

Päivystystyöryhmä III – loppuraportti hallitukselle

11.9.2022

Työryhmä:

Tuula Rajaniemi, puheenjohtaja

Jaana Puhakka

Noora Ritämäki

Pirkka Pekkarinen

Anna Siitonen

Katriina Lähteenmäki

Jaana Pikkupeura

Terhi Savolainen

Sari Silventoinen

Matias Rantanen

Terhi Ahola

Pasi Rinne

Jukka Vänskä

Laura Lindholm, sihteeri

Heikki Pärnänen, sihteeri

Tiivistelmä

Lääkäriliiton hallitus asetti Päivystystyöryhmä III:n 21.8.2020 tehtävänsä:

1. pohtia lääkärin päivystystyön järjestäminen, sen muutosten ja muutostarpeiden seuranta, erityisesti yötyön/vuorotyön raskaus ja niiden mukanaan tuomien mahdollisten haittojen minimoiminen uusien määräysten sekä käytäntöjen näkökulmasta ja
2. em. pohjautuen esittää mahdollisia muutostarpeita Lääkärisopimuksen määräyksiin, sekä
3. osallistua erikoissairaanhoidon suunniteltuun työaikapilotin ideointiin ja sen seurantaan pilottina toimivien työyksiköiden osalta.
4. Lisäksi työryhmä käy läpi ja päivittää päivystyssuosituksen ja yötyösuosituksen erityisesti tutkittuun tietoon perustuen.

Työryhmän kokouksissa on kuultu lukuisia tahoja päivystämiseen sekä vuoro- ja yötyöhön liittyvistä kysymyksistä, ja kerätty runsaasti materiaalia mm. erilaisin lääkärikunnalle osoitetuin kyselyin. Kerättyä tutkimustietoa ja muuta taustamateriaalia esitellään yksityiskohteisemmin materiaaliliitteessä.

Tehtävien 1-3 osalta työryhmä on toteuttanut Työmarkkinatutkimuksen syksyllä 2020 päivystyskysymykset erillisteemanaan; erillisen Päivystyskyselyn loppuvuonna 2021; kyselyn päivystysalojen erikoislääkäriyhdistyksille ja alaosastoille samoin loppuvuonna 2021; sekä osallistunut OYS:n ja HUS:n työaikapilottien suunnitteluun, seurantaan ja tulosten arviointiin. Em. kyselyjen ja kokeilujen tulokset ovat oleellisesti vaikuttaneet kevään 2022 kunnallista lääkärisopimusta koskevien neuvottelutavoitteiden asetantaan ja saavutettuihin sopimusratkaisuihin.

Tehtävän 4 osalta työryhmä on laatinut hallitukselle ehdotuksen voimassa olevan vuonna 2015 hyväksytyin Lääkäriliiton päivystyssuosituksen päivittämisestä. Samassa yhteydessä on arvioitu erillinen vuodelta 2005 oleva yötyösuositus tarpeettomaksi ja ehdotetaan sen lakkauttamista.

Työryhmä korostaa, että terveydenhuollon päivystysjärjestelmää ja lääkärin päivystämistä koskevaa tietopohjaa on erittäin tärkeää edelleenkin ylläpitää Lääkäriliitossa.

Työryhmä loppuraportin linjausehdotukset

Linjaus 1: Työryhmä ehdottaa hallitukselle Lääkäriliiton päivystyssuosituksen 5/2015 päivittämistä työryhmän valmistelemalla tavalla, sekä erillisen ns. yötyösuosituksen 11/2005 lopettamista.

Linjaus 2: Terveydenhuollon päivystys on ympärivuorokautista toimintaa. Se on tarkoitettu äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen vaatiman välittömän arvion ja hoidon, joita ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista, toteuttamiseksi. Se ei saa olla toimimattoman tai riittämättömän kiireettömän toiminnan ”ylivuotopaikka”. Yöaikaan on tehtävä vain ne asiat, joita ei voi siirtää seuraavaan aamuun potilaan terveyden vaarantumatta.

Linjaus 3: Sairaanhoidopiirien/hyvinvointialueiden yhteispäivystysyksiköissä päivystyspotilaiden kiireellisyys ja siten päivystyksellisen hoidon toteuttamisen aikajänne vaihtelee.

Em. on otettava huomioon päivystystoimintaa ja päivystyspotilaiden hoitoa järjestettäessä. Myös jatkohoidon järjestelyt (vuodeosastot, pitkäaikainen hoito ja hoiva) on turvattava siten, että päivystyksessä hoidettujen potilaiden jatkohoidon järjestäminen ja sen odottaminen ei kuormita päivystysyksiköitä.

Linjaus 4: Päivystyksen valtakunnalliset laatumittarit tulee kehittää, ja käyttää niitä hyväksi päivystystoiminnan laadun ja toimivuuden seurannassa. Lääkäriliiton tulee osaltaan seurata terveydenhuollon päivystyksen kehittymistä hyvinvointialueiden aloittaessa vuoden 2023 alussa, myös kuullen lääkäreitä eri puolilta Suomea.

Linjaus 5: Terveydenhuollon päivystystä kehitettäessä ja eri tasoisten päivystysyksiköiden sijoittelussa on otettava huomioon myös väestörakenteen muutos, sekä väestön keskittyminen pääradan varteen ja rannikkoseudulle. Toimivan, laadukkaan ja potilasturvallisuuden takaavan päivystyksen edellytyksenä on kiireettömän operatiivisen toiminnan turvaaminen päivystysyksiköissä (vrt. keskittämisasiasetus). Harvaan asuttujen alueiden päivystyspalvelujen saatavuus on turvattava tarvittaessa erillisjärjestelyin.

Linjaus 6: Lääketieteellinen tiedon jatkuvasti ja voimakkaasti lisääntyessä osaaminen sirpaloituu kaikilla erikoisaloilla. Lääkärit joutuvat päivystystyössä vastaamaan päivääjän työtään huomattavasti laajemmista haasteista. Tämä väistämättä johtaa varallaolopäivystyksen lisääntymiseen ja todennäköisesti lisääntyviin hälytystyöjärjestelyihin.

Linjaus 7: Vaikka sairaanhoitopiiri/hyvinvointialueiden yhteispäivystykset (päivystyspoliklinikat) ovat terveydenhuollon päivystysjärjestelmän keskeinen osa, lääkäripäivystystä tehdään sairaaloissa myös muissa yksiköissä: osastot, synnytysosalit, leikkaussalit yms. toimenpideyksiköt.

Linjaus 8: Terveydenhuoltolain mukaan kuntien on järjestettävä arkisin ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen kiireellinen vastaanotto toiminta palvelutarpeen sitä edellyttäessä. Perusterveydenhuollon kiirevastaanotto toiminta on hyvinvointialueiden toiminnan alkaessa vuoden 2023 alussa yhteensovitettava osaksi hyvinvointialueen päivystyksen kokonaisuutta.

Linjaus 9: Päivystykseen tulee varata riittävästi erilaista osaamista omaavia lääkäreitä vuorokauden eri aikoina. Yhden ympärivuorokautisen työpaikkapäivystysvakanssin hoitaminen edellyttää vähintään 15 lääkärin virkaa.

Linjaus 10: Päivystystoiminnan on perustuttava lääketieteellisiin perusteisiin. Lääkärin on voimassa olevien säädöstenkin (ns. päivystysasetus) mukaan johdettava päivystysyksikön toimintaa. Päivystysyksiköissä on turvattava asianmukaisesti ns. ”kävelevien potilaiden” hoidon järjestäminen mm. yleislääkärin ja akuuttilääkärin osaamista hyödyntäen. Eri erikoisalojen erikoistuvat ja erikoislääkärit vastaavat kunkin erikoisalan päivystyksestä.

Linjaus 11: Väestön vanhetessa terveydenhuollon päivystyksessä painottuvat iäkkäät ja monisairaavat potilaat. Tämä edellyttää geriatrisen ja yleislääketieteellisen osaamisen turvaamista päivystysyksiköissä. Myös päivystyksellinen palliatiivinen osaaminen on turvattava. Geriatrisen päivystyspotilaan hoidon toteuttaminen on erityisen kiireellistä toimintakyvyn romahtamisen estämiseksi. Hoitoratkaisujen on perustuttava potilaan ajantasaiseen hoitosuunnitelmaan. Pitkäaikaislaitoshoidossa olevien potilaiden päivystyksellisten ongelmien ratkaisun – myös mahdollisen päivystysyksikköön siirtämisen – on perustuttava jatkuvasti ajantasaisiin hoitosuunnitelmiin.

Linjaus 12: Ensihoitopalveluja suunniteltaessa ja ensihoidon palvelutasopäätöksiä tehtäessä on erityisesti harvaan asutuilla ja pitkien etäisyyksien alueilla otettava huomioon ensihoidon tärkeä rooli kotiin vietävien päivystyksellisten ja ei-päivystyksellistenkin palvelujen tuottajana.

Saatuaan työnsä valmiiksi työryhmä jättää loppuraporttinsa hallitukselle.

