

Raportti suomalaisten lääkäreiden terveystalittisia mielipiteitä kartoittavan kyselyaineiston keruusta ja teknisistä seikoista

Arttu Saarinen

Turun yliopiston Sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisu B:33/2007
ISBN 978-951-29-3331-0
ISSN 1236-1453
Turku 2007

Sisältö

1. Johdanto

2. Lomakkeen laatiminen

3. Vastausaktiivisuus ja sisäinen kato

4. Aineiston edustavuus

5. En osaa sanoa -vastausten analyysi

6. Lopuksi

Lähteet

Liitteet

1. Johdanto

Tässä raportissa esitellään aineistoa, jossa tarkastellaan lääkäreiden suhdetta hyvinvointivaltioon ja erityisesti sen terveystalouteen. Kyseessä on ensisijaisesti allekirjoittaneen väitöskirjaa varten kerätty aineisto. Raportissa kuvataan aineiston keräämiseen ja teknisiin seikkoihin liittyviä tekijöitä. Varsinaisia tuloksia ei raportoida. Aineisto kerättiin yhteistyössä Suomen Lääkäriliiton kanssa, mutta kuitenkin niin että allekirjoittanut vastasi koko hankkeesta, sen suunnittelusta ja käytännön toteutuksesta. Allekirjoittanut vastaa myös aineiston käyttöön liittyvistä seikoista.

Kyselyn toinen tavoite on selvemmin metodologinen. Kyselyn kautta pyritään kehittämään hyvinvointivaltiomieliopiditutkimusta ja sen teoreettista taustaa. Yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa on vahva kansalaismielipiteen tutkimusperinne (Forma 1998, 13). Erityisenä mielenkiinnon kohteena on ollut yhteiskuntaluokkien välisten ja sisäisten mielipide-erojen tutkiminen (esim. Svallfors 2004). Toisaalta on tutkittu myös päättäjien ja kansalaisten välisiä mielipide-eroja, mutta tämän tyyppistä tutkimusta on Suomessa tehty vasta 1990-luvulta alkaen ja se on ollut vähemmistössä (ks. Blomberg & Kroll 1999; Forma 1999). Hyvinvointivaltion kannalta tärkeitä ammattiryhmiä ei ole juuri erikseen tutkittu, vaan yleisemmin ammatti on ollut vain karkeana väestökyselyn taustamuuttujana. Poikkeuksellisenä on tässä mielessä Heikki Ervastin ja Olli Kankaan (1994) tekemä tutkimus, jossa vertailtiin kahdeksaa eri ammattiryhmää.

Lääkäreille tehdään Suomessa jatkuvasti kyselyjä. Niitä on kerätty ennen kaikkea postikyselynä, mutta myös internet -kyselyinä. Merkittävin on vuosittain tehtävä Lääkärikysely, jonka avulla päivitetään tietoja lääkäreistä. Toisaalta tehdään myös kyselyitä ulkopuolisten toimijoiden ja Lääkäriliiton yhteistyönä. Esimerkiksi on selvitetty kuinka lääkärit suhtautuvat Euroopassa laajasti käytössä olevaan ammatinharjoittajamalliin tai lääkäripalvelujen yksityistämiseen (ks. Mäntyselkä ym. 2006). Myös muut terveydenhuoltoon liitoksissa olevat tahot ovat tehneet omia kyselyitä lääkäreille. Esimerkiksi terveydenhuollon sitoutumattoman ammattilehden Mediutisten (1–2, 2007) tekemässä kyselyssä sivuttiin myös terveystalouteen liittyviä kysymyksiä.

Kansainvälisissä kyselyissä on tutkittu esimerkiksi lääkäreiden asenteita terveydenhuoltoreformeihin (Williams ym. 1995; Whynes & Baines 2002). On myös tutkittu, mitä arvoja yksityisellä ja julkisella sektorilla työskentelevillä on (Midttun 2007). Toki lääkäreiden suhdetta hyvinvointivaltioon ja terveydenhuollon järjestämiseen on tutkittu myös muilla kuin survey -aineistoilla, kuten laadullisin haastatteluin (Gross 2003). Kuitenkin pelkästään lääkäreille tehdyt terveystaloutta käsittelevät kyselyt ovat edelleen harvinaisia. Tutkimuksen vähäisyyden

vuoksi tälle kyselylle on siis olemassa selkeä tilauksensa. Seuraavaksi esitellään tarkemmin itse aineistoa ja sen keräämiseen liittyviä tekijöitä.

2. Lomakkeen laatiminen

”Hyvä! Ensimmäisen kerran vastaan näihin kysymyksiin, joita eri lääkärit pyörittelevät jatkuvasti. Erittäin tärkeä kysyä lääkäreiltä – asiantuntijoilta – näitä.

”Osa kysymyksistä olivat mielestäni liiaksi yleistäviä. Esimerkiksi sosiaaliturvaan kuuluu monenlaisia asioita ja hoitotakuu -kohdassa ’terveydenhuolto’ on liian laaja käsite.”¹

Toinen yllä olevista kommenteista kuvaa hyvin tämän tyyppisen kyselytutkimuksen problematiikkaa. Kun kysely käsittelee esimerkiksi sellaista laajaa terveystieteeseen liittyvää aihetta, kuten markkinoistuminen, merkitsee tämä, että termien määrittely on olennaista. Kysymykset tuleekin laatia niin yleispäteviksi, että kaikki otokseen valittavat pystyvät vastaamaan niihin. Kuitenkin tämänkin jälkeen niihin jää aina tulkinnanvaraa. Seuraavaksi paneudutaan käsittelemään tämän kyselyn laatimiseen liittyvää problematiikkaa tarkemmin. Kyselylomake ja saate ovat tämän raportin liitteinä.

Kyselylomakkeen kautta kerättävää tietoa voi kritisoida esimerkiksi sillä, että se lopulta kertoo paljon itse tutkijan eli tiedon kerääjän ajatuksista (Ylöstalo 2004, 110). Usein on niin, että tutkija olettaa vastaajien ymmärtävän kysymykset samalla tavalla kuin hän itse (Payne 1973). Tässä kyselyssä vastausten laatua on pyritty lisäämään, niin että itse lomakkeen suunnittelu- ja muokausvaiheessa, joka kesti vajaan vuoden, oli mukana kommentoimassa henkilöitä jotka edustivat eri tieteenaloja eli toisaalta yhteiskuntatieteitä ja toisaalta lääketiedettä. Näin pyrittiin tekemään lomakkeesta mahdollisimman neutraali ja varmistamaan se, että eri toimialoilla ja tehtävissä toimivat lääkärit pystyvät vastaamaan siihen. Lomaketta myös esiteltiin ja pyydettiin kommentteja kahdessa tiedeseminaarissa. Lisäksi sitä myös testattiin muutamalla lääkärivastaajalla.

Tässä kyselyssä kohteena on yksi intressiryhmä ja myös kysely on tehty yhteistyössä sen kanssa. Kysely olisi teoriassa ollut mahdollista suorittaa ilman Suomen Lääkäriliiton apua muiden rekisteritietojen kautta. Kuitenkin tällöin ongelmaksi olisi muodostunut, että kun tutkimus olisi tehty täysin lääkäreiden ulkopuolisesta maailmasta, myös vastausprosentti olisi jäänyt luultavammin alhaiseksi. Siksi päädyttiin ratkaisuun, jossa otos poimittiin liiton rekisteristä ja lähetettiin liiton logoin varustettuna. Prosessin aikana oli kuitenkin selvää, että vain tutkija laatii lomakkeen eikä

¹ Kyseiset lainaukset on poimittu niistä 164 vapaamuotoisesta kommentista, joita vastaajat olivat kirjoittaneet kyselyn loppuun varattuun tilaan.

mukaan otetaan kysymyksiä, jotka eivät ole mukana alkuperäisessä tutkimussuunnitelmassa. Yhteistyö sujui tältä osittain erittäin hyvin ja Suomen Lääkäriliiton edustajat olivat mukana vain kommentoimassa kysymyksiä ja saatekirjettä.

