

# **Den kompetenta allmänläkaren – mottagningsrummets praxis utmanar idealbilden**

Björn Landström

Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/enheten för  
allmänmedicin  
Institutionen för medicin  
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Göteborg 2012

Den kompetenta allmänläkaren – mottagningsrummets praxis utmanar  
idealbilden

© Björn Landström 2012  
bjorn.landstrom@vgregion.se

ISBN 978-91-628-8402-4

Printed in Gothenburg, Sweden 2012  
Ineko AB

*”Empirin kan aldrig vara rent bokstavlig, hur mycket man än försöker renodla den. Ingen iakttagelse är ovedersäglich; det iakttagna kan alltid i princip också ses som **någonting annat**. Empirikern är fullt medveten om att hans empiri i grund och botten består av idel hypoteser. Detta framgår på många olika sätt av empirikerns praxis. Han är benägen att gå på gång återvända till sitt studieobjekt och granska det på nytt. Han är intensivt intresserad av att få sina iakttagelser bekräftade – eller motsagda – av andra forskare. Inte sällan händer det att han gör rent hus med sin tidigare uppfattning och börjar om från början.”*

“Avhandlingens språkdräkt” av Johan Asplund, 2002

*“When I’m in the office with someone who’s chronically ill, part of my duty and part of my skill is in being a receiver for what that sick person must tell. That the urge to tell of illness or loss is very powerful, and that the telling itself is healing. It’s not just fixing something and getting the right drugs. It’s a rather daring thing, to be personally accountable and present in people’s lives.”*

Rita Charon, 2011

*“I will live in the Past, the Present, and the Future”*

Scrooge i “A Christmas Carol” av Charles Dickens, 1843



# The skilful general practitioner – ideals challenged by practice

Björn Landström

Department of Public Health and Community Medicine/Primary Health Care,  
Institute of Medicine  
Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg  
Göteborg, Sweden

## ABSTRACT

**Background and aim:** The world organization for general practitioners, Wonca, has formulated research based core competencies for general practice. However the real performances of GPs are not much studied in practice. The aim of the first three studies was to investigate and describe the working behaviour of competent general practitioners from the background of the literature of the field, and to compare their working behaviour with the Wonca core competencies. The aim of the fourth study was to investigate medical students' views of general practice and to find out if there were certain views associated with regarding general practice as a possible career choice.

**Method:** The thesis is based on three qualitative studies and one quantitative. In paper 1 data was gathered by participant observation and interviews with GPs. In paper 2 data was collected by group interviews. In paper 3 data was collected from reflective writing by final-year medical students. In paper 4 data was gathered from a questionnaire among medical students. Data was analyzed using text condensation (paper 1), qualitative content analysis (paper 2 and 3) and statistical descriptions and comparisons (paper 4).

**Findings:** Paper 1: Two main categories, dimensions of competence, were constructed: “deliberate strategies” and “personal style”. Common denominators of the overall working behaviour were attention to the patient as a person, practicing patient-centred medicine, saving the consultations from disturbances, rejecting taking over responsibilities from the patients and safeguarding own autonomy. A well-developed personal style is necessary to

obtain the spontaneous interchange between attentive listening and detachment characteristic to patient-centredness.

Paper 2: Two main categories reflected the competence: “professional readiness” and “working behaviour”. Professional readiness comprises the inclination of understanding and acting based on the subcategories: medical knowledge modified by experience, knowing the patient, involvement and uncertainty. Working behaviour describes in a more concrete way the doctoring approach and is formed by the subcategories: preparation, the current problem, body attention, cooperation with other professionals, use of time and taking notes as a work aid.

Paper 3: Three themes were identified to explain the conditions of a general practitioner (GP). They were: “prerequisites”, “patients’ problems” and “clinical judgment” which reflect the specific features of primary care, of the presentation of symptoms by patients and of the way that GPs approach an actual encounter. The students regarded the importance of unselected patient problems, straightforwardness in contact and care as being the characteristics of a competent GP.

Paper 4: The medical students regarded general practice positively. They found work environment good, to be aware of patients living conditions as necessary and that GP work requires medical breadth. A statistical association was found between stated intentions to work as a GP in the future with statements about general practice offering good work environment and proposing a major share of general practice in undergraduate training. Students negative to working as a GP were also negative to a major share of general practice in undergraduate training.

**Conclusion:** The skilful GP: “Through patient continuity and holism the GP can offer patients attention in the encounters, closeness to care and clinical breadth. The GP is capable of patient-centredness and bodily empathy, being aware of uncertainty and is protecting own autonomy. All the aspects of competence are integrated into the personal style of the GP”. Our studies provided reality for four out of six Wonca core competencies: commitment to what is most important for the patient, preparedness for the unexpected in body examination, seeing the human and the breadth of any clinical situation.

**Keywords:** general practitioner, participant observation, consultation, personal style, patient-centredness, competence, work performance, medical students, reflective writing, Wonca.

**ISBN:** 978-91-628-8402-4

# LIST OF PAPERS

This thesis is based on the following studies.

1. Landström B, Rudebeck CE, Mattsson B. Working behaviour of competent general practitioners – personal styles and deliberate strategies. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24: 122-128. doi:10.1080/02813430500508355

2. Landström B, Mattsson B, Rudebeck CE. Attributes of competence – on GP's work performance in daily practice. *Scand J Publ Health* 2009; 37(6): 598-603. doi:10.1177/1403494809105433

3. Landström B, Mattsson B, Rudebeck CE. A qualitative study of final-year medical students' perspectives of general practitioners' competencies. *Int J Med Educ* 2011; 2: 102-109. doi: 10.5116/ijme.4e79.b49a

4. Landström B, Mattsson B, Nordin P, Rudebeck CE. Characteristics of general practice and attractiveness of working as a GP – medical students' views. 2012. Submitted

# INNEHÅLL

1	FÖRORD OCH HUVUDSYFTE .....	1
2	DISPOSITION – LÄSANVISNING .....	3
3	PROLOG – JAG SJÄLV SOM ALLMÄNLÄKARE .....	4
4	BAKGRUND .....	7
4.1	Allmänmedicin i Sverige.....	7
4.2	Allmänmedicin inom läkarutbildningen.....	8
4.3	Förväntningar på allmänläkaren.....	9
4.3.1	Samhällets och politikens förväntningar .....	9
4.3.2	Allmänläkarens upplevelse av krav .....	10
4.3.3	Samverkan läkare/patient .....	11
4.3.4	Speciella patientgruppers krav .....	12
4.3.5	Sammanfattning av förväntningar på allmänläkaren.....	14
4.4	Allmänläkarens kunskapsområde.....	14
4.4.1	Kunskapsbeskrivning .....	14
4.4.2	EBM (Evidence-Based Medicine).....	15
4.4.3	Reflexion .....	17
4.4.4	Problemtyp .....	18
4.4.5	Modell för kunskap .....	19
4.4.6	Sammanfattning av kunskapsområde .....	21
4.5	Läkarstudenter och allmänmedicin .....	21
5	ALLMÄNMEDICINSKT ARBETSSÄTT .....	24
5.1	Förhållningssätt i patientmötet.....	24
5.1.1	Relationen läkare/patient.....	24
5.1.2	Speciella förhållningssätt.....	27
5.1.3	Allmänläkaren själv.....	28
5.2	Kroppsundersökningen .....	30
5.2.1	Sammanfattning kroppsundersökningen .....	32
5.3	Tidsutnyttjandet.....	32



5.3.1	Sammanfattning tidsutnyttjandet.....	34
5.4	The good enough GP (Den tillräckligt duktiga allmänläkaren) .....	35
6	DELSTUDIER .....	36
6.1	Övergripande syfte .....	36
6.2	Metoder .....	36
6.2.1	Delstudie 1.....	37
6.2.2	Delstudie 2.....	43
6.2.3	Delstudie 3.....	48
6.2.4	Delstudie 4.....	54
7	GEMENSAM METODDISKUSSION.....	59
8	ETISKA ASPEKTER .....	62
9	DISKUSSION OCH SLUTSATSER .....	63
9.1	Allmänläkarens kompetens .....	66
10	IMPLIKATIONER .....	69
11	EPILOG – SJÄLVREFLEKTION .....	70
12	TVÅ VERKLIGA ALLMÄNLÄKARE .....	71
13	ENGLISH SUMMARY .....	75
14	TACK .....	78
15	REFERENSER.....	80



# 1 FÖRORD OCH HUVUDSYFTE

Upprinnelsen till dessa studier var mina egna iakttagelser under studietiden att läkare arbetade på tämligen olika sätt och ändå verkade var och en göra ett bra arbete. Hur bra det egentligen var kunde jag inte gärna veta förstås men det tycktes mig som om de ändå upprätthöll en godtagbar nivå. Det slog mig senare att barnläkaren och psykoterapeuten DW Winnicott som rådgivare om barnuppfostran i England på 1950-talet myntat begreppet "*the good-enough mother*" för att trösta engelska mödrar som inte tyckte att de var perfekta. En mor (fadern var det mindre tal om då) behövde för sitt barns skull "bara" vara tillräckligt bra och jag tyckte att den nivån också borde kunna gälla för allmänläkaren vars uppgift var att biträda medicinskt på livets alla områden upp till den nivå som inte krävde specialkompetens [Winnicott, 1949]. Tanken om att beskriva kompetensen, eller yrkeskunskapen, som en sorts "**the good enough GP**" ("den tillräckligt duktige allmänläkaren") väcktes i samtal med den ene av mina handledare, Bengt Mattsson.

Ett steg i den riktningen tidigare var mitt deltagande i en Balintgrupp (allmänläkare som under handledning diskuterar sina reaktioner på patientmöten) i mitten av 1980-talet under utbildningstiden till allmänläkare. Vi läste Michael Balint själv som myntat begreppet "**läkaren som medicin**". Begreppet beskriver läkarens förmåga att lyssna och förmågan att reagera känslomässigt och kognitivt på vad patienten säger och innefattar den kliniska kompetens som patienten uppfattar att läkaren har. Balint hävdade att läkarna själva underskattade denna terapeutiska effekt. I arbetet i Balintgrupper utvecklade han tanken att medicinen läkare inte var standardiserad. Överraskande nog för mig kom han fram till att den atmosfär som varje läkare utvecklade var olika till sin karaktär och att patienterna kunde dra nytta av läkaren som medicin i olika varianter [Balint, 1957]. Så vad jag trodde mig ha kommit på var ju inte alls nytt, en tidig insikt om forskning som jag fått göra många fler gånger.

Det finns en omfattande forskning om allmänmedicinskt arbetssätt där fokus har legat på delar av det allmänmedicinska panoramat. Allmänläkarnas världsorganisation **Wonca** har vid flera tillfällen utifrån tillgänglig forskning beskrivit och definierat vad som är allmänmedicinens innehåll och vilken kompetens en allmänläkare bör ha [Wonca, 2005]. Däremot är allmänmedicinsk kompetens som den uttrycker sig i praxis, i mottagningsrummet, förhållandevis lite studerat. I Sverige är psykologen Ulla Holm ett av få undantag som **på plats i undersökningsrummet** studerat allmänläkare men också andra specialister [Holm, 1995]. Med forskningsprojektet "Den kompetenta allmänläkaren" och dess delarbeten

ville jag pröva empiriskt, från olika synvinklar, hur kompetensen för allmänläkare under svenska förhållanden ser ut i och omkring patientmötet.

**Kompetens** i den här studien kan sägas vara definierad på två sätt. Woncas definition, ytterst koncentrerad i dess sex kärnkompetenser (*organisationsförmåga, patientcentrering, problemlösningsförmåga, mångsidighet, samhällsorientering och helhetssyn*), gör kompetensen yrkesmässigt tydlig. Men kompetensen kan också beskrivas pragmatiskt, som den utövas där den behövs och används. Kompetensen är kopplad till **åtagande, trovärdighet** och **förtroende** (commitment, credibility, confidence) och får sin legitimitet från ett allmänt accepterat utbildningssystem och mötet i mottagningsrummet [Schön, 1983].

Mitt huvudsyfte har varit att undersöka den allmänmedicinska kompetensen som den **uttrycker sig i praxis**, det vill säga som den ter sig i det kliniska mötet. Målet med studierna har varit att beskriva och karakterisera snarare än att mäta kompetensen. Metoderna (deltagande observation, individuella intervjuer, gruppintervjuer, ”reflective writing” och enkät om studenters synsätt på allmänmedicin), liksom analyserna, hämtar inspiration från etnografi [Agar, 1996] och hermeneutik [Ödman, 2007] utan att för den skull följa någon särskild metod strikt. I studie 1-3 står tolkningen av resultaten i fokus. Den fjärde studien innehåller statistiska bearbetningar och det tolkande inslaget är mindre. Hans-Georg Gadamer använder begreppet hermeneutik mer som livshållning än som kokboksmetod men anbefaller stringens och systematik i tolkningar av texter. För Gadamer ligger trovärdigheten i den hermeneutiska processen, pendlingen mellan del och helhet och den successiva samstämmighet (coherence) som bör uppstå [Grondin, 2003]. Analyserna är systematiska till sin karaktär och utgår från min egen verksamhet som allmänläkare, både egna erfarenheter och från kontinuerliga diskussioner med kollegor. Därför kan man säga att min förförståelse ständigt följer med som en hjälp men också som en risk att se vad jag förväntar mig att se. Prövningen av förförståelsen har skett genom att återvända till källmaterialet och genom samtal med andra, framför allt mina båda handledare.

## 2 DISPOSITION – LÄSANVISNING

Avhandlingen inleds med **Förord och huvudsyfte** där min användning av begreppen good enough och kompetens beskrivs. Sedan följer **Prolog** där jag, relativt utförligt för att vara en avhandling, försöker förklara hur min förståelse av allmänmedicin har utvecklats och hur forskningsprojektet uppstod.

I **Bakgrunden** tecknas kortfattat allmänmedicinens historia i Sverige och dess plats inom läkarutbildningen. Ett avsnitt om förväntningar på allmänläkaren försöker ge en översikt av komplexiteten i förväntningar på en allmänläkare. Det medicinska kunskapsområdet presenteras från ett allmänläkarperspektiv och inte från det vanligare sjukhusperspektivet.

Avsnittet om **Allmänmedicinskt arbetssätt** är disponerat utifrån ett patientmötes olika delar; själva mötet med patienten (förhållningssättet), den kroppsliga undersökningen och om hur den avsatta tiden används. ”The good enough GP” som ett kompetensbegrepp används som utgångspunkt för delstudierna.

De fyra **Delstudierna** beskrivs var för sig men i de olika studierna belyses hur de successivt tillför material till beskrivningen av kompetensen.

I avsnitten **Gemensam metoddiskussion** och **Etiska aspekter** diskuteras motiv för och svårigheter med de metoder som valdes.

I **Diskussion och slutsatser** tecknas kortfattat tankar om kroppsundersökningen, kunskapsbegreppet, begreppet läkekonst, synen på själva konsultationen och hur dessa begrepp avspeglas i studierna. Avsnittet avslutas med ett försök kopplade till avhandlingens syften att besvara huvudsyftets frågor om hur den allmänmedicinska kompetensen uttrycker sig i klinisk praxis.

Några praktiska slutsatser av avhandlingen presenteras kort under **Implikationer** och i **Epilogen** ger jag några personliga tankar kring forskningsprojektets gång.

Avslutningsvis beskrivs två **Verkliga allmänläkare** från den första studien i syfte att återföra fokus i avhandlingen till patientmötet och undersökningsrummet. För den läsare som läst så här långt kan beskrivningarna tjäna som en prövning av slutsatserna i avhandlingen.

### 3 PROLOG – JAG SJÄLV SOM ALLMÄNLÄKARE

*(eller hur mitt forskningsprojekt växte fram)*

På KTH i Stockholm och på Filmvetenskapen i Stockholm, mina första kontakter med akademien, härskade i början av 70-talet två mycket olika studerandekulturer men de hade båda det gemensamt att studenten förväntades ta ett eget ansvar och undervisningen sågs som en inspiration och stöd. Medicinstudier var inte aktuella för mig till en början men det ensartat teoretiska på KTH fick mig att fundera i andra banor. På läkarutbildningen tyckte jag mig åter vara på gymnasiet med närvaroplikt och tätt återkommande prov för att se till att alla läkarstudenterna hängde med. Varje institution drev sin egen utbildning och helhetssyn på såväl utbildningen som människan var oftast frånvarande. De flesta lärarna förmedlade inte mycket om världen utanför den egna institutionen. Undantag fanns. Under de första terminerna på Karolinska institutet kämpade Dick Mårtensson för en annorlunda pedagogik och Clarence Blomquist, sjuk i hjärntumör, gav mig en känsla för att läkaryrket ändå kunde ha en humanistisk ansats. Hans bok i psykiatri blev sedan en inspirationskälla genom sin förening av medicin och humaniora [Blomquist, 1977].

Senare under utbildningen kom PC Jersilds bok ”Babels hus” och hans föreläsningsturné där han argumenterade för en annorlunda läkarutbildning. Hans föreläsning i Linköping 1980 väckte starka förväntningar om förändring hos många studenter men blev också en påminnelse om stela strukturer som inte lätt ändrades. En mer humanistisk människosyn träffade jag annars bara på glimtvis hos läkare som Martin Elton och Gerdt Wretmark inom psykiatri och hos Barbro Wijma-Areskog och Sture Cullhed på gynekologiska kliniken. Ganska tidigt insåg jag dock att som allmänläkare skulle jag ha störst potential för kontakt med det vanliga livet.

Utbildningen förberedde inte den unge läkaren i någon nämnvärd utsträckning för den verklighet som väntade. Kunskaperna var teoretiska och patienters symtombeskrivningar som inte passade in i en känd sjukdom blev ointressanta. Redan i början noterade jag att jag kom ihåg patienterna bättre än deras sjukdomsbilder. Under halvåret på Laxå vårdcentral fick jag själv arbeta fram ett arbetssätt, famlande och otillfredsställande till en början men så småningom bekräftat av distriktsläkaren Dan Andersson. En sorts rimlighetskänsla av vad som borde göras började utvecklas.

Min specialistutbildningstid var organiserad enligt gamla FV-systemet (fortsatt vidareutbildning) som innebar fasta tider på olika kliniker och litet utrymme för egna lösningar. Samtidigt stärktes min känsla av att mötet med patienter i primärvården var annorlunda än mötet på sjukhus. Förutsättningarna för detta möte var öppnare och osäkerheten om vart det skulle leda var större. Alltmer började jag tänka utifrån den patient som kom till mottagningen och mindre utifrån ett sjukdoms- och vårdorganisatoriskt system hämtat från sjukhusvärlden. Sorteringen i sjukdomar var visserligen ibland funktionellt, som i fråga om diabetes, men ofta tycktes det som om patienten var någon annanstans än sjukdomen.

Under min första period som färdig allmänläkare började jag fundera över hur allmänläkare arbetar, att de arbetar på olika sätt beroende på hur de själva är och att detta kanske var acceptabelt också från kvalitetssynpunkt. Senare förstod jag att tanken inte var originell: *“Different doctors have different styles of practice, different approaches to problems”* [Groopman, 2007].

Jag planerade att starta observationsstudier men fann inga bra former och insåg snart att jag måste skaffa mig mer erfarenhet själv. Under de här åren arbetade jag också på stora vårdcentraler och såg indirekt hur andra allmänläkare arbetade. Min känsla för att många hade ett tämligen distanserat förhållningssätt till vårdprogram och riktlinjer stärktes. Ibland kunde jag ana att det handlade om professionell stagnation men oftare bottnade i egna erfarenheter av att ett ensartat och formaliserat handläggande av patienter inte är det bästa sättet för en rutinerad allmänläkare. När jag prövade mina tankar på kollegor märkte jag att en del hade en syn på yrket som liknade min egen.

Speciellt två allmänläkare och forskare, Carl Edvard Rudebeck och Bengt Mattsson, hade avgörande betydelse. Carl Edvard Rudebecks tankar om symtompresentation, kroppsempati och individkompetens och Bengt Mattssons humanistiska och skarpt formulerade förhållningssätt i konsultationen stärkte min tro på att patientmötet och patientens individualitet hade en avgörande betydelse. Jag kunde här återknyta till Gerdt Wretmarks syn på hur ett patientsamtal kunde föras för att lämna patienten utrymme och samtidigt faktiskt öka effektiviteten genom att lyssna och inte ständigt avbryta med frågor. SFAM, svensk förening för allmänmedicin, verkade i samma riktning och stimulerade forskning kring konsultationen.

Efterhand kunde jag gripa mig an arbetet friare. Samtalen med patienterna blev mer improviserade och jag arbetade aktivt för att bättre förstå vad som var patientens behov. Det var inte lätt men gav ibland när det fungerade en sorts lätthet i arbetet som innebar motståndskraft mot en arbetsmängd som inte tycktes ha några gränser. En viktig hjälp i arbetet var deltagandet i en ny

Balintgrupp. Diskussionerna i gruppen gav möjligheter att formulera svårigheter i patientmötena och tydligare klargöra vad som var egna behov och vad som var patientens behov.

Den allra viktigaste frihetsskapande förmågan i arbetet har ändå varit insikten om betydelsen av patienten som person och den påverkan sjukdomssymtomen har på individen. Kontinuitet i arbetssituationen tror jag är avgörande för att utveckla den förmågan.

Dryga tio år efter att mina första forskningsidéer formulerades för mig själv fick jag möjlighet att mer systematiskt formulera hur projektet skulle gå till. Lars Berg på primärvårdens Fou-enhet i Tibro gav mig de ekonomiska möjligheterna att påbörja forskningsarbetet och Bengt Mattsson uppmuntrade mig att ge det en vetenskaplig form.

Projektet om vad allmänläkarkompetens var hade således förberetts länge inom mig. Mina förutfattade meningar hade ännu inte konfronterats med det vetenskapliga ifrågasättandet och inte heller drivits vidare av systematiska empiriska studier som omformulerade de ursprungliga idéerna. Både före och under min aktiva forskningsperiod har jag berättat om mina forskningsidéer och ibland mötts av skepsis eller ointresse. En del kollegor har ställt sig tveksamma till om man överhuvudtaget kan ”mäta” vad som är bra i arbetet. Även om många ändå varit intresserade och uppmuntrande har jag ofta mötts av större intresse bland humanister, samhällsvetare och andra sjukvårdsprofessioner. Det har oroat mig att forskningen om lidande människor har ett snävt perspektiv, det humanistiska och upplevelsemässiga borde ha en större plats. Ibland har jag trotsigt tänkt att min forskning är en motståndshandling som bidrar till att kraften i det unika patientmötet ska få fortsätta att vara bärande för allmänmedicinen.



## 4 BAKGRUND

### 4.1 Allmänmedicin i Sverige

Allmänmedicinens historia i Sverige börjar i slutet av 1600-talet. Collegium Medicum fick i uppdrag att utnämna tjänsteläkare att verka i ”provinsen” efter behörighetsprövning. **Provinsialläkarna** var statligt anställda mellan 1773 och 1963. Utbildningsnivån för provinsialläkare var hög fram till 1900-talets början då fordringarna sänktes till en 9 månaders assistenttjänst på sjukhus. Även om provinsialläkarna med nutida jämförelser var få så var de ändå i majoritet gentemot sjukhusläkarna ända fram till 1930-talets slut. Sedan kom dominansen numerärt att successivt öka för sjukhusläkarna, som anställdes av landstingen [Dahlin, 2010].

Under en expansiv ekonomisk period med utbyggnad av den offentliga sektorn skapades primärvården successivt från slutet av 1960-talet. Provinsialläkarnas enläkarmottagningar skulle omvandlas till vårdcentraler med minst tre läkare där en tekniskt mer avancerad utredningsverksamhet kunde bedrivas och bredden på verksamheten ökas. Socialstyrelsen såg förändringen som en möjlighet att frigöra öppenvårdsresurser från sjukhusen som mer skulle kunna inrikta sig på slutenvård. Förändringen kunde ses som en senkommen reaktion på den Höjerska utredningen från 1948 som förordat ökad satsning på allmänpraktiserande läkare. I utredningen nämns också allmänläkare första gången som en beteckning på den läkare som upprätthåller en provinsialläkartjänst. Allmänläkarnas status inom professionen var låg sedan början av 1900-talet och någon vidareutbildning för allmänläkaren var svår att få [Höjer, 1949].

*“The ancient physician is the equal of the other craftsman and thereby occupies a low position in society”* [Edelstein, 1967]. Den svenske allmänläkaren under 1950- och 60-talet kunde nog känna igen sig i beskrivningen av läkaren under den tid som Hippokrates levde (400-talet f Kr).

Allmänmedicin blev en **egen specialitet först 1981**. Då infördes också en specialistutbildning i allmänmedicin som i omfattning var likartad övriga specialiteters (4½ år). Kurser i allmänmedicin och konsultationskunskap kom att införas i utbildningen under de närmaste åren [Swartling, 2006].

En kraftig utbyggnad av antalet allmänläkartjänster och även en ökning av antalet allmänläkare kom till stånd. Men det dåtida vakansläget sett över hela landet på cirka tjugo procent förelåg även fortsättningsvis.

I början av 1990-talet genomfördes en husläkarreform som politiskt kollapsade efter några år. 2010 lagstiftades om **Vårdval** framför allt för att förbättra tillgängligheten men också för att öka antalet läkare i primärvård/närsjukvård. Fortfarande råder 2012 sett över hela landet ett avsevärt vakansläge även om det är stora lokala och framför allt regionala skillnader med god tillgång på allmänläkare i större städer och brister i glesbygd [Införandet av vårdval, 2009]. Möjligen kan en viss förbättring ske fram till 2017 då prognosen enligt Sveriges kommuner och landsting är att cirka vart fjärde ST-block är ett allmänläkarblock.

Allmänmedicinen i Sverige har alltsedan specialiteten infördes kämpat med arbetsmiljöproblem som varit kopplade till underbemanningen. Arbetsbördan har medfört att många allmänläkare valt att arbeta deltid och därigenom har underskottet förvärrats. Internationellt sett har svenska allmänläkare ett brett uppdrag med patienter som i andra länder tas om hand av sjukhusspecialister. Höga krav och låg kontroll har också påverkat hälsan bland svenska allmänläkare [Sundquist, 2000].

Allmänmedicin har utvecklats kraftigt sedan specialistutbildningen infördes 1981 med över 5000 specialister med en gedigen utbildning och på många håll hög kvalitet i patientomhändertagandet.

En viss konsensus bland allmänläkare har rått i Sverige om allmänmedicinen som specialitet. Huvudprincipen är fortfarande ”*bredden, generalismen och individkännedomen*” [Petersson, 2009]. Att det ändå finns spänningar av principiell och ideologisk art kan illustreras av hur två inflytelserika allmänmedicinare i Sverige betonat specialiteten. Vid tiden för husläkarlagen agerade Göran Sjönell för ”den personlige läkaren” med Kvartersakuten i Stockholm som det konkreta resultatet [Sjönell, 1994]. Gustav Haglund hade egentligen inte någon annorlunda syn på målet en personlig läkare men såg områdesansvaret som en viktig lösning i en bristsituation [Haglund, 1994].