Helsingissä 11.9.2022

Tuula Rajaniemi, puheenjohtaja

Jaana Puhakka

Noora Ritämäki

Pirkka Pekkarinen

Anna Siitonen

Katriina Lähteenmäki

Jaana Pikkupeura

Terhi Savolainen

Sari Silventoinen

Matias Rantanen

Terhi Ahola

Pasi Rinne

Jukka Vänskä

Laura Lindholm, sihteeri

Heikki Pärnänen, sihteeri

Sisällysluettelo

1. Työryhmän asettaminen.....	1
2. Työryhmän puheenjohtaja ja jäsenet.....	1
3. Työryhmän työskentely.....	1
3.1. Vuoden 2020 työskentely.....	1
3.2. Vuoden 2021 työskentely.....	2
3.3. Vuoden 2022 työskentely.....	3
4. Työryhmän keräämä tutkimustieto ja muu taustamateriaali.....	3
4.1. Työpaikkapäivystysvakanssien määrä kasvussa.....	4
4.2. Päivystysajan leikkaustoimintaa koskevat tilastot (TietoEvry oy).....	4
4.3. Kyselyillä tietoa päivystykseen osallistumisesta ja päivystystä koskevista mielipiteistä.....	5
4.4. Työaikakokeiluista tietoa Lääkärisopimuksen määräysten kehittämiseen.....	7
4.5. Lääkärien ansiokehitys viimeisen 10 vuoden aikana - päivystyskorvaukset ovat keskeinen osa lääkärien palkkausta.....	9
4.6. Työterveyslaitoksen hanke lääkärien työajoista ja suositukset päivystystyöaikojen suunnitteluun.....	10
4.7. Pitkien työaikojen ja yötyön terveyshaitat.....	10
4.8. Erikoislääkärien koulutustarvearvio ja päivystysalojen työvoimanäkymät.....	12
5. Lääkärisopimuksen neuvottelut 2022 ja päivystystyöryhmän rooli.....	14
6. Työryhmän johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset.....	14
Liitteet.....	16

1. Työryhmän asettaminen

Lääkäriliiton hallitus päätti kokouksessaan 21.8.2020 asettaa päivystystyöryhmän määrittäen sen tehtävät seuraavasti:

1. Pohtia lääkärin päivystystyön järjestäminen, sen muutosten ja muutostarpeiden seuranta, erityisesti yötyön/vuorotyön raskaus ja niiden mukanaan tuomien mahdollisten haittojen minimoiminen uusien määräysten sekä käytäntöjen näkökulmasta ja
2. em. pohjautuen esittää mahdollisia muutostarpeita Lääkärisopimuksen määräyksiin, sekä
3. osallistua erikoissairaanhoidon suunniteltuun työaikapilotin ideointiin ja sen seurantaan pilottina toimivien työyksiköiden osalta.
4. Lisäksi työryhmä käy läpi ja päivittää päivystyssuosituksen ja yötyösuosituksen erityisesti tutkittuun tietoon perustuen.

Hallitus päätti työryhmän työskentelyajaksi seuraavan neuvottelukierroksen alkuun saakka (tammikuu 2022) velvoittaen työryhmää raportoimaan työstään hallitukselle puolivuositain, ja jättämään loppuraporttinsa hallitukselle työnsä päätyttyä.

Kokouksessaan 8.12.2021 hallitus jatkoi työryhmän esityksestä sen työskentelyaikaa huhtikuun 2022 loppuun saakka.

2. Työryhmän puheenjohtaja ja jäsenet

Työryhmän puheenjohtajana toimi Tuula Rajaniemi.

Työryhmän muiksi jäseniksi nimettiin Jaana Puhakka, Noora Ritämäki, Pirkka Pekkarinen, Anna Siitonen, Katriina Lähteenmäki, Jaana Pikkupeura, Terhi Savolainen, Sari Silventoinen, Matias Rantanen, Terhi Ahola ja Pasi Rinne. Lääkäriliiton toimistosta työryhmän jäseniksi nimettiin Jukka Vänskä, Laura Lindholm ja Heikki Pärnänen, joista kaksi viime mainittua jakavat työryhmän sihteerin tehtävän.

3. Työryhmän työskentely

Työryhmä on työskennellyt pääasiallisesti etäkokoustaen yhteensä 18 kertaa aikavälillä 10.9.2020 – 14.6.2022 (liite 1), sekä hyväksynyt viimeisen varsinaisen kokouksensa jälkeen työryhmän linjausehdotukset ja loppuraportin sähköisesti 11.9.2022.

Työryhmä on raportoinut hallitukselle työskentelystään 12.2.2021, 8.12.2021 sekä 21.4.2021. Työryhmän loppuraportin valmistuminen on kevästä 2022 viivästynyt pitkäksi venähtäneen ja lakkojen sävyttämän kunta-alan neuvottelukierroksen takia.

3.1. Vuoden 2020 työskentely

Työryhmä kokoontui vuoden 2020 aikana yhteensä neljä kertaa. Kokouksissa käsiteltiin seuraavia asioita:

- a. käytiin läpi työryhmän tehtävät ja tehtiin työsuunnitelmaa;
- b. tutustuttiin aiempien vuosien 2011 ja 2014 päivystystä käsitelleiden työryhmien raportteihin sekä muuhun jo olemassa olevaan taustamateriaaliin;
- c. keskusteltiin kevään 2020 Lääkärisopimuksen työaikamääräysten viestinnästä;

- d. käytiin läpi erilaisia päivystystyön malleja (akuuttilääkärimalli, HUS-ATeK-malli, TaYS:n Acutan malli ja Jorvin sairaalan päivystysviikkokokeilu);
- e. keskusteltiin erityisesti päivystystyötä tekevien lääkärien työhyvinvoinnin ja työssäjaksamisen tukemisesta työpaikkatasolla tehtävillä kartoituksilla yhteistyössä Kuntatyönantajan kanssa;
- f. kuultiin asiantuntijana professori Mikko Härmää pitkien työrupeamien ja yöntyön terveyshaitoista;
- g. käytiin läpi palkkatilastoja akuuttilääkäreiden ja muiden päivystävien lääkäreiden kokonaisansion palkanmuodostuksesta;
- h. kuultiin työryhmän jäsenten kokemuksia uusien kevään 2020 Lääkärisopimuksen työaika- ja päivystysmääräysten käyttöönotosta;
- i. kuultiin lääkintöneuvos Sirkku Pikkujämsää päivystyksen ajankohtaisista ja tulevaisuuden näkymistä (päivystyksen keskittyminen) STM:n näkökulmasta;
- j. kuultiin työryhmän jäsen Sari Silventoista gynekologien työaika- ja päivystysjärjestelyistä eri sairaaloissa.

3.2. Vuoden 2021 työskentely

Työryhmä kokoontui vuoden 2021 aikana yhteensä kymmenen kertaa. Kokouksissa käsiteltiin seuraavia asioita:

- a. kartoitettiin Lääkäriliiton päivystys- ja yötyösuositusten päivittämistarpeita tutkittuun tietoon perustuen;
- b. kuultiin Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n lehden Finnanest:n päätoimittajaa anestesialääkäreiden työaikakyselystä;
- c. kuultiin tutkimuspäällikkö Jukka Vänskää syksyn 2020 Työmarkkinatutkimuksen alustavista tuloksista;
- d. kuultiin tutkimuspäällikkö Jukka Vänskää vapaamuotoisen päivystyksen järjestelyistä Työmarkkinatutkimuksen ja päivystysvakanssiselvityksen tulosten pohjalta;
- e. keskusteltiin lääkiryhmiensä segmentoinnin mahdollisuuksista päivystyksen osalta;
- f. kuultiin TietoEvrin Timo Porkkalaa ja Saija Rissasta yö- ja viikonloppuaikaisten leikkausten muutoksista aikajänteellä 2012–2019 leikkaustilastojen perusteella;
- g. keskusteltiin päivystys-suosituksen alustavista päivitysmuutoksista;
- h. kuultiin työryhmän jäseniä Terhi Savolaista ja Matias Rantasta heidän tekemästään kirjallisuuskatsauksesta yötyön haitoista;
- i. kuultiin työryhmän jäsenten Jaana Pikkupeuran ja Pirkka Pekkarisen selvitys OYS:n ja HUS:n työaikapilottien tilanteesta;
- j. kuultiin tutkimuspäällikkö Jukka Vänskää keväällä 2021 päivystävien erikoisalojen erikoislääkärilyhdistyksille ja alaosastoille tehdyn työaika- ja lepoaikamääräyksiä koskevan kyselyn tuloksista;
- k. kuultiin neuvottelujohtaja Laura Lindholmia Työaikalain pakottavista määräyksistä, sekä työmarkkinaosapuolten mahdollisuuksista poiketa TAL:n määräyksistä sopimusperusteisesti;
- l. kuultiin tutkimuspäällikkö Jukka Vänskää lääkäreiden ansiokehityksestä viimeisen kymmenen vuoden ajalta Tilastokeskuksen materiaalin pohjalta;
- m. keskusteltiin työaikamääräysten jatkokehittämisen tarpeista ja mahdollisuuksista, sekä päivystyksen järjestämisestä tulevilla hyvinvointialueilla;
- n. käytiin läpi aiempien päivystystyöryhmien toimenpide-ehtotuksia ja niiden toteutumista valmistautuen työryhmän loppuraportin linjauksiin;
- o. kuultiin työryhmän jäseniä Jaana Puhakkaa ja Anna Siitosta perusterveydenhuollon päivystyksen järjestämisestä hyvinvointialueilla, sekä keskusteltiin lääkäreiden päivystysvelvollisuudesta;
- p. kuultiin työryhmän jäsentä Pirkka Pekkarista HUS-ATeK:n päivystyspilotin tuloksista;

- q. kuultiin PSHP:n koulutuspäällikkö Johanna Rellmania erikoislääkärien määrän kehitysarvioista ja koulutustarvearvioista;
- r. kuultiin tutkimuspäällikkö Jukka Vänskää syksyllä 2021 jäsenkunnalle tehdyn päivystyskyselyn tuloksista, sekä linjattiin kyselyn tulosten pohjalta työryhmän näkemyksiä Lääkärisopimuksen neuvottelutavoitteiksi työaikamääräysten osalta;

3.3. Vuoden 2022 työskentely

Työryhmä kokoontui vuonna 2022 yhteensä neljä kertaa. Työryhmän kokouksissa käsiteltiin toimintavuonna seuraavia asioita:

- a. keskusteltiin Lääkärisopimuksen yksityiskohtaisista työaikamääräyksiä koskevista tavoitteista valtuuskunnan tekemien linjausten pohjalta;
- b. käytiin yksityiskohtaisesti läpi päivystysuosituksen linjausmuutokset ja keskusteltiin yötyösuosituksen asemasta;
- c. suunniteltiin loppuraportin koostamista;
- d. kuultiin lääkintöneuvos emeritus Timo Keististä ja ylilääkäri Mikko Franssilaa terveydenhuollon päivystyksen mahdollisista tulevaisuuden kehityssuunnista;
- e. kuultiin eri vaiheissa neuvottelujohtaja Laura Lindholmin raportti kuntasektorin ajan-kohtaisesta neuvottelutilanteesta, sekä Lääkärisopimuksen lopullinen neuvottelutulos;
- f. koostettiin loppuraportin linjausehdotukset;
- g. hyväksyttiin päivystysuosituksen yksityiskohtaiset muutosehdotukset, sekä loppuraportin linjausehdotukset.

