

»Kan vi förvänta oss att någon efter 20 timmars arbete ska kunna undvika att göra misstag?«

ska ta sig till och från jobbet och man ska hinna äta och man ska hinna sköta om sin hygien och vardagliga saker. Och sova. Och många gånger måste vi ändå acceptera att de flesta personer också har ett socialt liv och att det ofta är högprioriterat. Det betyder att redan vid 11 timmar så kommer de flesta att få lite sömnbrist om man inte är en väldigt disciplinerad person som antingen inte har ett socialt liv eller som säger nej till det.

Man kan emellertid i kollektivavtal göra upp om avsteg från regeln som säger att vi har rätt till minst elva timmar vila mellan arbetspassen.

– Det ska då lösas genom att man ger annan likvärdig kompensation, säger Göran Kecklund och tillägger att pengar aldrig kan vara likvärdig kompensation.

– Du kan inte ta igen sömn med plånboken. Det som avses med likvärdig kompensation är annan ledighet, att man kan få lite längre ledighet efteråt för att kunna sova igen senare. Men du har inte eliminerat riskökningen för felhandlingar genom möjligheten att sova igen. Den är ju avhängig av hur lång dygnsvilan är mellan passen. Även med annan likvärdig kompensation så kommer konsekvensen att bli lägre säkerhet.

– Hälsan hos den anställda på lång sikt kan skyddas av »annan likvärdig kompensation« men riskerna för patienterna minskar inte.

Sara Gunnarsdotter



Foto: Ann Sofirosenkvist

Göran Kecklund

patientsäkerhet

För trött för att räkna rätt

Ett nyförlöst barn fick tio gånger för hög dos av morfin. Händelsen ansågs bero på att den tjänstgörande läkaren var alltför trött efter 20 timmars arbete. Socialstyrelsen välkomnar en kulturförändring som innebär att läkarna på kliniken ska kunna säga nej om känslan av att inte kunna göra ett bra jobb infinder sig. (Soc 9.3.1-27764)

Det var sent på natten och en av barnkliniken mest erfarna läkare hade varit i tjänst sedan tidig morgon. På grund av att läkaren räknade fel fick ett nyförlöst barn på neonatalavdelningen tio gånger högre morfinsdos än avsett i ett dropp. Trots att barnets blodtryck sjönk kontrollerades aldrig morfinsdosen eftersom man visste att den ordinerats av en så erfaren läkare. Barnet fick blodtryckshöjande läkemedel. Först efter två dygn upptäcktes feldoseringen

och korrigerades. Barnet bedöms ha klarat sig utan bestående men av överdoseringen.

Händelsen anmäldes enligt lex Maria till Socialstyrelsen, som därefter har gjort en tillsyn av kliniken tillsammans med Arbetsmiljöverket med syftet att följa upp hur arbetstidslagen tillämpas samt vilka åtgärder som vidtagits efter händelsen.

Enligt vårdgivaren ligger orsaken till händelsen i att läkaren var trött efter att ha arbetat i 20 timmar. Socialstyrelsen konstaterar att kliniken har svårt att bemanna jourverksamheten men att läkare på kliniken förväntas klara av sin arbetssituation.

Dessutom har ett antal orsaker kring läkemedelshanterings-säkerhet i allmänhet och dosering av morfin i synnerhet, identifierats som bidragande till händelsen.

Förutom de åtgärder som avser att säkra och förbättra läkemedelshandlingen skriver vårdgivaren att joursystemet har setts över eftersom det inte passar alla att arbeta nattetid. Man

arbetar också på att rekrytera och utbilda fler läkare samt göra riskbedömningar vid negativa förändringar. Socialstyrelsen anser att vårdgivaren vidtagit adekvata åtgärder och tror att nyrekrytering av specialistläkare till kliniken på sikt kommer att förbättra arbetsmiljön för befintliga läkare och att risken för felhandlingar på grund av trötthet därmed kommer att minska. Men Socialstyrelsen pekar på att det inte vidtagits några arbetsmiljöförbättrande åtgärder för läkarna i dagsläget och menar att detta borde tas med i verksamhetens riskbedömning, även om det inte är en negativ förändring. Socialstyrelsen skriver att det ska finnas rutiner för att kontinuerligt identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten samt rutiner för att vidta avhjälpande åtgärder.

