

## Dienstplanung – worauf es sich zu achten lohnt

**Die Einhaltung des Arbeitsgesetzes durch die Spitäler ist nicht immer einfach, aber ein Muss. Der Dienstplanung für die Ärzteschaft kommt dabei eine zentrale Rolle zu. Eine gesetzeskonforme Gestaltung der Dienstpläne verbessert die Arbeitssituation. Die ärztliche Weiterbildung kann davon profitieren.**

Philipp Rahm, Dienstplanberater VSAO, Stv. Leitender Arzt Interdisziplinäres Notfallzentrum Kantonsspital Baden, philipp.rahm@ksb.ch

In Schweizer Spitälern kommt es fast flächendeckend zu regelmässigen Verletzungen des Arbeitsgesetzes. Die Dienstplanung für die Ärzteschaft hat bezüglich Einhaltung der arbeitsrechtlichen Bestimmungen entscheidende Bedeutung. Sie ist allerdings sehr anspruchsvoll: Einerseits stehen nur begrenzte personelle Ressourcen zur Verfügung, andererseits muss eine Dienstabdeckung rund um die Uhr gewährleistet sein. Die zunehmende Spezialisierung der Fachdisziplinen generiert zusätzliche Dienste. Das sich wandelnde Berufsbild, der Ruf nach mehr Teilzeitarbeit und besserer Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben erhöht die Anforderungen weiter. Der Autor des Artikels berät im Auftrag des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -Ärzte (VSAO) schweizweit Kliniken und Spitäler im Bereich Dienstplanung. Nachfolgend sind einige wichtige Aspekte aufgeführt.

### Der Planungsfehler

Planungsbasis: Grundfehler vieler Spitäler und Kliniken ist es, die Arbeitszeit der Assistenz- und Oberärzte bei der arbeitsgesetzlich zulässigen Höchst-arbeitszeit anzusiedeln. Dies ist weder sinnvoll noch inhaltlich korrekt. Die Arbeitszeit der Ärzte setzt sich einerseits aus der Arbeitsleistung und andererseits aus der Weiter- und Fortbildung zusammen. Da die Weiterbildung für die Assistenzärztinnen eine Pflicht darstellt, gilt die Erlangung eines Facharztstitels notwendige Weiterbildungszeit als Arbeitszeit. Insgesamt darf die Arbeitszeit, inklusive der Weiter- bzw. Fortbildungszeit, die wöchentliche Höchst-arbeitszeit von 50 Stunden nicht überschreiten. Die reine Arbeitsleistung beträgt dabei 42 Stunden. Hinzu kommen bei den Assistenzärzten wöchentlich je 4 Stunden für implizite Weiterbildung am Arbeitsplatz und 4 Stunden strukturierte, geplante Weiterbildung.

Da in Spät-, Nacht- und Wochenenddiensten die Anteile an Weiter- und Fortbildung, zumindest die strukturierten Anteile, gegen null gehen dürften, sollte die Planung dieser Dienste bzw. der 24-Stunden-Dienstabdeckung inhaltlich auf der Basis einer 42- bis maximal 46-Stunden-Woche erfolgen. Generell ist es zu empfehlen, die tägliche Sollarbeitszeit nicht bereits am oberen Limit festzulegen, da ansonsten jegliches Arbeiten über die vorgesehene Dauer hinaus zum Entstehen von Überzeit führt. Wenn die reine Arbeitsleistung nicht zuungunsten der Weiterbildung ausgedehnt wird, dürfte ausreichend Zeit für eine adäquate Weiterbildung vorhanden sein.

### Das Fünf-Tage-Prinzip

Höchst-arbeitszeit: Die maximal zulässige Arbeitszeit beträgt bei Assistenzärztinnen in der ganzen Schweiz 50 Stunden pro Woche. Bei Oberärzten in der Regel auch, eine Ausnahme stellen nur die ganz wenigen öffentlich-rechtlichen Anstalten ohne eigene Rechtspersönlichkeit dar. Das Planen über die Höchst-arbeitszeitgrenze hinaus ist nicht erlaubt. Das Einhalten der Höchst-arbeitszeit hat – bis auf eine Ausnahme – wöchentlich zu erfolgen. Als Konsequenz ist es in der Planung wichtig, dass pro Arbeitswoche nicht mehr als fünf Arbeitstage mit Tages- oder Wochenendarbeit geplant werden und mit den geplanten Diensten die Höchst-arbeitszeit respektiert wird. Wenn einer oder mehrere der Arbeitstage geplant länger als 10 Stunden dauern, was beispielsweise bei einem Zweischichtsystem oder im Wochenenddienst der Fall sein kann, so ist dies durch eine Reduktion der Arbeitstage zu berücksichtigen.

