

Läkare som handledare i klinisk praktik för läkarstudenter

Kunskaper och erfarenheter

Bernhard von Below

Avdelningen för samhällsmedicin/Allmänmedicin
Institutionen för medicin
vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Gothenburg 2017

Illustration på omslaget:Handledning under platanens beskydd. Av Christine Göhlner Gunnarsson.

Läkare som handledare i klinisk praktik för läkarstudenter
© Bernhard von Below 2017
bernhard.von.below@gu.se

ISBN 978-91-629-0125-7 (Print), 978-91-629-0126-4 (PDF)
<http://hdl.handle.net/2077/51875>
Printed in Gothenburg, Sweden 2017
Printed by Ineko AB, Göteborg

Till de många kliniska handledare jag mött genom åren. Och dem som kommer efter.

“Wir lernen viel und wissen wenig, am mindesten das Rechte”

Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832)

Läkare som handledare i klinisk praktik för läkarstudenter

Kunskaper och erfarenheter

Bernhard von Below

Avdelningen för samhällsmedicin/Allmänmedicin, Institutionen för medicin vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet Göteborg, Sweden

ABSTRACT

Background and aim. Clinical tutors and work place learning are essential resources in modern undergraduate medical education. The aim of this thesis is to increase the knowledge of physicians' perspective when serving as clinical tutors by studying and analysing their experiences of clinical tutorship. Aim of Study one was to evaluate and analyse the experiences of students and tutors at a new Early Professional Contact course and to illuminate tutors' working conditions. Aim of Study two: to seek a deeper understanding of the experiences of clinical tutors. Aim of Study three: to analyse experienced general practitioner tutors' perceptions of a skilled clinical tutor. Aim of Study four: to identify factors encouraging junior doctors to engage as long-term clinical tutors in undergraduate medical education.

Methods. The thesis is based on one quantitative and three qualitative studies. Study one: A questionnaire to students and tutors of the course, and a statistical analysis of the answers. Study two: Interviews with twelve experienced clinical tutors using the analytic method of systematic text condensation. Study three: Focus group interviews of twenty general practitioners using the analytic method of qualitative content analysis. Study four: Accounts written by twenty-seven junior doctors were analysed with a qualitative content analysis method.

Results. Study one: Both clinical tutors and students were satisfied with the course. Tutors found their task inspiring but experienced a greater workload, less reasonable demands and less support, than students. Study two: five main groups of clinical tutors' experiences emerged: Pleasure and stimulation, Disappointment and stagnation, Demands and duty, Impact of workplace relations and Multitasking difficulties. Study three: To describe a skilled clinical tutor in a primary health care setting, three main themes emerged: Professional as a general practitioner and ambassador to general practice, Committed and student-centred educator, and Coordinator of the learning environment. Study four: An overarching theme emerged: "Let me develop my skills in a supportive workplace, give me feedback and merits, and I will continue tutoring".

Findings of the thesis are, that clinical tutorship is appreciated by the tutoring physicians and provides pleasure and stimulation. Tutors are motivated and have the ambition to give students their best but also a loyalty to their profession. Counteracting factors have been found: time pressure, heavy workload, and difficulties in combining the many duties as a physician with that of a tutor, especially combining meeting patients and students. Factors encouraging tutorship are acceptance and support from clinical management, colleagues and staff, adequate time, feedback, and merits, as well as preparatory and continuing tutor's training.

Conclusion. Clinical tutors play a crucial role in today's undergraduate medical education. Tutors' experiences were complex, providing both pleasure and stimulation, but also time pressure and conflicts when combining different roles as physicians. A sustainable tutorship and a satisfactory learning environment require a time frame, clear support from leaders, colleagues and workplace professionals along with feedback and merits. Clinical education and tutor's key role need to be acknowledged and integrated as essential parts of the health care system.

Keywords: Undergraduate medical education, clinical education, clinical tutor, clinical clerkships, preceptorship, workplace, workplace learning, Sweden

ISBN: 978-91-629-0125-7 (Print), 978-91-629-0126-4 (PDF)

SAMMANFATTNING PÅ SVENSKA

Denna avhandling studerar läkares erfarenheter av att vara kliniska handledare för läkarstudenter under grundutbildningen. Lärande i klinisk miljö är en mycket viktig del i all läkarutbildning, över hela världen. Det innebär att studenter lär sig genom att aktivt delta i den vårdmiljö som skapas av medarbetare på olika arbetsplatser inom sjukvården, vilket ofta benämns verksamhetsförlagd utbildning. Detta sker inom såväl öppen som sluten vård, primärvård som specialistvård. Det är praktiken som bär lärandet. De kliniska handledarna vägleder läkarstudenterna, skapar förutsättningar för och stimulerar studenternas lärande i dessa miljöer.

Avhandlingen bygger på fyra delarbeten, där vi med olika metoder studerat och analyserat läkares upplevelser och erfarenheter av att vara kliniska handledare och synen på uppdraget. Avhandlingen belyser handledarnas arbetsvillkor och diskuterar vilka förutsättningar som behövs för att säkerställa ett gott och uthålligt handledarskap i dagens hälso – och sjukvård.

Syfte. Avhandlingens övergripande syfte är att öka och fördjupa kunskapen om läkares arbete som kliniska handledare för läkarstudenter under grundutbildningen.

Specifika syften:

-Att utvärdera och analysera studenternas och handledarnas erfarenheter från kursen Tidig Yrkeskontakt vid Sahlgrenska Akademien samt att belysa handledarnas arbetssituation (delarbete I).

-Att söka en djupare förståelse av läkares upplevelser av att vara kliniska handledare (delarbete II).

-Att analysera erfarna allmänläkares uppfattning om vad som karakteriserar en skicklig klinisk handledare (delarbete III).

-Att identifiera faktorer som kan stimulera yngre läkare att åta sig ett uppdrag som kliniska handledare på längre sikt (delarbete IV)

Metodik. Både kvantitativ (delarbete I) och kvalitativ (delarbete II-IV) metodik har använts i avhandlingen.

Delarbete I: Enkät till samtliga kliniska handledare och läkarstudenter som fullgjort den nystartade kursen Tidig yrkeskontakt vid Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet. Svaren analyserades statistiskt.

Delarbete II: Tolv erfarna kliniska handledare intervjuades enskilt, hälften var allmänläkare och hälften sjukhusspecialister. Systematisk textkondensering (Malterud) användes som analysmetod.

Delarbete III: Tjugo allmänläkare med erfarenhet av att vara kliniska handledare under allmänmedicinkursen på vårdcentraler i och runt Göteborg respektive Malmö deltog i fyra fokusgruppsintervjuer. Kvalitativ innehållsanalys användes för analysen.

Delarbete IV: Tjugosju yngre läkare beskrev i egna texter viktiga faktorer för att kunna åta sig handledaruppdrag. Texterna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat.

Delarbete I: Både handledare och studenter fann kursen givande. Handledarna fann uppdraget inspirerande men upplevde större arbetsbelastning, mindre rimliga krav samt sämre stöd jämfört med studenterna.

Delarbete II: Här framkom fem grupper av upplevelser som klinisk handledare: 1. Glädje och stimulans, 2. Besvikelse och stagnation, 3. Krav och plikt, 4. Betydelse av relationer på arbetsplatsen, samt 5. Problem med för många uppgifter (multitasking). Handledarna fann sitt uppdrag stimulerande genom såväl kontakter med unga studenter som kollegor i samband med handledarutbildning. Uppdraget var också ett avbrott i vardagen.Handledningen innebar dock en konflikt med andra uppgifter som läkare, vilket upplevdes pressande och kunde leda till att man lämnade uppdraget som handledare. Ambitionsnivån var hög och handledningen upplevdes ibland tröttande. Deltagarna uttryckte ett behov av stöd och acceptans från arbetsledning och kollegor samt avsatt tid för uppdraget.

Delarbete III: Tre huvudteman framkom för att beskriva en skicklig klinisk handledare i en allmänmedicinsk verksamhet; 1. Professionell som allmänläkare och ambassadör för allmänmedicinen, 2. Hängiven och studentcentrerad lärare, samt 3. Samordnare av lärandemiljön. Dessa allmänläkare lyfte särskilt fram vikten av att ha klinisk erfarenhet som allmänläkare och vara väl förankrad i yrkesrollen. Det fanns en tydlig ambition att genom handledningen kunna rekrytera blivande kollegor till specialiteten.

Delarbete IV gav som resultat ett övergripande tema: ”Låt mig utveckla mina förmågor på en stödjande arbetsplats, ge mig feedback och meriter, och jag kommer att fortsätta handleda”. Huvudkategorier under detta övergripande tema var: 1. Utveckla personliga egenskaper till professionell förmåga, som handledare och läkare, 2. Arbetsplatsens kultur stödjer utbildning, samt 3. Tydligt uppdrag, feedback och meriter. Det övergripande temat och huvudkategorierna beskriver vilka faktorer de yngre läkarna ansåg viktiga för att kunna åta sig handledaruppdrag. En bild framtonar också, där man villkorar den kliniska handledningen och är beredd avstå från att handleda om villkoren inte är tillfredsställande.

I avhandlingen visas, att klinisk handledning uppskattas av de handledande läkarna och ger glädje och stimulans. Handledarna är motiverade och drivs av en önskan att ge studenterna god handledning. De drivs även av en lojalitet med professionen. Motverkande, negativa faktorer finns: tidspress, överbelastning i arbetet, lojalitetskonflikter med andra uppgifter som läkare, framför allt kliniskt patientarbete. I en pressad arbetssituation är man beredd avstå vidare handledaruppdrag. Yngre läkare tycks överväga om villkoren är rimliga redan innan de åtar sig uppdraget. Faktorer som främjar klinisk handledning är: acceptans och stöd från arbetsledningen, avsatt tid, stöd från kollegor och medarbetare, feedback samt handledarutbildning och meritering.

Konklusion. Klinisk handledning av läkarstudenter vid verksamhetsförlagd utbildning är ett väsentligt inslag i läkarutbildningen. Den kliniske handledaren utgör en nyckelkompetens. De studerade handledarnas erfarenheter var sammansatta; de upplevde glädje och stimulans men också en konfliktfylld och pressad arbetssituation. För att säkerställa ett uthålligt handledaruppdrag och en god arbets- och lärandemiljö fordras en tidsram, ett tydligt stöd av ledning, kollegor och professionella vid vårdens arbetsplatser, feedback samt ett meritvärde. Om klinisk handledning integreras som ett erkänt inslag i sjukvårdens verksamhet skapas utrymme och legitimitet för handledarens uppdrag.

FÖRTECKNING ÖVER ORIGINALARTIKLAR

I avhandlingen ingår följande delarbeten, som i texten hänvisas till med respektive romersk siffra:

- I. von Below B, 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.
- II. von Below B, Rödger S, Wahlqvist M, Billhult A. "I couldn't do this with opposition from my colleagues": A qualitative study of physicians' experiences as clinical tutors.
BMC Medical Education 2011; 11:79.
- III. von Below B, Haffling A-C, Brorsson A, Mattsson B, Wahlqvist, M. Student-centred GP ambassadors: Perceptions of experienced clinical tutors in general practice undergraduate training.
Scandinavian Journal of Primary Health Care 2015; 33:2, 142-149.
- IV. von Below B, Rödger S, Mattsson B, Hange D, Wahlqvist M. What encourages junior doctors to engage as clinical tutors? A qualitative study of written accounts. (Submitted)

INNEHÅLL

FÖRKORTNINGAR.....	IV
DEFINITIONER I KORTHET.....	V
1 INTRODUKTION.....	2
1.1 Utgångspunkter.....	2
1.1.1 Forskningens upptakt.....	2
1.1.2 Egen positionering och förståelse.....	3
1.1.3 SPRÅKET.....	4
1.2 Bakgrund.....	5
1.2.1 Historiska nedslag.....	5
1.2.2 Klinisk läkarutbildning.....	8
1.2.3 Läkarrollen.....	18
1.2.4 Teoretiska perspektiv.....	20
1.3 Forskningsfältet.....	23
2 SYFTE.....	25
2.1 Övergripande syfte.....	25
3 MATERIAL OCH METODER.....	26
3.1 Allmänt.....	26
3.2 Specifikt.....	28
3.2.1 Delarbete I.....	28
3.2.2 Delarbete II.....	29
3.2.3 Delarbete III.....	30
3.2.4 Delarbete IV.....	31
3.3 Etiska överväganden.....	32
3.4 Genusaspekter.....	34
4 RESULTAT.....	36
4.1 Delarbete I.....	36
4.2 Delarbete II.....	37
4.3 Delarbete III.....	39

4.4	Delarbete IV	41
5	DISKUSSION	44
5.1	Diskussion av metod	44
5.1.1	Allmänt	44
5.1.2	Respektive delarbeten I-IV	46
5.2	Diskussion av fynden	50
5.2.1	Allmänt	50
5.2.2	Erfarenheter som handledare	51
5.2.3	Vad kännetecknar en skicklig klinisk handledare?.....	54
5.2.4	Handledning - en uppgift som väljs bort vid hög belastning.....	56
5.2.5	Handledarrollen i förändring	58
5.2.6	Faktorer som främjar handledarskapet	59
5.2.7	Rekrytering av framtida kollegor	61
6	KONKLUSION.....	63
7	FRAMTIDA PERSPEKTIV	64
	TACK.....	65
	REFERENSER.....	69

FÖRKORTNINGAR

AT	Allmäntjänstgöring; AT-läkare
NPM	New Public Management
QCA	Kvalitativ innehållsanalys (eng. Qualitative content analysis)
ST	Specialisttjänstgöring; ST-läkare
STC	Systematisk textkondensering (eng. Systematic text condensation)
TYK	Tidig Yrkeskontakt, kursen
VFU	Verksamheteförlagd utbildning
VIL	Verksamhetsintegrerat lärande

DEFINITIONER I KORTHET

Grundutbildning	Med läkares grundutbildning avses termin 1-11 på läkarprogrammet, leder till läkarexamen
AT-läkare	Läkare som genomför allmäntjänstgöring, vilket utgör steget mellan läkarexamen och legitimation
ST-läkare	Legitimerad läkare under specialistutbildning

INTRODUKTION

Denna avhandling studerar läkare som är kliniska handledare för läkarstudenter under grundutbildningen på läkarprogrammet. Läkarutbildningens elva terminer består av en preklinisk och en klinisk del, i bägge dessa perioder ingår viktiga moment av kliniskt lärande. Det innebär att studenterna lär sig genom att ta del av och verka i den vård som bedrivs av medarbetare på olika arbetsplatser inom sjukvården. Detta benämns ofta verksamhetsförlagd utbildning (VFU), på engelska Workplace learning (1), och sker inom såväl öppen som sluten vård, primärvård som specialistvård. Det är praktiken som bär lärandet, på engelska talas om "learning in context". De kliniska handledarna skall skapa förutsättningar och stimulera studenternas lärande i dessa miljöer. Avhandlingens fokus är på dessa handledande läkares syn på sitt arbete.

1.1 Utgångspunkter

1.1.1 Forskningens upptakt

Utgångspunkten för den forskning som resulterade i min avhandling var en önskan om att bättre förstå den handledande läkares syn på sitt uppdrag som klinisk handledare för läkarstudenter. Det var en önskan som väcktes under mitt arbete i kursledningen för en nystartad kurs vid läkarutbildningen i Göteborg under utbildningens prekliniska del. Det gällde den år 2001 initierade kursen Tidig Yrkeskontakt (TYK), som baseras på verksamhetsförlagd utbildning under handledning av läkare som kliniska handledare under läkarutbildningens tidiga del (2). I kursledningen märkte vi att ett antal kliniska handledare slutade sitt uppdrag efter endast något år och vi funderade varför. Ofta angav dessa läkare tidsbrist som orsak men vi misstänkte att det även kunde finnas andra bakomliggande orsaker, såsom osäkerhet i handledarrollen, intressekonflikter på arbetet, bristande stimulans eller eventuellt dåligt stöd från kursledningen. Tanken var väckt att söka djupare kunskap kring orsakerna och därmed hur de kliniska handledarna uppfattade och upplevde sitt uppdrag i kombination med arbetet som läkare. Efterhand insåg vi att detta var ett inte särskilt väl utforskat område varför det kom att bli min forskningsuppgift.

Därmed är avhandlingen avgränsad till att omfatta läkares arbete som kliniska handledare under grundutbildningen. Min forskning innefattar inte andra yrkeskategorier som handledare och inte heller handledning av läkare efter läkarexamen (AT-läkarhandledare, ST-läkarhandledare exempelvis).

1.1.2 Egen positionering och förförståelse

Som nämnts ovan bygger avhandlingen på frågeställningar som väcktes av erfarenheter under min yrkesutövning. Det var erfarenheter utifrån mitt perspektiv som allmänläkare i kombination med uppgifterna som handledare för läkarstudenter och kursledare för TYK som ledde till forskningen.

Redan tidigt var mitt mål som blivande läkare den allmänmedicinska banan. Det tilltalande med specialiteten var kunskapsbredden i ämnet samt möjligheten att möta människor i deras vardagliga miljö jämfört med sjukhusets speciella värld. Bred kunskap har alltid tilltalat mig, det ger möjligheter till översikt och i mina ögon kloka val. Det fanns ett humanistiskt och socialt perspektiv i allmänmedicinen, som var tilltalande.

Min grundläggande läkarutbildning genomfördes i Göteborg på 1970-talet, medan allmäntjänstgöring och vidareutbildning till specialist i allmänmedicin skedde vid Falu lasarett i Dalarna och på vårdcentraler i närområdet. Det var en expansiv tid för primärvården med spännande diskussioner om vårdideologi samt möjligheter att genomföra utvecklingsprojekt kopplade till utbyggnaden av primärvården. Under 10 år som distriktsläkare vid Svärdsjö vårdcentral märkte jag hur spännande och givande mötet med patienten är, erfarenhet från Balintgrupp (3, 4) gav insikt i konsultationens djup och möjligheter. Samtidigt väcktes intresset för att handleda yngre kollegor (utbildningsläkare) och någon gång läkarstudenter, som på eget initiativ tagit sig från sina studieorter, fr a Uppsala, för klinisk praktik i sina hemtrakter. I mitten av 1990-talet återvände familjen till Göteborgstrakten och jag tillträdde en tjänst som distriktsläkare i Floda. Nu fick jag möjlighet att knyta kontakt med Enheten för allmänmedicin vid Göteborgs universitet och delta i och utveckla handledning av läkarstudenter. Det kändes angeläget att vara med i en förändring av läkarutbildningen i Göteborg och införandet av tidig klinisk praktik; när kursen Tidig Yrkeskontakt startade 2001 kom jag att ingå i kursledningen med fokus på de allmänmedicinska handledande läkarna. Här kunde jag kombinera det allmänmedicinska perspektivet med intresset för läkarutbildningen och handledning.

I samband med kvalitativ forskning, som avhandlingen till övervägande del består av, är förförståelsen viktig (se även avsnitt 3.1 och 5.1). Min tolkning av resultaten kan påverkas av min bakgrund och det gäller att försöka bli medveten om hur denna bakgrund kan påverka tolkningen. Den starka allmänmedicinska yrkesidentiteten skulle kunna färga forskningsglasögonen. Mina allmänmedicinska glasögon har ett filter präglat av helhetssyn och personcentrering, vilket kan påverka avhandlingen. Minst lika viktigt är dock

även det engagemang för de många handledande läkare, oavsett specialitet, som vuxit fram med åren i takt med att jag mött dem i min egenskap av kursledare på TYK och inom ramen för forskningen. Den önskan vi inom kursledningen känt att bidra till en förbättrad arbetssituation för dessa många kliniska handledare skulle också kunna påverka tolkningen av resultatet. Hur detta hanterats i forskningen diskuteras i senare kapitel.

1.1.3 Språket

Kappan (ramberättelsen) i denna avhandling skrivs på svenska, medan ingående delarbeten är på engelska. Mina motiv för att skriva kappan på svenska är flera. En önskan är att kunna återkoppla forskningens resultat lättare till dem som primärt berörs, nämligen de många kliniska handledare som bidragit med sina erfarenheter när vi genomfört studierna samt alla kliniskt verksamma handledande läkare vid läkarnas grundutbildning runtom i Sverige, beslutsfattare och personer engagerade i utbildning vid såväl universitet som landsting i en svensk och eventuellt nordisk kontext. Ett annat motiv är att svenskan ökar min förmåga att uttrycka nyanser i texten jämfört engelska och att därmed ramberättelsen skulle kunna bli mer tillgänglig och möjligen njutbar.

Ytterligare ett motiv är att stödja det svenska språkets utövande vid universitetet. Det har uttryckts en ökande oro i universitetsvärlden att svenskan utarmas i förhållande till engelska och att därmed förmågan att utföra universitetets tredje uppgift, nämligen att informera allmänheten om forskningsresultat, hotas (5). Debatten om svenskans ställning kontra engelskan vid universiteten har förts sedan åtminstone 1990-talet (5, 6) och kretsat kring risken för två typer av förluster: domämförluster och kapacitetsförluster (5). Om engelskan successivt övertar svenskans roll vid forskning och utbildning vid universiteten tappar svenskan livskraft inom vetenskapens domän och en domämförlust har uppstått. Kapacitetsförlust uppstår genom att man inte använder sitt bästa språk för att tänka, det råder en växelverkan mellan kognitiv och språklig förmåga som missgynnas. Den som inte är naturligt engelskspråkig torde inte tillägna sig information lika bra på engelska som på det egna språket (7, 8), även om kunskapen i engelska är förhållandevis god.

Vid svenska universitet skrivs numera 87 % av alla avhandlingar på engelska (5, 9). Engelskans dominans är inte en effekt enbart av senare års internationalisering vid universiteten och globaliseringen utan en process som påbörjades redan på 1930-talet; redan 1945 skrevs 40 % av avhandlingarna i

Sverige på engelska. Det språk som främst undanträngdes då var tyskan, som i mitten av 1930-talet utgjorde språk för 36 % av avhandlingarna i Sverige. Liksom franskan är idag tyskan ett rudimentärt avhandlingsspråk i Sverige.

Nordiska ministerrådet uttrycker i en deklARATION om nordisk språkpolitik att samtidig användning av nationalspråket och engelskan är ett mål. Man betonar, att bägge bör kunna användas som vetenskapliga språk och att förmedling av vetenskapliga resultat på Nordens samhällsbärande språk bör vara meriterande (9). I en tänkt framtid kan motsvarande resonemang behöva föras för att försvara forskarens rätt att skriva på engelska jämfört något annat då dominerande internationellt språk. I grunden handlar övervägandena om att skriva på det mest näraliggande alternativt ett främmande språk.

En negativ effekt av mitt val att skriva kappan på svenska är att möjligheten att sprida kunskap om avhandlingens innehåll internationellt minskar, dock är de ingående artiklarna (delarbete I-IV) författade på engelska. Avhandlingen innehåller även en sammanfattning (Abstract) på engelska.

1.2 Bakgrund

Avhandlingens fokus ligger på den kliniske handledarens arbete under läkares grundutbildning. Det gör det lämpligt att inleda med att närma sig utbildningen av läkare och handledarrollen historiskt. Efter ett antal historiska nedslag kommer vi också att söka definiera begreppet handledare och diskutera den terminologi som används idag, även internationellt.

1.2.1 Historiska nedslag

Läkekonsten är sannolikt lika gammal som mänskligheten själv, den bör ha uppstått när människan förmådde känna medkänsla och medlidande (10). Inget kan dock med säkerhet sägas om dess ursprung före de äldsta urkunderna (11). För att lära och tillägna sig läkares yrke och konst har yngre läkare lärts upp av äldre kollegor som handlett dem.

Utifrån tillgängliga skrifter stod medicinens vagga i Kina (12). I en av de äldsta medicinska klassikerna, Nei Ching från omkring 2600 f Kr, (10) finns beskrivet fyra basala metoder att ställa diagnos: observation, auskultation, anamnes och palpation (av pulsen). Detta kan tolkas som ett tidigt kliniskt lärande för blivande läkare och ett behov av klinisk handledning i någon form.

I det antika Egypten, där läkekonsten hade starka kopplingar till religionen, bedrevs läkarutbildning vid tempelskolor. Här ingick klinisk träning i form av

anamnes, bedömning av puls, allmäntillstånd och medvetandegrad (10) och handledare bör ha varit verksamma.

Den egyptiska läkekonsten att utvecklas vidare i Grekland, med humoralpatologin som bas. Hippokrates roll som lärare var betydande. Undervisningen var muntlig, utbildningen skedde vid lärarens fot, ofta skildrat som sittande under platanträdets skuggande krona (12). Lärarens kunskap byggde mycket på egna fallstudier. Att referera till vilken lärare man haft var viktigt; det betyder att den kliniske handledarens betydelse var stark. I den hippokratiska eden (13-15) stipuleras också att läraren bör se efter sin elev som vore han en son, och vice versa. Detta tycks spegla en stark bindning mellan handledaren och adepten, mellan mästaren och hans lärling.

I det romerska samhället var det också viktigt att gå i lära hos en bra och etablerad läkare (12), ett lärlingsskap. Galenos betonade att utbildning av läkare behövde ha praktiska inslag (11, 16).

Efter romarrikets fall bevarades och förvaltades det grekiska och romerska medicinska arvet av arabiska författare. Vid det andra millenniets början bedrevs läkarutbildning i arabvärlden vid centra knutna till större sjukhus som dem i Bagdad, Damaskus och Kairo men också genom ett lärlingssystem för den praktiska utbildningen där studenten knöts till någon känd läkare som överförde kunskap (12). Den kliniska handledningen torde ha spelat viss roll under denna tid. Ali Ibn Sina (Avicenna) skrev det betydande verket *Qanun* (Canon) som baserades på Hippokrates och Galenos skrifter (10, 11, 17) och kom att användas i undervisning flera sekler.

Under tio- och elvahundratalet uppstod Europas första universitet i Salerno, Bologna, Padua, Montpellier och Paris med successiv vidare spridning ut över Europa (12, 18). Även här tillämpades handledning av en äldre praktiserande läkare.

Reformationen 1517 innebar ett ifrågasättande av kyrkliga och samhälleliga auktoriteter, vilket kom att påverka såväl undervisningen som det medicinska kunskapsinnehållet (10-12, 18). Padua blev nu ett av de främsta universiteten för läkarutbildning. Där utvecklades kliniska lärandemetoder med bedside undervisning; studenterna fick samtala med patienten om symptomen och undersöka denne, en stor förändring i undervisningen (12) och rimligen verkade här det vi idag benämner kliniska handledare. Paduas förändrade pedagogik spreds i varierande takt till andra lärosäten i Europa. I England lyfte Sydenham fram praktiserande, bedside medicine som väsentlig och betonande att lärandet skedde bäst genom praktisk erfarenhet (19).

