

# **”Hur ser läkarna på samverkan mellan primärvård och sjukhusklinikerna?”**

**Magnus Gustafsson**  
**ST-läkare**  
**Torshälla VC**

**Handledare Eva-Maria Annerbäck**  
**FoU-centrum, Landstinget Sörmland**

## Sammanfattning

Det som ligger till grund för undersökningen är intresset för att försöka ta reda på vilka faktorer som styr samverkan mellan primärvården och sjukhuskliniker. Finns det faktorer som är svåra att påverka med chefsbeslut och med styrande dokument? Undersökningen är kvalitativ och är genomförd med intervjuer av distriktsläkare och invärtesmedicinare i Eskilstuna under 2005.

Metodansatsen som använts är fenomenologi och fenomenet som undersökts är samverkan mellan primärvård och medicinklinik. Essensen av begreppet samverkan är uppdelad och presenteras i kategorier. Dessa kategorier har rubricerats med en sammanfattning som beskriver innebörden av varje kategori.

De kategorier som framkommer är ”Ringa in och skriva ut” som beskriver en väl accepterad rutin för flödet av patienter mellan instanserna. ”Arbetsbördan styr vårdnivå” och ”Personligt nätverk avgör handläggning” ger aspekter på hur vård och handläggning styrs av olika omständigheter. En kategori har kallats ”Primärvårdsokunnande” där det framkommer brister i kunskapen om primärvårdens kompetens och hur det kan uppstå orealistiska förväntningar på primärvården. Distriktsläkare och invärtesmedicinare beskriver sin kompetens under ”Kompetenskaraktären”.

Den viktigaste slutsatsen av undersökningen framkommer under rubriken ”Kompetenskaraktären”. Där beskrivs vikten av att veta var gränsen för den egna personliga kompetensen går och att den gränsen är viktigare än olika typer av gränssnittsdokument.

# Hur ser läkarna på samverkan mellan primärvård och sjukhuskliniker?

## Inledning

Frågan hur samarbetet mellan primärvård och sjukhusvården fungerar har ofta diskuterats. (1, 2) Grunden för diskussionerna är ofta att samverkan på olika sätt inte är optimal. Ofta har det handlat om brister i informationsutbytet när patienter skiftar mellan olika vårdgivare eller när ska patienter remitteras för specialistvård.

I en intervjustudie tillfrågades ST-läkarna i Nordvästra sjukvårdsområdet (3) varför man inte valt allmänmedicin som sin kommande specialitet framkom bl.a. en negativ bild av arbetsmiljön. Man ansåg att det fanns en brist på kollegialt samarbete både inom primärvården och mellan primärvård och sjukhusspecialister. Skulle då ett bättre samarbete kunna öka både den egna trivselen och kunna bidra till bättre rekryteringsmöjligheter för primärvården?

Vad som inte är definierat i samarbetsdiskussionerna är vilken typ av samarbete man förväntar sig. Det finns politiska och tjänstemannabeslut för hur information skall förmedlas när ansvarig läkare eller huvudman för vård ändras, ex. när en patient är färdigvårdad i slutet sjukhusvård och fortsatt vård skall ske i kommunens regi eller i primärvården.

Det finns olika förklaringsmodeller till varför samverkan brister. En är, att det finns en beordringsbar och en icke beordringsbar del på vägen mot bättre samarbete (4). I det beordringsbara, som här betyder de formella arbetsuppgifterna, finns vårdprogram, administrativa förändringar, kvalitetsprojekt mm. I det icke beordringsbara, som här menas grundläggande värderingar som t.ex. bristen på respekt och förtroende, makt, revir och brist på ansvar för helheten, är den delen av arbetet som inte man kan beordra utan grundas på personlig inställning.

