

Nordiska överläkarna ense om dygnsvila och veckoarbetstid

Nattarbete försämrar läkarnas prestationer och innebär risker för patienter och arbetsmiljö, konstaterar de nordiska överläkarföreningarna i en ny resolution. De kräver att så mycket arbete som möjligt utförs dagtid.

Resolutionen antogs av Nordöl, alltså Sjukhusläkarföreningen och dess motsvarigheter i Danmark, Norge och Finland, vid en konferens i Köpenhamn nyligen där man slog fast betydelsen av EUs arbetstidsregler om dygnsvila och veckoarbetstid.

– Vi ville ha en nordisk samsyn om att syftet med direktivet är positivt för patienter och arbetsmiljö, säger Marie Wedin, ordförande i Sjukhusläkarföreningen.

Behovet av en resolution väcktes tidigare i år då arbetstidsfrågan diskuterades inom Nordöl. Lösningarna och de ekonomiska ersättningarna ser lite olika ut i Norden. Dygnsvilan hanteras till exempel olika. Norge har ett centralt kollektivavtal som tillåter att dygnsvilan minskas till åtta timmar. I Danmark räknas upp till tre telefonsamtal inte som en störning i dygnsvilan. Men när Sveriges Kommuner och Landstings tolkning av störningar under beredskap som en sorts »force majeure«-händelse blev känd i de andra nordiska länderna blev de oroad, berättar Marie Wedin. Och för några veckor sedan antogs alltså resolutionen för att markera att det trots praktiska skillnader finns en nordisk samsyn kring andemeningen i direktivet.

Resolutionen är tänkt att användas både på nationell nivå och för att sprida samsynen inom Europa. De hoppas att den ska antas av den europeiska sjukhusläkarorganisationen AMH i maj.



Eniga om att nattarbete bör undvikas: Erik Kristensen, Overlaegeforeningen, Danmark, Arne Refsum, Norsk overlegeforening, Marie Wedin, Sjukhusläkarföreningen och Antti Tamminen, Finlands specialistläkarförening.

Foto: Elisabet Ohlin

Vid konferensen nyligen lyftes en rad vetenskapliga belegg för nattarbetets negativa effekter fram, bland annat av Torbjörn Åkerstedt, professor vid Institutet för Psykosocial Medicin, Karolinska institutet.

Generellt sett vet man att skiftarbete kommer i konflikt med den biologiska dygnsrytmen och stör sömnen kraftigt, vilket både ökar risken för olycksfall och påverkar hälsan, enligt Åkerstedt. Men man vet lite om just vårdsektorn. Över huvud taget är området underutforskat. Arbetsgivare och fack har velat behålla området för sig själva, enligt Åkerstedt.

Klara samband finns

FAKTA 1

The European Federation of Salaried Doctors (FEMS) är en organisation för anställda sjukhusläkare. Medlemsländerna är: Österrike, Belgien, Bulgarien, Kroatien, Frankrike, Tjeckien, Tyskland, Italien, Portugal, Slovenien, Slovakien och Spanien.

Läs mer: www.fems.net

mellan skiftarbete i allmänhet och ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, mag-tarmsjukdom, graviditetskomplikationer, bröstcancer och prostatacancer och eventuellt också med metabola syndromet, depression och sjukfrånvaro.

Hypoteser finns också kring en rad mekanismer, bland annat att minskad sömn orsakar tillfällig insulinintolerans och ökade nivåer av kortisol, blodfetter och inflammation.

Att sömnlöshet leder till minskad hjärnfunktion är klarlagt (Balkin et al 2004). Klart är också sambandet mellan ökad olycksrisk och skiftarbete i allmänhet (Åkerstedt et al 2002).

