

Hur behåller man och **lockar** läkare till **primärvården**?



Skånes universitetssjukvård



Uppdragsbeskrivning

Bristen på allmänläkare i Sverige är uttalad och en av de absolut viktigaste frågorna för hälso- och sjukvården att försöka komma till rätta med. Undertecknad fick därför hösten 2013 i uppdrag av divisionschef Karin Träff Nordström, Skånes Universitetssjukvård, att – tillsammans med HR – driva processen att försöka trygga försörjningen av allmänläkare i divisionen.

I denna rapport har huvudfokus legat på att göra en nulägesanalys samt att finna och sammanställa goda exempel på hur man kan behålla och locka läkare till primärvården.

Slutsatserna i rapporten har dragits efter analys av intervjuer med ett hundratal läkare, såväl enskilt som i grupp, som idag arbetar eller har arbetat i primärvården i såväl offentlig som privat regi. Ett viktigt inslag har varit att intervjua verksamhetschefer och läkargrupper på välfungerande enheter som under lång tid haft en god läkarbemanning, så kallade ”Gröna Öar”.

Nulägesbeskrivning

Bemanning

I Skåne, liksom i större delen av landet, brottas primärvården med en uttalad brist på specialister i allmänmedicin. En kartläggning som presenterades av Läkarförbundet under 2013 visade att det i Skåne saknas cirka 200 allmänläkare och kostnaderna för hyrläkare är höga. De närmaste sex åren kommer drygt en fjärdedel av dagens specialister i allmänmedicin att gå i pension och många lämnar primärvården för att arbeta inom andra organisationer.

Många allmänläkare beskriver att de upplever arbetet som hårt, stressigt och ofta ensamt med få kollegiala kontakter. Tiden avsatt per patient är ofta för kort för att ge känslan av att man hunnit göra ”ett bra jobb” och administrations- och intygsbördan beskrivs som tung. Vidare upplever man att fortbildning ofta får stå tillbaka till förmån för ”produktionen”.

I den offentliga primärvården i Skåne arbetar en majoritet av allmänläkarna deltid och anledningen anges ofta vara att man inte orkar arbeta heltid på grund av ett alltför krävande arbete. Många anser det näst intill omöjligt att arbeta 100 % som allmänläkare om man inte har någon annan sidosyssla såsom forskning, studierektorsuppdrag, handledaruppdrag, fackligt arbete, AKO-arbete eller liknande som en del av tjänsten. Å andra sidan behövs allmänläkare till dessa uppdrag så det är inte nödvändigtvis ett problem.

Det som förs fram som ett hinder för att rekrytera läkare till primärvården är bristerna i arbetsmiljön. Dessvärre tycks primärvården i dagsläget befinna sig i något av ett Moment 22 där förutsättningen för att man ska kunna rekrytera fler läkare är att man först förbättrar arbetsmiljön, men för att detta ska kunna göras krävs att man redan från början är fler läkare...

Vad göra?

AT-enkät

Hösten 2010 gjordes en enkät på Region Skånes AT-ting kring AT-läkarnas syn på primärvården. Det är rimligt att anta att resultaten skulle vara någorlunda lika idag.

Enkäten besvarades av 72 AT-läkare och några av de viktigaste fynden är som följer:

- 67 % angav att de kan tänka sig bli specialister i allmänmedicin men bara 15 % angav att de har för avsikt att bli specialister i allmänmedicin.
- I rangordning anger AT-läkarna följande huvudskäl till varför de kan tänka sig att arbeta i primärvården:
 - Bredden/varierande patienter
 - Arbetstiderna/möjlighet till deltid
 - Få jourer
 - Möjlighet att följa patienterna över tid
 - Bra lön
- I rangordning anger AT-läkarna följande huvudskäl till varför de inte kan tänka sig att arbeta i primärvården:
 - Alltför hårt och stressigt arbete
 - Alltför ensamt arbete
 - För kort tid avsatt per patient
 - För mycket administration och sjukskrivningar
 - Svårt att vara så bred/kunna "allt"
- I rangordning anger AT-läkarna följande huvudskäl till vad som skulle kunna få dem att arbeta i primärvården:
 - Mer tid avsatt per patient
 - Bättre lön
 - Bättre arbetsmiljö/arbetsvillkor



Dessvärre framkommer det vid intervjuer att åtskilliga AT-läkare haft för avsikt att bli specialister i allmänmedicin men efter att ha gjort sin AT-tjänstgöring i primärvården har de blivit för evigt avskräckta. En dålig arbetsmiljö är det som tydligt främst ligger till grund för denna svängning i attityd.

