

Risker i läkarnas arbetsmiljö

Från pestsmitta och anestesigaser till stress och brist på kontroll

Vid riksstämman 2001 arrangerade Svenska Läkaresällskapet tio symposier om arbetsmiljöfrågor, speciellt läkarnas arbetsmiljö. Ambitionen var att från en vetenskaplig synpunkt belysa de problem som finns och peka på möjligheter till förbättringar. Läkartidningen presenterar i detta nummer sex av dessa symposier, i bearbetat skick, under vinjetten Tema: Arbetsmiljö. Vi inleder med en reflexion över hur riskerna i läkarnas arbetsmiljö förändrats över tiden.

CHRISTER EDLING

professor, institutionen för medicinska vetenskaper/arbets- och miljömedicin, Uppsala universitet, VD Svenska Läkaresällskapet
(christer.edling@medsci.uu.se)

■ Citatet till höger kommer från en akademisk avhandling, »Hantverkarnas sjukdomar«, framlagd i Uppsala år 1765 under Linnés presidium och författad av Nils Skrage [1]. Den speglar dåtidens intresse för och kunskap om läkarnas arbetsmiljö. Ett intresse som även delades av Ramazzini, som redan 1700 på ett likartat sätt beskrev läkarnas arbetsmiljö. Med detta tidsperspektiv kan man tro att läkare är en grupp som varit väl förberedd för att både bevaka och förbättra sin arbetsmiljö. Men inte så, och kanske kan man även ifrågasätta om professionens fackliga organisation under dess nära hundraåriga historia drivit arbetsmiljöfrågor som högt prioriterade. Under senare år har dock en ökad aktivitet förmärks från såväl fackliga representanter som enskilda läkare, vilket medfört att läkarnas arbetsmiljö nu står på dagordningen. Läkarförbundet och dess centralstyrelse har inrättat en speciell grupp, Arbetslivsgruppen (ALG), vars uppgift är att ta sig an läkarnas arbetssituation.

Att detta arbete behövs framgår av en rapport från yrkesmedicinska enheten inom Samhällsmedicin, Stockholm läns

landsting, där man studerat arbetsvillkoren inom landstinget under åren 1994–1998 [2]. Utifrån rapportens resultat hävdas att »Läkarna är den arbetsgrupp som rapporterar störst försämring av arbetsvillkoren«.

Mot denna bakgrund fann Svenska Läkaresällskapet det angeläget att vid

Läkare (medici) angripas vid samtalen med de sjuka ofta av grasserande epidemiska sjukdomar, såsom pest, fläckfeber, blodsot (dysenteri), feberfrossor (hemitritaea) och hosta; av den dåliga lukten, då de sitta vid sjukbäddarna, även som av sina funderingar och blir melankoliska.

Tema: Arbetsmiljö

riksstämman 2001 arrangera tio symposier för att lyfta fram arbetsmiljöfrågor, speciellt läkarnas arbetsmiljö. Ambitionen var att från en vetenskaplig synpunkt belysa de problem som finns och peka på möjligheter till förbättringar. I detta nummer av Läkartidningen presenteras sex av dessa med en mer utförlig sammanfattning. Dessa symposier är (moderators inom parentes):

Framtidens läkare – framtidens medarbetare (Bernhard Grewin);

Stressen och hjärnan (Marie Åsberg);
Misstag i sjukvården – bestraffning eller haverikommission? (Ola Stenqvist);

Hur påverkar sjukvårdens nya ekonomiska styrsystem läkarnas autonomi och arbetsglädje? (Bengt Arnetz);

Arbetsmiljön i vården – från ord till handling (Eva Vingård);

Att känna sig levande som läkare – om professionell utveckling i jobbet (Gösta Eliasson).

Dramatiska förändringar

Otvivelaktigt har läkarnas arbetssituation under senare år genomgått dramatiska förändringar. Ökad sjukskrivning och ökad flykt från professionen har blivit följden. Kan vi finna orsaken i arbetsmiljön, i samhällsklimatet eller i båda? HSAN och hot om prickningar av läkare har kanske mer stjalpt än stärkt trivsels och kvalitetsarbetet inom vården.

