Beat Sottas

Interprofessionelle Bildung und integrierte Versorgung in Schweden

Anhand des Linköping-Modells zeigt der Autor, wie in Schweden schon in der Ausbildung eine Qualifikation für Aufgaben im Case und Care Management sichergestellt wird. Die Übergänge zwischen dem ambulanten und stationären Sektor sind dort deutlich besser organisiert, was auch mit speziell für diese Aufgabe ausgebildeten Fachkräften zu tun hat. Berufs- und handlungsfeldübergreifend zu arbeiten, wird bereits in der Aus- und Weiterbildung gefördert, indem bestimmte Kompetenzen gemeinsam und nah an der Praxis vermittelt werden. Die Spezialisierung baut auf interprofessionell angeeigneten Kenntnissen und Fähigkeiten auf. So sind Fachkräfte auf interprofessionelle Kooperation vorbereitet.

Stark integriert und sehr zufrieden

Bei Diskussionen über das schwedische Gesundheitssystem wird oft die sektorenübergreifende Integration mit gut organisierten Übergängen zwischen der stationären und ambulanten Versorgung hervorgehoben. Strandberg et al. (2007) begründen diesen ganzheitlichen Blick auf Patienten und Patientinnen sowie die Versorgungskontinuität mit einer Philosophie, die in den 1980er-Jahren gefestigt worden ist, beruhend auf „on the concepts of quality, accessibility, continuity, co-operation and a holistic view. The definition of a holistic view was that all aspects of people's needs, psychological, physical and social, should be taken into account and seen as a whole".

Die Primärversorgung mit dem Erstkontakt wird von Allgemeinärzten (GPs) und akademisch qualifizierten Pflegenden, sog. District Nurses (DNs) getragen, die in Gesundheitszentren (Vårdcentralen) angestellt sind. Dort arbeiten sie zusammen mit Fachpersonen aus Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie, Psychologie, Gerontologie und Sozialarbeit. Strandberg et al. (2007) stellen in ihren Untersuchungen fest, dass die unterschiedlichen Qualifizierungswege beim Erstkontakt in der Primärversorgung kaum eine nennenswerte Rolle spielen. Im Vergleich von GPs und DN lässt sich das gut aufzeigen. GPs durchlaufen ein Medizinstudium, in dem 80% der Inhalte auf Biologie und Naturwissenschaften aufbauen. Die Pflegestudiengänge der DN basieren dagegen zu über 50% auf sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Inhalten. In einer spezifischen Weiterbildung werden Kompetenzen zur Körperuntersuchung erworben und zertifizierte DN haben Verschreibungsrechte. In der Versorgungspraxis sei die unterschiedliche Grundlage und Sozialisierung allerdings vernachlässigbar, weil für beide Berufsgruppen eine bio-psycho-soziale Herangehensweise unabdingbar sei. In der engen Verflechtung der Aufgaben von GPs und District Nurses gehe es ja immer um das Spannungsfeld zwischen „illness" und „disease", also um die subjektive Krankheitserfahrung und das effektive medizinische Problem. Gefragt sei daher immer zugleich medizinisches Wissen und ein Gesamtverständnis, welches nebst dem physischen und seelischen Befinden auch das soziale Umfeld der Patienten einbezieht.

Auch wenn in internationalen Vergleichen das notorische Problem mit den Wartezeiten immer wieder aufscheint (z.B. Osborn et al. 2015), rangiert Schweden bei der Einschätzung der Versorgungsqualität meist in den vordersten Rängen (z.B. Euro Health Consumer Index). Und auch im schwedischen Health Care Barometer (Vårdbarometern) zu Grundversorgung, Notfallversorgung und spezialisierter Versorgung geben ¾ der 40.000 Befragten an, dass der Zugang zu den benötigten Gesundheitsleistungen ihrem Bedarf entspreche (Anell 2012: 126ff.).

