

# Työvoima- pula terveyden- huoltoalalla



*Kenneth Snellman on tutkinut terveydenhuollon työmarkkinoita pari vuotta Suomen Akatemian Terttu-ohjelmassa.*

Lääkärit ovat keskittyneet alueellisesti ja suuri osa hoitajista on sijoittunut terveydenhuoltoalan ulkopuolelle. Mistä tämä johtuu?

**Kenneth Snellman**  
KTT, tutkija  
Palkansaajien tutkimuslaitos

Tiedotusvälineissä tuodaan säännöllisin välein esiin ongelmia terveydenhuollossa. Joskus ongelmat liittyvät siihen, että potilasjonot ovat liian pitkiä tai että tarvittavaa työvoimaa ei löydy. Potilasjonot ja kiireisyys sairaaloissa antavat helposti sellaisen kuvan, että on säästetty terveydenhuoltoalan menoissa eikä siihen ole panostettu viime vuosikymmenien aikana. Tämä kuva on kuitenkin harhaanjohtava. Kuviot 1, 2 ja 3 osoittavat, että hoitoalan henkilöstön määrä on melkein joka vuosi

kasvanut, vaikka 1990-luvun lamasta lähtien onkin esiintynyt työttömyyttä erityisesti perushoitajien ja sairaanhoitajien keskuudessa.<sup>1</sup>

Tämän artikkelin tarkoitus on valaista terveydenhuollon työmarkkinoiden olosuhteita ja niiden kehitystä 1980-luvun lopulta lähtien. Erityisesti pohdin sairaanhoitajien ja lääkäreiden työmarkkinoita ja niiden toimintaa. Suu-

<sup>1</sup> Hoitoalaan luen tässä artikkelissa sekä terveydenhuollon että sosiaaliset palvelut.

rin osa tästä artikkelista pohjautuu aineistoon, joka kattaa vuodet 1987–2001, mutta työnhakijoiden ja avoimien työpaikkojen määrän osalta täydennän kuvaa tuoreemmilla tiedoilla työministeriöstä.

## Yleinen kuva hoitoalan työmarkkinoista

Hoitoala on ollut jatkuvassa muutoksessa viime vuosikymmenien aikana. On pyritty tarjoamaan korkealaatuaista palvelua kansalaisille ilman, että kustannustaso nousisi liian korkealle. Väestön ikääntyminen ja uusia hoitomenetelmiä mahdollistavan teknologian kehittyminen ovat merkinneet, että on ollut tarvetta lisätä palveluja. Toisaalta julkisella sektorilla on pyritty tiukkaan säästämislinjaan. Koska suurin osa hoitoalan tuotannosta tapahtuu julkisella sektorilla, tämä on tarkoittanut sitä, että hoitoalan henkilöstö on joutunut usein työskentelemään kiireisissä olosuhteissa ilman, että se on näkynyt palkankorotuksina.

Kun lama iski 1990-luvun alussa, hoitoalan ammattien työllisyys putosi. Kuvioista 1–3 näkyy, että lääkäreiden työllisyystilanne parani nopeasti, mutta sairaanhoitajien ja erityisesti perushoitajien työttömyys jäi korkeaksi 2000-luvun alkuun saakka. Viime vuosien aikana sairaanhoitajien ja perushoitajien työllisyyden parantuminen on jatkunut ja on myös alkanut esiintyä pulaa erityisesti sairaanhoitajista tietyillä työpaikoilla. Koska lääkäreistä tiedetään olevan valtava pula, on ilmeistä, ettei taulukko 1 kerro totuutta ainakaan heidän osaltaan. Syy lienee se, että työnantajat eivät vaivaudu ilmoittamaan avoimia työpaikkoja, kun kukaan ei kuitenkaan hae niitä.

