

Att känna sig levande som läkare – om utveckling i jobbet

Det är viktigt för en nybliven specialistläkare att planera den egna karriären och inte låta slumpen styra. Ledarskapet inom vården måste förbättras. Såväl yngre som äldre läkare tycks ha behov av att hålla kommunikationen mellan generationerna vid liv.

Detta är några konklusioner som kan dras av en paneldiskussion på temat »Läkarnas arbetsmiljö«, där bl a frågor kring karriär, fortbildning, professionell utveckling och mentorskap dryftades.

GÖSTA ELIASSON

allmänläkare, Falkenberg, nationell fortbildningssamordnare, Svensk förening för allmänmedicin, Stockholm (goseli@algonet.se)

I serien »Läkarnas arbetsmiljö« på 2001 års riksstämma genomfördes ett symposium med titeln »Att känna sig levande som läkare – om professionell utveckling i jobbet«. I panelen fanns Eva Jaktlund, ST-läkare i allmänmedicin vid vårdcentralen i Ånge, Stefan Lindgren, prodekanus vid medicinska fakulteten i Lund, Anita Häggmark, psykiater och psykoanalytiker, chef vid Utbildningsenheten SPO i Stockholm, samt Charlotte Hedberg, husläkare vid Kvarter sakuten i Stockholm. Gösta Eliasson, allmänläkare och nationell fortbildningssamordnare för Svensk förening för allmänmedicin, var moderator.

Eva Jaktlund gav, som blivande specialist i allmänmedicin, uttryck för både farhågor och förhoppningar inför sin kommande karriär. Paneldeltagarna gav råd och reflekterade över hur man håller sig levande som läkare, och auditoriet bidrog med många tänkvärda och personliga inlägg. Artikeln är ett redigerat referat av inspelningen av symposiet.

Eva Jaktlund: Jag är ST-läkare i allmänmedicin i Ånge, en glesbygdsvårdcentral. Jag har tidigare varit truckförare, brevbärare och vårdbiträde, men mest har jag arbetat som säljare inom det privata näringslivet. För tio år sedan började jag min långa resa mot ett något oklart mål, läkaryrket. Under utbildningstiden upplevde jag ofta missnöje bland läkarna. Överläkarna klagade över för lite betalt, för stor arbetsbörda, över att inte kunna påverka arbetsituationen och på att underläkarna gick hem i tid. Även vi underläkare klagade på då-

lig lön, att vi fick gå alltför många nattjourer, att vi fick operera för lite och att vi bara användes för att diktera epikriser. Vi ansåg oss missförstådda av de äldre läkarna. Men de hade ju haft minst en hemmafru och aldrig hämtat barn på dagis!

Jag har under min studietid upplevt att sjukvården blivit mer och mer fokuserad på produktion. Hos mina närmaste kolleger ser jag frustrationen över att inte till fullo kunna utöva läkaryrket på det sätt som de vill. Vad jag framför allt saknar i dagens sjukvård är ett bra ledarskap.

Kort efter att jag börjat som ST-läkare på en vårdcentral slog verkligheten till med full kraft: fullbokad tidbok, slimmad organisation, vårdcentralen ut på anbud. Trycket på mig och övriga kolleger ökade, ingenting tycktes fungera, och min arbetsplats föll ihop. Då bad jag att få göra resten av min ST-utbildning på en annan vårdcentral, och där befinner jag mig nu.

Om karriärplanering

Eva: Jag skulle vilja ställa några frågor till er som har mer erfarenhet än jag, och jag börjar med karriären. Det finns ju inga fortbildningspärmar för nyblivna specialister. Ska man planera sin framtida karriär som läkare?