Immer wieder positiv hervorgehoben wird dabei die – im Vergleich mit dem deutschsprachigen Europa selbstverständliche – interprofessionelle Organisation der Arbeit, die enge Zusammenarbeit aller Beteiligten und auch das Verschieben von Aufgaben zwischen den Health Professionals mit Hochschulabschlüssen (auch die Pflege wird in Schweden akademisch ausgebildet). Patientinnen und Nutzer erleben dadurch im Verlauf des Behandlungsprozesses insgesamt mehr Zuwendung als beim monoprofessionellen „see one, treat one"-Ansatz. Die Kooperation zwischen den Akteuren der Gesundheits- und Sozialinstitutionen erfüllt in der Akutversorgung Standards, welche insbesondere bei komplexen gesundheitlichen Problemen sektoren- und

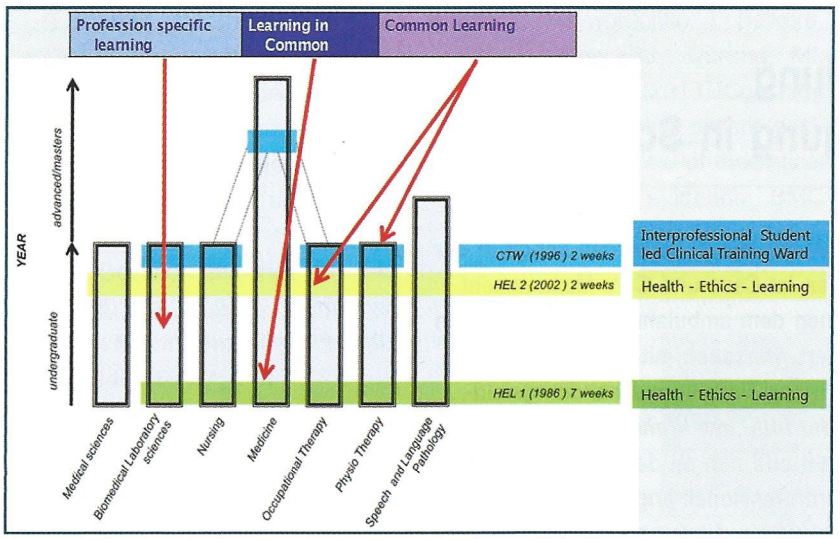


Abb. 1: Aufbau der interprofessionellen Ausbildung im Modell Linköping mit den drei interprofessionellen Sequenzen und den Lernformen (gem. Barr 2002). Quelle: Präsentation Dahlberg mit Ergänzungen des Autors.

disziplinübergreifend ein gutes Versorgungsmanagement gewährleisten. Der Bereich der Alters- oder Palliativversorgung fällt demgegenüber allerdings deutlich ab (Hoefler 2012).

Bildung für die interprofessionelle Praxis

Interessant an den schwedischen Verhältnissen ist, dass in der Versorgung trotz unterschiedlicher Berufsabschlüsse eine integrierte und holistische Arbeitsweise dominiert. Sie ist Ergebnis einer gut verankerten Aus- und Weiterbildungs-Strategie, welche die Health Professionals seit Mitte der 1970er-Jahre systematisch auf eine kooperative Haltung und interprofessionelle Praxis vorbereitet. Damals wurde ein Bildungsmodell eingeführt, das die Erfahrungen in der Versorgung und die Outcomes als Grundlage nimmt. Es folgt der Leitidee, dass alle Fachrichtungen, die zu Gesundheitsfragen arbeiten, unter einem Dach zum gemeinsamen Lernen zusammengeführt werden sollen (Sottas et al. 2013, 2016). Anstelle der konventionellen, professionszentrierten Ausbildung absolvieren die Studierenden Teile der Ausbildung gemeinsam. Im Gegensatz zum deutschsprachigen Europa geht es also nicht darum, zuerst die eigene berufliche Identität zu festigen, bevor man mit anderen spricht – im Gegenteil: die eigene Rolle und die Grenze der eigenen Kompetenzen erschließen sich durch den Austausch mit Studierenden anderer Fachrichtungen. Bei diesem gemeinsamen Lernen ist auch interessant, dass echte Patienten eingesetzt werden.