Lärlingskap fortsatte att vara ett viktigt sätt att inhämta kunskap för blivande läkare under 1700- och 1800-talen (20). Leiden i Holland samt Edinburgh och London var nu dominerande lärosäten och i Edinburgh öppnades en särskild avdelning för kliniskt lärande (12, 18).

Efter franska revolutionen 1789 reformerades utbildningssystemet. Klinisk undersökningsmetodik med inspektion, palpation, perkussion och auskultation infördes (21-23) vid medicinska lärosäten i Paris m fl franska städer (12, 18). Kliniska handledare bör ha verkat även här. Dessa nya undervisningsmetoder kom senare att vidareutvecklas vid universitetet i Wien. Den senare delen av 1800-talet kom att domineras av Tyskland inkluderande Wien och av den vetenskapligt präglade medicinen med nya diagnostiska metoder (11).

I USA, där mindre medicinska lärosäten upprättats redan på 1700-talet skedde mycket av träningen genom lärlingskap (12). I Baltimore etablerades 1876 en medicinsk universitetsutbildning knuten till ett stort sjukhus (Johns Hopkins University) i syfte att förbättra utbildningen genom praktiska moment; sjukhuset kunde integreras i undervisningen. William Osler utvecklade detta vidare (24) och integrerade vetenskaplig medicin med klinisk praktik. Här ser vi således en tydlig utveckling stödjande inslag av kliniskt lärande – och ett behov av kliniska handledare.

Krav på förbättring av utbildningen vid de många kvarvarande små lärosätena ledde till att American Medical Association (AMA) uppmärksammade bristerna i utbildningen och gav pedagogen Abraham Flexner i uppdrag att granska 155 läkaraskolor i Nordamerika. Flexnerrapporten presenterades 1910 (25, 26) och utgick från studier av de bästa utbildningarna i England, Frankrike och Tyskland. Den mynnade ut i konkreta förslag till förändringar: ingången till läkarutbildningen skulle vara två års vetenskapliga studier vid college, utbildningen skulle vara universitetsanknuten och bygga på medicinsk forskning, den skulle ha stora inslag av aktivt lärande, inklusive lärande av arbete på klinik och laboratorier, experiment, samt sökande av kunskap i artiklar och litteratur. Handledaren (eng. the instructor) beskrevs som inte längre ett berg av kunskap som skapar ett kunskapsflöde till studenten utan som en hjälp (eng. an aid) (25). Rapporten lämnade även rekommendationer kring förändringar av sjukvården inom flera områden; här har jag dock fokuserat på inslag som berör läkarutbildningen.

Flexnerrapporten kom att medföra stora förändringar av läkarutbildningen i USA och ha betydande inflytande också på den europeiska medicinen (27). Genom Flexner delades läkarutbildningen i en preklinisk och en klinisk fas. Läkarutbildningen kom så under 1900-talet att vara helt teoretisk under sina

inledande, prekliniska, år (25, 28). Efter dessa teoretiska år följde den kliniska fasen, år där studenter hade föreläsningar och seminarier i kliniska ämnen samt praktiska inslag vid i huvudsak olika kliniker vid universitetssjukhus. Denna kliniska medicinska undervisning hade rötter i lärlingssystemet (eng. apprenticeship system of learning) (24, 29, 30).

Under 1900-talet har medicinen genomgått mycket stora förändringar med utökad biomedicinsk kunskap, teknologi och nya diagnostiska metoder. Detta såväl som samhällets förändringar har påverkat läkarutbildningen (31, 32). Förändringar i kliniskt lärande på läkarutbildningen de senaste decennierna med utveckling av pedagogiska metoder berörs senare kapitel, där handledarens roll av idag diskuteras.

Avsikten med dessa historiska nedslag i äldre tiders utbildning av läkare har varit att ge ett historiskt perspektiv på dagens handledarroll. Vid formandet av nya läkare har alltid lärare och kliniska handledare behövts, i någon form. En historisk grund kan erbjuda en utgångspunkt och underlättar att nå en bredare förståelse av ett aktuellt ämne. Inom läkarutbildningen spelar dock ofta historiska inslag en begränsad roll (33). Vi har här sett att under mycket lång tid har den erfarna läkaren spelat stor roll som kunskapskälla för de blivande läkarna, ibland under överinseende av akademiska miljöer, periodvis mer fristående. Lärlingssystemet med den starka relationen mästare/lärling har varit bestående mycket länge och intressant är att se, hur mycket av dessa metoder och relationer som funnits kvar in i modern tid. I varierande grad kan de återfinnas även hos dagens lärare och handledare för läkarstudenter.

1.2.2 Klinisk läkarutbildning

I den kliniska läkarutbildningen möter läkarstudenterna patienter och lär sig komplexa färdigheter och förhållningssätt.

1.2.2.1 Begreppet handledare – definition och terminologi

Ett problem med det svenska begreppet handledare är att det är omfattande och dåligt avgränsat. Ordet handledare betyder enligt Svenska akademins ordbok SAOB ”person som handleder ngn i ngt; undervisare, lärare; särsk.: privatlärare, manufakturör; informator, guvernör” (34). I den mer moderna, komprimerade Svenska Akademiens Ordlista SAOL (35) finns ordet men ges ingen definition, vilket kan tyda på att betydelsen uppfattas allom bekant. Nationalencyklopedin (NE) definierar handledare som ”person som (yrkesmässigt) ger hjälp och anvisningar till ngn, som dock till stor del arbetar självständigt” (36). På sökmotorn Google fås 940 000 träffar på ordet

handledare. Intressant är också att begrunda den konkreta betydelsen av ordets två led: hand-ledare = den som *leder handen*. Man kan också tolka denna konkreta innebörd som att ta en handledd i hand och leda hen, vilket skulle kunna anspela på ett mer beskyddande förhållningssätt, likt lärlingssystemet beskrivet i det historiska avsnittet ovan (1.2.1). Norskans motsvarighet är *veileder*, den som *leder vägen* (37), vilket kan uppfattas som ett begrepp med etymologiskt vidare innehåll.

Med en klinisk handledare menar vi i det följande en handledare som utövar sin verksamhet som handledare inom klinisk sjukvård, d.v.s. där sjukvården möter patienter. Det kan vara i öppen såväl slutet vård, inom primärvård eller specialistsjukvård. I denna avhandling fokuseras på läkare som handledare i klinisk praktik för läkarstudenter, d.v.s. under grundutbildningen.

I engelskt språkbruk finns olika termer som inryms i svenskans ”handledare”. Då de engelska begreppen kan ha betydelse för förståelsen av de i avhandlingen ingående artiklarna berörs de här.

Tutor betyder enligt Oxford Advanced Learner’s Dictionary (38) en privat lärare som undervisar en enskild student eller en mycket liten grupp studenter; i särskilt brittisk engelska en lärare med uppgift att ha fokus på enskilda studenter eller en grupp av studenter, kan också beteckna särskilt den som undervisar vuxna eller har en särskild roll vid en skola eller college. I nordamerikansk engelska kan det även betyda en assisterande föreläsare vid ett college.

Med *Clinical tutor* åsyftas en handledare som utövar sin verksamhet som handledare inom klinisk sjukvård, i analogi med ovan.

Med *facilitator* menas enligt Oxford Advanced Learner’s Dictionary ”en person som underlättar för någon att göra något genom att diskutera problem, ge råd etc snarare än genom att berätta hur man skall göra” (*förf övers*).

Begreppet *supervisor* anges, enligt samma källa, användas i nordamerikansk engelska om en person som har ansvar för någon eller något och säkerställer att uppgiften utförs på ett korrekt och säkert sätt.

Med *instructor* avses enligt Oxford Advance Learner’s Dictionary ”en person vars uppgift är att lära någon praktisk färdighet” (*förf övers*), vilket överensstämmer väl med svenskans ”instruktör”. Dock kan det i nordamerikansk engelska också stå för en lärarposition strax under bitr professor.

Ytterligare ett begrepp som ibland används är *preceptor*, vilket dock inte återfinns i Oxford Advance Learner's dictionary men som kan återföras på engelskans *precept* = förskriva; den som föreskriver.

I medicinsk-pedagogisk vetenskaplig engelskspråkig litteratur synes inte heller begreppet för handledare vara entydigt. Cooke et al använder i sin amerikanska bok *Educating Physicians* (39) såväl *facilitator* som *tutor* för handledare i smågrupp. Pratt (kanadensare) skriver *preceptor* (40) medan Haffling i sin avhandling från 2011 använder omväxlande *tutor* och *supervisor* för kliniska handledare (29). I en övergripande artikel om kliniskt lärande använder Strand begreppet *supervisor* (41). Dornan (verksam i Nederländerna och England) använder i sin avhandling begreppet *teacher* som lärare i klinisk miljö, möjligen i syfte att undvika distinktionerna mellan begreppen, men använder även *preceptor*, det senare mer beskrivande rollen av mentor (42). När begrepp som *supervisor*, *preceptor* och *mentor* ibland används specifikt och ibland blandas samman i artiklar, kan förståelsen av det som beskrivs försvåras (43, 44).

Således kan begreppen flyta in i varandra och växla mellan engelskt respektive amerikanskt språkområde. Detta har bidragit till att när man jämför de i avhandlingen ingående engelskspråkiga artiklarna valet av den engelska översättningen av svenskans "handledare" kan synas inkonsekvent. I delarbete I används begreppet *facilitator*, i delarbete II-IV begreppet *tutor*. De handledare som i avhandlingen studerats har varit kliniska handledare med ansvar för enstaka studenter eller studenter i smågrupp, eller under förberedelse inför sådan uppgift.

Uttrycket "den kliniske handledaren" skall i min kappa förstås som en bestämd form av begreppet "klinisk handledare" och hänsyftar inte till om handledaren är av kvinnligt eller manligt kön.

Sammanfattningsvis: Begreppet handledare är stort och dåligt avgränsat men används som en samlingsterm för den som stödjer studerandes lärande i praktiska studier. Relationen mellan studenten och handledaren är en viktig del i inskolningen i läkarrollen.

1.2.2.2Handledningens utveckling internationellt

Grundutbildningens inledande, mer teoretiska fas, har ambitionen att en grund skall läggas för det större inslag av praktiskt lärande under VFU som kommer längre fram under grundutbildningen (eng. clerkship fase) (45).

Under slutet av 1900-talet skedde vid läkarutbildningar världen över en utveckling där man redan under denna prekliniska fas, införde utbildningsmoment med patientkontakt, konsultationsträning och träning i klinisk undersökning. Bakgrunden var att kritik rests mot föråldrade pedagogiska metoder och avsaknad av utbildning och träning i konsultationsförmåga (eng. communication skills) (46-48). Dessa kurser gavs beteckningar som ”Early Clinical Experience” eller ”Early Patient Contact” och vanligtvis engagerades allmänläkare som handledare (49-54). Under den prekliniska fasen av läkarutbildningen skedde en utveckling av de pedagogiska metoderna med ökande inslag av studentcentrerat lärande, problembaserat och erfarenhetsbaserat lärande, smågruppslärande, tidig klinisk erfarenhet (eng. early clinical experience, early practical experience) med introduktion i kliniska färdigheter (eng. clinical skills) och konsultation (45, 55-59). Denna utveckling skedde även i Sverige.

Förändringen i pedagogiska metoder under den tidiga delen av utbildningen kom också att förändra den kliniske handledarens roll med tillämpning av dessa metoder. Vi använder i avhandlingen begreppet ”aktivt handledarskap” för att beskriva detta.

Under senare klinisk fas i läkarutbildningen anses den pedagogiska utvecklingen ha skett mer långsamt och slumpvis, kliniska handledare på denna nivå var generellt sett länge mer kritiska mot förslag om förändringar i pedagogiska metoder (39, 45).

Under 1970- och 1980-talen hade allmänmedicinska enheter börjat ta form som avdelningar vid universitet, särskilt i Västeuropa (29, 60). Detta ledde till att allmänmedicinska kurser blev ett inslag i läkarutbildningen, initialt i Storbritannien och Nederländerna (29, 61). Med start i Storbritannien uppstod en strävan att förlägga en del av den kliniska undervisningen, även under senare faser av läkarutbildningen, vid allmänmedicinska vårdenheter och därmed också ute i samhället. Motiven var flerfaldiga och inkluderade argument som att en ökande specialisering och förkortade vårdtider vid sjukhusen hade resulterat i försämrade möjligheter för studenter att få klinisk träning genom patientmöten på sjukhus. Man ville också lyfta fram ett mer patientorienterat perspektiv, konsultationsträning, multidisciplinärt samarbete och möjlighet till att fördjupa kunskapen om samhälls- och miljöfaktorer bakom sjukdomar (45, 58, 62-64). Det fanns även en önskan att stimulera rekryteringen av framtida läkare inom öppen vård, särskilt allmänmedicin.

1.2.2.3 Lärande i klinisk verksamhet

Verksamhetsförlagd utbildning (VFU), på engelska ”Workplace learning”, inom den process där nya läkare utbildas och formas är, med Tim Dornans ord, lika gammal som läkekonsten själv (1). I grunden står begreppet för att det sker en utbildning av adepter, studenter, på en arbetsplats där yrket utövas. Som framgår av de historiska nedslagen ovan (avsnitt 1.2.1) innebar detta att den verksamhetsförlagda utbildningen under århundraden bestod av ett lärlingssystem, där adepterna följde med och ibland deltog i arbetet under mästarens ledning. En medicinsk utbildningsarbetsplats, där VFU för läkarstudenter bedrivs, kan definieras som ”vilken plats som helst där patienter, studenter och praktiker samlas för det gemensamma ändamålet att skapa medicinsk vård och lärande” (65).

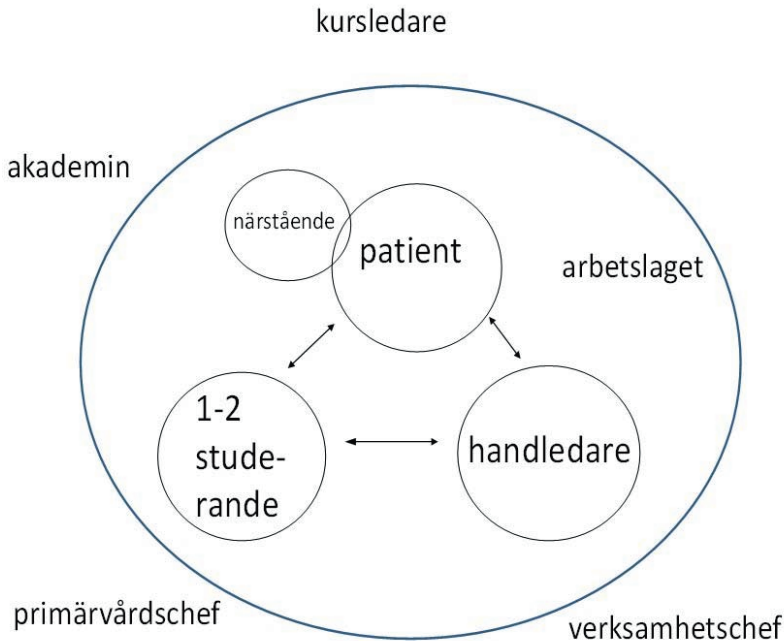
Under 1900-talet skedde en succesiv utveckling och intensiv debatt vad gäller undervisningsmetoder, pedagogiska modeller, utvärdering av studenters kunskaper och färdigheter, beskrivet i en mängd artiklar i forskningsfältet medicinsk pedagogik (42, 66-69). Emellertid har mer klassisk VFU behållit sin betydelse in i modern tid, eftersom läkaryrket behöver läras genom utövande (1, 42). Internationell forskning har visat att studenter vid VFU på allmänläkarmottagningar lär sig om såväl kroniska sjukdomar som om mindre allvarliga sjukdomar, konsultationsteknik (kommunikativ förmåga) och förmågan att hantera osäkerhet och ovisshet i sjukvårdens vardag medan de på sjukhusplaceringarna lär om akuta sjukdomar och diagnostiska procedurer (70-72). Primärvård med allmänläkarmottagningar har betecknats som kraftfulla platser för lärande inom läkarnas grundutbildning (55, 73-76).

Lärande i praktiken (eng. learning in context) innebär stor skillnad jämfört med det dekontextualiserade lärandet som sker ur böcker och i föreläsningssalar. Fokus på vårdinrättningar (vårdcentraler, sjukhus, mottagningar etc) är att erbjuda patienter vård, även om också VFU bedrivs. Detta skiljer sig avsevärt från renodlade utbildningsmiljöer, där fokus ligger på student och lärare (65). VFU på vårdinrättningar innebär därför ett skifte i relationen lärare – student till en relationstriad lärare-student-patient (30, 77). Handledaren behöver mestadels dela sitt fokus mellan student och patient. Detta innebär också en miljö för lärande, som är mer nyckfull än föreläsningssalen, i det att kliniska, akuta situationer kan uppstå som förändrar planerade moment i VFU. Patientens oförutsedda behov kan skapa kaos, men kan likväl skapa kraftfulla lärotillfällen (65). Se figur 1.

Arbetsplatser erbjuder således ett mer varierat lärande än föreläsningssalar och skapar möjligheter till patientkontakt och lärande av kliniska färdigheter samt kommunikativ förmåga och förhållningssätt (45, 78). Det är också en mer

komplex lärandeprocess för studenterna än vid teoretisk undervisning (79, 80). Vid VFU får studenten kontakt med den verklighet hen kommer att vara yrkesverksam i och tillägnade teoretiska kunskaper sätts i ett sammanhang (80). Det skapar förutsättningar för att studenter kan tillägna sig insikter i den komplexa kunskap som kan benämnas läkarens praktiska yrkeskunnande (81) och, med rötter i Aristoteles kunskapsformer (se avsnitt 1.2.4), praktisk visdom (66, 82). En blivande läkare behöver således utveckla kunskap i både att, hur och när – d.v.s. ha gedigna kunskaper inom medicinsk vetenskap, veta hur dessa skall omsättas i praktisk handling, men också när man som läkare skall göra något eller avstå från det.

Eraut (83) särskiljer tre typer av möjlig kunskap att nå via VFU: Kodifierad kunskap, kulturell kunskap och personlig kunskap. Kodifierad kunskap står för boklig kunskap, manualer etc medan kulturell kunskap innebär kännedom om sociala relationer, normer, värden som har påverkan på samarbetet och interaktionerna mellan medarbetare. Enligt Eraut erhålls mycket av denna kunskap via informellt lärande, genom deltagande i sociala aktiviteter på arbetsplatsen. Personlig kunskap identifieras som vad individen tar med sig in i situationer och som gör det möjligt att tänka, interagera och utföra. Färdigheter kräver en kombination av kulturell och personlig kunskap.



Figur 1. Lärandemiljö för läkarstudenter i klinisk praktik. Ringen markerar arbetsplatsen i sjukvården med triaden studerande-handledare-patient samt närstående och arbetslaget. Övriga viktiga aktörer i utbildningen markeras utanför arbetsplatsen. (Ur SOU 2013:15 För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning. Betänkande av läkarutbildningsutredningen.)

Rollmodeller. Genom VFU får studenten också tillgång till rollmodeller (eng. role models, kan även benämnas förebilder på svenska). Det är ett särdrag som har kraftig påverkan på lärandet genom överförande tyst (eng. tacit) eller hemlig (eng. covert) kunskap (84-87). Nära besläktad med denna tysta kunskap är det informella lärandet, som också präglar VFU och som innebär ostrukturerat, ej avsett och opportunistiskt lärande, se ovan (83).

Reflexion är ett viktigt inslag i lärandet och kan skapa djupare förståelse i lösandet av kliniska problem eller tillämpning av förhållningssätt (88). I den äldre kliniska utbildningen som byggde på lärlingsmodellen (mästar-lärling-modellen) (29, 30, 37) fick handledarens yrkeskunnande och förhållningssätt en avgörande betydelse för handledningens kvalitet. Modellen inrymmer en risk att mindre lämpade och otidsenliga sätt att handla överförs till studenten

(43). För att utveckla professionellt yrkeskunnande krävs också reflexion över sitt handlande. Lauvås – Handal har föreslagit en reflexionsmodell där handling kombineras med reflexion (37). Den kliniske handledaren har då en viktig uppgift i att skapa förutsättningar för studentens reflexion.

Aktuell forskning har visat på den kliniske handledarens betydelse inom VFU (39). Handledarens funktion är viktig i studentens process att växa in i den professionella rollen. Kontakten med handledaren har stor betydelse för hur studenter uppfattar sin VFU och påverkar i hög utsträckning studentens förmåga att lära (80). Det är viktigt att student och handledare utvecklar en god relation (79).

Studenters lärande på allmänläkarmottagning har en klar koppling till handledningens kvalitet (72, 76) samtidigt som studenter vid VFU rapporterade högre grad av kompetens och självkänsla vid hög nivå av individuell handledning och feed-back (70).

På senare tid har dock betonats vikten av att ha ett **sociokulturellt perspektiv** på lärandet, vilket utvecklas i avsnittet 1.2.4, Teoretiska perspektiv (76, 89). Det sociokulturella perspektivet leder till en förståelse av att den kliniske handledaren är en central person men inte ensam räcker som källa till studenternas lärande på VFU. Studenter lär sig av att med adekvat stöd delta i den arbetsgemenskap och den kultur som finns på en arbetsplats. Detta lärande kräver tid och kontinuitet (90). Det aktiva, av handledare och medarbetare understödda deltagandet är nyckeln till lärandet.

Den medicinska utvecklingen och förändringar i hälso- och sjukvårdens organisation har kommit att påverka den VFU som givits på i huvudsak sjukhus under den senare, kliniska, delen av utbildningen. Den allt ökande graden av specialisering och subspecialisering inom medicinska specialiteter har medfört en fragmentering av praktikplatser och kliniska handledarresurser, rotationer mellan discipliner blir komplicerade, bredden minskas och kontinuitet i handledningen försvåras än mer (45, 91).

Det har visats, att den i många läkarutbildningar förhärskande modellen med rotation mellan korta placeringar på VFU har en negativ inverkan på lärandet (92). I stället har modeller för kliniskt lärande presenterats som mer betonar vikten av kontinuitet vid återkommande VFU, Dornan nämner begreppet longitudinell integrerad klinisk placering (eng. longitudinal integrated clerkships, även benämnt longitudinal integrated clinical placements (LICs). (91, 93-95).

Begreppet work-place learning. I det engelska begreppet *Workplace learning* ligger inte en begränsning till studenters verksamhetsförlagda lärande, det kan omfatta allt lärande som sker på arbetsplatser generellt inom vitt skilda yrkesområden, av medarbetare alla kategorier. Likaledes kan i medicinsk kontext åsyftas läkare och andra yrkeskategorier under vidareutbildning (77, 96). På svenska används oftast VFU synonymt med engelskans workplace learning men även begrepp som verksamhetsintegrerat lärande (VIL), verksamhetsbaserat lärande, arbetsbaserat eller arbetsintegrerat lärande förekommer. VFU är inte reserverat för läkarutbildningen utan är generellt och diskuteras och tillämpas inom andra vårdutbildningar samt i lärarutbildningen (80, 97-99).

1.2.2.4.Handledningens utveckling i Sverige och allmänmedicinens roll i processen

Vid de olika universitetssjukhusen i Sverige har tjänstgörande läkare av tradition tagit hand om läkarstudenter under deras kliniska fas av läkarutbildningen. Någon regelrätt pedagogisk utbildning av dessa sjukhusläkare som förberedelse för ett sådant uppdrag tycks dock inte ha skett förrän på senare tid och litteratur i ämnet är svårt att finna. Det tycks som att förmågan att handleda ansetts följa naturligt med läkarpositionen, i analogi med lärlingskapssystemet nämnt ovan (avsnitt 1.2.2.3 samt Historiska nedslag). I internationell litteratur har samma förhållande beskrivits och behovet av utbildning av kliniska handledare har lyfts fram (100-102).

Från studenthåll framfördes i Sverige under 2000-talet upprepade krav på förbättrad klinisk handledning med utbildade handledare under läkarutbildningens kliniska del (103, 104). Vid Hälsouniversitetet i Linköping lanserades 2006 en handlingsplan syftande till bättre klinisk handledning av läkarstudenter, sedan man konstaterat att trots införandet av nya pedagogiska metoder i samband med Hälsouniversitetets start 1986 kom den kliniska handledningen att fortsätta relativt oförändrad vid klinikerna. I denna plan ingick utbildningsinsatser av kliniska handledare (105). Vid läkarutbildningen, Umeå universitet, initierades 2009 handledarutbildning för sjukhusspecialister (samt allmänläkare och ST-läkare), detta i samband med ett genomförande av regionaliserad läkarutbildning i Umeå(106). Socialstyrelsen uppmärksammade behovet av handledarutbildning för handledare i ST för läkare år 2008 (107).

I och med att allmänmedicin från 1970-talet i Sverige växte fram och etablerades inom akademien, med den första professuren 1981 i Lund, och som en egen specialitet (108-110) togs initiativ för att allmänmedicinska inslag skulle utvecklas vid grundutbildningen till läkare. Tidigare hade endast

förekommit sporadisk, frivillig auskultation ("svansning") hos stads- och provinsialläkare under 1950- och 60-talen (111). Allmänmedicinska enheter kom efterhand att etableras vid de medicinska fakulteterna. I Umeå startade 1980 en veckolång kurs i allmänmedicin för läkarstudenterna under termin 11 inkluderande placering vid vårdcentraler i Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten där varje student skulle handledas av en distriktsläkare på respektive vårdcentral (111, 112). Vid planeringen av detta moment bedömdes de handledande distriktsläkarna behöva utbildning för uppgiften, och en tvådagars kurs (s.k. handledardagar) anordnades med pedagogiska och allmänmedicinska utbildningsmoment, baserade på kognitiv teori och problemorienterad undervisning (113). Här bedrevs således från år 1980 utbildning av kliniska handledare i allmänmedicinsk verksamhet.

