



LÄÄKÄRILIITTO
LÄKARFÖRBUNDET

Suomen Lääkäriliiton työvoimapolitiittinen ohjelma

*”Riittävä määrä työssään
viihtyviä lääkäreitä lääkärin töissä”*

Työvoimatilanne tasapainoon alueellisesti ja erikoisalakohtaisesti.

Tausta ja tavoite

Lääkärit ovat terveydenhuollon keskeisin ammattiryhmä. Yhteiskunnan, terveydenhuollon ja lääkärikunnan kannalta on tärkeää, että käytettävissä oleva lääkäri työvoima on kysyntään nähden riittävä.

Suomen Lääkäriliitto on keskeinen toimija suomalaisten lääkärin koulutuksessa ja työvoimapolitiikassa. Lääkäriliiton laajat tilastotiedot ja monipuolinen tutkimustoiminta hyödyttävät suunnittelua.

LÄÄKÄRILIITON STRATEGIAKAUDEN 2010–2017 PÄÄMÄÄRIÄ OVAT:

- Osaava työolosuhde- ja ansioedunvalvonta
- Korkea jäsenyysaste
- Kumppanuusasema sidosryhmissä
- Terveyspolitiikkaa potilaan hyväksi

Lääkäri työvoiman riittävä tarjonta ja tarkoituksenmukainen käyttö palvelevat kaikkia näitä strategisia päämääriä.

Lääkäriliiton työvoimapolitiittisen ohjelman tavoitteena on linjata työvoimapolitiittista toimintaa strategiakauden aikana. Samanaikaisesti on valmisteltu Lääkäriliiton koulutuspolitiittinen ohjelma. Nämä kaksi ohjelmaa täydentävät toisiaan.

Mitä on työvoimapolitiikka?

Työvoimapolitiikalla pyritään edistämään työmarkkinoiden toimivuutta. Tavoitteena on tasapainoinen työvoimatilanne alueellisesti ja erikoisalakohtaisesti. Onnistunut työvoimapolitiikka parantaa työmarkkinoiden toimivuutta, osaavan työvoiman saatavuutta ja työllisyyttä.

Työvoiman alueellisen liikkuvuuden lisääminen työllistää alueille, joissa on työvoimatarve. Työvoiman saatavuutta lisää myös työurien pidentyminen. Työurat pitenevät, kun opiskeluaika lyhenee, työstä poissaolojaksot lyhenevät tai harvenevat ja eläkkeelle siirtymisikä nousee. Työelämän laatuun liittyvät asiat kuten hyvä johtaminen, mahdollisuus ammattitaidon ylläpitämiseen ja työssä kehittymiseen vaikuttavat osaltaan työvoiman saatavuuteen.

Terveyspalvelujen kysyntä kasvaa

Terveyspalveluiden kysynnän odotetaan kasvavan lääketieteen kehityksen, uusien teknologioiden käyttöönoton ja käytettävissä olevien tulojen myötä. Tulevana vuosikymmenenä vanhusväestön määrä kasvaa, mikä lisää terveyspalveluiden kysyntää ja hoivan tarvetta. Mahdollisuudet vastata kysyntään riippuvat yhteiskunnan voimavarojen ja terveydenhuoltoon kanavoitavan rahoituksen kehityksestä.

Tällä hetkellä ikäluokasta enemmän kuin joka sadas nuori koulutetaan lääkäriksi. Ulkomailta Suomeen arvioidaan tulevan vuosittain noin 60 lääkäriä.

Useampi kuin joka neljäs työikäinen lääkäri on yli 55-vuotias, ja eläkkeelle siirtyvien lääkärin määrä kasvaa. Eläköityvistä suuri osa on erikoislääkäreitä. 1990-luvun koulutusmäärämuutosten vuoksi samaan aikaan uusia erikoislääkäreitä valmistuu entistä vähemmän. Siten voi syntyä alueellista ja erikoisalakohtaista erikoislääkärivajetta.

Pohjoismaiden lääkäriliittojen luomassa työvoimatarpeen SNAPS-ennakointimallissa työvoiman tarjontaan ja kokoaikaiseen työpanokseen vaikuttavat lääkärikunnan ikä- ja sukupuolirakenne, osa-aikatyön yleisyys, lääkärin korkea työllisyysaste ja työvoiman maahanmuutto. Ennakointimallissa on työvoiman tarpeesta kaksi kysyntäskenaariota. Niistä alhaisempi ennustaa lääkäritarpeen suhteessa väestömäärään säilyvän ennallaan: terveyspalveluiden kysynnän odotetaan kompensoituvan terveydenhuollon tehokkuudella. Toisen skenaarion mukaan tuleva lääkäri työvoima ei riitä kattamaan kiihtyvää eläkkeelle siirtymistä ja väestörakenteen muutoksen aiheuttamaa terveyspalveluiden kysynnän kasvua.

