

Motion

1975/76: 1225

av herr Karl Bengtsson i Varberg om sjukhusläkares arbetsbelastning

Det råder ganska stor enighet mellan de politiska partierna om sjukvårdspolitikens allmänna inriktning och den utbyggnad av den öppna allmänläkarvården som skett de senaste åren. Denna motion vill inte heller ifrågasätta en fortsatt rask utbyggnad av den öppna vården utanför sjukhus i den takt som tillgången på färdigutbildade läkare och sjukvårdens övriga resurser tillåter.

Den öppna vårdens utbyggnad har dock ej medfört en sådan avlastning av sjukhusens mottagningar och vårdavdelningar som man hoppats på. Inom sjukvårdsområden där samtliga distriktsläkartjänster blivit besatta med kompetenta innehavare har flerstädes en ökning av antalet remissfall till sjukhusen kunnat konstateras. Detta är också naturligt; med effektivisering av primärvården kan flera sjukdomsfall upptäckas i tidigare stadier då de ännu är tillgängliga för behandling vid sjukhus, t. ex. operation.

Tillströmningen av läkararbetskraft till den öppna vården utanför sjukhus har medfört en förbättring av öppenvårdsläkarnas arbetsförhållanden. Dagens distriktsläkare har således, jämfört med 1940- och 1950-talets provinsialläkare, i allmänhet betydligt kortare arbetstider. Veckoarbetstiden är i de flesta fall endast obetydligt över 40 timmar per vecka. Jour- och beredskapsbelastningen är måttlig och övertidsuttaget ringa.

Den successiva arbetstidsförkortning som genomförts i takt med välfärds-samhällets utveckling och som 1971 manifesterades i den nya arbetstidslagen (ATL) har emellertid för stora grupper offentliganställda läkare inte kunnat tillämpas. Läkarbrist och allmänhetens växande behov av dygnet-runt-service i sjukvården är faktorer som bl. a. bidragit till att konservera arbetstider som för stora grupper av sjukhusläkare går långt utöver vad som numera anses vara rimligt och arbetshygieniskt förvarbart.

Offentliganställda läkare är genom överenskommelse i kollektivavtal helt eller delvis undantagna från arbetstidslagen. Arbetstidslagens begränsning av veckoarbetstidens längd till 40 timmar gäller inte för läkare. För många av de offentliganställda läkarna förekommer i stället individuell arbetstid utöver 40 timmar i veckan, s. k. "särskild arbetstid". 40 timmar plus denna särskilda arbetstid utgör läkarnas fastställda arbetstid. Någon maximeringsregel för läkarnas fastställda veckoarbetstid finns inte.

Arbetstidslagen innehåller regler för högsta tillåtna uttag av jourtid, dvs. den tid då arbetstagaren står till arbetsgivarens förfogande på arbetsstället utan att utföra arbete. I nu gällande läkaravtal finns en generell undantagsregel från denna maximering.

Den arbetade tiden under jour och beredskap beräknas enligt arbetstidslagen som övertid om den icke kompenseras med tjänstefrihet inom de i lagen angivna begränsningsperioderna. Några undantag från lagens övertidsregler finns inte i gällande avtal tillämpliga på läkare.

Arbetstidsundersökningar

Under det senaste decenniet har ett flertal undersökningar om läkares arbetstider genomförts. År 1969 gjordes den s. k. "vecka 42-undersökningen", som utgjorde underlag för fastställande av arbetstider för läkare i och med att läkarnas arbets- och anställningsförhållanden ändrades när sjukförsäkringsreformen genomfördes den 1 januari 1970. I november samma år gjordes i Läkarförbundets regi en riksomfattande enkät, Läkarenkät -70, då bl. a. omfattningen och fördelningen av fastställd arbetstid inom läkarkåren kartlades. År 1972 och 1974 genomfördes nya riksomfattande enkätundersökningar i samarbete mellan Läkarförbundet, sjukvårdshuvudmännen och socialstyrelsen. Undersökningarna benämndes "Läkares Arbetstider och Tjänster", förkortat LATT 72 resp. LATT 74.

I dessa arbetstidsundersökningar finner man högst varierande arbetstider inom olika medicinska verksamhetsområden. Den fastställda, ordinarie arbetstiden uppgår för överordnade läkare vid sjukhuskliniker i genomsnitt till drygt 45 timmar per vecka.