## Pula lääkäreistä ja lääkäreiden liikkuvuus

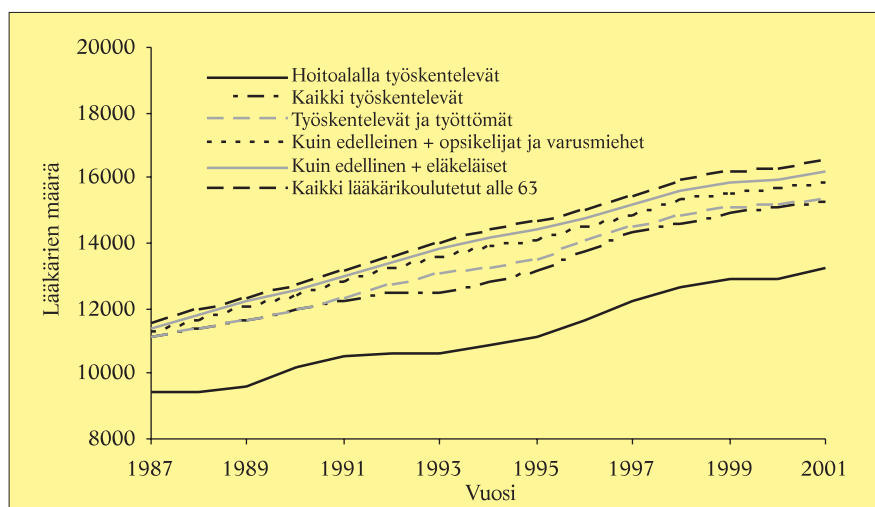
Kyselytutkimusten perusteella on selvää, että lääkäreiden työvoiman tarjonta on liian pientä. Tämä pätee aggregaat-

titasolla mutta näkyy erityisesti tietyissä etäisissä sairaanhoitopiireissä, joissa ei ole yliopistoa, joka kouluttaa lääkäreitä. Koska on todennäköistä, että lääkärripulan pienenemisen aiheuttamat vaikeudet ovat sitä suurempia mitä suurempi jo entuudestaan on avoimien työpaikkojen määrä toimipaikalla, olisi tärkeä terveydenhoitoalan toimivuuden kannalla, että lääkärripula jatkautuisi melko tasaisesti eri sairaalapiirien ja toimipaikkojen välillä. Niin ei kuitenkaan ole, vaan etäisillä toimi-

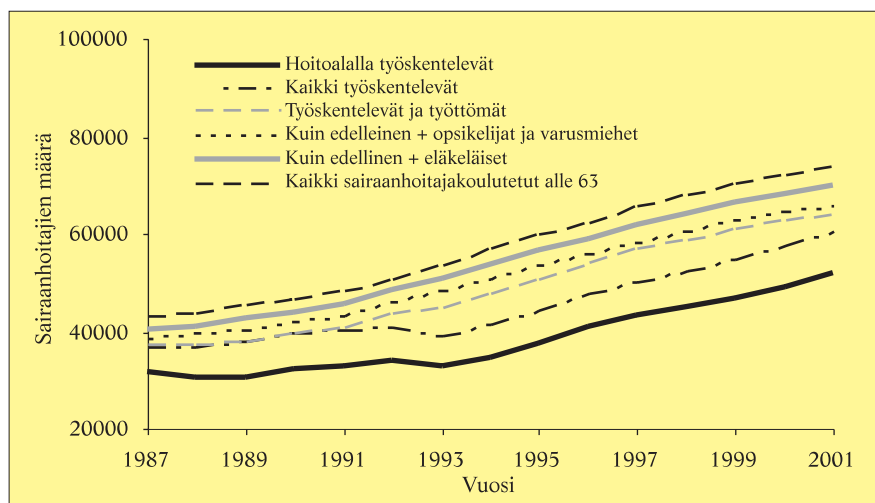
paikoilla näyttää olevan vaikeampaa saada lääkäreitä.