### Das Überzeitproblem

Arbeitstage auf Station: Normale Arbeitstage auf Station dauern oft länger als 10 Stunden pro Tag und generieren Überzeit. Pro Kalenderjahr dürfen dabei kumuliert maximal 140 Stunden Überzeit entstehen. Das Entstehen von Überzeit im normalen Arbeitsalltag ist darum kritisch. Zudem müssen diese Überzeiten kompensiert werden, was in längere Absenzen mündet und die Anzahl Arbeitswochen, die ein Mitarbeiter anwesend ist und Weiterbildung absolvieren sowie Erfahrung sammeln kann, reduziert. Im Falle eines Auszahlens der Überzeit fällt zwingend ein zusätzlicher Lohnzuschlag an.

Durch Reorganisieren des Tagesablaufs und Hinterfragen aller Arbeitsinhalte und Tagesfixpunkte kann eine Reduktion dieser Überzeit erreicht werden. Ziel muss es sein, die Arbeiten im normalen Stationsalltag innert weniger als 10 Stunden bewältigen zu können. Als erste Massnahme lohnt es sich, die durchschnittlichen Arbeitszeiten pro Tag und Dienst zu eruieren. Danach kann analysiert werden, wo und durch was im Alltag ein effizienteres Arbeiten behindert wird. Meistens lassen sich die Tagesarbeitszeiten durch relativ einfache Massnahmen senken, beispielsweise durch gestraffte Visitenzeiten, das Einführen störungsfreier Zeiten und durch frühzeitiges und verbindliches Besprechen der Patienten mit den Kaderärztinnen. Tagesfixpunkte – etwa die Nachmittagsrapporte in chirurgischen Disziplinen, Weiterbildungen oder Tumor-Boards – sollten frühzeitig und nicht am Ende des Arbeitstages stattfinden. Damit die Ärzte mehr Zeit für ihre Kernaufgabe als Arzt und die damit verbundene Weiterbildung haben, ist eines der obersten Ziele, die nicht-ärztlichen Tätigkeiten konsequent zu reduzieren und auf andere Berufsgruppen zu verlagern. Hierfür sollten ausreichend Ressourcen bereitstehen.

### Die Führungsthematik

Aktives Führen: Ein Aspekt, der vielerorts zu wenig Beachtung findet, ist das aktive Führen der ärztlichen Mitarbeitenden. Dies beginnt bereits bei Anstellungsbeginn, indem nur eine kurze und nicht immer strukturierte Einführungszeit vorgesehen ist und diese Einführung meistens auf derselben Hierarchiestufe erfolgt. Ein bisheriger Assistenzarzt führt die neue Assistenzärztin ein. Damit verspielt man sich die Einflussmöglichkeiten, die man hätte, wenn die Einführung durch Oberärzte und das Kader erfolgen würde.

Anstatt später, und wenn gegebenenfalls bereits Überzeiten entstanden sind, zu monieren, wie es der Assistenzarzt hätte besser machen können, wäre es viel sinnvoller, bereits zu Beginn zu zeigen, wie eine Visite speditiv und zielorientiert abläuft, wie zu dokumentieren ist und was es im Berichtswesen braucht – dies immer mit Fokus auf eine Optimierung der administrativen Tätigkeiten und Reduktion der täglichen Arbeitszeit. Die Assistenzärztin wird dankbar und nicht bereits in den ersten Wochen überfordert sein und die Einführung entsprechend schätzen. Wenn damit Arbeitszeiten kurz- und langfristig sinken, hat sich der Einsatz auch finanziell gelohnt.

Zum aktiven Führen gehört zudem das Wahrnehmen der Verantwortung bezüglich Einhaltung der arbeitsgesetzlichen Bestimmungen. Hierfür empfiehlt sich ein regelmässiges Monitoring der Arbeitszeiten einerseits und andererseits ein periodisches Besprechen der Arbeitszeiten mit den Mitarbeitenden,

um bei Bedarf frühzeitig intervenieren zu können. Ein Dienstsysteem, das systematisch das Arbeitsgesetz verletzt, darf die Klinikleitung nicht tolerieren. Seitens Spital müssen die für eine arbeitsgesetzkonforme Dienstabdeckung notwendigen Stellenprozente gewährt werden. Die Verantwortung dafür liegt letztlich auf Ebene der Spitalleitung beziehungsweise beim CEO.

