitoa. Joutuu pelaamaan kyllä tän kanssa. – 18KMY

Julkisella sektorilla toimivat lääkärit puntaroivat hoitoja määrätessään kustannuksia myös yhteiskunnan kannalta tietoisina siitä, että ”lääkäri on kirstunvartija”.

Muuten pohdintoja hoitosuosituksen ammattitaitoa mahdollisesti hiertävistä tai rajaavista puolista on vaikea vastauksista löytää, vaikka haastatteluihin esitettiin väittämä, jonka mukaan hoitosuositukset ovat rajoittavia. Eräs nuori lääkäri nosti kuitenkin esiin esimerkin hoitosuosituksiin liittyvästä huolestuttavasta kehityksestä. Hänen mukaansa Käypä hoito -suositusta saatetaan tulkita hyvää hoitoa määrittelevinä sääntöinä esimerkiksi vakuutus oikeudellisissa kiistoissa, jolloin lääkäreille koituu enemmän painetta seurata suosituksia kirjaimellisesti. Myös potilaat saattavat vedota hoitosuosituksiin esittäessään väitteitä mahdollisista hoitovirheistä.

Käypä hoitoja on esimerkiks tietyissä sairauksissa ruvettu käyttämään tämmösenä aseena sitten että jos nyt jotain hoitovirheitä tulee tai jopa ihan vakuutus-oikeudellisia kiistoja niin sitten vedotaan Käypä hoitoon. Ja et ”Käypä hoidos sanottiin näin ja minua ei hoidettu näin niin tämä on väärin”. Ja silloin jotkut lääkärit kokee että se Käypä hoito -suositus kahlitsee heidät tekemään hoitopäätökset täysin sen mukaan, ettei tule jälkipyykkiä. Niin siitä on ainakin yks osa totta, minkä takia se ehkä voidaan sanoa, että ne rajottaa liikaa sitä lääkärin työtä. – 31AMS

Tämänkaltaisesta kehityksestä on tehty havaintoja myös esimerkiksi Alankomaissa ja Yhdysvalloissa (Timmermans & Berg 2003: 66–69, 101–112). Eräs toinen haastateltu lääkäri oli kokenut vastaavanlaista painetta ollessaan oikeudessa antamassa lausuntoa. Haas-

tattelun mukaan vastapuolen asianajaja oli tulkinut hoitosuositukset säännöiksi ja todennut lääkärin tehneen rikoksen, koska tämä ei ollut toiminut hoitosuosituksen mukaan. Tähän kyseinen lääkäri oli vastannut, että ”hoitosuositukset ovat suosituksia”.

Eräs konkarilääkäri oli sitä mieltä, että hoitosuositukset saattavat periaatteessa olla rajoittavia, jos ne eivät ota huomioon ”kaikkia näkökohtia mitä on olemassa”. Hän toteaa, että ”voi olla tilanne, että ei ole edes mahdollista toimia suosituksen mukaan. [...] Kyllä ne [suositukset] joskus on liian kahlitsevia.” Tämän työterveyssektorilla työskentelevän konkarin mukaan hoitosuositukset eivät aina sovellu työterveyslääkärin toimintakenttään. Hän kertoi, että hoitosuositukset on tehty tietyn toimintaympäristön tarpeita ajatellen tietyn konsensuksen mukaan, joten niitä ei ole järkevää soveltaa kaikkiin tilanteisiin.

Se Käypä hoito -suositus ei nyt vaan ole aina se järkevän menetelmä hoitaa. Sen ovat tehneet semmoinen ryhmä, jossa on näitä asiantuntijoita jotka edustaa sitä kantaa kun heidän mielestään heidän toimintaympäristössään pitäisi menetellä. Tervetuloa soveltaa niitä semmoiseen paikkaan missä sulla ei oo mitään niitä keinoja. – 3KMY

Lääkäreillä on melko yhtenäinen näkemys paitsi hoitosuosituksen hyödyistä myös niiden haitoista tai rajoituksista. Erot suosituksen merkityksessä haastateltavalle itselleen liittyvät odotettavissa olevalla tavalla uravaiheeseen. Kaikki haastateltavat puoltavat oikeuttaan ammatilliseen harkintaan, ja monet suhtautuvat reflektiivisesti siihen, että ammatillisen harkinnan tila on työn arjessa välillä kaventunut. Ammatilliseen harkintaan luetaan varsin usein oikeutetusti mukaan lääketieteellisten näkökohtien ja potilaan edun rinnalla myös taloudelliset tekijät. Usealle lääkärille on mahdollista hyväksyä ajatus, jonka mukaan hyvä lääkäri osaa myös toimia yhteiskunnan kirstunvartijana. Toisenlaisiakin näkökohtia oli (ks. s. 46). Ymmärrys hyvästä lääkäristä on muutenkin implisiittisesti taustalla lääkäreiden puheissa: hyvä lääkäri hyväksyy hoitosuosituksen tieteellisen arvon, perustelee niillä omaa toimintaansa (ainakin haastattelussa) ja osaa soveltaa niitä potilaan hoidossa oman ammattitaitonsa pohjalta. Niinpä kyky itsenäiseen ammatilliseen harkintaan on lääkäriryden ytimessä.

POTILASSUHTEN JÄNNITTEET

Haastattelurungon toisessa vinjetissä haastateltava pohti tilannetta, jossa potilas on löytänyt vaivaansa internetistä diagnoosin ja siihen sopivan lääkkeen.

Vinjetti 2: Vastaanotollesi tulee potilas, joka on löytänyt vaivaansa internetistä diagnoosin ja siihen sopivan lääkkeen, jota varten hän on nyt tullut hakemaan reseptiä. Potilaan arvailut ovat osuneet oikeaan, mutta et katso vaivan edellyttävän lääkehoitoa. Potilas kuitenkin selvästi odottaa reseptiä. Miten toimit? Miksi?

Vinjetin tarinassa potilas haluaisi reseptin, mutta lääkäri ei katso vaivan kaipaavan lääkehoitoa. Lääkäri joutuukin miettimään, miten käyttää ammatillista harkintaansa tilanteessa, jossa potilas mahdollisesti pettyy lääkärin ratkaisuun. Suurin osa haastateltavista kuvaili tilanteen olevan hyvin tuttu ja arkipäiväinen. Tosin tilanteen tuttuus vaihteli lääkärin työalueen mukaan: potilaat esittävät enemmän vaatimuksia terveyskeskuksessa kuin vaikkapa neurokirurgin vastaanotolla.

Lääkärit puhuvat haastatteluissa paljon siitä, että potilaat ovat aiempaa vaativampia ja tietoisempia erilaisista hoitomahdollisuuksista ja oikeuksistaan. Tämä kehitys yhdistetään haastattelupuheessa usein varsin tuoreisiin muutoksiin, kuten internetin synnyttämiin mahdollisuuksiin etsiä tietoa sekä median muuttuneeseen rooliin. Tutkimuskirjallisuudessa potilaiden roolin muutos on yhdistetty pitkäaikaiseen kansainväliseen kehitykseen, johon liittyvät 1970-luvulta lähtien terveydenhuollon valtaa kritisoineet vaihtoehtoliikkeet, kuluttaja-ajattelun nousu sekä yhteiskunnallisen toiminnan yleinen demokratisoituminen erilaisten vaateiden vuoksi. Ammatillisen toiminnan vastuullisuus on nostettu esiin monin tavoin paitsi talouden näkökulmasta myös siten, että esimerkiksi terveydenhuollosta on alettu puhua hyvinvointipalveluna käyttäjän oikeuksia korostaen. Tällaisten muutosten on pitkällä aikavälillä katsottu muuttaneen ammatillisuutta demokraattisempaan suuntaan, kun lääkärit ja muut ammattilaiset ovat sopeuttaneet toimintatapojaan potilaiden vaateisiin (ks. Henriksson ym. 2006). Missä määrin tällaiset tasavertaisuutta korostavat arvot näkyvät suomalaisten lääkäreiden potilaita koskevassa puheessa? Entä millaiseksi lääkärit kuvaavat omaa ammatillista rooliaan suhteessa potilaisiin? Tarkastelemme seuraavassa aluksi puhetta hoitosuhteesta, jota koskevista ihanteista vaikuttaisi vallitsevan yhteisymmärrys. Mahdollisuudet ihanteiden toteuttamiseen käytännössä sitä vastoin näyttävät vaihtelevan. Toiseksi tarkastelemme puhetta vaikeista potilaista ja pohdimme näiden ajatusten taustalla olevaa ammatillisuutta.

Hyvä lääkäri – hoitosuhteen rakentaja vai auktoriteetti?

Haastateltavat eivät yleisesti pitäneet ongelmallisena ajatusta siitä, että potilas esittäisi toivomuksia ja jopa

vaatimuksia hoidostaan. Lääkäreiden mukaan suurin osa potilaista ymmärtää lääkärin omasta toiveestaan poikkeavan kannan, jos lääkäri osaa perustella kantansa hyvin.

Kun ihmiset on niin erilaisia niin jokuhan suurin piirtein on kun takiainen siinä tuolissa eikä lähde pois millään ennen kun saadaan se mielipide että se lääke tarvitaan. Mutta se on ammattitaitoo sitten että kykenee kääntää sen asian vaikka näin, sinne rationaalisen puolelle ja harvoin sitten lääkärikään joutuu siitä perääntymään että "no olkoon sitten". Mun mielestä se on hyvin harvoin. Mutta tietysti lääkäritkin on erilaisia niin joku ehkä sitten toteaa että tässä nyt mulla on sitten sellanen potilas että huomaan että tää ei tuu onnistumaan, niin sitten voidaan vähän oikaista. – 14KMH

Edellä lainattu haastateltava näkee potilaiden suostuttelun osana lääkärin ammattitaitoa ja tunnistaa, ettei kaikilla lääkäreillä välttämättä ole vastaavaa taitoa tai jaksamista ohjata potilasta oman ammatillisen harkintansa mukaiseen ratkaisuun – ainakaan kaikkein potilaiden kohdalla. Haastattelemamme lääkärit yleisesti tunnustavat ja hyväksyvät potilaiden odotuksen tasavertaisesta suhteesta, jossa lääkäri on valmis perustelemaan potilaalle hoitopäätöksensä. Autoritaarisempiakin sävyjä vastauksista löytyy, etenkin kun korostettiin lääkärin asiantuntijuutta. Näissä näkemyseroissa heijastuvat aiemminkin tunnistamamme puhetavat, joista vanhempaa, auktoritatiivista asiantuntijuutta korostavaa järkeilyä voisi kutsua lääkärikeskeiseksi, kun taas uudempi, yhteistyötä painottava voidaan nähdä potilaskeskeisenä. Potilaskeskeinen, lääkärin ja potilaan kohtaamisen yhteistyöluonnetta korostava normatiivinen malli on tutkijoista utopistinen, jopa naiivi kritiikki perinteiselle objektiivisuutta korostavalle mallille, jossa lääkäriä pidetään kyseenalaistamattomana auktoriteettina (Måseide 1991). Kumpikin malli tulkitsee terveydenhuollon kohtaamisissa esiintyvän vallankäytön kapeasti ja usein kielteisesti. Näiden tilalle on sosiologisesta näkökulmasta esitetty ajatus, jonka mukaan lääkärin valta ohjata potilaskohtaamista on asianmukaisen ja pätevän hoidon kannalta välttämättöntä ja useimmiten potilaan parhaaksi. Hoitokohtauksia tutkineen norjalaisen Per Måseiden (1991: 552) mukaan sekä potilaat että järjestelmä edellyttävät lääkäriltä tällaista toiminnallista pätevyyttä, joka ei ole hänen henkilökohtainen ominaisuutensa vaan järjestelmän tiedon ja symbolismin tuottamaa. Järjestelmän luomat puitteet ovat välttämättömät, jotta lääkäri voi tehdä työnsä pätevästi, eikä pätevyys ole pelkästään sääntöjen noudattamista vaan lääkärin roolin mukaista

toimintaa, joka edellyttää dominoivaa roolia suhteessa potilaaseen.

Edellä siteerattu sosiologinen analyysi on tehty jo neljännesvuosisata sitten, joten on tärkeitä huomioida tapahtuneet muutokset, joihin Suomessa kuuluvat terveystalouden moninaistuminen ja muuttuneet toimintakulttuurit. Lääkärin on potilaskohtaamisessa toimiessaan huomioitava tällaiset tekijät. Niinpä vaikka potilaskohtaaminen yhä on asymmetrinen lääkärin hyväksi, huomioivat lääkärit pätevästi toimiessaan nykyään aiempaa useamman kaltaisia tekijöitä, jotka liittyvät sekä potilaan käytökseen ja odotuksiin että toimintakontekstin potilaskohtaamiselle asettamiin ehtoihin. Useat haastateltavat puhuvat potilaan mahdollisuudesta ”äänestää jaloillaan”. Potilas voi hakeutua tai uhata hakeutua toisen lääkärin vastaanotolle, terveyskeskuslääkäreiden puheissa yksityiselle puolelle, jos lääkäri ei suostu kirjoittamaan vaadittua reseptiä.

Useat haastateltavat korostavat myös hyvän hoitosuhteen luomisen merkitystä hoidon onnistumiseksi. Niinpä osa haastateltavista kertoo, että he voivat kirjoittaa potilaalle reseptin tämän toivomalle lääkkeelle, jos lääke ei ole potilaalle varsinaisesti haitallinen. Tähän ratkaisuun saatetaan päätyä tilanteessa, jossa ei jakseta enää vääntää kättä potilaan kanssa ja reseptin kirjoittamisen arvellaan parantavan hoitomyönteisyyttä tulevaisuudessa. Huomio hoitomyönteisyydestä tuo uuden näkökulman ammatilliseen harkintaan, jota lääkärit muutenkin korostavat hoitosuosituksen yhteydessä (ks. erit. s. 45–48). Tämän huomion mukaan harkinta voi lääketieteellisen asiantuntemuksen ohella perustua psykologiseen kokemustietoon tai oletukseen potilaan tulevasta käyttäytymisestä. Jonkin verran lääkärit puhuvat myös siitä, kuinka vaativa ja hankala potilas vie kohtuuttomasti lääkärin työaikaa ja rasittaa hermoja. Muutama lääkäri kertoi joutuneensa potilasten valituksen vuoksi selvittämään toimintaansa viranomaisille tai muille toimijoille, mutta lääkärit katsoivat itse toimineensa asianmukaisesti ja myös potilaan edun mukaisesti, vaikka tämä ei sitä itse ymmärtänyt.

Myös väittämä kolme käsittelee potilaiden roolia suhteessa lääkärin ammatilliseen harkintaan.

Väittämä 3: Potilaiden vaatimukset rajoittavat liikaa lääkärin vapautta päättää itse potilaan hoidosta.

Suurin osa haastatelluista ei pitänyt potilaiden vaatimuksia ammatillista harkintaansa rajoittavina. Potilaan oikeus esittää vaatimuksia on yhdenmukainen tasaverstaista potilassuhdetta painottavan näkemyksen kanssa. Niinpä hyvän lääkärin ammattitaitoon kuuluu ainakin ihanteissa, että hän kykenee kohtaamaan potilaan

vaatimukset ja käsittelemään niitä tavalla, joka kuitenkin mahdollistaa hoitopäätösten tekemisen ammatillisen harkinnan pohjalta.

Potilaalla on aina itsemääräämisoikeus eikä me, kukaan lääkäri voida sen yli kävellä. Me ollaan tietysti neuvonantaja ja määrätään mikä se asiallinen hoito olis. Jos potilas ei halua diabeteslääkkeitään syödä niin ei se niitä syö. [...] Mut vähän semmosta asiakkuusajattelua vierastan, varsinki perusterveydenhuollossa. Ei se voi oikein olla mikään semmonen asiakaspalvelutiski se lääkärin vastaanottohuone et sinne voi marssia ja sanelle lääkärille mitä tutkimuksia ja hoitoja nyt alotetaan. Eikä se oo pelkästään rahakysymys, vaan, ei välttämättä niis kaikissa vaadituissa hoidoissa tai tutkimuksissa oo lääketieteellisesti mitään järkee ja hoidoissa usein on jotain riskejäkin, kirurgisessa hoidossa varsinkin.
– 10AMS

Vaikka sitaatissa lääkärin rooliin hyväksytään kuuluvan toimiminen potilasta kuuntelevana neuvonantajana, lääkärin omaehtoinen ammatillinen harkinta on silti hyvän lääkärin toimintaa arvioitaessa keskeinen arvo, jonka mukaisesti lääkärit yleensä puhuvat. Seuraavassa sitaatissa nuori haastateltava vastaa vinjetin esittämään tilanteeseen ja kuvaa pyrkivänsä ohjaamaan potilasta siten, että vastaanotolla toteutuisi vaatimusten esittämisen sijaan perinteinen asetelma, jossa lääkäri ohjaa vuorovaikutusta, tekee diagnoosin ja päättää hoidosta.

Mä tääl päivittäin, mä käyn näit keskusteluja. Mä läh-tisin [siitä] et täs ollaan menty vähän asioitten edelle. Mä sanosin aina et ”mennääks nyt siihen ensin et mikä sun oire on, et mikä on ongelma?” Et palataan lähtökuoppaan. Nyt sä oot lääkärin vastaanotolla ja tää on kyllä semmonen et tästä tulee yhden kanssa 20–30:sta tulee semmonen kina kun mä sanon et nyt tämä homma ei toimi tällai. Et sä oot vastaanotolla, täällä kerrotaan ensin mikä on oire ja sit me jutellaan ja voidaan keskustella siitä mitä sä oot siinä kattonu mut tää keskustelu ei lähe tästä liikkeelle et sä tuut kertoo et sul on tämmönen juttu ja sä haluut, tää ei oo mikään reseptintilausautomaatti. Mä oon ehkä vähän jyrkkä siinä mutta joskus se kommunikaatio tietysti vois olla vähän pehmeempääkin siin suhteessa. – 2AMY

Kieltäytyminen ”reseptintilausautomaatin” roolista voidaan lukea monista vastauksista, vaikka sitä ei aina ilmaista näin selväsanaisesti. Haastateltavien joukossa on kuitenkin myös henkilöitä, jotka kertovat voivansa jossain tilanteessa hyväksyä potilaiden tai potilaiden omaisten vaatimukset saavuttaakseen pitkällä aikaväl-

lillä asettamia tavoitteita. Tällaista puhetta luonnehtii kolmen hoitosuhteeseen liittyvän näkökohdan painottaminen: hoitomyöntyvyyden turvaaminen, yhteisymmärryksen saavuttaminen sekä hoitosuhteen ylläpitäminen. Nämä kolme näkökohtaa toimivat haastateltujen puheessa perusteluina sille, että lääkäri yksittäistapauksessa myöntyisi toimimaan potilaan toiveen mukaisesti ammatillisen harkintansa vastaisesti.

Mutta mä oon ajatellut sen niin, että jos mä ees tuon sitä tietoo sille potilaalle että sekin ois joku hyöty, että ehkä se seuraavalla kerralla mieltäkin sitä, että mitäs se silloin viimeks puhukaan, että tarviisko tätä sitten kuitenkaan, että jotain sais ehkä jäämään siitä. Mutta kyllä se semmonen keskustelu ja kuitenkin, vaikka tulee just se, että karvat pystyssä että ”minä päätän mitä kirjoitetaan”, niin et onhan se kuitenkin sen potilaan hoitoa eikä se lääke tuu mulle itelleni, että sillä lailla pitää jollain tasolla yhteisymmärryksessä kuitenkin olla sen potilaan kanssa. Koska sitten että se on ihan sama mitä mä kirjoitan jos ei se käytä sitä lääkettä, tai se on ihan sama mitä mä kirjoitan jos se marssii seuraavaksi sinne yksityiselle hakemaan sen lääkkeen mitä se haluaa, että jonkunlaista pelisilmää siinä täytyy olla.
– 15ANT

Puhujan mielestä lääkärin kannattaa valita taistelunsa silloin kun potilaan näkemykset hoidosta poikkeavat lääkärin arviosta. Vaikka potilaan vaatimuksiin taipumista on hänen mielestään mahdollista pitää hyvänä ammatillisena toimintana, tunnistaa sama puhuja kuitenkin myös sen, että joskus lääkäri voi vain yrittää välttää konfliktia ja toteuttaa potilaan toiveen, kunhan se ei ole vaarallinen. Seuraavassa lääkäri liittyy suostutelu kykyänsä päivittäiseen jaksamiseen.

Mutta se on joskus tosi vaikeeta perustella niitä. Niin, mä yrittäsin kyllä keskustella kovasti siitä että miksi sitä lääkettä ei ehkä tarvittais tai miksi tarvitaan joku toinen hoitomuoto, sitten myönnettäköön että on niitä päiviä ettei vaan jaksu tapella, et jos nyt tietää itte että tää nyt ei ihan metsään kuitenkaan mee, siis totta kai semmonen mikä ei millään tavalla oo asiallista niin ei nyt semmosta reseptiä koskaan kirjoita. Mut just sanotaan joku poskiontelotulehdus että ois suosittelavampaa hoitaa se nenäsuihkeella, mut potilas on sitä mieltä et hän on aina saanut antibiootin ja se on ainut mikä siihen auttaa, niin kyllä jossain vaiheessa se kamelin selkä katkee ja en mä loputtomiin jaksu siitä tapella.
– 15ANT

”Vaikeat” potilaat

Aineistossa oli myös pohdintoja siitä, miksi jotkut potilaat ovat muita haastavampia. Seuraavassa haastateltava puhuu hankalista potilaista, joiden luottamus lääketieteeseen ja lääkäreihin on horjunut huonojen kokemusten takia.

Yleensä siellä on jotain [huonoja kokemuksia] taustalla ja potilas on sitten päätenyt tämmöseen ajatukseen että hänen täytyy itse itseään puoltaa ja pitää selvittää ja etii internetistä. Joittenkin kohdalla saa sen luottamuksen voitettua ja ymmärtään, että nyt kuitenkin on ehkä parempi että mä tätä katon ja osa ei sitten vaan enää sitten luota. [...] Mut kyllä mä uskon että sen täytynt mennä-, henkilökohtasesti olla jotain huonoja kokemuksia mitkä on tietysti aina ikäviä ja se vaan kertoo sitten miten tärkeetä meidän ois joka kerta onnistua siinä kommunikaatiossa, joka kerta tehdä se asia kunnolla. Että sillä [kommunikaatiossa epäonnistumisella] voi olla tosi kauaskantosii vaikutusii koska loppujen loppuks sehän sitten vaarantaa taas sen potilaan terveyden jatkossa koska hän ei tuu saamaan, tai hän sais, mutta kun hän ei ota vastaan asianmukasta hoitoa niin se voi olla tosi vaarallista kyllä terveydelle sitten. – 2AMY

Sitaatista käy ilmi, miten tärkeänä monet lääkärit pitävät hoitosuhteessa onnistumista paitsi yksittäisen hoitotilanteen myös ylipäätään hoidon laadun kannalta. Aineistossa on myös esimerkki lääkärin omasta huonosta potilaskokemuksesta, joka saa hänet pohtimaan potilaan hänen näkökulmastaan huonoa asemaa sairaanhoidossa. Haastateltavan näkemykset vertautuvat Helsingin Sanomissa hiljattain julkaistuun mielipidekirjotukseen, jossa lääkäri oltuaan itse potilaana kritisoi sitä, miten potilas huomioidaan sairaanhoidossa, etenkin päivystyskontekstissa (Korpisaari 2016).

Ei se potilaana oleminen todellakaan kauheen helppoo oo. [...] Potilasta pitäs kuunnella enemmän ja sitten ehtii perustella niitten kans, miksi sitten kuitenkin se hoitoratkaisu on se mikä se on, eikä vaan sanota, että täs on tää leikkaus tehty ja lähe kotiin.

[K: Siinä ehkä tarvis käyttää enemmän aikaa?]

Aikaa-, mutta kun niillä on niin kauhee kiire, tosiaan se tuottavuus-, tää malli että pitää vaan, että potilas sisään, potilas ulos. Ei nykyään isossakaan [tietyn erikoissalan] leikkauksessa pidetä potilasta kun yhden yön sairaalassa. Niin musta vois kuunnella enemmän, ja ottaa potilaat enemmän ihmisinä, mutta laitoksissa

voi tapahtua tällasta tietysti. Mut onhan siellä lääkäreissäkin aina helmiä jotka kuuntelee, ja kyllä mua siis kuunneltiin-. Se lääkäri joka mut leikkas-. Niit oli kaks [erikoisala poistettu] erikoislääkäreitä, niin hän piti-, hän kävi joka päivä kattomassa mua ja mä olin se eri-, et kyllä hän piti huolta siitä. En mä jääny mihinkään, että-. Niiltä muilta saatto tulla tekstinä sitte vähän mitä sun tätä. – 20KNY

Sitaatissa haastateltava kritisoi saamaansa hoitoa lähes katkeraan sävyyn ja toteaa itseään hoitaneissa lääkäreissä olleen ”helmiä” mutta myös monia, jotka hänen näkökulmastaan täysin epäonnistuvat vuorovaikutuksessa potilaan kanssa, koska eivät kuuntele eivätkä kykene viestimään potilaalle toimivalla tavalla. Haastateltava päätyy selittämään huonoa hoitoa tuottavuuskeskeisellä organisaatiomallilla mutta katsoo silti, että sairaanhoidossa pitäisi pyrkiä ihmiskeskiseen hoitoon ja että joillekin ”helmille” tämä näyttää olevan mahdollista myös nykyisillä resursseilla.

Tällaista ihmiskeskeistä ajattelua edustavat haastatteluissamme hoitosuhteen toimivuudesta ja sen ylläpitämisestä puhuneiden haastateltavien näkemykset, joita edellisessä aluvuossa käsitelimme. Heidän puheessaan hoitosuhteen vaaliminen on hyvää lääkärintyötä ja se voi vaatia, kuten edellä siteerattu terveyskeskuslääkäri sanoo, ”pelisilmää”. Tulkitsemme, että pelisilmää tarvitaan nimenomaan vaikeiden potilaiden kanssa, jotka toivovat tai vaativat lääkäriä toimimaan lääketieteellisen asiantuntemuksensa vastaisesti. Ihanteen mukaan hyvä lääkäri huomioi potilaan toiveet ja pyrkii yhteisymmärrykseen turvatakseen hoitomyöntyvyyden ja hoitosuhteen jatkoon. Ihannetta toteutetaan kuitenkin kompleksisissa hoito-organisaatioissa, ja pelisilmän tarve näyttääkin vaihtelevan. Terveyskeskuksesta puhuttiin aineistossa usein potilastyön kannalta vaativana ympäristönä, kun taas erikoislääkärillä on toiset edellytykset rakentaa luottamusta.

Terveyskeskuksessa sen huomaa, että siis tännehan [sairaalaspecialistin vastaanotolle] jengi tulee suunnilleen lakki kourassa kuulemaan mitä nyt seuraavaksi tehdään mut tuolla terveyskeskuksessa siihen lääkäriin suhtaudutaan hirveellä semmosella epäluottamuksella, et ”nyt te varmasti teette jotakin väärin tai nyt te varmasti yritätte pimittää jotain tai pihdata jotaki hoitoa tai jos mä nyt oon tiukkana ja vaadin niin kyllä mummu nyt lähete-tään vielä CT-kuvaukseen”. Kyllä siellä on semmosessa aikamoisessa paineessa niitten vaatimusten taholta ja se täytyy olla sitten hirmu lujat hermot ettei provosoidu semmosesta ja jaksaa rauhallisesti kertoa ja selittää mitä tehdään ja miksi tehdään ja perustella. – 10AMS

Pelisilmän tarve vaihtelee toimintaympäristön mukaan. Viittaus erikoislääkärin vastaanotolle tulemiseen ”lakki kourassa” kertoo siitä, että specialistien nauttima arvonnanto heijastuu potilassuhteisiin. Auktoriteettia tukee todennäköisesti myös sairauden eksistentiaalinen ulottuvuus: mitä pelottavampi potilaan tutkittava sairaus on, sitä vahvemmin hoitosuhteen ohjailu vaikuttaisi olevan lääkärin käsissä. Silloin lääkärintyössä painottuvat aivan toiset potilastyön edellyttämät taidot, esimerkiksi kyky rauhoittaa ja osoittaa potilaalle lääkärin kykenevän arvioimaan oireita luotettavasti. Konkareiden on odotetusti nuorta lääkäriä helpompi ottaa ohjat käsiinsä, ja he ovat myös usein rakentaneet pitkiä potilassuhteita, joissa rakentuneen luottamuksen ansiosta potilas helpommin luottaa lääkärin arvioon.

Aineistosta on luettavissa implisiittisesti myös ajatus siitä, että hyvä potilas luottaa lääkäriin. Niinpä hyvän lääkäriyden ihanteet potilassuhteen osalta ovat varsin yhteneväiset: Korostetaan yhteisymmärryksen rakentamisen merkitystä ja puolustetaan ammatillisen harkinnan oikeutusta vetoamalla lääkärin velvollisuuteen ottaa kokonaisharkinnassaan huomioon hoidon turvallisuus potilaalle. Hyvään lääkäriyteen liitetään yleisesti taito ohjata potilasta suuntaan, jossa tämä hyväksyy lääkärin roolin hoidosta päättävänä ammattilaisena. Toisaalta hoitomyöntyvyyden turvaamisen nimissä hyvä lääkäri voi myös taipua potilaan toiveisiin hoidosta, josta ei katso tämän hyötyvän, kunhan siitä ei ole haittaa. Kaikkien lääkäreiden ei kuitenkaan ole yhtä tarpeellista tehdä työtä yhteisymmärryksen rakentamiseksi.

Aineiston tarkastelu osoittaa odotetusti, että lääkärin toimipaikka vaikuttaa siihen, miten potilas suhtautuu lääkäriin. Terveyskeskuslääkärit kohtaavat paljon vaatimuksia ja jopa kyseenalaistamista. Sairaalaspecialistit ovat potilassuhteissa vahvemmassa asemassa kuin terveyskeskuksissa toimivat: kun kyse on vakavista sairauksista, potilaat ovat saamastaan hoidosta kiitollisempia. Myös uravaihe vaikuttaa odotetulla tavalla: konkari voi nojata kokemukseensa tavalla, joka tukee hänen auktoriteettiaan suhteessa potilaaseen. Helposti saavutettavissa oleva auktoriteettiasema suhteessa potilaaseen tukee perinteistä lääkäriammattillisuutta, jossa lääkäri määrää hoidosta ilman että lääkäri käyttää paljonkaan aikaa yhteisymmärryksen rakentamiseen. Aineistossa esiintyvä puhe potilaiden huonoista kokemuksista kertoo tällaisen toiminnan aiheuttamista ongelmista, kun luottamus menetetään.

Aineistosta käy ilmi myös, että yksityislääkäri voi halutessaan myöntyä potilaan toiveisiin helpommin kuin rajatuin resurssein toimivan julkisen terveydenhoidon piirissä toimiva lääkäri. Aineistossa puhutaan myös siitä, että yksityissektorilla on houkuttimia myöntyä

potilaan toiveisiin, vaikka hoito lääketieteellisesti olisi hyödytöntä.

Yksityissektorilla tulonmuodostus on parempaa, mutta siinä sitten on tiettyjä seikkoja miks kaikki ei halua sit sinne yksityissektorille. Siellä ei välttämättä ole ehkä, käyttäskö termiä lääkärin tämmönen itsemääräämisoikeus tai tää että, mitä mä hoidan ja miten mä hoidan niin ei oo niin-. Siit ei voi niin pitää kiinni ku täällä [julkisella sektorilla].

[K: Minkä takii siit ei voi pitää kiinni siellä?]

Talouden lait. Siinä hyvin pitkälti joutuu kyllä kuuntelemaan sitten mitä se potilas haluaa. Täällä pystyy sanomaan joskus, että "voi kuule, että tää asia ei nyt ookaan ihan näin", että ei me tehdä niin, koska se ei oo ihan asianmukasta. – 33KNS

Eräs sairaalassa työskentelevä mutta aiemmin yksityisellä sektorilla keikkaa tehnyt nuori lääkäri kuvasi asetelman varsin suorasukaisesti tilanteena, jossa potilaan tyytymättömyys voi johtaa "tappeluun" lääkärin ja potilaan välillä.

Jos yksityispuolelle ihmiset tulee, niin jos ne on-, maksaa rahaa, kuitenkin ihan tuntuva summaa siitä lääkäristä ja ne omassa mielessään tuli sinne vain ja ainoastaan hakeen sen reseptin. Niin sitten sä kieltäydyt kirjottamast sitä ja pyydät silti vastaanottopalkkion normaaliin tapaan niin ihmiset on tosi tyytymättömiä. Ja suoraan sanoen vihasia. Ja pahimmas tapauksessa tulee ihan tappelu. Että jos on tietynlaisia. Mutta onneks aika vähän. [...] Että kyllä tässä nyt lähtökohtaisesti ihmiset kuuntelee. Ja just tää suomalaisen lääkäriin luottaminen ja arvostus. Että jos kerrotaan faktat ja puhutaan asioista ja näin niin kyllä usein ihmiset sitä kunnioittaa ja pitää sitten siitä kiinni. – 31AMS

Asetelma on lääkärin kannalta hankala, koska potilaan kaikkiin toiveisiin myöntymistä, "valintamyymlän" tavalla toimimista, olisi käytännössä mahdotonta puolustaa hyvän lääkäriyden ihanteiden mukaisena. Koko ammatin olemassaolon oikeutus on päinvastaisessa lähtökohdassa: "Jos potilas itse tietäis mitä hän eniten tarvitsee, niin hän ois jo hankkinu sitä ja hän ei ois meillä potilaana."

Potilassuhteen rakentamisesta puhuessaan lääkärit yleensä puhuvat potilaasta abstraktilla tavalla, mutta puheesta on luettavissa oletus lääkärin ja potilaan jaetusta kulttuurista, jossa lääkärin pelisilmä saa vahvistusta muun muassa potilaiden yleensä lääkäreitä

kohtaan tuntemasta luottamuksesta. Aineistossa vain yksi puhuja nosti esiin väestön kasvavan monietnitymisen vaikutukset potilassuhteiden rakentamiseen. Yksityissektorilla toimiva konkari on huolestunut etenkin tilanteista, joissa lääkärin ja potilaan välillä tulkkaava henkilö ei ole neutraali vaan värittää lääkärin viestin omaan näkökulmaansa sopivaksi. Miten lääkäri voi tuolloin varmistua siitä, että voi toimia potilaansa parhaaksi?

Lääkärin autonomian toteuttaminen on aika paljon vaikeampaa kun sillä on tulkki välissä, joka voi vaikuttaa sit siihen että se tulk-. Sä et tiedä miten sun viesti menee perille. Miten sitä muutetaan. Kuvitellaan muslimivaimo ja hänen mies ja mies tulkaa asioita vaimolle. Ja mieshän edustaa muslimimaailmankuvassa perheen päätä. Isoilla alkukirjaimilla. Niin tavallaan se vahingoittaa sitä autonomiaa. Että sun tulkki ei välttämättä oo neutraali, vaan se voi olla täysin väritetty ja sä et edes tiedä sitä. Eikä oo mitään muuta vaihtoehtoo. [...] Mä luulen että [tulkin välityksellä tapahtuvien hoitotilanteiden] määrät vaan kasvaa. Ja tästä esimerkiks, tässä autonomiakeskustelussa tai Lääkäriliiton keskustelussa tai muussa niin ehkä siitä on keskusteltu, mut en mä oo sitä missään huomannu. – 28KMH

KOLLEGIAALISUUDEN VELVOITTEET

Ammattikunnan itsesääntelyn keinovalikoimaan kuuluvat liiton antamat kollegiaalisuusohjeet, jotka edellyttävät, että yksittäiset lääkärit sitoutuvat yhteisiin pelisääntöihin ja ammattieettisiin periaatteisiin (Suomen Lääkäriliitto 2013b). Kollegiaalisuusohjeiden tarkoituksena on ylläpitää luottamusta ammattikuntaan takaamalla lääkärikunnan yhteiset toimintatavat, lääkäreiden välinen sujuva yhteistyö sekä potilaan hyvä hoito. Ohjeissa edellytetään, että lääkärit kantavat vastuuta kollegoistaan ja kollegiaalisista velvoitteistaan näitä kohtaan. Viime kädessä kollegiaalisuusohjeet toimivat keinona, joihin vedoten ja joita noudattaen professio tai sen jäsenet voivat puuttua yksittäisten lääkäreiden toimintatapoihin, mikäli "yksittäisen lääkärin toimintatapa on ristiriidassa koko profession hyväksi katsoman toimintatavan kanssa" (Suomen Lääkäriliitto 2015: 8).

Kun ammattikunta säätelee toimintaansa ja suojelee yhteisiä etuja kollegiaalisuussääntöjen avulla, tämä tarkoittaa yleisiä velvoitteita ja mahdollisesti kollegoiden puuttumista yksittäisen lääkärin työhön. Tässä mielessä kollegiaalisuus kysymys on autonomian kannalta keskeinen: missä määrin lääkäreiden voi ajatella toimivan työssään itsenäisesti ilman toisten lääkäreiden puuttumista työhönsä ja toisaalta miten ammattikunta

kollektiivina huolehtii potilaiden parhaasta mahdollisesta hoidosta myös puuttumalla jäsentensä toimintaan? Tarkastelimme kollegiaalisuuskysymystä erityisesti vinjetin numero kolme avulla.

Vinjetti 3: Vastaanotollesi tulee potilas, jonka tapahtuu ensimmäistä kertaa. Hänellä on vuosien ajan ollut sairaus X, jonka seurannassa hän on käynyt sinulle tutulla lääkärillä, joka on nyt lomalla. Kiinnität huomiota siihen, että potilaan hoidossa käytetyt lääkkeet eivät vastaa nykyisiä hoitosuosituksia. Miten toimit? Miksi? Mitkä asiat vaikuttavat päätöksentekoon?

Haastateltavien pohdinnoissa limittyvät kysymykset kollegiaalisuudesta, toisen lääkärin hoitopäätöksiin puuttumisesta ja potilaan parhaaksi toimimisesta – sekä myös hoitosuosituksen merkityksestä potilaiden hoidossa. Vinjetti ohjasi haastateltavat kuvailemaan ja pohtimaan lääkärin vastaanotolla tapahtuvia vuorovaikutustilanteita, joissa nämä kysymykset tulevat konkreettisesti vastaan. Näissä tilanteissa lääkärit joutuvat pohtimaan, mihin kollegiaalisuus heitä velvoittaa visaisessa tilanteessa. Esiin nousee myös kysymys siitä, millä perusteilla haastateltavat ovat valmiita luottamaan toisen lääkärin hoitopäätökseen.

Useimmat lääkärit ovat vastauksissaan varsin tietoisia yleisistä kollegiaalisuussäännöistä ja perustelevat niillä ratkaisujaan vinjetin kuvaamaan tilanteeseen. Siten vastauksissa esiintyy Lääkäriliiton kollegiaalisuusohjeiden mukaista ajattelua siitä, ettei kollegan toimintaa saa arvostella eikä kollegan pätevydestä levittää väärää tietoa, sekä siitä, miten tulee toimia, jos epäilee toisen lääkärin hoitopäätöksen olevan virheellinen. Lääkäriliiton (2013b) ohjeiden mukaan ”jos lääkäri havaitsee tai epäilee, että toisen lääkärin diagnoosi, hoito tai muu menettely on ollut virheellinen, on hänen ilmoitettava havainnoistaan asiallisesti kyseiselle kollegalle ja huolehdittava potilaan asianmukaisesta informoinnista ja hoidosta”.

Lääkärit puhuvat kollegiaalisuudesta myös haastattelun muissa osioissa. Kysyessämme lääkäreiltä, mitä mieltä he ovat lääkärinkuntaan kuulumisesta, monet puhuivat kollegiaalisuudesta. Kollegiaalisuus koettiin tässä yhteydessä pääosin positiiviseksi asiaksi. Sen ilmenymiä olivat toisten lääkäreiden kunnioittaminen sekä avun antaminen ja saaminen. Jotkut kuitenkin puhuivat kollegiaalisuudesta myös rasitteena. Nämä lääkärit perustelivat näkemystään sillä, että on lääkäreitä, joiden työ on niin arveluttavaa, etteivät haastatellut tunne kollegiaalisuutta tai halua olla kollegiaalisia heitä kohtaan. Näissä pohdinnoissa ilmenee myös tapa ymmärtää kollegiaalisuus lähtökohtaisesti periaatteeksi, joka pai-

nottaa puuttumattomuutta toisen lääkärin toimintaan. Näin ymmärretyn kollegiaalisuuden puolustamisesta toiset lääkärit haluavat selväsanaisesti erottautua. Kuten aineistosta ja myös Lääkäriliiton (2013b) ohjeista käy ilmi, ei kollegiaalisuutta kuitenkaan tarvitse tai pidä tulkita väärin käyttäytyvän kollegan suojelemiseksi. Lääkäriliiton määritelmän mukaan kollegiaalisuutta on myös kollegan toimintaan puuttuminen silloin kun tälle on hyvät perusteet.

Kollegiaalisuuden vaikutus hoitopäätökseen

Pohtiessaan vinjetin kolme kuvailemaa tilannetta lääkärit perustelevat yleensä päätöstään muuttaa tai olla muuttamatta toisen lääkärin hoitopäätöstä vetoamalla potilaan etuun. Kollegan henkilökohtaisen autonomian kunnioittaminen näyttöä näyttöä alisteisena potilaan edulle, mikä oli odotettavissa. Yleisesti lääkärit olivat valmiita vaihtamaan hoidossa käytettyjä lääkkeitä paremmin hoitosuosituksia vastaaviin lääkkeisiin, mikäli he arvioivat, että potilaan terveys voi olla uhattuna käytettyjen lääkkeiden vuoksi. Kynnys muuttaa hoitoa oli korkeampi silloin kun kollegan hoitopäätöksen aiheuttama mahdollinen haitta potilaalle arvioitiin vähäiseksi. Näin lääkärit arvioivat tilannetta aidosti monimutkaisena asetelmana, jossa ei ole yhtä absoluuttisesti oikeaa toimintatapaa. Sen sijaan tilanteessa on vastakkain erilaisia riskejä. Yhtäältä ovat potilaan terveyttä koskevat riskit, jotka ovat ensisijaisia. Toisaalta ovat myös lääkäreiden keskinäistä vuorovaikusta ja sen sujuvuutta koskevat riskit, joita on myös mietittävä vähintäänkin silloin kun potilaan terveyttä koskevat riskit eivät ole vakavia.

Yksi tapa ratkaista yllä esitetty dilemma on luottaa toisen lääkärin hoitopäätöksen olevan linjassa potilaan edun kanssa riippumatta siitä, mitä hoitosuositukset sanovat. Tässä yhteydessä lääkäreiden vastaukset toivat jälleen esiin joustavan suhtautumisen hoitosuositukseen (ks. s. 45–48). Pelkästään se, etteivät toisen lääkärin päätökset noudata hoitosuosituksia, ei itseltään selvästi riittänyt syyksi epäillä päätösten asianmukaisuutta tai muuttaa hoitoa. Lääkärit saattoivat vastauksissaan vedota toisen lääkärin asiantuntemukseen, joka ylittää hoitosuosituksen asiantuntemuksen: mikäli kollega ei noudata hoitosuosituksia, siihen on luultavasti potilaan elämäntilanteesta tai terveydentilasta riippuva syy, jonka vuoksi hoitosuositus ei ole paras ratkaisu. Lääkärit saattoivat myös vedota siihen, ettei potilaan sairauskertomuksissa välttämättä ole kaikkea oleellista tietoa. Tällöin toisen lääkärin on vaikea arvioida kollegan tekemän hoitopäätöksen perusteluita.