Diskussionen om sjukvårdens arbetsmiljö och hälsorisker är således inte ny och inte heller unik för svenska förhållanden. Nyligen har i BMJ diskuterats »Why are doctors so unhappy?« [3], och under 1990-talet har rapporter kommit från flera länder om framför allt ökad psykisk ohälsa hos läkare [4-8]. Dagens

arbetsmiljöproblem tycks således i mycket stor utsträckning vara hänförliga till arbetets psykosociala innehåll – våra möjligheter att påverka arbetssituationen och arbetstrivselsn. Ytterst handlar det om arbetets organisation och ledarskap, och ansvaret för en god arbetsmiljö är arbetsgivarens.

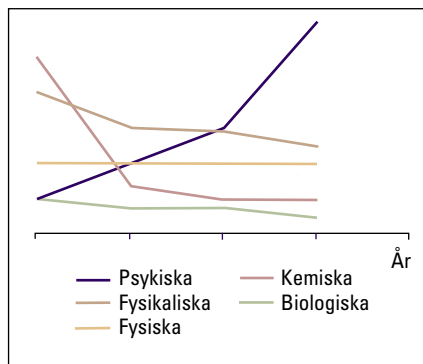
Traditionellt brukar arbetsmedicinaren beskriva risker som hänförliga till fysikaliska, biologiska, kemiska, fysiska eller psykosociala. Få arbetsmiljöer kan som läkarnas uppvisa ett riskpanorama som faller inom alla dessa kategorier och som speglar hur fokus för arbetsmiljöfrågor förändras över tid [9] – från kemiska hälsorisker och belastningsskador till dagens intresse för den psykosociala arbetsmiljön och för arbetsorganisationen (Figur 1). Arbetskadestatistik [10] visar att för läkare är 10 procent av rapporterade besvär försakade av arbetsolyckor, medan resten är hänförliga till de traditionella arbetsmiljöriskerna. Av dessa är i dag den psykosociala arbetsmiljön orsak till mest besvär (Figur 2).

Nils Skragges avhandling beskriver såväl biologiska som psykosociala risker, men tyngdpunkten ligger på de biologiska. Även om Skrage var tidigt ute så är det egentligen först under de senaste 30 åren som läkarnas arbetsmiljö blivit föremål för mer systematisk forskning, diskussion och myndighetsreglering. Välbekant är naturligtvis också makarna Curies arbete med radioaktiv strålning och dess hälsokonsekvenser. Röntgenstrålning började användas i sjukvården i stort sett omedelbart efter upptäckten 1895.

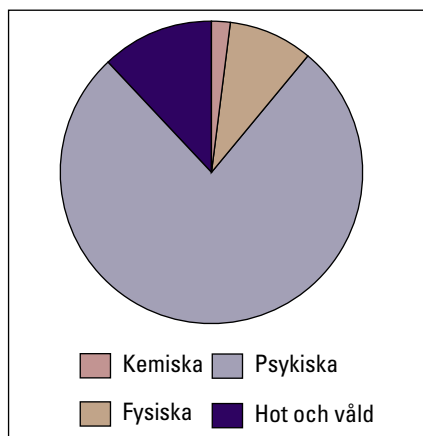
Kemiska risker

Man kan hävda att ryssen Vaisman, som 1967 rapporterade om en ökad risk för spontanabort bland anestesipersonal, var den som riktade och kunde behålla strålkastarljuset på hälsorisker i läkarnas arbetsmiljö [11]. Vaisman redovisade att en av tre graviditeter slutade med spontanabort hos kvinnor som i sitt arbete exponerats för lustgas och halotan.