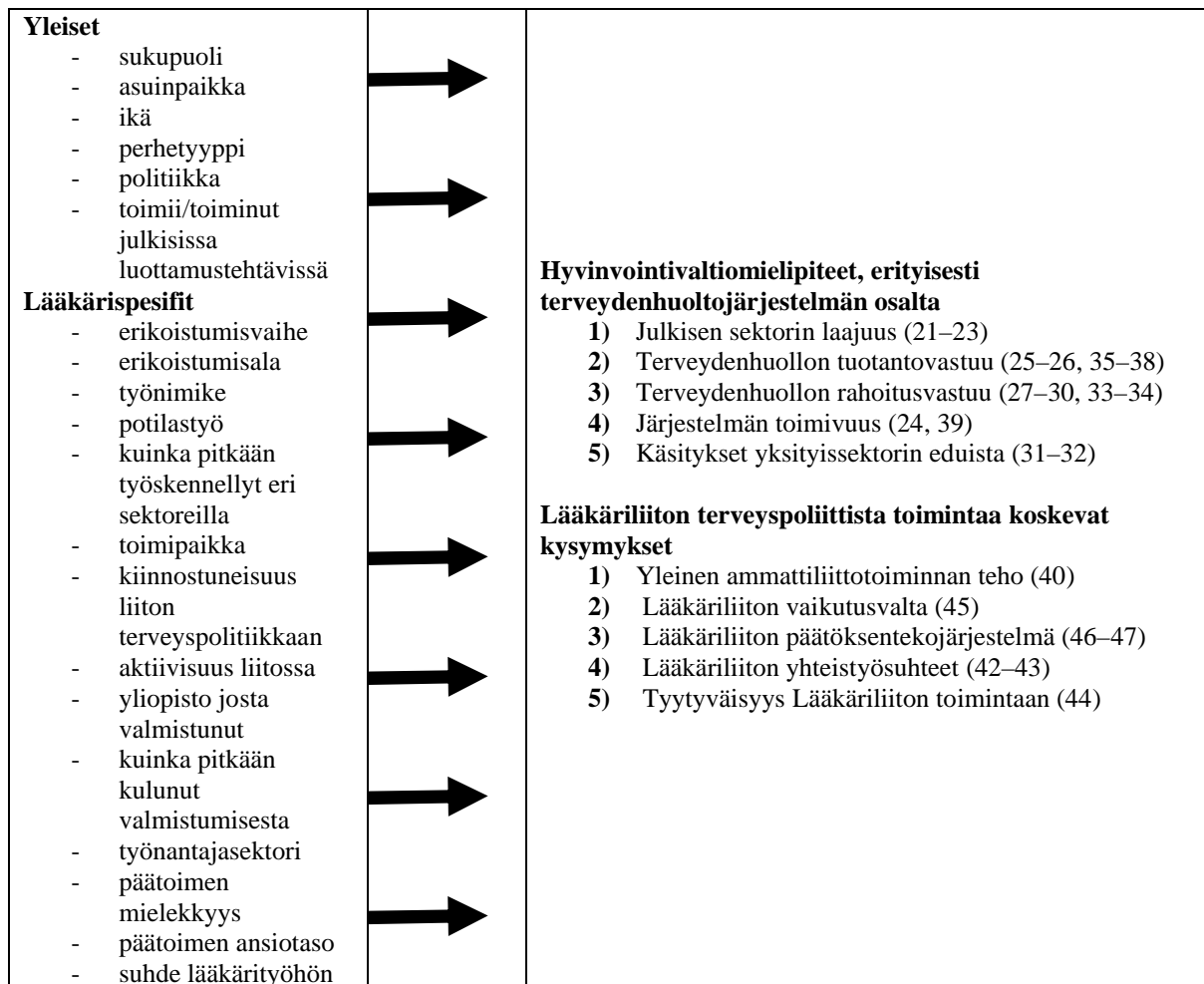
Lomakkeen suunnittelu-aika kesti huhtikuusta 2006 tammikuuhun 2007. Laatimisessa käytettiin apuna aikaisempia kyselytutkimuksia ja niiden teoreettisia viitekehyksiä (esim. Forma 1998; Suomen Lääkäriliitto 2005). Näin myös osa selittävistä tekijöistä on samoja kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Lisäksi on valittu muutamia kysymyksiä aikaisemmasta Stakesin toteuttamasta hyvinvointi- ja palvelut (HYPA) -tutkimuksesta, joita käytän sanatarkasti (esim. Forma 2006). Näin pystyn vertaamaan lääkäreiden hyvinvointivaltiomielenpitoja koko väestöön.

Lomakkeen kaikki kysymykset jakaantuvat karkeasti kolmeen osaan: taustatekijöihin, hyvinvointivaltiomielenpitteisiin ja liiton toimintaa koskeviin kysymyksiin (kuvio 1). Kysymykset painottuvat terveydenhuoltoon. Taustakysymyksistä osa on yleisiä intressejä kuvaavia kuten ikä ja ideologiaa kuvaavia kuten poliittinen käyttäytyminen. Lääkärispesifeinä taustakysymyksinä ovat esimerkiksi erikoisala, työskentelysektori ja ammattiyhdistysaktiivisuus. Olennaisena osana kyselyssä on vertailla Lääkäriliiton aktiivien tai toiminnasta erityisen kiinnostuneiden ja ”tavallisten lääkäreiden” mielenpitoja keskenään ja tutkia näin intressien välittymistä.

Kun tutkimuksen kohteena on yhden väestöryhmän mielenpito, niin kysymykset eroavat joiltain osin perinteisistä väestökyselyissä käytetyistä. Kyselyssä ei erikseen kysytä sosiaalista asemaa (perhetaustalla mitattuna), koska sen selitysvoima on heikko sillä aikaisempien tutkimusten mukaan valtaosa lääkäreistä ja lääketiedettä opiskelevista on lähtöisin hyvän sosiaalisen aseman omaavista perheistä (Hyppölä ym. 1998; Lahelma ym. 2003). Myöskään perinteistä koulutus -taustamuuttujaa ei käytetä vaan koulutuksen merkitystä pyritään mittaamaan kysymällä erikoisalaa.

Aiemmissa hyvinvointivaltiota koskevissa mielenpidetutkimuksissa selitettäviä kysymyksiä on jaettu ulottuvuuksiin. Esimerkiksi Sihvo ja Uusitalo (1993, 129) ovat tehneet jaon viiteen ulottuvuuteen: a) vastuu hyvinvoinnista, b) rahoitus, c) etuuskäyttö, d) hyvinvointivaltion vaikutukset ja e) tuotokset. Myöhemmin jaottelua on käyttänyt myös Forma (1998). Muita jakoja ulottuvuuksiin on esimerkiksi: sosiaaliturvan taso, eriarvoisuus, verotuksen keventäminen, hyvinvointipalveluiden tuotanto ja säästötoimenpiteiden kohdistaminen (Forma 2006).

Tässä kyselyssä selitettäviä hyvinvointivaltiomieliä tutkitaan viidellä ulottuvuudella: julkisen sektorin laajuus, terveydenhuollon tuotantovastuu, terveydenhuollon rahoitusvastuu, järjestelmän toimivuus ja käsitykset yksityissektorin eduista. Lääkäriliiton terveystoimintaa koskevat kysymykset jakaantuvat myös viiteen ulottuvuuteen: yleinen ammattiliittotoiminnan teho, Lääkäriliiton vaikutusvalta, päätöksentekojärjestelmä, yhteistyösuhteet ja tyytyväisyys toimintaan.



Kuvio 1. Kyselytutkimuksen idea, luvut sulkujen sisällä viittaavat kysymyksiin jolla ulottuvuutta mitataan

Jatkoanalyysien kannalta olennainen tekijä on myös millaiset ovat selittävien muuttujien keskinäiset yhteydet. Monimuuttujamalleja käytettäessä selittävien muuttujien keskinäisyhteydet vaikuttavat tuloksiin. Olennaisempien selittävien muuttujien keskinäiset korrelaatiot on taulukossa 1. Muuttujien välillä ei ole voimakasta korrelaatiota, lukuun ottamatta työnantajasektorin ja päätoimipaikan välistä korrelaatiota. Tämä ongelma ratkaistaan niin, että aineistosta tehtävistä

artikkeleista käytetään vain toista muuttujista, koska ne mittaavat pitkälti samaa ominaisuutta mutta eri tarkkuuksin.

