



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME)

Medical Management Centrum (MMC)

Examensarbete för magisterexamen i Medical management 15 hp

VT 2016

Primärvården som arbetsplats

En studie över distriktsläkarnas nuvarande arbetssituation och deras tankar om framtidens primärvård.

Författare: Ylva Wendle Sundbom

Handledare: Hannele Moisio

Sammanfattning

Syfte

Att undersöka distriktsläkares upplevelse av sin arbetssituation inom primärvården. Vilka faktorer är det som bidrar till att distriktsläkare väljer att stanna inom primärvården respektive väljer att lämna primärvården? Vad ser distriktsläkarna själva för vägar att gå för att få distriktsläkare att stanna kvar inom primärvården och söka sig till den i framtiden? Vad har distriktsläkarna för tankar om framtidens vård och den digitala utvecklingen?

Bakgrund

Distriktsläkares roll i primärvården har över tid genomgått stora förändringar. Allt mer av diagnostik, behandling och uppföljning har flyttats över från sjukhus till primärvård. Med en åldrande befolkning och ett ökat antal patienter med en sammansatt sjukdomsbild ställs höga krav på primärvården och distriktsläkarna. Många vårdcentraler har brist på distriktsläkare, personalomsättningen är stor och få arbetar heltid. Den tekniska utvecklingen går fort och utbudet av digital vård ökar. Primärvården står inför flera stora utmaningar inför framtiden. Till en av de största utmaningarna hör hur man ska få distriktsläkare att stanna kvar inom primärvården och distriktsläkare att söka sig till den i framtiden.

Metod

En kvalitativ intervju studie med sex distriktsläkare har utförts. Två av de intervjuade hade lämnat sitt fasta arbete inom primärvården och de övriga arbetade mellan 80-100% inom primärvården. Sex semistrukturerade intervjuer användes för datainsamling och analysen gjordes genom kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Distriktsläkarna såg ett behov av ett tydligare primärvårdsuppdrag och önskade ett förtydligande av distriktsläkarnas särskilda roll inom hälso- och sjukvården. De såg ett behov av ökade resurser till primärvården, ett bättre samarbete med specialistsjukvården och andra instanser samt möjlighet att arbeta i team. De distriktsläkare som trivdes bra på sin arbetsplats uppgav att de hade ett gott stöd från chef, ledning och kollegor samt en god kontroll över sin arbetssituation medan de som lämnat primärvården uppgav bristande stöd och låg kontroll. Distriktsläkarna var försiktigt positiva till framtidens vård inklusive den tekniska utvecklingen men hade inte mycket erfarenhet av digital vård.

Slutsats

Ett avgränsat och tydligt uppdrag, tillräckliga resurser, en god samverkan, en bra arbetsmiljö med ett utvecklat teamarbete samt tid för lärande och reflektion är faktorer som är viktiga för att distriktsläkare ska stanna kvar inom primärvården och söka sig till den i framtiden.

Nyckelord: Distriktsläkare, primärvård, personalförsörjning, arbetsmiljö, teamarbete, samverkan.

Abstract

Aim

To investigate the primary care physician's experience of the work situation in primary care. What are the factors that influence the primary care physician's decision to stay in primary care or choosing to leave primary care? What are the primary care physician's thoughts about how to make primary care physicians remain in primary care and apply for it in the future? What are their thoughts about the future of primary care and the digital development in primary care?

Background

The primary care physician's role in primary care has been undergoing major changes over time. With an aging population and more patients with a complex clinical picture the demands on primary care and primary care physicians have increased. More of diagnostics, treatment and follow-up have shifted from hospital care to primary care. Many primary care centers are short of primary care physicians. The staff turnover is high and a few are working full-time. The technology is developing rapidly and digital care is increasing. Primary care is facing several challenges for the future. One of the major challenges is how to get the primary care physicians to stay in primary care and apply for it in the future.

Method

In this study a qualitative interview study with six primary care physicians has been performed. Two of the interviewees had left their work in primary care and the other ones worked between 80-100% in primary care. Six semi-structured interviews were used for data collection and analysis was done by qualitative content analysis.

Results

The primary care physicians stated that their mission and their special role in health care need to be clarified to make primary care physicians stay in primary care. They saw a need for increased resources to primary care, better cooperation with the specialist medical care and other institutions and a developed teamwork. Those who enjoyed working in primary care said they had a good support from the manager, the management, and their colleagues. They also stated a good control of their work situation. Those who had left primary care stated lack of support. The primary care physicians were cautiously positive about the future of healthcare, including the technical development but did not have much experience in digital healthcare.

Conclusion

Adequate resources, a defined, clear mission, good cooperation with other institutions, a good working environment with a developed team work, time for learning and reflection are factors that are important to make primary care physicians stay in primary care and to apply for it in the future.

Keywords: Primary Care Physicians, primary care, staff development, work environment, teamwork, cooperation.

Innehållsförteckning

Inledning	- 1 -
1 Bakgrund	- 2 -
1.1 Primärvården	- 2 -
1.1.1 Specialist i allmänmedicin	- 2 -
1.1.2 En läkarroll i förändring	- 2 -
1.1.3 Ekonomiska styrmedel	- 3 -
1.1.4 Höga krav	- 4 -
1.1.5 Hög personalomsättning	- 5 -
1.2 Primärvård i omvärlden	- 5 -
1.2.1 Omtanke om patienten kräver omtanke om vårdpersonalen	- 5 -
1.2.2 Att göra arbetsmiljöfrågor till ett övergripande mål	- 6 -
1.2.3 Valfungerande primärvårdsmottagningar	- 7 -
1.3 Framtidens primärvård	- 7 -
1.3.1 Digital vård	- 9 -
1.3.2 Effektiv vård	- 10 -
1.4 Syfte	- 10 -
2 Metod	- 11 -
2.1 Kvalitativ metod	- 11 -
2.2 Urval	- 11 -
2.3 Datainsamling	- 12 -
2.4 Etiska aspekter	- 12 -
2.5 Analys	- 13 -
3 Resultat	- 15 -
3.1 Att få utöva sin profession som distriktsläkare	- 16 -
3.1.1 Helhetssyn på patienten	- 16 -
3.1.2 Kontinuitet i relationen	- 17 -
3.1.3 Patienten i fokus	- 18 -
3.2 Förutsättningar i arbetsmiljön	- 18 -
3.2.1 Stöd från chef och ledning	- 18 -
3.2.2 Utrymme för reflektion och lärande	- 19 -
3.2.3 Utrymme för utveckling	- 20 -
3.3 Arbetets organisering	- 20 -
3.3.1 Samverkan	- 20 -
3.3.2 Teamarbete	- 23 -
3.3.3 Arbetstider	- 24 -
3.3.4 Egenkontroll	- 24 -
3.4 Organisatoriska förutsättningar	- 26 -
3.4.1 Tydlighet i uppdraget	- 26 -
3.4.2 Resurser	- 27 -
3.5 Framtidens primärvård	- 29 -
3.5.1 Framtidstro	- 29 -
3.5.2 Digital vård	- 30 -
4 Diskussion	- 31 -
4.1 Metodologiska överväganden	- 35 -
4.1.1 Trovärdighet	- 36 -
4.1.2 Tillförlitlighet	- 36 -
4.1.3 Överförbarhet	- 37 -
5 Slutsats	- 37 -
5.1 Implikationer för fortsatt forskning	- 37 -
5.2 Implikationer för praxis	- 38 -
6 Referenser	- 39 -
7 Bilagor	- 44 -

Inledning

Som distriktssköterska har jag arbetat inom såväl kommunal, privat som landstingsdriven vård och sett distriktsläkarnas alltmer pressade arbetssituation. Under min tid i primärvården har jag på nära håll sett hur organisationsförändringar, utförsäljningar, ändrade arbetssätt och bristande stöd har påverkat personalens arbetsglädje och lett till hög personalomsättning inom alla yrkeskategorier. Arbetsplatser med få fasta distriktsläkare, överfulla tidböcker och lite tid för fortbildning och utvecklingsarbete.

Detta samtidigt som behovet av vård ökar för varje år. Enligt vårdförbundet (2014) behöver ca 180 000 personer rekryteras till vård- och omsorgssektorn fram till 2019 (Vårdförbundet, 2014). Det finns brist på personal inom alla yrkeskategorier samtidigt som stora pensionsavgångar väntar framöver. Enligt socialdepartementet (2014) förväntas antalet äldre i Sverige öka med 30 procent fram till 2050. Detta innebär att en fjärdedel av befolkningen då kommer att vara 65 år eller äldre. Med en åldrande befolkning krävs utbyggd äldreomsorg samt utbyggd hälso- och sjukvård (Socialdepartementet, 2014). Vården står inför stora utmaningar. Till en av dessa utmaningar hör personalförsörjning till framtidens vård. Med en åldrande befolkning och med fler patienter med sammansatt sjukdomsbild ställs höga krav på primärvården (Socialdepartementet, 2014).

I denna uppsats har jag valt att fokusera på distriktsläkarnas arbetssituation och tagit del av deras tankar om framtidens primärvård. Primärvårdens yrkeskategorier är beroende av varandra och distriktsläkarnas arbetssituation påverkar arbetsplatsen i stort. Distriktsläkarna har en central roll i primärvården. Hur kan personalförsörjning till primärvården säkras i framtiden när primärvården redan i dag präglas av underbemanning och rekryteringssvårigheter? Finns det vägar att bryta den onda cirkeln?

1 Bakgrund

1.1 Primärvården

Primärvårdens uppgift är att bedriva och vidareutveckla hälsoinriktade insatser och arbeta för förbättrad eller bibehållen hälsa, funktionsförmåga och/eller förbättrad livssituation (Socialdepartementet, 2010). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska primärvården svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Detta utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper (SFS 1982:763). Primärvården förväntas agera som ”agent” eller företrädare för patienten och lotsa denna rätt (Blomqvist, 2007). Primärvården ska erbjuda kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård, patientfokuserad vård, effektiv vård, jämlik vård samt vård i rimlig tid. Primärvården benämns som ”Den första linjens sjukvård” (Sveriges kommuner och landsting, 2014; Bergstrand, 2012; Kennedy, 2014, okt). I en artikel i Dagens Medicin förklarar Andersson (2014, nov) hur primärvården och distriktsläkarna har ett primärt ansvar gentemot patienten, ett primärt sjukvårdsansvar i lagen samt ett primärt ansvar för att sjukvården ska vara kostnadseffektiv. Distriktsläkaren förväntas vara patienternas primära vårdkontakt samt ha ett övergripande ansvar gentemot samhället i folkhälsofrågor (Dagens Medicin, 2014).

1.1.1 Specialist i allmänmedicin

Allmänmedicin hör till en av ca femtio olika medicinska specialiteter i Sverige (Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), 2014). Den som är specialist i allmänmedicin kallas för allmänläkare, distriktsläkare, husläkare alternativt familjeläkare. De flesta specialister i allmänmedicin arbetar på vårdcentraler, hälsocentraler eller läkarmottagningar inom primärvården. Allmänläkare sköter även läkarinsatser på barnavårdcentral samt äldreboenden (SFAM, 2014). Att bli specialist i allmänmedicin tar tolv år. Detta fördelat på drygt fem år på läkarlinjen, allmäntjänstgöring (AT) i ett och ett halvt år samt specialisttjänstgöring (ST) i fem år. Specialisttjänstgöring omfattar arbete både inom primärvården samt på sjukhus (SFAM, 2014). I denna uppsats kommer mestadels yrkestiteln distriktsläkare användas.

1.1.2 En läkarroll i förändring

Läkarnas roll i primärvården har över tid genomgått stora förändringar. Den tidigare självständigt, ofta ensamarbetande provinsialläkaren har på senare tid blivit en ”kugge” i ett stort, komplext, sjukvårdssystem (Distriktsläkarföreningen, 2014). Allt mer av diagnostik,

behandling och uppföljning har flyttats ut från sjukhus till primärvård. Insatser som tidigare gjordes medan patienten var kvar på sjukhuset kan nu utföras och slutföras inom primärvården och i hemmet (Bergstrand, 2012). Distriktsläkarnas inflytande har förändrats. Från att vara professionell expert till att utföra ett uppdrag som någon annan bestämmer. Mycket av det som tidigare var självklara läkaruppgifter har lagts på andra yrkesgrupper och nya uppgifter har tillkommit (Distriktsläkarförbundet, 2014). Livskriser, psykiska problem samt missbruksproblem hör numer till en stor del av det dagliga arbetet inom primärvården. Detta är arbetsuppgifter som inte tidigare har tillhört traditionell sjukvård (Socialdepartementet, 2014). Statliga reformer om vårdval och vårdgaranti har påverkat primärvården (Distriktsläkarförbundet, 2014). Äldre och svårt multsjuka patienter konkurrerar med yngre patienter som kräver snabba insatser för sig själva och för sina barn (Bergstrand, 2012). Riksrevisionen (2014) har påvisat en till viss del ojämlig och orättvis vård. Konsumtionen av primärvård sedan vårdvalets införande har utvecklats så att friska individer gör fler läkarbesök medan de sjuka gör färre. En stor läkarbrist ses över hela landet och behovet av hyrläkare är stort, framförallt i glesbygden (Riksrevisionen, 2014). Socialdepartementet (2014) menar att de senaste decenniernas olika omorganisationer inte haft någon större påverkan på väntetider, medicinska resultat eller effektivitet. Riktlinjer, regelverk och lagstiftning är statiska och linjära styrmetoder som har begränsad påverkan på en så komplex organisation som sjukvården (Socialdepartementet, 2014).