## 4.2 Allmänmedicin inom läkarutbildningen

AT (allmäntjänstgöring) efter läkarutbildningens slut infördes 1970. I AT ingår sedan dess sex månader på vårdcentral. I samband med att specialistutbildningen i Allmänmedicin påbörjades 1981 infördes ett fast

kursutbud för blivande allmänläkare genom NLV (Nämnden för Läkares Vidareutbildning). Insikter om konsultationens centrala roll kom att påverka läkarutbildningen. 1986 startades Hälsouniversitetet i Linköping och från början fanns kursen ”patientkontakt, helhetssyn och samtalskonst” med. De närmaste femton åren följde med liknande konsultationstema ”Tillämpad medicin” i Umeå, ”Tidig patientkontakt” i Lund, ”Patientläkarrelationen” i Uppsala och ”Doktorsskolan” i Stockholm. I Göteborg startade TYK (tidig yrkeskontakt) 2001 där studenterna redan andra månaden påbörjar sina kliniska kontakter [Dahlin, 2010].

I Göteborg har under 2000-talet funnits tre kurser där allmänläkare haft en ledande roll. TYK-kursen är på totalt fyra veckor (varav två på sjukhus). Konsultationskursen är två veckor under femte terminen och allmänmedicinkursen är två veckor under tionde terminen. Totalt ändå inte mer än åtta veckors allmänmedicinskt fokus med allmänläkare som lärare under 5½ års läkarutbildning [Below, 2008].

Allmänmedicin har alltså under trettio års tid ökat sin andel påtagligt men är fortfarande en mycket liten del av läkarutbildningen och motsvarar inte allmänmedicinens numerär i landet. Läkarutbildningens sjukhusspecialistfokus kvarstår.

### **4.3 Förväntningar på allmänläkaren**

Kompetens har sitt praktiska korrelat i förväntningar. Allmänläkaren kan se förväntan på sina insatser från flera håll, inte minst från sig själv som representant för professionen.

#### **4.3.1 Samhällets och politikens förväntningar**

Allmänläkare som arbetar i primärvård eller hos privata arbetsgivare har ett brett område att ansvara för: de vanligaste sjukdomarna, kroniska sjukdomar, en stor del av barns och äldres sjukdomar, psykisk ohälsa, missbruk samt förebyggande arbete på barn- och mödravårdscentraler och i skolor [Västra Götalandsregionens hemsida primärvård, 2011].

Det finns förväntningar på olika nivåer. På den politiska nivån förväntar man sig kvalitet i omhändertagandet i vid bemärkelse vilket innebär medicinsk kunnighet, bra patientbemötande och en organisationsform som både ger tillgänglighet och prioriteringar. På arbetsgivarnivån handlar det om uppfyllandet av mål och ekonomi. På vårdcentralen, där ofta sjuksköterskor

står för den första kontakten med patienten, förväntas allmänläkaren träffa patienter i stor utsträckning, samarbeta med sjuksköterskor och handleda utbildningsläkare. Patienterna förväntar sig att lätt få kontakt med vårdcentralen, få ett bra bemötande och tar för givet att det medicinska omhändertagandet är kvalificerat. Sedan har varje allmänläkare krav på sig själv som kan vara strikt professionella men som också kan ha med den egna personen att göra.

Den isländske allmänmedicinprofessorn Johann Sigurdsson har kallat de föreskrifter och normer utifrån som påverkar konsultationen patient-läkare för en ”*tredje part*”. Denna bild där man nästan kan uppleva att en tredje person finns närvarande i konsultationsrummet riskerar att förvandla mötet till en standardiserad produkt som levereras av en ”*empatisk kroppstekniker*” [Sigurdsson, 2009, Granek, 1996].

Man kan ändå försöka se det stängda mottagningsrummet med allmänläkaren och patienten som en plats för ostörd förtrolighet. Men verkligheten är snarare att det blåser en ständig vind genom öppningar utifrån och allt som oftast slås dörren upp och det börjar blåsa ordentligt. Det är denna utsatta förtrolighet som allmänläkaren är satt att verka i.

### 4.3.2 Allmänläkarens upplevelse av krav

Många allmänläkare upplever att det finns starka krav från patienterna som läkarna själva inte alltid tycker är berättigade. I en ledare i BMJ [Britten, 2004] ifrågasätts dock om inte **patientkraven är starkare i doktors sinne** än vad patienten egentligen uttrycker.

Läkaren kan också tro att patienten är mer säker på vad hon/han vill än vad som verkligen är fallet. I en engelsk studie trodde läkaren att patienten var mer säker på vilken sorts läkemedel som önskades än vad som var fallet. Patienternas förväntningar handlade mest om att prata om sina problem och viljan att delta i beslut om vilken behandling de skulle ha snarare än att direkt önska medicineringsförändringar. Att läkaren inte förstod detta hade med brister i kommunikationen att göra [Jenkins, 2003].

Liknande resultat fann man i en svensk studie när allmänläkares, onkologers och allmänhetens syn på rökning respektive lungröntgen undersöktes. Av rädsla att trampa in på patientens självbestämmande och för att inte försämra läkar-patientrelationen avstod varannan onkolog och var tredje allmänläkare från att ta upp frågan om rökning om man trodde att patienten skulle vara motsträvig. En klar majoritet av allmänheten ansåg att frågan ändå borde tas

upp. Krav på en lungröntgen som inte var medicinskt motiverad förvägrades av läkarna medan allmänheten ansåg att patienten borde ha rätt till det [Bremberg, 2005]. Det finns alltså **krav som är medicinskt icke-motiverade** och en räddhågsenhet hos doktorerna där det går skiljelinjer mellan allmänhet och läkare. Förutbestämda uppfattningar om vad patienter vill leder inte sällan till vad som läkare anser är medicinskt onödiga undersökningar.

”Varför är doktorer så olyckliga?” I en ledare i BMJ har redaktören Richard Smith formulerat hur ”the new contract” i England (penningstyrning enligt dess kritiker och ”sweeping away bureaucrazy and giving more control to frontline staff” enligt den konservativa regeringen i 1990-talets början) påverkat både doktorer, allmänhet och politiker. Han formulerade ett credo: smärta är en del av livet, medicinen har begränsade krafter, läkare vet inte allting, patienter kan inte överlämna sina problem till läkarna, läkare ska vara öppna med sina begränsningar, politiker ska avstå från orimliga krav och vi är alla delar av detta problemkomplex [Smith, 2001]. Kan de ”olyckliga doktorerna” ha en bristande insikt om dessa samband? Det är nu tio år sedan detta skrevs men eftersom incitament till att tänka mer i ekonomiska termer för läkare snarast ökat så finns dessa dilemman kvar. Möjligen befinner vi oss i en övergångstid där orealistiska förväntningar och missnöje med sjukvården kan förbytas till ett mer verklighetstroget förhållningssätt mellan läkare och patient, ett förhållande som Richard Smith förutspått.

Men kanske är allmänläkarnas krav på sig själva inte så märkliga utgående från vad specialiteten kräver?! New York-professorn Eric J Cassell skrev *”Everyone knows, however, that knowing when you don’t know requires sophisticated knowledge. From the perspective of training physicians and the knowledge bases required for adequate performance, the higher we go on the scale of a specialist training, the less complex the medical problem becomes”* [Cassell, 1997]. Jerome Groopman har kommit till samma slutsats som Cassell dvs att det svåraste arbetet som läkare är inom primärvården: *”Quality in primary care....means thinking broadly, because any and every problem of human biology can present itself; it means making judicious decisions with limited data about children and adults, neither overreacting nor being blasé...It means, as a gatekeeper, knowing where to guide us. One of those portals opens to the intensive care unit”* [Groopman, 2007].

### 4.3.3 Samverkan läkare/patient

Att låta patienten vara med och fatta beslut om sin egen behandling har stöd i svensk lag och har blivit ett allt vanligare önskemål från patienter och

patientföreningar. Det förstärks av det alltmer lättillgängliga medicinska kunskapsutbudet. Det finns dock hinder för delat beslutande. Läkare är av tradition inte tränade för ett **gemensamt beslutsfattande** och dessutom inte alltid medvetna om patientens egna önskemål. En del patienter vill heller inte gärna delta i besluten och en del doktorer vill heller inte dela med sig av den beslutande makten [Say, 2003].

I en undersökning från Nya Zeeland studerade man patienters benägenhet att vilja ha stort inflytande över hanteringen av riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom. Man fann ingen kombination av faktorer som kunde förutsäga den enskilda patientens åsikter om autonomi. Man drog slutsatsen att varje patients synpunkter måste undersökas förutsättningslöst [Kenealy, 2011]. Undersökningen understöder att det inte finns någon genväg förbi själva konsultationsmötet.

I avvägningen mellan individens bästa som läkaren ser det och patienten som har en annan åsikt kan den **kollegiala dialogen** vara ett sätt att öppna en ofta svår situation. I grunden finns behovet att avgränsa sitt arbetsuppdrag också i det enskilda fallet och då gäller det att vara medveten om vilka bevekelsegrunderna är för den egna gränssättningen. Problemet med gränssättning tangerar skärningspunkten mellan kohortsyn och individsyn och dilemmat att avväga mellan dem vid det enskilda patientmötet [Mattsson, 2002].

Att patient och doktor måste vara någorlunda överens om konsultationens innehåll har övertygande visats i en engelsk studie där patienterna och doktorerna intervjuades. Hela konsultationen kunde haverera om man inte nådde någon sorts ömsesidighet. Läkarens **öppningsreplik** kunde föra in konsultationen på fel spår. Om läkaren frågade ”*vad kan jag göra för dig?*” när det uppenbarligen var ett uppföljningsbesök, fick både patient och läkare arbeta aktivt för att föra konsultationen till ömsesidighet [Gafaranga 2003].

#### 4.3.4 Speciella patientgruppers krav

Förväntningar på sjukvården är olikartade inte bara på individnivå utan också mellan olika grupper. För allmänläkaren underlättas ofta arbetet av att patienten tillhör en viss sjukdomsgrupp även om den vetskapen också innebär risken att ta anamnesticke uppgifter för givna och inte lyssna ordentligt.

**Kroniskt sjuka patienter** har ofta speciella önskemål om en personlig doktor. I en svensk studie betonades känsla av sammanhang, förtroende för vården, en tillitsfull relation till läkaren och god tillgänglighet. Den

avgörande faktorn var den känsla av säkerhet som uppfylldes genom att ha tillgång till en personlig läkare. I studien uttryckte de fjorton patienterna inte så medicinskt avancerade krav som allmänläkarna hade föreställt sig. Patienterna ville framför allt slippa doktorer som uppträdde nyckfullt och oansvarigt [Bultzingslöwen, 2006].

I holländsk primärvård har man medvetet arbetat med att informera och utbilda patienter så att de inte ska söka hjälp hos allmänläkare för ”**enklare åkommor**”. Patienterna tränas att inte söka första dagarna vid nackont, halsont och influensa. Vid en hälsointervju 1987, som sedan upprepades 2001, såg man att patienterna uttryckte attityder som minskad benägenhet att söka för enklare åkommor. Äldre, lågutbildade och icke-västerlänningar hade emellertid inte ändrat sina attityder. Förhoppningarna eller tron på att patienterna blir alltmer medicinskt upplysta gäller inte hela befolkningen. Författarna uttrycker sig försiktigt om orsakerna men antyder att familjeförhållanden eller sociala förhållanden kan förklara attityderna [Cardol, 2005].

En vanlig patientgrupp på en vårdcentral är föräldrar med **barn som ofta är sjuka**. I en dansk studie såg man att föräldrarna ville bli behandlade som kompetenta samarbetspartners av sjukvården. Författarna drar slutsatsen att de här sjuka barnens föräldrar borde ägnas extra uppmärksamhet där deras erfarenheter av barnets sjukdom tas till vara [Ertmann, 2011].

Att allmänläkare har problem att tänka utanför de vanligaste kategorierna har tydligt demonstrerats i en studie där allmänläkare i Göteborg i stor utsträckning inte visste eller inte hade tagit reda på att de hade lesbiska patienter. De minskade därigenom sin förmåga att möta sjukdomsproblem som ibland var kopplade till marginalisering i samhällslivet [Westerståhl, 2002].

Patienter med **somatiska problem med en psykologisk bakgrund** utgör en särskilt tung arbetsbörda för allmänläkare enligt en holländsk studie. Lika tungt upplevdes det inte för läkaren om patienterna hade en mer klar psykologisk eller social problematik. En möjlig förklaring var att mer tid krävdes för att förstå bakgrunden till patientens symtom. Studien gav också visst stöd för att längre konsultationstider i sig kan skapa en ökad belastning hos allmänläkaren genom att fler problem hinner tas upp under samtalet [Zantinge, 2005].

### 4.3.5 Sammanfattning av förväntningar på allmänläkaren

Det finns förväntningar på en allmänläkares arbete från politiker, arbetsgivare, mottagningens personal, patienter och inte minst från allmänläkaren själv. Vissa av förväntningarna från patienter är dock mer av föreställningar hos allmänläkarna än förankrade i verkligheten. Allmänläkarna behöver ha en realistisk bild av vad som förväntas. Kollegial dialog och patientcentrerat arbetssätt kan vara vägar att nå dit. Den kollegiala dialogen skulle kunna förbättras genom att allmänläkarna tog sig praktiska möjligheter till att träffas för kollegialt stöd på eller utanför arbetsplatsen (exempelvis Balintgrupper). Begreppet "the good enough GP" antyder "rimlighetsgraden" i kraven på en allmänläkares kompetens.

## 4.4 Allmänläkarens kunskapsområde

### 4.4.1 Kunskapsbeskrivning

Allmänläkaren och patienten möts vid gränsen mellan hälsa och sjukdom. Insikten om att den enskilde patienten är unik, också för hur medicinsk grundkunskap ska tillämpas, växer fram successivt i mötet. Detta synsätt har presenterats av flera författare som har betonat det allmänmedicinska ämnesinnehållet [McWhinney, 1996, Rudebeck, 1998]. Allmänläkarens kompetens kan beskrivas som en kombination av **generalistkompetens** och **individkompetens**. Kompetensen begränsar sig inte till den biomedicinska kunskapen, inte heller enbart kompletterad med en allmän kännedom om patientens sociala villkor, utan bör vara en djupare förtrogenhet med skärningspunkten mellan patientens och läkarens livsvärld. Man kan också säga att den allmänmedicinska kompetensen är en sorts baskunskap för alla läkare [Rudebeck, 1998].

Redan 1926 skrev den psykoanalytiskt inspirerade migränsforskaren Crookshank att **diagnos är perception, tolkning och symboliserande**. Även om interaktionen patient-läkare inte var ett så självklart begrepp som det nu blivit så hämtades diagnosen ur själva patientmötets helhet [Crookshank, 1926]. Utifrån Crookshanks komplexa förståelse av diagnosbegreppet blir det lättare att förstå allmänläkarens i vissa fall obekväma känsla inför diagnosättandet. I själva klassificeringen, särskilt om diagnosen får ekonomiska konsekvenser, handlar en diagnos nästan bara om sjukdomen och väldigt lite om patienten.



Medicinsk kunskap, såsom den lärs ut och tränas på medicinska högskolor, utmanas av ett allmänmedicinskt kunskapsbegrepp. Att medicinsk kunskap är utsatt för ifrågasättande uttrycker den norska allmänmedicinprofessorn Kirsti Malterud med skärpa: ”*Diagnostic activity in medicine can be seen as a gendered, power infused social interaction where the **gold standard of medical knowledge is very narrowly set***” [Malterud, 2004].

Att den medicinska praktiken är starkt påverkad av medicinsk forskning hindrar inte att klyftan mellan forskning och praktik kan vara betydande. Klyftan har beskrivits som en skillnad i tänkande och värderingar mellan forskare och praktiker. Forskning är huvudsakligen sanningsdriven medan praxis är **beslutsdriven**. Ytterst blir då den faktiska kunskapen i konsultationsögonblicket inte densamma som riktlinjernas teoretiskt renodlade kunskap [Dowie, 1996].

Ett kanske överraskande fenomen är att en allmänläkare med hög kompetens inom ett speciellt område oftare remitterar till en specialist. Undersökningen som är amerikansk och från början av 90-talet kanske kan sättas ifråga för Europa eller Sverige [Calman, 1992]. Den visar att om medicinsk kunskap definieras som enbart biomedicinsk på specialitetens villkor, inte nödvändigtvis måste leda till en bättre allmänläkarvård. Det understryker att allmänmedicinens kunskapsbegrepp har varit underordnat specialist-sjukvårdens kunskapsbegrepp.

Att allmänläkaren förväntas upprätthålla och skaffa ny kunskap beskrivs ofta som att det finns ett behov av revalidering av allmänläkarens kompetens. I England har revalideringen särskilt diskuterats. Man har sett att drivkraften för att lära nytt är den vardagliga obehagskänslan av att inte riktigt veta hur man ska göra. Allmänläkarnas kunskapssökande är pragmatiskt genom att de söker praktiska råd och snabb tillgång till information om patientspecifika problem [MacLeod, 2009].

#### 4.4.2 EBM (Evidence-Based Medicine)

Evidensbaserad medicin innebär att det medicinska handlandet ska baseras på det för tillfället bästa vetenskapliga stödet. Infogandet av evidensbaserad medicin, **implementering** som det ofta kallas med en teknisk term, är en komplicerad process där ny kunskap tillförs allteftersom medan en del äldre kunskap mönstras ut. Hur evidensbaserad kunskap infogas i konsultationen beror inte bara på allmänläkarens professionella erfarenheter, utan också av hurdan den redan etablerade patient-läkarrelationen är. Att då fastslå att implementeringen inte lyckats när en ny behandlingsstrategi har lanserats

behöver inte ses som ett misstag utan kan handla om bristande insikt i patient-läkarrelationens mekanismer. *"Evidence is not implemented in a simple linear way, as some definitions of evidence based practice imply, but in an evolving process whereby reciprocal contributions from the doctor and the patient over time influence how evidence ultimately is used"* [Freeman, 2001]. Denna studie, utförd inom ramen för Balintgrupper, är viktig för att förstå i vilken verklighet framtagna medicinska riktlinjer har att verka.

I en holländsk studie där man jämförde kommunikationen mellan allmänläkare och patienter 1986 och 2002 restes farhågor om att evidensbaserad medicin och protokollsbaserad vård skulle ge patienterna mindre tid att uttrycka sina medicinska bekymmer och mindre möjligheter att skapa allianser med sina allmänläkare. Konsultationerna var *"more task-oriented and businesslike than sixteen years earlier"* [Bensing, 2006].

Ett annat sätt att se saken är att doktorer eller andra hälsoarbetare använder sig av tillfälliga lösningar för att hantera ny EBM-kunskap. Den nya evidenskunskapen blir utsatt för en förhandling med patienten i medvetenhet om att medicinsk kunskap är föränderlig [Griffiths, 2005].

Utgående från svårigheterna med implementering av ny kunskap vänder Per Nilsen på perspektivet om hur vården studeras. Den vanliga utgångspunkten för forskning är att tidigare forskning bygger upp en hierarkisk modell med förhoppningen att allt blir bättre hela tiden. Han ser kartläggning av vårdens arbete som ett första steg som i sin förlängning leder till en forskningsbaserad praktik vilken baserar sig på verkliga snarare än idealiserade förhållanden [Nilsen, 2011].

Nära tankemässigt kopplad till EBM är den alltmer rikliga förekomsten av **vårdprogram och riktlinjer** för arbetet som allmänläkare. Läkemedelskommittéer ger riktlinjer för att effektivisera (väga resultat mot kostnad). I en nyutkommen avhandling har Per Hjerpe med flernivåanalys (multilevel) utgående från en stor primärvårdsdatabas visat att ekonomiska styrmedel ökar följsamheten till förskrivningsrekommendationer [Hjerpe, 2011].

Att reducera *"a babble of voices"* till *"a thoughtful choice"* [Schön, 1983] kan ses som det vardagliga kliniska problem där läkaren kan ta hjälp av riktlinjer/EBM - *"as a practice of handling knowledge"* [Krantz, 2008]. **Att ställa EBM i motsats till erfarenhetskunskap blir en förenklad och ofta falsk motsättning.** Även det noggrant evidenstestade måste få sin tillämpning i en praxis som inte har samma förutsättningar som gällde för evidensskapandet. *"På vägar som knappast låter sig beräknas måste läkaren*

*finna vad som är rätt för det enskilda fallet, sedan vetenskapen försett honom med allmänna lagbundenheter, mekanismer och regler” [Gadamer, 2003].*

Evidensbaserad kunskap kan också vara ett sätt för allmänläkarna att bevara självständighet i det kliniska arbetet. Vid en ökad grad av centrala riktlinjer baserade på ekonomistyrning kan EBM vara ett medel att motstå krav på följsamhet där riktlinjerna är dåligt förankrade inom professionen [Armstrong, 2002].

Evidensbaserad kunskapstänkande innebär att nyttillkommen vetenskapligt framtagen kunskap driver omvärderingen av den nuvarande synen inom ett medicinskt delområde. Även den nya kunskapen har dock en tillfällig karaktär och prövas successivt i praxis. *Farhågor finns från praktiker att linjärt infogad kunskap innebär ett tillbakaskjutet patientperspektiv men den kan också se möjligheter att försvara professionen mot ensidig ekonomistyrning.*

### 4.4.3 Reflexion

I början av 1980-talet formulerade Donald Schön begreppet ”**reflection-in-action**” när han hävdade att kunskapsbasen för en professionell expert baserar sig på reflexion över den egna erfarenheten snarare än någon sorts objektiv teknisk-rationell kunskap [Schön, 1983]. Schön är dock uppenbart medveten om att kunskapen hos experten är avhängig det system där experten verkar. Begränsningar som osäkerhet, instabilitet, konfliktpotential och det unika hos patienten är välkända för allmänläkaren. Begreppet ”knowledge-in-action” har just de här begränsningarna kopplade till systemet inom vilket en professionell person arbetar. En tillämpning av ett sådant reflekterande arbetssätt kan en engelsk studie utförd av två allmänläkare utgöra. De gjorde djupintervjuer med engelska allmänläkare baserade på transkriptioner av konsultationer. De fann att kunskap ur konsultationen bäst kunde hämtas vid en samverkansanalys (eller ”partnership”) mellan den studerade allmänläkaren och undersökaren och hänvisar till Schöns begrepp ”knowledge-in-action” [Robinson, 2000]. Detta ”partnership” kan tjäna inte bara kombinationen allmänläkare/forskare utan också handledare/utbildningsläkare och läkare/patient.

Att använda medvetet reflekterande i lärosituationer med studenter eller underläkare är både krävande och givande. En bra fråga kan vara: ”Vad lärde vi oss nu av den här patienten/det här fallet?”. Studenten får sedan utveckla sina tankar. Om läraren är en bra förebild i rollen som läkare och har studentens förtroende kan reflekterandet göra att studenten förmår växa

yrkemässigt. Den existerande kunskapsstrukturen kan reorganiseras genom att nya koncept, färdigheter och kunskaper assimileras [Branch, 2002].

Fantasi kan användas inom allmänmedicin för att upptäcka meningen i vad patienten upplever och presenterar. Den behövs för att utveckla en kreativ allians mellan doktor och patient. Carl Edvard Rudebeck argumenterar också för en utvidgad syn på begreppet **empati** som har sitt ursprung i det tyska "Einführung" vilket kan beskrivas som "*interpersonell*" **fantasi**. Empatin omfattar inte bara emotionella innebörder i en relation utan innefattar perception, emotion och kognition [Rudebeck, 2002]. Den utvidgade synen på empatibegreppet har bäring när patienten är med och fattar beslut om medicinering mot riskfaktorer. Både den affektiva och kognitiva komponenten är nödvändiga stöd för patientens och läkarens gemensamma beslut [Slovic, 2004].

Att läsa skönlitteratur är ett indirekt sätt att studera erfarenheter som en sorts "reflection-in-action" och ger möjlighet till både kognitiv och affektiv förståelse [Rolfe, 2002]. Christer Petersson har formulerat hur skönlitteratur kan fungera som en påminnelse om vilken begränsad del av en människas tillvaro som vi kan skaffa oss tillgång till vid en konsultation: "*det är en hybris över alla gränser att tro att vi på grundval av alla insamlade fakta kan skapa oss en helhetsbild av någon enda människa*". Han anför poesiläsning som ett möjligt "hjälpmedel" för att träna förmågan till uppmärksamhet och citerar poeten Seamus Heaney: "*vad poesin faktiskt gör...är att hålla vår uppmärksamhet fången ett ögonblick*" [Petersson, 2009].

Att reflektera över sitt eget arbetssätt innefattar att söka erfarenheter både inom och utanför den strikt medicinska sfären.

#### 4.4.4 Problemtyp

Relationen i mötet mellan patient och läkare skiljer sig åt beroende på vad patient respektive läkare uppfattar att patienten egentligen söker för. En belgisk studie [Deveugele, 2002], där man använde Roter Interaction Analysis System (RIAS) [Roter, 1991], jämförde förväntningar framtagna via frågeformulär med beteendeobservation. RIAS-systemet är konstruerat för att koda det kommunikativa beteendet hos både patient och doktor och skiljer mellan affektivt (socioemotionellt) och instrumentellt (sakorienterat) beteende. En märklig skillnad framkom: när allmänläkaren uppfattade problemet som psykosocialt så diskuterades känslor, sociala relationer och livsstil. Om däremot enbart patienten uppfattade problemet som psykosocialt uppkom inte samma samtal under konsultationen. Författarna till studien

tolkar resultaten som tecken på att det finns ett maktperspektiv i en patient-läkarrelation, men också som en oförmåga från läkarens sida att uppfatta patientens behov.

En speciell typ av svårigheter för allmänläkare är patienter som uppträder med **medicinskt oförklarade symtom** där det inte går att komma fram till en vedertagen diagnos och där ytterligare kunskap upplevs av allmänläkarna som svåråtkomlig. Dessa patienter ger ibland allmänläkaren en obehagskänsla inför besöket och är en patientgrupp som ofta diskuteras i Balintgrupper. I en undersökning bland holländska allmänläkare framhöll de vikten av att behålla relationen läkare-patient vid dessa svårigheter. Detta kunde ske på tre sätt med olika grad av effektivitet: Ömsesidig allians med regelbundna återbesök, ambivalent allians där återbesök skedde men delvis utan allmänläkarens aktiva engagemang och icke-allians där läkaren enbart tog emot patienten för bedömning av kroppsliga symtom [Hartman, 2009].

