



Kristin Alstveit Laugaland

Legers arbeidstid og pasientsikkerhet

Masteroppgave 2009



"I must apologize for Dr. Sykes. He got carried away, and, well...he conducted a brain transplant. I'm not sure I know why I'm telling you this, because if you understand it, you're a very smart little doggy."

Masteroppgaven er innlevert som del av
Masterstudiet i Endringsledelse
ved Universitetet i Stavanger

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
ENDRINGSLEDELSE**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vårsemester 2009

FORFATTER

Kristin Alstveit Laugaland

VEILEDER:

Professor, Dr. Karina Aase

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Legers arbeidstid og pasientsikkerhet

EMNEORD/STIKKORD:

Pasientsikkerhet, Risiko, Legers arbeidstid, Uønskede hendelser

SIDETALL: 84 + vedlegg

STAVANGER

19.06/2009

FORORD

Masterstudiet i Endringsledelse er nå avsluttet på godt og vondt. Det har vært to lærerike og spennende år. Studietiden har til tider vært utfordrende men heldigvis vært preget av flere oppturer enn nedturer underveis. Arbeidet med masteroppgaven har vært en krevende og til tider frustrerende prosess som på samme tid har bidratt til positiv utvikling både faglig og personlig. Det er mange som imidlertid fortjener oppmerksomhet og takk i denne sammenheng

Først og fremst vil jeg takke mine informanter som i en travel hverdag viste enorm velvillighet og stilte opp til intervju. Takk for at dere delte verdifull kunnskap og erfaringer. Dere gjør en uvurderlig jobb hver eneste dag. Jeg er mektig imponert!!

Jeg vil også rette en takk til prosjektmedarbeider Aud Solveig Nilsen for gode innspill og godt samarbeid.

Min dyktige veileder og prosjektleder Karina Aase takkes for faglige innspill, motivasjon og gode råd.

Takk til familie og venner som har støttet meg gjennom hele prosessen. Ser frem til å tilbringe mer tid sammen med litlå og lille Magnus. Tantes store stolthet. En spesiell takk til min kjære mor for uvurderlig støtte, korrekturlesing og kritisk sans.

Studentkollegaer i korridor C takkes. Spesielt vil jeg trekke frem Karen. Takk for din humoristiske sans, interne humor og personlige råd.

Til slutt men ikke minst vil jeg takke min kjære studentkollega og gode venninne Monica for følge gjennom disse to årene. Det hadde ikke vært det samme uten deg. Takk for følge på vei til "Everest". Du har gjort ryggsekken lettere å bære. Jeg har troen på deg!

Kristin Alstveit Laugaland

Stavanger 2009

SAMMENDRAG

Det er i dag et økende fokus på pasientsikkerhet. Både i helsevesenet og samfunnet for øvrig. Dagens sikkerhetstenkning bygger på en helhetlig tilnærming. En er opptatt av å finne de bakenforliggende årsakene til at det skjer uønskede hendelser, hvor menneskelig svikt ofte er en konsekvens av de rammebetingelsene man jobber under (Reason, 1997).

Denne masteroppgaven studerer sykehuslegers arbeidstid og praktiseringen av disse. Spørsmålet som søkes besvart er hvorvidt rammebetingelser og dagens arbeidstidsbestemmelser påvirker sikkerheten for pasientene. Av hensyn til sykehusdriften er leger som en av få yrkesgrupper i Norge unntatt deler av arbeidsmiljøloven, gjennom de såkalte vernebestemmelsene. Vernebestemmelsene innebærer at legene kan jobbe 19 timer i strekk, og 60 timer i uken med loven i ryggen (Kvavik, 2007). Andre yrkesgrupper som piloter og langtransportsjøfører har strengere restriksjoner knyttet til arbeidstid med henvisning til sikkerhetsmessige forhold.

Masteroppgaven inngår i et større forskningsprosjekt initiert av Helsetilsynet. Formålet med prosjektet og oppgaven har vært å utvikle et kunnskapsgrunnlag for risikovurdering knyttet til forholdet mellom legers arbeidstid og konsekvenser for sikker pasientbehandling.

Studien er eksplorerende. Den bygger på gjennomgang av internasjonal forskningslitteratur, som studerer forholdet mellom arbeidstid og risiko. Det henvises til studier fra helsesektoren i den grad de foreligger. Kartlegging fra andre samfunnssektorer inngår også i litteratursøket. En casestudie er gjennomført ved Kirurgisk seksjon ved Stavanger Universitetssykehus for å få et ”temperaturmål” knyttet til norske forhold. Casestudien har en kvalitativ tilnærming og består av 16 dybdeintervjuer med turnusleger, assistentleger og overleger ved seksjonen.

Casestudien avdekker at praktiseringen av arbeidstidsbestemmelsene ikke alltid korresponderer med de føringer som er lagt i lov- og avtaleverket. Utfordringer knyttet til bemanning og sykefravær vektlegges som årsakene til at bestemmelsene i stor grad ikke overholdes. Med støtte fra forskningslitteraturen kan brudd på vernebestemmelsene utgjøre en risiko for pasientene. Lange vakter med stor arbeidsbelastning kan påvirke legenes årvåkenhet, arbeidsutførelse og dømmekraft. De står da i fare for å gjøre feil som kan resulterer i uønskede hendelser. Spesielt utsatt er ferieavviklingen, der det fremkommer at vernebestemmelsene ofte overskrides.

Studier fra industrisektoren har avdekket en veldokumentert sammenheng mellom nattarbeid og ulykkesrisiko, og en betydelig økt ulykkesrisiko etter lange arbeidsøkter utover 12 timer. Det er tankevekkende at legenes lange vakter, som i denne studien strekker seg opptil 17 timer er plassert fra 16.00 på ettermiddagen til 09 neste morgen, det vil si den tid på døgnet risikoen for uønskede hendelser er dokumentert å være størst (Lie et al, 2008). Bemanningen er også på denne tiden av døgnet lavest. Tar en utgangspunkt i litteraturen som foreligger kan det ikke utelukkes at lange vakter slik de er organisert i dag utgjør en risiko for pasientene.

Studien avdekker at sammenhengen mellom arbeidstidsbestemmelsene og pasientsikkerhet er kompleks, hvor arbeidstid ikke kan studeres isolert når risiko skal vurderes. Arbeidstidsbestemmelsene må ses i lys et samspill mellom organisatoriske og menneskelige faktorer, hvor interaksjonen mellom disse negativt kan påvirke og forsterke hverandre og øke risikoen for at uønskede hendelser inntreffer. Risikofaktorene som er avdekket i denne case-studien er illustrert i figur 6.4. Arbeidstidsbestemmelsene er en faktor som inngår i et større komplekst risikobilde.

Et sentralt spørsmål en må stille seg er hvilke konsekvenser strengere arbeidstidsbestemmelser kan medføre. Mange informanter mener at kortere vakter vil gå på bekostning av kontinuiteten i pasientbehandlingen. Kontinuitet vektlegges å ha stor betydning for kvaliteten og pasientsikkerheten. Kortere vakter vil resultere i hyppigere vaktskift, som kan være forbundet med risiko. Informasjon om pasienten kan gå tapt, da det eksisterer svakheter ved dagens rapporterings- og dokumentasjonssystem ved kirurgisk seksjon. Det er en vanskelig balansegang, hvor ulike hensyn må veies opp mot hverandre.

Denne studien er en forstudie som identifiserer og angir problemer og utfordringer. Forskning på temaet arbeidstid og risiko er mangelfull i sykehussektoren. Studien vil således bidra til å gi innsikt og forståelse for et tema som i liten grad i norsk og internasjonal kontekst er utforsket. Videre forskning rundt temaet er viktig og nødvendig. Nye modeller og arbeidsformer for drift og organisering av sykehus må bygge på en bredest mulig innsikt i sammenhengen mellom arbeidstid, arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn.....	5
1.2 Aktualitet.....	7
1.3 Problemstilling	7
1.4 Formål	8
1.5 Avgrensning	8
1.6 Oppgavens videre struktur	9
2.0 Kontekst.....	10
2.1 Norsk sykehusvesen.....	10
2.2 Rammebetingelsene i sykehussektoren.....	10
2.2.1 Lov og forskriftsverket	11
2.3 Spesielt om legers arbeidstid	11
2.4 Stavanger Universitetssykehus (SUS)	12
2.4.1 De lokale forhandlingene.....	12
2.4.2 Kirurgisk seksjon	13
2.5 Begrepsavklaringer	15
3.0 Design og metode.....	17
3.1 Forskningsdesign	17
3.2. Litteraturstudien	18
3.3 Den kvalitative case-studien	20
3.3.1 Intervjuguide	21
3.3.2 Utvelgelse av informanter.....	22
3.3.3 Gjennomføring av intervjuene	23
3.3.4 Transkriberingsfasen	24
3.3.5 Analysen.....	25
3.4 Forskningsetiske aspekter.	26
3.5 Validitet og reliabilitet av funn	27
3.6 Metodiske overveielser	29
4.0 Litteraturstudie	31
4.1 En generell studie av ”Arbeidstid og helse”	31
4.2 Helseplager med sikkerhetsmessige implikasjoner.....	32
4.3 Lange arbeidsdager og medisinske feil	36
4.4 ”På den andre siden”	38
4.5 Studier fra andre sektorer.....	39
4.6 Arbeidstid og kontekstuelle forhold.....	41
4.7 Oppsummering.....	42
5.0 Empiri	44
5.1 Dagens praktisering av arbeidstidsbestemmelsene	45
5.1.1 Ferieavvikling	47
5.1.2 Arbeidstid som ikke registreres.....	49
5.1.3 Signaler som ikke fanges opp.....	49

5.2 Arbeidstidsbestemmelsenes fordeler	51
5.3 Arbeidstidsbestemmelsenes ulemper	53
5.3.1 Sårbare nattevakter.....	53
5.4 Konteksten arbeidstiden praktiseres i	56
5.4.1 Vaktorganisering og bemanning.....	57
5.4.2 Samtidighetskonflikter	58
5.4.3 Dokumentasjon og rapportering.....	60
5.4.4 Sikkerhetstenkning	61
5.5 Oppsummering av funn.....	63
6.0 Drøfting.....	64
6.1 Arbeidstidsbestemmelsenes Janusansikt.....	64
6.2 Dagens praktisering	70
6.3 Arbeidstidsbestemmelsenes kontekst.....	73
6.4 Det ”totale risikobildet”	74
7.0 Konklusjon.....	77
8.0 Referanseliste.....	80

FIGURER (Fig)

Fig 3.1 Forskningsprosessen

Fig 3.2 Utvalg

Fig 5.0 Fremstilling av funn

Fig 6.1 Arbeidstidsbestemmelsenes Janusansikt

Fig 6.4 Risikobildet knyttet til legers arbeidstidsbestemmelser

TABELLER

Tabell 2.1: Vernebestemmelsene for sykehusleger

Tabell 4.1: Effekter av lange arbeidsvakter og skiftarbeid

Tabell 4.2: Sentrale studier fra helsesektoren

Tabell 4.3: Forekomst av feilbehandling – en intervensjonsstudie

Tabell 5.1: Ukentlig arbeidstid og overtid

VEDLEGG

I. Informasjonsskriv til informantene

II. Intervjuguiden

1.0 Innledning

Det er i dag et økende fokus på kvalitet og pasientsikkerhet i helsevesenet og i samfunnet forøvrig. Sikkerhet for pasientene og tillit til tjenestene er en betingelse for utøvelse av gode helsetjenester. Interessen for og den økende oppmerksomheten rundt sikkerhetstenkningen i helsesektoren, startet da *Institute of Medicine of the National Academies* publiserte den innflytelsesrike rapporten "*To Err is Human*" i 1999 (Kohn et. al 2000). Rapporten var oppsiktsvekkende, og ble på mange måter vendepunktet for pasientsikkerhetsarbeidet ikke bare i USA, men også internasjonalt (Wachter, 2008). Rapporten konkluderer med at uheldige hendelser er et stort problem. Det estimeres at rundt 44.000- 98.000 pasienter i USA dør årlig som følge av feil, og hvor årsaken ikke er dårlig fungerende helsearbeidere, men systemsvikt. I lys av denne rapporten har det de senere årene kommet en økende strøm av artikler og bøker om emnet. Forskningslitteraturen fra flere land karakteriserer pasientsikkerhet som et område med store utfordringer. Uheldige hendelser i helsetjenesten utgjør et stort og alvorlig problem i alle land, også i Norge, hvor problemet i stor grad synes å være undervurdert (Hjort, 2007).

Det er ikke gjort undersøkelser om forekomst av skader i helsetjenesten på nasjonalt nivå. Peter F. Hjort (2007) har gjennomgått internasjonale studier og ut fra dette beregnet norsk forekomst. Han regner med at 10 % av alle pasienter rammes av en uheldig hendelse, hvorav halvparten kunne vært forebygget. Innsats for å forbedre pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestene er satt på agendaen. Arbeidspraksis som angår pasientsikkerhet har blitt et satsningsområde i kliniske miljøer og forskningsmiljøer. Dagens sikkerhetstenkning er opptatt av å finne de bakenforliggende årsakene til at det skjer uheldige hendelser, med et helhetlig perspektiv. Det er viktig å kontinuerlig identifisere og eliminere latente forhold som kan utløse uheldige hendelser. Menneskelig svikt er ofte en konsekvens av de rammebetingelsene man jobber under (Reason, 1997). I denne oppgaven vil fokus være hvorvidt sykehuslegers arbeidstidsbestemmelser, som er en del av rammebetingelsene, representerer et latent forhold som kan utløse uheldige hendelser.

1.1 Bakgrunn

Legers arbeidstid har de senere år blitt satt på dagsorden og fanget allmennheten, medias og forskningens interesse. Bruk av skiftordninger i kombinasjon med lange vakter reiser

spørsmål både med tanke på risiko i forhold til helsen til den enkelte lege, men også i forhold til sikkerhet for pasientene. Av hensyn til sykehusdriften er det i dag avtalt flere unntak fra arbeidsmiljøloven for leger på sykehus, både når det gjelder arbeidstidens lengde og plassering. Dette er mulig fordi loven gir anledning til at fagforeninger med innstillingsrett kan avtale avvikende vilkår for arbeidstid. Mellom Legeforeningen og tidligere NAVO, nå Spekter (arbeidsgiver), er det avtalt mer romslige arbeidstidsbestemmelser for legene i tariffavtalens sentrale del (A2). I motsetning til andre arbeidsgrupper med stort ansvar som blant annet piloter og langtransportsjåførere, som har klare restriksjoner på hvor lenge de kan jobbe, står leger i særstilling. Med dispensasjon fra Arbeidsmiljøloven kan de jobbe 19 timer i strekk og 60 timer i uken, med loven i ryggen (Kvavik, 2007a).

I media fremstilles ofte et kritisk og pessimistisk syn på legers lange arbeidsvakter. Nyhetsoppdrag illustrerer dette: *"Farlig lange legevakter"*, *"Legers arbeidstid på helsa løs"*, *Lange legevakter truer pasientene"*(Nettavisen, 2007). Nylig hadde også VG et oppdrag om en lege, som ble meldt til helsetilsynet etter at vedkommende hadde sovnet 5 ganger under en konsultasjon med pasient og pårørende. Det hevdes at legen var stresset og overarbeidet (Sundbye, 2009).

Det er viktig å studere effekten av arbeidstid og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienter i behandlingsforløpet. Yngre legers forening (YLF) har registrert et økende antall henvendelser, spesielt fra unge leger som forteller at de er slitne og redde for å gjøre feil. I følge YLF er flere leger bekymret for press på arbeidstid og den effekten det kan ha på pasientsikkerheten (Andersen, 2007). En må forhindre at pasienter utsettes for unødig risiko, fordi leger jobber for lange vakter og for mye. Økt forståelse for viktigheten av uthvilte helsearbeidere i relasjon til sikker pasientbehandling står sentralt.

Universitetet i Stavanger (UiS) skal på oppdrag fra Statens Helsetilsyn våren 2009 utvikle et kunnskapsgrunnlag for risikovurdering knyttet til forholdet mellom legers arbeidstid og konsekvenser for sikker pasientbehandling. Denne masteroppgaven er et ledd i dette forskningsprosjektet.

1.2 Aktualitet

Europa-parlamentet fattet vedtak desember 2008, hvor de anbefaler endringer i dagens arbeidstidsdirektiv. Argumentasjonen og EU-parlamentets mål er å forbedre helse og sikkerhet. En må utvikle en arbeidspraksis som beskytter pasientene mot søvnige leger og søvnige leger mot seg selv hevdes det. Vedtaket innebærer at unntak fra en arbeidsuke på maks 48 timer, skal fases ut i løpet av en tre års periode. All tid som tilbringes på arbeidsplassen skal regnes som arbeidstid. Vedtaket er ikke endelig, og ennå ikke vedtatt av Europa- Rådet. I henhold til EØS-avtalen er arbeidstidsdirektivet også bindende for Norge, og vil således også få betydning for norske forhold. Hva dette vil bety nasjonalt avhenger av den endelige direktivteksten. Dersom endringene blir vedtatt vil det medføre en svekkelse av fleksibiliteten, særlig når det gjelder leger i norske sykehus (Braaten, 2009).

Det stod nylig en artikkel i Stavanger Aftenblad med tittelen "*Ikke bli syk i helgene - eller i sommer*". I artikkelen refereres det til pasienter med alvorlige diagnoser som har måttet vente ekstra lenge på behandling, som følge av kapasitetsproblemer. Overlege Kåre Revheim ved ortopedisk avdeling ved Stavanger Universitetssykehus sier at han er redd det vil bli en del ventetid på operasjoner utover sommeren på grunn av bemannings og kapasitetsproblemer (i Askeland, 14/6-2009).

1.3 Problemstilling

Følgende problemstilling danner utgangspunkt for oppgaven:

Påvirker sykehuslegers arbeidstidsbestemmelser pasientsikkerheten?

Forskningsspørsmål utarbeidet som hjelp til å besvare overnevnte problemstilling er som følger:

- *Hvordan praktiseres arbeidstidsbestemmelsene?*
- *Hva er fordelene med arbeidstidsbestemmelsene?*
- *Hva er ulempene med arbeidstidsbestemmelsene?*
- *Opplevs en sammenheng mellom uønskede hendelser og arbeidstid?*
- *Er arbeidstid og organisatoriske arbeidsforhold (arbeidstidens kontekst) tilpasset hverandre?*

Problemstillingen vil bli belyst ut ifra fremstilling og funn fra nasjonal og internasjonal forskning. Det er gjennomført en kvalitativ casestudie, for å få et ”temperaturmål” på norske forhold. Det er legers oppfattelse av arbeidstidsbestemmelsene, praktiseringen av disse og opplevd risiko som står i sentrum.

1.4 Formål

Hensikten med denne studien er å utvikle et kunnskapsgrunnlag for risikovurdering knyttet til forholdet mellom legers arbeidstid og konsekvenser for sikker pasientbehandling. Denne studien er en forstudie som angir problemer og utfordringer. Målet er å identifisere og diskutere problemstillingen i lys av internasjonal forskning og egne data, slik at oppmerksomheten opprettholdes og mulige forbedringspotensialer avdekkes. Det er viktig å skaffe mer kompetanse med tanke på legers arbeidstidsbestemmelser, for å se hvordan disse praktiseres og hvordan de virker inn på kvaliteten av helsetjenestene i sykehusene. Det er også viktig å se på arbeidstidsbestemmelsene i lys av den konteksten de praktiseres i. Nye modeller og arbeidsformer for drift og organisering av sykehus må bygge på en bredest mulig innsikt i sammenhengen mellom arbeidstid, arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.

1.5 Avgrensning

Det er sykehuslegenes arbeidstidsbestemmelser som i denne oppgaven er et sentralt fokus. Det som vektlegges er dagens praktisering av arbeidstidsbestemmelsene og hvorvidt disse overholdes. Sikkerhetsmessige implikasjoner rundt arbeidstid diskuteres i lys av dokumentert viten og legenes egne oppfattelser. Det anses hensiktsmessig å diskutere sykehuslegenes arbeidstid i relasjon til den konteksten de praktiseres i, slik at risikoen for uheldige hendelser kan settes inn i et større og mer helhetlig bilde. Det er sider ved den organisatoriske konteksten som vektlegges. Med de organisatoriske forhold menes de ytre rammebetingelsene for arbeidshverdagen, slik som arbeidsplassering i døgnet, arbeidstidens lengde, stabilitet og forutsigbarhet, bemanning og arbeidsoppgaver. Det er legens subjektive oppfatninger som synliggjøres og gjøres til gjenstand for diskusjon. Arbeidstidsbestemmelsenes reelle risiko og konsekvenser for pasientsikkerheten avdekkes således ikke.

1.6 Oppgavens videre struktur

Oppgaven er bygd opp på følgende måte:

Kap 1 er en redegjørelse for oppgavens bakgrunn, formål, og problemstilling. I oppgavens Kap 2 følger en kontekstbeskrivelse med begrepsavklaringer. I kap 3 følger en gjennomgang av oppgavens metodiske tilnærming og en redegjørelse av denne. Deretter presenteres en litteraturstudie basert på nasjonal og internasjonal kartlegging med tanke på oppgavens problemstilling. I kap 5 fremstilles empirien. I kap 6 følger drøfting av empiri opp mot anvendte litteraturstudier. Oppgavens avsluttes med en oppsummering og konklusjon.

2.0 Kontekst

2.1 Norsk sykehusvesen

Organiseringen av sykehusene i Norge har de senere årene gjennomgått store endringer. Siden Helsereformen som også går under navnet sykehusreformen trådte i kraft 1 januar 2002, har staten stått som eier av landets sykehus. Dette har medført større frihet med hensyn til styring og forvaltning av sykehusenes ressurser. Sykehusene finansieres dels med en rammebevilgning fra staten, og dels med betaling etter innsats. Denne form for finansiering gir et økonomisk motiv for høy aktivitet. Sykehusene er underlagt et stort økonomisk press for å gå i balanse. Etter at sykehusreformen ble innført i 2002 har vi sett en klar dreining av fokus mot produksjonstall, økonomistyring og budsjetter (Aase & Wiig, 2007). Sykehusene skal drives bedriftsøkonomisk effektivt, noe som kontinuerlig stiller krav til omorganiseringer. Sykehusene er komplekse organisasjoner som påvirker og påvirkes på mange nivå (Aase et al, 2008). Publikum er opptatt av at sykehusene gir tilfredsstillende og trygg behandling. Den viktigste funksjonen for norske sykehus er å gi innbyggerne medisinsk hjelp når de blir syke eller skadet. Dette må organiseres gjennom hele døgnet innen forsvarlige tidsrammer.

2.2 Rammebetingelsene i sykehussektoren

Rammebetingelsene omfatter de økonomiske rammene for drift, demografiske forhold, lov- og avtaleverk, inkludert pasientrettigheter, arbeidsmiljøkrav, politiske beslutninger, arbeidsmarked og tilgang på fagpersonell og andre ytre rammer for sykehusdrift (Aase & Wiig, 2007). Helselovgivningen og Arbeidsmiljøloven er likestilt. Den ene har ikke forrang foran den andre. Regelverket skal overholdes og begge lovområdene stiller krav til forsvarlighet. Arbeidstilsynet og Helsetilsynet skal medvirke og påse at helseforetakene driver innenfor rammene av de krav som lovverket stiller. I denne oppgaven er det legenes arbeidstidsbestemmelser som er i fokus. Det er arbeidskrav, som er hjemlet i arbeidsmiljølovgivningen som vektlegges.

2.2.1 Lov og forskriftsverket

Det overordnede målet for arbeidsmiljøet i Norge er et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Norsk arbeidsliv er strengt regulert gjennom Arbeidsmiljøloven og Internkontrollforskriften.

Arbeidsmiljølovens kapittel 10 regulerer arbeidstid. Arbeidsgiver har plikt til å sørge for at arbeidsmiljøet og sikkerheten er forsvarlig og tilfredsstillende. Myndighetene skal bidra til dette ved å føre tilsyn med at virksomhetene driver et systematisk helse- miljø- og sikkerhetsarbeid, regulert gjennom Internkontrollforskriften (Lovdata, 1996). Arbeidstilsynet er den offentlige innstans som skal tilse at bestemmelsene i Arbeidsmiljøloven og dens tilhørende forskrifter blir fulgt (Lovdata, 2005).

2.3 Spesielt om legers arbeidstid

Arbeidsmiljøloven gjelder for alle bedrifter i Norge som sysselsetter arbeidstakere. Enkelte arbeidsgrupper er unntatt fra loven. Leger har fra gammelt av arbeidet utenfor vanlige arbeidstidsbestemmelser, og skiller seg fra de fleste andre arbeidstakere i Norge. Det er avtalt unntak fra Arbeidsmiljøloven innenfor en tjenesteplan. Dette blir gjort for å kunne sikre et forsvarlig tjenestetilbud til befolkningen på alle små og store sykehusavdelinger i landet (Aasland, 2008). De unntakene som er avtalt i sykehussektoren fremgår av de såkalte vernebestemmelsene i overenskomsten (A2) for Spekter-sektoren. Unntakene har som konsekvens, at det er avtalt vernebestemmelser som avviker betydelig fra Arbeidsmiljølovens regler (Kvavik, 2007a).

Arbeidsmiljølovens utgangspunkt

Ikke overstige ni timer i løpet av 24 timer
Ikke overstige 40 timer i løpet av sju dager
Skal ha 35 timer sammenhengende
Arbeidsfri i løpet av sju dager
Minst 11 timer sammenhengende
Arbeidsfri i løpet av 24 timer

Vernebestemmelser etter tariffavtalen

Maksimalt 19 beregnede timer per vakt døgn
Ingen arbeidsuke skal overstige 60 timer
Hver enkelt arbeidsuke skal inneholde minimum 28 timers sammenhengende fritid
Mellom to arbeidsperioder skal det være en arbeidsfri periode på minimum åtte timer

Tabell 2.1: Vernebestemmelsene for sykehusleger

(Kvavik, 2007a)

Leger er imidlertid kun unntatt fra Arbeidsmiljøloven i den grad Legeforeningen har avtalt unntak (Kvavik, 2007a). Selv om leger er unntatt fra arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven, fremkommer det av Arbeidsmiljøloven at arbeidstiden likevel må ordnes slik at arbeidstakeren ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger, eller at arbeidstakerens muligheter for å vise aktsomhet eller ivareta sikkerhetshensyn ikke forringes. Det skal foreligge oversikt over hvor mye den enkelte arbeidstaker arbeider, og denne oversikten skal være tilgjengelig for Arbeidstilsynet og arbeidstakernes tillitsvalgte (Lovdata, 2005).

Det er ikke avtalt unntak for overtid i tariffavtalen. Det er uttrykkelig sagt i A2 § 3.6.1 at overtidsarbeid anvendes i overensstemmelse med Arbeidsmiljølovens bestemmelser om overtid. Arbeidsgiver har ikke lov å pålegge overtidsarbeid utover ti timer per uke, 25 timer per fire uker og 200 timer per år. Overtidsarbeid vil være alt arbeid som ikke står på den enkeltes tjenesteplan (Kvavik, 2007a).

2.4 Stavanger Universitetssykehus (SUS)

SUS er ett av foretakene i Helse Vest og har over 5500 ansatte. Det er en kompleks organisasjon med mange ulike faggrupper som tilbyr helsetjenester til 300.000 innbyggere. Målt i antall opphold er SUS landets fjerde største sykehus. Aktiviteten på SUS øker for hvert år i takt med den årlige befolkningsveksten på ca. 4000 personer (Stavanger, 2009).