I Göteborg infördes 1985 under grundutbildningen åtta dagars placering på vårdcentral med handledning av distriktsläkare. Någon specifik utbildning inför handledningen gavs inte dessa (114, 115). Inom ramen för Medicinska fakultetens "Strategi 90" initierade Grundutbildningsnämnden ett pedagogiskt handlingsprogram 1991 som skulle öka inslaget av självaktiverande, problemorienterade former av undervisning inklusive gruppundervisning. Detta ledde till att kursen "Kurs i konsultationskunskap" startades 1993 som inledning på den kliniska utbildningen på termin fem. Kursen leddes från Avdelningen för allmänmedicin. Här ingick moment av konsultationskunskap, klinisk undersökningsteknik, medicinsk psykologi, primärvård/allmänmedicin samt medicinsk informatik (114). En period av kursen skulle göras på vårdcentral, varför distriktsläkare (specialister i allmänmedicin) knöts till kursen som handledare på grundutbildningen och gavs handledarutbildning. I kursen ingick även statusträning på geriatrisk avdelning, varför även geriatriker knöts till undervisningen och fick handledarutbildning.

Med start 1986 vid Hälsouniversitetet i Linköping (kursen "Patientkontakt, helhetssyn och samtalskonst") och fram till 2001 (Göteborg, kursen Tidig yrkeskontakt, TYK) initierades olika kurser med patientkontakt, konsultationsträning och träning i klinisk undersökning i den prekliniska fasen av grundutbildningen vid de svenska medicinska fakulteterna (2, 29). I samband med dessa kurser rekryterades kliniska handledare som utbildades inför sitt uppdrag.

I detta sammanhang bör nämnas något om AT-läkare (allmäntjänstgörande läkare) och specialistutbildning för läkare, även om detta egentligen ligger utanför ramen för denna avhandling. Orsaken är den koppling som finns till handledarutbildning för kliniska handledare på grundutbildningen.

I Sverige genomfördes 1969 en ny utbildningsplan för blivande läkare, där allmäntjänstgöring (AT) för läkare under utbildning infördes efter grundutbildningen (114). Denna AT-tjänstgöring i landstingens regi ledde fram till legitimation som läkare. Efter legitimation gavs möjlighet för läkarna till specialistutbildning i respektive disciplin (benämnd FV, senare ST). År 1981 infördes motsvarande specialistutbildning i allmänmedicin med tjänstgöring i block vid olika sjukhuskliniker och i primärvård (114). Med tiden infördes särskilda handledare för AT- och FV/ST-läkare. Engagerade läkare med pedagogiskt intresse drev på utvecklingen och betonade vikten av god utbildning för dessa handledande allmänläkare (116). Man höll pedagogiska idékurser för allmänläkare med deltagande av utbildade pedagoger, exempelvis en handledarkurs i Hjo 1980 som var deltagarstyrd och problemorienterad (114). Detta engagemang för utbildning av handledare för AT- och FV/ST-läkare samt i fortbildningen av allmänläkare kom att påverka synen och stärka kravet på handledarutbildning för kliniska handledare även inom grundutbildningen.

Det tycks vara de allmänmedicinska inslagen på grundutbildningen, som ledde fram till adekvat utbildning av de rekryterade kliniska handledarna.

Idag finns utbildning i handledning av medarbetare och studenter som ett obligatoriskt inslag i specialistutbildning av läkare, oavsett specialitet (117).

1.2.3 Läkarrollen

Som diskuterats i avsnittet med historiska nedslag ovan (avsnitt 1.2.1) har över tid såväl medicinsk kunskap, läkekonst och läkarens roll utvecklats och förändrats. Nittonhundratalets medicinska revolution kan generellt sägas ha inneburit en ökad respekt i befolkningens ögon för medicinens och därmed läkarnas möjlighet att förstå och påverka sjukdomsförlopp. Patienter har i ökande grad kunnat nära en förhoppning att läkaren kan bota den sjukdom man söker för.

Samtidigt kan man konstatera att samhällsförändringar där auktoriteter utmanas också påverkar människors syn på läkaren, då även rådande medicinska ordningar och beteendemönster ifrågasätts. Reformationen och senare franska revolutionens påverkan på läkarutbildningen har nämnts ovan (avsnitt 1.2.1), i mer näraliggande tid kan refereras till kritik mot rådande medicinska synsätt och läkarens auktoritet under det samhällskritiska 1960-talet. Illich och Foucault ifrågasatte själva syftet med den medicinska verksamheten, och såg den som uttryck för ett samhällets kontrollsystem (118-120). Nittonhundratalet innebar många dramatiska politiska skeenden

inklusive världskrigen vilket också i hög grad påverkat sjukvården och läkarnas roll (31).

En antiauktoritär utveckling. I det svenska samhället har många yrkesgrupper kunnat notera en minskande auktoritet de senaste decennierna, exempelvis lärare, präster, poliser men också läkare. Dagens läkare kan möta ifrågasättanden från sina patienter på ett helt annat sätt än för hundra år sedan. Utöver den mer antiauktoritära tidsandan finns också genom internet ökade möjligheter att söka kunskap och alternativ information för patienterna, vilket gör det lättare att ifrågasätta läkarens budskap vid ett patientmöte. I dagens läkarroll bör ligga en beredskap för detta. Tidigare hade läkaren en auktoritär roll och patienten var passiv. Idag har patienten lagstadgad rätt till delaktighet i vården, som skall utformas i samråd med patienten (121, 122). Patienten har alltså blivit en partner i konsultationen, i en modell av delat beslutsfattande (shared decision making) (121). Den rådgivande funktionen i läkarrollen har vuxit.

I analogi med denna utveckling, kan den handledande läkaren också förvänta sig att möta mer ifrågasättanden från dagens studenter än vad som skulle varit fallet för hundra år sedan, och att studenterna lättare och snabbare kan kontrollera om given information är överensstämmande med sanningen.

Läkares arbetsvillkor förändras. De senaste två decennierna har också inneburit att läkarna i ökande grad fått väga in ekonomiska överväganden i sin verksamhet (31). Genom införandet av *New Public Management, NPM*, (123) med ekonomistyrning och marknadsorientering och därmed förändrad styrning av den offentliga sjukvården har ekonomin på arbetsplatserna kommit att diskuteras mer. Läkarna styrs i sin verksamhet mer i detalj än tidigare. NPM och ändrade ledningsstrukturer har inneburit att vad som utförs vid patientkontakter och annan verksamhet måste kunna kvantifieras och redovisas, det finns ett ökat krav på mätbar produktion i vården. Detaljregleringen av läkares scheman har ökat och möjligheten till inflytande på arbetssituationen påverkats. Under de senaste få åren har styrmodellen Värdebaserad vård (124) börjat introduceras på svenska sjukhus, vilket skapat intensiv debatt och frustration bland läkare (125).

Det är rimligt att anta, att dessa förändringar i läkarrollen med ökad grad av ifrågasättande av läkarens kunskap, ökad detaljstyrning och minskad autonomi kan ha påverkan på upplevelsen av att vara handledare för läkarstudenter och beredskapen för att åta sig nya handledaruppdrag. Ett viktigt syfte med avhandlingen har varit att öka kunskapen om detta.

1.2.4 Teoretiska perspektiv

I detta avsnitt redogörs för några teoretiska perspektiv som varit viktiga i de ingående delarbetena och i förståelsen av kliniska handledares uppgift och syn på uppdraget. Den kliniske handledarens uppgift är kopplad till studenters lärande, varför teorier om lärande är aktuella.

Aristoteles kunskapsformer. Aristoteles (384–322 f K), grekisk filosof, stipulerade att kunskap finns i tre former: episteme, techne och phronesis. Denna teori kan vara en utgångspunkt för att förstå professionell och praktisk kunskap. *Episteme* (gr. kunskap) står för en vetenskaplig kunskap, med krav på generaliserbarhet och mätbarhet, fakta. *Techne* (gr. konst, hantverk) står för praktisk kunskap inom skilda områden, exempelvis hantverk och teknik, medan *fronesis* (gr. förstånd) innebär den praktiska visdomen eller klokheten, att kunna möta konkreta situationer med lyhördhet och etisk reflexion (82, 126).

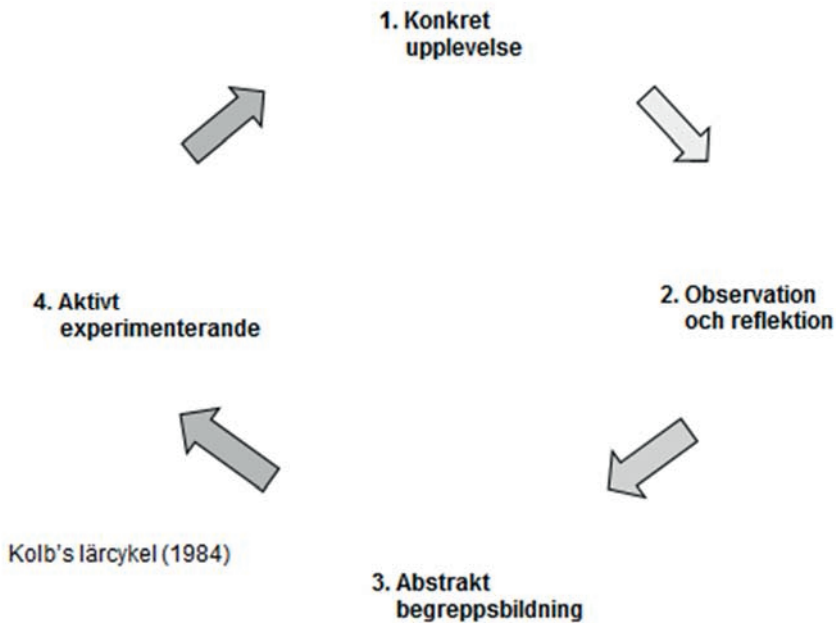
Konstruktivism och studentcentrerat lärande (eng. *learner-centred, student-centred learning*). Teorin om barn-centrerat lärande anges kunna spåras tillbaka till 17- och 1800-talsfilosofer, särskilt Rousseau (66). Dewey argumenterade på tidigt 1900-tal (127) för ett lärande, som utgick från studenters intresse och måste innefatta både tänkande och aktivitet. Läraren skulle mer inta rollen av guide och medarbetare än ren föreläsare. Pedagogiska modeller med ursprung i dessa teorier kom att utvecklas från mitten av 1900-talet och framåt. Piaget (128) betonade konstruktivism i lärandet: att personlig förståelse konstrueras ur lärande och kunskap, som erhålls från omvärlden i en individuell process. Marton och Säljö beskrev, utgående från fenomenografisk forskning, skillnaden mellan ytligt och djupt lärande (129) där det ytliga lärandet står för detaljinläring i avsaknad av sammanhang medan det djupa lärandet präglas av studenters intresse för ämnet och viljan att förstå. Studentcentrerade teorier har utvecklats vidare och överförts till den medicinska undervisningens kontext (130, 131).

Vuxenlärande (eng. *adult learning*). Den medicinska utbildningen vänder sig till vuxna individer, varför man måste beakta teorier om vuxenlärande. Knowles myntade begreppet *andragogy* (132) och betonade att vuxna individer har behov och förväntningar som skiljer sig från yngre elever. Vid exempelvis lärande i grupp behöver man ta hänsyn till att vuxna studenter vanligen har mer erfarenheter från livet och yrkeslivet, vilket skapar förutsättningar för dem att bidra till reflexion och diskussion i gruppen.

Biggs' teori om konstruktiv länkning (*eng. constructive alignment*) mellan lärandemål, aktiviteter, examination, lärandeklimat samt organisationens regler (133, 134). Biggs koncept bygger på studentcentrerat lärande och betonar att de ingående fem komponenterna behöver vara sammanlänkade i ett system för att resultera i djupt, meningsfullt lärande med ökad förståelse hos studenterna. Utifrån Biggs' principer är den kliniske handledaren väsentlig i skapandet av en bra lärandemiljö, den fjärde komponenten, i sin interaktion med studenterna, men också det institutionella klimatet inklusive dess regler och procedurer.

Ett flertal teoretiska perspektiv på verksamhetsförlagd utbildning (VFU, *eng. Workplace learning*) har presenterats de senaste decennierna, från kognitiva teorier om hur lärande överförs, till ett sociokulturellt perspektiv (65, 135).

Erfarenhetsbaserat lärande (*eng. experience-based learning*) (45, 77) är ett i våra arbeten väsentligt begrepp och är en term som fokuserar på lärande där erfarenheter från klinik är väsentlig. Studenter lär här genom att delta i klinisk praxis, i en triad mellan patient, läkare och student. Vid detta begrepp blir det understödda deltagandet centralt där stöd till studenten identifieras som pedagogiskt, affektivt och organisatoriskt (77, 136). Kolbs cirkel illustrerar det snarlika engelska begreppet "experiential learning" som en kontinuerlig lärcirkel, särskilt hos yrkesverksamma, med stationerna konkret erfarenhet/upplevelse – observation och reflektion utifrån det upplevda – abstrakt begreppsbyggnad – aktivt experimenterande (137-139). Se figur 2.



Figur 2. Kolbs lärcykel.

Begreppet ”uppgiftsbaserat lärande” (*eng task-based learning*) kan ses som en del av erfarenhetsbaserat lärande (67, 140) och utgår från lärande ur specifika situationer som studenten möter i klinisk miljö.Handledaren hjälper studenten finna uppgifter i den kliniska miljön och stimulerar lärandeprocessen ur dessa (141).

Det sociokulturella perspektivet på lärande samt **praxisgemenskap** (*eng. Community of practice*). På senare tid har betonats vikten av ett socio-kulturellt perspektiv på lärandet vid VFU. Forskningen har sökt vägar att ytterligare förstå hur studenters lärande vid VFU sker (77, 142-144). Det engelska begreppet ”Community of practice” har introducerats (145, 146) och översätts här med praxisgemenskap; även termen praktikgemenskap har använts som svensk beteckning (98). Det definieras som en uppsättning relationer mellan personer, aktivitet och världen, över tid och i relation med andra tangentiella och överlappande praxisgemenskaper. Ett sociokulturellt perspektiv leder till förståelsen att läkaren som klinisk handledare är central men inte räcker som

källa till studenternas lärande på VFU. Studenter lär av att med adekvat stöd delta i den arbetsgemenskap och den kultur som finns på en arbetsplats. Aktuell litteratur talar om ett skifte från ”förvärvat lärande” (eng. *Learning-as-acquisition*) till ”lärande som deltagande” (41, 147-150). Ett sociokulturellt synsätt innebär att vad och hur studenter lär under kliniska placeringar beror på arten av deras interaktiva upplevelser och aktiviteter och hur de, och andra, knyter an till dessa upplevelser. Ett lärande vävs av arbetsplatsens kontext, enskilda och professionella möten samt känslor av respekt och självförtroende (76, 89).

Allmänmedicin som teoretisk referensram. Avhandlingen berör såväl allmänmedicinska som sjukhusanknutna handledare men eftersom den skrivs utifrån mitt allmänmedicinska perspektiv bör begreppet allmänmedicin nämnas bland ingående teorier. Ämnesområdet allmänmedicin (eng. *family medicine, general practice*) kan definieras relationsinriktat, relationen mellan patient och läkare är kärnan i den allmänmedicinska verksamheten (151, 152). Disciplinen söker överbrygga skiljelinjen mellan kropp och själ (151). Baserat på en biopsykosocial modell (151, 153-155) tillämpas en patientcenterad klinisk metodik. Varje patient är unik, vilket påverkar tillämpningen av medicinsk kunskap. Allmänläkarens kompetens utgörs av en kombination av generalistkompetens och individkompetens; såväl biomedicinsk kunskap, social kunskap samt djupare förståelse för patientens livssituation är väsentlig (151, 156). Konsultationskunskap är ett viktigt instrument i mötet med patienten som ett verktyg till förståelse och terapeutiska insatser (151, 152, 157-159). Honnörsord inom svensk allmänmedicin blev från 1980-talet kontinuitet, primärt ansvar, tillgänglighet, samverkan, kvalitet och helhetssyn (160). Den internationella allmänläkarorganisationen Wonca Europe definierar allmänmedicin som en personcenterad vetenskaplig disciplin med kärnkompetenser som personcenterad vård, samhällsorientering, specifik problemlösning, övergripande metodik, helhetssyn och primärvårdsverksamhet (161).

1.3 Forskningsfältet

Avhandlingen vill belysa de *handledande läkarnas* erfarenheter av och perspektiv på handledning av läkarstudenter vid VFU. I avsnitt ovan (1.2.2.3.) har nämnts den omfattande forskning som under de senaste decennierna bedrivits kring olika pedagogiska modeller och hur tillämpningen av dessa påverkat handledningens utformning och studenters lärande vid VFU. Vi fann dock inledningsvis relativt få publicerade studier där handledarnas perspektiv lyftes fram (48, 162-165). I dessa studier från Storbritannien och USA beskrevs

att allmänläkare engagerats som handledare vid *early clinical experience* och då vanligen undervisat studenter enskilt.Handledning av studenter uppfattades som stimulerande men vissa faktorer som kunde förhindra läkare att åta sig ytterligare handledningsuppdrag identifierades, såsom tidsbrist ledande till att uppdraget inkräktade på deras kliniska uppdrag som praktiserande läkare.

Den relativa bristen på studier ur de handledande läkarnas perspektiv ledde fram till vår forskning och avhandlingsarbetet. Vi fann ett behov av att utforska deras synpunkter på och upplevelser av att vara handledare. Parallellt med arbetets fortskridande har dock studier i forskningsfältet publicerats (29, 166-168).

2 SYFTE

2.1 Övergripande syfte

Avhandlingens övergripande syfte har varit att få en djupare förståelse av den kliniske handledarens perspektiv genom att studera och analysera läkares erfarenheter och upplevelser av att vara klinisk handledare för läkarstudenter och synen på detta uppdrag.

Delarbete I hade syftet att utvärdera och analysera studenternas och de kliniska handledarnas erfarenheter från den nystartade kursen Tidig Yrkeskontakt (TYK) vid Sahlgrenska Akademin samt att belysa handledarnas arbetssituation.

Delarbete II:s syfte var att söka en djupare förståelse av läkares upplevelser av att vara kliniska handledare.

Delarbete III hade syftet att analysera erfarna allmänläkares uppfattning om vad som karakteriserar en skicklig klinisk handledare.

Delarbete IV hade syftet att identifiera faktorer som kunde stimulera yngre läkare att åta sig ett uppdrag som klinisk handledare på längre sikt.

3 MATERIAL OCH METODER

3.1 Allmänt

I avhandlingen används både kvantitativa (delarbete I) och kvalitativa (delarbete II-IV) metoder.

Kvalitativa metoder har sitt ursprung i den holistiska traditionen och bygger på teorier om mänsklig erfarenhet (fenomenologi) och tolkning (hermeneutik) (169). De omfattar ett brett spektrum av strategier för att systematiskt samla in, organisera och tolka textmaterial från t ex intervjuer, samtal, observationer eller skriftligt källmaterial och avser att studera mänsklig erfarenhet (169-171). De metoder som används i avhandlingen är Systematisk textkondensering (eng. Systematic text condensation, STC), en strukturerad metod baserad på Giorgis fenomenologiska analys och modifierad av Malterud (169, 172, 173) samt Kvalitativ innehållsanalys (eng. Qualitative content analysis, QCA) enligt Graneheim-Lundman (174). Metoderna innehåller likartade steg i analysen men den fenomenologiska ansatsen i STC bedömdes lämplig för delarbete II, där syftet var att djupare förstå de kliniska handledarnas upplevelser av att vara handledare.

Fenomenologin uppstod som ett begrepp i 1700-talets filosofi, diskuterades både av Kant och Hegel (175) men utvecklades och beskrevs första av Husserl under tidigt 1900-tal (176, 177). Bengtsson diskuterar Husserl och förtydligar fenomenologins avsikt att belysa "den värld som vi dagligen lever i, erfar, talar om och tar för given i alla våra aktiviteter", d.v.s. livsvärlden (178). I fenomenologisk forskning är fenomenet (eng. phenomenon) centralt, och med det menas att fenomenet är företeelsen som den erfars, upplevs eller uppfattas av någon; i denna vår andra delstudie (II) menas handledningen av studenter som den upplevs av de intervjuade läkarna.

Malteruds STC har sitt ursprung i Giorgis vetenskapliga fenomenologiska metod, men Malterud menar att STC inte är en fenomenologisk metod. Hon utvecklade metoden för att bättre passa studenter där den djupare filosofiska grunden i Giorgis metod blev övermäktig och intar här ett pragmatiskt förhållningssätt. STC följer Giorgis fyra steg i analysfasen och förutsätter att forskaren har reflekterat över och medvetandegjort sin egen förförståelse för att sedan sätta denna åt sidan i varje steg av analysen. STC är inte begränsat till en viss typ av insamlade data utan kan appliceras på såväl intervjuer, fokusgrupper, berättelser etc (173). Vi valde intervjuer.

I delarbete III, som bygger på fokusgrupper, samt IV, som baseras på av deltagarna skrivna texter, bedömdes kvalitativ innehållsanalys som en lämplig metod. Syftet i dessa delarbeten var inte att förstå upplevelser utan att analysera uppfattningen om vad som karaktäriserar en skicklig klinisk handledare (III) respektive att identifiera yngre läkares syn på vad som skulle kunna stimulera läkare att åta sig handledaruppdrag på längre sikt (IV).

Innehållsanalys är ett verktyg eller en teknik för analys av såväl kvantitativa som kvalitativa data och med ursprung i kommunikationsforskning (179, 180). Den anses inte ha en tydlig filosofisk grundteori men den kvalitativa innehållsanalysen har rötter i hermeneutiken och accepterar därmed att det sker ett mått av tolkning under analysen. Denna metod har ofta använts vid kvalitativ forskning om utbildning inom hälso- och sjukvård (174). Graneheim & Lundman definierar begrepp och analysmetod lämpliga för kvalitativ innehållsanalys, dessa begrepp tillämpades i detta arbete.

Delarbete I baserades på enkäter till studenter och kliniska handledare, där svaren angavs med Likertskalor, varför kvantitativ metodik med statistiska analysmetoder var lämpligt (181, 182).

Tabell 1. Översikt av i avhandlingen ingående delarbeten I-IV

Delarbete	I	II	III	IV
Datainsamling - metod	Enkät, Likertskala	Intervju	Grupp-intervju	Beskrivande text
Deltagare	21 kliniska handledare och 86 studenter vid första kursen i Tidig Yrkeskontakt	12 kliniska handledare, varav 6 allmänläkare och 6 sjukhus-specialister	4 fokusgrupper med totalt 20 kliniska handledare, allmänläkare	27 yngre läkare under handledar-utbildning
Analysmetod	Statistik	Systematisk textkondensering	Kvalitativ innehålls-analys	Kvalitativ innehålls-analys
År	2003	2006-2007	2004-2006	2014-2015
Plats	Göteborg	Västsverige	Göteborg och Malmö	Västsverige

3.2 Specifikt

3.2.1 Delarbete I

Kursen Tidig yrkeskontakt (TYK) startade 2001 som en 4-poängskurs, löpande som en strimma över de fyra första terminerna, på läkarutbildningen vid Sahlgrenska akademien, Göteborg (2). Syftet var ”att tidigt i utbildningen introducera studenterna i läkarrollen och i sjukvårdsarbetet samt bibringa kunskap, färdigheter och inspiration för ett framtida läkaryrke och att stärka motivationen för biomedicinska studier” med en förhoppning att ”bidra till en tidig, god och professionell utveckling”. TYK innehöll VFU i form av en praktikdag per månad de första två prekliniska åren och byggde på upplevelsebaserat (139) och uppgiftsbaserat (67, 140, 141) lärande i smågrupp (vanligen fyra studenter per grupp), med såväl allmänläkare som sjukhusspecialister som kliniska handledare.

Deltagare i delarbete I utgjordes av de studenter på läkarlinjen i Göteborg, som deltog i den nystartade kursen TYK och vårterminen 2003 nått den avslutande, fjärde terminen samt deras handledare. Till dessa 86 studenter (51 kvinnor, 35 män, medianålder 24 år, range 20-54) samt deras 21 handledare (7 kvinnor, 14 män, medianålder 55 år, range 41-62) utdelades mot slutet av terminen ett frågeformulär i samband med ett obligatoriskt seminarium. Handledarna utgjordes av tio allmänläkare och elva sjukhusspecialister.

Frågeformuläret baserades på en förkortad version av frågeformuläret "Course Experience Questionnaire" (CEQ) av Ainley och Young (183, 184), som använts vid kursutvärderingar i Australien och Storbritannien och som validerats av Broomfield och Bligh (185) för användning på grundutbildningen för läkarstudenter. Denna version översattes till svenska och modifierades av Lander & Larson (186) och kom att användas vid kursutvärderingar på Göteborgs universitet. Baserat på detta formulär konstruerades ett "Early Professional Contact Questionnaire" (EPCQ) med 28 påståenden gällande utbildning, kursmål, arbetsbelastning, färdigheter och allmän tillfredsställelse med kursen. Studenterna instämde eller avvisade påståenden i en Likertskala från 1 till 5. En handledarversion av formuläret konstruerades, där handledarna instämde eller avvisade påståendena genom Likertskala 1 till 5.

I syfte att belysa handledarnas arbetssituation valde man att jämföra studenternas och handledarnas skattning av lärandeklimat i TYK-kursen. För denna analys kategoriserades påståendena i tre klasser A-C. Klass A utgjordes av 18 påståenden, som var identiska eller så gott som identiska för studenter och handledare; klass B av fem påståenden, som var icke-identiska men berörde samma aspekt av kursen, samt klass C som innehöll fem påståenden med olika aspekter mellan student och handledare. Inom klass A, där fokus låg på association mellan student och handledare, användes Cramer's V-index (187). I klass B, där fokus låg på skillnader mellan studenter och handledare, användes Mann-Whitney test (181, 187). Inom klass C var jämförande analys ej relevant eftersom påståendena berörde helt olika aspekter på kursen för studenter respektive handledare. Den statistiska analysen utfördes med programvaran Epi Info version 3.2.2. (CDC, Atlanta).

3.2.2 Delarbete II

Med hänsyn till syftet att djupare belysa kliniska handledares upplevelser valdes för delarbete II en kvalitativ metodik och explorativ intervjuteknik med öppna frågor (169, 173, 188).

Alla de 133 kliniska handledare, som vid studiens genomförande hade minst ett års erfarenhet av att vara handledare på TYK, inbjöds att delta i studien. Av dessa angav 47 intresse att delta och bland dem gjordes ett strategiskt urval, syftande till variation bland informanterna vad gäller kön, ålder, specialitet i yrket och geografisk placering. Tolv läkare intervjuades, sex allmänläkare och sex sjukhusspecialister. Två hade internmedicinsk specialitet, en vardera med specialitet geriatrik, infektion, gynekologi respektive ortopedi. Deltagarna utgjordes av sex kvinnor och sex män, medianålder 48 år (range 39-61). Hälften arbetade i Göteborgsområdet, hälften på landsbygd eller i mindre städer. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplatser. Sjukhusspecialisterna intervjuades av huvudförfattaren (BB), som är allmänläkare, och allmänläkarna av medförfattaren SR, sjukhusspecialist, för att undvika intradisciplinär förförståelse. Intervjuerna spelades in med digital teknik och skrevs ut ordagrant.