1.1.3 Ekonomiska styrmedel

Enligt Bilanovic & Petterson (2013) utvecklas nya styr- och belöningsystem regelbundet med målet att förbättra och utveckla vårdens kvalitet. Artikelförfattarna uppger att ett problem med dessa system är att vårdpersonalen sällan känner sig delaktiga i utformningen (Bilanovic & Petterson, 2013). Enligt Brodin (2014, aug) har läkarrollen blivit allt mer kringskuren. Det medicinska perspektivet är ersatt av ett ekonomiskt perspektiv. New public management (NPM) har gett ett industriperspektiv på sjukvård vilket enligt författaren har påverkat läkarrollen negativt (Brodin, 2014, aug). Bejerot et al (Läkartidningen dec, 2011) uppger att läkarkåren är en profession med allt mindre stöd och inflytande. Artikelförfattarna beskriver hur NPM infört en ny logik som premierar mätning, standardisering, produktivitet och kontroll, i stället för professionell kunskap (Bejerot et al, 2011). Enligt statens offentliga utredning (SOU 2016:2) riskerar ekonomisk styrning göra att personal på primärvårdsmottagningarna känner sig ”ekonomiskt tvungna” att arbeta på ett visst sätt som inte gynnar den enskilde patienten (SOU 2016: 2).

1.1.4 Höga krav

Enligt Blomqvist (2007) har allmänhetens förtroende för vården sjunkit kraftigt sedan 80-talets början. Detta trots ökade resurser, ökad tillgång till vård, förbättrad folkhälsosituation och en ständigt pågående strävan att förnya och förbättra sjukvårdens organisation (Blomqvist, 2007). Enligt Thylefors (2007) har man som vårdpersonal att förhålla sig till politiker, ekonomi, patienter, ägare, ledning, organisation, kollegor och tillsynsmyndigheter, m fl. En lojalitetskonflikt kan uppstå när olika intressenters önskningar inte stämmer överens med professionell kunskap och egen övertygelse (Thylefors, 2007).

Enligt den krav-, kontroll-stödmodell som den amerikanska sociologen Karasek utvecklade i slutet av 1970-talet ger en hög arbetsbelastning i kombination med låg kontroll ökad risk för ohälsa. Karasek (citerad i Forskningsrådsnämnden, 2000) beskriver fyra typer av arbetssituationer: aktiv (höga krav och stort beslutsutrymme), spänd (höga krav och litet beslutsutrymme), avspänd (låga krav och stort beslutsutrymme) samt passiv (låga krav och litet beslutsutrymme) (Forskningsrådsnämnden, 2000). Arbetsmiljöverket (2013) uppger i rapporten "arbetsmiljö 2013" att läkargruppen skattar högt på frågeställningar om "att ha för mycket att göra", "dra in på lunchen", "arbeta över", "inte själva kunna bestämma arbetstakten". Enligt denna rapport ligger läkaryrket och andra vårdyrken i topp när det gäller andel som upplever hög anspänning i sitt arbete. Enligt samma rapport ger hög anspänning ökad risk för psykisk ohälsa (Arbetsmiljöverket, 2013).

Enligt Sandahl, Falkenström & Von Knorring (2010) kan psykisk ohälsa vara en konsekvens av att man inte förmått sätta gränser. Det kan också vara ett resultat av att inte kunna använda sin inneboende kapacitet eller att få komma till sin rätt på ett meningsfullt sätt (Sandahl et al, 2010). Jacobson & Thorsvik (2009) uttrycker att organisationer inte är maskiner. Organisationer är ett socialt system som består av människor med egna meningar, känslor och övertygelser. Ledningens förväntningar, värderingar och normer är inte alltid överensstämmande med personalens (Jacobsen & Thorsvik, 2009).

Bergstrand (2012) menar att primärvården och specialister i allmänmedicin generellt har låg status bland befolkningen och inom sjukvården i Sverige. Detta jämfört med närliggande länder med liknande sjukvårdssystem. Arbetet upplevs som hårt, stressigt och ofta ensamt, med få kollegiala kontakter (Bergstrand, 2012). Blomqvist (2007) menar att det finns sjukdomar såväl som arbetsplatser där en del anses ha hög prestige och andra ha låg prestige.

De arbeten som inte ger tillräcklig prestige handlar ofta om arbeten där det är svårt att behärska kunskapsområdet helt, bli expert. Detta drabbar bland annat primärvården och distriktsläkarna (Blomqvist, 2007). Skillnader i möjligheter att uppnå prestige och status påverkar också olika specialitetens möjlighet att rekrytera personal (Blomqvist, 2007).

1.1.5 Hög personalomsättning

Enligt Sveriges kommuner och landstings personalstatistik för 2013 arbetade endast 20 procent av de landstingsanställda distriktsläkarna heltid (Sveriges kommuner och landsting, 2013). Enligt Bergstrand (2012) upplevs arbetet alltför krävande att orka med på full tid. Bejerot et al (Läkartidningen dec, 2011) beskriver hur de flesta läkare arbetade mer än 40 timmar per vecka år 1992 medan de 2010 till stor del arbetade deltid. Läkarna uppgav att de, 2010, i betydligt mindre omfattning fick användning av sin högsta kompetens i sina arbetsuppgifter. Att lite tid fanns avsatt för fortbildning och forskning. Att förtroendet för vårdchefers kompetens var låg. Upplevelse av stöd och uppmuntran från närmaste ledning hade också minskat sedan 1992 (Bejerot et al, 2011). Enligt Brytting (2013) är alla förlorare på arbetsplatser med låg arbetstillfredsställelse (Brytting, 2013). Båtelson (2014) skriver i en artikel i Dagens Samhälle om hur personalflykt av läkare och sjuksköterskor sker inom vården, idag, i alarmerande grad. Båtelson (2014, nov) beskriver hur varje förlorad medarbetare utgör en kostnad och en risk för en nedåtgående spiral där ytterligare personalförluster ses (Båtelson, 2014, nov). Bergstrand (2012) menar att primärvården har hamnat i ett ”moment 22”. Underbemanning leder till undermålig arbetsmiljö och undermålig arbetsmiljö leder till rekryteringssvårigheter (Bergstrand, 2012).

1.2 Primärvård i omvärlden

1.2.1 Omtanke om patienten kräver omtanke om vårdpersonalen

Romani & Ashkar (2014) har i en studie från Saudi Arabien tittat på utbrändhetssymtom hos läkare och beskriver att dessa symtom är vanligt förekommande hos hälso- och sjukvårdspersonal. Hög stressnivå på arbetet kan leda till känslomässig utmattning, personlighetsförändring och låg självkänsla. Det har också en negativ inverkan på patientvården (Romani & Ashkar, 2014). Enligt Bodenheimer & Sinsky (2014) kräver omtanke om patienten också omtanke om den som utför vård. Enligt författarna kan utbrändhetssymtom ge en känsla av att tappa lusten för arbetet. Det kan även ge minskad empati samt känslor av cynism. Det finns också ett tydligt samband med tidiga

pensionsavgångar, alkoholanvändning och självmordstankar (Bodenheimer & Sinsky, 2014). Inom RN4cast (Registered nurse forecasting) studien har omvårdnadsprofessor Linda Aikin, m fl, pekat på hur vårdpersonalens (i det här fallet sjuksköterskors) arbetsförhållanden i hög grad påverkar kvaliteten på vården (Aikin et al, 2012). Inom RN4cast studien har man gjort studier på ”Magnetsjukhus” i USA. Med magnetsjukhus menas arbetsplatser där personalen stannar. På dessa sjukhus upplevde sjuksköterskorna självständighet yrkesgrupper emellan, gott samarbete sjuksköterska-läkare samt färre vakanser. Här såg man också lägre dödlighet, högre patienttillfredsställelse samt högre patientsäkerhet (Aikin et al., 2012). Enligt Aikin et al. (2012) leder undermålig arbetsmiljö och täta personalbyten till stora kostnader för vårdapparaten och ökad risk för vårdskador (Aikin et al., 2012).

1.2.2 Att göra arbetsmiljöfrågor till ett övergripande mål

Bodenheimer & Sinsky (2014) har i artikeln ”From triple to quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider” tittat på primärvården (primary care) i USA. Artikelförfattarna beskriver primärvårdens tre mål: patientdelaktighet, förbättrad folkhälsa och kostnadseffektivitet. Artikeln beskriver vidare hur dessa mål är svåra att uppnå med missnöjd personal. För att primärvården ska lyckas med att uppnå de tre huvudmålen krävs ett positivt engagemang istället för negativ frustration (Bodenheimer & Sinsky, 2014). Att lägga till ett fjärde mål – att förbättra hälso-och sjukvårdens arbetsmiljö – ökar chansen till ett positivt engagemang och därigenom bättre vård, bättre hälsa, till lägre kostnader och en framtid där primärvårdens övriga tre mål uppfylls (Bodenheimer & Sinsky, 2014). Waldman et al (2004) skriver i artikeln ”The Shocking Cost of Turnover in Health Care” att om sjukvårdsorganisationerna var medvetna om den stora kostnad som ligger bakom stor personalomsättning inom hälso-och sjukvården så skulle de satsa mer på arbetsmiljön. När kvalificerade läkare och sjuksköterskor lämnar arbetet på grund av missnöje startas en negativ spiral som alltför ofta negligeras från ledningshåll (Waldman et al, 2014).

Enligt Bodenheimer & Sinsky (2014) förväntar sig samhället allt mer av läkare och kliniker. Patienter önskar förbättrad hälsa, de vill bli bemötta på ett modernt sätt, med empati. Patienter vill ha kontakt med en högkvalificerad kliniker som de själva väljer. De vill gå till mottagningar som ger dem den hjälp som de själva anser sig behöva, närhelst de behöver den (Bodenheimer & Sinsky 2014). Artikelförfattarna menar att gapet mellan samhälleliga förväntningar och professionell verklighet har skapat en arbetsmiljö där 46% av Amerikanska allmänläkare upplever utbrändhetssymtom. En majoritet av primärvårdsläkarna uppger att de

inte skulle valt samma specialitet om de kunde börja om deras karriär. Hög arbetsbelastning leder till att diagnoser missas och felbedömningar görs på patienters tillstånd. Olyckliga läkare och sjuksköterskor lämnar sina arbetsplatser i högre grad än andra. Detta utgör en stor kostnad för samhället, för patientsäkerheten, för de tre målen (Bodenheimer & Sinsky, 2014).

1.2.3 Välfungerande primärvårdsmottagningar

Enligt Bergstrand (2012) finns exempel på primärvårdsenheter där arbetsmiljön är välfungerande och där ett flertal läkare trivs med sin arbetssituation. Det som tycks utmärkande på dessa ”gröna öar” är en medveten satsning på arbetsmiljön. Läkarna ges stor frihet för att lägga upp arbetet efter egna önskemål, det görs satsningar på regelbunden fortbildning. Personalen uppger god trivsel och ett gott förtroende för kollegor och arbetsledning. Generellt ses även en bättre bemanning på dessa välfungerande enheter (Bergstrand, 2012).

Sinsky et al (2013) har i en studie ”In Search of Joy in Practice” tittat på 23 välfungerande primärvårdsmottagningar i USA. De fann på dessa mottagningar välfungerande team, stabila personalgrupper, noggrann vårdplanering, god kommunikation samt god sammanhållning (Sinsky et al, 2013). Mottagningarna skilde sig åt på många sätt men det man tyckte sig se i studien var att ett utökat teamarbete mellan yrkeskategorierna samt inbyggd tid för reflektion ger ökad yrkesstolthet och ökad arbetsglädje (Sinsky et al, 2013). Men även på dessa, tillsynes välfungerande mottagningar, uppgav distriktsläkarna hög stressnivå och hög arbetsbelastning (Sinsky et al, 2013).

Klimkiewicz (2011) nämner i en studie om ”friskfaktorer hos distriktsläkare” att läkarkåren hör till de yrkeskategorier där det rapporterats en kraftigt ökande ohälsa. Att som läkare arbeta med människor som mår dåligt av olika skäl är en stor utmaning. Klimkiewicz (2011) menar att det ur arbetsmiljösynpunkt är viktigt att förutom riskfaktorer även lyfta fram ”friskfaktorer” i arbetssituationen. Detta kan göras genom att studera friska arbetsgrupper och organisationer (Klimkiewicz, 2011).

1.3 Framtidens primärvård

Enligt socialdepartementets (2010) rapport ”Den ljusnande framtid är vår” finns det goda möjligheter att möta den åldrande befolkningens behov av hälso-och sjukvård och äldreomsorg i Sverige. Men för att nå dit krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete

(Socialdepartementet, 2010). Enligt vårdförbundet (2014) krävs en effektiv och nytänkande vård (Vårdförbundet, 2014). Socialdepartementet (2010) talar om vikten av att systematiskt följa upp och kvalitetsäkra verksamheter. Man talar om att göra rätt saker, i rätt tid, på rätt sätt (Socialdepartementet, 2010). Enligt Blomqvist (2007) behövs bättre samverkan i vården för att skapa en väl fungerande helhet. Bergstrand (2012) nämner att primärvården skulle bli mer attraktiv om det fanns flera olika specialiteter representerade på vårdenheterna alternativt allmänläkare med dubbelkompetens (Bergstrand, 2012). I dagens system är det inte ovanligt att en patient med komplexa behov måste vända sig till flera olika huvudmän och flera olika professioner för att få sina behov tillgodosedda (Vårdförbundet, 2014). Genom att hålla samman vården för varje person – oavsett vårdgivare eller vårdhuvudman borde vården bli säkrare, bättre och effektivare (Vårdförbundet, 2014).