Sikkerhet og kvalitet er et av satsningsområdene for SUS. Målet er at alle tjenester, prosedyrer og handlinger skal utføres på et høyt etisk og forsvarlig nivå. Deres visjon er å fremstå som et forbilde, å skape trygghet for pasientene. Målet er at ved nytenkning og utvikling skal SUS tilby pasientbehandling av høy kvalitet og beste praksis (Stavanger, 2009).

2.4.1 De lokale forhandlingene

I overenskomsten mellom Spekter og Den norske legeforening del A2 § 3.5.3 er det avtalt særskilte vernebestemmelser, som gjelder som supplement til Arbeidsmiljøloven. Disse vernebestemmelsene er utformet slik at de om nødvendig kan fravikes ved avtale mellom partene lokalt. Det vil si arbeidsgiver (helseforetaket/sykehuset) og legeforeningen lokalt, representert ved foretakstillitsvalgte for henholdsvis overordnede og underordnede leger. I

Overenskomst del B mellom Helse Stavanger og Den norske legeforeningen er en blitt enige om en arbeidstidsavtale som gjelder for overordnede leger, leger under spesialisering, turnusleger og medisinerstudenter med lisens som er ansatt i foretaket. I Helse Stavanger er den alminnelige arbeidstiden på 40 timer pr. uke som inkluderer 2,5 timer pålagt utvidet arbeidstid. Etter drøftinger med de tillitsvalgte eller den enkelte lege, kan arbeidsgiver unntaksvis fastsette en annen ordning (Legeforeningen, 2008). I henhold til tabell 2.1 (Kvavik, 2007a) er den lokale avtalen mellom Helse Stavanger og Den norske legeforeningen under den øvre grensen i vernebestemmelsene på 60 timers arbeidsuger.

2.4.2 Kirurgisk seksjon

Denne oppgaven er basert på en case-studie ved kirurgisk seksjon ved SUS. Seksjonen består av følgende spesialiserte avdelinger:

6G/6H: Er en seksjon for gastrokirurgi (mage/tarmkirurgi). Denne seksjon består av to sengeposter.

5E: Er en kirurgisk sengepost med spesialitet innen karkirurgi og lungeoperasjoner.

5D: Er en kirurgisk sengepost med spesialitet innen urologi (behandling av sykdommer i nyrer, urinveier og mannlige genitalia).

Ved siden av elektiv kirurgi som er planlagt virksomhet, er majoriteten av pasientene øyeblikkelig hjelp eller hastepasienter, som inkluderer et stort antall traumepasienter (Stavanger, 2008).

Arbeidstid og vaktorganisering

Det er ikke kjent at det er avtalt egne arbeidstidsbestemmelser på kirurgisk seksjon, utover de lokale avtalene. På kirurgisk seksjon har overlegene bakvakt på natt. Det er turnusleger og assistentleger som går tilstedevakter. De utgjør den aktive kirurgiske beredskapen på sykehuset når de har nattevakt.

Overlegene

Vanlig arbeidsdag uten vakt: 07.30 – 16 (30) * dersom de har undervisning

Vakt i ukedager, mandag til torsdag: 07.30 – 07.30 neste morgen. Tilstedevakt frem til klokken 17. Gastrokirurgene har tilstedevakt frem til klokken 19

Vakt i helg: fredag 0730 – mandag 0730. Tilstedevakt frem til 17 fredag og 09-14 lørdag og søndag. Bakvakt hjemme etter dette.

Det er tolv overlegestillinger på seksjon for gastrokirurgi. De går tolvdelte turnus. De har syv vakter på tolv uker, og har vakt to lørdager og en søndag. Det er en stilling som er ubesatt. To overleger går ikke vakter. Gastrokirurgene har mulighet til å dele opp vakthelgene da de har flere overleger enn urologene og karkirurgene.

Det er fem overlegestillinger på seksjon for karkirurgi. De går femdelte turnus. De har syv vakter på fem uker, og har vakt hver femte helg. Det er en stilling ledig, og en overlege skal snart ut i permisjon.

Det er syv overlegerstillinger på seksjon for urologi. De går syvdelt turnus. De har syv vakter på syv uker, og jobber hver syvende helg. Det er to ubesatte stillinger. I dag er det fem urologer som dekker vaktene.

Turnusleger og assistentleger

Det er femten assistentleger ved kirurgisk seksjon. De går tolvdelte turnus. Tre av assistentlegene går i vaktplanen til turnuslegene, da de ikke har vært ansatt så lenge og mangler kirurgisk kompetanse. Det er ni turnusleger.

Vanlig arbeidsdag uten vakt: 07.30 – 15.00 (16)*for assistentleger.

Turnuslegene og assistentlegene har ordinært syv nattevakter og syv dagvakter på tolv uker.

Dagvakter:

Tilstedevakt dagtid/ukedager: 07.30-19.00 (12 t)

Tilstedevakt helg/dagvakt lørdag: 08.00-20.30 (12,5t)

Tilstedevakt helg/dagvakt søndag: 09.00-20.30 (11,5t)

Nattevakter:

Nattevakt ukedager: 16.00-08.30 (16,5t)

Nattevakt fredag: 16.00-09.00 (17t)

Nattevakt Lørdag: 20.00-09.30 (13,5t)

Nattevakt Søndag: 20.00-08.30 (12,5t)

2.5 Begrepsavklaringer

Uønsket hendelse: En uønsket hendelse er et samlebegrep for feil, avvik, utilsiktede eller uheldige hendelser.

”En utilsiktet skade eller komplikasjon, som er forårsaket av behandling eller pleie og ikke av pasientens sykdom. En uønsket hendelse resulterer i invaliditet, død eller forlenget sykehusopphold eller funksjonsreduksjon på utskrivelsestidspunktet. Uønskede hendelser dekker både feil og komplikasjoner” (Mogensen & Pedersen, 2003:19).

Pasientsikkerhet: *“Det å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser”* (Vincent, 2003:14).

Risiko: Risiko er en funksjon av to faktorer: sannsynlighet og konsekvens. I forbindelse med uønskede hendelser er risikonivået gitt ved sannsynligheten for at en hendelse inntreffer (hyppighet) og konsekvensen dersom den inntreffer (skadeomfang) (Aven et. al, 2004).

Sikkerhet: *”Sikkerhet handler om evnen til å unngå skader og tap som følge av uønskede hendelser ”* (Aven et. al, 2004:9).

Turnuslege: Betegner en lege som gjennomfører en pålagt praksistid/turnustjeneste etter avsluttet utdanning. Alle leger som utdannes i Norge må gjennomføre ett og et halvt år i turnustjeneste før de får endelig autorisasjon som lege (Wikipedia, 2009c).

Assistentlege: Er tittel for en lege i en underordnet stilling på et sykehus. Begrepet assistentlege beskriver en lege som er i en spesialisering ved en sykehusavdeling. Assistentlegen har ikke oppnådd sin medisinske spesialitet. Det tar minst 5 år å bli ferdig

spesialist i et medisinsk fag. Assistentlegen må gjennomføre både obligatorisk og selvvalgt tjeneste før spesialitet oppnås (Wikipedia, 2009a).

Overlege: Er en tittel for en lege i en ledende stilling. Som regel vil legen ha fullført en spesialistutdanning, eller det vesentlige av den (Wikipedia, 2009b).

Vaktarbeid: I Norge gjelder regelen om at alle leger er dagarbeidere med eventuelt vaktjeneste. Vaktarbeid knytter seg til sykehusenes ansvar for å dekke behovet for øyeblikkelig hjelp på kveld- og nattetid og i helger (Kvavik, 2007b). Dette er nødvendig for at sykehusene skal være i stand til å oppfylle sine lovpålagte plikter, herunder øyeblikkelig hjelp, spesialistutdanning, forskning og fagutvikling (Kvavik, 2007a). Generelt finnes to typer vaktarbeid, hjemnevakt og tilstedevakt.

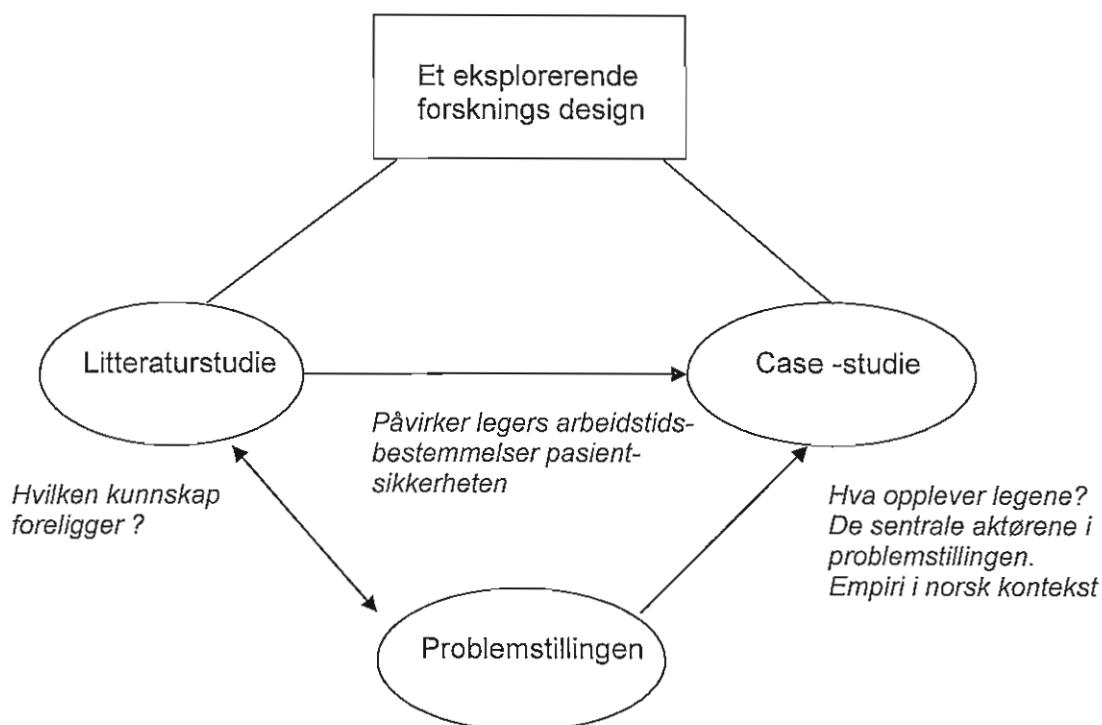
Tilstedevakt er som regel nattarbeid der det er mulig å sove på jobb, og hvor antall aktive timer bestemmes av arbeidets omfang og intensitet. En klassisk hjemnevaktsituasjon finner vi blant sykehusleger som har bakvakt hjemme (Aasland, 2008).

3.0 Design og metode

I dette kapittelet vil jeg presentere mitt valg av forskningsdesign og metode. Jeg vil gi et innblikk i hvordan jeg har gått frem og hvilke overveielser og valg som er gjort underveis. Dette for at leser skal kunne ta stilling til og være kritisk til de valg som er foretatt. Spørsmål knyttet til validitet og reliabilitet i lys av mine valg, samt en synliggjøring av etiske betraktninger presenteres. Dette for å vurdere forskningens kvalitet.

3.1 Forskningsdesign

Denne studien har et eksplorerende design og bygger på en litteraturstudie og en kvalitativ case-studie. I figur 3.1 illustreres det hvordan forskningsprosessen er gjennomført.



Figur 3.1 Forskningsprosessen

Når det eksisterer relativt lite kunnskap om et problemområde, og en står ovenfor et fenomen som en ønsker økt innsikt og forståelse i, anvendes eksplorerende design som forskningsstrategi (Jacobsen, 2005). Litteraturgjennomgangen avdekket at forskning knyttet til legers arbeidstid og betydning for pasientsikkerheten i Norge var begrenset. Internasjonalt har det vært forsket mer på denne relasjonen enn hva som er tilfellet nasjonalt. En eksplorativ case-studie ble gjennomført for å se nærmere på legers arbeidstidsbestemmelser og dens opplevde betydning

for pasientene i norsk kontekst. Når man har en teori en ønsker å undersøke er det viktig å velge det caset som anses best egnet til formålet. Case-studien ble valgt for å undersøke problemstillingen innenfor dens reelle kontekst, som er avgrenset i en sosial kollektiv enhet. Det er kirurgisk seksjon ved Stavanger Universitetssykehus som gjøres til gjenstand for case-studien. Yin (2003) hevder at case-studier er den rette metoden når fenomener som studeres, ikke kan betraktes som løsrevet fra konteksten de opptrer innenfor. Legers arbeidstidsbestemmelser og praktiseringen av disse blir i denne studien belyst ut ifra den konteksten fenomenet inngår i. Case-studier egner seg når en ønsker å gå i dybden og når relativt få enheter undersøkes. Ved å gå i dyden på et enkelttilfelle kan en finne ting en ikke var klar over på forhånd. Ut fra funnene kan en så danne hypoteser som senere kan gjøres til gjenstand for videre forskning. Det hevdes at case studier egner seg godt til teoriutvikling fra det bestemte caset. (Jakobsen, 2005).

Den kvalitative metoden anses som godt egnet da jeg ønsker dybdeforståelse og innblikk i særskilte gruppers subjektive virkelighetsoppfatning. Det finnes ikke noen objektiv sosial virkelighet, det finnes bare ulik forståelse av virkeligheten. Denne forståelsen kan bare kartlegges dersom en som forsker setter seg inn i hvordan menneskene en studerer selv fortolker og legger mening i fenomenene som studeres. Det er viktig å få frem hvordan forskningsobjektene selv konstruerer virkeligheten for å få frem alle de variasjoner og nyanser som ligger i ulike fortolkninger (Jacobsen, 2005).

3.2. Litteraturstudien

For å klargjøre kunnskapsstatus på forskningsfeltet gjennomførte jeg et litteratursøk. Først med utgangspunkt i norsk litteratur. Jeg brukte søkemotoren Google hvor følgende søkeord ble benyttet:

- Legers arbeidstid
- Uønskede hendelser/Uheldige hendelser
- Pasientsikkerhet
- Arbeidstid og risiko
- Legers arbeidstid og risiko
- Legers arbeidstid og sikkerhet for pasientene

Søket avdekket lite nasjonal forskning som studerer legers arbeidstid i relasjon til sikker pasientbehandling. Med forbehold har det ikke vært mulig å finne nasjonale studier som ser på sykehusleger og deres arbeidstidsbestemmelser som definert og avgrenset gruppe. Det mest relevante arbeidet var en nasjonal rapport som omhandlet internasjonale studier. Rapporten med tittelen "*Arbeidstid og helse*" er utarbeidet og publisert av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) i 2008 (Lie et. al2008). Bakgrunn for rapporten var den økende oppmerksomheten i norsk arbeidsliv vedrørende helse-effekter knyttet til arbeidstid og arbeidstidsordninger. Jeg har brukt referanselisten i rapporten for å finne frem til originalartikler og studier i det videre litteratursøket. Litteraturstudien inkluderer også fagbøker om pasientsikkerhet og gjennomgang av mediarelaterte saker som omhandler tematikken.

Jeg utvidet søket til engelskspråklig litteratur og gjennomførte systematiske søk i 4 anerkjente internasjonale litteraturlitabaser; MEDLINE, ISI Web of Science, Academic Search Elite og CINAHL. Søkeord som ble benyttet:

- House staff working hours
- Patient safety
- Doctor/physician
- Medical errors
- Adverse events
- Work load
- Long hours of work and safety
- Extended Work Hours
- Shift Work
- Night shift
- Work hours limitations
- Fatigue
- Quality of care ect.

Jeg gjennomgikk et 30 talls artikler, hvorav noen klassiske studier som setter søkelyset på legers arbeidstid og pasientsikkerhet, og som det refereres til i anerkjente forskningsmiljøer. Internasjonalt foreligger det bare et fåtall kjente og etablerte studier, som studerer leger som særegen gruppe i lys av problemstillingen. Disse studiene stammer i all hovedsak fra USA.

Svakheten med å bruke disse som referansegrunnlag er at leger i USA har betydelig mer fleksible arbeidstidsordninger enn hva som er tilfellet for norske leger. Leger i USA har tradisjonelt hatt lengre arbeidstid enn i Europa. I USA er det ikke uvanlig at leger arbeider 80 timers uker, ofte med 30 timers sammenhengende vaktteneste. Slike arbeidstidsordninger avviker betraktelig fra europeiske og nasjonale bestemmelser. Det kan derfor hevdes at disse studiene ikke kan benyttes som sammenligningsgrunnlag for nasjonale forhold. Imidlertid har USA vært et foregangsland som har satt søkelyset på legers arbeidstid. Her diskuteres sentrale sider ved arbeidstid både med positive og negative vinklinger, som på generelt grunnlag kan ha kunnskaps- og overføringsverdi til norske forhold. Da det ikke foreligger omfattende studier av sykehusleger som studerer arbeidstid i et sikkerhetsperspektiv, har jeg valgt å benytte meg av støttelitteratur fra andre fagfelt. Det var de samme databasene og søkeordene som ble benyttet i dette litteratursøket.

Litteraturstudien danner utgangspunkt for problemstillingen og for drøfting av funn opp mot den kvalitative case-studien. Det er ikke alle studiene det refereres til, som tas med videre i diskusjonskapitlet. Studiene som presenteres anses likevel å ha verdi for den helhetlige forståelsen av problemstillingen og fenomenet som studeres.

3.3 Den kvalitative case-studien

Formålet med en kvalitativ tilnærming er å skaffe til veie detaljerte beskrivelser og analyser av menneskelige erfaringer (Dalen, 2004). Målet mitt er å se problemstillingen gjennom ”øynene” til forskningsobjektene. Hensikten med den kvalitative case-studien er å få innsikt i hvordan legene selv opplever sin hverdag knyttet til arbeidstid, og hvordan de opplever at arbeidstiden virker inn på pasientbehandlingen i et sikkerhetsperspektiv. Det handler om å få en dypere innsikt og forståelse, hvor den kvalitative tilnærmingen fokuserer på opplevelsesdimensjonen og ikke bare en beskrivelse av de forholdene intervjuobjektene befinner seg i (Dalen, 2004). Den kvalitative case-studien bygger på individuelle dybdeintervju. I det følgende presenteres prosessen i datainnsamlingen, fra forberedelser til gjennomføring og til behandling og analyse av datamaterialet.

3.3.1 Intervjuguide

Å utarbeide en intervjuguide er en arbeidskrevende prosess, som handler om å omsette studiens overordnede problemstillinger til konkrete temaer med underliggende spørsmål (Dalen, 2004). Intervjuguiden arbeidet jeg med parallelt med litteraturgjennomgangen. Spørsmålene i intervjuguiden (se vedlegg 2) ble utviklet på bakgrunn av aktuell litteratur og tidligere forskning, samt egne personlige erfaringer og kjennskap til sykehusmiljøet. For å få innsikt i hvordan legene opplever sin hverdag knyttet til arbeidstid og sikker pasientbehandling, er det viktig å få dem til å fortelle om sine opplevelser og erfaringer. Det forutsetter kunnskap til hvilke områder det er viktig å fokusere på under intervjuet (Dalen, 2004). Lesing av aktuell litteratur om temaet har vært til stor hjelp og førte til en reflektert og gjennomtenkt intervjuguide. Intervjuguiden danner grunnlaget for intervjuet og det er det informantene forteller som danner datagrunnlaget. Jeg utarbeidet en strukturert intervjuguide, med følgende tematiseringer:

- Arbeidstidsbestemmelser
- Uønskede hendelser og sikker pasientbehandling
- Arbeidstidens konsekvenser og årsaker til uønskede hendelser
- Det organisatoriske arbeidsmiljøet

Under hver tematisering følger det en kort presentasjon (se vedlegg 2). Denne ble ikke gjengitt eller benyttet aktivt i selve intervjuprosessen. Den skulle fungere som en introduksjon for prosjektmedarbeider i prosjektet ”Legers arbeidstid og pasientsikkert” som utførte 8 av de totalt 16 intervjuene. Dette for at vedkommende skulle få en kort innføring i tematikken. Bruk av flere intervjuere vil kunne svekke kvaliteten i prosjektet, dersom disse ikke har fått en felles opplæring og en felles forståelse som grunnlag for gjennomføringen av intervjuene og tolkningen av den (Dalen, 2004). Selv om intervjuguiden var strukturert med definerte spørsmål under hver tematisering, var jeg åpen for å følge opp uforutsette ”tråder” fra informantene. Intervjuguiden fungerte som en god retningslinje for gjennomføringen og styringen av samtalen. Informantene fikk ikke tilsendt intervjuguiden på forhånd, dette for å oppnå mer spontane svar i intervjusamtalen. Det er viktig at de innledende spørsmålene er av en slik art at de får informanten til å føle seg vel og avslappet (Dalen, 2004). Dette var noe jeg tok i betraktning og startet derfor hver intervjuseanse med enkle spørsmål.

Det ble jobbet i flere omganger med formulering og fremstilling av spørsmålene i intervjuguiden, for å hindre utvetydighet og ledende spørsmål. Det ble også fokusert på at flere av spørsmålsstillingene gav rom for utdypende og reflekterende svar basert på egne erfaringer. Intervjuer som fanger opp informantenes meninger og forståelse i forhold til bestemte episoder eller handlinger, styrker muligheten for at datamaterialet vil inneholde ”tykke beskrivelser” (Dalen, 2004). Noen av spørsmålene har tatt utgangspunkt i uttalelser og funn fra litteraturstudiene, med den hensikt å få informantene til å uttrykke sine meninger om disse. Det å vise til konkrete forskningsresultater og be informantene uttale seg om dem, er en måte å få frem meninger og synspunkter på (Dalen, 2004). For å sikre gyldigheten på spørsmålene å avklare vanskelige formuleringer og misforståelser i spørsmålene ble intervjuguiden gjennomgått av prosjektmedarbeider og prosjektleder.

3.3.2 Utvelgelse av informanter

Utvalget er formålsoorientert, noe som innebærer at utvalget ble styrt ut ifra den informasjonen jeg ønsket å få. I det kvalitative forskningsintervjuet er det mer vanlig å velge ut informantgrupper som ikke er tilfeldig utvalgt, men som representerer noe typisk ved et emne eller en populasjon, og som har direkte kjennskap til det fenomenet som studeres (Jacobsen, 2005). Utvelgelsen av informantene ble styrt ut ifra hensikten med studien, som er å kartlegge legers arbeidstid i relasjon til pasientsikkerhet ved kirurgisk seksjon.

Utgangspunktet er at antall informanter ikke skal være for stort, da både gjennomføringen av intervjuene og bearbeiding av dem er en tidkrevende prosess. Samtidig må datamaterialet en sitter igjen med være av en slik kvalitet at det gir tilskrekkelig grunnlag for tolkning og analyse (Dalen, 2004). I utgangspunktet var målet å ha 20 informanter, som anses av noen å være den øvre ramme når en velger kvalitative intervju (Jakobsen, 2005). Flere av de internasjonale studiene bygger på empiri fra assistentleger under spesialisering, derfor var det viktig å ha den gruppen representert. Turnuslegene utgjør en andel av legekapasiteten, derfor ble disse også inkludert i studien. Overlegene med sin brede erfaring og lange yrkesaktive karriere ville naturlig kunne bidra med viktig kunnskap. Innenfor mange fagområder er det viktig å få belyst hvordan ulike parter opplever samme situasjon. Dette for å fange opp nyanser og mangfold, og for å kunne avdekke variasjon i den opprinnelige målgruppen (Dalen, 2004). Det å få tak på ulikheter er et av hovedpoengene med kvalitativ tilnærming.

Det er summen av informasjonen fra ulike informanter som er den riktige beskrivelsen av et fenomen, enten denne beskrivelsen går mot enighet eller uenighet (Jakobsen, 2005).

Informantene ble valgt ut ifra bredde og variasjon, hvor turnusleger, assistentleger og overleger var representert. I løpet av en 14 dagers periode ble det avtalt 18 intervjuer, 16 av disse ble gjennomført. To av intervjuene ble avlyst grunnet sykdom. Av de 16 intervjuene som ble gjennomført, følte jeg at jeg satt igjen med en tilfredsstillende spredning og representativitet fra de ulike avdelingene ved kirurgisk seksjon. Tidsaspektet var en annen medvirkende faktor til at jeg valgte å si meg tilfreds med datamaterialet. Informantene fordeler seg som vist i figur 3.2. Jeg velger å ikke presentere hvilken avdeling legene er tilknyttet, dette for bedre å sikre konfidensialitet og anonymitet.

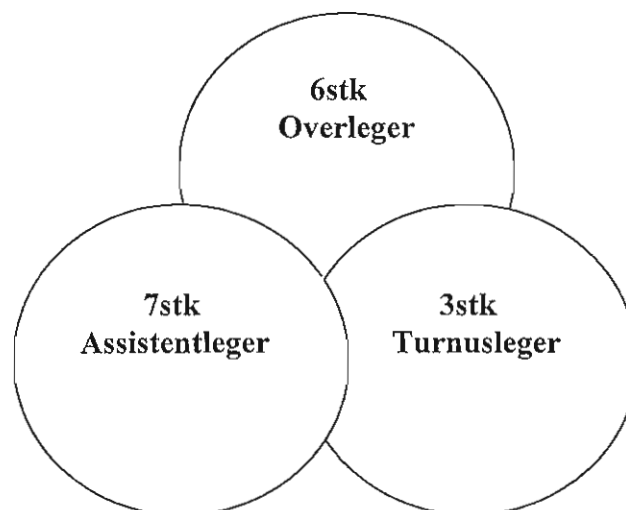


Fig 3.2 Utvalg

3.3.3 Gjennomføring av intervjuene

Jeg startet hvert intervju med en kort presentasjon av meg selv og min bakgrunn. Jeg fortalte om forskningsprosjektet og hensikten med undersøkelsen. Jeg informerte om at min masteroppgave var ledd i og underlagt et større prosjekt initiert av Helsetilsynet. Jeg snakket litt om hvordan informasjonen skulle benyttes og avklarte muligheten for bruk av direkte sitat. Intervjuene fant sted på ulike kontorer på sykehuset, alt etter hva som var hensiktsmessig og ønskelig fra informantenes side. Intervjuene varte i fra 45 minutter til 1 ½ time. Det virket som temaet engasjerte informantene, noe som preget dialogen på en positiv måte. Jeg benyttet meg av digital båndopptaker og valgte å ikke ta notater underveis, dette for å vie min fulle og hele oppmerksomhet til informantene og samtalene oss imellom. Det tekniske utstyret ble

testet forut for intervjuene og jeg var trygg på hvordan utstyret skulle anvendes. Ingen av informantene uttrykte at bruk av båndopptaker var hemmende i forhold til intervjusituasjonen. Jeg forsikret informantene om at det var jeg som skulle lytte på båndopptakene etter at intervjuet var ferdig. Jeg forsøkte hele tiden i intervjusituasjonene å være bevisst mitt kroppsspråk og forsøkte å innta en lyttende og avslappet holdning.