Vad efterfrågas av medborgarna?

Vid planeringen av hur man vill utforma den framtida hälso- och sjukvården är det av stor vikt att väga in befolkningens synpunkter och önskemål. Detta görs fortlöpande genom Vårdbarometern och så kallade medborgardialoger och Region Skåne är även medfinansierad till projektet Opinion Hälsa¹ som genom kartläggning framställer bilden av morgondagens hälsokonsument.

¹ Opinion Hälsa är en framtidsstudie som Kairos Future genomför årligen sedan 2007 via en konsumentundersökning med ca 4000 deltagare genom enkäter, fokusgrupper, expertmöten och arbetsmöten med medarrangörer.

För primärvårdens del genomfördes en undersökning med ca 4500 skåningar före och efter Hälsovalets införande.² Denna ger en relativt samstämmig bild med fynden i Opinion Hälsa.

Några av huvudönskemålen från invånarnas sida är:

- Mer tid till samtal med läkare/vårdpersonal.
- Möjlighet att lättare få kontakt med sjukvården, inklusive via internet.
- Önskan om ett mer respektfullt bemötande. Man vill ej bli ifrågasatt när man tagit steget att kontakta vården.
- Man är generellt nöjd med det medicinska innehållet, men önskar mer dialog kring den egna behandlingen samtidigt som man är beredd att ta ett större eget ansvar.
- En stark önskan om att träffa samma läkare varje gång men även en generell önskan om kontinuitet och långvariga och trygga relationer med alla sina vårdgivare.
- En önskan om en förmåga att se hela människan, inte bara de enskilda sjukdomsbesvären.
- En önskan om bättre samordning och helhetstänkande mellan olika vårdaktörer.
- En gemensam journal där alla vårdkontakter finns med ses som en självklarhet och ett stort antal invånare tror att så redan är fallet.

Att notera är att en väl utbyggd och fungerande primärvård skulle kunna tillgodose en lång rad av invånarnas önskemål.

Nyttan av första linjens sjukvård – vad säger forskningen?

De flesta kan nog skriva under på att Region Skåne bör leverera en så bra sjukvård som möjligt med största möjliga kostnadseffektivitet. Det är därför intressant att studera primärvårdens potentiella bidrag till detta. Analyser av Öppna jämförelser visar att ett ökat antal läkare i primärvården leder till högre produktivitet och effektivitet i landstingen.³

I en rapport baserad på metaanalyser med namnet ”Is general practice effective?”⁴ finner man bland annat följande:

- Ökad tillgång till primärvård kan leda till lägre sjuklighet, dödlighet och längre förväntad livslängd hos befolkningen.
- Primärvård kan leda till minskade sjukvårdskostnader jämfört med specialistvård med bibehållen kvalitet. En välfungerande primärvård ger:
 - Färre akutbesök
 - Färre inläggningar

Socialstyrelsen⁵ slog fast i en rapport att:

- En bra primärvård har positiva effekter på folkhälsan som den kan avläsas i olika folkhälsomått och bidrar till en lägre konsumtion av både slutna och öppna vård och därmed till lägre totala sjukvårdskostnader.
- En väl fungerande primärvård gör att befolkningen är nöjdare med sitt sjukvårdssystem. Detta är oberoende av de totala sjukvårdsanslagen per invånare.

² Hälsovalsrapport Medborgardialog Skåne 2010

³ Att analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, Sveriges Kommuner och Landsting 2008

⁴ Steinmann P. Is general practice effective A SUPPORT summary of a systematic review October 2010

⁵ Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården, SoS-rapport 1999:19

- Primärvården kan, till lägre kostnad och med ingen eller liten skillnad i kvalitet, hantera de sjukdomar som kan skötas av såväl allmänläkare som läkare med annan specialitet.

