

Arbejdsmiljø i akutafdelingen



*Et bæredygtigt arbejdsmiljø
- en forudsætning for patientsikkerheden i akutafdelingen*

Referat fra: Første arbejdsmiljø- symposium for læger i akutmedicin

- med deltagelse fra Yngre Læger

29. OKTOBER 2022

ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL

INDHOLDSFORTEGNELSE

OPLÆG TIL DAGEN:	Side 2
MÅLSÆTNING:	Side 3
REFERAT FRA DAGEN:	Side 4
NÆSTE SKRIDT:	Side 8
APPENDIX 1:	Side 11
APPENDIX 2:	Side 12
APPENDIX 3:	Side 16
REFERENCER:	Side 20

Definitioner og forkortelser:

Udbrændthed/burnout: Defineret ved triaden af følgende symptomer: fysisk og følelsesmæssig udmattelse; kynisme og "depersonalisering" (følelsen af adskillelse fra professionelle aktiviteter og patienter); følelse af ineffektivitet og lav præstation.

"Ubekvemme" timer: Begreb fra den svenske overenskomst, der i Sverige omfatter timerne fra 21-07 samt weekend- og helligdage.

Ikke-klinisk arbejdstid: Begreb adapteret fra australske forhold, hvor "clinical support time" beskriver arbejdstid uden direkte patientkontakt, typisk dedikeret til uddannelse, refleksion over egen praksis eller udviklings- og kvalitetsarbejde.

Belastningsjusterede arbejdstider: Begreb der blev foreslået af et medlem til arbejdsmiljøsymposiet til at beskrive kortere vagter, med mulighed for at sikre optimal lægebemanding i de mest belastede timer fra 12-20 inddelt i dag- aften og nattevagter.

Fagforeningen/overenskomst: Da kun repræsentanter fra Yngre Læger deltog i symposiet er der hvor der henvises til fagforeningen eller overenskomsten typisk henvist til Yngre Læger.

YDAM: Yngre Danske Akutmedicinere

DASEM: Dansk Selskab For Akutmedicin

OPLÆG TIL DAGEN:

ARBEJDSMILJØ ER LIG PATIENTSIKKERHED

**I EUROPA ER
RATEN AF
BURNOUT
BLANDT AKUT-
MEDICINSKE
LÆGER FUNDET
AT VÆRE >60%**

Yngre læger hårdere
ramt (74%) end mere
erfarne læger.

Underbemanding er
særligt en risikofaktor
(70% vs 37% burnout)

(1) Petrino R, Riesgo LG, Yilmaz B.
"Burnout in emergency medicine
professionals after 2 years of the
COVID-19 pandemic: a threat to
the healthcare system?" Eur J
Emerg Med. 2022 Aug

Der er voksende og efterhånden robust evidens for at lægers arbejdsforhold og -belastning er direkte forbundne med patientsikkerheden. Dette kommer i særlig grad til udtryk i akutafdelingen, hvor der længe har været fokus på hvordan det høje tempo og de mange afbrydelser samt risikable forløb med høj usikkerhed fører til en øget risiko for patientskade og udbrændthed (burnout) blandt personalet.

Internationalt har opgørelser længe vist foruroligende høje forekomster af udbrændthed - helt op til 60% iblandt akutmedicinske læger (1) - tæt efterfulgt af andre vagt-belastede specialer såsom anæstesi og kirurgi.

Nyere litteratur finder en stærk association mellem andelen af læger med symptomer på udbrændthed i en afdeling og forekomsten af patientskade - med en over 2x forøget risiko for utilsigtede hændelser ved høje grader af udbrændthed. Risikoen er højest blandt yngre læger, som uden den fornødne supervision er særligt tilbøjelige til at begå fejl på baggrund af udbrændthed (2).

Udbrændthed iblandt akutmedicinske læger er vist at føre til længere ventetider (3) og et stort engelsk studie påviste at der ved ventetider >6-8 timer fandtes en øget dødelighed med ét ekstra dødsfald for hver 82 ventende patienter (4).

Samtidig viser studier at den faktor der i højest grad sætter afdelinger og personale i risiko for udbrændthed og dermed patientskade er underbemanding og travlhed (1, 4).

MÅLSÆTNING: FORMÅLET MED ARBEJDSMILJØSYMPOSIET

**BURNOUT ER
FORBUNDET
MED EN >2X
FORØGET
RISIKO FOR
PATIENTSKADE**

Risikoen for burnout og den associerede øgede risiko for patientskade er højest blandt yngre læger og læger ansat i akutafdelinger

(2) Hodkinson et al. "Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis" *BMJ* Sep. 2022

Med udgangspunkt i de to selskabers tidligere udgivne holdningspapirer (5, 6) for arbejdsmiljøet i akutafdelingen inviterede Yngre Danske Akutmedicinere og Dansk Selskab for Akutmedicin sine medlemmer til en udforskende debat omkring de aktuelle forhold på landets akutafdelinger samt hvilke udfordringer der særligt udgør forhindringer for reelle forbedringer af arbejdsmiljøet.

Det var selskabernes opfattelse at visse forhold i de eksisterende overenskomster gjorde tiltag som i flere tilfælde var ønskede fra både personale og ledelse enten besværlige eller ligefrem umulige. Formålet med symposiet var derfor også at tage et kritisk blik på overenskomsten.

Det var håbet med symposiet at:

1. Give et indtryk af problemets omfang i Danmark
2. Identificere hvilke tiltag der er de allermest kritiske
3. Finde konsensus omkring hvilke løsninger der vil være de rigtige i en dansk kontekst

For at opnå dette havde selskaberne:

- Udsendt et spørgeskema til alle medlemmer og alle akutafdelinger (appendix 2)
- Udvalgt elementer fra internationale overenskomster til inspiration (appendix 3)
- Inviteret fagforeningerne til at indgå i debat om hvad der skal arbejdes videre med frem imod de næste overenskomstforhandlinger.

REFERAT FRA DAGEN:

"ALT HVAD MAN KAN ENES OM KAN GØRES"

Med næsten 40 deltagere og alt fra introlæger til cheflæger, foruden Yngre Lægers formand samt formændene for deres overenskomsts- og arbejdsmiljøudvalg, var der lagt op til en konstruktiv og repræsentativ debat.

Dagen startede med en præsentation af hovedpunkterne fra holdningspapirerne (appendix 1) efterfulgt af resultaterne fra det nyligt gennemførte arbejdsmiljøsurvey (appendix 2), der så absolut understreger behovet for at der tages handling på arbejdsmiljøet i akutafdelingerne i Danmark.

Blandt de 145 respondenter var der en overvældende oplevelse af mening i arbejdet i akutafdelingen samt en relativt stor arbejdsglæde i hverdagen.