Das Linköping Modell – Innovation aus der Not

Die beschauliche südschwedische Industriestadt Linköping, bekannt insb. wegen den Saab Flugzeugwerken, hatte eine kleine Medizinfakultät, die Mitte der 1970er-Jahre wegen landesweiter Überkapazität geschlossen werden sollte. Ein international bestens vernetzter Rektor und die Provinzverwaltung wollten dies nicht akzeptieren. Sie besaßen den Mut, als Alternative zur Schließung eine Vision umzusetzen, die damals unter dem Begriff „Regional Health University" von der OECD als integrierte Lösung für die komplexer werdende Versorgung propagiert wurde. Anstelle der konventionellen, professionszentrierten Ausbildung wurde für Medizin, Pflege, Ergo- und Physiotherapie, Logopädie, medizinische Biologie, biomedizinische Analytik, Biomedizin, Hebammenkunde, Public Health und Medical Education eine interprofessionelle Ausbildung mit problembasiertem Lernen entwickelt. Die Studierenden absolvieren dabei Teile ihrer Ausbildung gemeinsam mit Studierenden anderer Fachrichtungen. Wie Abbildung 1 zeigt, umfasst das Studienprogramm

- Sequenzen mit disziplinärer Fachausbildung (profession specific learning),
- Sequenzen in Form von gemeinsam besuchten Plenarveranstaltungen (learning in common)
- Sequenzen mit interprofessionellen Lernarrangements (common learning) (siehe Abb. 1).

Nach einer längeren Zeit mit disziplinärer Fachausbildung folgt gegen Ende des zweiten Studienjahres ein zweiwöchiges interprofessionelles Modul, bei dem die Studierenden erneut zusammengeführt werden – diesmal im klinischen Umfeld. Anhand von Leitfragen zu Qualitätssicherung und Change Management wird die Reflexion über fachliche Identität, professionelle Rolle und interprofessionelle Kompetenzen ermöglicht. Zentral ist immer, wie das Wissen und die Haltungen von Fachpersonen die Behandlungsergebnisse beeinflussen – konkret geht es um „learning together to be able to work together", also wie durch Kooperation mehr Nutzen und bessere Wirkung erzeugt werden kann.
Für das praktische Lernen sind zwei innovative didaktische Instrumente entwickelt worden: Ausbildungszentren mit Skills Labs und „Interprofessional Clinical Training Wards".

Studierende führen „Interprofessional Training Wards"

Das Arbeiten in den „interprofessional student-led training wards" bildet die dritte interprofessionelle Ausbildungssequenz. Dabei handelt es

sich meist um orthopädische und/oder geriatrische Bettenstationen, die von Studierenden geführt werden. Diese Sequenz ist für alle Absolventinnen und Absolventen des letzten Semesters obligatorisch. Dabei kommt seit 1996 eine Methode mit einem interprofessionellen Lernarrangement und unselektionierte Patienten zum Einsatz, was im deutschsprachigen Europa wegen Bedenken zur Patientensicherheit auf Vorbehalte stößt.

In Linköping, wo das Modell erfunden und perfektioniert wurde, übernehmen Studierende in drei Schichten während zwei Wochen vollumfänglich die Verantwortung für Behandlung, Pflege und Versorgung der Patienten. Wichtig ist, dass sich die Studierenden als Team unabhängig von ihrem Fach um die Grundbedürfnisse der Patienten kümmern, d. h. um Hygiene, Ruhezeiten, Essen, Trinken, Umlagern, Bewegen etc. (vgl. Abb. 2). Spezifischere Maßnahmen übernehmen Studierende der entsprechenden Fachausbildung (Ergotherapie, Labormedizin, Medizin, Pflege, Physiotherapie, Soziale Arbeit). In den Training Wards erhalten sie unmittelbar Rückmeldungen von den Patientinnen und Patienten; die Supervisoren greifen nur bei gefährlichen Situationen ein. Die Studierenden können auf diese Weise anhand komplexer Anforderungen ihre eigene professionelle Rolle schärfen und einüben, aber auch die Rollen und Fähigkeiten anderer Disziplinen und die eigenen Grenzen begreifen. Einerseits sollen damit Kompetenzen vermittelt werden, über welche alle Fachpersonen verfügen müssen, andererseits werden diejenigen Fähigkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit gefördert, die im Berufsleben eine zentrale Rolle spielen. Im Zentrum steht immer das Leitmotiv, gemeinsam zu lernen und fachlich wie organisatorisch besser zu werden (Wilhelmsson et al. 2009).