I förarbeten till Hälsoval Skåne hänvisas till beräkningar som gjorts för Skåne som visar att en procent öppen vård inom befintlig primärvård kostar 23 miljoner kronor exklusive läkemedel – att jämföras med en procent öppenvård inom den specialiserade öppna vården som motsvarande kostar 38 miljoner kronor. Utredningsgruppens bedömning var att ”det som är en investering i primärvården och på vårdcentralerna på kort sikt kan generera en mer kostnadseffektiv vård på lång sikt.”⁶

Det är logiskt att den specialiserade vården är dyrare än primärvården eftersom den specialiserade vården ofta fungerar som sista instans för patienten. Man tvingas ibland till kostsamma, utökade utredningar eftersom man inte har samma möjlighet som i primärvården att avvakta och följa upp vad som händer. Många läkare vittnar om att när de exempelvis arbetat på akutmottagningen och träffat en patient ordinerar ofta en rad uppsättning prover och medicintekniska undersökningar medan om de träffat samma patient i primärvården hade nöjt sig med kanske enstaka prover och en tät telefonkontakt. Denna möjlighet ökar om de känner patienten sen tidigare och därmed lättare kan bedöma hur sjuk patienten för närvarande tycks vara.

Hur göra det mer attraktivt att arbeta inom primärvården i Skåne?

Hur kan primärvården i framtiden behålla dagens specialister i allmänmedicin och hur ska primärvården lyckas rekrytera nya läkare?

Många läkare beskriver att det var tillfälligheter som avgjorde val av specialitet. Ofta anges trivseln på arbetsplatsen som det avgörande skälet till att man stannade kvar och så småningom sökte en ST-tjänst.

En enkätundersökning kring trivsel på arbetsplatsen genomfördes hösten 2010 av Svenska Distriktsläkarförbundet och besvarades av ca 1100 allmänläkare.⁷ De fem faktorer som främst var avgörande för att man trivdes och stannade kvar på sin arbetsplats var i rangordning: Bra arbetskamrater

- God bemanning
- Delaktighet i beslut kring verksamheten
- Tillräckligt med administrativ tid Möjligheter till kompetensutveckling.

Privata vårdcentraler

Privata enheter har färre vakanta läkartjänster och generellt något lättare för att rekrytera läkare och de anger att bland annat följande gör dem till attraktiva arbetsgivare:

- Konkurrenskraftiga löner
- Stor frihet för den enskilda läkaren att lägga sitt arbetsschema
- Läkaren styr helt och fullt sin tidbok

⁶ Rapport: Utredningsgruppens förslag till Styr och ersättningsmodeller, Förarbeten Hälsoval Skåne

⁷ DLF-enkät Läkartidningen nr 4, 2011.

- Frihet att förlägga semester när det passar och på vissa enheter ta ut semester i den omfattning som önskas utan restriktioner
- En väl tilltagen fortbildningsbudget
- Bonus om verksamheten går bra
- Personalvårdande aktiviteter
- Gemensamma utflykter/resor med hela vårdcentralens personal □ Löneförmåner

”Gröna öar”

Trots den generella bristen på läkare i primärvården finns flera vårdcentraler där man under mycket lång tid haft god bemanning och relativt lätt för att rekrytera läkare. Hur har de lyckats med detta?

Som en del av kartläggningen intervjuades läkare och verksamhetschefer på tre av dessa ”gröna öar”: VC St Lars i Lund, VC Sorgenfri i Malmö samt VC Tåbelund i Eslöv. Det som utmärker dessa ”gröna öar” tycks vara en medveten satsning på arbetsmiljön med stor frihetsgrad för allmänläkarna att lägga upp arbetet efter egna önskemål, en hög grad av sidouppdrag utöver mottagningsarbetet, satsningar på regelbunden fortbildning och en trivsel med arbetskolligor och ledarskapet på vårdcentralen.