### Die Nachtarbeitsregeln

**Nachtdienste:** Die Nachtdienste sind ein kritischer Bereich in der Planung. Als Nachtarbeit gelten alle Dienste, die in den Nachtarbeitszeitraum (23 bis 6 Uhr) hineinreichen. Endet ein Spätdienst beispielsweise erst nach 23 Uhr, so sind die Regeln der Nachtarbeit einzuhalten. Bei Nachtarbeit ist die Arbeitszeit im Grundsatz auf 9 Stunden im Zeitraum von 10 Stunden limitiert. Nur wenn spezifische Vorgaben respektiert werden können, sind Nachtdienste von maximal 12 Stunden Dauer möglich. Dies ist für einen Assistenzarzt in Dienststartfunktion auf einer Notfallstation meistens nicht der Fall. Nur wenn die effektive Arbeitszeit 8 Stunden im Zeitraum von 12 Stunden nicht übersteigt, somit eine Ruhezeit von 4 Stunden pro Nacht mit Liegemöglichkeit gegeben und realistisch ist, dürfen lange Nachtdienste geplant werden.

Die gesamten 12 Stunden gelten als Arbeitszeit. Dies zu planen, kann in kleineren Fachbereichen oder auf Ebene der Oberärztinnen – sofern ein Präsenzdienst notwendig ist – möglich und sinnvoll sein. Eine über die maximale Dauer von 12 Stunden reichende Schicht ist jedoch keinesfalls erlaubt. Visitedienste am Morgen nach einem Nachtdienst sind daher nicht möglich. Das Planen von 7 Nachtdiensten in Folge ist im Sinne der Verlängerung der Arbeitswoche auf 7 Tage ausdrücklich erlaubt. In diesem Fall gilt für das Einhalten der Höchstarbeitszeit ausnahmsweise ein zweiwöchiger Betrachtungszeitraum. Im Anschluss an den letzten Dienst müssen 83 Stunden Ruhezeit folgen.

Anzumerken ist, dass bei einem wochenweisen Nachtdienst eine Arbeitszeit auf Basis von 42 bis maximal 46 Stunden pro Woche angestrebt werden sollte. Die gegebenenfalls dadurch entstehende relative Minuszeit bezüglich der vertraglichen Sollarbeitszeit sollte dem Mitarbeiter nicht angelastet werden.

### Das Wochenendsystem

**Wochenendabdeckung:** Die Wahl des Dienstsystems am Wochenende hängt unter anderem davon ab, ob ein Präsenzdienst erforderlich ist oder ein Pikettdienst geplant werden kann. Beim Präsenzdienst bedarf es mindestens eines Zweischichtsystems, wobei die Tagdienste automatisch länger als 12 Stunden werden müssen, da die Nachtdienstdauer – auch unter idealsten Bedingungen – nie länger als 12 Stunden dauern darf. Die Überlappungszeit wird somit zulasten des Tagdienstes gehen müssen. Limitierend ist die maximal zulässige Arbeitszeit pro Arbeitstag. Diese beträgt 12,5 Stunden im Zeitraum von 14 Stunden. Die Pausenzeit hat bei durchgehender Zuständigkeit bzw. wenn ein Arzt für Dienstleistungen vor Ort gebunden ist als Arbeitszeit zu zählen.

Bei der Planung der Wochenenddienste ist wichtig, dass die an den Wochenenddiensten zu erwartende Arbeitszeit insofern Berücksichtigung findet, dass alle Dienste in derselben Woche zu keinem geplanten Überschreiten der Höchstarbeitszeit führen. Die Wochenenddienste müssen entsprechend in derselben Woche kompensiert werden. Damit anschliessend mit der Folgewoche keine 7 Arbeitstage in Folge entstehen, lassen sich die Wochenenddienste splitten. Andernfalls muss einer der Arbeitstage in der Folgewoche unter der Woche arbeitsfrei bleiben. Beim arbeitsgesetzlich korrekten Planen von Wochenenddiensten entstehen meistens relative Minuszeiten, die dem Mitarbeiter nicht angelastet werden sollten.