Texterna analyserades med Systematisk textkondensering (169, 173, 189). Metoden är inspirerad av Giorgis vetenskapliga fenomenologiska metod (172) och är modifierad av Malterud. Under analysen a) genomlästes hela materialet för ett övergripande intryck och en uppfattning om olika teman som framkommer i texten, med försök att sätta förutfattade meningar åt sidan, b) identifierades meningsbärande enheter representerande olika aspekter av handledarnas upplevelser och kodades för detta, c) kondenserades och abstraherades meningarna inom varje kodgrupp och d) summerades innehållet av varje kodgrupp till allmänna beskrivningar och koncept reflekterande de viktigaste upplevelserna som rapporterats av deltagarna. Slutligen jämfördes resultaten med den ursprungliga textmassan, en rekontextualisering. Syftet med de citat ur intervjuerna som anges i artikeltexten blir illustrativt.

3.2.3 Delarbete III

I delarbete III var syftet att analysera erfarna allmänläkares, tillika kliniska handledares, syn på vad som karaktäriserar en skicklig klinisk handledare. Här valdes som deltagare därför enbart allmänläkare och arbetet kom att utföras som ett samarbete mellan de allmänmedicinska enheterna i Göteborg respektive Malmö/Lund. Inbjudan riktade sig till erfarna kliniska handledare kopplade till läkarstudenternas allmänmedicinkurser i Göteborg respektive Malmö. På bägge universitetsorterna är den allmänmedicinska placeringen på vårdcentral förlagd till de senare terminerna på läkarutbildningen.

Man valde en kvalitativ studiedesign baserad på fokusgrupper. Fokusgrupper ger en möjlighet att extrahera upplevelsebaserad kunskap ur diskussion i grupper (190, 191).

Allmänläkare med minst två perioder som aktiva handledare på sin vårdcentral de senaste tre åren, och som fortfarande var aktiva som allmänläkare och handledare, inbjöds att delta. Ett strategiskt urval gjordes, syftande till variation bland deltagarna vad gäller kön, ålder och geografisk lokalisering (stad respektive landsbygd). Antal intervjuade var tjugo (11 kvinnor, 9 män; medianålder 50 år med range 40-62). Fokusgrupper genomfördes i både Göteborg och Malmö med 4-6 deltagare i varje grupp. Varje fokusgruppsession varade 60-80 minuter och leddes korsvis av två av medförfattarna, bägge allmänläkare och universitetslärare. För att minimera påverkan av deltagarna ledde AB, verksam i Malmö/Lund, fokusgrupper i Göteborg medan BM, verksam i Göteborg, ledde fokusgrupper i Malmö. Intervjuerna spelades in och skrevs ut ordagrant. Man inledde med frågorna ”Vilka kvaliteter karakteriserar en kunnig allmänläkare som klinisk handledare” och ”Hur utformar du, som erfaren allmänläkare och klinisk handledare, studentens praktiktid vid din vårdcentral”? Frågorna följdes upp med följdfrågor och diskussionerna fördjupades efterhand i grupperna. I den fjärde fokusgruppen noterades många från tidigare grupper återkommande synpunkter och rekryteringen avslutades. Metoden karakteriserades av stegvis analys och rekrytering och det slutliga antalet fokusgrupper styrdes av processen att få tillräckliga data för att belysa frågeställningen.

Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera texterna (174). Under analysen genomfördes följande: a) genomlästes hela texten för en översikt av materialet, b) meningsbärande enheter extraherades och kodades, c) kodade meningsbärande enheter kondenserades till kategorier och d) teman skapades ur kategorierna och, slutligen, e) jämfördes dessa med originaltexten för att försäkra att dessa teman hade en grund i texten.

3.2.4 Delarbete IV

I detta delarbete (IV) låg fokus på att fånga yngre läkares synpunkter på klinisk handledning, läkare som hade mindre erfarenhet som handledare än i avhandlingens tidigare delarbeten. En kvalitativ ansats valdes, där de deltagande läkarna skulle skriva egna texter.

Syftet med studien var att identifiera yngre, i klinisk handledning mindre erfarna, läkares syn på vad som skulle kunna stimulera dem att åta sig handledaruppdrag på längre sikt. Vi valde därför att rekrytera försökspersoner från olika kurser i kliniskt handledarskap som erbjuds läkare med intresse för handledning vid Sahlgrenska akademien samt inom Västra Götalands primärvård, inklusive sådana handledarkurser som ingår i AT – och ST-tjänstgöring. Målgruppen var läkare under utbildning, ännu ej formellt

handledarutbildade. Deltagare vid kurser som ovan beskrivits tillfrågades under perioden januari 2014 – augusti 2015 om intresse att delta i studien och gavs muntlig och skriftlig information om studien. Genom att vända sig till deltagare vid flera olika typer av handledarutbildningskurser, kunde en spridning bland deltagarna vad gäller kön, ålder och yrkeserfarenhet inom målgruppen förväntas. Sjuttiotre läkare accepterade deltagande. Till dessa sändes, via mail och post, ett brev med uppmaningen att skriva en egen text om sina behov som kliniska handledare. Som inspiration gavs öppna frågor: ”Vilka faktorer anser Du främjar respektive hindrar att Du kan ta ett uppdrag som klinisk handledare under längre tid? Vilka förutsättningar behöver du för att verka som handledare under längre tid? Var vänlig utveckla dina tankar och åsikter kring dessa frågor i en egen formulerad text på 1-2 sidor!”

Tjugosju informanter levererade texter, varav 26 via E-post och en via brev. Hanteringen av mail och post skedde via mellanhand och kryptering och innebar strikt konfidentialitet mellan informanter och författare/medförfattare, dock bibehölls uppgifter om ålder, kön och nivå på yrkeserfarenhet. Deltagarna utgjordes av 18 kvinnor och 9 män, medianålder 30 år (range 26–43). Elva var AT-läkare, tolv ST-läkare och fyra var specialister.

Informanternas texter analyserades med kvalitativ innehållsanalys (REF G-L). Under analysen genomfördes följande moment: a) genomlästes alla texter för en översikt av materialet, b) meningsbärande enheter extraherades och kodades, c) kodade meningsbärande enheter kondenserades till subkategorier och kategorier, samt d) ett övergripande tema skapades ur kategoriernas latenta innehåll. Slutligen e) jämfördes kategorier och det övergripande temat med originaltexterna för att försäkra att kategorier och tema hade sin grund i textmaterialet.

3.3 Etiska överväganden

Grundläggande regler för medicinsk forskning beskrivs i Helsingforsdeklarationen, som antogs av World Medical Association (WMA) 1964 och reviderades senast 2013 (192, 193). Europarådets konvention för skydd av mänskliga rättigheter och värdighet i tillämpningen av biologi och medicin har på senare år haft stort inflytande på europeisk forskning som berör människor (193). Den har legat till grund för gällande svensk etikprovningsslag och utgör idag tillsammans med biobankslagen, personuppgiftslagen och EU:s förordning om kliniska prövningar det centrala regelverket i svensk forskning på människor. Väsentligt inom denna typ av forskning är att tillämpa en försiktighetsprincip som präglas av moralisk hänsyn och respekt för de människor som deltar i forskningen. Detta är särskilt viktigt om forskningen

rör försök på mänskliga individer, som kan riskera skador eller fysisk påverkan. Inte i någon av denna avhandlingens fyra delarbeten ingår forskning av den karaktären, men även i intervjustudier kan deltagande personer tänkas påverkas. Djupare intervjuer kan väcka minnen som ger obehag, diskussion i grupp som fokusgrupp kan framkalla minnen och konflikter. Inte i någon av de studier som genomförts har framkommit tecken till sådan negativ påverkan.

Det är också viktigt att ta hänsyn till personlig integritet och sekretess när studier utformas och genomförs.

Delarbete I. Innan studien påbörjades, gjordes etiska överväganden gällande utformningen. Deltagandet i enkätstudien var frivilligt och anonymt och genomfördes som en kursenkät. Frågorna berörde studenters och handledares utbildningsaktiviteter men inga frågor som uppfattades känsliga eller personliga ställdes. Eventuell negativ påverkan av studien bedömdes negligerbar. Enkäten granskades av rådet för Läkarprogrammet i Göteborg samt av studentrepresentanter. Utgående från då gällande lagstiftning om etikprövning krävdes ingen formell sådan.

Delarbete II. Inför denna intervjustudie gjordes ansökan till Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg. I ett beslut från nämnden 2005-12-05 (dnr 564-05) fann man att studien inte omfattades av etikprövningslagen men man gav ett rådgivande yttrande. Detta innebar en rekommendation om att utforma informationen till deltagarna mer i enlighet med etikprövningsnämndens mall samt att tydligare klargöra vad man vill studera. Dessa rekommendationer följdes. Noggrann information inför studien gavs till deltagarna, inklusive att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas. Efter transkribering av intervjuerna avidentifierades materialet. Citat i artikeln valdes så att identifiering ej skulle vara möjlig.

Delarbete III. Innan studien påbörjades, gjordes etiska överväganden. Deltagandet fokusgrupperna var frivilligt. Eventuell negativ påverkan av studien bedömdes negligerbar. För att säkerställa konfidentialitet antecknades inga namn vid transkriberingen. Citat i artikeln valdes så att identifiering ej skulle vara möjlig. Utgående från då gällande lagstiftning om etikprövning krävdes ingen formell sådan.

Delarbete IV. Inför denna studie gjordes ansökan till Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg. I ett beslut från nämnden 2013-09-30 (dnr 532-13) fann man att studien inte omfattades av etikprövningslagen men man gav ett rådgivande yttrande. Yttrandet innebar en rekommendation om att informationsbrev till deltagarna borde kompletteras med en uppgift om att data

sparas i tio år för att möjliggöra granskning och därmed inte kunde återkallas samt att samtyckesformuläret borde kompletteras med information om att deltagandet i studien är frivilligt och kan avbrytas. Dessa rekommendationer följdes. Noggrann information inför studien gavs till deltagarna. Flera åtgärder vidtogs för att säkerställa konfidentialitet. En mellanhand (disputerad forskare) användes, som deltagarna sände sina texter till. Hen avidentifierade texterna och översände sedan varje text i krypterad form per E-mail till huvudförfattaren; en deltagare använde dock vanlig post varvid texten översändes per brev i avidentifierad form. Citat i manuskriptet har valdes så att identifiering av person ej skulle vara möjlig.

3.4 Genusaspekter

Avhandlingens författare är man. Av i avhandlingen ingående artiklars författare och medförfattare är fem män, sex kvinnor. I varje delarbete överväger andelen män i författargruppen.

Huvudhandledaren är man, bland bihandledarna är i doktorandskapets slutskede två män och två kvinnor; ursprungligen var det två män och en kvinna.

I delarbete I deltog 51 kvinnliga studenter och 35 manliga, bland deltagande handledare var antalet kvinnor sju och antalet män fjorton. I delarbete II deltog sex kvinnliga och sex manliga handledare. Bägge intervjuare i detta arbete var män. Deltagande handledare i delarbete III utgjordes av elva kvinnor och nio män; de fyra fokusgrupperna leddes i lika antal av en kvinna som en man. I delarbete IV deltog arton kvinnliga handledare och nio män.

Således dominerar männen i antal i författargruppen för respektive delarbete samt som intervjuare i arbete två medan kvinnorna dominerar bland försökspersonerna. Frågan är hur detta påverkar avhandlingens resultat.

Inom kvalitativ forskning påverkas som regel såväl datainsamling, analys, tolkning och presentation av forskarens egen person i någon mån, i själva verket utnyttjas denna mångfasettering och det tycks således finnas flera giltiga versioner av kunskapen (194). Det betyder också att en kvinnlig intervjuare kan få annan information från en intervjuad än en man (195), även om det inte behöver vara relaterat till biologiskt kön utan till person. En kvinnlig intervjuare i arbete II skulle således kunna ha bidragit till att ytterligare aspekter på handledarskap lyfts fram. Däremot borde inte resultatets externa validitet påverkas i detta arbete eftersom det råder balans mellan kvinnor och män bland de intervjuade.

Inga frågor har under arbetet med de olika delarbetena medvetet ställts specifikt till deltagande kvinnor eller män utifrån deras kön.

Någon analys av svaren i de olika delarbetena utifrån kön har ej gjorts. Vår bedömning har varit att material och metodik inte medger jämförande analys av subgrupper, vare sig kvinnor/män, allmänläkare/sjukhusspecialister eller andra möjliga subgrupper.

Genusaspekterna är dock vidare än begreppet biologiskt kön, vilket influerar bedömningen kring författarnas manliga dominans.

Internationellt är kvinnliga läkarstudenter alltmer i majoritet bland antagna till läkarutbildning och utifrån dessa demografiska data kommer kvinnliga läkare att utgöra en majoritet bland kliniskt verksamma läkare inom få decennier (196). Detta har benämnts feminisering av medicinen (197) och har ibland problematiserats som ett hot mot rådande arbetssätt, hänvisande till att kvinnliga läkare tenderar att oftare arbeta deltid och ha ett förhållningssätt gentemot patienter präglat av bättre kommunikation, större tidsåtgång och ökad förståelse för remissbegäran vilket skulle skapa en ineffektiv vård (197). Bleakey (196) påpekar att denna feminisering av medicinen i stället skall ses som en möjlighet att påverka hittillsvarande, manligt dominerade, värderingar och förhållningssätt inom såväl medicinsk verksamhet som läkarutbildning. Den kan då utgöra en grund för att demokratisera och förnya läkarutbildningen, som länge präglats av en hierarkisk struktur med traditionellt manliga eller patriarkala mönster. Även svensk forskning har lyft fram detta behov (198, 199). Uppenbarligen kommer genusfrågan att fortsätta vara högaktuell inom läkarutbildningen.

Vi menar att avhandlingen inte faller in i sådant patriarkalt mönster, trots den manliga dominansen relaterad ovan, utan präglas av andra värderingar. I avhandlingen diskuteras handledares erfarenheter, förhållanden och arbetsvillkor vilka är väsentliga för alla kollegor som är engagerade i undervisning och handledning.

Uttrycket ”den kliniske handledaren” skall i kappan förstås som en bestämd form av begreppet ”klinisk handledare” och hänсыftar inte till om en handledare är av kvinnligt eller manligt kön.

4 RESULTAT

4.1 Delarbete I

Denna studie hade syftet att mäta och analysera studenternas och de kliniska handledarnas erfarenheter från den nystartade kursen Tidig Yrkeskontakt (TYK) vid Sahlgrenska Akademin samt att belysa handledarnas arbetssituation genom att göra en jämförelse mellan studenternas och handledarnas skattnings av lärandeklimatet.

Studenternas svarsfrekvens var 70 %. De fann kursen intressant och givande. Deltagarna rapporterade att de fått värdefull inblick i läkaryrket och sjukvården samt hade blivit inspirerade i riktning mot sitt framtida yrke som läkare. De upplevde efter kursen större trygghet i mötet med patienter. Dessutom innebar TYK att de upplevde ökad motivation för sina parallella, biomedicinska studier. Studenterna ansåg sig ha fått träna på att förstå andra människors upplevelser av hälsa och sjukdom samt att uppfatta och förstå andra människors känslor. Studenterna angav att deras respektive handledare stimulerat dem till att bidra med egna erfarenheter och kunskap och att de gavs en möjlighet att ha inflytande på utformningen av praktikdagarna (VFU). En mycket liten andel (5 %) ansåg att arbetsbördan på TYK varit för stor.

Handledarnas svarsfrekvens var 71 %. De fann TYK intressant och givande samt hade känt arbetsglädje i handledaruppdraget. Kursen inspirerade dem till fortsatta handledaruppdrag. Enligt handledarna hade syftet med TYK enligt kursplanen infriats och kursen givit studenterna en värdefull inblick i läkaryrket och sjukvården. Av handledarna angav en tredjedel att arbetsbördan varit för stor för dem, å andra sidan angav 87 % att det ställdes rimliga krav på dem som handledare. Bland handledarna ansåg 93 % att utbildningsdagar och handledarträffar givit dem en bra och nödvändig grund för handledaruppdraget och man var nöjd med informationen och stödet från kursledningen. Andelen som angav att chefen uppmuntrat dem på olika sätt i handledaruppdraget var 27 %.

Vid den jämförande analysen avseende differens mellan studenternas och handledarnas svar fann man signifikans avseende fyra påståenden: 1. Handledarna upplevde större arbetsbelastning än studenterna. 2. Handledarna upplevde i mindre utsträckning rimliga krav på sig än studenterna. 3. Handledarna angav lägre uppmuntran från överordnade än motsvarande för studenterna. 4. De fann dessutom kursens studiehandledning mer givande än vad studenterna gjorde.

Överensstämmelse (association) fanns i vissa svar mellan handledare och studenter, såsom att studenterna fått bidra med egna erfarenheter och kunskap samt att de fått träna på att uppfatta och förstå andra människors känslor. Däremot fanns ingen signifikant association vad gäller påståendet om att studenter givits respektive fått feed-back.

För detaljerade resultat och tabeller hänvisas till artikeln, avhandlingens delarbete I.

Sammanfattningsvis var både studenter och handledare nöjda med kursen TYK och för studenterna innebar den inspiration för de teoretiska studierna utöver insikt i sjukvården och sitt kommande yrke som läkare. De kliniska handledarna fann uppdraget givande men upplevde större arbetsbelastning, mindre rimliga krav samt sämre stöd jämfört studenterna.

4.2 Delarbete II

Resultatet i delarbete I innebar att de kliniska handledarna beskrivit högre arbetsbelastning och krav och samt mindre stöd i sin uppgift än studenterna. Delarbete II genomfördes nu med syftet att djupare förstå läkares upplevelser av att vara kliniska handledare.

I analysen av intervjuerna med de kliniska handledarna framkom fem grupper av upplevelser som handledare: 1. Glädje och stimulans, 2. Besvikelse och stagnation, 3. Krav och plikt, 4. Betydelse av relationer på arbetsplatsen, samt 5. Problem med för många uppgifter (multitasking).

Glädje och stimulans. Handledarna upplevde glädje och stimulans i uppdraget på flera sätt. Att möta unga studenter var stimulerande, liksom känslan att kunna påverka och forma de blivande läkarna. En känsla av bekräftelse och uppskattning fanns, handledarna stimulerades av studenternas många frågor och positiva feedback. Även gemenskapen med andra kliniska handledare upplevdes inspirerande; handledarskapet gav möjlighet till möten med kollegor, även över disciplinränder, i samband med handledarutbildning och fortbildning.Handledningen innebar också ett avbrott i den kliniska vardagen, vilket kunde uppfattas stimulerande.

Besvikelse och stagnation. Känslor som besvikelse och stagnation förekom. Besvikelse kunde utlösas av dåligt förberedda studenter eller patienter som avböjde att medverka vid undersökningar trots överenskommelse tidigare men också av att kursledningen ej hörde av sig och frågade om man var intresserad

av att fortsätta som handledare. En känsla av stagnation infann sig hos någon informant efter flera års handledning.

Krav och plikt. Att vara handledare upplevdes som ett engagemang men också med inneboende krav. När man åtagit sig uppdraget kände man ansvar för att fullfölja det tillfredsställande. Informanterna ville ge studenterna "det bästa", man uttryckte en ambition att ge dem ett värdefullt bidrag till deras utbildning, många gånger med hänvisning till upplevd dålig handledning under den egna studietiden. Man ville även vara rollmodell. Bland de intervjuade allmänläkarna fanns en önskan att rekrytera framtida kollegor till den egna disciplinen bland studenterna. Vidare upplevdes en plikt att bidra till rekrytering av handledare och att möta krav från kursledningen, t ex att använda studiehandledningar i utformningen av praktiken. Att ge feedback till studenterna upplevdes besvärligt liksom att situationer kunde uppstå i interaktionen med studenter, som man ej var förberedd på. Handledarna upplevde hårt arbete med att finna meningsfulla aktiviteter för studenterna och att finna patienter och kollegor som kunde medverka. Man uttryckte en känsla av både kraftig trötthet och tillfredsställelse efter en dag med studenterna.

Betydelse av relationer på arbetsplatsen. Handledningen upplevdes lättare om kollegor och medarbetare på arbetsplatsen accepterade att studenterna kom, särskilt som det ibland förutsatts medverkan av kollegorna. Förberedelser i god tid underlättade, annars kunde handledarna uppleva irritation från kollegor och medarbetare, vilket var en negativ känsla. Yngre kollegor angavs ofta intresserade av att medverka i handledning. Handledarna upplevde ibland en obehaglig känsla när man belastade kollegor och kunde uppleva sig ensamma och övergivna med brist på förståelse för det extra arbete som handledningen ibland innebar. Man drog sig ofta för att begära hjälp av kollegor. När klinikens eller mottagningens ledning aktivt stödde studenternas placering på arbetsplatsen ökade acceptansen från kollegor och medarbetare, vilket gjorde att handledarna upplevde stor lättnad i att kombinera handledarskapet med patientarbetet.

Problem med för många uppgifter (multitasking). Deltagarna upplevde svårigheter att förena olika uppgifter som läkare med handledaruppdraget. Särskilt gällde detta kombinationen med kliniskt arbete, det uppstod en konflikt mellan att ta hand om patienter och studenter. Mycket patientarbete återstod när studenterna gått för dagen. I grunden ville man prioritera patientarbetet. Flera handledare hade också andra uppdrag som läkare än handledning och klinik, exempelvis forskning eller fackliga uppdrag. När man upplevde behov av att prioritera bland uppdragen fann man ofta handledningen

som det uppdrag man kunde avstå från och detta kunde ge en upplevelse av lättnad.

4.3 Delarbete III

Delarbete III hade syftet att analysera erfarna allmänläkares uppfattning om vad som karaktäriserar en skicklig klinisk handledare. I de två tidigare delarbetena hade handledare från både allmänmedicin och sjukhusspecialiteter studerats. Nu vände vi oss till kliniska handledare på studenternas allmänmedicinska placering under senare delen av läkarutbildningen. Dessa handledare utgjordes enbart av allmänläkare, verksamma i en allmänmedicinsk miljö (vårdcentraler).

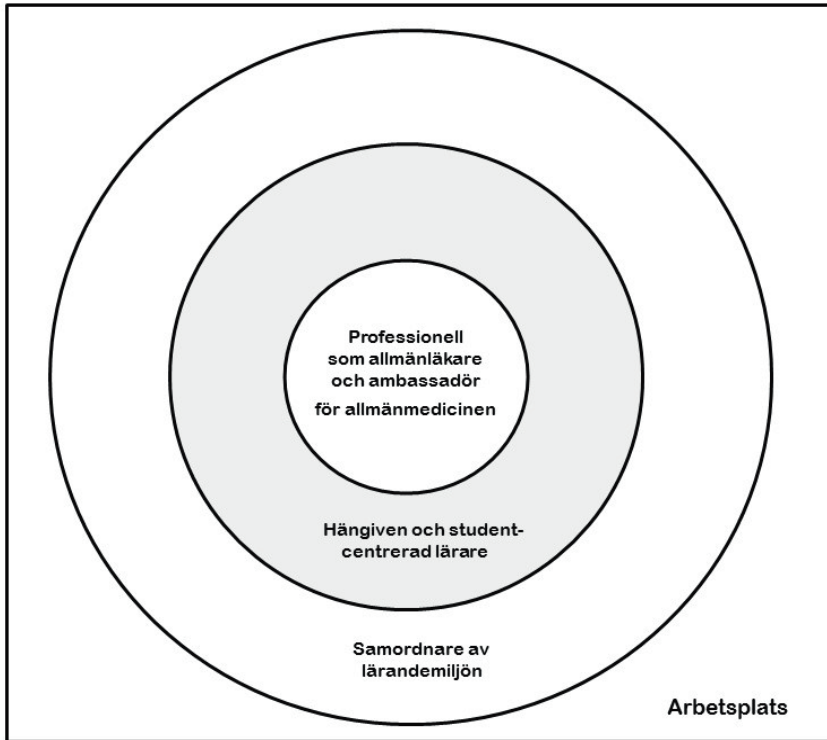
I analysen framkommer tre huvudteman som resultat: 1. Professionell som allmänläkare och ambassadör för allmänmedicinen, 2. Hängiven och studentcentrerad lärare, samt 3. Samordnare av lärandemiljön.

Professionell som allmänläkare och ambassadör för allmänmedicinen. Att ha uppnått en stark yrkesidentitet som allmänläkare ansågs centralt: att ha kännedom om patientspektrat, om kontinuitetens betydelse, om att kunna hantera mångsidighet och oförutsägbarhet i kliniken liksom att kunna samarbeta med andra yrkesprofessioner, även att ha en förmåga att verka som läkare utan lika mycket tillgång till tekniska undersökningsmetoder som på ett sjukhus. Denna professionella attityd ansågs central i handledarskapet. Det var också viktigt att ha klinisk erfarenhet som allmänläkare, och att fortfarande vara kliniskt verksam. En bra handledare bör också vara ambassadör för allmänmedicinen, vilket betyder en ambition att introducera studenterna i specialiteten och att lyfta fram kärnan i denna, liksom att stimulera studenter att välja allmänmedicinen som specialitet.

Hängiven och studentcentrerad lärare. Handledarna beskriver hängivenhet och engagemang, att möten med studenters frågor skapar intresse för att söka ny kunskap. En viktig uppgift för handledaren är att bidra till att studenterna inspireras för sitt kommande arbete som läkare. Man uttrycker också en beredskap att ta ansvar för studenten, att ha en stödjande och omhändertagande attityd. Man vill etablera en relation med den eller de studenter man handleder och är beredd att dela svårigheter och tillkortakommanden med dem. Att kunna ge feedback ansågs centralt. Det ansågs också viktigt att kunna balansera patienternas behov mot studenternas, att kunna hantera den påverkan på patientkonsultationen som handledarens tidigare kännedom om patienten innebär när studenten möter patienten.

Samordnare av lärandemiljön. En kompetent handledare ansågs behöva ha tillräcklig administrativ överblick för att kunna förbereda studenternas kliniska placering. Man betonar vikten av att planera studenternas dagar på enheten i god tid, scheman behöver planeras och medarbetare kontaktas angående eventuell medverkan. Särskilt betonades vikten av att introducera studenten väl vid början av placeringen och presentera denne för kollegor och medarbetare. Man behöver också skapa rent fysiskt utrymme för studenten, både för arbete och reflexion. Genom dessa beskrivna åtgärder ansågs både handledarens och studentens arbete underlättas.