I enkätundersökningar anger läkare ofta trötthet som orsak till misstag i vården, enligt Åkerstedt. En rad utländska studier finns om jourarbetets effekt på patientsäkerheten. En amerikansk studie visade till exempel tydligt att antalet allvarliga misstag i vården och felaktigt ställda diagnoser minskade kraftigt vid förkortade arbetspass och färre veckoarbetstimmar, jämfört med traditionella arbets- och jourpass på 24 timmar eller mer (Landrigan, et al. N Engl J Med. 2004 Oct 28;351(18): 1838-48). Men på grund av skillnader i scheman är det osäkert hur relevanta studierna är för svenska förhållanden, menade Åkerstedt.

I Finland har man dock tagit fasta på riskerna.

Olli Meretoja, ordförande i Finska läkarförbundet, gav

Resolutionen i korthet:

De nordiska läkarföreningarna har enats om att verka för:

En hållbar arbetsmiljö

- Läkarnas arbete ska i största möjliga utsträckning utföras dagtid. Möjligheter till vila och återhämtning ska finnas mellan arbetspassen.

- Tillräcklig tid för reflektion, vila och måltider måste finnas natt

som dag.

- Utbildning ska ges de bästa förutsättningar och om möjligt genomföras på dagtid.

God patientsäkerhet

- Endast medicinskt indicerade åtgärder ska utföras nattetid.

- Så mycket som möjligt av det kliniska arbetet bör utföras dagtid.

- Medicinska beslut

ska om möjligt tas av fullt utvilade läkare. Viktiga kliniska beslut ska tas med flera specialiteter samlade.

Välfungerande sjukvård

- Patienterna behöver hög tillgänglighet till säker sjukvård.

- EUs arbetstidsdirektivs krav på 11 timmars dygnsvila och 48 timmars arbetsvecka är

välkomna, men måste anpassas lokalt.

- Beredskapssystemet är ett effektivt sätt att säkra tillgång till medicinsk expertkompetens dygnet runt. Allt aktivt arbete utfört under beredskap ska ersättas.

De nordiska sjukhusläkarna ska verka för att EUs arbetstidsregler följs på europeiska sjukhus.

flera exempel på studier av hur läkares prestationer försämras vid långa arbetspass, nattetid eller när läkaren är trött (bland annat Dawson et al. *Nature* 1997;388:235 och Henriques, et al. *J Am Coll Cardiol*. 2003;41:2138-2142) och hur misstag kan minskas genom en tupplur (Sallinen, et al. *J Sleep Res*. 1998;7:240). Dessutom påverkar misstag läkares eget välbefinnande negativt (West, et al. *JAMA*. 2006;296:1071-8, och Wu AW. *BMJ*. 2000;320:726-7).

Finlands läkarförbund har därför gett ut allmänna riktlinjer som innebär att de dygnslånga passen bör delas i två tolvtimmarspass, med ledig dag före natt med aktivt arbete. Dessutom ska så mycket arbete som möjligt utföras på dagtid. Förbundet rekommenderar ett triage-system där patienterna sorteras i röda, gula och gröna grupper (Kallio P, et al. *Traffic lights for on-call work*. *Suom Lääkäril.* 2006; 61:5075-81). Systemet sprider sig i Finland, berättade Meretoja, och på hans egen arbetsplats, ett barnsjukhus i Helsingfors, har såväl omoperationer som komplikationer blivit färre och vårdtiderna har kortats. Liknande trafikljusmodeller finns också på svenska sjukhus.

– Det som var intressant var att han kunde visa på effekterna, tyckte Marie Wedin.

Claude Wetzel, narkosläkare i Strasbourg (se artikel här intill), uppmanade de nordiska läkarna att lobba mot politiker om riskerna med nattarbete och vikten av rimliga arbetstider.

– De flesta politiker är inte övertygade om detta. De är fokuserade på ekonomi. Det är väldigt viktigt att vi och ni lobbar.

Claude Wetzel ägnar själv mycket tid åt att lobba på EU-nivå och bidrog med ett europeiskt perspektiv på vad som kan hända framöver.

Det är oklart om dagens möjlighet till »opt out«, indi-

viduella avtal om att överskrida 48-timmarsregeln, kommer att försvinna.