Aina on tietty kynnys lähtee muuttamaan toisen lääkärin määräämiä lääkkeitä, se on kyllä ihan selvä. Siinä voi

olla simmosiakin asioita mistä sä et välttämättä tiedä kun sä luet niitä sairauskertomustekstejä, ku sä mietit et minkä takia tää potilas käyttää juuri tätä lääkettä.

Kaikkea ei ehkä sanota siellä tekstissä, kun se toinen lääkäri tuntee potilaan paremmin ja jostain syystä on sitten päädytty vähän erikoisempaan lääkehoitoon.

– 30KMS

Toisen lääkärin määräämää lääkettä ei välttämättä muuteta pelkästään sen tiedon perusteella, että lääkevalinta on epätavallinen. Monet oikeuttavat epätavallisessa hoitopäätöksessä pitäytymisen vetoamalla siihen, että toisella lääkärillä täytyy olla hyvä syy hoitopäätöksen tekemiseen ja että hän tuntee potilaan paremmin. Jos potilas tässä tilanteessa voi hyvin, on parempi noudattaa toisen lääkärin hoitopäätöstä eikä ”mennä tökkiin nukkuvaa haisunäätä”. Usean haastateltavan mukaan kollegan hoitopäätöstä kunnioitetaan myös siksi, jotta potilaan luottamus ja hoitosuhde omaan lääkäriinsä pysyisivät vahingoittumattomana. Tätä toimintatapaa saatetaan pitää parhaana tapana hoitaa potilasta, varsinkin jos potilaan vointi arvioitiin hyväksi.

Potilaan tilanteen lisäksi lääkärit olivat kuitenkin valmiita huomioimaan myös kollegiaalisuuden luomat muut velvoitteet, kuten velvoitteen kunnioittaa toisen lääkärin ammattiaitoa ja ”ammattillisia kasvoja”, kuten edellä käsitellyt sitaattit myös osoittavat. Esimerkkinä tästä toimii myös erään sairaalassa työskentelevän konkarin vastaus, jossa yhdistyvät kollegiaalinen kunnioitus ja potilaan parhaaksi toimiminen.

Tää onkin pikkusen kimurantti siinä mielessä että se ei oo kauheen kohteliasta ja kollegiaalista arvostella toisen hoitoa, mutta meidän [lääkäreiden] pitää aina ajatella kuitenkin sitä potilaan parasta, niin kyllä mä tekisin niin, että mä vaihtasin näitä lääkkeitä mutta mä tekisin niin, että sanosin [potilaalle] että nyt mä ehdottasin että ko-keillaan näitä, ja palaa sen entisen lääkärin luokse, [...] keskustele sitten hänen kanssaan niistä jatkoista.

– 33KNS

Yllä oleva sitaatti on esimerkki tilanteesta, jossa lääkäri miettii, miten toimia yhtäältä voidakseen muuttaa ongelmallisena pitämänsä hoitolinjaa mutta toisaalta tehdä tämä siten, että se täyttää kollegiaalisuuden asettamat vaatimukset. Yksi tapa ratkaista tilanne on muutospäätösten hienovarainen kommunikointi sekä potilaalle että lääkärikollegalle.

Kollegiaalisuuden vaikutus tehdyn hoitopäätöksen kommunikoimiseen

Kollegiaalinen tavoite kunnioittaa toisen lääkärin asiantuntemusta ja olla vaarantamatta potilaan luottamusta toiseen lääkäriin velvoittaa lääkärit hienovaraiseen kommunikaatioon. Tämän vuoksi useat lääkärit kertovat, etteivät suoraan väittäisi toisen lääkärin hoitopäätöstä huonoksi. Seuraavassa sitaatissa konkari pohtii, miten huoli hoidon asianmukaisuudesta kommunikoidaan potilaalle.

No tästä tulee [...] tää lääkärikunnan kollegiaalisuus-seikka, joka siis ohjais ajatusta sillä tavalla, ettei aina-kaan lähdetä moittimaan sitä että ”kylläpä on hoitau vanhanaikaisella tavalla tämä kollega X ja onpa hienoa että tulitte minun vastaanotolleni, nyt tää muuttuu täydellisesti”. [...] Voi olla, että toisin esille sitten jotain että ”hyvin teitä on hoidettu mutta on myöskin tämmösiä ajatuksia tästä lääkähoidosta nykysin”, mutta en lähde sitä muuttamaan koska on se pitkäaikainen hoitosuhde. Mutta kannattaa ottaa sitten puheeksi siellä hoitavalla lääkärillä. – 14KMH

Epäily hoitopäätöksestä on mahdollista esittää potilaalle toista lääkärinä kritisoimatta ikään kuin vaihtoehtona. Yllä haastateltu konkari tekisi näin mutta ei muuttaisi lääkitystä. Päätöksen perusteluna on potilaan ja toisen lääkärin pitkäaikaisen hoitosuhteen suojeleminen. Hyvä lääkäri toimiikin tilanteessa sekä potilaan parhaaksi että kollegiaalisesti ilman ristiriitaa periaatteiden välillä. Seuraavassa sitaatissa toinen konkari lääkäri erittelee seikkaperäisesti, miten viestisi potilaalle hoidon asianmukaisuutta koskevan huolensa epäsuorasti mutta kuitenkin tavalla, joka johdattelee potilaan ottamaan asian itse esille oman lääkärinsä kanssa. Perusteena on jälleen hoitosuhteen varjeleminen, kunhan potilaan turvallisuus ei vaarannu.

Mä varmaan vähän ääneen ihmettelisin, että ”teillä on tämmönen lääke, menny pitkään ja”-. En lähtis sa-noon suoraan, että repikää ne vanhat reseptit, vaan että muu-. Eli mä tavallaan viritäisin sen tilanteen, että tässä nyt ei oo ehkä ihan kaikki kunnossa, ja luultavasti jos ei se nyt olis siis ihan pielessä se hoito, niin mä varmaan sanosin potilaalle, että hänen kannattaa sitten kun se vakituinen lääkäri on tullu lomalta niin mennä sen vakituisen luokse. Uusisin reseptit, olisin vähän hämmästyynyt, ja ihmettelisin. En lähtis rikkomaan sitä pitkää hoitosuhdetta, ja sitten mä varmaan, jos ois mahdollista, niin ottasin tän kollegan kans puheeks että ”kun mulla kävi tämmönen potilas, ja mä nyt vähän mietin että”. [...] Että suojelisin hoitosuhdetta, jos ei se oo se lääkitys aivan poskellaan. – 23KNS

Potilaan käyttäminen sanansaattajana näkyy aineistossa myös lukuisista muista esimerkeistä, joita haastateltavat antavat siitä, miten epäily kollegan hoitopäätöksen asianmukaisuudesta on muotoiltava potilaalle ja kollegalle. Kiinnostavaa on, että vaikka vinjetissä sanotaan "sinulle tutulle lääkärille", monet lääkärit vaikuttavat ajattelevan tilanteeseen heille tuntemattoman kollegan eivätkä halua olla tähän suoraan yhteydessä. Vasta jos kyseessä olisi selvä hoitovirhe, vastaajat olisivat yhteydessä kollegaan tai tämän esimieheen. Melko poikkeuksellisesti edellä siteerattu kokenut lääkäri olisi valmis ottamaan yhteyttä toiseen lääkäriin keskustellakseen tämän kanssa. Tässä toimintatavassa korostuu ajatus siitä, ettei mahdollista likapyykkiä pestä potilaan kanssa vaan kollegoiden kesken. Yhteydenotto hoitavaan lääkäriin vinjetin kuvilemassa tilanteessa on aineistossa harvinainen ratkaisumalli. Lausumista käy ilmi tällaisten tilanteiden ongelmallisuus yhteyttä ottavan lääkärin näkökulmasta. Koska kollega saattaa tulkita hoitopäätöksen kyseenalaistamisen loukkaukseksi, tilanne vaatii tahdikkuutta, kuten käy ilmi nuoren lääkärin puheenvuorosta.

Mut sitten se on ehkä vaikeempi ajatus, että sanoisko sitten erikseen sille kollegalle joka tulee sitten lomalta että "hei, olit määränny väärää hoitoo, että muutin ne sinne". [...] Koska siitäkin on pari kertaa on käynyt sillai että sitten semmonen, että jos on puuttunu johonkin tai sanonut sillä tavalla että "mun mielestä tää olis menny näin paremmin" niin sitten se toinen on siitä loukkaantunu jotenkin. Vaikka se ei oo mitenkään henkilökohtas-ta, mutta se on ottanut sen henkilökohtasesti. Niin ehkä sitten se, että jos huomais, että se tulis siellä käynnillä ja sitten sen potilasmerkinnän kautta ja perusteluineen sieltä niin se jotenkin, tulis pehmeemmin sitten tai näin.
– 17AMS

Jotkut haastateltavista pohtivat arvostelun välttämistä kynnyksenä, joka vaikeuttaa lääkäreiden välistä vuorovaikutusta. Potilaan hoidon oikeellisuutta koskevan huolen esittämistä vaikeuttavat myös profession sisäiset hierarkiat. Erään aloittelijalääkärin mukaan hänen on aloittelijan roolissa vaikea kyseenalaistaa kokeneemman kollegan hoitopäätöksiä. Käyttämämme vinjetin tilanteessa haastateltavien varovaisuutta voi lisätä myös se, että he tulkitsevat huolen aiheena olevan lääkärin toimineen jo pitkään alalla. Niinpä haastattelemamme nuoret lääkärit joutuvat kuvittelemaan tilanteen, jossa he kyseenalaistaisivat itseään pidempään ammatissa toimineen lääkärin toiminnan.

Kaikki puhujat eivät liitä kollegiaalisuuteen velvoitetta välttää toisen lääkärin loukkaamista vaan toteavat, että hoitopäätöksiä koskevien erimielisyyksien esille tuo-

minen on sekin osa kollegiaalisuutta. Konkarilääkärin mukaan "tää kollegiaalisuus toimii tämmösenä sisäisenä valvontajuttunakin kyllä että siinä vähän keskenään valvotaan ja kontrolloidaan mut että pyritään tämmönessä rakentavassa hengessä". Kuten edellä todettiin, myös Lääkäriliitto (2013b) ohjeistaa kollegiaalisuuden tarkoittavan myös sitä, että toiseen lääkäriin otetaan yhteyttä vinjetin kuvaileman tapauksen sattuessa ja mikäli tilanteessa on syytä epäillä hoitovirhettä. Myös tähän tilanteeseen liittyy oleellisesti diplomaattinen tapaus ottaa oma huoli puheeksi. Ilman "rakentavaa henkeä" kollegiaalisuus voi vaarantua.

LÄÄKÄRIN ETIIKKA JA YHTEISKUNNAN VAATEET

Lääkärilehden tuoreessa näkökulmakolumnissa esitetään, että terveydenhuollon ammattilaisten asema on viime vuosina oikeudellistunut lukuisten uudentyyppisten säännösten vuoksi. Etenkin monenlaiset ilmoitusoikeutta tai -velvollisuutta koskevat, esimerkiksi ajoterveyteen, ampuma-aseiden hallussapitoon tai lastensuojeluun liittyvät säännökset koskettavat potilas-lääkärisuhdetta ja sen ydinaluetta, muun muassa salassapitovelvollisuutta (Lehtonen 2016: 2408). Kolumnissa todetaan, että säännösten moninaisuuden ja toisaalta puutteellisuuksien takia lääkärit joutuvat yhä enemmän tulkitsemaan usein vaikeita säännöksiä. Lainsäätäjä on sysännyt harkintavaltaa yksittäisen terveydenhuollon toimijan harteille. Säännöksiä sovellettaessa ei riitä enää vain hoidollinen osaaminen, vaan monenlaista muutakin taitoa tarvitaan. Kolumnissa tulkitaan lisäksi, että yksittäisen potilaan aseman lisäksi oikeudellistumisen vaikutukset saattavat ulottua myös muihin intressitahoihin ja pitkällä aikavälillä yhteiskunnalliseen kehitykseen.

Tässä tutkimuksessa oikeudellistumisen ohella tarkasteltiin sitä, miten valtiovallan lääkäreille asettamia velvoitteita tulkitaan suhteessa lääkärin etiikkaan. Käytännön lääkäriä tekeviltä kysyttiin heidän kantaansa seuraavaan väittämään.

Väittämä 4: Lääkärin tulee tarvittaessa toimia lainvastaisesti, jos laki on ristiriidassa lääkärin etiikan kanssa.

Suurin osa haastateltavista ei kokenut Suomen lain ja lääkärin etiikan olevan juurikaan ristiriidassa keskenään. Mikäli väittämä ei tuonut haastateltavan mieleen mitään konkreettista, haastateltajat tarjosivat usein esimerkiksi ajoterveyttä koskevat lääkärin velvoitteet. Ajoterveyden valvonta kuuluu poliisille, mutta lääkärillä on velvollisuus ilmoittaa poliisille epäillessään jonkin sairauden vaikuttavan potilaan ajoterveyteen muuten kuin tilapäisesti. Ikääntyviltä autoilijoilta edellytetään myös

säännöllisiä lääkärintarkastuksia, ja poliisi voi määrätä autoilijan lääkärintarkastukseen.

Ajoterveydestä puhuessaan monet haastatellut pohtivat lääkärin roolia: kuuluuko tämä tehtävä lääkärille? Säädökset muuttavat lääkäreiden työtä jo pelkästään lisäämällä työmäärää. Pelkkä säädösten seuraaminen vaatii lääkäriltä itsenäistä perehtymistä, ja byrokratian prosessit vievät työaika.

Kyllä se on haaste pystyä seuraamaan sekä sitä lääketieteellistä puolta että sitte yhteiskunnallisia linjauksia, määräyksiä, asetuksia, muutoksia, jotka vaikuttaa sitte siihen tilanteeseen mikä on. Ja että sit ku niihin ei perehdytä kuitenkaan yhteisen koulutuksen avulla kovin perusteellisesti vaan sitten jokainen koettaa selvittää itteeseen ja silloin ne usein jää niin viime tintaan että sitten siinä tilanteessa joutuu selvittämään. Kuvitellaan vaikka joku ajokortti, lääkärintarkastusten määräysten muuttuminen, ja kun viranomaiset kehittää erilaisia lomakkeita joissa sitten asiat ovat aina uudella tavalla ja sit ne täytyy aina osata tehdä oikein. Ja silloin se on-, et nää on semmosii oikeestaan, et se aikapaine on semmonen, että siinä itse asiassa on niin paljon erilaisia asioita että on oikeestaan epärealistista lähestyä sitä niin että mulla on 60 minuuttia, mul on siinä kolme potilasta ja mä hoitaisin ne asiat sen aikana. Vaan se et käytännössä vaatii, että asioihin hieman syvennyttään etukäteen. Ja sitte vielä tehdään kirjallisia töitä jälkikäteen aika lailla. – 28KMH

Ilmoitusvelvollisuutta voidaan näistä lähtökohdista pitää lääkärityössä kuormittavana asiana, vaikka sen eettistä oikeutusta ei kyseenalaistettaisikaan. Erityisen kyseenalaisena ilmoitusvelvollisuutta pidettiin kuitenkin siksi, että sen ajateltiin yleisesti horjuttavan potilaan luottamusta lääkäriin. Haastatteluissa usein esiin nousseisiin esimerkkeihin – ajoterveyden valvontaan ja ampuma-asetelakiin – liittyvät ilmoitusvelvollisuudet jakavat kuitenkin haastateltavien mielipiteitä. Erityisesti eräät konkarit suhtautuvat kriittisesti valtion lisäämiin velvoitteisiin valvoa potilaiden terveydentilaa. Psykiatri-na toimivan konkarin mielestä ilmoitusvelvollisuuksien takia potilaan luottamus lääkäriin vaarantuu.

Ja siis ne on oikeesti aivan mielettömät ne Trafim ohjeet tällä hetkellä siitä että mitä pitäisi ilmi antaa. Mä olen kasvanu lääkäriks siinä vaiheessa kun se on ollut nimenomaan pelkästään hoitosuhde eikä yhteiskunnan käsikassara. Ja näin ollen mun on pakko vastata tähän niin, että tarvittaessa tulee toimia lainvastaisesti potilaan edun mukaisesti kyllä. En minäkään halua että ne ampuu itseänsä tai läheisiänsä, enkä halua että ne ajaa

kenenkään päälle. Siitä ei oo kysymys, mutta viimeisen päälle niiden noudattaminen johtaa siihen, että potilaat ei tuu vastaanotoille eikä saa apuansa. Ainakin nää ajoterveysmääräykset, mitkä on just tässä pari kuukautta sitten kirjattu, niin on sellanen kapitteli joka johtaa siihen, että potilaan pitää joka kertaa vastaanotolle tullessa pelätä ajokorttinsa puolesta. Niin minä jätän kyllä sen ajokortin huomioimatta tai koko ajoterveyden huomioimatta. – 18KMY

Samaan tapaan puhuu nuori lääkäri, jonka mielestä potilaiden hyvän hoidon tulee mennä huonon lainsäädännön edelle.

Et sitä asennetta on sitten et silloin kun se byrokratia tulee sen hyvän hoidon tielle niin kyllä lääkäri yleensä-, se hoito menee sen edelle. Mut sit tietysti nää on vähän et mitä lakia-, et nää on enemmän tämmösiä byrokratian kukkasia. Et sit ei näis yleensä puhuta siitä et me varastetaan ja murhataan ja tehdään tämmösiä isompia lain rikkeitä. Mut et lainsäädäntö alkaa olee niin byrokraattisesti hankalaa ja vaikeeta et se saattaa joskus mennä sen potilaan hoidon väliin. Silloin yleensä kyllä sillä lääkäriillä jää se laki toiseks siinä. – 2AMY

Sikäli kun lääkärit vastustavat lakien asettamia velvollisuuksia, on tärkeää, että he osaavat perustella vastustuksensa myös ammattikunnan ulkopuolisille yleisöille. Pelkkä lääkärin etiikkaan vetoaminen ei välttämättä riitä yhteiskunnallisessa tilanteessa, jossa lääkärikunnalta odotetaan yhä suurempaa avoimuutta maallikkoyleisön suuntaan. Yllä lääkärit käyttävät kahdenlaisia perusteluja: yhtäältä lain kirjallinen noudattaminen olisi käytännöllisesti mahdotonta tai typerää, toisaalta se saattaisi toimia potilaan terveydellisten etujen vastaisesti. Kaikki haastatellut eivät suinkaan jakaneet edellä siteerattujen lääkäreiden kantoja, vaikka lainsäädännön asettamiin ilmoitusvelvollisuuksiin suhtauduttiinkin yleensä kriittisesti. Eräs kokenut lääkäri pitää lainsäädännön lääkärin työhön aiheuttamia muutoksia ristiriitaisina ja ”hölhöinä”, mutta hän sanoi noudattavansa lakia kaikesta huolimatta. Lakien seuraaminen on hänen mielestään myös lääkärin velvollisuus, jonka yli oma etiikka ei voi mennä.

Tää [asetelakiin liittyvä] ilmoitusvelvollisuus on sillä tavalla aika ristiriitainen että [...] siitähän piti ensin tulla ilmoitus-oikeus, mutta sitten siitä tuli ilmoitusvelvollisuus. Tää on-, täs nyky-yhteiskunnas haetaan usein syyllisiä. Täs tulee usein siin keskustelussa, että no lääkäri on sit syyllinen ku ei se ilmottanu siitä [...] mut eihän se oo sen lääkärin vastuulla vaan se henkilö, jos hän menee ja ampuu jonkun, niin hän vastaa siitä mitä hän on

tehny, ei se lääkäri. [...] Vaikka se tuntuis vähän tylsältä [ilmoittaa ajonkykynsä menettäneestä henkilöstä] että nyt siinä, vois olla ristiriitaa mut kyllä, se on vähän siinä ja siinä, et kyllä mun mielestä lain mukaan pitäis toimia, mut että niitä on niin paljon esimerkiksi ajokykynsä menettäneitä, et eihän me muuta kerittäis tehäkään ku ilmotella niitä ja perustella niitä sitten, kun näistäkin muutamista potilaista [eräät] sitte valitti ku niistä tehtiin ilmoituksia poliisille siitä ajokyvyn menettämisestä, niin se poiki sitten niin paljo hommaa, et sen takia kaikki ei niitä ilmota. Mutta mä olen sitä mieltä että lääkärin ei tule toimia lainvastaisesti. Kyllä meitä sitoo aivan samalla tavalla kaikki lait niinku kaikkia muitaki täs yhteiskunnas, ei me nyt niin erikoisia olla. [...] Se on sinänsä hölmö juttu, että jotkut lait ovat hölmöjä. Mutta meidän pitää elää niitten mukaisesti koska ne on eduskunnan säätämiä lakeja. Ei voi mitään. – 25KNS

Monipuolisessa pohdinnassaan edellä siteeratut lääkäri tunnistaa, että velvoitteet muuttavat työtä hankalalla tavalla, koska ilmoitukset saattavat poikia pitkäjäisiä valitusprosesseja. Hänen mukaansa lainsäädäntö kuitenkin sitoo lääkäreitä. Samalla kannalla on terveyskeskuksen konkari, joka kokee, että ajoterveyden valvontaan liittyvä ilmoitusvelvollisuus on yhteiskunnan asettama tehtävä. Eettisessä kokonaisarviossa ei hänestä ole kyse vain yhden henkilön edusta vaan liikenneturvallisuudesta.

On vaikea tulkita toisinaan näitä, vaikkapa joku just ajokorttiasiaki, että miten siinä tehdään. Potilas haluaa pitää ajokorttinsa. Sen terveydentila pistää mut miettimään, että tän terveydentila uhkaa sen kykyä selviytyä siel liikenteessä. Niin silloin se mun tehtäväni on suunnitella se-, tai miten edetään niin, että tulee varmistettua, että riittääkö tää potilaiden terveydentilanne. [...] [Yhdessä tapauksessa] otin poliisitarkastajaan yhteyttä ja kysyin neuvoa. Tein uuden ajokorttitarkastuksen jossa edellytin, että potilas toimittaa, tai että tarvitaan geriatriin arvio. Toimin potilaan edun-, potilaan toiveen vastaisesti. On toimittava. Mutta se ei oo lääkärin etiikan vastasta kylläkään. Se on ehkä potilaan edun vastaisesti. Joissakin tämmöissä ajoterveysarvioissakin niin on se, että potilas on tämä joka on siinä vastaanotolla, se joka haluaa sen ajokortin, ja sit ne on kaikki ne muut. Onhan osa niistä myöskin mun potilaitani, ne jotka siellä on siellä samassa liikenteessä, tämän kanssa joka kenties ei selviä siellä liikenteessä. Joutuu tekemään ikäviä päätöksiä. Täytyy tehdä semmosta, että kaikki ei miellytä potilaita. – 1KNTH

Yllä siteeratut puheenvuorot osoittavat, miten myös toisilleen vastakkaisia päätöksiä on mahdollista perustella vetoamalla samaan periaatteeseen, tässä tapauksessa lääkärin etiikkaan: toiset perustelevat lääkärin etiikalla ilmoittamista, toiset ilmoittamatta jättämistä. Lääkärin etiikka toisin sanoen sallii erilaiset tilannekohtaiset tulkinnat. Haastateltavat pohtivat puheessaan myös sitä, mitä lääkärin etiikka oikeastaan on. Näkökulmat vaihtelevat. Yhtäältä lääkärit puhuvat etiikasta yhteisesti jaettuina ammattiin kuuluvina normeina, toisaalta henkilökohtaisena kysymyksenä. Haastattelun nopeasti etenevässä tilanteessa käsitykset etiikasta usein vaihtelevat. Lääkärin etiikan erilaiset tulkinnat tunnustaa myös eräs haastateltavista, jonka mielestä lääkärin tulee noudattaa lakeja juuri siksi, koska lääkäreillä voi olla erilaisia käsityksiä etiikasta.

Ei semmonen että, aina on seurattava etiikkaa aivan viimeeseen asti, koska sekin on kuitenkin se etiikka, vaikka kuinka mullakin on oikein kirja lääkärietiikasta, mutta se on kuitenkin jokaiselle ihmiselle eri asia, niin lait on kuitenkin kaikille samat, että se jotenkin-, etiikka voidaan kuitenkin soveltaa. Ja onhan näitä nähty et se toisten etiikka on todella kyseenalaista, välillä, että siinä mielessä ensisijaisesti kyllä lain puitteissa, ehkä on jotain poikkeuksia, mutta kuitenkin niin, että lakia noudattaen mentäis. – 15ANT

Edellä olevaa sitaattia voi lukea myös tapana kyseenalaistaa koko ajatus lääkärikunnan yhteisestä etiikasta tai lääkärin etiikasta: tosiasiasa lääkäreiden toimintaa ohjaa henkilökohtainen etiikka, minkä vuoksi lain on syytä olla määrävä. Profession merkitys etiikan perustana korostuu vastaavasti joidenkin haastateltavien puheessa, kuten edellä jo kävi ilmi (ks. s. 39–40). Siteeraamamme nuori lääkäri esimerkiksi painottaa, että etiikan ytimessä ”on syvempiä periaatteita jotka, menee yli sen yhden potilaskontaktin tai yhden hoidon tai yhden lääkärin”. Ihanteellisuuden rinnalla ammatillisella etiikalla on myös välinearvo: seuraavassa kokenut lääkäri perustelee, että etiikan vahvistaminen ja noudattaminen on hyödyllistä koko ammattikunnan aseman ja autonomian ylläpitämisen kannalta.

Ja sitten nää eettiset arvot mitä on, niin lääkäreillehän on ihan määritelty tämmöset eettiset käytännöt ja arvot. Niitten esillä pitämistä mä pitäisin erittäin tärkeänä, peruskoulutuksen, elikkä lääkärikoulutuksen ja erikoistumisvaiheen ja myöskin jatkokoulutuksen ja kaiken aikaa, koska se on ikään kuin semmonen henkinen selkäranka, ja joka tuo arvostusta ja luottamusta myöskin ulkopuolisilta jotka arvioi lääkäreitten toimintaa ja

käyttäytymistä ja toimenpiteitä, koska kaikki se eettisyys näkyy elämisenä ja toimintana ja käyttäytymisenä.

*[K: Mitkä on sun mielestä ne tärkeimmät eettiset ohje-
nuorat?]*

*Kyllä siinä niin, elämän ja inhimillisyyden ja ihmisyuden
kunnioittaminen ja arvostaminen, ja humanisuus ja oi-
keudenmukaisuus. Ja sitten oman tietotaidon kasvatta-
minen, hyvällä tasolla pitäminen, elinikäinen kouluttau-
tuminen. Ja mitäs kaikkea siihen. Semmosia voi sanoa,
että hyvään pyrkiminen ja pahan välttäminen. – 32KNH*

Parantajan roolin rajat ja ydin

Kulttuuristen ja yhteiskunnallisten arvojen muutos sekä lääketieteellinen kehitys muuttavat niin terveydenhoidon mahdollisuuksia vaikuttaa ihmisten elämään kuin myös ajatuksia siitä, mikä on normaalia ja sallittua. Lääkärikunnalla on ollut keskeinen rooli yhteiskunnallisena kontrolli-instituutina, ja tämä kontrolli on osin ulottunut sosiaalisiin ilmiöihin, kuten seksuaalisuuteen ja lisääntymiseen (ks. esim. Zola 1972). Lääkärikunnan rooli normaalin säätelijänä on muuttunut viime vuosikymmeninä siten, että repressiivinen ja rajoittava toiminta on paljolti purkautunut (ks. Helén & Jauho 2003). Silti lääkäreiden toiminta ja sille asetetut juridiset ja ammatilliset normit edelleen muokkaavat ihmisten elämää. Tässä alaluvussa käsitellään esimerkkejä tällaisista asioista, joihin usein liittyy yhteiskunnallisia kiistakysymyksiä. Tarkastelemme aborttia, transsukupuolisten pakkosterrilisaatiota, eutanasiaa ja paperittomien hoitoa, joiden tulkitsemme eri tavoin valottavan lääkäriyden ytimessä olevan parantajan roolin rajoja. Rajanvetojen avulla selkeytyy myös se, millainen eettinen toiminta lääkäreiden puheessa selvästi asettuu lääkäriyden ytimeen, parantajan tehtäväksi (ks. Abbott 1988).

Vaikka sosiaalisin perustein tehtävän abortin mahdollistava lainsäädäntö tuli voimaan jo vuonna 1970, on tällaisia aborttiperusteita vastustavat näkemykset säännöllisin väliajoin otettu esiin julkisessa keskustelussa. Viime vuosina tätä keskustelua on käyty erityisesti nostamalla esiin kysymys niin sanotusta omantunnonvapaudesta, jonka mukaan lääkäriillä ja muulla terveydenhuollon henkilökunnalla tulisi olla lakisääteinen oikeus kieltäytyä henkilökohtaisen vakaumuksensa vastaisista työtehtävistä. Omantunnonvapautta ajava kansalaisaloite kuitenkin hylättiin eduskunnassa vuonna 2015, eikä lakimuutos saanut tukea keskeisiltä lääkäriprofession toimijoilta, eli Gynekologiyhdistys ja Lääkäriliitto vastustivat lakimuutosta. Myös sosiaali- ja terveysministeriön eettinen neuvottelukunta ETENE vastusti ehdotusta (YLE uutiset 9.9.2015).

Kysymys omantunnonvapaudesta on pakottanut profession toimijat muotoilemaan yhteisen linjan selkeästi. Vuonna 2013 julkaistussa viimeisimmässä Lääkäriliiton lääkärin etiikkaa linjaavassa julkaisussa todetaan seuraavasti.

Lääkäriillä on oikeus toimia vakaumuksensa mukaisesti, mutta tämä ei kuitenkaan saa vaarantaa potilaan oikeutta saada tarvitsemaansa hoitoa, ehkäisyä tai raskauden keskeytystä. [...] Julkisessa terveydenhuollossa raskauden keskeytys kuuluu lääkärin virkavelvollisuuksiin, mikä lääkärin tulee ottaa huomioon erikoisalanelinnassa ja työhön hakeutuessaan. Myös perusterveydenhuollossa lääkäri voi joutua ottamaan kantaa keskeytyksiin. Jos lääkärin vakaumus ei salli sitä, että hän osallistuu millään tavalla raskauden keskeytyksen järjestämiseen, asia tulisi pyrkiä hoitamaan työnjohdollisin ja kollegiaalisin keinoin. (Suomen Lääkäriliitto 2013a: 82.)

Aineistossa kysymys omantunnonvapaudesta suhteessa raskaudenkeskeytyksiin tuli esiin tavalla, joka osoittaa, että tematiikka ja sitä koskevat mielipide-erot ovat tuttuja. Myös yhteiset linjaukset ovat tuttuja. Kysymys ei ole puhujille vain teoreettinen, vaan erimielisyys voi ainakin potentiaalisesti tulla esiin omassa työyhteisössä, joten heidän on otettava kantaa siihen, miten asia olisi kollegiaalisesti hoidettava. Joillekin tämä on arkipäivää, ja he ovat valmiita hyväksymään kollegan vakaumuksen aiheuttamat erikoisjärjestelyt. Seuraavassa terveyskeskuksessa työskentelevä konkari kertoo, kuinka hänen työkaverinsa kristillinen vakaumus on otettu työpaikalla huomioon ja miten asia on järjestetty esimiehen kanssa. Samalla kun kollegan vakaumusta kunnioitetaan, pidetään myös tärkeänä, että menettelytavoista on sovittu jo ennen potilaan kohtaamista, ettei tämän oikeuksia loukattaisi.

Minähän oon näitä tietysti [raskaudenkeskeytys] lausuntoja tehny mutta työkaverini, jonka kristillinen vakaumus-, joka oman vakaumuksensa vuoksi ei halua tehdä raskaudenkeskeytyslausuntoja, niin se on tiedossa ja hänelle ei näitä tämmösiä potilaita-, hänen tehtävät ei oo niitä. Se on otettu huomioon. [...] Mutta niin siis nehän täytyy ratkoo etukäteisesti tällaset niin että on sovittuna niin, ettei me jouduta tämmösiin niin että laillinen-, joku joka on potilaan oikeus lain mukaisesti mahdollinen, mutta jonka minä jotenkin koen esimerkiksi vääräksi, ja jonku toisen pitää tulla puuttumaan siihen minun ratkasuun sitä varten. Niin ne täytyy olla ratkotuna etukäteisesti, ettei näitä tämmösiä tilanteita ees tuu. – 1KNTH

Kaikki eivät hyväksy ajatusta siitä, että työyhteisön jäsenenä voisi toimia osallistumatta raskaudenkeskeytyksiin liittyvään työhön. Gynekologina toimivan konkarin mukaan kukaan ei tee raskaudenkeskeytyksiä mielellään, mutta toimenpide kuuluu virassa olevan lääkärin velvollisuuksiin. Seuraavassa hän myös esittää, että kollegat hänen erikoisalallaan yleisesti tukevat profession linjauksia. Hän kannattaa myös ajatusta siitä, että lääkärin ei pitäisi valita erikoisalaa, jossa työhön kuuluisi oman etiikan vastaisia toimenpiteitä.

Ja Lääkäri- ja Suomen Gynekologiyhdistyksellä on myöskin se kanta selkeesti et pitää, et he ei puolusta tätä, että olis etiikan mukaan oikeus kieltäytyä näistä töistä, eikä myöskään Lääkäriliitto, eikä varmaan suurin osa meistä gynekologeistaan joilla ei oo tämmöstä mieltä ollenkaan. Koska sehän yksinkertaisesti sitte jää toisille tehtäväksi, ja sitte tähän kyllä tähän gynekologian alaankin jos, johon kuuluu, kun sä oot virassa niin sulle kuuluu raskaudenkeskeytysvelvollisuus, tehdä niitä sairaalassa. [...] Siinä on niin pitkä aika kun sä teet sitä erikoistumista kuus vuotta et ehkä sun pitäis sillon miettiä että onko se tää se ala, kun tähän kuuluu monta mukavaa juttuu mut tähän kuuluu ne. Ja jos ne on etiikan vastasia niin musta etiikan pitäis puhua jo siinä vaiheessa, eikä tässä vaiheessa enää. [...] Ei näitä kukaan mielellään tee, mutta se on semmonen tehtävä, joka tehdään, siis eikä siinä oteta tunteita mukaan, mun käsittääkseni se on professionalismia, että tehdään. Ei se koskaan kenellekään naisellekaan oo helppo päätös. Musta siitä ei nyt kannata niin isoo numeroo tehdä.
– 20KNY

Tämän puhujan mielestä on epäkollegiaalista pyrkiä työhön, johon kuuluvia velvoitteita ei ole valmis hoitamaan. Hän nostaa myös esiin toisen eettisen näkökohdan: aborttipäätös ei ole helppo myöskään sen valitsevalle naiselle, ja hyvä lääkäri kykenee ottamaan huomioon myös tämän näkökulman. Aineistossa on myös esimerkki täysin vastakkaisesta näkökulmasta, jossa abortti tulkitaan surmaamiseksi, eikä se puhujan mielestä ole lääkärin työtä. Profession sisällä tällainen ajattelu on kuitenkin poikkeuksellista, ja puhujan lausumasta käy ilmi, että erikoistumisalan valintaa pyritään rajoittamaan, kun kyseessä on henkilö, jonka vakaumus olisi esteenä toimia gynekologina.

Opiskeluaikana mulle tehtiin selväks, että koska mä olen vakaumuksellinen abortin vastustaja, niin mä en tule koskaan saamaan erikoistumisvirkaa. Voidakseen erikoistua synnytyksiin, Suomessa lääkärin on tehtävä

abortteja. Ja no se ratkasuhan oli se, että mä luovuin sitte haaveista ja suunnitelmista. Ja löysin toisen tien. Että jos tulee laki, että ihminen pitää joissaki olosuhteissa tappaa-, niin ensinnäkään se ei ole mun mielestä lääkärin työtä. – 23KNS

Edellisen puhujan uraa on hänen lausumansa perusteella ohjannut profession portinvartijoiden toiminta. Tällainen portinvartijoiden mahdollinen ohjailu saattaa olla lääkäriprofession laajemmassa intressissä, kun pyritään välttämään tilanteita, joissa lääkäri ei olisi valmis täyttämään potilaan lainmukaisia oikeuksia. Mitään absoluuttista valtaa portinvartijoilla ei vaikuttaisi olevan, sillä olihan valinnanvapautta koskevan kansalaisaloitteenkin keskeinen toimija koulutukseltaan gynekologi (YLE Uutiset 9.9.2015).

Haastateltavilla lääkäreillä on erilaisia kantoja siihen, kuinka lääkärin henkilökohtainen vakaumus saa vaikuttaa valmiuteen tehdä tai määrätä raskaudenkeskeytyksiä. Joidenkin mielestä lääkärin henkilökohtainen vakaumus voidaan huomioida työpaikalla ja esimiehen kanssa voidaan sopia työtehtävien jaosta. Gynekologian alalla, jossa raskaudenkeskeytykset tehdään, kieltäytyminen henkilökohtaisen vakaumuksen perusteella lisää kollegoiden työ määrää ja on profession eettisten ohjeiden vastaista.

Lääkärin työssä on myös muita tehtäviä, joissa yhteiskunnalliset arvot ovat muuttuneet viime vuosikymmeninä lähes päinvastaisiksi. Aiemmin esimerkiksi homoseksuaalisuus oli luokiteltu sairaudeksi, mutta lääkärinkunnan rooli homoseksuaalisuuden kontrolloijana on nykyään kokonaan kadonnut. Tällä hetkellä esillä on transsukupuolisuutta koskeva yhteiskunnallinen sääätely, jossa myös on tapahtumassa merkittäviä muutoksia. Lääkäriliitto on julkaissut translakia koskevan lausunnon. Liitto ottaa lausunnossaan kantaa keskeiseen kiistakysymykseen eli nykyainsäädännön edellyttämään lisääntymiskyvyttömyyteen. Lääkäriliiton linjauksen mukaan lisääntymiskyvyttömyys ei liity transsukupuolisuuden diagnostisiin kriteereihin, eikä Lääkäriliitto siten näe estettä lisääntymiskyvyttömyysvaatimuksen poistamiselle laista (Suomen Lääkäriliitto 2014a).

Translaista ei aineistossa ole paljon puhetta, mutta asian esiin nostaneiden näkemykset tukevat Lääkäriliiton linjausta. Seuraavassa nuori lääkäri kertoo, että ajatus pakkosterilisaatioiden tekemisestä on niin vastenmielinen, että se vaikuttaa hänen uravalintoihinsa. Sama puhuja ottaa kantaa myös eutanasiaan, jonka hän olisi valmis hyväksymään, jos sen perusteista on selvät linjaukset.

Mä uskon et semmoset suuret linjat mitä tulee lainsäädäntöön niin on aika selkeitä. Ehkä nyt semmonen isoin juttu mikä tulee nyt heti mieleen on esimerkiks pakkosterilisaatio joka vaikuttaa mun mielest hyvin väärältä asialta, joka nyt on juridinen asia. Ja jos mä ite sitä semmosen-, no ehkä tää liittyy myös siihen työpaikan valintaan, et mä en usko että mä tällä hetkellä päätyisin työpaikkaan jossa niitä pakkosterilisaatioita tehdään. Siis viittaen nyt näihin sukupuolenkorjausleikkauksiin. Sitten vasta tietysti jotkut tämmöset eutanasiakysymykset on myös iso juttu. Niihin ei löydy mitään yhtä helppoa ratkaisua, yhtä helppoa vastausta, mut mä itse uskon siihen et eutanasia pitäis olla laillista. Se vaan pitää olla selkeä protokolla mitä siinä täytetään. Mä oon nähny semmosta ihmiskärsimystä tämän urani aikana joka on nyt, vaikka ei ole pitkä, niin on ollu kyllä ihan tapahtumarikas, että kyllä mä hyvin uskon sen, että eutanasialle on oma paikkansa. – 24AMT

Eutanasiaa koskevat näkemykset ovat kuitenkin aineistossa hajanaisempia. Osa haastateltavista kannattaa eutanasian laillistamista mutta ei olisi valmis rikkomaan lakia vakaumuksensa perusteella, jos lainsäädäntö ei eutanasiaa salli. Vaikka oma vakaumus sallisi eutanasian, haastateltavan näkökulmasta hyvä lääkäriys ei velvoita uhrautumiseen.

Henkilökohtasesti en ehkä olis siinä niin vahvasti mukana, että rikkosin lakia, koska en mä, no joo, kieltämättä siinä on ehkä laki joka on munkin etiikan kanssa ristiriidassa. Mä olisin joissakin tilanteissa aktiivisen eutanasian kannattaja, mutta en silti ehkä toimis kuitenkaan lainvastasesti, koska siinä on taas se tilanne, et sit joutuu henkilökohtasesti vastuuseen siitä. En menisi vankilaan kenenkään potilaan puolesta kuitenkaan, jos näin voi sanoa, ainakaan sen takia että tekisin eutanasian. – 10AMS

Joillekin oma etiikka mahdollistaa jo nyt ainakin hypoteettisesti avustetun itsemurhan. Seuraavassa kokenut lääkäri kuvailee omaa rajankäyntiään, jossa raja kulkee siinä, että itse ei aktiivisesti toimisi potilaan elämän päättämiseksi. Apua hän voisi kuitenkin antaa, mutta vain äärimmäisessä tilanteessa ja silloinkin vain jos potilas on päätöksensä tarkoin harkinnut.

Lähtökohtasesti mun tehtäväni on suojella elämää ja edesauttaa sen säilymistä. Mulla varmaan raja kulkis tämmösen avustetun itsemurhan rajalla. Et jos on joku-, näitä esimerkkejä on ollu, että on kroonisesti-, kipuja ei millään saada hoidettua, että potilas pitäis periaat-

teessa pitää nukutettuna että kivut pysyis pois. Niin siellä varmasti jonkun tämmösen avustetun itsemurhan hyväksyisin. Että potilas tulee pyytämään, että kirjoitatto mulle kolmekymmentä kymmenen milligramman Diapamia, saattasin aavistella mihin se sen käyttää, niin jos se ois mun oma potilas minä saattasin sen kirjoittaa, tietäen että ottaa ne kerralla ja se on sillä selvä. Mut en siihen pystyis lähteen, että minä ruiskuttasin häneen jotakin, joka sit johtaa kuolemaan. Siihen minä en-, ja se ois minun etiikan vastasta. Mutta minusta itsemurha on taas potilaan-, no ei aina, mutta tämmösessä tapauksessa varmasti ois tarkan harkinnan tulos. Onhan meillä näitäkin, jotka hetken mielijohteesta sitä tekee. Siihen en toki lähtis mukaan. – 37KMT

Haastatteluissa nostetaan esiin myös, ettei nykytilanne kuolinavun osalta ole mustavalkoisen selkeä. Aloiteleva lääkäri kuvailee seuraavassa vakavasti sairaiden potilaiden kipulääkitystä "harmaana alueena". Näissä tilanteissa eri osapuolten näkökulmat ovat helposti ristiriidassa, kun potilaan parhaaksi toimiessaan lääkäri voi herättää omaisten epäilykset aktiivisesta kuolinavusta.