Evaluationen bestätigen die Tauglichkeit

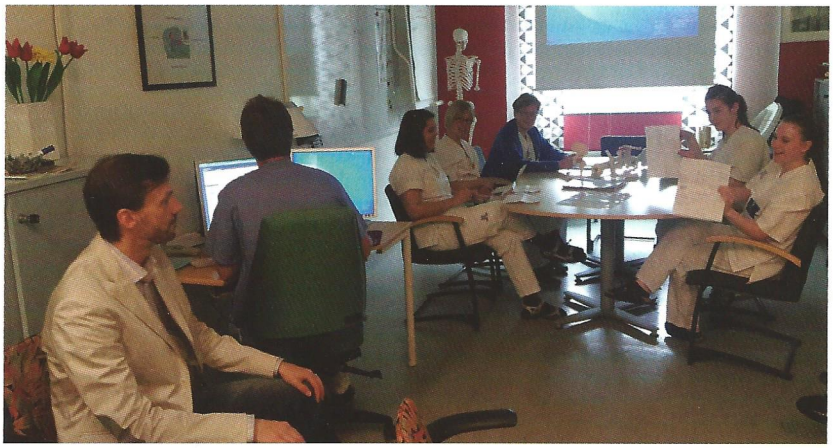


Abb. 2: Besprechungsraum des „interprofessional student-led training ward". Vier Studierende verschiedener Fachrichtungen reflektieren mit ihren Supervisoren die Patientenversorgung anhand der elektronischen Dossiers und der SBAR-Methodik (Situation-Background-Assessment-Recommendation). Foto: B. Sottas

Abb. 3: Hinweistafel beim Eingang des Grundversorgerzentrums in Jakobsberg bei Stockholm, die auf den Empfang der studentengeführten Abteilung zeigt. KTC steht für Klinisches Trainingszentrum. Foto: B. Sottas

Der Durchbruch auf nationaler Ebene gelang im Jahr 1998. Damals hat das Karolinska Institutet, die durch die Nobelpreisvergabe weltberühmte Medizinuniversität von Stockholm, alle Ausbildungen auf das Linköping-Modell umgestellt. Treibend war die Regionalverwaltung von Stockholm als Arbeitgeber, Einkäufer von Gesundheitsleistungen und Betreiber der vier großen, mit der Universität affiliierten Spitäler und diverser Ambulatorien und Grundversorgungszentren (Vårdcentralen).

In den letzten 20 Jahren, seit es die von Studierenden geführten Training Wards gibt, ist immer wieder die Frage gestellt worden, ob ein Universitätsspital mit seinen besonders schwer erkrankten Patientinnen und Patienten überhaupt geeignet ist, Studierende auszubilden – insbesondere wegen der Veränderung des Morbiditätsspektrums und des Case Mix, der sich aus der Zunahme von chronischen Krankheiten ergibt. Gezielt wird ein aufeinander aufbauendes, abgestuftes Lernkonzept in Einrichtungen der primären, der sekundären und der tertiären Versorgung umgesetzt. Ergänzend zu den Training Wards in der Akutversorgung der Spitäler sind deshalb auch Training Wards im ambulanten Bereich, in Zentren der Grundversorgung (Vårdcentralen), eingerichtet worden, des Weiteren in Notfallstationen, in der orthopädischen Rehabilitation, in der Chirurgie, in der Gynäkologie oder in der Geriatrie. Die Zusammensetzung der Teams kann sich je nach Versorgungsauftrag ändern, so dass beispielsweise auch die Ernährungswissenschaften oder die Audiologie einbezogen werden (vgl. Abb. 3)

Das Linköping-Modell hat sich aufgrund der großen Aufmerksamkeit, die es seitens der gesundheitspoliti-

