



Lehdistötiedote 19.5.2005

Vårdbranschens arbetsmarknad

Lisätietoja: Kenneth Snellman

Förord

Vårdbranschen har kommit att dra till sig allt mera uppmärksamhet i samhällsdebatten. Målsättningen med denna forskningsrapport har varit att tillhandahålla en översikt över hur vårdbranschens arbetsmarknad fungerar i Finland. Forskningsrapporten är en del av ett forskningsprojekt "The Labour Market in the Health Care Sector" (Hälsovårdsbranschens arbetsmarknad) som finansieras av Finlands Akademi genom hälsovårdsforskningens forskningsprogram TERTTU.

Under arbetets gång har jag erhållit hjälp från en rad olika personer som jag därför vill tacka. Den största hjälpen och största stödet har jag fått från mina arbetskamrater vid Löntagarnas forskningsinstitut och framför allt från Roope Uusitalo och Reija Lilja. Till stor hjälp har också våra samarbetspartners vid Stakes varit: Unto Häkkinen, Miika Linna, Timo Sinervo samt Marko Elovainio. I användningen av det datamaterial, som den här studien långt baserar sig på, har jag fått många råd från Marianne Johnson vid Statistikcentralen. Henne vill jag också tacka för gott samarbete under anskaffandet av datamaterialet från Statistikcentralen. Vad gäller användandet av datamaterialet vill jag även nämna Eija Savaja här på Löntagarnas forskningsinstitut, som alltid vänligt hjälper till när det uppkommer problem med datamaterialet eller datorerna.

Sammanfattning

Denna studie ger en översikt över utvecklingen på vårdbranschens arbetsmarknad under de senaste decennierna. Framställningen koncentreras till de tre stora yrkesgrupperna primärskötare (närvårdare), sjukskötare och läkare. Om läkarna finns mera information tillgänglig och därför ges framför allt om dem kompletterande uppgifter från andra studier eller publikationer.

I studien har ett datamaterial som grundar sig på sysselsättningsstatistiken använts för att ta fram uppgifter om läkarna, sjukskötarna och primärskötarna för åren

1987–2001. I det stickprov som använts ingår hälften av alla personer som någon gång under åren 1987–2001 haft en vårdutbildning (skod). Uppgifter finns i datamaterialet om personernas arbete, utbildning och inkomster. Uppgifter finns även om familj och boende. Datamaterialet tillåter en geografisk uppdelning ned till sjukvårdsdistriktsnivå på basis av i vilket sjukvårdsdistrikt arbetsplatsen eller hemmet finns.

Studien börjar med en genomgång av de institutioner som bygger upp vårdbranschens arbetsmarknad. Inom vården är den offentliga sektorn en mycket dominerande aktör som också sysselsätter den stora majoriteten av de vårdutbildade. Under de senaste decennierna har det ändå skett en överföring av beslutsfattande till lägre nivå i och med att kommunerna i allt högre grad har fått besluta om hur vården organiseras. Kommunerna organiserar i praktiken den stora merparten av den offentliga vården, dels genom egen försorg, dels genom samkommuner. Kommunernas samkommuner för sjukvårdsdistrikten organiserar den specialiserade sjukvård som medborgarna behöver.

Den privat tillhandahållna vården har också expanderat och allt fler läkare är privatpraktiserande. Därigenom och genom den offentliga sektorns lokala aktörers allt större frihet har marknadslösningar i allt högre grad vunnit terräng. Den statliga övervakningen har i stället fäst allt större vikt vid slutresultatet och människornas rätt till god vård. Trots denna utveckling är utbildningen och kvalifikationer för arbetskraften inom vården ännu strikt reglerade för garantera vårdens kvalitet. Utöver de yrkesutbildades utbildning övervakar Rättsskyddscentralen för hälsovården att de yrkesutbildade inom vården utövar sina yrken på ett sådant sätt som god vård förutsätter.

Studien visar att både antalet vårdutbildade och antalet av dem som arbetar inom vården har ökat kraftigt 1987–2001 och att detta har gällt både läkare, sjukskötare och primärskötare. Trenden verkar fortsätta, eftersom vården ständigt kräver mera personal. I bakgrunden finns vårdteknologins utveckling, som gör att allt flera sjukdomar kan behandlas någorlunda effektivt och människornas livstid därigenom förlängas, samt den ekonomiska tillväxten, som höjer efterfrågan på välfärdstjänster. Allt



detta och befolkningsstrukturens förskjutning mot allt fler äldre gör att mera vård efterfrågas.