De positive oplevelser med selve indholdet i arbejdet i akutafdelingen kunne dog ikke spejles i ønsket om at forblive i specialet fremover. Kun 45% svarede at de sandsynligt eller meget sandsynligt ville forblive i specialet på den lange bane – særligt bekymrende var dette kun tilfældet hos 2/3 af hoveduddannelseslægerne. Særligt bemanningen og bureaukrati, men også antallet og længden af vagter blev angivet som faktorer der negativt påvirkede respondenternes arbejdsforhold.

Allermest bekymrende var det at **55% af respondenterne** følte sig helt eller delvist udrændte. Igen var det særligt alvorligt blandt hoveduddannelseslægerne hvor 30% følte sig helt udrændt og en lige så stor andel delvist udrændt.

HØJ GRAD AF BURNOUT BLANDT AKUT- MEDICINERE MEDFØRER LÆNGERE VENTETIDER

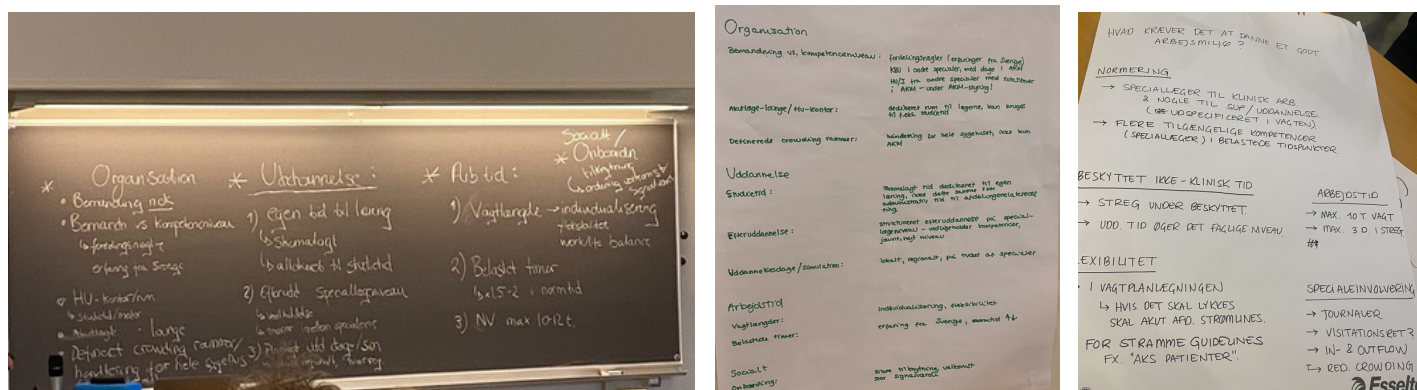
Effekten på ventetid
steg proportionelt
med graden af
udbrændthed blandt
læger på vagt på en
given dag

(3) Stefano et al. "Effect of emergency physician burnout on patient waiting times" – Intern. Emerg. Med. apr 2018

Efter præsentationer fra oplægsholdere fra hhv. England og Sverige fremlagde YDAM og DASEM som inspiration til dagens workshop hovedpointerne fra overenskomster og arbejdsforhold i lande hvor det akutmedicinske speciale har været etableret i længere tid. Fire udvalgte punkter, som det af selskaberne var blevet vurderet kunne være relevante i danske sammenhænge blev fremhævet gennem de internationale oplæg samt arbejdsskemaer, indhentet fra læger i de enkelte lande (appendix 3):

- Kortere vagter – maksimal vagtlængde 10-13 timer
- "Ubekvemme" timer tæller 1,5-2 x i timetal
- 20-30% dedikeret ikke klinisk-arbejdstid
- "Fuld" arbejdsuge nedsat til 28-30 timer

I den efterfølgende workshop blev deltagerne delt op i 6 grupper med henblik på at diskutere og udvælge de største udfordringer for arbejdsmiljøet i akutafdelingerne og deres potentielle løsninger, samt hvilke særlige forhindringer der var for at disse kunne føres ud i livet umiddelbart.



Eksempler på resultaterne fra de enkelte gruppers arbejde til dagens workshop. Flere emner gik igen, blandt andet ikke-klinisk arbejdstid og vagtlængde

I den efterfølgende præsentation af gruppernes resultater blev det åbenlyst at flere af emnerne gik igen. Særligt belastning, bemanning og vagtlængder var emner der var på alle gruppernes lister. Et gennemgående ønske var kortere nattevagter, af maksimalt 10-12 timers varighed, men også behovet for ikke-klinisk arbejdstid blev set som nødvendig for både at udvikle afdelingen og skabe tid til refleksion over egen praksis i det nye speciale. Det kom frem at der flere steder i landet var begyndende forsøg på at give hoveduddannelseslæger og speciallæger denne mulighed for arbejdstid væk fra gulvet på akutafdelingen og erfaringerne var generelt positive.

Der var desuden interesse i den svenske model, hvor de "ubekvemme" timer mellem 21 og 07 samt weekend- og helligdage tæller 1,5-2 x timetal – dette dog på bekostning af løntilskuddene for disse timer. Af denne årsag blev der også talt om muligheden for fleksibilitet ud fra den enkeltes ønsker på dette område, dog med hensynet til patientsikkerheden først.

Efter frokosten præsenterede Yngre Læger ved formand, Helga Schultz, samt formand for overenskomstudvalget, Søren Niemi Helsø, deres perspektiv på arbejdsforholdene i akutafdelingen og udfordringerne forbundet hermed.

Det var tydeligt at fagforeningsrepræsentanterne havde sat sig godt ind i begge selskabers holdningspapirer og mange af de der nævnte problemstillinger og foreslåede løsninger blev italesat. Blandt andet blev det nævnt at der jo allerede var mulighed for kortere nattevagter ved brug af muligheden for 13-timers vagter – dette dog forudgået af en vagtbelastningsopgørelse og forsøg på andre løsninger i samarbejde med ledelsen. Der var dog flere i salen – både cheflæger og uddannelseslæger – hvis erfaringer med denne løsning var mindre positive da den medbragte meget lange dagvagter, som jævnfør overenskomsten ikke måtte brydes op i dag- og aftenvagter, hvilket i samtlige tilfælde havde betydet at man var gået tilbage til "normalen" igen. Dette var i høj grad også Yngre Lægers oplevelse fra andre specialer. Adspurgt var der ikke klarhed over hvorfor man i overenskomsten ikke havde indbygget muligheden for kortere dag- og aftenvagter ved anvendelse af de korte nattevagter.

En pointe der blev nævnt i flere omgange i løbet af dagen var at det akutmedicinske speciale – måske sammen med enkelte andre særligt vagtbelastede specialer såsom anæstesi, kirurgi og obstetrik – indebærer en arbejdsgang med særligt højt tempo og intensitet, hele døgnet, og derfor nødvendiggør en separat overenskomst, der tager højde for de særlige arbejdsforhold der er i akutafdelingen. Denne løsning blev dog ikke set som oplagt fra fagforeningen, bl.a. af hensyn til de mange læger fra andre specialer som ifb. med deres uddannelse eller arbejde på andre afdelinger intermitterende har deres gang i akutafdelingerne og derfor enten skulle være på separate overenskomster, men udføre samme arbejde eller skifte imellem overenskomster afhængig af arbejdssted.