Työvoiman kysyntä ja tarjonta tasapainoon

Lääkärin kokonaismäärä Suomessa on tällä hetkellä suurempi kuin koskaan. Lääkäreiden työmarkkinoita on kuitenkin leimannut työvoimavajaus julkisella sektorilla. Samaan aikaan yksityisellä terveyspalvelusektorilla työskentelevien lääkärin määrä on kasvanut.

Lääkärin kouluttaminen on erittäin kallista. Koulutusmäärän tulee vastata työvoimatarvetta, jotta koulutusinvestointi saadaan täysimääräisenä terveyspalvelujärjestelmässä käyttöön. Mikäli lääkäreitä koulutetaan enemmän kuin on todellista tarvetta, koulutukseen käytetään varoja enemmän kuin olisi tarpeen ja työvoimasta tulee ylitarjontaa. Terveyspalvelualalla tämä saattaa lisätä epätarkoituksenmukaista palveluiden tarjontaa, mikä johtaa terveydenhuollon kustannusten kasvuun. Myös jatkuva ammattitaidon ylläpitäminen edellyttää, että lääkäri toimii lääkärin tehtävissä hoitaen riittävää potilasmäärää.

Terveyspalvelujärjestelmässä lääkärin työvoimavaje voi johtaa siihen, että väestön palvelutarvetta ei pystytä riittävästi täyttämään. Lääkärin kokemat työssä jaksamisen ongelmat lisääntyvät, jos työvoimaa on liian vähän työmäärään nähden.

Erilaiset työskentelysektorit huomioon lääkärien peruskoulutuksessa.

Lääkärit lääkärin töihin.

Lääkärien peruskoulutus

Lääkäreitä koulutetaan Suomessa viidessä yliopistossa. Vuonna 2012 on lääkärikoulutusta päätetty lisätä 600 aloituspaikasta 750:een vuoteen 2016 mennessä.

Lääkärikoulutuksessa on aikoinaan käytetty erillisiä lisäpisteitä miesopiskelijoille. Näiden lisäpisteiden käyttö lopetettiin jo 1970-luvulla. Myöhemmin uudet ylioppilaat saivat pääsykokeessa lisäpisteitä – käytäntö kuitenkin lopetettiin, koska se tulkittiin yliopistolain vastaiseksi. Tämä on nostanut jossain määrin lääketieteen opinnot aloittavien opiskelijoiden keski-ikää ja vähentänyt uusien ylioppilaiden osuutta.

Yhteiskunta pyrkii työurien pidentämiseen niin uran alku- kuin loppupäästäkin. Tämän mukaisesti on perusteltua, että lääketieteen opinnot päästäisiin aloittamaan tehokkaasti. Lääkäriilto ei kannata periaatetta, jonka mukaan opiskelija saisi opiskella vain yhden korkeakoulututkinnon. Alan vaihto tulee yksilötapauksissa sallia jatkossakin. Mahdollinen lisäpisteiden tai kiintiöiden käyttö tulee harkita selvitysten perusteella ja opiskelijoiden tasa-arvokysymykset huomioon ottaen.

Lääketieteen opiskelussa on toistaiseksi käytetty periaatetta, jonka mukaan opiskelija voi pyrkiä kerrallaan vain yhteen koulutusyksikköön. Valtakunnallinen opiskelijavalinta lisää opiskelijoiden tasa-arvoisuutta, mutta sen käyttöönnotossa tulee arvioida järjestelmän vaikutukset lääketieteen opiskelijoiden maantieteelliseen jakaumaan. Opiskelijan kotipaikkakunnalla on vaikutusta siihen, mihin hän jatkossa valmistuttuaan asettuu työskentelemään.

Lääkärien työn sisällössä tapahtuneet muutokset

Lääkärien työskentelysektorit ovat monipuolistuneet viimeisten vuosikymmenien aikana. Nopeimmin ovat kasvaneet yksityissektori, työterveyshuolto sekä ryhmä muu lääkärintyö. Eniten on vähentynyt päätoimisten opettajien ja tutkijoiden osuus.