Intervjuene tok utgangspunkt i intervjuguiden. Jeg forsøkte i stor grad å la informantene snakke fritt uten å avbryte for mye. Jeg kom med oppfølgingsspørsmål i situasjoner hvor jeg fant det naturlig, oppklarende og hensiktsmessig. Det er viktig å ha evnen til å lytte og til å kunne vise en genuin interesse for det informantene forteller (Dalen, 2004). Selv om jeg ikke hadde erfaring med å foreta intervju før dette prosjektet, opplevde jeg meg relativt trygg i rollen som intervjuer. Dette tror jeg henger sammen med at jeg på forhånd hadde satt meg godt inn i, og hadde forkunnskaper om emnet det skulle intervjues om. Mine forkunnskaper førte også til at jeg var svært spent på hva informantene ville fortelle og gledet meg til intervjuene. For å få en person til å fortelle om seg selv, og særlig om følsomme områder, må vedkommende oppleve at det som fortelles virkelig har interesse for intervjueren (Dalen, 2004). Det er noe jeg tror og håper at jeg med min personlige motivasjon og interesse for tematikken, både gjennom nonverbal kommunikasjon og verbale kommentarer klarte å formidle. Informantene fikk på slutten av intervjuet mulighet til å fortelle om andre forhold de anså som mer eller mindre betydningsfulle i forhold til problemstillingen og pasientsikkerhet, som jeg ikke hadde klart å fange opp med spørsmålene i intervjuguiden.

3.3.4 Transkriberingsfasen

Intervjuene ble i sin helhet transkribert fortløpende etter at intervjuene fant sted. Jeg utførte selv transkriberingen på de 8 intervjuene jeg gjennomførte. Dette var en svært tidkrevende prosess, men som på samme tid gav meg en unik mulighet til å bli bedre kjent med eget datamaterialet. Likeledes gir det mulighet for en spesiell nærhet til intervjuutskriftene, noe som kan styrke den senere analyseprosessen (Dalen, 2004). Prosjektmedarbeider transkriberte selv intervjuene hun gjennomførte. Av hensyn til tid er ikke utskriftene kvalitetssjekket, men jeg stoler på at transkriberingen er en så korrekt gjengivelse av intervjuene som mulig. Det ble ikke tatt feltnotater av iakttagelser og refleksjoner under intervjuprosessen. Det er informantenes verbale utsagn som utgjør data, og som analysen bygger videre på. Når alle intervjuene var ferdig transkribert satt jeg igjen med ca 120 dataskrevne sider til analyse.

3.3.5 Analysen

Kvalitativ forskning anvender ulike tilnærminger til analysen av det empiriske materialet. Felles for alle er at de har en fortolkende tilnærming til datagrunnlaget. Forskeren må fortolke den informasjonen som innhentes, og det utvikles en dypere forståelse for fenomenet som studeres. Fortolkningen bygger i første rekke på informantenes direkte uttalelser, men den videreutvikles i dialog med forskeren. I denne dialogen vil både forskerens egen forforståelse og aktuell teori om temaet påvirke fortolkningen. Det handler om å få tak i hva det egentlige budskapet er, eller hva informantene virkelig gir uttrykk for. Et viktig ledd i analyseprosessen er koding av datamaterialet. I kodingsprosessen skal råmaterialet samles og kategoriseres for å få en systematisk oversikt. Hensikten er å finne egnede kategorier som gir mulighet til å forstå innholdet på et mer fortolkende og teoretisk nivå. Målet er å komme frem til en overordnet forståelse av datamaterialet og slik bidra til teorigenerering rundt det fenomenet vi studerer (Dalen, 2004).

Etter at intervjuene var transkribert og skrevet ut i sin helhet, ble datamaterialet lest mange ganger. Det var en stor utfordring å kategorisere og i det hele tatt håndtere datamaterialet på grunn av datamaterialets omfang. Utfordringen ble å velge ut de områdene som best belyste problemstillingen. Jeg reduserte teksten fra de transkriberte intervjuene til det jeg opplevde som vesentlig fra hvert intervju. Etter at komprimeringen var gjort var det enklere å trekke ut det informantene snakket om, for å se tema/kategorier som gikk igjen. En viktig del av analysen var å identifisere områder der det var mange uttalelser, for dermed å finne hvor hovedtyngden i datamaterialet lå. Det er viktig at forskeren ikke låser seg i fastsatte kategorier, men under hele analyseprosessen er åpen for å oppdage nye viktige områder i materialet (Dalen, 2004). Tematiseringen fra intervjuguiden ble ikke benyttet i analysefasen. Temaene var omfattende og dårlig egnet til å besvare problemstillingen. For å redusere datamaterialet og få bedre oversikt, ble hovedfunn presentert og illustrert ved hjelp av en selvlaget modell (se fig 5.0). Dette ble gjort for å kunne systematisere funnene, og skille ut enkeltelementer som problemstillingen måtte ses i lys av. For å få en oversikt over hva den enkelte sier i forhold til de ulike temaene, plasserte jeg alle sitatene fra de enkelte legene sammen under hvert tema. På denne måten kan en se den enkelte i forhold til helheten. I denne oppgaven vil legenes selvforståelse i forhold til de ulike temaene bli presentert gjennom sitatutsagn i empiridelen (kap 5).

Det er viktig med en kritisk gjennomgang av analysefasen der en vurderer om den kategoriseringen en foretar gjenspeiler data. Det er viktig at en kritisk vurderer om de sammenhengene og forklaringene en mener finnes er reelle, og ikke basert på egne konstruksjoner (Jakobsen, 2005). For å imøtekomme dette har prosjektmedarbeider som var med og gjennomførte og transkriberte intervjuene blitt presentert for denne analysen og de tolkningene som er gjort. Dette for å validitetssjekk min egen tolkning. Jeg har hatt et bevisst forhold til bruk av direkte sitat i fremstillingen av datamaterialet, da det er informantens uttalelser i form av sitater som utgjør den egentlige empirien. Ved å presentere direkte uttalelser, gir det mulighet for leser til å vurdere de data og den kategoriseringen som ble valgt.

3.4 Forskningsetiske aspekter.

Jeg har gjennom forskningsprosessen vært bevisst og tatt i betraktning de forskningsetiske retningslinjene. Et viktig etisk prinsipp er kravet om frivillig, informert og gyldig samtykke. Det innebærer at intervjupersonene informeres om undersøkelsens overordnede mål og hensikt, at deltakelsen er frivillig og at informantene står fritt til å trekke seg når som helst i prosessen (Kvale, 2001). Informantene fikk tilsendt et kortfattet informasjonsskriv om studien med vekt på målsetning og hensikt. Konfidensialitet ble lovet og opprettholdt gjennom hele prosessen, dette for å beskytte informantene slik at bruk av data og gjengitte sitat ikke kan avsløre og spores tilbake til intervjupersonens identitet. Det er bakgrunnen for at jeg ikke velger å tilkjennegi hvilken avdeling de ulike informantene er tilknyttet, for å bedre kunne sikre konfidensialitet. Dette var noe jeg informerte om før intervjuene startet, for å sikre at informantene kunne føle seg trygg på at de opplysningene som kom frem i løpet av intervjuet ble behandlet fortrolig. Det har vært viktig for meg å bestrebe informantens anonymitet når resultatene og analysen formidles og presenteres. Anonymitet innenfor forskning er viktig for å verne den enkeltes integritet og private rom (Jakobsen, 2005). En utfordring jeg har måttet ta stilling til er at informantene tilhører et lite og gjennomsiktig miljø, noe som kan vanskeliggjøre en fullstendig anonymisering. Den enkelte har imidlertid gitt sitt samtykke til å bli sitert.

Før en begynner å bevege seg inn i forskningsfeltet er det viktig å sikre seg tillatelse til å oppsøke de aktuelle informantene (Dalen, 2004). Jeg fikk godkjenning av ledelsen ved kirurgisk seksjon til å gjennomføre studien.

3.5 Validitet og reliabilitet av funn

”Det finnes ingen perfekt forskningsprosess. Slike prosesser vil alltid være beheftet med feil, svakheter og manglende presisjon. Det som er poenget med en hver forskningsmetode er å kunne gjøre rede for mulige svakheter som er knyttet til resultatene av en konkret undersøkelse, og hvorvidt resultatene av en undersøkelse skyldes metoden eller om resultatene er et riktig bilde av ”virkeligheten” (Jakobsen, 2005:17).

Å sikre validitet gjennom hele forskningsprosessen er i følge Kvale (2001) av stor betydning. Det overordede målet for å sikre god validitet er at selve intervjuet er tilpasset undersøkelsens mål, problemstillinger og teoretiske forankring. Validiteten er forsøkt ivaretatt gjennom hele forskningsprosessen ved at det er vist hvilke hensyn som er tatt i utvelgelsen av informantene, gjennomføringen av intervjuene og behandlingen av datamaterialet.

Å drøfte gyldighet og pålitelighet betyr at en forsøker å forholde seg kritisk til kvaliteten på de data som er samlet inn. Det knytter seg til intern gyldighet, hvorvidt en har fått tak i det en ønsket å få tak i, og hvorvidt funnene kan overføres til andre sammenhenger, ekstern gyldighet og til slutt om en kan stole på de data som er samlet inn, knyttet til pålitelighet (Jakobsen, 2005).

Det hevdes at begrepsmessig gyldighet er mindre aktuelt å drøfte i åpne, kvalitative undersøkelser, fordi det her er informantene selv som definerer begrepene. I og med at kvalitativ metode vektlegger detaljer, nyanserikdom og det unike ved hver enkelt informant, påtvinger ikke forskeren de undersøkte faste spørsmål med faste svarkategorier. På det grunnlag påstås det at kvalitativ tilnærning vil ha høy begrepsgyldighet (Jakobsen, 2005). De får frem den ”riktige” forståelsen av fenomenet. Informantene er de som i stor grad definerer hva som er den ”korrekte” forståelsen. (Jakobsen, 2005). Jeg har vært opptatt av å få frem legenes egne oppfatninger knyttet til arbeidstid i relasjon til sikker pasientbehandling. Dette mener jeg er oppnådd gjennom min kvalitative case-studie. Jeg har fått innsikt i deres beskrivelse og deres opplevelser av ”virkeligheten”.

Kvale (2001) sier at det er viktig å hente ut de spesielle erfaringene, slik at de kan belyse et aktuelt tema. Der informasjonen som kommer frem i intervjuene kan ha overføringsverdi og være til hjelp og nytte for andre i lignende situasjoner. Et interessant spørsmål i denne

sammenheng er hvorvidt mine funn har en overføringsverdi til å gjelde øvrige leger i sykehussektoren. Utvalget som den enkelte studie baserer seg på, er sentral i diskusjonen om overførbarhet. I dette tilfellet foreligger likheter mellom de informantene som er studert og det feltet det kan overføres til. Forhold som er avdekket og synliggjort i denne studien kan være gjenkjennbar hos øvrige leger som jobber ved andre norske sykehus. Det er ikke gitt at alle har det slik og opplever det samme, men det kan gi en bedre forståelse og tenkes at det er noe som deles av flere. Hensikten med kvalitative metoder er som regel ikke å generalisere fra utvalg av enheter til en større gruppe enheter. Hensikten er mer å forstå og utdype begreper. Målet er å kunne identifisere og generere opplevde problemområder og sammenhenger som det kan bygges videre på i fremtidig forskning. Hvis en kan vise til synspunkter som går igjen blant flere, kan en argumentere sterkt for at dette er et generelt trekk hos enhetene, generalisering kan synliggjøres men ikke bevises (Jakobsen, 2005). Som for all vitenskapelig forskning, vil funnene fra en case-studie sjelden bli akseptert som generaliserbare umiddelbart uten spørsmål og ytterligere forskning (Yin, 2003).

For å imøtegå kritikk om subjektivitet i tolkningen av intervju materialet, er det nettopp viktig å tydeliggjøre egen forskerrolle. Det kan være nyttig å kontrollere egen subjektivitet ved å trekke inn forskerkolleger i faser av forskningsprosessen (Dalen, 2004). Samtaler og diskusjoner ble gjennomført med prosjektmedarbeider og prosjektleder fortløpende, i store deler av prosessen. Egen involvering og engasjement vil kunne påvirke mine opplevelser og tolkninger, fordi jeg har kjennskap og nærhet til deler av sykehusmiljøet, på bakgrunn av egen arbeidserfaring som sykepleier. Dette er noe jeg har vært bevisst på og vurdert kritisk i forhold til egen tolkning, men det kan ikke utelukkes fullstendig å ha kunnet påvirket den subjektive tolkningen av resultatene. På bakgrunn av forkunnskaper og forventninger leter man gjerne etter informasjon en finner relevant, og som dermed har en tendens til å støtte opp om de forventningene en startet undersøkelsen med. Ved at vi har dannet oss konkrete forventninger, begrenser vi informasjonstilgangen, og vi kan risikere at viktig informasjon blir oversett (Jakobsen, 2005). Det har blitt tilstrebet å være mest mulig forutsetningsløs og åpen i møte med informantene, men jeg ser at litteraturgjennomgangen kan ha farget mine forutinntatte holdninger i møte med informantene, og lagt sitt preg på analysen.

Det å få tilgang og godkjenning til å gjennomføre case-studien ble en mer langvarig prosess enn først antatt. Dette førte til store forsinkelser i prosessen. Datainnsamlingen var planlagt gjennomført i månedsskifte mars/april, men grunnet omkringliggende omstendigheter kom

denne prosessen ikke i gang før i slutten av april, begynnelsen på mai måned. Utsettelsen medførte at jeg tilegnet meg mer kunnskap om emnet jeg skulle undersøke, ved at jeg brukte tiden på litteratur og teorisøk. Dette førte til at jeg ble mer fokusert og klar på hva det var jeg var ute etter. Enkelte mener at de data som er samlet inn på det seneste tidspunktet i innsamlingsfasen er de beste. Svakheten kan imidlertid være at en blir blindet for eventuelle nye forhold, slik at en bare leter etter informasjon som støtter opp om de antagelsene vi har dannet oss tidlig i forskningsprosessen (Jakobsen, 2005).

3.6 Metodiske overveielser

Yin (2003) argumenterer for bruken av to case fremfor bruken av ett, da det vil styrke de konklusjonene en kommer med. I ettertid ser jeg at det alternativt kunne vært gjennomført en komparativ case-studie hvor en sammenlignet to seksjoner, for eksempel kirurgisk seksjon og medisinsk seksjon. Etter som det var såpass mange informanter som inngikk i studien kunne jeg valgt å ha 8 – 10 informanter fra hver seksjon. Det kunne styrket mine funn.

Jeg valgte det individuelle intervjuet fremfor gruppeintervju. Det var et bevisst valg på bakgrunn av tematikken og spørsmålene i intervjuguiden. Jeg anså at flere av spørsmålene kunne være av personlig og sensitiv art, noe som kunne medført strategiske svar, hvor informantene konstruerer mer enn de formidler meninger. Det er viktig å forhindre at konteksten kan få stor betydning for resultatene av de data en samler inn, da det i et slikt tilfelle ville vært en trussel for gyldigheten (Jakobsen, 2005). I og med at jeg valgte å ha overleger, assistentleger og turnusleger representert var dette også noe som talte for bruk av individuelle intervju. Forutsetningen er at deltakerne i et gruppeintervju har noenlunde lik status. Det er ikke fruktbart å samle folk som har ulik posisjon i et hierarkisk system (Guldvik, 2002).

En av casestudiens styrke er evnen til å forholde seg til en mengde bevis (Jakobsen, 2005). Deltakelse i forskningsprosjektet *"Legers arbeidstid og pasientsikkerhet"* medførte at intervjuguiden måtte være bred og dekkende, for å få tyngde og innsikt i det som skulle studeres. Ut ifra min problemstilling ble intervjuguiden omfattende, noe som medførte at datamaterialet som skulle analyseres ble betydelig. Det å håndtere og analysere et stort datamateriale var krevende og utfordrende. Samtidig gav bredden i datamaterialet meg større

innsikt i den kompleksiteten som problemstillingen inngår i. For å kvalitetssikre egen tolkning gjennomgikk prosjektmedarbeider analysen og tolkningen. I følge Kvale (2001) kan bruk av flere tolkere være med å gi flere perspektiv til analysen. Jeg anser dette kan styrke troverdigheten på analysen og de funn som vektlegges. Jeg er imidlertid åpen for at datamaterialet kan gi andre fortolkninger og en annen forståelse.

Det jeg har erfart i denne forskningsprosessen er at det er viktig å få tidlig tilgang og innpass til det forskningsfeltet en skal studere. I etterpåklokskapens lys ser jeg at tilgang og tilnærming til forskningsfeltet burde vært utført på et mye tidligere tidspunkt, slik at jeg var bedre rustet mot uforutsette forsinkelser.

4.0 Litteraturstudie

Sikkerhetseffekter av ulike arbeidstidsordninger har fått økende oppmerksomhet og det har foregått en betydelig forskningsinnsats på området. Det finnes relativt mye forskning som studerer sammenhengen mellom forhold på arbeidsplassen, inkludert forskjellige arbeidstidsordninger, helse og sikkerhet. Forholdet mellom legers arbeidstid i relasjon til pasientsikkerhet er imidlertid lite studert, ikke minst nasjonalt, men også internasjonalt (Wachter, 2008). Innledningsvis følger en forenklet oversikt over funn fra den internasjonale kartleggingen til Statens Arbeidsmiljøinstitutt (Lie et. al 2008). Deretter følger en gjennomgang av kjente etablerte studier om legers arbeidstid hentet fra internasjonal forskning. Da vaktarbeid inngår i sykehuslegers arbeidsplan, vises det også til studier som ser på sikkerhetseffekter av vakt og skiftarbeid, i tillegg til lange og sammenhengende arbeidsøkter. Det henvises til forskning fra industrisektoren som i større grad har studert arbeidstidseffekter i relasjon til sikkerhet. En presentasjon av noen dokumenterte stressrelaterede arbeidsmiljøfaktorer vil også inngå i litteraturstudien.

4.1 En generell studie av "Arbeidstid og helse"

Statens Arbeidsmiljøinstitutt (Lie et. al, 2008) gjennomførte en omfattende litteraturstudie for å få en oppdatert kunnskapsstatus over hvilke sammenhenger forskningen har funnet mellom arbeidstid og helse. Rapporten "*Arbeidstid og helse*" har tatt utgangspunkt i internasjonal forskning hentet fra ulike samfunnssektorer, og tar ikke utgangspunkt i definerte grupper i særegenhet. I denne studien kartlegges også arbeidstidsordninger ut fra et sikkerhetsperspektiv, men da på et overordnet generelt grunnlag, og ikke sektorspesifikt.

Rapporten fra STAMI (2008) understreker behovet for å studere definerte grupper over tid, da kompleksiteten og variasjonen i arbeidslivet gjør at resultatene fra en gruppe mennesker ikke nødvendigvis er overførbare til andre grupper. Ulike effekter av arbeidstid kan grovt deles inn i konsekvenser av lange arbeidsdager eller overtidsarbeid, og konsekvenser av vaktarbeid og skiftarbeid. I det første tilfellet handler det stort sett om forlengelse av en normal dagarbeidstid. I det andre tilfellet om kveld og nattarbeid i en eller annen form, eventuelt også i tillegg til vanlig dagarbeid. Det konkluderes på generelt grunnlag med følgende:

	Lange arbeidsøkter	Natt og skiftarbeid
Søvn og søvnforstyrrelser	Relativt veldokumentert, ikke entydig effekt, men lange nattskift uheldig	Veldokumentert sammenheng, betydelig effekt
Funksjon	Relativt veldokumentert sammenheng og gradvis redusert funksjon etter lange arbeidsøkter.	Veldokumentert sammenheng og betydelig nedsatt funksjon ved nattarbeid
Sikkerhet og ulykkesrisiko Den tydeligste og best dokumenterte effekten i denne litteraturstudien	Veldokumentert sammenheng og gradvis økt ulykkesrisiko etter lange arbeidsøkter utover normal arbeidstid (8 timer). Betydelig økt risiko etter 12 timer, der mange studier viser en dobling av risiko. Det virker også som effekten er kumulativ og forverres utover uker med mye overtidsarbeid.	Veldokumentert sammenheng og betydelig økt ulykkesrisiko ved nattarbeid. Nattarbeid alene gir økt risiko, med roterende skiftarbeid som betydelig verre enn nattskift som enkeltfaktor. Bakover-roterende skift er ”verst”

(Lie et. al, 2008)

Tabell 4.1: Effekter av lange arbeidsøkter og skiftarbeid

4.2 Helseplager med sikkerhetsmessige implikasjoner

Sikkerhetsspørsmål knyttet til sykehuslegers arbeidstid er et resultat av kombinasjonen lange arbeidsperioder, utilstrekkelig søvn og arbeid på døgnet når den biologiske klokke er programmert for søvn og hvile. Søvnforstyrrelser er den vanligste konsekvens av endret døgnrytme, og er den enkeltfaktor som har størst betydning for de utfordringer skiftarbeiderne har (Lie et.al, 2008). Søvn tap og søvnforstyrrelser som et resultat av utstrakte arbeidsøkter og forstyrrelser i den biologiske døgnrytmen har lenge vært en bekymring i legevitenskapen. Det har blitt omtalt som akilleshælen i den medisinske profesjon (Gaba & Howard, 2002). Flere studier har undersøkt effekten av tretthet (fatigue), søvn og søvnforstyrrelser som følge av arbeidstid og mulige konsekvenser på funksjon og yteevne. Det er divergerende funn. En kort fremstilling av utvalgte studier presenteres og gjennomgås

Forfattere	Design	Funns
(Freidman et.al 1971)	Eksperimentell studie for å se på sammenheng mellom søvndeprivasjon og effekter på arbeidsprestasjon hos leger	Leger i en søvndeprimert tilstand viste svekket oppmerksomhet ved tolkning av EKG(elektrokardiogram) og overså flere episoder med arytmier, enn hva som var tilfelle for leger som ikke led av søvndeprivasjon
(Samkoff & Jacques, 1991)	Litteraturstudie fra 1970-1991	Flere studier viser til at leger klarer å kompensere for søvntap i ukjente krise og akuttituasjoner. Legene hadde større tendens til å gjøre feil på mer rutinepregede oppgaver
(Gaba & Howard, 2002)	Litteraturstudie	Tretthet svekker menneskelig prestasjon. Men vanskeligere å bevise at søvndeprivasjon og søvnforstyrrelser svekker den kliniske prestasjon og yteevne hos praktiserende sykehusleger. På tross av at mange studier har antydnet at feil og uønskede hendelser kan tilskrives til søvnmangel, har ingen studier klart å bevise signifikante sammenhenger
(Landigran et.al, 2004)	Observasjons og intervensjonsstudie av sykehusleger hvor en sammenlignet arbeidsplan (80timers uker vs 60)og dens effekt på søvn og antall oppmerksomhetsfeil	Å redusere legers arbeidstimer fra 80 til 60 timer ukentlig gav signifikant bedre søvn og reduksjon av oppmerksomhetsfeil, spesielt på nattskift.
(Philibert, 2005)	Meta analyse av 60 litteraturstudier. For å måle effekten av søvntap i relasjon til kognitiv fungering og klinisk arbeidsutførelse hos leger	Søvndeprimerte sykehusleger hadde signifikant reduserte kognitive og praktiske ferdigheter, men ikke så omfattende som i en gruppe ikke leger med tilsvarende søvndeprivasjon

Tabell 4.2: Sentrale studier fra helsesektoren

En av de første studiene som ser på sammenhengen mellom søvnunderskudd og effekter på arbeidsprestasjon hos leger er en studie av Friedman og medarbeidere (1971). I denne studien foretok forskningssubjektene en 20 minutters test som innebar at de skulle tolke elektrokardiogram (EKG), og se etter episoder med arytmier (forstyrrelser i hjerterytmen hos pasienter). Resultatene viste at flere episoder med arytmier ble oversett av leger i en søvndeprimert tilstand, enn hva som var tilfellet for leger som ikke led av søvndeprivasjon. Forskning innen hukommelse antyder at legers evne til å huske og holde på ny informasjon svekkes i en søvndeprivert tilstand (Williams et. al, 1966).

Kjellberg (1977) argumenterer for at prestasjon ikke utelukkende og alene skyldes søvntap. Prestasjonene blir også påvirket av interaksjonen av miljømessige og psykologiske faktorer, knyttet til type oppgave som utføres og motivasjon. Langvarige monotone oppgaver kan bli betydelig berørt som følge av søvntap, mens andre mer interessante oppgaver gir mindre eller ingen negativ effekt grunnet søvntap. Dette er noe som også underbygges av flere studier publisert i årene 1970 til 1991, som studerer effekten av søvntap, tretthet og dens betydning for legers prestasjonsevne. Et flertall av studiene konkluderer med at søvnløse leger klarer å kompensere for søvntap i ukjente krise- og akutt situasjoner. Imidlertid har søvndeprimerte leger større tendens til å feile på rutinepregede kjente oppgaver og oppgaver som krever vedvarende årvåkenhet (Samkoff & Jacques, 1991).

Det er imidlertid studier som ikke finner den samme sammenhengen. Studier av trette radiologer viser at de ikke gjør mer feil når de tolker røntgenbilder, sammenlignet med uthvilte og opplagte radiologer. Det er også studier som viser til at leger utfører undersøkelser og registrerer pasientenes sykehistorier og innkomstopplysninger, med likestilt reliabilitet i både trett og uthvilt tilstand (Gaba & Howard, 2002). I en studie som studerte 46 kirurger fant en heller ikke noen signifikante negative effekter på kognitiv fungering som følge av søvnunderskudd (Browne et. al, 1994).

(Philibert, 2005) ønsket å undersøke hvilken effekt søvntap hadde på kognitiv fungering, hukommelse, årvåkenhet og klinisk arbeidsutførelse hos leger sammenlignet med en gruppe ikke-leger. Metaanalysen bestod av 60 studier som målte effekten av søvndeprivasjon. Analysen konkluderte med at søvndeprimerte sykehusleger hadde signifikant reduserte kognitive og praktiske ferdigheter, men at disse reduserte ferdighetene ikke var så omfattende som i en gruppe ikke-leger med tilsvarende søvndeprivasjon.

Åkerstedt (1998) viser til forholdene i Sverige der halvparten av alle leger har vaktordninger som til nå har kunnet medføre opp til 32 timers vakter, i blant avbrutt av korte søvnperioder. Kliniske tester har vist at på slike lange vakter har legene tydelig nedsatt prestasjonsevne og langt større risiko for forhastede diagnoser og feilbehandling. Olli Meretoja, president i Den finske legeföreningen, har forsket på innvirkningen mangel på søvn har på legenes yteevne. Meretoja sier at søvnunderskudd påvirker kroppen. Yteevnen og evnen til å vurdere svekkes, det går saktere å trekke konklusjoner, og man er mer villig til å ta sjanser. Feilobservasjoner øker og det er en tendens til å ta "snarveier". Eksempler er slitne leger som intuberer saktere, røntgenbilder og EKG forstås dårligere og feiltolkes oftere sier Meretoja basert på forskning (i Andersen, 2006). I en landsomfattende undersøkelse i USA gjennomført i 1991, sa 41 % av 145 spurte leger at deres mest alvorlige feil kunne attribueres til tretthet og uoppmerksomhet. I nærmere en tredjedel av disse tilfellene døde pasientene som følge av feilen som ble begått (Kwan, 2005).

