

Läkarens och patientens upplevelse av läkarkonsultationen -En enkätundersökning på Hässelby akademiska vårdcentral

Matias Xavier Estrada, ST-läkare, Hässelby akademiska vårdcentral

November 2017

Klinisk handledare: Katalin Boér, specialist inom allmänmedicin, Hässelby akademiska vårdcentral.

Vetenskaplig Handledare: **Elisabeth Bos Sparén**, distriktssköterska, Klinisk lektor Med. Dr. Ersta Sköndal Bräcke högskola

Sammanfattning

Bakgrund:

Samspelet mellan läkaren och patienten i samtalet är kärnan till det allmänmedicinska förhållnings sättet. I förlängningen förutsätter en ömsesidigt givande relation och ett meningsfullt informationsutbyte en välfungerande kommunikation.

Sedan 2015 ingår det i patientlagen att svensk hälso- och sjukvård ska bedrivas patientcentrerat. Jøssang-Malterud utformade i en studie 1995 en enkät (graderad 0-10) för att enkelt utvärdera patient-läkarkonsultationer och försöka identifiera *händelser* med lärandepotential i avseende av god patientcentrerad konsultationsteknik. Dessa definieras som:

- Högerförskjutning på patientenkäten (≤ 7) (viktigast)
- Högerförskjutning på läkarenkäten (≤ 7)
- Diskrepans >2 mellan läkarens och patientens skattning

Syfte:

I denna rapport har jag låtit läkare och patienter på Hässelby vårdcentral använda Jøssang-Malteruds enkäter för att efterforska hur de uppfattar konsultationen samt grovt mäta graden av patientcentrering i kommunikationen.

Material och metod:

Studien är en kvantitativ tvärsnittsstudie av de patienter som söker vård på Hässelbys akademiska vårdcentral under 5 konsekutiva dagar. Studien bygger på en enkätundersökning hos patienter och läkare som parvis bedömer samma läkarbesök genom att ringa in svarsalternativ på en 10-gradig skala på ett parat frågeformulär. I studien inkluderades 99 stycken parade enkäter.

Resultat:

Ett mycket positivt omdöme (poäng skattning mellan 9-10) har lämnats i 86 % av alla patientskattningar och 82 % av alla läkarskattningar. Händelser med lärandepotential förekommer i totalt 31 konsultationer av 99.

Slutsats:

Både läkare och patienter är i hög utsträckning nöjda med kvaliteten på konsultationerna på vårdcentralen. Däremot påvisas händelser med lärandepotential i ca en tredjedel av konsultationerna. Detta styrker vikten av fortgående reflektion och medvetandegörande av konsultationen som ett verktyg till förbättring av patientmötet på vårdcentralen

MESH-termer: Patientcentrerad vård, Patienttillfredsställelse, Läkare-patientrelationer, Primärvård, Kartläggning och enkäter

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Syfte:	3
Frågeställningar:	3
Metod & Material	3
Design:	3
Enkäter:	4
Population & urvalskriterier:	4
Enkätinsamling och bearbetning av data:	5
Statistik:	6
Etik:	6
Resultat:	7
Diskussion	15
Läkarnas och patienternas skattningar	15
Lärandepotential	16
Skillnader likheter med andra studier:	18
Svagheter:	18
Styrkor:	19
Implikationer:	19
Framtida studier:	19
Slutsats:	20
Reflektioner från enkäter:	26
Referenser	21
Bilagor:	25
Bilaga 1: Patientenkät	25
Bilaga 2: Läkarenkät	25
Bilaga 3: Informationsbrev	25
Bilaga 4: Självtvärderingsschema	25

Bakgrund

"Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja där. För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än hon gör, men först och främst förstå det hon förstår." Søren Kierkegaard (1813–1855)

Samspelet mellan läkaren och patienten i samtalet är kärnan till det allmänmedicinska förhållningsättet. I förlängningen förutsätter en ömsesidigt givande relation och ett meningsfullt informationsutbyte en välfungerande kommunikation. Patientcentrering är ett relativt modernt begrepp som alltjämt utvecklas och fortgående implementeras inom vården, såväl på en övergripande organisationsnivå såsom i det enskilda samtalet som en konstruktion för god kommunikation (1). Att på en gräsrotsnivå verka för patientcentrering och god konsultationsteknik i det enskilda samtalet på vårdcentralen utgör grunden för det globala arbete internationella organisationer såsom; W.H.O. (*World Health Organization*) (2) och O.E.C.D. (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) (3) genomdriver.

Historiskt har läkarens roll i patientmötet varit av en paternalistisk auktoritär natur där kunskapsövertaget mot patienten varit betydande (4). Detta innebar att läkaren agerade som en expert som förmedlade råd och ordinationer till en underordnad patient som förväntades att följa ordinationen och därmed bli frisk. Läkaren styrde genom hela konsultationsprocessen; utredning, diagnos och bedömning. Ett paternalistiskt förhållningssätt kan även idag vara ett viktigt verktyg för läkaren, till exempel i en akutsituation med en medvetslös patient eller vid myndighetsutövande och intygsskrivning (5).