Deutsches Modell Meister- / Kapitänsprinzip	Angelsächsisches Modell Innovation/Kompetition	Skandinavisches Modell soziale Wohlfahrt
Novize - .... → Meister(Chef) Vorsprung bei: Können / Wissen Fertigkeiten Fähigkeiten (Profession)	Opportunitäten erkennen Wissen & Status wenig formal Versuch und Irrtum Mut haben, etwas wagen Überzeugen können	Versorgung / health for all Sehr egalitär – wenig Status Profil statt Profession miteinander reden Team Performance
Autorität → Hierarchie (Der Chef hat immer recht)	Autorität → Entrepreneurship (Erfolg gibt Recht)	Autorität → Integrationsfähigkeit (erfolgreiches Case Management)
Korporatismus (Zunftdenken) ökon. Interessen schützen	Allianzen schmieden Konkurrenten besiegen	Kooperationskompetenz Wohlfahrtsstaatsmodell
«Therapeutische Zweierkiste» Ich & mein Patient Individualtherap. Ansatz	«Patientengut» Gesundheit als Ware Marktanteile	«Handlungsgemeinschaft» Gesundheit als gesellsch. Gut Schnittstellen-Management

Abb. 4: Drei Modelle – eigene Darstellung, 2016

schen Aufsicht und Steuerung erhält, und dank vieler wissenschaftlicher Publikationen und eine hohe Präsenz in den sozialen Medien über ganz Skandinavien ausgebreitet. Die Evaluationen bestätigten immer wieder die Zweckmäßigkeit des Modells im Hinblick auf die Erreichung von Lernzielen bei den Indikatoren Kooperation, Kommunikation, vorbereitet sein auf Klinik und Weiterbildung, Notfallversorgung, Leadership, Lebenslanges Lernen, Prävention und Forschungsbefähigung. Neben diesen positiven Befunden im Hinblick auf die interprofessionellen Kompetenzen und Praxistauglichkeit gelingt es den Studierenden zudem, in den Training Wards überzeugende Versorgungsleistungen zu erbringen (Berlin et al. 2013, Hylin 2010).

Gesundheitspolitik beschneidet akademische Freiheiten

Die in der Schweiz oft bemühten Postulate im Hinblick auf die Freiheit von Lehre und Forschung werden in der schwedischen Hochschulgesetzgebung übersteuert. In den Akkreditierungsprozessen für Studiengänge im Gesundheitssektor bedeutet dies, dass die Höhe der Mittelzuwendung (die im Vergleich zu Deutschland oder der Schweiz insgesamt sehr hoch ist) direkt mit dem Grad der Vorbereitung auf die Berufspraxis verknüpft wird. Es wird entsprechend geprüft, ob die Lernergebnisse der interprofessionellen Praxis entsprechen und gewährleistet wird, dass die Arbeitgeber qualitativ hochstehend ausgebildetes und zu interprofessioneller Teamarbeit nachweislich befähigtes Personal erhalten.

In der Akkreditierungsrunde 2014 wurden bei vier der neun Medizinfakultäten Mängel erkannt und in öffentlichen Berichten begründet. Neben der kleinen Fakultät von Umeå im nördlichen Teil Schwedens fielen auch die international bekannten Medizinfakultäten von Göteborg, Lund und Uppsala in einzelnen Bereichen durch. Gemäss geltendem Recht zieht dies automatisch ein mangelhaftes Gesamtergebnis nach sich – also den Verlust der Akkreditierung und damit auch der Subventionen und der Reputation, wenn nicht innerhalb von 12 Monaten Verbesserungen erfolgen. Diese Transparenz betreffend der Zielkonformität und festgestellter Defizite ist offenbar ein machtvolles Instrument – um der Schmach des Akkreditierungsverlusts zu entgehen, werden die Mängel umgehend behoben.

Diese periodische Qualitätssicherung in der Bildungspolitik wird zusätzlich unterstützt durch die Aufsicht und den permanenten Druck durch die Gesundheitspolitik. Die Fakultäten und Studiengangsleitungen müssen einmal jährlich ein Assessment der regionalen Gesundheitsverwaltung bestehen. Fehlende Compliance führt auch hier zu Interventionen und finanziellen Einbußen.

