

Projekt VESTA

# Gynnsamt samarbete?

## Några öppenvårdsgynekologers syn på samarbetet med primärvården i Stockholmsregionen.

En kvalitativ studie

**Maria Gavelin, ST-läkare, Hammarby Sjöstads Husläkare, November 2015**

[maria.gavelin@hotmail.com](mailto:maria.gavelin@hotmail.com)

Vetenskaplig handledare: Caroline Wachtler, PhD, ST-läkare i allmänmedicin, Stuvsta vårdcentral

Klinisk handledare: Lilianne Boij, specialist i allmänmedicin, Hammarby Sjöstads Husläkare

## Sammanfattning

### **Bakgrund**

Öppenvårdsgynekologin och primärvården samarbetar ofta, men det finns få studier som undersöker detta. Det är viktigt att samarbetet bedrivs effektivt med tanke på resursbrist, både vad det gäller tid och ekonomi.

### **Syfte**

Studien ska belysa hur några öppenvårdsgynekologer i Stockholm anser att samarbetet med primärvården fungerar.

### **Material och metod**

Fyra öppenvårdsgynekologer rekryterades via e-post. Studien är en kvalitativ innehållsanalys av fyra djupintervjuer som utfördes med intervjuguide med öppna frågor om samarbetet med primärvården. Intervjuerna transkriberades i sin helhet, och kodades.

### **Resultat**

Analysen resulterade i sex kategorier som gav två teman. Kategorierna ”förståelse för husläkarnas situation”, ”känsla av att arbeta tillsammans med husläkare”, ”och utbyte av kunskap mellan kollegor” resulterade i temat ”positiv uppfattning om enskilda samarbeten med husläkare”. Kategorierna ”brist på strukturellt stöd”, ”brist på kunskapsutbyte” och ”problem när patienter blir kunder”, gav temat ”upplevda yttre hinder för samarbete med husläkare”.

### **Konklusion**

Det sammanlagda resultatet av studien är att öppenvårdsgynekologer upplever samarbetet med allmänläkare som positivt överlag, men att det finns yttre hinder till fungerade samarbete som skulle kunna förbättras. Specifikt visar studieresultatet att samarbetet skulle kunna främjas av strukturellt stöd för att få kontaktvägar att fungera bättre, mer tid för samarbete med allmänläkare samt mer specialistinflytande över hur ersättningssystemet ser ut.

Detta är en explorativ studie som kan ligga till grund till fler och större studier inom samma område, samt till förbättringsarbete och implementation av fynden.

MeSH-termer: primärvård, gynekologi, samarbetsbeteende, remisser och konsultation.

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	<b>2</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>4</b>
<b>Syfte och frågeställningar</b>	<b>5</b>
<i>Syfte</i>	5
<i>Frågeställningar</i>	5
<b>Material och metod</b>	<b><u>65</u></b>
<i>Design</i>	<u>65</u>
<i>Studiepopulation</i>	6
<b>Etiska överväganden</b>	<b><u>98</u></b>
<b>Resultat</b>	<b><u>108</u></b>
<i>Studiepopulation</i>	<u>108</u>
<i>Positiv uppfattning om enskilda samarbeten med allmänläkare</i>	<u>1310</u>
<i>Upplevda yttre hinder för samarbete med allmänläkare</i>	<u>1411</u>
<b>Diskussion</b>	<b><u>1712</u></b>
<i>Resultatdiskussion</i>	<u>1712</u>
<i>Styrkor och svagheter</i>	<u>1813</u>
<i>Implikationer</i>	<u>1814</u>
<i>Framtida studier</i>	<u>1914</u>
<b>Slutsats</b>	<b><u>1914</u></b>
<b>Referenser</b>	<b><u>2015</u></b>
<b>Bilagor</b>	<b><u>2217</u></b>
<i>Bilaga 1</i>	<u>2217</u>
<i>Bilaga 2</i>	<u>2318</u>

## Bakgrund

Öppenvårdsgynekologin och primärvården samarbetar ofta, och framför allt går remissflödet från vårdcentralerna till gynekologmottagningarna. Riktlinjer med vårdprogram produceras via Spesamgrupper (specialister i samverkan) och granskas av representanter för respektive specialitetsråd inom Stockholms medicinska råd och Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd, som till viss del reglerar fördelningen av vården i Stockholm (1). Remissinnehållet kan skilja sig mellan områden med t ex äldre befolkning där klimakterievård kan vara mer aktuellt, och yngre befolkning med fertilitetsproblem.