Tämmöset loppuvaiheen syöpäpotilaan kipulääkitykset. Teoriassa siinä mennään harmaalla alueella. Koska ketään ei sais tappaa. Mut jos on kovat kivut niin ei aina voida olla ihan varmoja, että kuoliko se nyt päivää liian aikasin sen takia et sille annettiin kipulääkettä ja se romautti sen vai-, vai sitten sen takia, että se-. Tämmösiä hankalia tilanteita on joskus, yllättäen omaiset on sitte suuttunu näistä. Et ne on päätelly, että se on se-. Potilaal on ihan tappava syöpä ja se kuolis muutaman päivän sisään, hirveet kivut, niin omaiset on sitte suuttunu siitä että [on] annettu kipulääkettä. Että se on tappanu sen. – 9AMS

Haastatteluissa on kuitenkin myös eutanasiaa vastustavia näkemyksiä, jotka tosin ilmaistaan toteamuksella, että nykyinen lainsäädäntö on riittävä. Seuraavassa itse työssään vakavasti sairaita potilaita hoitava lääkäri tunnistaa, että vastaan voi tulla vaikeita tilanteita, mutta ei ole valmis astumaan aktiivisempaan rooliin.

Siis tää eutanasiakysymyshän on esimerkiks vaikee. Ja siis oma henkilökohtanen näkemykseni on se, että me pärjätään tällä, mikä meil on, mutta toki vois olla tosi vaikeita tilanteita. Ja meilläki on toki niitä saattohoitopotilaita, mut toistaseks oon kokenu et ne meiän keinot on riittävi mitä meil on. Ei silti ei sitä voi-. Kyllä Suomen laki on aika hyvä laki. – 12ANS

Eutanasia onkin hyvä esimerkki eksistentiaalisesta kysymyksestä, jonka osalta lääkärietiikan ja yhteiskunnan asettamien velvoitteiden yhteen sovittaminen on erityisen vaikeata. Etiikan asiantuntija Pekka Louhiala puhuu eutanasian laillistamisen ja sen toteuttamisen välillä näkemyksissä olevasta railosta. Hän toteaa, että jos toimenpide laillistettaisiin Suomessa, se olisi lääkärin työtä. Louhialan mielestä tällainen rooli olisi kuitenkin ristiriidassa lääkärinkunnan eetoksen kanssa, jossa painottuu vahvasti lääkärin asema elämän suoelijana – olkoonkin, että lääkärinvalassaan lääkärit sitoutuvat myös kärsimyksen lievittämiseen. Louhialan mukaan "ammattikunnan perinteet ovat elämän vaaliminen ja oireiden hoitaminen. Eutanasia on poikkeus päälinjasta." (Ahlblad 2015.) Tässä raportissa esitellyn analyysin kielellä Louhiala asettaa lääkärin eettisen ajattelun ytimeen käsityksen lääkärinä parantajana. Yllä käsitellyt muut kiistakysymykset, raskauden keskeytys ja transsukupuolisten pakkosterilointi, nostavat myös esiin parantajanäkökulman. Lääkärin tulee toimia potilaan parhaaksi ja hänellä on taito ja yhteiskunnan säätelämä valta tehdä lääketieteellisiä toimia, jotka helpottavat potilaan sosiaalista tilannetta.

Etiikkapuheeseen sisältyy ammatin harjoittamisen rajoja, joista osin vallitsee erimielisyyttä sen osalta, mitä oikea lääkäriys keskeisissä kiistakysymyksissä olisi. Puheesta voi poimia käsityksiä eettisestä toiminnasta, joka ymmärretään lääkäriyden ytimeksi. Parantajana lääkärin velvollisuudeksi on mahdollista tulkita tarvittaessa hoitaa potilaita silloinkin, kun yhteiskunta ei ole sisällyttänyt jotain tiettyä maassa vakituisesti oleskelevaa ihmisryhmää julkisen terveydenhoidon tehtäviin. Haastateltavat puhuivat paperittomien hoitamisesta positiivisena ja ihailtavana toimintana, jossa toteutetaan etiikan ydintä. Useampi haastateltava kertoi, että lääkärin eettinen velvollisuus tarjota hoitoa tarvitsevalle

ja vaitiolovelvollisuus menisivät edelle tilanteessa, jossa potilaan oikeus saada hoitoa olisi lainsäädännöllisesti epäselvä. Parantajan roolin kannalta tällaisissa tilanteissa monet puhujat korostavat lääkärin eettistä autonomiaa suhteessa yhteiskuntaan.

Mun mielestä on kyllä niin, et jos on epäselvää kuuluu tää potilas hoitaa vai ei niin silloin hoidetaan. Menkööt siinä inhimillisyyttä sitte kaiken muun edellä. Ei maksa niin paljon, että tästä mitään ongelmaa pitäis tehdä. Jos on tulkinnanvaraista nii silloin mun mielestä on jollain lailla etiikan mukaista tulkita potilaan eduksi asia. Selvitetään sitte pomolle. Otetaan moitteet sitte vastaan. – 1KNT

Lääkärin etiikan osalta tällainen tulkinta parantajan roolista onkin mahdollista perustella paitsi lääkärinkunnan ikaikaisilla periaatteilla myös kansainvälisesti sovituilta lääkärietiikan periaatteilla, joiden avulla professio voi puolustaa autonomiaansa yksittäistä valtiota vastaan.

Lääkärin tulee tarvittaessa toimia lain vastaisesti jos laki on ristiriidassa lääkärin etiikan kanssa. Joo kyllä mä olen samaa mieltä tän väittämän kanssa. Ja lääkärin etiikassa taitaa olla-, maailman lääkärijärjestökin sitä mieltä että lääkärin etiikka on semmonen, korkeatasoinen ja semmonen että, voi tukeutua näihin eettisiin kysymyksiin ja ne on niin velvottavia. Vaikka paperittomien hoito esimerkiksi Suomessa. Siinä ihmisyyttä ja ihmiselämä ja semmonen että poliittiset päätökset saattaa rajata joskus ihmisiä ulos ja se on vastoin lääkärin etiikkaa ja käytäntöä. Näin olen niin olen samaa mieltä tämän väittämän kanssa, että tarvittaessa lääkärin tulee toimia lain vastaisesti jos laki on ristiriidassa lääkärin etiikan kanssa. – 32KMH ■

6 Ammatillisten velvoitteiden säätely

Keskusteluissamme Lääkäriliiton kanssa nousi esiin kaksi keskeistä käytännön lääkärintyöhön liittyvää ammatillista velvoitetta, joiden osalta halusimme tarkastella lääkäreiden ajatuksia kerättävän aineiston avulla. Niistä molemmat liittyvät kliinisen työn tekemiseen. Ensimmäinen, useasti työhön kuuluva velvoite päivystää, liittyy muun muassa työaikoihin ja työn kuormittavuuteen mutta myös työstä saatavaan korvaukseen. Lääkäriliiton näkökulmasta päivystäminen on vahvasti sidoksissa lääkärinammatin yhteiskunnalliseen tehtävään ja erityisasemaan. Liiton tekemässä autonomiaselonteossa päivystäminen on nähty autonomian peruskysymyksenä (Lääkäriliitto 2015: 56): jos päivystysvelvoite ei hoidu lääkäreiden piirissä ilman ulkopuolista säätelyä, lääkärin ammattikunnan autonomia kapenee. Toinen ammatillisista velvoitteista, lääkärin vastuu huolehtia täydennyskoulutuksestaan, on myös nähty autonomiakysymyksenä. Yhtäältä täydennyskoulutus on lääkäreille keskeinen tapa huolehtia ammattitaidon ajantasaisuudesta ja siten luotettavuudesta suuren yleisön silmissä. Toisaalta kysymys on siitä, voidaanko lääkäreitä velvoittaa täydennyskoulutukseen ilman kokemusta siitä, että heidän henkilökohtainen autonomiansa ammatinharjoittajina kapenee.

Haastatteluissa kytkimme päivystysvelvollisuutta ja täydennyskoulutusta koskevat kysymykset myös kysymykseen Lääkäriliiton roolista lääkärin ammattillisen toiminnan säätelijänä. Siten ottaessaan kantaa päivystysvelvollisuuteen ja täydennyskoulutukseen haastateltavat ottavat kantaa usein myös siihen, miten ja joskus myös missä määrin heidän oma ammattijärjestönsä voi – tai sen tulee – osallistua ammatinharjoittamisen säätelyyn. Päivystysvelvollisuutta tutkimme haastattelussa vinjetin avulla, ja täydennyskoulutuksesta esitettiin väittämä. Lopuksi esitimme oman väittämän Lääkäriliiton valtuutuksesta säädellä yksittäisen lääkärin toimintaa.

YHTEINEN PÄIVYSTYSVELVOLLISUUS JA KOLLEGGIAALISUUDEN JÄNNITTEET

Lääkäriliiton huoli päivystyshaluttomuuden lisääntymisestä koskee lääkärin ammattikunnan asemaa. Pelätään, että jos lääkärit eivät itse sitoudu päivystysvelvollisuuteen, alkaa yhteiskunta säädellä velvoitetta lainsäädännöllisin keinoin, jolloin lääkärin ammattikunnan autonomia kapenee. Huoli

kasvavasta päivystyshaluttomuudesta on ymmärrettävissä liiton vuonna 2012 teettämän työmarkkinakyselyn perusteella. Siinä vain noin puolet vastaajista koki päivystykseen osallistumisen lääkärin velvollisuudeksi, vaikka päivystys kuuluu lääkäreiden virkaehtosopimuksiin ja monen lääkärin toimenkuvaan (ks. Suomen Lääkäriliitto 2014b: 19.)

Haastatteluissa lähestyimme asiaa vinjetin avulla. Toivoimme sen tuottavan aineistoa, joka valottaisi päivystykseen liittyviä kiistoja ja näkökulmia. Vinjetti oli muotoiltu seuraavasti:

Vinjetti 4. Toimit yksikössä, jonka toimintaan kuuluu päivystys oleellisena osana. Virkaehtosopimus velvoittaa lähtökohtaisesti osallistumaan päivystykseen. Koska päivystys on lääkärin virkavelvollisuus, niin päivystysvuorot on jaettava tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti, mikä on Lääkäriliitonkin näkemys. Yksikössä on töissä kollegoita, jotka eivät perustelluista syistä haluaisi päivystää. Tämä aiheuttaa ongelmia päivystysvuorojen jakamiseen. Mitä mieltä olet tilanteesta?

Yhteisen vastuun oikeudenmukaisen jakamisen vaikeus

Vinjettiä pohtiessaan vain harva piti päivystysvelvollisuutta sinänsä ongelmana. Enimmäkseen päivystysvelvollisuudesta puhuttiin neutraalisti ammattiin kuuluvana asia, tosin joidenkin konkareiden puheessa päivystystä kuvattiin nykyään aiempaa raskaampana. Toisaalta joku eri ikäryhmiin kuuluva haastateltava kertoi myös valinneensa työpaikan, jossa ei joudu päivystämään. Syiksi kerrottiin niin vapaa-aikaan liittyviä tekijöitä kuin se, että päivystäminen sinänsä on raskasta tai ikävää työtä. Omien päivystysmieltymystensä lisäksi haastateltut puhuivat myös yleisellä tasolla. Vain harva haastateltu mainitsi päivystyshalukkuuden yleisesti vähenneen tai puhui eri sukupolviin kuuluvien lääkäreiden erilaisesta suhtautumisesta päivystämiseen. Vain harvat, kaksi konkaria ja yksi aloittelija, mainitsivat nuorten lääkäreiden vapaan elämäntyöilyn kaipuun aiheuttavan ongelmia päivystysten järjestämisessä. Kyseisten konkareiden puheesta välittyi vahvasti ajatus siitä, että nuoret lääkärit priorisoivat toisin kuin heidän sukupolvensa ja että tässä piilee moraalinen ongelma. Toisen konkarin mukaan ongelma aiheutuu siitä, että nuoret ”lääkärit

eivät koe tätä päivystämistä samanlaisena velvollisuutena kuin me vanhemmat”. Tarkastelemme tätä ajattelutapaa jäljempänä tarkemmin, koska nuorten kollegoiden elämäntyyleistä käytävän keskustelun taustalla on laajaltiinkin levinnyt ajatus, että suhtautumisessa ammattiin sitoutumiseen olisi sukupolvien välinen juopa. Tämä näkökulma nousi esiin myös keskusteluissa, joita kävimme Lääkäriliiton kanssa, kun tätä tutkimusta suunniteltiin. Tarkastelemme kuitenkin aluksi aineiston päivystyksestä antamaa yleiskuvaa, jotta siihen liitetyt ongelmat eivät ylikorostuisi analyysissa.

Haastateltavat eivät vinjettiä pohtiessaan eivätkä haastatteluissa yleensä yhdistäneet päivystysvelvollisuutta autonomiaan. Koska päivystämistä ei pohdita esimerkiksi lääkäriammattin yhteiskunnallisen aseman kannalta, vaikuttaisi siltä, että asia ei käytännön lääkärin arjessa ole muodostunut ammattipoliittiseksi kysymykseksi. Toki myös vinjetin muotoilu ohjasi tarkastelemaan päivystyskysymystä ennen muuta yksikkökohtaisen työnjaon kysymyksenä, joskin vinjetti mainitsi myös lääkärin virkavelvollisuudet ja olisi muutoinkin mahdollistanut laajat yhteiskunnalliset kytkennot. Vain harva lääkäri kertoi vinjettiä pohtiessaan omista päivystykseen liittyvistä ongelmistaan, kuten kiireestä tai kohtuuttomasta paineesta. Tällaiseen pohdintaan vinjetti ei myöskään ohjaa, vaikka tarjoaa toki mahdollisuuden: lääkärit voisivat tuoda päivystämisen raskauden esiin yhtenä työn jakamiseen vaikuttavana tekijänä. Päivystykseen liittyviä ongelmia ei voi pitää edes erityisen arkaluontoisena puheenaiheena, sillä lääkärit ovat tuoneet ongelmat myös julkisuuteen esimerkiksi mielipidekirjoituksen muodossa (Husa & Kaltiainen 2016). Muutama haastateltu kuitenkin puhui päivystyksen kuormittavuudesta. Palaamme heihin myöhemmin luvussa seitsemän.

Vahvimmat kannanotot päivystäminen kirvoitti tarkasteltaessa asiaa työyhteisön näkökulmasta, jonka useimmat haastateltavat luontevasti valitsivat, kuten vinjetti ehdottaakin. Monet toivat julki, että yhteisestä velvoitteesta lipsumista ei työyhteisössä katsota hyvällä. Useat haastateltavista olivat itsekäkin tätä mieltä, ja osa oli lausumissaan varsin ehdottomia.

Ehkä ensimmäisenä herää semmonen ajatus, että jos on yksikkö jonka toimintaan kuuluu päivystys oleellisenä osana, niin minkä takia siellä yksikössä on töissä kollegoita jotka ei halua päivystää. Et tavallaan yleensä erikoisalavalinnassakin tulee ilmi, että on melkein numero 1 kysymys, että haluatko päivystää. Ja jos et halua päivystää niin ei kannata mennä vaikka kirurgialle tai anestesialle erikoistumaan. – 36AMT

Luonnehdimme tutkimuksessa tätä ehdotonta kantaa päivystysvelvollisuuteen perinteiseksi lääkäriammattillisuudeksi. Tämän ajattelutavan mukaan päivystäminen on erottamaton osa lääkäriammattia tai vähintään tiettyjä erikoisaloja, kuten seuraava aloittelija asian muotoilee: ”Mitä tulee sitten semmosiin henkilöihin jotka ei halua päivystää, niin siinä on tää ammatinvalintakysymys.” Näkökulma painottaa kollegiaalisuutta, jossa ihanteen mukaan lääkärikollegio jakaa vastuun päivystyksestä tasapuolisesti ja pitää kiinni yhteisistä velvollisuuksista.

Ehdotonta näkökulmaa edustaa aineistossamme vähemmistö puhujista. Heille päivystyksestä kieltäytyminen on mahdollista ainoastaan pakottavista syistä, kuten sairauden vuoksi. Enemmistö haastatelluista tunnistaa tilanteita, joissa päivystyksestä voi kieltäytyä tietyn ehdoin muutenkin kuin sairaustapauksissa. Näiden erilaisten näkemysten yhteensovittamattomuus voi osaltaan selittää päivystysvelvoitetta koskevia jännitteitä, joista monet haastateltavat kertovat.

Niin kauan ku meillä on tammönen systeemi ja meillä on velvollisuuksia, niin on kollegiaalista että ne keskustellaan läpi ja tehdään yhdessä ne päivystyslistat. Olen itsekäkin ollut tekemäs päivystyslistoja niin se on aika tylsää kun joutuu sitten itte lähteen päivystämään kun ei ole ketään joka päivystää, eikä saada mistään ketään. Tässä on puolensa ja puolensa. Mutta se kuuluu minun mielestä edelleen lääkärin velvollisuuksiin se mitä on sovittu siitä työpaikassa. – 25KNS

Kieltäytymismahdollisuuden tunnistava enemmistö mainitsee hyväksyttäviä syitä hakea helpotuksia päivystystaakkaan: heidän mukaansa kyse ei ole vain toisten haluttomuudesta tai sitoutumisen puutteesta eli syistä, jotka eivät useimpien heidänkään mielestään olisi hyväksyttäviä. Myös kieltäytymismahdollisuuden tunnistaville kysymykset tasapuolisuuudesta ja taakan jakamisen kollegiaalisuudesta ovat oikeutettuja, kuten seuraava sitaatti tuo esiin.

Ne [päivystysvuorot] pitää pystyä jakaa kollegiaalisesti. Jos on pieni lapsi ja lapsi on sairaana, niin se on itsensänselvyyttä, että silloin äiti ei kauheesti pysty päivystämään. Mutta että sitten on se, että jos minä otan nyt tämän päivystyksen, otatko sitten joskus minulta, että useimmiten tää sujuu. – 25KNS

On todennäköistä, että päivystäminen on perhesyistä hankalaa edelleen useammin naisille kuin miehille. Aineiston perusteella emme tästä voi tehdä systemaattisia havaintoja, kuten emme myöskään siitä, missä

määrin ikääntyvien lääkäreiden osallistuminen päivystämiseen voi nousta työyhteisön kiistakysymykseksi. Joidenkin aloittelijälääkäreiden mukaan erikoistumisvaiheessa olevien nuorten päivystystaakka saattaa kasvaa kohtuuttomaksi.

Ja sitten tietysti se että monilla aloilla päivystysvuoroja nakitetaan paljon erikoistuville lääkäreille. Että se kuuluu heidän hommiinsa hoitaa niitä, se bulkkiosa niistä päivystysvuoroista. Että vaikka siellä onkin seniorit niin kuitenkin suurin osa päivystysvuoroista menee niille nuorille erikoistuville. Että senkin takii siihen tulee semmosta ikäjakaumaa että nuoret päivystää enemmän kuin kokeneemmat. – 38AMT

Vaikka päivystäminen on oikeutettu osa erikoistumista, on aineiston perusteella selvää, että se on sekä fyysisesti että psyykkisesti kuormittava osa työtä. Niinpä veloitteeseen hoitaa oma osansa yhteisestä vastuusta ei ole moraalisesti oikeutettua suhtautua kevyesti. Ylipäätään haastateltavien puheessa päivystysten epätasainen jakautuminen on uhka työyhteisössä koetulle kollegiaaliselle vastuunkannolle, mutta syynä ei välttämättä ole yksittäisen kollegan toiminta vaan huonoksi koettu johtaminen ja työn organisointi. Eräs haastateltu kommentoi: ”Se on sitten sen esimiehen semmosta henkilöstöjohtamistaitoa sitten että rakentaa siitä semmosen kokonaisuuden jossa säällisesti osallistutaan siihen päivystämiseen mutta huomioidaan sitten eri elämäntilanteita.” Työyhteisön tunnelman kerrotaan kiristyvän myös silloin kun esimiestyössä ei ole huomioitu tarvetta pitää päivystyksiä tekevien joukko riittävän suurena.

Niin jos meitä on monta päästetty samanaikaisesti tekeen reunakoulutuksia tai johonki äitiyslomille tai tutkimusvapaille tai vastaavaa ja sitte yhtäkkiä jostain syystä supistuukin se päivystysrinki hirmu pieneen niin kyllähän se sitten vähän kiristää tunnelmia. Ja jos joutuu jatkuvasti päivystään enemmän kun normaalisti, sitten on koko ajan väsynyt ja kun on väsynyt niin on pinna kireellä. – 10AMS

Esimies voi lievittää huolta epätasaisesti jakautuvasta päivystystaakasta esimerkiksi pitämällä kirjaa juhlapyhien jakautumisesta tai rekrytoimalla päivystyksiin tarvittaessa ulkopuolista sijaistyövoimaa. Tällaisten toimien tarpeellisuus kertoo siitä, että päivystys kuormittaa työyhteisössä paitsi käytännöllisellä myös symbolisella tasolla. Työyhteisönäkökulma selittää sen, että monet haastateltavat osoittavat periaatteessa ymmärrystä

sille, että päivystäminen ei sovi kaikkiin elämäntilanteisiin, mutta tuovat perusteiden rinnalle toisen, kieltäytyjä moraalisesti velvoittavan seikan: kieltäytyminen lisää muiden työtaakkaa. Vastauksista on luettavissa varsin yleisesti jaettu työyhteisön pelisääntöjä ja tapoja noudattaa niitä, vaikka jotkut ovatkin muita ehdottomammalla kannalla. Useimpien mielestä päivystyksistä voi joissakin tilanteissa kieltäytyä, mutta hyvä kollega ymmärtää, että päivystyksistä kieltäytyminen lisää muiden työtaakkaa ja kieltäytyy siksi päivystysvuoroista vain tarpeeksi painavien syiden perusteella. Hyvä kollega osaa myös perustella kieltäytymisensä kollegoilleen oikein tavoin eli esittää kieltäytymisensä syitä, jotka muut voivat hyväksyä. Seuraavassa alaluvussa paneudumme tarkemmin päivystyksestä kieltäytymisen sääntöihin.

Milloin päivystämisestä voi kieltäytyä, vai voiko?

Pyysimme haastateltavia tarkentamaan, mitkä ovat perusteltuja syitä olla päivystämättä. Useimpien lääkäreiden mukaan terveyteen liittyvät asiat ovat perusteltuja syitä, mutta lapsista tai muista perhesyistä vastaajat olivat eri mieltä. Lähes puolet haastatelluista toi pienet lapset esiin perusteltuna syynä olla tilapäisesti päivystämättä. Konkari kommentoi: ”Voihan siellä olla just vaikkapa nyt joku naislääkäri jolla on pienet lapset ja on vaikka tullut yksinhuoltajuus hiljattain tai jotain tämmöistä. Sitä varmaan ymmärretään sitten kyllä.” Toisaalta myös vastakkaisia kantoja löytyi.

Jos perusteltu syy on se että on kollega jolla on bipolaarinen mielenhäiriö ja hänellä yövalvominen aiheuttaa hänen mielenterveytensä järkkymistä niin sitten hän ei päivystä. Me kollegat muut hoidetaan, ja se on ymmärrettävä asia. Jos hänet on otettu töihin niin se on ymmärretty siinä työhönottamisvaiheessa, että hän ei voi päivystää. Sitten jos on joku jolla on pieniä lapsia ja se vaan haluis olla niitten kaa kotona ja sitten hän on valinnut alan jossa päivystetään niin sitten se on voi voi. Sitten täytyy päivystää, tai sitten täytyy vaihtaa alaa tai työpaikkaa. [...] Esimerkiksi mennä tekee jotain muuta työtä sit siksi aikaa kun lapset ovat pieniä tai jotain muuta. – 2AMY

Joidenkin haastateltavien mielestä kieltäytyminen on mahdollista, mutta kieltäytyjän tulisi kertoa syynsä olla päivystämättä työyhteisölleen.

No tämä on kyllä kans-, tämä aiheuttaa säröjä tähän yhteisöön. Jos tavallaan joku ei osallistu yhteiseen [päivystykseen]. Päivystys on kuitenkin käytännös kai. Harva sitä tekee sillai, että "ah rakastan päivystä", en haluaisi tehdä muuta kuin päivystystä koko ajan. [...] Ja jotenki mun mielestä siis kyllä se kollega olis kiva jos se kertois avoimesti miksi hän ei päivystä. Se jotenki helpottas. Jos on vaikka joku sairaus, nii okei ei tietysti kaikkee tarvii kertoa, mutta kyllä hänen täytyy tietää, että muita ärsyttää se että hän ei päivystä. Ei se voi olla niin, et nii. Se on kyllä tavallaan jotenki tosi-. Mun mielestä se on epäkollegiaalista olla kertomatta. [...] Kyllä se taakka pitää jakaa tasaisesti kaikille. Ei siinä voi suosii ketään. – 12ANS

Avoimuustoiveen taustalla voi olla halu arvioida, ovatko perusteet kieltäytymiselle reilut, sillä kieltäytyminen liian kevein perustein ei useimpien mukaan ole hyväksyttävää. Nuori lääkäri kommentoi: "Mutta kyllä mua ärsyttää se, jos jotkut vaan semmosista vähän kevyemmistä syistä yrittää luistaa päivystysvuoroista. Mut lääkärit on onneksi sen verran tunnollisia, että niitä on aika vähän." Haastateltavat olivat tietoisia siitä, että päivystyksestä kieltäytymisen syitä ei välttämättä haluta kertoa kaikille, mutta tulkitsemme, että monen mielestä juuri kollegiaalisuus velvoittaa jonkinasteiseen avoimuuteen. Koska taakka on yhteinen, on jokaisella velvollisuus kertoa, miksi toivoo kollegoiden paikkaavan omaa osuuttaan.

Perhesyiden hyväksyttävyydestä vallitseva erimielisyys kertoo arvoyhteisön tältä osalta rikkoutuneen, mikä todennäköisesti näkyy jännitteinä työyhteisöissä, joista sekä saa että ei saa ymmärrystä perhesyihin vetoamiselle. Päivystyshaluttomuuden yhdistäminen siihen, että jotkut lääkärit priorisoisivat muuta vapaa-aikaa kuin perheen kanssa vietettävää aikaa, oli aineistossa harvinaista. Todennäköisesti vapaa-aika yleensä ei ole "perusteltu syy". Kuten yllä jo kävi ilmi, nuoriin lääkäreihin yhdistetyt perinteistä poikkeavat työn tekemisen muodot näyttäytyvät ainakin osalle muista työyhteisön jäsenistä epäkollegiaalisena yhteisestä taakasta "laistamisena". Ilmeisesti ongelmana perinteistä poikkeavissa työn tekemisen muodoissa on se, että ne voidaan tulkita haluttomuudeksi sitoutua yhteisöön. Kun välillä on "poissa remmistä", ei ole mahdollista olla säännöllistä työuraa painottavien silmissä hyvä lääkäri. Monien haastateltavien puheesta käy toisaalta ilmi, että kun päivystyksestä ollaan tauolla opintojen tai perhepaiden takia, syyt ovat luonnollisia eikä niiden perusteltavuutta tarvitse edes pohtia.

Päivystysvelvollisuutta koskevia jännitteitä

Päivystykseen liittyvistä ongelmista puhuessaan haastatellut tunnistivat, että on olemassa epäkollegiaalisesti käyttäytyviä yksilöitä, jotka huonoin perusteluin väistelevät päivystämistä. Päivystyshaluttomuuden lisäksi ongelmana pidettiin sitä, jos organisaatio ei syystä tai toisesta turvaa päivystykseen riittäviä resursseja. Vastauksista on luettavissa, kuten jo yllä kävi ilmi, että kyse voi tuolloin olla paitsi säästöistä myös puhujan näkökulmasta taitamattomasta johtamisesta tai siitä, ettei kollegiaalisuus työyhteisössä toimi toivotulla tavalla. Tällöin joko esimies ei riittävässä määrin huolehdi kokonaistilanteesta tai sitten työyhteisössä ei kyetä sopuisasti sopimaan päivystyksestä yhdessä siten, että työt jakautuisivat oikeudenmukaisesti koetulla tavalla. Käy myös ilmeiseksi, että uran alkuvaiheessa päivystykseen liittyvä henkinen kuormitus voi olla erityisen suurta. Aineistossa on esimerkkejä nuorten lääkärien päivystystyössä kokemasta yksinäisyydestä sekä kokemuksia siitä, että päivystystyössä puuttuu riittäväksi koettu tukiverkosto. Tällaisista kokemuksista kertoivat lähes yksinomaan sairaalassa työskentelevät aloittelijalääkärit. Seuraavassa otteessa toinen nuori sairaalalääkäri kuvaa päivystystä lähes kohtuuttomaksi vastuuksi, kun omia potilaita on useassa eri paikassa ja heistä jokaiselle voi milloin tahansa tulla hoitoa vaativia ongelmia.

Miettii vaikka päivystysaikaa kun täällä yksinään niistä vastaa niin [...] niitä potentiaalisia ongelmia voi kelle tahansa niistä potilaista tulla. Ja jos niitä on meidän vuodeosastolla ja toisella vuodeosastolla ja sitte neurologian vuodeosastolla ja lastentautien osastollahan on joku ja sitte vielä teho-osastolla ja tehovalvonnassa niin siin on äkkiä kuus paikkaa missä mul on potilaita. Ja ensiapuun tulee joku, niin siin on seittemäs. Melkein pitäis joku sähkömopo hankkia et pystyy sinkoileen paikast toiseen. – 10AMS

On huomionarvoista, että nämä lausumat tulivat aineistoon spontaanisti ilman että päivystystä tästä näkökulmasta nostettiin esiin. Haastateltavien puhe vertautuu myös jo edellä mainittuihin julkisuudessa esitettyihin lausumiin siitä, miten nuoret lääkärit työskentelevät sairaalapäivestyksissä liian kovan paineen alla (Husa & Kaltiainen 2016).

Kuten yllä on todettu, perinteiseksi ammatillisuudeksi nimeämästämme näkökulmasta päivystyksestä kieltäytymiseen ei juuri ole hyväksyttäviä syitä kenties tilapäisiä terveysongelmia lukuun ottamatta. Kyse on normista, jonka mukaisesti lääkärin työhön monissa toimipisteissä kuuluva päivystäminen tulee hoitaa

kollegiona ja sopia taakan jakamisesta yhdessä. Päivystysvastuusta ei tästä näkökulmasta voi kieltäytyä asettumatta kollegion ulkopuolelle, vaikka syyt olla päivystämättä sinänsä olisivat ymmärrettäviä. Ehdottomuutta perustellaan tässä ajattelutavassa sillä, että joidenkin kieltäytyminen päivystyksestä synnyttäisi epäoikeudenmukaisuutta. Perinteisen lääkäriammattilisuuden peruskivet on laskettu 1900-luvun alkupuolella aikana, jolloin lääkärikunnan ehdoton enemmistö oli miehiä. Lääkärintyön organisointi keskiluokkaisen miehen elämäntavan varaan perustui yhteiskunnalliseen tilanteeseen, jossa lasten ja kodin hoito oli naisten vastuulla (ks. Riska & Wegar 1993). Jännitteiseksi tilanteen tekee se, jos hyvän lääkärin ihanteeseen kuuluu edelleen päivystää mukisematta tavalla, johon sitoutuminen oli alun perin mahdollista lähinnä vain miehille tai naimattomille naisille.

Kun viime vuosikymmenten aikana on pohdittu naisten osuuden kasvun merkitystä lääkärikunnalle ja sen asemalle, tällaisen professionalismin kestävyttä nykyoloissa on etenkin yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa tarkasteltu kriittisessä valossa. Koska lääkärintyön organisointitavat ovat muuttuneet hitaasti, lääkärit saattavat edelleen uusintaa elämässään vanhakantaisia miehisiä toimintamalleja (ks. Davies 1996). Perinteisten miestapaisten hyvän lääkärin ihanteiden tilalle ei profession piirissä ole välttämättä syntynyt yhtenäistä uuden ammatillisuuden ihannetta, vaikka naisten osuuden kasvu lääkärikunnassa on monella tapaa kriisiyttänyt vanhoja toimintatapoja jo 1980-luvulta alkaen. Tästä syystä naislääkäreillä on yhä miehiä enemmän työhönsä liittyviä jännitteitä, kun he rakentavat uraansa työ- ja perhe-elämän ristipaineissa, kuten nuori mieslääkäri seuraavassa sitaatissa kuvaa.

Sanotaan että kyllä nuorilla naisilla meidän alalla on ehkä siinä mielessä vaikeeta että tietysti vaatimukset on ihan yhtä kovat kuin meillä miehilläki että pitäs leikata paljon ja olla kauheen kova klinikko ja pitäs tehdä tutkimusta ja olla hirveen kova tutkija ja sitten siinä sivussa kuitenkin hankkia vielä perhettäkin. Ja sitten kyllä noi äitiyslomat iskee aika pitkiä lovia sitten tohon erikoistumiseen kylläkin. Sanotaan että vaikuttaa haastavammalta. – 10AMS

Sitaatista on luettavissa, että lääkärintyön järjestämisen tapojen uudistukset eivät vaikuttaisi ainakaan riittävästi huomioineen yhteiskunnallisten ja kulttuuristen muutosten aiheuttamia muutospaineita. Vaikuttaisikin oletettavalta, että perinteiset rakenteet ja niitä tukevat puhuvat aiheuttavat tulevaisuudessa yhä kasvavia jännitteitä lääkäreiden keskuudessa. Viimeaikainen kan-

sainvälinen muista maista tehty tutkimus esittää, että uudenlaista suhtautumista lääkäriammattilisuuteen olisi syntymässä ”ruohonjuurista” käsin uusien lääkärisukupolvien vaikutuksesta. Jo aiemmissa luvuissa mainittu brittitutkimus esittää, että kasvava joukko nuoria brittilääkäreitä sukupuolesta riippumatta ottaa etäisyyttä nimenomaan perinteisen ammatillisuuden edellyttämästä kokonaisvaltaisesta sitoutumisesta lääkäriyteen. Uudenlainen ajatus ammatillisuudesta sisältää oikeuteksi koetun odotuksen saada tehdä ”mukavaa työtä” (Jones & Green 2006: 933). Samanlaisia tuloksia on saatu myös Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa, jossa erikoisalalan valintaan on osoitettu liittyvän toiveita tietynlaisesta elämäntavasta ja mahdollisuuksista vaikuttaa muun muassa työaikoihin (ks. Lawson 2013).

Mukavan työn odotus on tunnistettavissa myös meidän aineistossamme. Eräs konkari pohtii nuorten kollegoiden elämänvalintoja ja tulkitsee näiden sitoutumisen ammattiin olevan omaansa heikompa: ”En muista yhtään ainutta kurssiltani, joka olisi pitänyt jonkun väli vuoden pitääksensä hauskaa.” Puhuja vaikuttaa hämmentyneeltä tunnistamiensa uusien arvojen edessä. Arvioita nuorten lääkärin toiminnasta voidaan ehkä pitää moralisointina, koska nuorten kollegoiden työskentelytavat vaikuttavat vakiintuneita urapolkuja kulkeneesta lähes hoitotomilta. Kyse ei ole vain katkoksista sinänsä vaan katkosten moraalisesti epäilyttävistä motiiveista. Aineistossa ei esiinny lausumia, joissa nuoria lääkäreitä tuomittaisiin perhepäiden pitämisestä. Asiasta puhuttaessa saatetaan korostaa hyväksyvään sävyyn, kuinka miehetkin niitä nykyään pitävät. Uudenlaiseksi tunnistetut toimintatavat saattavat näyttäytyä konkarille paitsi moraalittomina myös muuten ongelmallisina, muun muassa päivystysten järjestämistä vaikeuttavina asioina. Eräs kokenut naislääkäri arvioi suoraan, että ”nuoret lääkärit eivät koe tätä päivystämistä samanlaisena velvollisuutena kuin me vanhemmat”. Seuraavassa hän arvioi nuorten lääkäreiden toimintatapojen olevan ongelmallinen kulttuurinen muutos, vaikka tunnustaakin, että perinteinen toimintatapa oli perhe-elämälle haitallinen.

Meille se oli itsestäänselvyys että terveyskeskuksessakin mä oon hirveesti päivystänyt. Ja se kuuluu asiaan että se kuuluu virkavelvollisuuksiin eikä siitä voinu kieltäytyä. Nyt sitten nuoremmat kollegat ne tekee sanotaan kuukausi töitä tai kaks kuukautta töitä, jotkut päivystää hirveesti ja joku ei halua päivystää ollenkaan, sitten taas lähtee.

[K: Mistä se johtuu, et nää nuoremmat kollegat ei halua päivystää samalla lailla?]

*He arvostaa eri asioita kuin me. Me pidettiin itses-
tänselvyytenä sitä että se nyt kuuluu asiaan että me
päivystetään ja kuuluu tehdä sitä ja tätä ja perhehän
siinä usein sitten joutuu kärsimään. Mutta nää meidän
nuoremmat kollegat niin heille vapaa-aika on ihan
erilainen. He arvostaa paljon enemmän tätä vapautta
tehdä muutama kuukausi siellä tai täällä ja tehdä sitten
jossain yksityispuolella, että he ei oo-. He on eri ajan
lapsia. Jotenkin niin aika on muuttunut sillä tavalla, että
he ei voi ymmärtää sitä, että joku voi olla vuorokauden
ympäri töissä. – 25KNS*

Seuraava sitaatti on esimerkki yllä siteerattujen
konkareiden tarkoittamasta uudesta ajattelutavasta,
jossa perhe-elämän ja muun elämän uhraamista työlle
ei enää hyväksytä. Siteerattu nuori lääkäri ei sinänsä
kyseenalaista päivystysveloitetta mutta sitoutuu siihen
ehdollisesti: päivystämistä pitäisi palkita, koska
vapaa-aika on itseisarvoisen tärkeä osa elämää, jota
ilman työhön ei riitä energiaa.

*Täälläkin [terveyskeskuksessa] spekuloidaan sillä et
tuleeko meille jossain vaiheessa päivystysvelote, ja
toivotaan kovasti että ei, mutta aika näyttää. [...] Mutta
kyllä musta tuntus että mun päivätyön lisäksi, mä en
enää jaksais lähteä, että mä tästä menisin töistä illaksi
päivystään ja tulisin huomenna taas tähän töihin, että
kun yleensä siitä on sitä kuitenkin jonkinlainen päivys-
tysvapaakin, että saa sitä vapaa-aikaakin. Kyllä mä-,
ja musta tuntuu että mun ikäluokka arvostaa kyllä sitä
omaa vapaa-aikaansa sen verran, että jotenkin, että
siellä on just se perhe on tosi tärkeä, sille halutaan
aikaa, harrastukset on tärkeitä, ihmiset haluaa matkus-
taa, että se työ ei oo henki ja elämä, että kaipaa sitä
palautumistakin siitä työstä. Tai musta ainakin tuntus
että jos mä vaan menisin tästä toiseen hommaan ja
kävisin yön kotona nukkumassa ja tulisin takasin niin
ei mulla ois kohta enää paukkuja tähän. Onneksi siellä
kotona nyt on kuitenkin mies ja koira jotka odottaa, että
en tiedä sitten et jos olis ihan ittekseen eikä sillä lailla
ketään muuta elävää olentoa kohtaan kotona velottei-
ta niin ehkä sitä sitten tekiskin, että sitä vois hakee sillä
jotain, että sitten pääsee vähän reissaamaan kun tekee
päivystyksiä. Saa vähän rahaa tai jotain tämmöstä,
mutta toistaseks näin. Mutta just että jos ei niitä saada
yhteisymmärryksessä vuoroja jaettua niin sitten sitä
kannustusta palkan muodossa tai muuten jonkun va-
paan tai jonkun semmosen, tai sitten loppujen lopuksi
se että joku sanoo että se on vaan tehtävä näin. Että
eihän siihen vellomaankaan voi jäädä, että jonkunhan
siellä on oltava, mutta onneksi on niitä joita kiinnostaa.
– 15ANT*

Edellä siteeratun nuoren lääkärin puhe eroaa
konkareiden puheesta myös siinä, että vapaa-aikaan
tai matkusteluun panostamista ei tuomita esimerkiksi
perhe-elämään verrattuna. Hänen ajattelussaan hyvänä
lääkärinä toimiminen edellyttää mahdollisuutta elää
täysipainoisesti muutakin elämää eikä työ ole ”hen-
ki ja elämä”. Haastateltava hyväksyy periaatteessa
päivystysveloitteen olemassaolon, mutta hän pitää
päivystystä myös erityisenä tekona, josta on luontevaa
maksaa erillinen palkkio. Hän katsoo riittäväksi, että
vastuun päivystyksestä kantaa työyhteisö, sillä päivys-
tykseen liittyvät palkkiot – helpommin kuin sisäistetty
päivystysvelvollisuus – motivoivat osaa lääkäreistä
päivystämiseen. Aineistossa tämä siteerattu puheta-
pa oli kuitenkin harvinainen myös nuorten lääkäreiden
keskuudessa.

Kansainvälinen tutkimus uudesta, lääkäriyden roolia
”vain yhtenä” osana elämää pitävästä ammatillisuu-
desta on todennut, ettei tämäkään ammatillisuus ole
vailla veloitteita. Veloitteita vain tulkitaan uusin tavoin,
muun muassa korostamalla työn yhteisöllistä luonnetta
(ks. Jones & Green 2006). Tärkeätä uudenlaisessa lää-
käriammattillisuudessa on myös lääkäriyden ja muiden
elämänsisältöjen tasapainottaminen. Jotkin näistä ovat
varsin perinteisiä ja sukupuolittuneita: yhdysvaltalaises-
sa kontekstissa paine olla lääkärin lisäksi hyvä äiti on
naisille edelleen suurempi kuin miehille isyyteen liittyvät
odotukset (Lawson 2013). Samanlaisia paineita vaikut-
taisi olevan myös Suomessa.

TÄYDENNYSKOULUTUKSEN VÄHIMMÄISKRITEERIT – VASTUULLISUUTTA VAI KAPENEVAA AUTONOMIAA?

Haastateltuja pyydettiin pohtimaan seuraavaa täyden-
nyskoulutuksen säätelyä koskevaa väittämää.

*Väittämä 5: Viranomaisten tai Lääkäriliiton tulisi asettaa
vähimmäiskriteerit sille, mikä on riittävää täydennyskou-
lutusta kliinistä hoitotyötä tekeville lääkäreille.*

Autonomiaselonteossaan Lääkäriliitto (2015) on poh-
tinut EU:lta tulevia muospaineita, joiden tavoitteena
on EU-integraation syventyessä harmonisoida lääkärin
täydennyskoulutusta. Tämä tarkoittaisi käytännössä
sitä, että Suomessakin oikeus harjoittaa lääkärinam-
mattia kytkettäisiin säännönmukaiseen ammattitai-
don viranomaistarkastukseen. Kansallisesti on jo nyt
säädetty täydennyskoulutusvelvollisuudesta, mutta
esimerkiksi koulutuksen määrä ei ole laissa määritelty.
Tällä hetkellä Lääkäriliitto suosittelee, että työnantaja
kustantaa työntekijälleen täydennyskoulutusta vähin-
tään kymmenen päivää vuodessa. Profession tai työnan-

taja ei juuri valvo lääkäreiden osallistumista täydennyskoulutukseen, joten lääkkäriellä on suuri henkilökohtainen autonomia päättää itse täydennyskoulutuksestaan.

Suurin osa haastatelluista oli jonkinlaisten kriteerien asettamisen kannalla. Osa oli ehdottomasti kriteerien kannalla. Toiset pitivät kriteerejä ikävänä mutta tarpeellisenä valvontakeinona. Haastateltavat myös korostivat, että vähimmäiskriteerit tulisi laatia alakohtaisesti eikä niiden tarvitsisi olla kaikilla samat. Lisäksi painotettiin, että täydennyskoulutautumisen laadukkuuteen tulisi panostaa. Osan mielestä kriteerien asettaminen ei myöskään riitä, vaan niiden noudattamista tulisi lisäksi valvoa. Valvojana eniten luotettiin valtioon eli Valviraan.