Ett alternativt sätt att bemästra medicinskt oförklarade symtom har beskrivits i en studie från Aarhus där tre allmänläkare har försökt kartlägga vad som saknas inom allmänläkarnas utbildning. De hävdar att allmänläkarna måste ta sig an dessa patienter på samma sätt och med samma kraft som hos patienter där sjukdomarna är kända [Rosendal, 2005].

Behandlingsprogrammet ”the reattribution model” (ungefär ”åter tillskriva något”) som en kognitivt orienterad strategi har visat sig effektivt. Det grundläggande är att patienten ska känna sig förstörd och först därefter kan symtomen sättas in i ett sammanhang och gradvis förhandlas fram i en ny förståelseform [Blankenstein, 2001].

I traditionell läkarutbildning har avgränsade sjukdomsbeskrivningar dominerat. Patienters problem som de söker allmänläkare för uppfattas ofta av läkarna som mer komplexa. Speciellt medicinskt oförklarade symtom utgör en särskild svårighet för läkaren. Balintgrupper, annan interkollegial dialog eller kognitiva strategier kan hjälpa läkaren att möta patientens problem bättre.

#### 4.4.5 Modell för kunskap

Fiona Patterson konstruerade en **kompetensmodell** för allmänmedicinsk praktik. Allmänläkarnas beteende studerades med deltagande observation. Fem kärnkompetenser (core competencies) utkristalliserades: empati, kommunikationsförmåga, klinisk kunskap, konceptuellt tänkande och personliga egenskaper. Dessa kärnkompetenser skulle kunna vara till hjälp

både vid utbildning och till urval för utbildning. Hon betonade att de personliga egenskaperna borde stå mer i fokus vid urval till vilka som är lämpliga att bli allmänläkare [Patterson, 2000].

**Helhetssyn** är långtifrån något enhetligt begrepp. I en svensk fokusgruppsstudie med allmänläkare och distriktssköterskor blev detta tydligt. Helhetssynen omfattade de tre kategorierna professionell attityd, kunskap och omständigheter. Den professionella attityden innefattade att se hela människan. Kunskapen var både objektiv kunskap och tyst kunskap. Omständigheterna, och då särskilt hur primärvården var organiserad, kunde vara både hinder och stöd. Man uppmärksammade en skillnad i helhetssyn mellan gruppen distriktssköterskor och gruppen allmänläkare där den förstnämnda betonade hembesöket medan läkarna talade om konsultationsprocessens betydelse för att uppnå en helhetssyn [Strandberg, 2007].

I den hermeneutiska traditionen är det talade språket snarare än det skrivna grundmönstret även om språket görs om till en text vid tolkningen. Filosofen Drew Leder menar att i konsultationen äger förståelsen av patienten rum genom en läsning av undertexter som ömsesidigt belyser varandra. **Patientberättelsen** som den presenteras kommer att modifieras i dialogen med läkaren under förutsättning att läkaren inte är alltför fastlåst i ett biomedicinskt förhållningssätt. Patienten behöver hjälp att utforma sin berättelse, så att sjukdomsberättelsen i konsultationen får ett för patienten begripligt sammanhang. Berättelse och tolkning bildar grunden i konsultationens dialog snarare än ett pålagt biomedicinskt schema. Leder skissar ett tidsförlopp där berättelsen kommer först och i nästa ögonblick läggs ett medicinskt raster ovanpå [Leder, 1990].

Betoningen av konsultationen som en tolkning av texter är pedagogiskt tydlig för att se vilka olika agendor som pågår i mötet. Ändå får denna ”texttolkning” ett alltför statiskt drag över sig. En verklig konsultation har en dialogisk plasticitet som också tar drag från vanliga samtal mellan människor, fragmentariska, oavslutade, växlande i nivåer, återkommande osv. Det medicinska mötets tillfällighetskaraktär gör också att man kan se en narrativ tolkning som fragmentarisk.

Den svenske filosofen Fredrik Svenaeus har med inspiration av Martin Heideggers, Hans-Georg Gadamer och Paul Ricoeurs existentiella filosofi betecknat den medicinska praktiken och mer speciellt konsultationen som ett **möte mellan två livsvärldar**. Läkarens kliniska uppgift är att föra patienten mot ett mer hemligt varande i världen. Detta patientens varande-i-världen bestäms av förståelse (Verstehen), känslöstämning (Befindlichkeit) och

samtal (Rede) och det är med dessa verktyg som läkaren och patienten tillsammans arbetar och försöker återupprätta meningsstrukturen i patientens livsvärld. Svenaeus betonar dock att det finns yttre begränsningar för vad som "rimligen" kan inrymmas i det medicinska mötet [Svenaeus, 2000].

#### 4.4.6 Sammanfattning av kunskapsområde

Allmänläkarens kunskapsområde kan beskrivas som generalistkompetens i kombination med individkompetens, samverkan med patienten och beslutsdriven praxis. Ett annat sätt att uttrycka kunskapsområdet är att det förutom biomedicinsk kunskap också omfattar helhetssyn och tolkning som görs inom konsultationens ram. Farhågor finns att det medicinska kunskapsområdet är alltför snävt definierat och att yrkesrollen hindrar läkaren från att rätt uppfatta vad patienten egentligen behöver hjälp med. Dessa farhågor skulle kunna hanteras genom att reflektera över det egna arbetssättet och då innefatta erfarenheter både inom och utanför den strikt medicinska sfären.

### 4.5 Läkarestudenter och allmänmedicin

Den förhärskande synen på läkarutbildningen har ifrågasatts. I en studie på Harvard Medical School visade Byron Good hur utbildningens uppläggning (fostran) driver studenten i olika stadier till en professionell syn på patienten men också åt ett tydligt reduktionistiskt håll [Good, 1994].

Allmänmedicin har under det senaste seklet inte varit någon framträdande del av läkarutbildningen. Men eftersom det åtminstone i ord funnits uttryckta politiska åsikter om allmänmedicinens viktiga betydelse så har det skett en ökning av allmänmedicin i utbildningen. Man har förstått att **sammanhanget där den kliniska kunskapen lärs ut är betydelsefullt** [Coderre, 2003]. Detta har gjort att man försökt introducera klinisk kontakt tidigt inom många europeiska läkarutbildningar. Nya prövande utbildningsprogram som huvudsakligen startats det senaste decenniet har haft en fokusering på primärvården och lokalmässigt ägt rum hos allmänläkare [Basak, 2009]. En liknande utveckling ses i USA [Rosenthal, 2005]. I en studie från Sheffield rapporterade studenterna efter att de tjänstgjort på vårdcentraler att de lärde sig om allmänläkararbetet genom att förstå betydelsen av långvariga personliga läkar-patientkontakter, den sociala omgivningens betydelse för hälsan och att läkarna relaterade till personer i stället för till sjukdomar som de annars var vana vid från sjukhustjänstgöringar [Howe, 2001].

Ändå finns en förvånansvärd tröghet. Traditionella utbildningsmetoder dominerar där studenterna lär sig att arbeta längs algoritmer för att utesluta allvarliga men ovanliga sjukdomar i stället för att huvudsakligen se vanliga sjukdomar och lära sig att se återkommande mönster och avvikelser därifrån. *"This development is becoming pressing, and it is nothing less than a pity to see how much effort students expend studying that which will often never be the basis of their actual daily practice"* [Soler, 2007].

Medicinstudenters osäkerhet består av flera delar: osäkerhet om den egna professionella skickligheten och trovärdigheten som läkare, den medicinska praktikens inexakthet, rädslan att göra fel och inte stå upp mot kraven på ansvar samt att stå ut med att själv inte bli så skicklig som man önskat. Ett sätt att träna läkarstudenter tidigt att hantera osäkerheten är att låta dem föra en reflekterande dagbok under den kliniska tjänstgöringen [Nevalainen, 2010].

Under läkarutbildningen uppträder efter hand ett instrumentellt förhållningssätt i kommunikationen med patienter. Den lyssnande attityden i början av utbildningen minskar mot slutet för att sedan kanske åter öka med konsultationsträning efter läkarexamen – **timglasmetaforen** [Wahlqvist, 2005].

En studie inom samma projekt tyder på att det finns en öppenhet hos studenterna inför patienternas allsidiga verklighet det sista studieåret [Svenberg, 2007]. Det verkar alltså som att den ursprungligen empatiskt intresserade studenten "förhärdas" för en tid under studieårens tryck men att ökade möten med patienter ger förutsättningar för att studenterna faktiskt också uppnår ett närmande till patientens verklighet.

Gemensamt för många läkarstudenters attityder till allmänmedicin är att man i slutet av utbildningen fått en mer positiv inställning till ämnet. Studenterna anger då att deras vilja att arbeta som allmänläkare på sikt är större jämfört med inställningen i början av utbildningen [Henderson, 2002].

Goda erfarenheter av undervisning i allmänmedicin utövar på kort tid en positiv påverkan medan negativa erfarenheter tycks ge en mer kritisk inställning till ämnet [Firth, 2007]. Effekten av specifika utbildningsprogram är mest av övergående natur [Sinclair, 2008]. Det som spelar roll för inställningen till specialiteten är också den personliga entusiasm som lärarna/allmänläkarna uppvisar [Haffling, 2001]. Enligt en holländsk undersökning var skälen för att bli allmänläkare innehållet i arbetet (typen av patientkontakt), intresse för att arbeta med patienter med kroniska sjukdomar samt att de redan i förväg bestämt sig för att bli allmänläkare [Mairova,



2008]. Att frågan om varför studenter väljer att bli allmänläkare är komplicerad stöds av en aktuell kanadensisk undersökning där man finner ett stort antal faktorer som förutsäger intresse för allmänläkarbanan [Scott, 2011].

Huruvida det föreligger en koppling mellan positiva attityder till patient-centrering och intresse för allmänmedicin bland läkarstudenter är inte klarlagt. I en första studie utförd på Göteborgs läkarstudenter såg man en minskning av patient-centrerade attityder ju längre man kommit i utbildningen [Wahlqvist, 2005]. En ny studie inom samma grupp har inte kunnat visa samma minskning. Författarna spekulerar om det är förändringar inom utbildningen mot ett mer patient-centrerat lärande som är på väg att ge effekt. Man har också funnit att kvinnliga studenter generellt är mer positiva till patient-centrering [Wahlqvist, 2010].

Läkarstudenter ser lärare som förebilder i både positiv och negativ mening. I en australisk studie såg man en påtagligt negativ inställning till allmänmedicin hos en del studenter som påverkats av negativa attityder hos allmänläkare som de haft som lärare [Tollhurst 2005].

Läkarutbildningen är till för att utbilda läkare inom alla specialiteter och då kan man inte vänta sig att det allmänmedicinska perspektivet ska vara det rådande. Allmänmedicin har forskningsmässigt utmärkt sig genom att undersöka och betona konsultationens betydelse. Konsultationen som ett sätt att förstå vad patientens symtombild innebär för diagnos, behandling, prognos och som ett terapeutiskt ”instrument”.

## 5 ALLMÄNMEDICINSKT ARBETSSÄTT

Det speciella för allmänmedicin är att allmänläkaren, och andra sjukvårdskategorier som arbetar med allmänmedicin, möter patienter där en uppdelning efter sjukdomar eller organsystem inte skett.

Allmänläkarnas världsorganisation, Wonca, har i flera dokument beskrivit vad som är allmänmedicinens innehåll. Där karakteriseras allmänmedicin som en akademisk och vetenskaplig disciplin med den kliniska specialiteten orienterad mot primärvård. Utgångspunkten är en kombination av vetenskap och klinisk praxis. Det allmänmedicinska arbetssättets mer detaljerade beskrivning har man avstått från i dessa konsensusdokument och på så sätt lämnat utrymme för olika lösningar beroende på vilka förutsättningarna är för den enskilde allmänläkaren eller den lokala vårdinrättningen. I de senaste dokumenten [Wonca, 2005] har man formulerat sex kärnkompetenser som en allmänläkare ska behärska. Dessa kärnkompetenser gör anspråk på att beskriva en allmänläkares förhållningssätt i sin helhet gentemot patientbehov och patientuppdrag. Dessa sex **kärnkompetenser** är följande: *Organisationsförmåga, Patientcentrerat arbetssätt, Problemlösningsförmåga, Mångsidighet, Samhällsorientering* och *Helhetssyn*.

Jag kommer härefter att beskriva det allmänmedicinska arbetssättet uppdelat som *"förhållningssätt i patientmötet"*, *"kroppsundersökningen"*, *"tidsutnyttjandet"* och avsluta med hur begreppet *"good enough"* kan korrespondera med Woncas kärnkompetenser.

### 5.1 Förhållningssätt i patientmötet

#### 5.1.1 Relationen läkare/patient

Att från konsultationens början sträva att dela upp patientens frågor har lärts ut som klinisk metod [Wolf, 1977]. Men redan i en studie från 1984 visade man att en sådan kontrollerad **faktasamlade stil** innebar att man måste avbryta patienten tidigt och därigenom riskera att förlora information. Läkare hade en tendens att överskatta tiden som patienten skulle komma att prata om hon inte blev avbruten [Beckman, 1984].

Det finns en lång tradition inom medicinen där man diskuterat förhållandet mellan paternalism och autonomi. Sista decennierna har det skett en

förskjutning mot autonomi även om paternalism inom stora delar av medicinen fortfarande är stark. Två Bostonforskare presenterade för två decennier sedan fyra modeller för relationen mellan läkare och patient: paternalistisk, informativ, tolkande och överläggande (deliberativ) modell. De bedömde att den **deliberativa modellen** som förenar en viss grad av autonomi för patienten med ett engagemang var att föredra [Emanuel, 1992]. I klinisk praxis kan man ändå se att de olika modellerna har sina förtjänster i olika situationer även om patientens medbestämmande kommit alltmer i fokus. Ett exempel på att det skett en förändring i attityder inte minst bland läkare kan man se i en studie från Wales från slutet av 90-talet. Hur patienten deltar i beslut undersöktes genom att blivande allmänläkare bedömde simulerade fall. Det visade sig att de blivande allmänläkarna uttryckte stor tvekan till patienters deltagande i besluten kring sin sjukdom. Svårigheterna med "shared decision-making" hade inte tillräckligt behandlats under läkarutbildningen [Elwyn, 1999]. Efter att mer än tio år gått sedan undersökningen gjordes har patienterna flyttat fram sina positioner i den allmänna debatten. Den auktoritära doktorsrollen är alltmer satt på undantag.

**Patientcentrerat arbetssätt** avviker från 1900-talets tradition i västerländsk medicin där sjukdoms- och doktorscentreringen varit stark. Det är därför inte förvånande att man i en kalifornisk studie med videofilmade konsultationer fann att blivande allmänläkare arbetade mer patientorienterat än rutinerade family physicians [Callahan, 2003].

Inom allmänmedicinen har det varit svårt att visa resultat på ett sätt som tillfredsställt företrädare för en biomedicinsk sjukdomsmodell. En ofta citerad och tillika stor undersökning utfördes i Canada under ledning av Moira Stewart. Avsikten var att visa att patientcentrerad arbetsmetod, som samma arbetsgrupp beskrivit och utvecklat, gav mätbara effekter på patienters hälsa. På ett antal punkter, men inte på alla, kunde man visa ett förbättrat hälsouppelevande och även på ett minskat antal diagnostiska test och remisser. Man tolkade detta som att patientcentrerat arbetssätt verkligen var till gagn för patienters hälsa [Stewart, 1995 o 2000]. Den tolkningen har åtminstone inom allmänmedicinsk forskning blivit accepterad även om det fortfarande råder en viss frustration över bristen på tunga resultatundersökningar.

Patientcentrerat arbetssätt kan uppfattas på olika sätt: som ett empatiskt intervjuande av patienter eller som ett mer komplext förhållningssätt där läkaren försöker vara mottaglig för patientens behov i vid mening. Patientorientering har också en strukturell nivå där man strävar efter att organisera sjukvårdssystemet för att maximera partnerskapet mellan patienter med kroniska sjukdomar och läkare [Bauman, 2003].

Hur kan man förstå den **allmänmedicinska konsultationen som en process**? Två norska allmänpraktiker har beskrivit konsultationen som bestående av tre nivåer. Patientens kropp "läses" och tolkas av en kompetent allmänläkare, "sjukdom" kommer därefter att identifieras eller exkluderas. Slutligen "ses" sjukdomen och det medicinska mötet som ett möte mellan individer med olika identiteter – allmänläkaren med sin doktorsidentitet och patienten som en bärare av "lidande". Centralt i den konsultations-beskrivningen är att patienten inte framträder som bara kropp och språk utan som ett integrerat helt – förkroppsligat språk [Nessa, 1998]. Här ansluter man till Carl Edvard Rudebecks kroppsempatibegrepp [Rudebeck, 1992] och till Ludvig Wittgensteins påstående att den bästa bilden av den mänskliga själen är den mänskliga kroppen [Wittgenstein, 1983].

Är allmänläkare tillräckligt uppmärksamma på hur deras kroppsspråk uppfattas av patienterna? En polsk studie med patientintervjuer påvisade att patienterna särskilt noterade röstens tonläge, ögonkontakt och ansiktsuttryck [Marcinowicz, 2010]. Studien understödjer den personliga kontaktens kvaliteter och McWhinneys tes om "uppmärksamt lyssnande" [McWhinney, 1996]. Varje metod som tillämpas mekaniskt kommer dock att förlora sin kraft och sitt värde och någon riktig genväg till ett uppmärksamt lyssnande finns inte. Uppmärksamt lyssnande är heller inte nog. Kunskapen om familjen (sammanhanget) är nödvändig för att komma till rätt slutsats och med kombinationen av sammanhang och lyssnande kan man snabbt få en bra bild av patientens bekymmer [McWhinney, 1997].

Kontinuitet i patient-läkarrelationen beskrivs som en hörnsten i allmänmedicinen [Wonca, 2005] men förutsättningen är att allmänläkaren erkänner, kommer ihåg och respekterar patienten. Erkännande av patienten är en förutsättning för att kontinuiteten ska vara till glädje för patienten. Om däremot kontinuiteten finns men erkännandet saknas så blir relationen destruktiv [Bogelund Frederiksen, 2009]. Iona Heath har uttryckt vad kontinuitet är; *"the patient is allowed and enabled to tell the story of their illness to their doctor during a succession of consultations which may extend over many years. During this process the patient's burden is shared and their experience is validated by being recounted to an external witness provided by society, in the person of the doctor"* [Heath, 1995].

Kontinuitetens välsignelse kräver av doktorn ett personligt förhållningssätt till patienten. Doktorn måste kunna visa att hon minns, förstår och är beredd! Under och efter utbildningstiden finns ett problem för allmänläkare hur de ska hantera motsättningen mellan en renodlat beskriven medicinsk praktik och patienters mer skiftande beskrivningar av sitt lidande. Allmänläkarkonsultationen är troligen inne i en utvecklingsfas där fokus

flyttas från doktors enskilda tolkning till ett delat tolkande mellan allmänläkare och patient.

### 5.1.2 Speciella förhållningsätt

Begreppet **tumregler** (rules of thumb) kommer från kognitiv psykologi och kan beskrivas som en snabbkoppling för att minska mental ansträngning. Malin André intervjuade allmänläkare i fokusgrupper som berättade om en snabb näst intill omedveten process i patientomhändertagandet som fungerar som en länk mellan teoretisk kunskap och praktisk erfarenhet. Efter denna första grova sorteringsprocess alternerar många doktorer mellan ett somatiskt och ett psykosocialt förhållningsätt. Problemlösningsprocessen är till stor del induktiv och tumreglerna fungerar som en stegvis förenkling och inringande av problemet [André, 2003].

Läkare får i utbildningen ofta påpekat för sig den **kliniska blickens** betydelse som bekräftande, lugnande eller oroande i inflytandet på patienten. Den kliniska blickens höga uppskattning har i någon mån omprövats när man tolkat den utifrån ett maktperspektiv. I den kliniska blicken ingår något av patientens underordning. Patienten blir betraktad, tolkad och bedömd av någon – en läkare – som har magiska förmågor. Patientens egna ord, egen uppfattning och egna person får stå tillbaka som förklaringsgrund. Blicken är en sorts envägsseende och språket får inte den modifierande roll i förståelsen mellan människor som det har i många andra sammanhang. Risker blir att den kliniska blicken fungerar som en instrumentell blick och kan störa perceptionen och transformera den kliniska kapaciteten till att bli mer ensartat sjukdomscentrerad. Konsultationen vänds bort från ett möte mellan människor till något mer reducerat och distanserat. Den kliniska blicken tycks alltså ha en potential både som upptäckare av sjukdomar och som maktutövning [Nessa, 1998].

Ett möjligt sätt att hantera den kliniska blickens baksida är att inta en **dubbel position**, *“Taking a dual stance involves moving continually between a knowledge-based position and a story-making position.”* Den dubbla positionen innebär att röra sig mellan ett kunskapsperspektiv och ett patientberättelseperspektiv. En allmänläkare kan med denna dubbla position lösa kampen om problemformuleringsprivilegiet och kontinuerligt under samtalet både utföra mer renodlat medicinska uppgifter (skriva recept) och lyssna uppmärksamt. *“It enables professionals to get on with their everyday jobs while still being reflective”* [Launer, 1996]. Om den kliniska blicken med sin reduktionistiska karaktär får en sådan inramning kan den vara

allmänläkarens skarpögda vapen både i upptäckten av den avvikande detaljen och i bedömningen av patientens hela hälsotillstånd.

Svårigheten i att förstå patienten, att sätta sig i patientens situation, kan delvis bemästras med reflexivitet (reflexivity). Det innebär att betraktarens (allmänläkarens) öga flyttas från enbart observerande till att vara medveten om interaktionen med patienten. Ett tolkande moment införs i patientmötet. Man kan därigenom beskriva reflexivitet som en strategi för patientcentrering och betonar då vilken grundläggande betydelse doktors personlighet har för förståelsen av patienten [Baarts, 2000].

I vardagens arbete ingår prioriteringar, ofta på ett oartikulerat vis. Svenska nationella riktlinjer betonar sjukdomens svårighetsgrad, patientnyttan och kostnaden i förhållande till effektiviteten [Carlsson, 2007]. På vårdcentralsnivå är situationen i praktiken mer komplex. Avvägningar görs om man ser problemet från en medicinsk synpunkt eller från patientens. Dessutom måste man ta hänsyn till tidsramen (nu eller senare) och evidensnivån (på grupp- eller individnivå). Den höga prioriteten hos vissa sjukdomar utlöser frustration och hjälplöshet hos läkaren och sjuksköterskan när den inte kan uppfyllas [Arvidsson, 2010].

### 5.1.3 Allmänläkaren själv

**Språkstilen** eller sättet att prata i olika situationer uppvisar könsligheter. Kvinnor har ansetts vara mer förhandlande och att använda sig av fler affektiva kommentarer. En språkstudie av konsultationen avslöjade dock att språkstilen hos kvinnliga allmänläkare inte skiljde sig från manliga allmänläkares sätt att samtala med patienten. Allmänläkarna i denna engelska undersökning använde en förhandlande stil med förslag till patienten och affektiva kommentarer [Skelton, 1999].

Hur ska allmänläkare prioritera mellan olika behov? Att använda sig av vinjetter med patientfall för att undersöka hur allmänläkare applicerar etiska principer är en metod att undersöka prioritering. I en Londonbaserad studie hade de flesta allmänläkarna klart för sig vilka etiska principer som gällde. Men det blev betydligt mer oklart när principerna skulle användas som hjälp i beslutsfattande. De dagliga kraven på en mottagning, i det här fallet i en rik och i en fattig del av London, tenderade att ta över. En GP uttryckte sin utsatthet och pragmatism: *"I'm absolutely totally inconsistent and it completely depends on their expectations, the day of the week, how late I'm running."* Faktorer av betydelse var typen av patient, doktors stil, relationen mellan patient och läkare och mottagningspraktikens organisationssätt

[Berney, 2005]. Att doktorer har olika stil och därmed kanske olika egenskaper kan ge en viss olikhet i hur etiska principer tillämpas. Kanske man måste acceptera att det finns sådana olikheter?

Hur läkare upplever egen sjukdom är förhållandevis lite studerat. I en kvalitativ studie fann man att läkarnas egna patientberättelser, alltså när läkaren själv var patient, utvecklade kollegors empatiska förmåga bättre än icke-medicinskt skolade patienters sjukdomsberättelser [Klitzman, 2006]. Engelska allmänläkare med egna allvarliga eller långdragna sjukdomstillstånd utvecklade en klart ökad förmåga till empati och många arbetsätt förändrades. Men vissa av allmänläkarna fick en minskad förmåga att hantera patienters symtomöverföring. Författarna spekulerar om att dessa läkare mötts av bristande empati från kollegor när de av sjukdom varit nedsatta i sin yrkesutövning, ett fenomen som de kallar ”sympathy fatigue” [Fox, 2009].

I en norsk undersökning studerades doktors sårbarhet genom minnesarbete. Undersökningsgruppen bestående av allmänläkare, psykologer och sociologer återberättade i tredje person episoder där man exponerat sin egen person på ett kraftfullt sätt för patienten. I en del fall hade doktorn genom att visa sin sårbarhet fått ett positivt mottagande av patienten. Två typer av exponering identifierades – spontant uppträdande känslor och mer övervägt delande av erfarenheter. Metoden bedömdes riskfylld genom att det inte är doktors bekymmer som ska behandlas. Man konstaterade att medvetet kognitivt reflekterande är nödvändigt i situationer med känslomässigt starka reaktioner kopplade till doktors person [Malterud, 2005].

I läkarutbildningar brukar poängteras att läkarens **personliga erfarenheter** ska hållas utanför konsultationen och anger att ett alltför engagerat förhållningssätt bidrar till ”burn out” [Felton, 1998]. Emellertid antyder en norsk fokusgruppsstudie att personliga erfarenheter kan stärka patient-läkarrelationen om fokus är på patientens behov och inte på doktors behov. Författarna beskriver målade hur identifiering (”in the same boat”) och osäkerhet (”on thin ice”) kan befrukta läkarens professionella förhållande till patienten. Undersökningen är fokuserad på läkarens reaktioner och de anbefaller återigen försiktighet i användande av personliga erfarenheter [Malterud, 2009].