– Vi läkare och EU-parlamentet säger att regeln om max 48 timmars arbete i veckan är till för patienternas säkerhet, och att »opt out« öppnar för illojal konkurrens och social dumpning.

EU-parlamentet vill inte ha kvar »opt out«, men kan däremot tänka sig att utöka beräkningsperioden från fyra till sex veckor. EU-länderna är delade i två läger i fråga om »opt out«.

Om Tyskland, Polen och Storbritannien vinner och »opt out« behålls, får läkare betala ett högt pris, enligt Wetzel.

Eventuellt kommer också revisionen av det nuvarande EU-direktivet innebära att inaktiv tid på sjukhus åter kan betraktas som icke arbetstid.

Trenden inom EU går mot »flexicurity«, »flexi« för arbetsgivarna och »curity« för de anställda, enligt Wetzel. Det kommer att leda till en större spridning av anställ-

ningsvillkor, fackföreningarnas död och anställda som ensamma förhandlar med sina arbetsgivare, menade Wetzel.

– Vi kommer att få anställningsavtal med allt högre krav på arbetsinsats vart femte år. Det är faran. Allt vi har pratat om i dag kan försvinna. Ni måste lobba, sa Claude Wetzel.

– Rörelsen mot att skriva om direktivet försvagar alltihop, men i Sverige är vi långt från en utveckling bort från kollektivavtal, tror Marie Wedin.

Elisabet Ohlin

»Varning för krig om läkares villkor inom EU inte jämsställs«

Vi har en betydande »brain drain« från östra Europa. Om vi inte gör något nu har vi krig eller inbördeskrig om tio år, säger Claude Wetzel, som arbetar för anställda sjukhusläkares villkor på EU-nivå.

Claude Wetzel är narkosläkare i Strasbourg och ordförande för läkarorganisationen FEMS, en organisation för anställda sjukhusläkare i tolv europeiska länder, däribland flera av EUs nya medlemsländer. Han varnar för att det om tio år kan uppstå »sjukvårdsökningar« i östra Europa om utvecklingen fortsätter. Om människor inte har tillgång till sjukvård kan det på sikt leda till inbördeskrig.

Nya medlemsländer som Slovenien och Bulgarien har bett att få vänta upp till fem år med att införa direktivet. Det betyder att om fem år kommer en mycket svår situation att uppstå, menar han.

– Det är en omöjlig situation. De måste följa EUs arbetstidsdirektiv och de kan inte driva sina sjukhus om läkarna åker utomlands. Det är ett politiskt problem.

Trots att Frankrike har dublerat sina utbildningsplatser de senaste fem åren fortsätter landet, precis som Sverige, att importera läkare. På hans eget sjukhus i Strasbourg mö-



Claude Wetzel varnar för att »sjukvårdsökningar« uppstår i östra Europa. Foto: Elisabet Ohlin

ter han läkare från dessa länder. Han kan inte klandra dem. De får mycket bättre betalt än i sina hemländer och avsevärt bättre arbetsvillkor. I Polen till exempel tjänar en läkare 5 000 euro om året.

– På tre veckor tjänar jag vad en polsk läkare tjänar på ett år. Vi kan inte ha det så, bara två timmars flygresahemifrån.

Vad kan man då göra?

– På europeisk nivå måste vi arbeta för att balansera, för att förbättra sjukvårdssystemet i östra Europa. Det tar säkert tjugo år. Det handlar också om att sänka levnadsstandarden i våra länder.

I hela Europa måste man producera tillräckligt med läkare och samtidigt se till att unga läkare inte överger den offentliga sjukvården, menar Wetzel. Det behövs fler läkartjänster och bättre karriärmöjligheter inom den offent-

liga sjukvården, bland annat. EU-bidrag måste gå till de nya medlemsländernas sjukvård och korruptionen där måste bekämpas. Att miljarder försvinner i korruption är en förklaring till de låga lönerna, enligt Wetzel, som i februari var med om att organisera en stor demonstration i Bulgarien som ledde till att ansvarig minister avgick.