En annan aspekt på samarbete är vilka förutsättningar som finns i den aktuella verksamheten och vilken karaktär eller kvalitet på samarbete som den enskilde förväntar sig (5). Tänkbara problem är att olika instanser gör samma eller liknande arbete, patienten får genomgå samma typ av undersökning flera gånger. Alternativt att liknande utredningar görs från olika håll med liknande frågeställning men med olika vinkling, parterna ovetande om varandra. Syftet kan vara att främja samarbete fast resultatet blir tidsödande.

De gränssnitt som finns utarbetade mellan primärvård och sjukhuskliniker för att lokalisera var olika sjukdomstillstånd skall behandlas håller under 2006 på att uppdateras. Gränssnitten kan ses som en anvisning för allmänläkare när remiss till sjukhuset skall skrivas. Representanter från primärvården och respektive sjukhusklinik har varit delaktiga i utformandet och har varit ute för översyn innan beslut tagits. Dessa torde därför vara väl förankrade och accepterade i verksamheten. Liknande former för samarbete finns i flera Landsting. I Jönköpings sjukvårdsområde utvärderades verksamheten med Allmänläkarkonsult (AKO) 2004 där en majoritet av specialistläkarna på sjukhuskliniker ansåg att denna verksamhet förbättrade samarbetet med primärvården. Distriktsläkarna hade stor nytta av de dokument som hade framarbetats. (6) Liknande utvärdering av Södermanlands gränssnitt finns inte.

## Syfte

Syftet med denna undersökning utifrån ovanstående problembeskrivning är att beskriva hur läkare inom slutenvård och primärvård uppfattar samverkan. Upplever man hinder för samverkan mellan primärvård och sjukhusvård av typen ”icke beordringsbar”? Vilka faktorer styr samverkan? Finns det ett genuint intresse för en god samverkan? Vilken uppfattning finns om den andra partens arbetsituation?

## Material och metod

Då syftet är att undersöka attityder, åsikter och synsätt har kvalitativ undersökningsmetod valts. Den metodansats som använts är fenomenologi som utvecklats av Giorgi (7,8). Fenomenet som studerats är samverkan mellan primärvård och sjukhusvården på medicinkliniken i Eskilstuna. Undersökningens material bygger på intervjuer med läkare på medicinkliniken och i primärvården, informanter.

Fyra läkare kontaktades vid medicinkliniken vid Mälarsjukhuset i Eskilstuna och fyra distriktsläkare via brev. Då jag själv arbetar i primärvården i Eskilstuna och har genomgått AT-tjänst och randutbildning på medicinkliniken i Eskilstuna, valde jag de personer jag ville intervjua genom kollegial kännedom och med en förhoppning att dessa kollegor kunde bidra med material till denna undersökning. Samtliga är specialister förutom en sjukhusläkare som var på sista halvåret av sin ST-tjänst. De har arbetat flera år i Eskilstuna och har väl kännedom om arbetssätt och traditioner.

Fyra invärtesmedicinare och två distriktsläkare intervjuades (två distriktsläkare svarade aldrig på brevförfrågan). Intervjuerna genomfördes med stöd av en intervjumall (se bilaga 1) samt med lämpliga följdfrågor. Varje intervju tog 30-45 minuter. Bandspelare användes och banden transkriberades där pauser, gester mm noterades.

Genom att använda öppna frågor tilläts informanterna att beskriva sin upplevelse och erfarenheter av fenomenet samverkan. När texten analyserades kunde meningsbärande enheter identifieras, exempel på dessa redovisas senare som citat under resultat. Dessa värderades och kunde sammanföras till kategorier. Dessa redovisas som underrubriker. Slutligen har ett sökande efter mönster i materialet skett, för att finna dess struktur eller essens.

## Resultat

När analysen var genomförd kunde essensen av fenomenet ”samverkan mellan primärvården och medicinkliniken i Eskilstuna” identifieras. Vissa kategorier kunde delas upp utifrån två olika perspektiv, namngivna som läkar- respektive patientperspektiv. I läkarperspektivet beskrivs aspekter som har den kollegiala samverkan i fokus, medan det i patientperspektivet är aspekterna mer centrerade på den förmodade patientupplevelsen av olika typer av samverkan.