Stefan Lindgren: Den egna karriären tycker jag alla nyblivna specialister borde ta ställning till. Vad vill jag själv göra? Vilken insats är jag beredd till? Vilket pris är jag villig att betala? Vilka realistiska möjligheter har jag? Sådana frågor tycker jag man ständigt ska ställa sig till dess man går i pension. Kanske kan det vara lämpligt att planera i perioder på fem år eller så. Det gäller att både våga anta nya utmaningar och att vara realistisk när man väljer sina kommande uppgifter, för det är lika frustrerande att ha ett jobb som ligger under möjligheternas gräns som över. Här behöver du

Tema: Arbetsmiljö

hjälp av handledare, mentor eller kolleger att ta reda på vad du själv vill.

Särskilt för de jourtunga specialiteterna är det viktigt att karriärutvecklingen är »varudeklarerad«, och med det menar jag en beskrivning av de uppgifter man förväntas ha under olika skeden i den kliniska karriären. När läkarstuderande träffar trötta internmedicinare i 55-årsåldern som fortfarande går de tunga primärjournspassen tycker de att det är patetiskt. Vi äldre kanske ser oss som hjältar när vi tar primärjourer, men jag tror det är tvärtom, att vi stöter bort de yngre från en sådan specialitet.

När du, Eva, tar på dig nya arbetsuppgifter som du tycker är intressanta och spännande är det också viktigt att avveckla en del av de uppgifter du redan har. Om du i utvecklingsamtalet kommer överens med chefen att ta på dig nya uppgifter måste ni fråga er vad du i så fall ska släppa ifrån dig. Vi är alldeles för villiga att ta på oss saker som andra ber oss om. Ibland är vi inte ens säkra på att vi vill ha uppgiften, men ändå fastnar vi i den för tid och evighet.

Poul Kongstad, neurokirurg: Som läkare blir vi kliniskt färdigutbildade först i 45-årsåldern. Då har vi gått alla specialistkurser och fått den erfarenhet som krävs för att vara självgående, och det är först då vi får ledaruppgifter. Är inte den transportsträckan väldigt lång? Inom det privata näringslivet är karriärvägen till chefspositionerna betydligt kortare, och man fostras på ett helt annat sätt än inom sjukvården för att kunna ta ledarsvar

tidigt. Man arbetar också mer målinriktat och i projektform.

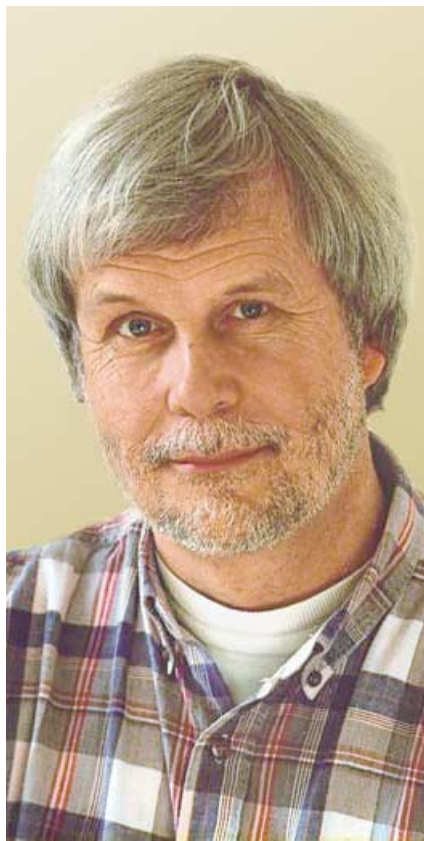
Vi läkare skulle kunna arbeta med helt olika saker under olika skeden i livet och därmed få ett friare yrkesval. Man kunde t ex börja med att vara distriktsläkare under en period, sedan ta ett jobb inom industrin under en tid för att därefter kanske ägna sig åt att utbilda andra.

Det borde gå att effektivisera den kliniska utbildningen och därmed förkorta transportsträckan. Låt mig ta ett exempel. Om en blivande kirurg utför tio galloperationer utspridda under hela specialisttjänstgöringen blir vederbörande självständig på denna typ av ingrepp först i slutet av specialisttjänstgöringen. Om denna kirurg finge möjlighet att operera tio gallor under tio dagar i stället skulle utbildningens effektivitet öka.