Tutkiakseni empiirisesti mitkä asiat ovat vaikuttaneet lääkäreiden alueelliseen liikkuvuuteen yritin selittää tätä liikkuvuutta tuloilla nykyisessä työssä ja odotetuilla tuloilla muilla seuduilla. Estimoidakseni odotettuja tuloja eri osissa Suomea jaoin ensin maan kolmeen alueeseen: HUS muodosti alueen 1, muut sairaanhoitopiirit, joissa oli yliopistollinen sairaala (ts. Varsinais-Suomen, Pirkanmaan, Pohjois-Savon ja

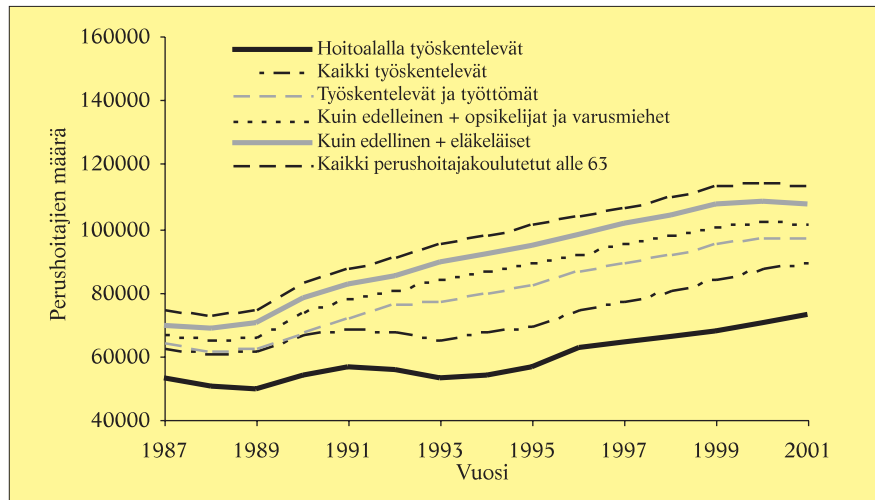
Kuvio 1. Lääkärit ajanjakson 1987–2001 aikana. Lääkäri -ryhmään kuuluvat tässä he, joilla on lääketieteen lisensiaatin, erikoislääkärin tai lääketieteen tohtorin tutkinto.



Kuvio 2. Sairaanhoitajat ajanjakson 1987–2001 aikana. Sairaanhoitaja -ryhmään kuuluvat tässä he, joilla on sairaanhoitajan, erikoissairanhoitajan, sairaanhoitajan (AMK), terveydenhoitajan, terveydenhoitajan (AMK), kättilön tai kättilön (AMK) tutkinto.



Kuvio 3. Perushoitajat ajanjakson 1987–2001 aikana. Perushoitaja -ryhmään kuuluvat tässä he, joilla on lähihoitajan, perushoitajan/apuhoitajan, mielen-terveyshoitajan/mielisairaanhoidajan, lääkintävahvistamari-sairaankuljettajan, vastaanotto- ja osastoavustajan, kehitysvammaishoitajan, kodinhoitajan tai kuntahoitajan tutkinto.



Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit) alueen 2 ja lopuksi kaikki muut sairaanhoitopiirit alueen 3. Tämä tarkastelu perustui hypoteesiin, että etäisissä sairaanhoitopiireissä, ts. alueella 3, urakehitys olisi nopeampaa ja vähemmän kokeneiden lääkäreiden tulot olisivat siksi korkeampia. Siltä näytti myöskin tuloestimointien perusteella ainakin joinakin vuosina, mutta tuloerot eivät olleet kovin selviä.

Myös tulojen vaikutus lääkäreiden liikkuvuuteen näyttää estimointien perusteella heikolta. Vaikuttaa siltä, että nykyisillä tuloilla oli pieni vaikutus päätökseen muuttaa toiseen sairaanhoitopiiriin, mutta estimoiduilla odote-

tuilla tuloilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta päätökseen, min-  
kä alueen lääkäri valitsee. Kun lääkä-  
reiltä on kysytty, mi-  
hin työpaikan valinta  
tai valinta siirtyä toisel-  
le työpaikalle perus-  
tuu, on saatu myös  
usein vastaus, että jat-  
kokoulutusmahdollis-  
uudet ovat tärkeitä.  
Koska niistä ei ollut  
aineistossani muita tie-  
toja kuin yliopistollis-  
ten keskussairaaloiden  
sijainnit, voin vain todeta näyttävän  
siltä, että pienet tuloerot joidenkin lää-

