

Bilaga 1a – under bearbetning.

Vägledning för värdering av allmänmedicinsk kompetens i verkliga konsultationer. Carl Edvard Rudebeck, oktober 2022.

Sammanfattning av bilagans innehåll

Den allmänmedicinska kompetensen

Med utgångspunkten att den allmänmedicinska specialistkompetensen utvecklas i samspelet mellan sjukdomskompetens och relationskompetens, ger bilagan en metod för värdering av kompetensen som den framträder i enskilda konsultationer.

Beskrivning av konsultationen kommer före värderingen

Kompetensvärderingen ska grundas på en allsidig *beskrivning* av konsultationen.

I en sådan beskrivning behöver konsultationens *struktur* – i Mitt-i-ST och examen patientcentreringens trestegsmodell – förenas med beskrivningar av konsultationens verkliga *förlopp*, som bara delvis ryms i strukturen och där väsentligt innehåll kan vara *underförstått*. När något sägs om något nära och konkret, så har detta samtidigt innebörd på en mer allmängiltig, och mindre synlig, *metanivå*.

Ett samtal är en kedja av ömsesidiga yttranden, där varje yttrande är ett *gensvar* som bygger på en tolkning av det som just sagts, och som i sin tur leder fram mot nästa gensvar. Om värderaren översiktligt kan fånga detta meningsutbyte är grunden för beskrivningen lagd. *Pausen* är ofta betydelsemättad. Enskilda ögonblick eller gensvarsutbyten kan anta karaktären av *nyckelsituationer*, som kan ha avgörande inflytande över konsultationsförloppet.

Beskrivningen - det praktiska genomförandet

Bilaga 1b är ett enkelt formulär för noteringar av hur gensvaren följer på varandra, medan bilaga 1c ger en vägledning för hur gensvaren kan sammanfattas och ge underlag för en fritt formulerad *konsultationsberättelse*. "Appendix" ger ett exempel på hur noteringar under en sekvens av gensvar i en konsultation kan te sig.

Beskrivningen sammanfattas i värderarens bedömning av patientens sjukdomsmedicinska och relationella utbyte av konsultationen.

Värderingen

Där det är möjligt, värderas sjukdomskompetensen och relationskompetensen var för sig, och i relation till värderarens uppfattning om vad respektive kompetens betyder för patientens utbyte. I andra delen i bilaga 1c listas de olika moment som ska värderas. I värderingen av relationskompetensen bör värderaren ta hänsyn till det medicinska problemets svårighetsgrad, och vilken roll patienten intar i relationen, från underlättande till försvårande. Till sist beskriver värderaren de två delkompetenserna och slår dem samman som "ST-läkarens allmänmedicinska kompetens". För varje konsultation behöver värderaren för sig själv försöka bestämma nivån på den kompetens som framträder, till exempel "Utmärkt", "Tillräcklig" eller "Otillräcklig". Uppgiften blir sedan att på ett uppriktigt och pedagogiskt sätt återföra gjorda iakttagelser och reflektioner till ST-läkaren.

Den allmänmedicinska kompetensen

Allmänmedicin är den medicinska generalismen som specialitet. I allmänmedicinen samspelar en bred sjukdomskompetens med relationskompetensen [1,2].

Sjukdomskompetensen är förmågan att tillämpa biomedicinen i patientmötet. Den tas i anspråk som specifik kunskap beroende av vad problemet handlar om, och om den håller tillräcklig nivå för den konsultation som observeras är oftast ganska lätt för värderaren att ta ställning till. ST-läkarens omdöme i tillämpningen kan vara svårare att bedöma utan att också väga in relationskompetensen.

Relationskompetensen är läkarens förmåga att förstå, vägleda och samarbeta med patienten, så att medicinska åtgärder blir anpassade till just honom eller henne. Kompetensen handlar inte bara om förmågan att verka i en relation, utan också om att öka bärkraften i en given relation. Relationskompetensen rymmer också förtrogenheten med alla de symptom som sjukdomskompetensen inte ger förklaringar på, och som bättre tolkas i perspektiv av patientens person och situation. Relationskompetensen utvecklas lättast i personlig kontinuitet, men eftersom den till skillnad från kunskapen om enskilda sjukdomar tas i anspråk och tränas i alla konsultationer, utgör den allmänläkarens möjliga expertkompetens, även när kontinuiteten haltar.