Under 1940-talet utvecklade psykologen Carl Rogers *client-centered therapy* (6), vilket även påverkade den medicinska konsultationen och började appliceras inom allmänmedicin av M. Balint 1955 (7), och växte i genomslagskraft under 1970–80-talet (8). Begreppet patientcentrering användes för att beskriva en läkarkonsultation där det var minst lika viktigt att förstå patientens känslor, föreställningar, farhågor och förväntningar av de upplevda besvären, såsom den biomedicinska förklaring och den resulterande diagnosen (9). Detta förhållningssätt fortsätter att utvecklas och idag är utbildning inom konsultationsteknik, som grundar sig i ett patientcentrerat arbetssätt, en viktig del av läkarutbildningen (10, 11).

I motsats till ett paternalistiskt förhållningssätt där läkaren är expert och förutsättningslöst styr samtalet, är en patientcentrerad konsultation ett möte mellan två experter (12). Patienten innehar expertkunskap om sina egna besvär, livssituation, behov, värderingar och förväntningar. Läkaren är expert på medicinska fakta och överväganden på en epidemiologisk nivå. Det är i det jämlika samspelet som ömsesidig förståelse och samförstånd uppstår (13).

Det är bevisat att ett patientcentrerat förhållningssätt leder till färre omotiverade undersökningar och remisser, liksom nöjdare patienter med god följsamhet till ordinationer (14, 13). Forskning har även visat en effekt på kortare vårdtid på sjukhus utan ökad risk för återinläggning (16), samt minskad förskrivning av nya läkemedel inom primärvården (17). Genom att med öppna frågor efterhöra patientens egna tankar, uppmuntra patienten att tala fritt och i slutet av konsultationen kontrollera vad patienten har förstått blir patienter mer nöjda med sin vård (18). Man har även sett att missnöjda patienter som anmäler sina läkare, företrädesvis förekommer i konsultationer där patienter upplevt sig nedvärderade, övergivna och där läkaren inte har förstått patientens eller anhörigas perspektiv (19).

Att låta patienten i början av konsultationen fritt förklara sina tankar, oro och önskan utan att läkaren avbryter leder till färre dörrvänderfrågor. I genomsnitt skulle 80 % av alla patienter hinna uttrycka sin tanke och oro inom 29 sekunder om läkaren lät dem prata ostört (20). Trots detta avbryter läkaren i genomsnitt sin patient redan efter 23 sekunder (21).

För att förtydliga att patientcentrerad vård är en prioriterad fråga inom Hälso- och sjukvård i Sverige inkorporerades detta i den nya patientlagen från 2015 (22). Här läggs stor tonvikt vid delaktighet, informerat samtycke samt stärkt patientautonomi.

Trots dessa övertygande forskningsrön och konsensus om patientcentreringens fördelar följs inte målet om patientcentrerad vård i Sverige i särskilt stor utsträckning. I en studie av Osborn och Squires (23) där elva länder jämfördes tillhörde svenska patienter de som i lägst utsträckning upplevde att deras läkare involverade dem och lät dem delta i beslut som rörde deras egen hälsa.

Syfte

Identifiera händelser i patient-läkarkonsultationer med potential för lärande/eftertanke i avseende av patientcentrering.

Frågeställningar

Avseende läkarkonsultationer på Hässelby akademiska vårdcentral:

1. Hur har patienterna upplevt konsultationen?
2. Hur har läkarna upplevt konsultationen?
3. I vilken utsträckning överensstämmer patientens och läkarens parvisa uppfattningar av konsultationen?
4. Hur många händelser av lärandepotential kan identifieras i patient-läkarkonsultationerna?

Metod & Material

Design

Denna studie har genomförts på Hässelby akademiska vårdcentral för att undersöka mått på patientcentrering i läkarkonsultationer skattat både av läkare och patienter och jämföra skillnader i upplevelsen mellan patient och läkare. Upplägget för studien är taget från en studie av Jøssang/Malterud/Lundetræ 1995 (24); i vilken de utvecklat och utvärderat en enkel metod för självutvärdering av läkarkonsultationer. Tillvägagångssättet att med hjälp av patientskattningar undersöka grad av patientcentrering har i flera tidigare studier beskrivits som gångbart och säkert, jämfört med skattningar av oberoende bedömare (25).

Studiedesignen är upplagd som en kvantitativ tvärsnittsstudie (26) av de patienter som sökte vård på Hässelbys akademiska vårdcentral under 5 konsekutiva dagar. Studien bygger på en enkätundersökning hos patienter och läkare som parvis bedömt samma läkarbesök genom att ringa in svarsalternativ på en 10-gradig skala på ett parat frågeformulär.

Vid redovisning av resultatet efter studiens avslut ämnar jag introducera ett självutvärderingsverktyg till läkarna på vårdcentralen (se bilaga 4).

Enkäter

Enkäten bygger på en svensk översättning av en enkät utformad av Jössang/Malterud/Lundetræ 1995 (24). Frågorna grundar sig på Pendletons krav till en god konsultation (25, 26), vilka man kan sammanfatta med att i samtalet efterfråga patientens anamnes samt tanke, oro och önskan. Pendleton lade även en tonvikt på stärkt patientautonomi med informerat samtycke och delaktighet. Relationsskapande åtgärder ansågs gynna compliance och tilltro. Likalydande frågor har även i senare studier validerats för att mäta patientcentrering i en läkarkonsultation (29). Svaren gavs på en 10-gradig skala där 10 markerar optimalt positiv upplevelse av konsultationen. Utöver de 5 frågor som ursprungligen efterfrågades i den norska studien har två enkätfrågor lagts till i denna undersökning. Både läkare och patienten ombads ge sin sammanfattande upplevelse av konsultationen, på läkarenkäten tillkom även en fråga om reflektion (se bilaga 1, 2).