Det har blitt påvist at menneskets prestasjonsevne etter 24 timers sammenhengende årvåkenhet er tilsvarende en prestasjonsevne med 1 promille alkohol i blodet. Vanskeligere har det i motsetning vært å bevise at søvndeprivasjon og søvnforstyrrelser svekker den kliniske prestasjon og yteevne hos praktiserende sykehusleger (Gaba & Howard, 2002). Studier av søvndeprimerte leger og dens betydning for klinisk jobbutførelse har ikke vært entydige. Mange studier har vist at søvnmangel kan påvirke legers kliniske prestasjon og kan tenkes å være en viktig faktor med tanke på pasientsikkerhet. Hvilken betydning søvndeprivasjon har på prestasjon og ferdighetsutførelse vil også være betinget av flere kontekstuelle faktorer, inkludert kronisk søvndeprivasjon, tid på døgnet (biologisk effekt), arbeidserfaring, arbeidsoppgaver og arbeidsmengde. Tretthet er også et dokumentert og beskrevet fenomen hos helsepersonell, ofte som følge av stor arbeidsbelastning og stort ansvar (Gaba & Howard, 2002).

Det understrekes at mange av studiene som det refereres til har metodiske mangler knyttet til validitet og inkonsistente definisjoner av begrepet tretthet og søvnmangel. På tross av at mange studier har antydnet at feil og uønskede hendelser kan attribueres til søvnmangel, har flere studier ikke klart å bevise signifikante sammenhenger. Andre risikofylte industrier har imidlertid ikke ventet på absolutte bevis på slike sammenhenger, deriblant transport og flyindustrien. The National Transportation Safety Board i USA vurderer alltid søvnmangel som en mulig faktor når de etterforsker ulykker. I luftfartsindustrien har en et sterkt fokus på

faktorer som kan ha betydning for menneskelige prestasjon og yteevne, deriblant konsekvenser av søvnmangel og stress, hvor forebyggende atferd vektlegges (Gaba & Howard, 2002). Med tanke på de potensielle negative effektene som er avdekket i flere studier, viser det at søvndeprivasjon er en viktig faktor som kan påvirke forekomsten av medisinske feil (Weinger & Ancoli, 2002).

4.3 Lange arbeidsdager og medisinske feil

Få studier har målt effekten av legers arbeidstid på medisinske feil. Landigran og medarbeidere gjennomførte i 2004 en prospektiv, randomisert intervensjonsstudie. De sammenlignet forekomsten av alvorlige feilbehandlinger gjort av leger på intensivavdelinger som arbeidet skiftordning med utvidede skift (over 24 timer), med forekomst av alvorlige feilhandlinger etter en intervensjon hvor bruk av utvidede skift ble eliminert. I intervensjonsskiftordningen ble antall arbeidstimer per uke redusert, og antall sammenhengende timer ble redusert til 16 timer eller mindre. Deltakerne ble tilfeldig plassert i de to skiftgruppene. Observerte hendelser ble kategorisert og vurdert av to uavhengige leger som ikke kjente den enkeltes skiftordning. Det beskrives ikke hvor mange leger som inngikk i undersøkelsen. Resultater fra studien viste at arbeidsskiftets lengde har en vesentlig betydning for forekomsten av medisinske feil. Studien viste en signifikant reduksjon av feil og uønskede hendelser relatert til svekket oppmerksomhet, spesielt på nattskift. Studien viste også at en reduksjon av ukentlig arbeidstid (fra 80t -60t) resulterte i signifikant bedre søvn og søvnkvalitet. I løpet av 2203 pasientdøgn fordelt på 634 innleggelser ble det gjort 22 % flere alvorlige feil ved skiftordninger som omfattet lange skift i sammenligning med intervensjonsskiftordningen. Legene som arbeidet lange skift gjorde også:

- Fem ganger så mange alvorlige diagnostiseringsfeil
- 21 % flere medisineringsfeil
- 36 % flere feil i behandlingsprosedyrer i motsetning til leger som arbeidet redusert antall arbeidstimer per uke

	Normal arbeidstid (80t/uken)	Forbedret arbeidstid (64t/uken)*
Alvorlige medisinske feil	136	100
Diagnosefeil	19	3
Medisineringsfeil	97	82

* = maks 16 timer sammenhengende arbeid i strekk og minst 8 timers hvile per døgn

Tabell 4.3: Forekomst av uheldige hendelser - en intervensjonsstudie (Landigran et. al 2004)

Økt forekomst av medisinske feil relatert til arbeidstidens lengde, med lange skift underbygges også fra studier av sykepleiere. To separate studier viser at sykepleiere som arbeider mer enn 12,5 timer sammenhengende, har en signifikant økt risiko for å oppleve mindre årvåkenhet i forhold til arbeidsoppgaver, og står i betydelig større fare for å gjøre medisinske feil (Rogers et. al 2004). Rogers og medarbeidere fant over tre ganger så mange selvrapperte feil av sykepleiere med lengre enn 12,5 timers arbeidsdag, enn for de sykepleierne med en 8,5 timers arbeidsdag. En undersøkelse av anestesileger fra New Zealand som rapporterte på bakgrunn av anonyme spørreskjema om tretthetsrelaterte feil knyttet til arbeidstidens lengde ga lignende funn (Gander et. al 2000).

Leonard og medarbeidere (1998) undersøkte 16 leger med hensyn på mulig negative effekter av en 32 timers tilstedevakt på sykehuset. I snitt fikk legene 4,5 timers søvn på vekten. Legene ble testet i to seanser. Først etter 8 til 10 timer, som utgjorde en vanlig arbeidsdag, for deretter å gjennomgå de samme testene etter 32 timers tilstedevakt. Testresultatene ble sammenlignet og en fant signifikant negativ effekt på 4 av de 5 psykologiske parametrene som ble målt. Deriblant økt tretthet og treghet og økt spennings- og angstnivå. I tillegg var det signifikant redusert score på 2 av 5 enkle tester knyttet til oppmerksomhet og konsentrasjon etter en 32 timers vakt. Men nevneverdig fant en ingen signifikant forskjell knyttet til grammatiske resonnering eller forsinket hukommelse og historieerindring (Leonard et. al 1998).

Forholdet mellom legers arbeidstid og pasientsikkerhet har ikke blitt tydelig avklart (Ehara, 2008). Japanske leger arbeider i likhet med sine kollegaer i USA lange vakter. Den Japanske forskeren Ehara ønsket å studere sammenhengen mellom lange arbeidsvakter og hvilke effekt dette kunne ha på pasientenes sikkerhet. Han gjennomførte søk i anerkjente databaser som MEDLINE og EMBASE for å identifisere engelske og japanske studier som omhandlet arbeidstimer, medisinske feil, pasientsikkerhet og feilbehandling i årene fra 1966- 2005. Av de 177 artiklene som litteratur-søket gav, møtte syv studier hans kriterier. Dette var studier som direkte analyserte forholdet mellom legenes arbeidstimer og pasientenes behandlingsresultat og sikkerhet i form av antall komplikasjoner, medisinske feil og feildiagnostiseringer. Funnene fra studiene var basert på intervensjons-og observasjonsundersøkelser. Fire av studiene viste at leger som arbeidet færre timer hadde en tendens til å gjøre færre medisinske feil, og antydte at det å redusere legers arbeidstimer hadde en gunstig effekt på pasientsikkerheten. I de tre andre studien ble det ikke observert noen signifikant endring, relatert til feil og uønskede hendelser. Ingen av studiene fant at kortere arbeidsvakter var skadelig for pasientenes sikkerhet. Ehara (2008) tar høyde for varierende kvalitet på disse studiene, og understreker at en skal være forsiktig med generalisering. På bakgrunn av studiene konkluderer han imidlertid med at en reduksjon av legers arbeidstid ikke er skadelig, men fordelaktig med tanke på pasientenes sikkerhet.

4.4 "På den andre siden"

Endringer av arbeidstidsordninger for underordnede leger i USA har vært gjenstand for mange studier. Dels ut fra hypoteser om at manglende kontinuitet ved redusert arbeidstid vil påvirke pasientbehandlingen negativt (Lie et. al 2008). Flere internasjonale studier viser til at en reduksjon av legers arbeidstid sannsynligvis vil fremme pasientsikkerheten, men også resultere i risikable overlappinger (Harrison et. al 2007). Ehara (2008) sier at det er vanskelig å avgjøre hva som er best for pasientene. En uthvilt lege som har kunnskap om pasienten på bakgrunn av en rapport, eller en trett lege som tar imot og undersøker pasienten, og som dermed har bedre kjennskap til pasientens totale sykdomsbilde. Ehara (2005) refererer i denne sammenheng til en studie av Laine og medarbeidere (1993) som viste at en reduksjon av helsepersonells arbeidstimer var assosiert med økning i forsinket diagnostisering. Den samme studien viste også at potensialet for uønskede hendelser var sterkt assosiert med overlappinger, hvor ansvaret for pasienten ble overført til en annen lege (Laine et. al 1993).

Lars Vasli leder i Norsk kirurgisk forening sier til Dagens Medisin at det å observere en pasient over tid ikke kan erstattes med journaler eller overleveringsrapporter. De lange vaktene gir en kontinuitet som også har betydning for kvaliteten på pasientbehandlingen. Mange overlappinger kan forringe kvaliteten på arbeidet hevder han og sier at det å ha ansvar for pasienten over tid, er en viktig faktor for å fremme den beste kvaliteten (i Nilsen, 2004b).

4.5 Studier fra andre sektorer

Arbeidstid som påvirkningsfaktor har i større omfang blitt studert i industrisammenheng. Folkard og Tucker (2003) studerte effekten hos industrielle skiftarbeidere og sammenlignet risikoen for ulykker ved dag, aften og nattarbeid. De tok utgangspunkt i fem studier som var basert på et relativt stort antall ulykker og uønskede hendelser, og undersøkte når tid på døgnet disse inntraff. De sammenlignet risikoen for ulykker ved dagarbeid og nattarbeid, og fant en 18 % økning i relativ risiko for ulykker ved ettermiddagsarbeid og 30 % økning ved nattarbeid. Den andre konsistente trenden som ble avdekket var at risikograden for uønskede hendelser om natten ser ut til å være høyest rundt midnatt, for så å avta, med en påfølgende svak økning mellom 0300 og 0400 om morgenen. Påfølgende nattskift er den tredje konsistente risikofaktoren i flere studier som viser økt risiko for uønskede hendelser sett i forhold til første nattskift. Hvis første nattevakt ble brukt som referanse, fant man at økningen var 6 % under annet nattskift, 17 % under tredje og 36 % under fjerde påfølgende nattskift (Folkard & Tucker, 2003).

Bjørkum og medarbeidere (2004) har studert skiftarbeid i forhold til ulykker og risiko for uønskede hendelser som en konsekvens av endret søvnmønster. Forfatterne har gjennomgått oversiktsartikler og originalartikler. Basert på deres litteraturgjennomgang finner de ingen klar sammenheng med tanke på økt ulykkesfrekvens ved skiftarbeid. Imidlertid ser de flere indikatorer i samtlige studier på at skiftarbeid generelt og nattarbeid med forstyrret døgnrytme påvirker sikkerhet og produktivitet (Bjørkum et. al 2004).

Folkard og Lombardi (2006) estimerte på bakgrunn av en forenklet modell risikoen for uønskede hendelser knyttet til forskjellige skiftordninger i industribransjen i løpet av en 48 timers uke. De kom frem til at den sikreste måten å arbeide en 48 timers uke på, var seks sammenhengende 8 timers skift. Til sammenligning var dette 20 % sikrere enn å arbeide fire sammenhengende 12 timers dagskift. Bortimot 40 % sikrere enn å arbeide seks

sammenhengende 8 timers nattskift, og over 50 % sikrere enn å arbeide fire sammenhengende 12 timers nattskift. Det er tydelig at sikkerheten varierer betydelig i løpet av en 48 timers uke, alt etter type og lengde på de aktuelle skiftene. Som et generelt prinsipp, uavhengig av arbeidsstimer ukentlig, synes det å være sikrere å arbeide over en lengre sammenhengende periode med korte skift (6x 8t skift), i motsetning til en kortere sammenhengende tidsperiode med lengre skift (4x 12t skift). Forskerne understreker at en slik generalisering ikke tar hensyn til mulig innflytelse av hvilepauser (Folkard & Lombardi, 2006).

Det er et fåtall studier som har undersøkt betydningen av hvilepauser. I de studiene som er gjort blir det antydnet at frekvensen og antall hvilepauser har stor innvirkning på risikoen for hvorvidt uønskede hendelser inntreffer. Det fremkommer ikke i disse studiene hva som anses som den optimale lengden på hvilepausene. Men at de spiller en viktig rolle og er et effektivt middel for å opprettholde prestasjon og yteevne, samt muligheten for å overkomme tretthet er godt dokumentert (Tucker et. al 1996).

Noe av det viktigste som kommer frem i fremstillingen av ulike skiftordninger er at det er nødvendig å ta i betraktning ulike trekk ved skiftplanen i kombinasjon med hverandre og ikke isolert. Det konkluderes med at risikoindeksmodellen som ble benyttet for estimering av risiko knyttet til skiftordninger har sine begrensninger, og at det trengs mer empiriske data for å kunne fremstille mer nøyaktige beregninger. Den synliggjør likevel sentrale forhold en må ta høyde for når en skal forebygge utvikling av tretthet og utmattelse (Folkard & Lombardi, 2006).

En interessant undersøkelse utført av Sexton og medarbeidere (2000) sammenligner holdninger knyttet til feil, stress og teamarbeid blant piloter og flymannskap på store flyselskap verden over, med leger i henholdsvis USA, Israel, Tyskland, Sveits og Italia. Hensikten var å kartlegge hvilke oppfatninger de to ulike yrkesgruppene hadde i forhold til faktorer de anså kunne påvirke deres prestasjonsevne. Blant dem som inngikk i studien var 1033 leger som arbeidet på operasjon eller intensivavdelinger, og 30 000 cockpit ansatte (kapteiner, første og andre offiserer). Resultatene fra studien viste at leger i motsetning til piloter hadde betydelig større tendens til å fornekte de virkningene tretthet kunne ha på ytelse og prestasjonsevne. 26 % av pilotene, versus 70 % av kirurgene og 47 % av anestesileger som inngikk i studien, erkjente ikke at tretthet hadde noen negativ effekt på deres jobbprestasjoner og arbeidsutførelse. Studien konkluderer med at barrierer mot å diskutere feil og avvik er

svært viktig, da helsepersonell, med overvekt av leger i større grad synes å benekte effekten stress og tretthet kan ha på ytelse og jobbprestasjonen enn hva som er tilfellet for piloter og øvrig flypersonell (Sexton et. al 2000).

4.6 Arbeidstid og kontekstuelle forhold

Frem til nå har det blitt presentert studier som har sett på potensielle effekter av lange arbeidsøkter og skiftordninger. Studier har vist at lange arbeidsdager og nattarbeid kan øke sannsynligheten for uønskede hendelser som følge av tretthet og søvntap. For å kunne vurdere legers arbeidstid i et mer helhetlig sikkerhetsperspektiv, er det viktig å se på øvrige kontekstuelle forhold som kan forsterke disse effektene. Det kliniske arbeidsmiljøet kan ses på som et sosioteknisk system, hvor dynamiske interaksjoner gjensidig påvirker og forsterker hverandre (Rasmussen & Svedung, 2000). Det er viktig å kartlegge arbeidsforhold som kan bidra til forhold hvor leger kan stå i større fare for å gjøre medisinske feil. Det er sentralt å se på faktorer som negativt kan påvirker legenes kliniske prestasjoner. Forholdet mellom stress og dens betydning for jobbprestasjoner og disposisjon for medisinske feilhandlinger har over lang tid vært et tema av stor interesse. Studier har avdekket en moderat til sterk sammenheng mellom stress, stor belastning på arbeidsplassen og risikoen for feilbehandling hos praktiserende leger. Stressfaktorer og forhold som negativt påvirker deres jobbprestasjoner har blitt identifisert (Rosenthal & Sutcliffe, 2002):

- Stor arbeidsmengde og arbeidskrav er en velkjent og dokumentert stressfaktor, hvor høye krav resulterer i høyere stressnivå.
- Begrensede ressurser er en annen stressfaktor.
- Tidspress, stort ansvar, liten påvirkningsevne, kontroll og arbeidsbelastning er viktige variabler som negativt forsterker sammenhengen mellom stress og jobbprestasjoner.
- Frustrasjon over å måtte håndtere disse stressfaktorene kan over tid føre til emosjonell utmattelse og redusert oppmerksomhet, som kan få alvorlige konsekvenser for pasientene. Mennesker har større tilbøyelighet til å feile når de er under stress og er overarbeidet.
- Stress fører til tap av årvåkenhet, som igjen fører til kanalisert oppmerksomhet, mangelfull kommunikasjon, slurv og tretthet.

Rosenthal & Sutcliffe (2002: 38) refererer til en studie av Jones og medarbeidere (1988) som konkluderer med:

”Workplace and personal stress adversely affect physical, cognitive, and affective functioning, thus impairing health care judgments, decision making, and behaviors that lead to malpractice”.

4.7 Oppsummering

Det er divergerende funn når det gjelder effekten av lange arbeidsdager (uten totalt økt arbeidsmengde) relatert til tretthet og nedsatt oppmerksomhet. Det er funn fra studier i industrisammenheng som peker på økt risiko for ulykker og feil knyttet til arbeidstid, spesielt med arbeidsdager utover 10 timer. Andre studier finner ikke signifikante sammenhenger. Det er dekning fra studier som viser en betydelig økt ulykkesrisiko ved nattarbeid og gradvis redusert funksjon etter lange arbeidsøkter. Arbeidstidsordninger omfatter mange faktorer og er derfor vanskelige å vurdere. Arbeidsperiodens varighet, tid på døgnet man arbeider, type skiftrotasjon og mulighet og kvalitet på hvileperioder, samt individuelle forskjeller og tilpasningsevne virker inn. Varigheten av den enkelte arbeidsøkten kan variere mye, og må evalueres i sammenheng med andre aspekter ved vaktordningen, som ukentlig antall arbeidstimer, antall fritimer mellom arbeidsøktene og antall overtidstimer (Lie et. al 2008).

Et fåtall studier viser at legenes konsentrasjon og yteevne reduseres etter lange vakter, og det er dokumentert at lange arbeidsøkter øker risikoen for at leger gjør feil (Landigran et. al 2004). På den andre siden understrekes det at det er viktig men vanskelig å finne en balansegang som ivaretar hensynet til kontinuitet i pasientbehandlingen, uten at arbeidsøktene blir lange. Studier som har sett på kortere arbeidsvakter hos leger har påvist forsinket diagnostisering og behandlingsprosess, som følge av svekket kontinuitet og flere overlappinger (Ehara, 2008). I en studie fra et sykehus i New York er det påvist at strengere arbeidstidsreguleringer faktisk har ført til flere komplikasjonene, som følge av hyppigere overlappinger. I USA er det få data som beviser at strengere arbeidstidsreguleringer vil forbedre pasientsikkerheten (Wachter, 2008).

Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenestene henger nøye sammen med hvordan arbeidsforholdene er. Arbeidstid er en viktig faktor, som må ses i sammenheng med øvrige

arbeidsforhold som gjensidig kan påvirke og forsterke hverandre. Det er viktig å studere interaksjonen mellom organisatoriske og menneskelige forhold når målet er å ivareta og forbedre pasientsikkerheten. Det er identifisert en sterk sammenheng mellom høyt stressnivå blant helsepersonell, deriblant leger, med større sannsynlighet for å begå medisinske feil. Stress, både mentalt og miljøavhengig, blir ofte oversett som en viktig årsak til at leger gjør medisinske feil (Rosenthal & Sutcliffe, 2002).

5.0 Empiri

I denne delen av oppgaven presenteres tilstandsbilder basert på beskrivelser med utgangspunkt i informantenes uttalelser. Fremstillingen knyttes opp mot den overordnede problemstillingen og forskningsspørsmålene som søkes besvart. Presentasjonen danner grunnlaget for den påfølgende analysen og drøftingen opp mot litteraturstudien. I figur 5.0 fremstilles en bildelig fortolkning av funn i empirien, som danner grunnlaget for de forhold som vektlegges. Arbeidstidsbestemmelsene kan ikke studeres isolert når risiko for uønskede hendelser skal vurderes. Konteksten arbeidstidsbestemmelsene utøves i må ses i sammenheng for å bedre synliggjøre det totale risikobildet.

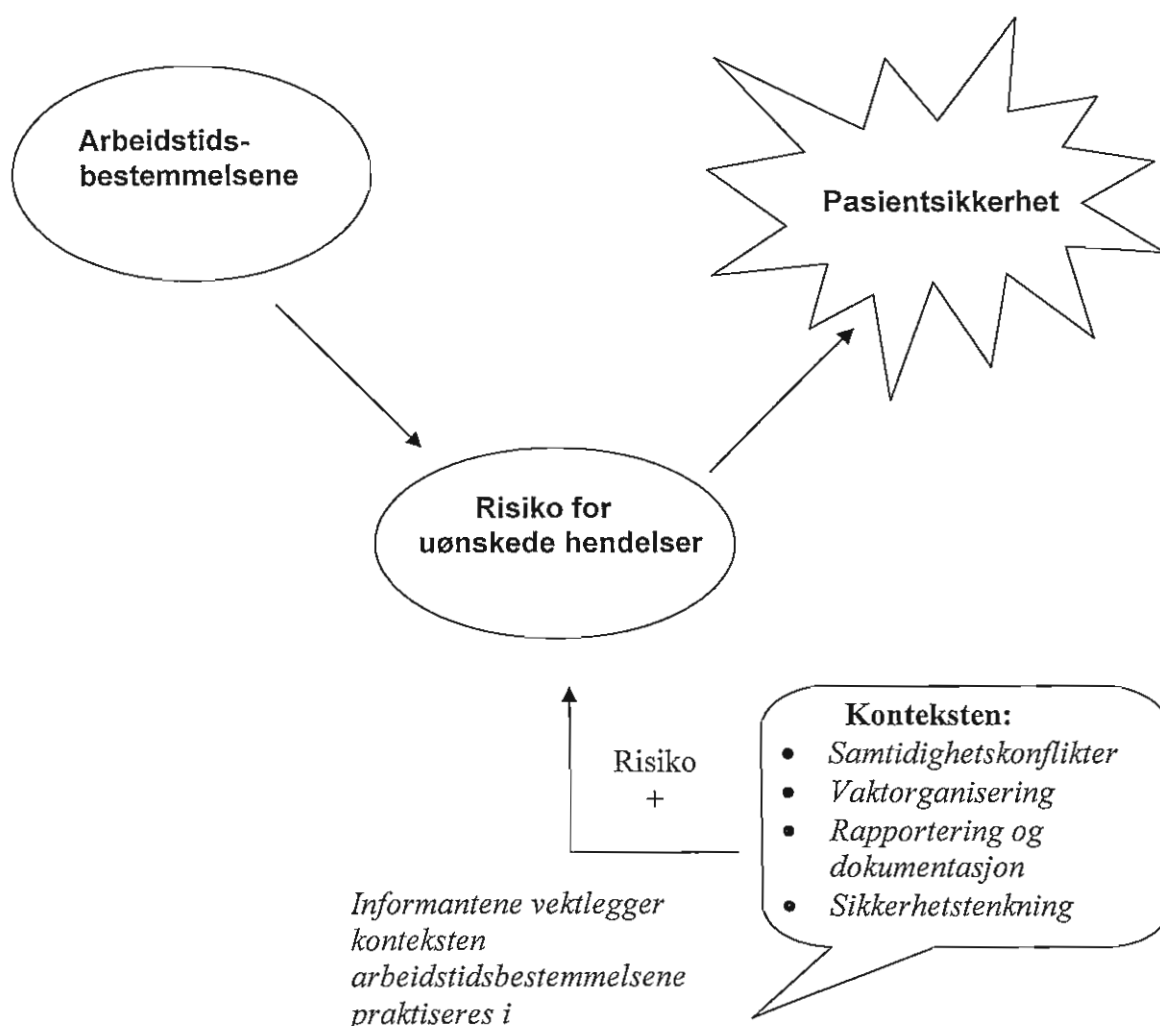


Fig. 5.0 Fremstilling av funn

5.1 Dagens praktisering av arbeidstidsbestemmelsene

Informantene er ikke kjent med de lokale avtalene som er inngått mellom Helse Stavanger og Legeforeningen (se kap 2), utover vernebestemmelsene i A2 avtalen. Tabell 5.1 gjengir informasjon basert på informantenes uttalelser knyttet til praktiseringen av arbeidstidsbestemmelsene.

De ulike legeskiktene	Ukentlig arbeidstid	Overtid
Turnusleger	Gjennomsnittlig 40 timer i uken. De lengste vaktene er på 17 timer og er i forbindelse med nattevakt	Arbeider ikke mye overtid utover oppsatt turnus. Turnuslegene blir i mindre grad pålagt ekstraarbeid da de mangler kompetanse til å utføre og fylle viktige funksjoner. De er under opplæring.
Assistentleger	Gjennomsnittlig fra 45 til 60 timer i uken. De lengste vaktene er på 17 timer og er i forbindelse med nattevakt	Variere, flere har forskningsrelaterte oppgaver som kommer utenom normal oppsatt arbeidstid. Noen beskriver arbeidsuker på opptil 60 til 70 timers uker. Noen har i sjeldne tilfeller vært oppe i overkant av 100 timer per uke grunnet ekstravakter i relasjon til uforutsette vakter, sykemeldinger, permisjoner, og ferieavvikling.
Overleger	Har 45 timer oppsatt på tjenesteplanen i gjennomsnitt hver uke.	Flertallet av overlegene arbeidet mye overtid utover det som er oppsatt. Arbeidsuken strekker seg for de fleste opp i mot 60 – 70 timer. Noe av overtiden er frivillig og knyttes til forskningsrelaterte verv. Men flere timer kommer også på toppen av avtalt overtid for og få arbeidet unnagjort

Tabell 5.1: Ukentlig arbeidstid og overtid

Ut fra tabellen ser en at flere leger arbeider utover den avtalen som er inngått mellom Legeforeningen og Helse Stavanger. I Helse Stavanger er den alminnelige arbeidstiden satt til 40 timer i gjennomsnitt hver uke. Noen uker går som sagt over 40 timer, men disse skal da i utgangspunktet kompenseres for med uker under 40 timer. Det er spesielt hos assistentlegene og overlegene en ser at arbeidstidsbestemmelsene overskrides.

Turnuslegene opplever ikke at de arbeider mye utover oppsatt tjenesteplan. Det er ofte bare snakk om en ekstravakt eller to i måneden. Motivasjonen for å ta slike vakter begrunnes med økonomiske motiv. En turnuslege sier: *"Det er kun pengene som lokker meg"*. For assistentlegene er problemet at det dukker opp uforutsette vakter utover oppsatt turnus. Årsaken til dette knyttes til bemanningsproblemer, sykemeldinger, permisjoner, og ferieavvikling. Dette medfører at ukentlig antall arbeidstimer ofte overskrides utover det som det er lagt føringer for i lov og avtaleverket. Samtlige assistentleger peker på store utfordringer knyttet til bemanningssituasjonen. De mener systemet i dag er marginalt og lite robust. En assistentlege uttaler *"Systemet er helt marginalt slik som det eksisterer per dags dato. Med den fraværsprosenten som det er, så vil det nødvendigvis bli slik at det er noen som blir tvunget til å gå mye hyppigere vakter enn det de skulle ha gjort. Da kommer en inn i slike konflikter med tanke på hvor mange vakter en har i forhold til det en burde hatt"*.