Ur fokusgruppsdiskussionerna och analysen gjordes en värdering av betydelsen av de olika huvudtemana för handledarna (Figur 3). Arbetsplatsen och dess regelverk sätter gränserna för handledningen. Inom den ramen formar dessa tre huvudteman en skicklig handledares dimensioner. Mest väsentligt ansågs kärnan vara: Professionell som allmänläkare och ambassadör för allmänmedicinen. Att ha uppnått stor klinisk erfarenhet som allmänläkare och fortfarande vara kliniker sågs som nyckelkompetenser hos handledaren Detta ansågs kunna kompensera för brister i förmågan att planera och organisera studenternas lärandemiljö på vårdcentralen. Engagemang och studentcentrering bedömdes också som viktiga färdigheter.



Figur 3. Erfarna allmänläkares syn på nyckelkompetenser hos en klinisk handledare.

4.4 Delarbete IV

Delarbete IV hade syftet att identifiera yngre och mindre erfarna läkares uppfattning om faktorer som kunde stimulera dem till att åta sig uppdrag som kliniska handledare på längre sikt. Deltagarna hade rekryterats i anslutning till kurser för blivande handledare och var betydligt yngre och befann sig generellt tidigare i karriären som läkare än i de tre föregående studierna. De medverkande utgjordes av 18 kvinnor och 9 män, medianålder 30 år (range 26-43). Elva var AT-läkare, tolv ST-läkare och fyra var specialister. Specialistinriktningen var blandad.

Analysen gav som resultat ett övergripande tema: *Låt mig utveckla mina förmågor på en stödjande arbetsplats, ge mig feedback och meriter, och jag kommer att fortsätta handleda.* Huvudkategorier var 1. Utveckla personliga

egenskaper till professionell förmåga, som handledare och läkare, 2. Arbetsplatsens kultur stödjer utbildning, samt 3. Tydligt uppdrag, feedback och meriter.

Utveckla personliga egenskaper till professionell förmåga, som handledare och läkare. Informanterna uttryckte att lämplig personlighet som handledare var väsentligt, och kanske nödvändigt. Detta var en bas på vilket kompetens som handledare kunde byggas. I detta låg att det också måste finnas ett intresse att handleda. Förberedande handledarutbildning var viktigt och man uttryckte en ambition att vara väl förberedd och kompetent inför uppdraget. En del av deltagarna uttryckte en oro, att de skulle ha för lite kliniska kunskaper för att handleda, man ville först utveckla sin kliniska kompetens som läkare för att kunna möta studenterna bättre. Fortsatt, återkommande handledarutbildning ansågs viktigt både för utveckling av kompetens men också som stimulans genom mötet med kollegor.

Arbetsplatsens kultur stödjer utbildning. Att arbetsplatsen präglades av en positiv attityd till utbildning uppfattades mycket väsentligt, att man uppmuntrades att handleda och att andra kollegor också handledde och uttryckte glädje i det. Den positiva attityden måste också inkludera acceptans och stöd från chefer och klinikledning. Stöd från kollegor och medarbetare ansågs viktigt. Många deltagare uttryckte hur väsentligt det var att få avsatt tid för uppdraget, man ville undvika för hög total arbetsbörda. Detta skulle också hjälpa dem att fullfölja sina plikter som kliniker, d.v.s. ta hand om patienter. För hög arbetsbelastning skulle kunna medföra att man avstod från handledarskapet. Man uttryckte också ett behov av rumsligt utrymme inför handledningen.

Tydligt uppdrag, feedback och meriter. Deltagarna uttryckte en önskan om att få ett tydligt, definierat uppdrag från universitetet som också innehöll kursplan och studiemål. Det skulle vara lätt att kontakta kursledningen och information om uppdraget skulle komma i så god tid att planering underlättades. Några ville även kunna ha inflytande på kursens innehåll. Den tydliga informationen om uppdragets innehåll och villkor ansågs väsentlig inför ett beslut där man som handledare kunde avgöra om man ville åta sig uppdraget eller ej. Det var viktigt att få feedback från såväl studenter som kollegor och arbetsledning. Deltagarna ansåg det även viktigt, att handledning kunde innebära meriter, finansiellt eller akademiskt, eller bäggedera. För att säkerställa god handledning önskade man också att kliniken eller mottagningen fick ekonomisk kompensation.

Sammanfattningsvis har i studien framkommit flera faktorer som dessa yngre, mindre erfarna läkare uppfattar som väsentliga inför att bli handledare för läkarstudenter och som kan uppmuntra dem till handledarskap. Det rör möjlighet till utveckling av kompetens som handledare och läkare, liksom stöd från kollegor och arbetsledning, att arbetsplatsen präglas av intresse för handledning. Tydlighet om vad uppdraget innebär är väsentligt, liksom möjlighet till planering i god tid samt feedback och meriter. Här framkommer en bild, där handledarskapet inte ses som obligatoriskt eller som en plikt, utan något som kan övervägas utifrån givna förutsättningar.

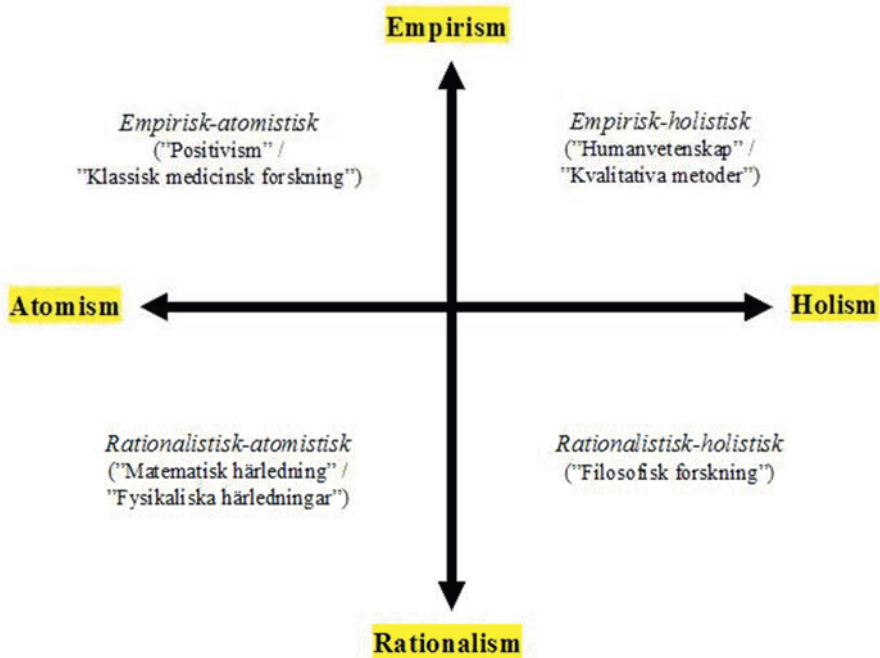
5 DISKUSSION

5.1 Diskussion av metod

5.1.1 Allmänt

Avhandlingens första delarbete är kvantitativ, de tre följande kvalitativa. Syftet med att kombinera metoderna i avhandlingen är att nå bredare och djupare förståelse i det som studeras än om bara en typ av metodik använts (189, 200-203). Däremot kombineras inte kvantitativ och kvalitativ metod i samma delarbete. En sådan kombination är fortfarande relativt ovanlig men har tilldragit sig ökat intresse på senare år; på engelska har begreppet mixed methods research myntats (200, 201, 204-206). Kvantitativ och kvalitativ forskning har ofta ställts mot varandra och inom medicinsk forskning sågs länge kvalitativ metodik med skepsis (203). Sedan millennieskiftet har dock antalet artiklar med kvalitativ metodik ökat betydligt (207), vilket även inkluderar medicinsk pedagogisk forskning (171). Inom omvårdnadsforskning har metodiken varit erkänd länge. Från många håll hävdas att debatten om kvantitativ kontra kvalitativ metodik tenderar att vara onödigt polariserad och ibland förs utan att man har ett klart begrepp om de termer som används i debatten (206, 208).

Spänningen mellan kvantitativ och kvalitativ forskning faller tillbaka på vetenskapsteoretiska begrepp. Ur ontologiska och epistemologiska antaganden (208), dvs till vad slags värld (ontologi) man söker vilken kunskap (epistemologi), har en vetenskapsteoretisk världskarta beskrivits (Figur 4) (209). Där framträder de huvudinriktningar forskning kan följa: empirisk-atomistisk, empirisk-holistisk, rationalistisk-atomistisk samt rationalistisk-holistisk. Något förenklat kan sägas, att den empirisk-atomistiska kunskapsansatsen korresponderar till kvantitativ forskning och den empirisk-holistiska till kvalitativ forskning. De antaganden som ligger bakom de fyra huvudinriktningarna är i princip olika men kan samexistera inom ramen för en avhandling. I min avhandling används både kvantitativ (empirisk-atomistisk) och kvalitativ (empirisk-holistisk) forskningsmetodik.



Figur 4. Den vetenskapsteoretiska världskartan. Från Ronny Gunnarsson: *Philosophy of Science, Science Network TV*.

Inom empirisk-holistisk eller kvalitativ forskning finns flera metoder (169, 171, 175, 209). Generellt kan sägas, att fenomenologisk, hermeneutisk och fenomenologisk hermeneutisk metod har livsvärldsperspektiv och söker innebörd i enskilda människors upplevelser. Grounded theory, innehållsanalys och fenomenografi fokuserar på skeenden eller mönster i mänskligt liv. Data kan insamlas på flera sätt. Malterud menar att skillnaderna mellan de kvalitativa metoderna ibland blir onödigt hårddragna, metoderna har tydliga beröringspunkter (169, 173), varför en pragmatisk syn på metoderna kan anbefallas. Samtidigt betonas vikten av att vara medveten om vilken teoretisk grund den forskning man bedriver står på (210).

Inom forskning skall alltid övervägas giltigheten i de resultat och den kunskap som erhållits. Validitet och reliabilitet är centrala begrepp men användningen av dessa och relaterade begrepp skiljer sig mellan kvalitativ och kvantitativ forskning, och inom kvalitativ forskning (206, 209, 211, 212). Allmänt betyder validitet att det som mäts, studeras, är relevant i sammanhanget medan reliabilitet syftar på att mätningen sker på ett tillförlitligt sätt.

Inom kvantitativ forskning används gällande validitet flera begrepp: 1. Innehållsvaliditet (eng. face validity) om huruvida datainsamlingstekniken ger information om det som är intressant, 2. Samtidig validitet (korrespondensvaliditet, kriterievaliditet, eng criterion validity) om resultatet stämmer med resultat från andras forskning eller från mätningar med annan metod, 3. Eng. construct validity om huruvida mätningarna stämmer med relaterade begrepp, 4. Kommunikativ validitet, vilket här står för god beskrivning av forskningsprocessen avseende metod och bortfall, 5. Pragmatisk validitet, om huruvida den erhållna kunskapen är användbar. Reliabilitet inom kvantitativ forskning betyder reproducerbarhet. Här används begrepp som interbedömarreliabilitet (eng inter-rater reliability, inter-rater agreement), eng test-retest reliability och eng internal consistency reliability (209, 211).

Inom kvalitativ forskning får begreppet validitet en vidare betydelse medan reliabiliteten anses närma sig begreppet validitet och därför tappar i betydelse som eget begrepp (211). Strävan efter god validitet berör den kvalitativa forskningsprocessens samtliga delar (169). Begreppet inre validitet (intern validitet, trovärdighet, eng credibility) inkluderar det viktiga begreppet kommunikativ validitet (att forskaren i artikeln noggrant beskriver forskningsprocessen inkluderande förståelse, datainsamling, urval och analysprocess). Till inre validitet hör även triangulering, att ett problem studeras ur flera synvinklar; exempelvis att man använder flera datainsamlingsmetoder eller datakällor, liksom att flera forskare studerar samma företeelse (169, 207, 209, 211, 212). Begreppet yttre validitet (extern validitet, överförbarhet, eng transferability) rör frågan om forskningsresultaten äger tillämpning i en annan kontext än där data insamlats. Till begreppet reliabilitet, som rör forskningsresultatens konsistens, kan hänföras faktorer som forskarens förmåga att intervjua, kvalitet på inspelningsutrustning och kvalitet på transkribering (169, 188, 209, 211).

En del av ovan beskrivna begrepp berörs specifikt i metoddiskussionen för respektive arbete.

5.1.2 Respektive delarbeten I-IV

I det *första delarbetet* (I) ville vi på ett enkelt genomförbart sätt mäta ett stort antal studenters (86) uppfattningar om en kurs och göra jämförelser med 21 handledares uppfattningar. Vi sökte inte efter de tilltänkta deltagarnas djupare upplevelser av kursen respektive handledaruppdraget i denna studie. Det föll sig då naturligt att använda kvantitativ metodik och enkätform. Vilken typ av statistiska analysmetoder som valdes var beroende på den typ av data enkäten

gav. Likertskalan gav värden på en ordinalskala. Vid jämförande analys mellan studenter och handledare hade frågeformulärets påståenden delats in i tre klasser (A-C) och val av analysmetod styrdes även av vilken sorts jämförelse det gällde. I klass A handlade det om association, varför egentligen Spearman's rank correlation (181) skulle använts; detta visade sig dock omöjligt då pga anonymiteten inte studenter och handledare kunde matchas. I stället valdes Cramer's V-index (187). I klass B låg fokus på skillnader mellan studenter och handledares erfarenheter, vilket ledde till att two-tailed Mann-Whitney (181, 187) användes.

En fråga som uppstår, är om det är relevant att jämföra data mellan grupperna, där det handlar om påståenden (påstående 3, 5, 6, 19, 23) som mäter samma aspekt på kursen men ur olika perspektiv. Vi bedömde att det var rimligt, med hänsyn till dessa påståendens betydelse för den gemensamma lärandemiljön (133). Däremot fann vi ingen relevans i att göra jämförande analys gällande utfallet av de påståenden som berörde helt olika aspekter (påstående 14, 17, 18, 21 och 28).

Enkätformuläret "The Early Professional Contact Questionnaire" utgick från översättningen av det ursprungliga frågeformuläret CEQ samt Landers tillägsfrågor vilka sedan modifierades och anpassades för TYK, som beskrivits i avsnitt 3.2.1 ovan. Syftet med denna process var att skapa ett praktiskt och ändamålsenligt frågeformulär för denna utvärdering. Man kan således inte hävda att den validitet som fanns hos de tidigare formulären gällde för det reviderade, nyskapade EPCQ. Varje påstående diskuterades dock noga med lärare, handledare och forskare vid vår enhet varför vi vill påstå att innehållsvaliditet nåts. För att säkra validiteten av högre grad hos EPCQ skulle dock krävas ytterligare forskning.

Svarsfrekvensen bland såväl handledare som studenter kan bedömas tillfredsställande. Antalet handledare totalt var dock något lågt. Mot bakgrund av att studentrepresentanter uttryckt oro inför att registrera studenters synpunkter i samband med en enkät, hade den utformats anonymt. Vi valde att göra detsamma med handledarenkäten, eftersom den distribuerades vid samma tillfälle och i samma lokal. Någon bortfallsanalys har således inte kunnat göras i någondera gruppen.

I andra *delarbetet* (II) ville vi studera de kliniska handledarnas upplevelser som handledare på kursen TYK. En kvalitativ metod med fenomenologisk inriktning valdes. Fenomenologin studerar upplevelser (se metoddelen, avsnitt 3.1). Den metod som valdes (STC, se metoddelen, avsnitt 3.2.2), är en pragmatisk analysmetod, inspirerad av Giorgi och modifierad av Malterud

(172, 173). Den behåller den fenomenologiska utgångspunkten och kräver djupintervjuer men förenklar analysen vilket gör metoden hanterbar. Inför genomförandet av intervjuerna diskuterades risken för påverkan av intradisciplinär förförståelse genom att två av författarna, intervjuarna, också var verksamma som kursledare på den kurs, varifrån de intervjuade handledarna rekryterades. För att minska denna risk intervjuades sjukhusspecialisterna av huvudförfattaren, som är allmänläkare, och allmänläkarna av medförfattaren, sjukhusspecialist. Därmed intervjuades ingen deltagare av den kursledare som varit ansvarig för respektive handledares rekrytering. Detta torde ha ökat validiteten, liksom att alla författare deltog i analysen av data, samt att en av dem hade annan profession än läkare. En viktig omständighet är också att de intervjuande författarna hade god kunskap om de intervjuade samt om deras arbetsmiljö, vilket innebar en förbättrad kommunikation vid intervjuerna och därmed ökad reliabilitet (213, 214). Urvalet var strategiskt (169, 212) och säkerställde variation bland deltagarna vad gäller ålder, kön, specialitet som läkare och geografisk placering vilket är gynnsamt vad gäller extern validitet. De deltog frivilligt i studien och hade även rekryterats som handledare på frivillig basis, vilket kan tala för att de deltagande läkarna var särskilt engagerade och ambitiösa som handledare. Sammantaget bedömer vi dock utifrån deltagargruppens bredd och intervjumaterialets rikedom, där många aspekter av handledares upplevelser framkom, att resultatet är överförbart till andra miljöer av verksamhetsförlagd utbildning.

I det *tredje delarbetet* (III) ville vi i allmänmedicinsk verksamhet fånga erfarna handledares uppfattning om vad som kännetecknar en skicklig klinisk handledare. Databehämtning planerades genom fokusgrupper (se metoddelen, avsnitt 3.2.3). Det gav en möjlighet att samla mycket data från samtal med flera intervjuade per grupp men å andra sidan med viss risk för att intervjuerna inte blir så djupa som vid enskilda intervjuer. Därför valdes här kvalitativ innehållsanalys som metod. Metoden bedöms lämplig då det gäller analys av intervjuer där det är osäkert hur djupa dessa blir och där man också i analysen via tolkande inslag kan tillåta sig dra fördel av författarnas erfarenhet av den kontext de intervjuade verkar i (174). En begränsning i studien gäller urvalet av informanter. Spridning uppnåddes vad gäller geografi, ålder och kön vilket bör öka den externa validiteten. Alla deltagare var erfarna allmänläkare och handledare samt väl förtrogna med sammanhanget. Det gör att överföring av resultatet till andra grupper läkare kan ifrågasättas. Vid tiden för genomförandet av studien skiljde sig rekrytering av allmänläkare till handledaruppdrag åt mellan Göteborgs- respektive Malmöområdet. I Göteborg rekryterades handledare till den aktuella kursen i allmänmedicin på individuell, frivillig väg medan det i Malmö fanns ett krav att alla vårdcentraler skulle

kunna bidra med handledare. Vi bedömde dock inte att denna skillnad nämnvärt skulle påverka resultatet med hänsyn till att deltagandet i studien var frivilligt. Sannolikt var de deltagande allmänläkare därmed intresserade av handledning oavsett rekryteringsprincip. Vår uppfattning är, att resultatet har relevans för många kliniska handledare och särskilt inom den allmänmedicinska specialiteten.

Det var viktigt att ha den kvalitativa forskningens grundprinciper aktuella, om att bibehålla öppet sinne och vara medveten om förförståelse under fokusgrupper och analys. Detta diskuterades i författargruppen och bidrog till att vi valde ”korsvis” ordförandeskap för fokusgrupperna; de skulle inte ledas av någon som var knuten till den institution där intervjun hölls. Vi menar att detta förfarande ökade validiteten i studien.

Delarbete IV hade syftet att identifiera faktorer som kunde stimulera mindre erfarna läkare att åta sig handledaruppdrag, på längre sikt. Vi övervägde olika vägar att samla in information. Inriktningen var en kvalitativ studie. Pragmatiska skäl bidrog till valet av modellen att låta de deltagande personerna svara på öppna frågor, i en beskrivande text. En fördel var att tids- och resursåtgång för transkribering av intervjutext insparades. En nackdel var dock att metoden inte gav möjlighet till fördjupande frågor. En möjlig nackdel var även risken att motivationen för att skriva en egen text kunde bli sviktande i en arbetssituation som läkare med många andra uppgifter. Sammantaget övervägde dock möjligheten att pröva en utforskande metod som skulle fånga frågeställningen och samtidigt vara mindre resurskrävande än kvalitativ forskning vanligen är. Som analysmetod valdes, likt i delarbete III, kvalitativ innehållsanalys, av likartade skäl som ovan beskrivits: texter med sannolikt begränsat djup samt möjligheten att i analysen kunna dra fördel av författarnas erfarenhet av den kontext de intervjuade verkar i. Även här diskuterades vikten av att ha öppet sinne under analysen och vara medveten om eventuell förförståelse. Alla författare var läkare och kliniska handledare, hade varit eller var kursledare och hade arrangerat handledarutbildningar. Detta skulle kunna påverka tolkningen i analysen. Vi bedömde att nyttan med kunskap om kontexten var stor när det gällde formulering av frågan och tolkning av svaren. Risken att den kunskapen skulle ha påverkat resultatet signifikant ansåg vi liten, mot bakgrund av de många diskussioner för att stärka medvetenheten om detta vi hade. För att öka den inre validiteten, läste alla författarna texten ett flertal gånger och deltog i analysen. Upprepade möten hölls i författargruppen för att konfirmera analysen. Resultaten har också fått stöd i samband med handledarfortbildningar.

Även i detta delarbete är rekryteringen av deltagare en begränsning. Genom att rekrytera bland deltagare vid flera olika handledarkurser i Göteborg och Västsverige nåddes spridning inom målgruppen vad gäller geografi, ålder, kön och yrkeserfarenhet. Det fanns ett bortfall bland dem som accepterat att delta i studien: 27 av 73 levererade en text. Genom konfidentialiteten i studien kan ej bortfallet studeras men vår bedömning är att tidsbrist kan ha varit en starkt bidragande faktor då alla tillfrågade var aktiva kliniker. Även andra förklaringar är tänkbara, exempelvis att personerna i bortfallsgruppen har bristande vana eller ett motstånd mot att skriva berättande texter över huvud taget. Samtliga deltagare hade sökt sig till en utbildning och kan betraktas som intresserade av läkarutbildning och klinisk handledning, vilket gör att resultatets överförbarhet till andra grupper läkare liksom till mer erfarna handledare kan ifrågasättas. Vi menar dock, att fynden är relevanta och intressanta för läkare och läkarutbildare i fr a svensk hälso- och sjukvård, men även i en nordisk och möjligen europeisk sjukvårdsmiljö där yngre och mindre erfarna läkare rekryteras som kliniska handledare.

5.2 Diskussion av fynden

5.2.1 Allmänt

Avhandlingen utgår från handledarnas perspektiv i lärcentrerad klinisk handledning. Den fokuserar de kliniska handledarnas upplevelser och erfarenheter, samt deras syn på handledarskapet. Det övergripande syftet med avhandlingen är således inte att studera olika pedagogiska modeller för handledning eller studenters syn på klinisk handledning. Här finns dock ett undantag, vilket gäller det första delarbetet (I). Där ingår en utvärdering av studenternas erfarenheter av kursen Tidig yrkeskontakt på läkarlinjen i Göteborg, parallellt med en undersökning om handledarnas erfarenheter. Detta beror på, utöver lusten att utvärdera den nystartade kursen, att vi hade målet att kunna jämföra studenternas skattning med handledarnas och därvid få en bättre uppfattning om handledarnas situation.

Det finns en tidsaxel i avhandlingen, som bör nämnas. Det första och tredje delarbetet påbörjades 2003, det andra 2005 och det fjärde år 2013. Den kronologiska tidsaxeln är inte oväsentlig vid diskussionen av hela resultatbilden. Det finns också en tidsaxel genom läkarutbildningen: forskningen startade med att studera erfarenheter från kursen Tidig yrkeskontakt på termin 1-4 av läkarutbildningen i Göteborg, det tredje delarbetet berör klinisk handledning under senare delen av läkarutbildningen (termin 8-10). Ytterligare en tidsaspekt som bör beaktas är handledarnas ålder: i de tre första delarbetena har handledarerfarenheter inhämtats från erfarna

läkare, medan målgruppen för fjärde delarbetet var läkare som befann sig tidigt i sin yrkesbana. Dessa var yngre än deltagarna i de tre första delarbetena. Den spännvidden visar sig också ha intressanta implikationer. Se även tabell 1 i avsnitt 3.1, sid 28.

5.2.2 Erfarenheter som handledare

I det första delarbetet (I) noterades att de deltagande kliniska handledarna fann kursen Tidig yrkeskontakt intressant och givande. Enkäten visar, att de känt arbetsglädje i uppdraget och inspiration för fortsatta handledaruppdrag. Resultatet var uppmuntrande för kursledningen men vid jämförande statistisk analys mellan handledare och studenter på den aktuella kursen noterade vi att handledarna upplevde större arbetsbelastning och mindre stöd än studenterna. Detta fann vi förvånande då vår förmodan var att studenterna skulle uppleva kursen mer ansträngande än handledarna skulle. Resultatet blev ett viktigt observandum och vi tolkade det som ett tecken på att handledarna erfarit negativa upplevelser. Den deskriptiva statistiska analysen gav dock inte belägg för detta. Genom delarbete II kunde bilden av handledarnas upplevelser fördjupas och nyanseras.

De intervjuade handledarna i delarbete II inledde ofta med att uttrycka känslor som *glädje och stimulans* över att vara handledare. Uppenbarligen är det roligt och stimulerande att vara handledare. Det stöds också av tidigare forskning angående allmänläkare som kliniska handledare (42, 47, 162, 168, 215); i vår studie ingick dock även sjukhushandledare. En studie från universitetssjukhusmiljö rapporterar liknande fynd (216), liksom en amerikansk studie där såväl familjeläkare som andra specialister deltog (217). Glädjen och stimulansen tycktes ofta framkallas av att möta unga studenter, att möta nya idéer och att få tecken på uppskattning från studenterna. Starr (168) har visat att handledning ger inre tillfredsställelse hos kliniska handledare. Ytterligare en källa till stimulans var den möjlighet till utbyte med kollegor som ett handledarskap gav, genom handledarutbildning och fortbildning, handledarträffar med tillfälle till kollegialt stöd. Där handledare rekryterades från både sjukhus och primärvård, gav dessa handledarträffar även en möjlighet att mötas över disciplinränsarna. I dagens tidspressade sjukvårdsarbete ges inte så många tillfällen till möten och diskussioner med kollegor som tidigare (218). Det avbrott i den kliniska vardagen som handledning innebär, framhålls också som en källa till inspiration. Arbetsmiljörelaterad forskning har visat på vikten av glädje och stimulans i arbetet för att skapa större uthållighet och motverka utmattning (219), det skulle kunna tyda på att ett handledaruppdrag i den kliniska vardagen kan vara skyddande för läkare som en ventil i en stressig arbetsmiljö.

