

per av läkartjänster. De lokala förutsättningar motiverar detta, eftersom behoven kommer att skilja sig åt beroende på hur den övriga närsjukvården och hur befolkningsstrukturen ser ut.

Det borde i programmet klarare framgå att närsjukvården med närsjukhus även innehåller slutenvårdsplatser och, i enlighet med Sjukhusläkarförningens förslag, har en huvudinriktning på »akutverksamhet med tillräckligt antal vårdplatser för observation, diagnostik och behandling inom i första hand internmedicin och geriatrik«. Eller som det uttrycks i Skånsk Livskraft »huvuddelen av internmedicinen betraktas som närsjukvård«.

Närakut- och specialistakutsjukhus?

I avsnittet om sjukhusvård sägs att för akuta tillstånd behövs fullt utrustade sjukhus. (I strikt mening behöver ju de flesta akuta tillstånd knappast ens sjukhus.) Man föreslår för denna vårdnivå beteckningen sjukhusvård. Men hur skall allmänheten uppfatta detta, då även närsjukhus erbjuder en form av sjukhusvård?

Vad som här avses är tydligen det som idag oftast kallas akutsjukhus, av vilka nu, enligt Landstingsförbundet, ytterligare ett 30-tal skall läggas ner. Akutsjukhus är inte heller någon bra rubrik då närsjukvård med närsjukhus volymmässigt kanske kommer att handlägga fler akuta fall. Är inte beteckningen närakutsjukhus respektive specialistakutsjukhus bättre, för att tydliggöra vad det rör sig om?

En nödvändig diskussion, som inte tas upp i programmet, berör den viktiga frågan om beteckning och utbildning för de nya läkarbefattningar som rimligtvis måste skapas i ett nytt koncept för den basala vården. Vi tänker då i första hand på den breda yrkesprofil som företrädaren för allmän invärtesmedicin bör ha för att kunna klara föreliggande uppgifter i framtidens närsjukvård.

Sjukvård i regionens perifera områden

Vore det inte befogat att också diskutera metoden för fördelning av regionpengar ut till de mycket varierande former av sjukvård som kommer att finnas? Ett av dagens stora problem är ju den ökande makten för centralistiska krafter. Hur skall man på ett bra sätt och utan bypolitiskt tänkande kunna tillskapa och få acceptans för adekvat sjukvård i regionens perifera områden? Behövs det någon form av lokal administrativ kraft och, i så fall, efter vilken princip skall sådana personer utses? •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Individualiserad arbetstid bättre än treskift för läkare

På Sjukhuset i Varberg har man testat att göra läkarscheman som följer EUs arbetstidsdirektiv med elva timmars dygnsvila och slopade jourer. Enligt Varbergsmodellen skulle det enklaste vara att införa treskiftsarbete för läkare. Vi håller inte med. Vi vill i stället ha individualiserad anpassning av arbetstiden, vilket skapar arbetsglädje och motivation samt möjlighet att påverka sin arbetsituation, skriver tre Sylf-företrädare i denna replik på ett tidigare inlägg.

CHARLOTTA SÄVBLOM
ordförande

ERIK HULEGÅRDH
vice ordförande
erik.hulegardh@comhem.se

TOMAS LINDHOLM
styrelseledamot; samtliga i Sveriges yngre läkares förening (Sylf)

■ Sveriges yngre läkares förening (Sylf) ser positivt på att arbetsgivaren lokalt i Varberg tar arbetstidsfrågan på allvar och söker nya lösningar (debattartikel av Dag Larsson och medförfattare i LT 24/2004, sidan 2126). Den centrala motsvarigheten, Landstingsförbundet, målar upp en dystert bild av konsekvenserna om EUs arbetstidsdirektiv förs in i svensk lagstiftning. Direktivet föreskriver bland annat elva timmars sammanhängande dygnsvila och maximalt 48 timmars arbetsvecka i genomsnitt.

Varbergsmodellen

Personalavdelningen i Varberg har prövat ett »spökschema« som följer arbetstidsdirektivet med elva timmars dygnsvila. Enligt Varbergsmodellen skulle det enklaste vara att införa treskift. Enligt författarna skulle detta leda till ökad kontinuitet såväl för medarbetare som för patienter. Det skulle också skapa ökad säkerhet i vården med fler utvilade medarbetare. Denna argumentation har vi i Sylf svårt att förstå. Det är också förvånansvärt att bakjourerna exkluderas. De drar ett tungt kliniskt lass till gagn för jourverksamheten och även deras arbetsvillkor måste ses över och förbättras.

Individualiserad arbetstid

Sylf menar att artikelförfattarna presenterar en förenklad bild av läkares komplexa arbetssituation. Istället för skiftarbete bör man, enligt Sylf, verka för individualiserad arbetstid. Samtidigt måste

detta ske inom rimliga ramar, som kräver mer styrande arbetsregler. Sylf anser att samma regler och lagar skall gälla läkare som andra arbetstagare:

- 40 timmars arbetsvecka inklusive jour bör vara normen.
- Arbetspassen skall normalt vara 13 timmar långa – lokala avsteg kan göras om arbetstagaren t ex har möjlighet att sova sammanhängande.
- Rätt att gå hem morgonen efter jour.
- Arbetet måste organiseras så att raster och pauser möjliggörs.
- Gravida måste på egen begäran befrias från jourer kvällar, nätter och helger.

Arbetsglädje och motivation

Individuell anpassning av arbetstiden skapar arbetsglädje och motivation samt möjlighet att påverka sin arbetsituation. Att ge möjlighet till individuell arbetstid är en spännande utmaning där arbetsgivaren och professionen har ett gemensamt ansvar som inrymmer stora möjligheter till kvalitetsförbättringar.

Vad som krävs är nytänkande kring organisation och arbetssätt, t ex ökat samarbete mellan personalgrupper och optimering av vårdkedjor. Centralt är också att göra rätt arbete i rätt tid och på rätt vårdnivå. Inte minst krävs en seriös och allvarlig menad satsning på primärvården, så att patienterna kan tas om hand dagtid av sin familjeläkare, istället för att söka sjukhusens akutmottagningar på kvällen, nätter och helger.

Treskift ett steg i fel riktning

Att som företrädarna för sjukhuset i Varberg propagera för treskiftsarbete är emellertid ett steg i fel riktning. Sylf anser att framtidens sjukvårdsorganisation bör skapa utrymme för flexibla arbetstider än så. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.