

# Fördjupad vägledning för värdering av allmänmedicinsk kompetens i verkliga konsultationer

Författad på uppdrag av SFAM:s Kompetensvärderingsråd av Carl Edvard Rudebeck i samarbete med Helena Bäckström och Gunilla Byström 2022. Redigerad av Carl Edvard Rudebeck med stöd av Anders Lundqvist (AL) 2024-05-06. Slutredigerad AL 2024-10-20.

## Om de olika dokumenten avsedda för värderare

Dokumenterna ser lite olika ut för Mitt-i-ST respektive specialistexamen, men denna fördjupade vägledning inklusive bilaga 1 är gemensam, dvs förfarandet är väsentligen detsamma.

Syftet med den fördjupade vägledningen är att hjälpa allmänmedicinska kompetensvärderare att uppmärksamma och beskriva det som sker i en observerad konsultation, och att utifrån detta värdera ST-läkarens insats och ge en konstruktiv återföring.

I vägledningen beskrivs allmängiltiga aspekter av samtalet, som när de är bekanta för värderaren, gör det lättare att förstå förloppet och fånga enskildheter av vikt för värderingen. Här redovisas också de delar av den allmänmedicinska kompetensen som, där det är möjligt, ska värderas genom observationen och återföringssamtalet.

Dokumentet *Stöd för kompetensvärdering* erbjuder värderaren en flexibel mall för att sammanfatta sina noteringar och intryck från observationen i ett underlag för en konsultationsberättelse.

Bilaga 1 föreslår en enkel metod för minnesnoteringar under observationen.

Det är viktigt att värderaren i det beskrivande skedet och när det gäller patientens utbyte håller tillbaka sina egna föreställningar eller andra vedertagna uppfattningar om vad som utgör en bra konsultation. De kan komma till användning i värderingen i stället.

Vägledningens andra del utgörs av värderingen. Värderaren formulerar här sin värdering i kompetensens olika delar och gör sedan en samlad bedömning av hur kompetensen framträder i konsultationen.

## Den allmänmedicinska kompetensen

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

*Sjukdomskompetensen* är förmågan att använda 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 användandet av biomedicinen 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 förtroendet 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 innan 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, i stället för som ST-läkarens följsamhet till rekommendationer för en bra konsultation.

## **Beskrivningen av konsultationen**

### **Struktur och förlopp**

En konsultation kan beskrivas genom sin struktur, som sammanfattar mötet 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]. Bakgrunden till denna struktur är kunskapen att allmänläkare, när de är alltför upptagna av den möjliga diagnosen, inte tar reda på hur deras patienter ser på sitt problem, och vad de därför vill få hjälp med, och inte heller vad de tar med sig från konsultationen. Genom att rubriksätta konsultationen olika delar och rekommendera förhållningssätt för var och en av

dem, kan konsultationen bli strukturerad samtidigt som patientens perspektiv får tillräcklig uppmärksamhet.

Modellen underförstår ett ordnat 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.

Kagan och Wretmarks gensvarsmodell innehåller gensvarsparen öppnande (explorativa)/preciserande (icke explorativa), lyssnande/icke lyssnande, kognitiva/affektiva och överslätande/öppet ärliga [5]. Icke lyssnande gensvar innebär att ST-läkaren inte tar till sig det patienten säger, eller på annat sätt uttrycker. Oftast är det då ST-läkarens upptagenhet av den möjliga sjukdomen, som står i vägen. Övriga gensvar har alla sin tillämpning, beroende på var i konsultationen man befinner sig och vad kommunikationen för ögonblicket handlar om. Modellen belyser hur läkarens val av gensvar i sin tur kan påverka patientens gensvar, och med detta, samtalets innehåll och djup. Den lämpar sig både för beskrivning av konsultationsförloppet och i värderingen av dialogförmågan som del i ST-läkarens relationskompetens (Se appendix).

*I patientens del* är uppgiften att göra patientens upplevelse, tankar, oro och önskan tillgängliga för läkaren, samtidigt som patienten bekräftas i sin belägenhet. Lyssnande gensvar dominerar och bland dem betonar patientcentreringen särskilt sammanfattningar och bekräftande gensvar.

*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 känselrubbnings. 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 samt med kontrollfrågor, 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 är ett enkelt formulär för noteringar av gensvar. I "Appendix" ges ett exempel på hur sådana noteringar kan göras.