Allmänläkare som engagerar sig i sina patienters psykologiska hälsoproblem tillgodoser ett efterfrågat patientbehov. Riskerna för läkaren med tidsbrist och i förlängningen utbrändhetssymtom kan göra att dessa allmänläkare inte orka vara kvar i sitt yrke [Zantinge, 2009]. Det arbetsmiljömässiga problemet kan i viss mån hanteras, om vi förutsätter att det inte råder resursbrist, med

deltagande i **Balintgrupper** [Balint, 1957]. Dessa grupper, med sin nu mer än femtioåriga historia hålls levande av såväl den internationella Balintföreningen som av över jorden spridda pågående Balintgrupper, är ett verkningsfullt sätt att bearbeta sin arbetssituation för allmänläkare. Allmänläkaren Dorte Kjeldmand har rapporterat att allmänläkare som deltar i Balintgrupper arbetar mer patientcentrerat, upplever en bättre kontroll av arbetssituationen, känner sig mindre plågade av patienter med psykosomatiska problem och är mindre benägna att ta onödiga prover eller remittera patienten än en jämförelsegrupp av allmänläkare [Kjeldmand, 2004, 2005].

Den ungerske psykoanalytikern Michael Balint har alltså haft ett stort inflytande på allmänmedicinen. Hans sessioner med samtalande GPs har avlägsnat sig från det psykosomatiska synsättet att betona sjukdomen och den diagnostiska reflexen. I stället såg han till att flytta in patienten med hela sin person i konsultationsrummet och därigenom förändrade han också läkarens roll. Balint har också bidragit med en praktisk metod att hantera överföring och motöverföring i det kliniska mötet. Nya begrepp inom allmänmedicin som ”the drug doctor” och ”the apostolic function” (läkarens övertygelse om hur en patient bör uppföra sig när han är sjuk) är konkreta bevis på hans inflytande.[Balint, 1957].

## 5.2 Kroppsundersökningen

Behöver doktorer alltid kroppsundersöka sina patienter? En holländsk observationsstudie fann ett samband mellan att doktorerna verkligen utförde en kroppsundersökning och beaktade relevanta psykosociala aspekter i konsultationen. Författarnas slutsats var att färre kroppsliga undersökningar var ett tecken på sämre klinisk kompetens [Smits, 1991]. En kroppsundersökning kan vara av olika karaktär och olika omfattning, alltifrån ett noggrant iakttagande av hur patienten betar sig, hur kroppsliga besvär direkt kan avläsas på patientens allmäncroppsliga status och kroppsspråk till en omfattande traditionell kroppsundersökning. Doktors tendens till intellektualisering och distansering från människan framför sig kan ta sig konkreta uttryck i att avstå från kroppsundersökning. Att konsultationen kan vara kraftigt tidsbegränsad är en annan vanlig orsak till att avstå kroppsundersökning.

Kroppsundersökningen som den lärs ut inom läkarutbildningen tenderar att poängtera detaljundersökningar. Bedömningar av mer komplexa funktioner



såsom patientens kroppsliga position, kroppens rörelse, balans, förhållande till rummet och människorna tränas mindre.

Begreppet psykosomatik vidmakthåller en dualistisk syn på individen. Inom allmänmedicinen är inte denna uppdelade syn på människans varande särskilt tillämplig på det sätt som den kan fungera inom mer organspecifierade discipliner. En modell, inspirerad av pedagogen Piaget, konstruerades för att åskådliggöra hur man kan komma förbi kropp/själuppsplittningen av den mänskliga organismen. I den modellen manifesterar sig den mänskliga organismen som mänsklig aktivitet, organfunktioner, fysisk kropp och neurofysiologiska funktioner. Modellen kan fungera som en tankehjälp i det kliniska arbetet för allmänläkare och själva kroppsundersökningen kan ses som ett observerande av kroppslig hållning, kroppsliga rörelser, specifika organundersökningar och den interaktivitet som uppstår vid själva undersökningen. Personen kommer inte med sin kropp som en själens spegel utan **personen framträder inför läkaren med sin kropp** [Mattsson, Mattsson, 2002].

Intima kroppsliga undersökningen är ett område som är förhållandevis lite studerat. Allmänläkare hävdar att strategier för att dämpa den sexuella laddningen används av både dem själva och patienterna. I en intervjustudie med läkare och läkarstudenter som identifierade sig själva som homo- eller bisexuella rapporterades om att den sexuella identiteten användes för att underlätta det kliniska mötet med homo-och bisexuella patienter. Uppenbart var att det saknades både kunskap och klinisk träning för att hantera intima kroppsundersökningar med respekt utan alltför stort avstånd till patienten (depersonalisering) [Riordan, 2004]. I en engelsk undersökning, med bakgrund i den ökande uppmärksamheten på patientens utsatthet, ökade antalet från 1 till 4 % som ville ha en tredje person närvarande vid intima undersökningar när man informerade om den möjligheten med en poster i väntrummet. Denna blygsamma andel antyder att det verkar som om det finns en handfallenhet även bland patienterna [Pydah, 2010].

Carl Edvard Rudebeck är kanske den läkare som mest energiskt försökt ge begreppet **kroppsempati** en tydlig gestaltning. Grunden för kroppsempati är att patienten och doktorn delar sina viktigaste existentiella kroppsliga villkor. Människan som ett sammanhållet helt där kroppen aldrig kan räknas bort i ett mänskligt livssammanhang är själva grunden för en syn på tillvaron som skiljer sig från en uppdelning kropp och själ. Varje människa har en sorts allmän kroppsempati som läkaren, och då speciellt allmänläkaren, har en daglig möjlighet att förfina genom att möta patienter, lyssna på deras egna kroppsbeskrivningar, iaktta deras kroppsliga reaktioner och undersöka deras

kroppar. Rudebeck har försökt skala bort den hinna av mysticism som finns kring kroppslighetens uttryck och betonat dess vardaglighet och begriplighet.

En nära koppling till kroppsempatin har den **existentiella anatomin** som betonar den levande kroppens uppbyggnad och reaktionssätt på olika påfrestningar (sjukdom, stress). Den existentiella anatomin är ett tankesätt som kan fungera som en brygga mellan den anatomi som till stor del baserar sig på den döda kroppen och den levande personens kropp som vi har framför oss. *"If the doctor knows his existential anatomy, he can follow the patient back to the origin of his experience, where it may be more easily understood"* [Rudebeck, 2001]. Existentiell anatomi är hjärtat som slår, magen som svider, lemmarna som värker och patientens ofta hotande tolkning av lidande, sjukdom och död [Rudebeck, 2000].

### 5.2.1 Sammanfattning kroppsundersökningen

Kroppsundersökningen som en tydligt avskild del av konsultationen upprätthåller en tro om att det finns objektiva moment i en konsultation. Den relativt begränsade forskning om kroppsundersökningen inom den allmänmedicinska konsultationen ger en delvis annan bild. Människan som kropp framträder tydligt under en konsultation och kroppsempatin används av allmänläkarna under hela konsultationen. Kroppsundersökningen är ibland av begränsad omfattning (hudförändring, blodtrycksmätning) och får då en mer teknisk och "objektiv" karaktär.

## 5.3 Tidsutnyttjandet

**Konsultationens längd** varierar mycket mellan olika länder, sjukvårdssystem, ersättningssystem, typer av patienter och individer men också mellan olika doktorer. I en belgisk undersökning av allmänläkare uppmättes konsultationstiden till genomsnittligen 13½ minut och därtill kom kroppsundersökningen på 3½ minut. Doktors efterarbete med diktat var inte inräknat [Deveugele, 2002]. I en studie som primärt handlade om hur allmänläkare fattar beslut självrapporterade allmänläkarna i tre länder om hur mycket tid de hade för olika sorters besök. De tyska allmänläkarna hade kortast tid (6-16 minuter), de engelska (10-20 minuter) och de amerikanska längst tid per besök (18-36 minuter). De engelska allmänläkarna upplevde minst kontroll över sin arbetssituation och de amerikanska mest [Konrad, 2010].

I en svensk enkätstudie fann man att längre konsultationer inte gav nöjdare patienter när man analyserade resultatet på gruppnivå. I jämförelse med engelska förhållanden var konsultationstiden 2-3 gånger längre. Dock kunde man se att vid konsultationer där doktorn och patienten hade 20-25 minuter tillsammans uttryckte patienter med psykologiska problem stor tillfredsställelse över konsultationen på ett sätt som förvånade doktorerna [Andersson, 1989]. Vid längre konsultationstider diskuteras mer psykosociala frågor och patienten tar mer del i att diskutera tänkbara förklaringar till det problem som föranleder besöket [Ridsdale, 1989].

I en engelsk undersökning gav en förlängning av konsultationstiden från 5 till 10 minuter en förbättring med större förståelse hos läkaren för patientens sjukdom och bättre copingstrategier hos patienten [Williams, 1998]. I England är konsultationstiderna korta så även viss förlängning av konsultationstiden verkar uppfattas positivt av patienten [Howie, 1999]. Om förlängda konsultationer på det hela taget förbättrar patientmötet gäller det dock inte för alla läkare. En möjlig förklaring skulle kunna vara att upprepade kortare möten ändå skulle kunna bygga upp en narrativ helhet, alltså en berättelse om patientens sjukdomsbesvär [Greenhalgh, 1998]. I det perspektivet kan man i stället för att fokusera på det enskilda besökets tid fundera över förslag om årlig konsultationstid [Gray, 1998].

I en svensk undersökning definierades begreppet ”bra konsultation” av patienten. De doktorer som hade störst variation i sin konsultationstid var de som uppskattades mest av patienterna. Författarna spekulerar i att en alltför rigid eller fixerad konsultationstid är ett tecken på att doktorn kan ha svårt att uppfatta patientens behov [Andersson, 1994].

I en undersökning från Cleveland, USA, jämfördes konsultationstiden för allmänläkare som hade en personfokuserad stil med läkare som utövade stark kontroll av konsultationen. Den förstnämnda gruppens konsultationer tog i genomsnitt två minuter längre. Högst betyg vad gällde konsultationens resultat fick den personfokuserade läkargruppen [Flocke, 2002]. Korta konsultationer med hög teknisk medicinsk effektivitet verkar kopplade till brister i kommunikationen och missnöjda patienter [Goedhuys, 2001].

I en engelsk studie från West Midlands med patienter med depressiva symtom värderade patienterna högt den tid de fick prata och skulle ha velat få mer samtalstid. Man kunde dock inte visa att det nödvändigtvis innebar att patienterna associerade konsultationslängd med kvalitet. Patienterna uppvisade också ett ansvar för konsultationen genom att de inte redovisade sina problem i alla dess aspekter utan försökte koncentrera sin berättelse så att de fick bäst nytta av konsultationen. Det visade sig kanske något

överraskande att det var patienterna som tog initiativ till tidsransonering i större utsträckning än doktorerna [Pollock, 2002].

Vid längre konsultationer behandlas ofta fler problem än vid kortare konsultationer. I en holländsk undersökning var det vanligt att allmänläkaren vid den längre konsultationstiden ändå upplevde tiden som otillräcklig. Undersökarna spekulerade om att orsaken kan vara att mer komplexa problem eller fler problem kommer upp på agendan? Själva längden av konsultationstiden kan också upplevas som en stressfaktor [Zantinge, 2005].

Att **effektivitet i konsultationen** är ett relativt begrepp reflekterade en skotsk allmänläkare över efter en tidsstudie (time and motion). Han använde en teknik som annars mest används inom industrin. Den skotske GPn mätte tiden för öga mot öga med patienten, skrivande, telefonerande, läsande, praktiskt hanterande av pappersjournaler, rörelser in och ut från rummet och körtid vid hembesök. Inte särskilt förvånande framkom skillnader mellan GPs där till exempel tiden öga mot öga kunde variera med hundra procent. Han avslutade sin märkliga artikel med följande: *"I remember with fondness a fine country doctor who, when he had to give an injection, walked from his surgery, up the corridor, through the kitchen, out the back door and round to the out-houses where the fridge was kept. He retrieved the appropriate ampoule and set off on return journey. It was not very efficient but it had a delightful air of unhurried contentment"* [Buchan, 1978].

Vid planerade besök av amerikanska patienter med kroniska sjukdomar lades mycket tid på att diskutera följsamhet till ordinationer, förhandla och ge kostråd. Vid akuta besök lades mer tid på procedurer, kroppsundersökning samt återkoppling av provresultat och hälsoråd. Författarna drog slutsatsen att allmänläkarna strukturerade sin tid olika beroende på om det var ett akut eller kroniskt/planerat besök [Yawn, 2003].

Att både allmänläkare och patienter rapporterar tidsbrist är ett välkänt fenomen. Därför är det förvånande att det knappast finns tidigare undersökningar än från slutet av 1970-talet där allmänläkarna själva rapporterar missnöje med tidspressen de upplever i sin praktik [Mawardi, 1979].

### 5.3.1 Sammanfattning tidsutnyttjandet

Tiden i ett patient-läkarmöte är ett komplext begrepp. Det finns strukturella orsaker som kan förklara hur mycket tid som tilldelas ett besök. Utöver detta kan man se att tiden vid besöket är nära kopplad till arbetssättet och att det

ofta föreligger oklarheter i förväg om hur tiden ska disponeras vid mötet. Både allmänläkaren och patienten har en egen tidsplanering som ofta inte är känd för den andra parten. Även om det inte finns något linjärt samband mellan tid och resultat så förefaller längre tid vara en kvalitetsfaktor vid mer komplicerade sjukdomsbilder.

## 5.4 The good enough GP (Den tillräckligt duktiga allmänläkaren)

Jag har försökt teckna en bild av förväntningar på allmänläkaren, det allmänmedicinska kunskapsområdet och allmänläkarens arbetssätt. Bilden har utifrån den breda forskning som finns blivit komplex. Woncass sex kärnkompetenser sammanfattar kompetensen och anmodar indirekt en allmänläkare ett sätt att arbeta. Kärnkompetenserna: organisationsförmåga, patientcentrering, problemlösningsförmåga, mångsidighet, samhällsorientering och helhetssyn kan sägas uttrycka en idealbild av allmänläkarens kompetens. Läkare socialiseras in i ett förhållningssätt som präglas av stor tilltro, kanske en överdriven tilltro, till den egna förmågan. När den förmågan utsätts för konfrontationer med krav på ändrade förhållningssätt inför nya kunskaper och nya organisationssätt uppstår en känsla av tilltagande maktlöshet. I det ljuset har psykoanalytikern Gerhard Wilke utvecklat ett förhållningssätt som baserar sig på Winnicotts begrepp om ”the good enough” [Winnicott, 1949]. Wilkes ”lösning” är att allmänläkaren ska inse sina begränsningar, sina egna behov och nödvändigheten av samarbete för att möta förändringar [Wilke, 2001]. Med ”the good enough GP” som utgångspunkt och med Wilkes ”lösningar” som förförståelse ville vi pröva Woncass kärnkompetenser bland svenska allmänläkare.

## 6 DELSTUDIER

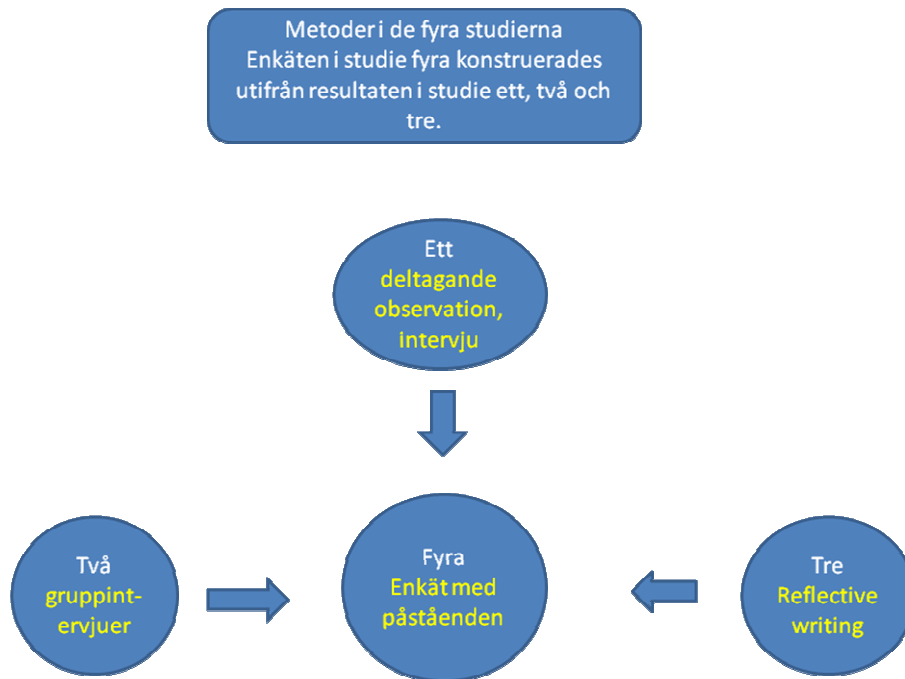
Arbete	Ett	Två	Tre	Fyra
Typ	Deltagande observation och intervju	Gruppintervju	Uppfattningar, skriftlig	Enkät
Deltagare	5 allmänläkare	2 fokusgrupper med 6 allmänläkare i vardera	49 läkarstudenter termin 10	508 läkarstudenter termin 1,3,5,7,10,11
Plats	Vårdcentraler södra Sverige	Södra Sverige	Göteborg	Göteborg
Analys	Textkondensering	Innehållsanalys	Innehållsanalys	Statistik, gruppjämförelser

### 6.1 Övergripande syfte

Ett övergripande syfte med avhandlingen har varit att ge en beskrivning av allmänläkarens kompetens och arbetssätt från flera utkikspunkter. Att undersöka hur den allmänmedicinska kompetensen uttrycker sig i praxis görs i studie 1-3. Ett mer specifikt syfte har varit att ställa fynden i studie 1-3 emot den beskrivning av allmänmedicinen som Wonca har gett i sin senaste version från 2005. Hur korresponderar den studerade praxiskompetensen med Woncas kärnkompetenser? I studie 4 ville vi kartlägga synsätt på allmänmedicin hos läkarstudenter och undersöka om vissa synsätt var kopplade till en framtida allmänläkarkarriär.

### 6.2 Metoder

Metoderna valdes för att vara nära den praktiska verksamheten och för att kunna ge olika perspektiv på kompetensen: deltagande observation och intervju i studie 1 studerar allmänläkarna på plats i mottagningsrummet, gruppdiskussionerna i studie 2 låter allmänläkarna själva formulera sig och i studie 3 formulerar studenter sent i utbildningen utifrån färsk erfarenheter av auskultation på allmänläkarmottagningar sin syn på allmänmedicin. Enkätundersökningen i studie 4 är utformad utifrån resultaten i studie 1-3.



## 6.2.1 Delstudie 1

### Syfte

I principdeklarationer är det svårt att fånga komplexiteten i allmänläkarens arbete [Wonca, 2005]. Under en arbetsdag träffar allmänläkaren patienter, talar med dem i telefon, interagerar med kollegor och personal, fattar en mängd beslut, dokumenterar och står till hands för andra samtidigt. Studier av hur allmänläkararbetet går till i praktiken är fåtaliga [Holm, 1995] och det finns ett behov av att forma kunskap om den vardagligt framträdande kompetensen utifrån en empirisk beskrivning.

Syftet var att **beskriva och förstå hur några kompetenta allmänläkare utför sitt dagliga arbete** både under och kring själva konsultationen samt i samarbetet utåt. Fynden skulle sedan relateras till den pågående diskussionen om urval och utbildning av allmänläkare.

### Material och metod

Fem allmänläkare valdes ut efter rekommendationer från kollegor. Allmänläkarna skulle vara kompetenta både inifrån professionell synvinkel

och utifrån patienternas perspektiv. Tre kvinnor och två män, 35-60 år, både från stad och landsbygd med erfarenhet som allmänläkare mellan två och 25 år kom att ingå.

Undertecknad utförde deltagande observation under en arbetsdag med användande av ett observationsschema. Observationsschemat utarbetades utifrån pragmatiska synpunkter, kronologisk uppställning och påverkat av idéer om patientcentrering. Observationsschemat innefattade mötet, avbrott i konsultationen, pappersarbete, tiden mellan patienterna och övergripande aspekter. Själva observationen var bl.a inspirerad av Michael Agars koncept med "rich points" inom etnografen [Agar, 1996; Malterud, 1998; Morse, 1998].

Under observationerna gjordes fältanteckningar som bearbetades i nära anslutning till en sammanhängande beskrivning och användes som underlag för en uppföljande intervju. Intervjun spelades in på ljudband och dess syfte var att pröva och komplettera observationen.

Analysen expanderade först texten till en sammanhängande beskrivning för att sedan kondenseras. Utifrån observationen utarbetades en beskrivning av varje läkares arbetssätt. En uppföljande intervju med allmänläkaren syftade till att förtydliga det som var oklart, att ge allmänläkaren möjlighet att kommentera viktiga aspekter om praktiken som inte dykt upp under observationsdagen och att få möjlighet att ställa frågor utifrån observationerna. Den reviderade beskrivningen skickades sedan till allmänläkaren för att ge möjligheter att pröva beskrivningen i ett färdigt skick. Dessa beskrivningar kom sedan att publiceras i en rapport [Landström 2002]. Den förkortade beskrivning (se avsnittet "Två verkliga allmänläkare") som sedan kom att ingå i artikeln är en kondensering och koncentring av det mest typiska för varje läkare.

I nästa steg jämfördes de fem beskrivningarna för att undersöka i vilka avseenden arbetssätten skiljde sig åt och var gemensamma. Genom ytterligare successiva kondenseringar och upprepade jämförelser framträdde två dimensioner (i artikeln kallade "kategorier") av kompetensen som syntes spegla något om erfarenhetens betydelse i arbetssättet. I sista steget utarbetades ett antal nyckelkaraktistika för varje allmänläkare. Slutligen jämfördes både kategorier (dimensioner) och nyckelkaraktistika mot fältanteckningar (observationsschema) samt undertecknads minnen från den deltagande observationen (se epilogsjälreflektion).



## Resultat

Fem beskrivningar av allmänläkares arbetssätt, varav två finns redovisade här under rubriken "Två verkliga allmänläkare".

### Två huvudkategorier

Kompetenta allmänläkare uppvisar en blandning av spontant beteende som är kopplad till personligheten – *personlig stil* – och *medvetna strategier*. Blandningen av det spontana beteendet och den medvetna strategin uttrycks både i mötet med patienten och i hur arbetet organiseras.

Den medvetna strategin uttrycker det sätt som läkaren aktivt väljer att hantera specifika moment i arbetet. För Dr B kan den medvetna strategin vara att inte avsluta ett patientmöte utan att man kommit fram till ett gemensamt synsätt eller att ständigt verka för organiserade arbetsvillkor.

Den personliga stilen är ett uttryck för personligheten i spontant agerande snarare än ett medvetet val. En aspekt av den personliga stilen är för dr B hennes självklara förmåga att koncentrera sig på patienten i början av konsultationen.

### Nyckelkaraktistika

Personligt färgade arbeteegenskaper vars uttryck sker inom ramen för de två kategorierna (dimensionerna).

Exempel på nyckelkaraktistika för dr D:

personlig stil: lugn, tillbakalutad hållning och ändå engagerad, plirande blick, långa pauser, lugnande snarare än förklarande, använder doktorsauktoriteten.

medvetna strategier: stannar upp för att lyssna om patienten börjar prata under kroppsundersökningen, begränsar sin uppmärksamhet till medicinska problem, intresserad av praktiska färdigheter, baserar sin patientkänedom på lång kontinuitet.

### Gemensamma drag hos alla fem allmänläkarna

Uppmärksamhet på patienten som person, patientcentrerat arbetssätt, skyddar konsultationen från yttre störningar, undviker att ta över ansvar från patienten och skyddar den egna autonomin samtidigt som de förhåller sig till patienternas behov.

### Slutsats

En välutvecklad personlig stil är nödvändig för att uppnå en balans mellan uppmärksam lyssnande och tillbakadraget analyserande. Vi väckte tanken att

övergången av medvetna strategier till en personlig stil kan vara en viktig del av den professionella utvecklingen som allmänläkare.

### The good enough

I rapporten gjordes av doktorerna A-E en abstraherad allmänläkare som tog till vara olika positiva egenskaper i arbetssätten. Så här framställdes den tillräckligt duktige allmänläkaren då [Landström, 2002].

**Den tillräckligt duktige allmänläkaren:** Doktorn etablerar en känslomässigt nära kontakt med patienten. Han har en påtaglig närvaro under samtalet och koncentrerar sig på patientens berättelse. Till en början får patienten prata utan att bli avbruten. Doktorn undersöker sedan enträget patientens förväntningar på konsultationen och arbetar metodiskt för att finna ut allvarligheten av patientens symtom. Han använder sin egen förtrogenhet med kroppsliga upplevelser för att förstå patientens symtombeskrivning (kroppsempati). Doktorn anpassar sitt förhållningssätt till den patient som söker och är öppen för oväntade vändningar. Doktorn har en bred medicinsk kompetens och en tränad men riktad undersökningsteknik med beredskap för oväntade statusfynd. Efter undersökningen informeras patienten utgående från de frågor patienten haft inför mötet. Doktorn möter patientens medicinskt och känslomässigt men avstår från hjälp med sådant patienten kan klara själv och avvisar krav som doktorn bedömer som inte rimliga.

Uppföljande kontakter med patienten i form av återbesök, telefon och provsvar organiseras så att arbetet på mottagningen underlättas. Doktorn dikterar direkt efter konsultationen och försöker spegla konsultationens innehåll och stämning. Mottagningsarbetet organiseras så att konsultationen får försiggå i ostördhet men tid för samarbete med sjuksköterskor och telefonkontakter med patienter planeras in. Patientadministrativ tid och fortbildningstid avsätts. Schemat är så pass luftigt att akuta patienter kan komma utan att rasera hela planeringen. Doktorn tydliggör för personalen hur han vill strukturera sitt arbete för balans mellan patientbehov och egna behov.

### Om metod

De fem allmänläkarna valdes för sin erkända kompetens. Deras arbetsplatser, arbetsvillkor och utbildningstradition är för svenska förhållanden normala och det finns skäl att tro att resultaten av studien till delar är tillämpliga även på många andra svenska allmänläkare. Nyligen har en stor engelsk studie presenterats som visar systematiska skillnader åt det negativa hållet i bedömningen av kollegor när man inte känner kollegan särskilt bra [Campbell, 2011]. I vår studie var dock fokus snarare på beskrivning än bedömning.

Bland de fem fanns i arbetssättet både variationer och likheter och materialet var så pass omfattande att deras individuella arbetssätt kunde beskrivas med detaljer. Observationerna omfattade en dags arbete och därigenom en stor mängd patientmöten både öga mot öga, via telefon och som konsult till utbildningsläkare/sjuksköterskor. Det fanns alltså en mängd tillfällen att observera och registrera hur allmänläkaren utövade sin kompetens i praxis. Det samlade intrycket var att arbetet som allmänläkare uppfyllde nästan varje stund av dagen och försiggick i ett tillstånd av koncentrerad brådska större delen av tiden.