Genom den öppna intervjutekniken (220) i delarbete II kunde även mer ambivalenta känslor komma fram. Det fanns känslor av *krav och plikt* som tyngde. Kraven kunde både vara inre och yttre. Bland inre krav fanns ambitionen att vilja ge studenterna något verkligt bra, en handledning som överträffade den man själv fått under sina medicinska studier. Äldre, traditionella studieformer under läkarutbildningen liksom ”curriculum overload” kan ge upphov till negativa upplevelser hos läkarstudenter (30). Hos allmänläkare har visats att sådana upplevda brister i den egna utbildningen kan motivera till att bli handledare för studenter (221). Andra inre krav som nämns är en plikt att rekrytera nya kollegor till den egna specialiteten (framkommer i både delarbete II och III) samt att vara goda rollmodeller (eng. role models) (84-87, 222) för studenterna. Dessa inre krav kan givetvis vara positiva för utbildningsresultatet men eftersom handledarna också uttrycker en känsla av påtaglig *trötthet*, någon nämner *utmattning*, efter en dag med studenter finns en risk för att alltför hög ambition ger en överbelastning som i längden kan vara negativ. Vissa av kraven tycks vara yttre och skulle kunna vara ett resultat av kursledningens höga ambitioner med kursen och den nya typ av handledarskap som TYK innebar, att uppdraget som handledare blev alltför omfattande. Det är värdefullt att man som kursledning har förståelse för den kontext de kliniska handledarna verkar i.

Handledarna kunde också känna det kravfyllt, att behöva lösa situationer som oplanerat uppstod i relation till studenterna, eller inom studentgruppen. Detta var ofta problemställningar och situationer, man inte kände att man förberett sig på. Ett krav uppstod att kunna improvisera i en situation präglad av kontrollförlust. Det understryker vikten av en bra, förberedande handledarutbildning (223, 224), som även bör innehålla moment av gruppdynamik där handledare har möjlighet att tillägna sig verktyg för att hantera problem som kan uppstå i en grupp av studenter. Handledarutbildning berörs närmre längre fram (avsnitt 5.2.6).

En känsla av *otillräcklighet* i vissa situationer framkommer i materialet. Det kan till exempel gälla ambitionen att ge bra feedback till studenterna. Betydelsen av att ge god feedback lyfts fram i de tre senare delarbetena (II-IV), handledarna är medvetna om vikten av feedback men omnämner komplexiteten och ibland osäkerheten inför detta. Det stora värdet med feedback är välkänt och många artiklar i ämnet har publicerats på senare år, feedback kräver såväl utbildning som tid (225-231).

Bland de mer yngre, mindre erfarna läkarna och handledarna (delarbete IV) framkommer en oro för otillräcklighet inför uppgiften. Man vet inte om man besitter kompetensen att möta mer erfarna studenter, varav en del kan ha större

medicinsk erfarenhet än den unge handledaren. Detta kan vara en relevant oro, men även detta torde kunna motverkas genom god förberedande handledarutbildning där man även lyfter fram positiva aspekter på yngre läkares handledning, som att studenter har visats se positivt på yngre handledare (232).

Känslor av *frustration* inför tidsbrist och att försöka kombinera uppdraget som handledare med den kliniska vardagen framkom. Denna ”krock med verkligheten” noterades redan bland de relativt få publicerade studier om handledning ur ett handledarperspektiv vi fann när forskningen inleddes (48, 163, 165). Uppenbarligen är detta ett centralt och bestående problem, och finns också omnämnt i senare studier (79, 231, 233-236). Lojaliteten med patienterna beskrivs som stor, man ser det kliniska arbetet som sin kärnuppgift. I följande avsnitt kommer att beskrivas de vägar som framkommer i avhandlingen för att motverka denna frustration.

I andra studier har kliniska handledare uttryckt en oro för att läkarstudenters medverkan i möten med patienter rubbar konsultationen. Det kan ske när patientens läkare även är handledare och en triad mellan patient, läkare och student uppstår (237, 238). I våra studier framkom inte denna oro tydligt, dock framkommer synpunkten att man som klinisk lärare behöver kunna balansera patientens behov mot studentens i denna triad (delarbete III). Studier har visat att studenters delaktighet i konsultationen inte behöver påverka mötet negativt, patienter uppskattar ofta studenternas närvaro (236, 237). Däremot kan läkarens beteende gentemot patienten i konsultationen ändras, ökad tid för att fånga anamnesen har påvisats medan tiden för undersökning av patienten reduceras om studentens rapporterade fynd accepteras av läkaren (239).

Det framkommer också en känsla av *ensamhet* i uppdraget som handledare, med koppling till frustrationen över svårigheten att kombinera klinik med handledning. En känsla av bristande stöd och förståelse nämns ofta. Samtidigt känns det obekvämt att be kollegor om hjälp och avlastning i dessa fall. Man har mycket arbete ogjort vid dagens slut, och ser det som sin uppgift att lösa detta, vilket resulterar i längre arbetsdagar. Denna frustration och ensamhet möter man inte hos de deltagare som beskrivit att man har stöd och tydligt uppdrag att handleda från sina överordnade, vilket indikerar en väg till lösning.

5.2.3 Vad kännetecknar en skicklig klinisk handledare?

Att vara klinisk handledare är en central men komplex uppgift, där handledarens roll kan vara såväl informationsförmedlare, faciliterare av studenters lärande, som rollmodell, bedömare och organisatör (100, 240, 241).

I min avhandling har vi undersökt erfarna allmänläkares syn på en skicklig klinisk handledare i en allmänmedicinsk verksamhet (delarbete III). Intressant är att de handledande allmänläkarna som centrala egenskaper betonar stark professionell identitet som allmänläkare, att fortfarande vara kliniskt verksam samt att vara en ambassadör för den allmänmedicinska specialiteten. Det indikerar en mycket stark tillhörighet och lojalitet med specialiteten vilket ofta genomsyrar diskussioner och övergripande publikationer från allmänmedicinska företrädare (151, 156, 161, 242, 243). Det korresponderar också med den allmänna synen från myndigheter i Sverige om allmänmedicinens roll i svensk sjukvård (244, 245). De studerade handledarna anser även att engagemang och studentcentrerat förhållningssätt, specifika kunskaper i feedback samt en förmåga att samordna studenternas praktik på arbetsplatsen är väsentliga kompetenser hos handledare, men att brister i dessa kvaliteter delvis kan ersättas av lång klinisk erfarenhet inom allmänmedicinen. Detta kan möjligen indikera att erfarna allmänläkare riskerar att överskatta sin handledningsförmåga; det har tidigare visats att framgångsrika kliniker med ett gott självförtroende också tycks ta med sig detta självförtroende när det gäller sin förmåga att lösa uppdrag inom undervisning (246). Det kan även spegla hur dessa allmänläkare en gång själva blev introducerade i specialiteten, studier har visat att lärare i sitt utövande tillämpar erfarenheter från den egna studietiden (216, 246). Det är viktigt med adekvata förberedelser för handledare och kontinuerlig handledarutbildning med undervisning om respektive studentkurs innehåll och mål.

Många artiklar och läroböcker har publicerats rörande lämpliga förmågor och attityder hos kliniska handledare (42, 66, 100, 151, 223, 241, 247-250). I Storbritannien har General Medical Council, som utövar tillsyn över sjukvården, specificerat förväntningarna på en klinisk handledare (78). Perspektivet i denna litteratur har ofta varit att betona vikten av att handledaren tillgodogör sig och tillämpar aktuell medicinsk pedagogik; man lyfter fram betydelsen av studentcentrering och god lärandemiljö. Särskilt betonas värdet i bra feedback, där litteraturen, som tidigare nämnts, är omfattande (225-231). Sutkins litteraturoversikt från 2008 (249) beskrev fem huvudkaraktäristika för en kunnig klinisk handledare: medicinsk kunskap, klinisk förmåga, positiva relationer med studenter i en stödjande lärandemiljö, kommunikativ förmåga

och entusiasm. Betoningen av den starka professionella identiteten tillsammans med ambassadörskapet för den allmänmedicinska specialiteten som väsentliga kompetenser hos en handledare är slående om vi jämför de intervjuade handledarnas syn på detta med den relaterade medicinsk-pedagogiska litteraturen. Omvänt finns det arbeten publicerade som lyfter fram behovet av att vara en skicklig kliniker för att kunna vara en skicklig lärare (241, 246, 251).

Patientcentrering är en nödvändig del i patient-läkarmötet inom alla specialiteter, att se människan som subjekt vid konsultationen. Inom allmänmedicinen har detta diskuterats och betonats i många år (151, 152, 157-159). Detta överensstämmer väl med studentcentrering som handledare. Pedagogiska processer med patienter påminner om pedagogisk handledning av studenter där man bygger en god relation och arbetar över tid (249). Ett sådant förhållningssätt till studenter och deras lärande är värdefullt oavsett specialitet. Från läkare i skilda specialiteter och från vårdvetare, har på senare tid betonats att patientcentrering eller personcentrering vid patientmöten är väsentligt i deras respektive discipliner och även inom slutenvård (252, 253).

I ett av delarbetena (IV) framkom att en lämplig personlighet som handledare är väsentligt. Detta var den bas på vilken kompetens som handledare kunde byggas. Man ansåg även att handledaren måste ha intresse att handleda. Personlighet är komplext psykologiskt begrepp och skall inte närmare beröras här men som nämnt ovan behöver en handledare besitta kommunikativ förmåga (249). Den kontakt som utvecklas mellan handledare och student är väsentlig för studentens förmåga att lära och därmed handledningens resultat (80). Det är viktigt att student och handledare utvecklar en god relation (79). Handledarutbildning kan bidra till utveckling av viktiga kompetenser hos handledare, inklusive förmåga till självkännedom, relationsbyggande och kommunikation och därmed åtminstone delvis kompensera för eventuella brister i social förmåga (254). Om man åter betänker parallelliteten mellan mötet läkare-patient och handledare-student, kan nämnas forskning som visat att vissa läkare tycks ha mindre förmåga till känslomässigt engagemang i patienter. Denna omständighet påverkar konsultationen (255, 256) - respektive handledningen av studenter. Det är viktigt att man har detta i åtanke när handledarutbildning planeras.

Klinisk handledning behöver anpassas till vilket stadium på läkarutbildningen studenterna befinner sig. Utifrån Aristoteles kunskapsformer (se avsnitt 1.2.4) blir inslaget av *techne* i lärandet större när studenterna på senare delen av utbildningen skall lära sig praktiska handgrepp och tekniker medan man på den prekliniska nivån, tidigt i läkarutbildningen, som präglas av *episteme* i de

teoretiska studierna, lyfter fram *fronesis* vid det kliniska lärandet och belyser komplexitet, etik och reflexion. Det har hävdats att det är en orsak till att man tidigare började tillämpa nya pedagogiska principer vid kliniska kursinslag på preklinisk nivå (45, 57-59, 257) medan det varit trögare att förnya utbildningen i senare delar av läkarutbildningen (39). Föreläsningar och campusaktiviteter är lättare att ändra än kliniska traditioner. Detta kan också påverka vad som kännetecknar en skicklig klinisk handledare, olika pedagogiska principer kan behöva betonas beroende på vilken nivå i läkarutbildningen studenten befinner sig.

5.2.4Handledning - en uppgift som väljs bort vid hög belastning

En intressant aspekt i handledarnas syn på klinisk handledning generellt i avhandlingen är hur man väger det mot andra uppdrag i läkaryrket. Klinisk verksamhet (att möta patienter), undervisning och forskning anses vara hörnstenar i läkaryrket liksom i andra professioner i vården. Ofta äger dock klinik eller forskning prioritet framför undervisning (216, 246, 258, 259). En orsak till att kliniken prioriteras kan vara lojaliteten med patienten, vars lidande blir omedelbart uppenbart för läkaren om vården eftersätts (216).

Det framkommer tydligt i delarbete II, att man kan tänka sig att avstå från handledaruppdraget om den totala belastningen i arbetet blir för stor – det kan gälla det kliniska arbetet men även forskning eller fackligt arbete. Handledningen trängs undan. Det kliniska arbetet, patienterna, betraktas som de primära arbetsuppgifterna medan handledning är något som man i en situation med många uppdrag kan tvingas prioritera bort för att nå rimlig arbetsbelastning.

I många läkares självbild har funnits ett stort inslag av höga ambitioner och omnipotens, att det finns en kompetens och förmåga att ta på sig flera uppdrag och lösa dem (258). Läkarkåren har inom sig funnit instrument för kollegialt stöd och fortbildning som underlättat detta. Samtidigt har en relativt hög grad av självständighet inom yrket och anställningsformerna bidragit till att man hanterat de olika uppdragen parallellt. Sjukskrivningsgraden bland läkare har traditionellt varit låg (260), i stället har hög sjuknärvaro lyfts fram som ett problem (261). Detta kan sägas styrka att man trivts med sitt arbete på ovan nämnda premisser. En läkare har även idag möjlighet att inom ramen för sin tjänst eller som extra uppdrag ha många, varierande arbetsuppgifter. Det kan, utöver patientarbete, exempelvis handla om arbetsledande roller, forskning, kvalitetsutveckling, handledning eller fackliga uppdrag. Att kombinera olika uppdrag kan vara stimulerande och behöver inte alltid medföra ökad stress

(262) men förändringen i läkarrollen som nämnts i avsnitt 1.2.3 har inneburit ökande grad av detaljstyrning, vilket kan försvåra sådana kombinationer.

Aktuella data talar för att långtidssjukskrivningar bland svenska läkare nu ökar, vilket särskilt gäller yngre, kvinnliga läkare (260, 263, 264). Internationellt har rapporterats ökande tendens till utmattningsreaktioner hos läkare (265). Bland behandlare av långtidssjukskrivna läkare med stressrelaterad diagnos anges de förändrade styrmodellerna i sjukvården med marknadsorientering och ekonomistyrning som en dominerande orsak, värdekonflikter uppstår i vården vilket kan skapa samvetsstress (263). Ett sådant arbetsklimat påverkar lärandemiljön och försvårar de grundläggande förutsättningarna för klinisk handledning.

Det finns aktuell forskning som visar att *multitasking*, multipla uppgifter samtidigt, populärt uttryckt ”att ha många bollar i luften samtidigt” kan ha negativ inverkan på kognition, hälsa och professionellt beteende (266, 267). Psykologisk forskning har visat att stress påverkar beslutsfattandet (268) och att det som intuitivt kan uppfattas fördelaktigt – att hantera flera ärenden och uppgifter samtidigt - kan leda till att den totala tiden för att utföra dem ökar jämfört med att hantera en uppgift i taget (269), samtidigt som individers välbefinnande minskar. Människans kognitiva förmågor är dåligt lämpade för att hantera såväl inkommande multipla stimuli som att utföra multipla uppgifter parallellt, något som även benämns *task shifting*, (270, 271). Personer som regelmässigt utsätter sig för *media multitasking*, dvs att mottaga mediaintryck från mer än en linje samtidigt, har visats bli mer mottagliga för störning av irrelevanta intryck från omgivningen än andra samtidigt som de presterar sämre vid försök att utföra flera uppgifter samtidigt (271). När uppmärksamheten växlar mellan olika stimuli, såsom att utföra en arbetsuppgift samtidigt som man blir avbruten genom inkommande information (t ex sms, mail, dörrknackningar), eller genom att utföra parallella arbetsuppgifter, ökar risken för mental trötthet, *ego depletion* (268, 272-274). Den vardagliga erfarenheten från läkarens verksamhet i dagens sjukvård är att multitasking är vanligt, vilket alltså skulle kunna vara kontraproduktivt. Om multitasking bidrar till mental trötthet påverkas den kliniske handledarens ork och engagemang för handledning av studenter. Parallellt mångsysslande, multitasking, kan leda till att den kliniske handledarens engagemang minskar. Faktorer som kan motverka detta diskuteras i senare avsnitt (5.2.6).

Det tycks finnas en nyansskillnad mellan hur de erfarna handledarna i delarbete II och III ser på klinisk handledning som ett extra uppdrag jämfört med de yngre, mindre erfarna i delarbete IV. Bland de yngre framkommer tydligare en bild av ett övervägande inför ett eventuellt handledaruppdrag: man

vill veta vad uppdraget innehåller, få uppgift om tidsmässiga konsekvenser men också eventuella meriter handledningen kan ge, innan man tar ställning till om man skall acceptera uppdraget som handledare. Bland de äldre tycks det handla om att lösa ett problem och finna vägar ur en uppkommen situation om arbetsbördan blivit för stor. Möjligen speglar detta en skillnad i syn mellan generationerna, där det hos den äldre läkargenerationen finns mer av plikt och oreflekterad beredvillighet att åta sig nya uppgifter och hos den yngre mer av individuella överväganden. Det kan ha betydelse för rekryteringen av handledare på sikt.

5.2.5 Handledarrollen i förändring

Vi har tidigare (avsnitt 1.2.3 och 5.2.4) diskuterat de förändringar i läkarrollen och läkares arbetsvillkor som skett under senare år. Ökad detaljstyrning, mindre professionell autonomi samt införande av nya ekonomiska styrmodeller i offentlig vård såsom New Public Management (123) och värdebaserad vård (124, 125, 245) med krav på tydligare redovisning av produktion och resultat kan påverka den kliniska handledningen och möjligheten att genomföra den. Att behovet av renodlad tid för handledning liksom kravet på stöd och acceptans i uppdraget från arbetsledning och kollegor framkommer så tydligt i avhandlingen speglar detta.

En viss glidning har skett vad gäller rekrytering av läkare till uppdrag som kliniska handledare under den tid som förflutit sedan delarbete ett påbörjades. När kursen Tidig yrkeskontakt startade 2001 och under den tid delarbete I och II genomfördes rekryterades handledare till kursen på individuell, frivillig bas, såväl allmänläkare som sjukhusläkare. Numera, och vid genomförandet av delarbete IV, finns ett växande inslag av att denna typ av handledning på preklinisk nivå av läkarutbildningen i Göteborg åläggs olika vårdenheter. Vad gäller klinisk handledning på universitetssjukhus under senare delar av läkarutbildningen har undervisningsplikt funnits länge. Det är svårt att värdera hur frivillighet påverkar handledningen. Rekrytering på helt frivillig, individuell väg säkerställer sannolikt att handledarna är engagerade och intresserade av att handleda. Å andra sidan räcker troligen inte antalet handledare till vid växande antal studenter och ökad detaljstyrning i vården. Det är också svårare för handledaren att säkerställa adekvat tid för uppdraget. Även när handledning utförs som en del i en kliniks eller vårdcentrals uppdrag kan man förmoda att i första hand läkare med intresse för handledning blir aktuella. Några studier som ger belägg för detta har vi dock inte funnit. För de läkare som genomgår specialistutbildning ingår idag handledning av medarbetare och studenter som ett obligatorium oavsett specialitet och utgör ett delmål enligt målbeskrivning för ST-läkare (117).

Den kliniske handledaren påverkas även av de nya pedagogiska modeller med ny kunskap om lärande i klinik som diskuterats ovan (Teoretiska perspektiv, avsnitt 1.2.4.) I vårt material framkommer upplevelser och synpunkter som placerar handledaren med sina studenter i fokus i det kliniska lärandet. Dock finns även beskrivningar i de tre senare delarbetena som visar på handledarnas insikt i att alla vårdprofessioner på en arbetsplats har betydelse för att handledningen skall bli bra och lärandemiljön god för studenterna. Det handlar dels om behovet för handledaren att kunna få stöd och förståelse i sin roll som handledare men också om en insikt att det bland övriga medarbetare i arbetslaget, oavsett personalkategori, fanns de som med glädje bidrog till att visa och involvera studenter i sina arbetsmoment och på så sätt bidrog till studenternas lärande. Förmågan att samarbeta och att fungera i ett teamarbete är viktiga kvaliteter för framtidens läkare.

Det är viktigt att ha moderna pedagogiska principer om lärande i klinisk miljö i åtanke, så som vikten av ett socio-kulturellt perspektiv (76, 89, 143, 145). Som nämnts ovan (avsnitt 1.2.4) leder det sociokulturella perspektivet till förståelsen att den kliniske handledaren är en central person men inte räcker som källa till studenternas lärande i och av praktiken. Studenter lär av att med adekvat stöd delta i den arbetsgemenskap och den kultur som finns på en arbetsplats. Ett lärande vävs enligt detta synsätts av arbetsplatsens kontext, enskilda och professionella möten samt känslor av respekt och självförtroende (76, 89). Den kliniske handledaren har fortfarande en nyckelroll som inspiratör och lots för studenterna in i det kommande läkaryrket; materialet visar att handledarna har insikt i sin funktion som goda rollmodeller (87, 222, 275-277) för studenterna.

Här kan man anknyta till de medicinhistoriska nedslagen i början av ramberättelsen (avsnitt 1.2.1) och konstatera att intervjuerna i delarbete II och III visar att det också idag finns inslag av det traditionella mästare/lärlingsförhållandet kvar i de kliniska handledarnas relation till sina studenter; den stödjande, ansvarstagande och omhändertagande attityd gentemot studenterna som framkommer är ett sådant exempel. Det kan vara positivt men måste också anpassas till nya pedagogiska teorier och nya förhållanden i sjukvården, inkluderande teamarbete och interprofessionellt lärande (278, 279).

5.2.6 Faktorer som främjar handledarskapet

I avhandlingen framkommer flera faktorer som främjar kliniskt handledarskap. Detta är faktorer som är centrala för att läkarna skall kunna fullfölja uppdraget som handledare över tid och för rekryteringen av nya handledare.

Acceptans och stöd i uppdraget. Ett av avhandlingens centrala budskap är att kliniska handledare behöver acceptans och stöd för uppdraget från arbetsledning och kollegor (delarbete I, II, III, IV). Detta skapar det utrymme för de handledande läkarna som gör att de klarar uppdraget utan för stor arbetsbelastning och utan den konflikt som uppstår gentemot upplevda plikter som kliniskt verksam läkare. När arbetsledningen stödjer handledarens åtagande skapas legitimitet för att läkaren tar hand om studenter i stället för patienter. Det framkommer i materialet att det är mycket viktigt för handledarna och uppenbarligen något som rör plikt-känslor och upplevelser av att annars vara illojal mot kollegor (delarbete II). Om arbetsplatsen präglas av en kultur där utbildning och handledning stöds, blir utrymme för handledning och stöd till handledaren naturliga inslag. Detta främjar handledarskapet och möjligheten att rekrytera handledare på sikt (delarbete II, IV). Dessa resultat ansluter till tidigare publicerade data om en möjlig konflikt mellan kliniskt arbete och handledning (29, 166, 231, 233, 234). Våra fynd lyfter fram de känslor som kan vara förknippade med denna konflikt och gör dem begripliga.

Avsatt, adekvat tid för handledaruppdraget. För att säkerställa utrymmet att handleda studenter i den kliniska vardagen behöver det finnas avsatt tid i den handledande läkarens schema. Förutsättningen för detta är det stöd och den acceptans från arbetsledningen som nämns ovan – men detta stöd måste konkret omvandlas i tid i schemat. Det är en främjande faktor som mycket tydligt lyfts fram i avhandlingens tre senare delarbeten och indikeras i det första. Att god klinisk handledning kräver avsatt tid har visats i flera arbeten (79, 90, 280).

Möjlighet till god framförhållning framtonar som en främjande faktor (delarbete III, IV). Handledarna önskar möjlighet till struktur på sikt, dvs att kunna planera frånvaro, kurser, placeringar etc och för detta behövs lång framförhållning.

Handledarutbildning. En främjande faktor är också att handledare ges en god förberedande handledarutbildning samt återkommande fortbildning (delarbete II, IV). Behovet av handledarutbildning är visat sedan länge och olika modeller för detta finns beskrivna (79, 216, 223, 224, 254, 259). Viktigt innehåll i handledarutbildning är information om kursmål, lärande i högskolan och pedagogiska metoder, gruppdynamik vid smågruppslärande samt utbildning i feed-back och bedömning. Handledarutbildningen kan också ge information om strategier att utöva kliniskt handledarskap i en tidspressad klinisk vardag (100, 281, 282). I vårt material framkommer behov av undervisning i feedback (delarbete II, III, IV) samt att man inför klinisk handledning kan inhämta kunskap om kursens innehåll och mål. En viktig aspekt som framkommer är

att återkommande fortbildning innebär, utöver kunskapsinhämtning, en stimulans i mötet med kollegor och positiva avbrott i vardagen (delarbete II), något som även visats av andra författare (283). Samtal och reflexioner i lärargrupper över erfarenheter från handledning av studenter ger fördjupad kunskap och stärker deltagarnas identitet som handledare (284). Detta främjar också handledarskap på sikt.

Stimulans. Handledarnas behov av stimulans framkommer i materialet (delarbete II, IV). Det handlar dels om återkoppling, feedback, från studenter och kollegor liksom chefer men också en önskan om att handledning blir meriterande. Flera studier har visat att klinisk handledning ger handledare stimulans på många plan, vilket också nämnts ovan samt i avsnitt 5.2.2. Att möta unga studenter kan vara stimulerande i sig liksom att man som handledare får följa deras utveckling under sitt handledarskap och bekräftas av detta (29, 164, 168, 216). Möjligheten att påverka nästa generation läkare kan stimulera (162, 163), liksom tillfredsställelsen i att medverka till rekrytering av nya läkare i sin disciplin, visat åtminstone bland allmänläkare (285).

Meriter. Om klinisk handledning är meriterande lönemässigt och kan ge akademiska meriter ökar motivationen för fortsatt handledarskap, vilket framkom särskilt i delarbete IV. Vikten av ekonomiska och akademiska meriter nämns av de yngre läkare som utgör deltagarna i detta delarbete, men framkom knappast i tidigare delarbeten. Ekonomisk kompensation på individuell nivå har dock diskuterats i internationellt publicerade arbeten (48, 162, 216). Att vi ser de yngre läkarna lyfta fram betydelsen av ekonomisk stimulans i vår avhandling kan tyda på ett allmänt ökat intresse för att värderas ekonomiskt i denna generation läkare.