### Die Pikettdienstdefinition

**Pikettdienste:** Grundsätzlich wären Pikettdienste dafür da, neben der normalen Arbeit für ausserordentliche Ereignisse bereit zu sein. Eredigten Arbeitnehmende bei einem Einsatz ihre normale Arbeit, handelt es sich nicht um einen

Pikettdienst. In den Spitälern erfolgt die Dienstabdeckung – insbesondere auf Ebene der Oberärztinnen – oft als Pikettdienst. Dies dürfte nicht in allen Fällen korrekt sein.

Wichtig ist, dass beim Planen der Pikettdienste keine konkreten, fixen Arbeitsinhalte vorgesehen sind. Beispielsweise ist das Planen eines reinen Pikettdienstes am Wochenende dann falsch, wenn er eine reguläre Visite beinhaltet. Dasselbe gilt, wenn am Ende eines Nacht-Pikettdienstes die Präsenz am nächsten Morgenrapport vorgesehen wäre. Sofern es eine verkürzte Interventionszeit von weniger als 30 Minuten braucht, sollten die Dienste konsequent als Präsenzdienste geplant werden. Andernfalls geht man das Risiko ein, die Dienste nachträglich als solche werten zu müssen, da ein Pikettdienst dann als Arbeitszeit zählt, wenn der Dienst aufgrund von verkürzter Interventionszeit nicht von zu Hause aus geleistet werden kann. Im Falle einer Pikettdienstabdeckung nachts muss man darauf achten, dass die Ruhezeitvorschriften von insgesamt 11 Stunden bis zum nächsten Dienst eingehalten werden. Das Planen eines Tagdienstes am Folgetag ist nicht möglich, wenn erfahrungsgemäss oft Arbeitsersätze im Pikettdienst entstehen, die das Einhalten der Ruhezeitvorschriften nicht erlauben.

### Die Abdeckungsfrage

**Dienstabdeckung auf Ebene der Oberärzte/Kaderärzte:** Die 24-Stunden-Dienst-Abdeckung hängt davon ab, ob diese in Form von Pikettdiensten erfolgen kann oder ob Präsenzdienste notwendig sind. Bei einem Traumazentrum ist beispielsweise die permanente Präsenz eines Facharztes Chirurgie zwingend erforderlich, ansonsten meistens nicht. Wenn nachts oft Operationen anfallen und zahlreiche telefonische Auskünfte anstehen, dürfte ein reguläres Nachtarztssystem dennoch sinnvoll sein. Ein reguläres Nachtarztssystem sollte ebenfalls erwogen werden, wenn eine Anwesenheit innert weniger als 30 Minuten erforderlich oder gewünscht wird.

Wenn umgekehrt nur selten Einsätze zu erwarten sind und eine Pikettinterventionszeit von mindestens 30 Minuten ausreicht, dürfte ein Pikettdienstsystem zu empfehlen sein. Wichtig ist es, dass man die Häufigkeit von Piketteinsätzen und die daraus resultierende Arbeitszeit eruiert und kennt. Die Dienstplanung sollte die im Falle von Pikettdienst zu erwartende Arbeitszeit berücksichtigen. Inklusiv dieser sollte die Höchstarbeitszeit in der Regel eingehalten werden können. Entsprechend sind konsequent freie Tage in Arbeitswochen mit Diensten zu planen. Damit möglichst viele kleinere Fachdisziplinen ihre Dienstabdeckung in Form von Pikettdiensten leisten können, lohnt sich das Schaffen und Stärken von kompetenten Notfallzentren, die eine primäre Dienstabdeckung dann mit ausreichend Personal gewährleisten. Die Dienstabdeckung in einem Spital sollte – wo immer möglich – fächerübergreifend und interdisziplinär erfolgen. Damit lassen sich letztlich Ressourcen in den spezialisierten Fachdisziplinen sparen.