Kriteerien asettamisen kannattajat perustelivat kantaansa yleisimmin sillä, että tällä hetkellä kaikki lääkärit eivät koulutaudu tarpeeksi. Muutamat lääkärit olivat kriteerien asettamista vastaan tai eivät ottaneet väittämään selkeää kantaa. He korostivat joko sitä, että lääkärin etiikkaan kuuluu itsensä ajan tasalla pitäminen, minkä takia ulkoapäin tuleva sääntely on tarpeetonta, tai että vähimmäiskriteereitä on vaikea toteuttaa hyvin ja tarkoituksenmukaisesti. Ensin mainittu, vähemmistöön aineistossamme jäävä näkemys on perinteisen laajaa autonomiaa puolustavan näkemyksen mukainen: lääkäriprofession normien ja etiikan katsotaan antavan lääkäreille lujan pohjan täyttää yhteiskunnan ja hallinnon heille asettamat odotukset, eikä lisää valvontaa kaivata. Tällainen tulkinta lääkäriammattillisuudesta on ollut vallalla kansainvälisesti pitkään (ks. Numerato ym. 2012).

Meidän aineistossamme useimmat olivat kuitenkin valmiita hyväksymään pätevyyden ylläpitämiseksi välttämättöminä pidetyt toimet. Näiden havaintojen tulkitsemisessa on jälleen hyvä muistaa, että haastatteluisammamme lääkärit puhuivat ammattikunnan ulkopuoliselle yleisölle ja pyrkivät vastaamaan myös maallikkoyleisön oletettuihin odotuksiin. Yleisön odotuksissa nykyaikainen lääkäri on avoin, vastuullinen sekä valmis hyväksymään sen, että hänen toimintaansa jatkuvasti säätelevät ammatillaiset itse mutta joskus myös ulkopuoliset, lähinnä viranomaiset. Haastateltavien puheessa toistuu usein toteamus siitä, kuinka moderni, hyvä lääkäri opiskelee jatkuvasti ja päivittää tietojansa – ainakin niin paljon kuin työn ulkoisten rakenteiden puitteissa on mahdollista. Muutama haastateltava mainitsee, miten koulutuksiin on vaikea lähteä kiireisestä työstä, koska koulutuksen aikana omat työt vain kasaantuvat lisää.

Täydennyskoulutusveloitteen hyväksyvien haastateltavien mielipiteitä jakoi kysymys siitä, tulisiko kriteerien olla viranomaisten vai Lääkäriliiton asettamia. Lääkäriliittoa puoltavat pitivät sitä oikeana kriteerien asettajana muun muassa sen takia, että lääkärin omalla järjestöllä on tarvittava osaaminen. Lisäksi pidet-

tiin hyvänä, että täydennyskoulutuksen kriteereistä päätettäisiin profession sisällä. Uskottiin myös, että liiton kriteerit vaatisivat kevyempää byrokratiaa viranomaisilta lähtöisin oleviin kriteereihin verrattuna.

Toiset taas katsoivat, että Lääkäriliiton tehtävä ei ole säädellä jäsenistönsä toimintaa, vaan sääntely ja valvonta kuuluvat viranomaisille, joilla on siihen oikeat keinot. Osa puolestaan oli sitä mieltä, että viranomaisten ja Lääkäriliiton tulisi yhdessä kehittää vähimmäiskriteerit. Noin neljäsosa haastateltavista korosti, että vähimmäiskriteerit ovat liiton tai viranomaisten sijasta nimenomaan työntäjän asia. Työntäjän tulee sitoutua koulutusten kustantamiseen ja työntekijöidensä pätevyyden valvontaan. Vastauksissa käy ilmi, että koulutusten kustannukset ovat lääkäreitä askarruttava kysymys. Osa haastatelluista on innokkaita koulutautujia, ja heitä ärsyttää, kun työnantaja ei kustanna heidän mukaansa tarpeeksi koulutusta.

Sairaalassa työskentelevä konkari puolsi ajatusta profession omasta täydennyskoulutuksen säätelystä potilasturvallisuuden nimissä. Lääketieteen kehityksessä on potilaiden kannalta vaarallista, jos lääkäri ei koulutaudu. Hänestä Lääkäriliiton tulisi tehdä aloite vähimmäiskriteerien asettamista varten yhdessä viranomaisten kanssa ja linjata toimintaa, koska profession intressissä on osoittaa vastuullisuutensa asiassa.

Kyllä että mejän täytyy ruveta osoittamaan että me ollaan oltu täydennyskoulutuksessa ja tehdään sitä. Kaikki ei sitä tee, ja se on vaarallista, koska tutkimustieto lisääntyy hurjaa vauhtia koko ajan ja kaikki on dynaamista ja muuttuu nopeasti. Jos sä et ollenkaan perehdy asioihin niin sä voit ruveta oleen sitten vähän niin ku vaarallinen sille potilasryhmällesi. Se että miten se tehdään on eri asia mutta minusta tää pitäis kyllä toteuttaa.

[K: Onko se sitten viranomaisten vai Lääkäriliiton tehtävä sun mielestä?]

No minusta tää kyllä kuulus Lääkäriliitolle pitkälti. Toki siihen tulee sitte nää täydennyskoulutustahot ja näin mutta Lääkäriliiton koordinoimana sitten minusta tää vois tapahtua. Ei se ehkä, no, toki Sosiaali- ja terveysministeriön asiahan se jossain kohtaa on, mutta minusta Lääkäriliiton ois hyvä tehdä se aloite ja lähteä tätä tekemään. – 30KMS

Toinenkin konkari lääkäri on vahvasti sitä mieltä, että täydennyskoulutus on profession asia. Hänestä profession on myös tärkeää huolehtia siitä, että täydennyskoulutus on oikeasti laadukasta.

*Kyllä mä olen sitä mieltä, että minusta se tuon Lääkäri-
liiton asia olis. Ei viranomaisten niinkään. Mutta se on-
Täytyisi ehdottomasti saada toteutettua. Ja se, että
vähimmäiskriteerejä tai muita asetetaan, niin se on hyvä
asia, koska tänä päivänä menee niin, että kun mä teen
siis paljon koulutuksia, niin mä joudun tietysti näke-
mään tilanteita, että on sisäinen koulutusohjelma jossa-
ki työpaikassa ja siellä kukin vuorollaan toimii kouluttaja-
na. [...] Usein mitä kömpelöimmillä tavoilla. Ja porukka
poistuu tilasta täysin ilman mitään kotiin viemisiä. No
tää on kärjistettyä, mutta sekään ei riitä toisin sanoen,
että olis kaksi tuntia koulutusta viikossa. Koska jos se
on sitä kotikutosta, niin missä sen laatu on? Elikä siinä
pitäis olla vähimmäiskriteereissä myös laatumäärittelyä,
eikä puhuta pelkästään tunneista tai päivistä. Vaan sen
pitäis olla vaikuttavaa koulutusta. – 28KMH*

Tieteellisen tiedon nopea kehitys on haaste etenkin
ikäntyville lääkäreille, joiden lääkinopinnojen jälkeen
on tapahtunut paljon muutoksia. Terveyskeskuksessa
työskentelevä kokenut lääkäri on huolissaan etenkin
yksityisinä ammatinharjoittajina toimivista vanhemmista
kollegoista, jotka eivät mahdollisesti ymmärrä oman
ammattitaitonsa heikentyvän esimerkiksi sairastumisen
vuoksi.

*Tämmösessä julkisessa virassa melle on yläikäraja 68
vuotta, toistaiseksi. Se varmaan nousee, veikkaisin.
Niin että me-, lääkäri joutuu eläkkeelle 68-vuotiaana.
[...] Mut yksityisellä voi jatkaa omaa vastaanottoansa.
Voi kotona pitää, tai siis esimerkiks kotona voi hoitaa,
sukulaisiansa itteensä naapureitansa, ja siinä ei oo
mitään semmosta-. Jonkinmoisia siis täytyy varmaan
AVI:lle tehdä, jotaki ilmoituksia ja muuta, jotaki tämmöstä
ylimalk-, raportointia jostakin, enemmän ehkä mitä toi-
mitilat on ja missä ne sijaitsee ja minkälainen varustus
ja tän tällaset mut ei ammattitaidosta täydy eikä siitä
ammattitaidon päivityksestä. [...] Niin jos on 80-vuotias,
niin se on syntynyt vuonna -36, niin että vuonna -36 ku
se on valmistunu sitten, noin 60-luvun alkupuolella, niin
onhan se ihan aiheellista että mietitään osaakohan se
vielä. – 1KNT*

Yllä siteerattu konkari pitää kuitenkin poissuljettuna
ajatusta siitä, että Lääkäriliitto asettaisi täydennyskoulu-
tukselle vähimmäiskriteerit. Liiton tulee hänen mieles-
tään olla kriteerien laatimisessa mukana, mutta vastuu
on viranomaisilla.

Täydennyskoulutuksesta puhuttaessa oli tavallista
todeta, että koulutuksiin on hankala päästä, ja työnan-
taja ei suhtaudu kouluttautumiseen tarpeeksi kan-
nustavaksi. Kenen velvollisuus on järjestää ja maksaa

koulutus, kirvoitti pohdintaa. Haastateltavat puhuivat
jonkin verran lääketeollisuuden muuttuneesta roolista
koulutusten tarjoajana, kun erilaiset sidonnaisuudet
ovat tulleet tarkempaan syyniin. Seuraavassa yksityis-
sektorilla toimiva konkari pitää ongelmallisena koulu-
tusten rahoitusta. Korruptiosäädökset ovat oikeutet-
tuja, mutta työnantajat pitäisi velvoittaa rahoittamaan
täydennyskoulutusta.

*Yleislääkärit on aika koulutusmyönteisiä, mutta nyt kun
on rahat vähissä, lääketehaat ei saa enää sponsoroida
niin paljon koulutuksia, on tullut ne korruptiosäädökset,
et sehän on ollu tavallinen tapa että lääkefirmat on
sponsoroinu jonkun verran. Myös kuntatyönantajat ja
valtiokin varmaan työnantajana niin on huomattavasti
paremmin suosinu aikasemmin koulutuksia. Ja ne
on kalliita, ja harvat sit omasta pussistaan niitä tulee
maksaneeksi. Näin mä oon ymmärtäny. Tässäki taas
ainakin psykoterapeutit on poikkeus, meitä ei sponsoro-
i kukaan, koska me ei määrätä lääkkeitä, et se on sem-
monen et kaikki maksetaan ite, et se on tavallaan ihan
eri maailma. – 16KNY*

Edellä siteerattu lääkäri toteaa usean muun haas-
tateltavan tavoin, että täydennyskoulutuksen suhteen
eri erikoisalajat ovat tällä hetkellä eri asemassa muun
muassa sen suhteen, onko lääketeollisuus kiinnostunut
alasta. Tämä puhuja katsoo, että velvoittavat kriteerit
sitouttaisivat sekä lääkäreitä että työnantajia.

Ehkä erikoisalojen vaihteleva tilanne selittää myös
sitä, että joidenkin mielestä valmistumisen jälkeinen
täydennyskouluttautuminen on lääkärin omalla vas-
tuulla eikä siihen tule oman professionkaan pakottaa.
Seuraavassa siteeraamme kokenutta sairaalalääkäriä,
jonka mielestä viranomaisten tulisi asettaa pikemmin-
kin kriteerit sille, kuinka paljon työnantajan on tuettava
lääkäreiden koulutusta. Hän itse haluaisi osallistua
koulutuksiin enemmän kuin mitä työnantaja on valmis
kustantamaan.

*Kun se lääkäri on valmistunu niin mun mielestä se on
hänen omalla vastuullaan sitten että hän pitää huolen
täydennyskoulutuksesta. Et must tää on ehkä tämmö-
nen, et mun mielestä viranomaisten pitäis ehkä asettaa
työpaikalle semmoset vähimmäiskriteerit sille kuinka
paljon lääkäreillä on oikeus työpaikan kustannuksella
osallistua koulutukseen, mä näkisin tän sillä tavalla. [...] Tuntuu et työnantaja kustantaa niitä liian vähän. Eli siis
me päästään keskimäärin yhteen tämmöseen euroop-
palaiseen kongressiin vuodessa ja tarve olis kyllä enem-
pään. – 26KMS*

Myöskään seuraavassa sitaatissa puhuva esimies-tehtävissä työskentelevä konkari ei katso vähimmäiskriteerejä tarvittavan, vaan hänestä työntekijöiden taitojen ajantasaisuuden varmistaminen on esimiehen velvollisuus. Hänestä vähimmäiskriteerien asettaminen ei tuo haluttuja tuloksia vaan vähentää lääkärinammatin mielekkyyttä. Konkari viittaa Euroopan unionin sääntelyn ja tulkitsee, että lääkäreiden autonomiaa halutaan säätelyllä kaventaa.

Mä olen ollu kyllä [täydennyskoulutuksen vähimmäiskriteerejä] vastaan. Siis ne suositukset, että pitää käydä koulutuksia, niitä mä itsekin valvon kyllä, että kaikkien pitäis käydä täydennyskoulutuksessa, mutta se että meil tulis joku tentti, siihen otettais tentti niin sen puolesta en ole. [...] Esimiehellä on velvollisuus valvoa sitä et ne on täyspäisiä ja tekee täyspäisiä asioita, niin se riittää, et mä nään että-, ja mä seuraan oikeesti, kerään niitten koulutus pisteet, myöskin sen mitä he tekee vapaa-ajallaan, osahan käy vapaa-aikanaan myöskin kouluttautumassa. Ja lukevat lehtiänsä.

[K: Jos sä huomaat sit että jollakin ei kerry niitä lisäkoulutus pisteitä niin-]

Sit mä kehotan menemään.

[K: Vaikka et ite ookaan tätä mieltä mut ymmärräks sä tänkaltasta ajattelua?]

En mä ihan ymmärrä sitä, mä tiedän et se tulee Euroopasta ja luullaan et sillä saadaan sitte kaikki ruotuun, lääkärit halutaan ruotuun. Meistä halutaan tehdä vaan semmosia vähän-, ihan semmosia pieniä nappuloita. Sit se vaan-, siit tulee vähän vähemmän haluttava ammatti, minkä takia kohta ei ole niin hyviä lääkäreitä. – 13KNH

Asiaan on myös muita näkökulmia. Sairaalassa työskentelevän konkarin mukaan vähimmäiskriteerit tulee asettaa, koska tällä hetkellä kaikki kollegat eivät päivitä tietojaan riittävästi. Lainsäädännön asettamat veloitteet eivät nykymuotoisina riitä. Hänestä työnantajan pitää myös olla valmis rahoittamaan kouluttautumista. Vähimmäiskriteerien asettaminen onkin hänestä viranomaisten tehtävä, jotta kriteereistä saadaan myös työnantajille velvoittavia.

Todellakin on kollegoita joita mä en oo koskaan nähny ainoossakaan koulutustilaisuudessa. Ja en jaksa uskoa, että he pysyisivät pelkästään Lääkärilehteä lukemalla, kun eivät joskus tee sitäkään, niin ajan tasalla. Eli

minusta pitää olla vähimmäiskriteerit, mitä tulisi tehdä, et esimerkiks sitten kun ikäännyttään ja ollaan jollain erikoisalalla, niin sit jäädään, siihen jää helposti, et sit on vaan se yks asia. Niin kyllä pitäis olla määritelty et mitä kuuluu. Ja se pitäis olla sitte myöskin lääkärillä oikeus päästä näihin täydennyskoulutuksiin ja että työnantaja myöskin sitte kustantaa sen. Eli se pitää olla moleminpuolista, että meillä pitää sit olla myöskin oikeus. [...] Siinä pitää olla se tietty minimikriteeristö, ja sille pitää myöskin osottaa resurssit, eli rahotus. [...] Minusta [kriteerien asettaminen] on enemmän viranomaisten tehtävä. Lääkäriliiton tulee antaa siitä ohjeita ja Lääkäriliiton tulee nimenomaan lääkärikunnan puolesta antaa ne ammatilliset näkemykset ja osallistua siihen työhön. Mutta eihän suosituksia noudateta, ellei niitä ole kirjattu lakiin. Eli pitää olla joku virallinen päätös, työnantajat ei noudata niitä, ellei heitä siihen pakoteta. [...] Eli se pitää mennä yhteistyössä, mut kyllä ne vähimmäiskriteerit täytyy olla. – 25KNS

Aloitteleva yksityisellä sektorilla työskentelevä lääkäri pelkää puolestaan, että vähimmäiskriteereistä tulisi normi, jota työnantaja käyttäisi hyväkseen kieltäytymällä maksamasta vähimmäiskriteerit ylittävää koulutusta.

Voihan se olla ihan hyvä et tulis ihan joku semmonen kriteeri, että mikä on semmonen täydennyskoulutuksen määrä. Tietenkin ehkä ite pelkäisin sellasta, et ois olemas joku vähimmäiskriteeri, joka on ihan niin-, voiko tapahtua sellasta, et sit sitä enempää ei saa täydennyskoulutusta, että voiko siihen työpaikalla viitata, että "hei mut mehän täytetään tää Lääkäriliiton ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettama kriteeri, että nyten täytyy se, karsitaan ne muut koulutuspäivät vuodesta, kun meidän pitää säästää ja tuottaa tulosta". – 11ANY

AMMATINHARJOITTAMISEN SÄÄTELY: VALTION JA PROFESSION ROOLIT

Eräs lääkärinammatin autonomian kannalta keskeinen kysymys liittyy siihen, millainen työnjako on lääkäreiden ammatinharjoittamisesta valvovien viranomaisten ja profession välillä. Yksittäisten lääkäreiden ammatinharjoittamisen sääntöjen ja yleisesti hyväksytyjen pelisääntöjen rikkominen saattaa antaa ulkopuoliselle toimijalle aihetta puuttua koko lääkärinammatin toimintaan eli johtaa ammatinharjoittamista koskevan lainsäädännön muutoksiin (ks. Suomen Lääkäriliitto 2015: 7). Ammatinharjoittamissääntöjen rikkominen tai vääränlaisesti koettu toiminta voi lisätä viranomaisten valvontaa ja yhteiskunnan lääkärinammatille asettamia vaatimuksia. Profession intressissä voisi tästä näkökulmasta olla pyrkimä proaktiivisesti itsesääntelyn keinoin

estämään epäeettiseksi tunnistettua toimintaa. Profiota edustavan tahon säätelytoiminnan täytyy olla jäsentensä silmissä oikeutettua. Tästä näkökulmasta kiintoisa kysymys on pohtia, olisivatko lääkärit valmiita luovuttamaan Lääkäriliitolle enemmän valtaa ja vastuuta lääkärikunnan toiminnan – myös oman toimintansa – säätelystä. Voisiko tässä asiassa yhteinen intressi ajaa yksittäisen lääkärin henkilökohtaisen autonomian yli?

Tarkastelimme lääkäreiden näkemystä Lääkäriliiton roolista profession säätelystä esittämällä lääkäreille seuraavan väitteen.

Väittämä 6: Lääkäriliiton tulisi säädellä nykyistä tarkemmin yksittäisten lääkäreiden toimintaa.

Tällä tavalla esitettynä väittämä ei saanut tukea, vaan haastatellut olivat lähes yksimielisiä siitä, ettei ammatinharjoittamisen säätely kuulu etujärjestyksesi mielletyn yhteisön rooliin vaan viranomaisille. Tiukimmin muotoiltuna tämä kanta esitettiin seuraavalla tavalla: ”Lääkärikunta ei kuitenkaan ole riippumaton siitä toimintaympäristöstä missä se on. Eli yhteiskunnasta jossain määrin kuitenkin. Semmoista autonomiaa ei ole esimerkiksi, että lääkärikunta rupeis itse hoitaa viranomaistehtäviä niin kuin noissa lapuissa luki.” Lääkäriliiton toteuttama profession itsesäätely sai kannatusta lähinnä vain täydennyskoulutuksen osalta (ks. s. 68–71). Lisäksi moni totesi, että liitolla ei ole riittävä vaikutusvaltaa säädellä lääkäreiden toimintaa, sillä liiton sanktiotoimenpiteet eli varoitukset ja liitosta erottaminen eivät riittäisi tähän.

Mä mietin tota just et mikä se tavallaan se Lääkäriliiton mahollisuus ees säädellä sitä on, mitään muuta ku erottaa liitosta? Tavallaan, että eihän Lääkäriliitto pysty semmost tekee, et sithän se on Valvira joka niitä oikeuksia rajoittaa. Ja sitä se on toki sitte tehnyki, että mä mietin, että mitkä ne Lääkäriliiton mahollisuudet sitä ees-, että voi totta kai aina ohjeistaa, mut että sitten jos nyt on joku vakavasti jollain tiellä niin eipä se ohjeistus varmaan siinä kauheesti mitään muuta. – 21ANY

Kuten sitaatissa yllä, haastatellut yleisesti ymmärsivät väittämässä mainitun säätelyn tarkoittavan lääkärin toimintaan puuttumista, lääkärioikeuksien rajoittamista ja toiminnan valvomista. Tällaista toimintaa lääkärit pitivät vaikeana, kun otetaan huomioon Lääkäriliiton nykyiset sanktiomenetelmät. Vaikeuden lisäksi monet katsoivat säätelytehtävän olevan eräässä mielessä vastakohta Lääkäriliiton jäseniltään saamalle valtuutukselle toimia jäsenistönsä edunvalvojana. Eräs sairaalassa työskentelevä aloittelijalääkäri vastasi: ”Mun mielestä sithän siinä tulee aika vaikee eturistiriita, jos Lääkäriliitto

rupeis yhtäkkiä jotenki valvomaan meitä. Niin miten se voi sit samalla ajaa meidän etuja.” Haastatellut eivät siten mieltäneet Lääkäriliiton tehtäväksi yksittäisen lääkärin työhön puuttumista tai ammatinharjoittamisen valvontaa. Ajatus siitä, että tämänkaltaisen säätely voisi palvella myös Lääkäriliiton jäsenten omia etuja, tuntui useimmista haastatelluista kaukaiselta.

Haastateltavien tavassa mieltää ammatinharjoittamisen valvonta on keskeistä toimivaksi koettu työnjako valtion ja profession välillä. Haastateltavat puhuvat valtion viranomaisten, kuten Valviran, toiminnasta luottavaiseen sävyyn: Valviran toiminta koetaan oikeutetuksi, tarpeelliseksi ja asiantuntevaksi. Näin ei ole yllättävää, että Lääkäriliitolle ei tunnistettu sopivaa roolia lääkäreiden epäasiallisen käytöksen säätelijänä, sillä tämä miellettiin viranomaistehtäväksi. Viranomaisvalvontaa pidettiin luonnollisena lääkärin epäasiallisen toiminnan rajoittamisen tapana. Jotkut haastatellut pitivät turhana, että Lääkäriliitto valvoisi lääkäreitä, koska valvonnasta vastaavat jo viranomaiset.

On oletettavaa, että lääkäreiden reaktiot olisivat olleet toisenlaisia, mikäli väittämä olisi muotoiltu toisin: ajatus Lääkäriliiton harjoittamasta lääkäritoiminnan yleisestä säätelystä olisi kenties herättänyt vähemmän vastustusta kuin ajatus yksittäisten lääkäreiden toiminnan säätelemisestä. On tärkeää huomata, ettei nyt esitetyn väitämän vastustus ole kuitenkaan selitettävissä sillä, että lääkärit ylipäänsä vastustaisivat yksittäisten lääkäreiden toiminnan säätelyä. Päinvastoin valtion viranomaisilta tällaista säätelyä usein jopa odotettiin. Lääkäriliitolta vastaavaa säätelyä ei odotettu, mutta tämä ei tarkoita, etteivät haastatellut olisi pitäneet myös Lääkäriliiton toimintaa tärkeänä ja osana lääkärikunnan keskeisimpien toimintaperiaatteiden määrittelyä. Seuraavassa otteessa konkarilääkäri tunnistaa ammatikunnan kohtaavan uusia haasteita ja pohtii Lääkäriliiton harjoittaman itsesäätelyn roolia. Hän pitää tärkeänä liiton tehtävää profession sisäisen keskustelun ylläpitäjänä ja pohtii myös, voisivatko jäsenyyden ehdot olla tiukemmin määriteltäviä.

Vois kyllä harkita että tämmöstä-, mä en tie oisko se säätelyä, oisko se enemmän tämmöstä- [tauko 8 s], enemmän vaan niitten asioitten esillä pitämistä. Että en mä mitään oikeastaan semmosia-. Kyllä kai Lääkäriliiton jäsenyyteen on tietyt ehdot ja-, pitäskö niitä sit tarkastella täytyykö ne. Että olisko, ettei vaan anneta jatkua jonkun epäasiallisen toiminnan. Mulla ei oo tiedossa että onko-, erotetaanko jäseniä esimerkiks tämmösistä syistä koskaan, että kukaties niin on tapahtunutkin, mutta-, jotain tässä varmaan vois enemmän tehdä, koska ajat muuttuu koko ajan, ja haasteet on ihan suu-

ria tässä suhteessa ammattikunnalle, et miten säilytetään semmonen hyvä käytäntö. – 16KNY

Väittämä 6 johdatti haastateltavat pohtimaan etujärjestönsä roolia, mutta he puhuivat Lääkäriliiton roolista ja tehtävistä myös haastattelun muissa kohdissa, esimerkiksi täydennyskoulutukseen ja autonomiaan liittyviä asioita pohtiessaan. Lausumat olivat usein yleisluonteisia kuvauksia Lääkäriliiton tehtävistä. Yksityissektorilla työskentelevän konkariin vastaus on tyypillinen: ”Lääkäriliiton tehtävänä on luoda edellytykset hyvään lääkäriyöhön ja antaa ohjeistusta, ja mahdollisesti [...] tukea vaikeuksiin joutuneita Lääkäriliiton jäseniä.” Tämän lisäksi Lääkäriliiton tehtäviksi miellettiin ammattikunnan työehtoihin liittyvä edunvalvonta, aloitteellisuus arvokeskusteluissa sekä eettisten ohjeiden ylläpitäminen ja lääkäreiden auttaminen oikeudellisissa asioissa. Työehtoihin liittyvä edunvalvonta yhdistettiin haastatteluissa vain harvoin palkka-asioihin. Asiasta ei suoraan kysytty, ja haastatelijat olivat niin sanotusti ulkopuolisia, mikä saattoi ehkäistä palkka-asioista puhumista (ks. myös luku 4, s. 22). Toisaalta voi myös olla, että palkkakysymyksiin ei haastattelujen ajankohdasta liittynyt erityisiä paineita.

Lääkäriliiton roolista ja sille kuuluvista tehtävistä esitettiin erilaisia tulkintoja. Jotkut haastatellut mielsivät Lääkäriliiton eksplisiittisesti ammattiliitoksi ja etujärjestöksi, kun taas toiset puhuivat liitosta arvojohtajana tai eettisten kysymysten esiintuojana. Ainoastaan yksi lääkäri teki selvän erottelun ammattikunnan päämäärien ja ammattiliiton päämäärien välillä. Vastauksessaan haastateltava erotteli ammattiyhdistystoiminnan lääkärinkunnan muista päämääristä, joita ylläpitää muun muassa Duodecim-seura. Kyseisen haastattelun mielestä ammattiyhdistystoimintaan eivät kuulu esimerkiksi keskustelut etiikasta. Hän rajaa Lääkäriliiton roolin kapeasti edunvalvonnaksi ja katsoo, että laajempien professionaalisten päämäärien hyväksi toimiminen kuuluu muille lääkärijärjestöille. Kyseessä vaikuttaisi olevan jännite lääkäreiden itseintressin ja lääkärinkunnan altruismin välillä, eivätkä nämä puhujan mielestä ole uskottavasti yhteen sovitettavissa yhden järjestön toiminnassa.

Meillä on ammatillisia järjestöjä, jotka koskee sitä, lääkäriprofessiota. [...] Duodecim-seura esimerkiksi on tällöinen lääkäreiden järjestö, joka koskee sitä mediisiin puolta. Mutta Lääkäriliitto on ammattijärjestö. Ja kanssa pysyköön tontillansa näissä asioissa. [...] Lääkäriliitto voi ottaa kantaa lääkärin työehtoihin, mutta professionaalisten kysymysten [osalta ei]. Se ottaa kyllä mielellänsä kantaa etiikkaan ja muuhun, mutta niinkun silloin ollaan jo rajapinnoilla, et kenelle se oikeastaan

kuuluis. Tai sit jakautukoon kahtia. Että niinkun ammattiyhdistystoimintaa ei saa sotkea siihen, esimerkiksi etiikkaan. – 3KMY

Edellä oleva ote edustaa aineistossa ainutlaatuisen tiukkaa kantaa, sillä varsinkin eettisen keskustelun ylläpitäminen yhdistettiin Lääkäriliiton tehtäviin useassa vastauksessa. Näissä vastauksissa ammattiyhdistystoiminta sulautui helposti yhteen lääkäriprofession muiden päämäärien kanssa.

Ehkä liitto toimii semmosena profession arvojohtajana toisaalta, et ylläpitää semmosta arvokeskustelua ja just eettistä keskustelua ja eettistä pohdintaa, uusista hoitomuodoista, kalliista hoitomuodoista, elämän loppuvaiheen hoidosta. Ja just se, että kun tuntuu, että koko ajanhan me pusketaan hoidon ja elämän ja kuoleman rajoja pidemmälle, että mikä on tarpeeks ja mikä on järkevää ja mikä on arvokasta elämää. Mä näen sen semmosena, mitenäs sitä nyt sanois, profession omatuntona tai tällöisenä arvomaailman edustajana ja ylläpitäjänä, en niinkään minään valvontatahona tai säätelytahona. Ja onhan se myös, se on myös meidän ammattiliitto ja edunvalvoja. Mut en nää tosiaan sen roolia semmosena hoitopäätösten ohjaajana tai lääkärin toiminnan säätelijänä. – 10AMS

Näin haastatellut saattoivat kannattaa Lääkäriliiton suhteellisen vahvaakin roolia lääkärinkunnan ”arvojohtajana” ja ”omanatuntona” ilman että roolin haluttiin ulottuvan yksittäisten lääkäreiden säätelyyn. Monen vastaajan mielestä Lääkäriliiton toiminnan tulisi olla ohjeistavaa säätelyn tai valvonnan sijaan. Sairaalassa työskentelevä konkariilääkäri pohtii asiaa seuraavalla tavalla.

No ehkä se on just tällöinen ohjeistava rooli ja sanotaan et just nää Käypä hoito -suositukset ja tällöiset, niin on tällöistä ohjeistavaa et mikä olis oikea tapa käyttäytyä. Kun se-. Pikemminkin tällöinen ohjeistava kun semmonen valvonnan tiukentaminen. Tietenkin sitten, jos tulee esiin jotain väärinkäytöksiä, niin sit niihin täytyy ottaa kantaa ja todeta, että ne ei oo hyväksyttävää. Mutta tosiaan mä en usko että se valvonta siinä nyt on se varsinaisesti Lääkäriliiton rooli. Et sitä varten on sitten nää Valvirat ja muut. – 26KMS

Silloin tällöin Lääkäriliiton mahdolliseen säätelytoimintaan yhdistettiin uhka klinisen autonomian kapenemisesta. Uhkakuvana oli lääkäreiden ammatillisuuden olennainen muutos säätelyn tuottaman byrokratisoitumisen vuoksi. Seuraavassa kokenut lääkäri yhdistää lääkärin klinisen autonomian heikkenemisen koko

profession aseman heikentymiseen ja esittää siihen vedoten, ettei yhteiskunnallisissa muutospaineissa tule kaventaa lääkärin autonomiaa – ei myöskään profession itsensä.

Mä olen eri mieltä tämän väittämän kanssa koska se nakertaa kyllä sitten sitä autonomiaa ja itsenäisyyttä ja vie sitten tämmöseen, semmoseen byrokraattiseen virkamiesmäiseen suuntaan, joka minusta on huono ajatellen sitten sitä eettisyyden sisäistymistä. Sillon kun lääkäri on vapaa vastuullinen toimija, niin hän silloin ikään kuin kilvoittelee siitä lääkärin professiossaan, niihin yleisiin päämääriin, omaehtosesti ja toisten tukema-

na. Jos kauheesti ruvetaan säätelemään ja antamaan ohjeita niin sitten se rupee menemään niitten ohjeitten noudattamiseksi ja tulee tämmöseks virkamiesmäiseksi. Ja se [lääkärityön byrokratisoituminen] voi nakertaa sitten pitkässä juoksussa sitä luottamusta ja arvovaltaa mitä lääkärikunta on hankkinut omilla toimilla ja työllä ja tekemisellä tässä yhteiskunnassa, näitten vuosisatojen aikana. Mutta tietenkin niin nyt kun tää yhteiskunta muuttuu kovaa vauhtia tässä ympärillä, niin tämäntyyppisiäkin varmasti kannattajia on, mutta siitä huolimatta mä kannatan eettisyyden esillä pitämistä ja kannustamista ja semmosta, yksilön kasvamista, rakentamista sisältäpäin. – 32KMH ■

7 Vaativa työ ja työssä selviytyminen nuorten lääkäreiden puheessa

Tässä luvussa käsittelemme nuorten lääkäreiden kokemuksia työn vaativuudesta, etenkin sen liiallisesta kuormittavuudesta ja työssä selviämisen vaikeudesta – lyhyesti sanottuna kokemuksia työn kohtuuttomuudesta. Nuoret lääkärit eivät toki olleet ainoita työn kuormittavuudesta puhujia. Tällaista puhetta aineistoon tuli lähes kaikilta haastateltavilta. Julkisen sektorin lääkärit puhuivat työn kuormittavuudesta yksityissektorin lääkäreitä useammin ja vakavampaan sävyyn riippumatta siitä, oliko lääkäri aloittelija vai konkari. Oli myös odotettavaa, että lääkärin työstä puhuttaisiin yleisesti vaativana työnä. Työn vaativuudesta kertoessaan haastatellut puhuivat potilasjonoista, paperityön määrästä ja siihen kuluvalta ajasta sekä ylipäättään työmäärän hallitsemattomuudesta. Näitä työorganisaation piirteitä kritisoitiin usein hyvän lääkäriyden näkökulmasta: liiallinen ja hajanainen työkuorma vaikeuttaa vaativiin työtehtäviin keskittymistä. Useat konkarilääkärit kertoivat työpaikan resurssien niukentuneen vuosien varrella samalla kun paperityö ja muut sihteerin tehtävät olivat lisääntyneet lääkäriyden arjessa. Useimmat nuoret lääkärit kertoivat tiukoista aikatauluista. Sen sijaan vain pieni vähemmistö konkareista nosti esiin tämän puolen työstä, mikä voi muiden tekijöiden ohella selittyä sillä, että nuorilla oli yliedustus terveyskeskuksissa aineiston konkareihin verrattuna.

Emme pidä tällaista muiltakin aloilta tuttua kiirepuhetta merkinä siitä, että työhön liittyvät paineet välttämättä ja aina uhkaisivat nuorten lääkäreiden mahdollisuuksia selvitä työstään heidän haluamallaan tavalla. Aineistoa tarkastellessamme olemme kuitenkin todenneet, että aloittelijoiden puheessa painotukset siitä, mikä tekee työstä kuormittavaa, poikkeavat konkareiden puheesta merkittävästi. Keskeinen ero sukupolvien välillä on nähdäksemme siinä, miten

puhujat kykenee säilyttämään itsestään kuvan työn arjesta selviytyjänä, hyvänä lääkärinä, ja milloin taas hyvänä lääkärinä näyttäytymisen mahdollisuudet käyvät vähiin. Kun nuorten lääkäreiden puheessa kuormittavat tekijät usein uhkaavat työssä selviytymistä, konkareiden puheeseen sisältyy vain vähän lausumia, joissa kiire tai muut työn ominaisuudet olisivat puhujan lääkärintyössä onnistumista lamauttava tekijä.¹ Lisäksi konkareiden työn vaikeita puolia koskevassa puheessa on paljon vähemmän yhteisiä piirteitä kuin aloittelijoilla.

Nuorten lääkäreiden työn kuormittavuutta kuvaaviin lausumiin liittyy helposti ymmärrettäviä piirteitä. Odotetusti etenkin uran alkuvaiheessa aloittelevan lääkärin on kiireen keskellä vaikeata hahmottaa potilaiden tilanne ja hoito kokonaisuutena. Kokonaisuuden hahmottamisen vaikeudesta puhui noin puolet haastattelemistamme nuorista lääkäreistä. Tutkimuskirjallisuuden (esim. Dyrbye ym. 2006) ja haastatteluaineistomme perusteella nuoret lääkärit ovat koulutuksensa yhteydessä oppineet ajattelemaan, että lääkärinä tulisi selvitä mahdollisimman itsenäisesti ja hyvän lääkärin ominaisuuksiin kuuluu kyky huolehtia itsestään ja jaksamisestaan (ks. s. 23–25). Nämä ihanteet ovat hyvin tuttuja myös suomalaista lääkärikuntaa koskevasta tutkimuksesta, ja jaksamisen kulttuuriin liittyväksi tulkittuun työuupumukseen on myös tartuttu Lääkäriliiton luottamuslääkärijärjestelmän avulla (Sumanen ym. 2015: 20). Tässä tutkimuksessa pyrimme tunnistamaan erityisen kuormittavia tekijöitä ja tilanteita nuorten lääkäreiden työn näkökulmasta.

Itseohjautuvuus vaikuttaisi kuuluvan autonomisesti toimivan ammattilaisen ihanteeseen, mutta riippumattomuus muista ei ole kaikissa työtilanteissa mahdollista. Lääketieteen opiskelijoita ja nuoria lääkäreitä koskeva tutkimuskirjallisuus on osoittanut kyseisten ryhmien kärsivän muuta väestöä useammin masennuksesta,

¹ Aineistossa oli raskaana pidetystä, työhön liittyvästä kuormittuneisuudesta joitakin esimerkkejä myös konkareiden keskuudessa. Tällä tapaa työtään kuvasivat lähinnä psykiatrit, kliinisen työn ohella hallintotyötä tekevät lääkäriesimiehet sekä terveyskeskuksessa työskentelevät konkarit. Konkareiden lääkäreiden vähäisemmältä vaikuttavaa liialliseksi koettua kuormittuneisuutta voisi selittää se, että lääkäreiden urapolut työuran edetessä moninaistuvat ja konkarit ovat usein löytäneet monenlaisia keinoja hallita työnsä kuormittavuutta itselleen sopivalla tavalla.

mitä on selitetty työn ominaispiirteillä ja erityisesti sen vaativuudella (Dyrbye ym. 2006). Nuoret lääkärit joutuvat työssään tilanteisiin, joista selviäminen omin voimin voi vaikuttaa ylivoimaiselta (Baldwin ym. 1997). Tästä syystä keskityimme tässä luvussa nuoriin lääkäreihin. Luvussa 4 (s. 25) tarkastelimme jo nuorten lääkärien puheessa esiintyviä lausumia työn yksinäisyydestä. Tässä luvussa tarkastelemme tätä ulottuvuutta nuoren lääkärin tilanteessa yhtäältä terveyskeskuslääkärin työssä ja toisaalta sairaalatyössä, mutta aluksi määrittelemme luvussa käyttämämme kohtuuttomuuden käsitteen. Luvun lopuksi tarkastelemme nuorten lääkäreiden puhetta kollegiaalisuudesta, avun tarvitsemisesta ja avun pyytämisestä. Luvun lähtökohta on, että nuorten lääkärien kohtaamat paineet ja niiden tulkinnat ovat muuttuneet. Kokemattomuus ja suuret odotukset ovat toki aiemminkin leimanneet nuorten lääkäreiden tilannetta, mutta olosuhteet ovat muuttuneet muun muassa resurssien sekä yhteiskunnan, potilaiden ja omaisten odotusten osalta. On myös mahdollista, että nuorten lääkärien tilannettaan koskevat johtopäätökset ja tulkinnat voivat nykyään olla toisenlaisia kuin aiempien sukupolvien ollessa uransa alkuvaiheessa. Pohdimme näitä mahdollisia heikkoja signaaleja raportin viimeisessä luvussa.

URAN ALKUVAIHEEN PAINEET: MILLOIN VAATIVASTA TYÖSTÄ TULEE KOHTUUTONTA?

Kaikkia haastateltavia pyydettiin kuvailemaan työnsä keskeisiä haasteita sekä työtaakkaa ja työpainetta lisääviä asioita. Aineiston koodauksen yhteydessä näille haastatteluteemoille luotiin omat koodinsa. Aineistoon tutustuttuamme päätimme, että tarvittiin vielä yksi koodi: kohtuuttomuus. Pyrimme erottamaan työn vaativuutta koskevan puheen työn kohtuuttomuutta koskevasta puheesta. Työn vaativuudesta kertova puhe on puhetta työhön liittyvistä odotuksista ja vaatimuksista, jotka ovat ainakin jossain määrin täytettävissä. Puhuja säilyttää mahdollisuuden toimia ja selviytyä lääkärinä, ja vaikeat tilanteet voivat jopa olla kunnian lähteitä: pystyn, vaikka työ on vaativaa. Parhaimmillaan työn vaativuus voi tarjota myös positiivisen haasteen. Kohtuuttomuudeksi kutsumme puolestaan kuormittuneisuutta, joka on lamaanuttavaa, tai kokemuksia, joissa puhuja menettää toimijuutensa ja asettuu toisten toiminnan tai rakenteellisten ehtojen kohteeksi. Siinä missä vaativasta työstä selviytyminen liitetään pystyvyyteen ja kunniaan, liittyvät kohtuuttomina kuvatut tilanteet ja asemat kykenemättömyyteen, epäoikeudenmukaisuuteen ja jopa häpeään.

Kohtuuttomuuskoodin alle koodattiin paitsi haastateltavien suoria ilmaisuja myös rivien välistä päättelemäämme kohtuuttomuutta. Perustelemme tätä

sillä, että pärjäämättömyyteen liittyvät kielteiset tunteet voivat saada puhujan välttämään suoria ilmauksia. Sen sijaan hän ikään kuin vain kertoo faktat ja jättää tulkinnan kohtuuttomuudesta kuulijalle. Analysoimme puheessa erityisesti kohtia, joissa haastateltavien tai tutkijoiden kohtuuttomaksi tulkitsema tilanne tai asia ilmenee lääkärille ylitsepääsemättömänä haasteena, joka rajoittaa tai muuttaa lääkärin oikean työn tekemistä eli osaamisen, ammatillisen harkinnan tai ammatillisuuden soveltamista. Kohtuuttomuuksina kuvattuihin asioihin tai tilanteisiin liittyy se, että niitä tulkitaan suhteessa puhujan lääkärinammattiin liittämiin eettisiin ihanteisiin, kuten lääkärin velvollisuuteen tehdä työtään potilaan parhaaksi. Kohtuuttomuuteen liitetään myös voimattomuuden tunne, kun ihanteeseen pyrkiminen on syystä tai toisesta raskasta ja vaikeaa. Kohtuuttomuuskoodilla tunnistimme aineistosta sellaisia työntekoon liittyviä piirteitä tai tilanteita, joista lääkärit puhuivat omaa toimijuuttaan uhkaavalla tavalla erityisen vaativina, stressaavina tai epäoikeudenmukaisina. Tulkitsemme, että haastateltavien tulkinnat kohtuuttomuudesta ovat merkittäviä etenkin työhyvinvoinnin ja kollegiaalisuuden kannalta. Yhtäältä voidaan ajatella, että kohtuuttomuuden kokemukset uhkaavat lääkäreiden kykyä toimia työssään autonomiaihanteiden mukaisesti. Toisaalta voidaan ajatella, että autonomisuuden ja hallinnan tunteen menettäminen itsessään myös aiheuttaa kohtuuttomuuden kokemuksia.