4. Työryhmän keräämä tutkimustieto ja muu taustamateriaali

Päivystystyöryhmän laatimat suositukset ja linjausehdotukset pohjaavat eri tutkimuksista ja selvityksistä sekä toimipaikkakohtaista työaikakokeiluista ja käytännön kokemuksista saatuihin tietoihin. Tilastomateriaali on koottu sähköisiksi liitteiksi. Työryhmän hyödyntämiä tietolähteitä olivat:

- Lääkäriliiton selvitys päivystysvakanssien määristä ja muutoksista vuosina 1999–2019
- Leikkaustoimintaa koskevat tilastot 2012–2019, TietoEvry oy
- SLL Työmarkkinatutkimus 2020
- SLL Päivystyskysely 2021
- Erikoislääkäriyhdistyksille ja SLL erikoisalakohtaisille alaosastoille kohdennettu kysely työaika- ja lepoaikamääräyksistä 2021
- Anestesiologien päivystysjärjestelyt (Hannele Heine)
- Naistentautien ja synnytysten päivystysjärjestelyt (Sari Silventoinen)
- TaYS Acutan akuuttilääkärien päivystys (Anna Siitonen)
- Akuuttilääkärien työaikamalli (Terhi Savolainen)
- Työaikakokeilu OYS:n sisätautipäivystyksessä (3 mallia)
- Työaikakokeilu (laarimalli) HUS ATeK:issa
- Lääkärien ansiokehitys ja päivystyskorvaukset 2010–2020
- Matias Rantasen ja Terhi Savolaisen esitys ja kirjallisuuskatsaus yötyön haitoista
- Mikko Härmän tutkimuskatsaus pitkien työvuorojen ja yötyön terveysvaikutuksiin.
- Johanna Rellmanin esitys erikoislääkärien koulutustarvearviosta ja päivystysalojen työvoimanäkymistä
- Mikko Franssilan esitys TaYS Acutan toiminnasta

4.1. Työpaikkapäivystysvakanssien määrä kasvussa

Lääkäriliitto on selvittänyt päivystysvakanssien määrän ja rakenteen muutoksia vuodesta 1999 lähtien. Vakanssikohtaiset tiedot kerätään sairaanhoitopiirien päälähtämismiesten kautta, ja uusien selvitys tehtiin alkuvuodesta 2019. Sitä edeltävät tiedonkeruut olivat vuosina 2009 ja 2013. Vakanssikyselyllä kartoitetaan päivystysvakanssien määrää erikoisalan ja päivystysmuodon mukaan (työpaikkapäivystys, vapaamuotoinen päivystys ja poikkeava työpaikkapäivystys). Vuoden 2019 selvityksessä tiedot kerättiin myös osa-aikaisista vakansseista ja päivystyksen lisäresursseista (ks. liite 2).

Koko maassa oli vuonna 2019 työpaikkapäivystyksen vakansseja 297, vapaamuotoisen päivystyksen vakansseja 307 ja poikkeavan työpaikkapäivystyksen vakansseja 13. Päivystysvakanssien kokonaismäärä oli kasvanut 13 % eli 617 vakanssiin vuodesta 2013.

Päivystysvakanssien määrän kasvu johtuu kokonaisuudessaan työpaikkapäivystysvakanssien lisäyksistä. Työpaikkapäivystyspisteiden määrä on noussut yli kolmanneksella vuodesta 2013 ja lähes tuplaantunut vuoteen 1999 verrattuna. Lisäykset kohdistuvat erityisesti akuuttilääketieteen, yleislääketieteen, psykiatrian ja radiologian aloille. Samaan aikaan poikkeava työpaikkapäivystys on häviämässä. Sen vakanssimäärä on laskenut vuodesta 1999 noin 70 %. Jäljellä olevista (13) päivystyspisteistä puolet on psykiatrisia päivystyksiä. Vapaamuotoisten vakanssien määrä on vähentynyt noin 10 %.

Selvitys osoitti, että päivystysjärjestelmän muutosten seurannassa vakanssikohtainen tarkastelu on tulossa tiensä päähän. Tämä näkyy muun muassa siinä, että ilta- ja viikonloppuisin työpaikkapäivystyksiä vahvistetaan osa-aikaisella päivystysresurssilla vastaamaan paremmin potilasmääriä, akuuttilääkärin merkitys yhteispäivystyksissä on kasvanut ja vapaamuotoisia päivystysvakansseja jätetään täyttämättä tilanteissa, joissa työpaikkapäivystäjänä on erikoislääkäri.

4.2. Päivystysajan leikkaustoimintaa koskevat tilastot (TietoEvry oy)

TietoEvry Oy kerää tietoja mm. eri sairaaloiden leikkaustoiminnasta ja sen kehityksestä. Työryhmän tarkastelussa olivat erityisesti päivystysaikaisen leikkaustoiminnan kehitys vuosina 2012–2019 sairaalatyypeittäin (yliopistosairaalat, laajan päivystyksen sairaalat ja muut päivystävät sairaalat), toimenpideryhmittäin ja eri vuorokaudenajan mukaan eriteltyinä (ks. liitteet 3A ja 3B).

Tarkastelujaksolla elektiiivisten toimenpiteiden määrä konsortiossa on lisääntynyt vain vajaa kaksi prosenttia samalla kun päivystystoimenpiteiden kasvu on ollut noin 8 %. Yö-sairaaloissa kasvu on ollut noin 9 %, laajan päivystyksen sairaaloissa vain 2 %, mutta muissa päivystävissä sairaaloissa yli 17 %. Elektiiivisten toimenpiteiden osalta kaikissa muissa sairaalatyypeissä lasku on ollut selvää (6–8 %), vain yliopistosairaaloissa on tapahtunut vajaan 7 % lisääntyminen. Samanaikaisesta salikapasiteetin mahdollisesta muutoksesta ei ole tietoa.

Päivystystoimenpiteiden osuus konsortiossa on tarkastelujaksolla ollut noin neljännes koko leikkaustoiminnan volyyymistä. Päivystystoimenpiteiden osalta yleisimpiä toimenpiteitä, kahden merkin tarkkuudella esitettyinä, olivat lonkka- ja reisimurtumat sekä umpilisäkkeen poisto. Viiden merkin tarkkuudella yleisin toimenpiteiden oli sektio ja sen jälkeen tähyystoimenpiteenä tehty umpilisäkkeen poisto, jonka määrä oli kolminkertaistunut

tarkastelujaksolla. Sappirakon poistojen määrä päivystystoimenpiteenä oli myös yli kaksinkertaistunut.

Trendinomaisesti 65 vuotta täyttäneiden osuudet ovat lisääntyneet, kun taas nuorempien ikäryhmien osuudet ovat laskeneet. Tämä liittyy todennäköisesti umpilisäkkeen tulehdusten hoitokäytännön muuttumiseen, jossa operatiivisen hoidon osuus on vähentynyt ja leikkauksetkin siirtyneet päiväaikaan. Syntyvyyden lasku näkynee naissukupuolen osuuden vähäisenä laskuna. Muutokset leikattavien potilaiden ASA-luokituksessa ovat vähäisiä, mutta ainakaan aiempaa parempikuntoisia päivystystoimenpiteiden potilaat eivät ole.

Eri vuorokaudenaikoina tehtyjen päivystystoimenpiteiden jakaumissa oli sairaalatyypin välillä eroja. Yliopistosairaaloissa yöaikana tehtävien päivystystoimenpiteiden osuus on suurempi kuin kahdessa muussa luokassa. Erityyppisissä sairaaloissa ei kuitenkaan ole ajallista muutosta, joskin laajan päivystyksen sairaaloissa ja muissa päivystyssairaaloissa päiväaikaisten toimenpiteiden osuus jonkin verran kasvaa ja yöaikaisten osuus vastaavasti vähenee. Vuosien 2003–2012 väliseen aikaan verrattuna muutos on selvä: yöaikaisen toiminnan osuus on vähentynyt ja erityisesti yliopistosairaalassa leikkaukset ovat siirtyneet ilt-aikaan, laajan päivystyksen sairaaloissa sekä ilt- että päiväaikaan, mihin ohjeistuksilla on myös pyritty.