De kategorier som angetts som underrubriker beskrivs med en sammanfattning och de efterföljande citaten har till syfte att visa på variation av dessa påståenden.

## Ringa in och skriva ut

### Läkarperspektivet

Distriktsläkare vill lätt kunna nå sjukhusspecialister via telefon för att kunna konsultera i ett patientärende. Sjukhusläkarna vill även vara lättillgängliga för konsultationer, vill gärna bli konsulterade per telefon innan en remiss skrivs.

När en patient skrivs ut från sjukhuset eller remitteras tillbaka till vårdcentralen sker detta skiftligt. Distriktsläkare förväntar sig att få tydliga råd om fortsatt handläggning skriftligt och sjukhusläkare upplever svårigheter med att ringa till distriktsläkare och föredrar därför skriftlig kommunikation.

Gemensamt för distriktsläkare och sjukhusläkare är att man tycker det är bra att ha telefonkontakt angående patienter i primärvården. När en patient finns på sjukhuset sker ”överremittering” eller informationsöverföring skriftligt tillbaka till primärvården.

- *”viktigt för min del är bra återkoppling från dem, att snabbt få veta när de skriver ut personer som jag skall ta hand om i fortsättningen och få klara råd om vad jag förväntas göra”*
- *”kardiologen ringer jag väl ganska ofta, dem får man ju tag på lätt och får besked på en gång”*
- *”det får gärna stå hur man tänkt sig fortsatt handläggning”*
- *”om jag misstänker ulcus så ringer jag oftast direkt till MDA (medicinsk dagvårdsavdelning), så har man fått en tid ganska snart”*
- *”Ett väl fungerande samarbete bygger på att vi är lätta att nå, för att fråga om råd, och att primärvården ska ta tillbaka patienten när vi är klara”*
- *”jag skriver ett svar till distriktsläkaren med ett förslag, – så här kan ni göra –, då tycker jag att, då fungerar det”*
- *”det bara väller in, ingen har ringt och frågat”*
- *”man ringer och frågar istället för att skriva”*
- *”Svårt att nå distriktsläkare som har mottagningsverksamhet hela tiden”*

### Patientperspektivet

När väntetiden för att få komma till en specialist blir för lång drabbas patienten på olika sätt. Den oro det skapar genererar fler besök både i primärvården och på akuten. Det finns ett behov av att känna att varje patient blir bra omhändertagen. Man anser att långa väntetider, oklara uppföljningar och otrygghet inte är bra för patienterna och är ett bekymmer för verksamheten.

- *”Det är viktigt för min del när jag behöver remittera någon vidare, att det är lätt för patienten att få komma dit.”*
- *”Det här att skicka tillbaka remisser för att de är för dåliga, det blir en väldig fördröjning för patienten, patienten kommer i kläm där.”*
- *”Vi vill att de ska bli kallade inom några veckor till distriktsläkaren, vi skriver brev och så där, men det händer inget, patienterna märker att det tar sådan tid.”*

- *”När det tar lång tid, från remiss tills de får komma, det skapar oro, vilket gör att de söker sin husläkare igen och så in på akuten.*
- *”Varför ska de behöva gå hos flera doktorer?”*
- *”Jag kan tycka att det är lite ojust om vi ändrar något och sedan skickar ut patienten”*
- *”att patienten inte ska behöva sitta här 4 timmar för att sedan göra en röntgenundersökning för att sedan sitta 3 timmar till för att vänta på svaret.”*
- *”Det blir ett luddigt uppdrag om man skickar ut patienten och säger: gör si eller så, istället för att det hamnar på lika villkor för patientens bästa.”*
- *”En patient märker att samverkan inte fungerar när de hamnar mellan två stolar, att de inte känner sig uppföljda, det blir ju inte tryggt då. Att de inte vet vart de egentligen ska gå.”*