### Die Stellenbezeichnungen

**Leitende Ärzte:** In den meisten Spitälern werden die Leitenden Ärzte seitens Arbeitgeber als vom Arbeitsgesetz ausgenommen betrachtet. Ihre Arbeits- und Präsenzzeiten bewegen sich entsprechend oft ausserhalb arbeitsgesetzlicher Grenzen. Rein rechtlich gesehen dürften die Leitenden Ärzte meistens dem Arbeitsgesetz unterstehen, dies bei normalerweise fehlender Budgetverantwortung. Unabhängig davon, wie ein Gericht die Frage im Einzelfalle beantworten würde, ist anzumerken, dass hinsichtlich langfristiger Sicherung der Attraktivität von Arbeitsstellen auch für Leitende Ärzte gute und familienfreundliche Arbeitsbedingungen gelten sollten. Mit dem Schaffen von Leitender-Arzt-Stellen sollte jedenfalls nicht versucht werden, das Arbeitsgesetz zu umgehen. Dasselbe gilt erst recht für die zunehmend in Spitälern geschaffenen Oberarzt-Stellen mit besonderer Funktion (OA mbF) oder für Stellvertretende Leitenden Ärzte (Stv. LA). Für sie gilt das Arbeitsgesetz immer. In der Planung sollten daher die notwendigen Ersatzruhetage bei Wochenenddiensten konsequent berücksichtigt werden. Das Einhalten der Ruhezeitvorschriften dürfte in invasiv bzw. operativ tätigen Bereichen insbesondere aus haftungsrechtlichen Gründen bedeutsam sein.

## Planification des services: les critères essentiels

**Le respect de la loi sur le travail par les hôpitaux n'est pas toujours simple, mais c'est une obligation. En la matière, la planification des services pour le personnel médical joue un rôle central. Établir les tableaux de service conformément à la loi améliore la situation sur le lieu de travail. La formation post-graduée des médecins peut en tirer profit.**

Philipp Rahm, conseiller en planification des services à l'ASMAC, médecin-chef adjoint au Centre interdisciplinaire des urgences de l'Hôpital cantonal de Baden, philipp.rahm@ksb.ch

Presque tous les hôpitaux suisses contreviennent régulièrement à la loi sur le travail. La planification des services pour le personnel médical est d'une importance décisive pour le respect des dispositions du droit du travail. Mais c'est un exercice très difficile: d'une part, seules des ressources limitées en personnel sont disponibles, d'autre part, une couverture des services doit être garantie 24 heures sur 24. La spécialisation croissante des différentes disciplines génère des services supplémentaires. L'évolution des profils professionnels, la demande de davantage de travail à temps partiel et l'aspiration à pouvoir mieux concilier travail et vie privée ajoutent encore aux exigences. L'auteur du présent article conseille, pour le compte de l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAC), des cliniques et des hôpitaux sur l'ensemble du territoire national dans le domaine de la planification des services. Quelques aspects importants sont évoqués ci dessous.

### L'erreur de planification

Base de la planification: l'erreur fondamentale de beaucoup d'hôpitaux et de cliniques est d'aligner le temps de travail des médecins-assistant(e)s et des chef(fe)s de clinique sur le temps de travail maximum autorisé par la loi sur le travail. Ceci n'est ni judicieux, ni intrinsèquement correct. Le temps de travail des médecins se décompose en prestations de soins d'une part, et en formation post-graduée et continue d'autre part. Étant donné que la formation post-graduée est obligatoire pour les médecins-assistant(e)s, le temps de formation post-graduée nécessaire à l'obtention d'un titre de médecin spécialiste est considéré comme du temps de travail. Au total, le temps de travail, y compris le temps de formation post-graduée et continue, ne doit pas dépasser le temps de travail maximal hebdomadaire de 50 heures. La prestation de soins proprement dite est alors de 42 heures. Pour les médecins-assistant(e)s, s'y ajoutent chaque semaine 4 heures de formation post-graduée implicite sur le lieu de travail et 4 heures de formation post-graduée planifiée et structurée.

Étant donné que dans les services du soir, de nuit et du week-end, les quotas de formation post-graduée et continue, au moins pour ce qui est de la partie structurée, sont sans doute proches de zéro, la planification de ces services et celle de la couverture des services fonctionnant 24 heures sur 24 devrait, du point de vue du contenu, se faire sur la base d'une semaine de 42 ou, au maximum, de 46 heures. De manière générale, il est recommandé de ne pas fixer a priori le temps de travail théorique quotidien à la limite supérieure, car sinon tout travail effectué au-delà de la durée prévue entraîne des heures supplémentaires. Si la prestation de soins proprement dite ne se prolonge pas au détriment de la formation post graduée, il devrait rester suffisamment de temps pour une formation post-graduée appropriée.