Denna studie initierade en rad studier runt om i världen, och många studier bekräftade Vaismans resultat medan andra inte fann någon ökad risk för graviditetskomplikationer. En metaanalys inkluderande 19 studier publicerade mellan 1971 och 1995 gav stöd för en ökad risk för missfall, relativ risk 1,5 [12]. Exponeringsdata visade att framförallt sövning med öppen mask inom barnanestesi medförde exponering för nivåer av lustgas på tusentals ppm, många gånger högre än de exponeringar som i djurförsök visat sig ge påverkan på foster. Humanexperimentella studier visade att lustgas i relativt låga nivåer (500 ppm)



Figur 1. En grafisk illustration till hur det arbetsmedicinska riskpanoramt förändrats över tid – från att under 1970- och 1980-talen ha dominerats av frågor om kemiska hälsorisker till dagens fokus på psykosociala frågor.



Figur 2. Procentuell fördelning av orsak till rapporterade besvär bland läkare under en tolv månadersperiod. Uppgifterna kommer från undersökningen »Arbetsorsakade besvär 2001«, som genomfördes under perioden januari till och med mars 2001, och avser förhållandena 12 månader bakåt i tiden [10].

påverkade centrala nervsystemet med försämringar i psykometriskt test [13].

Många myndigheter började därför diskutera att införa gränsvärden för anestesigaser, och i Sverige infördes 1982 gränsvärden för lustgas (100 ppm) och halotan (5 ppm). Senare har även andra anestesigaser blivit föremål för reglering.

Kemiska hälsorisker har den fördelen att de oftast låter sig bemästras genom substitution eller ventilation. Införandet av gränsvärden för vissa narkosgaser utlöste stora aktiviteter för att förbättra såväl anestesiteknik som utsug, där inte minst införandet av punktutsug medförde uttalande förbättringar av arbetsmiljön. Uppföljningsstudier av såväl exponering som utfall (graviditetskomplikationer) visade på både minskad exponering för och risk av exponering för anestesigaser,

och det kan hävdas att i dag är yrkesmässig exponering för anestesigaser väl kontrollerad.

Det är därför intressant att det senaste årets intresse för läkarnas arbetsmiljö fokuserat så starkt på dödsorsaker hos narkosläkare och en för tidig död – en fråga som även varit föremål för epidemiologiska studier under 1980- och 1990-talen, men där publicerade data inte ger stöd för misstanken att exponering för anestesigaser är den egentliga orsaken.

Med anledning av rapporterna om anestesiläkarnas ohälsosamma arbetsmiljö har Arbetsmiljöverket våren 2001 gjort en utredning och funnit att ingenting i nuläget tyder på att exponering för anestesigaser skulle vara orsaken [14]. Om det verkligen föreligger en för tidig död bland anesthesiologer och om orsaken står att finna i arbetsmiljön är förklaringen sannolikt brister i den psykosociala arbetsmiljön.

En annan kemisk hälsorisk som uppmärksammats är exponering för cytostatika. Att ett potentiellt toxiskt ämne, som av den orsaken används inom sjukvården, kan påverka personalen är inte förvånande. Även här har oron fokuserats på spontanabort, låg födelsevikt och medfödda missbildningar, men även risken för cancer har uppmärksammats. Rapporter finns om förhöjd risk att föda barn med låg födelsevikt och något ökad frekvens av missfall hos kvinnor som har tillrett och administrerat cytotoxiska läkemedel. Flera cytostatika är starkt irriterande ämnen. Vissa preparat kan ge vävnadsskador, framförallt vid felaktig administrering [15].

Kontaktallergi mot latex och latexhandskar blir allt vanligare. Naturgummi eller naturgummilatern utgörs av saven från gummiträdet Hevea brasiliensis. Hos vårdpersonal är risken att utveckla IgE-medierad latexallergi störst hos dem som dagligen exponeras för skyddshandskar av latex. Det stärkelsepuder som används på sjukvårdshandskar har visat sig lätt bli kontaminerat av latexallergen. I lokaler där pudrade latexhandskar används kan man också mäta latexallergen i damm, och starkt allergiska individer kan där reagera med allergisk snuva och astma.