Utöver besök hos de tre gröna öarna har samtal, diskussioner och intervjuer hållits med flertalet av de medicinska rådgivarna på vårdcentralerna tillhörande Skånes Universitetssjukvård, ST-läkarna i Malmö och Lund samt studierektorerna för AT- och ST-läkarna i Skåne.

En satsning på en god arbetsmiljö för läkarna var den faktor som ständigt upprepades vid dessa möten. En välfungerande, välbemannad enhet med gott rykte hamnar ofta i en positiv spiral där det är relativt lätt att rekrytera nya läkare, men hur når man dit?

Analysen av intervjuerna visade vissa gemensamma drag. Dessa kan ses som en kokbok på hur man skapar en attraktiv arbetsplats, men naturligtvis måste man anpassa dem efter lokala förutsättningar:

En attraktiv arbetsplats

Geografi

Vårdcentraler i centrala Lund och Malmö har oftast lättare att rekrytera läkare, men detta är långt ifrån den enda avgörande faktorn och långt ifrån en garanti för att kunna rekrytera läkare. Talande exempel på en historiskt god läkarbemanning trots visst avstånd från de större städerna är VC Tåbelund i Eslöv och VC Sjöbo.

Ett avgränsat uppdrag/listning av patienter på namngiven doktor

Det finns stark evidens för att kontinuitet ger lägre sjukvårdskostnad, färre sjukhusinläggningar, effektivare förebyggande arbete, högre vårdkvalitet och nöjdare patienter.⁸ Arbetsinsatsen blir dessutom vanligtvis väsentligt lägre om patient och läkare känner varandra sedan tidigare. Att träffa samma doktor varje gång efterfrågas även i hög grad av invånarna i den medborgardialog som genomfördes i Skåne vid Hälsovalets införande.⁹ För läkarna är detta oftast ett attraktivt och positivt sätt att arbeta samtidigt som ansvarskänslan för ”de egna” patienterna ökar.

”Skydda” befintliga läkare

Även vid underbemanning eller tillfällig läkarfrånvaro på en vårdcentral är det av stor vikt att försöka skapa en dräglig arbetsmiljö för kvarvarande läkare. Risken är annars överhängande att det skapas en ond spiral där de befintliga läkarna tvingas pressa in mer och mer i schemat, vilket på sikt kommer att leda till att vårdcentralens rykte som arbetsplats försämras och i värsta fall till att ännu fler läkare slutar.



Vad kan man göra för att ta hand om patienterna trots för få läkare?

Några patentlösningar finns inte men tänkbara alternativ är:

- Fokusera på att vända den onda spiralen.
- Satsa ännu mer på att skapa en bra arbetsmiljö för befintliga läkare.
- Tillgodose adekvat bemanning av övriga personalkategorier som i största möjliga mån kan avlasta läkarna, så att dessa kan koncentrera sig på kliniskt arbete.
- ”Task-shifting” – låt andra yrkeskategorier ta över arbetsuppgifter där inte läkarens kompetens är nödvändig. Exempelvis kan fysioterapeuter, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, psykologer och kuratorer göra förstahandsbedömningar med bibehållen eller i vissa fall bättre kvalitet än läkarna. En utmaning är att successivt lära den listade befolkningen att man som patient inte alltid behöver träffa en doktor.
- Anställ underläkare och se till att de inte överutnyttjas så att de kan tänka sig att arbeta i primärvården i framtiden. Säkerställ god handledning.
- Hyrläkare vid behov.

Inflytande över sitt arbete och sin tidbok

Det finns sannolikt inte ett arbetssätt som passar alla utan det bör vara upp till varje enskild doktor att så långt som det är möjligt kunna styra sitt arbetssätt och sin arbetstid så länge detta harmonierar med vårdcentralens behov. Tips:

- Att läkaren varje vecka ”äger” flera tider i tidboken för att kunna boka in patienter som behöver följas upp med kort varsel, dvs. tider som endast doktorn får boka in patienter på.
- Klara spelregler om hur tidsbokningar ska ske, som alla medarbetare känner till och respekterar.
- Om överbokningar eller extrabokningar ska göras bör doktorn först tillfrågas eller överenskommelse finnas.