"Adspurgt var der ikke klarhed over hvorfor man i overenskomsten ikke havde indbygget muligheden for kortere dag- og aftenvagter ved anvendelse af de korte nattevagter. "

Yngre Læger og deres overenskomstudvalg var dog generelt meget positive overfor løsningsforslag fra dagens debat og nævnte bl.a. at man var klar over at arbejdstidsreglerne er uddaterede og at det havde været aftalt ved sidste overenskomstforhandling at der skulle indføres en "prøve-ordning" hvor nye forslag kunne afprøves lokalt på et enkelt sygehus, afdeling eller region med henblik på at indsamle erfaringer til næste forhandlingsrunde. Dog havde coronakrisen betydet at man fra Sundhedsstyrelsen og Regionerne ikke havde nået at sætte strukturen for denne ordning op, men det var Yngre Lægers forhåbning at det ville blive muligt ifb. med næste forhandlingsrunde.

Fagforeningen gjorde desuden opmærksom på at ikke alt behøvede være overenskomstbestemt for at kunne gennemføres på afdelingerne. Eksempelvis var der allerede nu mulighed for at tildele ikke-klinisk arbejdstid til læger i akutafdelingen, da overenskomsten ikke står i vejen for dette.

Den særdeles konstruktive og imødekommende debat med fagforeningen viste sig at være så vigtig for de fremmødte medlemmer at det blev besluttet at lade den fylde næsten al den resterende tid på arbejdsmiljøsymposiet og mange emner blev nævnt uden at de skal kunne føres til fuldt referat her. Slutteligt var det dog oplevelsen fra både YDAM og DASEMs side at fagforeningen vil tage flere af de foreslåede løsninger - herunder belastningsjusterede arbejdstider (inddelt i dag-, aften- og natarbejde) samt muligheden for fleksibilitet i valget mellem timer eller løntilskud for ubekvemme timer - med sig videre i deres forberedelser til næste overenskomstforhandling.

Som afslutning på dagen blev de fremmødte medlemmer inviteret til at forme YDAM og DASEMs videre arbejde med arbejdsmiljø. Iblandt flere forslag, bl.a. en opdatering af holdningspapirerne, blev det aftalt som minimum at gentage arbejdsmiljøsymposiet og arbejdsmiljøsurveyet til næste år - denne gang forhåbentlig med deltagelse fra også Foreningen af Speciallæger og Overlægeforeningen.

Derudover vil de specifikke anbefalinger fra DASEM og YDAM samt opfordringer til overenskomstforhandlingerne til OK24 angives i næste afsnit.

Dette referat vil for nuværende blive set som addendum til selskabernes holdningspapirer for arbejdsmiljø med henblik på at udarbejde nye og opdaterede holdningspapirer på et senere tidspunkt.

**FOR HVER 82
PATIENTER
DER VENTER
>6-8 TIMER
SKER 1 EKSTRA
DØDSFALD**

Den stærkest associerede individuelle variabel for den øgede dødelighed var crowding, defineret ved andelen af ptt. med ventetid >4 timer

(4) Jones et al. "Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30 day mortality" - Emerg. Med. J nov. 2021

NÆSTE SKRIDT: VI KAN ALLEREDE I DAG GØRE EN FORSKEL

Som opsamling på arbejdsmiljøsymposiet har DASEM og YDAM udvalgt de forslag som blev fundet mest relevante og samtidig af de fremmødte medlemmer blev set som de mest hensigtsmæssige næste skridt i forbedringen af arbejdsmiljøet på akutafdelingerne.

Det har for selskaberne været særligt vigtigt at fokusere på en forbedring af forholdene for uddannelseslæger og speciallæger indenfor det akutmedicinske speciale, da det kun ved at opbygge og fastholde et kompetent akutmedicinsk personale kan lykkes at skabe patientsikre og bæredygtige arbejdsforhold i akutafdelingerne. De bekymrende tal fra årets arbejdsmiljøsurvey (appendix 2) understreger kun vigtigheden af at gøre noget drastisk for at fastholde nuværende og rekruttere fremtidige special- og uddannelseslæger indenfor det akutmedicinske speciale.

LOKALT PÅ AFDELINGSNIVEAU

Udviklingsfokuseret ikke-klinisk arbejdstid

Det er DASEM og YDAMs klare anbefaling at der lokalt på afdelingerne arbejdes henimod en fast, eventuelt ansvars- eller kompetencejusteret, tildeling af op til 30% udviklingsfokuseret ikke-klinisk arbejdstid til uddannelseslæger og speciallæger indenfor det akutmedicinske speciale

Med inspiration i den australske model har der i længere tid været interesse i at sikre 20-30% ikke-klinisk arbejdstid (internationalt kaldet clinical support time) for læger indenfor det akutmedicinske speciale. Dette først og fremmest for at beskytte den enkelte læge mod udbrændthed, men også som en anerkendelse af den store opgave som allerede løftes af hver enkelt akutmedicinske special- og uddannelseslæge i form af udvikling af egne og andres kompetencer foruden de lokale forhold på de enkelte akutafdelinger i det nye speciale. Netop specialets unge alder gør muligheden for at dedikere en del af sin arbejdstid som akutmediciner til udviklingen og sikringen af en høj kvalitet i egen behandling af patienterne og specialet generelt endnu mere afgørende.

Som det fremkom på arbejdsmiljøsymposiet er dette allerede nu en mulighed og praktiseres til dels på enkelte akutafdelinger rundt omkring i landet.

En tildeling af 30% ikke-klinisk arbejdstid til alle læger i akutafdelingen er selvfølgelig hverken mulig eller hensigtsmæssig, hvorfor det foreslås eventuelt at gennemføre dette ansvars- eller kompetencejusteret i form af stigende mængde ikke-klinisk arbejdstid igennem uddannelsen til speciallæge og videre. Et eksempel kunne se således ud:

	Introlæge	HU-læge reservelægetrin	HU-læge 1. reservelægetrin	Special -læge	Speciallæge med særligt ansvar
Ikke-klinisk arbejdstid	5%	10%	15%	20%	30%

I stigende grad med den tildelte ikke-kliniske arbejdstid vil det desuden kunne forventes at den akutmedicinske uddannelses- og senere speciallæge tager mere og mere ansvar for kvalitetsudviklingen og uddannelsen af andre læger på afdelingen.

NATIONALT PÅ OVERENSKOMSTNIVEAU

Belastningsjusterede arbejdstider – maks. vagtlængde 10 timer

Det er DASEM og YDAMs klare opfordring at der frem imod OK24 arbejdes for at sikre muligheden for korte nattevagter af maks. 10 timers varighed - uden at dette betyder tilsvarende længere dagvagter

Ubekvemme timer tæller 1,5-2x timeantal

Det er DASEM og YDAMs klare forhåbning at der frem imod de kommende overenskomstforhandlinger vil blive udforsket muligheden for at indføre fleksibilitet i valget mellem restitutionstid og aflønning for arbejde udført i de ubekvemme timer mellem 21 og 07

Af de tiltag der vil kræve overenskomstmæssige ændringer vurderer YDAM og DASEM at det mest presserende er muligheden for kortere nattevagter - primært af patientsikkerhedsmæssige hensyn, men også da dette findes at være et ønske både blandt uddannelseslæger og ledelser.