Population & urvalskriterier

Hässelby akademiska vårdcentral har främst stadsdelen Hässelby och i viss mån Vällingby som upptagningsområde. Vårdcentralen har 19 790 antal listade patienter och 9 stycken anställda läkare med specialistkompetens inom allmänmedicin. Enligt Stockholms stads hemsida har befolkningen i Hässelby-Vällingby en lägre andel medborgare med eftergymnasial utbildning samt en lägre medelinkomst jämfört med hela Stockholms stad. Ohälsotalet, andelen med ersättning från försäkringskassan, är även högre liksom andelen utrikesfödda eller med utrikesfödda föräldrar (30).

Deltagare av studien har valts ut genom att samtliga patienter som kom till Hässelby vårdcentral under 5 konsekutiva vardagar tillfrågades i receptionen om de ville delta. De som ställde sig positiva till deltagande erhöll ett kuvert innehållandes ett informationsblad, en läkarenkät och en patientenkät (se bilaga 1, 2, 3). För besökare under 18 år valde patientens målsman huruvida de ville delta och ansvarade då för ifyllande av blanketten. Patienter som inte hade tillräckliga språkkunskaper i svenska språket exkluderades från studien. Således exkluderades även patienter som bokats med tolk.

Innan studien påbörjades på vårdcentralen fick läkarna och personalen i receptionen information om studien på ett arbetsplatsmöte. De fick därefter även påminnelse via internmejl dagarna innan studiens inledning.

Enkätinsamling och bearbetning av data

Det delades ut 240 stycken parade enkäter (läkarenkät och patientenkät med samma slumpade identifikationsnummer). Av dessa besvarades 99 stycken (41 %) av både patienter och läkare. Enkäter som inte besvarades av både läkare och patient exkluderades. Det totala bortfallet blev 59 % av alla utdelade enkäter. Patienterna delades in i tre olika åldersgrupper: grupp 1: 0-30, grupp 2: 31-65 år, grupp 3: >65år. Uppgifter om ålder och kön på de patientenkäter som ingick i studien har redovisats separat för att visa på svarspopulationens uppbyggnad. Ålder och kön ingår inte som variabler i några statistiska analyser.

Både läkarenkäten och patientenkäten förvarades i samma kuvert och märktes med samma slumpade identitetsnummer. Efter konsultationen överräckte patienten läkaren dennes blå enkät. Läkaren kunde då frivilligt välja att delta eller inte oberoende av patienten. Frågorna besvarades efter konsultationens avslut genom att studiedeltagaren ringade in det svarsalternativ, på en 10-gradig skala, som motsvarade upplevelsen av konsultationen. Patienten lämnade in sin ifyllda gröna enkät i receptionen eller i plomberad låda vid utgången. Läkaren kunde lämna sin blå enkät i plomberad låda eller i studieledarens postfack.

Blåfärgade och grönfärgade enkäter med samma identifikationsnummer paradades ihop av studieledaren och resultaten jämfördes. Poängskillnaden -1, 0, +1 räknades som överensstämmelse mellan läkarens och patientens skattning. Poängskillnad >2 bedömdes som en betydande diskrepans i skattning och icke-överensstämmelse i uppfattning. Om differensen blev <-1 var läkaren mer positiv och om differensen blev <1 var patienten mer positiv i sin bedömning av frågan. De läkarskattningar som hade en högerförskjutning på sifferskalan och poäng ≤ 7 jämfördes även separat och reflektioner under fråga 7 sammanfördes. Enligt Jøssang och Malterud (24) kan man identifiera konsultationer med lärandepotential om de uppfyller ett av tre kriterier:

- Högerförskjutning på patientenkäten (≤ 7) (viktigast)
- Högerförskjutning på läkarenkäten (≤ 7)
- Diskrepans >2 mellan läkarens och patientens skattning.

Statistik

Materialet har sammanställts i databasverktyget Excel. Data är på ordinal nivå och redovisas i form av histogram och tabeller. Statistiska beräkningar har genomförts med icke parametriska metoder. Spearman rankkorrelation har använts för att mäta överensstämmelse i skattningar mellan patient och läkarsvar och p-värden har beräknats för korrelationskoefficienterna (31). Varje variabel har skrivits in med en kolumn för läkare och en för patienter, dessa arrangerades parvis för att korrelera dataseten till varandra. P-värdet för korrelationen har beräknats och signifikansnivå har satts till $p < 0,05$. För att kontrollera *agreement* mellan läkares och patienters skattningar har även kappa-värde beräknats för varje enskild fråga i enkäten. Statistiska analyser har utförts i dataprogrammet PAST 3 (33).

Etik

Detta arbete genomfördes på uppdrag av verksamhetschefen på Hässelby vårdcentral.