I etnografi används ofta metoden ”thick description” som innebär att man försöker uppfatta och notera så många detaljer som möjligt i sin fältanteckningsbok. Vi bedömde att den metodiken inte var nödvändig eftersom miljön var väl känd för observatören och att många moment under patientbesöken också var rakt-på-sak för en allmänläkare [Emerson, 2001]. I stället kunde koncentrationen hos observatören läggas på att uppfatta skillnader mellan allmänläkarna i medvetande om att observationsschemat ändå gav en gemensam ram åt observationsinriktningen. Man skulle kunna se det som att jag utnyttjade min förförståelse till att försätta mig i en situation då jag rent symboliskt skulle kunna sägas studera mig själv. Uppgiften blev då att välja perspektivet från sidan (och där hjälpte observationsschemat till) och inte falla in i en läkarroll och börja fundera över patientens problem.

Deltagande observation verkar alltså vara en lämplig metod för att studera arbetssättet hos allmänläkare. Den ger ett rikt material och kan accepteras av både läkare och patienter.

## Om resultat

De gemensamma dragen i allmänläkarnas arbetssätt var inte enhetligt gemensamma utan uttrycktes på ett personligt sätt hos alla fem allmänläkarna. Därvid framstår de fem allmänläkarna både störligt individuella och gemensamt förvaltande en medicinsk tradition.

Det gemensamma hos dessa fem allmänläkare (*uppmärksamhet, patientcentrering, skydda konsultationen från störningar, avstå att ta över ansvar från patienten och skyddande av sin egen autonomi*) återfinns ju delvis i Woncas kärnkompetenser. Men där Wonca betonar allmänläkarens roll i ett större perspektiv (ansvaret för ekonomin och organisationen) så talar vår studie mer om allmänläkarens arbetsmiljö och särskilt om den delen av arbetsmiljön som handlar om överbelastning i arbetet.

Den deltagande observationen ägde rum till största delen inne i läkarens arbetsrum. Fokus var utan tvivel på patient-läkarrelationen men undersökaren vistades också i pausrum tillsammans med läkaren och övrig personal och fick därigenom en viss inblick i hur samarbetet gick till. Undersökaren ställde också frågor till personal om samarbetet och det var en samlad bedömning av hela arbetssituationen som stöder att samarbete och ledning är högst begränsade för de studerade allmänläkarna.

Vår studie ligger med sin närhet till den kliniska praktiken som en påminnelse om problemet med att renodla, idealisera och önsketänka kring professionella arbetsförhållanden som man i någon mån gör med Woncass kärnkompetenskriterier. Allmänläkarna finner sina egna strategier att hantera vardagens påfrestningar. Då räcker kraften inte till för ett i längden viktigt strukturellt tänkande kring organisation och resurser.

Men studien pekar också på det individuella i allmänläkarnas arbetssätt. Denna "*personliga stil*" tar sig olika uttryck. Den gemensamma faktorn *uppmärksamhet* uttrycks hos en av läkarna i en bakåtlutad hållning och plirande blick. Hos en annan består samma uppmärksamhet i framåtlutad kroppsställning i höjt beredskapsläge.

Det individuella hos läkaren kan vara mer eller mindre integrerat i den egna personligheten. Vi fann att läkarna använde olika strategier på ett medvetet sätt och till skillnad från den personliga stilen så var *medvetna strategier* förhållningssätt som läkaren aktivt arbetade med. En läkare använde medvetet snabba inskjutna frågor under patientens berättelse medan en annan läkare medvetet arbetade med emotionellt gensvar. För en tredje läkare var det emotionella gensvaret mer intuitivt och syntes mer som en personlig egenskap och blev på så sätt en del av den personliga stilen.

Det finns en rädsla inför att släppa patienten alltför nära inpå sig. Medicinutbildningen har en tradition av att distansera sig från patienten. Emotionella uttryck från patienten kräver att läkaren reagerar på en emotionell nivå. Den svenske kognitive terapeuten Giacomo d'Elia påtalar behovet av träning/utbildning i att svara på emotionella signaler [d'Elia, 2002]. Att emotionellt gensvar (ordval, röstläge som matchar patientens, tecken på att berättelse följs) kommit in i allmänläkarnas medvetande fann vi stöd för.

Skådespelares agerande har vissa beröringspunkter med allmänläkares. En skådespelare gestaltar med känslor, svarar på känslouttryck och befinner sig i en avgränsad sfär med givna regler. Däri kan man känna igen något av allmänläkarens möte med patienten. Sociologen Stina Bergman Blix har

beskrivit hur skådespelaren gradvis kommer att professionalisera känslouttryck som har sin bakgrund i det egna privata livet. Med tilltagande erfarenhet lär sig skådespelaren att gå in i och ut ur känslor utan att behöva koppla direkt till det privata. Hon kallar det *professionalisering av känslor* och finner att det är själva repetitionsprocessen som ”lär” skådespelaren detta [Bergman Blix, 2010].

Studien väckte hos oss frågan om hur den personliga stilen uppkommer. Att personligheten i sig har stor betydelse verkade uppenbart. Men vi anade också att den personliga stilen inte var något en gång för alla givet. Det finns en parallell i hur man lär sig köra bil, hur man utvecklas från novis till expert [Dreyfus, 1987]. Parallellen ligger i hur medvetet man hanterar olika moment i bilkörningen och konsultationen. Ju skickligare en bilförare blir desto mindre uppmärksamhet behöver användas till vanliga moment i bilkörandet. Vi tänker oss att en allmänläkare med tilltagande erfarenhet och medvetenhet kan ha möjlighet att införliva medvetna strategier med personlig stil. Den personliga stilen blir då ett uttryck för en ökande kompetens. På motsvarande sätt kan då personliga brister hos allmänläkaren bli ett hinder för den professionella utvecklingen. Personliga egenskaper och deras hanterande bör antagligen få en större betydelse för läkarutbildningen, både i själva antagningsprocessen och i utbildningen [Patterson, 2000].

## 6.2.2 Delstudie 2

### Syfte

I studie 1 hade vi studerat allmänläkarna mestadels utifrån med deltagande observation. Vi ville nu ge allmänläkarna möjligheten att själva formulera sig om hur de arbetar på mottagningen. Som motiv till studien fanns också risken att allmänläkarnas praktiska erfarenheter inte värderas när de inte görs synliga [Beaulieu, 2006]. Syftet med studien var att undersöka **hur allmänläkare beskriver sin egen praktik och professionella roll** och hur de uppfattar vad som karaktäriserar deras profession. En jämförelse med Woncas kärnkriterier skulle göras.

### Material och metod

Två gruppintervjuer genomfördes med vardera sex allmänläkare (sex kvinnor, sex män) som bedömdes ha god klinisk kompetens. Urvalet hade gjorts i samarbete med lokala studierektorer. Allmänläkarna hade arbetat mellan ett och trettio år och kom både från stad och från landsbygd.

Gruppdiskussionen i den första gruppen fokuserade på olika arbetssätt, både idealt och hur de själva gjorde. I den andra gruppen diskuterades mer detaljerat, steg för steg, hur de själva utförde sitt arbete, var och en fick i uppgift att berätta om sitt eget arbetssätt. I båda grupperna var diskussionsfokus på gruppdeltagarnas egna arbetssätt.

Gruppdiskussionerna spelades in på ljudband, transkriberades och analyserades med innehållsanalys [Morgan, 1993, Graneheim, 2004].

## **Resultat**

Utgående från analysen av gruppdiskussionerna med allmänläkarna kan allmänläkarens kompetens beskrivas i form av de två kategorierna *professionell beredskap* (professional readiness) och *konkret arbetssätt* (working behaviour).

### **Professionell beredskap**

Medicinsk kunskap modifierad av erfarenhet: *"nästan allt som du har hört talas om kommer du att se förr eller senare"*.

Kännedom om patienten: Den personliga kännedomen gör att tolkningen av patientens symtom och beslutsfattandet blir lättare. *"När utbildningsläkaren frågar – om de vill ha min bedömning så frågar jag – vem är det?"*

Uppmärksamhet och engagemang: Nyckelmomentet i mötet med patienten, lyssnande och ett inre beslut om vad som är viktigast för patienten *"du kan inte ta tag i alla trådar"*.

Medvetenhet om osäkerhet: Denna medvetenhet är nödvändig för att upprätthålla öppenheten för nyanser i patientens symtombeskrivning *"våga leva med osäkerhet"*.

### **Konkret arbetssätt**

Förberedelse: Den kan bestå i journalläsning, mental preparering eller ingen alls *"vill vara som ett blankt papper"*.

Det nuvarande patientproblemet: Kan vara ett annat än man förväntat sig eller att patienten kan vilja diskutera mer än ett problem. Det viktigaste är att patienten erbjuds *"få sin tid att prata"*.

Tidshanteringen: Olika strategier för att hantera mestadels en brist på tid. Begränsade styrmöjligheter för doktorn.

Kroppsmedvetenhet: Kroppsundersökningen som en bekräftelse på patienten som person och för att iaktta förändring: *"du känner din patient och du kan lägga märke till en viktnedgång till och med innan de själva har lagt märke till det"*.

Samarbete: Tre förhållningssätt framkom: Det första förhållningssättet betonar ostördhet under konsultationen, det andra att vara mentalt förberedd för att bli störd och det tredje strävar efter en balans mellan ostördhet och samarbete *"skärma av när du behöver det, men det är också en plikt att hjälpa personalen och det är nödvändigt att finna en balans"*.

Journalförande som ett arbetsredskap: Samtliga i fokusgrupperna dikterade direkt efter patientmötet. Skillnader i synen på journallängd framkom. Korta diktat (*"dikterar inte mer än minimalt"*) eller långa diktat (*"dikterar för att minnas i längre konsultationer"*). Skillnader i synen på behovet av att sätta diagnoser framkom. De mest positiva betonade diagnosen som en sammanfattande bedömning av patientens tillstånd medan de mest negativa menade att diagnosen uttrycker en reduktionistisk syn på patientens besvär.

### Slutsats

Studien visar empiriskt hur teori och praktik är integrerade i arbetet som allmänläkare. Den professionella beredskapen med baskompetens, erövrade förmågor, kunskap om patienten och reflektionen kring den egna praktiken korresponderar med arbetssättets konkreta utformning före, under och efter mötet med patienten.

### Om metod

De två grupperna hade något olika fokus i sina samtal. I den första gruppen diskuterade man både hur man borde göra och hur man själva gjorde. I det andra gruppsamtalet önskade vi fler rapporter på en mer detaljerad nivå om hur man som allmänläkare utför sina arbetsuppgifter. Vi fick också fler direkta exempel från den egna praktiken. I den första gruppen var interaktiviteten stor och associationerna talrika. I den andra gruppen var systematiken större och tydligare och gruppdeltagarna lämnade en mer fullständig beskrivning i ett sammanhang. Man diskuterade ändå i båda grupperna om samma arbetssituation med lite olika utblick.

Som man kunde vänta sig i en grupp av kollegor fanns en tendens till konsensus eftersom man är angelägen om att uppfylla professionella krav gentemot sina kollegor. Här kan finnas en svaghet med studien i form av en gömd agenda då både deltagare och gruppledare är kollegor [Coar, 2006].

## Om resultat

De två gruppintervjuerna bekräftade bilden från studie 1 att Woncas bild av allmänläkarna är idealiserad eller i alla fall begränsad. Fyra av sex kärnkompetenser uppfylldes men *ledarskap och överblick* (management) och *resursbalansering* (resource balance) såg vi inte mycket av. Det kan tolkas så att detta är kompetenser som inte tillhör den traditionella läkarrollen och därför inte diskuteras under intervjuerna.

Allmänläkarnas kompetens kan alltså beskrivas som en kombination av beredskap i bred professionell mening – professionell beredskap – och det uttryckta arbetssättet – working behaviour. Det uttryckta arbetssättet blir alltså en konkret beskrivning av hur det går till före, under och efter patientens närvaro. I praxis sker en integrering mellan den enskilda allmänläkarens teori och hennes/hans konkreta arbetsutförande. Studien understryker att det verkar finnas en tydlig teoretisk bas, som är successivt modifierad genom erfarenhet, hos den enskilde allmänläkaren inför det konkreta utförandet av arbetet.

För allmänläkaren blir erfarenheten kopplad till enskilda patienter. Det blir en erfarenhetsbas som innebär att känna igen tusentals speciella fall [Dreyfus, 1987]. Kunskapen om sjukdomen blir inte bara allmän som i läroböcker utan också kopplad till kännedom om en patient [Reid, 1982].

Centralt i en allmänläkares professionella beredskap finns insikten om den medicinska osäkerhet som inkorporerandet av ny kunskap innebär. ”Att inte tro sig veta allting” (”not knowing everything”) är ett sätt att uttrycka osäkerheten. En allmänläkare kan komma till en ännu tydligare position som den engelska allmänläkarideologen Iona Heath har formulerat som *”to be clear about uncertainty”*. Denna medvetenhet om den egna osäkerheten utgör en viktig aspekt av den professionella beredskapen [Heath, 1999].

I förberedelsen inför mötet spelar läkarens personlighet stor roll. Här finns alltifrån ingen förberedelse alls, en snabb titt i journalen till en rejäl inläsning av journalen. Det tycks inte finnas någon riktig konsensus om hur man ska göra i den förberedande situationen. Här finner alltså **personlig stil** ett konkret uttryck.

I denna mer eller mindre omfattande förberedelse ingår hur allmänläkaren förhåller sig till vad patienten söker för. Det kan vara ett eller flera problem och det kan i olika grad handla om patientens eller sjukvårdens initiativ. Om initiativet i minskande grad blir patientens, som när sjukvården aktivt ökar sin screeningverksamhet, kan vi få mer av protokollsdriven sjukvård [Bensing, 2006]. Linn Getz har i artiklar och i sin avhandling diskuterat



effekter av långtgående screening och kontrollprogram av kroniska sjukdomar. Hon skriver att individuellt utformad prevention karaktäriseras av *"fragmentation, biological monitoring, and technological interventions for which there is often limited evidence of effectiveness"*. Debatten har hittills varit undanskymd om *"downstream effects of this development, in terms of consequences for the individual, the healthcare system, and society at large"* [Getz, 2005]. Screening diskuterades inte i vår studie men däremot att läkaren kan ändra fokus om patienten tar upp ett annat problem än patienten blivit kallad för. Patienten vill kanske hellre prata om sina knäproblem än om blodtrycket.

Nära kopplat till hur läkaren förstår vad som är viktigast för patienten ligger hanteringen av tiden. I studien var frågan om brist på tid återkommande. När doktorn blev stressad av arbetsuppgifternas mängd förändrades arbetssättet, frågorna kunde bli mer riktade och krävde korta svar. Hur läkaren förhåller sig till tidsbegränsningen har också en arbetsmiljömässig sida som indirekt påverkar kompetensen. En misslyckad planering av tiden, och det misslyckandet ligger ofta utanför läkarens kontroll i arbetsorganisationen, kan få läkaren att i längden inte orka med sitt arbete och känna sig nödgad byta arbetsplats. Därigenom förloras den del av kompetensen som är kopplad till patientkännedom. Att arbeta patientcentrerat tar i allmänhet något längre tid i det korta perspektivet [Pollock, 2002].

Kroppsundersökningen är ett läkarprivilegium som utförd med observans och varsamhet blir till en uppmärksamhet på kroppen som därigenom får ett bekräftande inslag [Rudebeck, 1992]. De gruppintervjuade allmänläkarna beskriver kroppsundersökningen högst sällan som en okomplicerad teknisk del av arbetet.

Hur samarbetet med andra professioner går till, och särskilt med mottagningens sjuksköterskor, är också föremål för olika synsätt. Liksom i fallet med förberedelser inför patientmötet tycks personligheten, och kanske också ideologiska ståndpunkter, vara av betydelse. Mot samarbete sätter en del allmänläkare ostördhet under patientmötet. Andra betonar samarbetet som ett sätt att utnyttja sköterskornas kompetens. Samarbetet är inte okomplicerat eftersom det inkräktar på det ostörda patientmötet.

Dokumentationen efter att patienten lämnat mottagningen (att skriva eller diktera journal med patienten närvarande förefaller mycket ovanligt även om det är ett sätt att konfirmera att båda har förstått vad besöket innehöll) är också föremål för skilda synsätt. Att dokumentationen görs i nära anslutning till besöket verkar vara en allmän önskan och läkarna dikterar kort för att minnas eller långt för att dokumentera. Specificerad medicinsk diagnos kan

vara en hjälp att fatta beslut men också ett falskt hanterande av fakta. I denna tekniska aspekt kan man se den från studie 1 beskrivna personliga stilen.

### 6.2.3 Delstudie 3

#### Syfte

Läkarutbildningar har på många håll fått ett större inslag av allmänmedicin. På den grunden borde alltså läkarstudenter sent i utbildningen ha kunskaper och erfarenheter för att kunna beskriva allmänläkarens kompetens. Kanske hade läkarstudenter erfarenheter utifrån sitt perspektiv som inte kommit fram i de två första studierna? Syftet med studien var att undersöka **hur läkarstudenter under sitt sista utbildningsår uppfattar allmänläkarens specifika kompetens**. Vilka typer av kliniska problem tycker de att allmänläkare är särskilt bra på att klara av?

#### Material och metod

Läkarstudenter från två studentkurser på sista studieåret i Göteborg fick skriftligen redovisa sina uppfattningar om allmänläkarens kompetens. Man fick ta ställning till frågan:

*”Beskriv några situationer eller allmänmedicinska patientproblem, där du bedömer att allmänläkaren med sin kompetens har särskilda förutsättningar att lösa uppgiften jämfört med andra specialister. Förklara varför du i just dessa fall skulle föreslå att en allmänläkare är lämpad att ta sig an problemet.*

*Om du har svårt att komma på några sådana situationer, ge dina tankar kring varför.”*

Svaren redovisades anonymt och skriftligt på 1-2 A4 sidor. Totalt svarade 49 (13 i första kursen och 36 i den andra) studenter. I den andra kursen hade frågan lagts in i själva examinationen men svaret och svarets omfattning ingick inte i bedömningen för godkänd kurs. Svaren bearbetades med hjälp av innehållsanalys.

#### Resultat

Tre teman identifierades efter analys av studenternas berättelser: Förutsättningar (för arbetet som allmänläkare), patientproblem och klinisk bedömningsförmåga. Dessa tre temata återspeglar primärvårdens förutsättningar, patientproblemen som allmänläkarna hanterade och hur allmänläkarnas kliniska bedömningsförmåga tog sig uttryck i det konkreta

patientmötet. I det följande redovisas delar av resultatet av analysen med enskilda citat från studenter.

## 1. Förutsättningar

### a. närhet till patienten

Allmänläkaren träffar många patienter och får kunskap om vilka individer som söker hjälp. Med personkännedom blir *”..allmänläkarens styrka att se till den diversitet som patienten presenterar... och ta upp lite mer privata saker”*

### b. samarbete

Allmänläkare samarbetar nära med sjuksköterskor och andra inom vårdcentralen men ett mer organiserat teamarbete nämndes sällan.

*”..som allmänläkare ofta har en djupare kännedom om hur det fungerar med samarbete med kommun, socialtjänst osv”*

### c. lätt att få vård

God tillgänglighet betonades och särskilt de patienter som lätt oroar sig kan få kontakt på ett enkelt sätt. *”..patienten vet vart de ska vända sig”*.

Utredning av oklara besvär kan ske utan större brådska om inte medicinska skäl hastar. *”..utredning kan ske efter hand, patienten hinner tänka igenom sin situation”*

### d. brist på professionell inspiration

Studentrapporterna innehöll relativt få kommentarer om begränsningar av allmänläkares möjligheter att ta sig an patientproblem. Begränsade möjligheter till fortbildning och professionellt utbyte poängterades.

*”..sjukhushpersonal har fördelen av att träffa och utbilda varandra”*

## 2. Patientproblem

### a. oorganiserad nivå

I de första mötena konfronteras allmänläkaren med patienternas rädsla och oro och har därigenom möjligheten att upptäcka vad oron representerar, en översiktlig diagnostik kan vara tillräcklig. Allmänläkarna närmar sig orsaken stegvis.

Några studenter beskrev dock att allmänläkaren egentligen inte har så mycket specifikt att tillföra sjukvården. Allmänläkarens uppgifter framställdes mest som gallring, friskvård, läkemedelssanering och remisskrivande. *”..läkaren som en sorteringsmaskin’*

### b. kända sjukdomar

Patienter som har flera kända sjukdomar från olika organsystem är lämpade för allmänläkare. Lämpligheten kan ses utifrån två aspekter: dels omsorgen

om patienten, *"..sjukdomarna om inte så allvarliga var och en för sig blir tillsammans ett problem som inskränker patientens vardag"* och dels behovet om rationalitet i det totala sjukvårdssystemet.

### 3. Klinisk bedömningsförmåga

#### a. inflytandet av själva konsultationen

Studenterna beskrev konsultationsförmågan som att allmänläkaren kombinerade ett fast grepp om själva mötet med öppenhet inför överraskningar och en förmåga till spontanitet. *"..förmågan att vara lyhörd och inkännande för att konfrontera rädsla hos patienten"*

Allmänläkaren har i många studenters ögon en särskild kompetens att prata med patienter på ett avspänt vis och mer jämlikt *"..allmänläkaren är kanske mer än någon annan en läkare för själen"*.

#### b. bredd

Bredd beskrevs ur ett flertal aspekter. Studenterna uppfattade att allmänläkaren har en generalistkompetens, en förmåga som omfattar det gemensamma bortom enskilda individers och sjukdomars specifika uttrycksätt. *"..generalism som förmåga att känna igen komplexa mönster inom hälsa"*

Allmänläkaren har flera frihetsgrader, lättare att byta fokus i sitt handlande och en större möjlighet att arbeta med individualitet i bedömningen. *"..kombinera beprövad erfarenhet med egen erfarenhet i det specifika fallet"*.

Allmänläkaren arbetar inom vardagens hägn. Där ryms både det tillfälliga, det långvariga, det mindre och det större lidandet. Allt finns på samma gång och växlar under arbetsdagen. Allmänläkaren får med tiden stor erfarenhet av hur vardagliga åkommor ter sig och lär sig enkla och ibland standardiserade handlingsätt. *"..våld i hemmet"; "..skrubbsårsinfektioner"*

Allmänläkaren arbetar med patientgrupper som har svårt att finna sin plats inom den specialiserade vården – *"lättsykiatriska patienter"*

Många utredningar slutar på ett tidigt stadium då allmänläkaren med sin kliniska erfarenhet eller genom en mindre utredning kan göra allvarlig sjukdom mindre trolig. *"..halvscreening sker"*. I det läget uppstår en möjlighet för allmänläkaren att bedriva primärpreventivt individarbete. *"..kan börja med att prata om livsstil"*

### c. helhetssyn

Begreppet helhetssyn, som flera studenter använde det, kan förstås som att allmänläkaren är mer känslig för patientens behov än specialisten.

*"..allmänläkaren som med sin patientkänedom och helhetssyn bättre kan råda patienten om han ska prostataopereras än urologen kan"*.

Helhetssyn uppfattas som en humanistisk förmåga, en förmåga att *"se människan"*, att se individen varken hon nu är sjuk eller bara tror sig vara sjuk. *"..behandlar människan snarare än sjukdomen"*

Helhetssyn beskrivs också som en nödvändig förutsättning för att kunna bistå då existensen på allvar blir hotad av en svår sjukdom. *"..behov av upparbetat förtroende för att kunna ta hand om en ny och viktigare sjukdom"*

Helhetssyn kan också vara en förmåga att tänka i vidare banor och inte drabbas av *"tunnelseende"*.

### d. kontinuitet

Studenterna betonade kontinuitetens betydelse och kontinuiteten har många ansikten. Med kännedom om patientens bakgrund kan man göra en initierad bedömning. *"..värdera nytillkomna symtom utgående från en baslinje"*

Sammanhanget kan också vara den miljö i bred mening som patienten lever i. Ett mönster med täta trådar framträder efterhand. *"..patienten ena dagen, nästa dag hennes make och då förstod vi mera"*

### Slutsats

Studenterna uppfattar osorterade patientproblem, enkelhet i kontakt och omhändertagande som typiska för arbetet som allmänläkare. Bredd, kontinuitet och helhetssyn karaktäriserar kompetensen. Studenterna under sitt sista studieår identifierar allmänmedicin som specialitet tydligt och positivt.

### Om metod

Studenternas texter var genomgående lättillgängliga och innehållet präglades mycket av egna erfarenheter från den just genomförda tjänstgöringen på vårdcentral. Formuleringarna i det skrivna materialet talar för att deras egen erfarenhet har varit viktig när de reflekterat. Studenter i allmänhet är ibland entusiastiska efter en nyss genomgången klinisk tjänstgöring – det kan vara på en vårdcentral eller vid en neurokirurgisk operationsenhet. Våra resultat bör därför ses i ljuset av den tidsmässiga närheten till kontakt med allmänläkare. Dock hade studenterna mött allmänläkare som lärare i korta perioder under flera terminer tidigare så informanternas beskrivningar kan

också ses som bekräftelser och kompletteringar av tidigare gjorda erfarenheter. Med ett sådant perspektiv kan berättelserna ändå vara uttryck för mer varaktiga omdömen.

Innehållsanalysen följde en tämligen rak stig. Det handlade mer om att ordna materialet än att tolka eftersom studenterna var nästan genomgående explicita i sina uttryckta uppfattningar.

## Om resultat

Studenternas berättelser är innehållsrika och i de flesta avseenden kongruenta med de deklARATIONER som etablerade organisationer (Wonca, EURACT) gör om allmänläkarens kompetens [Wonca, 2005]. Några huvudfynd framträder; den osorterade patientsymptomatologin beskrivs ofta liksom den medicinska bredden och helhetssynen i arbetssättet.

Bredd har enligt studenterna flera dimensioner; det handlar om att ta hand om flera olikartade sjukdomar, att kunna växla fokus och att ha erfarenhet av hur olika symtom ter sig. Det förefaller alltså som att studenterna ser allmänläkarens tilltagande praktiska erfarenhet som en viktig del av kompetensen. Samma slutsats framkom när allmänläkarna själva beskrev sin kompetens i studie 2 [Landström, 2009].

Studenterna förefaller ha en självklar uppfattning om helhetssyn, uttryckt i *”behandlar människan snarare än sjukdomen”*, som väl sammanfaller med Woncas definition [Wonca, 2005]. Men trots helhetssynen slås man ändå av hur lite studenterna har skrivit om patientcentrerad vård och vad patienterna önskar. Patienters medicinska problem har av studenterna beskrivits på ett omfattande sätt men oftast med patienten som någon som behöver tas om hand och ytterst sällan som ett handlande subjekt. Ett välkänt paternalistiskt perspektiv verkar ännu härska [Emanuel, 1992].