Da det vurderes særligt vigtigt at der opretholdes en ensartet og høj kvalitet i behandlingen af patienter døgnet rundt på akutafdelingen vurderes det umiddelbart ikke hensigtsmæssigt fortsat at give muligheden for længere nattevagter, medmindre at der lokalt er dokumenteret en helt klar og vedholdende overholdelse af hvilereglene med maks. belastning i 13 timer samt 3 timers sammenhængende hvile. Såfremt dette ikke er tilfældet bør der stiles mod kortere vagter.

VAGTER PÅ 12T FREMFOR 9T FORDOBLEDE SØVN-INDEKS FOR LÆGER I AKUTMEDICIN

Vagterne gav en
Stanford Sleepiness
Scale Score på hhv. 2
(fungerer på højt
niveau) efter 9t vs.
4,16 (sløret) efter 12t

(7) Berios, I., Surani, S., & Simmons, M. (2009). Assessing reaction time among emergency medicine residents working different shift hours. *Annals of Emergency Medicine*, 54(3 Suppl 1), S35.

Det skal dog understreges at der her er tale om en yderligere udvidelse af overenskomsten fra den nuværende mulighed for 13 timers dag- og nattevagter, da dette er fundet at være uholdbart for balancen imellem arbejdsliv og privatliv. Der bør indføres mulighed for bedre at justere bemanningen efter belastningen på akutafdelingen, med flere læger der overlapper i de travleste timer mellem 12 og 20, uden at dette skal føre til urimeligt lange dagvagter. Dette ses kun muligt ved indførelsen af muligheden for at dele timerne inden nattevagten op i to eller flere vagter uden at dette skal kræve hverken hyppigere nattevagter eller uopnåelige personalekvoter.

Det skal nævnes at som overenskomsten aktuelt ser ud fører lange nattevagter *ikke* til yderligere hverdagsfri, udover sovedagen, hvilket synes at være en udbredt misforståelse. Ved indførelsen af kortere nattevagter åbnes desuden muligheden for sammenhængende nattevagter (maks. 3-4 i streg), hvilket er vist at være væsentligt bedre for døgnrytmen, samt uddannelseselementer udenfor de "normale" rammer - f.eks samme session før og efter skiftet mellem dag- og aftenlagt for hhv. tilgående og afgangende læger.

Indførelsen af fleksibilitet i valget mellem restitutionstid og aflønning for ubekvemme timer vil tilgodese den individuelle

læges ønsker og behov på forskellige tidspunkter i livet og vil kunne fungere som en så absolut nødvendig ventil i perioder med særligt høj belastning for den enkelte for at undgå udbrændthed.

Begge tiltag ses som absolut nødvendige værktøjer i kampen for at bekæmpe den bekymrende tendens til udbrændthed i og øge rekrutteringen til specialet, og dermed vitale for patientsikkerheden.

APPENDIX 1:

HOVEDPUNKTER FRA HOLDNINGSPAPIRER



Ved litteraturgennemgang identificeredes seks punkter som afgørende for arbejdsmiljøet i akutafdelingen samt anbefalede tiltag til hvert punkt, hvoraf enkelte nævnes her:

1. Arbejdsbelastning: Korte vagter og rationel skemalægning
2. Arbejdseffektivitet: 1:2 supervisor, effektiv håndtering af crowding
3. Work-life balance: Fleksibel skemalægning og social arbejdsplads
4. Autonomi/fleksibilitet: 20% passionsdrevet arbejde
5. Mening/formål: "Growth mindset", udvikle personlige interesser
6. Sikkerhed: Støttende og lærende kultur ved klagesager

Holdningspapiret kan læses i sin helhed på www.akutmedicineren.dk

Holdningspapirernes pointer understøttes af et nyligt udgivet holdningspapir fra EUSEM (8)



Gennem konsensusarbejde og evidens udvalgte de 7 vigtigste punkter til selskabets videre arbejde med arbejdsmiljø:

1. Arbejdskultur/Arbejdsklima: Tværfaglighed og kvalitet
2. Ledelse og organisation: Samarbejde og uddannelse
3. Vold, trusler og diskrimination: Nul-tolerance og sikkerhed
4. Arbejdstilrettelæggelse: Tilstrækkelig bemanning og tid
5. Fysiske rammer: Personaleinddragelse og hensyn til basale behov
6. Kompetencer og videreuddannelse: Klarhed og vejledning
7. Seniorpolitik: Fleksibilitet og særlige kontraktvilkår

Hele holdningspapiret kan findes på www.dasem.dk/holdningspapir/

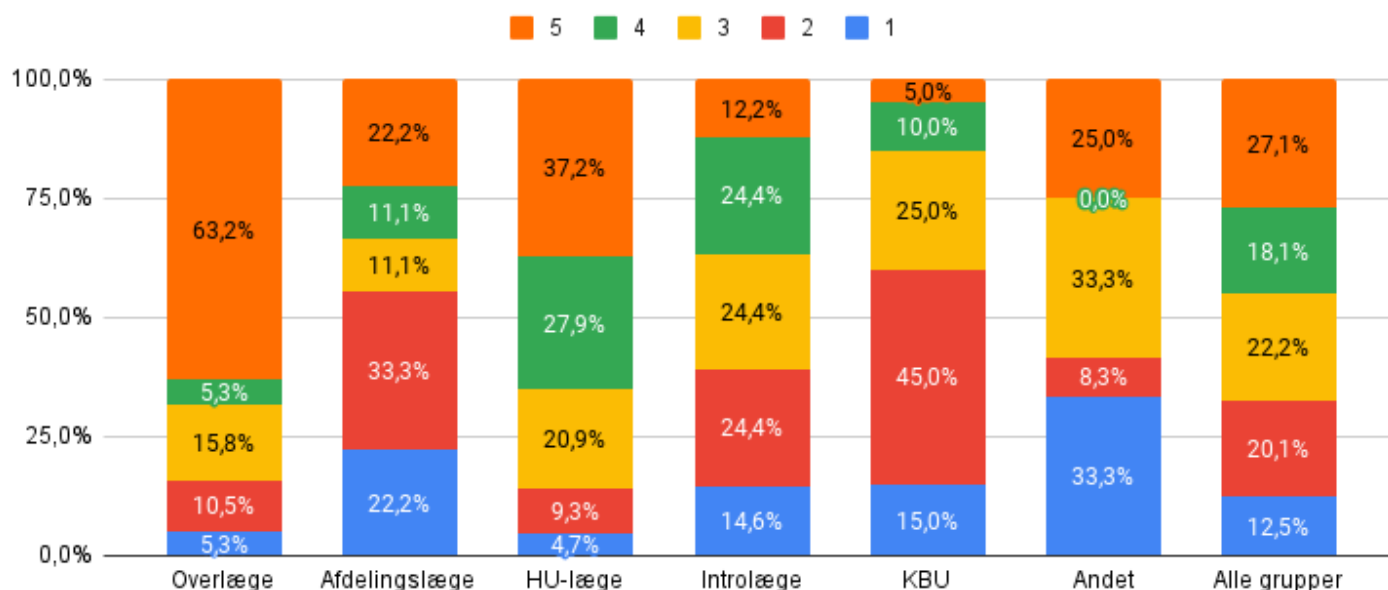
APPENDIX 2:

ARBEJDSMILJØSURVEY 2022

Totalt antal besvarelser fordelt på stilling og region
("Andet" = AP-læge, uklassificeret, stud. med, cheflæge)

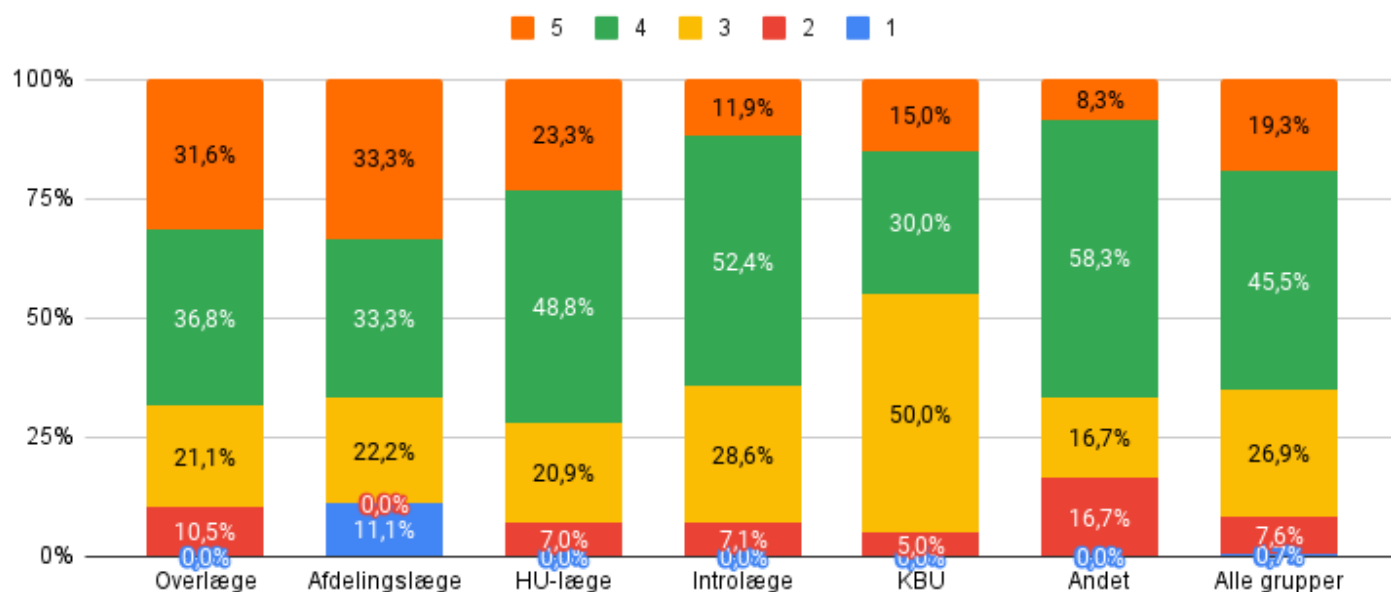
Overlæge	Afdelingslæge	HU-læge	Introlæge	KBU	Andet	I alt
19	9	43	42	20	12	145
Nord	Syd	Sjælland	Midt	Hovedstaden	Ikke angivet	I alt
18	29	29	44	23	2	145

Hvor sandsynligt er det at du vil blive indenfor det akutmedicinske speciale på den lange bane?
(1 = meget usandsynligt og 5 = meget sandsynligt)

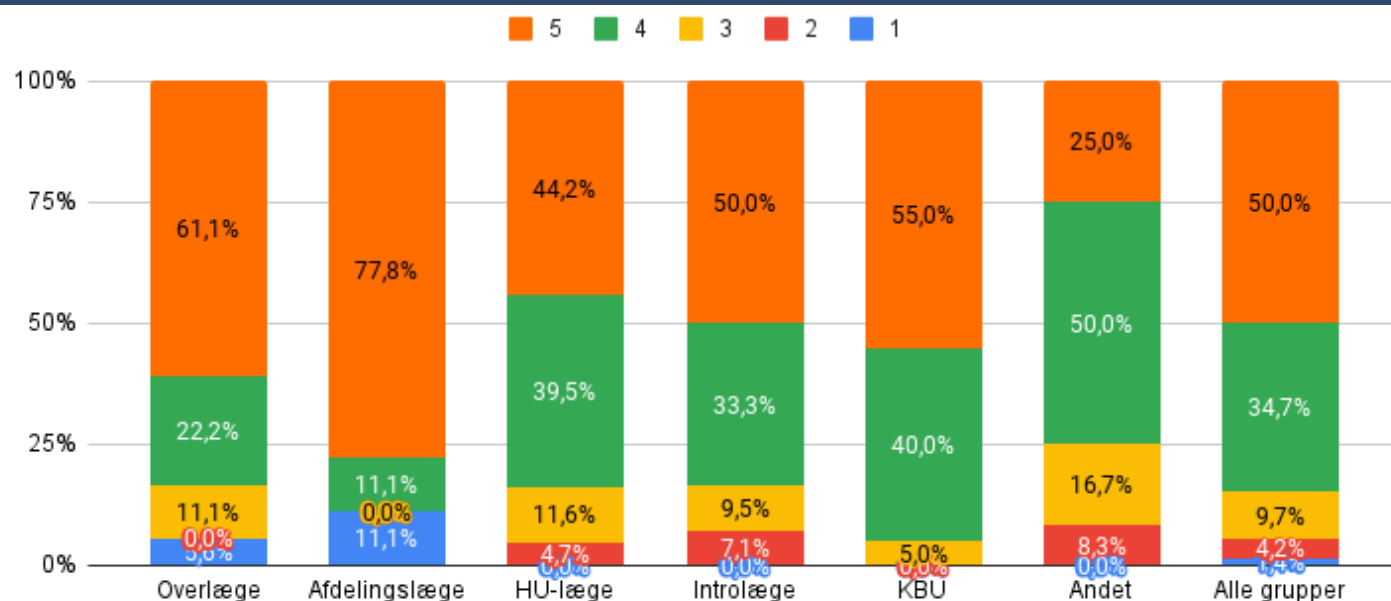


ARBEJDSMILJØSURVEY 2022

Hvor glad er du generelt mens du er på arbejde?
(1 = slet ikke glad og 5 = meget glad)