Lääkärikoulutuksessa tulee nykyistä kattavammin antaa kuva lääkärin erilaisista työskentelymahdollisuuksista ja sektoreista, jotta lääkärit jatkossa sijoittuvat terveydenhuollon muuttuvien rakenteiden myötä tarkoituksenmukaisesti eri alueille.

Lääkärit lääkärin töihin

Lääkärien työpanoksesta kuluu entistä enemmän aikaa muuhun kuin välittömään potilastyöhön. Lääkäriilto arvioi mukaan ainakin 200 lääkärin työpanos kuluu yhteiskunnan mitä moninai- simpiin tilanteisiin vaatimien todistusten kirjoittamiseen, ja arviolta 600 lääkärin työpanos menee hukkaan toimimattomien tietojärjestelmien vuoksi.

Tietojärjestelmät ovat lääkärin välttämätön työväline. Niiden toimimattomuus on keskeinen lääkärin työtä hankaloittava tekijä.

Lääkärien arviot potilaskertomusjärjestelmistä ovat kriittisiä. Joka kolmas lääkäri arvioi potilaskertomusjärjestelmän toimimattomuuden jopa vaarantaneen potilasturvallisuuden.

Tietojärjestelmien toimivuuden merkittävä parantaminen on tarpeen lääkärin työhyvinvoinnin ja lääkärin työpanoksen mahdollisimman tehokkaan käytön kannalta.

Terveydenhuoltoa ja sosiaalihuoltoa ollaan valtakunnallisella linjauksella ja paikallisesti lähentämässä toisiaan. Uudistus tulee toteuttaa siten, että lääkärit voivat keskittyä saamansa koulutuksen mukaisesti sairauksien diagnosointiin ja hoitoon sekä ennalta ehkäisyyn. Monin paikoin lääkäreistä on tullut erilaisten sosiaalisten ongelmien ratkaisijoita. Uhkana sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisessä on, että tämä suuntaus voimistuu.

Suomalainen lääkäritiheys on hyvää kansainvälistä tasoa niin OECD:n kuin Pohjoismaidenkin mittapuun mukaan. Kansainvälisessä vertailussa tulee kuitenkin ottaa huomioon terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokonaismäärä. Suomessa on kansainvälisesti ottaen paljon sairaanhoitajia suhteessa lääkärimäärään. Hyvin koulutetut sairaanhoitajat tekevät paljon sellaisia tehtäviä, joita muissa maissa tekevät lääkärit. Tällaisella terveydenhuollon ammattihenkilöiden välisellä työnjaolla on merkitystä lääkäritarpeen arvioinnin kannalta.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden välistä työnjakoa on arvioitava ennakkoluulottomasti. Tehtäväsiirtojen tulee perustua saatuun koulutukseen ja pätevyYTEEN. Niitä koskevat ratkaisut tulee tehdä paikallisesti.

Lääkärikunnan tehokkaan työpanoksen hyödyntämisen kannalta on järkevää noudattaa periaatetta ”Lääkärit lääkärin töihin”. Työajan tehostumisen lisäksi sillä on vaikutusta lääkärin työssä viihtyvyyteen ja motivointiin.

Kansallinen koordinoiva elin erikoislääkärikoulutukseen.

Erikoislääkärikoulutukseen koordinoiva elin

Neljännes työikäisistä lääkäreistä on yli 55-vuotiaita ja heistä 80 %:lla on yksi tai useampi erikoislääkärintutkinto. Vuosittain eläkeikään (65 vuotta) tulevien lääkärien määrä kasvaa ja on korkeimmillaan vuodesta 2018 alkaen, noin 600 lääkäriä vuodessa.

Lääkäriliitto on arvioinut Suomessa asuvien lääkärien määrän kehitystä erikoisaloittain vuoteen 2025 asti. Jos nykyiset kehityslinjat erikoisalavalinnoissa säilyvät, joidenkin erikoisalojen ennakoitaan kasvavan merkittävästi ja toisten vähenevän. Erikoisalojen kehityslinjat vaihtelevat alueellisesti.

Erikoislääkärikoulutusta ja erikoisalakohontaista työvoimatilannetta on jatkuvasti arvioitava valtakunnallisessa ja alueellisessa yhteistyössä.