Det ligger i allmänhetens intresse att samarbetet mellan primärvården och öppenvårdsgynekologin bedrivs effektivt. Det anses råda brist både på gynekologer och husläkare i Stockholm. Ett 60-tal gynekologmottagningar finns i regionen, varav ca 30 är privata vårdgivare som har vårdavtal med SLL (Stockholms läns landsting) (2). Tillgången till gynekologmottagningar befaras minska ytterligare p g a ändrat ersättningssystem, t ex riskerar en tredjedel av de privata mottagningarna med vårdavtal att stänga i början av 2016 (3). Utöver dessa mottagningar finns enstaka helt privata kliniker utan avtal med SLL, där patienterna betalar hela kostnaden för vården själv.

Det finns ett fåtal studier, om samarbetet mellan gynekologmottagningar och primärvård i svenska sammanhang. I Uppsala utfördes 2006 en översikt av remissflödet från primärvården till specialistvården efter att nya riktlinjer införts, men utan att någon förändring visades (5). En systematisk översikt av remisser till kvinnokliniken i Hudiksvall 2015, visade att det fanns förbättringsutrymme framför allt vid bedömningen av remisser (6).

Det finns mer publicerat material om hur gynekologer fungerar som husläkare och tar ett helhetsgrepp om kvinnors hälsa, än om vilken kvinnovård primärvården utövar. Ett exempel på det är en amerikansk enkätstudie som belyser i hur hög grad gynekologer tar huvudansvar för patienters allmänna hälsa, och vid vilka tillstånd de i sin tur remitterar vidare till primärvården (4).

En del internationellt publicerat material är inte tillämpligt på svenska förhållanden. En randomiserad studie från Australien, belyser hur distriktsläkare remitterar misstänkta

gynekologiska tumörfall, men primärvården utför där i högre grad utredning innan remiss (7). Fler studier finns om remissflödet generellt, från primärvården till specialistvården. En kanadensisk metaanalys som har utforskat remisser visar en stor förbättringspotential (8). Dock har internationell litteratur oklar applicerbarhet på svenska förhållanden.

Det är önskvärt att samarbetet sker på mest effektiva sätt med tanke på resursbrist: både avseende ekonomi och antal specialister (3). Det finns ingen vetenskaplig undersökning av, hur samarbetet mellan gynekologmottagningarna och primärvården fungerar i Stockholm, och hur det upplevs.

## Syfte och frågeställningar

### Syfte

Syftet med studien var att belysa hur gynekologer i Stockholm upplever samarbetet med primärvården, och att identifiera möjligheter för att förbättra samarbetet.

### Frågeställningar

Huvudfrågan i undersökningen var hur några öppenvårdsgynekologer anser att samarbetet med primärvården fungerar. Följdfrågor användes för att undersöka vad studiedeltagarna upplevde fungerade bra och mindre bra.

## Material och metod

### Design

För att besvara forskningsfrågan planerades en kvalitativ innehållsanalys av strukturerade, individuella djupintervjuer med fyra specialister i gynekologi som arbetar på öppenvårdsmottagningar i Stockholmsregionen. Med tanke på att en kvalitativ studie är krävande och omfattande begränsades antalet informanter för att projektet skulle rymmas inom ramen för VESTA. Studiedesignen var lämplig eftersom den belyser ett tidigare relativt utforskat område för att belysa tankar, föreställningar och förbättringsmöjligheter (9, 10).

### Studiepopulation

De allra flesta öppenvårdsgynekologerna är kvinnor, relativt lika till ålder och med ungefär lika lång arbetslivserfarenhet. Detta framgår av klinikernas hemsidor där doktorerna är presenterade, och följer könsfördelningen inom specialiteten. Vanligast är att arbeta några år inom slutenvården innan öppenvården blir aktuell, varför ålder och antal år som färdig specialist blir likartad.