Den här studien syftar inte till att värdera eller kvantifiera enskilda individers färdigheter i konsultationsteknik och i vilken grad de förhåller sig till ett patientcentrerat arbetssätt. Målet är snarare att lyfta fram vikten av patientcentrering i läkarkonsultationen på gruppnivå och hur systematisk självutvärdering fortgående kan bidra till insikter och utveckling. De läkare som deltog introducerades till ett självutvärderingsverktyg ämnat för att träna självmedvetenhet i konsultationen. Patienternas skattningar lyfts fram som en hjälp för läkaren i dennes profession.

På läkarenkäten efterfrågades personliga reflektioner i de fall som läkaren skattat under 7 på en 10-gradig skala. Detta medförde en potentiell möjlighet för identifikation av läkarens handstil. Dock var detta moment frivilligt för enkätdeltagaren. Det fanns även en risk att patienterna upplevde att deras framtida läkarkontakt och relation med vårdcentralen äventyrades om de lämnade ett omdöme som kunde uppfattas som negativ kritik. Då patienten skriftligen lämnade sitt medgivande tillsammans med enkäten fanns en risk att anonymiteten för både patienten och läkaren som svarat på en parad enkät kunde röjas.

Nyttan för deltagaren som bidrog med skriftliga reflektioner var möjligheten till introspektion och självutveckling. Nyttan för patienten som deltog var möjligheten att bidra till läkarens utveckling inom patientcentrering, vilket har potential att gynna patienten vid en framtida konsultation. Genomförandet av undersökningen bedömdes inte medföra några väsentliga risker för deltagarna.

Både läkare och patienter som deltog i studien informerades på förhand om studiens upplägg och principerna för deras anonymitet och deltagande beaktas (34). Ett informationsblad medföljde enkäterna och kunde även läsas på ett anslag i väntrummet till vårdcentralen (se bilaga 3, 5). Läkarna informerades i förväg på ett läkarmöte och med ett informationsbrev i postfack och via epost.

Deltagandet från båda parter var frivilligt och deltagarna kunde neka att fylla i enkäten utan att detta kunde registreras. Enkäterna kodades på förhand två och två med samma kod för att vid resultatsammanställningen i slutet av perioden av enkätinsamlingen kunna paras ihop. Koderna slumpades fram för att inte kunna spåras i efterhand. På patientenkäten lämnade patienten/målsman ett skriftligt godkännande till att ingå i studien samt intygade att det skett av egen fri vilja. Deltagarna lämnade sina ifyllda enkäter i en plomberad låda vid utgången. Enkäterna har förvarats inlåsta och hanterats endast av studieledaren. Originalenkäterna har förstörts efter studiens avslut.

Resultat

Populationsbeskrivning:

Totalt delades 240 stycken enkätpar ut till patienterna under 29/5 - 2/6 2017. Av dessa kunde 99 stycken enkätsvar inkluderas i studien då tvillingenkät kunde identifieras och patientenkäten hade namnsignatur. Antalet läkare som svarat på enkäterna är okänt då samma läkare kan ha svarat på flera enkäter alternativt inte på en enda. 10 enkäter besvarades även med en kommentar från antingen patienten eller läkaren (se bilaga 6).

Av 99 parade enkäter har 77 patienter angivit kön. Av dessa återfinns 43 män (medianålder 57 (48- 62) år) och 34 kvinnor (medianålder 50 (40- 55) år). (tabell 1) Av samtliga inlämnade enkäter har 88 stycken patienter angivit sin ålder vilket ger en patientmedianålder på 56,5 (51- 61,5) år.

Tabell1. Ålder- och könsfördelning på de 77 stycken patienter som angivit detta i enkäten.

Patientens ålder:	Kvinna:	Man:	Totalt
0-30	6	2	8
31-65	17	23	40
>65	11	18	29
Totalt:	34	43	77

1. Hur har patienterna upplevt konsultationen?

I tabellen nedan presenteras svaren från samtliga 99 patientenkäter fördelat över de olika frågorna (Tabell 2). Man kan se en övervikt för hög poängsättning på samtliga frågor. Om man räknar både 9 och 10 som positiva svar motsvarar det 86 % (513 svar) av samtliga inlämnade svar (594 svar).

Tabell 2. Poängfördelning av patientsvar (594 st.) från 99 stycken patientenkäter fördelat över samtliga frågor.

Poäng	fråga 1	fråga 2	fråga 3	fråga 4	fråga 5	fråga 6	Summa svar:
1	0	0	0	0	1	1	2
2	1	2	0	1	0	0	4
3	0	1	0	1	0	1	3
4	1	0	1	1	2	0	5
5	2	1	2	1	2	1	9
6	0	0	1	1	1	1	4
7	2	6	2	2	2	3	17
8	6	10	4	4	6	7	37
9	9	11	12	6	7	9	54
10	78	68	77	82	78	76	459
							594

Medianpoäng beräknades för samtliga patienter och 87 % av patienterna skattade 9-10 poäng som median och 13 % av patienterna har en medianpoäng under 9.

För att identifiera de konsultationer med lärandepotential enligt Jøssang-Malteruds definition följer en sammanställning över alla patientsvar ≤ 7 fördelat över de olika frågorna (24). Totalt inbegriper detta 44 stycken patientskattningar fördelat jämnt över frågorna med en lätt övervikt för fråga 2. (Var läkaren enig med dig i din värdering av dina besvär?). Detta motsvarar 7 % av alla patientsvar (totalt 594 st.) (Se diagram 1). En eller flera skattningar under eller lika med 7 poäng förekommer i sammanlagt 16 stycken konsultationer.

