

Utan helhetssyn ingen primärvård

En studie av ett svårfångat begrepp

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett *Underlag från experter*. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet som tas fram av huvudsakligen externa experter på uppdrag av Socialstyrelsen. Experternas material kan ge underlag till myndighetens ställningstaganden. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser.

Artikelnr 2004-123-18

Pulicering www.socialstyrelsen.se, maj 2004

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att under åren 2002–2005 följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Inom ramen för detta arbete genomför Socialstyrelsen fördjupningsstudier inom några centrala områden.

I denna rapport presenteras vad som framkom i en studie med syfte att studera begreppet helhetssyn i primärvården ur distriktsläkares och distriktsköterskors perspektiv.

Studien har genomförts av socionom Eva Lena Strandberg, Blekinge FoU-enhet och med.dr. Susan Wilhelmsson, FoU-enheten för Primärvård och Psykiatri samt professor Lars Borgquist, FoU-enheten för Primärvård och Psykiatri och med.dr. Ingvar Ovhed, Blekinge FoU-enhet.

Litteraturgenomgången har till stora delar genomförts av sjuksköterskorna Maria Karlsson och Britt Strömbäck, som studerar till distriktssköterskor vid Linköpings universitet, Hälsouniversitetet, Campus Norrköping.

Monica Albertsson
Enhetschef
Enheten för uppföljning och utvärdering

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	9
Helhetssyn	9
Primärvårdens attribut	9
Första kontakt	10
Kontinuitet	10
Brett vårderbjudande	10
Samordning	10
<i>Metod och genomförande</i>	11
Litteraturgenomgång	11
Fokusgruppintervju	11
Deltagare	12
Tillvägagångssätt	12
Författarnas förståelse	13
Analys av data	13
<i>Resultat</i>	15
Litteraturgenomgång	15
Helhet	15
Kontinuitet och tillit	15
Fokusgruppintervjuer	16
Förhållningssätt	17
Kunskap	18
Betingelser	18
<i>Diskussion</i>	21
Konklusion	23
<i>Referenser</i>	24
<i>Bilagor</i>	26

Sammanfattning

Socialstyrelsen inbjöd 2002 ett antal av primärvårdens forsknings- och utvecklingsenheter för att söka initiera studier bland annat kring begreppen kontinuitet, tillgänglighet, betydelsen av första kontakt, brett vårderbjudande och helhetssyn. FoU-enheterna i Blekinge och Östergötland påtog sig uppgiften att belysa begreppet helhetssyn.

Syftet med denna studie var att kartlägga distriktsläkares och distriktssköterskors tolkningar av begreppets innebörd och betydelse i den kliniska vardagen. Studien startade med en systematisk litteraturgenomgång och därefter genomfördes sju fokusgruppintervjuer med distriktsläkare och distriktssköterskor i de båda landstingen. Som begrepp introducerades det 1978 i den så kallade primärvårdsutredningen. Vid sökning i ordböcker visar det sig att begreppet inte förekommer i semantisk form men däremot begreppen helhet, holism och syn. Vid sökning i databaserna CINAHL, Medline och PubMed gav sökorden continuity of patient care i kombination med primary health care eller family practice och sökordet trust, arton funna artiklar. Genom litteratursökning framkom att begreppen kontinuitet och tillit är viktiga delar av en helhetssyn i primärvård.

Trots att professionerna sällan använder helhetssyn i sin terminologi är det påtagligt närvarande i deras syn på sitt arbetsinnehåll. I föreliggande studie framkom att både distriktsläkare och distriktssköterskor betecknade primärvården som den disciplin där man möter patienter i alla åldrar och flera generationer, man träffar patienterna många gånger, alla diagnoser förekommer och fallen är osorterade.

Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i tre kategorier och åtta dimensioner.

Kategori	Dimension
Förhållningssätt	Professionellt
	Politiskt/administrativt
Kunskap	Påståendekunskap
	Förtroghetskunskap
Betingelser	Motivationsfaktor
	Organisering
	Verksamhetsområden
	Verktyg

Att ha helhetssyn är att inta ett förhållningssätt mera än en arbetsmetod. Det handlar om att göra rätt prioriteringar för just den individen och är viktigare för vissa individer än andra. Enligt de intervjuade var helhetssyn inte något som bara fanns utan både teoretisk kunskap och träning behövdes. Kärnan i allmänmedicin utgörs av helhetssyn och är en viktig motivationsfaktor och det som gör det spännande att vara distriktsläkare eller distriktssköterska.

För både distriktsläkare och distriktssköterskor visade sig helhetssyn vara en mäktig drivkraft, som gör allt annat meningsfullt. Begreppet helhetssyn lever i vardagen och utan helhetssyn ingen primärvård!

Inledning

Helhetssyn

Under 1970-talet började för första gången både begreppet primärvård och helhetssyn att användas i sjukvårdsplaneringen [1]. I ”Primärvårdsutredningen” som var ett gemensamt dokument från Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Kommunförbundet och Spri [2] definierades helhetssyn enligt följande:

”begreppet helhetssyn innebär att människans samlade behov (psykiska, fysiska och sociala) bedöms och tillgodoses i ett sammanhang. Människors hälsa och välbefinnande påverkas genom ett samspel mellan individuella faktorer och sociala och fysiska miljöförhållanden”

[2] sid. 5

Primärvårdsutredningen utgjorde ett underlag för att utveckla primärvården och åldringsvården och för samverkan mellan landstingskommunala och primärkommunala verksamheter. Primärvårdens uppbyggnad skulle ske enligt fem huvudprinciper så kallade honnörsord. Dessa var kvalitet, tillgänglighet, kontinuitet, samverkan och helhetssyn [2]. Ungefär samtidigt publicerades rapporten Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS80) [3]. Där betonades helhetssynen inom sjukvård och socialtjänst, även om de övergripande målen för hälso- och sjukvården sammanfattades i begreppen: närhet, kontinuitet, tillgänglighet, kvalitet och säkerhet [3].

I rapporten Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS90) fanns begreppen kontinuitet och tillgänglighet beskrivna [4]. Begreppet helhetssyn tycks genomgående ha stått i bakgrunden i förhållande till begreppen kontinuitet och tillgänglighet [5, 6].