Flere mener at det er dagens bemanningssituasjon som gir opphav til at arbeidstidsbestemmelsene ofte overskrides betydelig. En assistentlege uttaler: *"Jeg vet at vi bryter disse veldig ofte, det som gjør at vi bryter disse er jo fordi vi er i kontinuerlig mangel på å få fullsatt stillingene, slik at vi går inn og tar såkalte vakansvakter"*. En annen assistentlege forteller: *"Jeg har jobbet godt over 100 timer i uken. Vi hadde en tøff periode for en stund siden, da hadde vi tre til fire ekstravakter i uken. Da var det vel rundt 100 timer i uken, 2 måneder i strekk. Det begynner også å bli en del ekstra jobbing nå på grunn av ferie, graviditet og pappapermisjoner. Det er også noen som har sluttet og det tar så lang tid før de får ansatt noen i de stillingene som er ledige"*.

Flere understreker at det har vært mye sykdom i legestaben den senere tiden, som fører til at slitasten og press blir ekstra stort. En assistentlege sier: *"Hos oss har det vært mye sykdom nå, så selv om man er fulltallige på papiret så er en ikke det i realiteten"*. Flertallet av informantene mener at det ikke er mulig å etterleve vernebestemmelsene gitt dagens legebemanning. En overlege sier: *"Det er for mye å gjøre i forhold til mannskapet"*. Det

uttrykkes bekymring for fremtiden vi går i møte med tanke på bemanning innen norsk kirurgi. En overlege forteller: *”Det finnes litt i underkant av 900 aktive kirurger i Norge. Halvparten av disse er over 55 år. Det er en pensjonsavgang på ca 40-45 kirurger hvert år fremover, og det utdannes i Norge bare 20 stk i året. Så vi har jo en import utenifra for å dekke opp for dette. Legeforeningen har sagt at det er behov for 80-85 nye kirurger hvert år. Det er vi langt under. Vi vil komme i en veldig krise i forhold til å kunne ha bemanning på alle 50 akuttstusykehusene som er rundt i landet, det vil ikke være mulig”.*

5.1.1 Ferieavvikling

Den største utfordringen som trekkes frem knytter seg til ferieavvikling. Da fremkommer det at vernebestemmelsene ikke overholdes. En overlege uttaler: *”I forbindelse med ferieavvikling for eksempel, da bryter vi jo på timeantallet fullstendig med vernebestemmelsene, for da er vi oppi 70 timer i uken i alle fall”.*

Det synes viktig for mange å ha innflytelse og mulighet til å påvirke når egen ferieperiode skal avvikles. Derfor velger mange frivillig å jobbe utover vernebestemmelsene. En overlege sier: *”Vi har alle vært interessert i om sommeren å få en god ferieavvikling, og ha påvirkning på hva tid vår ferieperiode skal være. Vi vil ikke at arbeidsgiver skal ta over styringen på det. Derfor har vi vært fleksible på den ene siden og sagt at ok får vi tatt ut ferie slik og slik, så dekker vi opp for hverandre slik at det går greit. Og da kan det bli litt feid under teppet at vi har gått for mye vakter og slikt”.* En annen overlege bekrefter: *”Om sommeren, da er det kanskje bare 4 mann som dekker opp de 12 stillingene”.*

Overlegene opplever i mindre grad press fra arbeidsgiver om å fravike arbeidstidsbestemmelsene og rapporterer at det i nyere tid ikke har forekommet. Det understrekes at situasjonen er annerledes for assistentlegene hvor trykket synes å være betydelig større. En assistentlege uttaler: *”Det er jo ikke sommervikarer. En prøver å regulere det til, men det går ikke å regulere på noe som allerede er skvist ned til bånns. Det er jo klart at det vil bli en kjempebelastning for de som er på jobb. For det er ingen andre til å være på jobb. Ja, du vil jo nesten gå av og på vakt, av og på vakt hele sommeren når du er på jobb”.*

Det refereres til fjorårets sommeravvikling hvor en assistentlege måtte jobbe i overkant av 70 timer i uken over en lengre periode, da vedkommende var den eneste tilgjengelige som kunne

ta vakansvaktene. Den aktuelle assistentlegen uttaler: ”Når det er på sommeren og alle er reist på ferie og vi er bare de som er der, så har vi ikke noe valg. Da er det et utrolig press”.

De fleste ser og erkjenner at det er en utfordring å skaffe vikarer, og at konsekvensene med dagens bemanning ville resultert i stengte poster og avlyste operasjoner i ferien. Det ville gått kraftig utover behandlingstilbudet og den planlagte virksomheten. Selv om det er få å dele arbeidsbyrden på er inntrykket at flere opplever et stort medansvar og strekker seg langt for å få ”hjulene til å gå rundt”. Utsagn fra en assistentlege vitner om det: ”Jeg føler i alle fall et medansvar, det føler jeg absolutt. Det er jo mange ganger en sier ja hvor en kjenner at det skriker inni en at en absolutt ikke har lyst til å ta en vakt denne helgen eller denne kvelden, nattevakt nå igjen liksom. Men det er jo liksom et medansvar. Dersom alle gjør litt, blir det ikke så mye på den enkelte. En presser seg til det ytterste og tar i mot vakter som en ikke har lyst til, det baseres mye på frivillighet”.

Forpliktelsen og ansvarsfølelsen for å stille opp kollegialt for hverandre synes å være stor. En overlege uttaler: ”Det er en form for lojalitet og kollegialitet som vi prøver å beholde i det lengste”.

Det er flere informanter som kritiserer sykehusledelsen for ikke å ta bemanningssituasjonen på alvor og savner bedre planlegging og organisering spesielt knyttet til ferieavvikling. Informantene synes i stor grad å dele oppfatningen av en arbeidsgiver som ikke har fokus på, og er bekymret for, at de jobber for mye. Det etterlyses bedre ivaretagelse av de ansatte. En assistentlege sier: ”Arbeidsgiver er overhodet ikke bekymret for at jeg jobber for mye, de tenker nok på det men, ”the show must go on” på en måte. Det er mye viktigere for arbeidsgiver å få dekket vaktene enn at vi sliter oss ut”. En annen assistentlege uttaler: ”Det virker ikke som arbeidsgiver er opptatt av om arbeidstidsbestemmelsene overholdes. De vet jo både at folk har blitt gravide og at de skal ut i permisjon og at de ikke skal gå vakter. De vet jo at folk er korttids- og langtidssykemeldte, men det kommer jo ikke nye folk inn. Denne uken her så jobber jeg mer eller oppimot 70 timer på grunn av ekstra vakter, og jeg føler ikke arbeidsgiver bryr seg om det. De er bare glad de får folk til å gå vaktene”

Ledelsen oppfordres til i større grad å vektlegge kompetanse når vaktplanene om sommeren organiseres. En assistentlege uttaler: ”Ja ledelsen har vist, ikke minst i forhold til å forsøke å

avvikle ferier, så har de bare talt hoder og ikke sett på kompetanse. Vi mener at vi må se på realitetene for å kunne løse reelle oppgaver, og ikke bare telle hoder og håpe at det går”.

5.1.2 Arbeidstid som ikke registreres

For overlegene er det papirarbeidet og de administrative oppgavene som får skylden for mye av overtidsbruken. En overlege sier: *”Alt det papirarbeidet det blir bare mer og mer, og det blir du sittende med på kvelden. Det er jo tid som du aldri har skrevet opp som overtid, men en burde sikkert gjøre det. Skulle jeg gjøre alt det arbeidet med papirarbeid innen rammen av 45 timer, så kunne jeg glemme å jobbe med pasienter. Det er jo en tankevekker i seg selv. Mye av den jobben jeg gjør, er jo noe en god sekretær kunne løst for meg”.*

En del av overtiden er selvsagt frivilling knyttet til forskningsrelaterte oppgaver, men det kommer frem at flere overleger bruker av fritiden sin for å komme å jour med daglige og ukentlige arbeidsoppgaver. Et klart flertall av overlegene registrerer ikke overtid. Blant annet sier en overlege: *”Det har ikke vært praksis å skrive opp overtid”.* En annen overlege uttrykker det slik: *”Det er foreløpig ikke forbudt å sitte hjemme å jobbe, eller jobbe gratis som vi har gjort i alle år. Vil du være med så får du henge på. Det er greit nok at du ikke får betaling, her forventer vi at du jobber slik og slik”.*

5.1.3 Signaler som ikke fanges opp

Legene er lovpålagt å si i fra hvis de føler seg uskikket til å arbeide. Det er en forutsetning og viktig at den enkelte lege sier ifra. Flere informanter opplever at signaler ikke tas på alvor. Mange sier det er lett å si i fra at man er sliten, men som en overlege uttaler så er veien fra å si det til at noen faktisk bryr seg veldig lang. Vedkommende sier: *”Vi kan godt snakke om det og gå inn på vaktrommet og si at nå er jeg dødssliten. Men fra å si det til at noen bryr seg er det veldig langt”.* En assistentlege har liknende erfaring: *”Jeg føler det er gangske mange som sier i fra at de er slitne. Responsen på den andre siden er jo litt sånn gammel ting at det skal være tøft å være kirurg. Du skal ha lange arbeidsdager, og dersom det ikke passer for deg så får du finne noe annet-holdning. Det var en periode jeg jobbet mange vakansvakter. Jeg tok det opp med overordnet minst fem ganger og klagde på at jeg var sliten og ikke orket mer, for han på en måte tok det på alvor og gjorde noe med det da”.*

Andre igjen mener det ikke er noen etablert praksis for å kunne si at man er sliten i det hele tatt. En assistentlege sier: *"Det er uvanlig å si i fra for en vet jo at de andre også har mye å gjøre"*. Inntrykket er at flere strekker seg langt selv om de er slitne. Uttalelser kan tyde på at enkelte hadde hatt behov for mer hvile og restitusjon. Det er det kollegiale ansvaret som igjen vektlegges. En assistentlege forteller: *"Jeg vet at dersom jeg ringer inn og sier at jeg er syk, så har de ikke noen vikar som kommer inn. Da blir min jobb delt på de andre som er på jobb. Det er ikke slik som med sykepleierne at de ringer inn en ekstra. Hos oss er alle på jobb hele tiden. Så vi har ingen hjemme som kan ta en ekstravakt liksom. Det blir bare mer på de andre som alltid må dekke internt fravær"*.

Når overlegene har vakt i forbindelse med kveld og natt, har de døgnvakter (24t). Det vil si at de har en full aktiv arbeidsdag fra 07.30 frem til klokken 17 (19) på kvelden, om ikke andre forhold tilsier at de må være lengre. Deretter har de bakvakt hjemme frem til neste morgen. De kan risikere å bli tilkalt på natten og måtte returnere til sykehuset for å bistå med hjelp. Overlegene er fullt beregnet i produksjon neste påfølgende dag. Dette kan i prinsippet føre til at overlegene risikerer å få aktive arbeidstimer langt utover det lov- og regelverket tilsier. En overlege forteller: *"Det hender jo i dag, vi har jo hvilende vakt og det er jo ikke så helt sjelden at det kommer en ulykke eller slikt kl 22 på kvelden. Så da blir jeg stående hele natten og da skal jeg ha en hel poliklinikk dagen etterpå. Vi overleger er fullbooket, både dagen før og dagen etter vakt. Hvis vi er litt uheldige og blir stående hele natten så er det ikke helt sjeldent at vi kan få økter på 30-35 timer uten å ha sovet. Vi vet jo at vi har lov å gå hjem, men vi gjør det ikke. Det å overlate en poliklinikk med 15-20 pasienter som du har et forhold til over til noen andre, det er liksom heller ikke noe som du uten videre gjør. Så vet vi at dersom vi er hjemme fra jobb, så går det utover noen andre for vi er såpass få"*.

En annen overlege opplever at det ikke forekommer så rent sjelden at de må ut av sengen når de har bakvakt. Vedkommende sier: *"Mangel på erfarne assistentleger har gjort at vi må mer ut av sengen når vi har passiv vakt, og vi er fullt beregnet i produksjon neste dag. Til og med større operasjoner. Det blir en slik stressfaktor"*

En annen overlege forteller: *"Jeg har jobbet hele dagen før jeg har nattevakt, og så kommer det en ulykke eller alvorlig sykdom som dukker opp klokken 20 om kvelden. Om jeg må stå å operere hele natten, så forventes det at jeg gjør det. Det er klart jeg kan ringe til en kollega*

klokken 02 på natten å si at nå orker jeg ikke mer. Det kan jeg sikkert gjøre, men det har det ikke vært noen tradisjon for”.

En annen ting som trekkes frem som det heller ikke har vært noen tradisjon for er å tilkalle overlegen som har bakvakt hjemme på grunn av kvantitetsspørsmål. Det er ikke praksis at overlegene tilkalles når det er travelt og mange pasienter. Overlegen tilkalles ofte bare for å diskutere faglige spørsmål. En assistentlege uttaler: *”Jeg har aldri hørt om en overlege som har blitt kalt inn bare fordi det har vært for mange pasienter og for travelt”.*

Mange er bekymret for hva arbeidssituasjonen med stor arbeidsbelastning over tid kan medføre. En turnuslege har registrert at assistentlegene sliter med mye uforutsett arbeidstid og har stor vaktbelastning. Vedkommende uttaler: *”Jeg ser med skrekk på å bli assistentlege. Vakansvakter blir tredd over hodet på assistentlegene hele tiden, så jeg priser meg lykkelig for at jeg er der jeg er. De virker veldig misfornøyde, og da tenker jeg liksom er det verdt det, orker jeg å ha det slik? Det påvirker jo også meg på et vis med tanke på hva jeg har lyst å gjøre videre. Jeg vet ikke lenger om jeg vil bli kirurg og måtte ofre så mye av livet mitt på å jobbe. Mange av de som jobber her ofrer mye. Noen synes det er greit, men jeg tror også mange føler at de gjør for mye”.*

Ledelsen oppfordres til å ta situasjonen mer på alvor, hvor de tar innover seg de faktiske forhold og gjør noe med det. Konsekvensene på lang sikt kan føre til rekrutteringsproblemer og turnover mener flere informanter. En overlege uttaler: *”Etter hvert er det ikke mange som vil jobbe slik. Spesielt ikke hvis du har følelsen av at, responsen fra arbeidsgiver og ledelse, er jo ikke akkurat stimulerende alltid”.* En annen overlege har følgende oppfatning: *”Vi har en ledelse som er virkelighetsfjern, distansert og som oppleves som lite villige til å lytte. Jeg tror vi av og til kan si at de er litt arrogante og vi opplever at de har liten innsikt i det de leder”.*

5.2 Arbeidstidsbestemmelsenes fordeler

Flere av informantene peker på at vernebestemmelsene er et kompromiss som har blitt fremforhandlet for å ivareta flere hensyn både for lege og for pasient. Det er gode grunner til å ha fleksible holdninger til dagens vernebestemmelser mener mange. Kontinuiteten som bestemmelsene skaper rom for er av stor betydning i følge et stort flertall av informantene.

Mange mener at kontinuitet i pasientbehandlingen er utrolig viktig og at det er mye innen medisin som dreier seg om oppfølging. Når legene har lange vakter har de mulighet for å vurdere pasientene fortløpende gjennom store deler av sykdomsforløpet. De kjenner pasientene bedre og har dermed et bedre utgangspunkt for å fatte de riktige beslutningene hevdes det. Muligheten for slik oppfølging er også noe som sies å skape trygghet og tillitt hos pasientene. Mange tror at kortere vakter vil gå på bekostning av kontinuiteten og kvaliteten i pasientbehandlingen. Pasientene får som følge av kortere vakter flere leger å forholde seg til og mange uttrykker bekymring med tanke på informasjonsoverføring og overlapping. En assistentlege sier: *"Det som er en fordel ut fra pasientene er at de har samme person som følger deg gjennom litt tid. Vi vet jo at vi mister litt hver gang det er overlapping. Når beskjeder skal gis videre så vil det alltid være ting som kan gå galt, så jeg er skeptisk til den utviklingen at de snevrer inn arbeidstiden vår faktisk"*. Oppfatningen deles av flere. En assistentlege sier: *"Ved å forkorte lengden på vaktene så vil det faktisk gå utover pasientbehandlingskvaliteten da. Det tror jeg absolutt det gjør. Selv om en får et problem med at en har en trettete kirurg, det er så mye informasjon som blir borte underveis"*. En overlege uttrykker: *"Det er helt klart en veldig negativ ting dette med overlapping. Det er ingen tvil om det. De pasientene jeg tar i mot di er mine. Det skal ikke skje noe galt med dem. Men å utrede en annen igjen, det ansvaret tynger ikke på samme måte. Der har noen satt i gang en behandling så det er deres ansvar. Det blir en helt annen ting å følge opp egne pasienter. Så hvis vi får veldig hyppige rapporter så tror jeg det slår dårlig ut på pasientbehandlingen"*.

På den andre siden er det de som ikke er like overbevist om at kortere vakter nødvendigvis vil gå på bekostning av kontinuiteten i pasientbehandlingen, tvert i mot. En assistentlege har denne erfaringen: *"Hvis du kjører i ett spor med en fart så kan du veldig fort bli fartsblind. Og sånn tror jeg at hvis du er på jobb og ser samme pasienten hele tiden, så ser du på en måte ikke hvilket tempo du kjører i. Men hvis du skifter, og det kommer nye øyne inn og ser på problemstillingen fra en helt annen synsvinkel som ikke kjenner problemstillingen fra før av, så kan det faktisk være en kvalitetssikring og gi en økt pasientsikkerhet"*.

Det er stort sett enighet hos informantene at pasientene på den ene siden er tjent med den kontinuiteten som lange vakter skaper rom for. Kontinuitet vektlegges stor betydning for den totale kvaliteten. På den andre siden er det flere som understreker at det er en vanskelig balansegang hvor kontinuiteten må veies opp mot de negative virkningene lange vakter kan ha. En assistentlege sier: *"Det er mye innen medisin som dreier seg om oppfølging. Da er det*

bra det er den samme. Men det er ikke bra å ha en trett og utslitt lege klokken fire på natten heller, så det er jo en balansegang selvfølgelig”

5.3 Arbeidstidsbestemmelsenes ulemper

Et overveiende flertall av informantene er svært tydelig på at de har opplevd og opplever at lange vakter spesielt på kveld-og nattestid får betydning for deres konsentrasjonsevne. En turnuslege sier: *”Etter en lang og travel vakt så blir jeg jo trett og mindre konsentrert”*. Noen mener imidlertid i større grad enn andre at det kan gå på bekostning av kvaliteten på arbeidet som utføres. Det er de som helt klart mener at lange vakter kan gå på bekostning av pasientbehandlingen. En assistentlege forteller: *”Du merker jo at du tenker mye senere, og du ville kanskje vurdert det annerledes om en var mer opplagt det tror jeg nok. Det vil jo kunne gå på bekostning av pasientene”*. En overlege har samme oppfatning: *”Ja, hvis du er skikkelig trøtt så kan det være fristende å utsette noe som du nødvendigvis ikke burde utsatt eller at du tar en beslutning på et grunnlag, bare for å bli ferdig med problemstillingen, der du kanskje er litt kjapp. Det kan helt klart gå på bekostning av pasientene ja”*.

Noen er imidlertid mer overbevist enn andre. En erfaren assistentlege deler ikke samme oppfatning som flertallet av sine øvrige kollegaer. Vedkommende sier: *”Jeg synes ikke det er uforsvarlig mye jobbing faktisk, og jeg jobber mye overtid. Jeg har liksom ikke følt at det har vært uforsvarlig. Jeg synes slik faglig sett at det går greit. Men så er det ikke alltid man er herre nok til å se objektivt på sin egen situasjon sikkert. Jeg har ikke opplevd at lange vakter har hatt betydning for min prestasjonsevne og faglige vurderinger, men det er gjerne dårlig selvinnsikt antagelig”*

Selv om ikke alle informantene er like tydelige og opplever å se noen klar sammenheng mellom dagens arbeidstidsbestemmelser og uønskede hendelser isolert sett trekkes ofte nattevaktene med redusert bemanning frem i denne diskusjonen som sårbare og slitsomme.

5.3.1 Sårbare nattevakter

Noen informanter opplever at det er større tilbøyelighet for at uønskede hendelser kan inntreffe på kveld og natt. Dette mener de henger sammen med at bemanningen er lavest, arbeidsmengden stor og vaktene lange. En overlege har denne oppfatningen: *”Jeg tror det er*

flere uønskede hendelser på ettermiddagen, kveld, natt og helger. Der bemanningen er lavest, der er risikoen størst". En turnuslege uttaler også: "Det er sårbart på natten, da er folk trette og når en er trett er en mindre konsentrert"

Mange sier eksplisitt at det ikke er en fordel å bli operert på nattestid. En assistentlege sier: *"Jeg tror ikke det er en fordel å bli operert midt på natten, nei det tror jeg ikke. En står da i større fare for å gjøre en dårligere jobb. En har større tilbøyelighet for å ta mer lettvinde løsninger på nettene enn på dagtid, du er mer klar for å bli ferdig"*.

En overlege bekrefter: *"Det er klart, kommer det inn en ny pasient når jeg har vært 16 timer på vakt og det spørs om han skal opereres eller ikke, så er pasienten overhodet ikke tjent med det. For da er jeg trett og sliten og da er jeg ikke på alerten, og det er kanskje midt på natten og så videre. Jeg har lettere for å overse ting når jeg er trett"*.

Denne oppfatningen deles imidlertid ikke av alle. En assistentlege sier: *"Det er jo større risiko for uønskede hendelser når man er trett da, det tror jeg nok. Men når det gjelder slike operasjonstekniske ting, så føler jeg at en er såpass på høgget når man står på operasjonsstuen at der vil det ikke ha noen betydning for om det er natt eller dag på en måte"*.

Det er også de informantene som mener at kvaliteten og de faglige vurderingene ikke svekkes i betydelig grad selv om man er trett. En assistentlege uttaler: *"Selv om jeg føler at jeg må konsentrere meg mye mer for å gjøre en liten ting, så føler jeg ikke at ting blir oversett, det tar bare gjerne litt lenger tid"*. Selv om flere informanter i stor grad vedkjenner seg at lange vakter med stor arbeidsbelastning kan påvirke konsentrasjons- og prestasjonsevnen opplever noen i mindre grad enn andre at det kan få alvorlige konsekvenser for pasientene når Alvoret først er ute. En turnuslege forteller: *"Selv om jeg har gått på vakt i 15 timer og det kommer inn en veldig akutt pasient, så pumper adrenalin og en blir veldig skjerpet. Men derimot så tror jeg vi gjør mer småfeil. Jeg har opplevd å gjøre feil på lange vakter, og vet at det har vært bagateller"*. En overlege er heller ikke sikker på at kvaliteten nødvendigvis svekkes. Vedkommende sier: *"Hvorvidt disse lange vaktene i seg selv påvirker kvaliteten er vanskelig å svare på. For skjer det noe, så får en liksom ett adrenalinkick som gjør at du er på alerten og klarer å hente deg inn igjen"*.

Det som vektlegges av stor betydning for konsentrasjonen er muligheten for pauser og hvile når en har vakt. En assistentlege sier: *"Dersom en får sove et par timer eller slikt så er en jo med en gang mer opplagt til å ta tak i nye ting"*. Flere deler samme oppfatning. En annen assistentlege sier: *"Får du hvile to til tre timer så er en jo stort sett "fit for fight", men har du holdt på i 15 timer i strekk så merker en jo at det blir vanskelig å konsentrere seg og huske alt om alle og sånn"*.

I utgangspunktet er det lagt opp slik at dersom anledningen byr seg så skal en ha mulighet til å hvile i løpet av arbeidsøkten på nattevakt. Noen mener det i større grad enn andre er rom for hvilepauser, men at det varierer mye fra vakt til vakt hvor mye en får mulighet til å sove. Et klart flertall av assistentlegene og turnuslegene opplever at det sjelden er muligheter for søvn og hvile grunnet dagens bemanning på vakt og den store arbeidsbelastningen som er. En assistentlege forteller: *"Nå har vi så tunge vakter der belastningen er så stor at vi nesten ikke får sluppet av noen ting. En får ikke spise og må springe hele tiden"*. En turnuslege sier: *"Det er umulig å sove om natten når en er på vakt her. Det heter jo at dersom muligheten byr seg så kan en gå og legge seg. Men det er veldig sjelden den muligheten byr seg. Det er flere ganger jeg har forsøkt å legge meg nedpå, men fort har blitt avbrutt av callingen og telefonen"*.

En overlege uttaler følgende: *"Årvåkenhet og slik, vi ser jo på morgenmøtene når assistentlegene har gått rundt hele natta og ikke hatt 5 min med søvn eller avslapping så ser vi jo at det går seint og de begynner å gjenta ord og det er nesten bare til å smile av. Men det er jo alvorlig. Så skal de kjøre hjem og legge seg, da skal de ut i trafikken. Dersom de da hadde kommet ut for noe, og gitt beskjed om at de ikke hadde sovet hele natten, så hadde det kanskje blitt straff i følge veitrafikkloven. Men om de hadde gått på poliklinikken og operert en pasient så hadde det vært helt i orden"*. En annen overlege understreker at leger er som folk flest og har i likhet med andre behov for søvn og hvile for å fungere optimalt. Vedkommende uttaler: *"Jeg er helt enig i det litteraturen sier at leger ikke er annerledes enn andre når det gjelder søvn. Vi tåler det ikke bedre enn andre. Vi prøver kanskje å gi uttrykk for det men vi gjør det garantert ikke"*.

Det er de som er skeptiske til og stiller spørsmålsteget med hvor fornuftig det er å jobbe så lange vakter spesielt i forbindelse med natt. En turnuslege sier: *"Jeg er kritisk til at vi bør jobbe så lenge på natt. Det kunne med fordel vært kortere nattevakter, bare 12 timer hadde"*

hjulpet tenker jeg". To overleger er heller ikke overbevist. Den ene sier: "Jeg er nok ikke helt overbevist om at dette med 17 timer er bra. Hvis man skal kutte ned en plass, så tror jeg det er der en er mest sårbar, når man jobber mye sammenhengende. 17 timer det er lenge". Den andre overlegen sier: "Jeg har mange ganger kjent at jeg har vært veldig sliten så hvis det hadde latt seg gjøre hadde det nok vært fornuftig og hatt kortere vakter".