För överordnade läkare i allmänkirurgi noteras fastställda arbetstider på över 47 tim./vecka, ortopedisk kirurgi och röntgendiagnostik samt öron-, näs- och halssjukdomar 46 tim./vecka, allmän internmedicin och anestesi drygt 45 tim./vecka.

Den fastställda arbetstiden motsvarar mycket sällan de faktiska arbetsförhållandena. Arbetstiden fastställs efter förhandlingar mellan arbetsmarknadsparterna och får ses som en skattning av den arbetsinsats som är nödvändig för att driva det planerade dagarbetet vid sjukvårdsinrättningen i fråga. I de allra flesta fall tillkommer övertid. I LATT 74 kan för överläkare vid sjukhus noteras genomsnittliga övertidsvärden på 3,4 tim./vecka, för biträdande överläkare 3,0 tim./vecka och för underordnade läkare vid sjukhuskliniker 2,3 tim./vecka. De högsta övertidsnoteringarna finner man för överläkare i infektion, 4,3 tim./vecka och överläkare i allmänkirurgi 4,0 tim./vecka.

Den fastställda arbetstiden och övertiden motsvarar dock endast en del av den arbetsinsats som utförs per tjänstgöringsvecka. För de flesta offentligtanställda läkarna föreligger dessutom skyldighet att fullgöra jour och beredskap. Den totala tjänstgöringstiden inkluderar såväl arbetad tid under jour och beredskap som passiv beredskapstid. Den totala tjänstgöringstiden är betydligt längre än den fastställda, ordinarie dagarbetstiden.

Enligt LATT 74 förekommer totala tjänstgöringstider (inkl. all jour och beredskap) på över 100 timmar för t. ex. överläkare i anesthesiologi, infektion

och klinisk kemi. Överläkare i barnmedicin har 96 timmar per vecka, allmän intern medicin 92 tim./vecka, allmänkirurgi 93 tim./vecka, ortopedisk kirurgi 84 tim./vecka, gynekologi- och obstetrik 85 tim./vecka, röntgen-diagnostik 92 tim./vecka och öron-, näs- och halssjukdomar 93 tim./vecka. Motsvarande noteringar för distriktsläkare är 52 tim./vecka.

Till en del kompenseras arbetsinsatserna under jour och beredskap med tjänstefrihet under dagtid senare under året. Denna omfördelning av arbetstid från obekvämtid till dagarbetstid sker timme för timme och innebär inte någon faktisk reduktion av den genomsnittliga, utförda arbetstiden. Detta innebär att mängden ograverad fritid för vila och rekreation varierar kraftigt mellan olika medicinska verksamhetsområden.

Den s. k. "jourkompensationsledigheten" utgår ofta först sedan längre tid förlutit efter det aktuella arbetspasset. Sammanhängande arbetspass, bestående av en full arbetsdag följt av en journatt och med direkt övergång i en ny, full arbetsdag är fortfarande vanliga för läkare vid de flesta sjukvårdsinrättningar där akutsjukvård bedrivs.

Konsekvenser för patientvården

Störd nattsömn och bristande sömn medför sömnunderskott som, ackumulerat under längre tid, kan innebära en ren hälsorisk. Sömnbristens verkningar är väl kända. Dessa förhållanden har ägnats stort intresse i den psykologiska litteraturen. Försökspersoner som utsatts för sömnbrist uppvisar minskad förmåga till uppmärksamhet, minskad koncentrationsförmåga samt sänkt förmåga att lösa förelagda problem. Redan efter *en* natt med nedsatt antal sömntimmar uppträder dessa rubbningar. Förutom dessa funktionella störningar, dvs. nedsatt förmåga att utföra förelagda uppgifter på ett tillfredsställande sätt, medför sömnbrist också psykologiska effekter. Ökad irritabilitet, överkänslighet för kritik, känsla av depression har bl. a. noterats i redovisade försök. Försökspersonerna, amerikanska underläkare, noterade också överklighetskänslor: man kände sig stå utanför vad som hände, man blev likgiltig för patienternas problem och hur det gick för patienterna. En del av försökspersonerna anmälde också störningar i närminnesfunktionen.