Villkorat deltagande. Intressant är att det i den yngre gruppen läkare som utgör delarbete IV framkommer ett synsätt, där dessa olika främjande faktorer villkoras och ingår i en förhandling. Man vill se vissa av dessa faktorer förverkligade, om man skall överväga handledarskap. Detta kan representera ett nytt synsätt, som bryter mot en äldre generations mer lojala acceptering, och som man behöver beakta för att kunna rekrytera det stora antal kliniska handledare som behövs på sikt.

5.2.7 Rekrytering av framtida kollegor

I avhandlingen framkommer att handledare, särskilt bland allmänläkare, drivs av en vilja att rekrytera framtida kollegor till sin specialitet eller enhet (delarbete II, III). Valet av specialitet är dock en komplex process och det har inte kunnat säkerställas att den kliniske handledaren verkligen påverkar detta

val (286-288). Teunissen har beskrivit, att ur de erfarenheter läkarstuderande gör på en eller flera arbetsplatser över tid, i möten med patienter och medarbetare, formas val och yrkesvägar (96). Positiva rollmodeller under grundutbildningen har dock i en del studier visats påverka valet av specialitet (87). Denna påverkan kan ske utan att dessa rollmodeller behöver göra aktiva försök att rekrytera studenter till specialiteten (289), däremot är det väsentligt att visa entusiasm och hängivenhet till sitt arbete. Detta gör det troligt att den engagerade handledaren ändå bidrar i den process som leder till den blivande läkarens val av specialitet.

6 KONKLUSION

Vi har studerat läkares upplevelser och erfarenheter av att vara handledare för läkarstudenter i klinisk praktik under grundutbildningen samt yngre läkares syn på faktorer som underlättar handledaruppdraget.

I avhandlingen visas att de deltagande handledarnas erfarenheter är sammansatta. De känner starkt engagemang för att handleda och upplever glädje och stimulans i uppdraget. Vi har också påvisat känslor av krav, plikt och besvikelse. Handledarna hindras genom en konfliktfylld och pressad arbetssituation med tidsbrist, avsaknad av stöd från arbetsledning och kolleger samt konflikter mellan olika uppdrag som läkare. Den yngre generationen av läkare tycks inte beredda att verka som kliniska handledare under nämnda pressande förhållanden. Man ställer som villkor en arbetsmiljö som stödjer utbildning.

Bilden av det kliniska handledarskap som framtonar i avhandlingen innehåller fortfarande drag av det mästare-lärlingsförhållande som historiskt präglat formandet av nya läkare. En omhändertagande attityd och en önskan om att bygga en bra relation med studenten utgör exempel på det. Samtidigt framkommer en insikt om att samarbete med övriga professioner inom vården är ett viktigt inslag i klinisk handledning vid verksamhetsförlagd utbildning.

Vi visar i avhandlingen också hur allmänmedicinska kliniska handledare ser på nyckelkompetenser hos en handledare. Den starka yrkesidentiteten lyfts fram, klinisk erfarenhet och skicklighet men också engagemang och studentcentrering.

Vi har påvisat ett antal faktorer som skulle kunna motverka negativa reaktioner som framkommit bland deltagande handledare, främjande faktorer som kan stimulera läkare att åta sig och bibehålla uppdrag som kliniska handledare. Acceptans och stöd i uppdraget, avsatt tid, handledarutbildning och stimulans är sådana faktorer.

Klinisk handledning av läkarstudenter vid verksamhetsförlagd utbildning är ett väsentligt inslag i läkarutbildningen. Den kliniske handledaren utgör en nyckelkompetens. För att säkerställa ett uthålligt handledaruppdrag och en god arbets- och lärandemiljö fordras en tidsram, ett tydligt stöd av ledning, kollegor och professionella vid vårdens arbetsplatser, feedback samt ett meritvärde. Om klinisk handledning integreras som ett erkänt inslag i sjukvårdens verksamhet skapas utrymme och legitimitet för handledarens uppdrag.

7 FRAMTIDA PERSPEKTIV

Klinisk handledning av läkarstudenter i verksamhetsförlagd utbildning kommer även i framtiden att utgöra ett viktigt inslag i läkarutbildningen. Den kliniske handledaren kommer fortsatt att vara en nyckelperson. Förståelsen för att studenternas lärande sker i den arbetsgemenskap och den kultur som finns på arbetsplatsen kommer sannolikt att befästas, insikten om det sociokulturella perspektivet på lärandet i klinisk praktik att fördjupas.

Vi befinner oss i en tid av stora förändringar inom hälso- och sjukvården, nationellt och internationellt, med förändrade styrsystem och strukturer samt en accelererande digitalisering inom vården. Detta påverkar den kliniska lärandemiljön liksom läkarrollen och läkares arbetsförhållanden. Klinisk handledning, liksom all fortbildning, har i denna omvandling en viktig funktion: att odla och säkerställa läkarprofessionens och vårdens etiska värderingar i mötet med patienter.

Den kliniske handledaren och det kliniska handledarskapet behöver skyddas från negativa konsekvenser av de förändringar som pågår i sjukvården. Behovet av främjande faktorer som acceptans och stöd från ledning och kollegor samt avsatt tid har redan nämnts. När klinisk handledning integreras som ett erkänt inslag i sjukvårdens verksamhet innebär det ett förtydligande av uppdraget. Det kan medföra förändringar i läkares arbetsscheman eller att särskilda tjänster där klinisk handledning ingår inrättas. Framtidens kliniska handledare kommer att söka sig till arbetsplatser med en kultur som aktivt stödjer lärande, med en rimlig arbetsbelastning för handledande läkare.

Framtida forskning behövs för att studera hur dessa förändringar i sjukvårdsmiljön, tillsammans med ökande studentantal, påverkar den verksamhetsförlagda utbildningen, lärandemiljön och de kliniska handledarnas arbetssituation. Ett intressant uppslag till vidare forskning är hur upplevelser som handledare samt utfallet av handledarinsatser skiljer sig mellan frivilligt rekryterade handledare och dem som uppmanats att handleda. Det vore också intressant att närmare undersöka den skillnad i förhållningssätt mellan äldre, mer plikt-känslostyrda läkare och den yngre, mer individualistiska generationen som framkommit i vår forskning.

Gällande pedagogiska modeller liksom kursinnehåll behöver utvecklas när omgivningen förändras. Medicinsk pedagogisk forskning behövs i denna utveckling.

TACK

Ett avhandlingsarbete innebär att många bidragit på vägen. Er alla vill jag tacka för att avhandlingen kunnat komma till stånd!

Först ett stort tack till er alla *kliniska handledare* som deltagit i enkät, intervjuer, fokusgrupper eller bidragit med texter. Tack till er *studenter* som deltog vid enkäten i första delarbetet.

Till mina handledare vill jag rikta ett stort tack:

Mats Wahlqvist, min huvudhandledare, för ditt tålmodiga konstruktiva arbete att lotsa mig vidare i avhandlingsarbetet, för din kunskap och dina aldrig sinande tips om artiklar, för våra semantiska diskussioner och många givande möten.

Bengt Mattsson för din klokhets, värme och ödmjukhet, för många stimulerande tankar och uppslag i samband med delarbeten och kappaskrivande samt berikande möten både i Göteborg och Umeå.

Annika Billhult för att du bidrog till att lotsa mig in på de kvalitativa metodernas väg och gav inspiration och värdefulla råd vid genomförandet av den andra studien.

Ronny Gunnarsson för ovärderlig lotsning i statistikens vatten, för din delaktighet i det första delarbetet och synpunkter på ramberättelsen, för dina inspirerande kurser i forskningsmetodik.

Dominique Hange för inspiration, råd och handledning under avhandlingsarbetets senare del, för ditt engagemang och din pragmatism.

Tack till flera andra viktiga personer när forskningen skulle startas upp och senare övergå i doktorandskap:

Lena Nordeman vid FoU-enheten i Borås för konstruktiva råd, synpunkter, ledning och delaktighet i kurser, tack för att du stöttat mig engagerat även på distans.

Eva Almquist, likaså vid FoU-enheten i Borås, för inspiration och för all värdefull hjälp vid skapande av posters och andra presentationer

Cecilia Björkelund för ditt aldrig sinande stöd och för kreativa lösningar i doktorandskapets inledningsskede samt för din delaktighet i första delarbetet.

Kerstin von Sydow, mycket uppskattad primärvårdschef i Södra Älvsborg, tack för dina konstruktiva bidrag till doktorandskapet och för ditt alltid positiva bemötande, från vår första kontakt 1996 och framåt!

Till er andra, ännu ej nämnda, medförfattare i avhandlingens delarbeten vill jag rikta ett stort tack:

Stig Rödger för vårt myckna samarbete i delarbetena, för våra många inspirerande möten och diskussioner samt för din granskning av och synpunkter på ramberättelsen.

Gunilla Hellquist för din värme och klokhet och för din viktiga del i det första delarbetet, för våra fantastiska gemensamma år som kursledare i TYK-rummet tillsammans med Stig.

Ann-Christin Haffling och *Annika Brorsson* för gott samarbete i det tredje delarbetet, för fina och inspirerande diskussioner i Malmö och Göteborg. Tack, Anki, för dina många uppmuntrande och stöttande ord under mitt avhandlingsarbete, för din entusiasm.

Till er som var bedömare vid halvtidsseminariet och gav mig värdefulla synpunkter inför återstoden av arbetet vill jag också rikta mitt tack: *Grethe Jonasson*, *Jörgen Thorn* och *Anders Ågård*.

Många andra har funnits med och betytt mycket under åren av forskning och avhandlingsarbete, tack till er alla:

Gun Rembeck, *Per-Daniel Sundvall* och övriga, hittills ej nämnda, medarbetare vid FoU-enheten i Borås: tack för den alltid så positiva atmosfären och för stöd genom åren liksom för de många värdefulla utbildningar ni bidragit till.

Mark Rosenfeld för din idoga språkgranskning av mina fyra delarbeten.

Bengt Dahlin för din stora kunskap om allmänmedicinens och primärvårdens historia och att du tagit dig tid att sammanställa denna kunskap och delge mig och många andra. Tack för din ödmjukhet, värme och våra givande möten.

Bertil Hagström, Björn Landström och Kristian Svenberg, kollegor vid enheten för allmänmedicin, för så många givande diskussioner och trevliga möten, inte minst tillsammans med Mats och Bengt.

Eva Deutsch för din förmåga att hålla ordning på doktoranders formalia och för hjälp med layout i skapandet av kappan.

Lolo Humble för ditt stöd, positiva bemötande och beredskap att gräva i arkiven.

Mina kollegor i TYK:s kursledning som inte nämnts ovan: *Marie Walther, Maria Waller, Helen Borgkvist* och *Jessica Liljeblad* för alla diskussioner om handledning, handledare och studenter vilket varit forskningens mylla. Och tack för den goda stämningen på vårt TYK-rum!

Kerstin Leander och *Tine Högberg* för alla återkommande, givande samtal och diskussioner om handledare, handledarskap och mycket annat.

Carl Wikberg för att jag fick ta del av dina kloka tips och tankar under den gemensamma färden i slutfasen av våra respektive avhandlingsarbeten.

Alla övriga medarbetare och chefer på Enheten för allmänmedicin, ingen nämnd och ingen glömd, ni är ovärderliga och har betytt mycket som stöd och uppmuntran genom åren tack vare den atmosfär och det samtalsklimat ni skapat och skapar på enheten!

Mina kollegor, chefer och arbetskamrater vid vårdcentralen i Floda – för god stämning, uppmuntran och för att ni täckt upp när jag varit frånvarande från det kliniska läkararbetet. Utan er förståelse hade det blivit mycket svårare! Ett särskilt tack till *Annika Åberg* för utskrift av intervjutexter och till *Lennart Hallerbäck, Eva de Fine Licht, Fredrik Hultgren, Linus Jernby, Caroline Björn* och *Gerd Carlsson Ahlén* för diskussioner och stöd i forskningen

Merete Mazzarella för vänskap, återkommande stimulerande möten i samband med dina föreläsningar för våra studenter eller på Bokmässan. Tack för stöd i forskningen och för dina värdefulla synpunkter på ramberättelsen.

Nicke Rodhe, min mångåriga vän och kollega, för diskussioner och synpunkter på forskningen, i Falun, Norsesund och Merligen.

Christine Göhlner Gunnarsson, för att du använde ditt konstnärskap, som jag uppskattat så genom åren, till att skapa omslagsbilden på avhandlingen.

Min familj sist men inte minst – det är ni som ändå är viktigast! Tack till min fru *Karin* och till våra döttrar *Camilla*, *Eva* och *Amanda*, barnbarnen *Demian*, *Johannes*, *Nils* och *Irma*, till *Jerker* och *Karin G*, för förståelse när forskningen tagit tid från vårt umgänge. Det stundar bättre tider!

Ekonomiskt stöd har utgått från FoU-rådet i Södra Älvsborg, Göteborgs Läkaresällskap samt Enheten för allmänmedicin, Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien och för detta vill jag framföra mitt tack.

REFERENSER

1. Dornan T. Workplace learning. Perspectives on medical education. 2012;1(1):15-23.
2. Hellquist G, Rödger S, von Below B, Sveinsdottir G, Björkelund C. Tidig yrkeskontakt stärker studenternas professionella utveckling. TYK – en ny kurs i läkarutbildningen i Göteborg. Läkartidningen 2005;102(38):2646-8, 50-1.
3. Clarke D, Coleman J. Balint groups. Examining the doctor-patient relationship. Aust Fam Physician 2002;31(1):41-4.
4. Kjeldmand D, Holmstrom I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. Annals of family medicine 2008;6(2):138-45.
5. Salö L. Engelska eller svenska? En kartläggning av språksituationen inom högre utbildning och forskning. Stockholm: Språkrådet; 2010.
6. Telemann U. Det svenska riksspråkets utsikter i ett integrerat Europa. Språkvård. 1992;4:7-16.
7. Gulbrandsen P, Schroeder TV, Milerad J, Nylenna M. [Paper or screen, mother tongue or English--which is better?]. Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke. 2002;122(17):1646-8.
8. Hagström B. Läkemedel och följsamhet: studier ur ett allmänmedicinskt perspektiv [avhandling]. Göteborg: Dept. of Community Medicine and Public Health/Primary Health Care, the Sahlgrenska Academy, Göteborg University; 2007.
9. Gregersen F. Hvor parallelt: om parallellspråkighet på Nordens universitet. Köpenhamn: Norden; 2014.
10. Stolt C-M. Kaos och kunskap : medicinens historia till år 2000. Lund: Studentlitteratur; 1997.
11. Fåhræus R, Lindskog BI. Läkekonstens historia. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 1970.
12. Calman KC. Medical Education: Past, present and future. Edinburgh: Elsevier; 2007.
13. Davey LM. The oath of Hippocrates: An historical review. Neurosurgery. 2001;49(3):554-66.
14. Hippocrates. Oath of Hippocrates: BiblioBytes; 1934.
15. Hippokrates, Löwegren MK, Söderlind M, Löwegren MK. Om läkekonsten: ur De hippokratiska skrifterna. Nora: Nya Doxa; 1994.
16. Puschmann T. A history of medical education. New York: Hafner Publishing Company; 1966.
17. Gruner OC. A treatise on the Canon of medicine of Avicenna: incorporating a translation of the first book. London: Luzac; 1970.

18. Nilsson I, Peterson H-I. Medicinens idéhistoria. Stockholm: SNS (Studieförb. Näringsliv och samhälle); 1998.
19. Latham RG. The Works of Thomas Sydenham, MD. London: Sydenham Society, London; 1848.
20. Lane J. The role of apprenticeship in eighteenth-century medical education in England. William Hunter and the eighteenth-century medical world. Cambridge: Cambridge university press; 1985. p. 57-103.
21. Henrikson A, Hæger K. Urkunder om läkekonst. Stockholm: AWE/Geber; 1975.
22. Johannisson K. Tecknen: läkaren och konsten att läsa kroppar. Stockholm: Norstedt; 2004.
23. Laennec RTH, Forbes J. A Treatise on the Diseases of the Chest, and on Mediate Auscultation. London: Samuel S. and William Wood; 1838.
24. Dornan T. Osler, Flexner, apprenticeship and 'the new medical education'. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2005;98(3):91-5.
25. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching. With an introduction by Henry S. Pritchett. New York: Carnegie foundation; 1910.
26. Halperin EC, Perman JA, Wilson EA. Abraham Flexner of Kentucky, his report, Medical Education in the United States and Canada, and the historical questions raised by the report. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2010;85(2):203-10.
27. Ludmerer KM. Abraham Flexner and medical education. *Perspectives in biology and medicine*. 2011;54(1):8-16.
28. Rees LH. Medical education in the new millennium. *Journal of internal medicine*. 2000;248(2):95-101.
29. Haffling A-C. Medical students in general practice : students' learning experiences and perspectives from supervisors and patients [dissertation]. Malmö: Department of Clinical Science, Malmö, Lund University; 2011.
30. Wooliscroft J. Medical student clinical education. In: Norman G, Van der Vleuten C, Newble D, editors. *International Handbook of Research in Medical Education*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2002. p. 365-80.
31. Ludmerer KM. *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. New Ed. United States: Oxford University Press; 1999.
32. Ludmerer KM. The creation of time to heal. *Annals of internal medicine*. 2000;133(5):396-9.
33. Ludmerer KM. The History of Medicine in Medical Education. *Journal of the history of medicine and allied sciences*. 2015;70(4):656-60.
34. Svenska akademiens ordbok. Svenska akademiens ordbok on line. Stockholm. Available from: <http://www.saob.se/>
35. Svenska akademiens ordlista över svenska språket. Stockholm: Svenska akademien; 2015.
36. Nationalencyklopedin. Nationalencyklopedin: NE; 2016. Available from: <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/handledare>

37. Lauvås P, Handal G, Nilsson B. Handledning och praktisk yrkesteori. Lund: Studentlitteratur; 2001.
38. Hornby AS, Wehmeier S. Oxford advanced learner's dictionary of current English. Oxford: Oxford University Press; 2005.
39. Cooke M, O'Brien BC, Irby DM, Carnegie Foundation for the Advancement of T. Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency (The preparation for the professions series The Jossey-Bass higher and adult education series) [Elektronisk resurs]: Jossey Bass Inc; 2010.
40. Pratt DD, Harris P, Collins JB. The power of one: looking beyond the teacher in clinical instruction. *Med Teach.* 2009;31(2):133-7.
41. Strand P, Edgren G, Borna P, Lindgren S, Wichmann-Hansen G, Stalmeijer RE. Conceptions of how a learning or teaching curriculum, workplace culture and agency of individuals shape medical student learning and supervisory practices in the clinical workplace. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2015;20(2):531-57.
42. Dornan T. Experience based learning: learning clinical medicine in workplaces [dissertation]. Maastricht: Universiteit Maastricht, University Library, Maastricht University [Host]; 2006.
43. Nilsson MS. Nu är det du som är doktor, nu är det du som bestämmer - Studier av yrkeskunnandets utveckling och manifestation hos studenter och läkare [avhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2010.
44. Yonge O, Billay D, Myrick F, Luhanga F. Preceptorship and mentorship: not merely a matter of semantics. *International journal of nursing education scholarship.* 2007;4:Article19.
45. Dornan T, Tan N, Boshuizen H, Gick R, Isba R, Mann K, et al. How and what do medical students learn in clerkships? Experience based learning (ExBL). *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2014;19(5):721-49.
46. Council GM. Recommendations on Undergraduate Medical Curriculum. London: General Medical Council; 1993.
47. Haffling AC, Hakansson A, Hagander B. Early patient contact in primary care: a new challenge. *Med Educ.* 2001;35(9):901-8.
48. Hampshire AJ. Providing early clinical experience in primary care. *Medical Education.* 1998;32(5):495-501.
49. Dornan T, Bundy C. What can experience add to early medical education? Consensus survey. *Bmj.* 2004;329(7470):834.
50. Eika B, Molgaard H, Sonne O, Jorgensen JO. [Early clinical exposure--an instant success. The new medical curriculum at the University of Aarhus]. *Ugeskrift for laeger.* 2001;163(26):3626-9.
51. Matson CC, Ullian JA, Boisabuin EV. Integrating early clinical experience curricula at two medical schools: lessons learned from the Robert Wood Johnson Foundation's Generalist Physician Initiative. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges.* 1999;74(1 Suppl):S53-8.

52. O'Brien-Gonzales A, Blavo C, Barley G, Steinkohl DC, Loeser H. What did we learn about early clinical experience? *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2001;76(4 Suppl):S49-54.
53. Valkova L. First early patient contact for medical students in Prague. *Fam Pract*. 1997;14(5):394-6.
54. Wieseemann A, Engeser P, Barlet J, Muller-Buhl U, Szecsenyi J. [What students and teaching doctors in Heidelberg think about early patient contact and tasks in general practice]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2003;65(10):572-8.
55. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Medical Teacher*. 2006;28(1):3-18.
56. Dornan T, Scherpbier A, King N, Boshuizen H. Clinical teachers and problem-based learning: a phenomenological study. *Med Educ*. 2005;39(2):163-70.
57. Schmidt HG, Rotgans JI, Yew EH. The process of problem-based learning: what works and why. *Med Educ*. 2011;45(8):792-806.
58. Van Dalen J, Bartholomeus P, Kerkhofs E, Lulofs R, Van Thiel J, Rethans JJ, et al. Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. *Med Teach*. 2001;23(3):245-51.
59. Yardley S, Brosnan C, Richardson J. The consequences of authentic early experience for medical students: creation of metis. *Med Educ*. 2013;47(1):109-19.
60. Svab I, Šipr K, Crebolder H. General practice teaching and basic medical education in Europe. *The European Journal of General Practice*. 2001;7(3):112-4.
61. Usherwood T, Joesbury H, Hannay D. Student-directed problem-based learning in general practice and public health medicine. *Med Educ*. 1991;25(5):421-9.
62. Fraser RC. Undergraduate medical education: present state and future needs. *Bmj*. 1991;303(6793):41-3.
63. Habbick BF, Leeder SR. Orienting medical education to community need: a review. *Med Educ*. 1996;30(3):163-71.
64. 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.
65. Teunissen P, Wilkinson T. Learning and teaching in workplaces. In: *Medical education: Theory and practice* Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2011. p. 193-209.
66. Dornan T. *Medical education : Theory and practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2011.
67. Harden RM, Laidlaw JM, Ker JS, Mitchell HE. Task-based learning: An educational strategy for undergraduate, postgraduate and continuing medical

- education, AMEE Medical Education Guide No. 7. Part 1. Medical Teacher. 1996;18(1):X-XI.
68. Howe A, Campion P, Searle J, Smith H. New perspectives--approaches to medical education at four new UK medical schools. *Bmj*. 2004;329(7461):327-31.
69. Norman GR, Newble DI, Vleuten CPMvd. International handbook of research in medical education. Dordrecht: Kluwer; 2002.
70. O'Sullivan M, Martin J, Murray E. Students' perceptions of the relative advantages and disadvantages of community-based and hospital-based teaching: a qualitative study. *Med Educ*. 2000;34(8):648-55.
71. 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):75-9.
72. van der Zwet J, Hanssen VG, Zwietering PJ, Muijtjens AM, Van der Vleuten CP, Metsemakers JF, et al. Workplace learning in general practice: supervision, patient mix and independence emerge from the black box once again. *Med Teach*. 2010;32(7):e294-9.
73. Gordon J, Hazlett C, Ten Cate O, Mann K, Kilminster S, Prince K, et al. Strategic planning in medical education: enhancing the learning environment for students in clinical settings. *Med Educ*. 2000;34(10):841-50.
74. Murray E, Jolly B, Modell M. A comparison of the educational opportunities on junior medical attachments in general practice and in a teaching hospital: a questionnaire survey. *Med Educ*. 1999;33(3):170-6.
75. Pearson DJ, McKinley RK. Why tomorrow's doctors need primary care today. *J R Soc Med*. 2010;103(1):9-13.
76. van der Zwet J, Zwietering PJ, Teunissen PW, van der Vleuten CP, Scherpbier AJ. Workplace learning from a socio-cultural perspective: creating developmental space during the general practice clerkship. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2011;16(3):359-73.
77. Dornan T, Boshuizen H, King N, Scherpbier A. Experience-based learning: A model linking the processes and outcomes of medical students' workplace learning. *Medical Education*. 2007;41(1):84-91.
78. General Medical Council. Tomorrow's doctors. Outcomes and standards for undergraduate medical education. 2009 ed: General Medical Council; 2009.
79. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach*. 2007;29(1):2-19.
80. Silén C, Bolander Laksov K. Att skapa pedagogiska möten i medicin och vård. Lund: Studentlitteratur; 2013.
81. Josefson I. Läkarens yrkeskunnande. Lund: Studentlitteratur; 1998.
82. Josefson I, Seeberger A. Personlig utveckling. In: Andersson S-O, editor. Professionell utveckling inom läkaryrket. 1 ed. Stockholm: Liber; 2012.
83. Eraut M. Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*. 2004;26(2):247-73.

84. Eraut M, Alderton J, Cole G, Senker P. Development of knowledge and skills at work. Differing visions of a learning society. 2000;1:231-62.
85. Passi V, Johnson N. The impact of positive doctor role modeling. *Med Teach*. 2016;38(11):1139-45.
86. Passi V, Johnson N. The hidden process of positive doctor role modelling. *Med Teach*. 2016;38(7):700-7.
87. Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Med Teach*. 2013;35(9):e1422-36.
88. Schön DA. *The reflective practitioner : how professionals think in action*. New York: Basic Books; 1983.
89. Mann KV. Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities. *Med Educ*. 2011;45(1):60-8.
90. Ludmerer KM. Time and medical education. *Annals of internal medicine*. 2000;132(1):25-8.
91. Hirsh DA, Ogur B, Thibault GE, Cox M. "Continuity" as an organizing principle for clinical education reform. *The New England journal of medicine*. 2007;356(8):858-66.
92. Holmboe E, Ginsburg S, Bernabeo E. The rotational approach to medical education: time to confront our assumptions? *Med Educ*. 2011;45(1):69-80.
93. Bates J, Towle A. Longitudinal integrated clinical placements: where are we going? *Med Educ*. 2012;46(11):1024-26.
94. Lindgren S. För framtidens hälsa - en ny läkarutbildning. Betänkande. SOU 2013:15 ed. Stockholm: Fritze; 2013.
95. Worley P, Silagy C, Prideaux D, Newble D, Jones A. The Parallel Rural Community Curriculum: an integrated clinical curriculum based in rural general practice. *Medical Education*. 2000;34(7):558-65.
96. Teunissen PW. Experience, trajectories, and reifications: an emerging framework of practice-based learning in healthcare workplaces. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2015;20(4):843-56.
97. Franke A. *Handledning i praktiken. En studie av handledares och lärarkandidaters uppfattningar av handledning i lärarytbildningens praktikdel*. Linköping: Univ.; 1990.
98. Liljedahl M. *On learning in the clinical environment [dissertation]*. Stockholm: Karolinska Institutet; 2016.
99. Liljedahl M, Boman LE, Falt CP, Bolander Laksov K. What students really learn: contrasting medical and nursing students' experiences of the clinical learning environment. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2015;20(3):765-79.
100. Ramani S, Leinster S. AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical environment. *Med Teach*. 2008;30(4):347-64.
101. Shapiro I. Doctor means teacher. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2001;76(7):711.
102. Steinert Y. Staff development for clinical teachers. *Clinical Teacher*. 2005;2(2):104-10.