Beskrivning kommer före värdering

I konsultationen ska läkaren förena sin förmåga till inlevelse och tolkning med den påtagligt sakliga hållning som tillhör sjukdomskompetensen. Läkaren har det moraliska och formella ansvaret för att patientens behov så långt rimligt blir tillgodosedda, men är samtidigt tillsammans med patienten indragen i relationen utan fullständig kontroll. Konkret innebär detta att även patienten påverkar förloppet och utfallet av konsultationen, och dessutom, att privata och ovälkomna drivkrafter hos läkaren ibland konkurrerar med de professionella. Det blir lättare att bedöma hur en ST-läkare utövar sin kompetens om värderaren först försöker beskriva de väsentliga dragen och de avgörande detaljerna i det som sker utan att värdera det ST-läkaren gör. En sådan beskrivning ger överblick och skapar utrymme för eftertanke och kompetensen framträder som ST-läkarens inflytande på patientens utbyte av konsultationen.

Beskrivningen av konsultationen

Struktur och förlopp

En konsultation kan beskrivas genom sin struktur, som sammanfattar mötets innehåll utifrån dess syfte. "Symptom – diagnos – åtgärd" och "Subjective – objective – assessment – plan (SOAP)" är båda vedertagna sätt att rubrikindela fallbeskrivningar. Skattningsinstrument för konsultationen, där läkarens handlingar prickas av och sammanställs, utgår också från en tänkt struktur för de uppgifter läkaren ska klara av. I Mitt-i-ST och specialistexamen utgår vi från patientcentreringens trestegsmodell, "Patientens del – läkarens del – gemensam del" [3]. Modellen underförstår ett förlopp, men för värderaren gäller det att vara uppmärksam på att delarna kan vara inflätade i varandra. Patienten kan komma på saker att berätta och

fråga även i läkarens del och i den gemensamma delen. I patientens del behöver läkaren i handling hålla sin biomedicinska reflex tillbaka men kan naturligtvis inte förbjuda sina spontana preliminära diagnoser. Läkarens del kan dessutom återkomma inuti den gemensamma delen, som när läkaren inför avskedet inser att det finns ytterligare frågor att ställa om patientens symptom. Ett strukturerat förhållningssätt hos läkaren handlar framför allt om att i varje situation förstå vad som kan och behöver göras för att patientens behov ska bli tillgodosedda. I detta ingår också att vara beredd att styra mer aktivt om konsultationen börjar sväva ut.

Konsultationen är en händelse med ett förlopp som dels omgärdas av samhällets regler och förväntningar, dels formas av den enskilda konsultationens specifika förutsättningar. Hit hör problemets art, läkarens specialitet, patientens och läkarens personer och möjliga bekantskap med varandra. Där strukturen placerar enskilda händelser i konsultationen i ett på förhand givet sammanhang, är förloppet det som faktiskt händer, från den inledande kontakten till patienten har lämnat rummet. Förloppet inkluderar det som inte går att förutsäga; det oplanerade och spontana som kännetecknar ett levande samtal som utvecklar relationen. Båda perspektiven behövs. Vägled av trestegsmodellens delar och underrubriker missar inte kompetensvärderaren sådant som ST-läkaren i varje konsultation åtminstone bör ha i bakhuvudet. Men med förloppsbeskrivningens hjälp kan värderaren i tillägg bli varse situationer i det enskilda mötet som förklarar varför det blev bra, trots att ST-läkaren knappast ens berörde patientens "tanke, oro, önskan".

Det underförstådda

Som kompetensvärderare bör man vara angelägen om att kunna grunda sina omdömen om ST-läkaren på sådant man verkligen hört eller sett. Den ambitionen utmanas av det faktum att budskap i samtalet kan vara underförstådda. Relationskompetensen kommer inte sällan till uttryck i det självklara och outtalade, till exempel som en lyhördhet för patientens person, men även brister kan gömma sig i det som förefaller "tillräckligt bra". Med tränade sinnen kan den allmänmedicinska värderaren i samtalet med ST-läkaren ibland förvandla det subtila till påtagliga erfarenheter att lära sig av.