Informanterna valdes ut för att få spridning i skilda upptagningsområden. På grund av tids- och resursbrist hade studien endast fyra deltagare, varför upptagningsområdet var det som kunde tänkas skilja sig åt mest, och därmed bli mest intressant.

### Genomförandet av studien

#### *Rekrytering av deltagare*

Kontakt togs via e-post och adresserna hittades i landstingets elektroniska katalog.

Eftersom man kan förvänta sig att samarbete emellan öppenvårdsgynekologer och allmänläkare skiljer sig beroende på faktorer i upptagningsområdet, valde vi att använda s.k.

purposive sampling (11) för att rekrytera gynekologer med olika upptagningsområden och därmed kanske olika erfarenheter. Landstingsanslutna gynekologmottagningar delades upp mellan innerstad och förort, och tio gynekologer randomiserades i vardera område. E-post skickades ut sekventiellt tills två gynekologer hade rekryterats från varje område. De tillfrågade svarade på e-post om de var intresserade av att delta, och fick kort information om frågorna och tidsåtgång (bilaga 1).

Hänsyn togs till att informanterna inte skulle vara bekanta till, eller f d kollega till studieledaren. Helt privata kliniker utan vårdavtal med SLL undantogs, eftersom deras patientavgifter gör att de sällan får remisser från primärvården, varför underlaget riskerade att bli missvisande.

#### *Datainsamling*

Innan datainsamling genomfördes en kortare pilotintervju med en gynekolog, för att pröva frågeställningarna och effektivisera intervjuerna.

Intervjuerna genomfördes med en intervjuguide bestående av framför allt öppna frågor. De spelades in digitalt, och transkriberades ordagrant. Intervjuerna tog 20-37 minuter med ett genomsnitt av 31 minuter, och utfördes på avskild plats som informanten kunde välja, i samtliga fall utom ett deras egna mottagningar. En intervju fick p g a förhinder med kort varsel utföras per telefon i stället. Intervjuerna utfördes av studieledaren och spelades in med samtycke av informanten (bilaga 2).

Varje intervju transkriberades i sin helhet av studieledaren, en i taget för att ge en helhetsbild och effektivisera följande intervju. De följde samma intervjuguide (bilaga 2). Materialet lästes gemensamt av handledare och studieledare, som antecknade reflektioner.

Data identifierades i meningsbärande enheter som namngavs som koder. Även den vetenskapliga handledaren kodade en del av materialet för att validera koderna. Därefter indelades koderna i kategorier och teman i diskussion mellan handledaren och studieledaren. I tabell 1 ges exempel på hur meningsbärande enheter kodades, hur dessa koder skapade kategorier och därefter teman.

Det sammanlagda materialet analyserades för att besvara frågeställningarna. (10,11,12, 13).





Tabell 1. Exempel på kvalitativ innehållsanalys av material från intervjuer med fyra specialister i gynekologi, verksamma i Stockholmsområdet om upplevelsen av samarbete med allmänläkare.

Meningsbärande enhet	Kod	Kategori	Tema
"Jag får alltid så trevliga svar, det känns alltid trevligt" (D)	Glädje över fungerande samarbete	Känsla av att man arbetar tillsammans med allmänläkaren	Positiv uppfattning om enskilda samarbeten med allmänläkare
"(De skriver) relevanta frågeställningar, hög nivå på dem faktiskt, bra information också" (A)	Allmänläkaren skriver relevanta remisser	Upplevelse av fungerande kunskapsutbyte emellan kollegor	Positiv uppfattning om enskilda samarbeten med allmänläkare

← Formaterad tabell

## Etiska överväganden

Det viktigaste etiska övervägandet i studien var att skydda deltagarnas integritet.

Deltagarna hade frivilligt anmält intresse för studien, och var informerade om att intervjuerna skedde anonymt. Redovisningen utförs på gruppnivå, och enskilda åsikter kan inte identifieras.

För deltagarna var nyttan med studien, att de fick uttrycka sina åsikter, och eventuellt bidra till förbättringsarbete.