Yöaikaisen toiminnan toimenpidejakauman (viiden merkin tarkastelu) profiili ei muutu kokonaistarkasteluun nähden: sektio ja umpilisäkkeen poisto ovat yleisimpiä toimenpiteitä. Yliopistosairaaloissa seuraavaksi yleisin on subduraalihakematooman evakuaatio, jonka jälkeen tulevat synnytyksen lisätoimenpiteet, laparotomiat ja erilaiset alaraajatoimenpiteet.

Johtopäätelmänä voidaan todeta, että kaikkia yöaikaista toimenpiteitä ei edelleenkään tehdä potilaan tarpeista lähtien, vaan toimenpiteitä siirryy yöaikaan riittämättömien päiväaikaisten resurssien takia.

4.3. Kyselyillä tietoa päivystykseen osallistumisesta ja päivystystä koskevista mielipiteistä

Lääkäriliitto toteutti loppuvuodesta 2020 Työmarkkinatutkimuksen (edellinen vuonna 2017), jossa päivystyskysymykset olivat yhtenä erillisteemana. Pääasiallisena tavoitteena oli tuottaa ajantasaista tietoa päivystykseen osallistumisesta sekä kartoittaa jäsenkunnan ensimmäisiä tunteita Lääkärisopimuksen uusiin työaikamääräyksiin ja niiden toimivuuteen. Ajankohta oli haastava, sillä uusien työaikamääräysten soveltaminen ja käyttöönotto olivat monessa paikassa vielä tuolloin kesken (ks. liite 4). Sen takia Lääkäriliitto toteutti vielä uuden tiedonkeruun, Päivystyskyselyn, loppuvuodesta 2021. Päivystyskyselyllä (ks. liite 5) kartoitettiin tietoa Lääkärisopimuksen työaika- ja lepoaikamääräysten soveltamisesta ja niitä koskevista kehittämistarpeista. Kyselytiedoilla arvioitiin myös Lääkärisopimukseen tehtyjen muutosten vaikutuksia mm. päivystysmääriin, työsidonaisuuteen ja lääkärin ansioihin. Päivystysalojen erikoislääkäriyhdistyksille ja alaosastoille tehty kysely täydensi em. tietopohjaa keskittymällä erikoisalakohtaisiin päivystysjärjestelyihin, päivystyksen kipukohtiin ja niiden kehitystarpeisiin (ks. liite 6). Jäsenkunnan näkemykset olivat keskeisessä roolissa Lääkärisopimusta koskevien neuvottelutavoitteiden asettamisessa.

Vuoden 2020 Työmarkkinatutkimuksessa päivystäjät nostivat keskeisimmiksi päivystykseen liittyväksi ongelmaksi päivystyksen riittämättömän resurssoinnin ja päivystysfrekvenssin lisääntymisen tilanteessa, jossa päivystysvuorojen pituus jää alle 15 tuntiin. Aikaisempaa harvempi (21 %) koki 24 tunnin yhtäjaksoisen työskentelyrupeaman erittäin suureksi ongelmaksi (27 % vuonna 2017).

Päivystyskyselyyn vastasi 2 290 lääkäriä, joista päätoimisesti sairaaloissa työskenteleviä ja päivystykseen osallistuvia lääkäreitä oli 1871 (60 % yliopistollisissa keskussairaaloissa ja 40 % keskussairaaloissa). Kaikkiaan sairaaloissa työskentelee noin 7 000 päivystävää lääkäriä. Vastanneista 68 % oli erikoistuneita ja 32 % erikoistuvia lääkäreitä. Naisia oli 63 % ja miehiä 37 %.

Kyselyyn vastanneista sairaaloiden päivystäjistä työpaikkapäivystyksiä tekeviä oli 48 %, vain vapaamuotoiseen päivystykseen osallistuvia 17 % ja loput noin 35 % teki sekä työpaikkapäivystyksiä että vapaamuotoista päivystystä.

Tyypillisesti vapaamuotoista päivystystä tekevillä on pari päivystystä kuukaudessa, kerran arkena ja yhtenä viikonloppuna. Keskimäärin aktiivisuutta on arkena 25 % (mediaani 20 %) ja viikonloppuna 34 % (mediaani 30 %) vapaamuotoisesta päivystyksestä. Eri päivystyspisteissä päivystävien lääkärien välillä on tässä suhteessa merkittäviä eroja. Enimmillään aktiivisuuden osuus voi vapaamuotoisessa päivystyksessä nousta jopa 70 %:iin.

Noin 60 % lääkäreistä kertoi tekevänsä arkena tyypillisesti 16–18 tunnin työpaikkapäivystyksiä. Lääkärisopimuksen mukaan yli 13 tunnin työrupeamissa on taattava päivystäjälle yhtäjaksoinen kolmen tunnin lepo kello 23–08 välillä. Joka kolmas (31 %) vastasi, että työpaikkapäivystyksessä vuoron tyypillinen kesto arkena on korkeintaan 13 tuntia. Viikonloppuisin työpaikkapäivystyksiä on jo pidempään jaettu lyhyempiin vuoroihin. Kyselyssä lähes 60 % lääkäreistä kertoi päivystävänsä viikonloppuisin enintään 13 tuntia kerrallaan.

Suurimman ryhmän (36 %) muodostivat ne lääkärit, jotka tekivät työpaikkapäivystyksiä tai vapaamuotoista päivystystä 3–4 kertaa kuukaudessa. Noin joka kymmenennellä lääkäriellä oli korkeintaan kaksi päivystystä kuukaudessa. Yhtä moni päivystää yli 8 kertaa kuukaudessa. Merkittävä osuus tästä ryhmästä on akuuttilääkäreitä, joiden työ on kokonaisuudessaan päivystämistä, ja joilla työ on tyypillisesti järjestetty lyhyempien vuorojen mukaisesti siten, että säännöllinen viikkotyöaika 38 tuntia 15 minuuttia ei ylitä. Muilla aloilla päivystys on säännöllisen työajan ylittävää työtä.

Päivystyskyselyssä tiedusteltiin edellisen Lääkärisopimuksen vaikutuksista muun muassa päivystyksen määrään ja kestoon sekä työhyvinvointiin ja -sidonnaisuuteen. Yli puolet lääkäreistä oli sitä mieltä, että Lääkärisopimuksen muutoksilla ei ollut vaikutusta kysytyihin asioihin. Niissä yksiköissä, joissa päivystysvuoroja oli jaettu, päivystysten frekvenssi oli kasvanut ja sen myötä työsidonnaisuus lisääntynyt. Myös kiireen määrän päiväaikaisessa työssä koettiin lisääntyneen. Joka kolmas jaettu arkisyöpäpäivystyksiä tekevistä raportoi työhyvinvointinsa parantuneen. Vain 12 % kyselyyn vastanneista kertoi työpaikalle palkatun lisää päivystäviä lääkäreitä.

Viidennes (21 %) päivystävistä lääkäreistä raportoi ansioidensa laskeneen sopimusmuutosten myötä. Tämän taustalla olivat lähinnä päiväaikaisen vapaa-ajan lisääntyminen ennen arkiyöpäivystyksiä. Kehitystä, jossa ansiot laskevat työtuntien vähenemisen myötä, piti ylipäätään hyväksyttävänä alle puolet (47 %) päivystävistä lääkäreistä.

Lähes 80 % oli sitä mieltä, että Lääkärisopimuksen tulee edelleen mahdollistaa noin 24 tunnin yhtäjaksoinen työskentely, mikäli työvuoronaikainen kuormitus on kohtuullista. Reilu neljännes (28 %) puolestaan katsoi, että yli 13 tunnin yhtäjaksoista työskentelyä ei tulisi sallia Lääkärisopimuksessa.

Sopivinta työpaikkapäivystysvuoron pituutta kysyttäessä lääkärien vastaukset jakautuivat. Joka toinen lääkäri (48 %) piti arkena korkeintaan 13 tuntia kestävästä päivystyksestä

sopivampana. Lähes yhtä moni (44 %) haluaisi edelleen päivystää arkena 16–18 tunnin mittaisia vuoroja. Eniten pidemmät päivystysvuorot saivat kannatusta kirurgian aloilla sekä anesthesiologian ja tehohoidon erikoislääkärien keskuudessa. Sen sijaan neurologian, akuuttilääketieteen ja sisätautien aloilla selvä enemmistö oli lyhyempien päivystysvuorojen kannalla. Viikonloppupäivystysten osalta yli 60 % lääkäreistä piti korkeintaan 13 tuntia sopivimpana päivystysvuoron pituutena, kun taas 24–26 tunnin päivystysvuoron arvioi itselleen sopivimmaksi 29 % päivystäjäistä.

Työmarkkinatutkimuksen ja Päivystyskyselyn tulokset osoittivat, että vuoden 2020 Lääkärisopimuksen työaikamääräyksiin tehdyt muutokset vaativat jatkokehittämistä, ja päivystävät lääkärit toivovat lisää toimipaikka- ja erikoisalakohtaisia joustomahdollisuuksia keskitettyihin sopimusmääräyksiin. Määräysten toivottiin huomioivan nykyistä paremmin esimerkiksi työn kuormittavuuden eroja eri päivystyspisteissä. Vastaava tulos saatiin myös erikoislääkäriyhdistyksille ja alaosastoille tehdystä kyselystä.

Tarkempia erikoisalakohtaisia tietoja työaika- ja päivystysjärjestelyistä oli työryhmässä esillä mm. anesthesiologian ja tehohoidon (ks. liite 7 ja http://www.finnest.fi/files/kaukonen_tyoaikakysely.pdf), naistentautien ja synnytysten (ks. liite 8) ja akuuttilääketieteen aloilta (ks. liitteet 9A ja 9B).

4.4. Työaikakokeiluista tietoa Lääkärisopimuksen määräysten kehittämiseen

Viimeisimmässä Lääkärisopimuksessa vuorokausileposääntöjä muutettiin uuden työaikalain mukaisiksi. Työsuojelullisesti säännöt tiukentuivat ja lääkärin päivystysvuorot muutettiin 13 tunnin mittaisiksi. Tästä voidaan kuitenkin poiketa, jos kello 23.00–8.00 toteutuu kolmen tunnin keskeytyksetön lepo. Tällöin voidaan tehdä jopa 24 tunnin vuoroja.

Lääkäriliitto ja KT Kuntatyönantajat myönsivät vuonna 2021 kaksi poikkeuslupaa, joilla voidaan poiketa myös Lääkärisopimuksen määräyksistä. Toinen poikkeuslupa myönnettiin OYS:n sisätautiklinikalle ja toinen HUS:n leikkaussalit, teho- ja kivunhoidon tulosityksikölle (ATeK). Lähinnä kyse oli poikkeamisesta Lääkärisopimuksen vuorokausilepoa koskevista säännöksistä. Edellytyksinä poikkeusluvan saamiselle oli se, että toimipaikoilla kerätään tietoa kokeilluista työaikamalleista hyödynnettäväksi seuraavissa virkaehtosopimusneuvotteluissa.

Työaikakokeiluihin sisältyi palautekyselyt kokeilujakson jälkeen. Palautetta kerättiin myös esihenkilöiltä. Lisäksi OYS:n sisätautipäivystäjille toteutettiin fysiologisia mittauksia, mutta niiden tulokset eivät eritelleet eri työaikamalleja.

4.4.1. OYS kokeili kolmea vaihtoehtoista työaikamallia

OYS:ssa pilotoitiin poikkeusluvalla kolmea yöpäivystysmallia sisätautien osastopäivystyksessä (ks. liite 10). Kutakin mallia kokeiltiin kaksi kuukautta, jonka jälkeen toteutettiin kysely päivystäneille lääkäreille. Koska kyseessä oli yhteen erikoisalaan ja suhteellisen pieneen lääkärijoukkoon (n=16) liittyvä kokeilu, tulokset eivät ole yleistettävissä muihin päivystysyksiköihin.

Ensimmäinen kokeiltu malli oli työaikalain mukainen järjestely, jossa yöksi päivystämään tuleva on vapaalla päivystystä edeltävän ja seuraavan päivän. OYS:n sisätautilääkärit pitivät siitä, että tässä mallissa vapaa-aika lisääntyi ja työsidonnaisuus väheni kahden aktiivivapaapäivän ansiosta. Toisaalta ylimääräisen aktiivivapaan koettiin jonkin verran

heikentävän ansiotasoa ja mahdollisuutta osallistua koulutuksiin. Poissaolot hankaloittivat hiukan päiväaikaisen toiminnan sujuvuutta.

Tämä malli laajentaa päivystäjien rinkiä ja jakaa kuormaa isommalle joukolle. Esimerkiksi johtajat voivat tehdä iltapäivystyksiä, mutta eivät voi päivystää öitä, koska he eivät voi olla seuraavana arkipäivänä pois töistä. Malli arvioitiin pilottitutkimuksessa toiseksi parhaaksi.

Toisessa mallissa osastopäivystyksessä on kaksi yöpäivystäjää, jotka vuorotellen takaavat toisilleen kolmen tunnin lepoajan. Kumpikin voi olla töissä päivystystä edeltävän päivän, ja kumpikin on poissa seuraavan päivän. Malli koettiin OYS:ssa muita huonommaksi, koska yöpäivystysten määrä lääkäriä kohti lisääntyi ja työsidonnaisuus kasvoi. Lisäksi kahta yöpäivystäjää ei pidetty tarpeellisena työmäärän suhteutettuna.

Kolmas malli oli OYS:ssa aiemmin käytössä monilla erikoisaloilla. Siinä ilta- ja yöpäivystyksen tekevät eri henkilöt, kuten kahdessa muussakin mallissa, mutta yöpäivystäjiä on vain yksi poiketen toisesta mallista. Tavoitteena on, että yöpäivystäjä voisi pitää sopimuksen mukaisen kolmen tunnin lepotauon yöllä, mutta pilotin aikana hyväksyttiin myös vain puolentoista tunnin yhtäjaksoinen lepoaika. Mallissa kaksi lääkäriä jakaa arkipäivystyksen siten, että kumpikin tekee normaalin työpäivän kello 15.30:een asti, ja toinen jää päivystämään 22:een asti. Toinen lähtee vapaalle, palaa kello 21 päivystämään yöksi ja on seuraavan päivän päivystysvapaalla. Tätä mallia OYS:n sisätautilääkärit pitivät toimivana, ja se koettiin malleista parhaimmaksi.

4.4.2. HUS ATeK:n ”laarimalli” sai päivystäjiltä hyvää palautetta

HYKS Leikkaussalit, teho- ja kivunhoidon toimialalla (ATeK) pilotoitiin Lääkärisopimuksesta poikkeavaa ”laarimalliksi” nimettyä työaikamallia, jossa päivystysvuoro on 18 tunnin mittainen (ks. liite 11). Edellytyksenä oli vähintään 1,5 tunnin yhtäjaksoinen lepo, jonka pitää toteutua yöaikaan kello 23.00–8.00. Mallin perusajatuksena oli luoda järjestely, jossa yhdellä 18 tunnin päivystysvuorolla saadaan arkena täytettyä koko päivystysaika yhdellä päivystäjällä. Järjestely estää päivystysfrekvenssin lisääntymistä alalla, jossa lääkärikohittaiset päivystysmäärät ovat jo lähtökohtaisesti suuria.

Laarimallissa työkuormitusta kompensoidaan niin, että 35 tunnin viikkolepo toteutetaan jokaisella kalenteriviikolla, päivystystä edeltävä päivä on vapaa ja kolmen kuukauden välein on mahdollista pitää palautumisviikko. Vapaapäivät ovat puoliksi palkallisia, palautumisviikko palkaton.

Laarimallin mukainen kokeilu aloitettiin toukokuussa kolmessa yksikössä (Meilahden teho, Naistenklinikka, Jorvi) ja sitä laajennettiin neljään yksikköön syyskuussa (Meilahden leikkaussalit, Peijas, Töölö, Lastensairaala) 2021. Kokeiluun osallistui yhteensä 250 lääkäriä ja heistä kokeilua koskeviin palautekyselyihin vastasi 152 (61 %) lääkäriä.

Laarimalli sai osallistujilta varsin hyvää palautetta. Kyselyssä neljä viidestä vastanneesta koki, että päivystystä edeltävä vapaa tukee jaksamista. Jopa 90 prosenttia vastanneista koki viikkolepopäivän parantaneen jaksamistaan. Toisaalta työntekijät toivat esiin, että päiväaikainen kiire lisääntyi työaikakokeilun myötä. Eri yksiköissä päivystäneiden lääkärien vastauksissa oli merkittäviä eroja. Tämä korosti tarvetta saada keskitettyyn Lääkärisopimukseen sellaisia määräyksiä, jotka mahdollistavat päivystystyön erilaiset järjestämistavat yksiköiden toiminnan erityispiirteet huomioiden. Kolme neljästä kokeiluun osallistuneesta toivoi laarimallin mukaisten määräysten ottamista yhdeksi vaihtoehdoksi myös Lääkärisopimuksessa.

Meilahden teho-osastolla kokeiltiin pienemmällä porukalla (n=12) myös toista työaikamallia (moduulimalli), jossa oli laarimallin tapaan edellytyksenä korkeintaan 18 tunnin työskentelyrupeaman enimmäispituus, vähintään 1,5 tunnin yölepo klo 23–08 välillä ja viikkolevon (35 tuntia) toteutuminen joka kalenteriviikko. Moduulimallissa työ organisoitiin kuormitukseltaan erisisältöisten moduulien mukaisesti (esim. kuormitukseltaan erilaiset päivystysviikot tai päivätyöviikot). Moduulimallin mukaisessa järjestelyssä työvuorot suunniteltaisiin 4–6 kuukaudeksi kerrallaan ja työstä maksettaisiin kokonaispalkka tehtyjen moduulien mukaisesti.

Kokeilussa mukana olleiden mielipiteissä oli merkittäviä eroja. Osa koki päivystysviikot liian kuormittaviksi, osa piti järjestelyä hyvänä. Kokonaispalkkaus nähtiin mallissa myönteisenä, sillä mallissa palkkataso ei pudonnut esim. sairauslomien tai muiden poissaolojen takia. Lähes kaikki pilottiin osallistuneet toivoivat myös moduulimallin mukaisten määräysten ottamista osaksi Lääkärisopimusta. Moduulimallia koskevan kyselyn tuloksia on hankala yleistää koskemaan muita päivystyksiköitä kokeiluun osallistuvien pienen joukon takia.

4.5. Lääkärien ansiokehitys viimeisen 10 vuoden aikana - päivystyskorvaukset ovat keskeinen osa lääkäreiden palkkausta

Lääkärien palkoista ja päivystyskorvauksista saatiin tietoja Tilastokeskuksen keräämästä Kuntasektorin palkat vuosiaineistoista (ks. liite 12). Tiedot perustuvat kuntien ja kuntayhtymien palkkahallinnoista kerättyyn tietoon, ja tilastot kuvaavat palkkatason kunkin vuoden lokakuussa. Lääkärien palkkausta voidaan tarkastella eri ansiokäsitteiden avulla (tehtäväkohtainen palkka, säännöllisen työajan ansiot, kokonaisansiot). Työryhmä käsittelee lääkäreiden palkkatietoja vuoden 2020 lokakuulta. Ajallisten muutosten arvioimiseksi tietoja verrattiin vuoden 2010 tietoihin. Vuoden 2020 Lääkärisopimuksen työaikamääräyksiin tehdyt muutokset eivät vielä kokonaisuudessaan ole nähtävissä vuoden 2020 palkkatiedoissa.

Päivystäminen on monilla lääkäreillä virkaan liittyvä velvollisuus, jota tehdään säännöllisen viikkotyöajan lisäksi. Sairaaloiden lääkäreistä noin 70 % päivystää osana päätyötään. Terveyskeskusten lääkäreillä päivystäminen on harvinaisempaa. Päivystyskorvausten (ml. mahdolliset lisätyö- ja ylityökorvaukset) osuus sairaaloissa työskentelevillä erikois- ja erikoistuvilla lääkäreillä on noin 30 % kokonaisansioista, terveyskeskuksissa puolestaan 4–5 % tasoa.

Keskimäärin lääkäreiden säännöllisen työajan ansiot ovat nousseet reilu 10 vuodessa suhteellisesti hieman muuta kuntasektoria vähemmän (14 % vs. 17 %). Toisaalta euromääräisesti tarkasteltuna lääkäreiden ansiotaso on noussut selvästi muuta kuntasektoria enemmän.

Kokonaisansioihin lasketaan mukaan myös mahdolliset ylityö- ja lisätyökorvaukset sekä lääkäreiden saamat päivystyskorvaukset. Lääkärien kokonaisansiot olivat lokakuussa 2020 keskimäärin 7933 euroa kuukaudessa. Kokonaisansiot nousivat vuodessa 2,3 % ja vuoteen 2010 verrattuna noin 18 %. Kokonaisansioilla mitattuna lääkäreiden ansiokehitys on suhteellisesti samaa tasoa kuin kuntasektorilla keskimäärin.

Tarkastelujaksolla päivystyskorvaukset ovat nousseet suhteellisesti enemmän, lähes kolmanneksen, kuin muut palkanosat. Näin ollen päivystyksestä saatujen korvausten osuus sairaalalääkärien kokonaisansioista on noussut lähes 3 %-yksikköä. Tämän kehityksen taustalla ovat muun muassa päivystyskorvausjärjestelmään tehdyt muutokset vuonna 2015,

työpaikkapäivystysvakanssien määrän lisäykset ja päivystystyön muuttuminen aikaisempaa aktiivisemmaksi.

4.6. Työterveyslaitoksen hanke lääkärien työajoista ja suositukset päivystystyöaikojen suunnitteluun

Työterveyslaitoksen toteuttama ja Työsuojelurahaston rahoittamassa hankkeessa yhdistettiin lääkärien työaikatietoon tietoja sairauspoissaoloista ja työtaturmista (ks. tarkemmin: <https://www.ttl.fi/tutkimus/hankkeet/paivystystyota-tekevien-laakareiden-tyohyvinvointi-sairauspoissaolot-ja-tyotaturmat>). Lääkäreiden työaika- ja päivystystiedot saatiin eri sairaanhoitopiirien Titania-järjestelmistä. Hankkeen loppuraportti valmistui loppuvuodesta 2021: <https://www.julkari.fi/handle/10024/143244>

Tutkimustuloksia on julkaistu myös kansainvälisesti (”Association of working hour characteristics and on-call work with risk of short sickness absence among hospital physicians: A longitudinal cohort study” <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07420528.2021.1993238> ja Lääkärilehdessä ”Päivystävien sairaalalääkäreiden kokonaistyöaika kasvoi – Toteutuneet työajat 2014–2018” <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/paivystavien-sairaalalaakareiden-kokonaistyoaika-kasvoi-toteutuneet-tyoajat-2014-2018/>

Hankkeessa selvitettiin sairaalalääkäreiden vuositason työaikatrendejä ja tutkittiin työajan ja päivystyksen yhteyksiä terveyteen ja hyvinvointiin 12 sairaanhoitopiirissä. Keskimääräinen vuosityöaika ja alle 13 tunnin päivystysvuorojen osuus kaikista päivystysvuoroista nousivat vuosien 2014–2018 aikana. Yli 12 ja 24 tunnin työrupeamat olivat yhteydessä lyhyisiin sairauspoissaoloihin, ja päivystysvuorojen suuri lukumäärä lisäsi sekä sairauspoissaolo- että tapaturmariskiä. Yli 48 tunnin viikkotyöajat, yötyö sekä tiheästi toistuvat päivystysvuorot ja lyhyet vuorovälit olivat yhteydessä riittämättömään unen määrään. Pitkä viikkotyöaika lisäsi työn ja muun elämän yhteensovittamisen vaikeuksia.

Hankkeen tulosten perusteella Työterveyslaitos antoi suosituksia päivystystyöaikojen suunnitteluun:

- Vältetään hyvin pitkiä eli yli 48 tunnin työviikkoja.
- Minimoidaan pitkien päivystysvuorojen määrä.
- Tavoitellaan kohtuullista yötyön määrää.
- Ei tehdä toistuvasti lyhyitä eli alle 11 tunnin vuorovälejä.
- Mahdollistetaan kolmen tunnin yhtäjaksoinen lepojakso pitkissä päivystysvuoroissa.
- Parannetaan lääkäreiden mahdollisuuksia vaikuttaa omiin päivystystyöaikoihin.

4.7. Pitkien työaikojen ja yötyön terveyshaitat

Työryhmä käsitteli pitkien työaikojen ja yötyön terveyshaittoja Timo Partosen artikkelin Anestesiaalääkäreiden uni (http://www.finnanest.fi/files/partonen_anestesiaalaa-kareiden.pdf), Matias Rantasen ja Terhi Savolaisen tekemän kirjallisuuskatsauksen sekä Työterveyslaitoksen tutkimusprofessori Mikko Härmän pitämän tutkimuskatsauksen perusteella.

4.7.1. Yhteenvetoa Matias Rantasen ja Terhi Savolaisen kirjallisuuskatsauksesta (liite 13A ja 13B)

Yhdenmukaisin tutkimusnäyttö osoitti työkuorman vähentämisen parantavan lääkäreiden hyvinvointia. Monissa tutkimuksissa vuorojen lyhentämisen lisäksi myös viikossa tehtyjen

työtuntien määrä väheni, mutta ainakin pisimpien (24–30 tuntia) vuorojen poistaminen näyttäisi vaikuttavan hyvinvointiin. Huomattavaa on kuitenkin suomalaisen käytäntöön ja EU:n työaikadirektiiviin verrattuna erittäin suuri viikossa tehtyjen työtuntien määrä myös ”kevennetyssä” työaikajärjestelyssä, useissa tutkimuksissa 60–80 tuntia viikossa. Useissa tutkimuksissa ero hyvinvoinnissa ei kuitenkaan tullut esiin.

Hyvinvoinnin kannalta optimaaliseen vuorojärjestelmään on tämän tutkimusnäytön perusteella vaikea ottaa kantaa. Pitkät yövuoroputket eivät vaikuttaisi olevan hyvinvointia lisäävä tekijä, vaikka helpottavatkin yötyörytmiin sopeutumista. Päivystysvuoron aikana turvatusta unitauosta on osoitettu, että 3 tunnin tauolla saadaan lisättyä yön aikana toteutuvaa unta ja parannettua virkeyttä aamulla. Laajempia hyötyjä hyvinvointiin ei yöaikaisella tauolla vaikuttaisi olevan.

Vaikka lääkärin väsymyksen ja kliinisessä työssä tapahtuvien virheiden välillä on kuvattu assosiaatio havainnoivissa tutkimuksissa, tutkimusnäyttö ei kuitenkaan tue sitä, että työaikaa rajoittamalla saataisiin vaikutettua myönteisesti potilasturvallisuuteen. Monia mahdollisia syitä tälle ristiriidalle on esitetty. Tehtyjen työtuntien määrä ei ole tyhjentävä mittari työn kuormittavuudelle. On esitetty, että lyhyempi työaika erikoistuvilla ilman muita muutoksia johtaa työkuormituksen kasvuun ja kiireen aiheuttamiin virheisiin, kun työt yritetään tehdä lyhyemmässä ajassa. On myös mahdollista, että lyhyempien vuorojen myötä useammin vaihtuva hoitovastuu altistaa virheille ja kumoo osaltaan työaikaa lyhentämällä saatavat hyödyt.

Huoli koulutuksen laadun heikkenemisestä työajan lyhentyessä on esitetty useasti, ehkä voimakkaimmin kirurgisilla aloilla. Kyselytutkimuksiin pohjautuvissa julkaisuissa tämä tulee esiin, mutta muilla, objektiivisemmilla mittareilla tätä ei ole juurikaan voitu osoittaa.

Suurin osa tutkimuksista on tehty kohderyhmänä erikoistuvat lääkärit. Tämän vuoksi esimerkiksi suosituksia iän tuomien muutoksien huomioimisesta päivystysjärjestelyissä on vaikeampi tehdä näiden perusteella.

4.7.2. Mikko Härmän tutkimuskatsaus pitkien työaikojen ja yötyön terveystaikutuksista (liite 14)

Härmän mukaan valveillaoloajan on todettu vaikuttavan vireystilaan eri vuorokaudenaikoina. Vireystilan laskun kriittisen tason voidaan arvioida vastaavan noin ½ promillen humalatilaa. Tämä taso alittuu klo 03–08, jos on oltu valveilla 24 tuntia, mutta ei esimerkiksi 16 tuntia valvomisen jälkeen. Kokeellisessa asetelmassa noin 30–50 minuutin no-kosten ottaminen yövuoron aikana (klo 01–04) vähentää merkittävästi havaintolipsahduksia vuoron lopussa.

Yön valvomista edeltävän yön pitempi pituus vaikuttaa vireystilaan selvästi. Vireystila on aina päivällä parempi vähänkin nukutun yön jälkeen kuin yöllä klo 03, jolloin vireystila vastaa ½ promillen humalatilaa. Yhden yön osittainen univaje vaikuttaa päiväaikaiseen vireystilaan vain vähän. Sitä vastoin kasaantuva univaje (koeasetelmassa viisi peräkkäistä yötä 4 tunnin yönellä) laskee päiväajan suorituskykyä kumulatiivisesti, ja on viiden päivän jälkeen samalla tasolla kuin yhden kokonaan valvotun yön jälkeen. Erityisesti työpäivän lopussa suorituskyky laskee nopeasti.

Ns. RCT-tutkimuksessa vertailtiin yli 24 tunnin ja enintään 16 tunnin päivystysmalleja, niiden vaikutusta työssä ja opiskelussa suoriutumiseen sekä työn ja muun elämän yhteensovittamiseen. Pitkissä vähintäänkin 24 tunnin päivystysvuoroissa unen viikottainen määrä

oli jonkin verran vähäisempi. Tästä huolimatta malli koettiin myönteisemmäksi. Myös kouluttautumisen kannalta 24 tunnin malli oli parempi, työn ja muun elämän yhteensovittamisen kannalta eroa eri mallien välillä ei todettu.

Toisessa tutkimuksessa selvitettiin vähintäänkin vuorokauden mittaisen päivystysvuoron aikana annetun levon (0–4 tuntia) vaikutusta kognitiiviseen suoriutumiseen. Tutkimuksen havainto oli, että vasta yli 4 tunnin lepo päivystyksen aikana paransi kognitiivista suoriutumista verrattuna lyhyempään lepothetkeen, mutta tuolloinkin virheriski oli lähes kolminkertainen päivävuoroon verrattuna.

Eri kansainvälisissä tutkimuksissa on osoitettu pitkän kokonaistyöajan (vähintäänkin 55 tuntia/vko) vaikuttavan fyysiseen terveyteen ja suoriutumiseen. Erityisesti aivohalvauksen riski on kohonnut, mutta myös esimerkiksi ennenaikaisen synnytyksen ja depression riski. Pitkän työajan terveysriskit alkavat lisääntyä vähän kerrassaan työajan pidettäessä, mutta 48–50 viikkotunnin osalta vaikutukset pääsääntöisesti eivät ole merkittäviä, ja alle 48 tunnin viikkotyöajan vaikutukset näkyvät lähinnä väsymyksenä ja unettomuutena mahdollisesti stressimekanismien ja univajeen kautta.

Eri tutkimusten perusteella yötyöhön liittyy huomattavia terveysriskejä päivätyöhön verrattuna. Erityisesti eräiden syöpien (mm. rintasyöpä, paksunsuolensyöpä) riski vaikuttaisi olevan suurentunut, mutta myös kardiovaskulaarisairastavuuden riski, samoin kuin negatiiviset vaikutukset lisääntymisterveyteen ja työtapaturmien kohonnut riski ovat havaittavissa.

Vuorotyöllä on osoitettu olevan yhteys väsymykseen, tapaturmiin, sairauspoissaoloihin, kardiovaskulaarisairastavuuteen, sekä keskenmenoihin ja odottavan äidin terveysriskeihin. Yhteydestä rintasyöpään, dementiaa ja kokonaiskuolleisuuteen on ristiriitaista tietoa, ja yksi negatiivinen tutkimustulos on olemassa vuorotyön yhteydestä prostatasyöpään. Pitkät työrupamat ja runsaat yövuorot näyttävät lisäävän sairauspoissaolojen riskiä, ikääntyneillä nuorempia herkemmin.

4.8. Erikoislääkärien koulutustarvearvio ja päivystysalojen työvoimanäkymät

Valtakunnallinen arvio erikoislääkärikoulutustarpeesta tehtiin ensimmäisen kerran vuonna 2016. Arviota on sittemmin päivitetty vuosina 2019–2021 yliopistojen toimeksiannosta.

Valmistuvien erikoislääkärien määrä putosi 2000-luvun alussa voimakkaasti, mutta on sittemmin vakiintunut noin 650 vuosittain valmistuvan erikoislääkäriin tasolle. 2020-luvulla valmistuvien erikoislääkärien määrä nousee noin 700 tasolle. Jos uusia erikoislääkäreitä valmistuu tulevina vuosina n. 700 vuodessa, nousee erikoislääkärien kokonaismäärä v. 2035 mennessä nykyisestä (n. 13 300) huomattavasti (26 %) noin 16 800 lääkäriin. Kasvu alkaa kuitenkin selkeämmin vasta vuoden 2030 lähestyessä, kun eläköitymisaalto taittuu (ks. liite 15).

Eri erikoisalojen kehityksessä on ollut merkittäviä eroja. Geriatrien määrä on viidessä vuodessa (2015–2020) kasvanut 50 %, akuuttilääkärien lähes 90 % ja anestesioilogien 10 %, kun kokonaismäärän kasvu on ollut 9 %. Myös monilla kirurgisilla aloilla on noin 15 % kasvua. Kardiologien määrä on noussut 20 %, samoin pediatrien. Pienentyneitä aloja ovat esimerkiksi laboratorioalat ja psykiatria.

Erityisvastuualueittaisten arvioiden taustalla on tämänhetkinen erikoislääkärimäärä ja arvio tarvittavasta määrästä vuonna 2035. Arviota on korjattu väestöennusteella, minkä

lisäksi Itä- ja Pohjois-Suomen koulutustarpeen kokonaismääriä on nostettu, koska noin 25 % näillä alueilla valmistuneista erikoislääkäreistä siirtyy töihin Etelä-Suomeen. Yhteensä on arvioitu tarvittavan noin 700 erikoislääkärinä lisää vuosittain. Koska osa koulutuksen aloittaneista ei erikoistu, koulutukseen sisään otettavien määrän on oltava jonkin verran suurempi, arvioissa 760.

Suurin koulutuksen lisäämistarve on seuraavilla aloilla: fysiatria, monet sisätautien alat, kaikki laboratorioalat, neurologia, psykiatrian alat, radiologia ja yleislääketiede. Anestesiologia ja tehohoito isona erikoisalana kasvaa lievästi, ja sen eläköitymisprosentti on yksi pienimmistä. Anestesiologian osalta on isoja alueellisia eroja suhteessa väestöön. Arvioitu koulutustarve vuoteen 2035 mennessä on 33 uutta erikoislääkärinä vuosittain. Itä-Suomessa koulutusta tulisi lisätä, että alueellisia eroja saataisiin tasoittumaan.

Lastenpsykiatriassa eläköitymisprosentti vuoteen 2035 mennessä on 60. Tämän vuoksi vuosittain pitäisi valmistua toistakymmentä lastenpsykiatria, mutta esimerkiksi tänä syksynä hakijoita alalle erikoistumaan oli vain kolme. Lastenpsykiatrian tulevaisuudennäkymä onkin erityisen huolestuttava.

Lastentaudeissa eläköitymisprosentti on em. pienempi ja valmistuvien määrät ovat kasvussa siten, että huomattavasti pienemmälläkin koulutusmäärällä alan kasvu jatkuisi myös tulevaisuudessa. Vastaava tilanne on nähtävissä myös naistentautien ja synnytysten alalla.

Neurologian erikoisalalla valmistuvien vuotuinen määrä on ollut koko 2000-luvun alle 15, kun vähintään 16 erikoislääkärinä pitäisi vuosittain valmistua. Alalla on iso eläköitymisprosentti, eikä arvioituun koulutusmäärätarpeeseen tulla pääsemään, koska alalle hakeutumisen on selvästi tarvetta vähäisempää. Voidaankin ennakoida, että neurologipäivystäjistä tulee jatkossa pulaa.

Psykiatrien määrä tulee jatkossa laskemaan. Eläköitymisprosentti on iso ja vuosittain valmistuvien määrä on ollut 30 luokkaa, kun koulutustarve olisi lähes 50 vuosittain. Lisäksi on ollut isoja vaikeuksia saada rekrytoitua alan erikoislääkäreitä julkiselle sektorille.

Yleislääketieteen osalta puolestaan on nähtävissä myönteinen tilanne. Vuosituhannen alussa valmistui vuosittain 70–80 alan erikoislääkärinä, nykyään jopa 150. Mikäli sama kehitys jatkuu, alan erikoislääkärimäärän kasvaa huomattavasti vuoteen 2035 mennessä.

Koulutukseen hakevien kokonaismäärä on riittävä, mutta valitettavasti on tiettyjä aloja, joille ei hakeuduta. Jopa 70–80 % näiden alojen erikoistumispaikoista jää täyttämättä. Tällaisia aloja syksyn 2021 hakukierroksella olivat hematologia (3 hakijaa 12 koulutuspaikkaa kohden), nefrologia (3/10), psykiatrian alat, esim. lastenpsykiatria (3/19) ja syöpätaudit (7/18). Vastaavasti tietyille suosituille erikoisaloille hakeutujia on runsaasti. Suositut alat ovat samoja kuin tähänkin asti, esimerkiksi kirurgiset alat, silmätaudit, lastentaudit sekä naistentaudit ja synnytykset.