Begreppet metakommunikation innebär att när något sägs om något nära och konkret, så har detta samtidigt innebörd på en mer allmängiltig, och mindre synlig, nivå [4]. Patient-läkarrelationen är allmänmedicinens metanivå. När läkaren ber patienten att öppna munnen för att undersöka svalget, och patienten gör det, upprätthålls samtidigt en ändamålsenlig rollfördelning. Innehåll och form är i samklang. Att i den stora variationen av situationer och utmaningar kunna handla i patientens och relationens samtida intresse är bra relationskompetens. När läkaren störs av att patienten blir för privat eller beställande eller på annat sätt utmanar den professionella autonomin, är detta framför allt en signal om att relationen behöver skyddas. Om läkaren ger akt på signalen och klargör sin roll, kan patienten samtidigt få vägledning i sin. Det medicinska problemet behöver inte vara stort för att ändå skapa friktion på relationens nivå. För en värderare kan det vara svårt att förstå vad

som pågår, när kraftmätningen framför allt utspelar sig i det som inte sägs. Spänningen är nog lättare att förnimma på plats i rummet än inför uppspelningen på en skärm.

Gensvar

Ett gensvar är ett yttrande inom samtalets förlopp, riktat till samtalsparten. Gensvarets form – till exempel en fråga, förklaring eller önskan – bestäms av syftet. Vad den läkare som frågar sin patient vill veta, och vad den läkare som förklarar vill att patienten ska förstå, ger gensvaret dess innehåll. Hur gensvaret tolkas, och sedan omsätts i patientens gensvar, beror på vem patienten är, och vad samtalet handlar om i det ögonblick gensvaret uttalas. Så länge samtalet pågår uttrycker varje gensvar i skiftande balans en förväntan om, och en inbjudan till, en fortsättning. Samtalet löper så på i en kedja av tolkningar och gensvar. För en observatör eller värderare är det fullt möjligt att registrera ett samtalsförlopp som en utväxling av gensvar, med uppmärksamheten riktad både på deras form och innehåll. Gensvarens former följer naturligt de uppgifter som ska klaras av inom konsultationens olika delar, men de påverkas också av vad konsultationen handlar om, av läkarens kompetens och hur patienten agerar.

I patientens del är uppgiften att göra patientens upplevelse och tankar tillgängliga för läkaren. Kagan och Wretmarks gensvarsmodell innehåller gensvarsparen utforskande (explorativa)/preciserande (icke explorativa), lyssnande/icke lyssnande, kognitiva/affektiva och överslättande/öppet ärliga. Modellen belyser hur läkarens val inom dessa kan påverka patientens gensvar och med detta, samtalets innehåll och djup. Modellen lämpar sig både för beskrivning av konsultationsförloppet och i värderingen av dialogförmågan som del i ST-läkarens relationskompetens (Se appendix).

I läkarens del ägnas uppmärksamheten åt den möjliga diagnosen för att få den antingen bekräftad eller avfärdad. Upplevelsen ringas in med preciserande gensvar. I kroppsundersökningen söker läkaren objektiva förändringar, men också patientens gensvar som ömhet och känselrubbingar. När läkaren berör det ömma eller hotfulla kommer patienten nära sin utsatthet. Gensvar kan väckas som förändrar och fördjupar det som tidigare sagts, och nya tankar kan komma fram.

I den gemensamma delen presenterar läkaren sina förklaringar och förslag och försöker med utforskande och lyssnande gensvar hitta en nivå som är meningsfull för patienten. Preciserande frågor kan behövas för att ge patienten chans att säga ja eller nej till förslag för den definitiva planeringen och ansvarsfördelningen. Förhandlingen i den gemensamma delen är inte en förhandling i gängse mening utan är också ett utforskande av vad patienten kan och vill i situationen. Läkaren har ytterst ansvaret.

Pauser

En paus är inte ett uppehåll i kommunikationen utan både läkaren och patienten blir mycket medvetna om att den råder och den upplevs snart som lång. Gemensam är pausen när den bekräftar samförstånd, som i avslutningen av en konsultation som uppnått sina mål. Annars tillhör den antingen patienten eller läkaren och ska helst inte brytas av den andra parten. I

patientens paus efter en utforskande fråga från läkaren pågår ett aktivt tankearbete, inte sällan med känslor inblandade, där det som sedan uttalas kan vara både utmanande och väsentligt att få sagt. Detta blir i så fall en insikt för båda. Om läkaren ger ett gensvar på den känsla patienten visar, kan det få redogörelsen att fördjupas ytterligare och koncentreras till det som för patienten är allra viktigast. Det är dock vanligt att läkaren bryter patientens paus.