Taulukko 1. Spearmannin järjestyskorrelaatiokerroin, olennaisimpien selittävien muuttujien yhteydet, samat muuttujamuunnokset kuin ristiintaulukoinneissa. Tilastollisesti merkitsevät esitetty lihavoituna ($p < 0,05$)²

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
(1) Sukupuoli													
(2) Asuinpaikkakunta	-.022												
(3) Ikä	-.170	.124											
(4) Erikoistumisvaihe	.067	.021	-.380										
(5) Erikoisala	-.111	-.019	.380	-.813									
(6) Potilastyö	-.111	-.096	.171	-.072	.127								
(7) Työnantajasektori	-.077	-.116	.181	.023	.052	.158							
(8) Toimipaikka	.001	-.012	.241	.102	-.019	.171	.698						
(9) Mielekkyyks	.015	-.029	-.060	-.039	.009	-.011	-.071	-.086					
(10) Ansiotaso	-.008	-.074	-.110	.021	-.039	-.001	-.174	-.216	.100				
(11) Poliitiikka	-.074	-.021	-.040	-.053	.108	.024	.065	-.012	.007	.111			
(12) Kiinnostus LL	.058	.016	.068	.016	.002	.084	.027	.046	.048	-.009	-.048		
(13) Aktiivisuus LL	.075	-.105	-.034	.049	-.053	.005	.056	.019	.039	.016	-.013	-.131	
(14) Luottamustehtävät	.083	-.132	-.224	.038	-.072	-.105	-.111	-.165	-.019	.024	.036	-.004	.037

3. Vastausaktiivisuus ja sisäinen kato

Suomen Lääkäriliitto hallinnoi tietoja kaikista suomalaisista lääkäreistä, ei vain liiton jäsenistä³. Kyselylomakkeet lääkäreille lähetettiin tammikuun 15 päivä. 2000 lääkärin otos kerättiin liiton rekisteristä ja vastaajien osoitteet postitettiin tarra-arkeissa allekirjoittaneelle, joka organisoiki kyselyn postituksen sekä myös vastausseurannan. Itse osoitetarrassa ja vastauskuoressa oli numerokoodi. Näin palautetuista kuorosta pystyttiin näkemään ketkä olivat vastanneet, koska jokainen vastaaja oli numeroitu. Toista kierrosta varten vastanneiden numerokoodit lähetettiin liiton ATK-suunnittelijalle, joka lähetti uudelleen vastaamattomien osoitteet tarra-arkeissa. Näin varmistettiin vastaajien anonymiteetti. Tutkija ei siten pystynyt yhdistämään saapunutta lomaketta tiettyyn nimeen. Toisella kierroksella numerokoodeja ei käytetty enää lainkaan. Kun toinen postituskierron lähti 19.2.2007, niin vastauskuoria oli palautunut yhteensä 815 kappaletta, joista vain kolmessa oli tyhjä lomake. Yhtään kuorta ei palautunut postin kautta väärin osoitetietojen vuoksi. Näin ensimmäisen kierroksen jälkeen vastausprosentti oli 40,6.

² Erikoistumisalan osalta kaikki jotka eivät olleet erikoistuneet koodattiin nollaksi, jotta muuttujien vastaajamäärät olivat samanlaiset ja korrelaatioiden mittaaminen mahdollista. Korrelaatiot eivät kuitenkaan muutu olennaisesti tämän seurauksena, poikkeuksena on vain syntymävuoden ja erikoisalan yhteyden selkeäkö vahvistuminen. Kuitenkin edelleenkin yhteys ei ole erityisen voimakas.

³ Liittoon kuuluu 95 prosenttia lääkäreistä (Suomen Lääkäriliitto 2005, 3).

Viimeiset vastaukset saatiin huhtikuun puolessa välissä. Lomakkeita palautui yhteensä 1092 kappaletta. Toisella kierroksella ei palautunut yhtään tyhjää lomaketta. Vastausprosentiksi saatiin näin 54,6. Vastausprosenttia voi pitää kohtuullisena ja se on normaali kun verrataan muihin lääkäreille suunnattuihin kyselyihin (esim. Midttun 2007; Whynes & Baines 2002). Vuosien 1985–1995 välissä julkaistujen artikkeleiden, joissa oli vastaajina lääkäreitä, keskimääräinen vastausprosentti yli tuhannen otoksissa se oli 52 prosenttia (Cummings ym. 2001). Toisessa meta-analyysissä tulos oli, että lääkäreille tehdyissä kyselyissä keskimääräinen vastausprosentti oli 54 kun se verrokkiryhmässä eli kaikissa lääketieteellisissä lehdissä tehdyissä kyselyissä oli noin 60 prosenttia (Asch ym. 1997). Kotimaisista lääkäreille suunnatuista kyselyistä viimeisimmässä ennen tätä kyselyä, vastausaktiivisuus oli kolmen kierroksen kautta tehtynä 56,8 (Elovainio ym. 2007).

Lomakkeeseen vastasi suhteellisesti tarkastellen varsin suuri osuus työikäisistä Suomessa asuvista lääkäreistä. Heitä oli yhteensä otoksen muodostamisajankohtana 17 134 kappaletta (tieto annettu allekirjoittaneelle liiton rekisteristä). Vastaajia oli 1092, joka tarkoittaa, että otoksessa on mukana 6,37 prosenttia kaikista työikäisistä lääkäreistä.⁴ Eri kysymyksiin jätettiin vastaamatta erittäin vähän, joten sisäinen kato oli käytännössä olematonta. Alhaisin vastausprosentti oli kysymyksessä, jossa tiedusteltiin poliittista suuntautumista. Tähän kysymykseen vastasi 1066 lääkäriä (53,3 %). Keskimääräinen määrä kysymyksiin vastanneiden osalta on 1085 (54,3 %).⁵

4. Aineiston edustavuus

Varsinainen perusjoukko eli Suomessa asuvat työikäiset (1944 ja myöhemmin syntyneet) on määrältään 17 134 lääkäriä. Tästä poistettiin 4905 työolot ja terveys -tutkimuksen otoksessa mukana ollutta. Työolot ja terveys -kysely tehtiin loppuvuodesta 2006 ja alkuvuodesta 2007 (ks. Elovainio ym. 2007). Jäljelle jäi näin 12 229 lääkäriä, josta lopullinen otos poimittiin. Myös työolot ja terveys -kyselyssä otos oli satunnaisesti poimittu, joten se ei vääristä tässä mielessä tämän kyselyn otosta. Otokseen tulevat ovat vuonna 1944 ja myöhemmin syntyneitä työikäisiä lääkäreitä. Vastaajat voivat olla esimerkiksi poissa töistä vanhempainvapaan vuoksi.

⁴ Sinänsä Suomessa asuvalla lääkärillä ei tarvitse olla Suomen kansalaisuutta. Kuitenkin aineisto koostuu yksittäistapauksia lukuun ottamatta suomalaisista lääkäreistä.

⁵ Mukana ei ole kysymystä 13 jossa tiedustellaan kuinka pitkään on työskennellyt eri sektoreilla, koska alkuperäisessä muuttujassa pystyi vastaamaan useampaan valintavaihtoehtoon ja jokainen alavaihtoehto koodattiin omaksi vaihtoehdoksi tallennusvaiheessa.

Sinänsä vastausprosentti ei varsinaisesti ole olennainen kyselyn laatua arvioidessa. Tärkeämpää on se, kuka on vastannut. Tosin on selvää, että korkeampi vastausprosentti ennustaa, että otos on myös edustava (Asch ym. 1997). Tilanne on hyvä jos vastaamattomat ovat samantyyppisiä vastaavien kanssa. Olennaista on siis verrata vastaajia vastaamattomiin. (Ks. Cummins ym. 2001.) Tässä tämä tehdään vertaamalla otosta koko perusjoukkoon. Taulukossa kaksi on verrattu vastaajia perusjoukkotietoihin eli työikäisiin lääkäreihin.

Aineiston edustavuutta mitataan tarkasti neljän taustamuuttujan avulla. Analyysin perusteella otos on edustava suhteessa perusjoukkoon, eikä suuria vinoumia ole. Suurin vinouma otoksen ja perusjoukon välillä on erikoistuneiden lääkärien osalta. Erikoistuneet ovat vastanneet kyselyyn aktiivisemmin. Toki tässäkin kyselyssä naiset ovat vastanneet hieman aktiivisemmin, mutta ero on pieni. Sama tilanne on ollut myös usein muissakin kyselyissä, myös lääkäreille tehdyissä (esim. Elovainio ym. 2007).