⁸ Barbara Starfield

⁹ Hälsovalsrapport Medborgardialog 2010

- Sätt tydliga ramar kring vad läkarna förväntas göra och leverera men lämna därefter en stor frihetsgrad till den enskilda läkaren att själv utforma hur de ska nå dit. Läkare är ofta starka individualister och ett tillmötesgående utan att ha en alltför stor ”låt-gå”-attityd visar sig ofta vara vinnande i längden.
- Rigga organisationen så att läkarna har så få avbrott som möjligt under en vanlig mottagning. Exempelvis kan istället en läkare vara designerad akutläkare någon/några halvdagar varje vecka då denne är frågedoktor/tar akut inkommande patienter etc.

Inflytande över sin arbetstid

En stor frihet att bestämma hur man vill förlägga sina arbetstider så länge det fungerar för verksamheten. Fastställ minimibemanning. När det fungerar väl är läkargruppen lyhörda för varandras önskemål avseende arbetstider, ledigheter och semestrar och man täcker upp för varandra för att allas önskemål ska kunna tillgodoses så långt det är möjligt.

Som exempel berättade en vårdcentral att inför sommarsemesterplaneringen träffades läkargruppen hemma hos en kollega över en bit mat och lite vin. Allas önskemål fördes in i ett Excelschema och innan kvällen var slut hade man i samförstånd förhandlat fram en lösning för hela sommaren.

Inflytande över jourer

Vissa läkare vill gärna arbeta jourer samtidigt som andra vill slippa. Organisera så att det i så stor utsträckning som möjligt går att tillgodose individuella önskemål.

Rimlig tid för administration

Eftersträva att minska och hitta medel för att underlätta dokumentation och annan administration. Jaga ”tidstjuvar”, det vill säga onödigt dubbelarbete.

Många läkare upplever att det administrativa arbetet är mycket omfattande men relativt osynligt för övriga medarbetare. En allmänläkare skrev under en dag ner de administrativa åtgärder hon utförde under en arbetsdag och som inte syntes i tidboken, till exempel telefonkontakt med kommunsköterskan, bedöma provsvar, hantera Mina vårdkontakter, SVPL och intygsskrivning. Totalt genomfördes 83 administrativa åtgärder och då var ändå intrycket att hon haft en ovanligt lugn dag med relativt få störningar.

Att den administrativa tiden ska respekteras är ett tydligt önskemål. Man tar hellre extra patienter när man har mottagning.

Fokusera på det ni kan påverka

Undvik att fastna i ältande av frågor som vårdcentralen inte kan styra över. Ett klassiskt exempel är illa fungerande IT-system. Skapa istället ett forum där man kan dela med sig av tips och trix för att göra det bästa av de givna omständigheterna

Lyft medicinskt utvecklingsarbete

Medicinsk kvalitet och patientsäkerhet bör lyftas som fokus för arbetet. En ekonomisk medvetenhet är nödvändig men om det blir alltför mycket fokus på ekonomi och produktion på alla möten kan det gå ut över motivation och arbetsglädje.

Stimulera till kollegial dialog

- Avsätt regelbunden tid på vårdcentralen för falldiskussioner och utbildningsaktiviteter i läkargruppen = intern fortbildning.

- Uppmana till deltagande i sammankomster/utbildningar med övriga allmänläkare i distriktet/regionen eller med läkare inom andra specialiteter. Ofta kan inspiration hämtas till förbättringsarbete på den egna vårdcentralen.
- Uppmuntra informella läkarmöten, till exempel gemensam lunch eller fika med bara läkargruppen. Dessa möten kan vara utmärkta fora för att lösa akuta ärenden, dra patientfall, svetsa samman läkargruppen och generellt öka trivseln för läkarna.
- Utbildningsmöten med läkare på andra vårdcentraler via videolänk eller annan digital teknik.