Socialstyrelsen ser positivt på att verksamheten jobbar med kulturförändring som går ut på att läkarna på ett prestigelöst sätt ska kunna avsäga sig arbete som man inte anser sig behärska.

Sara Gunnarsdotter

Nollvisionen orealistisk – men användbar

Redan 2009 sa socialminister Göran Hägglund att han ville ha en nollvision för vårdskador. I slutet på 2010 upprepade han detta och satsade 400 miljoner kronor som skulle delas ut till de landsting som uppfyllde vissa patientsäkerhetshöjande krav. Sedan dess har flera hakat på och när Sveriges Kommuner och landsting arrangerade den senaste patientsäkerhetskonferensen var temat just nollvisionen. Men Göran Kecklund tror att det alltid kommer att begås fel.

– Man kommer inte att kunna skapa sådana villkor där människor alltid är på topp och allting fungerar jättebra; rutinerna, samarbetet ... Vården är en sådan miljö. Misstag kommer alltid att finnas och de kan dessutom vara lärorika.

Göran Kecklund menar att det också gäller trafiken, där riksdagen 1997 beslutade att målet för trafiksäkerheten i Sverige ska vara att ingen ska dö eller skadas för livet i trafikolyckor.

– Jag tror inte att det är någon som tror på den nollvisionen heller. Om det verkligen var väldigt viktigt, då skulle vi kunna åstadkomma det redan idag genom att ingen fick köra mer än 50 km i timmen, att man förbjöd nattkörning eller automatiserade bilkörning.

En sådan drastisk åtgärd är enligt Göran Kecklund ännu svårare att tänka sig inom vården.

– Om man bestämde sig för att inte operera på natten så kanske vi skulle kunna få färre felhandlingar, men det kanske också skulle vara fler patienter som dog för att de inte

opererades akut, men då skulle det i alla fall inte vara ett misstag under operationen ...

Göran Kecklund tror ändå att nollvisionen kan vara inspirerande när man brinner för frågan och känner ett stort engagemang moraliskt. Dessutom kan en nollvision leda till att säkerhetsfrågan får mer uppmärksamhet och att sjukvården satsar mer resurser på att förbättra patientsäkerheten.

– Men jag som forskare har min bild av hur människan fungerar, alla begränsningar och vår samverkan med annat. Och då ser jag inte hur en nollvision skulle kunna vara genomförbar. Men det är möjligt att det är bra att ha sådana orealistiska mål för det får människor, alla aktörer, att gå åt ett och samma håll. ■

Arbetsstidsdirektivet har landat

»I början av 2000-talet var frågan om arbetstid väldigt i fokus tills den blev reglerad i avtal. Efter det har det varit stilla.«

Det säger Nils Erik Solberg, chefsjurist på Läkarförbundet.

När Sverige gick med i EG förband man sig att införa arbetstidsdirektivet i den svenska arbetstidslagen. Inför införandet av direktivet fanns en del farhågor, inte minst inom sjukvården. Sammanfattningsvis kan man säga att de nya bestämmelserna innebar högst 48 timmars genomsnittlig veckoarbetstid, 11 timmars sammanhängande dygnsvila, arbetstid för nattarbete samt komplidighet vid tillfälliga undantag från veckoviloregeln. Arbetsgivarna tänkte att det skulle innebära organisatoriska omöjligheter och arbetstagarna var oroliga för stora förändringar i arbetstiden.

Det dröjde till 2005 innan den svenska lagen verkligen anpassades efter EG-direktivet. Sveriges Kommuner och landsting, SKL, menade att sjukvården skulle skadas av den nya lagen och att den skulle bli svår att tillämpa utan ett tillskott på ca 3 000 läkare (LT nr 9/2005, sidan 626). Men det fanns även en oro från arbetstagarhåll; till exempel var de unga läkarna rädda för att de nya reglerna skulle försvåra möjligheterna till handledd praktik.

Men farhågorna tycks inte ha infriats.

– Jag tycker att arbetsstidsdirektivet och de ändringar som följde därpå i den svenska arbetstidslagen verkar ha landat ganska väl, säger Nils Erik Solberg och fortsätter:

– Åtminstone får förbundet inte lika många oroliga förfrågningar nu som tidigare.

Nils Erik Solberg säger att man har hittat lokala lösningar och att avstegsavtal har

teknats i snart sagt hela landet.