Den första rapporten om snabbt uppträdande intolerans mot handskar i form av kontakturtikaria kom från England 1979. Därefter har ett stort antal fall rapporterats världen över där man beskriver snabbt uppträdande allergiska reaktioner mot naturgummi, både i form av kontakturtikaria och i form av allvarliga generella reaktioner i samband med ope-

rationer. Mer än 1 000 vetenskapliga arbeten har hittills publicerats [16].

Fysikaliska risker

Förekomsten av fysikaliska risker är, som nämnts, kända sedan upptäckten av röntgenstrålningen och dess användning inom medicinskt bruk. Marie Curie avled sannolikt i en blodsjukdom, troligen orsakad av den radioaktiva strålning hon utsatt sig för under många år.

Den joniserande strålningen är inte det som uppmärksammas idag av fysikaliska risker, utan den icke joniserande strålningen. Främst strålning i samband med arbetet med laser och ultraljudsdiagnostik. Laserstrålning är optisk strålning från en strålkälla. Laser är en förkortning av light amplification by stimulated emission of radiation = ljusförstärkning genom stimulerad strålnings-emission. Lasrar används vid operationer inom sjukvården. Risken är störst för att värmeutvecklingen orsakar skador på ögon och hud. Enligt Arbetsmiljöverket måste laserrök betraktas som skadlig för hälsan, och röken kan innebära smittrisker för den behandlande läkaren, medverkande assistent/sköterska och den personal som sköter apparaturens rengöring och underhåll [17].

Biologiska risker

Skrage beskrev den tidens biologiska risker. Genom bättre hygien och införandet av antibiotikabehandling har dessa risker i stor utsträckning kunnat kontrolleras. Emellertid har nya tillkommit och gamla åter aktualiserats. Genom medicinhistorien finns en rad anekdotiska berättelser om hur läkare blivit smittade genom kontakt med patienter eller genom hantering av vävnadsprov och instrument. För att minska denna risk har bland annat naturgummihandskar införts i sjukvården, handska som nu utgör ett stort problem genom att allt fler blir allergiska mot latex – en åtgärd som kan illustrera hur en preventiv insats kan minska ett problem men öka ett annat.

I dagens sjukvård är det risken för att smittas av hepatit B och C samt HIV som utgör anledning till uppmärksamhet. Likaså har risken för tuberkulos åter ökat, inte minst genom utvecklingen av multiresistenta stammar i Östeuropa och ökad invandring [18, 19]. Hepatit och HIV överförs vanligtvis genom blodsmitta förorsakad av nålstick från sprutor, sår eller skärskador. I Sverige där vi har ett väl utvecklat arbete med att hantera ore-na sprutor och spetsar är dessa smittorisker mycket låga [20], men i USA inträffar tusentals fall av hepatit B varje år,

och kraven på obligatorisk vaccination är stora. Det är också visat att konsekventa vaccinationsprogram för sjukvårdspersonal minskar risken för insjuknande i hepatit B, i USA med 90 procent under en tioårsperiod [21].

Vad gäller HIV så är detta ett mindre problem för sjukvårdspersonal. Det är nog så att fler patienter smittats genom kontakt med sjukvården än läkare genom kontakt med patienter. Ett drygt hundratal fall av HIV totalt i världen har rapporterats som orsakade av smitta i arbetet bland personal inom hälso- och sjukvård; den senaste statistiken från CDC (Centers for Disease Control and Prevention) talar om sex kända fall bland läkare i USA [21]. Att det inte är fler kan tillskrivas såväl alla försiktighetsåtgärder som vidtagits, med bland annat 2–3 dubbla operationshandskar, testning etc, som det faktum att det krävs ganska stora blodmängder för att överföra smittämnet.

Fysiska risker

Av de arbetsskador som anmäls inom hälso- och sjukvården utgörs drygt 50 procent av belastningsskador, främst ländryggsbesvär, skador orsakade av tunga lyft och obekväma arbetsställningar, som väsentligen drabbar andra yrkeskategorier än läkare. Även om läkare således anmäler relativt få belastningsskador (cirka 2 procent av samtliga sysselsatta läkare jämfört med det dubbla för sjuksköterskor) är det även bland läkare vanligare med besvär bland kvinnor än bland män.