Dessa försökspersoners erfarenheter kan verifieras av de flesta läkare som har erfarenhet av akutsjukvård under obekvämtid. Risken för sådana psykiska störningar och nedsättning av prestationsförmågan har inom andra arbetsområden medfört regleringar av arbetstidens längd, t. ex. för piloter, lasthilschaufförer, lokförare och sjömän. Avtalen för dessa arbetstagargrupper innehåller detaljerade bestämmelser om längden av sammanhängande arbetspass, längd och frekvens av viloperioder och den enskilda arbetsperiodens längd. I regel är arbetsperioderna för denna typ av arbetstagare maximerade till 12–14 timmar per dygn.

Det är alldeles uppenbart att alltför långa och tunga arbetspass inverkar på läkarens förmåga att fungera i kritiska situationer och situationer där

kravet på koncentration och precisionsarbete är framträdande. Lika viktigt som förmågan att kunna utföra operationer på ett tillfredsställande sätt torde dock vara att patienterna vid sjukhusens mottagningar får möta en läkare i god psykisk balans, vaken, utvilad och kapabel att intressera sig för patienternas problem.

Det akuta sjukvårdsarbetet under obekvämtid är i många avseenden väsensskilt från den under kontorstid förekommande, planerade sjukvården. Jourarbetet ställer ofta högre krav på snabba och adekvata insatser. Patientflödet kan endast till en del styras, och som en följd därav kan arbetet inte planeras annat än i grova drag.

Samtidigt stiger allmänhetens behov av adekvata och snabba sjukvårdsinsatser under alla delar av dygnet. Många anmälningar till ansvarsnämnden gäller också påstådda eller verkliga felbehandlingar under jour- och beredskapsarbete. I flera fall har också utredningen visat att orsaken till de felbedömningar som gjorts av vederbörande läkare kan hänföras till en bristande jourorganisation med alltför tung arbetsbelastning och alltför hög grad av uttröttnings.

Efter en full arbetsdag följd av en arbetsnatt med kanske endast någon timmes sömn är det klart olämpligt att arbeta ytterligare en full arbetsdag. Vid kliniker med sådan jourbelastning är det av självklara skäl nödvändigt att den jourhavande läkaren kan beredas vila, dvs tas ur tjänst i direkt anslutning till varje jourpass. Det räcker då inte med endast en dags vila för att åter bli fullt arbetsför. Vid andra kliniker med måttlig jourbelastning, där läkaren i regel tillåts vila 7–8 timmar per natt, kan det från organisatorisk synpunkt, särskilt med tanke på kontinuiteten i sjukvården, vara lämpligare att tjänstefrihet under dagtid regelbundet planeras till större frånvaropass, t. ex. hela veckor. Den ofta återkommande omfördelningen av arbetstid för jour och beredskap har på många håll på grund av underdimensionerade klinikstaber medfört problem med sjukvårdskontinuitet och jämn bemanning. Vid sådana kliniker behövs tillskott av ytterligare läkararbetskraft för att man skall kunna genomföra en vettig tjänstgöringsplanering som tillåter högsta möjliga patient-läkarkontinuitet.

De arbetstids- och arbetsbelastningsvärden som ovan refererats innebär arbetshygieniska risker som inte kan tolereras.

Fortfarande noteras de längsta arbetstiderna för de äldsta läkarna (överläkare) i de av tradition fysiskt mest ansträngande specialiteterna. Arbetsförhållandena ter sig på många håll omänskliga, framför allt för äldre, överordnade läkare vid mindre sjukhus.

Den påfrestning som deltagande i olika jourssystem innebär har också motiverat att man diskuterat att befria äldre läkare från jourtjänst. Hittills har dock förslaget endast gällt den öppna vårdens läkare. I Rahm-utredningen föreslogs att provinsialläkare över 55 år skulle befrias från jourtjänst. Något formellt beslut med den innebörden har ännu icke fattats. I praktiken förekommer redan nu partiell jourbefrielse för många distriktsläkare i och

med att jourvikarier regelmässigt förordnas att uppehålla jourtjänsten i distriktet under sön- och helgdagar. Det är synnerligen motiverat att motsvarande lättnader i arbetsbelastningen kan beredas även de vid sjukhusen anställda äldre läkarna. Därtill fordras dock en betydande ökning av antalet fast anställda specialister vid sjukhusen.

De sjukvårdspolitiskt beslutade prioriteringar mellan olika medicinska verksamhetsområden som har varit vägledande för socialstyrelsens fördelning av tjänster för vidareutbildade läkare (dvs. specialister) de senaste åren har således medfört att en angelägen sanering av sjukhusläkarnas arbetsförhållanden försumrats. Trots att avsevärda skillnader i arbetsbelastning mellan olika medicinska verksamhetsområden varit väl kartlagda och kända sedan minst fem år har uppenbarligen inte hänsyn tagits till dessa faktorer i den centrala fördelningen av specialisläkartjänster.