Läkarens pauser handlar om att samla tankarna och överväga alternativ. En sammanfattning inför patienten kan också ge tillfälle till en sådan reflektion. Ibland speglar pausen mer av villrådighet eller maktlöshet, något som kan vara bevärande, men som nog de flesta läkare försöker dölja genom att ändå gå vidare i konsultationen.

Nyckelsituationer

Nyckelsituationer är händelser i relationen som påtagligt påverkar konsultationsförloppet, eller som skulle kunna ha gjort det, om de blev uppmärksammade. Situationerna kan vara allt ifrån uppenbara till diskreta, ha sitt primära upphov i antingen sjukdomen eller relationen och utlösas av antingen läkaren eller patienten. Några exempel:

- Ett oväntat och dramatiskt kliniskt fynd
- En skiftning av sorg i patientens ansikte under berättelsen
- En dittills lyssnande läkare leder samtalet vidare utan att uppfatta att patienten vill säga något mer
- Efter tvekan och litet rundprat utfärdar läkaren en sjukskrivning som innerst inne inte känns rätt

Beskrivningen – det praktiska genomförandet

Noteringar under konsultationen

Värderaren försöker fånga förloppet med noteringar av gensvar, pauser och nyckelsituationer och med stödord för innehållet i det som sägs. Vid medsittning blir noteringarna ett stöd för minnet och, i viss mån, en analys på stället. För videoinspelade konsultationer kan inslaget av analys och överväganden i observationen bli tydligare. Bilaga 1 b är ett enkelt formulär för noteringar av gensvar. I "Appendix" ges ett exempel på hur sådana noteringar kan göras.

Underlag för en konsultationsberättelse

Med stöd av noteringarna under konsultationen gör värderaren en sammanfattning i fri text av förloppet; en "konsultationsberättelse". Första delen i bilaga 1 c föreslår innehåll för detta ändamål. Värderaren bestämmer själv utformningen och är naturligtvis fri att hoppa över rubriker som inte är tillämpliga och också att lägga till annat innehåll. Till berättelsen fogas också följande övergripande aspekter av konsultationen:

- På vilket sätt *strukturerar* ST-läkaren konsultationen, det vill säga disponerar tiden, söker balans mellan patientens fria berättande och avgränsade och diagnostiska

frågor, skapar tid för undersökning, förklaringar, sammanfattningar och överenskommelser?

- Hur framträder *relationens bärkraft* i konsultationen? En ömsesidig tillit ger relationen bärkraft, och tilliten är i sin tur beroende av att ST-läkaren och patienten båda engagerar sig för den gemensamma saken, söker uppriktighet och att känslor har utrymme [5]. Värderaren ska här i konkreta ordalag försöka ge exempel på vad ST-läkaren och patienten säger och gör som påverkar bärkraften i relationen positivt eller negativt. Att till exempel skriva att mötet präglades av tillit säger mindre än om detta också underbyggs av en kommentar som ” patienten (kvinna 91 år) berättade något för läkaren som hon uppenbarligen drog sig för att berätta för sin omtänksamma dotter.”
- Vilket sjukdomsmedicinskt och subjektivt *utbyte* – bot, lindring, förståelse av problemet, bekräftelse, tillförsikt, hjälp anpassa självbilden, nöjdhet – fick patienten av konsultationen?[6] Eftersom utbytet inte bara beror av ST-läkarens kompetens, görs denna bedömning primärt som en del i beskrivningen. Värderaren försöker beskriva utbytet, dels som patienten upplevde det, dels i ett samlat professionellt perspektiv som också blickar framåt och inkluderar osäkerhet och möjliga negativa utfall. Det bedömda utbytet ställs i relation till vad värderaren uppfattar vore det bästa möjliga utbytet i den aktuella konsultationen.