Det fanns risk för att de intervjuade gynekologerna hämmades, av önskan om fortsatt remissflöde, att man inte ville vara helt öppen i sin eventuella kritik av samarbetet med primärvården. Ämnet kunde upplevas som känsligt, då man inte vill stöta sig med kollegor.

Ljudfilerna förvarades säkert på personlig dator, utan åtkomst för obehöriga. Deltagarna avidentifierades med hjälp av en skriftlig kodnyckel, som förvaras inlåst och förstörs när projektet är avslutat.

## Resultat

### Studiepopulation

De intervjuade är fyra kvinnliga öppenvårdsgynekologer, varav tre i Stockholms innerstad och en i förort, vilka återfinns i tabell 1.

Tabell 2 Informanter som deltog i djupintervjuer.

Informant	Kön	Ålder	Tjänstgöringsort
A	kvinn	41 år	innerstad
B	kvinn	56 år	innerstad
C	kvinn	57 år	förort
D	kvinn	45 år	innerstad

Intervjuerna analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys, vilket genererade sex kategorier och tre teman. En sammanställning återfinns i tabell 3.

Positiv uppfattning om enskilda samarbeten med allmänläkare

#### Förståelse för allmänläkarens situation

Det finns stor förståelse för att remisser kan vara svårformulerade. Åsikter framkommer om att man ska beskriva patientens situation som man som doktor uppfattat den, remissen får inte bli ett kunskapsprov.

"Man vet ofta hur det är att sitta på andra sidan, det är inte alltid så lätt" (B)

Om en remiss eller utredning är ofullständig, ser man det som ett uttryck för den bristande arbetsmiljön snarare än okunnighet.

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt

Formaterat: Rubrik 2

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman,Calibri, 12 pt, Fet

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt

Formaterat: Radavstånd: 1,5 rader

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman,Calibri, 12 pt

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt, Kursiv

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman,Calibri, 12 pt, Fet

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman,Calibri, 12 pt

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman,Calibri, 12 pt, Fet

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt, Kursiv

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt

Formaterat: Radavstånd: 1,5 rader

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt, Kursiv

|



**Formaterat:** Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt



## Positiv uppfattning om enskilda samarbeten med allmänläkare

### Känsla av att man arbetar tillsammans med allmänläkaren

Informanterna beskriver en känsla av gemenskap med allmänläkarna, att man sätter patienter i centrum och arbetar mot samma mål. Vårdcentralerna och gynekologmottagningarna upplevs beroende av varandra. Flera av informanterna pratar om glädje över samarbetet med allmänläkare:

"Jag får alltid så trevliga svar, det känns alltid trevligt" (D)

Det finns en uppfattning om gemenskap mellan specialiteterna, att man hör till samma sida, till skillnad från beställarna, d v s landstinget.

"Det som vi verkligen ska samarbeta om "vart ska det är patienten som förlorar, vi är ju öppenvårdsdoktorer,

tillsammans, utan att vi belastar oss" (C)

### Upplevelse av fungerande kunskapsutbyte emellan kollegor

Informanterna uttrycker att kommunikationen mellan öppenvårdsgynekologin och primärvården i stort sett fungerar bra. Det gemensamma journalsystemet underlättar mycket.

"Roligt när de (husläkarna) hör av sig och frågar, väldigt smidigt och enkelt med samma journalsystem"(B)

Man kommunicerar dels genom remisser och remissvar, men även via journaltexten.

Remisserna upplevs i stort sett relevanta.

## Upplevda yttre hinder för samarbete med allmänläkare

### **Brist på strukturellt stöd**

Primärvården och öppenvårdsgynekologin samarbetar kring utredningar och behandling. Det framkommer önskemål om klara riktlinjer för hur ansvaret ska fördelas, och rädsla för att något ska gå fel. Ibland bollas patienterna mellan enheterna.

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt

Formaterat: Radavstånd: 1,5 rader

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman,Calibri, 12 pt

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt, Kursiv

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt, Kursiv

Formaterat: Radavstånd: enkelt

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt, Kursiv

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman,Calibri, 12 pt, Fet

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt

Formaterat: Radavstånd: 1,5 rader

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman,Calibri

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt, Kursiv

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt

Formaterat: Radavstånd: 1,5 rader

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt

Bland de knappt 200 vårdcentralerna och 60-tal gynekologmottagningarna i Stockholm är personalomsättningen relativt hög. Det är svårt att skapa kontinuitet för patienter och doktorer.