Peter Borg, allmänläkare: Jag är distriktsläkare i Nordnorge sedan många år, vilket jag trivs väldigt bra med. Man kan dock inte bortse från att man i längden kan känna sig trött av alla patientmöten. Jag fann att det kan vara bra för själen att göra ett tillfälligt avbrott någon gång under karriären och blev företagsläkare under åtta år. Under dessa år fick jag en helt annan bild av min befolkning. Patienter som drabbats av svåra och kroniska sjukdomar behöver ständigt samtal, trygghet, psykologiskt stöd och sjukskrivning. Inom företagshälsovården träffade jag helt andra grupper av människor, vars högsta önskan var att kunna arbeta och producera, vilket gav mig helt nya upplevelser. När jag sedan återvände till min gamla praktik kunde jag, mycket entusiastisk och vid en ålder av 50 år, konstatera att jobbet som distriktsläkare kändes mer spännande än någonsin.

Kerstin Gullberg, gynekolog: Vi som är i 50-årsåldern nu var faktiskt pigga och entusiastiska för tio år sedan. Den trötthet vi nu börjar känna är egentligen en sorts inåtvänd ilska. Vi är arga för att det som vi då tyckte var så spännande, roligt och utvecklande inte kan göras fullt ut idag. Att till exempel inte kunna operera för att man tvingas gå täta primärjourer gör att vi säger upp oss och börjar jobba i privat regi. Att lämna en fast tjänst tror jag är något nytt i kåren, och vad jag vet har vi bara agerat så här sedan några år tillbaka. Vi är naturligtvis stolta över att vi har fått mod och råg i ryggen att lämna våra jobb, men jag tycker samtidigt att det är tråkigt att det ska behöva bli så illa.

Ann Wallbom, barn- och ungdomspsykiater: Det gäller att vara rädd om läkarna. Det är 80 procent dyrare att rekrytera en



Gösta Eliasson, som var symposiets moderator, avslutade debatten med frågan »Kan vi tro på ett hållbart arbetsliv som läkare?».

ny läkare till en arbetsplats än att satsa på att behålla dem som redan finns. Mitt råd till dig, Eva, när jag hörde dig berätta om arbetsplatsen som inte fungerade är att ge din nuvarande arbetsplats en rimlig chans under en begränsad tid. Under den tiden bör du jobba hårt för att skapa ett bra utbildningsklimat. Händer det ingenting trots att du gjort allt vad du kan – byt arbetsplats!

Om fortbildning och utveckling

Eva: Jag har också funderat över hur det blir med min fortbildning. Jag kommer väl bara att kunna lukta lite på den enorma mängd fakta jag egentligen borde känna till. Hur ska jag klara av »kunskapsexplosionen»?

Stefan: Du använder ordet fortbildning, det svenska begreppet. Jag tycker att du också bör känna till det engelska begreppet continuing professional development, CPD, som ännu bättre beskriver det jag tror att du efterfrågar. CPD står för utveckling av all den kunskap och alla de egenskaper och färdigheter som vi behöver för att verka som goda läkare. CPD handlar inte bara om att lära in nya fakta. Kunskaper är visserligen viktiga, men vi måste även kunna använda dem på rätt sätt, och det finns många

andra saker som är viktiga, t ex etik och läkekonst. Att tillämpa CPD är ett sätt att utveckla sin professionalitet och att lyfta fram det som vi tycker är spännande och intressant.

Eva: Hur ska jag veta vad som är relevanta kunskaper för mitt dagliga yrkesliv?

Stefan: Det som är relevant är det du lär dig under vardagsarbetet. Engelsmännen talar om »learning on the job« och säger att det inte går att skilja på arbete och fortbildning. Om du reflekterar över vardagsarbetet får du klart för dig vilka utbildningsbehov du har.