Vastaajien keski-ikä on 46 vuotta. Kaikkiaan perusjoukon keski-ikä on 45,4, joten ero on olematon. Iänkin osalta otos vastaa siis karkeasti perusjoukkoa. 50–63-vuotiaat ovat hieman yliedustettuina. Työnantajasektoreittain tarkasteltuna yllättäen yksityisellä sektorilla työskentelevät ovat vastanneet aktiivisesti, kun aiemmin on todettu, että juuri yksityisellä sektorilla päätoimisesti työskentelevät ovat passiivisempia vastaajia. Esimerkiksi Elovainion ym. (2007) kyselyssä yksityissektorin vastaajaosuus oli 20,9 prosenttia.

Taulukko 2. Aineiston edustavuus, työkäiset lääkärit, tiedot perusjoukosta saatu Lääkäriliiton rekisteristä (tilanne 1.1.2007), paitsi työnantajasektoritiedot vuoden 2006 lääkärikyselystä⁶. Osuudet prosentteina, suluisissa absoluuttiset määrät

	Aineisto	Perusjoukko
Sukupuoli		
Nainen	56,7 (616)	54,9 (9403)
Mies	43,3 (471)	45,1 (7731)
Ikä		
Alle 30 v	6,0 (65)	5,2 (890)
30–39 v	21,6 (234)	25,0 (4280)
40–49 v	28,8 (312)	30,7 (5258)
50–63 v	43,7 (474)	39,1 (6706)
Työnantajasektori⁷		
Valtio	6,7 (72)	6,7 (1078)
Kunta/kuntayhtymä	69,5 (749)	70,8 (11306)
Yksityinen	23,8 (256)	22,5 (3587)
Erikoistumistilanne		
Erikoistunut	64,9 (707)	60,9 (10 433)
Yhteensä ei erikoistunut	35,1 (382)	39,2 (6701)
<i>Erikoistumiskoulutuksessa</i>	<i>18,5 (202)</i>	<i>14,0 (2391)</i>
<i>Ei erikoislääkäri</i>	<i>16,5 (180)</i>	<i>25,2 (4310)</i>

Seuraavassa on olennaisia vastaajatietoja sukupuolittain vertailtuna. Jos verrataan sukupuolen ja iän välistä yhteyttä, havaitaan, että miesten osuus on selvästi suurin 50–63-vuotiaiden keskuudessa ja naiset taas ovat enemmän edustettuina nuorimmissa ikäluokissa (taulukko 3). Taustalla on, että lääkäriammattikunta on jatkuvasti naisistunut (ks. Suomen Lääkäriliitto 2006, 6).

Taulukko 3. Vastaajien sukupuoli ikäryhmittäin

	Alle 30	30–39	40–49	50–63	Yhteensä
Mies	5,1 (24)	17,9 (84)	22,0 (103)	54,9 (257)	100,0 (468)
Nainen	6,7 (41)	24,4 (150)	33,8 (208)	35,2 (217)	100,0 (616)

⁶ Lääkärikyselyssä tarkistetaan ja ylläpidetään lääkärikuntaa koskevia rekisteritietoja ja se lähetetään vuosittain jokaiselle suomalaislääkärille. Vuonna 2006 79,8 prosenttia vastasi kyselyyn. Kyselyajankohta on maaliskuu 2006.

⁷ Lääkärikyselyn perusjoukko on hieman eri koska siinä kyseessä on sillä hetkellä Suomessa työssä olevista lääkäreistä.

Myös työskentelysektoreittain on eroja sukupuolittain tarkasteltuna (taulukot 4 & 5). Naiset työskentelevät selvästi enemmän terveyskeskuksissa eli kunnan palveluksessa (ks. myös Suomen Lääkäriliitto 2006, 6)⁸. Naiset ovat myös miehiä selvästi vähemmän erikoistuneita, mutta naisistumisen vuoksi keskimäärin useammin parhaillaan erikoistumassa (myös Suomen Lääkäriliitto 2006, 8).

Taulukko 4. Vastaajien sukupuoli työskentelysektoreittain

	Kunta/kunta-yhtymä	Valtio	Yksityinen	Yhteensä
Mies	65,5 (306)	7,5 (35)	27,0 (126)	100,0 (467)
Nainen	72,7 (440)	6,0 (36)	21,3 (129)	100,0 (605)

Taulukko 5. Vastaajien erikoistuminen sukupuolittain

	Erikoistunut	Erikoistumassa	Ei erikoislääkärin tutkintoa	Yhteensä
Mies	69,0 (325)	15,3 (72)	15,7 (74)	100,0 (471)
Nainen	61,7 (380)	21,1 (130)	17,2 (106)	100,0 (616)

Erikoislääkärikoulutusta uudistettiin vuonna 1999. Sen myötä 92 koulutusala korvautui 49 erikoisalalla. Tämän vuoksi osa vastaajista antoi erikoisalaa tiedustelleeseen avokysymykseen vanhan luokittelun mukaisen vastauksen. Erityyspätevyksiä ei kysytty erikseen, koska niitä on myönnetty vain 1 661 työikäiselle lääkärille. Kymmenen suurinta erikoisalaa ovat järjestyksessä suuremmasta pienempään: yleislääketiede, sisätaudit, psykiatria, yleiskirurgia, anestesiologia ja tehohoito, työterveyshuolto, naistentaudit ja synnytykset, lastentaudit, radiologia sekä ortopedia. (Suomen Lääkäriliitto 2007.) Aineistossa yhteensä erikoistuneiden osalta oli 54 eri erikoisalaa päätoimen osalta. Erikoistumassa parhaillaan olevien osalta ilmoitettiin 35 erikoisalaa. Sekä erikoistumassa olevien että erikoistuneiden osalta yleisin ala oli yleislääketiede.

Seuraavissa taulukoissa on esitetty muita olennaisia perustietoja vastaajista. Valtaosa vastaajista tulee kahden huoltajan lapsiperheistä ja asuu suuremmissa kaupungeissa. Suurin osa on suorittanut tutkinnon Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa ja toiseksi eniten Turun yliopiston

⁸ Tosin vaikka terveyskeskus olisikin työpaikka, niin voi työnantajana olla yksityissektori.

lääketieteellisessä tiedekunnassa. Turun ja Helsingin tiedekunnat ovat maan vanhimmat ja eniten lääkäreitä kouluttaneet. Enemmistö vastaajista on valmistunut yli 15 vuotta sitten, mutta myös alle viisi vuotta sitten valmistuneiden osuus on yli kymmenen prosenttia. (Taulukot 6–9.)

Taulukko 6. Vastaajien kotitaloustyyppi %, suluissa absoluuttiset määrät

	Yksin asuva	Yksin-huoltaja	Avio/avo-liitto, ei lapsia	Avio/avo-liitto, lapsia	Muu	Yhteensä
Kotitaloustyyppi	10,4 (113)	4,0 (43)	18,2 (198)	66,7 (724)	0,7 (8)	100,0 (1086)

Taulukko 7. Vastaajien asuinpaikkakunta %, suluissa absoluuttiset määrät

	Pääkaupunki, Tku, Tre, Oulu, Kuopio	Muu kaupunki	Maaseutu-paikkakunta	Yhteensä
Asuinpaikkakunta	59,7 (650)	30,9 (336)	9,5 (103)	100,0 (1089)

Taulukko 8. Vastaajien tutkinnon suorittamisyliopisto (suurin osa tutkinnosta) %, suluissa absoluuttiset määrät

	Helsinki	Kuopio	Oulu	Tampere	Turku	Ulkomaat	Yhteensä
Tutkinnon suorittamisyliopisto	29,1 (316)	13,3 (145)	16,0 (174)	11,1 (121)	21,9 (238)	8,6 (93)	100,0 (1087)

Taulukko 9. Kuinka kauan vastaajalla kulunut perustutkinnon suorittamisesta %, suluissa absoluuttiset määrät

	Alle 5 vuotta	6–15-vuotta	16–25-vuotta	Yli 25 vuotta	Yhteensä
Ajankohta	11,6 (126)	34,4 (374)	24,8 (270)	29,2 (318)	100,0 (1088)

Vastaajista lähes 85 prosenttia tekee pääasiallisesti potilastyötä. Reilu kuusi prosenttia ei ole tällä hetkellä työssä, syynä voi olla esimerkiksi vanhempainloma. Selvästi yli puolet on vakituudessa virassa. Osa-aikaisesti työskenteleviä on lähes 18 prosenttia. Suurin osa vastaajista on työskennellyt terveyskeskuksessa. Pisimpään sektoreista on työskennelty yksityisessä toimipaikassa. Yleisin työnimike päätoimissa on osastonlääkäri/erikoislääkäri ja harvinaisin professori. (Taulukot 10–14).