*Korkeammat pal-  
kat eivät näytä  
saavan lääkäreitä  
muuttamaan kovin  
innokkaasti alueel-  
ta toiselle.*

kärien osalta alueen 3 eduksi eivät ole onnistuneet kovin hyvin vetämään lää-  
käreitä niistä sairaanhoitopiireistä,  
joissa on yliopistollinen keskussairaa-  
la. Näihin tuloksiin on luultavasti myös  
vaikuttanut se tosiasia, että niissä toi-  
missa, joihin liittyvät paremmat mah-  
dollisuudet panostaa tutkimustyöhön,  
lääkärit ovat usein saaneet huonom-  
paa palkkaa, koska työtä niissä pide-  
tään osittain investointina lääkärin in-  
himilliseen pääomaan, joka antaa  
tuottoa tulevaisuudessa.

Yritin myös selittää lääkäreiden liikku-  
vuutta eri sairaanhoitopiirien sairaalo-  
iden tuottavuudella, joka suurelta osalta  
heijastaa lääkäreiden määrää sairaalois-  
sa ja siten lääkäreiden työkuormitusta,  
mutta ei myöskään tällä muuttujalla ol-  
lut tilastollisesti merkitsevää vaikutus-  
ta lääkäreiden muuttoihin sairaanhoi-  
topiirien välillä.

Näyttää siltä, että tulot ja odotetut  
tulot eivät ole vaikuttaneet kovin pal-  
jon lääkäreiden muuttoihin Suomessa.  
Tämä on sopusoinnussa muiden tut-  
kimusten tulosten kans-  
sa. Vaikka instituutiot  
ovat eri maissa hyvin eri-  
laisia, eikä siksi voida  
käyttää ulkomaisia tu-  
loksia suoraan Suomen  
olosuhteissa, tutkimuk-  
set muista maista ovat  
myös yleensä viitanneet  
sihen, että päätöksessä  
muuttaa vai ei lääkärit  
antavat melko pienen  
painon palkoille ja suuremman painon  
mahdollisuuksille osallistua alan jatko-  
koulutukseen. On  
myös joskus tullut  
esiin, että korkeasti  
koulutetut lääkärit ar-  
vostavat suurten kau-  
punktien kulttuuritar-  
jontaa, mikä vetää hei-  
tä pois maaseudulta.  
Täytyy kuitenkin to-  
deta, että suuri lisäys  
reppulääkäreiden mää-  
rässä ja välitysfirmojen  
toiminnassa tuli vasta  
tarkastellun ajanjak-

Taulukko 1. Avoimet työpaikat ja työttömät työnhakijat hoitoalan eri ammattiteissa maaliskuun lopussa 2000–2006.

Ammatti	Avoimet työpaikat / työttömät työnhakijat eri vuosilta						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Yleislääkäri	76/89	89/78	90/67	115/49	118/48	119/56	88/68
Erikoislääkäri	71/64	74/46	69/38	99/29	71/31	99/37	95/34
Osastonhoitaja	13/29	12/25	30/21	17/17	38/15	39/16	50/18
Sairaanhoitaja	563/2466	605/2145	758/1553	968/1326	912/1164	1193/865	2116/751
Kätilö	8/276	10/262	6/167	9/149	30/121	25/98	138/82
Terveystenhoitaja	11/845	30/719	49/539	61/491	36/399	24/292	66/258
Perushoitaja	179/4033	421/3468	518/2746	576/2896	543/2807	908/2528	1243/2513

son jälkeen, eikä käytetyn aineiston avulla havaita sellaisia pätkätöitä hyvin.