Av den litteraturgenomgång som Medin och Alexandersson [7] gjort framgår att begreppet helhetssyn används i litteraturen på följande sätt:

- *Kroppens olika organsystem i samspel med varandra, inte fokus på bara en kroppsdel eller ett organsystem.*
- *En individs samtliga funktionsförmågor inkluderas alltså inte bara de biologiska, utan även psykiska och sociala.*
- *Även en individs omgivning inkluderas, både den fysiska, kemiska, biologiska, ergonomiska, sociala och psykiska. Individen ses i samspel med andra människor i den miljö hon finns - fokus ligger alltså inte bara på den enskilda individen utan även hennes samspel med omgivningen inkluderas.*
- *Samma som i föregående, men även en andlig eller existentiell dimension inkluderas i begreppet.*

Primärvårdens attribut

En av de världsledande forskarna kring hälso- och sjukvårdens inverkan på folkhälsan liksom om primärvårdens arbetsformer och effektivitet är professor Barbara Starfield. Enligt Starfield [8] kännetecknas primärvården av

fyra egenskaper: “first contact” (första kontakt), “longitudinality” (kontinuitet), “comprehensiveness” (brett vårderbjudande) och “coordination” (samordning).

Första kontakt

Befolkningen i ett land ska vända sig till primärvården i första hand då de behöver vård. Ju högre tillgängligheten är, ju större är chansen att befolkningen vänder sig till vårdcentralen som första kontakt och detta i sin tur leder till högre kontinuitet med läkaren/vårdteamet. Personalen ska även fungera som en lots, det vill säga de bedömer utifrån den enskilda patientens behov om denne ska utöva egenvård, komma till vårdcentralen eller hänvisas till annan vårdinrättning. [8]

Kontinuitet

För att uppnå kontinuitet krävs att både patienten och läkaren känner att de har en ömsesidig relation. Begreppet används oftast för att beskriva patient-läkarkontakten. För patienten innebär detta att det finns en läkare eller ett vårdteam på vårdcentralen som patienten tillhör och som har det övergripande ansvaret. Läkarkontinuitet kan innebära dels att patienten träffar samma läkare vid upprepade kontakter, dels att patienten vid samma vård-episod träffar samma läkare. [8]

Brett vårderbjudande

Primärvården ska ha resurser att känna igen och klara alla vanliga hälsoproblem bland befolkningen, vilket innebär att vårdcentralen ska erbjuda patienterna ett brett vårdutbud. Detta sker antingen genom att patienterna får hjälp direkt på vårdcentralen eller att det skrivs remisser till andra vårdinstanser. Vårdutbudet på en vårdcentral ska vara till för att bota och lindra olika sjukdomstillstånd, att hjälpa till och stödja vid sociala problem och att arbeta preventivt för att förhindra att sjukdom och ohälsa uppstår. [8]

Samordning

Samordning innebär att det finns någon, till exempel en läkare på vårdcentralen, som samordnar patientens besök hos olika vårdgivare till en helhet. Genom regelbundna möten bygger läkaren och patienten upp en relation vilket underlättar för läkaren då han/hon ska identifiera patientens behov eller problem. [8]

Trots att helhetssyn varit ett av primärvårdens främsta honnörssord sedan slutet på 1970-talet har det alltså inte blivit tillräckligt belyst, särskilt inte i jämförelse med begreppen kontinuitet och tillgänglighet. Svalander beskriver hur studier av enskilda verkningsmekanismer, så som exempelvis helhetssyn, skulle kunna bidra till att öka förståelsen för hur dessa mekanismer påverkar primärvårdssystemets systemeffektivitet [9]. I denna undersökning valde vi att fokusera på vad helhetssyn är för distriktsläkare och distrikts-sköterskor. Vi ville också studera betydelsen av helhetssyn i den kliniska vardagen och om helhetssyn är förbehållet primärvården.

Metod och genomförande

Studien startade med en semantisk analys av begreppet helhetssyn och därefter en systematisk litteraturgenomgång för att se hur begreppet beskrivits i litteraturen. Delvis parallellt genomfördes fokusgruppintervjuer med distriktsläkare och distriktssköterskor.

Litteraturgenomgång

Den första delen av litteraturgenomgången var en semantisk analys av begreppet helhetssyn. Därefter genomfördes, under tiden september t.o.m. november 2003, en systematisk litteratursökning med följande urvalskriterier; publicering efter 1978, abstractförsedda artiklar och att publiceringsspråket var engelska. Dessutom skulle artikeln behandla generella förhållanden och inte begränsade patientgrupper, det vill säga tillhöra primärvårdsområdet. Tidskrifterna skulle vara granskade i Ulrich's periodical directory. Sökningen skedde i PubMed och OVID-versionerna av CINAHL, MEDLINE och PsycINFO. De sökord som användes var "holistic nursing AND primary health care", "holistic nursing AND family practice", "holistic view AND primary health care", "holistic view AND family practice", "longitudinality AND primary health care", "longitudinality AND family practice", "continuity AND primary health care", "continuity AND family practice" och "trust AND primary health care".

Fokusgruppintervju

För kartläggning av distriktsläkares och distriktssköterskors uppfattningar om innebörd och betydelse av begreppet helhetssyn i den kliniska vardagen, valdes fokusgruppintervju som datainsamlingsmetod. Enligt Morgan [10] är fokusgruppintervju en lämplig datainsamlingsmetod när vissa ämnen eller fenomen upplevs på olika sätt av individerna i gruppen, när grupperna är homogena, när skillnader mellan grupper och likheter inom gruppen betonas.

En fokusgrupp är en speciell grupp vad beträffar syfte, storlek, sammansättning och genomförande. Syftet är att samla in kvalitativa data genom en fokuserad diskussion [10]. Det kan till exempel gälla att bedöma behov, att arbeta fram underlag för planer av olika slag, som marknadsundersökningsinstrument och för konstruktion av enkäter eller som i det här fallet att undersöka innehållet i ett begrepp.

Den ideala gruppstorleken är mellan 6 och 9 deltagare [11]. Deltagarna väljs ut därför att de har något gemensamt och representerar sådant som är av intresse för undersökningens syfte. Under samtalet kommer deltagarna att delge varandra idéer och erfarenheter, som i sin tur uppmuntrar och stimulerar diskussionen så att mer och mer information kommer fram.