Erityisvastuualueilla vuoden 2012 aikana tehdyissä selvityksissä arvioidaan erikoisalakohontaista lääkäritarjonnan kehitystä suhteessa ylilääkäreiden arvioihin lääkäritarpeen kehityksestä. Selvitykset ennakoivat erikoisalakohontaista lääkäritilannetta ja koulutuksen tarvetta alueilla vuoteen 2025 asti. Alueellisen erikoislääkärikoulutuksen kohdentaminen ja riittävyys tulee ottaa tarkasteluun määrajain. Alueelliset selvitykset tulee tehdä vertailukelpoisin menetelmin huomioiden kunkin alueen erityispiirteet.

Alakohontaista erikoislääkärikoulutuksen tarvetta ei valtakunnallisesti tällä hetkellä arvioi mikään tahon. Edellä mainittujen eräalueiden selvitysten pohjalta on mahdollista tehdä myös valtakunnallista suunnittelua. Lääkäriliiton mielestä tulee perustaa erikoislääkärikoulutusta kansallisella tasolla koordinoiva elin.

Julkisen sektorin töihin ei saa pakottaa

Ajoittain on ehdotettu, että julkisen sektorin lääkäriä vajeen helpottamiseksi lääkärit pakotettaisiin valmistumisensa jälkeen tietyksi ajaksi töihin julkiselle sektorille ennen kuin he voisivat siirtyä töihin esimerkiksi yksityisen työnantajan palvelukseen. Perusteluina ovat olleet syrjäseutujen terveyskeskuslääkäriä vaje ja lääkärikoulutuksen korkea hinta yhteiskunnalle.

Vaikka lääkärikoulutus onkin useisiin muihin yliopistokoulutuksiin verrattuna kallista, lääkäreiden pakottaminen julkisen sektorin töihin vastineena koulutuksesta on oikeusvaltiossa täysin epätasa-arvoista. Julkinen sektori kustantaa pääosin kaikkien muidenkin alojen koulutuksen, eikä tällaisia pakotteita ole käytössä.

Tutkimusten mukaan (mm. *Lääkäri 2008* -tutkimus) nuorista lääkäreistä jopa 95 % on erikoistunut, erikoistumassa tai suunnittelee erikoistuvansa jollekin lääketieteen erikoisaloista. Kaikkien alojen erikoislääkärikoulutukseen sisältyy pakollinen terveyskeskusjakso, jota pidennettiin vuonna 2003 aikaisemmasta kuudesta kuukaudesta yhdeksään kuukauteen. Niin ikään valtaosa muustakin erikoislääkärikoulutuksesta, jonka pituus alasta riippuen on viisi tai kuusi vuotta, tapahtuu julkisen sektorin työpaikoissa. Nykyjärjestelmässäänkin nuoret lääkärit ovat siis uransa alkuvaiheen pääosin julkisen sektorin töissä.

Pakkokeinot voivat johtaa siihen, että terveyskeskustyö koetaan vastenmieliseksi, eikä siihen haluta palata pakollisen jakson jälkeen. Pakottaminen vaikuttaa paitsi nuorten lääkäreiden asenteeseen myös terveyskeskusten arvostukseen kansalaisten silmissä.

Usealle alalle erikoistuminen

Lääkäreistä runsaat 10 % on suorittanut useamman kuin yhden erikoislääkärintutkinnon. Erityisen yleistä tämä on sisätautialoilla, yleislääketieteessä ja työterveyshuollossa. Useimmiten lääkäri toimii pääsääntöisesti viimeisimmän erikoistumisalan mukaisissa tehtävissä.

Resurssien kannalta ei pääsääntöisesti ole perusteltua erikoistua usealle erikoisalalle. Kuitenkin yksilöllisissä tapauksissa tämä voi olla tarpeen, jos esimerkiksi elämäntilanteet muuttuvat tai omalla erikoisalalla ei ole töitä tarjolla. Usealle alalle erikoistuminen voi olla myös rikkaus. Erikoistumisalaa valitessa ja erikoistumisen alussa erikoistuvan lääkärin ohjaus on erityisen tärkeää.

Kun lääkäri erikoistuu toiselle alalle, tulee hänen palkkauksensa noudattaa valmiin erikoislääkärin palkkausperusteita.