### Le principe des cinq jours

Durée maximale du travail: pour les médecins-assistant(e)s, le temps de travail maximal autorisé est, dans toute la Suisse, de 50 heures par semaine. En général, c'est également le cas pour les chef(fe)s de clinique, les très rares établissements de droit public sans personnalité juridique propre constituant une exception. La planification au delà de la limite de la durée maximale du travail est interdite. Le respect du temps de travail maximal doit – sauf exception – être

assuré par semaine. Par conséquent, il est important, dans la planification, de ne pas prévoir par semaine de travail plus de cinq jours de travail de jour ou en week-end, et de respecter le temps de travail maximal avec les services programmés. Si un ou plusieurs jours de travail planifiés durent plus de 10 heures, ce qui peut, par exemple, être le cas avec un système à deux équipes ou pour le service du week-end, cela doit être pris en compte par une réduction des jours de travail.

### Le problème des heures supplémentaires

Journées de travail dans le service: les journées de travail normales dans le service durent souvent plus de 10 heures et génèrent des heures supplémentaires, pour lesquelles un cumul de 140 heures au maximum par année calendaire est autorisé. Les heures supplémentaires dans le travail quotidien normal sont donc critiques. De plus, ces heures supplémentaires doivent être compensées, ce qui débouche sur des absences plus longues et réduit le nombre de semaines de travail où un collaborateur est présent et pendant lesquelles il peut suivre une formation post-graduée et acquérir de l'expérience. Dans le cas où les heures supplémentaires sont payées, une indemnité supplémentaire est obligatoirement due.

Une réorganisation des journées types et la remise en cause de tous les contenus du travail et des points fixes de la journée permettent de parvenir à réduire ces heures supplémentaires. L'objectif doit être de pouvoir s'acquitter des tâches inhérentes au fonctionnement normal du service en moins de 10 heures. Dans un premier temps, il vaut la peine de procéder à une évaluation des temps de travail moyens par jour et par service. Il est alors possible de déterminer où se situent les problèmes qui, dans la routine quotidienne, empêchent de travailler plus efficacement. Le plus souvent, les heures de travail quotidien peuvent être réduites grâce à des mesures relativement simples, par exemple grâce à des durées de visite resserrées, à l'introduction de moments pendant lesquels le personnel n'est pas dérangé et à un entretien précoce et obligatoire des patients avec les médecins-cadres. Les points fixes de la journée – par exemple les rapports de l'après-midi dans les disciplines chirurgicales, les formations post-graduées ou les tumor boards – devraient se faire plus tôt et pas à la fin de la journée de travail. Afin que les médecins aient davantage de temps pour leur mission principale de soignant(e)s et pour la formation post-graduée qui y est liée, l'un des objectifs prioritaires est de réduire de façon conséquente les activités non médicales et de les transférer à d'autres catégories professionnelles. Pour ce faire, des ressources suffisantes devraient être disponibles.

### La thématique de l'encadrement

Encadrement actif: l'encadrement actif des collaborateurs médicaux est un aspect auquel il est souvent accordé trop peu d'attention. Cela commence dès les premiers jours d'embauche, car seule est prévue une brève période de mise au courant, pas toujours structurée, et cette initiation a le plus souvent lieu au même niveau hiérarchique. Un médecin-assistant du service met au courant la nouvelle médecin-assistante. On perd ainsi les possibilités d'influence que permettrait une initiation assurée par des chef(fe)s de clinique et des cadres.

Au lieu de critiquer les méthodes de la nouvelle médecin assistante a posteriori, et lorsqu'elle ont éventuellement déjà été à l'origine d'heures supplémentaires, en lui expliquant comment elle aurait pu mieux faire, il serait certainement plus judicieux de montrer, dès le début, comment se déroule une visite rapide et ciblée, comment la documenter et ce qui doit figurer dans le compte rendu, et ce en mettant toujours l'accent sur une optimisation des tâches administratives et une réduction du temps de travail quotidien. La nouvelle médecin-assistante en sera reconnaissante, ne sera pas débordée dès les premières semaines et appréciera donc cette mise au courant à sa juste valeur. Si les horaires de travail diminuent ainsi à court et à long terme, une telle intervention en aura aussi financièrement valu la peine.