## Sairaanhoitajien työttömyys, alanvaihdot ja tulot

Jo kuvioista 2–3 näkyi, että suuri osa sairaanhoitajista ja erityisesti perushoitajista työskentelee muilla aloilla kuin hoitoalalla. Kun työvoimapula uhkaa hoitoalalla, olisi tärkeää, että nämäkin henkilöt olisivat sen käytettävissä. Kuitenkin näyttää siltä, että monet sairaanhoitajat ovat jääneet muiden toimialojen töihin pysyvästi. Kuvio 4 osoittaa, että sairaanhoitajan asemalla työmarkkinoilla oli suuri vaikutus siihen, mitä hän teki vuonna 2001. Tämä viittaa siihen, että sairaanhoitajat eivät liiku kovin helposti esimerkiksi hoitoalan ja muiden toimialojen välillä. Kuvion perusteella sairaanhoitajan voi myös olla vaikea työllistyä, jos hän on joutunut työttömäksi. Toisaalta sairaanhoitajia oli ainakin melkein riittävästi kaikkialla maassa tutkitun ajanjakson aikana eikä siksi alueellinen liikkuvuus ole kiinnostava tutkia heidän osaltaan.

Kuvio 5 osoittaa, että työttömyys on iskenyt erityisesti vastavalmistuneisiin ja että kohorttien (vuosiluokkien) kokemukset työttömyydestä ovat riippuneet paljon työmarkkinatilanteesta heidän valmistumisaikanaan. Kohorttitutkimuksen estimoinnit siitä, kuinka suuri pitkäaikainen vaikutus on, viittaavat siihen, että kymmenen prosentin lisäys kohortin työttömyysasteessa ensimmäisten kahden vuoden aikana valmistumisen jälkeen kohotti kohortin työttömyyttä pitkällä aikavälillä noin kahdella prosenttiyksiköllä, jos kokonaisyöttömyys sairaanhoitajien piirissä on pysynyt noin 10 prosentissa (Snellman 2006a ja myöhempi tarkistus). Jos tarkastellaan sitä, kuinka sairaanhoitajien työllistyminen hoitoalalla kohortin valmistumisen jälkeen on vaikuttanut työllistymiseen sillä alalla pitkällä aikavälillä, näyttää siltä, että vaikutus voi olla vielä vähän suurempi, noin kolme

prosenttiyksikköä, mutta tässä tapauksessa estimoinnin epävarmuus on suurempi.

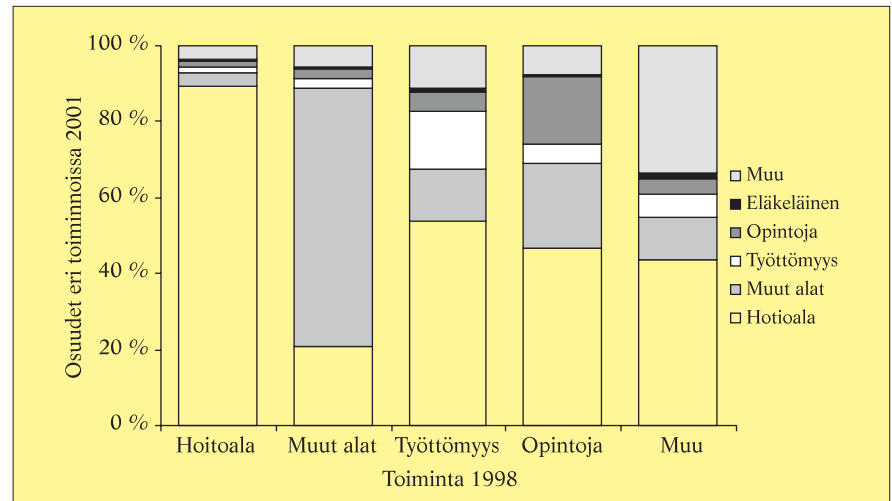
Jos estimoidaan yksilötasolla, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet siirtymisiin toimialojen välillä, ilmenee, että ne sairaanhoitajat, joilla on enemmän kokemusta hoitoalalta ja joiden kokemus siitä on lähempänä ajassa, ovat yleensä työskennelleet todennäköisemmin hoitoalalla muutaman vuoden kuluttua (Snellman 2006c). Vastaava pätee myös muiden alojen osalta. Kokemus muilta aloilta merkitsee siis suurempaa todennäköisyyttä, että sairaanhoitajakoulutettu työskentelee hoitoalan

ulkopuolella tulevaisuudessa. Matalammat tulot lisäävät todennäköisyyttä, että henkilö vaihtaa alaa.