## Arbetsbördan styr vårdnivå

### Läkarperspektivet

Sjukhusläkarna beskriver hur arbetsbördan med stort patienttryck påverkar handläggning och man värjer sig genom att remittera patienter till primärvården trots att man själv egentligen borde, och vill ta hand om dessa patienter. Man tycker sig ha kompetensen men inte tiden och uttrycker samtidigt en viss oro över den fortsatta handläggningen. Inga konsekvenser av tidsbrist framkom hos distriktsläkarna.

- *”Ibland tycker jag att det är för mycket som skickas ut till er. Det har ju blivit så att det är ju så överöst med patienter, är de inte döende för stunden så skickas de till primärvården, känns det som. Det är ju jättesjuka patienter ibland. Där man inte har fördjupat sig så mycket utan man har bara konstaterat att just nu verkar inte patienten dö idag och så får uppföljning ske i primärvården. Lite ospecifikt sådär. Sånt gillar inte jag. Förut gjorde jag aldrig så. Nu händer det ibland. Jag känner att jag inte kan fördjupa mig för dagen i alla fall. Då får distriktsläkaren tänka till istället för mig. Det är ju konstigt för det är ju min specialitet. Jag borde ju komma med idéer och tips.”*
- *”det är ju när de faller mellan stolarna, som de gör ganska ofta tyvärr. Att man känner att vi har inte tid, vi har verkligen inga tider att ta patienten. Jag remitterar ut patienten till primärvården som verkligen inte heller har tider. Väntetiden är enorm. Sen kan det vara så att när de väl blir bedömda av primärvården så behöver de hjälp av oss. Det är ju inte bra. Verkligen inte bra. Så ser det ut idag, ganska ofta. Vissa patienter hamnar mellan stolarna. Då kan jag säga att förr i tiden försökte man mer ta tag i det där, men det är ju inte jag som har det där översikten egentligen. Jag har ju inte det. Jag kan ju bara mitt lilla område och då blir det väldigt stor tyngd på distriktsläkaren att ta hand om detta. Inget jag avundas. Men det är ju ändå de som har en bättre överblick. En sorts spindel i nätet som det också skall vara.”*

### Patientperspektivet

Att primärvården hänvisar patienter till akutmottagningen när man inte själv har tid att göra en bedömning för att primärvårdsmottagningen är fullbokad får till följd att omhändertagandet blir sämre då de hamnar på fel vårdnivå.

- *”När mottagningen börjat bli full, primärvårdsmottagningen, då hänvisas patienten efter telekontakt med mottagningen, oavsett ibland om doktorn har pratat med patienten. Patienten mår dåligt och så hänvisas det. Av dom hänvisningarna som kommer, så är det nästan alltid okomplicerade fall, som både kan vänta dagar som inte har någonting här att göra. Det är*

*synd om patienten som får vänta länge, dvs. man gör inte ens en bedömning av patienten, utan hänvisas direkt till akuten, det är felaktigt. Då måste man säga till patienten att tyvärr finns inga tider och då får dom avgöra själva hur dom vill göra, söka sig till primärvården jourtid eller söka dagen efter.”*

## Personligt nätverk avgör handläggning

### Läkarperspektivet

Man upplever det tryggt att kunna direkt ta kontakt med kollega man känner för att rådgöra. Man anser att samverkan fungerar bättre om man har möjlighet att ta kontakt med en person som man vet har rätt kompetens för ändamålet. Remisser från en kollega man känner har en annan betydelse och kan ges en annan handläggning.