Efterfrågan på vårdarbetskraft varierar klart procyklistiskt. Under depressionsåren uppstod arbetslöshet bland de vårdutbildade. Arbetslöshet förekom framför allt bland de nytutexaminerade. För läkarna gick arbetslösheten snabbt ned igen då Finlands ekonomi expanderade mot slutet av 90-talet. För sjukskötarna och i synnerhet för primärskötarna kom däremot en hög arbetslöshet att bestå fram till början av 2000-talet. Under de första åren av 2000-talet verkade dock sjukskötarnas arbetslöshet sjunka och det snabbt ökande antalet primärskötare som uppnår pensionsålder antyder också att en klar förbättring av primärskötarnas sysselsättning är att vänta under de närmaste åren.

Många av dem som varit arbetslösa hade varit det under endast någon månad men bland sjukskötare och primärskötare var under något år på 90-talet till och med hälften av dem som varit arbetslösa under året arbetslösa i sex månader eller mera. För läkarna var arbetslöshetens varaktighet kortare.

Den förbättrade sysselsättningen inom vårdbranschen syntes också i det ökande antalet vakanser inom vårdyrkena i arbetsministeriets statistik. I synnerhet bland läkarna fanns det också på aggregerad nivå ett underskott under de första åren av 2000-talet. Enkätundersökningar indikerade också ett underskott på uppemot 10 procentheter av läkararbetskraften vid hälsocentraler och sjukhus. Bristen förvärrades av de nedskärningar i antalet antagna till utbildning som gjordes under 90-talet. För att tillfredsställa det ökande behovet av läkare utökades åter det antal studerande som antogs till läkarutbildningarna under början av 2000-talet. Enligt planerna kommer även ett relativt högt antal att antas till läkarutbildning under de närmaste åren. Också efterfrågan på bland annat sjukskötare verkade växa kraftigt efter sekelskiftet.

Arbetskraftens åldersstruktur har under de senaste åren snabbt förskjutits uppåt. Framför allt bland primärskötarna finns det många som under de närmaste åren kommer att gå i pension. Under de närmaste 10–15 åren ökar också antalet sjukskötare och läkare som pensioneras kraftigt för att sedan stabiliseras på en hög nivå. Eftersom det antal som pensioneras ökar stadigt och efterfrågan på vårdtjänster ökar, kommer det också framöver att finnas växande efterfrågan på nytbildad arbetskraft inom vårdbranschen. Eftersom äldre personer ofta har avancerat till högre poster än de som ännu är unga, kommer pensionsavgången att ha speciellt stor inverkan bland dem som befinner sig i ledande ställningar inom vårdbranschen. Arbetsmarknaden kan därför komma att bli mera rörlig framöver.

De regionala skillnaderna i tillgången på arbetskraft var under början av 2000-talet stora inom vårdbranschen. Speciellt vad gällde läkarna förekom enligt enkätundersökningar brist på arbetskraft i vissa regioner. Överlag verkar tillgången på läkare ha varit bäst i områdena kring universitetssjukhusen. Läkarna verkar således i viss mån vara knutna till orter med universitet där läkare utbildas.

Detta kan vara en följd av att universiteten i hög grad även har hand om utbildningen av specialläkare samt att kanske även fortbildning är mera tillgänglig på dessa orter. På läkarnas tendens att hålla sig nära dessa orter kan säkerligen också inverka att de universitetsstäder där läkarna utbildas samtliga är relativt stora och att deras serviceutbud därför utövar en dragningskraft på läkarna. De sjukvårdsdistrikt där läkarbrist enligt enkäterna förekom ligger avsidet sett från orterna med läkarutbildning. En undersökning av datamaterialet som grundar sig på sysselsättningsstatistiken bekräftar att läkarna i viss mån är koncentrerade till sjukvårdsdistrikten med läkarutbildning. Delvis är koncentrationen förstås en följd av att efterfrågan på läkare är stor vid universitetssjukhusen till följd av den högspecialiserade vården. Enkätundersökningarnas slutsats att det i en del andra sjukvårdsdistrikt råder brist på läkare visar dock att det inte är hela förklaringen.

En nödvändig förutsättning för att efterfrågan och utbud av arbetskraft skall mötas då det finns regionala skillnader i dessa är att arbetskraften är rörlig. Rörligheten mellan sjukvårdsdistrikten är låg för sjukskötare och primärskötare men för läkarna är den betydligt högre. Speciellt de yngre läkarna byter sjukvårdsdistrikt i stor utsträckning. En hög rörlighet för läkarna är också nödvändigt med tanke på att dessa utbildas i endast fem sjukvårdsdistrikt. De regionala skillnaderna i bristen på läkare antyder att läkarnas rörlighet ändå inte är tillräckligt hög.