Kuten edellä totesimme, aloittelijoiksi kutsumiemme nuorten lääkäreiden kohtuuttomuuspuheeksi koodatuissa lausumissa on paljon yhteisiä piirteitä: kohtuuttomuutta aiheuttavat kiire, vaikeus hallita ajankäyttöä, työn määrä, paperityöt ja ylityöt sekä työn henkinen kuormittavuus. Aloittelevia lääkäreitä yhdistävät aineistossamme myös kuvaukset uran alussa koetusta epävarmuudesta ja usein myös yleisestä työn hallitsemattomuudesta. Erityisenä vaikeutena nuorille lääkäreille näyttäytyvät monisairaajat potilaat, joista puhuvat etenkin terveyskeskuslääkärit. Kuten luvussa 6 (s. 63–68) kävi ilmi, nuoret sairaalalääkärit puhuvat kuormittavana erityisesti päivystystyöhön liittyvästä yksinäisyydestä ja vastuusta.

Yhteistä nuorille lääkäreille oli myös se, että he kuvasivat haluavansa hoitaa potilasta mahdollisimman hyvin mutta pitivät ideaalin toteuttamista työn arjessa mahdottomana. Tilanteet ja työtä muokkaavat nuoren lääkärin itsensä kannalta hallitsemattomat tekijät, joiden takia he eivät voi suoriutua työstään niin hyvin kuin haluaisivat, näyttäytyvät suhteellisen pysyvinä tai ainakin pitkäkestoisina. Haastateltavat kertovat tasapainoilusta tunnollisuuden ja oman jaksamisen välillä. Tärkeinä kuormittavina tekijöinä näyttäytyvät etenkin työorga-

nisaatioihin liittyvät tekijät, kuten resurssien niukkuus ja kömpelösti toimivat tietojärjestelmät, jotka lisäävät kiireen ja hallitsemattomuuden tunteita. Lääkärin käytännön työ ei myöskään välttämättä vastaa koulutuksessa muodostunutta mielikuvaa siitä, mikä on oikeaa lääkärin työtä. Haastateltavat puhuvat turhauttavista tehtävistä, jotka vievät aikaa varsinaiselta lääkärintyöltä. Tällaiset tekijät tulkitaan kohtuuttomiksi, koska ne uhkaavat puhujan työssä selviytymistä. Kohtuuttomuuden liitetään myös vakavampia uhkia, kuten uupumista tai oman persoonallisuuden muokkautumista vahingolliseen suuntaan.

VAATIVAT TEKIJÄT TERVEYSKESKUSTYÖSSÄ: TYÖTÄ ”SUOLAKAIVOKSESSA”?

Terveyskeskuslääkärit kertoivat haastatteluissa pääsääntöisesti pitävänsä työstään, vaikka terveyskeskustyötä kuvattiin kiireisenä ja byrokraattisena, potilaita on paljon ja nämä ovat usein monisairaita tai heillä on muuten paljon ongelmia. Aineistossa terveyskeskusta kutsuttiin myös ”suolakaivokseksi”, ja tämä puheta vaikeasti vaikuttaa olemaan tuttu myös Lääkäriliiton aktiiveille. Suolakaivos-vertauskuva terveyskeskuksesta on käytetty myös mediassa, esimerkiksi Helsingin Sanomien pääkirjoituksella asiasta vuonna 2010 käydyssä keskustelussa, jossa pääkirjoitustoimittaja pohtii, miksi terveyskeskus ei voisi olla ”sankarilääkärin työkenttä” (Helsingin Sanomat 27.5.2011). Helsingin Sanomat kritisoivat tuolloin lääkärikuntaa oman perustyönsä mustamaalaamisesta tavalla, joka luo asenneongelman lääketieteen opiskelijoiden joukossa. Tarkastelemme tässä alaluvussa nuorten lääkärin puhetta terveyskeskustyön vaativuudesta. Analyysimme osoittaa, että suolakaivospuheessa on kyse varsin monisyisestä ilmiöstä. Pohdimme lopuksi, mistä suolakaivospuhe lääkäreiden keskuudessa kumpuaa.

Terveyskeskus on aloittelijalle vaativa paikka ja työtä kuvataan sairaalaan verrattuna yksinäisenä. Potilaat kohdataan yksinään, eikä konsultaatiomahdollisuutta välttämättä ole. Seuraavassa terveyskeskuksessa työskentelevä nuori lääkäri kuvaa alkuvaihetta vaikeaksi, epävarmuuden tunteiden leimaamaksi ajaksi. Lausumasta käy ilmi, että työnantaja voi lievittää aloittelijan ylivoimaiselta tuntuva tilannetta: tämä haastateltava kertoo pärjänneensä muun muassa sen ansiosta, että työn järjestämisessä aloittelijoille oli potilastyöhön varattu enemmän aikaa.

Nuorilla tietysti se niin-, kuitenkin vastavalmistuneena se jotenkin se työmäärä tuntuu paljon semmoselta, miten sitä nyt kuvaisi, jotenkin ylivoimaisemmalta ikään kun. Tietysti kun kaikki on vaikeempaa, pitää pereh-

tyä asioihin paljon enemmän, ja ei oo sitä semmosta kokemuksen tuomaa touchia, että mihin tarvi reagoida ja mihin ei niin vahvasti. No sitäkin on pyritty toki, että listoja on sitten kevennetty heillä, että on vähän pitempää vastaanottoaikaa ja näin, ja sen koin kyllä itsekin tosi hyödylliseksi sillon alkuun. Mutta siinä on ehkä se semmonen oman osaamisen epävarmuus ja sitten toisaalta se epävarmuuden sietäminen. – 15ANT

Haastateltavan puheessa aloittelijaa verrataan kokeneeseen lääkäriin, jolla on ”touchia” eli joka osaa reagoida oikeisiin asioihin ja sietää epävarmuutta. Tällaisia taitoja aloittelijan pitäisi työssään oppia, mutta ilmeisesti järjestelmän kannalta tämän oppimisen pitäisi tapahtua lähinnä omatoimisesti. Sama lääkäri puhuu seuraavassa työhön liittyvästä jännittämisestä ja jännittämiseen liittyvistä selviytymiskeinoistaan, jotka tosin eivät poistaneet epävarmuuden aiheuttamaa ahdistusta. Hän kuitenkin vähättelee omaa ahdistustaan, kun ei sen vuoksi ”ehkä valvonut kokonaisia öitä”. Puhuja kuitenkin vihjaa, että joku toinen, epävarmuutta ehkä vielä huonommin sietävä lääkäri saattaa kärsiä jännittämisestä myös vapaa-ajallaan ja menettää yöunensa kokonaan.

Että missä vaiheessa uraa on, että onks sitä kokemusta, että onks jokainen työpäivä vähän jännittävä. Musta oli ainakin alkuun just sitä, että mä katoin jo valmiiks edellisenä päivänä seuraavan päivän potilaita ja jännitin, että osaankohan mä hoitaa niitä. Nykyisin en onneksi öitäni valvo sen takia enkä ehkä ennenkään koko öitä. Mutta että se on tietysti semmonen yksilöllinen asia millä on paljon vaikutusta, ja se voi olla isokin haaste, että jos se vie tavallaan liikaa aikaa myös siitä vapaa-ajasta millon pitäis rentoutuu ja rauhottuu ja tehdä jotain muuta, saada ne ajatukset pois työstä, että jos se kuitenkin pyörii mielessä sillonkin. – 15ANT

Vaikka edellä siteerattu nuori lääkäri ymmärtää, että terveyskeskustyön lähtökohdat tekevät työstä vaativaa, näyttäytyy uran alkuvaiheeseen liittyvä epävarmuus puheessa kohtuuttomana. Tähän liittyy se, että vaikka puhuja esiintyy sitaatissa pärjääjänä, hän tunnistaa tilanteen potentiaalisesti liian kuormittavaksi tavalla, joka vahingoittaa nuorta lääkärinä. Epävarmuuden kanssa kamppailu tulee esiin haastateltavan puheessa varsin pitkänä ja yksinäisenä vaiheena. Haastattelun aikoihin jo erikoistumisvaiheeseen edennyt, edelleen terveyskeskuksessa työskentelevä lääkäri kertoo epävarmuuden tunteen hellittävän vasta vähitellen työkokemuksen ja taitojen karttuessa. Puhujan työn kuormittavuus on nyt toisenlaista. Hän ei enää epäile työssä selviytymistä

taitojen vuoksi vaan välillä yksitoikkoiselta tuntuvan työn takia: "Välillä mietitään [kollegoiden kanssa] puolitosisaan, että vitsi kun mä vaihdan alaa ja teen jotain ihan muuta. Mutta onhan tää toisaalta hyvin semmonen ammatti, että harvoin ihan pienestä päähänpistosta vaihtais alaa kuitenkaan." Alan vaihto näyttäytyy tässä rohkeana omien haaveiden tavoitteluna, johon rationaalisesta näkökulmasta on vaikeata ryhtyä. Johtopäätöksestä huolimatta lausumasta välittyy kuitenkin kuva alanvaihdosta haaveilevista terveyskeskuslääkäreistä, joille omassa työssä pysyminen on ainakin välillä sinnittelyä.

Vaikka terveyskeskustyöstä välillä voidaan puhua yksitoikkoisena, siihen liittyy paljon vaativaksi kuvattuja tehtäviä. Terveyskeskuslääkärit puhuvat usein monisairaista potilaista työhön ennakoimattomuutta tuovana tekijänä. Potilaan terveysongelmiin liittyy usein myös huono-osaisuutta ja esimerkiksi työttömyyttä, joihin lääkäri ei voi vaikuttaa. Tällaisten potilaiden hoito kuvataan haastattelupuheessa usein vaativaksi tavalla, joka estää nuorta lääkäriä onnistumasta työssään. Nuoret lääkärit puhuvat potilaskohtaamisista konkareita useammin kamppailuna vaativien ihmisten kanssa ja kiistelynä hoidon toteuttamisesta (ks. myös luku 5, s. 48–53). Potilas voi myös kyseenalaistaa nuoren lääkärin kyvyn arvioida hoidontarvetta ja tehdä hoitopäätöksiä. Tulkitsemme, että tällaisiin hoitotilanteisiin liittyy tunnetyötä, jota lääkäri joutuu tekemään säädelläkseen omia reaktioitaan ja yrittäessään hallita vuorovaikutusta niin että vastaanottotilanne voisi päättyä edes jossain määrin kumppaakin osapuolta tyydyttävällä tavalla (ks. Martínez-Iñigo ym. 2007).

Jos [terveys- ja sosiaalisten ongelmien lisäksi] vielä on päälle semmonen luonteeltaan vähän henkilö, joka ei sulata ihan kaikkia mitä neuvoja annetaan tai mitä hoitoja määrätään, niin se on tosi vaikee tilanne sitten auttaa ihmistä. Ja useimmiten ehkä just voi olla, että tietyt potilaat saattaa sitten viedä leijonanosan siitä ajasta mitä mulla on käytettävissä. Ja sitten välillä tuntuu siltä, että tavallaan, onko se ajankäyttö niin kuin-, kuinka tuottavaa se on, että kuinka paljon mä tän ihmisen asioita saan autettua eteenpäin, vaikka mä käyttäisin tähän nyt tunnin verran. Ja saisinko mä jotenkin muuten sen ajan käytettyä paljon tehokkaammin tai hoidettua jotain muita tyyppisiä paljon paremmin ja tehokkaammin. – 36AMT

Turhauttavien potilastilanteiden aiheuttama tunnetyö kuormittaa lääkäriä ja etenkin pitkittyessään aiheuttaa viihtymättömyyttä työssä. Edellä olevasta sitaatista on luettavissa, että puhujan ei ole helppoa sovittaa yhteen

työnsä todellisuutta lääkäryttä koskevien ihanteiden ja tavoitteiden kanssa. Haastateltava ei kuitenkaan tässä tapauksessa puhu taidoistaan riittämättöminä vaan viittaa siihen, että yhteiskunnankin näkökulmasta vaikeaan potilaaseen käytetty aika voi olla tehotonta. Epäsuorasti hän ikään kuin ehdottaa, että tuottavuutta voisi nostaa rajaamalla tällaiset potilaat ulos hänen työstään. Haastateltavan lausuma on tulkittavissa varsin turhautuneeksi: osa potilaista vain on aivan liian hankalia. Toisessa yhteydessä sama lääkäri kertoo, miten on aloittelevana terveyskeskuslääkärinä joutunut ikään kuin suoraan hyppäämään konkarin saappaisiin ja hoitamaan tämän pitkäaikaista vastuuväestöä.

Mulla on semmonen väestö tässä jonka mä oon perinyt edelliseltä lääkäriltä joka on ollu 15 vuotta tässä huoneessa, ja hänellä oli semmonen, kasvanut semmonen potilasmassa ympärille, joita [...] hän tuntee tosi hyvin. [...] Just hänelle [oli] jotenkin kertynyt erityisen haastavia potilaita, jotka on sitten tietysti ollu yllättyneitä, että täällä on vaihtunu lääkäri, ja sitten asiat ei ehkä meikään ihan niinku ne on aikasemmin menneet. Että ehkä se on tuonu vähän semmosta lisätaakkaa. [...] Minä oon ollu täällä vasta sen reilu puoli vuotta, niin tietysti lisähaastetta on tuonut se, että kaikki käytännöt on ihan uudet. – 36AMT

Haastateltavan puheesta välittyy, että tilanne tuotti jännitteisiä potilastilanteita, jotka kuormittivat häntä, kun hän uutena lääkärinä muutenkin kamppaili oppiakseen työhön liittyvät käytännöt. Puhuja itse vähättelee asiaa sanamuodoillaan: tilanne synnytti "vähän semmosta lisätaakkaa" ja perehtyminen käytäntöihin toi "lisähaastetta". Tutkijoille muodostuu kuitenkin kuva suuren vastuun kanssa varsin yksin jääneestä nuoresta lääkäristä, joka pitkään joutuu kamppailemaan riittämättömyyden kanssa.

Puhe vaikeista potilaista liittyy myös siihen, että terveyskeskuslääkäri on suhteessa potilaaseen usein terveydenhuollon portinvartija – rooli, johon nuoren lääkärin voi olla vaikea astua, etenkin jos potilaat kyseenalaistavat auktoriteetin. Seuraavassa nuori naislääkäri kuvaa, miten koulutuksessa on varoitettu olemasta ylhäältä potilasta katsova auktoriteetti, mutta omassa työssään hän on kohdannut itseensä iän ja sukupuolen takia yliolkaisesti suhtautuvia potilaita. Haaste on kovin toinen kuin koulutuksessa kuvattu.

No kyl [ammatin arvostuksen lasku] jossain määrin on näkynyt. Ainakin sillon kun oli terveyskeskuksessa töissä, niin se arvostuksen puute ja semmonen, niin kyllä se näkyy ja semmonen, että "miten sinä nuori tyttö tiedät yhtään mistään mitään" -tyyppistä asennoitumista on hyvin paljon. Että kyl se näkyy. Ja sitten sekini, että kuinka opiskeluissa opetettiin ja painotettiin sitä, että sen potilaan kanssa pitää yhdessä niistä asioista päättää, että ei voi olla semmonen ylhäältä tuleva auktoriteetti, mistä oon kyllä täysin samaa mieltä. Että se ei vaan toimi, se ei motivoi sitä potilasta millään tavalla tekemään yhtään mitään. Että sen suhteen [ammatin arvostuksen lasku] on näkynyt. – 22ANS

Edellä siteerattu lääkäri on hakeutunut sairaalatyöhön, jota useat lääkärit kuvaavat enemmän tiimityöksi. Miksi nuoret lääkärit sitten vaikuttaisivat jäävän terveyskeskustyössä vaille kaipaamaansa tukea? Terveyskeskuksista puhuttaessa nousivat usein esiin riittämättöminä pidetyt resurssit. Seuraavassa alaluvun alussa siteerattu nuori lääkäri kuvaa niukkuuden merkitystä työlleen. Työmäärä näyttäytyy hallitsemattomana, ja tilannetta kuvataan myös toivottoman muuttumattomaksi: kiire ja potilasaikojen riittämättömyys ovat vallitseva tilanne, eivät poikkeus.

Lääkäreitä pitäis olla enemmän tohon potilasmäärään nähden, että se ainanen kiire ja ainanen aikojen riittämättömyys-. Siinä on toki puolensa, että monet vaivat paranee ajan kanssa, että ei kaikesta tarviikaan päästä heti nopeesti lääkäriin. Mutta kyllä se on sen oman työn hallinnan kannalta semmonen, että tuntuu että eihän sitä määrää koskaan vaan hallitse. Että sitä tekee sen minkä pystyy realistisesti ja kuitenkin jonkunlaisissa aikaraameissa, ettei tälle työlle nyt ihan koko elämäänsä anna. Että se on ehdottomasti varmasti se suurin haaste, ja uskosin, että näkyy joka puolella meidän kaupungissa ja varmaan muuallakin. – 15ANT

Haastateltava tekee tilanteesta oman tulkinnan, jonka ulottaa myös kollegoihin: selviytyäkseen lääkärin on rajattava vastuutaan tavalla, joka ei välttämättä ole ihanteiden mukainen, koska muuten työ veisi "koko elämän". Realistisesta sitoutumisesta kertovassa puheessa on sisään kirjoitettuna se, ettei vajaamiehityksen oloissa voi ihanteeksi ottaa potilaan parasta mahdollista hoitoa. On vain tehtävä se, mikä annetuilla liian niukoilla resursseilla on mahdollista. Resurssien niukkuuden kuvataan toteutuvan lääkäreiden arjessa monin tavoin. Tarkastelemme seuraavassa sitaattia, jossa lääkäri puhuu työhönsä kuuluvien tehtävien uudistamisesta, mikä on tuottanut hänen näkökul-

mastaan kohtuuttoman työnkuvan. Kohtuuttomuuden kokemuksen synnyttää se, että lääkärille on siirretty tehtäviä, joita aiemmin hoitivat toiset, vähemmän koulutetut työntekijät. Nyt tehtävät kuuluvat lääkärille, mutta aikaraami potilaskohtamiselle on silti sama. Oma työ tuntuu uudessa tilanteessa lääkärin kannalta epärationaalisesti järjestetyltä. Tilanteen kohtuuttomuus korostuu, kun puhuja vertaa omaa työtään lääkärin työhön sairaalassa.

Meille on siis esimerkiksi laboratorio ulkoistanut potilasoishjauksensa, että [...] jos potilas pitää pistää laboratorioon niin pitää sitten kertoo paastosta ja kuinka monta tuntia ja pissaamatta neljä tuntia ja eihän potilas muista niitä sitten vaan lähtee, ja sitten sieltä tulee kiukkusta palautetta, että "miksi te ette oo ohjeistanut näitä". [...] Jos on 20 minuuttia aikaa ja haluaa pyytää vaikka [useita] jatkotutkimuksia, niin tällaiset on mun mielestä aivan järjetöntä, että lääkärit tekee-, kaikista kalleimmin palkattu ihminen siinä tekee sen työn minkä vois tehdä joku perushoitaja esimerkiksi siellä luukulla. Kyllähän sitä kateellisena kuuntelee aina sairaalassa työskenteleviä kollegoita, kenellä on monesti, niillä saattaa olla siinä vastaanotolla vieressä sairaanhoitaja joka siinä samalla vastaanoton aikana varaa puhelinajat, ja me varataan ite puhelinajat siis, ja jatkohoitoajat. – 34AMT

Tilanne näyttäytyy puhujalle arvostuksen puutteena ja epäoikeudenmukaisena vastuuttamisena, kun esimerkiksi laboratorion edustajilla on mahdollisuus antaa lääkäreille kielteistä palautetta, jos potilas unohtaa potilasohjeet. Sairaalassa lääkäreillä on apu-työvoimaa, mutta terveyskeskuslääkäri hoitaa itse aiemmin sihteerille tai lähihoitajille kuuluneita tehtäviä. Edellinen puhuja pohtii työn järjestämisen epärationaalisuutta myös yhteiskunnan näkökulmasta: miten voi kannattaa laittaa korkeimmin palkattu työntekijä tekemään tehtäviä, joista selviäisivät pienempipalkkaiset työntekijät? Puheesta välittyy lähinnä turhautuneisuus ja tyytymättömyys omaan työrooliin, joka ei vastaa puhujan ihannoimaa kuvaa omasta ammatistaan. Seuraavassa hän kuvaa, miten toivoisi asioiden olevan.

Kyllä mun mielestä pitäis olla terveyskeskuksessakin niin että lääkäri kirjottaa kaavakkeelle vaan mitä nyt tehdään seuraavaksi, "nämä jatkotutkimukset ja nämä kokeet otetaan". Ja potilaille lappu kouraan, ja sitten se menis siihen viereiseen huoneeseen missä sairaanhoitaja käy läpi, että nyt lääkäri on tälläset päättänyt, ja antaa vaikka jotain kyselykaavakkeita tarvittaessa mukaan täytettäväksi, ja antaa ne ohjeistukset näistä kaikista labrakäynneistä ja jatkotutkimuksista, ja varaa

ajat ja muuten. Tää on semmonen käsittämätön juttu, et miten se on voitu-, ja se on tässä tapahtunu aika nopeestikin, et ihan sillon ku mä alotin, niin kyllä se [hoitaja]työpari aika paljon teki näitä, varas justiin puhe-linaikoja ynnä muuta. Se on kaikki pikkuhiljaa vyöryny lääkäreille, et samaan aikaa itketään sitä että ku ei niit aikoja oo, et "mihin te tarvitte niin pitkiä aikoja", niin tässä se syy on mun mielestä. – 34AMT

Tarkastelimme edellä terveyskeskustyön piirteitä nuorten lääkärien haastatteluissa ja keskityimme sellaiseen puheeseen, jossa esiin nostetaan kohtuuttomiksi tulkittavissa olevia tekijöitä nuoren terveyskeskuslääkärin työssä. Alaluvun alussa viittasimme lääkäreiden puheeseen terveyskeskuksesta suolakaivoksena. Edellä esitetyn analyysin perusteella tulkitsemme, että suolakaivospuhe kertoo yhtäältä terveyskeskustyöhön liittyvistä arvostuksista. Toisaalta se liittyy vahvasti moniin tekijöihin, joihin nuoret lääkärit törmäävät työnsä arjessa ja joita ei ole helppo sovittaa yhteen lääkärin työn ihannoitujen piirteiden kanssa.

Arvostuksia voi tulkita professiotutkimuksen klassisesta näkökulmasta. Kaikkien ammattien osalta on kiintoisaa kysyä, millainen työ on ammatin toimialueella symbolisesti tai käytännöllisesti liikaista eli muuhun työhön verrattuna vähärvoista ja millainen työnjako niin sanotun likaisen työn ja muun, arvostetumman työn välille syntyy (Hughes 1958). Suolakaivos-vertauskuva voisi liittyä työn symboliseen likaisuuteen nimenomaan yhteiskunnallisten arvostusten näkökulmasta: usein mainitut moniongelmaiset tai monisairaant potilaat ovat potilaina paitsi vaikeita myös sosiaalisesti marginaalisia. Työ enemmän tai vähemmän stigmatoitujen ryhmien – kuten työttömien tai pienituloisten – kanssa voi stigmatoida myös tekijänsä, jos olosuhteet eivät tarjoa resursseja esittää ja nähdä työtä jollakin tapaa arvokkaana (Goffman 1963).

Tulkitsemme, että suolakaivos-vertauskuva tarjoaa osviittaa siihen, miksi etenkin nuorten lääkäreiden on vaikea esittää työnsä terveyskeskuksessa arvokkaana. Tulkinta terveyskeskuslääkärin työn arvokkuuden puutteesta syntyy kuitenkin ikään kuin yhteiskunnan opettamana: terveyskeskuksen riittämättömät resurssit eivät anna nuorille lääkäreille paljonkaan tilaa mieltää itseään sankarilääkäreiksi, kun työstä menestyksekkäästi selviämiseen on vain vähän resursseja. Jatkuva kamppailu työstä selviämiseksi kuormittaa myös lääkärin potilas-kontakteja, mikä on raskasta, koska potilaiden palaute on lääkäreille tärkeää (ks. s. 22–23). Nuorelle lääkärille työ terveyskeskuksessa ei myöskään usein ole valinta, jonka hän voisi kehystää merkinä omasta uhrautuvuudestaan. Nuori ei työskentele suolakaivoksessa

laupeudentyönä vaan koska hänen täytyy. Myös tästä syystä nuoren terveyskeskuslääkärin voi olla vaikea pitää työtään erityisen sankarillisena.

Monien haastateltujen puheessa uran alkuvaiheen terveyskeskustyö näyttäytyy lähinnä ammatinvalinnan koetteluina: yksinäisenä tasapainoiluna niukkojen resurssien, suuren potilaspaineen, suuren vastuun ja omien vasta muotoutumassa olevien taitojen kanssa. Muuhun lääkärintyöhön verrattuna terveyskeskustyö vaikuttaa tästä näkökulmasta helposti amatilliselta marginaalilta, jossa lääkärin autonomia on kapea. Työtä kuvataan vain osaksi lääkärin työnä, ja siihen lisätyt vastuualueet hajottavat työn arkea ja vaikeuttavat entisestään suuren vastuun kantamista. Tämän tulkinnan mukaan työn sisältö sinänsä ei tee siitä arvotonta, vaan kohtuuttomat olot vaikuttaisivat suurimmaksi osaksi liittyvän työn järjestämisen tapaan. Aloittelevat lääkärit kaipaisivat enemmän tukea ja terveyskeskustyö ylipäättään enemmän resursseja. Muuten jatkuu tilanne, jossa erään nuoren lääkärin sanoin ”pitää olla todella kiinnostunut ihmisten auttamisesta että halua jäädä sinne”, kun vaihtoehtona ”yksityiselki saa töitä ja sillon ne on aika terveitä potilaita ja helppoo ja rahakasta”.

SAIRAALATYÖN KUNNIAN KENTÄT: OIKEUTETTUA VAI VAHINGOLLISTA TYÖPAINETTA?

Nuorten lääkärien mieluisinta työtä on Suomessa tutkittu kyselytutkimuksen keinoin vuodesta 1988 saakka. Koko ajan sairaalatyö on ollut suosituin työalue, ja suosio on vuosien myötä vain vankistunut. Vuonna 2013 kerätyn kyselyn perusteella kaksi kolmesta nuoresta lääkäristä haluaisi sairaalatyöhön (Sumanen ym. 2015: 44). Haastatteluissamme nuorten lääkäreiden puheessa työn kuormittavuudesta kuitenkin nostetaan esiin sairaalatyöstä paljon samanlaisia piirteitä kuin terveyskeskustyöstä. Myös sairaalassa aloittelevan lääkärin kerrotaan joutuvan koville. Kun terveyskeskustyössä korostui vastaanottotyön yksinäisyys, sairaalatyössä yksinäisenä näyttäytyy päivystys. Osastotyöstä puhutaan usein positiivisessa hengessä tiimityönä, mutta päivystämiseen liitetään kova henkilökohtainen paine. Seuraavassa yksityissektorilla työskentelevä haastateltava pohtii, mitä seurauksia alkuvuosien kuormituksella on. Hän ei liitä kovaan paineeseen kunniaa vaan pitää sen vaikutuksia vahingollisina.

Joudutaan usein päivystään kaikkee, valvoo paljon ja sitten siinä tietysti, jos ite on väsynyt ja jotenkin loppuun ajettu niin toki helpommin sitten kynnistyy. Sitten se tietysti osalla jää sitten päällekin. Että se on ehkä vähän semmonen epätoivottu vaikutus sillä, että siinä alussa tehdään paljon töitä ja teetetään paljon töitä. Sekin on

vähän semmonen perinne, mutta sillä on epätoivottuja vaikutuksia siihen asenteeseen. – 2AMY

Puhuja nostaa esiin, että erikoistuvien lääkäreiden kova työpaine on vahva perinne. Hän ei kuitenkaan hyväksy tätä työn järjestämisen tapaa vaan perustelee, että se tekee lääkäreistä huonompia. Heidän asenteensa potilaisiin muuttuu kynniseksi, mikä tuskin voi olla hyvän lääkärin ominaisuus. Puhujan käyttämistä kielikuvista voisi lukea, että nuoriin lääkäreihin suhtaudutaan sairaalaorganisaatiossa instrumentaalisesti ja autoritaarisesti – heitä ”ajetaan loppuun” ”teettämällä paljon töitä”. Tällainen tilanne liittyy siihen, miten resurssija suunnataan. Toki tilanne voi liittyä myös resurssien niukkuuteen, johon myös sairaalassa työskentelevien lääkäreiden puheessa työn kuormittavuus liitettiin. Seuraavassa nuori lääkäri kuvailee, kuinka resurssien niukkuudesta aiheutuva pysyvä kiire vaikeuttaa henkisesti kuormittavan ja keskittymiskykyä vaativan työn tekemistä. Haastateltavaa turhauttaa se, että potilaille ei voida kiireen vuoksi antaa parasta mahdollista hoitoa. Tulkitsimme hänen pitävän resurssien puutteen synnyttämää tilannetta kohtuuttomana, ja tyytymättömyyttä syventää se, että hän katsoo tilanteen koskevan monia lääkäreitä.

[Työssä] pitää hallita suuri määrä tietoa. Ja semmosia suuria asiakokonaisuuksia. Mikä on henkisesti tosi kuormittavaa ja vaatii tosi paljon keskittymiskykyä. Ja sitä että saisi tehdä sen rauhassa. Ja sit kun tosiaan on niin tiukalla ne resurssit, taas jälleen kerran, niin se kiire on niin kova. Ja se vaikein asia mun mielestä on se että, niitä töitä ei useimmiten useimmis paikoissa voi tehdä niin hyvin kun haluais. Useimmat lääkärit ei voi tehdä niin hyvin kun haluais, koska ei oo aikaa siihen. Että se on vedetty niin tiukalle. – 9AMS

Aineistossa puhutaan sairaalalääkärien työn osalta paljon työn vastuullisuudesta ja vaikeudesta. Työympäristö kuvataan vilkkaaksi ja ennakoimattomaksi. Työpäivän sirpaloituminen, keskeytykset ja ennakoimattomuus kuormittavat etenkin aloittelijoita. Myös seuraava puhuja liittyy itse työn luonteeseen epävarmuuden sietämisen taidon, joka karttuu vasta kokemuksen myötä. Vastuullisten hoitopäätösten tekeminen ilman takuuta oikeassa olemisesta ei sinänsä tee työstä haastateltavien puheessa kohtuutonta, vaan tällainen vaativuus hyväksytään työn piirteinä. Kohtuuttomuudeksi tulkitsemamme piirteet esimerkiksi tämä puhuja yhdistää työn järjestämisen tapoihin. Erityisesti päivystystyöhön hän liittyy kohtuutonta ennakoimattomuutta tuottavia piirteitä.

Kaikkee ei voi ehkä tutkia tai ei välttämättä saa aina eksaktia vastausta. Että se tietynlainen epävarmuuden sietäminen, niin se on ehkä se suurin haaste, ja se että sietää, sitä että aina ei mene ihan oikein. Että se täytyy jotenkin kyetä hyväksymään. Sitten toki semmonen kiire ja sirpaloituminen siinä päivässä niin lisää aika paljon sitä kuormitusta. Se että jatkuvasti joku tulee keskeyttämään, tulee kysymään neuvoa, puhelin soi, tulee joku keskeytys ja sitten taas se sun työ keskeytyy ja joudut taas alottamaan alusta. Tai sitten se, että vaikka päivystämässä tyypillisesti-, että se työn määrä ei oo hirveen hallittavissa. Että jos tulee hirveesti potilaita, niin sitten kaikki on hoidettava riippumatta siitä, mikä se miehitys siellä on. Että tietynlainen semmonen ennakoimattomuus siinä työssä. – 4ANS

Seuraavassa sairaalassa työskentelevä nuori lääkäri kertoo päivystämisen olevan itselleen yksi työn raskaimmista puolista. Kuormittavuuteen hän liittyy valvomisen ohella psyykkisen kuormituksen, jännittämisen, joka liittyy siihen, että hoidosta ollaan vastuussa yksin ilman osastotyössä olemassa olevaa turvaverkkoa.

Mä en henkilökohtaisesti ite kauheesti tykkää päivystää. Koen sen kyllä vähän semmoseks päivystystaakaks, et se etukäteen jännittää ja sit ihan se fyysinen valvominen läpi yön. [...] Parhaimmillaan oon ehkä nukkunu kolme tuntia, mut se on harvinaista. Useimmiten sit puhelin kuitenkin soi tunnin, kahen välein. Ei siellä kyllä kauheesti saa nukkua, et se ihan fyysisesti kuormittaa. Ja sit tieteenki se et ku siel ollaan yksin. Tai no kaks, mutta kuitenkin sil tapaa yksinäistä hommaa. Jos tulee oikein joku sairas potilas, niin kyllä siinä pitää ite tietää mitä tekee. Ei oo semmosta tukiverkkoa, niinku ehkä siel osastolla sit kuitenkin on, et siel on aina muita. – 6ANS

Seuraava puhuja kuvaa resurssien puutteesta johtuvaa riittämättömyyden tunnetta, jota edellä käsiteltiin terveystieteiden yhteistyön yhteydessä. Myös hänen puheessaan resurssien niukkuuden ohella tyytymättömyys liittyy työn järjestämisen tapoihin, jotka synnyttävät yksittäisen lääkärin kannalta kohtuuttomia tilanteita.

Meillä potilasmäärät on kasvanut, meitä on ehkä vähän liian vähän. [...] Terveystieteidenhuollossa yleensäkin semmonen kiire ja paine ja semmonen riittämättömyys luo paineita. Ja semmonen, kun meillä ei oo mitään sijaissysteemiä. Jos joku on sairaana, tai jonkun lapsi on sairaana, niin sitten me hoidetaan sen kollegankin työt. Ja se myös nostaa tietysti omaa kynnystä olla vaikka poissa, koska tietää että ne omat työt kaatuu jonku muun harteille. Jos jollain on pitkä sairasloma niin sitten

se on ihan-, se on tosi hankalaa, koska sitten-, ja potilaat kuitenkin pitää hoitaa. Ja työmoraali on meillä kaikilla aika korkea. Kaikki tietysti sitten yrittää tehdä parhaansa, että kaikki potilaat tulis hoidettua, ja sitten jotkut ajaa ittesä helposti myös väsyksiin siinä työssä. – 12ANS

Haastateltava pitää itsestään selvänä mutta kohtuuttomana, että osaston lääkärikollegio yrittää venyä paikatakseen kollegan poissaolosta johtuvaa aukkoa, mikä johtaa työuupumukseen. Tilanteessa kohtuutonta on se, että sairaalatyönantaja ikään kuin käyttää hyväkseen vahvasti sitoutuneiden korkeaa työmoraalia, jolloin kustannus menee yksittäisen työssään uupuvan lääkärin kontolle. Tällainen työpaine voi rasittaa lääkärä uravaiheesta riippumatta. Toisenlaista, etenkin nuorta lääkärä kuormittavaa painetta aiheuttavat omaisten vaatimukset, joita nuoren lääkärin saattaa olla vaikea vastustaa, vaikka ne poikkeavat omasta käsityksestä potilaan parhaasta.

Välillä on tullut semmosii tilanteita, että esimerkiksi potilaan omaiset vaatimalla vaatii jotain tiettyä-, joko niin että hoidetaan näin tai lopetetaan joku hoito tai pyritään kotiuttamaan potilas tai sitten päinvastoin. Ja sitten mä tiedän, että joskus se on vaikuttanut sillä tapaa, että mä en oo hoitanu niin kuin mä oon ehkä halunnu. Se on vaikuttanut, että on ollu niin kova painostus sitten näitten omaisten puolesta. Kyllähän semmoses tilantees voi aatella, että se on myös sitte potilaan hengen-, riski terveydelle, ja voi asettaa potilaan hengenvaaraan. Jos esimerkiksi pyrkii kotiuttamaan, vaikka näkee että potilas ei oo ollenkaan sen kuntonen, että siellä kotona pärjää. [...] Mä jotenki toivon että sitten iän ja kokemuksen myötä tommonenki tilanne on helpommin siedettävä. Ja pystyy sitten pitämään päänsä, eikä sitten suostumaan, että tehään näin vaan siks että on vaativia omaisia. – 6ANS

Jälleen kuormittavaksi nousee potilastilanteisiin liittyvä jännitteinen vuorovaikutus, ja lääkäri kuormittuu tilanteen vaatimasta tunnetyöstä. Terveyskeskukselta tuttuja vaikeiden potilaiden rinnalla korostuvat sairaalassa vaativat omaiset, joiden kohtaaminen on nuorelle lääkärille haastavaa. Todennäköisesti luvussa 5 (s. 48–53) käsitelty potilaiden käytöksen muutos koskettaa potilas-lääkärisuhdetta tavalla, joka vaikuttaa etenkin nuorten lääkärin tilanteeseen. Heiltä puuttuu iän ja kokemuksen antama auktoriteetti, ja he itsekin kokevat usein epävarmuutta. Tällaisten haasteiden kohtaamiseen tarvittaisiin kollegiaalista tukea. Seuraavassa alaluvussa tarkastelemme, miten nuoret lääkärit puhuvat tukiverkostoistaan.

TYÖYHTEISÖN TUKI JA SEN PUUTE

Suhde esimieheen ja kollegoihin näyttäytyy nuorten lääkärin puheessa tärkeänä työhyvinvoinnin aspektina. Tarkastelemme seuraavassa puhetta kollegoilta saatavasta avusta ja tukiverkostoista ja niiden merkityksestä eri toimintaympäristöissä. Sekä aloittelijat että konkarit puhuvat usein myönteiseen sävyyn lääkärityöstä tiimityönä. Hyvän työporukan kanssa vastuuta ja työn paineita voidaan jakaa ja kollegoilta saadaan vertaistukea ja neuvoja. Työn haasteista selvittää, kun on kanavia kertoa niistä, työstä saa palautetta ja tarvittaessa voi konsultoida kollegaa. Seuraavassa sitaatissa aloittelija kertoo, kuinka oli saanut työkuormaansa kohtuullistettua puhumalla esimiehen kanssa.

Apulaisylilääkäri, hän on mun lähiesimieheni. Toki oon keskustellu hänen kanssaan. Esimerkiksi kun tuntu että jatkuvasti oli tiettyssä työpisteessä sijotuksessa semmosta kuormitusta, että jatkuvasti synty ylitöitä, ja se työn määrä oli ihan epäsuhteessa siihen nähden, että mikä aika siihen oli käytettävissä. – 4ANS

Usein tukea vaikuttaisi kuitenkin olevan niukasti tarjolla. Etenkin terveyskeskuksessa lääkäriltä odotetaan itsenäistä työskentelyä. Seuraavassa nuori lääkäri vaikuttaa ylpeältä pärjäämisestään, mutta sitaatista käy ilmi, että hän on joutunut selviämään työssään ilman perehdytystä.

Mitään semmosta selkeätä ohjeistusta siitä, että mitä mun pitäis tehdä enemmän tai vähemmän, niin en oo saanu. Ainoot kommentit mitä mä oon saanu on se, että nuoreks lääkäriks mä oon katonu ainaki alkuvaiheessa aika paljon potilaita. Ja se on lähinnä semmonen työssäjaksamiskommentti, enemmän kun mitään, että pitäis katsoo vähemmän. – 24AMT

Aloittelevan lääkärin ahkera työtahti on saattanut herättää esimiehen huolen aloittelijan jaksamisesta. Haastateltava vaikuttaisi olevan ehkä hiukan ylpeä esimiehen huolesta: hän tulkitsee sen merkiksi tuloksellisesta ja ahkerasta työnteosta. Toisaalta esimieheltä tai seniorilta palautteen saaminen koettiin hyvin tärkeäksi, ja jotkut haastateltavat ilmaisivat suoraan, että olisivat tarvinneet vastavalmistuneena tai tarvitsisivat edelleen enemmän tukea kollegoilta, etenkin senioreilta. Nuoret lääkärit puhuvat myös siitä, että vaikka kokemusta tulee lisää ja alun stressi alkaa helpottaa, mahdollisuuksia kysyä neuvoa ja pohtia yhdessä tapauksia kollegoiden kanssa voisi olla enemmän. Sairaalassa työskentelevä nuori lääkäri kertoo seuraavassa, ettei juuri saa palautetta työstään.

Joo no kyl siis tämmönen, siis palaute olis tosi tärkeätä, että sitä saa hirveen vähän. Että sais niin hyvää kun huonooki palautetta, jos sitä on tarpeen antaa, että jos on tehny jonkun virheen niin kyllä haluais kuulla siitä. Että sitte vois muuttaa sitä toimintaa ja kehittyä siitä-. Ja sitten tietysti keuhki on ihan kivoja välillä, että se auttaa kummasti jaksamaan, jos joku sanoo jotain hyvää siitä mitä on tehny. Niin se on kyl, että sellast kaipais ja sitten varmaan-, ehkä sitä on vähä liian vähä sitten kuitenki sitä, just tässä erikoistumisvaihees sitä semmosta seniorin tukea, että vois olla vieläkin enemmän. Ehkä ammatillistakin ohjausta ja semmosia kannustusta. Mutta sitten myöskin joskus, jää puuttumaan sitä tiedollista-, että saa apua niihin ongelmiin. – 9AMS

Puhuja on erikoistumisvaiheessa ja kokee, ettei saa riittävästi seniorin tukea. Sitä kaivattaisiin ammatillisen ohjauksen ja kannustuksen muodossa, mutta myös tiedollisiin asioihin. Vanhemman kollegan konsultointi voi näyttäytyä työyhteisössä epätoivottavana, sillä vallitseva asenne on se, että pitäisi pärjätä yksin. Seuraavan nuoren lääkärin silmissä tämä näyttäytyy ongelmallisena myös potilaan parhaan näkökulmasta. Hän toivoo, että ilmapiiri työpaikalla päinvastoin kannustaisi kysymään. Siten myös vällyttäisiin virheitä.

Ainoo on semmonen, että no, ehkä ihan nuorena lääkärinä ihan ensimmäisistä työpaikoista-, ehkä semmonen, että olis toivonu, että ois ollu semmonen ilmapiiri, että ois vähän herkemmin saanu, konsultoida vanhemmaa kollegaa. Siel saatto olla semmonen ilmapiiri, että pitäs selvitä itse ja kaikki täst on selvinny ja sitte siin on potilaan paras mielessä, niin sitten se on ehkä parempi kysyy yks kysymys liikaa kun yks liian vähän. Siinä on ollu joskus ongelmaa. – 11ANY

Työorganisaatiosta voi kokonaan puuttuakin konsultaatiokanava, tai ne voivat toimia huonosti. Kaksi haastattelemaamme nuorta lääkäriä työskenteli parhaillaan yksityissektorilla isoissa firmoissa. Kollegoita saatetaan nähdä vain harvoin, ja myös tilaisuudet kysyä neuvoja tai ohjeita kuvataan vähäiseksi. Edellä jo siteerattu puhuja toteaa työpaikastaan puhuessaan seuraavassa, että hänellä ei juuri ole työkavereita, mutta korjaa itseään sitten sanomalla, että työpaikalla on paljon muuta henkilökuntaa. Anonyymien työkavereiden olemassaolon toteaminen ei kuitenkaan muuta puhujan tulkintaa siitä, että hän pitää vastaanottoaan muista lääkäreistä irrallaan.