- *”AT-läkarna ringer och frågar mer, ju kortare tid sedan de var här, ju mer ringer de och frågar. Vissa ringer ju aldrig.”*
- *”De personer som jag vet vilka de är skickar ju inte in utan att, då är det ofta en adekvat remiss.”*
- *”Psykiatrin, har jag många utmärkta exempel med dr XX, men det är ju specifik doktor. – Nu har vår gemensamma patient Lena gått hos mig ett tag, hon känns så stabil, så jag tycker att hon kan gå hos dig. Det är helt OK tycker jag, sedan har jag henne i 2 år och sedan är hon inte stabil längre, då går hon tillbaka. Det är liksom aldrig krångel, fungerar jättebra.”*
- *” Jag skriver inte remiss på något, utan jag känner att det här kan jag efter överenskommelse få råd och rön om, så man utnyttjar dem som så också, konsultationsmässigt ibland. Utan att ha remitterat patienten. Men då är det rätt riktat, kan jag säga. Det är ju rätt få man, det är ju inte den breda massan som man ringer till. Utan man har ju sina special...”*

### Patientperspektivet

Patienter som inte har någon fast husläkare eller tvingas gå till någon man inte känner får inte samma omhändertagande och inte samma konsekventa bemötande när det gäller kroniska åkommor. Patienter som inte säkert vet vart man skall vända sig med sina besvär och inte alltid förstår sig på sin sjukdom och dess symtom söker oftare sjukvård. Är då sjukdomen av den karaktären att den försämras av psykisk belastning får inte den personen en bra vård och bra omhändertagande.

Patienterna kan uppleva en större trygghet när läkaren förmedlar att denne har personlig kännedom om mottagare av remissen eller har kännedom om vilka sjukhusspecialister som konsulteras.

- *”Det har väl varit några patienter som poppar upp gång på gång med ny remiss, de har en ny husläkare eller ny doktor. Men de här patienterna är duktiga på att ge doktorn ångest också. Det är någon, jag tror att jag har fått henne tre gånger och varje gång blir det samma diagnos och ingen utredning och så vidare då. Sedan går det ett år och så är hon där igen, men det är väl så att de här patienterna är jobbiga, det är väl så att man behöver avlastas ibland.”*
- *”Jag hade en annan patient med pankreascancer. Vi hittade förändringar både på pankreas och lever och sedan fick han vänta i flera veckor på en biopsi. Det är ju inte bra. Han hade*

*gått hos mig i 4 veckor först tror jag, hade haft ulcus tidigare med, tror jag, reflux. Hade smärtor med sura uppstötningar, fick Nexium. Det är ju så, man behandlar ju. Så stämde det inte och så var det en pankreascancer. Då var anhöriga ganska upprörda också. Då försöker man ju jobba och ringa och värna och hota... Det blir ju så. Då ringde jag till dr XX, när det bara drog ut på tiden, och drog ut och drog ut och han hade jätteont. Hon tyckte också att patienten skulle komma in, men det fanns ingen som kunde göra något. Det var plats och resursbrist. ”*

## Primärvårdsokunnande

### Läkarperspektivet

I intervjuer med sjukhusläkarna framkommer hur man upplever en osäkerhet om vilken kompetens som finns i primärvården. Man saknar även insikt hur verksamheten fungerar och är strukturerad omkring olika sjukdomar. Detta leder till en osäkerhet i samverkan, vem skall egentligen göra vad. Även om man har formulerat sig omkring gränssnitt som man är enig om, blir det svårigheter, när man är osäker på hur uppföljningen blir i det enskilda patientfallet. Förväntningarna blir heller inte alltid realistiska. Det omvända problemet skulle kunna vara lika stort men framkommer inte i intervjuer med distriktsläkarna.