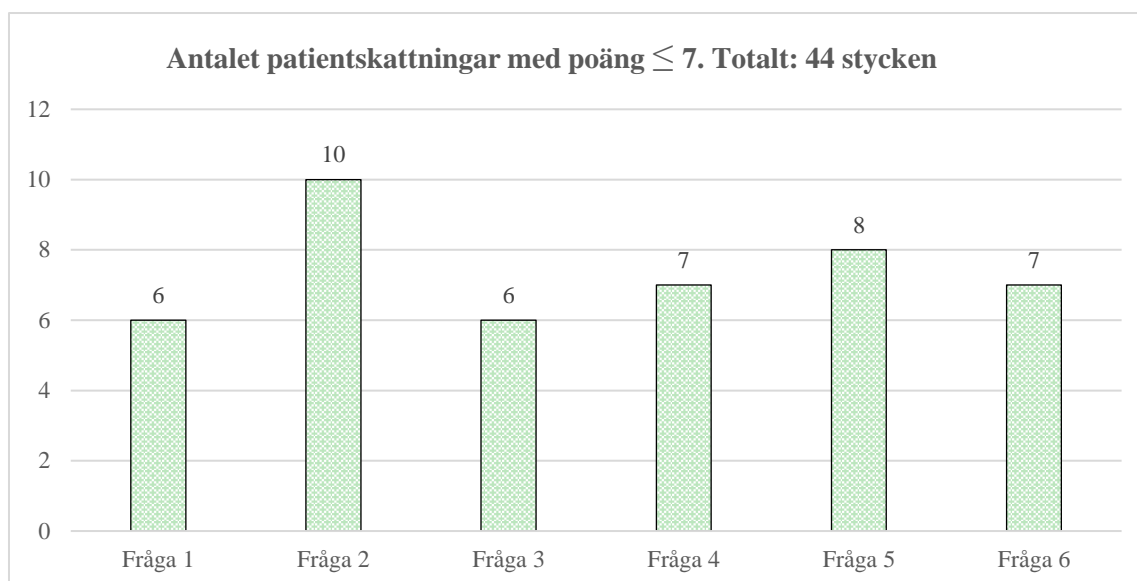


Diagram 1. Patientskattningar med lärandepotential (poäng skattning lika med eller under 7) fördelat över samtliga frågor.

2. Hur har läkarna upplevt konsultationerna?

Antalet läkare som svarat på enkäterna är okänt. Sammanlagt 99 stycken enkätsvar inkluderades i studien då de kunde matchas med godkända patientenkäter. I 82 % (489 svar) av enkätsvaren skattar läkarna mellan 9–10 poäng (Se tabell 3).

Tabell 3. Poängfördelning av läkarskattningar (594 st.) fördelat över samtliga frågor.

Poäng:	Fråga 1	Fråga 2	Fråga 3	Fråga 4	Fråga 5	Fråga 6	Summa svar:
1	1	0	0	0	0	0	1
2	0	0	0	0	1	0	1
3	0	1	0	0	1	0	2
4	0	0	0	0	0	1	1
5	0	0	1	0	1	0	2
6	0	1	0	0	1	2	4
7	0	3	6	1	5	3	18
8	9	14	22	8	13	10	76
9	24	29	18	23	24	35	153
10	65	51	52	67	53	48	336
							594

Antalet läkarenkäter med medianpoäng 9- 10 utgör 83 % (82 stycken) och antalet med medianpoäng under 9 är 17 % (17 stycken.)

Läkarna har på 29 enkätfrågor skattat under eller lika med 7 poäng vilket motsvarar 5 % av alla enkätsvar (totalt 594 stycken). (Se diagram 2-) Läkarskattning under eller lika med 7 förekommer i totalt 17 stycken konsultationer.