Vaikka erikoislääkärikoulutuksen tutkintomuotoisuus yliopistollisena jatkotutkintona loppuu, on syytä jatkaa ja kehittää erikoistumisen yliopistollisuutta. Koulutuksen tulee säilyä maksuttomana erikoistuvilla. Tietysti mielessä erikoistuvat lääkärit nykyiselläänkin maksavat erikoistumisestaan siinä muodossa, että heidän palkkansa on matalampi. Erikoislääkärin koulutus on ennen kaikkea työssä oppimista.

Päivystyksen vaikutukset erikoistumisen kapasiteettiin

Nykyisellään päivystävillä erikoisaloilla erikoistuvien lääkäreiden määrä ja siten erikoislääkärituotos määräytyvät pitkälti päivystyksen järjestämisen pohjalta. Päivystyksen keskittyessä yhä harvempiin yksiköihin tulee päivystys järjestää muuten kuin erikoistuvien lääkäreiden varaan.

Uuden akuuttilääketieteen erikoisalan asema on vielä osin hahmottamaton. Akuuttilääketieteen erikoislääkäreiden tulevasta määrästä riippuu myös osin muiden alojen osallistuminen etupäivystykseen. Päivystyksellä on myös koulutuksellista merkitystä erikoislääkäriksi valmistumisessa. Akuuttilääketieteen erikoisalan myötä voi tulla tarvetta muiden erikoisalojen koulutusohjelmien tarkistamiseen.

Täydennyskoulutusta vähintään kymmenen päivää vuodessa.

Hyvä johtaminen on rekrytointivaltti.

Tieteellinen jatkokoulutus

Suomalaiset lääkärit tekevät poikkeuksellisen paljon tutkimustyötä verrattuna muihin tieteenaloihin. Lääkäreistä on väitellyt tohtoriksi peräti 23 % ja osuus on edelleen nousussa. Lääkäriliiton selvitysten mukaan 36 % lääkäreistä ilmoittaa osallistuvansa tavalla tai toisella tutkimustyöhön.

Päätoimisten opettajien ja tutkijoiden määrä on kuitenkin huomattavasti vähentynyt. Viimeisten reilun kymmenen vuoden aikana heidän osuutensa työikäisistä lääkäreistä laski 17 % samaan aikaan, kun lääkärikoulutuksen sisäännotot lisääntyivät yli 70 %.

Lääkäriopettajien ja -tutkijoiden riittävä määrä on turvattava. Tutkimukseen tarkoitettujen erityisvaltionosuuden (tutkimus-EVO) kohdentuminen tutkimustoimintaan on varmistettava nykyistä paremmin. Tutkijoille on luotava yksilöllisiä virkamalleja siten, että tutkimus voi olla joustavasti joko päävirka tai sivuvirka.

Nykyinen lääkärin peruskoulutus perustuu pitkälti integroituun oppimismalliin, jossa klinisiä asioita opetetaan koko opinto-ohjelman ajan. Sen vuoksi on tärkeää, että opettajat koulutuksen alkuvaiheessakin ovat lääkäreitä. Mahdollisuuksilla tutkimustyön tekemiseen on myös vaikutusta lääkärin työssä jaksamiseen ja rekrytointiin.

Täydennyskoulutus

Lääkäriliiton jo vuonna 1999 tekemän suosituksen mukaan jokaisella lääkäriillä tulee olla mahdollisuus osallistua ammatilliseen täydennyskoulutukseen vähintään kymmenen päivää vuodessa työnantajan kustantamana. Lääkäriliiton selvitysten mukaan tämä tavoite ei ole vielä toteutunut, vaan täydennyskoulutuspäivien vuosittainen määrä on vajaan kahdeksan.

Lääkärin osallistumiselle täydennyskoulutukseen tulee saada rahoitus ja koulutukseen osallistuville sijaiset. Hyvä täydennyskoulutus vaikuttaa suuresti lääkärin työhyvinvointiin ja työssä viihtyvyyteen. Se on myös rekrytointitekijä. Ammattitaitoaan ylläpitävä ja kehittävä lääkäri on kaikkien etu.

Lääkäriliiton vuonna 1993 perustama erityispätevyysjärjestelmä on merkittävä osa lääkärin täydennyskoulutusta. Erityispätevyysjärjestelmässä on yli 30 pätevyysohjelmaa, ja yksittäisiä erityispätevyyksiä on myönnetty yli 2 000.

Jatkossa tulee huolehtia siitä, että erityispätevyyksiin johtavaa koulutusta on entistä tasaisemmin tarjolla eri puolilla maata, jotta pätevyden hankkineiden alueellinen sijoittuminen olisi nykyistä monipuolisempaa.