Was in Schweden als normale Rechenschaftslegung gegenüber dem Geldgeber sowie als zielführender Weg in eine zukunftsfähige Versorgung verstanden wird, dürfte in der Schweiz und erst recht in Deutschland (mit seiner föderalen Struktur) als Beschränkung der Freiheit von Lehre und Forschung und als inakzeptable Einmischung in die Selbstverwaltung der Hochschule aufgefasst werden.

Hürden im deutschsprachigen Europa

Seit Jahren wird leidenschaftlich über das „richtige" Profil von Gesundheitsfachkräften debattiert – aktuell betrifft dies in der Schweiz u.a. die Spannungsfelder zwischen Patientenorientierung und Forschungsexzellenz oder zwischen Grundversorgung und interventioneller Hochspezialisierung.

Interessant ist, dass es trotz weltweit ähnlicher Herausforderungen unterschiedliche Modelle bzw. Vorstellungen und Haltungen davon gibt, wie Ausbildung, Kooperation und Versorgung funktionieren (sollen). Idealtypisch vereinfacht stehen sich drei Modelle gegenüber: das Meister-/Kapitänsprinzip (deutsches Modell), Innovation und Kompetition (Angelsächsisches Modell) und Soziale Wohlfahrt (Skandinavisches Modell) (vgl. Abb. 4).

In der Schweiz ist das deutsche Modell handlungsleitend. Das berufsständische, hierarchische Denken ist omnipräsent und schlägt sich auch in überregulierten Qualifizierungs- und Karriereverläufen nieder. In keinem anderen System wird das Gesundheitswesen so ausgeprägt von den korporatistischen Interessen der Professionen her organisiert und bestimmt. Statische und auf Status ausgerichtete Berufsbilder sind besonders deshalb problematisch, weil sie in der

Versorgungspraxis Innovationen verhindern. So führt der Schutz der Interessen der Berufe mittels vorbehaltener Tätigkeiten und regulierter Tarife dazu, dass Aufgabenübertragungen an andere Leistungserbringer systematisch ausgeschlossen sind.

Vorurteile gegen interprofessionelle Bildung und Praxis

Bei der Präsentation und Diskussion der interprofessionellen Bildung und Praxis in Schweden zeigt sich immer wieder, in welchem Ausmass im deutschsprachigen Europa falsche Vorstellungen und Vorurteile über das skandinavische Modell kursieren. Zusammengefasst lassen sich drei Ablehnungs-Argumentationen ausmachen:

1. **Identitäts-Argument**
   Bei interprofessioneller Ausbildung erwerben die Absolventinnen und Absolventen keine richtige Berufsidentität. Sie wissen nicht, wer oder was sie sind, weil sie sich an keinem klaren Berufsbild und Rollenmodell orientieren können. Daraus resultieren „Barfuß-Doktoren" und „Allerweltstherapeuten".
   Einer der Treiber dieses Arguments ist die – nur aus dem deutschen Modell heraus erklärbare – Angst der Berufsverbände, die von Interessen wie Status, Einfluss, Tarifen etc. geleitet sind, aber auch von der Sorge um die künftige Rekrutierung von Mitgliedern (und damit Einnahmen).
2. **Monoprofessionalitäts-Argument**
   Arbeitgeber wissen nicht, was sie erhalten, wenn sie Fachkräfte aus interprofessionellen Ausbildungsgängen einstellen, weil beim gemeinsamen Ausbilden die für den Beruf notwendigen Fertigkeiten, Kompetenzen und professionsspezifischen Methoden nicht erworben werden. Das Abschlussdiplom ist keine Garantie für trennscharfe Rollenklarheit und führt zu einer Beliebigkeit, die Verantwortlichkeiten verwischt – also letztlich zu einem Versorgungschaos.
   Treiber dieses Arguments ist die Überzeugung, dass Interprofessionalität zuerst (Mono-)Professionalität voraussetzt, und dass nur Mono-Professionalität arbeitsmarkttauglich macht.
3. **Bildungsmarkt-Argument**
   Bei interprofessioneller Ausbildung können die Vorgaben des Lehrplans nicht erfüllt werden, weil die laufend wachsende Stofffülle nicht bewältigt wird. Zudem ist das Zusammenführen unterschiedlicher Berufe für das gemeinsame Lernen organisatorisch nicht machbar.
   Treiber dieser Argumentation ist einerseits das „Lehrer-/Lehrlings"-Denken in homogenen Klassen und andererseits die Befürchtung, dass interprofessionelle Bildung eine Abwertung der Diplome nach sich ziehen könnte. Unterschwellig gibt es Ängste, dass eine interprofessionelle Öffnung die lukrativen, aber geschützten Bildungsmärkte dynamisieren würde.