103. Fredriksson J J, Tyson Y, Persson L, Eriksson J, Moëll A, Malmin E, et al. Rusta upp den kliniska handledningen. *Läkartidningen*. 2008;105(38):2542.
104. Åhsberg H. Läkarestudenternas kliniska handledning måste förbättras. *Läkartidningen*. 2005;102(12/13):980-2.
105. Hammar M, Asp M, Berlin G, Dahlström U, Eintrei C, Ekdahl A, et al. Ny handlingsplan för bättre klinisk handledning av studenter. *Läkartidningen*. 2006;103(9):649-54.
106. Fjellström M, Sawert B, Naredi S, Johnson O, Haapamäki M. En bro mellan högre utbildning och profession - Utbildning för kliniska handledare i läkarutbildning. Presentation vid konferensen Gränslöst lärande; Göteborg 2012.
107. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring SOSFS 2008:17, kap. 3. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
108. Haglund B. Allmänmedicin - begreppsanalys modell AGA. *SFAM-nytt*. 1981;2(2):23-6.
109. Håkansson A, André M, Björkelund C, Borgquist L, Holmberg S, Kristiansson R. Allmänmedicinsk forskning växer – men tillräckligt snabbt? *Läkartidningen*. 2006;103(24-25):1968-71.
110. Tibblin G. Den akademiska allmänmedicinens uppgifter. *Nordisk Medicin*. 1986;101(1):2.
111. Westman G, Mattsson B, Persson L, Risberg G, Rost F, Troein M. Några allmänläkares erfarenheter av kandidathandledning. *AllmänMedicin*. 1984;5(5):197-202.
112. Mattsson B, Westman G. Om undervisningen i allmänmedicin. *SFAM-nytt*. 1981;2(2):32-5.
113. Freijd H. Inläring och undervisning. *SFAM-nytt*. 1981;2(2):31-2.
114. Dahlin B, Kuuse J. Från provinsialläkare till primärvård - en historisk exposé. Med exempel från Mittenälvsborg i Västra Götalandsregionen. Lerum: Bengt Dahlin; 2010.
115. Hellquist G. Om allmänmedicinkursen i Göteborg. Pers medd 2017-01-16.
116. Mattsson B, Andersson S. Allmänläkare som lärare i grundutbildningens tidiga del - erfarenheter från Umeå. *AllmänMedicin*. 1989;10(3):121-3.
117. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring SOSFS 2015:8. Stockholm: Socialstyrelsen 2015.
118. Illich I. *Den farliga sjukvården*. Stockholm: Aldus; 1975.
119. Illich I, Bökstedt H. *Den omänskliga sjukvården : det medicinska etablissemangen är ett hot mot vår hälsa och inkräktar på individens rätt att bestämma över sig själv*. Stockholm: Aldus/Bonnier; 1977.
120. Johannisson K. *Medicinens öga: sjukdom, medicin och samhälle - historiska erfarenheter*. Stockholm: Norstedt; 1990.

121. Foldevi M, Wahlqvist M. Konsultationen - mötet mellan patient och läkare. I: Professionell utveckling inom läkaryrket. Stockholm: Liber AB; 2012. p. 71-98.
122. Socialdepartementet. Patientlag SFS 2014:821. Stockholm: Socialdepartementet, Sveriges Riksdag; 2014.
123. Hasselbladh H, Bejerot E, Gustafsson RÅ. Bortom New Public Management - Institutionell transformation i svensk sjukvård. Stockholm: Academia Adacta; 2008.
124. Porter ME. Value-based health care delivery. *Annals of surgery*. 2008;248(4):503-9.
125. Agerberg M. Värdebaserad metod - Omstridd metod på frammarsch. *Läkartidningen*. 2017;114(3-4):80-3.
126. Gustavsson B. Kunskapsfilosofi : tre kunskapsformer i historisk belysning. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 2000.
127. Dewey J. *Democracy and Education*: Dover Publications; 2012.
128. Illeris K. *Lärande i mötet mellan Piaget, Freud och Marx*. Lund: Studentlitteratur; 2001.
129. Marton F, Saljo R. Symposium: Learning processes and strategies: II. On qualitative differences in learning: II. Outcome as a function of the learner's conception of the task. *British Journal of Educational Psychology*. 1976;46(2):115-27.
130. Newble D, Cannon R. *A handbook for medical teachers*. Dordrecht: Kluwer Academic; 2001.
131. Newble DI, Entwistle NJ. Learning styles and approaches: Implications for medical education. *Medical Education*. 1986;20(3):162-75.
132. Knowles M. *The adult learner: a neglected species*. Houston, Texas: Gulf Publishing Company; 1973.
133. Biggs JB. *Teaching for quality learning at university: what the student does*. London: the Society for Research into Higher Education; 2003.
134. Biggs JB, Tang CS-K. *Teaching for quality learning at university: what the student does*. Maidenhead: Open University Press; 2011.
135. Cheetham G, Chivers GE. *Professions, competence and informal learning*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing; 2005.
136. Bell K, Boshuizen HP, Scherpbier A, Dornan T. When only the real thing will do: junior medical students' learning from real patients. *Med Educ*. 2009;43(11):1036-43.
137. Aspegren K, Danielsen N, Edgren G. *Medicinsk pedagogik : en handbok för lärare i läkarutbildningar*. Lund: Studentlitteratur; 2012.
138. Kneebone R, Nestel D. Learning and teaching clinical procedures. In: *Medical Education: Theory and practice*. Edinburgh: Elsevier; 2011. p. 193-210.
139. Kolb D. *Experiential Learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
140. Harden RM, Laidlaw JM, Ker JS, Mitchell HE. Task-based learning: An educational strategy for undergraduate, postgraduate and continuing medical

- education. AMEE Medical Education Guide No. 7, Part 2. Medical Teacher. 1996;18(2):91-8.
141. Koh YH, Wong ML, Lee JJ. Medical students' reflective writing about a task-based learning experience on public health communication. Med Teach. 2014;36(2):121-9.
142. Bleakley A. Pre-registration house officers and ward-based learning: a 'new apprenticeship' model. Med Educ. 2002;36(1):9-15.
143. Bleakley A. Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking. Med Educ. 2006;40(2):150-7.
144. Teunissen PW, Dornan T. Lifelong learning at work. Bmj. 2008;336(7645):667-9.
145. Billett S. Constituting the workplace curriculum. Journal of curriculum studies. 2006;38(1):31-48.
146. Lave J, Wenger E. Situated learning: Legitimate peripheral participation: Cambridge University Press, New York, NY; 1991.
147. Billett S. Workplace Pedagogic Practices: Co-participation and Learning. British Journal of Educational Studies. 2002;50(4):457-81.
148. Keating S. Learning in the workplace: A literature review. Melbourne, Australia: Victoria University; 2006.
149. Lave J, Wenger E. Situated learning : legitimate peripheral participation. Cambridge [England]: Cambridge University Press; 2005.
150. Sfard A. On two metaphors for learning and the dangers of choosing just one. Educational Researcher. 1998;27(2):4-13.
151. McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press; 1997.
152. McWhinney IR, Nettelblad F, Nettelblad K. Familjemedicin. Lund: Studentlitteratur; 2004.
153. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science (New York, NY). 1977;196(4286):129-36.
154. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. The American journal of psychiatry. 1980;137(5):535-44.
155. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Psychodynamic psychiatry. 2012;40(3):377-96.
156. Landström B. Den kompetenta allmänläkaren - mottagningsrummets praxis utmanar idealbilden [avhandling]. Göteborg: Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/enheten för allmänmedicin, Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet; 2012.
157. Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients : a study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. Exeter: Royal College of General Practitioners; 1984.
158. Larsen J-H. Patientsamtalet : handbok i mötet mellan läkare och patient. Lund: Studentlitteratur; 2015.
159. Pendleton D. The new consultation : developing doctor-patient communication. Oxford: Oxford University Press; 2003.

160. Hunskaar S, Hovellius B, Andersson C. *Allmänmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2015.
161. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of General practice / Family medicine: Wonca Europe; 2002/2011. Available from: <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
162. Ullian JA, Shore WB, First LR. What did we learn about the impact on community-based faculty? Recommendations for recruitment, retention and rewards. *Academic Medicine* 2001 Apr; 76(4 suppl): S78-S85.
163. Fine B, Seabrook M. GPs' attitudes towards increased medical education in the community. *Education for General Practice*. 1996;7:42-7.
164. Gray J, Fine B. General practitioner teaching in the community: a study of their teaching experience and interest in undergraduate teaching in the future. *Br J Gen Pract*. 1997;47(423):623-6.
165. Hartley S, Macfarlane F, Gantley M, Murray E. Influence on general practitioners of teaching undergraduates: qualitative study of London general practitioner teachers. *BMJ*. 1999;319(7218):1168-71.
166. Grant A, Prout H, Hawthorne K, Tapper Jones L, Houston H. Some effects of teaching undergraduate medical students on general practitioner thinking and learning. *Education for primary care: an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors*. 2010;21(2):97-104.
167. Shannon SJ, Walker-Jeffreys M, Newbury JW, Cayetano T, Brown K, Petkov J. Rural clinician opinion on being a preceptor. *Rural and remote health*. 2006;6(1):490.
168. Starr S, Ferguson WJ, Haley HL, Quirk M. Community preceptors' views of their identities as teachers. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2003;78(8):820-5.
169. Malterud K, Midenstrand M. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. En introduktion*. 2 uppl., Lund: Studentlitteratur; 2009.
170. Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research*. Thousand Oaks, California: SAGE; 2016.
171. Harris IB. *Qualitative Methods*. In: Norman GR, editor. *International Handbook of Research in Medical Education*. 7. Dordrecht: Kluwer; 2002.
172. Giorgi A. The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*. 1997;28(2):235-60.
173. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012;40(8):795-805.
174. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.
175. Dahlberg K, Dahlberg H, Nyström M. *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur; 2008.
176. Husserl E. *Die Idee der Phänomenologie: fünf Vorlesungen*. Meiner Verlag; 1907/2016.

177. Husserl E, Bernet R. Collected works. Vol. 1, Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy, third book: phenomenology and the foundations of the sciences. The Hague: Nijhoff; 1980.
178. Bengtsson J. Edmund Husserls filosofi. En introducerande översikt över hans fenomenologi och dess inflytande. Göteborg: Sociologiska institutionen; 1987.
179. Berelson B. Content analysis in communication research. Glenco, Illinois: Free press; 1952.
180. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 2004.
181. Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman and Hall; 1991/1999.
182. Ejlertsson G. Statistik för hälsovetenskaperna: Studentlitteratur; 2003.
183. Ainley J, Long MG. The course experience survey 1992 graduates. Australian Government Pub. Service; 1994.
184. Ramsden P. A performance indicator of teaching quality in higher education: The Course Experience Questionnaire. *Studies in higher education*. 1991;16(2):129-50.
185. Broomfield D, Bligh J. An evaluation of the 'short form' course experience questionnaire with medical students. *Med Educ*. 1998;32(4):367-9.
186. Lander R. Hur var kursen? Utprövning av ett instrument för att mäta kursupplevelser vid Göteborgs universitet vt 1997. Larsson M, editor. Göteborg: Göteborg, Univ.; 1997.
187. Gunnarsson R. Choosing statistical analysis 1998 [updated 17.10.2015]. Available from: <http://science-network.tv/choosing-statistical-analysis/>
188. Kvale S, Torhell S-E. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 1997.
189. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358(9280):483-8.
190. Morgan DL, Bottorff JL. Advancing our craft: focus group methods and practice. *Qual Health Res*. 2010;20(5):579-81.
191. Powell RA, Single HM. Focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1996;8(5):499-504.
192. Hellmann F, Verdi M, Schlemper BR, Jr., Caponi S. 50th anniversary of the Declaration of Helsinki: the double standard was introduced. *Archives of medical research*. 2014;45(7):600-1.
193. Lövtrup M. Helsingforsdeklarationen 50 år: Ur nazismens grymheter föddes forskningsetiken. *Läkartidningen*. 2014;111(37).
194. Malterud K. [Qualitative methods in medical research--preconditions, potentials and limitations]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. 2002;122(25):2468-72.
195. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract*. 1997;14(2):148-52.

196. Bleakley A. Gender matters in medical education. *Med Educ.* 2013;47(1):59-70.
197. McKinstry B. Are there too many female medical graduates? Yes. *Bmj.* 2008;336(7647):748.
198. Hamberg K. Genusperspektiv relevant för många av läkarutbildningens ämnen: Viktigt att betrakta män och kvinnor med helhetssyn. *Läkartidningen* 2003;100(49):4078-83.
199. Westerstahl A, Segesten K, Bjorkelund C. GPs and lesbian women in the consultation: issues of awareness and knowledge. *Scand J Prim Health Care.* 2002;20(4):203-7.
200. McLeod J. Qualitative research: Methods and contributions. In: Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6 ed. Somerset, NJ, USA: John Wiley&Sons; 2013: 49-84.
201. O'Cathain A. Mixed methods involving qualitative research. In: Borgeault I, Dingwall R, de Vries R, editors. *The SAGE handbook of qualitative methods in health research.* London: SAGE; 2013: 575-88.
202. Plano Clark VL. The adoption and practice of mixed methods: US trends in federally funded health-related research. *Qualitative Inquiry.* 2010.
203. Tavakol M, Sandars J. Quantitative and qualitative methods in medical education research: AMEE Guide No 90: Part I. *Med Teach.* 2014;36(9):746-56.
204. Guetterman TC, Fetters MD, Creswell JW. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. *Annals of family medicine.* 2015;13(6):554-61.
205. Werbart A, von Below C, Brun J, Gunnarsdottir H. "Spinning one's wheels": Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research.* 2015;25(5):546-64.
206. Malterud K. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning : en introduktion.* 3 uppl., Lund: Studentlitteratur; 2014.
207. Greenhalgh T. *Att läsa vetenskapliga artiklar och rapporter : grunden för en evidensbaserad vård.* 1 uppl., Lund: Studentlitteratur; 2012.
208. Åsberg R. Det finns inga kvalitativa metoder—och inga kvantitativa heller för den delen: Det kvalitativa-kvantitativa argumentets missvisande retorik. *Pedagogisk forskning i Sverige.* 2001;6(4):270.
209. Gunnarsson R. *Philosophy of science 1998* [updated 31.12.2016]. Available from: <http://science-network.tv/philosophy-of-science/>
210. Malterud K. Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scand J Public Health.* 2016;44(2):120-9.
211. Patel R, Davidson B. *Forskningsmetodikens grunder : att planera, genomföra och rapportera en undersökning.* Lund: Studentlitteratur; 2003.
212. Tavakol M, Sandars J. Quantitative and qualitative methods in medical education research: AMEE Guide No 90: Part II. *Med Teach.* 2014;36(10):838-48.

213. Coar L, Sim J. Interviewing one's peers: Methodological issues in a study of health professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2006;24(4):251-6.
214. Hansson A, Gunnarsson R, Mattsson B. Balancing - An equilibrium act between different positions: An exploratory study on general practitioners' comprehension of their professional role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2007;25(2):80-5.
215. Baldor RA, Brooks WB, Warfield ME, O'Shea K. A survey of primary care physicians' perceptions and needs regarding the precepting of medical students in their offices. *Med Educ*. 2001;35(8):789-95.
216. MacDougall J, Drummond MJ. The development of medical teachers: an enquiry into the learning histories of 10 experienced medical teachers. *Medical education*. 2005;39(12):1213-20.
217. Latessa R, Beaty N, Colvin G, Landis S, Janes C. Family medicine community preceptors: different from other physician specialties? *Family medicine*. 2008;40(2):96-101.
218. Brice J, Corrigan O. The changing landscape of medical education in the UK. *Medical Teacher*. 2010;32(9):727-32.
219. Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2015;65(2):117-21.
220. Gadamer H-G. *Truth and method*. New York: Continuum; 1994.
221. Kleizen K, Mattsson B. Motives and Experiences of the Competent Supervisor in General Practice-A Qualitative Study. *The Open Medical Education Journal*. 2010;3:18-22.
222. Haider SI, Snead DR, Bari MF. Medical Students' Perceptions of Clinical Teachers as Role Model. *PloS one*. 2016;11(3):e0150478.
223. Irby DM. What clinical teachers in medicine need to know. *Academic Medicine*. 1994;69(5):333-42.
224. Irby DM. Excellence in clinical teaching: knowledge transformation and development required. *Med Educ*. 2014;48(8):776-84.
225. Archer JC. State of the science in health professional education: effective feedback. *Med Educ*. 2010;44(1):101-8.
226. Branch WT, Jr., Paranjape A. Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2002;77(12 Pt 1):1185-8.
227. Cantillon P, Sargeant J. Giving feedback in clinical settings. *BMJ (Clinical research ed)*. 2008;337.
228. Ende J. Feedback in clinical medical education. *Jama*. 1983;250(6):777-81.
229. Hattie J, Timperley H. The Power of Feedback. *Review of Educational Research*. 2007;77(1):81-112.
230. Norcini J. The power of feedback. *Med Educ*. 2010;44(1):16-7.
231. Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach*. 2007;29(9):855-71.

232. Goldie J, Dowie A, Goldie A, Cotton P, Morrison J. What makes a good clinical student and teacher? An exploratory study. *BMC Med Educ.* 2015;15:40.
233. Huggett KN, Warriar R, Maio A. Early learner perceptions of the attributes of effective preceptors. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2008;13(5):649-58.
234. Leinster SJ. Workplace-based assessment as an educational tool: guide supplement 31.2 - viewpoint. *Med Teach.* 2009;31(11):1032.
235. Walters L, Worley P, Prideaux D, Lange K. Do consultations in rural general practice take more time when practitioners are precepting medical students? *Med Educ.* 2008;42(1):69-73.
236. Turkeshi E, Michels NR, Hendrickx K, Remmen R. Impact of family medicine clerkships in undergraduate medical education: a systematic review. *BMJ open.* 2015;5(8):e008265.
237. Price R, Spencer J, Walker J. Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations? *Med Educ.* 2008;42(4):374-81.
238. Simon SR, Davis D, Peters AS, Skeff KM, Fletcher RH. How do precepting physicians select patients for teaching medical students in the ambulatory primary care setting? *Journal of general internal medicine.* 2003;18(9):730-5.
239. Walters L, Prideaux D, Worley P, Greenhill J, Rolfe H. What do general practitioners do differently when consulting with a medical student? *Med Educ.* 2009;43(3):268-73.
240. Harden J, Crosby J. AMEE guide no 20: The good teacher is more than a lecturer - The twelve roles of the teacher. *Medical Teacher.* 2000;22(4):334-47.
241. Stenfors-Hayes T, Hult H, Dahlgren LO. What does it mean to be a good teacher and clinical supervisor in medical education? *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2011;16(2):197-210.
242. Sjönell G. Relationship between use of increased primary health care and other out-patient care in a Swedish urban area [dissertation]. Sundbyberg: Karolinska institute; 1984.
243. Starfield B. Global health, equity, and primary care. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM.* 2007;20(6):511-3.
244. Sverige. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Statens offentliga utredningar SOU 2016:2. Stockholm: Wolters Kluwer; 2016.
245. Svenska Läkaresällskapet. En värdefull vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Rapport från arbetsgruppen En värdefull vård. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet, 2015.
246. Stenfors-Hayes T, Weurlander M, Owe Dahlgren L, Hult H. Medical teachers' professional development – perceived barriers and opportunities. *Teaching in Higher Education.* 2010;15(4):399-408.
247. Irby DM. Clinical teacher effectiveness in medicine. *Journal of medical education.* 1978;53(10):808-15.

248. Pinsky LE, Monson D, Irby DM. How Excellent Teachers Are Made: Reflecting on Success to Improve Teaching. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 1998;3(3):207-15.
249. Sutkin G, Wagner E, Harris I, Schiffer R. What makes a good clinical teacher in medicine? A review of the literature. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges.* 2008;83(5):452-66.
250. Yeates PJ, Stewart J, Barton JR. What can we expect of clinical teachers? Establishing consensus on applicable skills, attitudes and practices. *Med Educ.* 2008;42(2):134-42.
251. Stone S, Ellers B, Holmes D, Orgren R, Qualters D, Thompson J. Identifying oneself as a teacher: the perceptions of preceptors. *Med Educ.* 2002;36(2):180-5.
252. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology.* 2011;10(4):248-51.
253. Ulin K, Olsson LE, Wolf A, Ekman I. Person-centred care - An approach that improves the discharge process. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology.* 2016;15(3):e19-26.
254. Higgs J, McAllister L. Educating clinical educators: using a model of the experience of being a clinical educator. *Med Teach.* 2007;29(2-3):e51-7.
255. Davidsen AS. How does the general practitioner understand the patient? A qualitative study about psychological interventions in general practice. *Psychology and psychotherapy.* 2009;82(Pt 2):199-217.
256. Davidsen AS. Samtale og forståelse i almen praksis - samt metoder til undersøgelse heraf [avhandling]. Copenhagen: Københavns Universitet; 2013.
257. Yardley S, Brosnan C, Richardson J, Hays R. Authentic early experience in Medical Education: a socio-cultural analysis identifying important variables in learning interactions within workplaces. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2013;18(5):873-91.
258. Nohara M, Yoshikawa T, Nakajima N, Okutsu K. Hospital physicians perform five types of work duties in Japan: an observational study. *BMC health services research.* 2014;14:375.
259. Stark P. Teaching and learning in the clinical setting: a qualitative study of the perceptions of students and teachers. *Med Educ.* 2003;37(11):975-82.
260. AFA Försäkring. Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro – 2016. Rapport F7060. Stockholm: AFA Försäkring, 2016.
261. Gustafsson Senden M, Lovseth LT, Schenck-Gustafsson K, Fridner A. What makes physicians go to work while sick: a comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE). *Swiss medical weekly.* 2013;143:w13840.
262. Rutter H, Herzberg J, Paice E. Stress in doctors and dentists who teach. *Med Educ.* 2002;36(6):543-9.

263. Lövtrup M. Den psykiska ohälsan ökar bland läkare : kvinnliga läkare drabbas hårdast. *Läkartidningen*. 2016;113(1/2):10-7.
264. Wilczek A. Amerikanska läkares "burnout" och svenska läkares "utmattning". Stressrelaterad ohälsa ökar även bland svensk sjukvårdspersonal. *Läkartidningen*. 2015;112.
265. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*. 2012;172(18):1377-85.
266. Mache S, Kloss L, Heuser I, Klapp BF, Groneberg DA. Real time analysis of psychiatrists' workflow in German hospitals. *Nord J Psychiatry*. 2011;65(2):112-6.
267. Rubinstein JS, Meyer DE, Evans JE. Executive Control of Cognitive Processes in Task Switching. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*. 2001;27(4):763-97.
268. Starcke K, Brand M. Decision making under stress: A selective review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2012;36(4):1228-48.
269. Rogers RD, Monsell S. Costs of a predictable switch between simple cognitive tasks. *Journal of Experimental Psychology: General*. 1995;124(2):207-31.
270. Marois R, Ivanoff J. Capacity limits of information processing in the brain. *Trends in cognitive sciences*. 2005;9(6):296-305.
271. Ophir E, Nass C, Wagner AD. Cognitive control in media multitaskers. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2009;106(37):15583-7.
272. Hagger MS, Wood C, Stiff C, Chatzisarantis NL. Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2010;136(4):495-525.
273. Baumeister RF, Bratslavsky E, Muraven M, Tice DM. Ego depletion: is the active self a limited resource? *Journal of personality and social psychology*. 1998;74(5):1252-65.
274. Inzlicht M, Schmeichel BJ. What Is Ego Depletion? Toward a Mechanistic Revision of the Resource Model of Self-Control. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*. 2012;7(5):450-63.
275. Irby DM. Clinical teaching and the clinical teacher. *Journal of medical education*. 1986;61(9 Pt 2):35-45.
276. Prideaux D, Alexander H, Bower A, Dacre J, Haist S, Jolly B, et al. Clinical teaching: maintaining an educational role for doctors in the new health care environment. *Med Educ*. 2000;34(10):820-6.
277. Burgess A, Goulston K, Oates K. Role modelling of clinical tutors: a focus group study among medical students. *BMC Med Educ*. 2015;15:17.
278. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach*. 2007;29(8):735-51.

279. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ.* 2012;46(1):58-70.
280. Silén C, Kiessling A, Spaak J, Henriksson P. The experience of physician supervisors with clerkship students: a qualitative study. *International Journal of Medical Education.* 2011;2:56-63.
281. Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A five-step "microskills" model of clinical teaching. *The Journal of the American Board of Family Practice.* 1992;5(4):419-24.
282. Neher JO, Stevens NG. The one-minute preceptor: shaping the teaching conversation. *Family medicine.* 2003;35(6):391-3.
283. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. *Med Educ.* 2000;34(6):430-6.
284. van Lankveld T, Schoonenboom J, Kusurkar R, Beishuizen J, Croiset G, Volman M. Informal teacher communities enhancing the professional development of medical teachers: a qualitative study. *BMC Med Educ.* 2016;16:109.
285. Howe A. Teaching in practice: a qualitative factor analysis of community-based teaching. *Med Educ.* 2000;34(9):762-8.
286. Bunker J, Shadbolt N. Choosing general practice as a career - the influences of education and training. *Aust Fam Physician.* 2009;38(5):341-4.
287. Kiolbassa K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Szecsenyi J, Joos S, et al. Becoming a general practitioner--which factors have most impact on career choice of medical students? *BMC Fam Pract.* 2011;12:25.
288. Wesnes SL, Aasland O, Baerheim A. Career choice and place of graduation among physicians in Norway. *Scand J Prim Health Care.* 2012;30(1):35-40.
289. Ambrozy DM, Irby DM, Bowen JL, Burack JH, Carline JD, Stritter FT. Role models' perceptions of themselves and their influence on students' specialty choices. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges.* 1997;72(12):1119-21.