Enligt Blomqvist (2007) är god kvalitet i vård och omsorg resurssparande. Men för att genomföra reformer, förbättringar, förändringar krävs också resurser (Blomqvist, 2007). Enligt Bergstrand (2012) önskar distriktläkarna ett tydligt, väl definierat, avgränsat uppdrag. Ett uppdrag där målsiffran 1500 listade patienter per distriktsläkare hålls (Bergstrand, 2012). Distriktsläkarna önskar mer inflytande över sin tidbok samt rimlig tid avsedd för administration. Vidare önskas en möjlighet till kollegial dialog, bättre utbildnings- och utvecklingsmöjligheter samt konkurrenskraftig lön (Bergstrand 2012). Enligt SKL (2014) finns det mycket som arbetsgivarna kan göra för att påverka rekryteringsbehovet. Det handlar om att använda kompetens på rätt sätt, utveckla arbetsmiljö och arbetsorganisationer, utnyttja tekniken bättre samt skapa bättre löne- och karriärmöjligheter (SKL, 2014). Enligt socialdepartementet (2014) krävs det satsning på forskning och utveckling för att lyckas med framtidens vård.

Distriktsläkarföreningen (2014) talar om ”task shifting” och ”skill mix”. Med så kallad uppdragsväxling menas att andra yrkeskategorier till vissa delar kan göra läkarnas arbete. Med en mix av kompetenser i primärvården ges möjlighet till att skapa effektiva team (Distriktsläkarföreningen, 2014). Att samarbeta i team kan leda till att man omdefinierar problem och hittar alternativa problemlösningar genom att ta del av varandras kunskapsområden (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Riskrevisionens bedömning är att fler specialister i allmänmedicin behövs samt en starkare nationell styrning av primärvården (Riksrevisionen, 2014). En rapport från det så kallade LEV-projektet (Långsiktig efterfrågan på välfärdstjänster) talar om hur primärvården, för att klara hälso-sjukvård och äldreomsorg år

2050, måste gå från sjukvård till "riskvård". Fokus bör ligga på att minska risken för att sjukdomar uppstår (Socialdepartementet, 2014).

I arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2015:4) har arbetsgivarens roll förtydligats då det gäller psykosocial arbetsmiljö. Enligt dessa föreskrifter ska arbetsgivaren se till att de arbetsuppgifter som tilldelas personalen inte ger upphov till ohälsosam arbetsbelastning. Arbetsgivaren ska tydliggöra vilka arbetsuppgifter som ska prioriteras när tillgänglig tid inte räcker för de arbetsuppgifter som ska utföras. Vidare ska arbetsgivaren tydliggöra vem personalen ska vända sig till för att få hjälp och stöd att utföra arbetet när tiden inte räcker till (Arbetsmiljöverket, 2015).

1.3.1 Digital vård

I rapporten "Mer high tech mer empati" från LEV-projektet fokuseras man på hur ny teknik kommer att förändra hälso- och sjukvård och äldreomsorg (Socialdepartementet, 2014). En av slutsatserna i denna rapport är att dagens sjukvård och omsorg behöver mer empati och mer high tech. Man ser ett framtidsscenario där mildare åkommor sköts av patienterna själva, i hemmet, via mobil teknik. Behovet av vårdcentraler och traditionellt organiserad primärvård förväntas minska (Socialdepartementet, 2014). Det förespås en sjukvård som kommer att ha möjlighet att tidigare upptäcka och behandla allvarliga sjukdomar. Att använda teknik på rätt sätt förväntas leda till besparingar som kan finansiera en värdigare vård för de allt fler äldre samt ge vårdpersonal möjlighet att prioritera empati (Socialdepartementet, 2014). SKL (2014) skriver om hur olika appar och trådlösa kroppssensorer kommer att mäta och kontrollera befolkningens hälsa. Istället för att träffa distriktsläkare på en vårdcentral kan patienter och läkare ses t ex via videokonferens. Målet är en snabbare vårdprocess och mer individanpassad kontaktvårdkontakt (SKL, 2014).

Distriktsläkarföreningen (2012) talar om en framtid för distriktsläkaren där det direkta patientarbetet kommer att marginaliseras. Där läkarens primära uppgift blir att leda patienten rätt. Där distriktsläkaren får agera som coach och koordinator, verka som pedagog, medicinsk expert och medicinsk konsult (Distriktsläkarföreningen, 2012). Stockholmsbloggen (2016, mars) beskriver ett pilotprojekt kallat Kroninnovation som sedan 2016 pågår på några utvalda vårdcentraler inom Stockholms läns landsting. I detta projekt ger videobesök till läkaren samma ekonomiska ersättning från landstinget som ett vanligt besök (Stockholmsbloggen, 2016, 4 mars). Enligt en artikel i DN (Manzoor, 2016, mars) har regeringen och Sveriges

Kommuner och Landsting tillsammans tagit fram en vision för e-hälsa som ska vara uppfylld 2025: Sverige ska bli bäst i världen på e-hälsa. Med patientens behov i centrum. Den nya tekniken ska underlätta för människor att uppnå ”en god och jämlik hälsa och välfärd”, enligt programförklaringen (Manzoor, 2016, mars).

1.3.2 Effektiv vård

Enligt statens offentliga utredning (SOU 2016:2) ”Effektiv vård” är dagens primärvård underdimensionerad. Utredningen ser ett behov av att stärka primärvården och betonar vikten av att satsa på primärvårdsforskning. I utredning föreslås en nationell definition av primärvårdens uppdrag och en begränsning av uppdraget. Vidare föreslås en organisatorisk uppdelning av primärvården i en allmän och en riktad del (för de med omfattade behov). Primärvården föreslås också bli dygnet-runt öppen (SOU 2016:2). Enligt utredningen har Sverige en låg grad av kontinuitet i vården och det finns tydliga brister i samordningen mellan primärvården och den specialiserade vården. Enskilda insatser levereras av god kvalitet men ”ingen äger helheten” vilket särskilt drabbar äldre och multisjuka patienter. Utredningen uppger att en utbyggd primärvård sannolikt är den enskilt viktigaste åtgärden hälso- och sjukvården kan göra för en mer jämlik hälsa och en effektivare vård (SOU 2016:2).

Det finns mycket nedskrivet om primärvården världen över, om dess utmaningar och svårigheter och om hur den bör utvecklas i framtiden. I denna studie vill författaren titta närmare på distriktsläkarnas arbetssituation inom den svenska primärvården och låta distriktsläkarna själva komma till tals.

1.4 Syfte

Att undersöka distriktsläkares upplevelse av sin arbetssituation inom primärvården.

Forskningsfrågor:

- Vilka faktorer är det som bidrar till att distriktsläkare väljer att stanna inom primärvården respektive väljer att lämna primärvården?
- Vad ser distriktsläkarna själva för vägar att gå för att få distriktsläkare att stanna kvar inom primärvården och söka sig till den i framtiden?
- Vad har distriktsläkarna för tankar om framtidens primärvård och om den digitala utvecklingen?

2 Metod

2.1 Kvalitativ metod

Studien har utförts utifrån en kvalitativ metod. Enligt Bryman (2011) utgår kvalitativ metod ifrån en kunskapsteoretisk, tolkningsinriktad ståndpunkt (Bryman, 2011). Enligt Nationalencyklopedin (2015) är kvalitativ metod ett samhällsvetenskapligt samlingsbegrepp för ett arbetssätt där det gemensamma är att forskaren själv befinner sig i den sociala verklighet som analyseras (Nationalencyklopedin, 2015). En strävan för kvalitativa forskare är att uppnå förståelse av verkligheten med utgångspunkt från hur deltagare i en viss miljö tolkar denna verklighet. Kvalitativ metod är induktiv (Bryman, 2011). Enligt Wikipedia (2015) innebär induktion ett förfaringssätt där man härleder slutsatser utifrån empiriska erfarenheter (Wikipedia, 2015). Slutsatserna i kvalitativ forskning är i allmänhet inte generaliserbara men kan ge upphov till hypoteser vars generella giltighet sedan kan prövas i vidare forskning (Wikipedia, 2015). Målet för den kvalitativa forskaren är att se en situation eller en miljö genom de deltagandes ögon (Bryman, 2011). Kvalitativa studier bygger enligt Bryman (2011) på en forskningsstrategi där tonvikten ligger mer på ord än på kvantifiering. En av de mest använda metoderna inom kvalitativ forskning är intervjuer. Termen ”kvalitativa intervjuer” används för att beskriva den typ av intervju som förekommer i kvalitativa studier. Dessa intervjuer tenderar att vara mindre strukturerade än intervjuer som görs inom kvantitativa studier (Bryman, 2011).

2.2 Urval

I denna studie har författaren framförallt använt sig av ett snöbollsurval. Enligt Bryman (2011) är ett snöbollsurval ett slags bekvämlighetsurval. Vid denna typ av urvalsprocess tar forskaren kontakt med ett mindre antal personer som är relevanta för undersökningens tema och använder dessa för att få kontakt med ytterligare informanter (Bryman, 2011). Författaren kom i kontakt med fem av informanterna på detta sätt. För att uppnå mättnad använde författaren även ett så kallat målinriktat urval. En förfrågan skickades ut till distriktsläkarföreningens medlemmar om intresse av deltagande. Svar erhöles från två distriktsläkare och en av dem passade bra in urvalet. Enligt Bryman (2011) innebär ett målinriktat urval att deltagare väljs ut på ett strategiskt sätt för att på så sätt få tag på personer som är relevanta för de forskningsfrågor som är formulerade.

2.3 Datainsamling

Då syftet var att öka förståelsen för distriktsläkarnas upplevelse samt belysa en verklighet såsom distriktsläkare upplever den genomfördes kvalitativa, semistrukturerade, intervjuer. Enligt Justesen & Mik-Meyer (2011) lämpar det sig bra med semistrukturerade intervjuer när forskaren vill få fram ny kunskap utifrån förvalda teman. I den semistrukturerade intervjun används en intervjuguide där teman och ett antal huvudfrågor är definierade på förhand. Samtidigt lämnas en möjlighet att avvika från guiden om den intervjuade personen tar upp andra frågor relevanta för studien (Justesen & Mik-Meyer, 2011). Intervjuerna i kvalitativ forskning har som mål att vara flexibla och medverka till att lyfta fram intervjupersonernas världsbild (Bryman, 2011).

Intervjuerna spelades in och transkriberades (skrevs ned) ordagrant. Enligt Bryman (2011) bör kvalitativa intervjuer spelas in för att sedan skrivas ned i sin helhet. En förfrågan om deltagande i studien skickades ut per mail till ett antal distriktsläkare. Intervjufrågorna skickades ut i förväg till de distriktsläkare som därefter tackade ja till att delta i studien. Enligt Bryman (2011) är det viktigt att den information som ges är klar och tydlig. Det är också viktigt att intervjuguiden har en tydlig koppling till problemformuleringen samt forskningsfrågorna (Bryman, 2011).

2.4 Etiska aspekter

Enligt Bryman (2011) handlar etiska principer om frivillighet, integritet, sekretess och anonymitet. Deltagarna i forskningen ska informeras om syftet med den aktuella undersökningen och om vilka moment som ingår. De ska informeras om att de själva har rätt att bestämma över sin medverkan samt att de uppgifter som samlas in behandlas konfidentiellt och endast används för forskningsändamålet (Bryman, 2011).

I utskicket till de distriktsläkare som valde att delta i studien gavs information om att deras deltagande i studien var frivilligt och att de när som helst, utan att uppge något skäl, hade möjlighet att avbryta intervjun eller att inte välja att svara på vissa frågor. De fick även information om att alla uppgifter från de utförda intervjuerna behandlas konfidentiellt. De informerades om att de uppgifter som framkom i intervjun skulle transkriberas, analyseras och endast användas i denna studie.

2.5 Analys

En kvalitativ innehållsanalys har gjorts på det insamlade materialet. Enligt Bryman (2011) utgör kodning den vanligaste startpunkten för analys av kvalitativa data. Med kodning menas att i analys av texten från intervjuerna hitta nyckelord och teman som sedan kan bilda ett slags index eller katalog. Dessa koder, dessa katalogiserade termer, används sedan vid tolkning och teoretisering av insamlad data (Bryman, 2011). Kodning är en viktig del av kvalitativ analys (Bryman, 2011). Vid tolkning av resultatet tittar man sedan på vilken betydelse de kodade materialet har och om det finns kopplingar mellan koder. I analysen ingår även att titta på vilken betydelse resultatet har för ursprungliga frågeställningar samt för tidigare och framtida forskning (Bryman, 2011). Enligt Patton (citerad i Frejes & Thornberg, 2015) finns det inga absoluta regler för hur kvalitativ analys ska genomföras. Varje studie är unik. På grund av att forskaren själv är ett centralt redskap inom den kvalitativa forskningen påverkas också analysarbetet av forskarens personlighet, intellekt, självdisciplin, kreativitet och utbildningsnivå (Frejes & Thornberg, 2015). Enligt Frejes & Thornberg (2015) pågår den jämförande analysen hela tiden, i alla faser.

För att på ett rättvisande sätt representera insamlat data har de transkriberade intervjuerna lästs igenom upprepade gånger. Författaren har utgått från syftet med studien och försökt identifiera betydelsefulla mönster/teman. Väsentlig innebörd har koncentrerats och omformulerats i ett mindre antal ord. En analys av likheter och skillnader har gjorts. De funna skillnaderna och likheterna har grupperats/kodats. Textmassan har reducerats och strukturerats in under ett antal kategorier. Många kategorier har sedan förts ihop till färre. För att skapa analytisk förståelse har författaren parallellt med datainsamling, kodning och analys fört anteckningar. Det transkriberade materialet har gått igenom av handledare och författare tillsammans. För att tydliggöra och beskriva steg för steg hur analysen har gått till och hur tema till slut tagits fram se tabeller nedan. Analys av data utfördes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, inspirerade av Graneheim & Lundman (2004). Se tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen av intervjuerna.