Eva: Är då inte externa kurser ett bra sätt att fortbilda sig?

Stefan: Visst är det viktigt att åka på kurs, men glöm inte att den viktigaste delen av fortbildningen sker under löpande kliniskt arbete. Det som förmedlas på en kurs lever på något sätt sitt eget liv. Hur många gånger har vi inte suttit på kurser som varken haft mål, genomtänkt metodik eller beskrivit vilka effekter de ger för den dagliga praktiken? Fortbildningen för kliniskt verksamma läkare måste alltid vara baserad på det vi möter i vardagen.

Det är en myt det där att fortbildning är någonting man måste ta ledigt för. De mest centrala delarna i fortbildning är reflektion och återkoppling. Reflektion behöver inte ta mer än en halvtimme per dag och innebär att man tänker igenom det man gjort. För att kunna reflektera behöver vi kolleger och kanske också kliniska mentorer som bollplank.

Eva: Men hur gör jag när jag inte får tiden att räcka till för fortbildning?

Stefan: Ett av mina budskap är att CPD inte i första hand är en fråga om tid, det är en fråga om ansvar och engagemang, en övertygelse om att saker och ting faktiskt går att förändra dit man vill. Givetvis är det också en fråga om resurser, men det är alldeles för lätt att fastna i det där argumentet man ständigt hör, att det aldrig finns någon tid.

Fortbildning är inte bara en sak för läkaren själv, den utgår även från verksamhetens behov. Vi får inte heller låta slumpen styra vår fortbildning ochoreflekterat utnyttja olika kurserbjudanden. Fortbildning bör planeras omsorgsfullt och i samråd mellan den enskilde läkaren och den som har verksamhetsansvar. Då blir det naturligt att avsätta de resurser som behövs.

Med lika yttre förutsättningar fungerar fortbildningen utmärkt på vissa håll

men inte på andra. Därför hävdar jag bestämt att fortbildningspolicy är något som avspeglar kultur, klimat och attityder på en arbetsplats. Cheferna har visserligen ansvar för resurserna och för att implementera fortbildningskulturen, men det är medarbetarna själva som skapar möjligheterna.

Eva: Kommer jag att känna samma glädje och nyfikenhet att lära nytt om 25 år?

Stefan: Ja, definitivt. Tänk efter. Om vi, som nu arbetat en tid som läkare, hade tröttnat på att spendera tid och kraft för att lära oss nytt och utveckla oss inom vår profession, hade vi då över huvud taget kunnat arbeta som läkare? Hur skulle patienterna ha uppfattat oss?

Eva: Måste man forska och undervisa för att bli en bra läkare?

Stefan: Nej, självfallet måste inte alla läkare forska för att trivas eller för att vara bra doktorer, men både forskning och undervisning ingår i den medicinska professionen. Man får inte glömma att det är en oerhörd stimulans att handleda och att undervisa andra. Ingen lär sig så snabbt och effektivt som den som försöker få andra att lära sig något. Dessutom utvecklar forskningen vår problemlösningsförmåga och ger också möjligheter till presentation och kritisk granskning. Forskning gör faktiskt tillvaron mer spännande.

Om mentorskap

Eva: Som färdig specialist kommer jag inte att ha någon som handleder mig. Jag kommer ändå att ha behov av att samtala med någon äldre och mer erfaren kollega då och då. Finns det mentorer inom sjukvården?