De andre igjen, er ikke overbevist om at kortere vakter er en god løsning. Konsekvensene av kortere vakter vil på den ene siden føre til at legene må gå enda hyppigere vakter. Noe som fremkommer som lite ønskelig. Samtlige mener at det heller ikke vil være gunstig for pasientene, da det vil føre til mindre kontinuitet og mer risikofulle overlappinger. Det knyttes stor skepsis til alternativt og arbeide tredelt skift som blant annet sykepleierne gjør. Flere anser dette som en dårlig løsning. Blant de som mener dette er en assistentlege som sier: *"Flere stillinger men ikke kortere vakter. Det vil jeg si er resepten på en god løsning, både for lege og for pasient. Ønsker ikke å gå tredelt turnus slik som sykepleierne. Da tror jeg det blir det salige kaos faktisk, så tror det er bedre at vi har lange vakter, 17 timer er en fin vaktid. Må for all del ikke forandre på det. Men det er gjerne ikke alle som deler min mening".*

Selv om de fleste er skeptiske til kortere vakter, er det en overlege som uttaler: *"Nå har vi ikke forsøkt det heller da".* En som skiller seg ut er en turnuslege som har følgende ønske: *"Jeg skulle ønske at vi kunne organisert arbeidstiden på en slik måte at en gikk mer regulære skift slik som de gjør i industrien og slik som sykepleieren for eksempel jobber".*

Flere informanter har umiddelbart vanskelig for å se noen klar intuitiv sammenheng mellom dagens arbeidstidsbestemmelser og uønskede hendelser. Det fremkommer at bildet er komplekst, og at arbeidstid vanskelig kan vurderes isolert. En overlege understreker: *"Hvor lenge en skal jobbe og i hvilken setting det er det som må diskuteres".*

5.4 Konteksten arbeidstiden praktiseres i

Med få unntak er de fleste tilfreds med dagens ordning med tanke på arbeidstidens lengde isolert sett. Det de er mindre tilfreds med er arbeidsforholdene, som de mener arbeidstidsbestemmelsene må diskuteres i lys av. Noen opplever at de lange nattevaktene i seg selv er sårbare. Flertallet mener imidlertid at summer av flere forhold spiller inn. Det er flere

forhold som vektlegges. Det som går igjen hos et overveiende flertall er: *Vaktorganisering & bemanning, samtidighetskonflikter, dokumentasjon & rapportering og sikkerhetstenkning.*

5.4.1 Vaktorganisering og bemanning

Det som i stor grad vektlegges hos informantene er arbeidsbelastningen som i lys av arbeidstidsbestemmelsene kan disponere for uønskede hendelser og utgjøre en risiko for pasientene. En assistentlege sier: *"Problemet er vel mer arbeidsbelastningen på de timene en har"*. Dette er et gjennomgående trekk som påpekes av flertallet. En overlege uttaler: *"Ja arbeidstid er som sagt en ting. Dette med arbeidsbyrden er veldig viktig. Hvor mye man jobber den tiden man er på jobb. Men ja, jeg tror de to faktorene spiller inn. Arbeidsbyrde sammen med arbeidslengde og arbeidslengden er akseptabel så lenge byrden ikke blir for stor"*. Følgende utsagn fra en assistentlege vil et overveiende flertall av informantene kjenne seg igjen i: *"En lang vakt er for eksempel en 17 timers nattevakt, hvor du springer som en pisket rotte fra du kommer til du går hjem. Men det kan også være en kortere dagvakt hvor det er like travelt. Så lengden på vaktene er for så vidt ikke det største problemet, det er egentlig arbeidsmengden på vaktene. Det har nødvendigvis ikke med timeantallet å gjøre"*. En overlege forteller: *"Man kan bli trett og sliten om man går de korte vaktene også, dersom arbeidsbelastningen er stor. Man kan lettere gjøre feilbehandlinger og blir mindre påpasselig"*.

Et overveiende flertall opplever at det er lite samsvar mellom oppgaver og ressurser. En overlege sier: *"Det er for få folk til for mange oppgaver"*. Dette misforholdet fører til at flere mener at det ikke er kapasitet til å håndtere den arbeidsbelastningen som er til enhver tid, noe som kan utgjøre en risiko for pasientene. En assistentlege sier: *"Volumet på den arbeidsmengden vi har, overgår jo langt det en person kan gjøre"*. En annen assistentlege uttaler: *"Når få folk gjør mye arbeid gir det en høyere risiko for pasientene"*.

Det understrekes at kombinasjonen av lange vakter med stor arbeidsmengde ikke er bra. Dette vil nødvendigvis kunne øke tilbøyeligheten for at uønskede hendelser i større grad inntreffer. En overlege sier: *"Kombinasjonen av de to er ikke bra, da tror jeg det skjer ting som en ikke har kontroll på"*.

Vaktene på kveld og natt er preget av lange arbeidsøkter. For turnuslegene og assistentlegene som har tilstedevakt på natt, begynner vaktene klokken fire på ettermiddagen og varer frem til halv ni neste morgen. Disse arbeidsøktene beskrives av flere å preges av varierende og uforutsigbar arbeidsbelastning. Bemanningssituasjonen på vakt resulterer i at nattevaktene og arbeidsbelastningen ofte er omfattende med uoversiktlige ansvarsoppgaver. De fleste uttrykker misnøye med dagens organisering. Mange mener det grenser til det uforsvarlige å ha kun en assistentlege og en turnuslege som aktiv vakt, som dekker den kirurgiske beredskapen på kveld og natt. Når de er på vakt har de eneansvaret for sitt fagfelt på sykehuset. Flere assistentleger forteller at ansvaret er stort. Det er de som tydelig er bekymret for hvordan vaktberedskapen er organisert. En overlege sier: *”Det er ikke til å stikke under en stol at når arbeidsgiver har valgt å organisere som de har så har en valgt å minimere antall overleger og spesialister og satt dem i en veldig tilbaketrukket ordning. Og så putter de jo da de yngste som er under utdanning inn i fronten som tar støytten til vi kommer. Vi vet jo at andre har hatt sterke innvendinger på måten akuttmottakene drives på, fordi de drives i prinsippet av ukvalifisert arbeidskraft”*. En annen overlege sier: *”På assistentlege nivå er det for stor vaktbelastning, det kan ikke være forsvarlig spør du meg. Det er jo bare lykken som gjør at dette går bra”*

5.4.2 Samtidighetskonflikter

Vaktorganisering og dårlig samsvar mellom oppgaver og ressurser gir opphav til det informantene omtaler som samtidighetskonflikter. Samtidighetskonflikter innebærer at legene skal gjøre flere ting og være flere plasser samtidig. Legene skal operere, de skal gå visitt på sengepostene, de skal ta i mot pasienter på poliklinikken, de skal svare på callinger, ta i mot telefoner og henvendelser utenifra og stå i beredskap om det kommer traumer. Dagens arbeidsbelastning fører til at legene til enhver tid har flere arbeidsoppgaver som skal ivaretas og håndteres, ofte parallelt. Samtidighetskonflikter beskrives å være en daglig utfordring. En overlege forteller: *”Det vi sliter med om dagen og ikke minst i vakt situasjon er samtidighetskonflikter. Det at vi skulle ha vært fire plasser samtidig. Av det blir det uønskede hendelser, da pasientene blir liggende og vente”*.

Samtidighetskonfliktene beskrives som en risikofaktor med tanke på uønskede hendelser. Flere opplever ikke at konsekvensene er at uønskede hendelser inntreffer rutinemessig men at potensialet for å gjøre feil stiger i slike situasjoner hvor en har det travelt og det er mye arbeid

som venter. En overlege sier: *"Ofte er det tid altså. Tidspress, du har krav om å få unna ting. Du skal stadig vekk komme deg av gårde og videre og videre og videre, så må du ta avgjørelser"*. Når en skal dekke flere oppgaver om gangen vil det helt klart kunne gå på bekostning av kvaliteten på det arbeidet som utføres mener noen. Flere uttalelser bekrefter det. En overlege sier blant annet: *"Når du har mindre tid til å gjøre de oppgavene du skal gjøre, så må jo det igjen nødvendigvis gå utover kvaliteten. Du får ikke gjort noe helt godt"*. En annen overlege forteller: *"Vi har flere funksjoner å fylle samtidig og det blir å løpe fra det ene til det andre. Det er klart at det går utover kvaliteten"*. En overlege uttrykker tydelig: *"Tidspress kan gå på bekostning av pasientene, ja uten tvil"*.

En assistentlege som eneste unntak sier på den andre siden at han sjelden opplever tidspress som kan gå på bekostning av pasientene. Vedkommende sier: *"Jeg har vanskelig for å slutte meg til det klagekøret"*.

De fleste beskriver en tidvis uholdbar arbeidssituasjon og understreker at rammene rundt arbeidsforholdene har stor betydning med tanke på faktorer som disponerer for uønskede hendelser. En overlege uttaler: *"Det som er viktig er at rammene rundt arbeidssituasjonen er god. Det er ganske stressende faktisk, å stå og gjøre vanskelige ting, samtidig som telefonen ringer hele tiden og at folk maser. Det er mye stress rundt og det påvirker nok på en eller annen måte. Rammene rundt arbeidssituasjonen tror jeg er veldig viktig for pasientsikkerheten"*.

Dagens samtidighetskonflikter gir opphav og disponerer for stress. Flere mener at stress i seg selv fører til at legene lettere kan gjøre feil som kan føre til uønskede hendelser. En turnuslege sier: *"Jo mer stresset en er, dess mindre konsentrert og desto større risiko for at det skal skje noe galt"*. En assistentlege forteller: *"Er jeg stresset så er sjansene større for at jeg gjør feil. Stresset går også på at du blir stresset for å gjøre feil, sånn at du kan si stress i seg selv noen ganger gjør at en på en måte er mer obs på hva en holder på med, men det er jo en ubehagelig situasjon og jobbe i"*. En overlege understreker: *"Stress, det tror jeg kanskje er det viktigste, at stress eller tidspress, eller hva man kaller det, det at man skal være flere plasser på en gang. Det er noe som disponerer for uheldige hendelser, det er jeg overbevist om"*.

Det understrekes at samtidighetsproblemene ikke ville vært løst med kortere vakter, men med flere ansatte og en bedre vaktorganisering.

5.4 3 Dokumentasjon og rapportering

Legene har i følge Helsepersonelloven dokumentasjonsplikt hvor det fortløpende i behandlingsforløpet skal registreres nødvendige og relevante opplysninger som skal bidra til forsvarlig behandling. Et utsagn fra en overlege forteller at dokumentasjonen til tider kan bli mangelfull som følge av blant annet arbeidsbelastning. Den aktuelle overlegen sier: *”Vi prøver jo å føre oppdaterte journaler når det gjelder hver enkelt pasient. Men på de vaktene som vi har her med 25 – 30 pasienter så blir det ikke mulighet til å skrive oppdaterte journaler. Det blir jo muntlig overføring, og det kan være et problem. Spesielt når det er viktig dokumentasjon som blir borte underveis og når en kommer inn som tredjemann dagen etter, så finnes det ingenting. En av de tingene vi har blitt kritisert for av fylkeslegen, det er jo manglende dokumentasjon. Det er for lite nedskrevet og det er jo en konsekvens av sikkert tradisjon, men ikke minst arbeidspress ”.* En annen overlege sier: *”Det er flere oppgaver enn ressurser og da tenker jeg på tid. Det som blir skjøvet til side, det er jo kontorarbeidet og epikriser (journalføring). Det er ting som ofte blir utsatt”.*

Flere mener at mangel på sekretærer i helgene kan være sårbart og øke sannsynligheten for at uønskede hendelser kan inntreffe. En overlege forteller: *”Det er for eksempel ikke noen sekretærfunksjon i helgene for å skrive operasjonsbeskrivelser. Det betyr at dersom en pasient blir operert fredag etter lunch, så får en ikke skrevet operasjonsnotatet sitt før på mandag. Hvis det da skjer en uønsket hendelse på lørdag for eksempel, så har vi ingen notater. Vi må bare bygge på det som er gjort operativt på andre og tredjehåndsopplysninger. Det er påpekt av fylkeslegen at all informasjon om pasientene skal være skriftlig. Det ivaretas overhodet ikke her”.*

Det er de som også opplever at rutine og systemene som skal tilrettelegge for tilstrekkelig informasjonsoverføring i forbindelse med vaktskift og overlapping har svakheter. En assistentlege uttaler: *”Nei det er vel ganske dårlig egentlig”.* Det understrekes at det er forbedringspotensialer. En overlege sier: *”Det er nok noen stafettoverleveringer som kunne vært bedre enn de er i dag, så uten tvil et forbedringsområde her”.*

Flere er også frustrerte og føler seg tynget og overlattet av administrative oppgaver og papirarbeid. En assistentlege forteller: *”Vi gjør nå mye mer sekretærarbeid og det er en hovedfrustrasjonsfaktor hos veldig mange tror jeg. Det tar tid, for det er jo heller ikke det vi er utdannet til, så da bruker vi enda lengre tid på det. Det blir sånn stressmomenter i bakgrunnen”*. Flere gir også mye av skrivearbeidet hovedskylden for at legene i dag i liten grad rapporterer uønskede hendelser i rapporterings- og avvikssystemet Synergi. Mange gir uttrykk for at de ikke har tid til å prioritere det. En overlege sier: *”Den hverdagen som vi jobber i er det ikke rom for mer skrivearbeid enn det vi allerede har. Ja det er så mye skrivearbeid, så med rapportering på topp så kan du bare glemme det. Jeg tror det er det som er hovedgrunnen til at det ikke skjer rapportering”*.

En gjennomgang av meldingen som er registrert i Synergi fra 2007 til april 2009 på kirurgisk seksjon bekrefter at legene i liten grad rapporterer inn uønskede hendelser. Bare et fåtall hendelser er i denne tidsperioden meldt inn av leger. Hendelsene som er meldt handler i stor grad om samtidigetskonflikter og mangelfull dokumentasjon. Det er ingen meldinger som kan knyttes direkte til arbeidstid.

5.4.4 Sikkerhetstenkning

Noen av informantene peker generelt på manglende sikkerhetstenkning og etterlyser større fokus. En overlege sier: *”Jeg tror at vår situasjon er såpass spesiell at det kunne vært en egen satsing på HMS og sikkerhetsarbeid i legegruppen”*. Informantene har ikke kjennskap til risiko og sårbarhetsanalyser (ROS). En overlege sier: *”Jeg har aldri hørt noe om risikoanalyser. Jeg tror at blant kirurgene så er det lite sånn sikkerhetsarbeid”*. Flere opplever at det ikke arbeides aktivt og synlig med forebyggende sikkerhetsarbeid på avdelingene. En assistentlege sier følgende: *”At det arbeides aktivt med å kartlegge og forebygge, nei det synes jeg er helt bak mål å si. Jeg vet ikke om en ting som gjøres for det, i hvert fall ikke som jeg ser konsekvensene av. Det er ingen som spør oss, det er det på ingen måte. Selv om vi gir beskjed, at dette er et problem og sånn, så gjøres det absolutt ingenting”*
En annen assistentlege uttaler: *”Hvis du tenker på at det kommer fra ledelsen, ovenfra og ned, det eneste vi har fått beskjed om er at vi skal rapportere i Synergi. Men det er jo ingen som har gått og spurt hvor skoen trykker, og hva kan vi gjøre for det. Er det noe så rapporter det i Synergi, men der skjer det jo ikke noe. Det er så passivt som det går an å bli”*. Samtlige opplever at det er lett å si fra om faglig utilfredsstillende forhold men etterlyser i stort grad

oppfølging og handling. En overlege sier: *”Ja det er lett å si i fra, men det skjer ikke så mye med det”*. Andre igjen opplever ikke at det er rom for å ytre egne meninger. En overlege forteller: *”Det blir bare oppfattet som mas. Hva vil du jeg skal gjøre med det på en måte. Føler det ikke er rom for sånne ting”*. En annen overlege deler samme oppfatning: *”Tvert om så føler jeg at dess mer en sier i fra, dess mer problematisk blir det”*.

Få har tiltro til rapporteringssystemet Synergi som skal fange opp uønskede hendelser. De fleste mener at det i liten grad arbeides systematisk med disse meldingene og savner mer oppfølging og tilbakemelding. En overlege sier: *”Jeg savner fortsatt at det blir betydelig mer systematisk gjennomgang av slike meldinger og at en tok konsekvensene av det på en helt annen måte”*.

Flere synes å mene at fokus på sikkerhet og forebygging i sykehussystemet er mangelfullt. Det er de som trekker paralleller til andre sektorer i samfunnet og mener helsevesenet har mye å lære. En overlege sier: *”Generelt sett så har mange andre næringer vært mye flinkere til å ivareta hva skal jeg si egen helse og fokusert mer på sikkerhet enn det vi har”*. En assistentlege er enig: *”Jeg tror legene har veldig mye å lære, men ikke nødvendigvis og bare være fokusert på arbeidstid. Det gjelder i forhold til sikkerhet generelt sett. Det er alt for lite systemtenkning i sikkerheten i helsevesenet slik som det er nå. Det er for mye fokus på individet, og jeg føler at de er lite interessert etter å avdekke årsaksforklaringer utover det”* Flertallet av informantene mener at sikkerhetsarbeid er et viktig satsingsområde, hvor det burde vært satt inn flere ressurser. Bruk av risiko og sårbarhetsanalyser burde vært benyttet i større grad enn hva som synes å være tilfellet i dag sier flere. Blant dem en assistentlege som sier: *”Risikoanalyser burde blitt benyttet mer i helsevesenet. Men, de hadde nok ikke tålt dagens lys. Hadde de visst hva som skjedde her inne, da har vi et stykke vei å gå ”*

Det trekkes ofte paralleller til andre yrkesgrupper som jobber i høyrisikoindustrier med stort ansvar som har strengere arbeidstidsbestemmelser enn leger. Flere av informantene synes dette er et paradoks og en tankevekker på mange måter. En turnuslege sier: *” Det synes jeg er rart og det rimer ikke helt. Vi burde være på lik linje med de. Vi har også med mange menneskeliv å gjøre”*. En assistentlege har også betenkeligheter. Vedkommende forteller: *”Paralleller trekkes ofte til piloter og lastebilsjåførere. Da er det mange leger som sier, ja men vi er ikke piloter og lastebilsjåførere. Men selv om vi ikke er det, har vi det samme behovet for søvn og hvile. Leger begynner også å gjøre feil når vi er trette i hodet og ikke minst når en er*

stresset. På samme måte som en pilot kan være på jobb i 16 timer på en lang flytur så vil det nødvendigvis være rom for å slappe av i løpet av de 16 timene. Men skal du fly jagerfly i 16 timer så skjer det ting hele tiden, og da blir du fort trett. Det er det vi har klaget på her, det er alt for mye å gjøre når vi i tillegg har så lange vakter”

En overlege sier: *”Det er jo slik at på mange måter så har vi jo en spesiell situasjon der det har vært tradisjon for å jobbe lengre. Men i utgangspunktet er det vanskelig å forstå at vi som leger skal fungere annerledes enn mennesker som piloter og andre som har jobber som krever høy konsentrasjon”.*

5.5 Oppsummering av funn

- Arbeidstidsbestemmelsene overskrides mer eller mindre kontinuerlig som følge av bemanningsproblemer, spesielt utsatt er ferieavviklingen om sommeren.
- Flertallet opplever ikke at arbeidstidsbestemmelsene i seg selv utgjør en betydelig risiko for pasientsikkerheten. Noen trekker frem nattevaktene som sårbare med tanke på uønskede hendelser som følge av lange og travle vakter. Travle vakter og lite søvn på nattevakt bekreftes av flere å kunne gå på bekostning av konsentrasjon og yteevne, som kan få betydning for kvaliteten på tjenestene.
- Arbeidstidsbestemmelsene kan ikke ses isolert men må studeres i sammenheng med de omgivelsene de inngår i når risiko skal vurderes.
- Informantene vektlegger i større grad arbeidsbelastningen innenfor arbeidstiden som en vesentlig større risikofaktor. Hvor samtidighetskonflikter, vaktorganisering, mangelfull rapportering og dokumentasjon øker sannsynligheten for at uønskede hendelser vil kunne inntreffe.
- Flere etterlyser større fokus på forebygging og sikkerhetstenkning.

6.0 Drøfting

Her vil resultatene fra case-studien bli drøftet opp mot resultatene fra litteraturstudien i kapittel 4, med det formål å diskutere hvorvidt sykehuslegers arbeidstidsbestemmelser påvirker pasientsikkerheten.

Det vil bli brukt en del sitater også i dette kapitlet. Det anses hensiktsmessig for å synliggjøre og underbygge mine antagelser og refleksjoner.

6.1 Arbeidstidsbestemmelsenes Janusansikt

Metaforen Janus-ansikt synliggjør arbeidstidsbestemmelsenes positive og negative aspekter for pasientene basert på informantenes uttalelser.

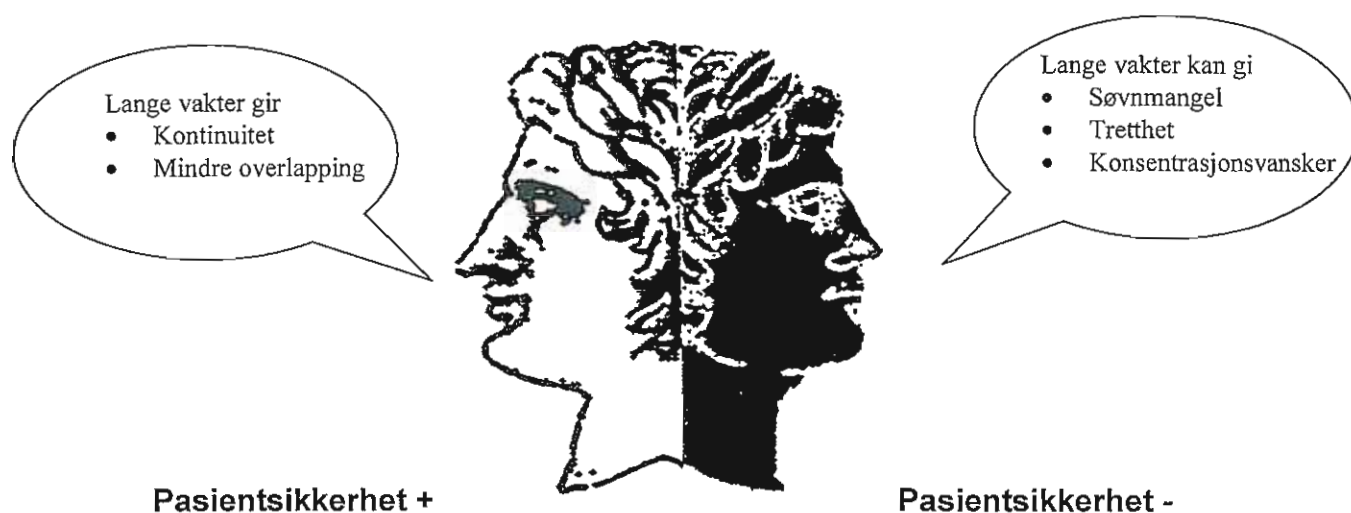


Fig 6.1 Arbeidstidsbestemmelsenes Janusansikt

Det er ikke overraskende at det er disse forholdene informantene trekker frem i diskusjonen rundt legers arbeidstid. I litteratur og forskning som foreligger er denne diskusjonen gjennomgående. Det argumenteres for at fordelene ved lange vakter, knyttet til kontinuitet og mindre overlappinger på den ene siden vil gi økt pasientsikkerhet (Laine et. al 1993). På den andre siden argumenteres det for at lange vakter vil kunne påvirke legens konsentrasjon og

yteevne, som i neste omgang kan gå på bekostning av pasientsikkerheten (Gander et. al 2000; Rogers et. al 2004). Spørsmålet som stilles i denne sammenheng er hva pasientene til syvende og sist er best tjent med. I følge litteraturen er det vanskelig å gi noe klart og entydig svar på dette.

Kontinuitet og mindre overlapping

Flere av informantene vektlegger kontinuitet som en vesentlig faktor for kvaliteten på pasientbehandlingen. Kontinuitet anses av noen å styrke pasientsikkerheten. Lange vakter gir legene mulighet til å følge pasientene over tid. Dette fører til god innsikt og kunnskap om den enkelte pasient og dens sykdomsbilde. Kontinuitet har betydning for vurderingene og den behandlingen som iverksettes. Når en har mulighet til å monitorere sykdomsforløpet fortløpende, mener flere av informantene at en har et bedre utgangspunkt for raskere å kunne stille de riktige diagnosene og fatte de riktige beslutningene. Dette støttes av studier som viser at reduksjon av legers arbeidstimer er assosiert med økning i forsinket diagnostisering og flere liggedøgn (Laine et. al 1993).

Informantene mener at tap av kontinuitet kan medføre risiko for å overse viktige detaljer. Imidlertid er ikke alle informantene like overbevist om at kontinuiteten som lange vakter gir er ubetinget positivt. Det er de som mener at det å involvere flere leger i pasientens behandlingsforløp, vil føre til en kvalitetssikring ved at aktuelle problemstillinger vurderes av flere. Ellen Deilkås, leder i legeforeningens pasient-sikkerhetsutvalg, uttalte i et intervju i tilknytning til forskningsprosjektet at vakter som grenser til mer ”normale arbeidstider” gjerne vil føre til mindre kontinuitet i pasientbehandlingen. Hun mener det kan gi utslag noen plasser. På samme tid tror hun en får mer uthvilte leger som er mer opplagte til å gjøre jobben grundig.

Det som diskuteres som en konsekvens av kortere vakter, er at dette også kan bli problematisk. Den største bekymringen som studier har avdekket og som tydelig understrekes av flere informanter, er den negative sammenhengen mellom uønskede hendelser og overlappinger. Konsekvensene av kortere arbeidsvakter kan resultere i risikable overlappinger (Ehara, 2005). Flere informanter peker på risikoen og sannsynligheten for uønskede hendelser knyttet til manglende informasjonsoverføring ved overlapping. Informasjonsoverføring hvor ansvaret for en pasient overføres en annen lege er sårbart med tanke på forekomst av uønskede hendelser. På tross av dette, rettes det i praksis alt for liten oppmerksomhet mot

sammenhengen mellom uønskede hendelser og informasjonsoverføring (Wachter, 2008). Wachter (2008) viser til studier hvor pasienter utsettes for uønskede hendelser som følge av mangelfull informasjonsoverføring fra lege til lege. Nettopp derfor er det viktig å ha etablerte systemer og prosedyrer knyttet til overlapping. Dette for å redusere risikoen for at informasjonen slik en assistentlege selv uttaler det ”forsvinner ut i periferien”.

Det er bekymringsfullt å registrere at flere av informantene opplever at systemet og rutinene i forbindelse med dokumentasjon og informasjonsoverføring har svakheter. Hvis praksis og systemet som skal ivareta at informasjon blir nedskrevet og videreformidlet er mangelfullt, er det ikke unaturlig at flere av legene foretrekker lange vakter og færre overlappinger. Når viktig informasjon ikke dokumenteres fortløpende og til enhver tid er tilgjengelig for innsyn, vil leger som overtar stafettpinnen heller ikke kunne ha grunnlag for å fatte de riktige beslutningene: *”Det er dårlig med legenotat på visse avdelinger og du vet ikke hva som skjer og planen videre, da sitter du med ansvar og oppgaver som du ikke har peiling på ”* uttaler en assistentlege. Mangelfull dokumentasjon vil øke sannsynligheten for uønskede hendelser som kan gå på bekostning av pasientene. Dersom pasientjournalen inneholder for få opplysninger, vil den ikke være egnet til å sikre forsvarlig pasientbehandling (”Ot.prp.nr.13 Lov om helsepersonell,” 1998).

Fravær av sekretærer i helgene er også betenkelig. Det fører til at operasjonsbeskrivelser fra operasjoner som utføres fredag ettermiddag og i helgene ikke blir nedskrevet. En assistentlege forteller: *”Det ligger for eksempel operasjonsbeskrivelser fra fredagen, for den som har helgevakt får ikke tilgang for det ligger bare på et bånd nede på eller hvor søren det ligger. Når det ikke er sekretærer blir det ikke skrevet. Da vet du ikke helt hva som har skjedd med pasienten, og det er den dokumentasjonen som en trenger i forhold til vurderinger som gjøres. Det er ikke alt som blir skrevet før over helgen og det blir for dumt rett og slett. All informasjon må være tilgjengelig for den som skal foreta en pasientbehandling”*.