Värderingen

Sjukdomskompetensen och relationskompetensen samverkar

Här analyserar värderaren ST-läkarens agerande inom de två delkompetenserna och hur det påverkar patientens utbyte av konsultationen. I den verkliga situationen går de två kompetenserna inte alltid att hålla isär; till exempel är förmågan att leva sig in i symptompresentationen viktig för att kunna värdera symptomet och en strävan efter att ha en stadig sjukdomskompetens handlar ju om att ta ansvar. Uppdelningen är inget självändamål utan används för att bättre förstå allmänmedicinen och kunna beskriva den enskilda allmänläkarens yrkesskicklighet.

Sjukdomskompetensen

Medsittningarna och videoinspelningarna är att betrakta som stickprov i en förhoppningsvis diagnosmässigt bred, klinisk verksamhet, men inte heller fångas alla de mer övergripande aspekterna av sjukdomskompetensen i varje Mitt-i-ST eller examen. Värderaren har dock möjlighet att föra dem på tal och skaffa sig en uppfattning om hur ST-läkaren ser på dessa delar av sin uppgift och kompetens. Värderingen av handläggningen av det enskilda fallet ställs i relation till problemets svårighetsgrad.

Avvägning mellan bredd och djup i sjukdomskompetensen

Har ST-läkaren adekvata kunskaper för den aktuella patientens fall med genomtänkt gränsdragning mellan egna kunskaper som allmänläkare, och organ/sjukhusspecialistens?

Känsla för hur primärvårdens epidemiologi formulerar sig i mottagningsrummet

Gör ST-läkaren rimliga uppskattningar av sannolikhet och risk i förhållande till den aktuella patientens symptom?

Omdömet och modet att individualisera tillämpningen av kliniska principer

Finner ST-läkaren en rimlig nivå på medicinska åtgärder, och en rimlig balans mellan vinster och uppostringar, för den aktuella patienten?

Beredskap för det oväntade

Kan ST-läkaren agera rationellt även i oplanerade situationer för vilka de sjukdomsspecifika kunskaperna på rimlig grund är begränsade?

Biomedicinsk helhetssyn

Hur ser ST-läkaren på sin roll att i samarbete med andra göra vården hanterbar och pålitlig även för patienter med komplexa medicinska problem som reell multimorbiditet och/eller ofrånkomlig polyfarmaci och/eller nedsatt autonomi?

Relationskompetensen

Relationens bärkraft och patientens roll

ST-läkarens relationskompetens blir synlig i hur väl relationen arbetar, men måste också ses i relation till hur patienten bidrar. Patienten kan göra ST-läkarens uppgift mer eller mindre lätt. Bedömningen av relationskompetensen börjar därför med ett försök att värdera patientens roll i relationen; om den underlättar eller komplicerar.

Erfarenhet från tidigare patientmöten

Med växande erfarenhet lär sig ST-läkaren hur det är att vara patient, och att det bakom den individuella variationen finns allmängiltiga drag i upplevelser av symptom och hur man reagerar på dem. Sådan empatiskt grundad kunskap gör det lättare att förstå även nya patienter. Hur förhåller sig ST-läkaren till sådan kunskap i dialogen med patienten?

Försvinner den i skuggan av differentialdiagnoser, eller ger ST-läkaren den en tydlig chans under symptompresentationen?

Uppmärksamhet

Med videokamera eller kompetensvärderare i rummet är det svårt för ST-läkaren att inte i någon mån distraheras och bli uppmärksam på sig själv. Trots denna osäkerhet i bedömningen, verkar ST-läkaren ha förmågan att snabbt göra sig tillgänglig för patienten genom att förmedla sitt intresse och sin respekt för patienten? Vem är huvudperson när ST-läkaren iklär sig läkarrollen? Uppmärksammar ST-läkaren patientens livssituation?

Dialogförmåga

Kan ST-läkaren leva sig in i symptomet, och i vad patienten vill och kan i situationen, och finns också den motsvarande förmågan att finna genvägen som bekräftar och gör att patienten får det väsentliga sagt? Har ST-läkaren tillgång till ett metodiskt och patientcentrerat förhållningssätt, när inte patienten spontant berättar eller konsultationen behöver ges en tydlig struktur?