Tää on tämmönen tosi iso organisaatio missä mä oon nytte ja mä oon aika uus siellä niin mulla ei hirveesti näitä työ-, tai siis mulla on paljon työkavereita, siellä on paljon muuta henkilökuntaa, mut se on aika yksinäistä se työ. Mä pidän mun omaa vastaanottoa ja sitte muut lääkärit ja muut hoitajat niin he pitää vaan sitä omaa vastaanottoa. Kyllä mä voin soittaa jollekin jos mä tartten päivystävän sairaanhoitajan apua tai tehään joku toimenpide niin mä oon sitte yhteydessä. Mä en ees tiedä näitten sairaanhoitajien nimiä. Ja koska heitä on niin paljon. Ehkä esittäydytään siinä et hei mä oon tämä ja tämä niin just siinä hetkessä. Siel on yks semmonen tavallaan ohjaaja, kollega jolle mä voin soittaa, niin hän on ehkä semmonen lähin jonka mä ihan nimeltäki tiedän ja ollaan juteltu ja näin mut aika yksinäistä. Ei oo semmosta työyhteisöä oikein. – 11ANYH

Haastateltavalle on nimetty ohjaaja, mutta puhujan antama kuva suhteestaan ohjaajaan on varsin etäinen. Hän tietää ohjaajansa nimeltä ja on jutellut tämän kanssa ilmauksesta päätellen kerran. Kokemusta työyhteisöstä ei puhujalle kuitenkaan synny. Toinen nuori lääkäri kertoo, miten vastaavanlainen tilanne johti hänen työssään vaikeuksiin, kun organisaatio antoi hänelle enemmän autonomiaa kuin mihin hänellä tuolloin olisi ollut edellytyksiä. Hän hoiti vaativia potilaita ilman mahdollisuutta konsultoida kokenutta lääkäriä ja joutui myöhemmin selvittämään toimintaansa Valviralle.

Ehkä sillon kun mä olin alkanut noita [tietty krooninen sairaus]-potilaita hoitaa enemmän, vaikeita tapauksii, niin just ehkä tän ympäristön vuoks, kun ei täällä oo ollu niin semmost selkeet konsultaatiokanavaa niin oli tilanne, että ois ollu tarvetta olla konsultaatiokanava jota ei oikein ollu, ja sitten on vaarana se, että mun päätökset varmaan ei ollu sillon, että ei ollu niit niin hyvii perusteita. Että sillon siinä ei ollu edellytyksii sille autonomialle, ja sillon-. Mä oon antanu selvityksen Valviralle näist potilaitten hoidoista niissä tilanteissa. Valvira on todennut, että ei oo tapahtunu virheitä, suosittanut että ois hyvä olla ohjaaja ja sen jälkeen on olluukin. – 2AMY

Asia ratkesi puhujan kannalta hyvin, ja organisaatiosta löytyi tässä tilanteessa ohjaajakin. Julkilausumatta jää, millaisia seurauksia puhujalle olisi ollut, jos virheitä olisi havaittu. Puhujan lausumasta on kuitenkin luettavissa, että hän katsoo uusien vaatavien tehtävien oppimisen edellyttävän ohjausta. Seuraavassa anestesiälääkäriksi erikoistuva nuori lääkäri kuvaa tilannetta, jossa työn arjessa on tukena kokonainen pooli senioreita. Hän myös kokee ilmapiirin kannustavan kysymään apua ja neuvoa: ”sen suhteen ei tarvi sitä sillai jännit-

tää”, vaikka ”perusasiatkin” edelleen voivat välillä olla vaativia, kun erikoistuminen on vasta alussa. Turvallisen osastotyön vastakohtana päivytystyö on puhujan näkökulmasta todella vaativaa, kun hän aloittelijana toimii sairaalan ainoana anestesia- ja vastaa myös vaativista tehtävistä.

No tässä vaiheessa kun on niin alussa tässä erikoistumisessa niin kaikki asettaa vähän haasteita ja painetta. Ihan nää perusasiat. Tietenkin nyt on jo jonkin verran tehny sitä, että semmoset tietyt asiat niin kun puudutukset ja muut mitä tehdään paljon niin ne nyt ei enää aiheuta haasteita suurimmaksi osaksi, mutta kyllä mun esimerkiks eilen täyty tämmöseen spinaalipuudutukseen, tämmöseen selkäpuudutukseen pyytää seniori sen laittamaan kun mä en vaan saanu sitä nivelreumapotilaalle, jonka selkäranka on aivan käyrä ja menee miten sattuu, niin se ei ollu sitten ihan yksinkertasta. Että tämmöset tekniset asiat tuottaa haasteita ja sitten jos on jotain vaikeita potilas-caseja, niin kyl ne tuottaa haastetta ja stressiä ja niitä mieltii. Mutta niitä käydään sitten-, seniorituki on niin hyvä. Sulla on koko ajan vieressä monta senioria ja sä voit kysyä sieltä poolilta, että mitä sä haluat-, tai että mitä mieltä he on ja mitä kannattaa tehdä, niin sen suhteen ei tarvi sitä sillai jännittää. Mutta tietenkin ehkä eniten mitä haasteita kokee on se, että kun päivytyä, koska silloin sä oot yksin siellä. Sä oot sen koko sairaalan ainut anestesia- ja vastaa, niin se on se haastavin paikka. Ja sun pitää hoitaa tehostetun valvonnan potilaat ja sä oot niistä vastuussa, niin se on aika haastavaa, ja stressaavaa. – 22ANS

Haastateltavan puheesta käy ilmi, että erikoisalan yleisimmät tehtävät jo onnistuvat, mutta silti vastaan voi tulla potilaita, joiden kohdalla nämä tehtävät aiheuttavat vaikeuksia. Kollegiaalinen tuki tekee vaativista tehtävistä

selviämisestä mahdollista. Kontrasti päivytykseen onkin melkoinen: tulkitsemme, että puhuja pitää taakkaa kohtuuttomana, kun vastuulla ovat paitsi yleiset anestesia- ja vastaa myös tehostetun valvonnan potilaat.

Kuten esimerkeistä käy ilmi, nuorilla lääkäreillä on toimipaikasta riippumatta samanlaista epävarmuutta vaativan työn edessä ja myös samantyyppisiä odotuksia siitä, että työpaikalla olisi tarjolla perehdytystä, selkeitä konsultaatiomahdollisuuksia ja tukea kollegoilta. Vaikka yksin selviämään jätetty nuori lääkäri ei välttämättä esitä liian suuren vastuun kantamisen tarkoittavan, että organisaatio olisi jättänyt heidät heitteille, he kuitenkin kuvaavat tilanteita niin värikkäästi, että myös kuulija jää ihmettelemään työn järjestämisen tapoja. Olisiko jo potilasturvallisuudenkin takia järkevää pohtia nykytilanteeseen sopivia, esimerkiksi teknologiaa hyödyntäviä tapoja tukea nuorta lääkäreitä tietyissä haavoittuvissa työrooleissa? Potilasturvallisuuden lisäksi asialle voisi olla muitakin perusteita. Millaisiksi lääkäreiksi nuoret lääkärit oppivat tilanteissa, joissa jäävät vaille riittävää tukea? Jos lääkäriä kalvaa epäily siitä, etteivät omat taidot riitä potilaan parhaan vaatimaan hoitoon, on kokemus työstä väistämättä kielteinen.

Vielä ongelmallisempaa organisaatioidenkin kannalta on, jos ne kasvattavat nuoret lääkärit olemaan välittämättä omista epävarmuuden tunteistaan ja vain pärjäämään liian kovassa yksinäisessä työpaineessa. Nykytilanteessa vastuuta konsultaatiomahdollisuuksien luomisesta ei aineistomme valossa voi jättää nuorille lääkäreille itselleen. On työyhteisön asia luoda kulttuuri, jossa fiksu nuori lääkäri kysyy neuvoa tai apua, kun on epävarma. Tietoisempi tiimityö voisi huomioida myös sen, että nuorelle lääkärille on emotionaalisesti usein liian kuormittavaa, jos organisaatio jättää hänet vastaamaan yksin hoitosuhteen rakentamisesta, vaikka nuorilta lääkäreiltä vielä puuttuu resursseja kohdata potilaan tai omaisten vaatimuksia. ■

8 Tulokset ja pohdinta

Tämän tutkimuksen aiheena on autonomia käytännön lääkäreiden näkökulmasta. Aihetta lähestyäksemme toteutimme eksploratiivisen tutkimuksen, jota varten halusimme luoda rikkaan, laadullisen haastatteluaineiston. Laadullisen tutkimuksen etu määrälliseen verrattuna on tutkimusaineiston mahdollistama niin sanottu tiheä kuvaus tutkimusaiheesta. Kun havaintoja tarkastellaan konteksteissaan, saa lukijakin mahdollisuuden seurata tutkijoita niihin moninaiisiin ympäristöihin, joissa tutkittavat työskentelevät, ja joissa heidän työnsä saa erilaisia merkityksiä. Ymmärrys tutkittavien työstä syvenee, kun tutkimusmenetelmä pyrkii säilyttämään tutkimuskohteen moninaisuuden. Näin toimien toivomme, että tutkimuksemme on välittänyt lääkärinkunnan moniäänisyyden suhteessa lääkärin autonomiaan ja ammatillisuuteen yleisemmin. Moniäänisyyden ohella uskomme, että tutkimuksemme on onnistunut paikantamaan syvään juurtuneita yhteisiä ajattelutapoja sekä merkkejä lääkärinammatillisuuden muutoksesta. Tässä luvussa teemme havaintojemme perusteella yleistyksiä ja johtopäätöksiä sekä tulkitsemme niiden merkityksiä. Tämä luku sisältää myös analyysin yhteenvedon, ja luvun lopuksi pohdimme havaintojamme sosiologisesta näkökulmasta.

Analyysissa olemme tarkastelleet lääkäreille mahdollisia rooleja tai toimijapositioneja, joista käsin he haastatteluissa puhuvat ja tulkitsevat työtään. Näistä perustavimpana olemme esittäneet *parantajan* aseman, joka on lääkäriyden ytimessä. Lääkäri ymmärretään ammattina, jonka harjoittaja, potilastyötä tehdessään, tutkii, diagnostisoi ja päättää potilaan hoidosta. Sairaalalääkäri pystyy avoterveyshuollon lääkäriä helpommin asettumaan aktiivisesti toimenpiteitä tekeväksi parantajaksi. Kuitenkin myös muunlainen vuorovaikutus potilaan kanssa voi saada parantamisen merkityksiä. Analyysissamme onkin ollut kiinnostavaa tarkastella, miten parantajuus kulloinkin artikuloidaan ja millaisia vaihtoehtoisia, myönteisiä ja kielteisiä, toimija-asemia lääkäreille on tarjolla. Katsomme, että parantajuus on eräänlainen perusta lääkärin ammatille: lääkäri ei voi olla lääkäri astumatta ainakin symbolisesti parantajan rooliin. Silti parantaja on tuskin missään oloissa ainoa toiminta-asema lääkärille.

Keskeinen parantajuutta tarkentava, täsmentävä ja muuttava asema on tulkintamme mukaan *terveysval-*

mentajan positio, joka vaikuttaisi nousseen tärkeäksi potilaskeskeisen ajattelun myötä. Terveysvalmentajiksi on etenkin avoterveydenhuollossa toimivien lääkäreiden luontevaa asettua. Tässä asemassa lääkärin tehtävänä on ohjata ja opastaa potilasta parempaan terveyskäyttäytymiseen ja siten parempaan elämänlaatuun myös silloin, kun potilaan vaivat eivät kenties ole kokonaan parannettavissa, johtuen joko vaivojen luonteesta tai lääkärin käytettävissä olevista resursseista. Lähes kaikkien lääkäreiden työssä sekä parantajan että terveysvalmentajan ulottuvuudet ovat jossakin määrin läsnä, mutta erilaiset lääkärin työt ja toimintakontekstit antavat erilaiset edellytykset asettua näihin asemiin.

Näitä kahta asemaa on kiinnostavaa tarkastella myös suhteessa siihen, mitä lääkärinkuntaan kuuluminen lääkäreille merkitsee. Terveystieteiden nykyisessä monitutkaisessa toimintaympäristössä parantajana toimiminen edellyttää profession kollektiivista, lääketieteelle ja sille perustuvalla työnjaolla rakentuvaa kompetenssia. Lääketieteellisen teknologian kehityksen myötä niin vaivojen tutkiminen, diagnoosi kuin hoitokin edellyttävät usein useiden, eri erikoisaloja edustavien lääkärin panosta. Potilaalle annettava terveystieto ja elämäntapojen ohjaus perustuvat selkeämmin kahden osapuolen väliselle suhteelle, jonka laatu on kokenut syvällisen muutoksen. Ensiksi, terveysvalistuksesta ja terveyskasvatuksesta on tulossa terveysvalmentamista. Aiemmin lääkäreillä on ollut valistajan tehtävään tarvittava vahva kulttuurinen auktoriteettiasema. Tieteen ohella tämä auktoriteettiasema on kuitenkin perustunut sosiologisille eroille ja yhteiskunnallisille rakenteille, jotka ovat viime vuosikymmenten kuluessa osin purkautuneet. Suomeen syntynyt vahva kansanterveystyön perinne, jonka puitteissa rahvas opetettiin maallikoina kuuntelemaan lääkäreiden opastusta, on perua ajalta, jolloin korkeampi opetus oli vain harvoille tarjolla (ks. Jauho 2004). Toiseksi, viime vuosikymmeninä maallikoiden pääsy lääketieteellisen tiedon (ja harhatiedon) äärelle on suorastaan räjähtänyt, ja lääkärinkunnan on rakennettava auktoriteettiasemansa terveysvalmentajana osin uusin tavoin. Seuraavassa esittelemme analyysimme lähtökohdat ja keskeiset tulokset.

TULOKSET: VASTUULLISESTI AUTONOMINEN PROFESSIO

Tutkimuksen alkuperäinen tarkoitus oli selvittää seuraavia autonomiaan liittyviä kysymyksiä:

– Millaisina käytännön lääkärintyötä tekevät lääkärit ymmärtävät lääkärikunnan autonomian ja hoidollisen autonomian merkitykset ja keskinäiset suhteet omassa työssään?

– Millaisia tekijöitä lääkärit ottavat huomioon määritellössään yhtäältä hoidollisen autonomian ja toisaalta lääkärikunnan autonomian rajoja?

– Miten lääkärit ymmärtävät toimintamahdollisuutensa ja millaisia toimintamahdollisuuksiaan rajoittavia esteitä he tunnistavat?

Lisäksi tutkimuksessa haluttiin tarkastella lääkärikunnan autonomiakäsityksiä sukupolvittain ja selvittää, eroavatko konkareiden ja aloittelijoiden käsitykset työn ja ammattikunnan autonomiasta.

Tutkimuksen kuluessa tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ovat täsmentyneet. Aineiston analyysissa lähdimme siitä, että ammatti ja sen asema saavat merkityksensä käytännön toimintaympäristönsään dynaamisesti ilman, että niistä olisi mahdollista tuottaa kontekstista riippumatonta määritelmää. Autonomia on abstrakti jäsenitys tietynlaisesta käsityksestä lääkärin työn luonteesta, jota on käytetty monenlaisissa keskusteluissa, myös Lääkäriliiton piirissä. Autonomiakäsitteen käytöllä on historiansa, ja eri yhteyksissä autonomiaan vedoten on puolustettu monenlaisia lääkäriprofession liittyviä vaateita, monenlaisia uhkia vastaan. Vakiintuneista merkityksistä huolimatta käsite on silti yhtä paljon ammattipoliittinen kuin tieteellinen käsite. Autonomian yksiselitteinen mittaaminen ei ole mielekäästä, sillä samakin työ voi, näkökulmasta riippuen, näyttäytyä suuresti autonomisena tai vakavasti rajoitettuna. On myös oletettavaa, etteivät kaikki työn rajoitukset näyttäytyä lääkäreille autonomian loukkauksina: eräät lääkärin työn rajoituksista ovat yleisesti hyväksytyjä sääntelykeinoja, jopa autonomian ehtoja. Tulkinnat autonomiasta riippuvat myös siitä, mitä työllä tavoitellaan. Sama työ voi mahdollistaa yhden ihanteen autonomisen tavoittelun, mutta olla toisen ihanteen näkökulmasta kielteisesti säänneltyä. Niinpä meille oli kiinnostavaa tutkia, millaisia merkityksiä autonomiaan liitetään suomalaisen lääkäriprofession keskuudessa.

Autonomian ja ammatillisuuden eri merkityksiä tarkastelimme erityisesti lääkärin työtä ja toimintaa koskevien vakiintuneiden puhetapojen näkökulmasta. Sosiologisesti ajatellen vakiintuneet puhetavat tarjoavat lääkäreille kulttuurisia resursseja, joiden avulla lääkärit voivat hallita työtään koskevia vaikutelmia erilaisissa

tilanteissa (Burr 2003; myös Wetherell 1998). Lääkäreille myönteisten vaikutelmien hallinta voi olla olennaista paitsi tutkimushaastattelussa ja sen anonyymissa, mutta silti julkisessa puheessa, myös vuorovaikutuksessa esimerkiksi potilaiden tai kollegojen kanssa (esim. ledema ym. 2004). Lääkäreiden on työssään kyettävä esiintymään vastuullisina ja ammattitaitoisina toimijoina, joilla on oikeanlaiset arvot. Vakiintuneet puhetavat tarjoavat erilaisia toimija-asemia (Burr 2003). Esiintymällä vastuullisina parantajina tai omaksumalla esimerkiksi terveysvalmentajan aseman, lääkärit voivat näyttäytyä yhteiskunnallisina toimijoina, joiden tavoitteet ovat sekä ymmärrettäviä että sosiaalisesti hyväksyttäviä – ainakin mikäli esitykset ovat uskottavia, kuten ne aineistossamme ovat (vrt. Burr 2003).

Esitysten hyväksyttävyyys ja vakuuttavuus on olennaista lääkäreiden yhteiskunnallisen toimialueen kannalta. Tilanteen mukaan lääkäreiden kyvyllä esiintyä onnistuneesti voi olla kauaskantoisiakin seurauksia lääkäritoiminnan yhteiskunnalliselle hyväksyttävyydelle.

Vuorovaikutuksellisten funktioiden lisäksi myönteinen esiintyminen voi olla emotionaalisesti ja kokemuksellisesti tärkeää (esim. Sointu 2015; myös Taylor 1985). Myönteiset toimija-asetat tarjoavat lääkäreille mahdollisuuden kokea työnsä mielekkääksi. Aina myönteiset toimija-asetat eivät ole uskottavasti saatavilla, mikä voi aiheuttaa lääkäreille paitsi vuorovaikutuksellisia ongelmia myös emotionaalista kuormitusta. Esimerkiksi resurssipulan vuoksi terveyskeskuslääkärin saattaa olla mahdotonta esiintyä ja nähdä itseään aktiivisena parantajana.

Lopulta vakiintuneet puhetavat tarjoavat lääkäreille myös resursseja arvioida ympärillään tapahtuvia muutoksia (Watson 2002; myös Samra-Fredericks 2008). Vakiintuneisiin puhetapoihin vedoten lääkärit voivat vastustaa ja kritisoida tai puolustaa ja legitimoida työhönsä kohdistuvia uudistuksia esimerkiksi sen perusteella, millaisia vaikutuksia uudistuksilla on lääkäreiden autonomiaan (Watson 2002). Puhetavat ovatkin eräänlaista elävää ja arkista etiikkaa. Sellaisena puhetavat voivat myös muuttua.

Olemme edellä puhuneet parantajan ja terveysvalmistajan asemista lääkäreille keskeisinä positiivisina toimijapositiona. Haastattelussa ammatin tulevaisuuteen ja myös nykytilanteeseen liitettiin myös ongelmallisia kehityskulkuja. Haastatelluille nämä kehityskulut näyttäytyivät huolestuttavina, koska ne uhkaavat sysätä käytännön lääkärintyötä tekeviä tilanteisiin, joissa he eivät enää kykene näkemään työtänsä ”oikeana” lääkärintyötä. Näissä tilanteissa lääkärit joutuvat omaksumaan negatiivisia toimija-asemia. Tulkitsemme, että kaikki nämä asemat ovat kaventuneen tai menetetyt

hoidollisen autonomian asemia, ja toteutuneina kaventaisivat koko lääkärikunnan autonomiaa muuttamalla sitä, millaisena ammattina lääkäri yhteiskunnallisesti mieltyy. Olemme nimenneet tällaisia ei-toivottuja rooleja aineiston perusteella seuraavin termein: *terveysteknikko, liukuhihnatyöntekijä, reseptiautomaatti, virkamies, pelinappula ja paimenkoira*.

Terveysteknikko on positio, jossa lääkärin mahdollisuus itsenäiseen harkintaan erityisesti diagnostiikan osalta on kavennut. Hoitosuosituksista on tullut sääntöjen kaltaisia, tai digitalisaation seurauksena diagnoosi perustuukin jollekin sovellutukselle. Terveysteknikon positio on uhkakuva, joka lähinnä liitetään tulevaisuuteen. Toisaalta positio voi toteutua myös tilanteessa, jossa kokematon lääkäri esimerkiksi kiireen vuoksi joutuu seuraamaan hoitosuosituksia ilman harkinta-aikaa. Yhdysvalloissa sosiologit arvioivat kehityksen jo menevän voimakkaasti tähän suuntaan perusterveydenhuollon lääkäreiden osalta, joiden ennustetaan lähivuosina kokonaan katoavan ammattiryhmänä. Syiksi katoamiseen tulkitaan paitsi niukkeneva rahoitus myös sairaanhoidon suuret muutokset, joista tärkeitä ovat muun muassa lääkäreiden kanssa kilpailevat uudet ammattilaiset, hoitosuositusten tahattomat, lääkärin ammatillista harkintaa kaventavat seuraukset ja laboratoriotutkimusten merkityksen kasvu lääkärin tekemien anamneesiin liittyvien tutkimusten kustannuksella (McKinlay & Marceau 2008). Liukuhihnatyöntekijä on samantapainen, kiireen tahdittaman lääkärin asema, jossa lääkärillä ei ole aikaa perehtyä potilaan tilanteeseen rauhassa. Nämä kaksi positiota liittyvät etenkin avoterveydenhuoltoon, mutta myös sairaalatyössä kova työpaine voi tehdä työstä liukuhihnamaista.

Reseptiautomaatiksi itsensä voi kokea lääkäri, jota potilaat tai organisaatio kohtelevat kumileimasimena tilanteissa, joissa joku muu kuin lääkäri ohjeistaa tai tekee päätöksiä, jotka rajaavat lääkärin panoksen diagnostiikassa tai potilaan hoidosta päättämisessä muodolliseksi. Julkisen vallan asettamat velvoitteet voivat paitsi lisätä lääkärinammatin luonteelle vierasta byrokratiaa myös asettaa lääkärin muutenkin virkamiehen rooliin. Näin käy silloin, kun julkinen valta asettaa lääkärin valvomaan potilaitaan tavalla, joka vaikuttaa hoitosuhteeseen ja tuo siihen ristiriitaisia elementtejä. Koska käytännön lääkärit mieltävät usein olevansa viime kädessä yksittäisen potilaan hoitajia ja myös intressien valvojia, koetaan julkisen vallan vaatimukset väliintulona, joutumisena yhteiskunnan pelinappulaksi. Toisaalta lääkärit tunnistavat myös tilanteita, joissa yhteiskunnalliset velvollisuudet ovat oikeutettuja. Tällöin kysymys velvoitteista näyttäätytty ammattikunnan yhteisenä kysymyksenä, jossa profession linjaukset

ovat tukijalka. Paimenkoiraksi voidaan mieltää esimerkiksi työterveyslääkäri, jonka toimintaa voimakkaasti ohjaavat ja rajaavat potilaan työnantajan vaatimukset vaikkapa sairauslomien pituudesta. Myös tällaisen position vastavoimaksi autonomian puolustamisen näkökulmasta tarvitaan profession yhteisiä linjauksia.

Nämä negatiiviset positiot liittyvät ammattin luonteessa tapahtuvaan muutokseen, joka uhkaa ammattikuntaa. Haastattelupuheessa esiintyy myös lääkärin persoonallisuuden muutokseen liittyviä uhkakuvia. Etenkin nuorten lääkäreiden puheessa uhkana näytetty muuttuminen kyynikoksi, jota mikään ei enää kosketa, tai fleguksi, joka ei ole välittänyt pysyä kehityksessä mukana ja suhtautuu työhönsä vastuuttomasti. Konkareiden puheissa taas vilahtelevat sitoutumatomat, nuoret lääkärit, joille lomailu surffaamisen tai laskettelun parissa on yhtä tärkeätä, jos ei tärkeämpää kuin työ. Kyynikon, flegun ja lomailijan kaltaiset ei-toivotut positiot edustavat moraalisia vaaroja, joita lääkärit tunnustavat lääkärinä toimimisessa, lähinnä toisten ammattikunnan jäsenten osalta. Ne kertovat lääkärikunnan sisäisistä vaaroista (vrt. Suomen Lääkäriliitto 2015: 54–56), jotka uhkaavat oikeanlaisen lääkäriyden toteutumista puhujan silmissä. Kyynikko ei kykene empatiaan ja flegu ei hoida potilasta asianmukaisesti, riittävällä tarkkuudella. Potilaskeskeinen ammatillisuus jää toteutumatta. Lomailija ei puolestaan kiinnity työyhteisöön eikä siksi täytä sellaisia kollegiaalisuuden ihanteita, joiden mukaisesti työyhteisön lääkärit muodostavat kollegion, jossa vastuu jaetaan tasavertaisesti.

Aineistossa oli myös yksi uhkakuva, joka liittyy parantajan positioon. Viime kädessä lääkärikunnan yksinoikeus parantamiseen perustuu puoskareiden sulkemiselle pois sairaanhoidon kentältä. Tällä hetkellä vaikuttaisi siltä, että erilaisten vaihtoehdoitojen kysyntä on luonut nopeasti kasvavat markkinat, joita voisi luonnehtia vaikkapa englanninkielisellä wellness-termillä. Ilmiötä sivuttiin aineistossamme monin tavoin, mikä osoittaa, että ilmiö koskettaa käytännön lääkäreitä ja vaikuttaa heidän työhönsä. Lääkäreitä vaikuttaisi eniten vaivaavan vaihtoehdoitoihin liittyvä uhka lääkärikunnan sisällä. Tämän johtopäätöksen teemme siitä, että kun puoskarilla perinteisesti on tarkoitettu henkilöä, joka esiintyy lääkärinä ilman oikeaa koulutusta, näyttäytyivät haastatteluissa lähimpänä puoskarin asemaa lääkärikoulutuksen saaneet henkilöt, jotka esiintyvät lääkäreinä, mutta joiden hoidot eivät perustu koululääketieteelle. Tulkitsemme tämän johdosta, että lääkärit kokevat lääkäriauktoriteetilla tehdyt vaihtoehdoitot jollakin tapaa omaa asemaansa horjuttavina, ehkäpä siksi, että ne hämärtävät sitä, millaisena lääkäreiden tarjoama parantaminen yleisön silmissä näyttäätytty.

Haastatellut haluavat perustella omaa toimintaansa tieteellisyyteen vedoten, muun muassa hoitosuosituksiin tukeutuen.

Esittelemme seuraavassa tutkimuksen tulokset tiivistetysti. Empiirinen analyysi on tutkimusraportissa jaettu neljään lukuun, joista ensimmäinen (luku 4) tarkastelee sitä, millaisena lääkärin ammatti ja hyvä lääkäriys haastateltavien puheessa rakentuu. Luku 5 keskittyy klinisen eli hoidollisen autonomian saamiin merkityksiin. Luvussa 6 taas syvennytään siihen, miten käytännön lääkärit mieltävät ja tulkitsevat yhteiskunnan käytännön lääkäreille asettamia velvoitteita. Luku 7 on sukupolvinäkökulmasta raportin keskeisin. Se tarkastelee nuorten lääkärin puhetta työstään ja asemastaan ja etenkin työhön liittyvistä, kohtuuttomiksi miellettyistä vaatimuksista.

Lääkärin palkitseva ja vaativa ammatti ja sen uhat

Luvussa neljä tutkimuskysymys oli ottaa selvää millaisina käytännön lääkäriä tekevät lääkärit ymmärtävät lääkärikunnan autonomian ja hoidollisen autonomian merkitykset (ja keskinäiset suhteet) omassa työssään. Pohjustimme analyysia tarkastelemalla aluksi lääkärin puhetta ammatistaan yleisesti, muodostaaksemme käsityksen siitä, millaisena ammatin ja hyvän lääkärin ihanteet näyttäytyivät haastatelluille. Analyysimme pohjalta lääkäriammattillisuuden merkitykset voisi tiivistää seuraavasti: ammatin ytimessä on parantajan positio – vain lääkäreillä on oikeus diagnosoida ja määrätä lääketieteellisiä hoitoja (myös Abbott 1988). Odotetusti käytännön lääkäreiden työn mielekkyyttä koskevan puheen ytimessä on potilas. Samalla tapaa odotetusti julkituotuna ihanteena on altruistinen auttamisen motiivi, johon lääkärit ovat autenttisesti ja omaehtoisesti sitoutuneet. Lääkärit voivat tuoda julki omia intressejään, mutta intressejä rajoittavat velvoite potilaiden ja yhteiskunnan palvelemiseen. Läkäreille ei ole vaikeata ylläpitää ihanteen mukaista mielikuvaa omista motiiveistaan, mutta he tunnistavat ulkopuolisia ja rakenteellisia tekijöitä, jotka voivat uhata työn oikeanlaista toteuttamista. Perinteisen parantajan position ohella on merkkejä siitä, että yleisen potilaskeskeisyyden rinnalla on vahvistumassa ajatus lääkäristä terveysvalmentajana. Tällaista puhetta esiintyi erityisesti terveyskeskustyöstä mutta joskus myös yksityissektorista puhuttaessa.

Näiden havaintojen pohjalta luonnehdimme lääkärikuntaa luvussa neljä parantajien professioksi. Lääkärin parantajan rooli näyttäytyikin aineistossamme ammatin kannalta perustavaa laatua olevana, puhujia yhdistävänä ja mieluisana positiona, joka ei pohjaudu pelkästään lääketieteelle. Esimerkiksi terveyskeskuksessa monisai-

raan potilaan hoidossa korostetaan joskus kokonaisvaltaista humanistista näkökulmaa, jossa sairauksia hahmotetaan potilaan elämän kokonaisuuden näkökulmasta sosiaaliset tekijät huomioiden. Myös potilaan elämäntapojen ohjaaminen terveellisempään suuntaan näyttäytyi haastatteluissa vaativana, mutta myös hyvin palkitsevana asiana, jonka osa lääkäreistä oli omaksunut osaksi toimenkuvaansa.

Potilaskeskeisyyden myötä tunnetyöstä on tullut tärkeä ammatinharjoittamisen osa-alue. Monet lääkärit vaikuttaisivat kokevan, että heiltä odotetaan paitsi vuorovaikutustaitoja myös emotionaalista sitoutumista työhön. Lääkärin ammattitaitoa on kyetä kunnioittamaan potilaan toiveita, säilyttäen asiantuntija-asemansa, josta käsin päättää hoidosta, potilasta kuunnellen ja hoitomyönteisyyttä vaalien. Ammattitaitoa edellyttää myös se, että potilaat ajoittain haastavat lääkärin oikeuden olla hoidosta päättävä toimija. Hoitokohtaukset edellyttävätkin lääkäriltä tilannetajua, ”pelisilmää”.

Lääkäriyden ihanteita rakentavassa puheessa voidaan nähdä jännite altruistisen ideaalin ja itseintressin välillä. Lääkärit joutuvat tasapainoilemaan sen kanssa, millainen itseintressi on hyväksyttyä, millainen ei. Esimerkki ensin mainitusta on lääkärintyön älyllinen palkitsevuus. Haastateltavat puhuvat suurella tyydytyksellä työhön liittyvästä mahdollisuudesta ongelmanratkaisuun ja uusien asioiden oppimiseen. Tällainen itseintressi on varmasti hyväksyttävää potilaiden ja suuren yleisön silmissä, koska sen voidaan katsoa palvelevan myös potilaita. Yksittäisessä potilaskohtauksessa tällaisen intressin korostaminen ei välttämättä ole sopivaa, mistä useimmat lääkärit vaikuttivat myös tietoisilta.

Lääkärikollegion merkitys

Vaikka haastatteluissa lähdimme liikkeelle yksittäisen lääkärin tilanteesta, välittyi aineistosta voimakkaasti se, kuinka usein lääkäreiden työ perustuu yhteistyölle muiden lääkäreiden ja ammattilaisten kanssa, ja kuinka tätä yhteistyötä arvostetaan. Aloimme viitata ensisijaisesti työpaikan lääkäriyhteisöön, mutta myös lääkärikuntaan yleisemmin, kollegion käsitteellä. Näin olemme pyrkineet tavoittamaan niitä moniulotteisia merkityksiä, joita yhteisöllisyydelle ja kollegialisuudelle aineistossa annetaan. Tunnistamme seuraavassa kaksi pääasiallista tapaa puhua lääkäriyhteisöstä. Ensiksi, yhteisöllisyys yhdistetään kutsumuksellisuuteen ja ammatti-identiteettiin. Yhtäältä yhteisöön kiinnittyminen tukee oikeanlaista, altruistista motivaatiota, toisaalta se tunnistettiin potentiaalisena taakkana tilanteissa, joissa lääkäri haluaisi olla muutakin kuin lääkäri. Toiseksi, yhteisöllisyyteen liitetään kollegion työpaikalla ja laajemmin terveydenhuollon organisaatioissa antama

käytännöllinen tuki, mahdollisuudet konsultaatioihin ja niitä helpottava yhteinen kieli.

Tulkitsemme, että ammatinharjoittaminen on uskottavampaa, kun se näyttäytyy yhteistoimintana, koska lääketiede on nykyään kompleksista ja eriytynyt luke-mattomiksi erikoisaloiksi. Yhteistoiminnalle perustuva osaaminen oikeuttaa ja perustelee sitä, että professio ylläpitää yhteisöllisyyttä paitsi positiiviseksi mielletyin keinoin myös kurilla. Yhteiset pelisäännöt luovat yhteisen kielen ja turvaavat siten yhteistoiminnan edellytykset lääkärin toimipaikasta riippumatta. Tästä näkökulmasta yhteisöön kuulumisen tukee myös aloittelijan astumista parantajan rooliin. Korostamalla yhteisöllisyyttä lääkäri säilyttää vaikutelman säännellystä, luotettavasta ja vastuullisesta toiminnasta – sekä muiden että itsensä silmissä. Korostamalla kutsumustaan lääkäri korostaa sitoutumistaan vastuulliseen ammatillisuuteen oikeista syistä. Perinteiselle kutsumusajattelulle on kuitenkin myös vaihtoehtoja. Kutsumus ei ole absoluuttinen normi, mutta sitoutuminen, motivaatio ja altruismi ovat.

Konkreettisesti ajatellen yhteisöllinen tapa tehdä työtä näyttäytyy aineistossa työn järjestämisen malleina, joissa luodaan konsultaatiokanavia ja tukea uuden oppimiselle. Esimerkiksi ruuhka-aikoina ja vaikeita päätöksiä tehdessä vastuun jakaminen vähentää yksittäiseen lääkärin kohdistuvaa kuormitusta. Lääkärin toimenkuvan itsenäisyys vaihtelee luonnollisesti työpaikasta riippuen. Joidenkin päivittäinen työ voi olla hyvin itsenäistä ja sellaisena myös yksinäistä. Vaikka aineiston pohjalta ei voi tehdä systemaattisia yleistyksiä, käy siitä selville, että sekä tuen saatavuus että tarve vaihtelee paljon erilaisten organisaatioiden ja eri uravaiheissa olevien lääkäreiden välillä. Etenkin nuorilla lääkäreillä on kokemuksia yksin jäämisestä, konsultaatiokanavien puuttumisesta ja työpaikoilla vallitsevasta yksin pärjäämisen pakosta, kun taas toiset, samankaltaisissa organisaatioissa työskentelevät haastateltavat, erityisesti konkarit, kertoivat työpaikkojensa vahvasta yhteishengestä, joka tekee työnteosta ja oppimisesta sujuvampaa ja mielekkäämpää.

Aineistomme valossa arkisen työn realiteetit ovat usein ristiriidassa potilaskeskeisten ihanteiden kanssa. Tällöin lääkäreiden autonomia eräässä mielessä kaivuu, koska he eivät voi toteuttaa ihanteen kaltaista lääkäriyttä. Potilasta kuuntelevana parantajana toimimista vaikeuttaa etenkin lisääntynyt byrokratia, joka haastateltavien puheessa tarkoitti virkamiesmäistä työtä, paperityön liiallista määrää ja esimerkiksi huonosti toimivia ja työaikaa syöviä potilastietojärjestelmiä.

Ammattikuntaan kuulumisen on autonomiakysymyksen kannalta tärkeää, sillä lääkäriammatin asema perustuu eräältä osin ammattikunnan jäsenten haluun

sitoutua yhteisesti jaettuihin normeihin. Ammattikuntaan kuulumisen koetaan aineistossamme yleisesti antavan konkreettista ja symbolista lisäarvoa lääkärin työn tueksi. Tämä näkyy erityisesti siinä, miten puhe lääkärinkuntaan kuulumisesta kirvoitti puhetta kaikkia lääkäreitä yhdistävistä asioista sekä lääkäriyhteisön mahdollistamasta lääkäreiden välisestä sujuvasta yhteistoiminnasta. Vaikka haastateltavien kesken ei ole nähtävissä suuria eroja lääkäriammatillisuuden tärkeydessä samastumiskohteena, oli haastatteluissa kuitenkin myös merkkejä siitä, että osa lääkäreistä, etenkin nuoremmista, haluaisi ammattinsa rajautuvan helpommin ”vain” työksi. Tuloksiimme viitaten voisi jopa tulkita, että nuoret lääkärit saattavat kokea, että lääkäriys välillä ”kolonisoii” vapaa-aikaa työhön liittyvän paineen ja siitä aiheutuvan huolen takia.

Lääkärin autonomian merkitykset ja uhkatekijät

Pyrimme haastatteluilla rakentamaan kuvaa lääkäreiden käsityksistä työstään ja sen ehdoista sillä ajatuksella, että lääkärit samalla kertovat autonomiaan liittyvistä asioista. Lisäksi kysyimme lääkäreiltä autonomista suoraan. Tässä yhteydessä kävi ilmi, että käsite oli monelle vieras tapa jäsentää omaa työtään. Miettimistauot ja epäröinti voivat myös kieliä käsitteen arkaluontoisuudesta: autonomia on poliittisesti ja moraalisesti latautunut käsite ja sen oikeutusta peilataan jatkuvasti yleisön oletettuihin odotuksiin.

Haastatteluissa lääkärit lähtivät usein liikkeelle kuvaamalla autonomiaansa vahvana ja laajana, eikä autonomiaan lähtökohtaisesti liitetty uhkatekijöitä, jotka heikentäisivät heidän asemaansa. Tästä lähtökohdasta lääkäri saa itsenäisesti päättää potilaan hoidosta riippumatta muista tahoista, ja tämä oikeus perustuu lääkärin omaksumaan ammatilliseen erityistietoon ja -taitoon. Lääkärin harkintavalta kumpuaa siitä, että lääketieteen tuottama tieto ei tarjoa itsestään selviä lähtökohtia potilaan hoitoon. Diagnoosia ei voi asettaa ilman yksilöllistä arviota, ja sittenkin kun diagnoosi on varmistunut, edellyttää myös hoitolinjan valitseminen erilaisten yksilöllisten tekijöiden arviointia.

Sen lisäksi, että haastatellut painottivat ammatillisen harkinnan merkitystä lääkärin autonomialle, monet korostivat potilassuhdetta: autonomia tarkoittaa mahdollisuutta työskennellä potilaan parhaaksi ja tämän etujen asettamista ensisijaiseksi ulkoisista tekijöistä riippumatta. Tällaisessa ajattelutavassa näkyy vallalla oleva potilaskeskeinen tapa jäsentää käytännön lääkärin työtä. Vaikka lääkärin velvollisuus on työskennellä potilaan parhaaksi, lääkärin autonomiaa kuitenkin tarvitaan, jotta lääkäri ei ole potilaasta riippuvainen.

Haastatellut asettivat lääkärin autonomialle myös rajoja. Lääkärin ammattiin liittyy vastuullisuuteen velvoittavia tekijöitä, kuten velvoite täydennyskoulutukseen sekä odotus siitä, että lääkäri toimii hoitosuosituksen mukaisesti, poiketen suosituista hoitolinjoista vain perustellusti. Havaintojemme mukaan lääkärit kykenevät puolustamaan kliinistä autonomiaa reflektiivisesti. Haastattelujen perusteella syntyy vaikutelma lääkäreistä, jotka ovat sitoutuneet toimimaan potilaiden hyväksi vastuullisesti ja rationaalisesti, säädökset huomioiden ja eettisesti omaa toimintaansa arvioiden. Vastuullisuus tosin mieltyy usein erityisesti potilassuhteeseen liittyvänä vaatimuksena. Aineistossamme lähinnä vain konkarit puhuivat lääkärin etiikasta autonomiaa ohjaavana ja rajaavana tekijänä myös yhteiskunnan edun vaalimisen näkökulmasta.

Lääkärit tunnustavat myös autonomiseen asemaan liittyviä ongelmia. Kliinisen autonomian kannalta ongelmallisiksi tunnistettiin esimerkiksi mediassa esiintyvät kollegat, jotka toimivat ammattitaidottomasti hoitamalla potilaitaan yleisten hoitolinjojen vastaisesti tai harjoittamalla vaihtoehtoisia hoitoja. Autonomia mahdollistaa haastateltavien mukaan myös lääkärinammatin harjoittamisen sellaisena liiketoimintana, jossa tuoton maksimointi menee eettisten periaatteiden edelle. Ongelmallisena pidettiin myös sitä, että ammattia voi harjoittaa, vaikka lääkäri ei pitäisi riittävästi huolta täydennyskoulutautumisestaan ja tietojensa ajantasaisuudesta.

Lääkärin autonomiaa ammattikunnan ulkopuolelta uhkaavia tekijöitä voidaan valottaa tunnistamalla edellä mainittuja toimijapositioneja, joista haastateltavat puhuivat autonomian kannalta kielteisinä. Yksi keskeinen ongelmallinen positio lääkärille syntyisi, jos hoitosuosituksia alettaisiin kohdella sitovina toimintaohjeina, joista poikkeavaa toimintaa sanktioitaisiin. Tällöin lääkäri alennettaisiin edellä kuvattuun tapaan terveysteknikoksi, jolla ei olisi itsenäistä valtaa tulkita hoitosuosituksen merkitystä. Reseptiautomaatin asema on potilaiden lisääntyviin vaatimuksiin liittyvä pelko, joka liittyy myös yrityskontekstissa tehtyyn lääkärityöhön. Jos potilaan hoitoa ohjaavat taloudelliset intressit, on lääkärin kliininen autonomia, esimerkiksi valta olla määräämättä turhina pitämiään lääkkeitä tai tutkimuksia, vaarassa.

Taloudelliset tekijät tunnistettiin uhkaksi lääkärin autonomialle myös niukkuuden olosuhteissa. Rajalliset resurssit ja resurssien pieneneminen estävät lääkäreitä hoitamasta potilaitaan parhaaksi katsomallaan tavalla. Tämän tekijän uskotaan aineistossa yleisesti vaikuttavan terveydenhuollon järjestämiseen kokonaisvaltaisesti. Lääkärit perustelivat huoltaan myös sillä, että jo nykyisillä resursseilla potilaan oikeus saada hyvää hoitoa saattaa vaarantua kiireen ja resurssien niukkuuden takia.