Nr	Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subtema	Tema
Intervju 5	En distriktsläkare är en person som tar hand om hela samhället, alla åldrar, under hela livet. Att tänka kroppen som en helhet, en hel person som har sjukdomar men också känslor. Att etablera en bra dialog med patienten är grunden för det medicinska arbetet.	Kroppen som en helhet. Att vårda alla åldrar, genom hela livet. Att etablera en bra dialog.	Att vårda hela människan Att vårda alla åldrar En bra dialog	Helhetssyn Kontinuitet	Att utöva sin profession som distriktsläkare
Intervju 1	Att få träffa patienter i många olika livsskeden och en bred blandning av sjukdomar och också att det kanske var lite mer fokus på hälsa och livet i stort mer än på bara sjukdomar och elände.	Att vårda patienter i olika livsskeenden. Bred blandning av sjukdomar. Fokus på hälsa.	Fokus på hälsa och livet i stort Brett sjukdomsspektra. Livets alla skeenden	Patienten i fokus Helhetssyn	

I författarens analys av distriktsläkarnas arbetssituation har hänsyn tagits till de yttre faktorer som styr distriktsläkarens arbete. Primärvården är en del av hälso- och sjukvårdens komplexa organisation. Förutom den närmaste ledningen har man, som distriktsläkare, att förhålla sig till omvärlden, till ägare, ekonomi, politiker, tillsynsmyndigheter, m.m. Sundlin & Sundlin (2012) beskriver systemnivåerna i en organisation som en rysk docka där uppdrag och inriktning i varje nivå, varje lager, formas av det stora sammanhanget (Sundlin & Sundlin, 2012). Utifrån det tänkesättet har författaren valt att titta på distriktsläkarens arbetssituation på individnivå (distriktsläkaren), på arbetsplatsnivå (arbetsmiljön/arbetets organisering), organisationsnivå (hälso- och sjukvårdsorganisationen) samt på samhällsnivå (framtidens primärvård). Nedan presenteras de koder, subteman och teman som har vuxit fram under analysen. Se tabell 2. I resultatet presenterar författaren tema och subtema som rubriker medans koderna finns med i löpande text. Resultatet förstärks med citat från intervjuerna.

Tabell 2. Beskrivning av hur teman identifierats under analysprocessen.

Koder	Subtema	Tema
Ett brett spektrum av sjukdomar Livets alla skeenden Att vårda hela människan Att vårda alla åldrar	Helhetssyn på patienten	Att få utöva sin profession som distriktsläkare
Fasta patienter En bra dialog	Kontinuitet i relationen	
Länk till annan sjukvård	Patienten i fokus	
Stöd från chef och ledning Stöd från kollegor	Stöd från chef och ledning	Förutsättningar i arbetsmiljön
Möjlighet till handledning	Utrymme för reflektion och lärande	
Möjlighet till fortbildning	Utrymme för utveckling	
Samverkan med olika instanser Samverkan mellan specialistsjukvård och primärvård	Samverkan	Arbetets organisering
Med andra yrkeskategorier Med kollegor	Teamarbete	
Flexibla arbetstider Rimliga arbetstider	Arbetstider	
Att kunna planera sin egen tid Avsatt tid för administration Avlastning med administration	Egenkontroll	
Tydlighet i primärvårdsuppdraget Tydlighet i distriktsläkarens uppdrag Tydlighet mot befolkningen	Tydlighet i uppdraget	
Ekonomiska förutsättningar Tillräckligt med tid Tillräckligt med personal	Resurser	Organisatoriska förutsättningar
Att tro på en förändringsbar vård Den välinformerade patienten	Framtidstro Digital vård	
		Framtidens primärvård

3 Resultat

Av de distriktsläkare som deltog i studien arbetade merparten inom Stockholms läns landsting. Två av de intervjuade distriktsläkarna hade lämnat sina fasta anställningar inom primärvården och arbetade nu endast 15 % eller mindre inom primärvården. Av de övriga intervjuade arbetade 2 heltid som distriktsläkare och 2 arbetade deltid (80-90%). En av de intervjuade distriktsläkarna hade nyligen slutfört sin ST-utbildning inom primärvården och hade arbetat mindre än ett år som distriktsläkare (färdig specialist). De övriga hade lång

erfarenhet från primärvård (i medeltal 20 år) och hade arbetat som distriktsläkare i Sverige (färdiga specialister) i 8-13 år. Av de deltagande distriktsläkarna var tre kvinnor och tre män. Tre av intervjuerna utfördes på informanternas arbetsplats, en i informantens hem samt två via Skype (videosamtal via länk). Vid intervjutillfället nummerades intervjuerna. De citat som återges i resultatet är hämtade från intervjuerna och den siffra som återges efter citatet visar vilken intervju som citat är hämtad ifrån. Under analysprocessen har fem huvudteman identifierats:

- Att få utöva sin profession som distriktsläkare
- Förutsättningar i arbetsmiljön
- Arbetets organisering
- Organisatoriska förutsättningar
- Framtidens primärvård

3.1 Att få utöva sin profession som distriktsläkare

För att få distriktsläkare att stanna kvar inom primärvården och distriktsläkare att söka sig till primärvården i framtiden framkom i intervjuerna en önskan om att få arbeta med det som är grunden i allmänmedicin: att se människan som en helhet, att få träffa patienter i alla livsskeenden, att få arbeta med ett brett spektrum av sjukdomar. De intervjuade återkom till vikten av helhetssyn, kontinuitet, dialog och tid för möte med människor. De intervjuade ansåg att distriktsläkarnas särskilda roll i sjukvården måste betonas för att locka distriktsläkare i framtiden.

”Att man ska kunna ha sina patienter, kontinuitet. Att sätta patienten i fokus och vara länken till allt det andra, att se att vi har en särskild roll i sjukvården. Det är det som är allmänmedicins uppdrag anser jag. Allmänmedicin är jätteroligt så länge man får jobba med allmänmedicin, ta det greppet, helhetssyn på människan. Men som det är nu är det fragmentiserat, man får bara en liten del” (Informant 2.)

3.1.1 Helhetssyn på patienten

Alla intervjuade återkom till vikten av att ha en helhetssyn på människan, ett helhetsperspektiv. En av de intervjuade beskrev sitt arbete som distriktsläkare som att vara ”en riktig läkare”.

”Med all respekt för andra specialiteter men att tänka kroppen som en helhet, människan som en helhet, inte bara ett organ, ett hjärta en hjärna utan en hel person, människan, som har sjukdomar men också känslor...ett komplett perspektiv på alla problem, mer preventiv medicin än kurativ...” (Informant 5).

”Det är helheten som gör att jag funnit mig i den här specialiteten, att man har människan i helheten, alla aspekter, inte bara ett öga eller ett öra. Den lockar mig att fortsätta. Då är man en riktig läkare. Man träffar öron och hud och barn och geriatrik, alla patienter, upp till 100 år gamla ”(Informant 6).

Flera av de intervjuade tog upp att det var berikande att arbeta med olika åldrar och med ett brett spektrum av sjukdomar. Att få följa människor genom livet, genom olika livsskeden, från vaggan till graven.

”Anledningen till att jag valde den här specialiteten- förutom min sociala situation- var att jag tyckte att det lät intressant att få lära sig om hela människan - att lära sig lite om mycket istället för mycket om lite...”(Informant 4).

”Att man får träffa patienter i många olika livsskeden och en bred blandning av sjukdomar... mer fokus på hälsa och livet i stort mer än på bara sjukdomar och elände”(1).

3.1.2 Kontinuitet i relationen

Vid ett flertal av intervjuerna kom vikten av kontinuitet upp, ett önskemål om att ha fasta, återkommande patienter, ett begränsat antal för att hinna med återkoppling och feedback. Distriktsläkarna uppgav att kontinuitet i vården är extra viktigt när det gäller äldre patienter med komplexa problem. Att etablera en god relation med patienten och ha en bra dialog vid besöken beskrevs som en viktig del i det medicinska arbetet.

”Jag bestämde mig för många, många år sedan att jag ville prata med patienten. Jag tycker att prata och samtala med personer, etablera en bra dialog det är grunden för det medicinska arbetet... för det behöver man tid, intresse, resurser och det löser sig inte på 15 eller 20 minuter... Jag upplever att det just nu är svårt att behålla den förmågan ”(5).

3.1.3 Patienten i fokus

En av distriktsläkarens viktigaste uppgifter är att vara länken till övrig vård.

”... Att man ska kunna ha sina patienter, kontinuitet... att se det här med allmänmedicins roll, att vi har en särskild roll i sjukvården... Genom att sätta patienten i fokus och vara länken åt allt det andra och får vi bara tid och kan göra det blir det jättebra... det är det som är allmänmedicins uppdrag anser jag...” (2)

3.2 Förutsättningar i arbetsmiljön

3.2.1 Stöd från chef och ledning

En aspekt som framkom för att få distriktsläkare att trivas med sitt arbete och sin arbetssituation var att få stöd från chef och ledning. Två av de intervjuade distriktsläkarna hade det gemensamt att de arbetade på vårdcentraler med 14000 - 25000 listade patienter. De upplevde båda att de hade stöd från chef och ledning och kollegor. De trivdes bra på sitt arbete och upplevde att de hade en bra arbetssituation.

”Jag jobbar på en stor vårdcentral med 75 anställda och 30 läkare ungefär. Min närmaste chef, som också är läkare ser till att vi får resurser för det vi ska göra och inte åläggs massa andra uppgifter som inte har med vårt jobb att göra, hon filtrerar bort det. Hon ser verkligen till att vi har resurser att göra det vi ska göra... genom att det är en stor vårdcentral finns det alltid någon som har specialintresse i något område och är man sjuk så finns det ofta resurser att täcka upp det också, så det är en bra arbetsplats ”(4).

Gemensamt för de distriktsläkare som lämnat primärvården var att de upplevde begränsat stöd från chef och ledning samt kollegor.

”Det kunde vara så att jag hade stöd i ledningen men det var ändå så att de inte förmådde att göra något åt min situation som den var. Jag hade en distriktssköterska som chef som inte klarade av vår läkargrupp. Som inte kunde hjälpa mig att sätta gränser utan snarare tyckte att jag kunde ta lite mer för någon var ju tvungen att göra det” (2).

”Jag upplevde att stödet från ledning och kollegor var ganska begränsat och jag tror att de hade att göra med att de hade likadan arbetssituation med konstant tidsbrist och ja det fanns liksom inte utrymme riktigt att ta tag i saker för att förändra och ingen orkade riktigt ” (1).

Två av de intervjuade upplevde visserligen stöd från kollegor och chef och upplevde att den närmaste ledningen gjorde så gott de kunde men att de ändå hade liten möjlighet att påverka den dagliga arbetssituationen.

”Jag har bra stöd ifrån mina kollegor. Mina närmaste chefer gör nog så bra som det kan. Det är den stora ledningen någonstans i rymden som bestämmer att vi ska producera mer men med mindre resurser. Jag tror inte det spelar någon roll om det är landstinget, statligt eller privat... Det är den ”stora chefen” någonstans som bestämmer vad de tror som är bäst för oss” (5).

”Från kollegorna var det ju stöd och även från vår chef men hon har ju chefer ovanför sig som bestämmer och säger att du har den här budgeten att jobba med så det är ju lite svårt för vårdcentralchefen också, det måste det ju vara förstås” (3).

3.2.2 Utrymme för reflektion och lärande

Distriktsläkarna uppgav att den konstanta tidsbristen skavde på arbetsglädjen. De önskade att de hade möjlighet till schemalagd handledning och/eller avlastning när det gällde patienter med komplexa problem och som tog upp mycket av deras tid. En av de intervjuade konstaterade att kuratorn på deras vårdcentral hade schemalagd handledning av en specialutbildad terapeut var 14:e dag men att distriktsläkarna på vårdcentralen inte hade någon schemalagd tid alls för det. Något hon önskade och saknade.

”Vi som läkare träffar patienter som mår dåligt i själen som inte bara har kroppsliga symtom, vi har patienter med ångest och depression och då räcker det inte att bara prata med våra kollegor vi behöver ju feedback och uppföljning av en terapeut tycker jag men det ligger ju liksom inte på våra scheman... det sliter på läkarna faktiskt. Jag tycker det är många läkare som känner sig utmattade och går in i väggen...” (3).

I en annan intervju tog distriktsläkaren upp att det vore bra om man kunde hitta kanaler på den egna mottagningen för att diskutera igenom svårbehandlade patienter, för att kunna dela på bördan. Om fler kände till problemen kunde man hjälpas åt att hitta lösningar och stötta varandra och fördela arbetsuppgifter som kändes svåra så att man som distriktsläkare inte behövde känna sig så ensam.

”Att man liksom diskuterar det eller att man känner att man jobbar några ihop som på något sätt känner till problemet och ja så man kan hitta lösningar och stötta varandra eller fördela arbetsuppgifter eller också få handledning för sådant som är besvärligt” ”För som det nu är så är man oförutsett borta finns det ju ingen som löser problemet...” (1).

Ett annat önskemål som framkom var möjlighet att hänvisa ensamma patienter någonstans:

”Jag tror också att det skulle behöva finnas i samhället ett större socialt stöd för ensamma människor som inte har någon stans att vända sig. Som har sociala problem som på något sätt utmynnar i någon typ av medicinsk frågeställning som hamnar i primärvården men som är helt olösbar där men det finns ingen annanstans att vända sig. Jag tycker det är orimligt att det inte finns någon annanstans att hänvisa dessa patienter ” (1).

3.2.3 Utrymme för utveckling

I flera av intervjuerna framkom en önskan om mer tid för fortbildning. Att fortbildning är något som prioriteras bort på grund av att man inte hinner med och att utvecklingsarbetet släpar efter på grund av att patientarbete och administration tar all tid och ork.