Våga stå för att läkarna är nyckelpersoner på vårdcentralen

Läkarna är, i kraft av den högsta medicinska kompetensen, nyckelpersoner i primärvården. Alla yrkeskategorier är nödvändiga men då läkartider ofta blir en flaskhals behöver övriga yrkesgruppers arbetssätt anpassas och koordineras så att läkarnas tid utnyttjas på bästa sätt. Läkarnas tid är till exempel alltför kostsam för att användas till att plocka ur diskmaskinen eller strimla papper.

Liberal inställning till fortbildning

För att kunna upprätthålla en kostnadseffektiv och patientsäker vård av hög kvalitet inom allmänmedicinens mycket breda fält är det viktigt att allmänläkarna kontinuerligt får ta del av ny kunskap och nya riktlinjer samt ha chans att påminnas om gamla kunskaper. Fortbildning ger även möjlighet till att kollegiala kontakter kan knytas.

- Allmänläkarna i Sverige är i nuläget de som utnyttjar minst antal utbildningsdagar jämfört med andra specialiteter¹⁰, oftast med förklaringen att man inte hinner delta i utbildning på grund av ett alltför pressat schema. Som rekryteringsinstrument skulle man kunna tänka sig att erbjuda en miniminivå för utbildning varje år.
- Fortbildning är inte enbart synonymt med att åka på kurs, det finns en lång rad alternativ, se exempelvis SFAMs (Svensk Förening för Allmänmedicin) utredning om ”Allmänläkares Fortbildning” från 2014. (www.sfam.se)
- På enstaka vårdcentraler i Skåne har läkarna egen studietid avsatt varje vecka.

Möjliggör och uppmuntra till variation i arbetet

Enbart mottagningsarbete upplevs ofta som tungt och att enbart syssla med mottagning är det ytterst få som orkar om de arbetar heltid. Att kunna varva andra arbetsuppgifter med mottagning och att kunna odla sidointressen är av godo för att behålla arbetsglädjen. Exempel på andra arbetsuppgifter som behöver göras är:

- BVC
- Äldreboende
- Handledare för utbildningsläkare
- Teamansvarig läkare
- Medicinsk rådgivare
- Forskning
- Kandidatansvarig
- Enhetschef/schemaläggare, processledare – ett utmärkt sätt att involvera läkare i ledarskapet och få med sig läkargruppen
- Studierektor
- AKO-koordinator
- Fortbildningskoordinator
- Hålla i internutbildningar

¹⁰ Läkarförbundets Fortbildningsenkät 2013

Satsa på utbildningsläkare

Utbildningsläkare är sannolikt en av de absolut bästa rekryteringsbaserna. Det är viktigt att skapa förutsättningar för att ge dem stora möjligheter att kunna fråga och få hjälp, ett väl avvägt schema samt goda fortbildningsmöjligheter. Det ökar möjligheten att få dem att vilja arbeta i primärvården även i framtiden. Ryktet om var det är bra att vikariera, göra AT eller ST sprider sig snabbt i underläkarkretsar.Handledning av utbildningsläkare uppfattas även ofta som mycket stimulerande av övriga läkare/medarbetare.

För att skapa en bra miljö för utbildningsläkare kan följande övervägas:

- God introduktion och välkomnande inställning från alla medarbetare
- Möjliggör att äldre, erfarna läkare kan hjälpa till med att svara på frågor relativt omgående – det ger en tidsvinst för alla och en bättre arbetsmiljö.
- Luftigt schema initialt med successivt ökat antal patienter och ansvar utifrån utbildningsläkarens förmåga
- Låt två underläkare dela på samma expedition (med var sitt eget undersökningsrum) – det skapar möjlighet till kollegial dialog och motverkar ensamhet
- Kandidatmottagning – 1 patient/timme – handledare med glest schema
- Uppmuntra till och premiera god handledning
- Erfarna ST-läkare kan handleda AT-läkare
- Poängtera att utbildningsläkarna är en viktig del av verksamheten och nödvändiga för att verksamheten ska fungera. Planera scheman, sidotjänstgöringar och utbildningar så det både passar ST-läkarens och verksamhetens behov.
- Träna ST-läkaren i allmänmedicinskt arbetssätt genom att ge denne en egen lista så att hen under ST-tiden hinner upptäcka att arbete med kontinuitet gör att arbetet blir lättare med tiden. Anpassa sidotjänstgöringarna efter detta med hemvändardagar/veckor.

