

Legestreik uten mening?

Å tariffeste en over 20 år gammel organisering av vaktarbeidet i sykehusene bør ikke være førsteprioritet for å løse noen av de problemene som spesialisthelsetjenesten står overfor. Legene burde heller ha streiket for å bli omfattet av arbeidsmiljøloven.

Legeforeningen ønsket med den nylig avsluttede streiken at en over 20 år gammel praksis for organiseringen av vaktarbeid skulle tariffestes. Slik skulle det bli vanskeligere for arbeidsgiver å tilpasse vaktplanene til avdelingenes arbeidsoppgaver. Jeg har over 40 års erfaring fra spesialisthelsetjenesten, både som ansatt og som leder. I tillegg har jeg vært avdelingstillitsvalgt ved to universitetssykehus. Jeg har derfor sett de organisatoriske utfordringene i sykehusene fra begge sider. På denne bakgrunn har jeg store vanskeligheter med å forstå Legeforeningens begrunnelse for streiken.

Uhensiktsmessige arbeidsplaner

Mye tyder på at legeressursene i sykehusene er organisert på en uhensiktsmessig måte, og dette er et av de viktigste hindrene for kunne bruke personal- og utstyrsressurser best mulig. Sykehusdrift er en døgnkontinuerlig virksomhet, likevel er 83 % av sykehuslegers arbeidstid lagt til dagtid mandag til fredag, et tidsrom som bare utgjør 24 % av ukens arbeidstimer (1). Siden pasientbelastningen er betydelig jevnere fordelt, medfører dette så store forskjeller i arbeidsbelastningen på kveld, natt og helg i forhold til dagtid, at mange sykehusavdelinger sannsynligvis er overbemannet på dagtid mandag til fredag, slik som også er blitt hentydet tidligere (2).

Legen som dagarbeider

Den skjeve fordelingen av legenes arbeidstid er en konsekvens av arbeidsavtaler som fastslår at planlagt pasientarbeid bare skal kunne foregå på dagtid i ukedagene. Dette er klart uheldig for utnyttelsen av legeressursene. Riksrevisjonen fant i sin undersøkelse av operasjonsstuer at 80 % av operasjonene skjedde mellom klokken 8 og 16. I halvparten av operasjonsstuene ble siste operasjon avsluttet klokken 14.30. I rapporten konkluderte man med at mange planlagte operasjoner ikke ble startet på grunn av usikkerhet om de ville ha blitt avsluttet innen legenes ordinære dagarbeidstid (3).

Nasjonal statistikk viser også en utvikling der legeressursene øker sterkt uten at det medfører en tilsvarende økning i innleggelser, operasjoner eller polikliniske behandlinger (4). Det er derfor all grunn til å gjøre noe med organiseringen av legetjenesten i sykehusene. Den engelske journalisten og arbeidslivsforskeren Charlotte Santry har da også karakterisert legene som den siste store profesjonsgruppen som ikke har tilpasset seg utviklingen i bedriften de arbeider i (5).

Legene og arbeidsmiljøloven

Siden sykehusene representerer en døgnkontinuerlig virksomhet har legene i sine arbeidsavtaler forpliktet seg til å dekke behovet for øyeblikkelig hjelp utenom den definerte dagarbeidstiden gjennom vaktordninger. Dette var stridens kjerne i legestreiken. Med begrenset dagarbeidstid med-

«Den skjeve fordelingen av legenes arbeidstid er en konsekvens av arbeidsavtaler»

fører døgnkontinuerlig legedekning lange vakter fra arbeidsdagens slutt om ettermiddagen til start neste morgen, ofte vakter på 19 timer uten innlagt spisepause eller hvile. For å få dette til har legene vært unnatt arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstider, og, som medisinsk redaktør Liv-Ellen Vangsnes nylig påpekte, virker det rart at nettopp vi leger, som har ansvar for menneskeliv, skal være unntatt fra den beskyttelsen arbeidsmiljøloven gir (6). Hun mener at dette likevel har fungert, fordi det har vært tilstrekkelig hvile mellom vaktperiodene. Det er en sannhet med mange modifikasjoner. Som hun selv påpeker, er leger som folk flest og gjør lettere feil når de har jobbet for mange timer på rad uten søvn. Mange leger føler seg også presset av kollegene til å ta slike slitsomme vakter, selv om de er syke (7).

Vitenskapelige undersøkelser fra mange land viser da også at behandlingskomplikasjoner og dødsfall skjer hyppigere hos pasienter som legges inn kveld, natt og helg i forhold til i dagarbeidstiden i ukedagene (8–10). Dette skyldes at overarbeidede og trettede leger hyppigere gjør feil, bl.a. ved å avvike fra vanlige prosedyrer. I vaktperiodene er det også vesentlig færre leger til stede enn på dagtid i ukedagene, og dette medfører mindre kompetanse rundt pasienten. I en spørreundersøkelse blant befolkningen anga nær 70 % at de var bekymret for at legenes arbeidspress kunne føre til feilbehandling (6).

Uforståelig legestreik

Det er derfor uforståelig at legene streiker for å få slike vaktforhold tariffestet. For de aller fleste andre arbeidstakere utgjør arbeidsmiljøloven vernet mot misbruk og

utnyttelse fra arbeidsgivers side. Slik burde det også være for legene.

Helsepersonellovens krav om at sykehusene skal tilrettelegge for forsvarlighet er truet fra flere hold, også fra legene. I stedet for å streike for å tariffeste uforsvarlige vaktordninger, burde legene heller ha streiket for å bli omfattet av arbeidsmiljøloven. En slik streik ville på en helt annen måte også vært i pasientenes interesse.

Dag Bratlid

bratlid@vikenfiber.no

Dag Bratlid (f. 1944) er tidligere professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og tidligere overlege i nyfødtdisin ved Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs hospital. Bratlid er nå tilknyttet Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Bratlid D. Har legene en hensiktsmessig fordeling av arbeidstiden? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1590–1.
2. Bratlid D. Pasientbehandling og legeressurser i en sykehusavdeling. HERO skriftserie 2013: 6. <https://med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2013/hero2013-6.pdf> [27.10.2016].
3. Samdata. Spesialisthelsetjenesten 2014. Helsedirektoratet, Oslo, 2015. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/989/SAMDATA%202014%20IS-2348.pdf> [27.10.2016].
4. Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3: 4 (2013–2014), Oslo 28.11.2013. <https://riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Sykehus.aspx> [27.10.2016].
5. Santry C. Doctors will be key to raising productivity levels to plug shortages in workforce. BMJ 2012; 345: e7635.
6. Vangsnes LE. Kampen for forsvarlighet. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1603.
7. Hertzberg TK, Skirbekk H, Tyssen R et al. Dagens sykehuslege – fremdeles alltid på vakt. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1635–8.
8. Bell CM, Redelmeier DA. Mortality among patients admitted to hospitals on weekends as compared with weekdays. N Engl J Med 2001; 345: 663–8.
9. Redelmeier DA, Bell CM. Weekend worriers. N Engl J Med 2007; 356: 1164–5.
10. Berglund S. «Every case of asphyxia can be used as a learning example». Conclusions from an analysis of substandard obstetrical care. J Perinat Med 2011; 40: 9–18.

Mottatt 20.10. 2016, første revisjon innsendt 26.10. 2016, godkjent 27.10. 2016. Redaktør: Ketil Slagstad.



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

Publisert først på nett.