

Skillnader i arbetstid trots direktiv

Us arbetstidsdirektiv är aktuellt i debatten. Huvudsyftet för arbetstidsdirektivet är att lägga fast minimiregler för hälsa och säkerhet på arbetsplatsen. Flera studier visar att långa arbetspass och för lite vila (speciellt över en lång period) kan ge negativa effekter som fler olyckor och misstag, lägre produktivitet, svårigheter att kombinera arbete och familjeliv, högre stress och trötthetsnivåer, och hälso-risker på både kort och lång sikt. Direktivet föreskriver maximalt 48 timmars arbetsvecka (inklusive övertid), minst 11 timmars dygnsvila, minst 24–35 timmars sammanhängande veckovila, samt minst fyra veckors betald semester.

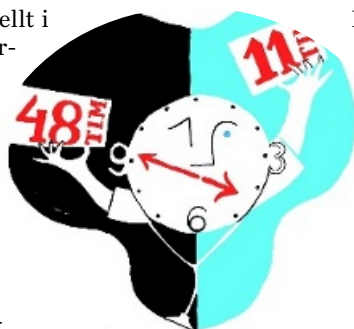


Illustration: Annika Huett

Kommissionen har sammanställt en rapport om hur medlemsländerna har implementerat direktivet, och det ser väldigt olika ut. Storbritannien lyckades 1993 få in en så kallad opt-out-regel som innebär undantag till regeln om 48 timmars arbetsvecka. Meningen var att den regeln skulle fasa ut successivt, men i stället ses en snabb utökning. Till exempel är det inte ovanligt att läkare i Österrike arbetar 60 timmar per vecka, i Portugal 54 timmar, och i Belgien och Bulgarien är arbetstiden för läkare inte reglerad alls. Nio länder har ingen maximal veckoarbetstid reglerad.

Direktivet anger att all tid på arbetsplatsen ska räknas som arbetad tid, detta ser dock olika ut i olika länder. I Sverige, Belgien och Finland anger lagen denna definition, men avvikelser tillåts genom kollektivavtal.

När det gäller dygns- och veckovila har direktivet generellt sett implementerats i de flesta länder, men riklig användning av undantag innebär att det i praktiken inte efterlevs. Läkare under specialistutbildning var undantagna från direktivet fram till 2004, och därefter infördes en övergångsperiod fram till 31 juli 2009. Trots detta rapporterar fortfarande till exempel Belgien, Frankrike, Grekland och Irland att ST-läkare arbetar 66–90 timmar per vecka.

EU-domstolen har i två domar tolkat direktivet avseende jourtid, och kommit fram till att det ska anses utgöra arbetstid när personen befinner sig på arbetsplatsen. Kommissionen lade därför fram ett förslag till förändring av direktivet redan 2004, men därefter har oenighet gjort att man inte kommit vidare. I somras lade ministerrådet fram ett kompromissförslag som EU-parlamentet, i en omröstning i december, tog avstånd ifrån. Europafacket stödde parlamentets förslag. Därefter har nu en så kallad förlikningsprocess tagit vid.

En av de svåraste frågorna är rätten till opt-out. I dag använder sig 15 länder av den möjligheten, även om de flesta gör det inom avgränsade sektorer. Parlamentet vill avskaffa möjligheten till opt-out, men ministerrådet vill behålla möjligheten. Ministerrådet vill också införa begreppet inaktiv »on-call time«, vilket innebär att inaktiv tid på arbetsplatsen inte räknas som arbetad tid.

Europaparlamentet och ministerrådet beslutar gemensamt i frågan. I förra veckan träffades parterna men kunde inte enas om ett gemensamt förslag, och förlikningsprocessen fortsätter.

Flera europeiska läkarorganisationer har agerat aktivt i frågan. Bland annat har CPME, organisationen för Europas läkarkår, lobbats aktivt i Bryssel. Alla medlemsländerna, inklusive Sveriges läkarförbund, har haft kontakter med sina parlamentariker och regeringar. CPME är mycket oroliga för rådets föreslagna förändringar. Utökad användning av opt-out och införandet av inaktiv jourtid skulle innebära ännu längre arbetsveckor än de som i dag finns. Läkarförbundet driver på för att få till stånd ett direktiv som skyddar arbetstagarnas hälsa och som dessutom leder till minskade risker för patienternas säkerhet.

PS. Tror du att patientsäkerheten påverkas av arbetstiden? Tyck till på www.lakarforbundet.se/ps.

»En av de svåraste frågorna är rätten till opt-out.«



EVA NILSSON BÅGENHOLM
ordförande i Sveriges läkarförbund

Svensk hjärtsjukvård granskad

I förra veckan presenterade Socialstyrelsen för första gången en öppen jämförelse och utvärdering av hjärtsjukvårdens processer och resultat. Syftet var att se om svensk hjärtsjukvård är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och given i rätt tid. Dödligheten efter hjärtinfarkt har minskat betydligt under de senaste decennierna, men denna jämförelse visar att det råder stora skillnader mellan landstingen. I rapporten jämförs resultat över tid på nationell nivå samt landstings- och sjukhusjämförelser.

Inom vissa områden finns påtagliga behov av förbättringar. Här

rekommenderas landstingen och sjukhusen att snarast starta förbättringsarbeten.

Principen om vård på lika villkor är starkt förankrad i den svenska läkarkåren.

Den offentligt finansierade sjukvården måste alltid utgå från den sjukes behov. Tillgång till diagnostik och behandlingsmetoder ska vara oberoende av faktorer såsom ålder, bostadsort och betalningsförmåga.

Öppna jämförelser är bra för att påvisa skillnader och kan bidra till förbättringar som på sikt gör att vi kan erbjuda medborgarna vård på lika villkor. ■



Kontaktuppgifter Sveriges läkarförbund:
www.lakarforbundet.se, E-post: info@slf.se
Telefon: 08-790 33 00, Fax: 08-20 57 18
Postadress: Box 5610, 114 86 Stockholm
Besök: Villagatan 5, Stockholm