- *”dels skulle jag ha kunskap om vad man kan i primärvården och vad man gör för något. Jag behöver ha kunskapen om det, jag behöver se hur man arbetar. De som finns i primärvården behöver veta vad jag gör. Kunskap om vad man gör på de olika ställena. Och hur mycket man gör. Där kan jag känna, att jag vet egentligen inte riktigt. Jag vet ju ungefär, men inte exakt. Jag behöver inte veta exakt, men hur det är upplagt, hur man tänker med dessa sjukdomar, hur tänker man inom primärvården. Och hur tänker jag. Tänker vi lika? Eller tänker vi... mer kunskap om arbeten på de olika ställena. För har man det kan man också bolla patienter på ett annat sätt också tror jag. Bolla kunskapen på ett annat sätt. Om jag vet vad man kan, ungefär, på vilket sätt man jobbar.”*
- *”om man har gemensamma vårdokument som man jobbar utifrån. Men det är dokument, och det är liksom svart på papper, så där ska man göra. Det är ju jättebra att ha det också. Samtidigt också så, jag skulle vilja ha en mer, bättre känsla för vad man kan egentligen. Hur mycket man gör ute på vårdcentralerna.”*
- *”Om jag visste vad jag lämnade över till, och vad jag kan förvänta mig. Det skulle ge väldigt mycket egentligen.”*
- *”Där tror jag också att distriktsläkaren kan göra mycket. Med det psykosociala och missbruket och allt sådant som vi egentligen inte har så mycket tid med egentligen, vi ser bara de medicinska sjukdomarna när de kommer. Hela den andra biten finns det egentligen inte tid med.”*

### Patientperspektivet

Om man är osäker på hur verksamheten är strukturerad hos samarbetspartnern blir det svårt att förmedla till sina patienter att de blir tryggt omhändertagna på nästa vårdnivå.

- *”Patienterna märker ju det, dels när de skrivs ut från oss eller skickas tillbaka från akuten och vi vill att de skall komma, vi vill att de skall bli kallade inom några veckor hos distriktsläkaren. Vi skriver brev och så där, men det händer ju inget då. Så då märker de att det tar sådan tid.”*



- *”patienterna hamnar mellan två stolar. De känner sig inte uppföljda. Det blir inte tryggt då. Att de inte vet egentligen vart de skall gå.”*
- *”det blir ett lite luddigt uppdrag om man skickar ut och säger –gör si och gör så- istället för att det hamnar på lika villkor för patientens bästa.”*

## Gränsdragning – inte generell utan individuell

Länsövergripande gränssnittsdocument har utfärdats som ger riktlinjer på vilken vårdnivå olika diagnoser skall handläggas. I intervjuerna framkommer att handläggningen av ett symptom dock påverkas av andra faktorer, såsom personlig kompetens, personlig kännedom om patienten och framför allt traditioner.

- *”En sak är när man är på medicinakuten och, t.ex. en bröstsmärta, i och med att de kommer in på akuten läggs ribban på en nivå, man har då genast lagt ribban för vad man gör. Kontra om jag skulle se patienten som distriktsläkare eller som psyk-jour, så läggs ribban på olika sätt. Man gör olika saker. Man lägger ribban kanske medvetet lite för högt, men det blir så. Konsekvensen blir att man gör för mycket undersökningar, patienten utsätts för... och det blir kanske en inläggning. För att patienten kommer in i fel instans ibland. Hade patienten kommit in någon annanstans hade man gått in i ett annat spår och kanske inte samma handläggning alla gånger. Det krävs att det är någon som känner patienten väl från början, som ser patienten primärt egentligen, sedan slussar personen vidare till rätt instans. Det känns som om de kommer in fel från början, ribban läggs för högt eller den läggs fel.”*
- *”Gränsen går där jag känner att jag inte har kompetensen. Det kan vara på en lägre nivå inom en specialitet än i en annan där jag kanske har en högre kompetens än man bör ha. Så det är väl på individnivå.”*
- *”Ofta är det den som remitterar in som känner patienten på ett annat sätt, vet vad det är, för mig tar det ett antal gånger innan jag lär känna patienterna. Vad olika saker står för? Det är handikappande att inte, det ger ju så mycket att ha en annan kunskap om patienten.”*

## Kompetenskaraktären

Hur man ser på den egna specialiteten som distriktsläkare respektive invärtesmedicinare är också faktorer som påverkar samverkan.