Den privata sektorn har under perioden erbjudit de vårdutbildade allt större möjligheter och den andel av dessa som arbetar inom vården i den privata sektorn har stigit. För sjukskötarna och primärskötarna fördubblades den andel som i huvudsysslan arbetade inom den privata sektorn under perioden 1987–2001 för att mot slutet av perioden uppgå till nästan 15 procent. Hos dem dominerar kategorin anställda bland dem som arbetar inom den privata sektorn. Bland läkarna var speciellt i början av perioden de egna företagarna den dominerande gruppen av dem som i sin huvudsyssla arbetar inom den privata sektorn men även de som är anställda privat har ökat. Den andel av läkarna som verkade inom den privata sektorn nådde en topp i början av 1990-talet och sjönk därefter fram till mitten av 1990-talet, varefter den åter stigit. Bland läkare förekommer dock allmänt bisysslor. Läkarförbundets enkätundersökningar visar att privatpraktiserande läkare ytterligare ökat i antal under de första åren av 2000-talet. Även förekomsten av bisysslor ökade. Det är således mycket möjligt att den andel av läkarnas hela arbetsinsats som går till den privata sektorn nu har ökat jämfört med 1990-talets början.

Under de allra senaste åren har också köptjänster inom vården och uthyrning av läkararbetskraft blivit vanligare. På så vis har den privata sektorn också kommit in i den offentliga sektorns verksamhet. Bemanningföretagen tar ofta hand om till exempel jourverksamhet och täcker andra behov av tillfällig arbetskraft. Speciellt används de på sådana orter där det annars har varit svårt att locka arbetskraft men de regionala skillnaderna förefaller stora.



Vad gäller sysselsättningsstrukturen hos de vårdutbildade kan man konstatera att allt fler har sysselsatts inom sociala tjänster. Detta gäller framför allt sjukskötare och primärskötare och återspeglar delvis det ökade behovet av äldrevård men också den ökade förekomsten av barnskötare i daghem. Både för sjukskötarna och primärskötarna har det gällt att en allt större andel av en årskull med tiden sysselsatts inom sociala tjänster. Klart framträder också att en större andel arbetar inom sociala tjänster av dem som utexaminerades senare.

Sysselsättning utanför vårdbranschen förekommer också. För läkarnas del förekom skilda trender så att äldre läkare sökte sig bort från vården medan yngre läkare tvärtom i allt högre grad sysselsattes inom vården. För sjukskötarna fluktuerade den genomsnittliga andelen sysselsatta inom vårdbranschen mera och steg under 1990-talet efter att ha sjunkit i slutet av 1980-talet. Bland de yngre sjukskötarna verkade mot slutet av perioden andelen som sysselsattes inom vården vara något lägre än bland de äldre, vilket kan vara en följd av att arbetslösheten tvingade unga att söka andra alternativ. Primärskötarna (närsvårdarna) arbetade överlag i något mindre utsträckning inom vårdbranschen. Bland dem var också andelen av de sysselsatta nyutexaminerade som arbetade inom vården klart lägre än för de sysselsatta primärskötarna i genomsnitt. Bland alla dem som var sysselsatta verkade ändå strömmen bort från vårdbranschen till andra näringsgrenar att vara stridare än strömmen tillbaka till vårdbranschen. Detta kan kanske förklaras antingen med otillfredsställelse med arbetsvillkoren inom vården eller med att det är en naturlig utveckling av karriären.

Bland yngre sjukskötare och primärskötare är det också vanligt att stå helt utanför arbetskraften. Detta beror säkerligen på att de ofta har småbarn som de tar hand om. Trots att läkarna i mindre utsträckning verkar vara helt utanför arbetskraften av hänsyn till småbarn visar enkätundersökningar att familjelivet har mycket stor inverkan även på deras arbetsmarknadsbeteende. Speciellt de kvinnliga läkarna verkar avstå från jourarbete och satsningar på karriären för att få mera tid för familjen.

De vårdutbildades genomsnittliga inkomstutveckling verkar inte skilja sig så väldigt mycket från den som övriga yrkesgrupper överlag har haft. Läkarna har i genomsnitt haft högre inkomster än diplomingenjörerna och juris kandidaterna men under de allra sista åren av den granskade perioden (åren med IT-bubblan) förmådde inte läkarnas löner stiga lika snabbt som diplomingenjörernas och juris kandidaternas. Politices magistrarnas inkomster hölls däremot på en klart lägre nivå. De som i huvudsak är egna företagare hade klart högre inkomster än anställda läkare. Inkomstutvecklingen för läkare som arbetade inom någon annan näringsgren än vårdbranschen var sämre än för läkarna inom vårdbranschen.

För sjukskötarna var inkomstutvecklingen bättre än för läkarna men jämfört med ingenjörerna hölls deras inkomster på en klart lägre nivå. De hade ändå lite högre inkomster än barnträdgårdslärarna trots att de senare hade en aning bättre inkomstutveckling.

För primärskötarna verksamma inom vården har inkomstutvecklingen i stort följt den för dem med grundutbildning i handel och administration. Jämfört med dem som har kockutbildning var inkomsterna på en högre nivå men avståndet mellan dem krympte avsevärt under åren 1987–2001. Anmärkningsvärt är de låga inkomsterna för primärskötare verksamma i andra näringsgrenar än vårdbranschen. För dessa märktes en klar nedgång i inkomsterna i början av 1990-talet. Primärskötarnas inkomster steg ändå snabbare än läkarnas.

När man jämför inkomster för olika grupper bör man ändå också komma ihåg att personalen inom vårdbranschen ofta har obekväma arbetstider och långa arbetsdagar med skiftesarbete eller jour. Enkätundersökningar visar också att de flesta läkare jobbar mera än vad normal arbetstid skulle förutsätta. Speciellt bland de yngre läkarna är det vanligt med jour. De äldre mera erfarna läkarna har mindre jour men ofta bisysslor som förlänger arbetstiden med flera timmar i veckan. Privatpraktiserande läkare förefaller att ha något kortare arbetstid trots sina höga inkomster.

Fortbildning av de vårdutbildade behövs för att de skall kunna följa med i förändringarna när vårdmetoderna och teknologin utvecklas. Fortbildningen är ändå inte speciellt systematiserad utan vilar långt på arbetsgivarens välvilja och de utbildades intresse för den. Allmänt taget förefaller gälla att ju högre utbildning en person inom vården har desto mera tid sätter personen på fortbildning.

Förutom fortbildning behövs också tillräckligt goda arbetsvillkor för att vårdpersonalen skall orka arbeta till pensioneringen. Utöver den fysiska belastningen, som kan vara betydande kanske framför allt för primärskötare och andra som sköter det fysiskt krävande vårdarbetet, har vårdarbete också ofta psykiskt betungande sidor. Bland läkarna verkar symptom på utbrändhet att ha förekommit i ganska stor utsträckning. Mycket arbete och läkarbrist verkar överlag vara de viktigaste orsakerna till de dåliga arbetsförhållandena och stressen. Orsaker till utbrändheten finns även utanför arbetet. Framför allt kvinnliga läkare har problem att kombinera arbetet med familjelivet.

Familjebindningar kan leda både till mindre flexibilitet och mindre rörlighet på arbetsmarknaden, eftersom samvaron med familjen sätter begränsningar på var och när den vårdutbildade kan jobba. Bland läkarna finns en sådan egenhet att det är mycket vanligt att de bildar familj med varandra eller med någon person som har en vårdutbildning av annat slag. Över 40 procent av läkarna bor ihop med en partner som har högre högskoleexamen. Nästan 40 procent av läkarna bor ihop med någon som har en vårdutbildning. I dessa ingår 20 procent som bor ihop med en annan läkare. Av sjukskötarna bor knappt 10 procent med någon som har en vårdutbildning. Cirka 10 procent bor ihop med någon som har högre högskoleexamen. För primärskötarna är dessa andelar ännu lägre. För en högt utbildad partner kan det vara svårt att hitta jobb på en liten ort och detta kan försvåra rekryteringen av läkare till många orter.



Yhteenveto

Tämä tutkimus tarjoaa katsauksen terveydenhuoltoalan työmarkkinoiden kehitykseen viimeisten vuosikymmenien aikana. Selostus keskittyy kolmeen suureen ammattiryhmään; perushoitajat (lähihoitajat), sairaanhoitajat ja lääkärin. Lääkäreistä on enemmän tietoja käytettävissä muista tutkimuksista ja julkaisuista ja siitä syystä on annettu informaatiota muista lähteistä ennen kaikkea heistä.

Tutkimuksessa on käytetty aineistoa, joka perustuu työllisyystilastoon. Siitä on poimittu tietoja lääkäreistä, sairaanhoitajista ja perushoitajista vuosilta 1987–2001. Käytetyssä otannassa on puolet kaikista henkilöistä, joilla jonakin vuonna on ollut terveydenhuoltoalan koulutus(koodi). Aineistossa on tietoja henkilöiden työstä, koulutuksesta ja tuloista. Lisäksi on tietoja perheestä ja asumisesta. Aineisto sallii myös maantieteellisen jaon sairaanhoitopiiritasolla työpaikan tai kodin sijainnin perusteella.

Tutkimuksen alussa kuvaillaan niitä instituutioita, joista terveydenhuoltoalan työmarkkinat koostuvat. Julkisella sektorilla on erittäin hallitseva asema terveydenhuollossa ja se myös työllistää valtaosan terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneista. Viimeisten vuosikymmenien aikana päätöksenteko sairaanhoidon ja terveydenhuollon resursseista on kuitenkin siirretty yhä enemmän alhaisemmalle tasolle. Se on tapahtunut sillä tavalla, että kunnat ovat saaneet laajemmat valtuudet päättää siitä kuinka ne järjestävät terveydenhuoltoa. Kunnat järjestävät käytännössä suuren enemmistön julkisesta terveydenhuollosta ja sairaanhoidosta, osittain omalla toiminnallaan ja osittain kuntayhtymien kautta. Kuntien muodostumat sairaanhoitopiirin kuntayhtymät järjestävät erikoistuneen sairaanhoidon.

Yksityinen sairaanhoito on myös kasvanut nopeasti ja yhä useammat lääkärit ovat yksityislääkäreitä. Yksityisen sairaanhoidon laajentaminen ja julkisen sektorin sairaanhoitotuottajien vapaammat kädet ovat johtaneet siihen, että markkinaratkaisujen merkitys huollossa on kasvanut. Valtion valvonta on sen sijaan antanut yhä suuremman painon lopputulokselle sekä ihmisten oikeudelle saada hyvää hoitoa. Tästä kehityksestä huolimatta terveydenhuollon työvoiman koulutusta ja soveliaisuutta on vielä tarkasti säännöstelty huollon laadun turvaamiseksi. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus valvoo ammattiharjoittajien koulutusta ja sitä, että hoitoalan ammattikoulutetut harjoittavat ammattejaan hyvän hoidon vaatimalla tavalla.

Tutkimus osoittaa, että sekä terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneiden määrä että terveydenhuoltoalalla työskennevien koulutettujen määrä ovat kasvaneet nopeasti 1987–2001. Tämä pitää paikkansa sekä lääkäreiden, sairaanhoitajien että perushoitajien kohdalla. Trendi näyttää jatkuvan, koska toiminta vaatii koko ajan lisää henkilöstöä. Taustalla on hoitoteknologian kehittyminen, joka mahdollistaa useampien sairauksien hoitamisen suhteellisen tehokkaasti ja ihmisten elämän pidentämisen, sekä taloudellinen kasvu, jonka seurauksena hyvinvointipalvelujen kysyntä kasvaa. Nämä asiat, sekä väestörakenteen

siirtyminen kohti lisää ikääntyneitä, johtavat siihen, että alan palveluja kysytään enemmän.

Hoitoalan työvoiman kysyntä vaihtelee myötäsyyksiksi. Lamavuosien aikana kysyntä laski ja työttömyyttä esiintyi hoitoalan koulutuksen saaneiden joukossa. Ennen kaikkea vastavalmistuneet olivat silloin työttömiä. Lääkäreiden työttömyys laski nopeasti kun talous taas nousi 1990-luvun lopussa. Sairaanhoitajien ja perushoitajien työttömyys säilyi kuitenkin korkeana 2000-luvun alkuun saakka. Vuosituhannen ensimmäisten vuosien aikana sairaanhoitajien työttömyys kuitenkin näytti laskevan merkittävästi. Nopeasti kasvava määrä eläkkeelle siirtyviä perushoitajia merkitsee sitä, että lähivuosina on odotettavissa huomattava parannus myös perushoitajien työttömyyteen.

Monet terveydenhuoltoalalla, jotka olivat olleet työttömiä, olivat olleet sitä vain muutaman kuukauden ajan, mutta sairaanhoitajista ja perushoitajista olivat 90-luvun puolivälissä jopa puolet vuoden aikana työttömistä olleista olleet työttömiä ainakin kuusi kuukautta tai enemmän. Lääkäreille työttömyyden kesto oli lyhempi.

Terveydenhuoltoalan parantunut työllisyys näkyi myös avoimien työpaikkojen määrän nousuna näissä ammateissa työministeriön tilastoissa. Erityisesti lääkäreitä oli myös aggregoidulla tasolla liian vähän 2000-luvun ensimmäisten vuosien aikana. Kyselytutkimukset myös osoittavat, että lääkäri työvoimasta oli jopa melkein 10 prosentin vaje terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Vajetta vaikeuttivat 90-luvulla tehdyt päätökset supistaa lääkäriopintojen alkavien määrää. Tyydyttäkseen kasvavaa kysyntää kasvatettiin kuitenkin taas sisäänotettujen opiskelijoiden määrää lääketieteellisissä tiedekunnissa 2000-luvun alussa. Suunnitelmien mukaan sisäänotettujen määrä tulee olemaan suhteellisen suuri myös lähivuosina. Myös muun muassa sairaanhoitajien kysyntä näytti kasvavan nopeasti viiden viime vuoden aikana.

Työvoiman ikärakenne on viime vuosien aikana nopeasti muuttunut ikääntyneeseen suuntaan. Ennen kaikkea monet perushoitajat siirtyvät lähivuosina eläkkeelle. Lähimpien 10–15 vuosien aikana myös eläkkeelle siirtyvien sairaanhoitajien ja lääkäreiden määrä tulee nousemaan ja sen jälkeen se tulee vakiintumaan korkealle tasolle. Koska eläkkeelle siirtyvien henkilöiden määrä nousee pysyvästi ja hyvinvointipalvelujen kysyntä nousee, hoitoalalla tulee olemaan kasvava kysyntä vastakoulutetusta työvoimasta myös tulevaisuudessa. Eläkkeelle siirtyminen koskee erityisesti suurta osaa heistä, jotka ovat johtavissa asemissa hoitoalalla. Tämä voi merkitä sitä, että työmarkkinat tulevaisuudessa ovat entistä liikkuvampia.