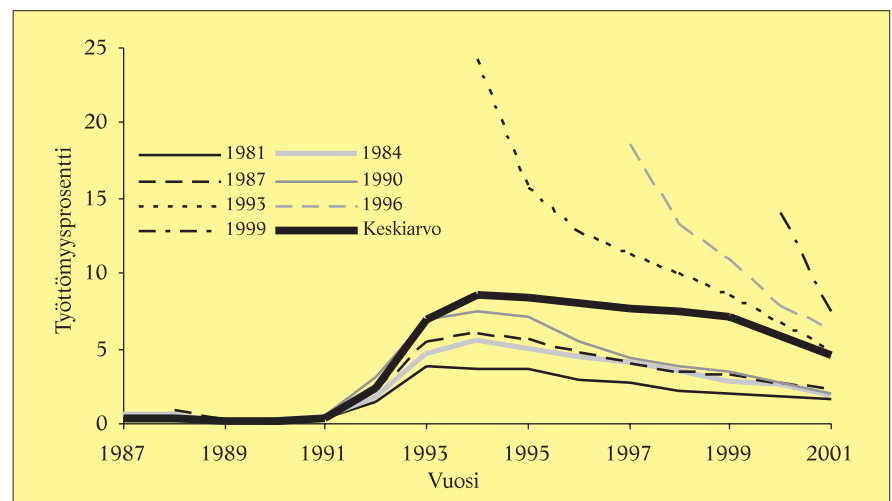
## Sairaanhoitajien erikoistunut inhimillinen pääoma, monopsoni, ja sairaanhoitajien käyttäytyminen työmarkkinoilla

Tarkastelu edellä ja estimoinnit viittaavat siihen, että sairaanhoitajatyövoima ei liiku täysin kitkattomasti hoitoalatyön ja muiden työmarkkina-asemien välillä. Käsite erikoistunut inhimillinen pääoma selittää aika paljon sairaanhoi-

Kuvio 4. Sairaanhoitajien prosentiosuudet eri toimialoissa 2001 (y-akseli) sen mukaan, mitä he tekivät vuonna 1998 (x-akseli).



Kuvio 5. Sairaanhoitajien työttömyys kohorttien (valmistusvuosi) mukaan.



tajien käyttäytymisestä työmarkkinoilla. Sairaanhoitajat ovat koulutuksensa kautta saaneet erikoistunutta inhimillistä pääomaa, josta ei ole kovin paljon hyötyä sairaanhoidon ulkopuolella. Sairaanhoitajien taipumus pysyä samalla alalla antaa tukea sille, että he eivät yleensä voi tuoda kaikkea inhimillistä pääomaansa mukanaan, jos he vaihtavat alaa. Muilla aloilla vaaditaan toisenlaista inhimillistä pääomaa, jota hoitoalalla työskentelevillä ei ole. Työskentely muilla aloilla kuitenkin johtaa siihen, että sairaanhoitaja pikku hiljaa hankkii erikoistunutta pääomaa toisesta alasta, josta on hyötyä sillä alalla mutta ei hoitoalalla. Samalla sairaanhoitajan hoitoalalla tarvittava inhimillinen pääoma vähenee, kun hän unohtaa asioita, jotka pitäisi osata hoitoalalla.