– Det har funnits behov av att förändra dygnsvilan.

Men han betonar att Läkarförbundet hela tiden varit tydligt med att den likvärdiga kompensationen som lagen kräver vid tecknande av avstegsavtal från 11-timmarsregeln aldrig helt och hållet kan handla om pengar.

– Ingen blir piggare av enbart lite mer pengar.

Överhuvudtaget tycker Nils Erik Solberg att fokus kring arbetsti-



Nils Erik Solberg

»Ingen blir piggare av enbart lite mer pengar.«

der inte handlar om ekonomi i samma utsträckning som tidigare, utan har flyttats till arbetsmiljö, hälsa och patientsäkerhet.

Nils Erik Solberg menar också att själva processen att nå fram till de lokala lösningarna i sig har varit av godo.

– »Vad är viktigt just här?« Man har suttit och diskuterat hur arbetsmiljön ser ut och var som är belastande och vad som påverkar verksamheten. Det har fått upp frågorna om arbetsmiljö och patientsäkerhet på bordet på ett

annat sätt än tidigare.

– Jag tror det har påverkat många organisationer så att strukturen nu är både tydligare och bättre.

Som exempel nämner han nattjournsveckor, som blivit vanligare de senaste åren.

– Det är bra att inte behöva växla mellan att jobba dag och natt i ett kör.

Arbetsstidsdirektivet tycks emellertid inte ha landat lika mjukt i alla EU-länder. Därför har förhandlingar inletts för att revidera direktivet (se artikeln nedan). Men Nils Erik Solberg tror inte att det kommer att påverka svenska förhållanden nämnvärt.

Sara Gunnarsdotter

Parterna förhandlar om ändrade arbetsstidsregler i EU

För många vårdanställda i Europa är reglerna i EU:s arbetsstidsdirektiv i praktiken satta ur spel. På initiativ från EU-kommissionen har arbetsmarknadsparterna på Europainivå inletts förhandlingar om att revidera direktivet.

I september 2011 hotade EU-kommissionen att dra Irland och Grekland inför EU-domstolen. Skälet är att man låter läkare arbeta 65-70 timmar i veckan – långt mer än de 48 timmar som är maxgränsen i arbetsstidsdirektivet – utan att ge dem den vilotid som regelverket förskriver.

Redan 2010 konstaterade kommissionen i en rapport att avsteg från EU:s arbetsstidsdirektiv, som reglerar arbetstider och viloperioder för Europas arbetstagare, är vanliga. Många länder brister exempelvis enligt kommissionen i implementeringen av reglerna för hur förlorad vila ska kompenseras och för hur jourtid på arbetsplatsen ska räknas.

Allt fler länder utnyttjar dess-

utom den möjlighet som direktivet ger att införa rätten för enskilda arbetstagare att komma överens med sin arbetsgivare om undantag från 48-timmarsregeln. Sexton länder tillåter i dag sådana undantag, ofta specifikt inom vårdsektorn, medan 11, däribland Sverige, inte gör det. Ett undantag kräver dock en skriftlig överenskommelse mellan arbetstagaren och arbetsgivaren, vilket ofta saknas.

Problemen med implementeringen i kombination med att direktivet anses fungera dåligt på en allt rörligare och flexiblere arbetsmarknad gjorde att EU-kommissionen 2010 inledde en dialog med arbetsmarknadsparterna på Europainivå om en översyn av direktivet. Det finns enligt kommissionen en konsensus om att parterna bör ha större frihet att utifrån arbetsgivarnas och arbetstagarnas be-

hov avgöra hur regelverket ska implementeras i detalj. Kommissionen påpekar samtidigt att man inte avser att överge principen om miniminivåer på EU-nivå för att skydda arbetstagarnas hälsa.



Enligt EU:s fördrag

kan parterna på arbetsmarknaden själva komma överens om ändringar i EU:s arbetslagstiftning, och i slutet av 2011 meddelade Europafacket och deras motparter på arbetsgivar sidan att man inletts formella för-

handlingar om ett reviderat direktiv. Man har nu nio månader på sig att komma överens. Misslyckas detta kan kommissionen lägga fram ett eget förslag.

Det senaste försöket att få till stånd ändringar i arbetsstidsdirektivet slutade 2009 i ett död-läge mellan EU-rådet och EU-parlamentet.

Michael Lövtrup