Alueelliset erot työvoiman saannissa olivat 2000-luvun alussa suuria terveydenhuoltoalalla. Erityisesti lääkäreistä esiintyi kyselytutkimusten mukaan pulaa tietyillä alueilla. Yleisesti lääkäri työvoiman saanti näytti parhaimmalla yliopistollisista sairaaloista ympäröivillä seuduilla. Lääkärit näyttivät siten jossakin määrin olevan kiinnitettyinä niihin paikkakuntiin, joissa sijaitsee lääkäreitä kouluttavia yliopistoja. Tämä voi olla seurausta siitä, että yliopistot suuressa määrin myös vastaavat erikoislääkäreiden kou-



lutuksesta sekä ehkä siitä, että myös jatkokoulutusta on paremmin saatavissa näillä paikkakunnilla. Lääkäreiden taipumukseen oleskella näillä paikkakunnilla voi myös vaikuttaa se, että ne yliopistokaupungit, joissa lääkärit koulutetaan kaikki ovat suhteellisen suuria kaupunkeja ja se, että suurkaupunkien palvelutarjonta vetää lääkäreitä puoleensa. Ne sairaanhoitopiirit, joissa oli lääkäripula kyselytutkimusten mukaan ovat etäisiä niistä kaupungeista katsottuina, joissa on lääkärikoulutus. Tutkimusaineiston analysointi osoittaa, että lääkärit ovat keskittyneet sairaanhoitopiireihin joissa on lääkärikoulutus. Osittain lääkäreiden keskittyminen sairaanhoitopiireihin, joissa on yliopistollinen sairaala on tietysti myös seuraus siitä että lääkäreiden kysyntä on suuri yliopistollisissa sairaaloissa vaativan erikoissairaanhoidon seurauksena. Kyselytutkimusten johtopäätös, että joissakin muissa sairaanhoitopiireissä on lääkäripula kuitenkin osoittaa, että tämä ei ole koko selitys.

Kun on alueellisia eroja työvoiman kysynnässä ja tarjonnassa, välttämätön edellytys jotta kysyntä ja tarjonta kohtaisivat on työvoiman liikkuvuus. Sairaanhoitajien ja perushoitajien liikkuvuus sairaanhoitopiirien välillä on matala, mutta lääkäreiden liikkuvuus on huomattavasti korkeampi. Erityisesti nuoret lääkärit vaihtavat usein työpaikan sairaanhoitopiiriä. Lääkäreiden korkeampi liikkuvuus on myös välttämätöntä, jotta työmarkkinat toimisivat, koska lääkäreitä koulutetaan vain viidessä sairaanhoitopiirissä. Lääkäripulan alueelliset erot kuitenkin viittaavat siihen, että lääkäreiden liikkuvuus ei ole riittävän korkea.

Yksityinen sektori on tarkastelujakson aikana tarjonnut terveydenhoitoalan koulutuksen saaneille yhä enemmän työmahdollisuuksia. Yksityisellä sektorilla työskentelevien osuus on myöskin kasvanut. Sairaanhoitajien ja perushoitajien osalta se on tuplaantunut jakson 1987–2001 aikana ja oli jakson lopussa melkein 15 prosenttia. Heidän joukossaan työntekijät muodostavat valtaosan yksityisellä sektorilla työskentelevistä. Yksityisellä sektorilla työskentelevien lääkäreiden joukosta enemmistö oli jakson alussa kuitenkin yrittäjiä, mutta myös yksityisen sektorin työntekijöinä toimivat lääkärit ovat lisääntyneet. Yksityisellä sektorilla työskentelevien lääkäreiden osuus saavutti huipun 1990-luvun alussa, mutta sitten laski 1990-luvun puoliväliin asti. Sen jälkeen osuus on taas noussut. Lääkäreillä on kuitenkin yleisesti sivutoimia. Lääkäriilyn kyselytutkimukset osoittavat, että yksityisvastaanottoja pitävien lääkäreiden määrä on noussut myös 2000-luvun ensimmäisten vuosien aikana. Kyselytutkimusten mukaan myös sivutoimisten yksityisvastaanottojen pitäminen yleistyi. On siksi hyvin mahdollista, että osuus koko työpanoksesta, joka sijoittunut yksityiselle sektorille nyt on noussut 1990-luvun alkuun verrattuna.