Avoir conscience de la responsabilité en matière de respect des dispositions de la loi sur le travail fait aussi partie de l'encadrement actif. Pour cela, sont recommandés d'une part une surveillance régulière des temps de travail et d'autre part un entretien périodique avec les collaborateurs et collaboratrices à propos des temps de travail, afin de pouvoir intervenir suffisamment tôt le cas échéant. La direction d'une clinique ne doit pas tolérer un système de service qui contrevient systématiquement à la loi sur le travail. De son côté, l'hôpital doit accorder les postes nécessaires pour une couverture des services conforme à la loi sur

le travail. La responsabilité correspondante se situe, en définitive, au niveau de la direction de l'hôpital ou du CEO.

### Les règles sur le travail de nuit

**Services de nuit:** les services de nuit sont un domaine critique de la planification. Sont considérés comme travail de nuit tous les services qui empiètent sur la tranche du travail de nuit (23 à 6 h). Par exemple, si un service du soir ne se termine qu'après 23 heures, les règles du travail de nuit doivent être respectées. Pour le travail de nuit, le temps de travail est en principe limité à 9 heures sur une période de 10 heures. Des services de nuit d'une durée de 12 heures maximum ne sont possibles que si des exigences spécifiques peuvent être respectées, ce qui n'est le plus souvent pas le cas pour un médecin-assistant exerçant la fonction de médecin de garde dans un service des urgences. Les services de nuit longs ne peuvent être programmés que si le temps de travail effectif ne dépasse pas 8 heures sur une période de 12 heures, et donc à condition qu'un temps de repos de 4 heures par nuit, avec possibilité de s'allonger, soit possible et réaliste.

La totalité des 12 heures est considérée comme du temps de travail. Les planifier peut être possible et judicieux dans des domaines spécialisés relativement petits ou au niveau des médecins-chef(fe)s si un service de garde sur place est nécessaire. Une équipe dépassant la durée maximale de 12 heures n'est cependant en aucun cas autorisée. Des services de visite en matinée après un service de nuit ne sont donc pas possibles. La planification de 7 services de nuit consécutifs est expressément autorisée au sens de la prolongation de la semaine de travail à 7 jours. Dans ce cas, pour le respect du temps de travail maximal, une période de prise en compte de deux semaines est autorisée à titre exceptionnel. 83 heures de repos doivent suivre à la fin du dernier service. Il convient de remarquer que pour un service de nuit hebdomadaire, le temps de travail devrait autant que possible être calculé sur la base de 42 à 46 heures maximum par semaine. Le solde négatif (par rapport au temps de travail théorique contractuel) qui en résulterait éventuellement ne devrait pas être imputé au collaborateur.

### Le système des week-ends

**Couverture des week-ends:** le choix du système de service en week-end dépend entre autres du fait qu'un service de garde sur place soit nécessaire ou non ou qu'un service de piquet suffise. Pour le service de garde sur place, un système à deux équipes au moins doit être planifié, les services de jour devant alors automatiquement durer plus de 12 heures, car la durée du service de nuit – y compris dans les conditions les plus idéales – ne doit jamais être supérieure à 12 heures. Le temps de chevauchement devra ainsi être décompté au détriment du service de jour. Le temps de travail maximal autorisé par journée de travail a un effet limitatif. Il est de 12,5 heures sur une période de 14 heures. Dans le cas d'une disponibilité continue ou lorsqu'un médecin est mobilisé pour des prestations effectuées sur place, le temps de pause doit être compté dans le temps de travail.

Pour la planification des services de week-end, il est important que le temps de travail attendu ces jours là soit pris en compte de sorte que tous les services dans la même semaine n'entraînent aucun dépassement programmé du temps de travail maximal. Les services de week end doivent être compensés en conséquence dans la même semaine. Afin que la semaine suivante ne comporte pas 7 journées travaillées consécutives, les services du week-end peuvent être fragmentés. Dans le cas contraire, l'un des jours ouvrables de la semaine suivante doit être non travaillé pendant cette semaine. Une planification correcte du point de vue de la loi sur le travail des services de week end entraîne le plus souvent des soldes de temps négatifs relatifs qui ne devraient pas être imputés au collaborateur.