Fokusgruppen genomförs som en gruppintervju med, som namnet anger, ett speciellt fokus. Det är en noga planerad diskussion inom ett väl avgränsat

ämnesområde och bör genomföras i en tillåtande, icke hotfull miljö under ledning av en intervjuare. Den som leder en fokusgruppintervju bör vara väl förberedd och fungera mera som moderator av diskussionen än som intervjuare. Lämpligt är att bandinspela diskussionen för att få med allt väsentligt som sägs. Idealiskt är att intervjuaren har en bisittare med uppgift att studera skeendet i gruppen. Om man inte bandinspelar samtalet, är det nödvändigt att en person tecknar ner och en annan modererar diskussionen [11].

Deltagare

Innan studien startade formulerades inklusionskriterier. För båda yrkeskategorierna gällde att män och kvinnor skulle vara representerade. Deltagarna skulle vara i olika åldrar. Tiden i yrket skulle variera och deltagarna skulle representera arbetsplatser från både landsbygd och stad.

Sammanlagt genomfördes sju fokusgruppintervjuer med totalt 42 personer, 28 kvinnor och 14 män. Fokusgruppintervjuer hölls med distriktsläkare och distriktssköterskor både i Blekinge och i Östergötland. Tre grupper med distriktssköterskor, 20 personer varav 18 kvinnor och två män. Fyra grupper med distriktsläkare, 22 personer varav 10 kvinnor och 12 män enligt tabell 1. Intervjuerna genomfördes under hösten 2002 och våren 2003.

Tabell 1. Antal genomförda fokusgrupper med distriktsläkare och distriktssköterskor om begreppet helhetssyn i primärvård

Län	Distriktsläkare-grupp	Distriktssköterske-grupp	Totalt antal grupper
Blekinge	2	1	3
Östergötland	2	2	4
Totalt	4	3	7

Alla intervjupersoner hade fått en skriftlig inbjudan (bilaga) om att delta i undersökningen. I inbjudan uppmanades de att tänka på en situation från den kliniska vardagen som de ansåg hade präglats av helhetssyn. Medverkan byggde på frivillighet. Av 33 inbjudna läkare fick vi ett bortfall på 11 personer. Av dessa uteblev fem läkare utan att meddela sig överhuvudtaget. Övriga sex angav skäl till att utebli. Av 26 inbjudna distriktssköterskor meddelade tre personer förhinder att delta i intervjun och tre distriktssköterskor uteblev utan att meddela sig. De fyra läkargrupperna bestod av sju, fyra, två och nio deltagare. Distriktssköterskornas tre grupper bestod av sex, åtta och sex personer.

Tillvägagångssätt

Alla intervjuer, utom en läkarintervju i Blekinge, genomfördes av två av författarna, Eva Lena Strandberg (ELS) och Susan Wilhelmsson (SW). När fokusgruppintervjun genomfördes i Blekinge var SW moderator och ELS bisittare och när intervjun genomfördes i Östergötland gällde det omvända förhållandet. En av läkarintervjuerna i Blekinge genomfördes av ELS enbart. Platsen för intervjuerna varierade beroende på aktuella omständigheter.

Samtliga intervjuer genomfördes på eftermiddagen i anslutning till arbetsdagens slut.

Intervjuerna var semistrukturerade och varade mellan 90 och 120 minuter. Intervjuernas fokus var helhetssyn i primärvården. Efter en inledande presentationsrunda ställdes så en fråga som alla fick besvara: *"Vad innebär helhetssyn i den kliniska vardagen för dig"*. Därefter ombads en frivillig person att beskriva en episod som vederbörande tyckte hade präglats av helhetssyn. Detta ledde i så gott som samtliga intervjutillfällen till att den fria associationen var i full gång. Den viktigaste uppgiften för moderatorn blev därefter att se till att gruppen höll sig till ämnet, att samtalet löpte utan alltför långa pauser och att alla fick komma till tals. I den mån intervjupersonerna inte själva uttalade sig om betydelsen av helhetssyn och om gränser för helhetssyn, inflikade moderatorn dessa ämnesområden för grupperna liksom frågan huruvida helhetssyn var något förbehållet primärvården.

Intervjuerna bandinspelades och skrevs sedan ut ordagrant av en sekreterare. ELS lyssnade igenom alla intervjuerna tillsammans med utskriften och kompletterade där sekreteraren missförstått eller där ljudupptagningen inte varit fullgod. Kompletterande anteckningar från bisittaren har också tillfogats som särskilda minnesanteckningar till varje intervju. Efter det att varje intervju var utskriven genomfördes en första naiv läsning av två av författarna (ELS, SW). Syftet med genomläsningen var att förbereda nästkommande intervju med eventuellt nya aspekter som behövde belysas.

Författarnas förförståelse

Samtliga fyra författare har lång erfarenhet från arbete inom primärvården inkluderande tiden för det stora primärvårdsbeslutet 1982.

Analys av data

För analys av materialet användes en kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Kvale [12]. Analysarbetet genomfördes av alla fyra författarna och skedde huvudsakligen i fyra steg. Först läste var och en igenom utskrifterna en gång utan att göra några anteckningar eller markeringar i texten. Detta gjordes för att skapa en bild och en känsla av vad som sagts. Därefter lästes – oberoende av varandra – allt material igenom med penna i handen och markeringar gjordes i texten för att fastställa de olika meningsbärande enheterna. Var och en fortsatte sedan med att koncentrera de markerade meningsenheterna på separat papper.

