

het tidigare. De mest aktuella siffrorna om mödrars död visar att det på global nivå sker en minskning med ca 1 procent per år, medan man har kalkylerat att det krävs en årlig minskning med 5–6 procent för att nå millenniemålen för år 2015 [5]. Den globala minskningen har inte alls kunnat påvisas i de fattigaste länderna. Det är fortfarande så att uppskattningsvis blott 1 procent av alla mödradödsfall sker i höginkomstländer, medan resterande länder svarar för 99 procent av alla mödradödsfall.

**De mest uppseendeväckande siffrorna** framkommer om man beaktar den dåliga mödranhälsans och förlossningsvårdens fatala effekt på tidigt avlidna nyfödda. Man har beräknat att cirka tre miljoner nyfödda dör som direkt följd av dålig mödranhälsa [7]. Omkring två miljoner av dessa dör på grund av förtidsbörd och intrauterint förvärvade neonatala infektioner. En miljon dödsfall beror på dålig förlossningsövervakning som lett till letal asfyxi.

Dessa tre miljoner nyföddhetsdödsfall ska rätteligen läggas till den halva miljon mödradödsfall som vi redan tidigare känner till. Sammantaget uppgår mödra- och barnadödligheten till 3,5 miljoner fall per år, vilket är en högre

siffra än den skattade dödligheten av alla malariafall (ca 1,3 miljoner) och tuberkulosfall (ca 1,6 miljoner) i världen [8].

De som drabbas är de fattigaste kvinnorna, och det kan vara intressant att notera att den globala fonden mot aids, tuberkulos och malaria utlovats få nästan 10 miljarder dollar för perioden 2008–2010. Någon motsvarande satsning på graviditetsrelaterad dödlighet har inte formulerats. En orsak kan vara att mödradödlighet och tidig perinatal död inte berör de mest välbeställda länderna i världen, medan däremot HIV-infektion och andra infektionssjukdomar potentiellt utgör en fara i dessa länder.

**Det råder konsensus** om att mödradödlighetens problem kan lösas endast genom reformering av hälsosystemen. Man har beräknat att ett rimligt välfungerande hälsosystem kostar minst 34 dollar per capita [9]. Många av de fattigaste länderna ligger på ett fåtal dollar per person och år, dvs långt ifrån miniminivån. Kostnaderna för minskad produktivitet till följd av mödra- och nyföddhetsdödsfall beräknas uppgå till ca 15 miljarder dollar per år. En basal vård i de 75 mest drabbade länderna skulle kosta ca 4–6 miljarder dollar per år.

Det är uppenbart att mera resurser måste mobiliseras, på samma sätt som man lyckats mobilisera världen att stödja globala fonden mot aids, tuberkulos och malaria. Utfästelsen vid Kairo-konferensen 1994 (International Conference on Population and Development, ICPD) var att kostnaden för reproduktiv hälsa för alla skulle uppgå till ca 17 miljarder dollar per år [10], vilket motsvarar de samlade militäretgifter i världen under en vecka [11].

**Denna utfästelse är sedan länge** glömd, och satsningen på denna basala och kvinnodominerade hälsoproblematik försvann tidigt från dagordningen när millenniemålen uppställdes. I dag ser vi resultatet: Varje dag avlider ca 10 000 mödrar och deras nyfödda i komplikationer som till 80–90 procent är möjliga att förebygga med resurser som världen lätt skulle kunna mobilisera.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**LÄS MER** Referenslista finns på <http://ltarkiv.lakartidningen.se>

## APROPÅ! Arbetstidslagen

# Lokala avtal ger skräddarsydda villkor

■ Svar på debattinlägg från Gunnar Persson rörande Arbetstidslagen i Läkartidningen 3/2008 (sidan 102).

**Den sedan ett år gällande** Arbetstidslagen bygger på EGs arbetstidsdirektiv och är relativt »fyrkantig« i sina regleringar. I grunden välkomnar Läkarförbundet dessa regler, men anser att de måste anpassas efter verksamheternas behov med beaktande av en god patientsäkerhet och läkarnas högst berättigade krav på en god arbetsmiljö.

**Förbundet har därför** under de senaste åren drivit linjen att lagen måste anpassas genom lokala avtal som kan beakta dessa förutsättningar. Verksamheterna är olika likaväl som jour eller beredskapspass

är olika hårt belastade. En strikt tillämpning av t ex elva timmars dygnsvila under varje tjugofyratimmarsperiod kan faktiskt leda till en totalt sett sämre arbetsmiljö än om de berörda läkarna kan påverka hur arbetstiden och ledigheten ska förläggas. Det är också en naturlig utgångspunkt för Läkarförbundet att läkarkåren ska ha ett reellt inflytande över hur lagen ska hanteras.

**Även lagstiftaren** har förutsett detta genom att göra lagen dispositiv, dvs möjlig att ändra genom kollektivavtal. Problemet för oss har varit att de flesta landsting vägrat träffa lokala anpassningsavtal. De som ändå gjort det har visat en framsynt hållning i frågan och därigenom påverkat pro-

cessen till det slut den fick strax före jul.

**Nu är parterna överens** om att det är angeläget att lokala avtal träffas, och därtill har avsatts en pott på 0,5 procent av läkarkårens lönesumma till åtgärder som innebär kompensation för tillfälliga avvikelser från dygns- och veckovila i samband med beredskapstjänstgöring.

Sannolikt kommer detta utrymme att användas främst till att höja bundenhetsersättningen under beredskap, vilket möjliggör att tjäna ihop den ledighet som kan behövas läggas ut efter ett beredskapspass. Redan under åren 2006 och 2007 gjordes en hel del anpassningar rörande jourpassens längd, och på många ställen är de långa arbetspas-

sen i samband med juren borta. Årets avtal leder sannolikt till att allt fler kan få helt eller delvis ledig dag efter en beredskapsnatt.

**Genom de lokala avtalen** kommer dock förhållandena att kunna »skräddarsys« efter varje verksamhets krav och de önskemål som finns bland de berörda läkarna. Förbundets motiv under denna sega process har varit just att läkarna och läkarföreningarna ska få ett sådant inflytande. Detta kan man rimligtvis bara se positivt på.

**Eva Nilsson Bågenholm**  
ordförande

**Conny Gustafsson**  
chefsförhandlare;  
Läkarförbundet