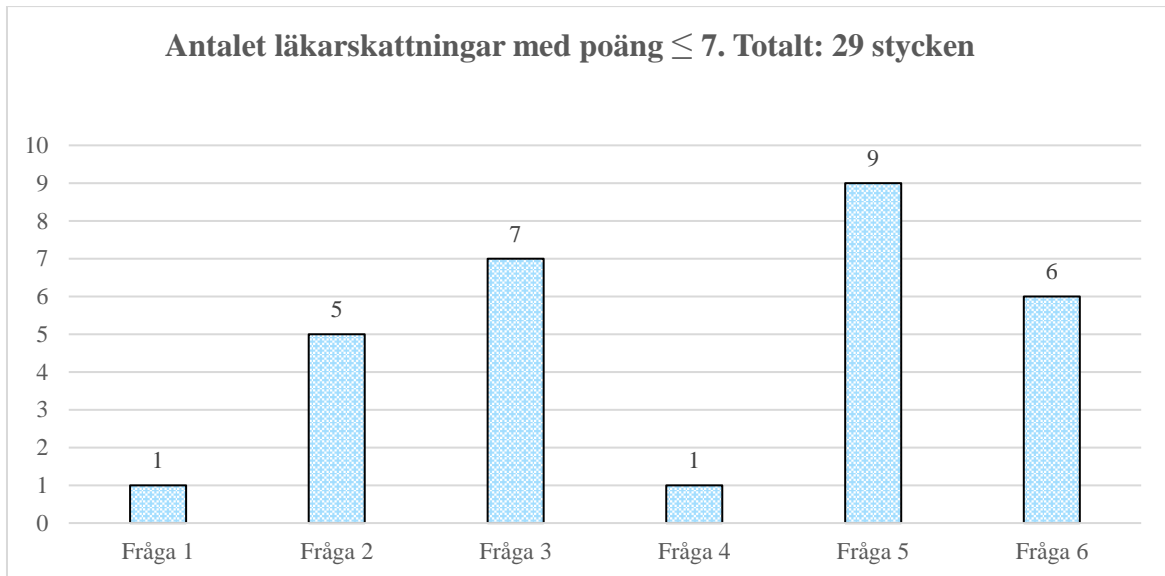


Diagram 2. Antalet läkarskattningar under eller lika med 7 poäng fördelat över samtliga frågor.

3. *I vilken utsträckning överensstämmer patientens och läkarens parvisa uppfattningar av konsultationen?*

Genom att visa poängfördelningen för samtliga skattningar i samma diagram kan man se att patienterna i högre utsträckning har skattat 10 poäng, samtidigt som läkarna i högre grad har använt 8 och 9 poäng (Se diagram 3). Om man summerar skattningen för 8-, 9- och 10-poäng omfattar detta 565 av 594 läkarskattningar och 550 av 594 patientskattningar.

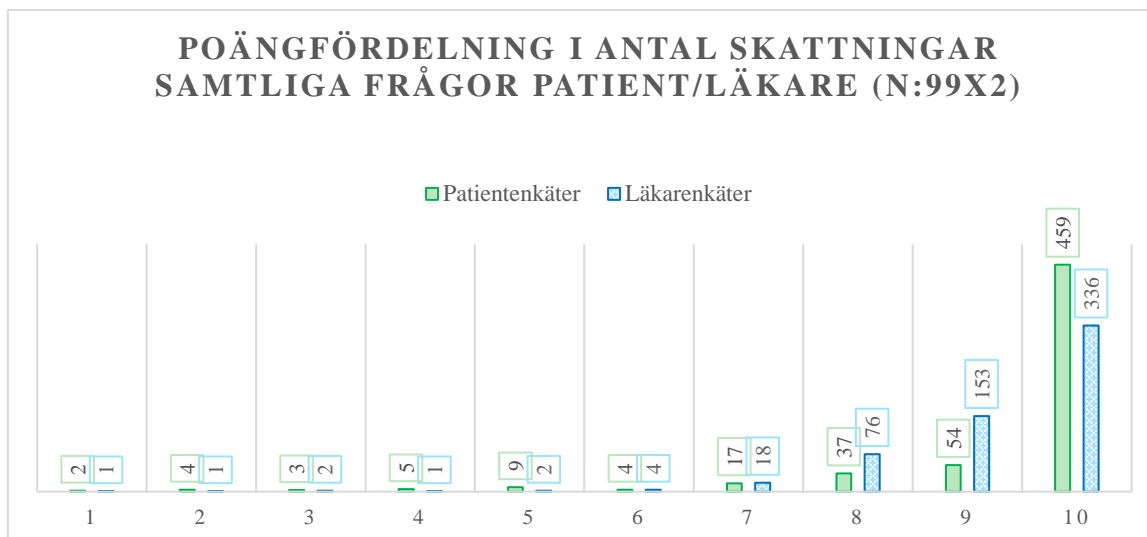


Diagram 3. Poängfördelning samtliga frågor för både läkar- och patientenkäter.

Beräkning för överensstämmelse mellan patient och läkarskattning har dels utförts i absoluta tal med statistisk korrelation/agreement och signifikans (Se tabell 4). Samt med definitionen enligt Jøssang-Malterud (24), där en diskrepans på +/- 1 även räknas som godtagbar överensstämmelse. De statistiska beräkningarna visar signifikant korrelation i fråga 2 och 5. Fråga 2: (*Var läkaren enig med dig i din värdering av dina problem/besvär? / Var patienten enig med dig i din värdering av patientens problem/besvär?*). Samt i fråga 5: (*Fick du hjälp med det du allra helst ville ha hjälp med hos läkaren idag? / Tror du att patienten fick hjälp med det han/hon allra helst ville ha hjälp med idag?*)

Tabell 4. Medianvärden, spridning och signifikansberäkningar av skillnad i skattningar mellan patienternas och läkarnas svar i de olika frågorna. P-värde <0,05 anses signifikant.

Fråga:	Patient			Läkare			Correlation Spearman rs	Kappa	Viktad Kappa
	Median	Max	Min	Median	Max	Min			
Fråga 1	10	10	2	10	10	1	0,19; p:0,6	0,112	0,245
Fråga 2	10	10	2	10	10	3	0,21; p:0,03	0,087	0,217
Fråga 3	10	10	4	10	10	5	0,04; p:0,69	0,024	0,041
Fråga 4	10	10	2	10	10	7	0,18; p:0,08	0,018	0,112
Fråga 5	10	10	1	10	10	2	0,23; p:0,02	0,066	0,183
Fråga 6	10	10	1	9	10	4	0,15; p:0,13	0,071	0,138

Kappa-beräkning som kontrollerar absolut *agreement* visar dålig överensstämmelse mellan patient- och läkarsvar. Viktad kappa som tillåter viss diskrepans mellan värden antyder viss *agreement* i fråga 1 och fråga 2.