Johtamiskoulutus

Lääkäriliiton mielestä jokaisella kliinistä työtä tekevällä lääkäriillä tulee olla lääkäriesimies. Esimiesten tulee saada riittävä johtamiskoulutusta, jota nykyisin kaikki valmistuvat erikoislääkärit saavat osana erikoistumistaan. Lisäksi Lääkäriliiton ja Lääkärikompassin erikoislääkärin johtamiskoulutus on merkittävä väylä keskijohdon johtamisnäppäryyden saavuttamiseksi.

Hyvä johtaminen on keskeistä lääkärin työssä jaksamisessa. Tutkimusten mukaan epäoikeudenmukainen johtaminen vaikuttaa merkittävästi suunnitelmiin vaihtaa työpaikkaa. Hyvä johtaminen on valtti lääkärijohtamisen rekrytointissa.

Työvoiman liikkuvuus

Lääkärijohtamisen kansainvälisellä liikkuvuudella on pitkät perinteet. Lääkärijohtamisen ammattilaisesta ja kansainvälisesti varsin yhtenäinen koulutus mahdollistavat työvoiman joustavan liikkumisen maasta toiseen.

Vapaa liikkuvuus on myös yksi Euroopan Unionin peruserätyistä. Lääkärijohtamisen liikkuvuutta säätelee EU:n ammattipätevyysdirektiivi. Pohjoismaiden välillä on tutkintoja tunnustettu jo pitkään yhteisjärjestelmällä sopimuksilla.

Kansainväliset lääkärijärjestöt (WMA, CPME) ja Maailman terveysjärjestö WHO ovat antaneet ohjeita kansainvälisen työvoiman rekrytoinnin eettisistä periaatteista. Pääsääntöisesti jokaisen maan tulisi kouluttaa tarvitsemansa lääkärimäärä. Kansallisella tasolla työvoiman mittava, vihamielinen rekrytointi toisesta maasta ei ole oikeutettua. Tästä huolimatta yksilötasolla lääkärin liikkuvuus maasta toiseen on kannatettavaa ja terveydenhuoltojärjestelmiä rikastuttavaa.

Kansainvälinen lääkärijohtamisen ennakoitiin on tarpeellista. Tästä on pitkät perinteet pohjoismaisten lääkärijohtajien välisissä SNAPS-prognosoissa. Naapurimaiden vaihtelevat työvoimavajeet ja -ylitarjonat ovat joustavasti tasoittuneet työvoiman liikkuessa maasta toiseen.

2000-luvulla ulkomaalaistaustaisten lääkärin määrä Suomessa on kasvanut kolminkertaiseksi. Vuonna 2012 työikäisistä lääkäreistä noin 1 300 oli äidinkieleltään muuta kuin suomen-, ruotsin- tai saamenkielisiä. Tällä hetkellä puolet Suomessa olevista ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä on viron- tai venäjänkielisiä.

Työvoiman liikkuvuuden helpottamiseksi tulee Suomessa oleville ja Suomeen tuleville ulkomaalaistaustaisille lääkäreille järjestää nykyistä enemmän koulutusta, joka mahdollistaa lääkärijohtajien saamisen Suomessa. Koulutuksessa tulee huomioida myös kielen oppiminen ja suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän tuntemus. Maassa olevaa ulkomaalaistaustaista lääkärikuntaa on järkevää hyödyntää mahdollisimman hyvin.

Suomalaisia lääkäreitä on perinteisesti ollut varsin paljon ulkomailta. Suomeen palaavien kollegojen takaisinmuuttoa tulee tukea, jotta heidän paluunsa suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään olisi mahdollisimman nopeaa ja joustavaa.

Työhyvinvointi edistää työurien pitenemistä.

Yksilölliset työaikamallit parantavat työn ja perhe-elämän yhteensovittamista.

Työaikadirektiivin vaikutukset

EU:n työaikadirektiivin uudistamiseen on pyritty jo vuosien ajan. Suomen kuten useimpien muiden EU:n jäsenmaiden työaikalainsäädännöt ovat ristiriidassa työaikadirektiivin ja EU-tuomioistuimen linjausten kanssa. Uudistettua työaikadirektiiviä tulisi toteuttaa kansallisessa lainsäädännössä aikaisintaan vuoden 2015 alusta.