”Vi måste få tid för utbildning vilket jag inte tycker att vi får så mycket. Vi har ju två gånger per termin... men jag tycker att vi bör få mer, och sen kanske chans att ut och auskultera lite grann på sjukhus skulle vara kul någon vecka då och då... så att man får lite nya input. Det vore kul om någon specialist från sjukhuset kom ut och hade undervisning för oss också på något läkarmöte, det tycker jag vore bra.” (3)

3.3 Arbetets organisering

3.3.1 Samverkan

I merparten av intervjuerna framkom att ”den administrativa bördan” var stor. För att råda bot på den administrativa bördan framkom önskemål om bättre samverkan och tydligare kommunikation mellan olika instanser som försäkringskassan, arbetsförmedlingen samt socialtjänsten. Distriktsläkarna såg också ett behov av bättre samverkan mellan primärvården och den specialiserade vården. Det framkom en önskan om förbättrade kontaktvägar och ett utökat samarbete kring komplexa patientfall. De intervjuade nämnde att samarbetet mellan

sjukhusvård och primärvård behövde förbättras åt båda hållen. Det framkom att samarbetet idag inte fungerar optimalt och att det finns många förbättringsmöjligheter.

”Om man i primärvården gör en bedömning att det här inte är för oss så är det inte alltid sjukhusdoktorn håller med och ibland har de även från sjukhuset sida förväntningar på att det ska utredas mer än vad primärvårdsdoktorn tycker. Och när någon varit inlagd eller varit på akutbesök så kanske det inte alltid är lämpligast att primärvården ska följa upp utan kanske den doktor som de har träffat på sjukhuset borde göra det istället” (1).

I intervjuerna framkom en känsla av att primärvården och distriktsläkarna i dagsläget får ta hand om allt som övriga specialister inte vill syssla med och att det avspeglar sig i samarbetet mellan sjukvård och primärvård. Vid en av intervjuerna framkom dock att samarbetet fungerar bra:

”Samarbetet med sjukhusvården är ju mest via remisser som vi skriver och får svar på och sen att man ringer och konsulterar och det tycker jag fungerar bra ”(3).

Merparten av distriktsläkarna upplevde att kommunikationen mellan specialistsjukvård och primärvård behövde förbättras. Att det ofta var svårt att komma i kontakt med specialistsjukvården för rådfrågning och att de råd som gavs i en del av fallen inte var anpassade för primärvården.

”Det finns ju individer som man har bra samarbete med men i det stora hela är det något slags Svarte Petter spel med att det här vill jag inte ha, det här får primärvården ta hand om och samtidigt får man i knät att det här kan primärvården inte hantera...”(2).

De intervjuade tog upp att risken för fel är stor när kommunikationen inte fungerar. Som ett exempel nämndes läkemedelshantering vid inskrivning av patienter i akutsjukvården där läkarna vid inskrivning inte alltid tar reda på patientens aktuella läkemedelslista utan sätter in läkemedel som patienten redan har. Merparten av de intervjuade tog även upp remisshantering som ett stort problem. Att allt fler remisser skickas från specialistsjukvården till primärvården och att dessa förväntas hanteras i primärvården, oavsett frågeställning.

”Många gånger när vi får remisser till primärvården från tex öronläkare får vi remisser med otydliga frågor. Det händer att patienten vid besöket på öronkliniken nämner andra problem såsom huvudvärk, trötthet ont i knät. Det vore bra att de patienterna hänvisades till att ta kontakt med primärvården själva istället för att remisser skrivs på otydliga, diffusa frågor, gällande långvariga problem. När primärvården skickar remisser till tex öron- näsa- hals mottagning så ställer vi tydliga frågor”(6).

Ett annat exempel som togs upp handlade om uppföljning och provtagning. Om att den klinik som utreder patienten också borde vara den mest lämpade att följa upp patienten utan att primärvården blandas in.

”Om man varit inlagd på en klinik och där tog ett prov som var avvikande och det behöver tas om så är det bättre om den klinik där man varit inlagd tar om provet. Är det normalt så är det normalt men om det är avvikande får man fundera över hur man går vidare. Istället för att alltid skicka en remiss för att primärvården ska följa upp med ny provtagning. Primärvården behöver då kalla patienten, ta in patienten för provtagning och sedan meddela patienten att det är normalt”(6).

Ytterligare ett exempel handlade om sjukskrivning. Om att primärvården förväntas att hantera sjukskrivningar som någon annan bestämt. En av de intervjuade beskrev en känsla av att göra någon annans jobb:

”Varför ska jag yttra mig om en åkomma som jag inte behandlar? Varför ska jag ägna tid åt att läsa journalen på patienten på andra kliniker bara för att få en bild av deras bedömning och skriva intyg istället för dem? ... då blir man som någon slags administratör för den här kliniken. Det har blivit som att jag gör deras jobb... ÄR det jag som är behandlande läkare då blir det en del av vården som jag skriver intyg, sjukskrivning eller läkarutlåtande eller vad det kan vara... men om patienten går till en annan klinik och man blir hänvisad till primärvården för ett intyg om den här åkomman som behandlas där borta... då tycker jag att det är oacceptabelt”(6).

När det gällde förbättring av samarbetet mellan sjukhusvård och primärvård framkom, förutom en önskan om tydligare remisser ett förbättringsförslag så som primärvårdsbemanning på sjukhus.

”...primärvårdsbemanning på sjukhus tror jag på som ett alternativspår, tex på akuten så att man redan där kan avgöra om patienten behöver sjukhusets resurser eller om den istället kan träffa en distriktsläkare” (1).

En av de intervjuade hade som förslag att primärvårdsmottagningarna borde bjuda in specialistläkarna att hålla föreläsningar och dela med sig av sin kunskap. Och att distriktsläkarna skulle kunna auskultera på sjukhus då och då. För att få nya input, förbättra kommunikationen och lära av varandra.

3.3.2 Teamarbete

I intervjuerna framkom en önskan om att kunna fördela arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier på primärvårdsmottagningarna och arbeta mer teambaserat. Distriktsläkarna menade att ett bättre teamarbete kan leda till att man hittar nya lösningar på de problem som kan uppstå på mottagningarna.

”Nu ändrar vi lite grann och går lite tillbaka till att arbeta mer i grupper med ett par läkare och sjuksköterkor tillsammans så att vi ska kunna jobba tätare preventivt och även vårdmässigt... det tror jag är viktigt... önskar också att vi hade någon typ av rehabenhet på vårdcentralen. Det är många som har problem där de hade varit behjälpta av en sjukgymnast/fysioterapeut. De vårdcentraler som har en sådan funktion tror jag har ett bättre resultat avseende de patienterna” (4).

Distriktsläkarna menade att ett utvecklat teamarbete ger bättre möjlighet till avlastning när det gäller svåra patientfall och gör det lättare att fördela arbetsuppgifter kollegor emellan. Ett delat ansvar gör att man inte behöver känna sig så ensam.

”Jag tror att en sak som skulle kunna underlätta vore om man hade någon typ av team på vårdcentralen så att man inte är som läkare så väldigt personligt ansvarig för allting. Eller ansvarig kan man vara men det blir väldigt ensamt ibland med sådant som är jobbigt... för som det är nu – är man oplanerat borta då finns det ju ingen som löser problemet och även om man är planerat ledig. För ofta är det så att de rent medicinska kan vara svårt men det som är mest krävande är det här runtomkring. Jag har i alla fall upplevt att jag har varit väldigt ensam i mycket och att det har varit jättejobbigt”(1).

3.3.3 Arbetstider

På frågan om varför man valt att specialisera sig till distriktsläkare framkom i alla intervjuer att arbetstiderna varit ett av skälen. Distriktsläkarna uppgav att möjlighet till dagarbete måndag-fredag, möjlighet att kombinera arbetslivet med familjelivet, möjlighet till deltid, att slippa nattjourer, m.m. hade spelat in i valet av specialitet.

En önskan som framkom i intervjuerna handlade om flexiblare arbetstider och en större möjlighet att styra över sin tid, att inte behöva arbeta 8-17 varje dag utan att få möjlighet till att till exempel vara ledig någon eftermiddag, för att arbeta längre någon annan dag. Distriktsläkarna önskade även rimliga arbetstider. En av de intervjuade uppgav att ett av skälen till att distriktsläkare lämnar primärvården är att det är svårt att hinna med sina arbetsuppgifter inom arbetstiden vilket gör att de känner sig tvungna att arbeta utom arbetstiden.

”Om det blir för mycket... om det blir en vardag... att jag inte kan sluta kl 17 som planerat... Jag kan ibland bli kvar 30 minuter extra 60 minuter extra. Idag 90 minuter extra... Om det här upprepas flera gånger per vecka utan förståelse från ledningen kan det orsaka att primärvårdsläkare slutar... det beror också på otydlighet... ett obegränsat uppdrag, då hinner man inte med helt enkelt ”(6).

3.3.4 Egenkontroll

Distriktsläkarna önskade större möjlighet att styra över sin tid. De två intervjuade distriktsläkarna som trivdes bra på sitt arbete hade det gemensamt att de hade god kontroll över sin tidbok och stor möjlighet att styra över sin tid.

”Jag kan själv styra över hur min kalender läggs upp och hur mycket bokade tider jag har, hur mycket akuta tider jag har och hur mycket administration jag kan foga över själv men det är ju emellanåt så att det är mer att göra men överlag tycker jag att jag har bra kontroll över min situation” (4).

En av de distriktsläkare som lämnat primärvården beskrev låg kontroll av sin arbetssituation:

”Jag kom till jobbet – och så sprang jag... det var så det kändes – egentligen... så fort jag kom ner i fikarummet sa underläkarna och sköterskorna åh nu är du här nu kan jag ställa frågorna... och det var ju jättebra... men jag fick aldrig vila... och så fick jag äta lunch på 20 minuter... och så sprang jag... och så kom jag hem och var jättetrött... och så tänkte jag att jag ska tillbaka dit imorgon...” (4).

En av de deltid arbetande distriktsläkarna beskrev känslan av att känna sig som en robot, att tid för reflektion och eftertanke alltför ofta saknas. Att nya arbetsuppgifter lastas på, utan kontroll. Att det sällan finns tid för att göra färdigt eller att ge feedback till patienterna. Distriktsläkarna betonade att arbetet är så mycket mer än vad som syns i tidboken. En av de heltid arbetande distriktsläkarna menade att det är de administrativa uppgifterna som är ett av skälen till att många distriktsläkare väljer att arbeta som stafettläkare. Att man som stafettläkare till viss del blir av med de administrativa sidouppgifterna som de fasta läkarna förväntas hantera.

”Jag får ta mycket jobb hit och dit som är osynligt. Genom att ”kan du skicka det här receptet extra”, ”kan du ta det här telefonsamtalet”, osv. Vi behöver tid även för det osynliga arbetet” (6).

Det framkom i intervjuerna en önskan om att få schemalagd tid för administration samt en önskan om att få avlastning med de administrativa arbetsuppgifterna.

”Det är oerhört mycket pappersarbete och remisser hit och dit, brev som kommer och går. Förr i tiden hade vi inget administrativt jobb... Det finns inte längre så många fysiska papper men elektroniska dokument kommer hela tiden. Jag tror att vi förlorar mycket tid som vi egentligen skulle ägna till patienter i stället för att sitta framför en dator ”(5).

”Det är administrativa saker som man inte gillar, man är inte utbildad för att göra administrativa saker som andra kan göra, man är utbildad till att ta hand om patienter. Så det är en viktig del för att läkare ska stanna, att man ger rätt arbetsuppgifter till rätt person utifrån professionalitet” (6).

3.4 Organisatoriska förutsättningar

De intervjuade uppgav att det måste finnas organisatoriska förutsättningar för att utföra det stora jobb som det förväntas att man ska göra inom primärvården.

”Jag tänker att det är jätteviktigt att man planerar sjukvården utifrån att de som är sjukast och har de största medicinska behoven ska få mest tid och mest resurser... Att man från sjukvårdspolitiskt håll står upp för de som är mest sjuka och som ju ofta är svaga grupper... Jag hoppas att det ska ske en förändring så att man prioriterar primärvården resursmässigt och att betydelsen av en välfungerande primärvård lyfts fram i den allmänna debatten så att man förstår att det är en viktig del... Genom en strukturförändring skulle man säkert på något sätt kunna hitta vägar för att få det att funka bättre...” (1).

3.4.1 Tydlighet i uppdraget

Att primärvårdsuppdraget i dagsläget är otydligt togs upp i alla intervjuer. Vid merparten av intervjuerna framkom att för att man ska få distriktsläkare att stanna kvar inom primärvården måste primärvårdens uppdrag formuleras tydligare. Distriktsläkarna önskar ett tydligt, begränsat och rimligt uppdrag och att allmänmedicins särskilda roll i sjukvårdssystemet lyfts fram.

”Det finns en otydlighet i formuleringen av primärvårdsuppdraget. Verkligheten säger en sak och drömmen en annan” ... ”Primärvårdsuppdraget måste formuleras tydligare än dagens läge. Ögonläkare vet vad de har för uppdrag, öronläkare vet exakt vad de har för uppdrag, ortopedier vet, men inte primärvården... Det är som jag säger otydlighet, ett obegränsat uppdrag, vi har ett obegränsat uppdrag. Det gör att doktorer i primärvården tröttnar och inte befinner sig där” (6).

I intervjuerna framkom en önskan om ett förtydligande av distriktsläkarens roll på primärvårdsmottagningarna, om vad som hör till distriktsläkarens ansvar och vad som inte hör dit. En önskan om en tydligare arbetsbeskrivning. För att få distriktsläkare att stanna kvar på primärvårdsmottagningarna menade de intervjuade att det krävs ett rimligt uppdrag med tydliga gränser. En av de intervjuade uttryckte det så här:

”Jag tror någonstans att man måste göra det väldigt tydlig vad som ska ingå, göra en tydlig arbetsbeskrivning... det blir så lätt ”det kan jag ta”, ”det kan jag ta” ... och om man faktiskt

säger till sin chef "jag orkar inte" och då möts av ett "bara några månader till" då måste man ha inte bara från sin chef utan även från landstinget, från politikerna, hela systemet att "det här ska du göra". Ett tydligt uppdrag så att man själv kan se vad som ligger utanför mitt uppdrag" (2).