*"det är en slags hopplöshetskänsla, folk rör på sig så mycket, så har man ett utbyte med en person, sen är man själv flyttad på, och den personen har flyttat på sig" (D)*

Det framkom svårigheter att kontakta enskilda husläkare vid behov, ibland vid så allvarliga tillfällen att patientsäkerheten kändes hotad. De flesta informanterna hade inte tillgång till tjänstenummer eller intranät, där elektronisk katalog med kontaktuppgifter finns. Flera av de intervjuade uttryckte förvåning över hur studieledaren kunde kontakta dem via e-post, det vill säga hur deras personliga e-postadresser hittades. [Studiedeltagare uppgav till exempel att samarbetet skulle kunna underlättas av, om man kunde skicka meddelanden via journalsystemet till alla vårdgivare som använder det. Ett annat förslag som framkom var att koppla ihop e-tjänsten Mina vårdkontakter med journalsystemet, och därmed kunna underlätta kontakt emellan kollegor.](#)

I det största gemensamma journalsystemet finns en meddelandefunktion, men vårdgivare från andra enheter måste aktivt läggas till av en administratör. Önskemål om att kunna maila till kollegor om patientfall, uttrycktes.

### **Brist på tid för kunskapsutbyte**

Tidsbrist nämns ofta av informanterna, som ett problem i samarbetet med primärvården. Det finns inte utrymme för reflektion under arbetsdagen. Om man hade mer tid avsatt under en arbetsdag, skulle man lättare kunna hålla kontakten med husläkarna. Gynekologerna märker även av tidsbristen som råder på vårdcentralerna, och som ibland påverkar patienterna.

När mottagningar har olika journalsystem blir det svårare och mer tidsödande att följa vad som senare händer med patienterna. Det händer att man avstår från att skriva remiss till vårdcentralen, och i stället ber patienten ordna tid själv.

*"Många gånger säger man bara 'kontakta din husläkare' " (B)*

Uteblivna patientbesök och sena återbud upplevs oftast negativt, då det skapar frustration och ineffektiva luckor i arbetsdagen, samt innebär att en annan patient hade kunnat få tiden. Men ibland ses det som en välbehövlig paus för reflektion.

Det finns ingen tid avsatt för gemensamma utbildningar, vilket ses som ett problem.

### **Problem när patienter blir kunder**

Vårdvalet i Stockholm, och att patienter inte längre behöver remiss för att komma till specialistvården, skapar frustration. Det minskar också samarbetet mellan primärvården och öppenvårdsgynekologin, eftersom allt fler patienter kommer direkt till specialistvården, utan bedömning hos husläkare innan. Flera av informanterna efterfrågar att remisstvänet återinförs.

*"Och så har vi patienter då, som springer till gyn hundra gånger, till exempel en tjej som var bokad för två cystoskopier på en dag, på olika mottagningar, då har hon konsumerat specialistvård för 3000 kr på en dag, eftersom vi varken har remisstvång eller gemensamt journalsystem" (D)*

Samtliga informanter berättar om hur deras arbeten påverkas av ersättningssystemet och bristande ekonomiska resurser. Konflikter kan uppstå mellan patienters vilja, mottagningars möjlighet att utföra utredningar och behandlingar, och politiska målsättningar om både tillgänglighet och patienters egna val. Ibland upplevs patienters krav som orimliga.

## Diskussion

### Resultatdiskussion

Det sammanlagda resultatet av studien är att öppenvårdsgynekologer upplever att samarbetet med allmänläkare är positivt överlag, men att det finns yttre hinder till fungerade samarbete som skulle kunna förbättras. Specifikt visar studieresultatet att samarbetet skulle kunna främjas av strukturellt stöd för att få kontaktvägar att fungera bättre, mer tid för samarbete med allmänläkare samt mer specialistinflytande över hur ersättningssystemet ser ut.

Det finns en känsla av att man arbetar gemensamt mot samma mål, med patientens bästa i centrum. Gynekologerna beskriver omtanke om allmänläkarna, vars arbetsbörda anses tyngre, och överseende med eventuella brister.