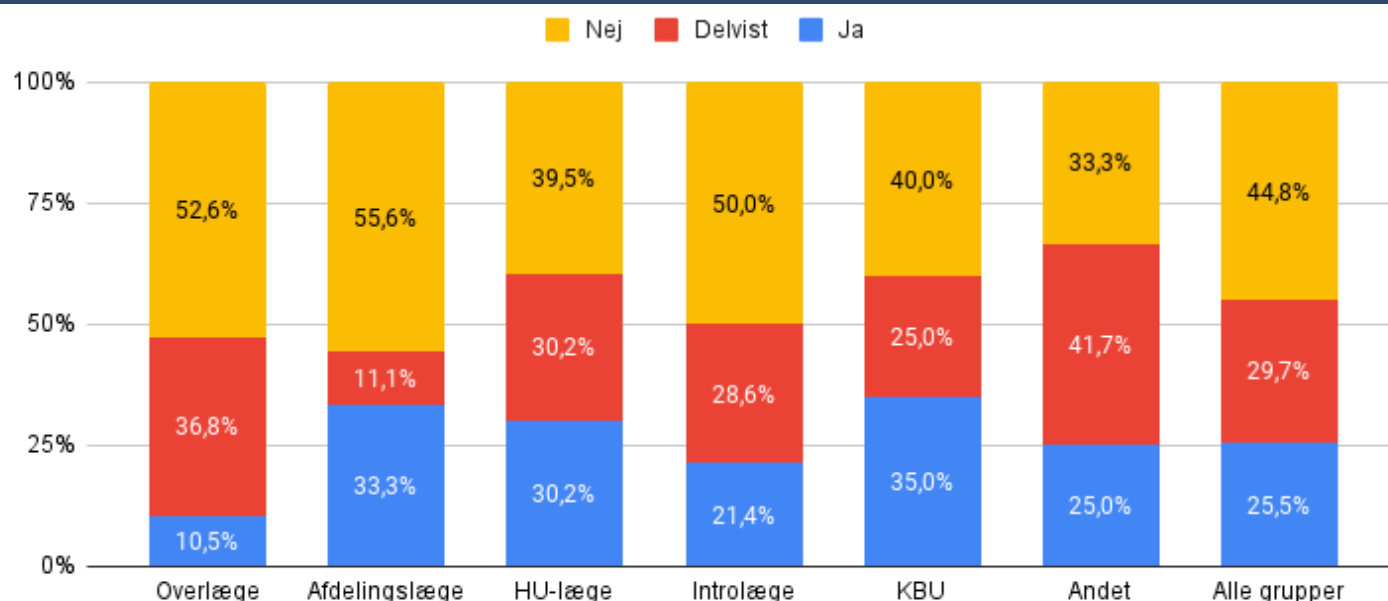


Hvor enig er du i følgende: "Mit arbejde er meningsfyldt"
(1 = meget uenig og 5 = meget enig)

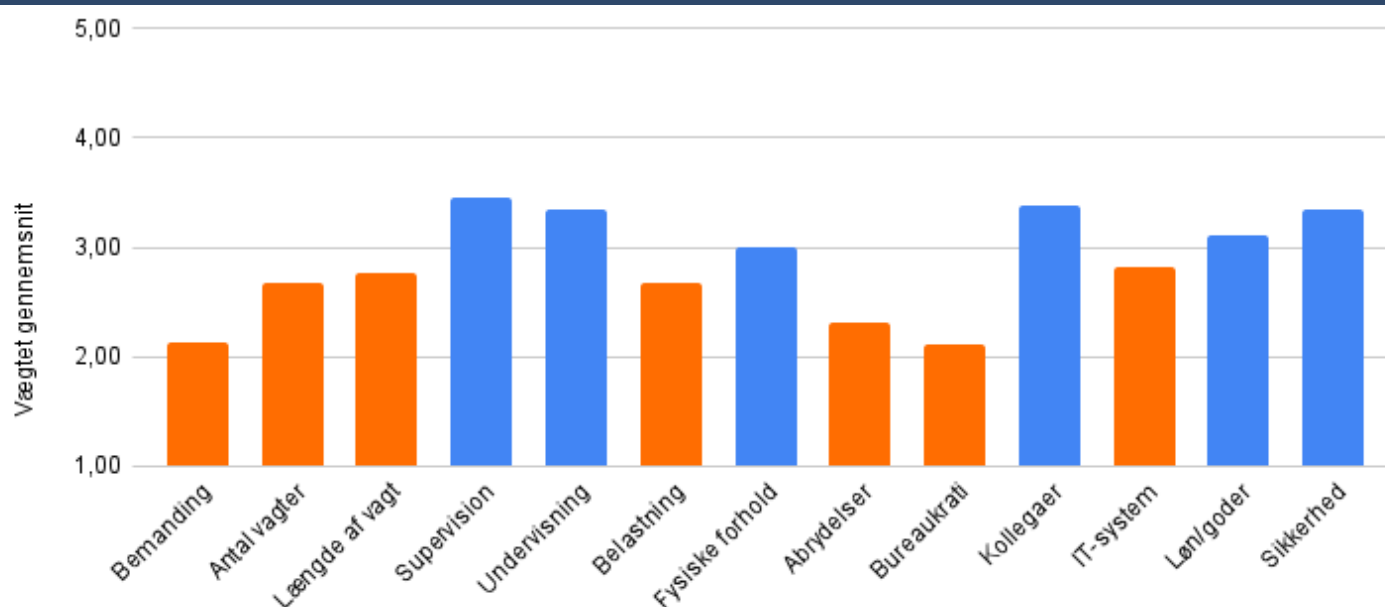


ARBEJDSMILJØSURVEY 2022

Føler du dig udbændt?



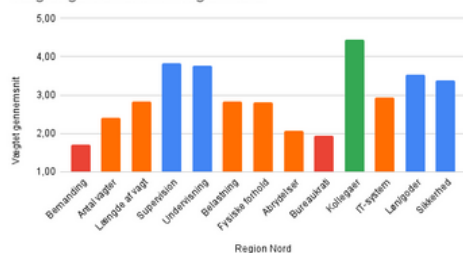
Hvor positivt eller negativt påvirker følgende elementer dit arbejdsmiljø aktuelt? (1 = meget negativt og 5 = meget positivt. Blå = overvejende positivt og orange = overvejende negativt.)