När man jämför grad av överensstämmelse i patienternas och läkarnas skattningar enligt Jøssang- Malteruds definition (diskrepans >2 räknas som signifikant diskrepans) kan vid okulär besiktning en hög grad av överensstämmelse (+/-1) ses i samtliga frågor (Diagram 4).

I fråga 3 (*Tror du att patienten begrep vad du sade? / Begrep du vad läkaren sade?*) framstår det som att patienterna i högre utsträckning varit mer positiva jämfört med de övriga frågorna. Denna skillnad i uppfattning visualiseras när man jämför läkarnas och patientens skattning uppdelat per fråga (Se diagram 5). Fråga 4 (*Kände du att läkaren tog dig och dina besvär på allvar? / Kände du att du tog patientens besvär på allvar?*) sticker ut som den enda fråga där läkarskattningen är högre jämfört med patientsskattningen.

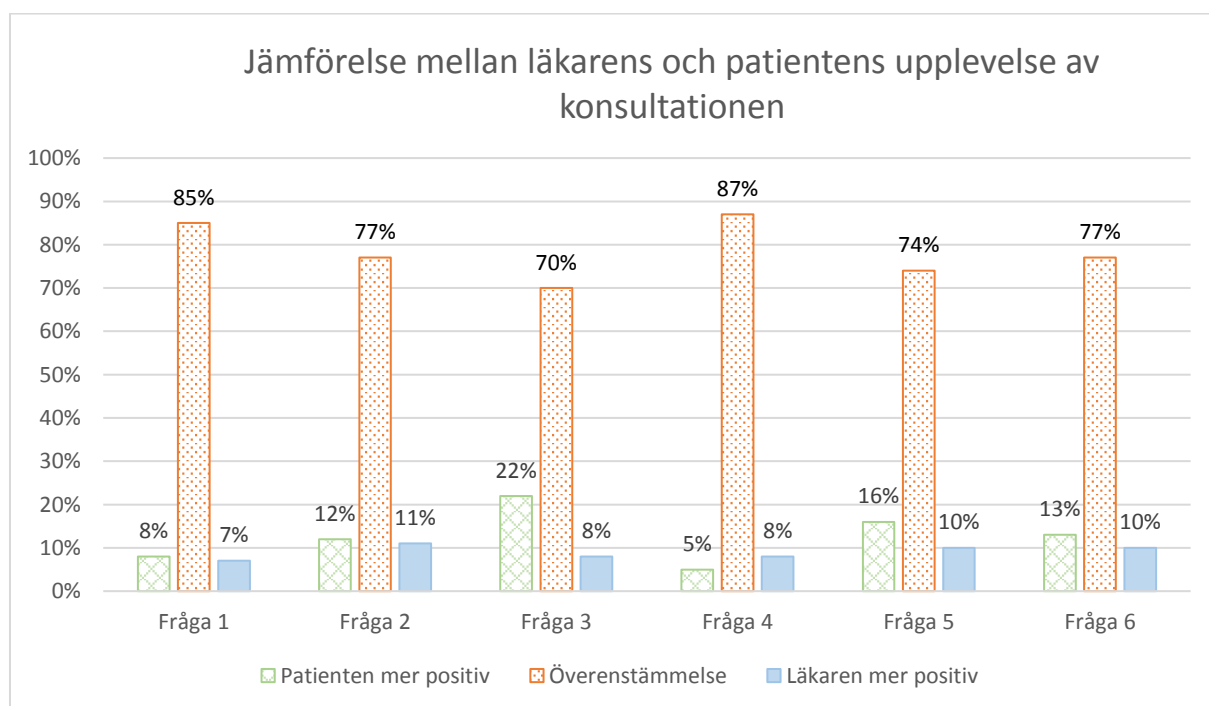


Diagram 4. Jämförelse mellan läkarens och patientens upplevelse av konsultationen. Samtliga svar fördelat över samtliga frågor. (Enligt Jøssang- Malteruds definition av överensstämmelse.)