Den måttliga arbetstidsminskning som skett de senaste åren har i stället varit av samma storleksordning inom alla specialiteter.

Den skillnad i arbetsförhållanden mellan olika medicinska verksamhetsområden som i dag råder innebär ofrånkomligen en återverkan på rekryteringen till olika specialiteter. Framför allt har detta återverkat i vad gäller rekryteringen av läkare till länsdelssjukhusen. Arbetsituationen för de läkare som sitter på de alltför fåtaliga specialisttjänsterna vid dessa sjukhus är i sanning inte avundsvärd. Med sviktande läkarstab, rekryteringssvårigheter och orutinerade underläkare är man skyldig att uppehålla full akutberedskap dygnet runt.

Differens äskanden – tjänstetilldelning

De lokala sjukvårdshuvudmännen har med oro sett de svårigheter för patientvården som den bristande specialistläkarbemanningen vid våra sjukhus medför. I syfte att råda bot på dessa missförhållanden har de enskilda landstingen i upprepade äskanden begärt förstärkning av sjukhusens läkarstab. Vid fördelningen av läkartjänster har sjukvårdshuvudmännen i alltför liten omfattning fått gehör för dessa krav. Detta trots att det f. n. finns ca 1 000 obefordrade specialister, framför allt i de stora sjukhusspecialiteterna invärtes medicin och kirurgi. En del av dessa specialister är visserligen engagerade i forskningsarbete och tjänstgöring i grenspecialiteter, men merparten tjänstgör på vikariat och korttidsförordnanden. Inom de sjukvårdspolitiskt prioriterade specialiteterna allmänläkarvård, långtidsvård och psykiatri finns ännu inte tillräckligt antal specialister utbildade för att besätta samtliga inrättade läkartjänster.

Det är stor skillnad mellan sjukvårdshuvudmännens önskemål om specialisttjänster och den av sjukvårdsdelegationen beslutade kvoteringen för år 1976. Totalt har under hösten 1975 äskats tillstånd för inrättande av 1 290 specialisttjänster fr. o. m. den 1 januari 1976. Tillgänglig kvot att fördela är 701 specialisttjänster för detta år.

För sluten somatisk korttidsvård, dvs. akut sjukhusvård, äskades 789 specialisttjänster, medan kvotutrymmet är 324 specialisttjänster för år 1976. För den öppna vården utanför sjukhus äskades 308 tjänster, och kvotutrymmet är här 275. Detta innebär att man för sjukhusvården har möjlighet att tillfredsställa 41 % av huvudmännens önskemål, medan man för den öppna vården kan godkänna 89 % av sjukvårdshuvudmännens äskanden. Detta innebär i praktiken ett underkännande av de lokala sjukvårdshuvudmännens förmåga att bedöma var inom det egna sjukvårdsområdet en förstärkning av läkarstaberna är mest angelägen.

Även sjukhusvården måste tilldelas specialisttjänster i en sådan omfattning att inte patienternas säkerhet, vårdkontinuitet och arbetshygien på grund av alltför stor arbetsbelastning åsidosätts. Tillgänglig läkararbetskraft bör fördelas så att nuvarande stora skillnader i arbetstider och arbetsbelastning mellan olika medicinska verksamhetsområden utjämnas, även om detta skulle medföra att utbyggnaden av den öppna vården utanför sjukhus blir något fördröjd. Med en dåligt fungerande sjukhusvård blir hela sjukvårdsorganisationen haltande och ineffektiv.

Även vid planering av fortsatt vidareutbildning av läkare har man visat stor återhållsamhet med tilldelning till sjukhusvården av blockförordnanden för specialistutbildning. Med anledning härav har företrädare för sjukhusvården uttryckt farhågor för en framtida brist på bl. a. kirurger och ökande rekryteringssvårigheter framför allt till de mindre sjukhusen.

Med stöd av vad som anförts hemställs

att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna att större hänsyn måtte tagas till den skiftande arbetsbelastningen mellan olika medicinska verksamhetsområden i det fortsatta arbetet med central sjukvårdsplanering och fördelning av läkartjänster.

Stockholm den 27 januari 1976

KARL BENGTTSSON (fp)

i Varberg