Charlotte Hedberg: Jag har tänkt mycket på det du efterfrågar, och jag har kommit så långt att jag kunnat beskriva behovet i konkreta termer, och vi är nu på god väg att formulera en praktiskt användbar modell. Jag kallar modellen för kliniskt mentorskap, och jag ser den som ett sätt att återinföra något av det gamla mästar-lärlingsförhållandet. Det handlar i grunden om det goda samtalet mellan en yngre och en äldre kollega. Många av oss 40-talister hade under vår utbildning förmånen att få arbeta intill en äldre läkare som vi ibland uppfattade som en förebild. Vi har också upplevt hur denna möjlighet gick förlorad när sjukvården blev ransonerad och »slimmad«. Inom allmänmedicinen är utvecklingen väldigt tydlig. Pressen i vardagsarbetet nu förtiden tillåter inte att de yngre kollegerna samtalar i lugn och ro med oss

äldre för att få veta hur vi tänker, och ofta stänger vi dörren om oss för att hinna med. Det rör sig dock inte bara om tidsbrist, utan också om kultur. Den kollegiala dialogen är inte så självklar idag som tidigare.

Eva: Jag har ofta svårt att veta hur jag ska göra när ingenting stämmer och jag känner mig osäker. Detta fick vi aldrig lära oss under grundutbildningen. Kan en klinisk mentor hjälpa mig med det?

Charlotte: Det fanns något i den tidigare kulturen som jag tycker var särskilt värdefullt och som definitivt är värt att återinföra, nämligen medsittning. Som oerfaren läkare har man behov av att ta efter, lyssna och diskutera med en mer erfaren läkare. Förr gick ofta yngre läkare bredvid en äldre kollega och kunde då iaktta hur den äldre kollegan hanterade sin egen osäkerhet.

När det gäller att hantera klinisk osäkerhet uppstår ett riktigt spännande moment i det kliniska mentorskapet om man tillåts vara med i den »inre dialogen« hos en äldre kollega. Om den kliniske mentorn »tänker högt« inför ett fall där varken undersökningar eller laboratorieresvar gett några entydiga svar får man som yngre läkare del i de överväganden som görs. Att komma fram till ett kliniskt beslut innebär för de flesta av oss ett inre resonemang om alla tänkbara och otänkbara möjligheter, vilka så småningom kondenseras till en intuitiv känsla för patienten, situationen och problemet. Vi vet att det är just denna typ av inre resonemang som bygger upp vår kliniska blick och vårt praktiska kunskande. Detta kan nog sägas vara kärnan i läkarens arbete, men vi pratar sällan om

det. Det hör inte riktigt hemma i den biomedicinska kultur vi lever i.

Eva: De kliniska mentorerna måste väl ha ersättning?

Charlotte: Vi arbetar ju gärna ideellt för något som vi tror starkt på, och helst vill vi ju undvika att tala om ekonomi i sådana här sammanhang, men jag tror att om vi värderar närvaron av kliniska mentorer bör vi också sätta ett pris på det. Kontinuerligt erfarenhetsutbyte mellan äldre och yngre kolleger borde egentligen vara en självklarhet redan idag och ingå i det löpande arbetet, men så är det inte. Jag tror därför att vi måste nyskapa en modell för kliniskt mentorskap i form av ett antal deltidstjänster. En tjänst som klinisk mentor blir dessutom en tänkbar karriärväg för den praktiskt kunnige läkare som inte vill lämna det kliniska arbetet för att ägna sig åt chefskap eller något annat utanför kliniken.

Marianne Hagman, internmedicinare:

Om man vill rekrytera kliniska mentorer har jag ett förslag. Vi äldre och pensionerade läkare kan handleda yngre kolleger. Det är ytterst inspirerande för båda parter. Jag är numera pensionär men också handledare för AT-läkare. De har fått ta del av min »visdom« (som de tror att jag har!), och vi diskuterar mycket »bedside«. Vi ser patienter, och vi utbyter tankar och frågeställningar. Jag vet att det finns många äldre läkare som med glädje skulle åta sig sådana uppgifter.