Det framkom även en önskan om en större tydlighet mot befolkningen gällande vad som hör primärvården till och vad som inte hör dit. Vad primärvården kan ta och inte ta. Om när man bör söka vård och om när man inte behöver söka vård och om vad som ingår i distriktsläkarens uppdrag.

"Det är jätteviktigt att man planerar sjukvården utifrån de som är sjukast och har störst medicinska behov, de ska få mest tid och resurser. Det är också jätteviktigt att de som inte har allvarliga sjukdomstillstånd inte har lika lätt att komma till doktorn"(1).

3.4.2 Resurser

På frågan om de intervjuade hade tillräckligt med tid och resurser att utföra arbetet väl svarade merparten att de upplevde att de inte hade det. Utmärkande för de som svarade att de hade tillräckligt med tid och resurser var att de arbetade på större vårdcentraler med fler kollegor som kunde täcka upp vid sjukdom eller frånvaro samt att de upplevde ett stort stöd från sin närmaste chef. De intervjuade upplevde att "den stora ledningen" var mer intresserad av produktion än av att ge primärvårdsmottagningarna ökade resurser. En av de distriktsläkare som valt att lämna sin fasta anställning inom primärvården uttryckte det så här:

"Ett stort skäl till att jag slutade inom primärvården var att det kändes som att förutsättningarna var helt orimliga för att göra arbetet på ett sätt som jag tycker var tillräckligt säkert... men även förutsättningarna för att ge ett gott bemötande eller att följa upp patienter på ett sätt som kändes ok överhuvudtaget" (1).

Det framkom i intervjuerna att de ekonomiska förutsättningarna för primärvården är begränsade vilket gör det svårt för primärvården och distriktsläkarna att utföra sitt uppdrag. En önskan som framkom var ett bättre ersättningssystem samt ett rimligt tak när det gäller listning av patienter samt vårdtyngd. De intervjuade uppgav att en förutsättning för att ge god vård är att det finns tid att hantera patientbesök på ett patientsäkert sätt och tid att bemöta patienten på ett respektfullt sätt.

”Vi måste få enormt mycket mer resurser, få gehör för det vi kräver och få betalt för det som vi verkligen gör. Vi står inför en väldigt stor utmaning när allt mer sjukhusvård flyttar över till primärvård ”(Informant 4).

”Att få den tiden som behövs för att göra vårt jobb. Att de som styr vår vardag ger oss rimlig tid för att göra vårt uppdrag och inte ger oss mer uppdrag så att vi inte hinner med” (5).

Distriktsläkarna nämnde även att det måste finnas marginaler för oförutsedda händelser såsom akutfall eller brådskande förfrågningar från instanser såsom försäkringskassa, socialtjänst. Vid tidsbrist är risken stor för fel och i slutändan är det patienten som drabbas. Tidsbristen sågs som störst när det gäller äldre personer med fler diagnoser och långvariga problem.

”En förutsättning tänker jag är att det finns tid att hantera patientbesök på ett vettigt sätt så att man inte behöver göra avkall på medicinsk säkerhet och inte bemötande heller och att det finns marginaler för oförutsedda saker vilket jag tycker är ett bekymmer... att det liksom är så pressat så att dyker det upp akutfall eller förfrågningar som brådskar från andra ställen, försäkringskassan, socialtjänsten eller vad som helst så finns det liksom inte utrymme för det utan man måste klämma in det ändå... ”(1).

Vid merparten av intervjuerna framkom att distriktsläkaryrket blivit allt mer pressat, att kravet på att det ska gå snabbare har ökat och att besöken nu är så korta att man bara får ta upp en sak i taget. Att man går miste om helhetssynen.

”Jag har tappat motivationen, har tappat gnistan eller glädjen som jag hade för några år sedan, det har blivit lite mer rutin, det finns ingen tid och möjlighet att göra allt som man vill just nu”... ”Vi kan inte säga till en äldre person att ok vi pratar idag bara om ditt blodtryck, i nästa vecka pratar vi om artrosen och om ett antal veckor om någon annan sak. Min vision på det, det idealiska skulle vara mindre belastning och mer tid för varje enskild person... men det är omöjligt man kan inte koppla ihop det med produktion, just nu... ”(5).

För att få distriktsläkare att trivas och att stanna inom primärvården krävs enligt distriktsläkarna välfungerande mottagningar och en god arbetsmiljö. Distriktsläkarna uttryckte att en välfungerande primärvårdsmottagning är en välbemannad mottagning, med

tillsatta tjänster och en stabil arbetsgrupp med både sjuksköterskor och läkare. De distriktsläkare som valt att lämna primärvården beskrev en hög arbetsbelastning och liten möjlighet till avlastning på de vårdcentraler de lämnat och menade att något måste göras för att förbättra distriktsläkarnas arbetssituation:

”Att tänka att faktiskt helt vanliga människor ska kunna jobba som distriktsläkare även om man har andra saker att göra i livet”... ”Att inte bara de som inte har familj eller som har utflugna barn och lever själva och inte har några andra sociala förväntningar på livet... som jag uppfattar att det ganska mycket är... att de som orkar är de som inte har något annat som de behöver göra – vilket känns helt orimligt (1).

En av de deltidssamarbetande läkarna uttryckte det så här:

”Vi behöver tillräckligt med doktorer förstås... det är så många som slutar hela tiden... vi arbetar några månader, år och sedan går man vidare... Vi hinner ju aldrig göra färdigt eller ge feedback till patienterna utan vi ska hela tiden lastas på nytt. Vi måste ha tillräckligt med personal och måste få tid för utbildning (3).

Två av de intervjuade upplevde att det i dagsläget arbetade på välfungerande, välbemannade mottagningar. De upplevde att de i dagsläget hade tillräckligt med tid och resurser för att utföra arbetet väl. De var nöjda med sin arbetssituation och trivdes bra på sitt arbete.

3.5 Framtidens primärvård

3.5.1 Framtidstro

När det gäller framtidens primärvård var de distriktsläkare som trivdes bra med sin arbetssituation idag och de som trivdes mindre bra överens om att primärvården står inför stora utmaningar inför framtiden. Distriktsläkarna uppgav att de hoppades på en förändring inför framtiden, en ökad satsning på primärvården. De ansåg att för att få distriktsläkare att söka sig till primärvården i framtiden och för att få distriktsläkare att stanna i dagens primärvård behöver man tro på en förändringsbar vård. Att det kommer att bli bättre.

”Utifrån Stiernstedt, som skrivit mycket till regeringen... Han ger mycket råd och riktning... att man bör satsa på primärvården så om det här går igenom då förhoppningsvis att det blir det bättre... men i dagsläget ser jag inte något tecken på det... (6).

Jag är lite skeptisk och pessimistisk jag tror att vi hamnar i en ekonomisk situation där... vi måste producera mera... Men trots alla positiva och negativa saker och trots alla problem och förändringar som vi har... jag är fortfarande helt övertygad att jag ska fortsätta så mycket som möjligt resten av mitt professionella liv i det här arbetet” (5).

De distriktsläkare i min studie som valt att lämna primärvården talade om vikten av att satsa på primärvården och vikten av att en fungerande primärvård lyfts fram i den allmänna debatten.

”Jag kan tänka så att det ser mörkt ut så det måste hända något som gör att primärvården blir bättre och mer attraktiv. Att man måste satsa. Man har pratat om att satsa på primärvården under hela min yrkesverksamma tid. Som det är nu så krockar den allmänmedicinska ideologin med det som politikerna styr emot” (2).

”Finns det hopp för primärvården. Jag vet inte” ... ”Jag hoppas ju att det ska ske en förändring så att man prioriterar primärvården resursmässigt och att betydelsen av en välfungerande primärvård lyfts fram...” (1).

3.5.2 Digital vård

När det gällde ny teknik och digital vård så var de intervjuade försiktigt positiva men inte helt övertygade om att det skulle avlasta på det sätt som förespås. Ingen av de intervjuade hade erfarenhet av videomöte med patienten eller appar för patientuppföljning. En av de intervjuade uppgav att benägenhet till innovation nog var mindre på landstingsdrivna vårdcentraler än privata.

”Jag har ingen erfarenhet av digital vård såsom videomöte med patienten eller olika typer av appar. Det kommer säkert men i och med att jag arbetar på en landstingsdriven vårdcentral så tror jag att innovationsbenägenheten är lite trögare så att de privata vårdcentralerna har nog lättare att komma igång, men det kommer säkert så småningom ” (4).

”Har själv ingen erfarenhet av digital vård annat än de önskemål som kommer in via mina vårdkontakter. Där jag arbetade var det ganska begränsat, önskemål om receptförnyelse, tidsbokning etc... och då var det ofta ändå oklarheter och man behövde ta kontakt med patienten ändå. Det kunde vara något som man behövde hantera ”(1).

”Jag tror att det kommer att bli jätteintressant. Jag tror att det är en bra resurs... men det ersätter inte en personlig kemi, en direktkontakt. Det kan hjälpa, det kan förbättra möjligheter, det finns redan på flera ställen... andra länder kanske... Det kan avlasta oss lite grann. Jag tror att det kommer att fungera bra ” (5).

En av de intervjuade menade att den digitala tekniken bidrar till nya utmaningar för distriktsläkare. Att ”googlande” patienter samlar på sig mycket information om olika åkommor och blir allt mer välinformerade. Detta sågs i huvudsak som positivt men var ibland svårt att bemöta. En annan av distriktsläkarna var helt emot ”digital vård”.

”Jag har ingen erfarenhet av digital vård som tex videomöte med patienten. Jag vet inte om jag är så speciellt intresserad av den typen av vård. Jag tycker man ska se patienten öga mot öga och inte bakom en skärm, jag gillar in det överhuvudtaget. Men jag vet att det är på framfart men jag tror inte att det är bra att söka för somatiska grejer bakom en skärm?” (3).

4 Diskussion

Distriktsläkarna som deltog i denna studie var eniga om att primärvården och distriktsläkarnas uppdrag behöver bli tydligare för att distriktsläkare i framtiden ska söka sig till primärvården. Deltagarna i studien betonade att distriktsläkarna har en särskild roll i hälso- och sjukvården och det finns inte till bara för att ”gör det som någon annan inte vill göra”. Ett tydligare uppdrag behövs. Enligt Yukl (2012) kan den mest kompetenta och motiverade medarbetaren misslyckas i sitt uppdrag om prioriteringar och ansvarsområden är bristfälligt preciserade (Yukl, 2012). Detta beskriver väl den känsla som framkom vid ett par av intervjuerna. Merparten av de intervjuade ansåg att resurserna idag är för knappa och kraven för stora för att kunna utföra arbetet på ett tillfredställande sätt. När det gäller framtidens vård satte ett par av de intervjuade sitt hopp till statens offentliga utredning (SOU 2016:2) som Göran Stiernstedt lagt som förslag till regeringen och som också nämns i bakgrunden. De hoppades att det nu äntligen, på riktigt kommer att satsas på distriktsläkarna och på primärvården.

Enligt (SOU 2016:2) är primärvården underdimensionerad. Utredningen visar att Sverige har en låg grad av kontinuitet för patienter och att samordningen brister mellan primärvård och den specialiserade vården. Utredningen ser ett behov av att stärka primärvården i form av resurser och struktur samt betonar vikten av primärvårdsforskning (SOU 2016:2).

Utredningen föreslår att primärvården delas in i en allmän del och en riktad del (för de med utökade behov). Primärvården föreslås även bli dygnet-runt öppen (SOU 2016:2).

Man kan ju fråga sig hur de intervjuade i min studie som alla uppgav att de valt att arbeta i primärvården delvis på grund av arbetstiderna, möjlighet att arbeta måndag till fredag och för att slippa arbete nattjourer ställer sig till en dygnet runt öppen primärvård? Kommer en dygnet runt öppen primärvård att locka till sig distriktsläkare framöver?

I övrigt tar distriktsläkarna i denna studie upp många av de problem och utmaningar som nämns i Stiernstedts utredning (SOU 2016:2). Denna utredning fanns inte tillgå då denna uppsats påbörjades. I utredningen finns beskrivet hur ekonomisk styrning av vården riskerar att göra att personalen känner sig ”ekonomiskt tvungna” att arbeta på ett sätt som inte gynnar den enskilda patienten. Detta är också något som framkommer i denna studie. Vid ett par av intervjuerna uppgav distriktsläkarna hur de kände sig ”tidsmässigt tvungna” att ta upp en åkomma i taget vid de korta patientbesöken och beskrev hur de tappade sin helhetssyn och sin patientfokus genom att arbeta på det sättet. De önskade mer tid för varje enskild patient.

I resultatet är det tydligt att ”den administrativa bördan” som distriktsläkarna nämner handlar om mer än krånglande datasystem. I den ”administrativa bördan” ryms allt det arbete som hamnar utanför tidboken och som är ”osynligt”. Det handlar om omständig remisshantering, kommunikationsmissar och otydliga förfrågningar. En administration som är svår att bli av med om inte samarbetet mellan primärvård och andra instanser förbättras. En av de intervjuade talade om känslan av att göra någon annans arbete. *Vi har inte utbildat oss för att bli administratörer. Vi har utbildat oss för att ta hand om patienter (6).*

Distriktsläkarna uppgav att det finns mycket att göra för att förbättra arbetsituationen på primärvårdsmottagningarna. Se över arbetsmiljön, skapa förutsättningar för teamarbete, ge möjlighet till egenkontroll (att styra sin tidbok själv) samt flexibla arbetstider. Att göra rätt saker, i rätt tid, på rätt sätt, av rätt person. Detta finns också nämnt i bakgrunden och i

tidigare studier (se bland annat Bergstrand, 2012; Socialdepartementet 2014; Sinsky et.al 2013).