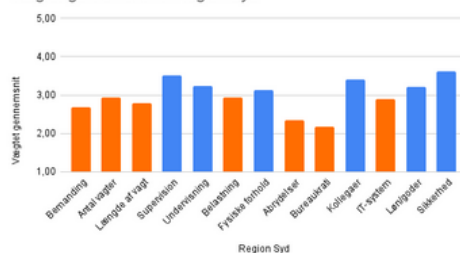
ARBEJDSMILJØSURVEY 2022

Hvor positivt eller negativt påvirker følgende elementer dit arbejdsmiljø aktuelt?
(Fordelt på de enkelte regioner. Kategorier og skalaer samme som ovenstående)

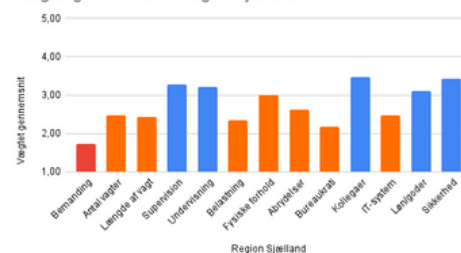
Vægtet gennemsnit ift. Region Nord



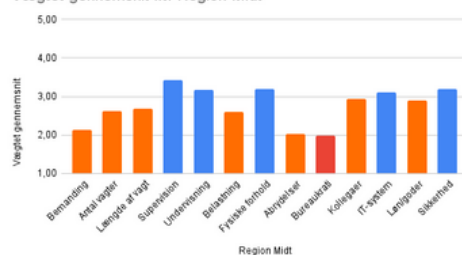
Vægtet gennemsnit ift. Region Syd



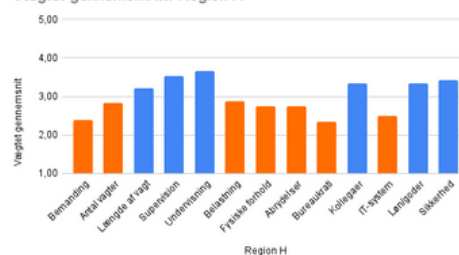
Vægtet gennemsnit ift. Region Sjælland



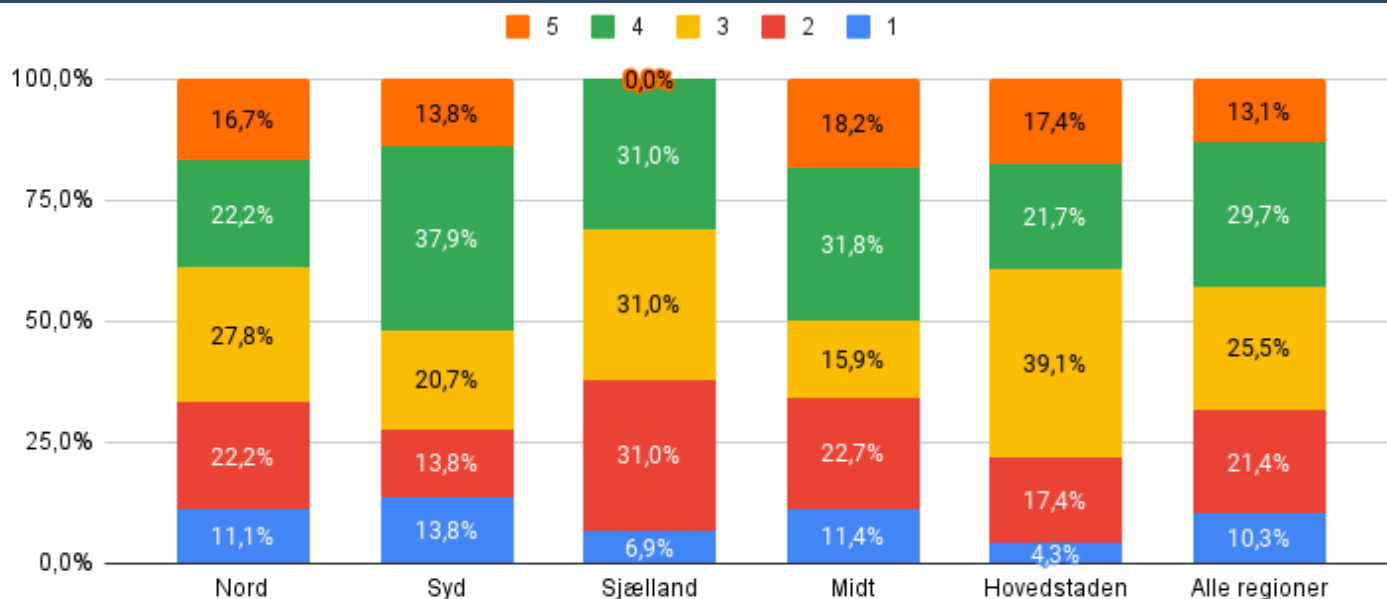
Vægtet gennemsnit ift. Region Midt



Vægtet gennemsnit ift. Region H



Hvor enig er du i følgende: "Min afdeling går op i mit fysiske og psykiske velvære"?
(1 = meget uenig og 5 = meget enig)



APPENDIX 3:

INTERNATIONALE OVERENSKOMSTER

ENGLAND

Maksimal vagtlængde
10-13 timer

(9) "Terms and Conditions of Service for NHS Doctors and Dentists in Training (England) 2016" s. 25

Det engelske system er ikke unikt for at have kortere vagter end de danske, men tjener her som eksempel. Vagtlængden er overenskomstmæssigt maksimalt tilladt at være 13 timer, men overskrider oftest ikke 10 timer. De kortere nattevagter giver mulighed for at lægge dem sammenhængende, hvilket er bedre for den circadiske rytme og betyder at man typisk efter en "omgang" nattevagter vil være fri for dem i op til 1 måned.

Det engelske system gør desuden "personal development days" obligatoriske for alle læger, med tid afsat hertil.

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Uge 1	K: 22-08:30	K: 22-08:30	K: 22-08:30	K: 22-08:30	Fri	Fri	Fri
Uge 2	K: 14-23	K: 14-23	Fri	K: 14-23	K: 22-08:30	K: 22-08:30	K: 22-08:30
Uge 3	Fri	Fri	A: 08-16	K: 08-17	K: 08-17	Fri	Fri
Uge 4	K: 08-17	K: 08-17	K: 08-17	K: 08-17	Fri	K: 14-23	K: 14-23

Eksempel på reelt månedsskema fra England. "K:" = klinisk, "A:" = administrativ (personlig udvikling). Uddannelsestimer ikke inkluderet, men typisk liggende i skemalagt arbejdstid

INTERNATIONALE OVERENSKOMSTER

Det svenske system er i høj grad regionalt bestemt med store forskelle i arbejdstilrettelægningen til følge. Dog er det på nationalt niveau afgjort at "ubekvemme" timer (mellem 21 og 07 samt weekender/helligdage) tælles med 1,5-2 i timetal, hvor de "ekstra" timer skal afspadseres indenfor samme periode. Typisk planlægges afspadseringen ifb. med skemalægningen.

Administrative dage lægges i nedenstående eksempel bl.a. som halve dage, delt med klinisk funktion og undervisningen lægges som regionale uddannelses-uger.