### Distriktsläkaren

Distriktsläkare vill gärna kunna allt, vara bred, men även vara den som får åtnjuta möjligheten att vara den första som blir konsulterad när en person drabbas av ett symptom.

- *”Man måste kunna mycket om de vanliga sjukdomarna, sedan måste man kunna ta hand om människor i olika åldrar och i olika situationer. Ha någon slags inblick i alla slags sjukdomar och samtidigt veta när man skall skicka vidare. En viktig aspekt är kunna hitta farliga saker rätt så tidigt och se till att de blir adekvat behandlade.”*
- *”Att lära sig sortera bland en massa konstiga symptom, som oftast inte stämmer med läroboken.”*
- *”Att vara bred, tycker det mesta är roligt. Inte vara rädd att ta egna beslut.”*

- *”man följer individen genom flera åkommor. Man är först, man ser inte ett riktat material, man är först på patienten med det de söker för.”*

Invärtesmedicinaren

Invärtesmedicinarna anger följande på vad som karaktäriserar deras specialitet. Även här anges vikten av att vara bred, men även tydligt svårigheterna med detta.

- *”När det gäller internmedicin då kan jag tänka att den är ju egentligen så bred. Det finns så mycket i internmedicinen, när det gäller den allmänna internmedicinen, det som jag tycker är det svåra, det som ligger i att kunna se problemet just här och nu och kunna få en överblick över patienten och kunna styra in där problemet finns, och avgränsa, eftersom de flesta patienterna är multisjuka. När det sedan gäller min subspecialitet då är det fokus bara på det. Man plockar ur bara den lilla biten.”*
- *”Det är ett detektivarbete som är jätteroligt. Klurar och tänker, det tycker jag är kul. Du har några olika symtom och lite tecken och så ska du börja fundera på vad du kan få det här till, att komma fram till det och hur man ska behandla.”*

## Diskussion

Flera avvägningar har gjorts för att välja ut de kategorier som redovisats. De aspekter som angetts som citat har framkommit under olika skeenden i intervjuerna. De är inte svar på direkt riktade frågor utan framkommer som delar i berättelser. Materialet har svagheter när det gäller omfattningen, då det är ett begränsat antal intervjuade personer. I kvalitativ forskning är det dock inte mängden informanter som är avgörande, utan mängden aspekter på fenomenet. De metodistiska svagheter jag främst vill framhäva är den bristande erfarenheten av kvalitativa undersökningsmetoder. Litteratursökning om forskning om samverkan gav föga resultat. Denna metod ger dock möjligheter att analysera och redovisa olika aspekter inom området som kan formuleras till hypoteser och studeras vidare. Det är viktigt att ha begreppet förförståelse i åtanke både i analysen av texten och i tolkningen av innebörden av delfenomen. Med förförståelse menas undersökarens tidigare erfarenheter, hypoteser, perspektiv på ämnet och även omedvetna förutfattade meningar (8). Det går inte att bortse från förekomst av förförståelse i denna undersökning, även om ansatsen har varit att sätta den inom parentes i själva intervjusituationen. Inför intervjuerna framkom det tydligt att undersökningen genomförs av en primärvårdsläkare och på initiativ av denne. Det var mest praktiskt att genomföra intervjuerna på detta sätt men såg också att det kunde finnas fördelar då, själva intervjusituationen kan kännas mer informell då det finns en personlig kännedom sedan tidigare. Arbetskulturen är densamma och strukturer känns igen.

I undersökningen framkom inga tecken på ovilja eller ointresse till en fungerande samverkan. Det är tydligt att det finns flera faktorer som påverkar samverkan och som kan vara av värde att beakta eftersom de är svåra att påverka med chefsbeslut och styrande dokument, ex. gränssnitt.