När detta var gjort träffades vi under två dagar och jämförde vad vi kommit fram till. Tillsammans sammanfattade vi våra ihopsamlade långa uttalanden till korta meningskoncentrat med bibehållen innebörd och så långt möjligt med bibehållande av intervjupersonernas egna ord. Vid detta första tillfälle diskuterades först om fler intervjuer behövde göras, vilket vi var överens om inte behövdes. Vid detta möte sammanfördes också meningskoncentrat med samma eller liknande innebörd till olika kategorier. Denna process var tidskrävande och mer hann vi inte göra vid denna första gång. Var och en återvände hem med uppgiften att studera det nya kondenserade materialet och fundera på om det blivit rätt gruppering för att vid nästa tillfälle justera och sätta rubriker. (Augusti 2003)

Vid nästa tvådagarsstillfälle justerades de olika grupperna genom att flytta vissa meningsenheter som vi var överens om hade hamnat i fel grupp. Därefter sattes rubriker på varje grupp efter dess huvudsakliga innehåll. Återigen skildes vi åt med uppgiften att var och en skulle fundera över om kategorierna och dimensionerna blivit de rätta och fått rättvisande rubriker. *(September 2003)*

Det fjärde steget i analysarbetet utgjordes av en heldag där återigen alla fyra författarna deltog. Vi hade då funderat över indelningen i kategorier och dimensioner. Tillsammans diskuterade vi tills konsensus uppnåddes, vilket fick till följd att rubriksättning och indelning ändrades något. *(November 2003)*

Resultat

Litteraturgenomgång

Litteraturgenomgången inleddes med en semantisk analys av ordet helhetssyn. [13-17].

I ordböckerna fanns inte kombinationen helhetssyn. Däremot fanns begreppen helhet, holism och syn var för sig. Enligt Nationalencyklopedin [13] finns ordet helhet beskrivet historiskt sedan 1827. Helhet är något som betraktas på en gång i hela sin omfattning utan hänsyn till enskilda detaljer. Ordet holism kommer från grekiskans holos som betyder hel, fullständig. Enligt Nationalencyklopedin [13] finns ordet holism beskrivet sedan år 1949. I Esselte ordbok [14] beskrivs holism som en åskådning som ser till helheten. Bonniers svenska ordbok menar att holism är en åskådning eller vetenskaplig inriktning som innebär att man studerar sammansatta helheter och inte bara detaljer [17]. Enligt Nationalencyklopedin [13] är ordet syn fornsvenskt och finns beskrivet sedan före år 1520. Ordet syn är en grundläggande uppfattning om något. Syn kan även vara ett betraktelsesätt, mening, sätt att se [15] och ett synsätt, åskådning [16].

Vid litteratursökning i databaserna CINAHL, Medline och PubMed gav sökorden holistic view, holistic nursing i kombination med primary health care eller family practice inga artiklar som gav svar på frågan om helhetssynens betydelse i primärvården. Sökorden continuity of patient care i kombination med primary health care eller family practice och sökordet trust resulterade däremot i arton funna artiklar. Genom litteratursökning framkom att begreppen kontinuitet och tillit är viktiga delaspekter av en helhetssyn i primärvård.

Helhet

Vårdpersonal anser att det var viktigt att ha en helhetsbild av patienten [18]. En helhetsbild innebär att man har kunskap om patientens sjukdom, sociala omständigheter och familjehistoria [19]. Helhetssynen är speciellt viktigt när patienten har psykiska och sociala problem [18] eller söker för komplexa och känsliga problem [19]. Då vårdpersonalen använder sig av helhetssyn är det lättare att bemöta de förväntningar som patienten har på behandling, men också att avvakta med eventuell behandling [20].

Patienter anser det angeläget att vårdpersonalen har kunskap om dem och deras familjehistoria [19] och medicinska historia [21]. Enligt Gabel, Lucas & Westbury [22] uppskattade patienten när läkaren gav henne/honom sin fulla uppmärksamhet. Patienter menar vidare att det är betydelsefullt att läkaren har kunskap om familje- och sociala förhållanden för att hon/han ska kunna ge en adekvat vård.

Kontinuitet och tillit

För att vårdpersonalen ska ha möjlighet att utveckla personlig kunskap om patienten är kontinuitet en viktig beståndsdel [19]. Detta är centralt för läka-

re då patienten har problem inom familjen, psykologiska- eller multipla problem [23]. Ju längre kontinuitet desto större kännedom får personalen om patienten [24].

Hög kontinuitet i vården är av stor betydelse för patienterna [25-27]. Kontinuitet innebär att vårdpersonalen får kunskap om patienten och dess familjehistoria [19]. Förhållandet till läkaren värderas högre av patienterna om det grundas på kontinuitet under lång tid [28].

Att ha en egen läkare är betydelsefullt när det rör sig om allvarliga sjukdomar, psykologiska- eller multipla problem [23]. Om patienten upplever tillit [29] och kontinuitet i förhållandet till läkaren ökar patientens tillfredsställelse med läkarbesöket [30].

Ju längre kontinuitet desto högre tillit, dvs. att träffa sin läkare varje gång och under lång tid är en central faktor för att etablera tillit [26, 31]. Om patienten upplever tillit och kontinuitet i förhållandet till sin läkare, ökar tillfredsställelsen med läkaren [27, 29]. En viktig grund för tillit är att patienterna ges möjlighet till direkt kommunikation. För läkaren innebär detta att lyssna aktivt, att bekräfta patientens deltagande i planeringen av vården och att på ett fullständigt och ärligt sätt besvara frågor [32].

För att patienten ska känna tillit till läkaren är det viktigt att hon/han visar empati, bemöter patienten som en unik person och tar hänsyn till varje enskild individ [32]. Tilliten till läkaren ökar även enligt Lings et al. [29] då patienten behandlas som en unik individ och då patienten har förtroende för läkarens medicinska kompetens. Patienter upplever även en större tillit till sin läkare om patienten själv haft möjlighet att välja läkare [31].

Fokusgruppintervjuer

Genom fokusgruppintervjuer undersökte vi hur distriktsläkare och distriktsköterskor tolkar ”helhetssyn i primärvård”, vilket kom att utgöra huvudtemat i undersökningen. I intervjuerna har olika aspekter framkommit. Aspekterna har sedan delats in i kategorier och i dimensioner med stöd av olika meningskoncentrat. Analysen resulterade i tre kategorier och åtta dimensioner, tabell 2. Det som framkom under intervjuerna presenteras nedan. Direkta citat anges med kursiverad stil direkt i texten.