Påfallande vanligt är kommentarer om att patienten har vården lättillgänglig. Studenterna betonar det enkla handläggandet i allmänmedicin som bygger på kännedom och geografisk närhet. Här har alltså studenterna en traditionell uppfattning av allmänläkarens arbetsformer. Att allmänläkare skulle bli mer av konsulter i en föränderlig värld har hävdats med kraft av Olesen et al [Olesen, 2000]. Studenternas uppfattningar avspeglar möjligen förhoppningar om att allmänläkarens speciella förutsättningar ger traditionella arbetsformer fortsatt utrymme.

I förutsättningarna ingår också att kunna sköta vardagssjukvården och speciellt har studenterna fokuserat på *”vardagslidandet”*. Det lidande av

kroniska smärtor, kroniska sjukdomar och vardagsångest som inga andra specialister verkar särskilt intresserade av eller ens skickade att bry sig om tilltror studenterna allmänläkarna tid och möjlighet att ta sig an.

Man anar i en del studentformuleringar, lite svepande om sortering och friskvård, att en del studenter inte tilltror allmänläkarna någon stor betydelse. En student uttrycker indirekt att allmänläkare har svårigheter att upprätthålla sin kompetens genom att betona att sjukhusläkare har bättre möjligheter att prata med varandra. Inlindat i påståendet finns ju tanken att allmänmedicinen är en verksamhet där utvecklingen stagnerar för att man arbetar för mycket i sin ensamhet.

Det finns påfallande lite skrivet hos studenterna om allmänläkarens begränsningar. Troligen har knapphändigheten att göra med frågans inriktning på allmänläkarens särskilda kompetens.

Även samarbete är relativt lite beskrivet. Samarbete är ju inte heller framträdande formulerat i Woncas principdokument [Wonca, 2005]. Den mest närliggande förklaringen är att de inte bevittnade så mycket samarbete, vilket skulle kunna tala för att samarbete i direkt mening inte utgör en så stor del av allmänläkarens tid [Hansson, 2008].

Läkarstudenter är trots en ökande andel allmänmedicin under utbildningen till allra största delen utbildade på sjukhus av olika subspecialister. Därför är det förvånande att finna hur påfallande positiva, entusiastiska och nyanserade studentattityderna är. Kanske har den entusiasm, och särskilt de intresserade och erfarna allmänläkarhandledarna, som funnits för en expanderande allmänmedicin inom utbildningen påverkat studenternas attityder [Haffling, 2001]?

## 6.2.4 Delstudie 4

### Syfte

Utifrån de tre första studierna hade vi fått en beskrivning av allmänmedicinsk kompetens. I många länder (även i Sverige) är det ett problem att alltför få medicinstudenter väljer att bli allmänläkare [Evans, 2002, Natanzon, 2010, Lefevre, 2010]. Studenters synsätt på allmänmedicin kan vara mer positiva i början av utbildningen [Miller, 1996] eller i slutet [Henderson, 2002, Sinclair, 2008]. I Göteborg infördes för tio år sedan tre kurser (TYK= Tidig yrkeskontakt, konsultationskurs och allmänmedicinkurs) som i stora drag kvarstår oförändrade sedan dess [Below, 2008]. Med dessa utbildningsförändringar som bakgrund var syftet med studien att **kartlägga synsätt på allmänläkararbete hos läkarstudenter** och undersöka om det finns vissa **synsätt som hänger samman med avsikter om att utbilda sig till allmänläkare**.

### Material och metod

En enkät, inspirerad av Hendersons engelska enkät [Henderson 2002] konstruerades med utgångspunkt i de fynd som uppkommit vid våra tre tidigare studier om allmänläkares kompetens [Landström 2006, 2009, 2011]. Enkäten gjordes kort och koncentrerad och modifierades efter prövningar på grupper av yngre läkare och läkarstudenter. Enkätfrågorna (tio) var formulerade som påståenden där svarsalternativen var fyra (1=håller helt med, 2=håller med till stor del, 3=håller med bara till en mindre del, 4=håller inte alls med). Alder och kön efterfrågades också.

Enkäten identifierade inte enskilda studenter och analysen skedde på gruppnivå. Läkarstudenter på termin 1,3,5,7,10 och 11 på Göteborgs läkarutbildning januari-mars 2011 besvarade enkäten. Totalt svarade 508 studenter av 513 som var närvarande vid enkätutdelningen. Totalt 576 studenter var inskrivna på dessa sex terminer. Svarsfrekvensen blev således 88 % (95% termin 1, 94% termin 3, 74% termin 5, 94% termin 7, 85% termin 9 and 87% termin 11).

### Resultat

Allmänmedicinens arbetsmiljö bedömdes som positiv av studenterna. Att känna till patientens levnadsomständigheter ansågs nödvändigt och även att medicinsk bredd behövdes. Allmänläkares status bedömdes inte som hög. En fjärdedel av studenterna instämde helt i påståendet: ”Jag kan tänka mig att arbeta som allmänläkare i framtiden”. Inga könsskillnader framkom.



Tabell 1. Fördelning av enkätstående bland medicinstudenter termin 1, 3, 5, 7, 10, 11. Tio enkätfrågor med fyra svarsalternativ rapporterade i procent och totalantal svar för varje fråga.

SURVEY QUESTIONS	ALTERNATIVES %				Number of responses
	Agree completely	Agree to a large extent	Agree to a lesser extent	Do not agree	
GP work offers good work environment	22.7	63.2	13.3	0.8	503
GP work will become monotonous over time	3.8	24.9	53.0	18.3	502
For the GP dialogue is the most crucial aspect of diagnosis and treatment	31.4	59.3	8.9	0.4	506
GP work requires breadth of medical knowledge	81.5	17.5	0.8	0.2	508
For a GP being aware of the patients' living conditions is necessary	50.6	45.1	4.1	0.2	508
For a GP patients are not selected by disease	19.7	51.1	27.6	1.6	493
Within the GP's work, one meets mostly patients who are not seriously ill	7.3	43.5	40.9	8.3	506
The GP has high status within the medical profession	1.2	15.9	59.2	23.7	503
General practice should have a major place in undergraduate training	30.7	56.7	12.6	0	501
I regard working as a GP as a possible choice for the future	25.0	39.3	26.2	9.5	504

Vi valde utfallsvariabeln för att jämföra de studenter som var mest positiva till en framtida allmänläkarkarriär emot resten av studenterna. Vi fann en statistisk association (logistisk regression) mellan påståendet ”*Jag kan tänka mig att arbeta som allmänläkare i framtiden*” och påståendena ”*Allmänläkaryrket erbjuder bra arbetsmiljö*” och ”*Allmänmedicin bör ha stor plats i i grundutbildningen*”. Ingen association med ålder och kön.

Tabell 2. Oddsquoter, standardfel och 95%-iga konfidensintervall för att jämföra de mest positiva studenterna med resten till påståendet ”*Jag kan tänka mig att arbeta som allmänläkare i framtiden*”. Logistisk regression, justerat för ålder och kön.

Explanatory variables		Odds Ratio	Std. Err.	[95% Conf. Interval]
Good work environment	Agree to a large extent	0,38	0,102	0,22 0,64
	Agree to a lesser extent	0,23	0,103	0,10 0,55
	Do not agree	3,71	5,610	0,19 71,7
Undergraduate training	Agree to a large extent	0,18	0,046	0,11 0,30
	Agree to a lesser extent	0,10	0,054	0,04 0,29

I gruppen studenter som var mest negativa till att arbeta som allmänläkare i framtiden var det bara en liten andel (4% med konfidensintervall 0.5–14%) som tyckte att allmänmedicin skulle ha stor plats i grundutbildningen.

### Slutsats

Medicinstudenters synsätt på allmänmedicin är huvudsakligen positiva. Medicinstudenter som uppger att de kan tänka sig att bli allmänläkare är mer positiva till förändringar i läkarutbildningen med mer av allmänmedicin. Andelen studenter som är kritiska till mer allmänmedicin i utbildningen kan möjligen öka om allmänmedicin får större plats i utbildningen.

### Om metod

Vi bedömde att det gick att genomföra en jämförelse mellan de olika terminerna eftersom inga större förändringar hade gjorts i läkarutbildningen under de senaste tio åren. Inte heller hade antagningssystemet till läkarutbildningen förändrats. Övriga studieorter i Sverige har studieplaner

som inte skiljer sig särskilt mycket från Göteborgs. Överförbarheten till andra länder begränsas av olikheter i utbildningssystem och olikheter i uppbyggnad av primärvård. Men med tanke på att det finns en internationell trend att allmänläkare deltar i utbildningen i högre grad så kan resultaten också ha relevans för andra utbildningsplatser.

Studenterna hade en tendens att välja svarsalternativ 2 och 3, troligen pga osäkerhet om sina uppfattningar. Att ha med fyra svarsalternativ gav en möjlighet att skilja ut gruppen som var mer säkra och analyserna har skett genom att utnyttja alla svarsalternativen. Vid valet av utfallsvariabel ”håller helt med” till påståendet ”Jag kan tänka mig att arbeta som allmänläkare i framtiden” hoppades vi få fram en grupp studenter som var mer beslutsamma att bli allmänläkare.

### **Om resultat**

Medicinstudenterna uppfattar arbetsvillkoren och arbetsmiljön generellt sett positivt. Liknande resultat finns tidigare från England och Göteborg [Henderson, 2002, Gustafsson, 2008].

Studenterna bedömde inte arbetet som monotont och yrkesvariationens betydelse har betonats i en ny studie [Scott, 2011].

Vi kan se två förklaringar till att samtalet bedömdes som betydelsefullt. Antingen påverkar det allmänmedicinska perspektivet studenter oberoende av vilken yrkeskarriär de har tänkt sig eller också finns denna betoning av samtalets betydelse också i andra kliniska kurser. Oavsett vilket så ger det förhoppningar om god kvalitet på läkar-patientsamtalet i framtiden.

Det kan tyckas märkligt att status hos allmänläkare bedömdes som låg samtidigt som många studenter uttrycker möjligheten att bli allmänläkare. En möjlig förklaring är att statusbegreppet inte är avgörande för yrkesvalet utan att det snarare kan vara arbetsförhållanden eller andra föreställningar om vad allmänmedicin är som avgör. Yrkesmässig isolering, ensamarbete och negativa rollmodeller har framkommit som kopplade till negativa uppfattningar om allmänmedicin [Tollhurst, 2005, Aira 2010]. Men stöd för motsatsen med allmänläkare som goda rollmodeller och en positiv attityd till allmänmedicin finns också [Haffling, 2001, Jordan, 2003, Landström, 2011].

Förutom med en bra arbetsmiljö så fanns en tydlig association mellan tanken att bli allmänläkare och önskan av mer allmänmedicin i läkarutbildningen. I en översiktsstudie konkluderades att det mest effektiva sättet att göra allmänmedicin mer attraktivt var att sätta in mer av allmänmedicin på olika

ställen i läkarutbildningen [Shadbolt, 2009]. Om dessa förändringar genomförs, vilket Shadbolts översikt och vår studie stöder, bör man ändå ta i beaktande att den grupp som är negativa till mer av allmänmedicin inom läkarutbildningen kan öka.

En tysk studie fann att studenter som tänkte sig en framtid som allmänläkare värdesatte faktorer som ”personlig ambition”, ”framtidsperspektiv”, ”balans arbete-privatliv” och ”patient-orientering” [Kiolbassa, 2011]. En möjlig tolkning som också i någon mån stöds av vår studie är att det finns två grupper av studenter som är intresserade av allmänmedicin. Den ena gruppen är mer ideologiskt inriktad och värdesätter den självständiga specialiteten med betoningen på patienten som person [Rudebeck, 1992]. I vår studie även synlig som de studenter som betonar samtalet och patientens levnadsvillkor. Den andra gruppen är mer pragmatisk och betonar arbetsvillkoren, arbetsvariation och god arbetsmiljö [Tollhurst, 2005, Hogg 2008]. Åtminstone unga svenska läkarstudenter, oberoende av vilken specialitet de tänkt sig, värderar att det finns en balans mellan arbete och övrigt liv [Diderichsen, 2011].

Studien svarar inte på frågan om varför den uttryckta möjligheten att bli allmänläkare i så pass begränsad omfattning omsätts i ett verkligt allmänläkarval. Men studien ger antydningar till svar som ska sökas i arbetsmiljö, i läkarutbildningen samt i ett behållande av den yrkesmässiga självständigheten och det patientnära arbetssätt som studenterna uttrycker i sina enkätsvar.

## 7 GEMENSAM METODDISKUSSION

För att studera en yrkesgrupp vars arbete till största delen försiggår i ensamhet med patienten har man ofta valt indirekta metoder. Man undersöker resultat av konsultationen med mätningar, beskrivningar eller bedömningar på olika sätt. Det kan vara mätningar av patientvariabler (journaldata, patientenkäter mm) men också kvalitativa undersökningar [Andén, 2003 och 2005].

Deltagande observation är en etablerad metod inom antropologiska och sociologiska vetenskaper och är antagligen det viktigaste sättet för en antropolog att studera en grupp människor. Studie 1 kan förstås inte sägas vara en antropologisk studie i traditionell mening men att använda sig själv och sin egen förförståelse för att undersöka en speciell miljö och situation kommer från antropologin; *”Det är också viktigt – kanske allra viktigast – att vara närvarande i deras verklighet och studera och observera vad som pågår..”* [Sachs, 1992].

Metoden har på senare tid kommit till viss användning inom allmänmedicinsk forskning. Ulf Lindström berörde deltagande observation när han gjorde djupintervjuer med allmänläkare och konstaterade: *”allmänläkare borde intervjuas en för denne okänd allmänläkare... kanske också följa med på några mottagningsbesök och ha reflektioner kring dessa möten”* [Lindström, 1998].

I större omfattning har deltagande observation använts av Blankfield för att studera allmänläkares arbetssätt. Han har använt sig av vetenskapligt tränade sjuksköterskor som observatörer med utvärderingsskalor – Davis Observation Code – [Blankfield, 2002]. I Sverige har psykologen Ulla Holm varit en pionjär. I sin studie noterade hon att läkarna hade svårt att under längre tid förstå sig eller arbeta på ett helt annat sätt än de brukade. Hon fick intrycket att de läkare hon studerade dels ville visa hur deras arbetssituation var och dels försökte visa sig från sin bästa sida. Ändå framkom ett stort antal problem med hur förhållningssätt och empati uttrycktes [Holm, 1995].

Jag valde i samråd med mina handledare deltagande observation som metod i studie 1 för att få tillgång till allmänläkarnas arbetssätt i så vardagsrealistisk miljö som möjligt. Metoden är visserligen ingripande i själva arbetet men utifrån Ulla Holms erfarenheter och egna som läkarstudent är det en av patienterna accepterad metod. Att vara med som läkare uppfattas av patienterna som att man är både observatör och medicinsk kollega till deras

allmänläkare. Yrkesrollen ger en legitimitet åt observatörsrollen. En fördel jag hade som deltagande observatör var att jag kände miljön och slapp ägna uppmärksamhet åt det vedertagna – ”*alla moment noterades i ett spiralblock där första halvan rymde en tidsstudie...min strävan var att hålla mig så naiv som möjligt*” [Holm, 1995]. Den ”naivitet” som Ulla Holm beskriver försökte jag inte uppnå. Samtidigt fanns förstås risken att vara blind för det betydelsefulla bara för att det är etablerat. Förförståelsen måste hanteras på något sätt. HG Gadamer menar att det är väsentligt att vara medveten om att vi går in i en situation för att förstå med den *erfarenhet vi har* och med den *(person) vi är* [Grondin, 2003].

Gruppintervjuerna i studie 2 fungerade som en metod att låta allmänläkarnas beskrivningar brytas mot varandra. Att samtala i grupp om sitt arbete är ovant för många allmänläkare men under de sista decennierna har inflytandet från Balintgrupper och andra fortbildningsgrupper gjort det mer accepterat. Gruppintervjuer kan därför bli en allt bättre metod för att studera allmänläkares arbetssätt och hur de förhåller sig till olika sorters diagnostik och behandling.

Läkarstudenter är en både lätt och svår grupp att undersöka. De är vana att utföra bestämda uppgifter och har förmåga att förstå värdet med forskningsstudier. Svårigheten ligger i att läkarstudenten är belastad med många obligatoriska uppgifter och därför kan vara mindre benägen att delta i frivilliga undersökningar.

I delstudie 3 planerade vi från början ett antal gruppsamtal av fokusgruppstyp. Det visade sig dock svårt att hitta läkarstudenter som var villiga att ställa upp. De flesta tillfrågade angav tidsbrist som orsak.

Vi valde då att låta läkarstudenter skriftligt uttrycka sina uppfattningar om allmänläkararbetet. Materialinsamlingen gjordes i två omgångar. Innan de skulle tjänstgöra två veckor på en vårdcentral fick studenterna ut den fråga utifrån vilken de skulle skriva ned sina uppfattningar. Studenterna skulle lämna in det skriftliga svaret efteråt men antalet som svarade blev för lågt (drygt en tredjedel).

I en andra omgång ingick samma fråga som ett obligatoriskt moment i själva examinationen, för att pröva om frågan i fortsättningen skulle vara en del av avslutningsprovet, av den allmänmedicinska kursen. Kravet var att de lämnade någon form av skriftligt svar men omfattningen eller kvalitén ingick inte i bedömningen om godkännande på kursen, vilket var känt av studenterna. Svarsfrekvensen blev då hög men det engagemang de lagt ner på att svara skilde sig åt markant. När vi jämförde de som svarat i den första

omgången med svaren i den andra omgången fanns dock både mer och mindre ambitiösa svar med i båda omgångarna. Eftersom studiens syfte var att söka uppfattningar om allmänläkares arbete kunde svaren från de båda omgångarna bidra även om insamlingen skilde sig åt. När vi jämfört svaren har vi inte kunnat finna principiella olikheter mellan de båda omgångarnas svar.

Studie 4 undersökte läkarstudenters synsätt på formulerade påståenden. Vi eftersträvade att hela gruppen läkarstudenter skulle vara representerade och därigenom undersöka synsätt för hela gruppen och skillnader mellan terminer eftersom läkarutbildningen inte hade förändrats under de här studenternas studietid.

När projektet ”den tillräckligt duktige allmänläkaren” inleddes var fokus på att fånga praktiken just där den utövas. Att studera allmänläkaren i arbete tedde sig som en bra metod, nära verksamheten, ofiltrerat och med patienterna. Patient-läkarmötet från början till slut kunde studeras. Att gå vidare med gruppintervjuer hade till syfte att allmänläkarna skulle få möjlighet att själva formulera sin praktik, de skulle ha mer av initiativet än i den första studien. I den tredje studien ville vi undersöka allmänläkarens arbete i ett annat perspektiv än allmänläkarens eget. Vem visste mest om allmänläkarnas arbetssätt? Patienterna hade rimligen mycket erfarenheter från sin position men också mottagnings- och distriktssköterskor kunde förväntas ha både direkta och indirekta kunskaper. Vi valde dock läkarstudenter som har ett både inifrån- och utifrånperspektiv och dessutom ett personligt intresse genom det specialitetsval de ska göra. Studenterna visade sig också ge delvis oväntade bidrag till fynden. Därigenom tyckte vi oss ha fått en bred bild av synen på allmänläkaren. I det läget ville vi undersöka i en större grupp läkarstudenter vilka synsätt de hade på allmänläkarens arbete. Vi valde då att utnyttja de tre studiernas resultat, tillsammans med en engelsk studie från 2002 [Henderson, 2002], för att framställa en enkät som gav svar på frågorna och även undersökte hur stort intresset var att bli allmänläkare samt dess kopplingar till några olika påståenden om allmänmedicin. Den beskrivning av allmänläkarens kompetens som studierna lett fram till baserar sig alltså på allmänläkare och läkarstudenter, patienter finns bara på ett begränsat sätt med under observationsstudien. I förlängningen vore det intressant att undersöka patienters uppfattningar på ett detaljerat sätt.

## 8 ETISKA ASPEKTER

Att studera arbetssättet för en yrkesgrupp är ett problem när det så uppenbart involverar en annan grupp människor som dessutom redan från början är i underläge – patienterna.

Den etiska diskussionen kan alltså föras både gentemot allmänläkarna och gentemot patienterna.

I delstudie 1, godkänd av Sahlgrenskas etiska kommitté, gör den deltagande observatören intrång i en för patienterna utsatt situation. Patienterna tillfrågades inför varje besök i samband med att allmänläkaren hämtade dem i väntrummet. Under fem dagar var det två personer som avböjde observatörens (undertecknad) närvaro. Min upplevelse var att få patienter var störda av min närvaro. En del uppfattade det som positivt att ytterligare en läkare deltog även om jag förhöll mig passiv. Vid några tillfällen vände sig patienterna till mig när allmänläkaren tillfälligt lämnade rummet. Min medverkan hade troligen en högst begränsad påverkan på konsultationen. Det är dock möjligt att mer känsliga problem inte togs upp i samma utsträckning som om läkaren varit ensam med patienten. I redovisningen av materialet finns inte några patientuppgifter med som gör det möjligt att identifiera personen.

Allmänläkarna i delstudie 1 hade blivit tillfrågade skriftligt och muntligt. Arbetssättet under observationsdagen och den efterföljande intervjun medförde att den beskrivning av arbetssättet som sedan gjordes i rapport- och artikelform innehöll detaljer som nära kollegor skulle kunna identifiera. Dessa förutsättningar kände dock de deltagande allmänläkarna till och accepterade. Vid själva artikelskrivningen hade dock detaljerna för identifikation minimerats.

I delstudie 2 var deltagandet frivilligt och deltagarna anonyma i artiklarna. I delstudie 3 hade den andra gruppen krav på sig att lämna in en redogörelse men omfattningen hade ingen betydelse och betygsattes inte. Anonymiteten upprätthölls men frivilligheten var inte lika stor som i de andra studierna. Det fanns dock möjlighet att svara mycket kortfattat och några studenter gjorde så. I studie 4 upprätthölls anonymiteten och frivilligheten även om studenterna utsattes för en viss press att svara genom att kursledaren uppmanade dem till det.



## 9 DISKUSSION OCH SLUTSATSER

I denna avslutande del diskuterar jag resultat från alla fyra studierna i förhållande till förståelsen. Studieresultatens förhållande till en mer allmän kunskapstradition bildar bakgrund till ett försök att formulera den allmänmedicinska kompetensen.

Innan den moderna medicinens era, som inleds kring 1880, var kroppsundersökning ovanlig [Shorter, 1985]. *"The physician, by contrast to the surgeon, was a thinker, not a toucher"* [Porter, 1989]. Den kroppsliga undersökningen har fortfarande en laddning och är omgärdad av ett rituellt beteende. De studerade allmänläkarna är medvetna om detta men har förhållandevis få reflektioner kring kroppsundersökningen. Det är som om det fortfarande finns ett tabu kring den nakna kroppen som gärna beskrivs i instrumentella eller försiktiga termer. Vid kroppsundersökningen, då patienten får möjlighet till en stunds eftertanke, kan patienten säga något som tidigare inte kommit fram i samtalet. Vi såg exempel från studie 1 där patienten började berätta om något som visade sig vara viktigt just när doktorn lade stetoskopet på bröstet. I stället för att hyssja åt patienten lyfte doktorn på stetoskopet och lyssnade uppmärksamt på vad patienten sa, *"In the process of dialogue and examination moments of mutual attentiveness and discovery emerge"* [Rudebeck, 2001].

En alltmer tekniskt inriktad sjukvård framställer läkaren som vetenskapsman eller detektiv som genomför en omfattande datainsamling om patienten. Man kunde tänka sig att denna datainsamling skulle vara ett hjälpmedel i tolkningen av mötet med patienten men i stället kan denna insamling av fakta underminera själva patient-läkarmötets diagnostiska och terapeutiska styrka. De studerade allmänläkarna verkar se den risken och anser inte att allmänläkarens koncentration ska förskjutas bort från patienten som person. Studenterna i studie 3 uppmärksammar inte den risken, åtminstone uttrycker de inte det i sina reflektioner.

Aristoteles formulerade i sin Nicomachiska etik tre kunskapsslag. **Episteme** som den teoretiska eller vetenskapliga kunskapen, **techne** som den praktiska kunskapen (yrkeskunnandet) och **fronesis** som den erfarenhetsbaserade kunskapen där yrkespersonen lär sig att hantera de individuella olikheterna. Fronesis eller praktisk visdom *"riktar sin uppmärksamhet mot det individuella"* [Josefson, 1998]. En allmänläkares verksamhet innefattar alla tre typerna av kunskap och de studerade allmänläkarna och studenterna (även

om de inte explicit formulerar saken så) tycks betrakta allmänläkarens kunskap som att omfatta alla tre kunskapslagen.

En framträdande del av allmänläkarens kompetens är att kunna hantera den osäkerhet som ofta uppträder i en allmänmedicinsk konsultation. En läkare i studie 2: *"Veta var jag kan hitta kunskapen, men inte tro att jag vet allting för då kan jag bli farlig"*. Osäkerheten kan inte som på ett sjukhus bemästras med oavbruten observation (lägga in patienten på sjukhuset) eller med omfattande utredningar (ekonomiska och praktiska skäl hindrar detta). Studenter i studie 3 skrev om en översiktlig diagnostik eller att bedriva "halvscreening" men intrycket från deras reflektioner var att de ännu inte förstått osäkerhetskomplexets centrala betydelse för en allmänläkares arbetsätt [Mattsson, Lundh, 2002]. Fronesisbegreppet kan tjäna som hållpunkt för att tackla den osäkerheten. Den erfarna allmänläkaren vet att osäkerhet förekommer och använder sin erfarenhetskunskap för att göra en bedömning av osäkerhetens storlek och vilka risker som i det aktuella fallet förekommer. När en utbildningsläkare rådfrågar en äldre kollega om ett fall (i studie 2) så undrar den äldre kollegan vilken patient det gäller. Han kommer då att göra en bedömning utifrån alla Aristoteles' tre kunskapsstyper men där fronesis, det övervägda omdömet, kommer att fälla avgörandet.

Kathryn Montgomery har argumenterat för att benämningen **"läkekonst"** är ett oegentligt begrepp. Hon betonar den erfarenhetsmässiga goda praktiken, där mötet har en avgörande betydelse. "Konst" har fler och vidare frihetsgrader och är inte lika hårt begränsad av värden som medicinsk praxis [Montgomery, 2006]. Kanske kämpar hon mot väderkvarnar, redan Hippokrates skrev i "Lagen och eden" att läkare utövade den yppersta av alla konster och uttrycker sig såhär: *"först då man förvärvat sig en grundlig kännedom om denna konst, må man besöka städerna och bli ansedd som läkare, ej blott till namnet, utan även till gagnet. Oerfarenhet är en dålig skatt"* [Hippokrates, cirka 400 f.Kr., svensk översättning 1910]. En tiondeterminsstudent (studie 3) i Göteborg svarar 2400 år senare om erfarenhet och omdöme: *"individen lyfts fram mer och man generaliserar inte"* och allmänläkaren får ett nästan prästliknande karakteristika *"allmänläkaren är kanske mer än någon annan en läkare för själen"* eller uttryckt på ett mer vardagligt sätt – *"individen kom till tals"*.