Ta till vara seniora läkare

Allt fler kan tänka sig att arbeta efter sin 65-årsdag. De läkare som är goda förebilder bör om möjligt erbjudas att fortsätta på de villkor och sätt som passar dem för att deras kompetens och erfarenhet ska kunna komma övriga läkare och vårdcentralen som helhet till del. Var således extra liberal med arbetstider, scheman etc. Kanske kan en äldre läkare fungera som grupphandledare för flera unga läkare?



Samarbetskultur

En målsättning är att skapa en kultur där alla tar ansvar och hjälps åt och ställer upp för varandra vid behov. En vårdcentral präglad av samarbetskultur utan revirtänkande är en nyckel till framgång. En trygg, stabil personalgrupp med god stämning kan överkomma de flesta hinder gemensamt. Högt till tak, öppna dörrar, prestigelöshet, humor, gemensamma sociala aktiviteter, utvecklingsdagar och internat är exempel på sådant som svetsar samman en medarbetargrupp och skapar trivsel. Tvärgruppsdiskussioner, t.ex. regelbundna möten mellan läkarna och triagesjuksköterskor stärker samarbetet och gemenskapen. Teamarbete där allas kompetens används på bästa sätt likaså. Intern fortbildning för hela vårdcentralen stärker engagemanget och förståelsen för varandras arbetsuppgifter.

Ett bra ledarskap

Vad är ett bra ledarskap? Här finns naturligtvis inget enkelt svar, men ledarskapets betydelse för vårdcentralen, läkarnas trivsel och arbetsmiljö är oerhört stor och har nämnts vid varje intervjutillfälle.

En förståelse för läkarnas arbete, behov och förutsättningar och en lyhördhet angående punkterna ovan är det som återkommande har poängterats.

Delaktighet i viktiga beslut

Låt läkarna bli delaktiga i och ställ krav på att de ska vara delaktiga i beslut kring verksamheten.

Konkurrenskraftig lön

Lönenivån är viktig som symbol och ger en tydlig signal om man satsar på primärvården eller ej. Lönenivån bör sannolikt ligga tydligt över sjukhusspecialisterna för att göra primärvården ännu mer attraktiv.

Hur kan man locka unga läkare till primärvården?

Hur primärvården skulle kunna göras mer attraktiv för unga läkare skiljer sig inte nämnvärt från ovan redovisade punkter, men några saker ytterligare kan vara värda att nämna:

Utbildningsläkare måste se att det finns en framtid i primärvården med god arbetsmiljö. Specialister och övriga medarbetare måste lyfta fram det positiva i att arbeta i primärvården för att locka till sig nya kollegor.

- Att höja kraven för att få en ST-tjänst i allmänmedicin, med risk för att initialt inte kunna tillsätta alla ST-tjänster, skulle kunna leda till en statushöjning för specialiteten som sådan.
- Om möjligt bör en potentiell ST-läkare testas, till exempel under dennes AT-tjänstgöring i primärvården, via synnerligen goda referenser från multipla källor eller ett kortare vikariat. Denna vikariatstid bör vara likvärdig med en ST-tjänst avseende lön, handledning, utbildning med mera så att denna tid kan tillgodoräknas i ST.
- Ingångslönen kan vara avgörande för vad unga läkare väljer att specialisera sig inom. Vid intervjuer med AT-läkare anges ingångslönenivåer för ST på i storleksordningen 3 000 kr mer per månad än ingångslönen för ST-läkare på sjukhusen vara ett tydligt incitament att välja ST i allmänmedicin. Sannolikt får en höjd ingångslön även effekten att urvalet på sökanden till ST-tjänsterna ökar. En tydlig satsning på ingångslönen för ST i allmänmedicin har visat sig vara framgångsrikt i Stockholm.
- Utbildningstid och resurser till kurser och fortbildning för ST-läkare bör prioriteras.

September 2014

Ola Bergstrand

Verksamhetschef, specialist i allmänmedicin, Vårdcentralen Löddeköpinge.