Aivan viimeisten vuosien aikana hoitoalan ostopalvelut ja lääkäryrityvoiman vuokraaminen ovat yleistyneet. Sillä tavalla yksityinen sektori on myös tullut mukaan julkisen sektorin toimintaan. Lääkäripalveluja vuokraavat yritykset ovat ennen kaikkea hoitaneet päivitystä ja muita tilapäisiä tarpeita työvoimasta. Ostopalveluja käytetään erityisesti sellaisilla paikkakunnilla, joilla on vaikeuksia

houkutellessa työvoimaa. Alueelliset erot näyttävät kuitenkin olevan suuria.

Mitä hoivakoulutettujen työllisyyden rakenteeseen tulee voidaan huomata, että yhä useampia on työllistetty sosiaalisissa palveluissa. Tämä koskee ennen kaikkea sairaanhoitajia ja perushoitajia ja heijastaa osittain kasvavaa tarvetta vanhustenhuollossa, mutta luultavasti myös sitä, että päiväkotien lastenhoitajien määrä on lisääntynyt. Sekä sairaanhoitajien että perushoitajien osalta on ollut niin, että vuosien kuluessa yhä useammat tietynä vuotena tutkinnon saaneista ovat työllistyneet sosiaalipalveluissa. Selvästi tulee myös esiin se, että myöhemmin tutkinnon suorittaneista suurempi osa työskentelee sosiaalipalveluissa.

Työllistämistä hoitoalan ulkopuolella esiintyi myöskin. Lääkäreiden osalta esiintyi toisistaan poikkeavaa kehitystä niin, että vanhemmat lääkärit hakeutuivat pois hoitoalalta, mutta nuoremmista lääkäreistä päinvastoin yhä useammat työllistyivät hoitoalalla. Hoitoalalla työskentelevien sairaanhoitajien keskimääräinen osuus vaihteli enemmän ja nousi 1990-luvulla sen jälkeen kun se oli laskenut 1980-luvulla. Näytti siltä, että jakson lopussa nuoremmista sairaanhoitajista vähän harvemmat työllistyivät hoitoalalla kuin vanhemmista sairaanhoitajista. Tämä voi olla seurausta siitä, että työttömyys pakotti nuoremmat etsimään työtä muilta aloilta. Hoitoalalla työskentelevien perushoitajien (lähihoitajien) osuus oli kauttaaltaan vähän alempi. Niiden joukossa oli myös hoitoalalla työskentelevien osuus työllistetyistä vastakoulutetuista selvästi matalampi kuin perushoitajista keskimäärin. Kaikkien hoivakoulutettujen ja työllistettyjen joukossa näytti siltä, että virta pois hoitoalalta muille toimialoille oli vilkkaampi kuin virta takaisin hoitoalan töihin muilta aloilta. Kaksi mahdollista selitystä tähän ovat luonnollinen urakehitys sekä se, että hoivakoulutetut ovat tyytymättömiä hoitoalan työolosuhteisiin.

Monet nuoret sairaanhoitajat ja perushoitajat ovat työvoiman ulkopuolella. Tämä johtuu varmasti siitä, että nuorilla sairaanhoitajilla ja perushoitajilla usein on pieniä lapsia, joita he hoitavat. Vaikka lääkärit näyttävät harvemmin olla työvoiman ulkopuolella lapsia hoitamassa, kyselytutkimukset viittaavat siihen, että perhe-elämällä on erittäin suuri vaikutus myös lääkäreiden käyttäytymiseen työmarkkinoilla. Erityisesti naislääkärit näyttivät luopuvan päivityksestä ja panostuksista urakehitykseen saadakseen enemmän aikaa yhdessä perheensä kanssa olemiseen.

Hoivahenkilöstön keskimääräinen ansiotulokehitys ei näytä kauttaaltaan olevan kovin erilainen kuin muiden ammattiryhmien tulokehitys. Lääkäreillä on keskimäärin ollut korkeampia tuloja kuin diplomi-insinööreillä ja oikeustieteen kandidaateilla, mutta aivan tarkastelujakson viimeisten vuosien aikana (IT-kuplan vuosia) lääkäreiden tulot eivät nousseet yhtä nopeasti kuin diplomi-insinööreiden tai oikeustieteen kandidaattien tulot. Valtiotieteen maisterien tulot pysyivät kuitenkin huomattavasti alemmalla tasolla. Niillä lääkäreillä, jotka päätoimisesti ovat yrittäjiä, on selvästi korkeammat tulot kuin työntekijöinä toimivilla lääkäreillä. On huomattava myös, että muilla toimialoilla



työskentelevien lääkäreiden tulokehitys on ollut kehnompina kuin hoitoalalla työskentelevien lääkäreiden.

Sairaanhoitajien tulokehitys oli parempi kuin lääkäreillä, mutta insinööreiden tuloihin verrattuna tulot pysyivät selvästi alemmalla tasolla. Heillä oli kuitenkin vähän korkeammat tulot kuin lastentarhaopettajilla, mutta jälkimmäisellä ryhmällä oli hieman parempi tulokehitys.