### La définition des services de piquet

**Services de piquet:** en principe, les services de piquet doivent permettre de faire face à des événements exceptionnels en dehors du travail normal. Lorsque des employé(e)s effectuent leur travail normal lors d'une intervention, il ne s'agit pas d'un service de piquet. Dans les hôpitaux, la couverture des services – notamment au niveau des chef(fe)s de clinique – se fait souvent sous forme de service de piquet, ce qui ne devrait pas être correct dans tous les cas. Il est important qu'aucun contenu de travail concret et fixe ne soit prévu dans

la planification des services de piquet. Par exemple, la planification d'un simple service de piquet le week-end n'est pas appropriée si le service inclut une visite régulière. Il en va de même si la présence au rapport du matin suivant est prévue à la fin d'un service de piquet de nuit. Si les services nécessitent un temps d'intervention réduit de moins de 30 minutes, ils devraient être prévus systématiquement comme des services de garde sur place. Sinon, il y a le risque de devoir les considérer après coup comme tels, car un service de piquet comptera dans le temps de travail si le service ne peut pas être assuré depuis le domicile en raison d'un temps d'intervention réduit. Dans le cas de la couverture d'un service de piquet de nuit, il faut veiller à ce que les dispositions concernant le temps de repos de 11 heures au total avant le prochain service soient respectées. Quand l'expérience montre que des interventions de travail qui ne permettent pas le respect des dispositions de repos ont souvent lieu pendant le service de piquet, la planification d'un service de jour pour la journée suivante n'est pas possible.

### La question de la couverture

**Couverture des services au niveau des chef(fe)s de cliniques/des médecins-cadres:** la couverture des services 24 heures sur 24 dépend du fait qu'elle puisse se faire ou non sous forme de services de piquet ou que des services de garde sur place soient nécessaires. Pour un centre de traumatologie, la présence permanente d'un médecin spécialiste en chirurgie est, par exemple, impérativement nécessaire, mais elle ne l'est souvent pas dans d'autres services. Si des opérations doivent souvent être pratiquées de nuit et nécessitent de nombreux renseignements téléphoniques, un système régulier de médecin de nuit devrait toutefois être judicieux. Un système régulier de médecin de nuit devrait également être envisagé quand une présence est nécessaire ou souhaitée dans un délai inférieur à 30 minutes

Inversement, lorsque des interventions ne sont que rarement à attendre et qu'un temps d'intervention de piquet de 30 minutes au moins suffit, un système de piquet devrait être recommandé. Il est important de déterminer et de connaître la fréquence des interventions de piquet et du temps de travail qui en découle. La planification des services devrait prendre en compte le temps de travail à attendre dans le cas du service de piquet. Y compris celui-ci, le temps de travail maximum devrait pouvoir en général être respecté. Par conséquent, les journées libres dans les semaines de travail doivent être planifiées avec les services. Pour que le plus grand nombre possible de petites disciplines spécialisées puissent assurer la couverture de leurs services sous forme de services de piquet, il vaut la peine de créer et de renforcer des centres d'urgence compétents qui garantissent alors une couverture primaire des services avec un personnel suffisant. La couverture des services dans un hôpital devrait – dans la mesure du possible – être pluridisciplinaire et interdisciplinaire, et doit en définitive permettre d'économiser des ressources dans les disciplines spécialisées.

### Les désignations des postes

**Médecins-chef(fe)s:** dans la plupart des hôpitaux, les médecins-chef(fe)s sont considéré(e)s par leur employeur comme n'étant pas soumis(e)s à la loi sur le travail. Leurs horaires de travail et de présence sont donc par conséquent souvent en dehors des limites assignées par la loi sur le travail. D'un point de vue purement juridique, les médecins-chef(fe)s devraient la plupart du temps être assujetti(e)s à la loi sur le travail, et ce, normalement, sans responsabilité budgétaire. Indépendamment de la manière dont un tribunal répondrait à cette question dans des cas particuliers, il convient de remarquer que dans la perspective de garantir à long terme l'attractivité des postes de travail, de bonnes conditions de travail, compatibles avec une vie de famille, devraient aussi s'appliquer pour les médecins-chef(fe)s. La création de postes de médecins-chef(fe)s ne devrait certainement pas, en tout cas, être une tentative de contournement de la loi sur le travail.

Ces mêmes remarques sont tout aussi valables pour les médecins-chef(fe)s adjoint(e)s ou pour les postes de chef(fe)s de clinique avec fonction particulière, de plus en plus souvent créés dans les hôpitaux. Pour eux, la loi sur le travail s'applique toujours. Dans la planification, les journées de repos compensatoire nécessaires devraient donc être prises en compte en conséquence dans les services de week-end. Le respect des dispositions sur le temps de repos devrait être scrupuleux dans les domaines invasifs ou opératoires, notamment pour des raisons de responsabilité légale.