Ansvar

Visar patienten tillit, och demonstrerar samtidigt ST-läkaren en förmåga att vägleda relationen inom gränserna för sin kompetens? Hur är det med viljan och beslutsamheten att få arbeta med egen lista under vårdcentralstjänstgöringen och därmed ta ansvar för sin utveckling som allmänläkare?

Självkännedom

Kan ST läkaren reflektera över sin läkarroll? Bli varse och tolka sina känslor när ansvaret sätts på prov? Förefaller ST-läkaren kunna växla mellan engagemang och den sakliga distans som yrkesansvaret och uthålligheten i yrket kräver?[7]

Sammanfattande värdering

Den slutliga kompetensvärderingen i konsultationen utgår från bedömningen av patientens utbyte och "Konsultationsberättelsen" (bilaga 1 c) och väger in det medicinska problemets svårighetsgrad, och hur patientens roll i relationen påverkar mötets svårighetsgrad. Sedan beskriver värderaren de två delkompetenserna och slår dem samman som "ST-läkarens allmänmedicinska kompetens". Värderaren behöver för sig själv beskriva den kompetens som framträder för att kunna återföra sina iakttagelser till ST-läkaren och kunna ge tips och råd om hur den kan utvecklas samt vilka hinder som kan finnas för utveckling och förbättring.

Referenser

1. Rudebeck CE. Den allmänmedicinska relationskompetensen – vad den är och hur den kan bedömas. *AllmänMedicin* 2018;39:57-9
2. Rudebeck CE. Relationship based care – how general practice developed, and why it is undermined within contemporary health care systems. *Scand J Prim Health Care* 2019;37:335-44
3. Hedberg C. Patientcentrerad konsultation – bra för både patient och läkare. *Läkartidningen*. 2020;117:2005
4. Watzlawick, Bavelas JB, Jackson DD. *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*. New York: WW Norton & Company, 1967.
5. Ridd M, Shaw A, Lewis C, Salisbury C. The patient-doctor relationship: A synthesis of the qualitative literature on patient perspectives. *Br J Gen Pract* 2009;59:e116-133.
6. Andén A, Andersson S-O, Rudebeck CE. Satisfaction is not all --patients' perception of outcome of general practice consultations, a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2005;6:43.
7. McWhinney IR. Being a general practitioner: what it means. *Eur J Gen Pract* 2000;6:135-139

Appendix: Gensvar i patientens del, ett fiktivt exempel

Patienten är en kvinna i 40-årsåldern, ST-läkaren har inte träffat henne tidigare

Läkaren

Berätta!

Patienten

Berättar om nack- och huvudvärk, yrsel och trötthet, ibland nästan som attacker. Visar med händerna. Avslutar med låg röst: Varför har det blivit så här och vad ska jag göra?

Lyssnar uppmärksamt

Kort paus

När började det?

Kommit under det senaste halvåret

Fortsätter med

preciserande frågor

(utesluta orsak i CNS)

Frågar om tankar och oro

Kortfattade svar

”Inget särskilt jag tänkt på”
(Befinner sig på kognitiv nivå)

Berätta om ditt arbete!

Mellanchef på kontor

Stress?

Inte nu men till nyligen väldigt mycket stress

Sammanfattar inför undersökningen:

Verkar inte vara något farligt.

Något mer vi ska tala om?

Nej

Kommentar 1.

Noteringarna

Noteringarna anger gensvaren och korta stödord, som tillsammans i skissartad form beskriver förloppet och blir ett stöd för värderarens minne.

Kommentar 2.

Förloppet

Läkaren lyssnar aktivt men vi vet inte vad han lyssnar på - sjukdomen eller personen? I avslutningen av sin symptompresentation verkar patienten bekymrad, men läkaren bryter den antydda pausen med en preciserande fråga, och fortsätter sedan med flera i differentialdiagnostiskt syfte. Samtalet hamnar på kognitiv nivå och när läkaren frågar om tankar och oro blir patienten svaret skyldig. När patienten berättar att hon till nyligen upplevt väldigt mycket stress på jobbet, hade läkaren en ny möjlighet att lära sig mer om patienten, men han nöjer sig med att det är något som passerat. Läkaren är vänlig, och inom sitt perspektiv uppmärksam och patienten skulle nog i en enkät ge besöket godkänt, men det är möjligt att det mest angelägna aldrig blev berört. Det vet vi inte så länge det är utforskat.