Kuten kysymys lääkärin autonomiasta, myös kysymys lääkärikunnan autonomiasta edellytti haastateltavilta pohdintaa. Tulkitsemme, että kysymykset autonomiasta saivat haastatellut arvioimaan lääkärikunnan erityisaseman oikeutusta tavalla, joka edellytti heidän kykenevän tunnistamaan perusteltuja syitä puolustaa kollektiivisesti lääkäreiden intressejä. Haastatellut tunnustivat myös liiallisen tai huonon autonomian mahdollisuuden, mikä ilmeni uhkana lääkäreiden vastuuttomasta toiminnasta. Näin määritellyn autonomian rajoitukset näyttäytyivät lääkäreille oikeutettuina. Useimmille lääkärikunta oli mahdollista ymmärtää kollegiaalisena yhteisönä, jonka yhteiskunnallinen erityisasema ja mandaatti rakentuu vuorovaikutuksessa muun yhteiskunnan kanssa. Tästä näkökulmasta lääkärikunnan autonomiaa ei nähdä ulkopuolisista odotuksista irrallisena, vaan tiettyjen sääntöjen puitteissa yhteistä hyvää tuottavan kollegion asiantuntemuksellaan ansaitsemana vastuullisena vapautena.

Kliinisen autonomian rakenteet ja jännitteet

Luvussa 5 tarkastelemme ammatinharjoittamisen arkea ja arjessa näyttäytyviä rakenteita, joiden puitteissa syntyvät ne konkreettiset toimintamahdollisuudet, joita lääkäreillä on. Luvun analyysia ohjaa seuraava tutkimuskysymys: millaisia tekijöitä lääkärit ottavat huomioon määritellessään yhtäältä hoidollisen autonomian ja toisaalta lääkärikunnan autonomian rajoja. Koska autonomia jäsenyyksenä ei ole sellainen, että lääkärit sitä suoranaisesti käyttäisivät, päätimme tarkastella luvussa käytännön lääkärin työn arkea käsittelevässä puheessa esiintyviä rakenteita ja jännitteitä. Näitä lähestyttiin haastatteluissa virikkeiden avulla, mikä osoittautui hedelmälliseksi lähestymistavaksi, koska ne ohjasivat haastateltavat ottamaan selvemmin kantaa tutkijoita kiinnostaviin ilmiöihin. Luvussa käsitellään viittä hoidolliseen autonomiaan liittyvää teemaa: lääkäreiden johtaminen, ammatillinen harkinta ja hoitosuositukset, potilassuhteen jännitteet, kollegiaaliset velvoitteet sekä lääkärin etiikka ja yhteiskunnan vaateet.

Esimiesasia eli kysymys siitä, miten lääkärityötä tulee johtaa, on tärkeä terveydenhuollon organisoinnissa tapahtuvan muutoksen kannalta. Lääkäriprofessio on perinteisesti kannattanut kollegiaalista johtamismallia, jonka mukaisesti lääkärikollegiota johtaa ”ensimmäinen vertaisten joukossa”, eli itsekin kliinistä työtä tekevä seniori, primus inter pares. Tämä lähes ikiaikainen ihanne on ajautunut ristiriitaan uuden julkisjohtamisen johtamisihanteiden kanssa, joiden mukaisesti johtajuus toimintona irrotetaan kliinisestä työstä. Substanssiosaamisen sijaan johtaminen perustuu yleisille johtamisopeille tehokkaasta työn järjestämisestä.

Aineistossamme haastatellut lääkärit puolsivat lähes yksimielisesti vaadetta siitä, että lääkärin lähiesimiehen tulee olla lääkäri. Tätä perusteltiin sillä, että menestyksenkäs esimiestyö edellyttää syvällistä asiantuntemusta lääkärin työstä. Haastatteluissa oli kuitenkin havaittavissa kaksi eri puheentapaa. Suurin osa lääkäreistä puolusti lääkäriesimiestä periaatteellisella tasolla, kun toiset muotoilivat kantansa varovaisemmin, painottaen sitä, että esimiehen täytyy koulutuksesta riippumatta kyetä ymmärtämään lääkärin työn erityiset tekijät. Ilman lääkärin etiikkaa ja syvällistä tuntemusta lääkärin työstä pelättiin ulkopuolisen johtajuuden muuttavan arjen toimintatapoja ja lääkärin mahdollisuuksia toteuttaa parantajan rooliaan. Käytännössä siis lähes kaikille haastatelluille, iästä ja uravaiheesta riippumatta, lääkärin koulutus näyttäytyi esimiestyöhön välttämättömänä tai ainakin ihanteellisena perustana. Ne, joille lääkärin esimiehisyys ei ollut periaatteellinen asia löysivät sille pragmaattiset perusteet: maallikko voi tehdä lääkärin työn kannalta haitallisia ratkaisuja, ei ehkä aja potilaan etuja eikä pysty konsultoimaan ja neuvomaan. Perusteluista voi päätellä myös sen, että lääkärit yhä mieltävät olevansa työpaikallaan osa kollegiota, vaikka juuri tätä ilmausta ei jäsenyyksenä käytetä.

Hoitosuosituksen vakiintuminen lääkärin työtä ohjaavaksi ja standardoivaksi tekijäksi on tutkimuskirjallisuuden perusteella (ks. s. 12–13) keskeisimpiä kliinistä autonomiaa koskevia muutoksia viime vuosikymmeninä. Muutos on herättänyt kysymyksen siitä, millaisen tilan hoitosuositukset jättävät lääkärin ammatilliselle harkinnalle. Aineistossamme hoitosuosituksia pidettiin parhaiden asiantuntijoiden laatimina ja tutkittuun näyttöön perustuvina. Vastauksissaan haastatellut korostivat, kuinka hoitosuosituksista voi poiketa perusteluista syistä, ja kuinka jokaisen potilaan hoito on yksilöllistä. Hoitosuositukset eivät näyttäytyä autonomiaa uhkaavana asiana lääkäreille. Tutkimuskirjallisuuden perusteella oli odotettavissa, että lääkärit eivät tulkinneet suosituksen rajaavan toimintamahdollisuuksiaan, vaan pitivät niitä työn tukena olevina toimintadokumentteina, joita he osaavat pätevästi soveltaa.

Haastatteluista kävi ilmi, että suosituksia sovelletaan kompleksisessa toimintaympäristössä, työn kiireisessä arjessa. Paitsi että lääkärit toimivat työpaikkansa asettamissa resurssi- ja aikataulupuitteissa, huomioivat he lääketieteellisten seikkojen ohella usein myös potilaiden elämäntilanteeseen liittyviä sosiaalisia ja taloudellisia tekijöitä. Tällaista kykyä kokonaisarvioon voidaan pitää sellaisena ammatillisena harkintana, joka ylläpitää lääkärin kliinistä autonomiaa. Haastattelimme lääkärit esittivätkin itsensä varsin uskottavasti pätevinä hoitosuosituksen soveltajina ja samaan aikaan hyväksyivät

perusteltuna ajatuksen siitä, että hoitosuositukset turvaavat hoidon laatua ja yhtenäistävät hoitolinjoja. Hoitosuosituksiin liittyy kuitenkin meidän silmissämme paradoksi: lääkärit eivät näe hoitosuosituksia uhkana, koska ajattelevat, että niitä voidaan aina soveltaa. Kuitenkin soveltaminen vaatii aikaa, kuten kilpailevia, potilaalle paremmin soveltuvia hoitoja koskevaan tutkimusnäyttöön perehtymistä. Keräämämme aineistonkin perusteella tiedämme, että aikaa on usein niukasti. Näin herää kysymys, ovatko lääkärit liiankin luottavaisia kykyihinsä soveltaa hoitosuosituksia ja käyttää ammatillista harkintaansa arkisen työn aikapaineissa. Toinen pohdintamme liittyy nuorten lääkärin tilanteeseen. Haastattelimme nuoret lääkärit saattoivat puhua hoitosuosituksista siunauksena. Samalla he saattoivat omastakin mielestään olla uransa alkuvaiheissa ajoittain liiaksi hoitosuositusten varassa, etenkin kun heiltä vaikuttaisi puuttuvan konsultaatiokanavia. Tällöin hoitosuositukset saavat perehdyttäjän roolin tavalla, joka voi olla ongelmallinen, sillä vaikka hoitosuositusten tunteminen voi antaa nuorelle lääkärille uskottavuutta, voi niihin nojaaminen myös näyttäytyä hoidon muille osapuolille kapeana pätevyytensä.

Potilastyöhön liittyy jännitteitä, jotka potentiaalisesti haastavat lääkärin mahdollisuudet harjoittaa ammatillista harkintaa ja siten kaventavat kliinistä autonomiaa. Kokemus vaatimuksia esittävästä potilaista on lääkäreille arkipäivää. Haasteltujen mukaan nämäkään potilaat eivät silti uhkaa lääkärin autonomiaa, kunhan lääkärillä on edellä mainittua ”pelisilmää”. Ilmauksella viitataan niihin strategisiin toimintatapoihin, joita lääkäri soveltaa oikeanlaisen, eli hoitomyöntyvyyteen perustuvan hoitosuhteen luomiseksi. Lääkäri pyrkii toiminnallaan luomaan potilaan ja lääkärin väliseen hoitosuhteeseen yhteisymmärrystä, hoitomyöntyvyyttä sekä jatkuvuutta. Hyvään lääkäriyteen liitetään siis yleisesti taito ohjata potilasta suuntaan, jossa tämä hyväksyy lääkärin roolin hoidosta päättävänä ammattilaisena. Kukaan ei halua olla reseptiautomaatti. Hyvän hoidon ihanteen mahdollistaminen kliinisessä työssä rakentuu tiedolliselle auktoriteettiasemalle, jonka perustana oleva lääkärin erikoistieto näyttäytyy lääketieteellisen tiedon lisäksi maallikotiedon uskottavana poissulkemisenä. Aineistomme kuitenkin osoitti, että hyvä lääkäri saattaa hoitosuhdetta rakentaakseen ja ylläpitääkseen myöntä, poikkeustapauksissa, määräämään potilaan vaatimia hoitoja, vaikka ei pitäisikään niitä hyödyllisinä, kunhan ne eivät ole potilaalle vahingoksi. Hyvän lääkärin potilassuhteisiin liittyviin toimintamahdollisuuksiin vaikuttavat myös erikoisalalan tuoma auktoriteetti, kokemus ja resurssit. Erikoissairaanhoidon piirissä potilaat vaikuttaisivat hyväksyvän lääkärin auktoriteettiaseman

helpommin kuin terveyskeskuksessa. Toisaalta myös taloudelliset tekijät vaikuttavat: kun potilas maksaa hoidon omasta pussistaan, on lääkärin vaikeampi taivutella tätä hyväksymään potilaalle epämieluisia hoitolinjaa.

Tarkastelimme lääkärin kollegiaalisia velvoitteita tilanteissa, joissa lääkärit joutuvat puuttumaan toisten lääkäreiden hoitopäätöksiin. Lääkärit olivat hyvin tietoisia vallitsevista kollegiaalisuussäännöistä ja pitivät niitä pääosin toimivina. Puhetta leimasi kaksi keskeistä arvoa: potilaan edusta huolehtiminen ja kunnioitus toisen lääkärin asiantuntemusta kohtaan. Reagoidessaan haastatteluvirikkeen tarjoamaan tilanteeseen lääkärit odotetusti pitivät potilaan parasta tärkeämpänä kuin kollegan kasvojen suojelemista. Kollegiaalinen kunnioitus sai enemmän painoarvoa tilanteissa, joissa kollegan tekemän (epätavallisen) hoitopäätöksen riski potilaalle arvioitiin pieneksi tai olemattomaksi. Lääkäreillä näyttäisi joka tapauksessa olevan halu luottaa siihen, että kollegat toimivat potilaan edun mukaisesti, vaikka tätä ei suoraan voitaisikaan päätellä (esim. potilaskertomuksista). Kynnys epäillä toista hoitovirheestä on suuri. Potilaan hoidon oikeellisuutta koskevan huolen esittämistä näyttäisivät vaikeuttavan myös profession sisäiset hierarkiat. Kollegiaalinen tavoite kunnioittaa toisen lääkärin asiantuntemusta ja olla vaarantamatta potilaan luottamusta kollegaan velvoittaa lääkärit hienovaraiseen kommunikaatioon.

Olimme etukäteen olettaneet, että yhteiskunnan asettamien velvoitteiden ja etiikan välillä saatettaisiin nähdä ristiriitoja, mutta tämä oletus osoittautui pääosin vääräksi. Kuitenkin lääkärit tunnistivat myös tilanteita, joissa julkisen vallan asettamat velvoitteet ajautuivat ristiriitaan lääkärin etiikan kanssa. Keskeiseksi puheenaiheeksi nousi aseiden hallussapitoon ja erityisesti ajoterveyteen liittyvät ilmoittamisvelvollisuudet, jotka jakoivat lääkäreiden mielipiteitä. Näissä asioissa lääkärin etiikkaan vetoamalla oli mahdollista perustella myös vastakkaisia kantoja: yhtäältä ilmoittamisvelvollisuuden nähtiin uhkaavan luottamuksellista hoitosuhdetta ja siten potilaan etua, toisaalta esimerkiksi heikentyneestä ajoterveydestä ilmoittamista saatettiin pitää tärkeänä yleisen turvallisuuden ja väestön terveyden takaamiseksi. Lainsäädännön asettamista velvoitteista puhuttiin myös käytännön työtä vaikeuttavina. Tietyt velvoitteet saatettiin kokea lääkärin työkuvaan kuulumattomina, käytännössä vaikeina toteuttaa tai rasittavina niihin perehtymiseen vaadittavan ajan vuoksi.

Käsittelimme haastatteluissa myös yhteiskunnallisiin kiistakysymyksiin liittyviä aiheita, kuten eutanasiaa ja raskaudenkeskeytystä, jotka määrittävät oikeaan lääkäriyteen kuuluvia rajoja lääkärin henkilökohtaisen etiikan tasolla sekä lääkärikunnan toiminnan tasol-

la. Näistä abortinvastaisuus näyttäytyi selkeimmin kysymyksenä, jonka osalta on syntynyt jonkinlainen profession sisäinen ratkaisumalli, jolla aborttia vastustavaan vähemmistöön kuuluvien lääkäreiden toimintaa säädellään siten, etteivät he ole tekemisissä aborttia mahdollisesti tarvitsevien potilaiden kanssa. Aineiston pohjalta vaikuttaisi, että lääkäreillä ei yleisesti ole halua toimia sosiaalisen kontrollin harjoittajina esimerkiksi seksuaalisuuden tai sosiaalisten oikeuksien osalta. Toisaalta aineisto on tältä osin niukkaa ja edellyttäisi lisätutkimuksia.

Yhteiskunnalliset velvoitteet

Yksi alkuperäisistä tutkimuskysymyksistämme oli, miten lääkärit ymmärtävät toimintamahdollisuutensa ja millaisia toimintamahdollisuuksiaan rajoittavia esteitä he tunnistavat. Empiirisessä analyysissä operationalisoimme kysymystä Lääkäriliiton kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta hieman toisin. Päätimme tarkastella kahta keskeistä ammatillisista velvoitetta, päivystysvelvoitetta sekä mahdollista velvoitetta täydennyskoulutukseen. Lisäksi halusimme tarkastella käytännön lääkäreiden näkökulmasta ammatinharjoittamisen säätelyä, ja erityisesti valtion ja profession rooleja säätelyssä. Kysymys päivystyksestä on Lääkäriliiton aktiivien näkökulmasta keskeinen: päivystyshaluttomuuden pelätään kasvavan niin, että syntyy tilanne, jossa valtio alkaa tarkemmin säädellä päivystämistä siten, että lääkäreiden keskinäisen sopimisen tila vähenee ja autonomia siten kapenee (ks. Suomen Lääkäriliitto 2015: 56).

Odotustemme vastaisesti päivystyshaluttomuus ei noussut aineistossamme kovin keskeiseksi teemaksi, vaikka konkareiden puheessa välillä pohdittiinkin nuorten erilaisia, vapaa-ajasta kiinnipitäviä arvoja. Päivystystä kuvattiin yleisesti raskaana ja vaativana työnä, päivystystaakkana, joka työyhteisössä aiheuttaa jännitteitä kollegojen kesken. Puhetta päivystystaakasta ei pidä liioitella: vaikka päivystyksiä pidettiin yleisesti raskaina, niistä puhuttiin myös neutraalisti lääkärin työkuvaan kuuluvana asiana, ei esimerkiksi ammatinvalintaa uhkaavana asiana. Tunnistimme kaksi keskeistä kantaa päivystämiseen, joista ensimmäinen on niin sanottua perinteistä lääkäriammattillisuutta mukaileva, ehdoton kanta. Tämän vähemmistöön jäävän kannan mukaan päivystysvastuu on jaettava tasapuolisesti, eikä oikeutettuja perusteita jatkuvalla päivystämisestä kieltäytymiselle oikeastaan ole. Toinen, joustavampi kanta, edellyttää myös oikeudenmukaista päivystystyön jakoa, mutta hyväksyy mahdollisuuden keventää jonkun vastuuta hyväksytyistä syistä, esimerkiksi (myös pidempikestoisen) sairauden tai tilapäisesti poikkeavan perhetilanteen takia. Tulkitsemme ehdottoman kannan

edellyttävän päivitykseen sitoutumista tavalla, joka voi olla erityisesti perheelliselle naiselle vaikeaa tai mahdollonta. Tulkitsemme arvoyhteisön tässä kysymyksessä rikkoutuneen, kun lääkäreiden kesken on suuria eroja sen suhteen, voiko päivityksestä hyväksyttävästi kieltäytyä vai ei. Joiltain osin lääkärit olivat kuitenkin yksimielisiä: oikeutettuna syynä ei juuri koskaan pidetty vapaa-ajan viettoa. Tämä liittyy siihen, että päivitysmisen kuormittavuus tekee siitä jännitteisen asian. Jos päivitystä katsotaan luovalliseksi pyytää vapautusta, täytyy syiden olla kollegojen silmissä hyväksyttäviä. Haastatellut puhuivat perusteista tiukkaan sävyyn: ollakseen hyvä kollega, on päivityksestä vapautusta haluavan oltava valmis avoimuuteen, jotta syitä olisi mahdollista arvioida. Päivityksen oikeudenmukainen järjestäminen työyhteisön kesken ja erityisesti esimiehen toimesta näyttäytyi tärkeänä kysymyksenä kollegiaalisen yhteisvastuun jakamisesta. Ylipäätään päivityskuormasta puhuivat kohtuuttomana harvat, mutta eräät nuoret lääkärit puhuivat päivityksestä uran alkuvaiheissa erityisen raskaana ja riskialttiina työnä puuttuvan tukiverkoston vuoksi.

Täydennyskoulutuksen osalta havaitsimme haastateltujen puheissa kaksi eri näkökantaa: perinteiseen lääkäriammattillisuuteen perustuvan näkökannan mukaan lääkäri on henkilökohtaisella tasolla eettisesti velvoitettu pysymään ajan tasalla ilman ulkoista pakotetta. Täydennyskoulutuksesta huolehtiminen kuuluu siis yksittäisen lääkärin autonomiaan. Tämä näkökulma jäi kuitenkin vähemmistöön, sillä useimmat olivat valmiita hyväksymään toisen näkökannan, jonka mukaan lääkäreiden pätevyden ylläpitämiseksi vaaditaan välttämättömänä pidettyjä toimia, kuten täydennyskoulutusta koskevien kriteerien asettamista ja niiden noudattamisen valvomista. Useimpien puhujien mielestä nykyaikainen lääkäri on myös vastuullinen, valmis ja halukas kehittämään osaamistaan jatkuvasti. Monen haastatellun mukaan kriteereiden tulee olla alakohtaisia ja koulutuksen laatu valvottua. Haastatellut olivat erimielisiä siitä, tuleeko kriteerien olla Lääkäriliiton vai viranomaisten asettamia. Lääkäriliiton roolia kriteerien asettamisessa perusteltiin sillä, että täydennyskoulutuksista olisi hyvä päättää profession sisällä: liitolla on tarvittava tietotaito asettaa alakohtaisia kriteereitä täydennyskoulutukselle, ja liiton asettamina kriteerit vaatisivat vähemmän byrokratiaa viranomaisten säädöksiin verrattuna. Toisaalta liiton roolia vastustettiin ja viranomaisten osuutta puollettiin vetoamalla siihen, ettei Lääkäriliiton toimintaan kuulu lääkäreiden säätely. Yhteistyötä Lääkäriliiton ja viranomaisten välille saatettiin myös puoltaa. Jotkut olivat sitä mieltä, että työnantajan tulisi olla vastuussa täydennyskoulutukseen tarvittavan ajan ja rahoituksen

järjestämisestä, sillä täydennyskoulutus saattaa estyä kiireisen työn tai puuttuvan rahoituksen vuoksi.

Lääkäreiltä kysyttiin kantaa myös Lääkäriliiton mahdollisesta säätelevästä roolista, joka päivitys- ja täydennyskoulutuskysymyksen ohella liittyy valtion ja profession väliseen työkakoon ammatinharjoittamisen valvonnassa. Haastatellut olivat käytännössä yksimielisiä siitä, että yksittäisten lääkärin toimintaan puuttuminen ja säätely on ainoastaan viranomaisten asia. Liiton jäseniltään saamaan mandaattiin ei näin ollen kuulu yksittäisten lääkäreiden säätely. Haastateltujen puheista on luettavissa, että työnjako valtion ja profession välillä nähdään toimivaksi. Viranomaisiin luotetaan luonnollisena lääkäreitä säätelevänä instanssina. Haastatellut puhuivat myös liiton tehtävistä, joiksi miellettiin työehtojen edunvalvonta, aloitteellisuus arvokeskustelussa, eettisten ohjeiden ylläpitäminen ja avustus oikeudellisissa asioissa. Haastatteluissa ei käsitelty lääkäreiden palkkoihin liittyvää edunvalvontaa, eikä se myöskään nousut esille kuin yksittäisissä puheissa. Lääkäriliiton roolista eettistä keskustelua ylläpitävänä organisaationa löytyi erimielisyyksiä, mutta useimmat liittivät eettisten keskusteluiden ylläpitämisen osaksi Lääkäriliitolle miellettyä tai sille toivottua roolia.

Nuorten lääkärin työssä selviytymisen paineet

Lääkäriliiton taholta yksi keskeinen syy tutkimuksen tekemiselle oli se, että aktiivien piirissä uskottiin nuorten lääkäreiden ajattelutapojen olevan sellaisessa muutoksessa, että se vaikuttaa lääkärinkunnan autonomiaan asemaan, jos osa lääkäreistä ei enää ole valmiita täyttämään ammattiin kuuluvaa ”palvelulupausta” (ks. (Suomen Lääkäriliitto 2015: 56). Alkuperäisen tutkimuskysymyksen mukaan halusimme myös tarkastella lääkärinkunnan autonomiakäsityksiä sukupolvittain kysyen, eroavatko konkareiden ja aloittelijoiden käsitykset työn ja ammattikunnan autonomiasta. Taustalla oli ajatus yksilöllistymisteorian mukaisesta kulttuurisesta muutoksesta nuorten lääkäreiden elämänsä kohdistamisessa odotuksissa. Myös tätä tutkimuskysymystä oli tarpeen lähestyä epäsuorasti, tarkastelemalla etenkin nuorten lääkäreiden tilannetta tarkemmin, ymmärtääksemme millaisina heidän kokemansa työn vaatimukset heille näyttäytyvät. Aineiston kerättyämme havaitsimme, että siinä oli ylipäätään paljon puhetta työpaineista, mikä johti meitä toisille jäljille nuorten lääkäreiden osalta. Päädyimme koodaamisen yhteydessä luomaan uuden koodin, *kohtuuttomuuden kokemukset*, tavoittaaksemme tilanteita, joissa vaativan, mutta hallittavissa olevan työn sijaan puhutaankin työstä, jonka kuormitus uhkaa paitsi arjesta selviytymistä myös hyvän lääkärin idean toteutumista. Kohtuuttomuuksina kuvattu

asioita tai tilanteita tulkitsimme suhteessa puhujan lääkärinammattiin liittämiini eettisiin ihanteisiin, kuten lääkärin velvollisuuden tehdä työtään potilaan parhaaksi. Kohtuuttomuuteen liittyy myös voimattomuuden tunne, kun ihanteeseen pyrkiminen on syystä tai toisesta raskasta ja vaikeaa. Kohtuuttomuuskoodilla tunnistimme siis aineistosta sellaisia työntekoon liittyviä piirteitä tai tilanteita, joista lääkärit puhuivat omaa toimijuuttaan uhkaavalla tavalla erityisen vaativina, stressaavina tai epäoikeudenmukaisina. Tulkitsemme, että haastateltavien tulkinnot kohtuuttomuudesta ovat merkittäviä etenkin työhyvinvoinnin ja kollegiaalisuuden näkökulmasta. Yhtäältä voidaan ajatella, että kohtuuttomuuden kokemukset uhkaavat lääkäreiden kykyä toimia työssään autonomiiahanteiden odottamalla tavalla. Toisaalta voidaan ajatella, että autonomisuuden (ja hallinnan) tunteen menettäminen itsessään myös aiheuttaa kohtuuttomuuden kokemuksia.

Vaikka nuorten lääkäreiden puheesta löytyy merkkejä siitä, että he liittyvät työhön ja elämäänsä uudenlaisia odotuksia siitä, että työ olisi ”vain työtä”, esiintyi heidän lausumissaan myös kohtuuttomuuden kokemuksia useammin kuin konkareiden puheessa. Nuorten tilanetta työuran alkuvaiheissa luonnehtii kokonaisuuden hahmottamisen vaikeus, jonka takia he usein kertoivat kaivanneensa riittävästi aikaa ja tukea työstä selviämiseen. Terveyskeskuslääkäreiden kohdalla havaitsimme erityisinä ongelmia heidän kokemansa arvostuksen puutteen sekä työtilanteet, joissa työ on lääkärin näkökulmasta epärationaalisesti järjestetty siten, että lääkärin aika hupenee tehtäviin, joista selviytyisivät myös esimerkiksi sihteri tai hoitaja. Nuorten sairaalalääkäreiden puheessa kohtuuttomuuden kokemukset liittyivät työn vastuullisuuteen, paineessa työskentelyyn (esim. päivystyksessä) sekä riskien sietämiseen hoitopäätöksiä tehdessä. Kummassakin toimintaympäristössä nuoret lääkärit kokivat yksinäisyyttä ja tuen puutetta.

Uran alkuvaihe on toki odotetustikin vaativa, mutta aineistosta käy myös ilmi, että lääkärikunnassa on edelleen vallalla ihanne, jonka mukaan aloittelevankin lääkärin oletetaan pystyvän itse huolehtimaan pärjäämisestään ja omasta jaksamisestaan. Nuoret lääkärit puhuvat tasapainoilusta tunnollisuuden ja oman jaksamisensa välillä. Työpaineet vaihtelivat jonkin verran organisaatiokontekstin mukaan. Kiire, resurssien niukkuus, työn hallitsemattomuus, paperityön määrä ja haastava potilasmateriaali voivat muodostaa nuorelle terveyskeskuslääkärille kohtuuttomia paineita. Sairaalassa niukat resurssit, työn keskeytykset ja sirpaleisuus, kiire ja etenkin päivystyksessä yksin selviäminen aiheuttavat nuorena lääkärissä ajoittain kohtuutonta painetta.

Epävarmuus omista taidoista saattaa nuorten lääkärin kohdalla tarkoittaa esimerkiksi sitä, että potilaiden ja omaisten painostaviin vaatimuksiin saatetaan helpommin suostua. Uran alkuvaiheessa lääkärit vaikuttavat muutenkin joutuvan tehtäviin, joissa heillä on niukasti tukea työyhteisöltään. Konsultaation tai avun pyytämisen kanavia ei välttämättä ole, tai niiden käyttämistä rajoittaa työyhteisössä vallalla oleva kulttuuri, joka ei rohkaise tukeutumaan muihin. Silti nuorten lääkäreiden puheessa kollegoiden ja etenkin senioreiden tuki näyttäytyy jaksamisen ja työssä selviytymisen kannalta tärkeänä.

POHDINTA: MUUTOSSUUNTIA PROFESSIOSSA JA YHTEISKUNNASSA

Tutkimuksessa lähdimme lääkäriiiton aktiivien kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta tutkimaan käytännön lääkäreiden näkemyksiä autonomiasta. Ajatuksena oli luodata ammattikuntaa etsien mahdollisia heikkojakin signaaleja siitä, että lääkäreiden piirissä ei enää olisi aiemman kaltaista sitoumusta yhteiskunnalle annettuun palvelulupaukseen olla parantajina käytettävissä vuorokauden ympäri, kaikkina vuodenaikoina ja viikonpäivinä. Lääkäriiiton aktiivien piirissä puhuttiin paljon päivystyksestä palvelulupaukseen liittyvänä erityiskysymyksenä, mutta palvelulupausta voi tarkastella myös laajemmin. Pohdimme seuraavassa kolmea teemaa, jotka tutkimuksemme pohjalta nousivat keskeisiksi lääkärin ja lääkärikunnan autonomian muutossuunniksi.

I Potilastyön muuttuvat vaatimukset

Ajatus palvelulupauksesta vaikuttaisi monessa mielessä hyvin syvällisesti omaksutulta lääkäreiden keskuudessa. Aineistoamme leimaa voimakkaasti potilaskeskeiset ihanteet, tosin myös potilaiden hankalista vaatimuksista puhutaan paljon. Terveystieteiden kehityksen valossa potilaiden kuluttaja-asema todennäköisesti vahvistuu tulevaisuudessa, esimerkiksi niin sanotun SOTE-reformin myötä. Aineistossamme on merkkejä siitä, että potilaiden vaatimukset ovat yksityisellä sektorilla lääkärin kannalta hankalampia kuin julkisella sektorilla. Tulevaisuuden kuluttajapotilaat voivat siten olla merkittävä haaste hoidolliselle autonomialle. Mikäli näin on, voidaan aineistomme perusteella kysyä, millaisena näyttäytyy lääkäreiden valmius ottaa vastaan tällaiset muutokset. Aineistomme perusteella lääkärit ovat yleisesti ottaen luottavaisia omaan kykyynsä ohjalla potilaskohtauksia. Ihanteissa tämä sosiaalinen ja psykologinen ohjaamiskyky nähdään usein osana lääkärin ammatillisesta osaamisesta, lääketieteellisen osaamisen rinnalla. Kuitenkin lääkärit kohtaavat jo nyt myös vaikeuksia. Lääkärintyön periaatteiden

kannalta tilanne on osin ristiriitainen: yhtäältä lääkärin tulee kunnioittaa potilaan tahtoa; toisaalta lääkärillä on velvoite toimia lääketieteellisen asiantuntemuksensa mukaisesti. Ihannelilanteessa näiden kahden periaatteen välille ei muodostu ristiriitaa. Mikäli muodostuu, lääkärin tehtävänä on perustella päätöksensä potilaalle siten, että potilas sitoutuu asianmukaiseen hoitoon. Aineistossamme on kuitenkin viitteitä myös toisenlaisesta toiminnasta: joskus lääkärit ovat valmiita suostumaan potilaan toiveisiin, perustellen tämän olevan mahdollista, jos toiveista ei ole potilaalle haittaa. Vaarattomiksi katsomissaan tilanteissa lääkärit voivat olla valmiita joustamaan potilaan toiveiden suuntaan myös silloin, kun tämän katsotaan hyödyttävän tulevaa hoitosuhdetta. Epäselväksi jää kuitenkin se, miten lääkäri voi tunnustaa tilanteet, joissa potilaan toiveisiin myöntyminen kannattaa. Kenties tilanteiden tunnistaminen voidaan katsoa osaksi lääkärin harkintavaltaa ja edellyttävän oikeanlaista ”pelisilmää”. Tieteellisyysvaatimusten suhteen tämänkaltaisessa joustossa kuitenkin liikutaan harmaalla alueella, mikä tulisi myös avoimesti tunnustaa. Tulevaisuudessa mahdolliset ristiriidat tulevat todennäköisesti lisääntymään. Vielä ongelmallisemmaksi tilanne muuttuu, kun hoitokohtaisista ohjeistavista myös vaikkapa potilaan työnantaja, lääkärin palkannut yritys tai yhteiskunnan resurssit yksityiskohtaisesti priorisoi-va valtio. Monimutkaisessa ympäristössä lääkäri joutuu toimimaan monenlaisten intressien ristipaineissa.

II Yksin jätetyt nuoret lääkärit

Lukuisista havainnoista tutkijoille kenties yllättävintä oli nuorten lääkäreiden puheessa esiin tullut yksinäisyys ja paine, joka näyttäytyi meille ongelmallisena. Erityisesti hoitosuosituksen merkitys eräänlaisena perehdyttäjänä jäi askarruttamaan meitä tutkijoita: missä määrin hoitosuositukset ovat korvanneet vanhemman kollegan konsultoinnin, ja mikä merkitys oppimisen tavassa mahdollisesti tapahtuneella muutoksella on lääkärin identiteetin kehitykselle? Tarkasteltuamme aineistossamme esiintyviä nuorten lääkäreiden kohtuuttomuuden kokemuksia toteamme, että kohtuuttomia työrooleja tuottavat työn järjestämisen tavat uhkaavat lääkäreiden kykyä toimia työssään autonomiaihanteiden odottamalla tavalla. Samalla autonomisuuden (ja hallinnan) tunteen menettäminen myös aiheuttaa kohtuuttomuuden kokemuksia. Näistä ongelmista puhuttiin aineistossamme usein pitkäkestoisina, ja niihin liitettiin vakavia seurauksia työssä jaksamiselle ja työhön sitoutumiselle. Tällä tavoin nuorten kokemat rasitukset voivat uhata koko lääkärinkunnan kykyä suoriutua yhteiskunnallisesta palveluveloitteestaan autonomiaihanteiden odottamalla tavalla.

Terveyskeskus näyttäytyy aineistossamme erityisen haastavana työorganisaationa, jonka status lääkärinkunnan arvohierarkiassa ei myöskään ole erityisen korkea. Moni hakeutuu terveyskeskustyöstä pois, tai tekee terveyskeskustyötä laupeudentyönä, vaikka voisi hakeutua arvostetumpiin tehtäviin. Jo aineistoa kerätessämme kiinnitimme huomiota siihen, kuinka vaikeaa oli löytää haastateltavaksi edes yhtä terveyskeskuksessa työskentelevää kokenutta miestä. Professiokirjallisuuteen nojaten nämä ovat varsin vahvoja signaaleja siitä, että terveyskeskustyö on niin sanottua liikaista työtä lääkärinkunnan piirissä (ks. Hughes 1958; Abbott 1988). Ammattikunnassa vahvassa asemassa olevat toimijat vaikuttaisivat välttävän terveyskeskustyötä. Luvussa 7 mainittu suolakäivos-vertauskuva vaikuttaisi kertovan jotain varsin yleisistä, syvään juurtuneista asenteista terveyskeskustyöhön. Nämä asenteet voivat olla profession kannalta ongelmallisia, jos osa ammattikuntaa kokee toimivansa ammatillisessa ”ghetossa”. Tietenkään terveyskeskustyön uudelleen järjestäminen ei ole vain profession omissa käsissä. Aineistomme perusteella terveyskeskustyön uudistamiseen valituissa strategioissa olisi kuitenkin tärkeää pohtia terveyskeskusta myös nuorten lääkäreiden uran alkuvaiheiden työorganisaationa. Luvuissa 4 ja 7 olemme osoittaneet, että monet lääkärit, eivät pelkästään nuoret, pitävät yhteisöllistä työtapaa arvossa. Erityisesti tällaisia näkökohtia olisi tärkeää ottaa huomioon, jos halutaan tukea nuorten lääkäreiden parempaa työhön kiinnittymistä terveyskeskuskontekstissa.

On myös tärkeää huomioida, että nuorilla lääkäreillä on toimipaikasta riippumatta paitsi samanlaista epävarmuutta vaativan työn edessä, myös saman tyyppisiä odotuksia siitä, että työpaikalla olisi tarjolla perehdytystä, selkeitä konsultaatiomahdollisuuksia ja tukea kollegoilta. Nykytilanteessa vastuuta konsultaatiomahdollisuuksien luomisesta ei aineistomme valossa voi jättää nuorille lääkäreille itselleen. On työyhteisötason kysymys luoda kulttuuri, jossa fiksu nuori lääkäri kysyy neuvoa tai apua, kun on epävarma. Tietoisempi tiimityö voisi huomioida myös sen, että nuorelle lääkärille on emotionaalisesti usein liian kuormittavaa myös se, jos organisaatio jättää hänet vastaamaan yksin hoitosuhteen rakentamisesta, vaikka nuorilta lääkäreiltä vielä puuttuu resurssit kohdata potilaan tai omaisten vaatimuksia. Johtopäätöksemme edellä esitetystä on, että sen lisäksi, että lääkärinkunta yrittää estää väärinkäytöksiä, voisi lääkärinkunta yrittää aiempaa vahvemmin myös tukea oikein käyttäytymistä, myös lääkäriksi valmistumisen jälkeen.

III Vastuu ja refleksiivisyys

Lääkärikuntaa koskeva tutkimuskirjallisuus kertoo yksiaänisesti, että nykyaikaiselta lääkärikunnalta ja lääkäriltä odotetaan ennen muuta vastuullisuutta. Tutkimuksemme perusteella suomalaiset lääkärit ovat oppineet nämä odotukset hyvin. Lääkärit ovat myös tietoisia yleisön piiristä, ja joskus myös lääkäreiden omasta piiristä, lääkärikuntaan kohdistetusta kritiikistä, joka koskee muun muassa lääkärikunnan sulkeutuneisuutta sekä sen omien etujen, mukaan lukien taloudellisten etujen, arveluttavaa varjelua. Koulutuksensa ja osaamisensa takia arvostettuina ammattilaisina pidetyt lääkärit voivat silti puolustaa autonomiaansa ja yhteiskunnallista erityisasemaansa. Nykyaikaisena ammattikuntana lääkäreiden täytyy kuitenkin jatkuvasti varoa, etteivät yritykset puolustaa lääkäreiden itsenäistä ammatillisuutta näytä yleisön silmissä yrityksiltä puolustaa vääränlaista säätelemättömyyttä, vastuuttomuutta tai oman edun tavoittelua.

Muun muassa tämän takia autonomian puolustaminen ei aina ole helppoa. Julkisessa keskustelussa autonomia voidaan ymmärtää myös kielteisesti. Tätä keskustelua vasten ei olekaan yllättävää, että autonomiansa ohella lääkärit korostavat vastuuta ja jatkuvaa säätelyä. Jonkinlaisen säätelyn tarpeesta ja tärkeydestä vallitsee lääkärikunnassa voimakas yksimielisyys; eri säätelykeinojen tärkeydestä sitä vastoin ei. Tutkimuksemme tarjoaa esimerkkejä lukuisista erilaisista säätelytavoista. Lääkärin toimintaa säätelevät hoitosuosituksiset, sisäistetty etiikka, kollegiaalinen valvonta, standardoidut toimintatavat, potilaiden vaatimukset, työnantajan valvonta sekä yleisemmällä tasolla valtion ja Lääkäriliiton toiminta. Haastateltavien puheessa toistuu usein myös toteamus siitä, kuinka moderni, hyvä lääkäri opiskelee jatkuvasti ja päivittää tietojaan – joko ulkoisen säätelyn velvoittamana tai omasta tahdostaan. Erimielisyyttä eri säätelykeinojen tärkeydestä ja oikeutuksesta voidaan tulkita eri tavoin, eivätkä erimielisyyden seuraukset ole yksiselitteisesti ennakoitavissa. Yhtäältä erimielisyys voi heikentää lääkärikunnan kykyä puolustaa yhteisiä etujaan, mikäli jo yhteisistä eduista, puhumattakaan niiden puolustamisen keinoista, vallitsee pikemminkin kiista kuin konsensus. Toisaalta moniäänisyys on osa modernia ja demokraattista kanssakäymistä. Määrätyissä tilanteissa voi myös olla lääkärikunnan etu, mikäli sillä on useita, erilaisia tapoja määritellä ja puolustaa yhteiskunnallista tehtäväänsä. Nämä tavat voivat olla hyödyllisiä tilanteissa, jossa lääkärikunnan asemaa yhä enemmän myös kyseenalaistetaan erilaisten yleisöjen taholta.

Kysymys siitä, kuka saa johtaa terveydenhuollon organisaatioita ja lääkäreiden kliinistä työtä, on hyvä

esimerkki asiasta, jota lääkärikunnan piirissä on pidetty autonomian kannalta olennaisena, mutta jota koskevat, lääkärikunnan piiristä tulevat yksioikeiset vaateet voivat nykyhetkellä herättää julkista ja poliittista arvostelua. Mikäli lääkärit haluavat puolustaa kollegiaalisuuteen perustuvaa primus inter pares -johtamista, on heidän osattava perustella tämä tavalla, joka näyttyy vakuuttavana ja oikeutettuna myös maallikkoyleisölle ja muiden alojen asiantuntijoille. Lääkärit eivät voi ottaa asemaansa annettuna. Ei riitä, että lääkärit vastustavat ulkopuoleltaan tulevia vaatimuksia. Vastalauseiden on oltava vakuuttavia ja yleisesti hyväksytyjä. Tutkimuksemme perusteella lääkäreillä näyttää olevan hyvät valmiudet ja resurssit osallistua asemaansa koskevaan keskusteluun refleksiivisesti, pragmaattisilla argumenteilla ja ulkopuolisten odotukset huomioiden. Esimerkiksi primus inter pares -johtamista monet lääkärit osaavat perustella varsin hienovaraisesti mutta vakuuttavasti käytännöllisiin seikkoihin ja potilaiden etuun vedoten, varoen vaikutelmaa vanhanaikaisesta sulkeutuneisuudesta tai, pahimmassa tapauksessa, ammattikunnan omien etujen ajamisesta.

Ulkoisista paineista huolimatta lääkärikunta näyttyy käytännön lääkäreiden silmissä vahvana professiona. Parantajan positiolla on vahva yhteiskunnallinen tuki, joka voi joskus ajaa myös lainsäädännön edelle, etenkin, jos huonosti säädettyjä lakeja rikkoessaan lääkäri voi kokea puolustavansa potilaansa intressejä yhteiskuntaa vastaan. Myös etiikkaa ja lakia koskevissa ristiriidoissa tulee silti näkyviin yhteiskunnallinen konteksti, jossa lääkäri ei voi itsestään selvästi perustella toimiaan, tai toimimatta jättämistään, vain lääkärin etiikkaan vetoamalla. Julkisessa keskustelussa lääkärikunnan on kyettävä avaamaan sitä, miten lainsäädäntö vaikuttaa konkreettisesti potilaiden etuun, hoitosuhteisiin tai käytännöllisiin mahdollisuuksiin täyttää lääkärille asetetut velvoitteet työn arjessa. Tällainen kehityskulku edellyttää professiolta asettumista voimakkaammin dialogisiin suhteisiin valtion ja muiden yleisöjensä kanssa, koska lääkärikunta yhä useammin kilpailee määrittelyvallasta muiden toimijoiden kanssa (ks. Jespersen & Wrede 2009). Tällaiseen dialogiin lääkärikunnalla näyttää olevan hyvät valmiudet, ainakin, mikäli asiaa katsotaan yksittäisten lääkäreiden näkökulmasta.

Tarve asettua dialogiin eri yleisöjen kanssa ei itseltään selvästi uhkaa lääkäreiden autonomiaa. Paljon riippuu juuri siitä, millainen on lääkärikunnan kyky asettua kyseiseen dialogiin ja perustella omaa asemaansa, omia toimintatapojaan ja omaa etiikkaansa ulkopuolisten hyväksymillä tavoilla. Tässä dialogissa lääkäreiden asema voi myös vahvistua. Parhaimmillaan dialogi voi lisätä kansalaisten luottamusta lääkärikuntaa kohtaan.