Det framkommer flera aspekter under vissa kategorier som t.ex. ”ringa in och skriva ut” där man kan anta att det finns en accepterad handläggningsslag. Primärvårdens patientfall bör telefonkonsulteras med sjukhusläkare innan man skriver en remiss, fram för allt akutremiss. I det omvända fallet gäller tydligt skriven återrapport eller motsvarande skriven handling. Både sjukhusläkare och primärvårdsläkare tycks stödja denna struktur. Även viktigt ur patientsynpunkt att detta fungerar för att minska fördröjning, långa väntetider på

akutmottagningen och att de får en bra uppföljning i primärvården. Att arbetsbördan påverkar vilken vårdnivå en patient hamnar på kanske är föga förvånande, men talar emot att arbetsförhållanden är optimala! Möjligen intressant att citaten hämtas från sjukhusläkare som kanske har en större möjlighet än en primärvårdsläkare att värja sig från patienttrycket genom att remittera ifrån sig till primärvården.

Att som primärvårdsläkare ha en personlig kännedom om kollegor på sjukhuset som är lätta att nå för konsultation utnyttjas och upplevs som en trygghet. Troligt är att denna trygghet också förmedlas till patienterna som sannolikt känner sig väl omhändertagna.

Aspekterna som framkommer under kategorin ”primärvårdsokunnande” beskriver hur samverkan påverkas negativt av att man som sjukhusläkare till viss del saknar kunskap hur olika sjukdomar handläggs i primärvården, vilken kompetens som finns och vilka rutiner och möjligheter som det finns för uppföljning av patienter från sjukhuset. Man har osäkra och ibland även orealistiska förväntningar på primärvården. Det finns en medvetenhet om att man i den här situationen även kan överföra osäkerheten till patienter som då kan uppleva en otrygghet i det fortsatta omhändertagandet.

En av de viktigare kunskaperna inom praktisk medicin är att veta var gränser för den egna kompetensen går. Denna gränsdragning är förmodligen mer betydelsefull än de gränssnittsdokument som finns angående vilken vårdnivå som olika sjukdomar skall handläggas på.

## Referenser

1. Debatt Läkartidningen 2004 30-31 s 2395
2. Läkartidningen 2004 28-29 s 2361-62
3. Eriksson T m.fl. Varför valde inte ST-läkaren inte att bli specialist i allmänmedicin
4. SIMBA, Trygghetsfonden 1/2004
5. Lindblad F, Det äkta samarbetets karaktär och förutsättningar
6. Kultorum Rapport, Primärvårdens FoU-enhet i Jönköping, 2004:3
7. Malterud Kirsti, Kvalitativa metoder i medicinsk forskning, Studentlitteratur, 1998
8. Fagerberg, Ekman, First-year Swedish nursing students' experience with elderly patients, Western Journal of Nursing Research, 1997
9. Giorgi, A, Phenomenology and psychological research, Duquesne University Press, 1985

## Intervjumall

### Bakgrundfakta

- Antal år i specialitet?
- Antal år på kliniken?
- Hur valde du din specialitet?
- Är du nöjd med valet?

### Kompetens

- Vad kännetecknar kompetensen i din specialitet, kärnan av din specialitet?
- Var går gränsen för er kompetens i din specialitet?
- När behöver ni primärvård/sjukhusvård?

### Samverkan

- Vad innebär en väl fungerande samverkan för din specialitet?
- Berätta om ett tillfälle när samverkan fungerade bra
  - Vad bidrog du med?
  - Vad bidrog den andre med?
- Berätta om ett tillfälle när samverkan fungerade dåligt
  - Vad bidrog du med?
  - Vad bidrog den andre med?
- Hur märker en patient om samverkan inte fungerar?
- Finns de hinder för en fungerande samverkan?
- Vem bär ansvar för att en fungerande samverkan upprätthålls?