Lange vakter, søvmangel og tretthet

Informantene bekrefter at lange vakter er nødvendig med tanke på dagens bemanning. Lange vakter er på den andre siden betenkelig. Lange vakter kan gå på bekostning av legenes konsentrasjon-og yteevne. Sikkerhetsspørsmål knyttet til sykehuslegers arbeidstid er et resultat av kombinasjonen lange arbeidsperioder, utilstrekkelig søvn og arbeid på døgnet når den biologiske klokken er programmert for søvn og hvile (Lie et. al 2008). Lange arbeidsøkter

er en bekymring i legevitsenskapen og omtales som akilleshælen i den medisinske profesjon (Gaba & Howard, 2002). Det er viktig at en ikke undervurderer problemene knyttet til lange vakter, hvor det sentrale er at forsvarligheten ovenfor pasientene ivaretas.

I studien til Sexton og medarbeidere (2000) ble det blant annet avdekket at kirurger sammenlignet med anestesileger hadde en større tendens til å fornekte at tretthet og søvnunderskudd påvirket deres prestasjons- og yteevne. Dette er ikke tendensen blant flertallet av mine informanter. Det er flere som er tydelige på at de opplever at konsentrasjonen svekkes som følge av lange og travle vakter. Flere antyder at risikoen for uønskede hendelser er større på kveld og natt, som følge av stort arbeidspress og lange vakter med lite søvn. Noen opplever at stort arbeidspress og søvnunderskudd kan gå ut over kvaliteten på pasientbehandlingen. Flere informanter har en klar oppfatning, hvor de eksplisitt sier at det ikke er gunstig å bli operert på nattestid, da det er forbundet med flere komplikasjoner. *”Jeg er på ingen måte i tvil om at pasientene ikke er tjent med å bli operert av dødtrøtte leger kl 05 om morgenen. At en er trøtt på natten og at det virker inn, det er det ingen tvil om. Jeg kjenner jo hver gang jeg opererer på nattestid at her burde jeg ikke være”*, sier en overlege. Dette er i samsvar med en studie som viste at nederlandske pasienter som ble angioplastikk-operert om natten hadde økt risiko for mislykket operasjonsresultat enn de som ble operert på ordinær dagtid (Henriques et. al 2003).

Meretojas forskning viser at ved søvnunderskudd er legens yteevne og evnen til å vurdere svekket, samtidig som det går saktere å trekke konklusjoner. Legen har i slike situasjoner større tilbøyelighet til å ta sjanser og tendensen til å ta snarveier øker (i Andersen, 2006). Meretoja sier at kvaliteten i pasientbehandlingen er mye dårligere om natten. Det er ikke noe som må holdes skjult for pasientene sier han. Evnen til å diagnostisere blir spesielt dårligere på natten (i Hanger, 2007). Forskning innen hukommelse antyder at legers evne til å huske og holde på ny informasjon er svekket ved søvnunderskudd (Williams et. al 1966).

Noen studier har hatt vanskelig for å bevise signifikante sammenhenger mellom søvnunderskudd og klinisk prestasjon (Gaba & Howard, 2002). Det er studier som viser at kirurger arbeider med likestilt reliabilitet i både trett og uthvilt tilstand (Veasey et. al 2002). En av informantene, en erfaren assistentlege, opplever ikke at lange vakter har negativ innvirkning på hans prestasjonsevne og faglige vurderinger. Vedkommende understreker imidlertid at en skal og bør ha ydmykhet for de studiene som er gjort.

Det er stort sett enighet om at konsentrasjonen svekkes som følge av lange vakter, spesielt på natt. På samme tid bekrefter informantuttalelser det flere studier har avdekket, at en i ukjente og akutte situasjoner klarer å kompensere for tretthetsvirkningene. Studier konkluderer med at leger klarer å kompensere for søvntap og tretthetsvirkninger i ukjente krise- og akuttsituasjoner, mens de på den andre siden har større tendens til å feile på mer rutinepregende kjente oppgaver (Samkoff & Jacques, 1991). Kjellberg (1977) argumenterer for at prestasjon ikke utelukkende og alene skyldes søvntap. Prestasjonen vil være betinget av flere forhold, knyttet til oppgave som utføres og motivasjon. Interessante og ukjente oppgaver vil derfor gi mindre eller ingen negativ effekt grunnet søvntap. Det kan indikere at risikoen for uønskede hendelser som følge av svekket konsentrasjonsevne ikke er betydelig. Legene opplever i stor grad at de klarer å kompensere for tretthetsvirkningene når alvoret først er ute, men dette er altså legenes subjektive opplevelser.

Forskning viser at hvilepauser har stor innvirkning på risikoen for uønskede hendelser. Det har vært vanskelig å avdekke en optimal lengde på hvilepausene, men det er dokumentert at de spiller en stor rolle. Hvilepauser er et effektivt middel for å opprettholde konsentrasjon og yteevne, samt å overkomme tretthet (Tucker et. al 1996). Det er påvist at søvn på 30–50 minutter i løpet av natten reduserer antallet feilobservasjoner signifikant fra 18 % til 8 % (Andersen, 2006). Informantene opplever også at muligheten for hvile på nattevaktene spiller en rolle og har betydning for konsentrasjonsevnen. Perioder med søvn og hvile registreres av flere å ha en kompenserende effekt. På grunn av stor arbeidsbelastning er det generelle inntrykket at det i dag ikke er mye rom for hvile. Det understrekes at dette kan variere fra vakt til vakt. Dette fører til at assistentleger og turnusleger som har nattevakt vil kunne gå opptil 17 timer i strekk uten søvn eller hvile.

Nattevaktene starter 16.00 på ettermiddagen og varer frem til 08.30 (09.00) neste morgen. Dette innebærer at legenes vakter på opptil 17 timer er plassert på den tiden av døgnet når risikoen for uønskede hendelser i henhold til litteraturstudien har vist seg å være betydelig størst. Det er allment kjent at nattarbeid i seg selv gir økt risiko for uønskede hendelser. Studier av sykepleiere og av industriarbeidere har avdekket en betydelig økt risiko etter 12 timers sammenhengende arbeid, hvor mange studier da viser en dobling av risiko for uønskede hendelser (Lie et. al 2008; Rogers et. al 2004).

I studien til Folkard og Lambardi (2006) estimerte de risikoen for uønskede hendelser knyttet til forskjellige skiftordninger i industrisektoren. De fant en 18 % økning i relativ risiko for ulykker ved ettermiddagsarbeid og 30 % økning ved nattarbeid. Risikobildet i sykehusvesenet må kunne betraktes på lik linje med disse sektorene. Legene jobber de lengste vaktene i forbindelse med kveld og natt, hvor bemanningen i tillegg er redusert. Til sammenligning er grensen for nattarbeid for langtransportsjåfører og lokførere 8 timer. Dette gjør organiseringen av vaktordningen innen sykehussektoren tankevekkende. Det kan med dekning i flere studiereferanser stilles spørsmålsteget ved om det er forsvarlig at det jobbes vakter på opptil 17 timer i forbindelse med kveld og natt. Forskerne bak rapporten "*Arbeidstid og helse*" (Lie et al., 2008) synes det er paradoksalt at man har mye strengere arbeidstid og krav til hvilepauser for trailersjåfører enn de en har for de som opererer mennesker (Gimmestad, 2009).

Folkard og Lambardi (2006) konkluderer på bakgrunn av sin studie med at det synes å være sikrere å arbeide over en lengre sammenhengende periode med korte skift, i motsetning til en kortere sammenhengende tidsperiode med lengre skift. Det antydes av et fåtall informanter i denne studien at kortere vakter i forbindelse med natt er ønskelig. Det overveiende flertallet deler imidlertid ikke denne oppfatningen. De mener at kortere vakter vil gå på bekostning av kontinuiteten. Noen synes å vektlegge at kontinuiteten har større betydning for pasientenes sikkerhet enn faren for synergieffektene av lange vakter, som knyttes til tretthet og konsentrasjonsvansker. De fleste er skeptiske til å gå over i tredelt skiftordning slik sykepleiere har, og slik skiftorganiseringen praktiseres i andre samfunnssektorer.

Ved intensivavdelingen ved Universitetssykehuset Mas i Malmø har de imidlertid forsøkt å innføre tredelt skift. Her har de positive erfaringer. For å øke bemanningen i helger og på kvelder begynte legene her å arbeide tredelt skift fra 1. januar 2008. Det innebar blant annet at to spesialister var på avdelingen fram til klokka 23 hver dag, i motsetning til før når det bare var en lege fra klokka 17 og fram til neste morgen. Etter å ha gått over til denne ordningen registrerte man at dødeligheten sank blant pasientene. Flere leger ved intensivavdelingen tror at treskiftsordningen var en medvirkende faktor for denne nedgangen. Mortaliteten blant pasientene 30 dager etter utskrivelse fra intensavdelingen lå på 17 prosent i 2007. I 2008, etter at treskiftsordningen var innført, sank denne til 11 prosent. Med den nye organiseringen til tredelt skift fikk de muligheten til å drive intensivbehandling døgnet rundt. Dette i motsetning til tidligere da pasientene ble tvunget til å ligge lengre og vente på behandling, ettersom det

var færre leger tilstede på kveld og helg (Röstlund, 2009). I etterkant er det stilt spørsmålsteget ved tallene som presenteres i forhold til mortalitet, da det rettes kritikk mot datagrunnlaget tallene fra 2007 bygger på. På tross av forbedringene etter innført treskiftsordning mener kritikerne at det kan være flere årsaker som spiller inn og at disse nødvendigvis kan relateres til ny skiftordning utelukkende (Nilsson, 2009).

Landigran og medarbeidere (2004) fant at en reduksjon av legers arbeidstimer ukentlig gav signifikant bedre søvn og reduksjon av oppmerksomhetsfeil spesielt på nattskift. Det må likevel understrekes at leger i USA som studien bygger på har større fleksibilitet i forhold til arbeidstid, og derfor vanskelig kan generaliseres til norske forhold. En interessant studie ville vært å studere effekten i norsk kontekst. Har reduksjon av arbeidstimer knyttet til nattskift noen innvirkning på forekomst av uønskede hendelser? Det betinger at uønskede hendelser rapporteres, noe som synes å være mangelfullt i dag (Aase & Wiig, 2007).

6.2 Dagens praktisering

Arbeidstilsynet gjennomførte i 2005–07 den landsomfattende kampanjen «God vakt» som rettet oppmerksomhet mot arbeidsmiljøsituasjonen i sykehus. Målet var å bedre helseforetakenes systemer for helse, miljø og sikkerhet (Arbeidstilsynet, 2005). I tilstandsrapporten for SUS står det ikke skrevet noe om arbeidstidsbestemmelsene og hvorvidt disse overholdes eller ikke (Arbeidstilsynet, 2008a). Basert på resultatene fra denne studien er det en klar mangel dersom arbeidstidsbestemmelsene ikke har vært vektlagt i tilsynskampanjen. Arbeidstid utgjør en del av det totale arbeidsmiljøet. I tillegg ble det i det aktuelle tidsrommet tilsynskampanjen pågikk, signalisert i media og av legeföreningen at lovbrudd knyttet til brudd på vernebestemmelsene viste seg å være utbredt og bekymringsfullt.

Legeföreningen har som en av få yrkesgrupper i Norge en tariffavtale som gir dem dispensasjon til å avvike fra arbeidsmiljøloven. Det er da viktig å ha en kontrollinstans som ser til at lovverket overholdes. Tilsynsrapporten »God vakt»(Arbeidstilsynet, 2008b) har ikke kommet med anmerkninger knyttet direkte til arbeidstid ved SUS, selv om en med utgangspunkt i informantenes uttalelser ser klare brudd på vernebestemmelsene. Arbeidsgiver er pliktig å sørge for at arbeidstidsbestemmelsene overholdes. Tilsynsmyndighetene har et ansvar for å følge opp og påse at arbeidsforholdene er forsvarlige og signalisere at dette tas på

alvor. En overlege uttaler: *”Det som jeg savner er at disse tilsynene fører til mer potente tilbakemeldinger, hvor de setter krav til arbeidsgiver. Det er ikke mye som har skjedd her”*.

På papiret oppfattes arbeidstidsbestemmelsene som tilfredsstillende i følge flere informanter i denne studien. Resultatene tilsier at det er praktiseringen som synes å være problematisk. Legeforeningen har signalisert at de er svært opptatt av arbeidstid og forsvarlige arbeidsforhold for leger. Spørreundersøkelsen som legeforeningen gjennomførte i 2005 og 2006 viste på samme måte som i denne studien at vernebestemmelsene i liten grad korresponderer med de faktiske arbeidstidsordningene (Legeforeningen, 2007). Resultatene viser at arbeidstidsbestemmelsene i perioder overskrides, og spesielt utsatt er ferieavvikling. Arbeidsukene kan da ofte strekke seg opp mot 70 timer for samtlige. Bemanningssituasjonen synes å være marginal og sårbar, og brukes som gjennomgående argumentasjon for at arbeidstidsbestemmelsene ikke alltid imøtekommes. Resultatene viser i tillegg at sykefraværet blant leger ved seksjonen den senere tiden har vært og er en utfordring. Arbeidssituasjonen oppleves av noen som så slitsom at det går på bekostning av legens egen helse. Når bemanningssituasjonen er marginal, vil det kunne gå på bekostning av en til tider hardt presset personellgruppe. Dette er faktorer som over tid vil kunne resultere i slitasje og utmattelse. En turnuslege sier: *”Når du ser på de vaktene asslegene går, så tenker jeg at jeg aldri har lyst å havne der, for de er jo sykemeldte hele gjengen hele tiden”*. Det har vært avdekket i studier at utvikling av tretthet og slitasje ikke bare er relatert til søvnunderskudd, men også et beskrevet fenomen hos helsepersonell som opplever stor arbeidsbelastning og stort ansvar (Gaba & Howard, 2002).

Resultatene viser at det er assistentlegene som er mest utsatt og opplever et stort ansvar og arbeidspress. Det knyttes til vaktorganiseringen og mange uforutsette vakter som må dekkes. I denne sammenheng etterlyses større initiativ og ivaretagelse fra ledelsens side. Mange beskriver en ledelse som er fraværende og lite bekymret for at det jobbes for mye under stor belastning. Konsekvensene over tid kan føre til utskiftning i personellgruppen. En turnuslege sier: *”Det er veldig mange flinke leger her på kirurgisk divisjon. Hvis en tyner folk med så mye belastning, så rømmer di gjerne fra sykehuset da. Og da får man en utskiftning og det er en jo ikke tjent med, det vil gå ut over pasientene igjen”*. Legene representerer en av organisasjonens viktigste ressurser. Det fremkommer at det er mangel på spesialister og har vært vanskelig å rekruttere leger. Det blir da desto viktigere å klare og beholde den kompetansen og de ressursene en har.

Helse Vest har etter omfattende press fra arbeidstakernes side bevilget fire nye stillingshjemler. Disse er ennå ikke besatt. I følge informantene er planen at en skal gå over til ny turnusordning med dublering av vaktskiktet. Det fører til at en får to assistentleger på vakt på natt i motsetning til en slik det er organisert i dag. Flere andre sykehus i landet praktiserer denne modellen. De fleste tror og håper at dette vil redusere mange av samtidighetskonfliktene. En assistentlege sier: *”Nå ser det lovende ut, det kommer flere. Samtidig så er det folk som skal ut i permisjon, så det gjenstår å se da”*. En sentral utfordring er likevel at en i Norge i utgangspunktet har begrenset kapasitet på legetjenestene. Dette rammer spesielt sentrale områder fordi det er begrensninger på opprettelse av legestillinger nasjonalt. Det synes å være stor mangel på kirurger i Norge, og behovet vil øke i omgang de nærmeste årene.

Flere overleger arbeider ukentlig mye overtid for å komme å jour med arbeidsoppgavene. Denne overtiden registreres ikke, noe som vitner om en form snillisme med rot i lange tradisjoner. For å synliggjøre et reelt bilde av dagens situasjon i forholdt til bruk av overtid, er det en forutsetning at denne dokumenteres. Slik dokumentasjon bør brukes for å synliggjøre behov for flere ressurser. Alle arbeidsgivere er pliktige til å registrere de ansattes arbeidstid og beregne bruken av overtid (Lovdata, 2005).

Sikkerheten knyttet til dagens praktisering

Det er påvist i eksperimentelle studier at menneskets prestasjonsevne etter 24 timers sammenhengende årvåkenhet er tilsvarende en prestasjonsevne med 1 promille alkohol i blodet (Gaba & Howard, 2002). Når overlegene har døgnvakter kan de i prinsippet risikere å gå over 24 timer uten søvn, da de også er beregnet i arbeid påfølgende dag. Tradisjon og praksis har vært at overlegene på tross av lite eller ingen søvn, går på jobb og fullfører sin arbeidsdag med aktiv pasientbehandling. Det henvises til at dette er en praksis som kommer pasienten til gode, da disse dermed slipper utsettelse. Det er likevel tankevekkende at leger kan drive med direkte pasientbehandling under forhold som tilsier at de ikke er i lovlig stand til å kjøre bil. Slik arbeidstidsbestemmelsene praktiseres i dag, risikerer man å bli vurdert og operert av en lege som har vært på jobb og gått uten søvn i over et døgn. Studier har påvist at kirurger opererer saktere og med dårligere presisjon og nøyaktighet etter en nattevakt med lite søvn. 17 timer på vakt med forstyrret nattesøvn viste i en studie signifikant svekkede psykomotoriske ferdigheter hos kirurgene som ble studert (Grantcharov et. al 2001; Taffinder, et. al 1998). Studier har avdekket at legene kan risikere å stå i større fare for å ta

feilbeslutninger grunnet svekket dømmekraft etter søvnmangel (Gaba & Howard, 2002). Det bør dermed diskuteres innad i sykehussektoren og hos myndighetene hvorvidt en slik praksis kan forsvares ut fra hensyn til pasientene. En overlege uttaler: *"Vi sier jo av og til i spøk til hverandre at ville du gått til tannlegen til en som hadde vært oppe hele natten - Vi ville jo ikke det"*.

Det er få studier som har kartlagt effekten og frekvensen av uønskede hendelser i ferie, sammenlignet med resten av året. Arbeidstidsbestemmelsene overskrides ofte i forbindelse med ferie. Assistentlegene kan risikere å gå av og på nattevakt kontinuerlig, gjennom store deler av sommeren for å dekke vaktene. Flere påfølgende nattevakter er avdekket som en risikofaktor av Folkard og Tucker (2003) i sin studie av industrielle skiftarbeidere. Hvis en bruker første nattevakt som referanse, ble det funnet en økning i risiko for uønskede hendelser på 6 % under den andre, 17 % under tredje, og 36 % risiko under fjerde påfølgende nattevakt. Vaktorganiseringen i ferier slik den praktiseres i case-studien er på bakgrunn av disse forskningsresultatene forbundet med risiko.

6.3 Arbeidstidsbestemmelsenes kontekst

Det er viktig å kartlegge arbeidsforhold som kan forsterke eller redusere effekter av arbeidstidsordningene (Rosenthal & Sutcliffe, 2002). Resultatene fra denne studien viser at verken pasient eller lege er tjent med dagens arbeidstidsordning så lenge arbeidsmengden er så omfattende som den er. Arbeid med stor belastning vil også gå på bekostning av kontinuiteten i pasientbehandlingen. En assistentlege sier: *"Hvis vaktene er for travle, så er det ikke sikkert gevinsten med lange vakter knyttet til kontinuitet er så veldig stor. Du får kanskje ikke tid uansett til å kjenne på den magen liksom og følge opp pasientene"*.

Det fremkommer tydelig i denne studien at oppgaver og ressurser ikke står i forhold til hverandre. Dagens bemanning sies å være opphavet til dette misforholdet, noe som i neste omgang fører til samtidighetskonflikter. Samtidighetskonfliktene gir opphav til tidspress og stress, som igjen går på bekostning av kvaliteten på pasientbehandlingen. Samtidighetskonflikter oppleves i større grad enn arbeidstidsbestemmelsene i seg selv å øke sannsynligheten for uønskede hendelser. Studier har avdekket en moderat til sterk

sammenheng mellom stress, stor arbeidsbelastning og risikoen for feilbehandlinger hos leger (Rosenthal & Sutcliffe, 2002).

Resultatene viser videre at informanten opplever det som uforsvarlig å ha en assistentlege og en turnuslege på nattevakt med eneansvaret for den aktive kirurgiske beredskapen på huset. På bakgrunn av et landsomfattende tilsyn Helsetilsynet gjennomførte i 2007 ved flere akuttmottak ved landets sykehus, uttales følgende: *"Konsekvensene av for lite personalet eller for lav kompetanse kan bli at undersøkelse og diagnostisering kan være mangelfulle, at de involverte mister oversikten eller gjør feilaktige medisinske vurderinger"* (Helsetilsynet, 2008:26). Per Meinich, leder i Yngre legers forening, mener norske sykehus har en vaktorganisering som setter pasientsikkerheten på prøve (Rosbach, 2007).

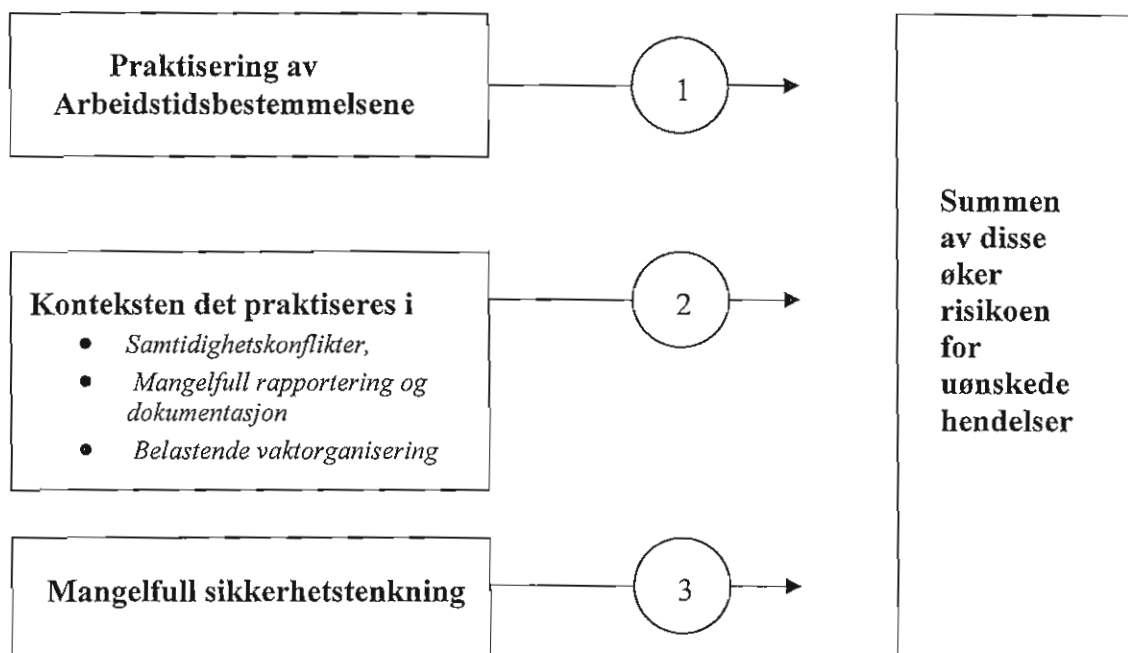
Fokus på sikkerhetsarbeid synes ikke å være en prioritert oppgave ved kirurgisk seksjon. Uttalelsene tilsier det i liten grad arbeides aktivt med å kartlegge og forebygge at uønskede hendelser skal inntreffe. En turnuslege sier: *"Hvis det hadde vært arbeidet aktivt med det, så hadde jeg vel sett og hørt noe til det, og det har jeg ikke på de sengepostene jeg har vært på her på huset"*. Mye virker overlatt til tilfeldighetene.

"Det slår meg jo nå. Det har aldri vært snakket om dette med risiko og pasientsikkerhet"
(turnuslege)

Geir Sverre Braut i Statens helsetilsyn uttrykker også bekymring på generell basis. Han sier til Dagens medisin at det er den sikkerhetsmessige helheten som glipper og at mangel på kompetanse er en forklaring (i Nilsen, 2004a). Mange andre risikosektorer har satset mer på sikkerhet enn hva som er tilfellet i helsevesenet. Forebygging nytter men krever innsats (Hjort, 2007).

6.4 Det "totale risikobildet"

Denne case-studien har gitt innblikk i arbeidstidsbestemmelsenes kompleksitet, og har avdekket en rekke faktorer som arbeidsbestemmelsene må diskuteres i lys av når risiko for uønskede hendelser skal vurderes. Det sentrale er å studere den konteksten arbeidstidsbestemmelsene utøves i, hvor ulike faktorer gjensidig kan forsterke og påvirke hverandre.



Figur 6.4: Risikobildet knyttet til leger arbeidstidsbestemmelser (Basert på Reason, 1997: 120)

Risikobildet knyttet til leges arbeidstidsbestemmelser må altså ses i lys av et samspill mellom organisatoriske og menneskelige faktorer. Figuren 6.1 illustrerer det totale risikobildet som er avdekket i denne case-studien. Arbeidstid er dermed en av flere faktorer hvor legens prestasjons- og ferdighetsutførelse også vil være betinget av flere kontekstuelle faktorer eksempelvis søvnunderskudd, tretthet, tid på døgnet, arbeidserfaring, arbeidsoppgaver og arbeidsmengde (Weinger & Ancoli, 2002).

For det første utgjør praktiseringen av arbeidstidsbestemmelsene en sannsynlig risiko for uønskede hendelser. Denne antagelsen støttes av litteraturstudien. Lange nattevakter, praktisering av ferieavvikling og overlegens praksis i forbindelse med arbeid påfølgende dag etter vakt med lite søvn, er dokumentert å øke sannsynligheten for uønskede hendelser (Folkard & Tucker, 2003; Gaba & Howard, 2002; Grantcharov et. al 2001; Lie et. al 2008).

Dårlig samsvar mellom oppgaver og ressurser fører til stor arbeidsbelastning og samtidighetskonflikter. Dette fører til stort arbeidspress og disponerer for stress. Stor arbeidsbelastning i tillegg til lange vakter fører til økt risiko for uønskede hendelser. Disse forholdene vil negativt forsterke hverandre og kan resultere i tretthet og slitasje som kan gå på bekostning av legens konsentrasjons- og yteevne. Mangelfull dokumentasjon og rapportering

utgjør en annen risikofaktor som øker sannsynligheten for at uønskede hendelser kan inntreffe. Mangelfullt sikkerhetsarbeid utgjør alene en risiko både for lege og pasient.

7.0 Konklusjon

Formålet med denne masteroppgaven har vært å utvikle et kunnskapsgrunnlag for risikovurdering knyttet til forholdet mellom legers arbeidstid og pasientsikkerhet. Oppgaven har hatt som hensikt å identifisere og angi problemer og utfordringer med et eksplorerende utgangspunkt. Følgende problemstilling søkes utvidet og besvart:

”Påvirker sykehuslegers arbeidstidsbestemmelser pasientsikkerheten?”

Ja, dagens praktisering av arbeidstidsbestemmelsene og lange nattevakter uten søvn øker sannsynligheten for uønskede hendelser som kan gå på bekostning av pasientsikkerheten.

På bakgrunn av case-studien og litteraturen som foreligger har følgende problemområder og utfordringer med tanke på arbeidstid og risiko blitt identifisert.

Problemområdene som er identifisert

- Casestudien avdekker at praktiseringen av arbeidstidsbestemmelsene ikke alltid korresponderer med de føringer som er lagt i lov-og avtaleverket. Dette samsvarer med en nasjonal kartlegging som Legeforeningen har utført (Legeforeningen, 2007).
- I forbindelse med ferieavvikling overskrides arbeidstidsbestemmelsene i stor grad
- Lange nattevakter utgjør en økt risiko for uønskede hendelser (Lie et. al 2008)
- Manglende overtidsregistrering spesielt hos overlegene

Med støtte fra forskningslitteraturen kan man si at brudd på arbeidstidsbestemmelsene øker sannsynligheten for uønskede hendelser. Dette kan utgjøre en risiko for pasientene.