En nödvändig förutsättning för en bra bedömning är att patient-läkarmötet präglas av ömsesidighet. Ett patient-läkarmöte är inte ett möte mellan två jämställda parter. Även om den ojämlikheten kan hanteras, vilket verkar ske utifrån iakttagelserna i studie 1, finns möjligheten kvar att patienten genom sin sjukdom eller ohälsa har en nedsatt öppenhet mot världen och därför lätt kan bli missförstådd [Leder, 1985]. Läkarens omdöme, som här innefattar

medvetenhet om maktförhållanden, sätts på prov. I studie 3 med läkarstudenterna på tionde terminen är patientperspektivet skjutet i bakgrunden medan det framträder tydligare i studie 1 och 2 med allmänläkarna. Patientcentreringen verkar vara mindre under påverkan av studenternas tid på sjukhuset [Wahlqvist, 2005].

I allmänläkarnas beskrivningar av den egna gruppens kompetens är inte målen för arbetet det stora vardagsproblemet. Man kan ana att allmänläkarna beskriver praktikens mål som att ta emot, lyssna, bedöma och behandla patienter som söker på mottagningen. Det är symtomatiskt, i betraktande av att allmänläkarna har begränsad kontroll av mottagningens hela verksamhet, att målet med arbetet blir så vagt beskrivet. Ibland har definitionen av medicinens mål varit så vitt och omfattande att det knappast hjälpt allmänläkarna i deras vardagliga prioritering av arbetsuppgifter. Eric Cassell definierar målet som att avlägsna mänskligt lidande i den inflytelserika boken "The nature of suffering" [Cassell, 1991]. Allmänläkarna är naturligtvis medvetna om att de medicinska målen förändras både inifrån praktiken själv och utifrån samhällsliga förändringar och politiska viljeinriktningar.

Filosofen Fredrik Svenaeus ser konsultationen som en tolkningsbaserad verksamhet som försöker återupprätta meningsstrukturen i patientens livsvärld. Med denna av Paul Ricoeur inspirerade syn på konsultationen kan man beskriva patient-läkarmötet som ett möte mellan utkikspunkter (horisonter) som för en stund närmar sig varandra. Läkaren och patienten kan då finna en lösning, om än tillfällig, på det problem som fört patienten till mottagningen [Ricoeur, 1981]. I denna stund är också den etiska dimensionen i patient-läkarmötet närvarande, etiken är platsbunden och situationsbunden. Därför har studiet av allmänläkarens kompetens sin plats i mottagningsrummet. [Rudebeck, 1992 och Svenaeus, 2000].

Studierna om den tillräckligt duktige allmänläkaren upprättar tillsammans en både enhetlig och splittrad bild av den allmänmedicinska kompetensen. Splittringen finns bland allmänläkarna själva och i studie 4 ans läkarstudenternas kluvna syn på allmänmedicinen. En större grupp av studenterna ser allmänmedicin tydligt som en egen specialitet där egenskaper som bredd och helhetssyn är karaktäristiska. En mindre grupp ser allmänmedicin mer som en servicespecialitet. En mer självmedveten syn på att vara allmänläkare dominerar ändå i studierna. Vi kan se hur den formas utifrån olika undersökningsperspektiv och ger bilden av allmänläkarens kompetens.

## 9.1 Allmänläkarens kompetens

I bakgrundsteckningen om kompetens beskrevs allmänläkarens kunnande som generalistkompetens i kombination med individkompetens; samverkan med patienten och beslutsdriven praxis. Mot bakgrund av denna mer teoretiska beskrivning försöker vi utifrån våra fynd ge kompetensen empirisk tydlighet. Allmänläkarens kompetens kan ses från två perspektiv; allmänläkarens (studie 1 och 2) och studentens (studie 3 och 4). De två perspektiven sammanfaller när det gäller helhetssyn, samtalets betydelse och att den kliniska kompetensen formas av erfarenhet. Från allmänläkarnas perspektiv betonas kroppskännedom (kroppsmedvetenhet), medvetenhet om osäkerhet och skyddande av egen autonomi. Studentperspektivet betonar patientens närhet eller lätthet till att få vård och omsorg och allmänläkarens blick för det individuella hos patienten. Ett övergripande perspektiv är det individuella uttryckssättet som kompetensen får, den personliga stilen. I studie 4 fann vi att den grupp som är mest positiv till allmänmedicin för egen del också uppfattar arbetsmiljön positivt och vill ha mer av allmänmedicinskt innehåll i grundutbildningen.

Forskningsprojektets första fråga, **hur den allmänmedicinska kompetensen uttrycker sig i klinisk praxis**, besvaras från allmänläkarens och studentens utsiktspunkter. Tillsammans med förståelsen given av litteraturgenomgång och egna yrkeserfarenheter, gör vi en syntes, där studenternas bidrag blev överraskande viktigt. Med sin femåriga studietid förmådde de såväl urskilja, bekräfta som komplettera allmänläkarperspektivet. Syntesen ser ut så här: ”Allmänläkaren arbetar utifrån patientkännedom och helhetssyn på ett patientcentrerat sätt med uppmärksamma samtal, kroppskännedom och ett brett kliniskt tänkande. Patienternas närhet till omsorg balanseras av läkarens skyddande av den egna autonomin. Allmänläkaren är medveten om att allmänmedicinens breda symtompanorama innebär ett inslag av osäkerhet i den kliniska bedömningen. Arbetssättets alla delar formas av allmänläkarens personliga stil”.

Forskningsprojektet andra fråga var att undersöka hur den studerade **praxiskompetensen korresponderar med Wocas kärnkompetenser**. För fyra av kärnkompetenserna (patientcentrerat arbetssätt, problemlösning förmåga, mångsidighet och helhetssyn) ser vi tydliga korrespondenser med de empiriska studiernas fynd. Här följer några exempel på detta:

Patientcentreringen: I studie 1 beskrivs att doktorn enträget undersöker patientens förväntningar på konsultationen. I studie 2 om lyssnandet och ett inre beslut hos doktorn om vad som är viktigast för patienten. I studie 4

uttrycker en stor majoritet av studenterna från alla terminer vikten av att känna till patientens levnadsomständigheter och betydelsen av dialogen.

Problemlösningsförmåga: I studie 1 är doktorn öppen för oväntade vändningar i samtalet och har en beredskap för oväntade statusfynd. I studie 2 kan doktors kroppsmedvetenhet göra att hon *”lägger märke till en vikt nedgång innan patienten själv gjort det”*.

Mångsidighet: *”generalism som en förmåga att känna igen komplexa mönster”* och allmänläkaren som med tiden får stor erfarenhet av hur vardagliga åkommor ter sig från studie 3. I studie 4 uttrycker nästan alla studenter att allmänläkarens arbete kräver bredd.

Helhetssyn: I studie 3 innebär helhetssyn för studenterna att ha en humanistisk förmåga, att se människan, att kunna bistå vid allvarlig sjukdom, att inte drabbas av tunnelseende.

För de två övriga kärnkompetenserna organisationsförmåga och samhällsorientering finns inte samma tydliga förbindelse. Dessa två kärnkompetenser har allmänläkarna bara i begränsad grad i sina händer.

Om man försöker tillämpa Donald Schöns kompetensbegrepp, där kompetensen har sin koppling till trovärdighet, förtroende och åtagande på Wincas kärnkompetenser uppstår vissa problem [Schön, 1983]. **Trovärdigheten** och **förtroendet** har sin grund i läkarens kunskaper, färdigheter, omdöme och oberoende och prövas successivt i möten med patienter. Den mängd förväntningar, delvis varandra motsägande, som vilar på en allmänläkare kan sägas representera **åtagandet**. För den enskilde allmänläkaren är det inte helt lätt att veta vad som förväntas och därför intas ofta en pragmatisk position som innebär att åtagandet till största delen riktas mot den patient som just är för handen. Att behovet att aktivt skydda den egna autonomin är starkt, vilket var tydligt i studie 1, kan troligen förklaras av brister i uppfyllandet av de kärnkompetenser som har med kontroll och avgränsning att göra. Vid krav på ökad kontroll utifrån av läkarens arbete, som vid omfattande krav på insamling och registrering av patientuppgifter, riskerar mycket av professionens hjärta – helhetssyn, patient-centrering, problemlösningsförmåga och mångsidighet – att drabbas.

Spänningen i framtidens sjukvård med ökande specialisering innebär att allmänmedicinen kommer att få kämpa för sin position i en värld där specialister och riktlinjeformade kvalitetsmått är tidens rättesnören. Hur den kampen ska utvecklas är ett givet ämne för vidare studier. Barbara Starfield formulerade något av ett credo sent i livet som allmänläkarna kan ta spjärn

emot: *"It is time that primary care physicians take leadership in moving medical care where it needs to be: to the care of patients and populations and not the care of diseases. It is not only biologically correct to do so – it is also more effective, more efficient, safer, and more equitable"* [Starfield, 2011]. Även om samhällsutvecklingen i stort styr sjukvårdens utveckling så bör allmänläkarna få större inflytande över sjukvården baserat på den stora nytta de gör.

## 10 IMPLIKATIONER

Allmänläkarens kompetens kan beskrivas som allmänläkarens kunskapsområde och arbetssätt. Kunskapsområdet står under både nödvändiga och hotande påverkningar från den medicinska utvecklingen i stort. Också det allmänmedicinska arbetssättet med patientcentrering, kontinuitet och bredd måste försvaras i grundutbildning liksom dess plats i sjukvårdssystemet. Detta kan ske genom att:

**Öka det allmänmedicinska deltagandet i läkarnas grundutbildning**

**Stimulera fortbildning i allmänmedicinskt arbetssätt**

**Stimulera forskning på och nära de patienter allmänläkare möter**

## 11 EPILOG – SJÄLVREFLEKTION

Lite förvånande har varit att allmänläkare och studenter har en så pass ensartad bild av allmänmedicinen. Bredden, enkelheten, kontinuiteten var mer okontroversiella begrepp än jag hade trott. Kanske min bild av allmänmedicinen kommer från sjukhusmedicinen där jag trodde att andra föreställningar (allmänmedicinare som sysslade med ganska enkla saker) var starkare.

Den beskrivning av den tillräckligt duktige allmänläkaren som finns med här (studie 1) från en rapport 2002 [Landström, 2002] kan med tio års perspektiv och med kollegors kommentarer ses som något ouppnåeligt för de flesta praktiker. Att studera och beskriva den tillräckligt duktige allmänläkaren får lätt en idealiserad, normativ och i grunden icke-empirisk karaktär. Allmänläkararbetet har så många yttre begränsningar att den verkliga allmänläkaren får svårt att känna igen sig också i Woncas närmast övermänskliga allmänläkare. Under studiernas gång så fick beskrivningen av ”den tillräckligt duktiga” en slagsida mot något som mer liknade ”den kompetenta” och jag tror startpunkten var en reaktion som jag fick vid ett tillfälle då jag berättade om min första studie: *”Jag tycker inte att vad du beskrivit bara är tillräckligt bra utan så bra som man kunde önska sig att vara”*. Beskrivningarna och analyserna kom att tippa över mot det ideala. Ändå tror jag att den ursprungliga intentionen i viss mån finns kvar, i kompetensens praktiska förverkligande finns alltid ett inslag av skröplig mänsklighet kvar. Denna existentiella samhörighet utgör grunden för att patienten söker upp sin allmänläkare.

De fem deltagande observationerna som genomfördes under 2000 och 2001 framstår ännu mycket starkt i mitt minne. Under observationsdagen koncentrerade jag mig på att vara åskådare, att förflytta mig ur den terapeutiska rollen som läkare. Det var ett förhållningssätt som jag flera gånger fick återta för att det fanns en lockelse att glida in i en lyssnande och diagnosticerande läkarroll. I den koncentrationsprocessen hade jag nytta av mitt observationsschema som oavbrutet återförde mig till den uppgift som jag föresatt mig. Jag förmodar att den koncentrerade situationen är orsaken till att minnesbilderna ännu är så starka. Det har stärkt mig i tron att deltagande observation är en bra metod för att se och analysera hur en läkares arbete går till. Den tid som behövs för observationen kan vara ganska begränsad eftersom det trots alla personliga drag i arbetssättet finns repetitiva drag som har med det kliniska mötet att göra.



## 12 TVÅ VERKLIGA ALLMÄNLÄKARE

Beskrivningar av två allmänläkares arbetssätt baserade på deltagande observation och efterföljande intervju (arbete 1).

### Doktor C

Doktor C är en medelålders allmänläkare med kirurgisk erfarenhet. Han arbetar på en stadsvårdcentral sen några år men har lång allmänläkarefarenhet.

Öppningen då patienten hämtas i väntrummet är okonstlad, en inbjudande gest *"Hur är läget?"* att börja berätta. Doktor C lyssnar koncentrerat, nickar och lyssnar vidare. Patienten får tala till punkt. Doktor C uppmuntrar patienten att söka beskriva sin egen syn på sina symtom. Patientcentrerade frågor som *"Vad tror du att det beror på?"* och *"Vad är du orolig för?"* försöker doktor C med en viss ihärdighet att få svar på. Men han försöker också lugna och dämpa oberättigad oro. Många patienter talar mycket dålig svenska och då får han anstränga sig mer, bra svensktalande gör att han kan arbeta mer avslappnat. Ett sätt att underlätta kontakten har varit att lära sig några fraser (beskrivning av värk) på olika språk, det kan ha en oanad effekt och tina upp en patient.

Expeditionen har ett undersökningsrum som en större alkov. Doktor C undersöker sina patienter riktat men utförligt. Han har ett skickligt handlag och det är en tydlig hängivenhet i själva kroppsundersökningen. Han talar om kroppsundersökningen som viktig, att man verkligen hittar nya fynd när man undersöker. Jag ser honom bedriva undersökningen med nyfikenhet. Han inordnar sig i en lång terapeutisk tradition där läkarens närhet till patientens kropp varit väsentlig.

Vid samtalet efter undersökningen strävar doktorn efter acceptans och samstämmighet och återkommer till patientens förväntningar. Han ägnar mycket kraft att argumentera mot onödigt penicillin men menar att man måste ge patienten något i stället. Han skriver ner och berättar hur patienten själv kan lindra sina symtom – t.ex. genom ett handskrivet recept på egentillverkad saltlösning. Han ber ofta patienten att sedan ringa upp och berätta om symtomutvecklingen och där kan jag känna en tvekan om hur det fungerar med tanke på hur svårt det är att nå vårdcentralen.

Ibland uppstår oenighet och det ger efteråt alltid en känsla av obehag. Doktor C menar att om det uppstår allt för ofta så måste doktorn ompröva sitt arbetssätt. Han tror att sådana patientkonflikter kan bidra till ”utbrändhet”.

Doktor C dikterar direkt, *”detta att samla ihop diktaten i slutet av dagen förstår jag inte”*, enkel struktur och med en ton som liknar den som konsultationen höll. Diktatet blir på så sätt en ovanligt tydlig avbildning av patientmötet. Diagnossättande ser han som en alltför grov bild av besöket och sätter diagnoser utifrån en lathundslista mest för husfridens skull *”dessa förbannade diagnoser”*.

Doktor C är mån om direktkontakt, han ringer alltid kollegor vid akutremiss och ringer ofta upp patienter oplanerat. Sin egen telefontid styr han hårt och mottagningsarbetet får han till stor del bedriva i fred, och så vill han också ha det. Han upplever inte telefonen som ett bekymmer. Jag kan se en konflikt i hans eget spontana telefonerande och oviljan att bli störd, själv säger han dock *”vi är liberala här med att bli störda”*.

Alltför lite diskuteras patientfall och alltför mycket hopplösa administrativa problem på gemensamma läkarmöten. Han vill ha mer samarbete både mellan läkarna och med övriga.

Doktor C har ett intensivt arbetstempo utan pauser. Jag ser att det han gör verkligen är ett krävande arbete. En oavbruten rad av patientsamtal, undersökningar, avslutningar, diktat och så en ny patient. Ändå är upplevelsen av doktor C inte att han är stressad. Han förklarar detta själv genom att alltid ha begränsat sin arbetstid. Han arbetar deltid, 60–80 %, bedriver undervisning och undviker övertid *”att arbeta över tenderar bara att öka arbetsmängden ytterligare”*. Det ger tid och kraft över till fritiden – han spelar själv gitarr och motionerar på gym.

Doktor C är engagerad i mötet med sina patienter, han verkar gilla att träffa dem. Han har en sorts kontroll utan att kontrollera. Vad patienten berättar kan bli en intellektuell stimulans genom en fokusering på det unika och speciella. Det finns en lätthet och lekfullhet i hans arbetssätt.

Dr C har en koncentrerad närvaro med patienten. Letar direkt och intuitivt efter patientens förväntningar. Kroppslig kommunikation. Skicklig undersökningsteknik. Inget tydligt behov av struktur men begränsar sin arbetstid.
--

## Doktor D

Doktor D är en äldre man som känner sina patienter sen lång tid. Den omedelbara yttre bilden är den av den erfarna och trygge äldre distriktsläkaren som i hela sin uppenbarelse utstrålar förtroende.

Han hämtar patienten i väntrummet, inleder vardagligt och börjar lyssna på patienten. Under patientens berättelse rör sig doktorn med sin hjulförsedda stol och tittar plirande på patienten. Långa pauser uppstår och jag funderade först över om denna tystnad var produktiv. Småningom framstod det mer som en ordlös kommunikation baserad på kännedom. "Viktigt att inte vara rädd för pausen, det kommer ofta något efter en liten paus".

Doktor D verkar sävlig. Men han kan aktiveras om patienten säger något som kan tyda på en allvarlig sjukdom – då ställer han en rad frågor.

Doktor D ger intryck av gott om tid – verkar nästan som det är en teknik. När patienten ställer oroliga frågor om laboratorieprover svarar han lugnande och försäkrande snarare än informerande. *"patienterna vill ha en försäkran om att de är friska"*.

En patient uttryckte förtroendet så här: *"det är tur att vi har (förnamnet på doktorn) som håller reda på våra papper"*.

Doktor D har rock med undersökningsinstrumenten i fickorna – av praktiska skäl. Han sitter i sin hjulförsedda stol vid kroppsundersökningen för att komma i samma nivå som patienten. Undersökningstekniken är bra och han har också ett skickligt handlag vid kirurgiska ingrepp. Särskilt mäter han blodtrycket i stående eftersom många patienter blir ortostatiska av sin blodtrycksbehandling. Om patienten säger något under undersökningen stannar han upp för att lyssna: *"lika bra att lyssna på vad dom har att säga, kommer ibland på nåt dom funderar på när dom tagit av sig"*.

Konsultationen avslutas med en distinkt och kort information. Doktor D upplever sig ibland som tjatig, mitt intryck var snarast det motsatta. Patienterna verkar mycket nöjda när de går.

Dikterar direkt efter konsultationen, för att kunna "glömma" patienten och ta nästa. Datasystemet profdoc är han nöjd med i det praktiska arbetet men förstår att den centrala uppföljningen kanske inte fungerar så bra. *"vi tål att följas upp centralt om det används till nåt vettigt men det tvivlar jag på"*. Mer positiv är han till uppföljning inom vårdcentralen.

Doktor D:s skrivbord är belamrat med en massa papper som han säger sig behöva ett par dar för att ta itu med.

Mestadels får han arbeta i fred under konsultationerna. Han kan särskilja interna och externa telefonsamtal på ringsignalens längd. Sjuksköterskorna frågar honom snarare i korridorer och fikarum än under konsultationstid. Han betonar dock vikten av samarbete med sköterskorna och på barnvårdscentralen ser jag att han överlåter stor del av informationen till distriktssköterskan. Kontakten med kollegor och utbildningsläkare är otvungen och stimulerande.

Han betonar den kliniska bedömningens försteg framför laboratorieundersökningar. Laboratorieundersökningarna fungerar som en vägledning men exakta resultat är sällan kliniskt nödvändiga för att kunna göra rätt bedömning av patienten.

Doktor D ger inget intryck av att vara stressad. Hans lugna, sävliga sätt omväxlat med mer intensivt arbete verkat invant och förankrat i hans person. Jag kan tycka att det ibland verkar energifattigt men mot detta talar de uppenbarligen nöjda patienterna och den förtroliga kontakten med vårdcentralens sjuksköterskor.

*"arbetet blir man aldrig färdig med"* säger doktor D som lärt sig gå hem vid arbetstidens slut.

Dr D har ett stillsamt arbetssätt, aktiv närvaro. Koncentration på kliniska symtom. Gott handlag, klinisk kompetens. Ser det medicinskt viktiga, har patientens förtroende, trygg personlighet.
---

## 13 ENGLISH SUMMARY

### **Background and aim**

The world organization for general practitioners (GP), Wonca, has formulated research based core competencies for general practice. However the real performances of GPs are not much studied in practice. The general practitioner sees patients in the surgery, talks to them on the phone, interacts with colleagues and staff members. He passes through a vast array of decisions, does paper work and, constantly runs the risk of being interrupted. During a working day a balance has to be maintained between the focus on the patient and the relations within the team. The aim of the first three studies was to investigate and describe competent general practitioners from the background of the literature of the field, and to compare their working behaviour with Wonca core competencies. The aim of the fourth study was to investigate medical students' views of general practice and to find out if there were certain views associated with regarding general practice as a possible career choice.

### **Methods**

The thesis is based on three qualitative studies and one quantitative study.

In paper 1 data was gathered by participant observation and interviews with GPs. A scheme of observation was used which included various aspects of practice. Data analysis was made by text condensation. The field notes and the comments from the interview were condensed into an elaborated description. The five descriptions were compared to distinguish salient similarities and differences in the doctors' behaviours. Within the comparison, further condensations were made and finally two dimensions of GP competence stood out.

In paper 2 data was collected by two group interviews with GPs. The texts were analysed with content analysis. Subcategories were formed reflecting important behaviours, mental strategies or conceptions. The subcategories were grouped into two main categories.

In paper 3 data was collected from reflective writing by final-year medical students. They were asked to answer the statement: "Describe some situations regarding general problems in general practice where you judge that the GP with his/her competence is especially well equipped to do his/her job compared to other specialists. Explain why you would propose that a GP is suitable to take on the problem. If you find it difficult to call to mind any

such situations, describe your thoughts on why this is”. The answers were analysed with content analysis.

In paper 4 data was gathered from a questionnaire among medical students. A single item questionnaire was constructed. The statements in the questionnaire originated from the findings in our three previous studies. The questionnaire finally consisted of ten statements about students’ views with four alternatives. The study was analyzed in two parts. The first part was descriptive. The second part used multiple comparisons using logistic regression.

### **Findings**

Paper 1: Two main categories, dimensions of competence, were constructed: “deliberate strategies” and “personal style”. Common denominators of the overall working behaviour were attention to the patient as a person, practicing patient-centred medicine, saving the consultations from disturbances, rejecting taking over responsibilities from the patients and safeguarding own autonomy. A well-developed personal style is necessary to obtain the spontaneous interchange between attentive listening and detachment characteristic to patient-centredness.

Paper 2: Two main categories reflected the competence: “professional readiness” and “working behaviour”. Professional readiness comprises the inclination of understanding and acting based on the subcategories: medical knowledge modified by experience, knowing the patient, involvement and uncertainty. Working behaviour describes in a more concrete way the doctoring approach and is formed by the subcategories: preparation, the current problem, body attention, cooperation with other professionals, and use of time and taking notes as a work aid.

Paper 3: Three themes explained the conditions of a general practitioner (GP). They were: “prerequisites”, “patients’ problems” and “clinical judgment” which reflect the specific features of primary care, of the presentation of symptoms by patients and of the way that GPs approach an actual encounter. The students regarded the importance of unselected patient problems, straightforwardness in contact and care as being the characteristics of a competent GP.

Paper 4: The medical students regarded general practice positively. They found work environment good, to be aware of patients living conditions as necessary and that GP work requires medical breadth. A statistical association was found between stated intentions to work as a GP in the future with statements about general practice offering good work environment and

proposing a major share of general practice in undergraduate training. Students negative to working as a GP were also negative to a major share of general practice in undergraduate training.

### **Conclusions**

The overall results from the four studies can be described from two perspectives; the GPs' and students'. Together with the literature of the field and our preunderstanding based on experience we tried to depict the skilful GP through a synthesis: "Through patient continuity and holism the GP can offer patients attention in the encounters, closeness to care and clinical breadth. The GP is capable of patient-centredness and bodily empathy, awareness of uncertainty and is protecting own autonomy. All the aspects of competence are integrated into the personal style of the GP". From paper 4 was found that medical students with a positive stated apprehension of becoming GPs support changes in undergraduate training to include more general practice. We found that our studies provided reality for four out of six Wonca core competencies: commitment to what is most important for the patient, preparedness for the unexpected in body examination, seeing the human and the breadth of any clinical situation. The core competencies primary care management and community orientation were not in the hands of the GPs. More of control from the outside by demands of, among other things, collecting and register special patient data might threaten the profession in its heart: patient-centredness, problem-solving skills, comprehensiveness and holism.

## 14 TACK

Mina båda handledare:

*Carl Edvard Rudebeck* för att du har visat stort engagemang och för att du under alla dessa år alltid funnits till hands med snar hjälp. Genom återkommande svåra frågor och ousinlig energi har du drivit mig att tydligare försöka förstå och beskriva mina forskningsresultat.

*Bengt Mattsson* för ditt stora engagemang, din uppmuntrande handledningsstil och din förmåga att förmedla språklig lätthet vid skrivande av vetenskapliga artiklar.

Ni båda har genom ert humanistiska patos som allmänläkare och forskare varit av avgörande betydelse för forskningsprojektets utformning. När den allmänmedicinska himlen stundtals mörknar är ni två tydliga ljuspunkter.

*Alla allmänläkare och läkarstudenter som har deltagit i studierna.*

*Ingela Krantz* för att du har stöttat och uppmuntrat mig genom hela forskningsprojektet. *Per Nordin* för dina svåra frågor om statistik som tvingat mig att tänka bättre. Tack också alla ni andra arbetskamrater på *Skaraborgsinstitutet* för alla livliga och givande samtal vi har haft om forskningsmetoder och forskningens vedermoder.

Kollegor och personal på enheten för *Allmänmedicin i Göteborg* som hjälpt mig att praktiskt genomföra två av studierna, speciellt tack till dig *Kerstin Rödström* för hjälp med min tredje studie. Tack *Mats Wahlqvist* för att du givmilt har försett mig med tips och uppgifter när jag så önskat.