Tabell 2. Kategorier och dimensioner relaterat till ”helhetssyn i primärvård”

Kategori	Dimension
Förhållningssätt	Professionellt
	Politiskt/administrativt
Kunskap	Påståendekunskap
	Förtrogenhetskunskap
Betingelser	Motivationsfaktor
	Organisering
	Verksamhetsområden
	Verktyg

Det var övervägande positiva utsagor, men även negativa aspekter framkom.
”och om man börjar med den negativa delen av det, så är det just det här att ibland tror jag vi har svårt att avgränsa vårt uppdrag som all-

mänläkare och vi ska lösa alla problem som patienterna och andra kommer med.Man ska lösa alla osorterade problem.”

Informanterna beskrev vad de upplevde som kännetecknande för primärvården: att patienterna som de mötte var i alla åldrar och representerade flera generationer, att de träffade patienterna många gånger, att alla diagnoser förekom och att det var osorterade fall.

Förhållningssätt

De intervjuade talade om begreppet helhetssyn utifrån ett professionellt perspektiv liksom ur ett politiskt/administrativt perspektiv. Rent semantiskt används inte begreppet helhetssyn av professionerna i primärvården, men sades däremot vara en självklarhet i det praktiska arbetet. Många menade att helhetssyn utgör själva basen i arbetet, att det egentligen är en allmänmedicinsk specialitet och ett etiskt förhållningssätt som borde genomsyra allt arbete. Att ha helhetssyn i primärvården är att inta ett förhållningssätt mera än en arbetsmetod.

”Helhetssynen i det här sammanhanget är ju ett förhållningssätt som gör att man får med många dimensioner i en sjukdom eller ett besvär, det kräver egentligen inte all information, alltså helhetssyn betyder ju inte att man har mycket information.”

”Det är ju som en svävande ande som man har en slags känsla för, tycker jag.”

Professionellt förhållningssätt

I flera intervjugrupper talade man en hel del om helheten kontra delarna, att helheten är större än summan av alla delarna. Så nämner man fall där en patient kan komma med exempelvis tre olika symtom, som vart och ett går att bota men att själva problemet trots det kan kvarstå; där finns det något annat mera svårfångat. Flera intervjupersoner talar om att helheten egentligen inte är delbar, men att det synsättet riskerar att leda till gränslöshet.

”För mig är helhetssynen, det är motsatsen då till delhetssyn då . . . att inte bara ge sjukvården, . . . det handlar ju väldigt mycket om att inte bara vara öronläkare eller inte bara vara psykiater eller inte bara vara ortoped och inte bara se det bekymret . . . utan att det är helhetssynen”

Intervjupersonerna talade vidare om att gränsen går vid sjukhusporten – innanför är patienten en liten bit, men därutöver blir hon en hel människa. Detta handlar om synsätt. Helhetssyn är viktigare för vissa grupper av individer än för andra och där handlar det mycket om att välja en ambitionsnivå och att göra de rätta prioriteringarna, att inte följa vårdprogrammen slaviskt. För att kunna göra dessa saker måste man se hela människan, inte bara delar av henne.

Det gäller dessutom att ha kunskaper så att man minskar glappet mellan ”illness” och ”disease”. Man behöver en medicinsk helhetsbild och man behöver också kunna se ”den andra biten”. Den som har att göra med att kroppen och själen hänger ihop. Det biologiska synsättet räcker inte till. Psykosomatiken är en viktig och vital del av allmänmedicinen. Det nyligen introducerade begreppet bio–psykosocialt synsätt i jämförelse med det bio–

medicinska synsättet. Det gäller att fånga patientens ”dolda agenda”. Vad är det patienten egentligen säger? Även här handlar det om att välja rätt ambitionsnivå utifrån förutsättningarna ”här och nu”.

”... om det här illness och disease som engelsmännen säger, man skiljer mellan liksom det patienten upplever och disease är det vi definierar som problemet.”

Politiskt/administrativt förhållningssätt

Begreppet helhetssyn upplevdes som ett politiskt belastat och urvattnat begrepp som sällan används av företrädare för primärvården. Det uppfattades mera som ett gammalt honnörsord oftast använt av chefer och som därav kommit att betraktas som chefsfloskler. Ett ord tömt på sitt innehåll.

”Ja, jag måste säga att jag har haft lite svårt för det här begreppet, helhetssyn, för att jag har nog uppfattat det som ett, ett honnörsord. Jag har aldrig någonsin känt så här, att jag arbetar med helhetssyn, och när man har stått och sagt då att nu ska vi använda helhetssyn, då har det varit en sådan här...ja, sådana här chefsfloskler”

Kunskap

Att helhetssyn kräver kunskap betonades i samtliga gruppintervjuer. I kategorien ”kunskap” ingår dimensionerna påstående- och förtroghetskunskap.

Påståendekunskap

I bedömningen av patienten måste alla kunskaper vägas in. Dessa kunskaper har distriktsläkare och distriktssköterskor skaffat sig under den långa tid som de träffat patienten och genom den omgivning som finns runt patienten. Enligt deltagarna var helhetssyn inte något som bara fanns utan både teoretisk kunskap och träning behövdes. Den teoretiska kunskapen förvärvades genom de specialistutbildningar som distriktsläkare och distriktssköterskor genomgått och att de på så sätt blev specialister på att se helheten. Läkarna ansåg att de var vetenskapligt, biologiskt utbildade i grunden men till skillnad från läkare inom den slutna vården så väger distriktsläkarna in mycket annat i besluten än enbart empirisk kunskap.

”det är klart det har stor betydelse, det är vi ju skolade till”

Förtroghetskunskap

Gruppdeltagarna beskrev att helhetssyn inte bara var fakta utan även att det handlade om känslor och uttryckte det även i metaforiska termer som ”en svävande ande”. Vidare ansåg de att det var något som bara fanns där, men för att ha helhetssyn krävdes även en social kompetens. Helhetssyn beskrevs som en nödvändig förutsättning i primärvården.

”utan det vore så vore det inte primärvård”

Betingelser

Både inre och yttre betingelser underlättar eller försvårar helhetssynen. Betingelserna som framkommit genom det analyserade intervjumaterialet har

givit fyra dimensioner; motivationsfaktor, organisation, verksamhetsområdet och verktyg.