Psykosociala risker

Under senare år har arbetsmiljödebatten fokuserats alltmer på de psykosociala riskerna. Och arbetsskadedatastatistiken visar att för läkare gäller att det är vanligt att man arbetar under hög anspänning och saknar möjlighet till stöd från chefer och arbetskamrater. Statistiken visar också att allt fler anmäler arbetsskador hänförliga till psykosociala orsaker (stress och psykiska påfrestningar). Föregående år (2001) anmälde nära 18 procent av sysselsatta läkare sådana besvär, vilket är på samma nivå som för exempelvis gymnasielärare.

En orsak till denna ökning står sannolikt att finna i de senaste årens strukturförändringar inom sjukvården, vilket medfört många organisationsförändringar, nedskärningar, ökade krav, ökad produktivitet och minskad personalstyrka. Läkarna är en grupp som mycket påtagligt kommit i kläm mellan politikernas krav på besparingar och patienternas krav på ökad tillgänglighet. Detta har för läkarkollektivet medfört en ökad stress

och minskad arbetstillfredsställelse, faktorer som kan orsaka ohälsa.

Ett antal vetenskapliga studier har visat att stressen inom hälso- och sjukvårdssektorn har ökat under senare år. De orsaker man rapporterar är bland annat ökad tidspress, ökad arbetsbelastning, jourtjänst och oregelbundna arbetstider. De besvär som hänförs till denna exponering är trötthet, sömnstörningar, vegetativa störningar, psykiska besvär och även ökad självmordsfrekvens [8].

Utbrändhet är idag det begrepp som kopplas till stressrelaterad sjuklighet, medan andra förordar termen utmattningsdepression. Utbrändhet kan definieras som en långvarig process, kännetecknad av bland annat nedstämdhet, trötthet, besvikelse och brist på medkänsla. Utbrändhet som begrepp började bli vanligt på 1970-talet och kopplades då främst till arbete i människorelaterade yrken, ofta inom vården och socialtjänsten [22]. Många har beskrivit tillståndet som »ett batteri som laddats ur och inte kan återladdas«. Utbrändhet är ett för samhället stort problem och en förklaring till den ökande sjukskrivningen, inte bara för läkare utan för många andra yrkeskategorier. Under de senaste två åren har, enligt Försäkringskassans statistik, andelen sjukskrivningar med diagnosen utbrändhet ökat med 100 procent. I dag utgör denna diagnosgruppen den dominerande orsaken till arbetsskada och har därmed passerat gruppen belastningsskador.

I studier av den psykosociala arbetsmiljön har olika teoretiska modeller kommit till användning, i Sverige framför allt en modell utarbetad av Karasek och Theorell [23] och senare bearbetad av Johnson. Denna modell är tredimensionell och bedömer arbetets krav, arbetstagarnas kontroll över sitt arbete och graden av stöd från chefer och arbetskamrater. I studier av läkare, baserade på datainsamling med frågeformulär, framkommer att det framför allt är ökande krav i kombination med minskande resurser samt brist på stimulans som man upplever som negativt. För att komma tillrätta med den psykosociala arbetsmiljön behövs en högre professionell status, ökad självständighet, mer intellektuell stimulans och bättre ledarskap.

Arbetsmiljöns roll

Det finns fortfarande bland såväl läkare som blivande läkare en förvärande negativistisk syn på miljöns betydelse för vår hälsa. Det finns dock faktorer i arbetsmiljön som kan påverka vår hälsa; man kan bli sjuk av sitt arbete [24].

Kanske kan den nu ökande medvetenheten om att läkare kan bli sjuka av sitt arbete föra med sig att läkarkåren vidgar sitt intresse, inte bara till den egna arbetsmiljön utan även till frågor som rör hela den arbetande befolkningen och arbetsmiljöns roll för de höga sjuktalen [25].