Taulukko 10. Tekeekö vastaaja pääasiallisesti potilastyötä %, suluissa absoluuttiset määrät

	Kyllä	Ei	Yhteensä
Potilastyö	84,8 (923)	15,2 (165)	100,0 (1088)

Taulukko 11. Vastaajan työmarkkina-asema %, suluissa absoluuttiset määrät

	Vakituinen	Määräaikainen	Ammattinharjoittaja	Ei työssä	Yhteensä
Asema	59,7 (649)	24,2 (263)	10,0 (109)	6,2 (67)	100,0 (1088)

Taulukko 12. Päätoimen luonne %, suluissa absoluuttiset määrät

	Kokoaikainen	Osa-aikainen	Yhteensä
Päätoimi	82,2 (885)	17,8 (191)	100,0 (1076)

Taulukko 13. Vastaajien keskimääräinen työskentelyaika vuosissa kullakin sektorilla (niistä jotka ovat ylipäätään olleet ko. sektorilla), suluissa absoluuttiset määrät

	Yliopistosairaala	Kunnan/ yhtymän sairaala	Terveyskeskus	Muu kunnallinen	Yliopistotutkimuslaitos	Yksityinen toimipaikka	Muu
Ka.	6,29 (677)	5,83 (760)	6,44 (899)	4,05 (105)	5,65 (206)	9,49 (340)	6,53 (134)

Taulukko 14. Vastaajien työnimike päätoimessa %, suluissa absoluuttiset määrät

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ni- mike	21,5 (233)	24,6 (266)	13,1 (142)	16,5 (179)	7,8 (85)	8,5 (92)	1,3 (14)	2,7 (29)	4,0 (43)	100,0 (1083)

1 Johtava lääkäri, ylilääkäri, osastonylilääkäri, apulaisyylilääkäri

2 Osastonlääkäri, erikoislääkäri

3 Erikoistuva lääkäri

4 Terveyskeskuslääkäri

4 Työterveyslääkäri

6 Yksityislääkäri

7 Professori

8 Apulaisopettaja, kliininen opettaja, tutkija, assistentti

9 Muu

10 Yhteensä

5. En osaa sanoa -vastausten analyysi

Sinänsä on hankala määritellä yksiselitteisesti mikä on paljon ”en osaa sanoa” -vastausten määrässä. Esimerkiksi suomalaisten hyvinvointi ja palvelut kyselyn 2004 osioissa oli useita kysymyksiä liittyen yksityiseen palvelutuotantoon joissa en osaa -vastausten määrä oli yli 20 % (ks. Forma 2006, 175; Muuri 2007). Myös EVAn kyselyssä yksityiseen palvelutuotantoon liittyvissä kysymyksissä on ollut jo 1980-luvulta lähtien yli 20 prosentin osuudet niiden osalta jotka eivät pysty sanomaan kantaansa (ks. Haavisto 2007, 76).

Perinteisesti en osaa sanoa -vastauksia on pidetty ongelmallisena vastauksia tulkittaessa (esim. Bourdieu 1993, 151). On havaittu, että en osaa vastauksia antavat useammin naiset (Bourdieu 1993; Ronkainen 1999; ks. myös Muuri 2007). Aiemmin on tuotu esille kuinka kyseessä olevan vastausvaihtoehdon valinneet eivät ole välttämättä ymmärtäneet kysymystä tai valitsevat sen koska ovat niin hankalassa valintatilanteessa (Ronkainen 1999, 168). Myös muita tulkintavaihtoehtoja on, esimerkiksi liiton toiminnan osalta suuri en osaa vastausten määrä voi kertoa siitä, että liiton terveystoiminnasta tiedetään varsin vähän. Toisaalta syynä voi olla, että lääkärit merkittävänä asiantuntijaryhmänä eivät halua vastata terveydenhuoltoon ja terveystoimintaan liittyviin kysymyksiin ”mutu -tuntumalta” ja valitsevat siksi keskimmäisen vaihtoehdon.⁹ On selvää, että mitä suuremmat intressit ja mielenkiinto vastaajalla on kohdetta kohtaan, sen enemmän hänellä on mielipiteitä. Näin ollen ne, joilla ei ole mielenkiintoa ja samalla intressejä kohteeseen, vastaavat useammin en osaa sanoa. (Bourdieu 1993, 155.)

Kaikkiaan en osaa vastausten osuus oli taustakysymysten osalta (patteristo 15 ja kysymykset 16–17) keskimäärin 9,8 %. Terveystoiminnan järjestämisen osalta (patteristo 21 ja kysymykset 23–36) en osaa vastausten lukumäärä oli keskimäärin 16,5 %. Kysymykset numero 35 ja 36 olivat erityisen hankalia, molemmissa kolmasosa ei osannut/halunnut valita sopivaa vaihtoehtoa. Lääkäriliiton terveystoiminnasta toimintaa (kysymykset 40 ja 42–47) käsittelevien kysymysten osalta keskimääräinen vastausprosentti on 40,1.

Seuraavaksi tarkastellaan miten en osaa vastaukset jakautuvat eri taustaryhmittäin. Apuna käytetään logistista regressioanalyysia. Tässä selitettävä muuttuja jaettiin dikotomiseksi: on vastannut ”jotain

⁹Kyselyissä onkin annettu sen sijasta myös muita vaihtoehtoja ns. keskikohtalle. EVAn kyselyssä käytettiin osassa vaikeaa sanoa vaihtoehtoa (ks. Haavisto ym. 2007). Stakesin HYPÄ –kyselyssä 2006 taas käytettiin en osaa vaihtoehdon lisäksi vaihtoehtoa ”ei samaa eikä samaa mieltä” oli keskikohtana.

muuta kuin en osaa sanoa” tai on vastannut ”en osaa sanoa”. Regressioanalyysin menetelmänä käytettiin multinominaalista vaihtoehtoa. Nummenmaa (2004, 319) tuo esille kuinka multinominaalista logistista regressioanalyysia on suositeltavaa käyttää, koska SPSS -ohjelmistopakettissa on monipuolisemmat mahdollisuudet mallien muodostamiseen.

Logistinen regressioanalyysi ei tee oletuksia jakaumista¹⁰. Oikeastaan ainoa oletus on, että selittävät muuttujat eivät ole kollineaarisia. Lähtökohtana on referenssikategoria ja siihen kuulumisen todennäköisyys. Tätä mitataan tapahtuminen todennäköisyyksien osamäärällä eli riskisuhteella. (Nummenmaa 2004, 319–325.) Se kertoo, että mikä on selitettävän muuttujan todennäköisyys suhteessa referenssikategoriaan. Kun riskisuhde on alle yhden, todennäköisyys on pienempi kuin referenssikategoriassa. (Ks. esim. Tabachnick & Fidell 2001, 548.)¹¹ Logistisessa regressiossa on kategorisia muuttujia ja siksi on kehitetty pseudo R^2 -kertoimia. Tällainen on Nagelkerke pseudo R^2 , jonka avulla arvioidaan kuinka paljon selitettävän muuttujan vaihtelusta malli kuvailee.

Ennen regressiomallia yhteyksiä katsottiin ristiintaulukoinnilla, jota käytettiin apuna muuttujia valittaessa. Selittävinä muuttujina käytetään samoja neljää taustamuuttujaa, joilla tarkasteltiin edustavuutta. Lisäksi ristiintaulukoiden perusteella mukaan otetaan kuvaamaan roolia liitossa kaksi muuttujaa: kiinnostuneisuus liiton toimintaan ja aktiivisuus liitossa. Näin en osaa sanoa vastauksia selitetään kuudella tekijällä. Selitettäviksi muuttujiksi valittiin ne seitsemän kysymystä, joissa yli 30 prosenttia oli vastannut ”en osaa sanoa”. Samoja selittäviä muuttujia käytettiin kaikkien seitsemän kysymyksen osalta (kysymykset 35 – 36, 42–44, 46–47).