Motivationsfaktor

I alla intervjuer, utom en, aktualiserade intervjupersonerna möjligheten att inta en helhetssyn i arbetet i primärvården som en motivationsfaktor. Här nämndes att helhetssynen utgör själva kärnan i allmänmedicinen. Det är det som gör det spännande att vara distriktsläkare eller distriktssköterska. *"Det är det som är tjusningen med jobbet"*. Uttryck som att möjligheten att kunna ha en helhetssyn i arbetet gör allt annat meningsfullt. Här nämndes exempelvis insatser av distriktssköterska som ligger utanför ramen för det egentliga arbetet. Att exempelvis ha kontakter med kommunens vattenverk för att se till att vattnet kopplas på, se till att ordna matlagningskurser för pensionärer så att de gamla männen klarar sig själva lite längre etc. etc.

Organisering

Det sätt arbetet var organiserat påverkade förutsättningarna för att kunna ha eller inte ha helhetssyn. En faktor som lyftes fram av informanterna var områdesindelningen som ansågs underlätta helhetssynen speciellt för distriktsköterskorna.

"och därför tycker jag egentligen att ha en områdesindelning är bra, om du ska se helheten"

Teamarbete ansågs av en del vara en viktig betingelse för att förstå patientens hela situation och få den belyst från olika professioners specifika kunskande.

"träffar de kurator så berättar de en sak, träffar de en sjukgymnast så berättar de ju en annan sak, träffar de arbetsterapeuten så är det en annan sak och träffar de mig så berättar de sina magproblem eller värken."

Andra menade dock att de varit så länge på samma arbetsplats att de kände patienterna så väl att de inte hade behov av något team.

"jag tycker inte vi har så pass regelbundna träffar med sjukgymnaster och arbetsterapeuter så att det är ingen stor bit för mig att få deras extra information så att säga, utan det mesta har jag hämtat in genom åren"

Hembesöket var en central del av arbetet för många och ansågs vara ett privilegium. Det var genom att göra hembesök som helhetssynen fick betydelse.

"för mig är det också just det här när man kommer hem till äldre och så vidare att man ser inte bara personen och de har kontaktat en förr, utan man ser liksom hela personen, ser hur de bor . . ."

Några distriktssköterskor ansåg att specialisering påverkar helhetssynen negativt, medan andra ansåg att dagens samhälle med ett stort informationsflöde kräver mer specialisering.

”jag tycker det är lite farligt faktiskt att säga att vi ska specialisera oss. Distriktsläkarna är ju inte specialiserade de har en allmänläkarkompetens och jag anser att vi som distriktssköterskor har en allmänsysterkompetens eller vad man ska kalla det för, det är vi ju utbildade för.”

Verksamhetsområden

Inom vissa verksamhetsområden ansåg gruppdeltagarna att helhetssyn hade en mer framträdande och självklar roll. I inbjudan till intervjuerna uppmanades deltagarna att exemplifiera en situation från den kliniska vardagen som de ansåg hade präglats av en helhetssyn. Några av dessa situationer berörde palliativ vård där man ansåg att det var extra viktigt att vara flexibel och att kunna vara som ”spindeln i nätet”.

”och då är ofta vi alltså någon slags spindel i nätet, vi distriktssköterskor, som på något sätt ska hålla ihop alla de där trådarna, både vad gäller arbetskamrater och olika befattningshavare och anhöriga och sjukhuset. Så det är liksom en nödvändighet att ha en helhetssyn där, om det ska fungera över huvudtaget.”

Ett annat verksamhetsområde där gruppdeltagarna ansåg att helhetssynen hade en framträdande roll och stor betydelse var inom barnhälsovården. Det var viktigt att se varje familj som unik och att vara lyhörd för föräldrarnas behov.

”och där just som förälder behöver man vara väldigt lyhörd, för man vill ju inte trampa på där liksom, man ska ju inte bli någon annan mamma, utan man ska ju bara se till att skjuta på så att den här mamman känner att hon klarar ut det och sedan kolla liksom vad pappan kan och hur han stöttar och vad hon har för nätverk omkring sig. Det tycker jag är helhetssyn för den här biten.”

Även i det preventiva arbetet ansågs helhetssyn som en viktig del. Det gällde både vid primär- och sekundärpreventivt arbete.

”i det förebyggande arbetet ser jag helheten, hur kan vi förebygga mer sådana här saker, det ser jag i primärvården, helhetssyn”

Verktyg

Samtalet och kommunikationen mellan vårdgivare och vårdtagare ansågs viktigt för att uppnå en helhetssyn. Gruppdeltagarna menade att i helhetssynen ingår inte bara att lyssna till vad patienten säger, utan även hur det sägs och också patientens reaktioner på det sagda.

”För då är ju samtalet, kommunikationen så att säga, ett sätt att också, att man får insikt och liksom man ser själv den här helhetssynen utav sin situation då, så att då krävs det ju verktyg från oss egentligen, för att locka fram det här.”

Diskussion

Vi har inte funnit att det finns någon enhetlig definition av begreppet helhetssyn som är verksamhetsrelaterat, utan begreppet tycks vara myntat av politiker och tjänstemän. Begreppet helhetssyn uppenbarade sig först i övergripande visionära beskrivningar av vad som skulle karakterisera en framtida primärvård. [2]

I dagens primärvård är begreppet helhetssyn ändå ett levande begrepp, trots alla upplevda hinder i form av allmän tidsbrist, pressade arbetsförhållanden med vikande läkarantal, omorganisationer och besparingar. Helhetssynen förändras med nya organisationsformer och är olika för olika yrkesgrupper.

Det sätt som arbetet är organiserat skapar förutsättningar för olika syn på vad som skall betraktas som helhet. När begreppet helhetssyn myntades i primärvårdssammanhang på 1970-talet var allmänläkaren ofta ensam på en enmansmottagning. Helhetssyn var direkt kopplat till patient-läkar relationen och konsultationen. Denna syn lever sannolikt kvar hos flera av de äldre allmänläkarna.

Samtidigt är begreppet helhetssyn frånvarande i professionens (särskilt läkarnas) vokabulär och det har varit mycket svårt att hitta i den vetenskapliga litteraturen. Vid den semantiska analysen framkom att begreppen helhet och holism beskrivs på likartat sätt medan begreppet helhetssyn inte stod att finna. Litteratursökningen resulterade endast i arton funna artiklar. Begreppen kontinuitet och tillit visade sig vara viktiga del aspekter av helhetssyn. Vid en ny litteraturgenomgång bör således även dessa begrepp inkluderas. Det finns dock en god överensstämmelse mellan den vetenskapliga litteraturen och fynden från intervjuerna.