Referenser

1. von Linné C. Valda avhandlingar av Carl von Linné 20. Uppsala: Svenska Linnésällskapet; 1983.
2. Hälsa och hållbart arbetsliv i Stockholms län. Yrkesmedicinska enheten inom Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2001.
3. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the cause and what can be done? *BMJ* 2002;324:835-8.
4. Burke RJ, Richardsen AM. Sources of satisfaction and stress among Canadian physicians. *Psychol Rep* 1990;67:1335-44.
5. Corrigan PW, Holmes EP, Luchins D. Burnout and collegial support in state psychiatric hospital staff. *J Clin Psychol* 1995;51:703-10.
6. Kirkcaldy BD, Siefen G. Occupational stress among mental health professionals. The relationship between work and recreational pursuits. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991;26:238-44.
7. Thomsen S, Dallender J, Soares J, Nolan P, Arnetz B. Predictors of a healthy workplace for Swedish and English psychiatrists. *Br J Psychiatry* 1998;173:80-4.
8. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996;168:274-9.
9. Brune DK, Edling C. Occupational hazards in the health professions. Boca Raton, Florida: CRC Press; 1989.
10. Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån. Statistiska meddelanden, Arbetsorsakade besvär 2001. Available from: URL: <http://www.av.se/statistik/dok/0000125.pdf>
11. Edling C. Anesthetic gases as an occupational hazard – a review. *Scand J Work Environ Health* 1980;6:85-93.
12. Biovin JF. Risk of spontaneous abortion in women occupationally exposed to anaesthetic gases: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 1997;54:542-8.
13. Edling C. Kriteriedokument för lustgas. Solna: Arbetskyddsstyrelsen; 1981. Arbete och Hälsa 1981:1.
14. Anestesigaser. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om anestesigaser samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna. AFS 2001:7. Available from: URL: http://www.av.se/regler/afs/2001_07.pdf
15. Cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt. Arbetskyddsstyrelsens föreskrifter om cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna. AFS 1999:11. Available from: URL: http://www.av.se/regler/afs/1999_11.pdf
16. Kujala V. A review of current literature on epidemiology of immediate glove irritation and latex allergy. *Occup Med* 1999;49:3-9.
17. Laser. Arbetskyddsstyrelsens författningssamling, AFS 1994:8. Available from: URL: http://www.av.se/regler/afs/1994_8.pdf
18. Kruuner A, Danilovitch M, Pehme L, Lai-saar T, Hoffner SE, Katila ML. Tuberculosis as an occupational hazard for health care workers in Estonia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001;5:170-6.
19. Curran E, Ahmed S. Do health care workers need to wear masks when caring for patients with pulmonary tuberculosis? *Commun Dis Public Health* 2000;3:240-3.
20. Struve J, Aronsson B, Frenning B, Forsgren M, Weiland O. Prevalence of hepatitis B virus markers and exposure to occupational risks likely to be associated with acquisition of hepatitis B virus among health care workers in Stockholm. *J Infect* 1992;24:147-56.
21. Centers for Diseases Control and Prevention. Bloodborne infectious diseases. HIV/AIDS, hepatitis B virus, and hepatitis C virus. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/niosh/bbpgg.html>
22. Maslach C, Leiter MP. Sanningen om utbrändhet. Stockholm: Natur och Kultur; 1999.
23. Theorell T. Psychosocial factors in the work environment – an occupational medicine perspective. In: Waldron HA, Edling C, editors. Occupational health practice. Fourth edition. Oxford: Butterworth Heinemann; 1997. p. 257-77.
24. Edling C. Man kan bli sjuk av sitt arbete! Miljöns betydelse för hälsan underskattas ofta av läkarkåren. *Läkartidningen* 1998; 95:4196-8.
25. Orbaek P. Att förebygga arbetsrelaterad stress en utmaning även för läkarkåren. *Läkartidningen* 2002;99:1664-5.

Särtryck

Läkartidningen

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Priset är 45 kronor

Enligt min erfarenhet



Beställer härmed.....ex av "Enligt min erfarenhet"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker