

Kahden palkkakerroksen sairaalaväkeä

NLY:n koulutuspaikkakysely 2019 jäi pohdituttamaan. Kohdellaanko erikoistuvia lääkäreitä todella erikoissairaanhoidossa huomommin kuin jopa muita ammattiryhmiä, vai olisiko kyse siitä, että julkisessa terveydenhuollossa työolot ovat kaikilla ammattiryhmillä heikot, mutta kysely tehtiin vain erikoistuville?

Vastikään eräässä sosiaalisen median lääkärikeskustelussa erikoistumaton lääkäri kyseli työterveyshuollon palkkatasoa ja ilmeni, että yksityissektorilla erikoistumattomankin työterveys- tai yleislääkärin lähtöpalkka on yleisesti yli 10 000 euroa kuukaudessa. Tämä on kaksinkertainen julkisen terveydenhuollon osastonlääkärin tehtävässä olevan erikoislääkärin virka-ajan palkkaan nähden – ja ilman virkavelvollisuuksiin liittyviä päivystys- ja valmiusrasitteita. Julkisen sektorin palkkatasoa pidettiin keskustelussa jälkeensä jääneenä, ja matalan palkkataso synnä pidettiin julkisen puolen lääkäreiden osaamattomuutta palkkaneuvotteluissa.

Lääkäreiden keskivuosiansioina esitetyt julkiset verotilastot johtavat herkästi muiden ammattiryhmien vahvaan käsitykseen epäoikeudenmukaisuudesta. Ajatus epäoikeudenmukaisuudesta taas johtaa ammattiryhmien väliseen nokitteleluun työnjaosta, työkuormasta, arvostuksesta ja palkasta, mikä vaikeuttaa yhteistyötä ja heikentää työilmapiiriä. Näissä tunteita herättävissä tilastoissa ei kuitenkaan näy se, että myös lääkärinkunnan sisällä on kahden palkkakerroksen väkeä. Pitäisikökin puhua laajemmin siitä, miten julkisen puolen opetus-, sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten palkat ovat sekä yksityissektoriin nähden että yleiseen palkkatasoon verrattuna selvästi jälkeen jääneitä.

Anestesiologian alalla julkisen sektorin työnantajat voivat monopoliasemastaan sanella alan työkuormituksen ja estää tasapuolisemman palkkakehityksen.

Anestesiologian ja tehohoidon erikoisalan työpaikat ovat pääsääntöisesti julkisella sektorilla, ja julkisen sektorin isot toimijat ovat omalla maantieteellisellä alueellaan työnantajina monopoliasemassa. Monopoliasemastaan käsin työnantaja taas voi yksipuolisesti päättää sekä palkkatasosta että työkuormasta. Johtoportaan puheissa toki käydään läpi työaikalaain vaatimuksia, mutta päivystykseen liittyviin ylityötunteihin perustuva palkkarakenne sekä päivystys- ja hätätyövelvollisuudet johtavat väistämättä näennäiseen mukahalukkuuteen tehdä 50–100 tuntista työviikkoa. Seurauksena on monelle työntekijälle uupuminen ja muun elämän kapeutumisen ja kriisiytyminen. Työntekijälle jää vaihtoehtoiksi joko jatkaa uupumista omalla suppealla osaamisalueellaan työnantajan sanelemilla ehdoilla, muuttaa perheensä toiselle paikkakunnalle tai luopua omasta erityisosaamisalueestaan siirtyen muihin tehtäviin. Jopa niistä muista tehtävistä voi lopulta joutua valmiuslain puitteissa takaisin päivystysvelvollisuuden piiriin, kuten nyt koronapandemian aikana olemme nähneet.

Tutkimusten mukaan anestesia- ja tehohoidon erikoisalan keskimääräinen eliniänodote on muiden erikoissaloiden lääkäreitä matalampi, ja itsemurhia tehdään alalla keskimääräistä enemmän. Kuinka moni uupunut erikoislääkäri vielä jaksaa muun työkuormansa ohessa panostaa heille säilytettävien hallinto- ja kehittämistehtäviin ja erikoistuvien lääkäreiden ja lääketieteen opiskelijoiden ohjaamiseen? Vaikka vielä 10–15 vuotta sitten anestesiologiaan ja tehohoitoon erikoistuvista lääkäreistä epäiltiin olevan ylitarjontaa, muutama huippuyksikköä lukuun ottamatta anestesia- ja tehohoidon erikoisalan lääkäreistä on nyt pulaa. Ovatko nuoret lääkärit havainneet erikoisalan ongelmat ja äänestäneet jaloillaan? ■