Begreppet helhetssyn finns inte klart uttryckt hos Barbara Starfield, men det förefaller vara underförstått. Hennes fyra huvudbegrepp; betydelsen av den första kontakten, kontinuitet, brett vårderbjudande och samordning har styrkts i andra referenser och innebär i sig en form av helhetsstänkande. [8]

Inför intervjuerna uppmanades intervjupersonerna att hämta exempel från sin vardag och ur berättelserna fann vi en tydlig överensstämmelse med dessa fyra attribut. Det som intervjupersonerna uttryckte som primärvårdens särskilda kännetecken var att patienterna var i alla åldrar och representerade flera generationer. Vidare kännetecken var att läkare och sjuksköterskor träffar patienterna många gånger, att alla diagnoser förekommer och att det är osorterade fall.

I analysen av data framkom de tre kategorierna *förhållningssätt, kunskap och betingelser* relaterat till helhetssyn. Allmänläkarna och distriktssköterskorna belyste förhållningssätt med ord som ”att lyssna på patientens dolda agenda”. Detta tyder på att man vågar stå på patientens sida även om det går tvärtemot ett vårdprogramms rekommendationer, att man väljer ambitionsnivå och individorienterade prioriteringar. Då gäller det även att kunna se ”glappet mellan illness och disease” såväl som att kropp och själ hänger

ihop och att kulturella skillnader är av central betydelse för att nå förståelse och en god dialog med patienten.

Helhetssyn medför också svårigheter att sätta gränser. Det kan vara svårt att frigöra sig från patienternas alla krav, och periodvis kan det gå ut över möjligheterna att klara andra delar av sina arbetsuppgifter. Det finns en förväntan att primärvårdens personal skall lösa patienternas alla problem.

Samtliga intervjupersoner betonade kunskapens betydelse. Genom utbildning har man lärt sig att integrera kunskap från många olika områden. Redan grundutbildningens innehåll har betydelse för sättet att se på begreppet helhetssyn. Många lyfte fram, som en utmaning, kraven på att hela tiden vara uppdaterad inom ett brett kunskapsområde, men samtidigt kunna sammanställa detta i ett helhetsbegrepp för den enskilde patienten. Utöver den biologiska kunskapen har man lärt sig att även använda kunskap från andra områden. Dessutom handlar det inte bara om fakta utan även om känslor och att ha en social kompetens. Detta kräver tid i yrket och man flätar samman den teoretiska och erfarenhetsmässiga kunskapen.

Förtroghetskunskap kan användas om den kunskap en distriktssköterska eller distriktsläkare skaffar sig inom ett område [33]. Det tar tid, men innebär att man lär känna sitt område, dess skolor, kommunala vårdenheter, sociala aktörer men också familj och grannar inom patientens nätverk. Det gamla uttrycket *"övning ger färdighet"* gäller således även här.

Teamarbete och områdesindelning kom på allvar i samband med primärvårdens expansion under 1980-talet. Områdesindelning är ett sätt att organisera primärvården och det har djup förankring hos distriktssköterskan men är inte alls lika viktigt för allmänläkare. Ett listningsförfarande som skulle vara en viktig förutsättning för kontinuitet innebär i sig att det geografiska ansvarsområdet blir mindre tydligt. De två begreppen listning och område som står för en övergripande helhetssyn är till synes i konflikt med varandra. Samma sak gäller föreställningen om teamarbete. Teamarbete är något som den erfarna lite äldre allmänläkaren kan tycka sig vara utan medan en yngre kollega upplever den som en absolut förutsättning för att kunna verka inom primärvården. Här ser sig distriktssköterskan och distriktsläkaren inte sällan som *"spindeln i nätet"* eller *"fixaren"*, vilka skall sammanställa den samlade kunskapen och föreslå väl avvägda beslut.

Hembesök, barnhälsovård, prevention och palliativ vård har särskild betydelse för distrikts-sköterskan som verktyg för att skapa en helhetssyn. I den palliativa vården gällde det enligt distriktssköterskorna att samordna vårdinsatserna. För distriktssköterskan är hembesöket basen för kunskapen om området, om patientens särskilda behov, om det sociala nätverket, etc. Allmänläkarna gör sällan hembesök men talar om dess betydelse, för deras del kanske som källa för viktig andrahandskunskap, som man erhåller genom den distriktssköterska man arbetar tillsammans med. Konsultationen och därmed samtalet med den enskilde patienten är för allmänläkaren ett särskilt viktigt verktyg och här krävs både utbildning och känsla. Den goda konsultationen enligt Pendleton kan här utgöra en modell [34].

I 2000-talets primärvård ses nya organisatoriska lösningar, exempelvis närsjukvård som införes inom alltfler landsting. Här skapas nya gränser och kontaktytor gentemot andra medicinska specialiteter som geriatrik, internmedicin och psykiatri för att nämna några. Helhetssyn inom en sådan organisatorisk ram blir säkerligen annorlunda jämfört med den ensamarbetande

distriktsläkaren på sin mottagning eller det samverkande vårdlaget på vårdcentralen. Påståendekunskap och förtroenhetskunskap får ge vika och utrymme för något som skulle kunna kallas för samordningskunskap. – Om detta blir slutet på visionen och önskan om helhetssyn i primärvården eller början till en ny tankemodell som inbegriper helhetssyn i vårdarbetet är för tidigt att uttala sig om.

Konklusion

Begreppet helhetssyn lever i distriktssköterskors och distriktsläkares föreställningsvärld och genomsyrar dagens primärvård. Det är en mäktig drivkraft för både distriktsläkare och distriktssköterskor. Helhetssyn gör allt annat meningsfullt och är en viktig betingelse, kanske den viktigaste. *”Utan helhetssyn ingen primärvård”*.