Työaikadirektiivin uudistamisella rajataan lääkärin vuosittaisia enimmäistyöaikoja. Tämä lisää lääkäri työvoiman tarvetta julkisessa terveydenhuollossa. Lisätarve jakaantuu vaihtelevasti, koska eri erikoisalojen olosuhteet poikkeavat kovasti toisistaan.

Toisaalta lääkärin työaikojen rajoittaminen edistää lääkärin työssä jaksamista ja parantaa työhyvinvointia. Se luo myös entistä paremmat mahdollisuudet perheen ja työelämän yhdistämiselle.

Työssä jaksaminen ja jatkaminen

Perhe on tutkimusten mukaan (esimerkiksi *Lääkäri 2008* -tutkimus) noussut entistä tärkeämmäksi tekijäksi lääkärin arvo maailmassa. Työn ja perheen yhteensovittamista tulee edistää erilaisten yksilöllisten työaikamallien avulla. Mahdollistamalla osa-aikatyö työuran eri vaiheissa voidaan jopa parantaa lääkäri työvoiman saatavuutta, jos vaihtoehtona on työvoiman ulkopuolelle jääminen joustamattomien työaikajärjestelyjen vuoksi.

Tutkimusten mukaan yhä useammat lääkärit nostavat eläkkeelle jäämisikänsä ja jatkavat työntekoa vielä eläkkeelle jäätyäänkin. Jo tällä hetkellä puolet eläkeläislääkäreistä jatkaa työntekoaan. Työskentelyään jatkavat eläkeläislääkärit ovat kaiken lisäksi tyytyväisempiä työhönsä kuin työikäiset kollegansa keskimäärin. Työhyvinvointia parantamalla voidaan edistää työurien pitenemistä ja eläkkeellä työskentelyä, mikä parantaa myös merkittävästi työvoiman riittävyyttä tulevaisuudessa.

Lääkäriliitossa on vuonna 2012 valmistunut laaja *Lääkärin työhyvinvointi* -työryhmän loppuraportti *Lääkäri työstä hyvinvointia*. Raportti sisältää monia ehdotuksia liittyen lääkärin itsestä huolehtimiseen, työterveyshuollon kehittämiseen, luottamuslääkärijärjestelmään ja ammatilliseen kuntoutukseen. Näillä kaikilla on merkitystä myös lääkäri työvoiman saatavuuteen ja riittävyyteen.

Hyvinvoiva lääkäri on kaikkien etu. Lääkärit ovat hyvin työhönsä sitoutuneita ja lääkärin työstä poissaolo on poikkeuksellisen vähäistä. Yhtenä ongelmana on kuitenkin lääkärin liiallinen itsehoito. Jokaisen sairastuneen lääkärin tulisi olla toisen lääkärin hoidossa.

Työttömyyden hoito

Lääkäreillä on Suomessa nykyisin hyvä työllisyystilanne. Tilanteet voivat kuitenkin muuttua nopeastikin yleisen taloustilanteen mukaan.

Suomessa oli merkittävää työttömyyttä 1990-luvun alkupuolella. Keväällä 1994 korkeimmillaan yli 700 lääkäriä oli työttömänä, ja erityisesti nuorten lääkärin työllistymisessä oli ongelmia pitkään vielä sen jälkeenkin.

Työttömyystilanteessa tulee huolehtia mahdollisimman laajasti työttömyystilanteesta eri lääkäri ryhmien kesken ja hyödyntää lääkäri työvoimaa terveydenhuollossa mahdollisimman laajasti ammattiryhmien työnjakokysymyksiin vaikuttamalla.

Kollegiaalisuus

Kollegiaalisuuteen liittyy ammatillisen avun tarjoaminen toiselle lääkärille. Tällä on lääkärin työssä jaksamisen kannalta keskeinen merkitys. Erytisen tärkeää se on uraansa aloitteleville lääkäreille. Työssä jaksamisen kannalta kollegiaalinen tuki, tutorointi, konsultaatiotuki sekä hyvä johtaminen ovat olennaisia.

Hyvään johtamiseen ja kollegiaalisuuteen kuuluu myös se, että työpaikan lääkärin tehtävät ja työkuormitus jakautuvat mahdollisimman tasaisesti.



LÄÄKÄRILIITTO
LÄKARFÖRBUNDET

Suomen Lääkäriliiton työvoimapolitiittinen ohjelma
on hyväksytty Lääkäriliiton hallituksessa 14.2.2013