Työryhmässä keskusteltiin siitä, että eri aloille erikoistuvien tarpeessa tulisi ottaa huomioon päivistysjärjestelmän muutokset ja oletettavasti tulevaisuudessa tapahtuva kokonaistyöajan lyhentyminen.

5. Lääkärisopimuksen neuvottelut 2022 ja päivystystyöryhmän rooli

Lääkärisopimuksen työ- ja lepoaikamääräyksistä käytiin jatkuvan neuvottelun periaatteella keskustelua koko edellisen sopimuskauden ajan KT Kuntatyönantajan kanssa niin määräysten tulkinnasta kuin myös mahdollisista muutos- ja selkeyttämistarpeista. Neuvotteluosapuolet olivat edustettuina myös sopimuskauden aikana pilotoiduissa kahdessa eri työaikakokeilussa ohjausryhmän jäsenenä.

Päivystystyöryhmässä käytiin läpi muuttuneiden määräysten pohjalta syntyneitä tilannekuvaavaa työpaikoilla ja eri erikoisaloilla. Tarvittavaa lisätietoa määräysten käytännön soveltamisesta ja mahdollisista muutostarpeista saatiin erityisesti kahden eri työaikakokeilun tulosten pohjalta, tehdyillä erillisillä kyselyillä ja luottamusmiesten sekä työryhmän jäsenten keräämällä tiedolla. Edellä kerrotut tiedot yhdessä antoivat työryhmän jäsenille laajan kuvan määräysten mahdollisista muutos- ja selkeyttämistarpeista. Näiden pohjalta linjattiin alustavat tavoitteet liiton päättävälle elimille tulevan neuvottelukierroksen työ- ja lepoaikamääräysten täsmenämiseksi. Liiton hallitus ja valtuuskunta käsittelivät asiaa 12/2021, jonka linjausten mukaan varsinaiset neuvottelut aloitettiin 1/2022.

Lääkärisopimuksen 2022–2025 työ- ja lepoaikamääräyksiä saatiin täsmennettyä ja muutettua pitkälti linjattujen tavoitteiden mukaisesti.

6. Työryhmän johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset

Työryhmä esittää työnsä perusteella linjausehdotuksinaan seuraavaa:

Linjaus 1: Työryhmä ehdottaa hallitukselle Lääkäriliiton päivystysuudistuksen 5/2015 päivittämistä työryhmän valmistelemalla tavalla (liite 16), sekä erillisen ns. yötyösuosituksen 11/2005 lopettamista.

Linjaus 2: Terveystieteiden päivystys on ympärivuorokautista toimintaa. Se on tarkoitettu äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen vaatiman välittömän arvion ja hoidon, joita ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista, toteuttamiseksi. Se ei saa olla toimimattoman tai riittämättömän kiireettömän toiminnan ”ylivuotopaikka”. Yöaikaan on tehtävä vain ne asiat, joita ei voi siirtää seuraavaan aamuun potilaan terveyden vaarantumatta.

Linjaus 3: Sairaanhoidopiirien/hyvinvointialueiden yhteispäivystysyksiköissä päivystyspotilaiden kiireellisyys ja siten päivystyksellisen hoidon toteuttamisen aikajänne vaihtelee. Em. on otettava huomioon päivystystoimintaa ja päivystyspotilaiden hoitoa järjestettäessä. Myös jatkohoidon järjestelyt (vuodeosastot, pitkäaikainen hoito ja hoiva) on turvattava siten, että päivystyksessä hoidettujen potilaiden jatkohoitoon odottaminen ei kuormita päivystysyksiköitä.

Linjaus 4: Päivystyksen valtakunnalliset laatumittarit tulee kehittää, ja käyttää niitä hyväksi päivystystoiminnan laadun ja toimivuuden seurannassa. Lääkäriliiton tulee osaltaan seurata terveydenhuollon päivystyksen kehittämistä hyvinvointialueiden aloittaessa vuoden 2023 alussa, myös kuullen lääkäreitä eri puolilta Suomea.

Linjaus 5: Terveystieteiden päivystystä kehitettäessä ja eri tasoisten päivystysyksiköiden sijoittelussa on otettava huomioon väestörakenteen muutos, sekä väestön keskittyminen pääradan varteen ja rannikkoseudulle. Toimivan, laadukkaan ja potilasturvallisuuden takaavan päivystyksen edellytyksenä on kiireettömän operatiivisen toiminnan turvaaminen

päivystysyksiköissä (vrt. keskittämisasetus). Harvaan asuttujen alueiden päivystyspalvelujen saatavuus on turvattava tarvittaessa erillisjärjestelyin.

Linjaus 6: Lääketieteellinen tiedon jatkuvasti ja voimakkaasti lisääntyessä osaaminen sirpaloituu kaikilla erikoisaloilla. Lääkärit joutuvat päivystystyössä vastaamaan päiväajan työtään huomattavasti laajemmista haasteista. Tämä väistämättä johtaa varallaolopäivystyksen lisääntymiseen ja todennäköisesti lisääntyviin hälytystyöjärjestelyihin.

Linjaus 7: Vaikka sairaanhoitopiirien/hyvinvointialueiden yhteispäivystykset (päivystyspoliklinikat) ovat terveydenhuollon päivystysjärjestelmän keskeinen osa, lääkäripäivystystä tehdään sairaaloissa myös muissa yksiköissä: osastot, synnytyssalit, leikkaussalit yms. toimenpideyksiköt.

Linjaus 8: Terveydenhuoltolain mukaan kuntien on järjestettävä arkisin ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen kiireellinen vastaanotto toiminta palvelutarpeen sitä edellyttäessä. Perusterveydenhuollon kiirevastaanotto toiminta on hyvinvointialueiden toiminnan alkaessa vuoden 2023 alussa yhteensovitettava osaksi hyvinvointialueen päivystyksen kokonaisuutta.

Linjaus 9: Päivystykseen tulee varata riittävästi erilaista osaamista omaavia lääkäreitä vuorokauden eri aikoina. Yhden ympärivuorokautisen työpaikkapäivystysvakanssin hoitaminen edellyttää vähintään 15 lääkärin virkaa.

Linjaus 10: Päivystystoiminnan on perustuttava lääketieteellisiin perusteisiin. Lääkärin on voimassa olevien säädöstenkin (ns. päivystysasetus) mukaan johdettava päivystysyksikön toimintaa. Päivystysyksiköissä on turvattava asianmukaisesti ns. ”kävelevien potilaiden” hoidon järjestäminen mm. yleislääkärien ja akuuttilääkärien osaamista hyödyntäen. Eri erikoisalojen erikoistuvat ja erikoislääkärit vastaavat kunkin erikoisalan päivystyksestä.

Linjaus 11: Väestön vanhetessa terveydenhuollon päivystyksessä painottuvat iäkkäät ja monisairaavat potilaat. Tämä edellyttää geriatrisen ja yleislääketieteellisen osaamisen turvaamista päivystysyksiköissä. Myös päivystyksellinen palliatiivinen osaaminen on turvattava. Geriatrisen päivystyspotilaan hoidon toteuttaminen on erityisen kiireellistä toimintakyvyn romahtamisen estämiseksi. Hoitoratkaisujen on perustuttava potilaan ajantasaiseen hoitosuunnitelmaan. Pitkäaikaislaitoshoidossa olevien potilaiden päivystyksellisten ongelmien ratkaisun – myös mahdollisen päivystysyksikköön siirtämisen – on perustuttava jatkuvasti ajantasaisiin hoitosuunnitelmiin.

Linjaus 12: Ensihoitopalveluja suunniteltaessa ja ensihoidon palvelutasopäätöksiä tehtäessä on erityisesti harvaan asutuilla ja pitkien etäisyyksien alueilla otettava huomioon ensihoidon tärkeä rooli kotiin vietävien päivystyksellisten ja ei-päivystyksellistenkin palvelujen tuottajana.

Liitteet

Liite 1: Työryhmän kokousten aiheet

Liite 2: Lääkäriliiton selvitys päivystysvakanssien määristä ja muutoksista vuosina 1999–2019

Liitteet 3A ja 3B: Leikkaustoimintaa koskevat tilastot 2012–2019, TietoEvry oy

Liite 4: SLL Työmarkkinatutkimus 2020

Liite 5: SLL Päivystyskysely 2021

Liite 6: Erikoislääkäriyhdistyksille ja SLL erikoisalakohtaisille alaosastoille kohdennettu kysely työaika- ja lepoaikamääräyksistä 2021

Liite 7: Anestesiologien päivystysjärjestelyt (Hannele Heine)

Liite 8: Naistentautien ja synnytysten päivystysjärjestelyt (Sari Silventoinen)

Liite 9A: TaYS Acutan akuuttilääkärien päivystys (Anna Siitonen)

Liite 9B: Akuuttilääkärien työaikamalli (Terhi Savolainen)

Liite 10: Työaikakokeilu OYS sisätautipäivystyksessä (3 mallia)

Liite 11: Työaikakokeilu (laarimalli) HUS ATeK:ssa

Liite 12: Lääkärien ansiokehitys ja päivystyskorvaukset 2010–2020

Liitteet 13A ja 13B: Matias Rantasen ja Terhi Savolaisen esitys ja kirjallisuuskatsaus yötyön haitoista

Liite 14: Mikko Härmän tutkimuskatsaus pitkien työvuorojen ja yötyön terveysvaikutuksiin.

Liite 15: Johanna Rellmanin esitys erikoislääkärien koulutustarvearviosta ja päivystysalojen työvoimanäkymistä

Liite 16: Työryhmän ehdotus liiton päivystyssuosituksen päivittämiseksi