Utfordringene som er identifisert

- Utfordringer knyttet til marginal bemanning og sykefravær er årsakene til at arbeidstidsbestemmelsene ikke overholdes.
- Marginal bemanning vil gå på bekostning av en hardt presset personellgruppe. Sykefravær kan bli et resultat som forsterker situasjonen.

- Stor mangel på kirurger generelt i Norge, med en politikk som begrenser opprettelse av nye legestillinger.
- Kirurgene arbeider under stor arbeidsbelastning hvor flere funksjoner skal ivaretas samtidig. Samtidighetskonflikter medfører tidspress som øker sannsynligheten for stress. Stress, blir ofte oversett som en viktig årsak til at leger gjør medisinske feil (Rosenthal & Sutcliffe, 2002).
- Svakheter ved dagens rapporterings-og dokumentasjonssystem er en risikofaktor i seg selv.
- Større fokus på forebyggende og helhetlig sikkerhetstenkning er nødvendig
- Behov for en sterkere tilsynsmyndighet

Case-studien tydeliggjør arbeidstidsbestemmelsenes fordeler og ulemper, som er fremstilt ved Janus-ansikt i fig 6.1, der ulike hensyn må veies opp mot hverandre. Et sentralt spørsmål en må stille er hvilke konsekvenser strengere arbeidstidsbestemmelser på den andre siden kan medføre. Spørsmålet dreier seg gjerne ikke om at leger som er trette gjør flere feil, men hvorvidt feil på grunn av pasientoverføringer, med store utfordringer knyttet til informasjonsoverføring vil overgå antall feil som relateres til tretthet og søvnunderskudd (Wachter, 2008).

Praktiske implikasjoner

Ledelsen ved kirurgisk seksjon og de ansatte oppfordres til:

- Redusere risikoforholdene som er avdekket i denne case-studien, deriblant:
 - Redusere nattevaktene til 12 timer for assistentleger og turnusleger.
 - Foreta en risikovurdering av overlegenes praksis, med tanke på arbeid påfølgende dag etter et vakt døgn med lite søvn. Det bør diskuteres om en kan forsvare en slik praksis ut fra hensynet til pasientene.
 - Gjennomgå rutiner og praksis for dokumentasjon og rapportering og iverksette tiltak for forbedring
 - Rapportering av uønskede hendelser må i større grad prioriteres
 - En må kartlegge årsakene til sykefraværet og igangsette tiltak.
- Satse mer på helhetlig og systematisk Helse-miljø og sikkerhetsarbeid, hvor ansatte blir delaktige og inkludert.

Forslag til videre forskning

I og med at det nå er bevilget fire nye stillingshjemler til kirurgisk seksjon, hadde det vært interessant å gjennomført en oppfølgingsstudie om 1-2 år. Dette for å se hvilken effekt økt bemanning har, både med tanke på praktiseringen av arbeidstidsbestemmelsene, og i forhold til noen av de organisatoriske utfordringene som i denne case-studien har blitt identifisert.

Det kunne også vært interessant og sammenlignet forekomst av uønskede hendelser på nattevakt ved to sykehusavdelinger, hvor legene ved den ene avdelingen arbeidet ordinær nattevakt på 16 (17) timer, mens legene ved den andre avdelingen arbeidet etter en intervensjonsordning med reduserte antall arbeidstimer på 12 timer. Gjennom en slik intervensjonsstudie kan en avdekke om en reduksjon av arbeidstimer på natt, reduserer sannsynligheten for uønskede hendelser.

Avsluttende ord

Det er menneskelig å feile. Det må vi til en viss grad akseptere. Men det som i mindre grad kan aksepteres er legenes arbeidsforhold, som i stor grad synes å øke sannsynligheten for uønskede hendelser og skape situasjoner som kan utgjøre en risiko for pasientene. Det er slike forhold som helt klart må vektlegges i det sikkerhetsforebyggende arbeidet. Som James Reason (1997: 223) ville sagt det:

"You cant` t change the human condition, but you can change the condition under whitch people work"

8.0 Referanseliste

- Aase, K., & Wiig, S. (2007). Fallible humans in infallible systems? Learning from errors in health care. *Safety Science Monitor*, 11(3).
- Aase, K., Wiig, S., & Høyland, S. (2008). Safety first!? Organizational efficiency trends and their influence on safety. Crete: Internasjonal Conferense: Working on Safety.
- Aasland, O. G. (2008). *Konsekvenser av arbeidstid*: Legeforeningens forskningsinstitutto. Document Number)
- Andersen, E. J. (2006). Helseeffekter av lange arbeidsskift og nattarbeid [Electronic Version], from http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1417289
- Andersen, E. J. (2007). Yngre leger bekymret for press på arbeidstid [Electronic Version], from http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1546823
- Arbeidstilsynet. (2005). *God vakt*. Stavanger: Arbeidstilsynet. Document Number
- Arbeidstilsynet. (2008a). *Tilsynsrapport- God vakt. Stavanger Universitetssykehus*. Stavanger: Arbeidstilsynet. Document Number)
- Arbeidstilsynet. (2008b). Tilsynsrapport - Varsel om pålegg - God vakt! , from <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download.php?tid=51815>
- Askeland, R. O. (2009, 11.06). Ikke bli syk i helgene - eller i sommer. *Stavanger Aftenblad*,
- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K. H., & Sandve, K. (2004). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjørkum, A. A., Pallesen, S., Holsten, F., & Bjorvatn, B. (2004). Skiftarbeid og ulykker - relevans for offshoreindustrien. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 124.
- Braaten, K. E. (2009). Viktig om legers arbeidstid [Electronic Version], from http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1803670
- Browne, B. J., Susteren, V. T., Onsager, D. R., Simpson, D., Salaymeh, B., & Condon, R. (1994). Influence of sleep deprivation on learning among surgical house staff and medical students. *Surgery*, 115.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ehara, A. (2008). Are long physician working hours harmful to patient safety? *Pediatrics International*, 50, 175-178.
- Folkard, S., & Lombardi, D. A. (2006). Modeling the impact of the components of long work hours on injuries and "accidents". *American Journal of Industrial Medicine*, 49, 953-963.

- Folkard, S., & Tucker, P. (2003). Shift work, safety and productivity. *Occupational Medicine*, 53(2), 95-101.
- Freidman, R., Bigger, J., & Kornfield, D. (1971). The intern and sleep loss. *Journal of Medicine*, 285, 201-203.
- Gaba, D. M., & Howard, S. K. (2002). Fatigue among clinicians and the safety of patients. *The New England Journal of Medicine*, 347(16), 1249-1255.
- Gander, P., Merry, A., Millar, M. M., & Wellers, J. (2000). Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand Anaesthetists. *Anaesthesia Intensive Care*, 28.
- Gimmetad, J. (2009, 14.01.09). Farlig å jobbe for lenge. *Stavanger Aftenblad*.
- Grantcharov, T., Bardram, L., Funch, P., & Rosenberg. (2001). Laparoscopic performance after one night on call in a surgical department: prospective study. *British Medical Journal (BMJ)* 323.
- Guldvik, I. (2002). Troverdighet på prøve. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 1.
- Hanger, M. (2007). Nattarbeid skadelig for pasientene [Electronic Version], from <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2007/04/26/nattarbeid-skadelig-for-pa/index.xml>
- Harrison, M. I., Henriksen, K., & Huges, R. G. (2007). Improving health care work environment: A sociotechnical systems approach. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(11), 3-7.
- Helsetilsynet. (2008). "Mens vi venter" - forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oslo: Helsetilsynet. Document Number)
- Henriques, J. P. S., Haasdijk, A. P., & Zijlstra, F. (2003). Outcome of primary angioplasty for acute myocardial infarction during routine duty hours versus during off-hours. *Journal of the American College of Cardiology*, 41(12), 2138-2142.
- Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten - en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser* (2 utgave ed.). Kristiansand: Høgskoleforlaget AS.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human. Building a safer health system*. Washington: National Academi Press.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju* Oslo: Gyldendal.
- Kvavik, B. O. (2007a). Arbeidstid for leger [Electronic Version], from http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1572689
- Kvavik, B. O. (2007b). Arbeidstid for leger. *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 16.

- Kwan, R. (2005). *A primer on Resident Work Hours: American Medical Student Association*. Document Number)
- Laine, C., Goldman, L., Soukup, J., & Hayes, J. (1993). The impact of a regulation restricting medical house staff working hours on the quality of patient care. *JAMA*, 269.
- Landigran, C. P., Rothschild, J. M., Cronin, J. W., & Kaushal, R. (2004). Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *The New England Journal of Medicine*, 351(18), 1838-1848.
- Legeforeningen, D. N. (2007). Arbeidstid for leger. from <http://www.nevrologi.no/id/114655.2>
- Legeforeningen, D. N. (2008). Overenskomst mellom den Norske Legeforeningen og Helse Stavanger. from http://www.legeforeningen.no/asset/39356/1/39356_1.pdf
- Leonard, C., Fanning, N., Attwood, J., & Buckley, M. (1998). The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental wellbeing on pre-registration house officers. *Irish Journal Of Medical Science*, 167.
- Lie, J. A. S., Gulliksen, E., Pettersen, R. B., Skogstad, M., Tynes, T., & Wagstaff, A. S. (2008). *Arbeidstid og helse. Et systematisk litteraturstudie*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutto. Document Number)
- Lovdata. (1996). Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften). Retrieved 15.06.2009, from <http://www.lovdata.no/cgi-wif/ldles?doc=/sf/sf/sf-19961206-1127.html>
- Lovdata. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.(arbeidsmiljøloven). from <http://www.lovdata.no/all/nl-20050617-062.html>
- Mogensen, T., & Pedersen, L. (2003). *kap 1 Patientsikkerhed - hvorfor nu det? I: Patientsikkerhed: fra sanktion til læring*. København: Munksgaard.
- Nettavisen.(2007). Farlig lange legevakter, from:
<http://www.nettavisen.no/innenriks/article996084.ece>
- Nilsen, L. (2004a). Arbeidstilsynet vil føre tilsyn ved tre av fire sykehus [Electronic Version], from:<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2004/12/16/arbeidstilsynet-vil-f-re-ti/index.xml>
- Nilsen, L.(2004b).Uforsvarlig lange vakter [Electronic Version], from <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2004/10/22/uforsvarlig-lange-vakter/index.xml>
- Nilsson, J. (2009). Felaktiga siffror låg bakom slutsatser om dödelighet. *Dagens Medicin* from <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2009/06/03/felaktiga-siffror-bakom-sl/index.xml>
- Ot.prp.nr.13 Lov om helsepersonell [Electronic. (1998). Version], from <http://www.behandler.no/helsepersonell.php#39>

- Philibert, I. (2005). Sleep loss and performance in residents and nonphysicians: a meta-analytic examination. *Sleep*, 28, 1392-1402.
- Rasmussen, J., & Svedung, I. (2000). *Proactive Risk Management in a Dynamic Society*. Borås: Sjuharadsbygdens Tryckeri.
- Reason, J. (1997). *Managing the Risk of Organizational Accidents*. England: Ashgate Publishing Limited.
- Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23.
- Rosbach, M. (2007). Farlig lange legevakter. from <http://arkiv.nettavisen.no/Nyhet/231894/Farlig+lange+legevakter.html>
- Rosenthal, M., & Sutcliffe, K. (2002). *Medical Error: What do we know? What do we do?* San Francisco: Jossey- Bass.
- Röstlund, L. (2009). Färre dör när läkerer går skift. *Dagens Medicin* from <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2009/05/27/farre-dog-da-treskift-info/index.xml>
- Samkoff, J., & Jacques, C. (1991). A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents performance. *Academic Medicine*, 66.
- Sexton, B. J., Thomas, E. J., & Helmreich, R. L. (2000). Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *British Medical Journal*, 320.
- STAMI. (2008). *Arbeidstid og helse. Et systematisk litteraturstudie*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutto. Document Number)
- Stavanger, H. (2008). Kirurgisk- Ortopedisk Klinikk. from http://www.helse-stavanger.no/templates/page___419.aspx
- Stavanger, H. (2009). Om Helse Stavanger. from http://www.helse-stavanger.no/templates/page___32.aspx
- Sundbye, B. (2009). Legen sovnet frem ganger. from <http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=557951>
- Taffinder, N., McManus, I., Gul, Y., Russel, R., & Darzi, A. (1998). Effect of sleep deprivation on surgeons`dexterity on laparoscopy simulator. *Lancet*, 352.
- Tucker, P., Barton, J., & Folkard, S. (1996). Comparison of eight and 12 hour shifts:impacts on health, wellbeing, and alertness during shift. *Occupational and Environmental Medicine*, 53.
- Veasey, S., Rosen, R., Barzansky, B., Rosen, I., & Owens, J. (2002). Sleep loss and fatigue in Residency Training. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 288.
- Vincent, C. (2003). Understanding and responding to adverse events. *The New England Journal of Medicine*, 348(11), 1051-1056.

- Wachter, R. M. (2008). *Understanding patient safety*. USA: Mc Graw Hill Medical.
- Weinger, M., & Ancoli, S. (2002). Sleep deprivation and clinical performance. *The Journal of the American Medical Association*.
- Wikipedia. (2009a). Assistentlege. from <http://no.wikipedia.org/wiki/Assistentlege>
- Wikipedia. (2009b). Overlege. from <http://no.wikipedia.org/wiki/Overlege>
- Wikipedia. (2009c). Turnuslege. from <http://no.wikipedia.org/wiki/Turnustjeneste>
- Williams, H. L., Giesecking, C. F., & Lubin, A. (1966). Some effects of sleep loss on memory. *Perceptual and Motor skills*, 23, 1287-1293.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research Design and methods* (Third edition ed.). London: Sage publications.



Invitasjon til individuelle intervju

Bakgrunn

Mitt navn er Kristin Alstveit Laugaland og jeg arbeider dette semesteret med masteravhandlingen i **Endringsledelse ved Universitetet i Stavanger (UiS)**. Jeg har helsefaglig bakgrunn som sykepleier, og har gjennom egen arbeidserfaring fattet stor interesse og engasjement for helsepersonells arbeidspraksis og pasientsikkerhet.

Hensikt og formål

Hensikten med denne studien er å utvikle et grunnlag for risikovurdering knyttet til *forholdet mellom legers arbeidstid og sikker pasientbehandling*. Jeg ønsker å sette fokus på sykehuslegers praktisering av arbeidstidsbestemmelsene og se på disse i lys ulike arbeidsmiljøfaktorer (arbeidskrav, tidspress, samarbeid, støtte, prioritering, samtidighetsproblematikk ect). I denne studien vil altså pasientsikkerhet bli satt i relasjon til sykehuslegers arbeidsmiljø og arbeidstid og jeg jobber ut fra følgende problemstilling:

Påvirker sykehuslegers arbeidstidsbestemmelser pasientsikkerheten?

Dette brevet er en invitasjon til å delta i intervju, hvor du vil kunne besvare spørsmål som er relevante for å belyse problemstillingen. Intervjuene vil gjennomføres i henhold til en fast intervjuguide med ulike temaer knyttet til problemstillingen. Intervjuene vil ha en varighet på ca 1 – 1 ½ time, og det vil bli benyttet båndopptaker. All informasjon som kommer frem vil bli behandlet konfidensielt og transkriberte intervjuer og filer vil bli slettet etter bruk. Det er frivillig å delta og en har full mulighet til å trekke seg underveis om det skulle være ønskelig. Nærmere avtale om tid og sted avtales per tlf/mail.

Hvorfor delta og hva kan dere bidra med?

Nye modeller og arbeidsformer for drift og organisering av sykehus må bygge på en bredest mulig innsikt i sammenhengen mellom arbeidstid, arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Mye av litteraturen innen legers arbeidstid, bygger på empiri fra internasjonal forskning. Det finnes lite forskning knyttet til norske forhold. Dere sitter på unik innsikt og erfaring som kan bidra til å utvikle ny kunnskap om forhold som vil ha stor betydning for forebyggende arbeid innen pasientsikkerhet.

Vell møtt til intervju©

Med vennlig hilsen

Kristin Alstveit Laugaland

Dersom du skulle ha spørsmål eller lurer på noe ta gjerne kontakt

Kristin Alstveit Laugaland

kristinlaug@hotmail.com

Tlf 98486261

Karina Aase (veileder UiS)

karina.aase@uis.no

Tlf 51831534



Intervjuguide

Innlede med prosjektets formål og problemstilling

(masteroppgave + prosjekt Statens Helsetilsyn)

Alder:

Kjønn:

Stilling:

Arbeidserfaring:

Stillingsforhold:

Personlig motivasjon for å jobbe som lege:

Karriereplaner fremover:

Bijobb, vakter utenom ordinær turnus (eks. legevaktstjeneste):

Tema: Arbeidstidsbestemmelser

Intro: Leger er i særstilling når det gjelder arbeidstidsbestemmelser, hvor legeforeningen på enkelte punkter har avtalt unntak fra arbeidsmiljølovens bestemmelser knyttet til arbeidstid. Leger jobber 19 timer i strekk med 60 timers uker. I en undersøkelse legeforeningen har gjennomført ved landets sykehus, oppgir 57 av 90 tillitsvalgte leger at også disse arbeidstidsbestemmelsene brytes, hvor det i 90 % av tilfellene forekommer i fast ordning. Media har den senere tiden også satt søkelys på legers arbeidstid, da ofte med en negativ vinkling, hvor det hevdes at vaktordningene ved norske sykehus truer sikkerheten for pasientene. Det foreligger per dags dato ikke signifikante empiriske holdepunkter for en slik påstand. Men et fåtall internasjonale studier gir implikasjoner for at legers arbeidstid kan settes i sammenheng med pasientenes sikkerhet.

- 1) Hvor mye jobber du i gjennomsnitt ukentlig
- 2) Er du tilfreds med din nåværende turnus, også med tanke på arbeidstidens lengde?
 - a) evt hvorfor/hvorfor ikke
- 3) Arbeider du mye overtid (def som det arbeid som ikke fremgår av den avtalte tjenesteplanen)
- 4) Hvordan vil du definere en lang vakt
- 5) Har du kjennskap til dagens arbeidstidsbestemmelser, deriblant vernebestemmelsene i A2 avtalen? Kan du gjengi hovedinnholdet?
- 6) Har du kjennskap til om det er avtalt egne bestemmelser lokalt på SUS?
- 7) Overholdes disse (verne)bestemmelsene?
 - a) I tilfelle avvik, hvilke avvik foreligger?

- 8) Er leger tjent med å ha dispensasjon fra arbeidsmiljøloven med tanke på arbeidstidens lengde?
- 9) Er pasientene tjent med at leger har dispensasjon fra arbeidsmiljøloven med tanke på arbeidstidens lengde?
- 10) Gitt dagens legebemanning, tror du det er mulig å etterleve (verne, de lokale)bestemmelsene fullt ut?
- 11) Har du opplevd press fra arbeidsgiver om å fravike (verne)arbeidstidsbestemmelsene?
- 12) Europa - Parlamentet fattet rett før nyttår vedtak hvor en anbefaler endringer i dagens arbeidstidsdirektive. Vedtaket innebærer at unntak fra en arbeidsuke på maks 48 timer, skal fases ut i løpet av en tre års periode, samt at all tid som tilbringes på arbeidsplassen skal regnes som arbeidstid. Vedtaket er ikke endelig og ennå ikke vedtatt av Europa Rådet
- a) Har du kjennskap til EUs forslag om nytt arbeidstidsdirektiv
 - b) Evt hvilke tanker har du om dette, negative vs positive konsekvenser for pasientbehandlingen
- 13) Hva blir konsekvensen for deg personlig dersom vedtaket godkjennes (maks 48 timers uke)?
- 14) Andre yrkesgrupper som jobber i høyrisikoindustrier med stort ansvar (piloter, lastebilsjåfører, togførere) har strengere arbeidstidsbestemmelser enn leger. Hvilke tanker har du om dette?

Tema: Uønskede hendelser og sikker pasientbehandling

Intro: Sykehusene er store og komplekse institusjoner hvor det er et stort potensial for at uønskede hendelser kan forekomme. Kompliserte og sammensatte behandlingstilbud øker krav til kunnskap og presisjon for utøvende helsepersonell. Uønskede hendelser kan skyldes både *systemforhold* og *individuelle forhold*. En uønsket hendelse er et samlebegrep for feil, avvik, utilsiktede eller uheldige hendelser. Vi bruker følgende definisjon: "*En utilsiktet skade eller komplikasjon, som er forårsaket av behandling eller pleie og ikke av pasientens sykdom. En uønsket hendelse resulterer i invaliditet, død eller forlenget sykehusopphold eller funksjonsreduksjon på utskrivelsestidspunktet. Uønskede hendelser dekker både feil og komplikasjoner*" (Mogensen & Pedersen, 2003).

- 15) Kan du med egne ord beskrive hvordan du forstår/ opplever "sikker pasientbehandling"? Hva innebærer det?
- 16) Hvordan vil du med egne ord definere uønskede hendelser i din avdeling?
- 17) Vil du si det er noen typiske hendelser som går igjen? Hvilke og hvorfor?
- 18) I hvilke situasjoner opplever du at det er størst fare for å begå uønskede hendelser? (for eksempel sent i arbeidsøkten, på natten, ved underbemanning, overbelegg ect)
- 19) Har du selv opplevd å gjøre uønskede hendelser? Og reflektert over hvorfor dette skjedde?
- 21) Har du rapportert uønskede hendelser i Synergi?, og ser du nytteeffekten av det?
- 22) Benyttes ROS analyser i det forebyggende sikkerhetsarbeidet (forklare ROS)?

- 23) Det arbeides aktivt med å kartlegge og forebygge at uønskede hendelser skal inntreffe på din avdeling? Enig/uenig
- 24) Foretas risikovurderinger etter alvorlige uønskede hendelser? (forklare risikovurdering)
- 25) Er den generelle innstillingen og praksis i enheten slik at deres oppfordres til å komme med observasjoner, forslag eller advarsler om risikofylte situasjoner?
- 26) Er det lett å si fra om faglig utilfredsstillende forhold? (forklare faglig utilfredsstillende)
- 27) Er det i ditt fagmiljø aksept for og lett å snakke om uønskede hendelser?
- 28) Er du som lege redd for hva medarbeiderne dine vil tenke om deg?/betydning for ryktet ditt som lege?
- 29)Føler du listen ligger høyt for å erkjenne uønskede hendelser?

Tema: Arbeidstidens konsekvenser og årsaker til uønskede hendelser

- 30) Ser du noen sammenheng mellom dagens arbeidstidsbestemmelser og uønskede hendelser? Hvordan? Eksempler?

Intro: Endringer av arbeidstidsordninger for underordnede leger i USA har vært gjenstand for mange av studiene som ser på sammenhengen mellom lange arbeidsøkter i relasjon til pasientsikkerhet, dels ut fra hypoteser om at manglende kontinuitet ved redusert arbeidstid vil påvirke pasientbehandlingen negativt. Det argumenteres at lange vakter er et nødvendig onde, da kortere vakter vil resultere i mer "handoffs"/overlappinger, som igjen kan være en risikofaktor for pasientene.

- 31) Hva mener du om dette?
- 32) Tror du at kortere vakter vil gå på bekostning av kontinuiteten i pasientbehandlingen?
- 33) Er det etablert gode rutiner og systemer som tilrettelegger for tilstrekkelig informasjonsoverføring ifm pasientoverføringer? (ute etter om det er gode rutiner på overlappinger)

Forskning viser en relativt veldokumentert sammenheng og gradvis redusert funksjon etter lange arbeidsøkter. Det har imidlertid vært vanskeligere å dokumentere at legers kliniske prestasjon og yteevne reduseres som følge av lange vakter.

- 34)Har du opplevd/oplever du at lange vakter får/har betydning for prestasjonsevnen din?(knyttet til konsentrasjon/yteevne og farlige vurderinger)Gjerne kom med eksempler fra praksis
- 35) Er det mulig å få tilstrekkelig med søvn og hvile i den eksisterende turnus, gitt den belastningen som er på vaktene? (Regelmessige pauser, krav til fritid og hvile, naps på nattevakter)?
- 36) Føler du deg ofte trett og uopplagt på jobb?
- 37) Har du vært plaget med søvnmangel som følge av din turnus og arbeidstidsbestemmelser?

Tema: Det organisatoriske arbeidsmiljøet

Intro: Arbeidstid og skift/vaktarbeid bør ikke studeres isolert. Man må også se på de rammebetingelsene som styrer og innvirker på arbeidstidsbestemmelsenes utøvelse. Forhold ved det organisatoriske og det psykososiale arbeidsmiljøet vil være viktige faktorer. Med de organisatoriske forhold menes de ytre rammebetingelsene for arbeidshverdagen, slik som arbeidsplassering i døgnet, arbeidstidens lengde, stabilitet og forutsigbarhet i arbeidet knyttet til organisering og bemanning. I forhold til det psykososiale arbeidsmiljøet, er hensikten å kartlegge forhold som kan virke belastende for den enkelte lege, knyttet til arbeidstempo, arbeidsoppgaver, mulighet til å påvirke beslutninger og sosiale relasjoner, støtte og kollegasamarbeid.

- 38) Hvordan opplever du din daglige arbeidsbelastning? Står oppgaver og ressurser i forhold til hverandre? Gi eksempler dersom høy belastning (før – nå)
- 39) Opplever du miljømessige stressfaktorer i din arbeidshverdag (forklar miljømessig stress)?
- a) Hvis ja beskriv hva som er årsaken til stressfaktorene og mener du disse kan medvirke til at det skjer uønskede hendelser?
 - b) Hvordan virker stress inn med tanke på uønskede hendelser?
- 40) Har nye krav om for eksempel effektivitet gitt endrede prioriteringer med hensyn til sikker pasientbehandling? Kan du gi noen eksempler?
- 41) Har det skjedd endringer i bemanningssituasjonen i din avdeling den senere tid? Kan du gi eksempler for hva det har gjort med din arbeidssituasjon?
- 42) Føler du at det til enhver tid er en tilstrekkelig og korrekt sammensatt personellgruppe til å håndtere arbeidsbelastningen?
- 43) Opplever du at det til en hver tid er tilstrekkelig bemanning? I tilfellet nei, hvilke situasjoner, tid på døgnet opplever du det ect
- 44) Kan det til tider være konflikt mellom føringer fra ledelsen og det du mener er riktig i forhold til sikker pasientbehandling
- 45) Hvordan opplever du at prioriteringene er i forholdet mellom sikkerhet og økonomi
- 46) Hvordan er terskelen for å kontakte bakvakt? (På kveld og nattestid)
- 47) Opplever du tidspress som du mener kan gå utover pasientbehandlingen?
- 48) Opplever du det vanskelig å si ifra når du er sliten?

Medias fremstilling har ofte stor påvirkningskraft i forhold til allmennhetenes meningsdannelse. Det har vært flere saker i media den senere tiden som beskriver arbeidsforhold som er på grensen for det uforsvarlige.

- 49) Basert på egne erfaringer synes du fremstillingen i media beskriver en reell virkelighet??

Til slutt: Er det andre ting du vil trekke frem som du mener er av betydning for problemstillingen?