Hoitoalalla työskentelevien perushoitajien tulokehitys on suurin piirtein seurannut kaupan ja hallinnon perustutkinnon saaneiden tulokehitystä. Verrattuna niihin joilla on kokkikoulutus ansiotulot olivat korkeammalla tasolla, mutta ero ryhmien välillä on kutistunut selvästi jakson 1987–2001 aikana. Huomattava on muilla toimialoilla kuin hoitoalalla toimivien perushoitajien matalat tulot. Niiden osalta näkyi myös selvä alennus tuloissa 90-luvun alussa. Perushoitajien tulot nousivat nopeammin kuin lääkäreiden.

Kun vertaillaan eri ryhmien tuloja pitäisi kuitenkin muistaa, että hoitoalalla työskentelevillä usein on hankalat ja pitkät työajat sekä vuorotyö tai päivystys. Kyselytutkimukset osoittavat myöskin, että useimmat lääkärit työskentelevät paljon enemmän kuin normaalityöaika edellyttäisi. Erityisesti nuoremmilla lääkäreillä on usein päivystystä. Vanhemmilla, kokeneemmilla lääkäreillä on vähemmän päivystystä mutta usein sivutoimia, jotka pidentävät työaika useilla tunneilla viikossa. Yksityislääkäreillä näyttää olevan muita lääkäreitä lyhyempi työaika, vaikka heillä on korkeat tulot.

Hoitoalan koulutuksen saaneet tarvitsevat jatkokoulutusta pystyäkseen seuraamaan hoitomenetelmien ja teknologian kehitystä. Jatkokoulutus ei kuitenkaan ole kovinkaan keskitetysti järjestetty vaan perustuu suuressa määrin työnantajan hyväntahtoisuuteen ja koulutettujen kiinnostukseen siitä. Yleisesti ottaen näyttää siltä, että mitä korkeampi tutkinto henkilöllä hoitoalalla on sitä enemmän aikaa henkilö satsaa jatkokoulutukseen.

Jatkokoulutuksen lisäksi tarvitaan myös riittävän hyviä työolosuhteita siten, että hoitohenkilöstö jaksaa tehdä työtä aivan eläkkeelle siirtymiseen asti. Paitsi fyysisistä kuormitusta, joka ehkä ennen kaikkea perushoitajille ja muille jotka tekevät fyysisesti vaativaa hoitotyötä voi olla merkittävä, hoitotyöllä on usein myös psyykkisesti rasittavia sivuvaikutuksia. Lääkäreiden joukossa loppuunpala-

misen oireita näyttäisi esiintyvän melko laajalti. Suuri työ määrä ja lääkäripula näyttävät yleisesti olla tärkeimmät syyt huonoihin työolosuhteisiin ja stressiin. Loppuunpalamisen syyt ovat osittain myös työn ulkopuolella. Ennen kaikkea naislääkäreillä on myös ongelmia sovittaa yhteen työtä ja perhe-elämää.

Perheyhteydet voivat johtaa sekä vähempään joustavuuteen että vähempään liikkuvuuteen työmarkkinoilla, koska yhdessäolo perheen kanssa antaa rajoituksia sille missä ja milloin henkilö voi työskennellä. Lääkäriryhmällä on sitä paitsi sellainen erikoinen piirre, että on hyvin tavallista että lääkäri on muodostanut perheen toisen lääkärin tai toisen hoitoalan koulutuksen saaneen henkilön kanssa. Yli 40 prosenttia lääkäreistä asuu korkeamman korkeakoulututkinnon saaneen puolison kanssa. Melkein 40 prosenttia lääkäreistä asuu hoitokoulutuksen saaneen henkilön kanssa. Nämä luvut sisältävät 20 prosenttia lääkäreistä, jotka asuvat toisen lääkärin kanssa. Sairaanhoitajista vajaat 10 prosenttia asuu hoitokoulutuksen saaneen henkilön kanssa. Noin 10 prosenttia heistä asuu korkeamman korkeakoulututkinnon saaneen henkilön kanssa. Perushoitajien osalta nämä luvut ovat vielä alhaisempia. Koska korkeasti koulutetulla puolisollla voi olla vaikeuksia löytää sopiva työpaikka pienen paikkakunnan ohuilla työmarkkinoilla, lääkäreiden puolisoiden korkea koulutus voi vaikeuttaa lääkäreiden rekrytointia monilla paikkakunnilla. ■

Julkaisu

*Kenneth Snellman:
Vårdranschens arbetsmarknad
Palkansääjien tutkimuslaitos,
Tutkimuksia 95, Helsinki 2005.
ISBN 952-209-012-3
ISSN 1236-7176*

Tilaukset

*Irmeli Honka
puh. (09) 2535 7338, fax (09) 2535 7332
e-mail: Irmeli.Honka@labour.fi
Tilauhinta: 13,50 €*