Multinominaalinen logistinen regressioanalyysi on esitetty taulukossa 15. Selkeimmin erottuvat sukupuoli ja kiinnostuneisuus liiton toimintaan. Naiset ja liiton terveystoiminnasta vähemmän kiinnostuneet vastaavat useammin en osaa sanoa. Kaikkiaan mallien heikko selittävyys aineiston vaihtelusta kertoo osin siitä, että lopulta en osaa vastaajien joukko on kovin heterogeeninen.

¹⁰ Yleisesti kaikkien muuttujien normaalijakaumaoletusta testattiin Kolmogorov-Smirnov testillä. Muuttujat eivät pääsääntöisesti ole normaalisti jakautuneita, joka ei sinänsä ole millään tavalla poikkeuksellista mielipidetutkimuksessa. Monimuuttujamalleja luotaessa tämä asettaa tiettyjä rajoituksia.

¹¹ Mallit luokittelevat tarkasteltavien seitsemän muuttujan osalta keskimäärin oikein yli 60 % havainnoista (vaihteluväli 57,1–69,4).

Taulukko 15. Todennäköisyydet sille, että ei ole vastannut ”en osaa sanoa”. Logistinen regressioanalyysi: riskisuhteet, tilastolliset merkitsevyydet

	1	2	3	4	5	6	7
Sukupuoli							
Nainen	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Mies	2.805***	2.740***	1.151	1.245	1.940***	1.886***	0.917
Sektori							
Yksityinen	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Kunta	0.771	0.713	0.953	1.021	0.849	1.264	1.630**
Valtio	0.603	0.570	0.906	0.843	0.682	1.266	1.081
Erikoistuminen							
Ei erikoistunut	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Erikoistumassa	1.210	1.249	0.860	1.030	0.924	1.173	0.894
Erikoistunut	1.400	1.788**	1.072	1.064	1.393	1.343	1.014
Kiinnostus LL							
Erityisen kiinnostunut	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Ei erityisen kiinnostunut	0.513***	0.461***	0.413***	0.621**	0.340***	0.645**	0.622**
Ei yhtään kiinnostunut	0.519**	0.372***	0.308***	0.483***	0.244***	0.449***	0.866
Ikä							
50-63-vuotiaat	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
40-49-vuotiaat	1.119	1.107	0.967	1.173	1.375	0.837	0.843
30-39-vuotiaat	0.720	0.799	0.919	1.002	1.615*	1.075	0.657*
Alle 30-vuotiaat	0.458*	0.504*	1.126	0.876	3.090**	0.989	0.529*
Aktiivisuus LL							
Rivijäsen	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Aktiivijäsen	1.327	1.401	1.938*	1.506	1.270	2.581**	3.290***
R²	.135	.155	.089	.036	.131	.083	.066

Tilastollinen merkitsevyytaso: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

- 1 Julkista perusterveydenhuoltoa tulee kehittää siihen suuntaan, että palveluiden tilaaja ja tuottaja erotetaan nykyistä selvemmin toisistaan
- 2 Julkista erikoissairaanhoidon tulee kehittää siihen suuntaan, että palveluiden tilaaja ja tuottaja erotetaan nykyistä selvemmin toisistaan
- 3 Lääkäriliitto tekee riittävästi yhteistyötä poliitikkojen ja virkamiesten kanssa terveystaloudessa
- 4 Lääkäriliitto tekee terveystalouden suhteen riittävästi yhteistyötä toisten eturyhmien kanssa
- 5 Kokemukseni Lääkäriliiton terveystaloudellisesta toiminnasta ovat myönteiset
- 6 Lääkäriliiton päätöksentekojärjestelmä on toimiva
- 7 Lääkäriliiton jäsenten terveystaloudelliset mielipiteet välittyvät tehokkaasti paikallistasolta valtakunnalliselle tasolle

6. Lopuksi

Aineisto edustaa perusjoukkoa hyvin. Myös aineiston laatua voidaan pitää korkeana, kun sisäinen kato on pientä. Osittaisena ongelmana on tiettyjen kysymysten osalta ”en osaa sanoa” -vastausten määrä. Kuitenkin tämä ongelma on ratkaistavissa niin, että poistetaan ”en osaa sanoa” -vastaukset ja katsotaan tämän jälkeen otoksen edustavuus. Edustavuutta taas voidaan korjata painokertoimin. Toinen vaihtoehto on korvata ”en osaa sanoa” -vastaukset todennäköisyyksillä, jolloin otoksen määrä ei pienene.

Aineisto on kokonaisuutena monipuolinen ja ensimmäinen laatuaan Suomessa. Myöskään kansainvälisesti ei ole tehty yhtä kattavaa kyselyä lääkäreiden suhteesta hyvinvointivaltioon ja sen terveydenhuoltojärjestelmään. Aineisto antaa myös mahdollisuuden kehittää mielipidetutkimusta ja sen teoreettista taustaa.

LÄHTEET:

- Asch, David A, Jedrzejewski, Kathryn M & Christakis, Nicholas A. 1997. Response Rates to Mail Surveys Published in Medical Journals. *Journal of Clinical Epidemiology* 50 (10), 1129–1136.
- Blomberg, Helena & Christian, Kroll. 1999. Who wants to preserve the “Scandinavian Service State”? Attitudes to Welfare Services among Citizens and Local Government Elites in Finland 1992–1996. Teoksessa Svallfors, Stefan & Taylor-Gooby, Peter (toim.) *The End of Welfare State? Responses to State Retrenchment*. Routledge, Iso-Britannia, 52 – 86.
- Bourdieu, Pierre. 1993. *Sociology in Question*. SAGE Publications, Iso-Britannia.
- Cummings, Simone M, Savitz, Lucy A & Konrad, Thomas R. 2001. Reported Response rates to Mailed Physician Questionnaires. *Health Services Research* 35 (6), 1347–1355.
- Elovainio, Marko, Heponiemi, Tarja, Vänskä, Jukka, Sinervo, Timo, Kujala, Santero, Laakso, Erkki, Jalonen, Päivi, Hakanen, Jari, Husman, Kaj, Töyry, Saara & Halila, Hannu. 2007. Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla? *Suomen Lääkärilehti*, 62 (20–21), 2071–2076.
- Ervasti, Heikki & Kangas, Olli. 1994. Ammattiryhmät ja hyvinvointivaltio. Tutkimus kahdeksan etujärjestön jäsenten sosiaalipoliittisista asenteista. Sarja B: 3/1994. Turun yliopiston sosiaalipolitiikan laitos, Turku.
- Forma, Pauli. 2006. Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina – Suomalaisten sosiaalipolitiikkaa koskevat mielipiteet vuonna 2004. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Stakes, Helsinki, 160–184.
- Forma, Pauli. 1999. Interests, Institutions and the Welfare State. *Studies on Public Opinion Towards the Welfare State*. Research report 102. Stakes, Helsinki.
- Forma, Pauli. 1998. Mielipiteiden muutos ja pysyvyys. Suomalaisten mielipiteet hyvinvointivaltiosta, sosiaaliturvasta ja hyvinvointipalveluista vuosina 1992 ja 1996. Raportteja 222. Stakes, Helsinki.
- Haavisto, Ilkka, Kiljunen, Pentti & Nyberg, Martti. 2007. Satavuotias kuntotestissä. EVAn kansallinen arvo- ja kansallinen arvo- ja asennetutkimus 2007. EVA, Helsinki.