Om »Stålmanssyndromet«

Sven Lindgren, öron-, näs- och halsläkare:

Jag kom ut på »sjukvårdens verkstads-golv« i början på 70-talet, då det fanns en yrkessjukdom som kallades för »stålmanssyndromet«. Alla arbetade och gnetade med stor entusiasm utan att reflektera det minsta, och vi blev snabbt färdiga allihop. Det var, ironiskt nog, i umgänget med dem som inte arbetade inom sjukvården som jag blev uppmärksam på detta. Jag hade dock fått förmånen att få arbeta hos två av våra »stora« läkare. Deras tankar och förehavanden genomsyrar än idag min vardag. Men det förekom också att äldre kolleger höll hårt på sina erfarenhetskunskaper och tycktes sätta en ära i att vara oersättningsbara. När de gick i pension och försvann från sjukhusen tog de tyvärr också med sig sina värdefulla erfarenheter.

Visst är det viktigt med en dialog mellan generationerna. Till vad nytta hade jag läst alla dessa artiklar och sett alla dessa patienter om min erfarenhetsbank inte kunde komma nästa generation till godo? För min egen del vill jag nog med tiden minska tjänstgöringen, bland annat för att

få mer tid för mina barnbarn. Ska jag kanske bli mentor när jag går ner till halvtid? Kommer universitetskliniken att uppskatta att jag finns där tillsammans med de yngre läkarna för att dela med mig av mina erfarenheter?

Om att skaffa sig mentor

Ann Wallbom, barn- och ungdomspsykiater: Jag håller starkt på att alla bör ha rätt till en mentor med vars hjälp man kan reflektera över sin professionella gärning. I Skaraborg finns ett mentorprojekt sedan 1993, i vilket 65 läkare redan deltagit. Mentorernas uppdrag är avgränsat till två timmar per månad under cirka ett och ett halvt år. Vår utvärdering har varit mycket positiv för alla parter.

Ulf Theen, allmänläkare: Som provinsialläkare i Gällivare skaffade jag mig en äldre kollega att samtala med, men man använde inte ordet mentor på den tiden. Enligt min mening blir man aldrig utsedd att vara mentor, man blir vald. Får man den stora äran att bli vald till klinisk mentor för en yngre kollega tycker jag det är självklart att det skapas tid och ekonomi för det.

Max Karlsson, ST-läkare: Jag skulle själv gärna vilja ha en äldre kollega som mentor. Det inte nödvändigt att vi finns på samma ort, men det är viktigt att min mentor har reflekterat över vad det innebär att vara läkare. En mentor måste kunna gå in i en fördjupad klinisk diskussion. Är jag primärjour är det ju alltid bra om bakjournen är tydlig och säger precis hur det ska vara, men jag har ofta behov av att dryfta andra saker. Jag har då lagt märke till att många överordnade kolleger inte vill erkänna att de är osäkra utan säger: »Detta behandlar vi så här, punkt slut«. Dessa läkare är tydligen rädda för att framstå som osäkra och att inte ha hängt med på de senaste rönen. De läkare vi unga respekterar mest är faktiskt de som kan släppa på sin prestige.

Charlotte: När vi använder ordet mentor vill jag passa på att dra en skiljelinje mellan »vanligt« mentorskap och kliniskt mentorskap. Kliniskt mentorskap handlar till stor del om gemensam närvaro i det kliniska arbetet, där adept och mentor möter patienterna tillsammans. Vanligt mentorskap sker ofta i samtal utanför den kliniska vardagen.

Om de svåra patienterna

Eva: Man hör om kolleger som »gått i väggen«. Jag vet att jag som kvinnlig läkare lever i riskzonen för både utmattningsdepression och suicid. Kan många och svåra patientmöten leda till utmattning? Finns det något man kan göra för

att skydda sig utan att förlora förmågan till empati?

Anita Häggmark: Jag tror att du skulle ha nytta av att delta i en Balintgrupp. Balint var en ungerskfödd psykoanalytiker i London som på 1950-talet började intressera sig för psykoanalytisk kunskap i patient-läkarmötet. Att delta i en Balintgrupp är en del av vidareutbildningen men samtidigt ett sätt att lära sig att bättre utnyttja sin kompetens i mötet med patienterna.