Det gemensamma journalsystemet nämns i positiva ordalag, och lättheten att kommunicera via elektroniska remisser. Önskemål framförs om mer kunskapsutbyte som föreläsningar och studiebesök.

~~Samarbetet skulle underlättas av, om man kunde skicka meddelanden via journalsystemet till alla vårdgivare som använder det. Ett annat förslag är att koppla ihop e-tjänsten Mina vårdkontakter med journalsystemet, och därmed kunna kontakta kollegor. Det tillvägagångssättet anses ha högre IT-säkerhet än e-post.~~

### Styrkor och svagheter



Eftersom området är outforskat, lämpar sig en kvalitativ, explorativ studie väl (12, 13). Den kan ge nya perspektiv på samarbeten mellan specialiteter.

Studiens största svaghet är dess storlek, endast ett fåtal informanter kunde intervjuas inom ramen för projektet, vilket gör att det är svårt att lita på resultatet. Med fler informanter skulle man kunna uppnå mättnad i analysen, och skulle förbättra överförbarheten. Det var svårt att rekrytera informanter som arbetar i förorter, och av manligt kön, vilket har påverkat fördelningen av tjänstgöringsort och kön i studien och sannolikt minskat på bredden av erfarenheter som undersökts.

Det finns en viss risk för selektionsbias i studiematerialet. Dels kan de öppenvårdsgynekologer som tackade ja till att intervjuas, i högre grad än sina kollegor vara intresserade av dessa frågor, vilket kan ge en skev bild. Dessutom finns det risk att informanterna är försiktiga i sin kritik av vårdcentralerna, eftersom man är angelägna om fortsatt samarbete och remissflöde.

Studieledarens egna erfarenheter av både arbete på vårdcentral och tidigare gynekologmottagning kan påverka tolkningen av svaren. De egna åsikterna både om det som upplevs fungera väl och mindre väl riskerar att förstöras i tolkningen.

### **Implikationer**

Studien kan användas som diskussionsunderlag för intresserade kollegor både inom primärvården och gynekologin, och för politiker. Den kan tjäna som grund till större studier inom samma ämne. Studien kan användas i dialog med forskare som studerar liknande ämnen.

Trots studiens begränsningar pekar resultaten på ett befintligt behov av strukturellt stöd för samarbete mellan allmänläkare och öppenvårdsgynekologer. Studieresultaten, [inklusive deltagarnas egna förslag för förbättrad kontaktvägar](#), skulle kunna användas för att understödja utveckling av sådana stöd.

### **Framtida studier**

En större studie, t ex med enkäter, bestående av fler deltagare och därmed större spridning inom kön, ålder, antal år i yrket och tjänstgöringsort skulle kunna ge statistisk signifikans. Sannolikt skiljer sig erfarenheterna mellan innerstad, förort, tätort och landsbygd mycket, liksom påverkan av de olika ersättningssystemen i skilda landsting.

Läkarbristen i allmänhet och bland husläkare i synnerhet, påverkar sannolikt samarbetet mellan specialiteter i ännu högre grad i andra landsting, där bristen ofta är större. Därför skulle det vara av intresse att utforska samarbete mellan allmänläkare och öppenvårdsgynekologer även vid dessa förhållanden.

### Slutsats

Öppenvårdsgynekologer upplever samarbetet med allmänläkare som positivt, men uppger även yttre hinder till fungerande samarbete. Kommunikationen mellan specialiteterna skulle kunna förbättras med enkla medel, till exempel bättre IT-stöd och ett gemensamt journalsystem för hela länet. Mer resurser, framförallt ekonomiska skulle också förenkla arbetet, liksom ökat kunskapsutbyte mellan mottagningarna. Högre kontinuitet är önskvärt. Även tydligare riktlinjer och eventuellt återförande av remisskrav för att nå rätt vårdnivå skulle kunna underlätta samarbetet mellan öppenvårdsgynekologer och allmänläkare. ~~diskuteras, men tidigare studier har visat motstridiga eller till och med negativa resultat (5).~~ Fler och större studier behövs för fortsatt utveckling.