- Hyppölä, Harri, Kumpusalo, Esko, Neittaanmäki, Liisa, Mattila, Kari, Virjo, Irma, Kujala, Santero, Luhtala, Riitta, Halila, Hannu & Isokoski, Mauri. 1998. Becoming a Doctor – Was it the Wrong Career Choice? *Social Science & Medicine*, 47 (9), 1383–1387.
- Lahelma, Eero, Broms, Ulla & Karisto, Antti. 2003. ”Pienestä pitäen olen halunnut lääkäriksi”. *Lääketieteen opiskelijoiden tausta ja suuntautuminen*. *Suomen Lääkärilehti*, 58 (44), 4491–4496.
- Mediuutiset. 2007. Mediuutisten suuri Lääkäritutkimus. Yli 600 lääkäriä vastasi. 5.1.2007, nro 1–2.
- Midttun, Linda. 2007. Private or Public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists. *Social Science & Medicine* 64 (6), 1265–1277.
- Muuri, Anu. 2007. Sukupuolittuneet sosiaalipalvelut – asiakkuus, työyhteisö ja arjen verkostot. Teoksessa Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki, 220–236.
- Mäntyselkä, Pekka, Aira, Marja, Myllykangas, Markku, Vehviläinen, Arto & Kumpusalo, Esko. 2006. Ammatinharjoittajaksi perusterveydenhuoltoon – vai ei? *Suomen Lääkärilehti*, 61 (23) 2511–2517.
- Nummenmaa, Lauri. 2004. Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Vammala.
- Payne, Stanley L. 1973. *The Art of Asking Questions*. Princeton University Press, Princeton.
- Ronkainen, Suvi. 1999. Ajan ja paikan merkitsemät: subjektiviteetti, tieto ja toimijuus. Gaudeamus, Helsinki.
- Sihvo, Tuire & Uusitalo, Hannu. 1993. Mielipiteiden uudet ulottuvuudet. Suomalaisen hyvinvointivaltiota, sosiaaliturvaa sekä sosiaali- ja terveyspalveluja koskevat asenteet vuonna 1992. Tutkimuksia 33. Stakes, Helsinki.
- Suomen Lääkäriliitto. 2005. Lääkärikysely 2005. Tilastoja.
- Suomen Lääkäriliitto. 2006. Lääkärikysely 2006. Tilastoja.
- Suomen Lääkäriliitto. 2007. Taskutilasto 1.1.2007.
- Svallfors, Stefan. 2004. Class, Attitudes and the Welfare State: Sweden in Comparative Perspective. *Social Policy & Administration*, 38 (2), 119–138.
- Tabachnick, Barbara G & Fidell, Linda S. 2001. *Using Multivariate Statistics*. Allyn and Bacon, Yhdysvallat.
- Ylöstalo, Pekka. 2004. Sitä saa, mitä kysyy – Pohdintoja soveltavan empiirisen sosiaalitutkimuksen asemasta nykyaikaisessa työorganisaatiossa. Teoksessa Räsänen, Pekka & Anttila, Anu-Hanna, Melin, Harri (toim.) *Tutkimus menetelmien pyörteissä*. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. PS-kustannus, Jyväskylä, 103–122.
- Whynes, David K & Baines, Darrin L. 2002. Primary care physicians’ attitudes to health care reform in England. *Health Policy* 60 (1), 111–132.
- Williams, Paul A, Vayda, Eugene, Cohen May L, Woodward, Christel A & Ferrier, Barbara M. 1995. Medicine and the Canadian State: From the Politics of Conflict to the Politics of Accommodation? *Journal of Health and Social Behaviour* 36 (4), 303–321.

LIITTEET:

Liite 1.



ARVOISA LÄÄKÄRI

Viime vuosina julkisuudessa on käyty laajaa keskustelua terveydenhuollon tulevaisuudesta. Yksittäisten ammattiryhmien mielipiteitä terveydenhuoltojärjestelmästä ei ole kuitenkaan selvitetty. Kehittämistyön tueksi tarvitaan ajankohtaista tietoa terveydenhuoltojärjestelmän nykytilasta ja sen kehittämistarpeista. Lääkärit ja heidän mielipiteet ovat avainasemassa terveydenhuoltoa kehitettäessä.

Ohessa on kyselylomake, jonka avulla kerätään tietoa lääkärien terveystieteellisistä mielipiteistä. Kyselyn tuloksista saadaan ajankohtaista tietoa terveydenhuollon kehittämisen tueksi. Lääkäriliitto tulee hyödyntämään kyselystä saatavia tietoja omissa terveystieteellisissä tavoitteiden asetteluissaan.

Kysely on osa Turun yliopistossa tekeillä olevaa väitöskirjahanketta. Tutkimuksen toteuttaa Turun yliopisto yhteistyössä Suomen Lääkäriliiton kanssa. Hankkeen etenemistä tukee laaja-alainen tukiryhmä, jossa on mukana sekä lääketieteen että terveystieteiden asiantuntijoita. Kyselyn tuloksia tullaan julkaisemaan Suomen Lääkärilehdessä ja muissa tieteellisissä sekä ammatillisissa julkaisuissa. Vastaajia ei ole mahdollista tunnistaa raportoinnissa, koska aineistoa käsitellään tilastollisin menetelmin ja kiinnostus on ryhmätason ilmiöissä.

Osoitetietonne on saatu käyttöön Suomen Lääkäriliiton rekisteristä. Toivomme, että vastaatte kyselyyn **perjantaihin 16.2.2007** mennessä. Laittakaa lomake taitettuna oheiseen postikuoreen, jonka postimaksu on jo maksettu. Lomake on lyhyt ja vastaamiseen kuluu aikaa vain 10–15 minuuttia. Tarvittaessa lisätietoja tutkimuksesta antaa tutkija Arttu Saarinen Turun yliopistosta (puh. 050 5630 600, aosaar@utu.fi).

Yhteistyöstä kiittäen,

Hannu Halila
LKT, koulutusjohtaja
Suomen Lääkäriliitto

Arttu Saarinen
VTM, tutkija
Turun yliopisto

**LÄÄKÄREIDEN TERVEYSPOLIITTISET MIELIPITEET
2007**

Kyselylomake



Turun yliopisto

VASTAUSOHJEET:

1. Kysymyksiin vastataan joko

a) Ympyröimällä sen vaihtoehdon numero, joka vastaa käsitystä kysyttävästä asiasta

b) Kirjoittamalla vastaus kysytyyn asiaan sille varattuun tilaan

2. Kysymyksiin vastataan valitsemalla vain yksi vaihtoehto, ellei toisin mainita

3. Jos olette työssä, vastatkaa nykyisen päätoimenne mukaan, mikäli ette ole tällä hetkellä työssä, vastatkaa viimeisimmän toimenne mukaan

TAUSTAKYSYMYKSET

1. Sukupuolenne?

1. Mies
2. Nainen

2. Syntymävuotenne?

19_____

3. Asuinpaikkakuntanne?

1. Pääkaupunkiseutu, Turku, Tampere, Oulu, Kuopio
2. Muu kaupunki
3. Maaseutupaikkakunta (ei kaupunkistatusta)

4. Kotitaloustyyppinne?

1. Yksin asuva
2. Yksinhuoltaja
3. Avio- tai avoliitossa asuva, ei lapsia
4. Avio- tai avoliitossa asuva, lapsia
5. Muu? _____

5. Missä yliopistossa olette suorittanut suurimman osan perustutkinnostanne?

1. Helsinki
2. Kuopio
3. Oulu
4. Tampere
5. Turku
6. Ulkomaat

6. Kuinka monta vuotta teillä on kulunut lääkärin perustutkinnon suorittamisesta?

1. alle 5 vuotta
2. 6–15 vuotta
3. 16–25 vuotta
4. yli 25 vuotta

7. Mikä on erikoistumisvaiheenne?

1. Erikoistunut, erikoisala päätoimessanne? _____
2. Erikoistumassa, erikoisala? _____
3. Ei erikoislääkärin tutkintoa

8. Teettekö pääasiallisesti potilastyötä?

1. Kyllä
2. En

9. Oletteko tällä hetkellä työssä?

1. Kyllä, vakituisessa virassa tai toimessa
2. Kyllä, määräaikaisessa virassa tai toimessa
3. Kyllä, yksityisenä ammatinharjoittajana
4. En

10. Onko päätoimenne?

1. Kokoaikainen
2. Osa-aikainen

11. Päätoimenne työnantajasektori?

1. Kunta/kuntayhtymä
2. Valtio
3. Yksityinen

12. Päätoimipaikkanne?

1. Yliopistollinen sairaala
2. Muu kunnallinen/kuntayhtymän sairaala
3. Terveyskeskus
4. Muu kunnallinen toimipaikka
5. Yliopisto tai muu tutkimuslaitos
6. Lääkäriasema/keskus tai muu yksityinen toimipaikka
7. Muu? _____

13. Kuinka pitkään olette valmistumisenne jälkeen päätoimisesti työskennellyt seuraavilla sektoreilla (pyöristä tasavuosiin)? Voitte vastata useaan kohtaan