Gemensamt för de två distriktsläkare som trivdes bra med sin arbetssituation var att de arbetade på stora vårdcentraler (14.000–25.000 listade patienter) men i varsitt landsting. En av dem hade arbetat som distriktsläkare i mindre än ett år samt den andra i över 20 år. Detta tyder på att trivsel handlar om andra parametrar än antal år i yrket. Distriktsläkarna uppgav att de hade ett gott stöd av chef, kollegor och ledning och hade stor möjlighet att styra över sin tid samt god kontroll över sin arbetssituation. De uppgav ett välfungerande samarbete med kollegor och andra yrkeskategorier på vårdcentralen och en god arbetsmiljö. Bergstrand (2012) som nämns i bakgrunden talar om välfungerande primärvårdsmottagningar som ”gröna öar”, arbetsplatser där arbetsmiljön är välfungerande och ett flertal läkare trivs med sin arbetssituation. Denna studie bekräftar att dessa ”gröna öar” finns. Klimkiewicz (2011) som nämns i bakgrunden menar att det ur arbetsmiljösynpunkt är viktigt att förutom riskfaktorer även lyfta fram ”friskfaktorer” i arbetssituationen och att detta kan göras genom att studera friska arbetsgrupper och organisationer (Klimkiewicz, 2011).

Enligt Sandahl et. al (2010) kan psykisk ohälsa vara en konsekvens av att man inte förmått sätta gränser, men också ett resultat av att inte kunna använda sin inneboende kapacitet eller komma till sin rätt på ett meningsfullt sätt (Sandahl et al, 2010). Detta beskriver väl den känsla de två distriktsläkare som valt att lämna primärvården förmedlade. En känsla av att inte räcka till oavsett vad, om orimliga förutsättningar att utföra arbetet väl. De upplevde stor tidspress och liten möjlighet att kontrollera den egna tiden. Gemensamt för de två distriktsläkare som hade valt att lämna primärvården var att de relaterade till mellanstora vårdcentraler med 6000-9000 listade patienter. Den ena var landstingsdriven den andra privat.

Enligt Karasek (citerad i Forskningsrådsnämnden, 2000) ger en hög arbetsbelastning i kombination med låg kontroll ökad risk för ohälsa (Forskningsrådsnämnden, 2000). Enligt Ekstam (2000) har man tre valmöjligheter när det gäller ett arbete man inte trivs på. Anpassa, förändra eller lämna, för ”det finns inget arbete som är värt ens själsfrid” (Ekstam, 2000). Författaren uppfattar att känslan av att inte kunna kontrollera eller påverka sin arbetssituation är ett stort skäl till att distriktsläkare väljer att lämna primärvården. Enligt flera studier som nämns i bakgrunden leder undermålig arbetsmiljö och täta personalbyten till stora kostnader

för vårdapparaten och ökad risk för vårdskador (se Aikin et al., 2012; Waldman et al., 2014; Bodenheimer & Sinsky, 2014).

Resultatet i denna studie visar att arbetsmiljön spelar en avgörande roll att få distriktsläkare att stanna kvar inom primärvården och söka sig till den i framtiden. Att ha tillgång till kollegor, till fortbildning, till teamarbete samt en möjlighet att påverka arbetstider och arbetssätt är viktigt. Detta är något som nämns i resultatet i denna studie men som även framkommer i bakgrunden och i tidigare studier (se bland annat Bodenheimer & Sinsky, 2014; Brytting, 2013; Bergstrand, 2012, SOU 2016:2). I arbetsmiljöverkets föreskrifter (2015:2) har arbetsgivarens roll förtydligats då det gäller den psykosociala arbetsmiljön. Det återstår att se om detta kommer ha någon effekt på arbetsmiljön inom primärvården i framtiden.

Enligt Bodenheimer & Sinsky (2014) som tidigare nämnts vill patienter gå till mottagningar och kliniker som ger dem den hjälp som de själva anser sig behöva, närhelst de behöver den (Bodenheimer & Sinsky (2014). Detta är något som framtidens vård utlovar. Sveriges första digitala vårdcentral (KRY) som startade upp i mars 2015, nämner på sin hemsida att det nu är enkelt att träffa läkare via videomöte och att patienten kan få råd, recept, remiss och sjukintyg utan att lämna hemmet (KRY, 2016). Distriktsläkarna i denna studie hade själva ingen erfarenhet av digital vård såsom möjlighet att träffa läkare via videolänk, appar för uppföljning, etc. Det hade heller ingen vetskap om att det redan idag pågår ett projekt inom Stockholms läns landsting på ett antal vårdcentraler där videobesök till läkare ger samma ersättning som ett vanligt besök. Enligt författaren är det lite oroande. På regeringens hemsida kan man läsa om "vision e-hälsa 2025". I denna vision beskrivs hur Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringen och e-hälsans möjligheter inom vården (Socialdepartementet, 2016). Författaren anser att för att man ska lyckas med den visionen måste "på golvet" doktorerna involveras. Det framgår tydligt i denna studie att de inte är involverade i den utvecklingen i dagsläget.

Enligt Bodenheimer & Sinsky (2014) som tidigare nämnts är det viktigt att involvera och engagera personalen i primärvårdens förändringsarbete. Om förändringar ska lyckas krävs ett positivt engagemang istället för negativ frustration (Bodenheimer & Sinsky, 2014). I arbetet med denna uppsats har författaren tagit del av en del negativ frustration. En av de intervjuade uttryckte lite uppgivet att *"det har talats om att satsa på primärvården i hela mitt*

yrkesverksamma liv - utan att något hänt". Men författaren har också tagit del av ett positivt engagemang. Såväl de som valt att lämna primärvården som de som arbetade kvar vill tro på en förändringsbar vård och kom med många förbättringsförslag. De hade en förhoppning om att primärvården i framtiden kommer att få ökade resurser, ett tydligare uppdrag och att nya kollegor därmed kommer att söka sig till den. Men för att lyckas med det behöver man lyssna på professionen.

4.1 Metodologiska överväganden

Intervjustudien är gjord inom ramen för en magisteruppsats. En kvalitativ metod bedömdes vara relevant för studiens syfte. Då författaren fick ett nytt arbete under skrivandet av denna magisteruppsats blev uppsatsen "vilande" under ett års tid. Det kan ha påverkat analysen både positivt och negativt. Att låta uppsatsen vila har gett författaren nya perspektiv och gett författaren möjlighet att sätta sig in ytterligare i ämnet. En nackdel kan vara att bakgrunden blivit alltför lång. När det gäller den tekniska utvecklingen av vården är den "framtid" som nämns i bakgrunden baserat på artiklar/rapporter från 2014 redan här, den digitala vården är på framfart. Bakgrunden till uppsatsen påbörjades under hösten 2014 och intervjuerna med de distriktsläkare som deltagit i studien utfördes under februari och mars 2016. Författaren har gjort ett medvetet val att även inkludera distriktsläkare som valt att lämna primärvården i studien. Enligt författaren är det viktigt att ta reda på, av de som lämnat, varför man valt att lämna.

I studien har författaren inte tagit hänsyn till om de intervjuade distriktsläkarnas arbetsplatser varit landstingsdrivna eller privata. Materialet är heller inte analyserat utifrån aspekten kön. Författaren noterar dock att de distriktsläkare som upplevde att de hade en bra arbetssituation med gott stöd och god kontroll var manliga distriktsläkare. De intervjuade som hade valt att lämna primärvården på grund av bristande stöd och bristande kontroll var kvinnliga distriktsläkare. Detta skulle möjligtvis kunna tyda på att de manliga distriktsläkarna har ett större stöd även i sin vardagsituation och därmed mer tid att ägna åt arbetet. Men materialet är för litet för att göra den tolkningen. Författaren har heller inte frågat om hur stödet i vardagen ser ut.

Enligt SBU (2014) ska en kvalitativ studie ha hög läsförståelse och vara logiskt strukturerad. Den ska vara trovärdig, tillförlitlig och överförbar. Trovärdighet handlar om hur väl tillvägagångsättet, data och analysprocess svarar upp mot undersökningens syfte.

Tillförlitlighet bygger på att forskningsprocessen är tydligt beskriven och det ska vara möjligt att få liknande resultat vid annan tidpunkt. Överförbarhet innebär i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper, andra sammanhang (SBU, 2014).

4.1.1 Trovärdighet

Valet av kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer passade bra in i det författaren önskade studera. De öppna frågorna gav utrymme för de distriktsläkare som deltog att delge sina egna tankar och erfarenheter. Att författaren själv har en bakgrund som distriktssköterska och en bred erfarenhet av primärvården kan ha påverkat tolkningen av de svar som framkom. Författarens mål har varit att vara neutral men enligt SBU (2014) är det ofrånkomligt att forskare och deltagare påverkar varandra vid kvalitativ forskning. Även om det är önskvärt så är det inte möjligt för forskaren att vara helt neutral och objektiv. Analysen formas till viss del av forskarens värderingar (SBU, 2014). En fördel med förförståelse av ämnet var att det i intervjusituationen var lätt för författaren att relatera till informanternas svar samt att ställa relevanta följdfrågor. Två av intervjuerna gjordes via Skype (videolänk), tre av intervjuerna utfördes på en avskild plats på distriktsläkarnas arbetsplats samt en i informantens hem. Författaren upplever att samtliga intervjuer var uttömmande och upplever att en god kontakt upprättades med alla de intervjuade även via Skype. Studiens resultat förstärks med citat från intervjupersonerna.

4.1.2 Tillförlitlighet

Enligt Patton (citerad i Fejes & Thornberg, 2015) finns det inte några absoluta regler för hur kvalitativ analys ska genomföras men däremot finns det ett flertal riktlinjer, exempel och föreslagna procedurer. Det som är viktigaste är att man använder hela sitt intellekt för att på ett så rättvist sätt som möjligt representera och kommunicera insamlat data med hänsyn till frågeställningen i studien (Patton, citerad i Fejes & Thornberg, 2015). Författaren har haft som mål att på ett rättvist sätt representera insamlat data. Författaren valde att använda en kvalitativ innehållsanalys inspirerat av Granheim och Lundman (2004). Arbetet med analysen har tagit mycket tid i anspråk. De transkriberade intervjuerna samt analysen har gått igenom av handledare samt författare tillsammans. Syftet har justerats under arbetets gång. Att någon ytterligare, förutom författaren, har gått igenom materialet ökar tillförlitligheten. De teman, subteman och koder som framkom i analysen var svåra att särskilja och går till viss del in i varandra. Att komma fram till uttömmande kategorier/teman visade sig vara svårt utifrån

frågeställningen. Enligt Fejes & Thornberg (2015) är målet vid kvalitativ analys att en kategori ska vara exklusiv och uttömmande.

4.1.3 Överförbarhet

I denna studie har endast sex distriktsläkare intervjuats vilket kan tyckas få. Bedömning är dock att studien, trots dess litenhet, är överförbar i andra sammanhang. Många av de problem och de förslag till förbättringar för primärvården som distriktsläkarna presenterat i min studie nämns även i statens offentliga utredning (2016:2) som kom ut i början av 2016. I denna, 800 sidor långa, utredning föreslås en satsning på primärvården samt utökade resurser till primärvården. Utredning fanns inte att tillgå då denna uppsats påbörjades. Innehållet i utredningen bekräftar väl att det som framkommit i resultatet är överförbart i andra sammanhang.

5 Slutsats

Ett tydligt avgränsat uppdrag, kontroll över sin arbetssituation, tillräckliga resurser, god samverkan med andra instanser, ett gott samarbetsklimat och god arbetsmiljö samt ett utvecklat teamarbete är viktiga faktorer för att distriktsläkare ska stanna inom primärvården och söka sig till den i framtiden.

5.1 Implikationer för fortsatt forskning

I denna studie samt i bakgrunden nämns teamarbete som en viktig del av framtidens primärvård. En mix av kompetenser i primärvården tros skapa effektiva team. Att titta på teamarbetets betydelse inom primärvården är, enligt författaren, en intressant aspekt för fortsatt forskning.

Det framkom i resultatet att distriktsläkarna som arbetade på större vårdcentraler var mer nöjda med sin arbetssituation än de som arbetade på mindre vårdcentraler. Det hade varit intressant att titta vidare på om distriktsläkare generellt är mer nöjda på större vårdcentraler eller om det var en tillfällighet att det förhöll sig på det sättet i denna studie.

En annan aspekt som vore intressant för fortsatt forskning är digital vård. Kommer den nya tekniken möjliggöra att primärvården räcker till – till alla de som behöver den i framtiden?

Hur får man på bästa sätt distriktsläkarna på primärvårdsmottagningarna delaktiga i utvecklingen av digital vård?

Ett ytterligare förslag på fortsatt forskning är att titta vidare på distriktsläkarens upplevelse av sin arbetssituation inom primärvården med ett tydligare genusperspektiv.

5.2 Implikationer för praxis

Studien påvisar förbättringsområden när det gäller distriktsläkarnas dagliga arbetssituation. Förbättringsförslag till primärvårdsmottagningarna är att införa teamarbete över professionsgränserna, att avsätta tid i tidböckerna för utvecklingsarbete, för handledning och reflektion. Att se över det ”osynliga arbete” som inte syns i tidböckerna och ge distriktsläkarna möjlighet till avlastning med administration. Att ge tydliga riktlinjer om vad som hör till uppdraget och vad som inte hör dit samt involvera distriktsläkarna i den tekniska utvecklingen.

6 Referenser

Andersson, O (2014, 18 nov). *Distriktsläkarföreningen kan byta namn till primärläkarna*.