Formaterat: Teckensnitt:(Standard) Times New Roman, 12 pt

## Referenser

1. Rodhner C., Zellbi, A. VISS.nu, Gynekologiska infektioner (2014)  
<http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Kvinnohalsa/Gynekologiska-infektioner/>  
Hämtad 2015-11-06.
2. Vårdgivarguiden, Godkända vårdgivare inom vårdval specialiserad gynekologisk vård, 2015. <http://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/avtalsinformation/godkanda-vardgivare---vardval-stockholm/dokument/specialiserad-gynekologi-vard---godkanda-vardgivare/>  
Hämtad 2015-11-24.
3. Säll, A. 2015, Specialister förlänger inte sina vårdavtal, 2015.  
<http://www.dn.se/sthlm/specialister-forlanger-inte-sina-wardsavtal-riskerar-att-stanga/>  
Hämtad 2015-11-06.
4. Morgan, M., Lawrence, H., Schulkin, J. 2010, Obstetrician-Gynecologists' approach to well-woman care. *Obstetrics & Gynecology*, 116(3):715-722.
5. Sandblom, M., Stålhammar, J., Rezapour, M. Vårdprogram för inkontinens nådde inte sitt syfte. Antalet remisser ökade och utredningar görs fortsatt på för hög sjukvårdsnivå. *Läkartidningen* 2006;103(49)3941-5
6. Lövtrup M, 2015, Läkargrepp om väntelistan förkortade köerna, *Läkartidningen*, 2015;112:DM96
7. Ramanathan, SA., Baratiny, G., Stocks, NP., Searles, AM., Redford RJ, 2011,

General practitioner referral patterns for women with gynaecological symptoms: a randomized incomplete block study design. *Med J Aust.* 2011 Nov 21;195(10):602-6.

8. Akbari, A., Mayhew, A., Al-Alawi MA. et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. Review. *The Cochrane Library* 2008;4.

9. Lewis-Beck, M., Bryman, A., Futing, T.( 2004)

[The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods](#)

<https://srmo.sagepub.com/view/the-sage-encyclopedia-of-social-science-research-methods/SAGE.xml?jumpTo=material>

Hämtad 2015-11-06.

10. Trost, J. Kvalitativa intervjuer, Lund: Studentlitteratur; 2010.

11. Anselm, L., Strauss& Juliet Corbin: Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory 3rd Edition, Thousand Oaks: Sage, 1988.

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

13. Coffey A., Atkinson P. Concepts and Coding. I: Coffey, A., Atkinson P. Making sense of qualitative data. Thousand Oaks: Sage. 1996: 26-52.

Ändrad fältkod

Ändrad fältkod

## Bilagor

### Bilaga 1

Rekryteringsmail till informanter

Ämnesrad: Fungerar samarbetet med primärvården bra? Jag vill höra dina åsikter!

Jag vill intervjua dig!

Jag heter Maria Gavelin och är ST-läkare i allmänmedicin. Tidigare har jag arbetat som underläkare på SöS kvinnoklinik.

Inom ramen för VESTA, vetenskapligt ST-arbete (<http://www.cefam.se/atst/vesta>) kommer jag att genomföra intervjuer med öppenvårdsgynekologer i Stockholm.

Vill du berätta vad du tycker om samarbetet med primärvården?

Intervjun tar max 45 min och plats är helt flexibel. Den genomförs under december 2015.

Hör gärna av dig om du är intresserad!

Med vänlig hälsning,

Maria Gavelin

ST-läkare Hammarby Sjöstads Husläkare

073-9063738

## Bilaga 2

### Intervjuguide

Kort information om studieledaren, erfarenheter och syfte med undersökningen.

Information om att intervjun spelas in och att informanten är anonym, och när som helst kan avsluta samtalet eller avstå från att svara på en fråga.

#### Frågor:

Hur anser du att samarbetet med primärvården fungerar?

Kan du berätta om ett exempel när samarbetet har fungerat bra?

Ett exempel på när det har fungerat mindre bra?

Vad anser du om remissinnehållet?

Vad påverkar samarbetet?

Önskar du några förändringar? Vilka?

Hur upplevde du intervjun?