Referenser

1. Landstingsförbundet. Från sjukvårdspolitik till hälsopolitik. Stockholm 1974.
2. Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Socialstyrelsen, Spri. Primärvård Äldreomsorger Samverkan. Stockholm 1977.
3. Socialstyrelsen. Häls- och sjukvård inför 80-talet. Principprogram för vård. Stockholm: Socialstyrelsen anser 1976:1.
4. Socialdepartementet. Häls- och sjukvård inför 90-talet. Stockholm 1984.
5. Spri. Kontinuitet i primärvården. Stockholm 1983.
6. Socialstyrelsen. Tillgänglighet och kontinuitet i primärvården. Stockholm 1996.
7. Medin J, Alexandersson K. Begreppen hälsa och hälsofrämjande åtgärder - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur 2000.
8. Starfield B. Primary care. Balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press Inc. 1998.
9. Socialstyrelsen. Primärvårdens bidrag till häls- och sjukvårdens systemeffektivitet. Stockholm 2001.
10. Morgan D. Focus Groups as Qualitative Research. 2nd ed. USA: SAGE Publications Inc. 1997.
11. Krueger RA. Focus groups. A Practical Guide for Applied Research. 2nd ed. USA: SAGE Publication Inc. 1994.
12. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur 1997.
13. Nationalencyklopedin, Band 1-3. Göteborg: Bra Böcker AB 1995.
14. Esselte ordbok. Främmande ord i vardagssvenskan. Arlöv: Esselte ordbok 1990.
15. Svensk synonymordbok. Gjuåk: Nordstedts förlag AB 1996.
16. Svensk handordbok. Svenska bokförlaget Nordstedt 1960.
17. Bonniers svensk ordbok, 8:e upplagan. Stockholm: Albert Bonniers Förlag AB 2002.
18. Hjortdahl P. The influence of general practioners'knowledge about their patients on the clinical decision-making process. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 1992 (10): 290-294.
19. Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R. Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. BMJ, 2003. **326**(7402): 1310-1322.
20. Hjortdahl P, Borchgrevink C. Continuity of care: influence of general practioners'knowledge about their patients on use of resources in consultations. BMJ, 1991 (303): 1181-1184.

21. Grumbach K, Selby JV, Damberg C, Bindman AB, Quensberry C, Truman A, Uratsu C. Resolving the gatekeeper conundrum: What patients value in primary care and referrals to specialists. *JAMA*, 1999 **282**(3): 261-266.
22. Gabel L, Lucas, JB, Westbury, RC. Why do patients continue to see the same physican? *Family Practice Research Journal*, 1993 (13): 133-147.
23. Kearley K, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor- patient relationship in general practice. *British Journal of General Practice*, 2001 (51): 712-718.
24. Rosenberg E, Pless I. Clinicians' knowledge about the families of their patients. *Family practice*, 1985 (2): 23-29.
25. Freeman G, Richards S. Is personal continuity of care compatible with free choice of doctor? Patients' views on seeing the same doctor. *British Journal of General Practice*, 1993 (43): 493-497.
26. Mainous III A, Baker R, Love MM, Pereira Gray D, Gill MG. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Family Medicine*, 2001 **33**(1): 22-27.
27. Baker R, Mainous III AG. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patients satisfaction with consultations with family doctors. *Scand J Prim Health Care*, 2003 (21): 27-32.
28. Shi L, Forrsest CB, von Schrader S, Ng J. Vulnerability and the patient-practioner relationship: the roles of gatekeeping and primary care performance. *American Journal of Public Health.*, 2003 (93): 138-144.
29. Lings P, Evans P, Seamark C, Sweeney K. The doctor-patient relationship in US primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2003 (96): 180-184.
30. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ*, 1992 (303): 1287-1290.
31. Kao A, Green DC, Davis, Koplan JP, Cleary PD. Patients' trust in their physicians. Effects of choice, continuity and payment method. *Journal of General Internal Medicine*, 1998 (13): 681-686.
32. Thom D, Campell B. Patient-physican trust: an exploratory study. *The Journal of Family Practice*, 1997 (44): 169-176.
33. Johannessen KS. *Praxis och tyst kunande*. Stockholm: Dialoger 1999.
34. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *Konsultationen - kommunikation mellan läkare och patient*. Lund: Studentlitteratur 1994.

Bilagor

Till

Personlig inbjudan

Hjälp oss att belysa begreppet helhetssyn ur primärvårdens perspektiv!

Trots att helhetssyn blivit ett honnörsord och tillmätts stor betydelse i vården och vårdutbildningar har det inte blivit tillräckligt definierat och preciserat. Socialstyrelsen har nu fått regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Detta projekt utgör en del i denna uppföljning.

Vårt syfte är att kartlägga och analysera allmänläkares och distriktssköterskors tolkningar av begreppet helhetssyn.

Vi inbjuder dig att delta i ett samtal tillsammans med kollegor kring begreppet helhetssyn sett ur primärvårdens perspektiv. Samtalet sker som en gruppintervju med 8-10 personer och spelas in på band. Allt som sägs kommer att behandlas konfidentiellt och ingenting kommer att kunna härledas till någon enskild person. Vi avser att intervjua allmänläkare och distriktssköterskor i både Blekinge och Östergötland. Samtalet leds av Eva Lena Strandberg, Blekinge FoU-enhet och Susan Wilhelmsson, FoU-enheten i Östergötland. Deltagandet är frivilligt men det är viktigt för undersökningens kvalitet att just du deltar.

Resultaten kommer att presenteras som en rapport till Socialstyrelsen.

Plats:

Tid:

Inför ber vi dig att fundera över någon situation eller episod från den kliniska vardagen, som du tycker präglats av helhetssyn.

Vi är tacksamma om du bekräftar ditt deltagande till Susan Wilhelmsson **senast den** . Om du inte själv har möjlighet att delta vore det bra om du kunde tillfråga någon kollega som i ditt ställe.

Har du några frågor om undersökningen är du välkommen att kontakta någon av undertecknade.

Eva Lena Strandberg
FoU-handledare
els@blekingefou.pp.se
Tel. 0454-840 40

Susan Wilhelmsson
FoU-handledare, Med dr
susan.wilhelmsson@lio.se
Tel. 013-22 85 11

Ingvar Ovhed
FoU-handledare, Med dr
Blekinge FoU-enhet
Erik Dahlbergsvägen 30
374 37 Karlshamn

Lars Borgquist
Professor i allmänmedicin
FoU-enheten för primärvård
och psykiatri
581 85 Linköping