### **Underlag för beskrivningen**

I dokumentet *Stöd för kompetensvärderingen* erbjuds värderaren under rubriken Beskrivningen en flexibel mall för att sammanfatta sina noteringar och intryck från observationen. Den kan enkelt kopieras för användning vid granskning av videoinspelade konsultationer och under praktikdagens medsittningar. Även om konsultationsberättelsen här bara blir muntlig, hjälper den till att skapa ett allsidigt underlag för värderingen. Konsultationsberättelsen är i sin tur en kortfattad och sammanhängande text som beskriver händelseförloppet. Värderaren bestämmer själv utformningen och är naturligtvis fri att hoppa över rubriker som inte är tillämpliga, eller att lägga till annat innehåll. Beskrivningen är värderarens version av händelseförloppet i den observerade konsultationen och det är den som värderingen grundar sig på.

### **Patientens utbyte**

Innan det är dags att värdera ST-läkarens sjukdomskompetens och relationskompetens, behöver värderaren uppskatta utfallet för patientens vidkommande – sjukdomsmedicinskt och subjektivt, omedelbart och på längre sikt. Det är viktigt att detta görs innan värderingen, så att inte denna alltför mycket färgas av ST-läkarens genomförande i stället för att framför allt ta fasta på vad patienten sannolikt fick ut av konsultationen.[7] Det framåtblickande perspektivet 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**

Värderaren kan nu när beskrivningen och patientens utbyte av konsultationen är klagjorda påbörja sin värdering av sjukdoms- och relationskompetensernas olika delar med stöd av frågorna i *Stöd för kompetensvärdering*. När så är tillämpligt, kan värderaren i detta skede även relatera till bland annat följsamhet till trestegsmodellens innehåll (tankar, oro, önskan osv). Här kan det också ges utrymme för värderarens egen erfarenhetsbaserade uppfattning om vad som skulle kunna ändra konsultationens förlopp och därmed möjligen åstadkomma ett annorlunda utbyte för patienten. Frågorna om kompetenserna kan förefalla många. Avsikten är att värderarens snabbt orienterar sig om dem för att sedan plocka upp dem som kan hjälpa till att belysa den aktuella konsultationen. Efter några värderingar finns frågorna i bakhuvudet som en vägledning för uppmärksamheten.

## **Sjukdomskompetensen och relationskompetensen samverkar**

Här analyserar värderaren ST-läkarens agerande inom de två delkompetenserna och hur det påverkar patientens utbyte av konsultationen. I *Stöd för kompetensvärdering* beskrivs närmare hur värderingen kan genomföras. 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 om att ta sitt 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. Sjukdomskompetensen baseras på teori och på mängden av fall i det kliniska arbetet. Följande delar av sjukdomskompetensen föreslås ingå i värderingen:

- *Avvägning mellan bredd och djup*
- *Förekomst av kunskapsluckor*
- *Undersökning*
- *Känsla för sannolikheter och risk*
- *Medicinsk osäkerhet*
- *Omdöme i användandet av kliniska riktlinjer*
- *Beredskap för det oväntade*
- *Sjukdomsmedicinsk helhetssyn*

## **Relationskompetensen 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. I bedömningen av relationskompetensen ingår därför att försöka värdera patientens roll i relationen; om den underlättar eller komplicerar.

En ömsesidig tillit ger relationen bärkraft, och tilliten är i sin tur beroende av att ST-läkaren med sin relationskompetens, och patienten efter vilja och förmåga, båda engagerar sig för den gemensamma saken, söker uppriktighet och att känslor har utrymme [7]. Om relationen är etablerad sedan tidigare möten, ger detta oftast fördelar som är viktiga att uppmärksamma i värderingen. Relationskompetensen utvecklas huvudsakligen i interaktioner med patienter, i förening med reflektion enskilt och kollegialt. Följande aspekter av relationskompetensen föreslås ingå i värderingen:

- *Erfarenhet från tidigare patientmöten*
- *Uppmärksamhet*
- *Dialogförmåga*
- *Ansvar*
- *Självkännedom [8]*
- *Patientens bidrag till relationen*
- *Kontinuitetens betydelse*

### **Sammanvägningen**

Kompetensvärderingen i den enskilda konsultationen utgår från konsultationsberättelsen med bedömningen av patientens utbyte (*Stöd för kompetensvärdering*) och tar hänsyn till det medicinska problemets svårighetsgrad, och hur patientens roll i relationen påverkar mötets svårighetsgrad. Värderaren väger samman de två delkompetenserna under rubriken Sammanvägningen.

### **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. Wretmark G. *Läkaren möter människan*. Lund: Studentlitteratur, 1984.
6. 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.
7. 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.
8. 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!

Mellancheff 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.