Näyttää kuitenkin selvältä, että luottamuksen säilyttäminen edellyttää lääkäreiltä paitsi vastuullisuusvaatimusten hyväksymistä myös kykyä hyväksyä yksittäisten lääkäreiden toimintaan kohdistuva säätely – joidenkin edellä kuvattujen säätelymekanismien avulla. Tällaiselle hyväksynnälle lääkärikunnalla näyttää tutkimuksemme perusteella olevan hyvät kollektiiviset valmiudet.

Tutkimuksemme lääkärit osoittavat myös kykyä tunnistaa lääkärikunnan autonomiaan liittyviä potentiaalisia ongelmia. Näiden ongelmien tunnistaminen voidaan tulkita osaksi nykyaikaisilta lääkäreiltä odotettua refleksiivisyyttä; lääkäreiltä ei välttämättä odoteta virheettömyyttä, vaan vastuullisuutta virheiden käsittelyssä ja proaktiivisuutta niiden ennaltaehkäisemisessä. Vastuullisuutta koskevan refleksiivisyyden suhteen aineisto oli kuitenkin myös moniääninen; kaikki eivät välttämättä hahmota asemaansa yhtä selvästi yhteiskunnallisena tai koe asemansa velvoittavan heitä mihinkään erityiseen toimintatapaan. Pelkkä vastuullisuusvaatimusten ja säätelyn hyväksyminen ei myöskään riitä. Lisäksi lääkäreiden on osoitettava, konkreettisin toimin, olevansa kansalaisten luottamuksen arvoisia.

Eräs lääkärikunnan autonomian kannalta keskeinen kysymys liittyy siihen, millainen työnjako on lääkäreiden ammatinharjoittamista valvovien viranomaisten ja profession välillä. Ammatinharjoittamissääntöjen rikkominen tai vääränlaiseksi koettu toiminta voi lisätä viranomaisten valvontaa ja julkisen vallan lääkärikunnalle asettamia vaatimuksia. Profession intressissä voisi tästä näkökulmasta olla pyrkiä proaktiivisesti itsesäätelyn keinoin estämään epäeettiseksi tunnistettua toimintaa. Profiota edustavan tahon säätelytoiminnan täytyy kuitenkin olla jäsentensä silmissä legitiimiä. Yksi tällainen taho voisi olla Lääkäriliitto. Tutkimuksessamme Lääkäriliiton säätelevä rooli ei kuitenkaan saanut tukea; käytännön lääkärit sinänsä hyväksyvät säätelyn, mutta mieluummin valtion taholta. Viranomaisvalvontaa pidettiin luonnollisena lääkärin epäasiallisen toiminnan rajoittamisen tapana. Valtion valvonnalla on Suomessa pitkät perinteet, ja lääkärinkunta on muutenkin ollut varsin sopuisassa suhteessa valtioon (esim. Jespersen & Wrede 2009). Valtio on säädellyt lääkäreiden toimintaa ja taannut toiminnan luotettavuuden myös kansalaisten silmissä. Kun terveydenhuollon rakenteet tulevana vuosina muuttuvat, voi itsesäätelyn merkitys myös käytännön lääkäreille avautua uusin tavoin. Terveyspalvelujen markkinoistuminen tuo kuvaan mukaan lukuisan määrän uusia toimijoita, joista monet voivat olla suuria, ylikansallisia yrityksiä, joiden toiminta ei kiinnity vain Suomen terveydenhuoltoon. Tällaisten toimijoiden pyrkimykset esimerkiksi yhtenäistää palveluissaan toimivien lääkäreiden työehtoja asettanee Suomen

lääkärinkunnan uudenlaisten haasteiden eteen. Näiden haasteiden kohtaamisessa myös itsesäätelyllä voi olla sijansa. Kysymys lääkärinkunnan autonomiasta suhteessa markkinatoimijoihin voi tulevaisuudessa olla polttavampi kysymys kuin tällä haavaa enemmän huomiota saanut huoli viranomaisten valvonnan lisääntymisestä.

Autonomia-käsitteen moninaiset merkitykset

Itsesäätelyn ja muiden autonomiavaateiden mahdollinen kasvava merkitys professiopolitiikassa tekee mielenkiintoiseksi tarkastella, miten käytännön lääkärit ylipäättään ymmärtävät autonomian käsitteen. Käsite osoittautui useimmille vieraaksi jäsenyykseksi suhteessa omaan työhön ja ammattiin, ja erityisesti omaan ammattikuntaan. Autonomiasta puhumisen vaikeuden voi ymmärtää eri tavoin. Yhtäältä kysymykset autonomiasta saattavat kuulostaa teoreettisilta tai vierailta työn arkisen aherruksen, aikapaineiden ja potilaista kannetun huolen keskellä. Toisaalta vaikeus voi kertoa autonomia-kysymyksen arkaluontoisuudesta. Autonomialla on useita merkityksiä, joista osa on kielteisiä. Sikäli kun olemassa on myös huonoa autonomiaa, on hyvän ja huonon autonomian välisen eron tunnistaminen lääkäreille moraalisesti tärkeää. Hyvä lääkäri on autonominen, mutta juuri oikealla tavalla. Autonomian suhteen lääkärit, ja ehkä koko professio, kulkee kaitaa polkua: yhtäältä lääkärit joutuvat vakuuttelemaan yleisöjään – ja kenties myös itseään – siitä, että heidän toimintansa on riittävästi riippumatonta, omaan harkintaan perustuvaa ja hyvällä tavalla autonomista. Toisaalta lääkärit joutuvat vakuuttelemaan yleisöjään – ja kenties myös itseään – siitä, että heidän toimintansa ei ole vastuutonta ja piittaamatonta, huonolla tavalla tai liian autonomista.

Autonomia-käsitteen luonne ikään kuin kaksiteräisenä miekkana liittyy yhteiskunnalliseen kehitykseen, joka edellyttää kaikilta asiantuntijoilta oman asemansa oikeuttamista ja velvoittaa ne vastuullisuuteen, joka on paitsi hyväksyttävä myös osoitettava. Nykyaikaisen ihanteen mukaan hyvän lääkärin toiminta on riippumatonta ja itsenäistä mutta samaan aikaan säädeltä ja valvottua. Eksplisiittisiä irtiottoja tästä ihanteesta ei aineistosta löydy. Erot liittyvät pikemminkin siihen, mitä puolia – itsenäisyyttä vai valvontaa – lääkärit pohdinnoissaan painottavat. Eroja esiintyy myös siinä, millainen autonomiaan kohdistuva säätely ja valvonta, ja millaisissa asioissa, näyttäytyy lääkäreille oikeutettuna. Hienoisia eroja nuorten ja konkareiden välillä oli havaittavissa siinä, millaisiin asioihin nuoret kiinnittivät autonomiansa positiiviset rajoitukset. Konkareita helpommin nuoret korostivat työtiin, potilaiden autonomian ja erityisesti hoitosuosituksen merkitystä autonomiansa rajaajina, kun taas konkarit puhuivat

helpommin lääkärin sisäistetystä etiikasta ja itsehallinnasta sekä yleisestä yhteiskunnallisesta vastuusta – joskaan erot eivät ole yksioikoisia. Aineiston perusteella voidaan todeta, ettei lääkäreillä ole vain yhtä, vaan useita erilaisia tapoja ymmärtää, perustella, oikeuttaa ja puolustaa autonomiaansa. Näkökulmasta riippuen tämän moniäänisyyden voi nähdä lääkärinkunnan kannalta sekä kielteisenä että myönteisenä asiantilana. Lääkärinkunnan mobilisointi autonomian puolustamisen taakse voi olla hankalaa, ellei autonomian käsitteellä ole yksiselitteistä merkitystä, ja ellei autonomia näyttäydymään edes automaattisesti myönteisenä asiantilana vaan päämääränä, johon on välttämätöntä esittää lukuisia rajauksia. Autonomian puolustaminen ei ole lääkäreille helppoa, ellei ensin tehdä selväksi, millaista autonomiaa ollaan puolustamassa, ja millaisille yleisille viesti on suunnattu. Nämä vaikeudet voivat olla vahingollisia tilanteessa, jossa lääkärin autonomia on useasti uhattu. Kenties vakavinta ja varmasti johdonmukaisinta huolta tutkimuksemme lääkärin esittivät siitä, miten raha ja resurssit rajoittavat potilaiden hoitoa tai suuntaavat sitä väärin. Terveydenhuollon niukkenevat resurssit kaipaavat jo monin paikoin julkisen sektorin lääkäreiden mahdollisuutta hoitaa potilastaan parhaaksi katsomallaan tavalla. Samaan aikaan toisaalla potilassuhteeseen on astunut muita toimeksiantajia, esimerkiksi työterveyshuollossa potilaan työnantaja tai yksityislääkärin toimipaikan edustaja, jotka asettavat hoitosuhteille muita kuin lääketieteellisiä tehokkuustavoitteita, kaventaen näin lääkärin ammatillista autonomiaa. Tätä taustaa vasten on lohdullista, että aineistostamme käy ilmi paitsi lääkäreiden kyky tunnistaa autonomiakäsitteen ongelmallisuus myös heidän taitonsa osoittaa refleksiivisyyttä autonomiansa suhteen – ja siitä huolimatta puolustaa autonomiaa hienovaraisin keinoin ja usein eri tavoin. Tämä lääkärinkunnan piirissä yhä sukupolvesta riippumatta vahvalta vaikuttava professionalismin piirre voi olla edullinen tilanteessa, jossa autonomia on yhä useammin myös uhattuna.

Tutkimuksen rajat ja tulevat tutkimukset

Olemme edellä esittäneet monenlaisia havaintoja ja tulkintoja sekä pohdintaa niiden pohjalta. Laadullisen tutkimuksen traditiolle uskollisesti olemme pyrkineet

välttämään tutkimuskohteestamme mahdollisimman rikkaan kuvan, ja muistuttamaan lukijaa lääkärinkunnan moninaisuudesta, joka tekee moniäänisyyden tutkimisen tärkeäksi. Kaikenlaisia ääniä emme silti onnistuneet aineistoon saamaan. Aineisto keskittyy kahteen, tutkimusaiheen kannalta erityisen kiinnostavaan sukupolveen, joiden välistä jää pois uransa keskivaiheita elävät lääkärin. Aineiston keruu keskittyi pääkaupunkiseudulle ja Pirkanmaalle, ja on väistämättä kaupunkikeskeinen ja Etelä-Suomi-keskeinen. Aineistoon ei myöskään osunut ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä riittävästi, että heidän tilannettaan olisi ollut mielekästä tarkastella erilliskysymyksenä, vaikka se olisikin voinut tuoda aiheesta jotain tärkeää lisää, kuten maaseutulääkäreidenkin kohdalla voidaan sanoa. Niinpä aiheesta olisi mielenkiintoista laatia kvantitatiivinen tutkimus, jossa alueellisia ja demografisia tekijöitä olisi mahdollista lähestyä tilastollisesti edustavalla aineistolla. Siinä voisi muun muassa tarkastella sitä, miltä suunnalta tulevia autonomian rajoituksia ja säätelypyrkimyksiä eri lääkärin, eri toimintakonteksteissa, pitävät hyväksyttävänä ja vastaavasti vahingollisina. Laadullinen tutkimuksemme antaa osiittaa siitä, millaisena säätelykeinojen kirjo voi lääkäreille näyttäytyä. Nuorten lääkäreiden työssään kohtaamien ongelmien mittakaava sekä työterveyteen ja jaksamisen liittyvät, tässä tutkimuksessa tunnistetut haasteet ansaitisivat myös tulla määrällisesti kartoitetuksi.

Myös laadulliselle tutkimukselle on edelleen paljon tilaa. Tapaustudkimuksia kaipaisimme sellaisista lääkäreistä, jotka rajaavat sitoutumisensa ammattiinsa omista lähtökohdistaan esimerkiksi työaikojen tai työn ja muun elämän yhdistämisen osalta, sekä myös maahanmuuttajataustaisista lääkäreistä. Kokonaan oma tutkimusaiheensa on potilaskunnan moninaistumisen merkitykset erilaisissa lääkärin töissä. Näitä tutkimusideoita listatessamme olemme iloisia siitä, että saimme mahdollisuuden toteuttaa näin moninaisia näkymiä avanneen tutkimushankkeen. ■

Lähteet

- Abbott, A. (1988) *The System of Professions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ahlblad, J. (2015) Puolet lääkäreistä laillistaisi eutanasian [Verkkójulkaisu]. Suomen Lääkärilehti <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/puolet-laakareista-laillistaisi-eutanasian-9880>. Luettu 9.12.2016.
- Aili, C. (2002) *Autonomi, Styrning och Jurisdiktion. Barnmorskors tal om arbetet i mödrahälsovården*. Tukholma: Stockholms Universitet.
- Armstrong, D. (2002) Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors' behaviour. *Social Science and Medicine*, 55, 1771–77.
- Baldwin, P. J., Dodd, M., & Wrate, R. M. (1997) Young doctors' health—II. Health and health behavior. *Social Science & Medicine*, 45(1), 41–44.
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (2002) *Individualization. Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. Lontoo: Sage.
- Bourgeault, I., Wrede, S., Benoit, C. & Neiterman, E. (2016) Professions and the migration of expert labour. Teoksessa Dent, M., Bourgeault, I., Denis, J-L. & Kuhlmann, E. (toim.) *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism*. Lontoo: Routledge, s. 295–312.
- Burr, V. (2003) *Social Constructionism*. Lontoo: Routledge.
- Coulehan, J. (2005) Viewpoint: Today's professionalism: Engaging the mind but not the heart. *Academic Medicine*, 80(10), 892–898.
- Davies, B. & Harré, R. (1990) Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 1468–5914.
- Davies, C. (1996) The sociology of professions and the profession of gender. *Sociology*, 30(4), 661–678.
- Davies, C. (2003) Some of our concepts are missing: Reflections on the absence of a sociology of organisations in *Sociology of Health and Illness*. *Sociology of Health & Illness*, 25(3), 172–190.
- Dingwall, R. (1977) "Atrocity stories" and professional relationships. *Work and Occupations*, 4(4), 371–396.
- Doolin, B. (2002) Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians. *Organization Studies*, 23(3), 369–390.
- Dyrbye L. N., Thomas M. R. & Shanafelt T. D. (2006) Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354–73.
- Ettorre, E. & Riska, E. (1995) *Gendered Moods: Psychotropics and Society*. Lontoo: Routledge
- Evetts, J. (2011) A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59(4), 406–422.
- Foucault, M (1973 [1963]) *The Birth of the Clinic. An Archaeology of Medical Perception*. Lontoo: Tavistock.
- Freidson, E. (1988 [1970]) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge [Uusintapainos]*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1970) *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New Brunswick: Aldine Transaction
- Freidson, E. (1986) *Professional Powers. A study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (2001) *Professionalism. The Third Logic*. Chicago: Chicago University Press.
- Goffman, E. (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Haavio-Mannila, E. (1964) Lääkärit tutkittavina (Sosiologian laitoksen tutkimuksia 41). Helsingin yliopisto, Sosiologian laitos.
- Haavisto, I. (2010) Työelämän kulttuurivallankumous. EVAn arvo-ja asennetutkimus. Helsinki: EVA.
- Hafferty F. W. & Light, D. (1995) Professional dynamics and the changing nature of medical work. *Journal of Health & Social Behavior*, [Erikoisnumero] Special Issue, 132–53.
- Hafferty, F. W. & Levinson, D. (2008) Moving beyond nostalgia and motives towards a complexity science view of medical professionalism. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 599–615.
- Harrison, S. & Ahmad, W.I. (2000) Medical autonomy and the UK state 1975 to 2025. *Sociology* 34(1), 129–146.
- Haug, M. (1976) The Erosion of professional authority: A cross-cultural inquiry in the case of the physician. *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 54(1), 83–106.
- Helén, I. & Jauho, M. (2003) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus.
- Helsingin Sanomat (27.5.2011) Kuuden vuoden koulutus suolakaivokseen [Pääkirjoitus]. Lindberg, M. <http://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000004808981.html>. Luettu 14.12.2016.
- Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) (2004) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus.
- Henriksson, L., Wrede, S. & Burau, V. (2006) Understanding professional projects in welfare service work: Revival of old professionalism? *Gender, Work & Organization*, 13(2), 174–192.
- Heritage, J. & Maynard, D. W. (2006) Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology*, 32, 351–374.
- Hughes, E. C. (1958). *Men and Their Work*. Glencoe: Free Press.
- Hughes. R. & Huby, M. (2004) The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work & Social Sciences Review*, 11(1), 36–51.
- Husa, L. & Kaltainen, E. (2016) Nuoret lääkärit työskentelevät päivityksissä kovan paineen alla [Mieli-pide]. *Helsingin Sanomat*, 20.9.2016. <http://www.hs.fi/mielipide/art-2000002921592.html>. Luettu 14.12.2016
- Iedema, R., Degeling, P., Braithwaite, J. & White, L. (2004) 'It's an interesting conversation I'm hearing': The doctor as manager. *Organization Studies*, 25(1), 15–33.
- Jauho, M. (2004) Valtion rakentaminen, lääkärikunnan ammatillistuminen ja valistuneen maallikon synty. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, s. 84–109.
- Jauho, M. (2007) Kansanterveysongelman synty: tuberkuloosi ja terveyden hallinta Suomessa ennen toista maailmansotaa. Helsinki: Tutkijaliitto.
- Jespersen, P. & Wrede, S. (2009) The changing autonomy of the Nordic medical professions. Teoksessa Magnussen, J., Vrangbæk, K. & Saltman, R. B. (toim.) *Nordic Health Care Systems*. Berkshire: Open University Press (European Observatory on Health Systems and Policies series), s. 151–179.
- Johnson, T. (1995) Governmentality and the institutionalization of expertise. Teoksessa Johnson, T., Larkin, G. & Saks, M. (toim.) *Health Professions and the State in Europe*. Lontoo: Routledge, s. 7–24.
- 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.
- Juhila, K., Raitakari, S. (2010) Ethics in professional interaction: Justifying the limits of helping in a supported housing unit. *Ethics and Social Welfare*, 4(1), 57–71.
- Julkunen, R. (1994) Hyvinvointivalttiollisen professioprojektin katkos. *Tiede & Edistys*, 3, 200–213.
- Kalleberg, A. L. (2011) *Good Jobs, Bad Jobs: The Rise of Polarized and Precarious Employment Systems in the United States, 1970s-2000s*. New York: Russell Sage Foundation.

- Kerasidou, A. & Horn, R. (2016) Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Medical Ethics*, 17(8).
- Kerpershoek, E., Groenleer, M. & de Bruijn, H. (2016) Unintended responses to performance management in dutch hospital care: Bringing together the managerial and professional perspectives. *Public Management Review*, 18(3), 417–436.
- Kleinman, A. (2008) Catastrophe and caregiving: The failure of medicine as an art. *The Lancet*, 371(9606), 22–23.
- Konttinen, E. (1991) *Perinteisesti moderniin: Professioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Korpisaari, R. (2016) Lääkäri mielipidepalstalla: Tunsin potilaana sairaalassa turvattomuutta ja arvottomuutta [Mielipide]. *Helsingin Sanomat*, 14.9.2016. <http://www.hs.fi/mielipide/art-2000002920629.html>.
- Kurunmäki, L. (2004) A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29(3–4), 327–347.
- Kälble, K. (2005) Between professional autonomy and economic orientation — The medical profession in a changing health care system. *GMS Psycho-Social Medicine*, 2.
- Lamboray, J. L., McLaughlin, J., Niimi, R. & Knippenberg, R. (1997). *Health Centres: From Responsibility to Accountability*. Antwerp: ITG Press.
- Larson, M. S. (1977) *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Lawson, C. L. (2013) *Becoming the Best Mom or the Best Doctor? Gender Inequality and Medical Students' Specialty Choice*. Electronic Theses and Dissertations, Paper 2265. East Tennessee State University. <http://dc.etsu.edu/etd/2265>.
- Lehtonen, K. (2016) Terveysthuollon oikeudellistuminen – lisähaasteita ammattilaisille? *Suomen Lääkäri-lehti*, 39(71), 2408.
- Light, D. & Levine, S. (1988) The changing character of the medical profession: A theoretical overview. *The Milbank Quarterly*, 66 Supplement 2, 10–32.
- Light, D. (1991) Professionalism as a countervailing power. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16(3), 499–505.
- Light, D. (2010) Health-care professions, markets, and countervailing powers. Teoksessa Bird, C. E., Conrad, P., Fremont, A. M. & Timmermans, S. (toim.) *Handbook of Medical Sociology*. Nashville: Vanderbilt University Press, s. 270–289.
- Llewellyn, S. (2001) Two-way windows': clinicians as medical managers. *Organization Studies*, 22(4), 593–623.
- Luke, H. (2003) *Medical Education and Sociology of Medical Habitus: "It's not about the Stethoscope."* New York: Kluwer Academic Publishers.
- Lupton, D. (1997) Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science & Medicine*, 45(3), 373–81.
- May, C., Allison, G., Chapple, A., Chew-Graham, C., Dixon, C., Gask, L., Graham, R., Rogers, A., & Roland, M., (2004) Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts. *Sociology of Health & Illness*, 26(2), 135–158.
- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C-M. & Holman, D. (2007) Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work and Stress*, 21(1), 30–47.
- Merritt T. A., Palmer D., Bergman D. A. & Shiono P. H. (1997) Clinical practice guidelines in pediatric and newborn medicine: Implications for their use in practice. *Pediatrics*, 99(1), 100–14.
- McKinlay, J. B. & Arches, J. (1985) Towards the proletarianization of physicians. *International Journal of Health Services*, 15(2), 161–195.
- 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), 1481–91.

- Miller, L. (2008) Foucauldian constructionism. Teoksessa Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. (toim.) *Handbook of Constructionist Research*. New York: Guilford Press, s. 251–274.
- Moynihan, R., Heath, I. & Henry, D. (2002) Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324, 886–890.
- Måseide, P. (1991) Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. *Sociology of Health & Illness*, 13(4), 545–561.
- Noordegraaf, M. (2007) From “pure” to “hybrid” professionalism. Present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & Society*, 39(6), 761–785.
- Numerato, D., Salvatore, D. & Fattore, G. (2012) The impact of management on medical professionalism: A review. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), 626–644.
- Oker-Blom, M. (1911) *Lääkärintoimi ja sen etiikka*. Helsinki: Otava. [V. 2000 ilmestynyt näköispainos.]
- Olakivi, A. & Niska, M. (2016) Rethinking managerialism in professional work: from competing logics to overlapping discourses. *Journal of Professions and Organization*. Julkaistu elektronisena a-head-of-print-versiona.
- Orr, J. (1996) *Talking About Machines: An Ethnography of a Modern Job*. Ithaca: Cornell University Press.
- Parkin, F. (1979) *Marxism and Class Theory. A Bourgeois Critique*. New York: Columbia University Press.
- Parsons T. (1939) The professions and social structure. *Social Forces*, 17(4), 457–467.
- Parsons, T. (1951) *The Social System*. Glencoe: The Free Press.
- Pyykkö, R. (2011) Hengellisen ja maallisen rajalla. *Kamppailu seurakuntien diakonia-työntekijöiden sosiaalisesta ja kulttuurisesta toimialueesta (Acta Universitatis Tampereensis 1670)*. Tampere: Tampere University Press.
- Pyöriä, P., Saari, T., Ojala, S. & Siponen, K. (2013) Onko Y-sukupolvi toista maata. Nuorten työorientaatio 1980-, 1990- ja 2000-luvuilla. *Hallinnon Tutkimus*, 32 (3), 197–212.
- Rinne, R. & Jauhiainen, A. (1988) *Koulutus, professionalistuminen ja valtio: julkisen sektorin koulutettujen reproduktioammattikuntien muotoutuminen Suomessa*. Turku: Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos.
- Riska, E. (1988) The professional status of physicians in the Nordic countries. *The Milbank Quarterly*, 133–147.
- Riska, E. & Wegar, K. (1993) *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*. Lontoo: Sage.
- Riska, E. (2001) *Medical Careers and Feminist Agendas: American, Scandinavian, and Russian Women Physicians*. New York: Aldine de Gruyter.
- Riska, E. (2009) Gender and medical education. Teoksessa Brosnan, C. & Turner, B. S. (toim.) *Handbook of the Sociology of Medical Education*. Lontoo: Routledge, s. 89–105.
- Räsänen, K. & Trux, M-L. (2012) *Työkirja: ammattilaisen paluu*. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Saks, M. (2015) *The Professions, State and the Market: Medicine in Britain, the United States and Russia*. New York: Routledge.
- Salmon, P. & Hall, G. M. (2004). Patient empowerment or the emperor’s new clothes. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(2), 53–56.
- Samra-Fredericks, D. (2008) Social constructionism in management and organization studies. Teoksessa Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. (toim.) *Handbook of Constructionist Research*. New York: Guilford Press, s. 129–151.

- Schulz, R. I. & Harrison, S. (1986) Physician autonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and the United States. *International Journal of Health Planning and Management*, 1(5), 1213–28.
- Sismondo, S. (2009) Ghosts in the machine: Publication planning in the medical sciences. *Social Studies of Science*, 39(2), 171–198.
- Skocpol, T. (1992) *Protecting Mothers and Soldiers: The Political Origins of Social Policy in the United States*. Cambridge: Belknap Harvard.
- Sointu, E. (2015) Discourse, affect and affliction. *The Sociological Review*, 64(2), 312–328.
- Sumanen, M., Vänskä, J., Heikkilä, T., Hyppölä, H., Halila, H., Kujala, S., Kosunen, E., Virjo, I. & Mattila, K. (2015) *Lääkäri 2013: Kyselytutkimus vuosina 2002–2011 valmistuneille lääkäreille*. Helsinki: STM.
- Suomen Kuvalehti (20/2010) Ammattien arvostus on taas tutkittu: Kirurgi yhä ykkönen [Kotimaa]. *Lappalainen, T.*, 21.5.2010. <http://suomenkuvalehti.fi/jutut/kotimaa/ammattien-arvostus-on-taas-tutkittu-kirurgi-yha-ykkonen/>.
- Suomen Lääkäriliitto (2013a) *Lääkärin etiikka*. 7 painos. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- Suomen Lääkäriliitto (2013b) *Lääkäriliiton kollegiaalisuusohjeet*. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1207/ll_kollegiaalisuusohjeet_2013.pdf. Luettu 1.11.2016.
- Suomen Lääkäriliitto (2014a) Luonnos hallituksen esitykseksi transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta annetun lain (translaki) muuttamisesta (19.9.2014). https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/15780/he_translaki_stm140918.pdf. Luettu 9.12.2016.
- Suomen Lääkäriliitto (2014b) *Lääkärpäivystystyöryhmän loppuraportti hallitukselle*. Julkaisematon raportti.
- Suomen Lääkäriliitto (2015) *Lääkärikunnan autonomia potilaan ja yhteiskunnan parhaaksi*. Julkaisematon selonteko.
- Taylor, C. (1985) *Human Agency and Language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thomas, P. & Hewitt, J. (2011) Managerial organization and professional autonomy: A discourse-based conceptualization. *Organization Studies*, 32(10), 1373–1393.
- Timmermans, S. & Berg, M. (2003) *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Timmermans, S. & Kolker, E. (2004) Evidence-based medicine and the reconfiguration of medical knowledge. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 177–193.
- Timmermans, S. (2005) From autonomy to accountability. The role of clinical practice guidelines in professional power. *Perspectives on Biology and Medicine*, 48, 490–501.
- Timmermans, S. & Oh, H. (2010) The continued social transformation of the medical profession. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 94–106.
- Tousijn, W. & Vicarelli, G. (2006) Medical autonomy: Open challenges from consumerism and managerialism. *Knowledge, Work & Society*, 4(2), 157–180.
- Tummers, L. G., Bekkers, V. J. & Steijn, A. J. (2009). Policy alienation of public professionals: Application in a new public management context. *Public Management Review*, 11(5), 685–706.
- Vesala, K. M. & Rantanen, T. (toim.) (2007) *Argumentaatio ja tulkinta: laadullisen asennetutkimuksen lähestymistapa*. Helsinki: Gaudeamus.
- Vuolio, V. (1992) *Lunastettu vapaus: kunnanlääkärin ammatillisen autonomian muotoutuminen*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Waring, J. (2014) Restratification, hybridity and professional elites: Questions of power, identity and relational contingency at the points of ‘professional–organisational intersection’. *Sociology Compass*, 8(6), 688–704.
- Watson, T. (2002) Professions and professionalism—should we jump off the bandwagon, better to study where it is going? *International Studies of Management & Organization*, 32(2), 93–105.

- Wetherell, M. (1998) Positioning and interpretative repertoires: Conversation analysis and post-structuralism in dialogue. *Discourse & Society*, 9(3), 387–412.
- Wolinsky, F. D. (1988). The professional dominance perspective, revisited. *The Milbank Quarterly*, 66, 33–47.
- Wrede, S. (2000) Suomalainen terveydenhuolto: jänniteitä ja murroksia. Teoksessa Karvonen, S., Kangas, I. & Lillrank, A. (toim.) *Terveyssosiologian suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus, s. 189–205.
- Wrede, S. (2001) *Decentering Care for Mothers. The Politics of Midwifery and the Design of Finnish Maternity Services*. Turku: Åbo Akademi University Press.
- Wrede, S. (2008) Unpacking gendered professional power in the welfare state. *Equal Opportunities International*, 27(1), 19–33.
- Wrede, S. (2010) Everett C. Hughesin ammattiensosiologia ja professionalismin tutkimuksen perinne. Teoksessa Ashorn, U., Henriksson, L., Lehto, J. & Nieminen, P. (toim.) *Yhteiskunta ja terveys: Klassisia teoreettisia näkökulmia*. Helsinki: Gaudeamus, s. 45–60.
- Wrede, S. (2012) Professions. Teoksessa Anheier, H. K. & Juergensmeyer, M. (toim.) *Encyclopedia of Global Studies*. Thousands Oaks: Sage, s. 1396–1400.
- YLE Uutiset (9.9.2015. [Päivitetty 4.12.2015]) Oman-tunnonvapautta ajava aborttialoite ottaa nyt askeleen eduskuntaan. <http://yle.fi/uutiset/3-8289303>. Luettu 9.12.2016.
- Zola, I. (1972) Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20, 487–504.

LIITE 1: Tutkimusseloste ja suostumuslomake

Tutkimuksen kuvaus ja tutkimussuostumus

Sosiaalitieteiden laitos, Sosiologian oppiaine

Suomen lääkäriliitto ja Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitos toteuttavat yhdessä lääkäriliiton rahoittaman tutkimuksen, jossa tarkastellaan kliinistä lääkärintyötä tekevien lääkäreiden käsityksiä lääkäreiden asemasta ja lääkäriprofessiosta Suomessa. Tutkimuksen tarkoitus on laadullisen tutkimuksen keinoin kerätä tietoa siitä, miten taustaltaan ja työtehtäviltään erilaiset lääkärit ajattelevat keskeisistä lääkärintyön piirteistä ja lääkäreiden asemaan liittyvistä kysymyksistä. Näiden teemojen lisäksi teemahaastattelussa käydään läpi yleisiä haastateltavan ammatillista taustaa ja työtehtäviä koskevia kysymyksiä, jotta tutkimuksen kohteena olevien asioiden analyysi on mahdollista. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastateltavalla on oikeus milloin vain keskeyttää osallistuminen tutkimukseen tai kieltäytyä vastaamasta hänelle esitettyyn kysymykseen.

Tutkimusprojekti toteutetaan Helsingin yliopiston Sosiaalitieteiden laitoksella.

Tutkimusaineiston käsittelyn periaatteet

- Haastattelussa esitetyt asiat raportoidaan tutkimusjulkaisuissa tavalla, jossa haastateltavaa tai haastattelussa mainittuja muita yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa. Tutkimusjulkaisuihin voidaan sisällyttää suoria otteita haastatteluista. Niiden yhteydessä mainitaan haastateltavan sukupuoli, ikä ja toimintakonteksti.
- Kaikkia aineistoa käsitteleviä, myös litteroinnista vastaavaa yritystä, sitoo tutkimussopimuksessa yksilöity vaitiolovelvollisuus. Tutkimusaineistosta ei anneta tunnistettavia tietoja kenellekään tutkimusryhmän ulkopuoliselle, ml. Suomen Lääkäriliitto.
- Ulkopuolinen yritys litteroi haastattelunauhoitukset tekstitiedostoksi. Tekstitiedostoja säilytetään yliopiston palvelimella tunnuksin suojatussa kansiossa, eikä ulkopuolisilla ole niihin pääsyä. Raportoinnin yhteydessä tutkimusryhmä muuttaa haastateltavan ja haastattelussa esille tulevien muiden henkilöiden ja organisaatioiden peitenimiksi.

- Kun haastattelu on kirjattu tekstitiedostoksi, haastateltavien nimet ja osoitetiedot hävitetään.
- Haastattelusta kirjattua tekstitiedostoa käytetään yllämainitun tutkimuksen päätyttyä vain tieteellisessä tutkimuksessa ja opetuksessa ja jokaista haastattelusta kirjattua tekstitiedostoa käyttävää sitoo vaitiolovelvollisuus.

Aineiston jatkosäilytys tutkimuksen päätyttyä

Tutkimuksen päätyttyä anonymisoitu tutkimusaineisto arkistoidaan Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksella. Haastatteluista tehtävät nauhoitukset säilytetään Helsingin yliopiston palvelimella, tunnuksin suojatussa kansiossa. Haastattelunauhoitukset tuhotaan viisi vuotta tutkimuksen päättymisen jälkeen, tammikuussa 2022.

Tutkimussuostumus haastatteluun

HY:n sosiaalitieteiden laitos toteuttaa tutkimushaastattelun Suomen Lääkäriliiton rahoittamaa yhteistyötutkimusta varten, jossa tutkitaan lääkärin asemaa ja professiota kliinistä lääkärintyötä tekevien lääkäreiden näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen keinoin tehtävä tutkimus toteutetaan professori Sirpa Wreden johdolla Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksella sosiologian oppiaineessa vuoden 2016 aikana.

Olen saanut tietoa yllä mainitusta tutkimusprojektista ja sen tavoitteista. Minulle on luvattu, että haastattelussa antamani tietoja käsitellään seuraavasti:

- Haastattelussani esitetyt asiat raportoidaan tutkimusjulkaisuissa tavalla, jossa minua tai haastattelussa mainitsemiani muita yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa. Tunnistettavia tietoja ei luovuteta tutkimusryhmän ulkopuolisille henkilöille.
- Haastattelun salassapito turvataan niin, että aineistoa käsitteleviä sitoo Lääkäriliiton ja Helsingin yliopiston välisessä sopimuksessa määritelty vaitiolovelvollisuus, jonka perusteella haastateltavista henkilöistä ei anneta yksilöitäviä tietoja tutkimusryhmän ulkopuolisille.

- Haastattelu kirjataan tekstitiedostoksi. Raportoinnin yhteydessä sekä minun että haastattelussa esille tulevien muiden henkilöiden nimet muutetaan peitenimiksi ja muita tunnistetietoja muokataan siten, ettei minua tai muita yksittäisiä henkilöitä voida tunnistaa säilytettävästä tekstiaineistosta.
- Haastattelusta litteroitua tekstitiedostoa käytetään yllämainitun tutkimuksen päätyttyä vain tieteellisessä tutkimuksessa ja opetuksessa ja kaikkia aineistoa käyttäviä sitoo tätä tutkimusta koskeva sopimus ja sen vaitiolovelvoitteet sekä yleiset tutkimuseettiset periaatteet.
- Jos aineisto luovutetaan jossain vaiheessa Yhteiskunnalliseen tietoarkistoon, aineisto anonymisoidaan ja aineiston käytölle asetetaan samat vaitiolovelvoitteet kuin tutkimussopimuksessa on sovittu.
- Haastattelunauhut hävitetään viisi vuotta tutkimuksen päätyttyä.

Sopimus allekirjoitetaan kahtena kappaletta, joista yksi jää tutkimusryhmälle ja toinen haastateltavalle.

paikkakunta ja päiväys

haastateltavan allekirjoitus

haastattelijan allekirjoitus

LIITE 2: Haastattelurunko

Työ- ja opiskeluhistoria sekä nykyiseen työpaikkaan liittyvät tiedot

Miten pitkään olet toiminut lääkärin ammatissa?

Mistä lähtien olet toiminut nykyisessä työpaikassasi ja -tehtävässäsi?

Työskenteletkö myös muissa tehtävissä / muualla kuin pääasiallisella työpaikallasi?

Tietoa haastateltavan työstä ja työn organisaatiosta (pääasiallisessa työssäsi)

Voitko kuvata pääasialliset työtehtäväsi (esimerkiksi yhden työvuoron aikana vastaan tulevia asioita)

Voitko kuvailla työyhteisöäsi? Keitä ovat lähimmät työtoverisi?

Liittyykö kollegoiden tai muiden ammattilaisten kanssa työskentelyyn erityisiä haasteita? Millaisia? Entä hyötyjä? Millaisia?

Oletko huomannut eroja lääkäreiden suhtautumisessa työhönsä? Esim. eri uravaiheessa olevien lääkäreiden, sairaala- ja terveyskeskuslääkäreiden tai miesten ja naisten? Millaisia eroja?

Miten voit itse vaikuttaa työtehtäviisi, esimerkiksi aika-
tauluihin?

Kuka tai ketkä ovat esimiehiäsi ja millaisista asioista esimiehesi päättää sinun työsi osalta? Raportoitko esimerkiksi heille jostakin?

Millaisia ovat keskeiset työhösi liittyvät haasteet?
Millaiset asiat lisäävät työtaakkaa ja -painetta työssäsi?

Mikä on työssäsi palkitsevinta?

Suhde lääkärikuntaan ja käsitykset lääkärikunnan asemasta

Mitä lääkärikuntaan kuuluminen sinulle merkitsee?

Mitä mieltä olet lääkärikunnan asemasta yhteiskunnassa, ja miten näet sen muuttuvan tulevaisuudessa?

Vinjetit

Pyydä haastateltavaa kommentoimaan vinjettiä hoitavan lääkärin roolissa.

Vinjetti 1:

Vastaanotollesi on tullut potilas, jolla on sairaus X. Käypä hoito -suositusten mukaan sinun pitäisi määrätä hoitoja A. Olet kuitenkin kuullut uudesta hoitomuodosta B, josta on saatu lupaavia tuloksia. Haluaisit käyttää sitä. Käypä hoito -suosituksen mukaiset hoidot olisivat kuitenkin edullisempia. Miten toimit? Miksi? Mitkä asiat vaikuttavat päätöksentekooosi?

Vinjetti 2:

Vastaanotollesi tulee potilas, joka on löytänyt vaivaansa internetistä diagnoosin ja siihen sopivan lääkkeen, jota varten hän on nyt tullut hakemaan reseptiä. Potilaan arvailut ovat osuneet oikeaan, mutta et katso vaivan edellyttävän lääkehoitoa. Potilas kuitenkin selvästi odottaa reseptiä. Miten toimit? Miksi?

Vinjetti 3:

Vastaanotollesi tulee potilas, jonka tapaat ensimmäistä kertaa. Hänellä on vuosien ajan ollut sairaus X, jonka seurannassa hän on käynyt sinulle tutulla lääkärillä, joka on nyt lomalla. Kiinnität huomiota siihen, että potilaan hoidossa käytetyt lääkkeet eivät vastaa nykyisiä hoito-suosituksia. Miten toimit? Miksi? Mitkä asiat vaikuttavat päätöksentekooosi?

Vinjetti 4:

Toimit yksikössä, jonka toimintaan kuuluu päivystys oleellisena osana. Virkaehtosopimus velvoittaa lähtökohtaisesti osallistumaan päivystykseen. Koska päivystys on lääkärin virkavelvollisuus niin päivystysvuorot on jaettava tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti, mikä on Lääkäriliitonkin näkemys. Yksikössä on töissä kollegoita, jotka eivät perustelluista syistä haluaisi päivystää. Tämä aiheuttaa ongelmia päivystysvuorojen jakamiseen. Mitä mieltä olet tilanteesta?

Väittämät

Kysymme siis näistä väittämistä, että oletteko seuraavista väitteistä samaa tai eri mieltä? Voisitko avata sitä, millä tavalla kantasi muodostuu?

Väittämä 1. Kliinistä työtä tekevän lääkärin esimiehen ei aina tarvitse itse olla koulutukseltaan lääkäri.

Väittämä 2. Käypä hoito-suositukset rajoittavat liikaa lääkärin vapautta päättää itse potilaidensa hoidosta. [Herättelykysymyksiä: että oletko törmännyt tämän tyyliin ajatteluun muiden lääkäreiden taholta? Tai löydätkö tämän tyyppiselle ajattelulle minkäänlaisia perusteluita, vaikka et itse olisi sitä mieltä.]

Väittämä 3. Potilaiden vaatimukset rajoittavat liikaa lääkärin vapautta päättää itse potilaan hoidosta. [Herättelykysymyksiä: oletko törmännyt tämän tyyliin ajatteluun muiden lääkäreiden taholta? Tai löydätkö tämän tyyppiselle ajattelulle minkäänlaisia perusteluita, vaikka et itse olisi sitä mieltä.]

Väittämä 4. Lääkärin tulee tarvittaessa toimia lain vastaisesti, jos laki on ristiriidassa lääkärin etiikan kanssa. [Jos haastateltava ei itse löydä mitään, mainitse että esim. ajo-oikeutta koskevissa keskusteluissa on välillä esitetty hyvinkin laajoja velvoitteita sille mitä lääkäri tulisi ottaa huomioon, toinen esimerkki olisi vaikkapa aselaki tai mielenterveysasioihin liittyvät kysymykset ylipäätään.]

Väittämä 5. Viranomaisten tai lääkäriliiton tulisi asettaa vähimmäiskriteerit sille, mikä on riittävää täydennyskoulutusta kliinistä hoitotyötä tekevälle lääkärille.

Väittämä 6. Lääkäriliiton tulisi säädellä nykyistä tarkemmin yksittäisten lääkäreiden toimintaa.

Autonomiasta

Miten ymmärrät ajatuksen lääkärin autonomiasta?

Entä ajatuksen lääkärikunnan autonomiasta?

Tuleeko mieleen jokin konkreettinen tilanne omassa työssäsi, jossa olet kokenut että sinun autonomiasi lääkärinä on kyseenalaistettu? Ajattelen erityisesti tilannetta, jossa arvioit, että asiasta olisi voinut aiheutua potilaalle joitakin vakavampia ongelmia. Voitko kuvailla tilanteen ja tahot jotka olivat siihen osallisena? Miten tilanne ratkesi?

Onko kysymys lääkäreiden autonomiasta sinulle tärkeä? Miksi / Miksi ei

Mistä autonomian ulottuvuudesta et olisi valmis luopumaan mistään hinnasta?

Oliko jotain jota haluaisit lisätä josta en osannut kysyä?

LIITE 3: Haastateltujen koodit

1. koodi: uravaihe/sukupolvi

A = aloittelija

K = konkari

2. koodi: sukupuoli

N = nainen

M = mies

3. koodi: pääasiallinen toimenkuva

T = terveyskeskuslääkäri

S = sairaalalääkäri

Y = yksityisenä ammatinharjoittajana toimiva lääkäri

H = hallinnollisissa tehtävissä toimiva lääkäri

LIITE 4: Litteraatiomerkinnot

sana-	Kesken jäänyt sana tai lause
[sana]	Tutkijan tai litteroijan selvennys
[K: sana]	Haastattelijan kysymys tai kommentti
[...]	Katkelmä alkuperäisestä puheesta poistettu



LÄÄKÄRILIITTO
LÄKARFÖRBUNDET