- a. Yliopistollinen sairaala _____
- b. Muu kunnallinen/kuntayhtymän sairaala _____
- c. Terveyskeskus _____
- d. Muu kunnallinen toimipaikka _____
- e. Yliopisto tai muu tutkimuslaitos _____
- f. Lääkäriasema/keskus tai muu yksityinen toimipaikka _____
- g. Muu? _____

14. Mikä on työnimikkeenne päätoimessanne?

1. Johtava lääkäri, ylilääkäri, osastonylilääkäri, apulaisylilääkäri
2. Osastonlääkäri, erikoislääkäri
3. Erikoistuva lääkäri (tai vastaava koulutusvirka)
4. Terveyskeskuslääkäri
5. Työterveyslääkäri, vastaava työterveyslääkäri
6. Yksityislääkäri
7. Professori
8. Apulaisopettaja tai kliininen opettaja, tutkija, assistentti
9. Muu? _____

15. Mikä on seuraavien tekijöiden merkitys työssänne? Rengastakaa yksi vaihtoehto jokaiselta riviltä.

	Erittäin tärkeä	Melko tärkeä	En osaa sanoa	Ei kovin tärkeä	Ei lainkaan tärkeä
a) Mahdollisuus auttaa ihmisiä	1	2	3	4	5
b) Työkaverit	1	2	3	4	5
c) Kutsumus	1	2	3	4	5
d) Työn arvostus muiden taholta	1	2	3	4	5
e) Mahdollisuus toteuttaa itseään	1	2	3	4	5
f) Palkka	1	2	3	4	5
g) Omien rajojen koetteleminen	1	2	3	4	5
h) Työpaikan varmuus	1	2	3	4	5
i) Työn itsenäisyys	1	2	3	4	5
j) Joustavat työskentelyolosuhteet	1	2	3	4	5

16. Koen nykyisen työni (päätoimi) mielekkääksi

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

17. Nykyinen päätoimesta saamani ansiotaso on riittävä

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

18. Kuinka aktiivisesti olette mukana Suomen Lääkäriliiton toiminnassa tällä hetkellä (voi valita useampia)?

1. Olen ”rivijäsen”
2. Toimin paikallisesti tai/ja valtakunnallisesti melko aktiivisesti tai aktiivisesti
3. Toimin paikallisesti tai/ja valtakunnallisesti erittäin aktiivisesti
4. Toimin aktiivisesti jossain muussa lääkäreiden yhdistyksessä

19. Poliitikassa puhutaan tavallisesti vasemmistosta ja oikeistosta. Mihin sijoittaisitte itsenne poliittisella asteikolla 0–10? 0=vasemmisto ja 10=oikeisto

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Toimitteko tällä hetkellä tai oletteko joskus toiminut jossain julkisen sektorin luottamustehtävässä (kuten terveyslautakunnassa, kunnanvaltuustossa, sairaanhoitopiirin hallituksessa tai eduskunnassa)

1. Kyllä
2. En

TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMINEN

21. Jos valtion ja kuntien on karsittava menojaan, niin mistä menoista voidaan mielestänne säästää ja mistä ei? Rengastakaa yksi vaihtoehto jokaiselta riviltä

	Ei voida säästää	Voidaan säästää jonkin verran	Voidaan säästää paljon	En osaa sanoa
a) Työttömyysturvasta	1	2	3	4
b) Terveysten- ja sairaanhoidosta	1	2	3	4
c) Tulonsiirroista, kuten lapsilisistä ja eläkkeistä	1	2	3	4
d) Sosiaalipalveluista, kuten päivähoitosta ja vanhusten hoidosta	1	2	3	4

22. Onko sosiaaliturvan taso mielestänne Suomessa tällä hetkellä?

1. Aivan liian korkea
2. Jonkin verran liian korkea
3. Sopiva
4. Jonkin verran liian alhainen
5. Aivan liian alhainen

23. Veroja tulisi alentaa vaikka sosiaaliturvan kustannuksella

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

24. Hoitotakuujärjestelmän voimaantumisen myötä terveydenhuoltoon on saatu riittävästi resursseja

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

25. Yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyötä terveydenhuollossa tulisi lisätä nykyisestä

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

26. Yksityistä terveyden/sairaanhoitoa tulisi lisätä

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

27. Asiakasmaksuja julkisen terveydenhuollon piirissä tulisi korottaa

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

28. Julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut tulisi porrastaa potilaan tulojen mukaan

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

29. Kansalaisten omavastuuosuuksia julkisissa terveystalveissa tulee lisätä, jotta vapautta valita lääkäri voidaan parantaa

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

30. Kansalaisten omavastuuosuuksia julkisissa terveystalveissa tulee lisätä, jotta vapautta valita hoitopaikka voidaan parantaa

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

31. Yksityiset yritykset pystyvät tuottamaan perusterveydenhuollon palveluja halvemmalla kuin julkinen sektori

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

32. Yksityiset yritykset pystyvät tuottamaan perusterveydenhuollon palveluja tehokkaammin kuin julkinen sektori

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

33. Sairausvakuutusjärjestelmän yksityislääkärin korvaustaksat ovat liian matalat

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

34. Sairausvakuutusjärjestelmän lääkekorvaustasot ovat liian matalat

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

35. Julkista perusterveydenhuoltoa tulee kehittää siihen suuntaan, että palveluiden tilaaja ja tuottaja erotetaan nykyistä selvemmin toisistaan

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

36. Julkista erikoissairaanhoidoa tulee kehittää siihen suuntaan, että palveluiden tilaaja ja tuottaja erotetaan nykyistä selvemmin toisistaan

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

37. Mikä alueellinen kokonaisuus on sopivin järjestämään kuntalaisille perusterveydenhuollon?

1. Nykyinen kunta rajojensa sisällä
2. Kuntayhtymä
3. Seutukunta
4. Maakunta tai sairaanhoitopiiri
5. Läänitase

38. Mikä alueellinen kokonaisuus on sopivin järjestämään kuntalaisille erikoissairaanhoidon?

1. Nykyinen kunta rajojensa sisällä
2. Kuntayhtymä
3. Seutukunta
4. Maakunta tai sairaanhoitopiiri
5. Läänitase

39. Mikä seuraavista väittämistä on lähimpänä mielipidettänne? Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

1. Kokonaisuutena katsoen terveyden- ja sairaanhoito toimivat hyvin
2. Terveyden- ja sairaanhoidossa on joitakin hyviä piirteitä ja sitä voitaisiin edelleen parantaa pienillä muutoksilla
3. Terveyden- ja sairaanhoidossa on joitakin hyviä piirteitä, mutta sen parantamiseksi tarvitaan perusteellisia muutoksia
4. Terveyden- ja sairaanhoito toimivat niin huonosti, että koko järjestelmä tulisi uudistaa

AMMATTILIITTOTOIMINTA JA TERVEYSPOLITIikka

40. Ammattiliittojen kautta pystyy vaikuttamaan tehokkaasti yhteiskunnallisiin asioihin

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

41. Lääkäriliitto on paitsi jäsenistönsä edunvalvoja, myös terveystoliittinen vaikuttaja. Kuinka kiinnostunut olette Lääkäriliiton terveystoliittisestä toiminnasta asteikolla 0-10. 0=en ole lainkaan kiinnostunut, 10=olen erittäin kiinnostunut

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

42. Lääkäriliitto tekee riittävästi yhteistyötä poliitikkojen ja virkamiesten kanssa terveyspolitiikassa

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

43. Lääkäriliitto tekee terveyspolitiikan suhteen riittävästi yhteistyötä toisten eturyhmien, kuten muiden ammattijärjestöjen, kanssa

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

44. Kokemukseni Lääkäriliiton terveyspoliittisesta toiminnasta ovat myönteiset

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

45. Lääkäriliiton mahdollisuudet vaikuttaa terveyspolitiikkaan ovat hyvät

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

46. Lääkäriliiton päätöksentekojärjestelmä on toimiva

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

47. Lääkäriliiton jäsenten terveyspoliittiset mielipiteet välittyvät tehokkaasti paikallistasolta valtakunnalliselle tasolle

1. Täysin samaa mieltä
2. Jokseenkin samaa mieltä
3. En osaa sanoa
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

Mahdollisia kommentteja...