SVERIGE

"Ubekvemme" timer tæller 1,5-2 i timetal

(10) "Läkaravtal Kommuner och Regioner. 1 November 2020 - 31 Mars 2024 (Löneavtal from 1 april 2020)" s. 124

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Uge 1	K: 07:30-16:30	K: 07:30-16:30	K: 07:30-16:30	K: 07:30-16:30	K: 07:30-16:30	Fri	K: 10-18
Uge 2	K: 10-18	K: 10-18	K: 10-14 A: 14-18	Fri	Fri	Fri	Fri
Uge 3	Fri	Fri	K: 21:30-08:30	Fri	K: 21:30-08:30	Fri	Fri
Uge 4	U: 08-16	U: 08-16	U: 08-16	U: 08-16	U: 08-16	Fri	Fri

Eksempel på reelt månedsskema fra Sverige. "K:" = klinisk, "A:" = administrativ (personlig udvikling). "U:" Uddannelse (regional udd. uge skemalagt x4 årligt). "Fri" inklusiv afspadsering fra ubekvemme timer

INTERNATIONALE OVERENSKOMSTER

AUSTRALIEN

20-30% dedikeret
ikke-klinisk arbejdstid

(11) "Constructing and retaining a senior emergency medicine workforce - Guidelines G23" s. 8

Det australske system har ligeledes væsentligt kortere vagter end det danske - af hensyn til både personalet og patientsikkerheden - men særligt for systemet er at der anbefales at overlæger har 20-30% ikke-klinisk (administrativ) tid.

Tiden skal bruges på passionsdrevet arbejde såsom undervisning eller subspecialeinteresser, da det er vist at op til 30% ikke-klinisk arbejdstid beskytter væsentligt mod udbrændthed. Samtidig er tiden en væsentlig motivation for højere kvalitet i undervisning, supervision og vejledning.

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Uge 1	K: 08-18	K: 08-18	K: 14-24	K: 14-24	K: 14-24	Fri	Fri
Uge 2	Fri	K: 14-24	K: 14-24	K: 23-09	K: 23-09	K: 23-09	Fri
Uge 3	Fri	Fri	Fri	K: 14-24	K: 14-24	Fri	Fri
Uge 4	K: 08-18	K: 08-18	Fri	Fri	Fri	K: 08-18	K: 08-18

Eksempel på reelt månedsskema fra Australien. "K." = klinisk. 20-30% administrativ tid i skemalagt dagtid. Uddannelsestimer ikke inkluderet, men typisk liggende i skemalagt arbejdstid 4t x1 ugentligt

INTERNATIONALE OVERENSKOMSTER

I Canada har man valgt en noget anderledes tilgang til det særligt belastede arbejdsmiljø i akutmedicin. En "fuld" arbejdsuge i akutafdelingen defineres typisk som 28-30 timer og altså en dag kortere end danske forhold. Kombineret med de kortere vagter giver det typisk et arbejdschema på ca 14 arbejdsdage om måneden med vagter på i gennemsnit 9 timer.

Derudover anvendes der i Canada såkaldt "casino scheduling", med kortere, "skæve" vagter henover natten, igen for at prioritere søvn i forhold til den circadiske rytme.

CANADA

"Fuld" arbejdsuge
nedsat til 28-30 timer

(12) Lloyd et al. "Demographic characteristics of full-time emergency physicians in Canada." *Am J Emerg Med.* juli 1993

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Uge 1	K: 07-16	K: 10-18	Fri	K: 00-08:00	Fri	Fri	Fri
Uge 2	Fri	K: 15-23	Fri	K: 16-24	K: 00-08	Fri	K: 10-18:30
Uge 3	K: 19-03	K: 22-04	Fri	K: 14-22	K: 10-18:30	Fri	Fri
Uge 4	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri	Fri

Eksempel på reelt månedsskema fra Canada. "K:" = klinisk.
Uddannelsestimer ikke inkluderet, men typisk liggende i skemalagt arbejdstid

REFERENCER

1. Petrino R, Riesgo LG, Yilmaz B. "Burnout in emergency medicine professionals after 2 years of the COVID-19 pandemic: a threat to the healthcare system?" *Eur J Emerg Med.* 2022 Aug
2. Hodkinson et al. "Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis" *BMJ* Sep. 2022
3. Stefano et al. "Effect of emergency physician burnout on patient waiting times" - *Intern. Emerg. Med.* apr 2018
4. Jones et al. "Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30 day mortality" - *Emerg. Med. J* nov. 2021
5. Yngre Danske Akutmedicinere "Arbejdsmiljø i Akutafdelingen", 2019. www.akutmedicineren.dk
6. Dansk Selskab for Akutmedicin "Patientsikre Arbejdsforhold i Akutafdelingerne", 2020. www.dasem.dk/holdningspapir/
7. Berios, I., Surani, S., & Simmons, M. (2009). Assessing reaction time among emergency medicine residents working different shift hours. *Annals of Emergency Medicine*, 54(3 Suppl 1), S35.
8. The Emergency Medicine Day working group. "Policy statement on minimal standards for safe working conditions in Emergency Medicine". *European Journal of Emergency Medicine*: December 2022 - Volume 29 - Issue 6 - p 389-390
9. NHS Employers: "Terms and Conditions of Service for NHS Doctors and Dentists in Training (England)", 2016
10. Sveriges Läkareförbund: "Läkaravtal Kommuner och Regioner. 1 November 2020 - 31 Mars 2024 (Löneavtal from 1 april 2020)", 2020
11. Australasian College for Emergency Medicine: "Constructing and retaining a senior emergency medicine workforce - Guidelines G23", 2021
12. Lloyd et al. "Demographic characteristics of full-time emergency physicians in Canada." *Am J Emerg Med.*, 1993

VIL DU ENGAGERE DIG I DIT ARBEJDSMILJØ?

Der er mange måder hvorpå du kan bidrage til YDAM og DASEMs arbejde med arbejdsmiljø:

- Meld dig ind! – Ved at være medlem giver du selskaberne legitimitet i deres arbejde for dit speciale
- Tal med dine kollegaer – Jo større fokus der kommer på arbejdsmiljø og selskabernes arbejde jo større effekt
- Følg med og deltag – Følg os på sociale medier og vores hjemmesider eller nyhedsbrev og meld dig til kommende arrangementer
- Ræk ud – Har du en holdning til vores arbejde eller sidder du med en brandgod idé eller et brændende spørgsmål, så del det med os og gør os klogere
- Bliv aktiv – Både YDAM og DASEM har altid flere projekter end hænder til at udføre dem og har du et par du er villig til at dele tager vi gerne imod



En stor tak til YDAM og DASEMs arbejdsmiljøudvalg og en særlig tak til repræsentanterne herfra som bidrog til forberedelsen af arbejdsmiljøsymposiet:

- Laura Berg - Forperson, YDAM
- Katrine B. Nielsen - Næstformand, YDAM
- Kamille Gustavsen - Bestyrelsesmedlem, YDAM
- Emil E. Iversen - Bestyrelsesmedlem, YDAM
- Line Hofmann - Medlem af YDAMs arbejdsmiljøudvalg
- Jena Helena Indius - Medlem af YDAMs arbejdsmiljøudvalg
- Dea Kehler - Bestyrelsesmedlem DASEM