Toinen käsite, jolle aineisto antaa jonkin verran tukea ainakin sairaanhoitajien tapauksessa, on työnantajan monopsoni-asema. Koska on yksi hallitseva työnantaja (jos pidetään julkista sektoria yhtenä työnantajana), tai ainakin useimmilla työnantajilla on yhteinen linja palkkauksessa (kunnat ja sairaanhoitopiirit noudattavat pitkälti samaa työehtosopimusta), jul-



*Kenneth Snellman korostaa, että terveydenhuoltoalalla olisi tärkeä hyödyntää niitä sairaanhoitajia, jotka ovat jo koulutettuja. Ei myöskään kannata lisätä koulutusta, jos koulutetut kuitenkin työllistyvät muilla aloilla.*

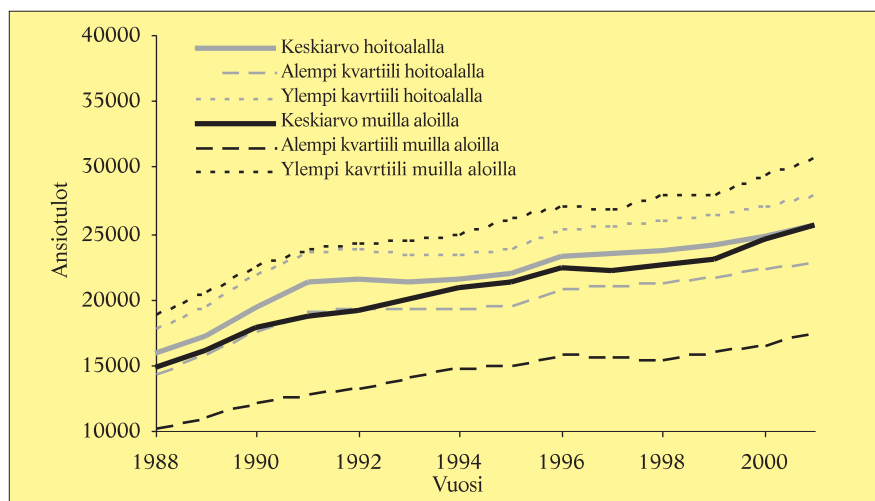
kisella sektorilla on suuri määräysvalta hoitoalalla työskentelevien palkkakehityksen suhteen. Erikoistuneen inhimillisen pääoman kanssa tämä on tarkoittanut sitä, että markkinat eivät juurikaan ole määritelleet palkkoja, koska sairaanhoitajille tavallisesti ei löydy vaihtoehtoisia työpaikko-

ja, joissa heillä olisi hyötyä osaamisestaan.

Erityisesti HUS:n alueella on nähtävissä, että sairaanhoitajien palkkoja hoitoalalla on pidetty alhaalla verrattuna palkkoihin muilla aloilla, mutta myös muualla sairaanhoitajien palkkakehitys oli ajanjakson aikana vaatimatonta hoitoalalla. Kuviosta 6 näkyy, että palkkakehitys oli erityisen hyvä niillä sairaanhoitajilla, jotka työskentelivät muilla aloilla kuin hoitoalalla ja siellä kuuluivat parhaimmin palkattuun kvartiiliin. Ne sairaanhoitajat muilla aloilla, jotka kuuluivat huonoimmin palkattuun kvartiiliin, eivät lainkaan kokeneet niin hyvää palkankehitystä, vaan heidän palkkansa myös HUS:n alueella oli vielä huomattavasti huonompi kuin keskiarvoisella sairaanhoitajalla hoitoalalla. Toisaalta se, että monet sairaanhoitajat työskentelevät muilla aloilla kuin hoitoalalla vaikka he saavat matalaa palkkaa, viittaa siihen, että on olemassa muitakin tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, minkä työpaikan henkilö valitsee.