Tillgänglig:

<http://www.dagensmedicin.se/vetenskap/allmanmedicin/distriktslakarforeningens-kan-byta-namn-till-primarlakarna/>

Aiken, H.L.et al. (2014, February). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. Tillgänglig:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/fulltext)

Arbetsmiljöverket. (2005). *Korta sifferfakta 10.2005*. Hämtad 2014-12-06, från

http://www.av.se/dokument/statistik/sf/sf2005_10.pdf

Arbetsmiljöverket. (2014) . *Arbetsmiljöstatistik Rapport 2014:3: Arbetsmiljön 2013*. Hämtad 2016-04-29, från [https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsmiljostatistik-arbetsmiljon-2013-rapport-2014-03.pdf?hl=statistik 2013](https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsmiljostatistik-arbetsmiljon-2013-rapport-2014-03.pdf?hl=statistik%202013)

Arbetsmiljöverket. (2015). *Organisatorisk och social arbetsmiljö AFS 2015:4*. Hämtad 2016-04-30, från https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-foreskrifter-afs2015_4.pdf

Bejerot, E., Aronsson, G., Hasselblad, H., & Bejerot, S. (2011, 29 nov) *Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande*. Tillgänglig:

<http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=17412>

Bergstrand, O. (2012). *Vägar för att öka antalet läkare i första linjens sjukvård. Ett projektarbete på uppdrag av Region Skåne*. Hämtad 2014-11-11, från

[http://www.slf.se/Pages/65310/Slutrapport%20V%c3%a4gar%20f%c3%b6r%20att%20c3%b6ka%20antalet%20i%c3%a4kare%20i%20f%c3%b6rsta%20linjens%20sjukv%c3%a5rd%20\(2\).pdf](http://www.slf.se/Pages/65310/Slutrapport%20V%c3%a4gar%20f%c3%b6r%20att%20c3%b6ka%20antalet%20i%c3%a4kare%20i%20f%c3%b6rsta%20linjens%20sjukv%c3%a5rd%20(2).pdf)

Bilanovic, A & Petterson, P. (2013). *Målbaserad ersättning inom primärvården: En studie av anställdas upplevelser* (Magisteruppsats). Linköping: Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling. Tillgänglig:

<http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A635372&dswid=-6291>

Blomqvist, P. (2007). *Vem styr vården?* Stockholm: SNS förlag.

Bodenheimer, T., & Sinsky, C., (2014, nova) From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Annals of family medicine*. San Francisco: Department of Family and Community Medicine, University of California. Tillgänglig:

<http://www.annfammed.org.proxy.kib.ki.se/content/12/6/573.long>

Brodin, C. (2014, aug) Läkarna – nästa yrkeskår i fritt fall? *Dagens Medicin*. Tillgänglig:

<http://www.dagensmedicin.se/debatt/lakarna---nasta-yrkeskar-i-fritt-fall/>

Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber

Brytting, T. (2013) *Chefsarbetets etik*. Lund: Studentlitteratur.

Båtelson, K. (2014, nov) Lyssna på proffsen inom sjukvården. *Dagens Samhälle*. Tillgänglig:

<http://www.dagenssamhalle.se/debatt/lyssna-pa-proffsen-inom-sjukvarden-11994>

Distriktsläkarföreningen. (2014). *Allmänläkarens uppdrag – och andras... om uppdragsväxling, kompetens och kompetensutnyttjande i primärvården*. Hämtad 2014-11-06, från

<http://www.slf.se/Pages/59366/Allm%c3%a4nl%c3%a4karens%20uppdrag%20och%20andras%20Task%20shifting%202014.pdf>

Ekstam, K. (2000). *Handbok i konflikthantering*. Malmö: Liber AB.

Fejes, A. & Thornberg, R (2015). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber AB

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2010). *Om allmänmedicinens uppdrag i den framtida svenska primärvården*. Hämtad 2014-12-04, från <http://www.fsa.se/Om->

forbundet/fsatycker/Remissvar1/2010/Om-allmanmedicinens-uppdrag-i-den-framtida-svenska-primarvarden/#sthash.x8g2dxFD.dpuf

Forskningsrådsnämnden. (2000). *Källa 52: Jäktad, pressad – utbränd? Forskare diskuterar strategier mot skadlig stress*. Falköping: Forskningsrådsnämnden

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004, 24). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112

Jacobsen, I., Thorsvik, J. (2008). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur AB

Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2011). *Kvalitativa metoder: från vetenskapsteori till praktik*. Lund: Studentlitteratur AB

Kennedy, C (2014, 16 oktober). *Gör verklighet av löftena om satsningar på primärvården*, Tillgänglig: <http://www.dagensmedicin.se/blogg/christina-kennedy/gor-verklighet-av-loftena-om-satsningar-pa-primarvarden/>

Klimkiewicz, A. (2011). *Friskfaktorer hos distriktsläkare*. Hämtad 2014-12-06, från http://www.ammuppsala.se/sites/default/files/projektarbeten_foretagslakarutbildningen/projektarbete2010_2011/Klimkiewicz_FL2010_2011.pdf

KRY. (2016). Hämtad 2016-04-30, från <https://kry.se/>

Manzoor, A. (2016, mars). Sverige ska bli bäst i världen på e-hälsa. *Dagens Nyheter*. Hämtad 2016-04-30, från <http://www.dn.se/nyheter/sverige/sverige-ska-bli-bast-i-varlden-pa-e-halsa/>

Nationalencyklopedin (NE). (2015). *Kvalitativ metod*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/1%C3%A5ng/kvalitativ-metod>

Riksrevisionen (2014). *Mindre jämlik vård efter vårdval och vårdgaranti*. Hämtad 2014-11-11, från

<http://www.riksrevisionen.se/sv/OM-RIKSREVISIONEN/Pressrum1/Nyheter1/2014/Mindre-jamlik-primarvard-efter-vardval-och-vardgaranti/>

Romani, M. & Ashkar, K. (2014, Feb) Burnout among physicians. *The Libyan Journal of Medicine*. Libanon: Department of Family Medicine, American University of Beirut.

Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.kib.ki.se/pubmed/24560380>

Sandahl, C., Falkenström, E., Von Knorring, M. (2010). *Chef med känsla och förnuft*. Stockholm: Natur och Kultur.

SBU. (2014). *Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*. Hämtad 2016-04-24, från http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf

SFS 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslagen*. Tillgänglig:

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFAM (2014). Svensk förening för allmänmedicin. *Allmänmedicin, vad är det?* Tillgänglig: <http://old.sfam.se/foreningen/om-allmanmedicin/>

Sinsky, A., Willard-Grace, R., Schutzbank, M. A., Sinsky, T.A., Margolius, D., & Bodenheimer, T. (2013, May/June). *The Annals of Family Medicine*. In search of Joy in Practice: A report of 23 High-Functioning Primary Care Practices. Tillgänglig:

<http://annfammed.org/content/11/3/272.full>

Socialdepartementet (2010). *Den ljusnande framtid är vår. Delresultat från LEV-projektet*. Hämtad 2014-09-22, från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/14/89/29/03b3e794.pdf>

Socialdepartementet (2014). *Empati och High-tech. Delresultat från LEV-projektet*. Hämtad 2014-09-22, från <http://www.regeringen.se/sb/d/14932/a/204585>

SOU 2016:2. *Effektiv vård - Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*, Hämtad 2016-06-19, från

<http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2016/01/sou-20162/>

Socialdepartementet (2016). *Vision e-hälsa 2025*, Hämtad 2016-06-19, från <http://www.regeringen.se/contentassets/5a2c8365d1b04d33a9bc7512d5d1c5aa/overenskomme-om-vision-ehalsa-2025.pdf>

Stockholmsbloggen. (2016, 4 mars) *Första videobesöket hos husläkaren*. Hämtad 2016-04-24, från <http://stockholmsbloggen.se/7468-2/>

Sundlin, A-L. & Sundlin, P. (2012) *Ta din roll på jobbet*. Malmö: Liber

Sveriges kommuner och landsting (2014). *Så möter vi rekryteringsutmaningarna i vården och omsorgen*. Hämtad 2014-11-11, från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/978-91-7585-092-4.pdf?issuusl=ignore>

Sveriges kommuner och landsting (2013). *Landstingsanställd personal 2013*. Hämtad 2014-11-11, från <http://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistiknyckeltaljamforelser/personalstatistik/personalenediagramochsiffror/tabellerlandstingsanstalldpersonal2013.873.html>

Tengblad, S., Hällsten, F., Ackerman, C., Velten, J. (2007). *Medarbetarskap. Från ord till handling*. Malmö: Liber

Thylefors, I. (2007). *Ledarskap i Human serviceorganisationer*. Stockholm: Natur och Kultur.

Vårdförbundet. (2014). *Två måsten i vårdpolitiken*. Hämtad 2014-09-22, från <https://www.vardforbundet.se/Agenda/I-fokus/val2014/Tva-masten-i-vardpolitiken/>

Waldman, J., Deane, K., Frank, A., Sanjeev, S., & Howard, L. (2014 mars) The shocking cost of turnover in health care. *Health Care Management Review*. Tillgänglig: http://journals.lww.com/hcmrjournal/Abstract/2004/01000/The_Shocking_Cost_of_Turnover_in_Health_Care.2.aspx

Wikipedia. (2015). *Induktion*. Tillgänglig: <http://sv.wikipedia.org/wiki/Induktion>

Wikipedia (2015). *Kvalitativ forskning*. Tillgänglig:

http://sv.wikipedia.org/wiki/Kvalitativ_forskning

Yukl, G., bearbetad av Kausalio, M. (2012) *Ledarskap i organisationer*. Essex: Pearson Education Limited.

7 Bilagor

1. Förfrågan om deltagande
2. Intervjufrågor



Karolinska Institutet

Ledarskap och organisationsutveckling, del 2
Magisterexamen i Medical Management (30 hp)
Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME),
Medical Management Centrum (MMC)

Bilaga 1.

Information och förfrågan om deltagande i studie.

Mitt namn är Ylva Wendle Sundbom. Jag är distriktssköterska och har under många år arbetat inom såväl landstingsdriven som privat primärvård. De senaste åren har jag i kombination med mitt arbete som distriktssköterska studerat ledarskap och organisationsutveckling vid Karolinska Institutet, Institutionen för lärande, Informatik, Management och Etik (LIME), Medical Management Centrum (MMC). I denna utbildning ingår att skriva en magisteruppsats.

Syftet med den magisteruppsats jag har valt att skriva är att undersöka distriktsläkares upplevelse av sin arbetssituation inom primärvården. Vad är det, i arbetssituationen, som gör att distriktsläkare väljer att stanna inom primärvården alternativt väljer att lämna primärvården? Vad ser distriktsläkarna själva för vägar att gå, inför framtiden, för att få personal att vilja stanna kvar inom primärvården samt få ny personal att söka sig till primärvården?

Jag söker nu att ett antal distriktsläkare att intervjua under våren 2016 och hoppas att du är en av dem. Jag önskar intervjua ett antal heltidsarbetande distriktsläkare samt ett antal som valt att gå ned i tid alternativt helt valt att lämna primärvården. Jag vill gärna ha en spridning när det gäller ålder, kön och antal år i yrket. Jag kommer att använda mig av ett så kallat snöbollsurval, ett icke slumpmässigt urval, där man via de personer som inkluderas i studien hittar andra, för urvalet, lämpliga personer.

Om du önskar delta i studien kommer vi överens om en plats för att utföra intervjun, eventuellt kan telefonintervju övervägas. Mina kontaktuppgifter finns i slutet av detta brev.

Studiens genomförande

Studiens ansats är kvalitativ, resultatdelen kommer att bestå av intervjuer. En intervjuguide kommer att användas men det kommer även finnas möjlighet att avvika från guiden om den intervjuade vid intervjutillfället tar upp andra frågor som är relevanta för studien. Intervjuerna beräknas ta ca 45 minuter i anspråk och kommer att spelas in för att underlätta sammanställningen.

Deltagandet i intervjun är frivilligt och den intervjuade kan, utan att uppge något skäl, när som helst avbryta den eller välja att inte svara på vissa frågor. Alla uppgifter från intervjun

kommer att behandlas konfidentiellt. De uppgifter som framkommer i intervjun kommer endast att användas till min uppsats och resultatet redovisas på gruppnivå.

Om det finns ytterligare frågor eller funderingar kring studiens utförande är du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Vänliga hälsningar

Ylva Wendle Sundbom

Ylva Wendle Sundbom
Sudent KI
Tele: 070-639 51 24
Mail: ylva.wendle.sundbom@stud.ki.se

Hannele Moisio
Studiehandledare
Tele: 070-256 25 11
Mail: hannele.moisio.@ki.se



Karolinska Institutet

Ledarskap och organisationsutveckling, del 2
Magisterexamen i Medical Management (30 hp)
Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME),
Medical Management Centrum (MMC)

Bilaga 2.

INTERVJUGUIDE

- 1) När blev du färdig med din läkarutbildning och hur valde du din specialisering?
- 2) Vad fick dig att vilja arbeta som distriktsläkare?
- 3) Hur länge har du arbetat som distriktsläkare? Arbetar du heltid/deltid?
- 4) Hur skulle du beskriva din nuvarande arbetssituation?
- 5) Upplever du att du har tid och tillräckliga resurser för att utföra ditt arbete väl?
- 6) På vilket sätt har arbetet motsvarat/ej motsvarat dina förväntningar?
- 7) Hur upplever du stödet från ledningen? Kollegorna?
- 8) Har du någon gång funderat över att lämna primärvården? Varför?
- 9) Hur ser en välfungerande primärvårdsmottagning ut för dig?
- 10) Har ny teknik såsom appar, möjlighet att träffa läkare via videolänk, m,m påverkat din arbetssituation?
- 11) Hur ser du på framtidens primärvård?
- 12) Vad anser du att det finns det för vägar att gå, inför framtiden, för att få distriktsläkare att stanna kvar inom primärvården samt ny personal att söka sig till primärvården?
- 13) Är det något ytterligare du vill tillägga?