En typisk Balintgrupp består av 7–8 läkare och en utbildad gruppledare. Dessa personer möts under två timmar varannan vecka, och deltagarna turas om att presentera egna fall. Ofta är de patienter som diskuteras i gruppen sådana att de väcker ovälkomna känslor hos läkaren, t ex hopplöshet, irritation, skuld, vanmakt, sorg eller till och med förvirring.

Gruppdeltagarna inbjuds efter en inledande fallpresentation att komma med funderingar och hypoteser och ger därmed läkaren hjälp att hantera sitt problem. I början brukar man uppleva en stor lättnad av att få dela med sig av de känslor som uppstår vid mötet med patienten. Så småningom infinner sig både hos läkaren själv och hos de övriga i gruppen en större nyfikenhet på vad som kan ligga bakom patientens beteende och doktors upplevelse av det. Ibland blir det tydligt att försvarsmekanismer är i spel, t ex reaktionsbildning när man blir irriterad eller arg på sin patient men vänder det till motsatsen och blir överdrivet snäll och följsam till patientens krav.

Eva: Är det verkligen möjligt att fortsätta att vara nyfiken på människor och möten under ett helt läkarliv?

Anita: Ja, absolut, men man behöver den kollegiala gruppdiskussionen. Så här kan det låta när en läkare sammanfattar ett bekymmersamt fall i en Balintgrupp:

»Jag vet inte vad jag ska göra med den här kvinnan nu. Jag har provat allt. Jag har utfört alla tänkbara utredningar och inte hittat det minsta fel. Inte blir hon ett dugg bättre, och jag begriper inte varför hon söker upp mig ideligen. När jag ser hennes namn i tidboken så tänker jag: åh nej, nu är hon här igen, det går aldrig att avsluta hennes besök i tid, nu blir det ingen lunch idag heller!«

När gruppen arbetat med fallet, och med gruppledarens hjälp lyckats hålla fokus på själva mötet, kan det i stället låta så här:

»Det här är ju intressant. Vad döljer sig inom denna kvinna som alltid verkar missnöjd med mig, men som ändå söker upp mig? Hur lever hon egentligen? Vil-

ka umgås hon med? Har hon alltid haft de här besvären?«

Med Balintgruppen som stöd kan du alltså dela dina problem och erfarenheter med andra kolleger. Det gör att du visserligen blir påverkad, men inte nedtyngd och förbrukad.

Konklusion

Gösta Eliasson: Om jag nu skall försöka sammanfatta vad som sagts, så är det viktigt för en nybliven specialistläkare att planera den egna karriären, förändra när det behövs och att inte låta slumpen eller yttre krafter styra.

Klinisk kompetens och erfarenhet utvecklas i ett livslångt lärande på våra jobb, inte genom att åka på kurs. För att lära något måste vi ge oss tid att reflektera. Att avsätta fortbildningstid är inte bara en resursfråga utan handlar kanske ännu mer om klimatet på arbetsplatsen. Entusiasm och nyfikenhet hålls vid liv genom kollegiala diskussioner i Balintgrupper, och kliniskt mentorskap möjliggör erfarenhetsutbyte mellan yngre och äldre kolleger.

Vi får inte låta den kollegiala dialogen tystna. Verksamhetsledning och medarbetare har till uppgift att tillsammans utveckla en arbetsplatskultur där fortbildning och livgivande kollegiala möten är självklara. Sjukvårdens beställare har också ett ansvar och bör i fortsättningen även ställa krav på kompetens och professionell utveckling i utförarledet.

Avslutningsvis vill jag fråga dig Eva: Tror du på ett hållbart arbetsliv som läkare?

Eva: Ja, om vi kan förbättra ledarskapet inom vården och jag kan få ett tydligt uppdrag. Det som gläder mig allra mest efter dagens diskussioner är att inte bara jag utan även många äldre läkare tycks ha behov av att hålla kommunikationen mellan generationerna vid liv. •