Perushoitajien tilanne on samanlainen kuin sairaanhoitajien, mutta heillä työttömyys oli korkeampi ja jatkui kauemmin kuin sairaanhoitajilla. Pe-

*Kuvio 6. Hoitoalalla ja muilla aloilla työskentelevien sairaanhoitajien ansiotulo HUS:in alueella. Mukana keskiarvojen ja kvartiilien laskelmissa ovat vain ne, joilla oli sairaanhoitotutkinto jo edeltävänä vuonna, jotka olivat olleet työssä 12 kuukautta, sekä eivät olleet vaihtaneet alaa hoitoalalle muilta aloilta tai päin vastoin vuoden aikana.*





rushoitajista myös suuri osa työskenteli muilla aloilla, mutta heidän tapauksessaan vaihtoehto lienee ollut useammin työttömyys kuin työskentely hoitoalalla.

Työikäisistä sairaanhoitajista vain noin 60 prosenttia työskentelee hoitoalalla, ja perus- ja lähihoitajilla vastaava osuus näyttää olevan vielä alhaisempi. Tämä osoittaa, että olisi mahdollista lisätä näiden ryhmien työvoiman tarjontaa hoitoalalle ilman alan koulutuksen massiivista lisäämistä. On myös turhaa ja tuhlausta kouluttaa ihmisiä, joiden osaamista ei hyödynnetä yhteiskunnassa. Lääkärien osalta tilanne on erilainen. Heistä vain pieni osa on hoitoalan ulkopuolella, eikä työvoimaa ole siten mahdollista lisätä houkuttelemalla lisää lääkäreitä hoitoalalle.

Valitettavasti käytetyssä aineistossa ei ollut tietoja työoloista, mutta kyselytutkimuksista tiedetään, että työolot ovat kriittinen tekijä monella hoitoalan työpaikalla. Työoloja on huonontanut mm. työvoimapula, jonka takia työkuormitus työssä olevalle henkilöstölle on noussut ylivoimaiseksi. Se, että vielä 2000-luvun alussa HUS:n alueella oli runsaasti sairaanhoitajia, jotka työskentelivät muilla aloilla huomommalla palkalla kuin yleensä maksetaan (alin kvartiili muilla aloilla kuviossa 6), voi myös viitata huonoihin työoloihin hoitoalalla.

Terveydenhuollon kustannusten nousu on ollut kansainvälinen trendi länsimaissa viime vuosikymmenien aikana eikä siihen näy loppua, vaikka monessa maassa sitä yritetään hillitä eri toimenpiteillä. Tämä tulee olemaan haaste myös tulevaisuudessa, koska teknologian kehittyminen ja väestön vanheneminen nostavat terveydenhuoltokustannuksia jatkuvasti. Suomen osalta terveydenhuoltokustannukset ovat olleet suhteellisen maltilliset. Tähän on ainakin osittain päästy henkilökunnan alhaisilla palkoilla verrattuna palkkoihin muissa maissa. Kasvava kysyntä lisää painetta palkkojen korottamiseen, mutta terveydenhuollon kokonaiskustannusten

nousu ja pyrkimys niiden sekä muiden julkisten menojen hillitsemiseen ovat omiaan pitämään palkkoja alhaalla.

Näyttää siis selvältä, että terveydenhuoltoalan työvoimalle löytyy suuri kysyntä tulevaisuudessakin, mutta epäselvää on, löytyykö riittävästi maksuhalua. Tuntuu kuitenkin järkevältä väittää, että hoitoalan henkilöstön palkkojen pitäisi olla niin korkeita ja työolot niin hyviä Suomessa, että pystytäisiin hyödyntämään niiden osaamista, joilla on alan koulutus, eivätkä he siirtyisi muille aloille. ■

## KIRJALLISUUS

Snellman, K. (2005), *Vårdbranschens arbetsmarknad, Palkansaajien tutkimuslaitos, Tutkimuksia 95.*

Snellman, K. (2006a), *Where did the physicians go? A study of the response to regional earnings differences, Palkansaajien tutkimuslaitos, Työpäperi 218.*

Snellman, K. (2006b), *The long-term effects of the depression on the labour market outcomes for nurses, Palkansaajien tutkimuslaitos, Työpäperi 220.*

Snellman, K. (2006c), *The determinants of nurses' transitions into and out of health care, Palkansaajien tutkimuslaitos, Työpäperi painossa.*