Ausblick

Die Erfahrungen mit interprofessioneller Ausbildung und Praxis in Schweden zeigen, dass die verbreiteten Vorurteile und Argumente unbegründet sind. Im Gegenteil: robuste Outcomes belegen, dass dieser Weg angemessene Antworten auf die demographischen, gesellschaftlichen, epidemiologischen, ökonomischen und technologischen Entwicklungen geben kann. Die angehenden Fachkräfte werden mit deutlich erkennbaren beruflichen Profilen auf eine alternde Gesellschaft, die Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen, die Erwartungen mündiger Bürger, aber auch auf geeignete Maßnahmen zum effizienteren Einsatz der knapper werdenden finanziellen und personellen Ressourcen vorbereitet. Und sie verfügen über solide Schlüsselqualifikationen für komplexer werdende Versorgungsaufgaben. Das schwedische Beispiel zeigt auf, wie eine auch für die Schweiz oder das deutschsprachige Europa gültige Leitperspektive für eine zukunftsgerichtete und bedarfsgerechte Bildung aussehen könnte. Zwingende Voraussetzung ist allerdings ein kultureller Wandel im Verständnis – weg von der Parzellierung und Fragmentierung hin zu einem abgestimmten Miteinander.

Literatur

Anell A., Glenngård AH., Merkur S. 2012. Sweden Health System Review. European Health Observatory, Brussels.

Areskog NH. 1981. Proposal for a new type of medical education in Linkoping: early clinical training and education in communication technics. Lakartidningen 78 (20):2019–2022.

Barr H. 2002. Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tommorrow, CAIPE and LTSN Centre for Health Science and Practice. London.

Berlin J., Carlström E., Sandberg H. 2013. Team i Vård, Behandling och Omsorg. Erfarenheter och Reflektioner. Studentlitteratur. Lund.

Hoefler JM. 2012. Sociological explanations for the quality of end-of-life care in Finland. Conference Paper. Helsinki, Finland 22–24 August 2012. http://blogs.dickinson.edu/pceurope/research/

Hylin U. 2010. Interprofessional Education. Aspects on learning together on an interprofessional training ward. Stockholm

Osborn R. et al., 2015. Primary Care Physicians in Ten Countries Report Challenges Caring for Patients with Complex Health Needs. International Health Sur-

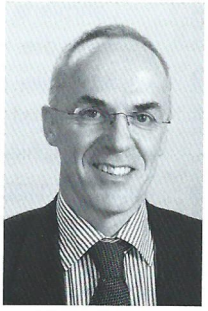
vey of the Commonwealth Fund. In: Health Affairs, Dec. 2015 34 (12):2104–12.

Sottas, B., Brügger, S., Meyer, P.C. 2013. Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice. Mit regionaler Versorgung und interprofessioneller Bildung zu bedarfsgerechten Gesundheitsfachleuten. ZHAW Reihe Gesundheit No.1, Winterthur

Sottas B., Mentrup C., Meyer PC. 2016. Interprofessionelle Bildung und Praxis in Schweden. In: International Journal of Health Professions. Volume 3, Issue 1 http://www.degruyter.com/view/j/ijhp?rskey=Gasm9V

Strandberg E. L., Ovhed I., Borgquist L., Wilhelmsson S. 2007. the perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. In: BMC Family Practice 2007, 8:8 http://www.biomedcentral.com/1471-2296/8/8

Wilhelmsson M., Pelling S., Ludvigsson J., Hammar M., Dahlgren LO, Faresjö T. 2009. Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable. In: Journal of Interprofessional Care, 23:2, 121–133



Dr. Beat Sottas

sottas formative works – Wirkungsorientierte Aus- und Weiterbildung von Health Professionals
CH-Bourguillon
sottas@formative-works.ch
www.formative-works.ch