Goda arbetskamrater på *Tidans vårdcentral* för stort tålamod trots alla svårigheter jag har utsatt er för med min frånvaro.

*Johanna Låstberg* för att du på ett elegant och tålmodigt sätt har hjälpt mig med redigeringsarbetet. Tack också ni andra arbetskamrater på *Skövde FoU-*



*centrum* för praktisk hjälp och forskningsdiskussioner. Tack till *Birgitta Ahlström* för att du hjälpte mig med redigeringen i ett tidigare skede.

Deltagarna i *Balintgruppen* i Skövde för att ni i många år har hjälpt mig att fundera över patientmötet genom era självutlämnande berättelser om egna patienter.

*Kristian Svenberg* för alla livgivande forskningsdiskussioner på Gyllene Prag, i Slottsskogen och Töreboda. Utan din vänskap hade forskningstiden känts betydligt tyngre!

*Stig Wellving* för våra mångåriga nästan dagliga diskussioner om allmänläkararbetets alla tänkbara sidor.

*Dan Andersson* för att du under min AT-tid väckte intresset för forskning och alltid varit en god förebild som distriktsläkare.

*Lars Berg* för att du hjälpte mig att komma igång och sa de rätta orden.

*Bengt Dahlin* för du hjälpte mig att ta fram uppgifter om allmänmedicinens historia.

Min hustru och kollega *Solveig Wanland* för din goda språkkänsla som hjälpt mig vid avhandlingsskrivandet, för våra ständigt pågående diskussioner om att vara allmänläkare och för ditt kärleksfulla tålamod med all kraft forskningen tagit.

*Rasmus, Cajsa och Isak* för att ni ofta frågat ”hur går det med forskningen, pappa?” och för att ni när allt har känts tungt varit den stora glädjekällan.

Ekonomiskt stöd från Skaraborgsinstitutet, FoU-centrum primärvård och tandvård i Skaraborg och Svensk förening för Allmänmedicin.

## 15 REFERENSER

Agar MH. The professional stranger. second ed. San Diego: Academic Press, 1996.

Aira M, Mäntyselkä P, Vehviläinen A, Kumpusalo E. Occupational isolation among general practitioners in Finland. *Occup Med (London)* 2010; 60(6): 430-5.

Andén A, Andersson S-O. Vad får patienten ut av konsultationen hos allmänläkaren? *Läkartidningen* 2003; 100: 3518-3520.

Andén A, Andersson S-O, Rudebeck C-E. Satisfaction is not all – patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2005; 6: 43.

Andersson S-O, Mattsson B. Length of consultations in general practice in Sweden: Views of doctors and patients. *Fam Pract* 1989; 6: 130-134.

Andersson S-O, Mattsson B. Features of good consultation in general practice: Is time important? *Scand J Prim Health Care* 1994; 12: 227-232.

André M, Borgquist L, Mölsted S. Use of rules of thumb in the consultation in general practice – an act of balance between the individual and the general perspective. *Fam Pract* 2003; 20: 514-519.

Armstrong D. Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors' behaviour. *Soc Sc and Med* 2002; 55: 1771-1777.

Arvidsson E, Andre M, Borgquist L, Carlsson P. Priority setting in primary health care - dilemmas and opportunities: a focus group study. *BMC Fam Pract* 2010; 11: 71. doi:10.1186/1471-2296-11-71

Baarts C, Tulinius C, Reventlow S. Reflexivity – a strategy for patient-centred approach in general practice. *Fam Pract* 2000; 17: 430-434.

Balint M. The doctor, the patient and his illness. London: Pitman, 1957.

Basak O, Yaphe J, Spiegel W et al. Early clinical exposure in medical curricula across Europe: An overview. *Europ J Gen Pract* 2009; 15: 4-10.

Bauman A E, Fardy H J, Harris P G. Getting it right: why bother with patient care. *MJA* 2003; 179: 253-256.

Beaulieu M-D, Dory V, Pestiaux D et al. General practice as seen through the eyes of general practice trainees. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24: 174-180.

Beckman H B, Frankel R M. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann of Int Med* 1984; 101: 692-696.

Below B von, Hellquist G, Rödger S, Gunnarsson R, Björkelund C, Wahlqvist M: Medical students' and facilitators' experiences of an Early Professional Contact course: Active and motivated students, strained facilitators. *BMC Medical Education* 2008; 8: 56.

Bensing JM, Tromp F, van Dulmen S et al. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 62.

Bergman Blix S. Rehearsing emotions. The process of creating a role for the stage. Doctoral thesis in Sociology. Stockholm University Sweden, 2010.

Berney L, Doyal L, Feder G, Griffiths C, Jones IR. Ethical principles and the rationing of care. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 620-625.

Blankfield RP, Goodwin M, Jaén CR, Stange KC. Addressing the unique challenges of inner-city practice. *J of Urban Health* 2002; 79: 173-185.

Blankenstein AH. Somatising patients in general practice. Reattribution, a promising approach. Doctoral thesis. Amsterdam Vrije Universitet, 2001.

Blomquist C. *Psykiatri*. Nacka: Esselte Herzogs förlag, 1977.

Bogelund Frederiksen H, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen G. It's all about recognition! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice. *BMC Family Practice* 2009; 10: 47. Doi:10.1186/1471-2296-10-47

Branch WT, Paranjape A. Feedback and reflection: Teaching methods for clinical settings. *Acad Med* 2002; 77: 1185-1188.

Bremberg S, Nilstun T. Justifications of physicians' choice of action. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 102-108.

Britten N. Patients' expectations of consultations. Editorial. *BMJ* 2004; 328: 416-417.

Buchan IC. Time and motion in general practice. *The Practitioner* 1978; 221: 298-301.

Bultzingslöwen I von, Eliasson G, Sarvimäki A et al. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam pract* 2006; 23: 210-219.

Callahan EJ, Stange KC, Bertakis KD, Zyzanski SJ, Azari R, Flocke SA. Does time use in outpatient residency training reflect community practice? *Fam Med* 2003; 35(6): 423-427.

Calman NS, Bernstein Hyman R, Licht W. Variability in consultation rates and practitioner level of diagnostic certainty. *The J Fam Pract* 1992; 35: 31-38.

Campbell JL, Roberts M, Wright C, Hill J, Greco M, Taylor M, Richards S. Factors associated with variability in the assessment of UK doctors' professionalism: analysis of survey results. *BMJ* 2011; 343: d6212.

Cardol M, Schellevis FG, Spreeuwenberg P, Lisdonk EH van de. Changes in patients' attitudes towards the management of minor ailments. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 516-521.

Carlsson P, Kärvinge C, Broqvist M et al. National model for transparent vertical prioritisation in Swedish health care. In *Report 2007: 1. National Centre for Priority Setting in Health Care Linköping, 2007.*

Cassell EJ. *The nature of suffering.* Oxford Univ Press, 1991.

Cassell EJ. *Doctoring. The nature of primary care medicine.* Oxford Univ Press, 1997.

Coar L, Sim J. Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals. *Scand J Prim Health care* 2006; 24: 251-256.

Coderre S, Mandin H, Parasym PH Fick GH. Diagnostic reasoning strategies and diagnostic success. *Med Educ* 2003; 37: 695-703.

- Crookshank FG. Theory of diagnosis. *Lancet* 1926: 939-942.
- Dahlin B, Kuuse J. Från provinsialläkare till primärvård. Bengt Dahlin Samhällsförvärv Lerum, 2010.
- Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Is GP-patient communication related to their perceptions of illness severity, coping and social support? *Soc Sc & Med* 2002; 55: 1245-1253.
- Diderichsen S, Andersson J, Johansson EE, Verdonk P, Lagro-Janssen A, Hamberg K. Swedish medical students' expectations of their future life. *Int J Med Educ.* 2011; 2: 140-146. doi: 10.5116/ijme.4ec5.92b8
- Dowie J. The research-practice gap and the role of decision-analysis in closing it. *Health Care Analysis* 1996; 4: 1-14.
- Dreyfus HL, Dreyfus SE. From Socrates to expert systems: The limits of calculative rationality. In: Rabinow P, Sullivan WM (eds). *Interpretive social science: A second look*. Chicago: University of Chicago Press, 1987.
- Edelstein L, Temkin O, Temkin CL: *Ancient medicine*. Baltimore: John Hopkins Univ Press, 1967.
- d'Elia G. Att svara på emotionella signaler kräver träning. *Läkartidningen* 2002; 99: 2668-2669.
- Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ* 1999; 319: 753-756.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the Physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 221-2226.
- Emerson RM, Fretz RI, Shaw LL. Participant observation and field notes. In: Atkinson et al, editors. *Handbook of ethnography*. London: Sage, 2001.
- Ertmann RK, Reventlow S, Söderström M. Is my child sick? Parents' management of signs of illness and experiences of the medical encounter: Parents of recurrently sick children urge for more cooperation. *Scand J Prim Health care* 2011; 29(1): 23-27. doi:10.3109/02813432.2010.531990

Evans J, Lambert T, Goldacre M. GP recruitment and retention: a qualitative analysis of doctors' comments about training for and working in general practice. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 2002; 83: 1-33

Felton JS. Burnout as a clinical entity: its importance in health care workers. *Occup Med (Lond)* 1998; 48: 237-50.

Firth A, Wass V. Medical students' perceptions of primary care: the influence of tutors, peers and the curriculum. *Educ Prim Care* 2007; 18(3): 364-372.

Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract* 2002; 51: 835-840.

Fox FE, Rodham KJ, Harris MH, Taylor GJ, Sutton J, Scott J, Robinson B. Experiencing "The other side": A study of empathy and empowerment in general practitioners who have been patients. *Qual Health Research* 2009; 19(11): 1580-1588.

Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence. *BMJ* 2001; 323: 1100-1109.

Gadamer HG. *Den gåtfulla hälsan*. Ludvika: Dualis förlag, 2003.

Gafaranga J, Britten N. "Fire away": the opening sequence in general practice consultations. *Fam Pract* 2003; 20: 242-247.

Getz L, Kirkengen A-L, Hetlevik I, Sigurdsson JA. Individually based preventive medical recommendations - are they sustainable and responsible? A call for ethical reflection. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23(2): 65-7.

Goedhuys J, Rethans J-J. On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. *Fam Pract* 2001; 18: 592-596.

Good, B. *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective*. Cambridge Univ Press, 1994.

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

Granek M, Weingarten M. The third party in general practice consultations. *Scand J Prim Health Care* 1996; 14: 66-70.

Gray DP. Forty-seven minutes a year for the patient. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1816-1817.

Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in clinical practice*. London: BMJ Books, 1998.

Griffiths F, Green E, Tsouroufli. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation. *BMJ* 2005; 330: 511-517.

Grondin J. *The philosophy of Gadamer*. Montreal&Kingston: McGill-Qeeun's Univ Press, 2003.

Groopman J. *How doctors think*. Boston: Houghton Mifflin Company, 2007.

Gustafsson F. *Läkarstudenters inställning till allmänmedicin. Ensamt, gränslöst och rädsla för att göra fel eller omväxlande, flexibelt och patientnära? (Medical students' attitudes to general practice) Rapport Göteborgs universitet, 2008.*

Haffling AC, Håkansson A: Early patient contact in primary care: a new challenge. *Med Educ* 2001; 35: 901-8.

Haglund G. *Allmänmedicinska perspektiv: återblick och framtidsvy*. Stockholm: Liber Utbildning/Almqvist & Wiksell medicin, 1994.

Hansson, A: *Nya utmaningar, gamla strategier – om distriktsläkarens yrkesroll och attityder till samarbete (New challenges, old strategies - on General Practitioners' professional role and attitudes towards interprofessional collaboration)*. Med D thesis. University of Gothenburg, Sahlgrenska Academy, 2008.

Hartman TC olde, Hassink-Franke LJ, Peter L Lucassen PL, Spaendonck KP van, Weel C van. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Family Practice* 2009; 10: 68. doi:10.1186/1471-2296-10-68

Heath I. *The mystery of general practice*. London: John Fry Trust Fellowship, 1995.

Heath I. "Uncertain clarity": contradiction, meaning, and hope (William Pickles lecture 1999). *Br J Gen Pract* 1999; 49: 651-657.

Henderson E, Berlin A, Fuller J. Attitude of medical students towards general practice and general practitioners. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 359-363

Hippokrates: Eden och lagen. Utdrag ur "De hippokratiska skrifterna" i Michael Kolmodin Löwegrens översättning, 1910.

Hjerpe P. Investigating practice variation in a changing primary care. A multilevel perspective on the Skaraborg primary care database. *Med dr thesis*. Lund University, faculty of medicine, 2011.

Hogg R, Spriggs B, Cook V. Do medical students want a career in general practice? A rich mix of influences! *Educ Prim Care* 2008; 19(1): 54-64.

Holm U. Det räcker inte att vara snäll. (It is not enough to be kind). Stockholm: Natur och Kultur, 1995.

Howe A. Patient-centred medicine through student-centred teaching: a student perspective on the key impacts of community-based learning in undergraduate medical education. *Med Educ* 2001; 35(7): 666-72.

Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M et al. Quality at general practice consultations. *BMJ* 1999; 319: 738-743.

Höjer A, Den öppna läkarvården i riket [Föredrag vid Svenska landstingsförbundets möte den 12 november 1948]. *Sveriges landstings tidskrift* 1949; 36 (1): 1-8.

Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning. Socialstyrelsen, 2009.

Jenkins L, Britten N, Stevenson F, Barber N, Bradley C. Developing and using quantitative instruments for measuring doctor-patient communication about drugs. *Patient Educ Couns* 2003; 50: 273-278.

Jordan J, Brown JB, Russell G. Choosing family medicine. What influences medical students? *Can Fam Phys* 2003; 49(9): 1131-37.

Josefson I. Läkarens yrkeskunnande. Lund: Studentlitteratur, 1998.

Kenealy T, Goodyear-Smith F, Wells S et al. Patient preference for autonomy: does it change as risk rises? *Fam Pract* 2011; 28: 541-44. doi: 10.1093/fampra/cm022



Kiolbassa K, Miksch A, Hermann K et al. Becoming a general practitioner - Which factors have most impact on career choice of medical students? *BMC Fam Pract* 2011; 12: 25. doi:10.1186/1471-2296-12-25

Kjeldmand D, Holmström I, Rosenqvist U. Balint training makes GPs thrive better in their job. *Pat Educ and Couns* 2004; 55: 230-235.

Kjeldmand D, Holmström I, Rosenqvist U. How patient-centred am I? A new method to measure physicians' patient-centredness. *Pat Educ and Couns* 2005; 62: 31-37.

Klitzman, R. Improving education on doctor-patient relationships and communication: Lessons from doctors who become patients. *Academic Medicine* 2006; 81(5): 447-453.

Konrad TR, Link CL, Shackelton RJ et al. It's about time: physicians' perceptions of time constraints in primary care medical practice in three national healthcare systems. *Med Care* 2010; 48(2): 95-100.

Krantz I. Ethics and public health interventions. Doctoral dissertation. Department of Med Ethics Faculty of Medicine, Lund University, 2008.

Landström B, Rudebeck CE. Den tillräckligt duktige allmänläkaren (The good enough GP). Rapport 2002/1, Skaraborgs FoU-enhet.

Landström B, Rudebeck CE, Mattsson B. Working behaviour of competent general practitioners – personal styles and deliberate strategies. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24: 122-28. doi:10.1080/02813430500508355

Landström B, Mattsson B, Rudebeck CE. Attributes of competence – on GP's work performance in daily practice. *Scand J Publ Health* 2009; 37(6): 598-603. doi:10.1177/1403494809105433

Landström B, Mattsson B, Rudebeck CE. A qualitative study of final-year medical students' perspectives of general practitioners' competencies. *Int J Med Educ* 2011; 2: 102-109. doi: 10.5116/ijme.4e79.b49a

Launer J. "You're the doctor, Doctor!": is social constructionism a helpful stance in general practice consultations? *J Fam Ther* 1996; 18: 255-267.

Leder D. Toward a phenomenology of pain. *Review of Existential Psychology and psychiatry* 1985; 19: 255-66.

Leder D. Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine. *Theor Med* 1990; 11: 9-24.

Lefevre JH, Roupert M, Kerneis S, Karila L. Career choices of medical students: a national survey of 1780 students. *Med Educ* 2010; 44: 603-612. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03707.x

Lindström U. *Levande läkare*. Lund: Studentlitteratur, 1998.

MacLeod S. How GPs learn. *Educ Prim Care* 2009; 20(4): 271-277.

Maiorova T, Stevens F, van der Zee J, Boode B, Scherpbier A. Shortage in general practice despite the feminisation of medical workforce: a seeming paradox? A cohort study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 262.

Malterud K. *Kvalitativa metoder (Qualitative methods)*. Lund (Sweden): Studentlitteratur, 1998.

Malterud K, Candib L, Code L. Responsible and responsive knowing in medical diagnosis: the medical gaze revisited. *Nora* 2004; 12: 8-19.

Malterud K, Hollnagel H. The doctor who cried: A qualitative study about the doctor's vulnerability. *Ann Fam Med* 2005; 3: 348-352.

Malterud K, Fredriksen L, Gjerde M H. When doctors experience their vulnerability as beneficial for the patients. *Scand J Prim Health Care* 2009; 27(2): 85-90.

Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perception of GP non-verbal communication. *Br J Gen Pract* 2010; 60: 83-7.

Mattsson B. Hur avgränsa utan att avvisa? *Läkartidningen* 2002; 99: 18-20.

Mattsson B, Lundh C, Svenberg K. Vad allmänmedicin kan lära den blivande läkaren. *Läkartidningen* 2002; 99: 4170-75.

Mattsson B, Mattsson M. The concept of "psychosomatic" in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 135-138.

Mawardi BH. Satisfaction, dissatisfactions, and causes of stress in medical practice. *J of the Amer Med Assoc* 1979; 241: 1483-1486.

McWhinney IR. The importance of being different. *Bjr J Gen Pract* 1996; 46: 433-436.

McWhinney IR. A textbook of family medicine. Oxford: Oxford university press, 1997.

Miller KE, Fox BC, Mitchell GL. Medical students' and private family physicians' perceptions of family practice. *Fam Med* 1996; 28(1): 33-8.

Montgomery K. How doctors think. Oxford Univ Press, 2006.

Morgan DL ed: Successful Focus Groups. Sage publ, 1993.

Morse JM., Field PA. Nursing research. The application of qualitative approaches. Cheltenham(UK): Stanley Thornes Publishers Ltd, 1998.

Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J, Joos S. What factors aid in the recruitment of general practice as a career? An enquiry by interview of general practitioners. Article in German. *Dtsch Med Wochenschr* 2010; 135: 1011-5.

Nessa J, Malterud K. "Feeling your large intestines a bit bound": clinical interaction – talk and gaze. *Scand J Prim Health Care* 1998; 16: 211-215.

Nevalainen MK, Mäntyranta P, Pitkala KH. Facing uncertainty as a medical student—A qualitative study of their reflective learning diaries and writings on specific themes during the first clinical year. *Pat Educ Couns* 2010; 78(2): 218-223.

Nilsen P. Praktikbaserad forskning kan ge forskningsbaserad praktik. *Läkartidningen* 2011; 108: 1672-73.

Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P: General practice—time for a new definition. *BMJ* 2000; 320: 354. doi: 10.1136/bmj.320.7231.354

Patterson F, Ferguson E, Lane P et al. A competency model for general practice: implications for selection, training, and development. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 188-193.

Petersson C. Allmänmedicinens vardag – mitt i det mänskliga. Lund: Studentlitteratur, 2009.

Pollock K, Grime J. Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression. *BMJ* 2002; 325: 687.

Porter d, Porter R. Patient's progress: doctors and doctoring in eighteenth-century England. Cambridge: Polity Press, 1989.

Pydah KL, Howard J. The awareness and use of chaperones by patients in an English general practice. *J Med Ethics* 2010; 36(8): 512-13.

Reid M. Marginal man: The identity dilemma of the academic general practitioner. *Symbolic Interaction* 1982; 5: 325-342.

Ricoeur P. *Hermeneutics & the human sciences*. Cambridge Univ Press, 1981.

Ridsdale L. Study of the effect of time availability on the consultation. *J of the Royal College of Gen Pract* 1989; 39: 488-491.

Riordan DC. Interaction strategies of lesbian, gay and bisexual healthcare practitioners in the clinical examination of patients. *BMJ* 2004; 328: 1227.

Robinson P, Heywood P. What do GPs need to know? The use of knowledge in general practice consultations. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 56-59.

Rolfe G. "A lie that helps us see the truth": research, truth and fiction in helping professions. *Reflective Practice* 2002; 3: 89-102.

Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms includes diagnosis, specific treatments, and appropriate communication. *BMJ* 2005; 330: 4-5.

Rosenthal T, James P, Newton W. The current status of medical student education in family medicine. *Ann Fam Med* 2005; 3: 559-60.

Roter DL. *The roter method of interaction process analysis*. RIAS Manual. Baltimore: John Hopkins University, 1991.

Rudebeck CE. *General practice and the dialogue of general practice*. Dissertation. *Scand J Prim Health Care* 1992; 10 (suppl 1).

Rudebeck CE. Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens? *Allmänmedicin* 1998; 19: 32-36.

Rudebeck CE. The doctor, the patient and the body. *Scand J Prim Health care* 2000; 18: 4-8.

Rudebeck CE. Grasping the existential anatomy: the role of bodily empathy in clinical communication, in Tombs SK (ed), Handbook of phenomenology and medicine. Dordrecht: Kluwer Acad Publ, 2001.

Rudebeck CE. Imagination and empathy in the consultation. Br J Gen Pract 2002; 52: 450-453.

Sachs L. Vårdens etnografi. Stockholm: Liber, 1992.

Say ER, Thomson T. The importance of patient preferences in treatment – challenges for doctors. BMJ 2003; 327: 542-545.

Schön D. The reflective practitioner: How professionals think in action. London: Maurice Temple Smith, 1983.

Scott I, Gowans M, Wright B et al: Determinants of choosing a career in family medicine. CMAJ 2011; 183(1): E1-E8. doi:10.1503/cmaj.091805

Shadbolt N, Bunker J Choosing general practice as a career – the influence of education and training. Aust Fam Physician 2009; 38: 341-4.

Shorter E. Bedside manners: The troubled history of doctors and patients. New York: Simon& Schuster, 1985.

Sigurdsson JA. En tredje part i konsultationsprocessen. Ur Brodersen J, Hovelius B, Hvas L. Skapar vården ohälsa. Lund: Studentlitteratur, 2009.

Sinclair HK, Ritchie LD, Lee AJ. A future career in general practice? Fam Med 2008; 40(1): 61-2.

Sjönell G. Husläkarfallet. Stockholm: Liber Utbildning/Almqvist & Wiksell medicin, 1994.

Skelton JR, Hobbs FDR. Descriptive study of cooperative language in primary care consultations by male and female doctors. BMJ 1999; 318: 576-579.

Slovic P, Finucane ML, Peters E, MacGregor DG. Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk and rationality. Risk Anal 2004; 24: 311-22.

Smith R. Why are doctors so unhappy? BMJ 2001; 322: 1073-1074.

Smits AJA, Meyboom WA, Mokkink HGA et al. Medical versus behaviour skills: An observation study of 75 general practitioners. *Fam Pract* 1991; 8: 14-18.

Soler JK, Carelli F, Lionis C et al. The wind of change: After the European definition – orienting undergraduate medical education towards general practice/family medicine. *Europ J Gen Pract* 2007; 13: 248-51.

Starfield B. The hidden inequity in health care. *International J for Equity in Health* 2011; 10: 15.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine*. Thousand Oaks (CA,USA): Sage Publications, 1995.

Stewart M, Belle Brown J, Donner a, McWhinney IR et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *The J Fam Pract* 2000; 49: 796-804.

Strandberg EL, Ovhed I, Borgquist L, Wilhelmsson S. The perceived meaning of a w(holistic) view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 8. doi:10.1186/1471-2296-8-8

Sundquist J, Johansson SE. High demand, low control, and impaired general health: working conditions in a sample of Swedish general practitioners. *Scand J Publ Health* 2000; 28(2): 123-31.

Swartling P. *Den svenska allmänmedicinens historia*. *Läkartidningen* 2006; 103: 1950-53.

Svenaesus F. *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health*. Dissertation. Dordrecht: Kluwer Acad Publ, 2000.

Svenberg K, Wahlqvist M, Mattsson B. “A memorable consultation”: Writing reflective accounts articulates students’ learning in general practice. *Scand J Prim Health care* 2007; 25(2): 75-79. doi:10.1080/02813430601153671

Tollhurst H, Stewart M. Becoming a GP: a qualitative study of the career interests of medical students. *Austr Fam Phys* 2005; 34(3): 204-6.

Wahlqvist M, Mattsson B, Dahlgren G et al. Instrumental strategy: A stage in students' consultation skills training? *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 164-170.

Wahlqvist M, Gunnarsson RK, Dahlgren G, Nordgren S. Patient-centred attitudes among medical students: Gender and work experience in health care make a difference. *Medical Teacher* 2010; 32: e191-e198.

Westerståhl A, Segesten K, Björkelund C: GPs and lesbian women in the consultation: issues of awareness and knowledge. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20(4): 203-7.

Wilke G, Freeman S. How to be a good enough GP. Abingdon: Radcliffe Medical press, 2001.

Winnicott DW. Mind and its Relation to the Psyche-Soma. In D.W.Winnicott. Through Paediatrics to Psycho-Analysis. The International Psycho-analytical Library. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1949.

Williams M, Neal RD. Time for a change? The process of lengthening booking intervals in general practice. *Br J of Gen Pract* 1998; 48: 1783-1786.

Wittgenstein L. Philosophical investigations. Oxford: Basil Blackwell, 1983.

Wolf GA. Collecting data from patients. Baltimore, Maryland:University Park Press, 1977.

Wonca Europe. The European definition of General Practice/Family Medicine: a statement from Wonca Europe, 2005 <http://www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm>

Västra Götalandsregionens hemsida primärvård, 2011. <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startsida/Vard-och-halsa/Primarvard1/>

Yawn B, Goodwin MA, Zyzanski SJ, Stange KC. Time use during acute and chronic illness visits to a family physician. *Fam Pract* 2003; 20: 474-477.

Zantinge EM, Verhaak PFM, Kerssens JJ, Bensing JM. The workload of GPs: consultations of patients with psychological and somatic problems compared. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 609-614.

Zantinge EM, Verhaak PFM, de Bakker DH, van der Meer K, Bensing JM. Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? BMC Fam Pract 2009; 10: 60. doi: 10.1186/1471-2296-10-60

Ödman P-J. Tolkning, förståelse, vetande. Norstedts akad förlag, 2007.