Svenska läkarförbundet har länge bromsat utökningen av antalet utbildningsplatser på läkarutbildningen med hänvisning till utbildningskvaliteten.

– På nationell nivå måste man naturligtvis se till utbildningskvaliteten. Man får gå stegvis, kommenterar Wetzel.

Marie Wedin, ordförande i Sjukhusläkarförbundet, anser att Sverige borde utbilda fler specialister, inte för att exportera men för att täcka eget behov.

– Ja, tillräckligt många för vårt eget land så att inte våra politiker värvar i Polen och Litauen. Det gör de ju nu och det kan man tycka är oetiskt.

Att hålla fast vid kollektivavtal och arbetstidsdirektivet i hela Europa är också ett sätt att motverka social dumpning, tror hon. Genom bättre arbetsvillkor i alla länder minskar viljan att lämna sitt hemland.

Elisabet Ohlin

AVTALS RÖRELSEN

Medling efter strandade förhandlingar

Läkarförbundet och Sveriges Kommuner och Landsting kommer inte överens i arbets-tidsfrågan. De går till medling – med hela avtalsrörelsen.

Parterna träffades tisdagen den 27 november och kom då fram till att koppla in medlare för att komma vidare i avtalsrörelsen, där arbetstidsfrågan blockerar alla vidare diskussioner. Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm kallar förhandlingarna för »mjukstrandade« eftersom parterna gemensamt går till medling. Medlingsinstitutet utsåg senare i förra veckan Jan Sjölin, tidigare förhandlingschef på Kommunal och Ulf Perbeck, tidigare förhandlingschef på Landstingsförbundet, till medlare i förhandlingarna.

Men det är inte bara själva arbetstidsfrågan som lämnas till medling. Det är hela avtalsrörelsen. Det innebär att arbetstidsfrågan kan komma att ställas mot andra frågor, såsom lönefrågor, i medlarnas förslag.

Är det bra eller dåligt?

– Det finns ingen annan möjlighet som jag ser det, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Avtalen som styr förhandlingsordning och medling tillåter inte att man skiljer ut en fråga, säger hon.

Läkarförbundet har inte kunnat acceptera den nya skrivning i § 13h i de allmänna bestämmelserna som de andra fackförbunden accepterade i våras och som säger att störningar i dygnsvilan kan betraktas som tillfälliga avvikelser, eller en sorts »force

majeure«-händelser. Inte heller har man kunnat komma överens om någon skrivning i specialbestämmelserna som kan ersätta § 13h.

– Vi har inte hittat någon lösning som båda parter tycker är bra, och vi kan aldrig acceptera § 13h för den ger inte tillräckligt skydd, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Inte heller har avvikelseavtalen i de sex landstingen varit tillräckliga.

– Det har tagit för lång tid och de är för få. Vi måste få ett avtal klart till sista mars.

Hade det funnits 15 sådana avtal nu hade läget kanske varit ett annat, menar hon.

Medlingsarbetet beräknas börja den här veckan. Eva Nilsson Bågenholm tror att processen kommer att ta tid, dels eftersom medlarna ska

läsa in sig i frågorna, dels eftersom alla avtalsfrågor ligger i medling.

– Det är svårt att säga hur mycket vi hinner innan jul.

Vad händer sedan?

– Vår förhoppning är att medlarna förstår vår tolkning, att § 13h inte uppfyller Arbetstidslagens och EG-direktivets krav på lämpligt skydd. Vårt mål är lokala avtal. Och kommer vi inte överens så finns det en risk att ena parterna varslar om konflikt.

Utöver arbetstidsfrågan har Läkarförbundet i förhandlingarna yrkanden om bland annat fokus på löneavtalet, återgång till lägstutrymme, förbättrad bundenhetsersättning vid beredskap, jourbefrielse för gravida läkare och äldre läkare.

Elisabet Ohlin

Annons