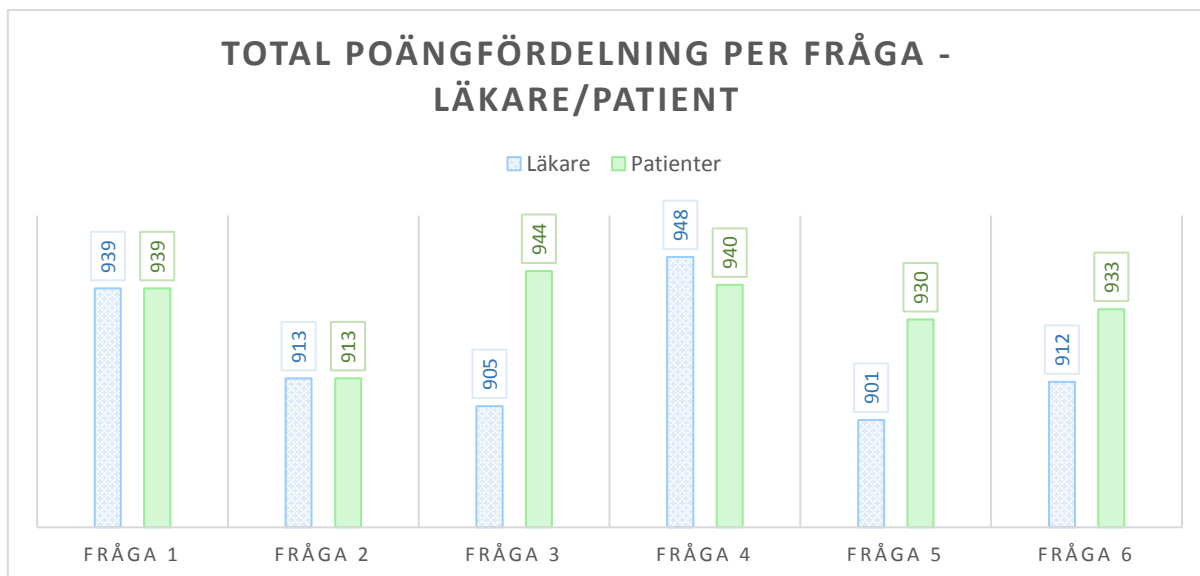


Diagram 5. Total poängfördelning per fråga för både läkare och patienter.

För att visualisera hur skillnaden i de parade skattningarna förhåller sig i antal och storlek har diskrepansen beräknats för samtliga enkätsvar och resultatet för frågorna summerats (Diagram 6). Diskrepansen har ett positivt värde om patienten skattat en högre poäng och negativt värde vid det omvända förhållandet. I 464 parade skattningar av 594 föreligger överensstämmelse (+/- 1) vilket motsvarar 78 %. Liksom tidigare beskrivet föreligger tyngdpunkten av skattningarna runt 0 +/-1, vilket visar på god överensstämmelse av skattningarna.

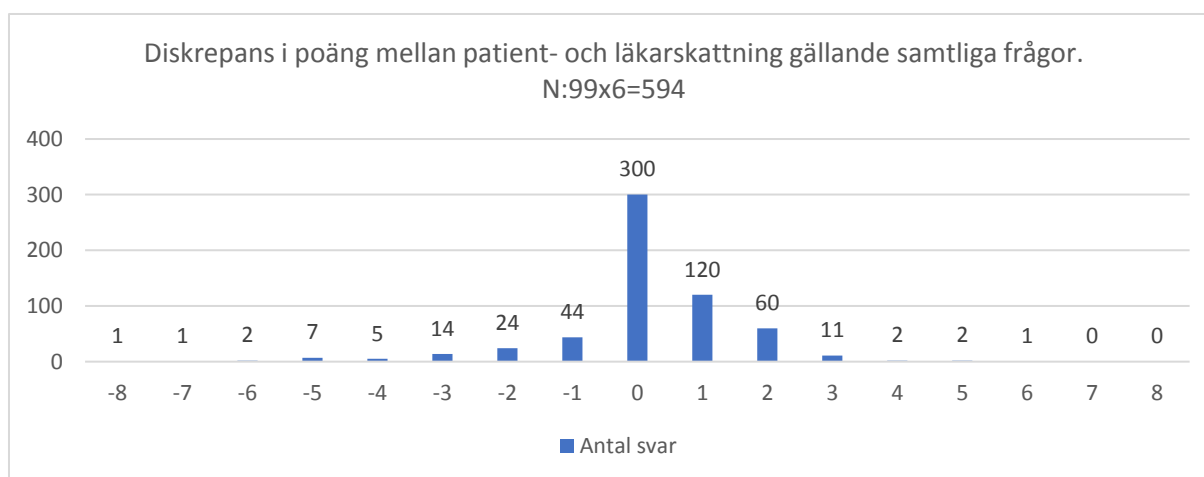


Diagram 6. Överensstämmelse i poäng i samtliga parade skattningar.

Enligt Jøssang-Malterud kan man identifiera *händelser* i konsultationen med lärandepotential genom denna enkätmetod. De tre *händelser* som eftersöks är:

- Högerförskjutning på patientenkäten (≤ 7) (viktigast)
- Högerförskjutning på läkarenkäten (≤ 7)
- Diskrepans >2 mellan läkarens och patientens skattning

I genomgång av materialet med 99 stycken parade enkäter ($99 \times 2 \times 6 = 1188$ enskilda svar) uppfylls kriterierna för lärandepotential i sammanlagt 203 händelser. (Se diagram 7) I ett makro-perspektiv är det mer meningsfullt att titta på antalet konsultationer där lärandepotential förekommer. Sammanlagt uppfylls något/några av kriterierna i totalt 31 konsultationer av 99.

Fråga 1 (*Uppfattade läkaren varför du kom idag/ Uppfattade du varför patienten kom idag?*) och fråga 4 (*Kände du att läkaren tog dig och dina besvär på allvar? / Kände du att du tog patientens besvär på allvar?*) utmärker sig med en låg förekomst av händelser med lärandepotential och läkarskattningar under 7 (Se diagram 7).

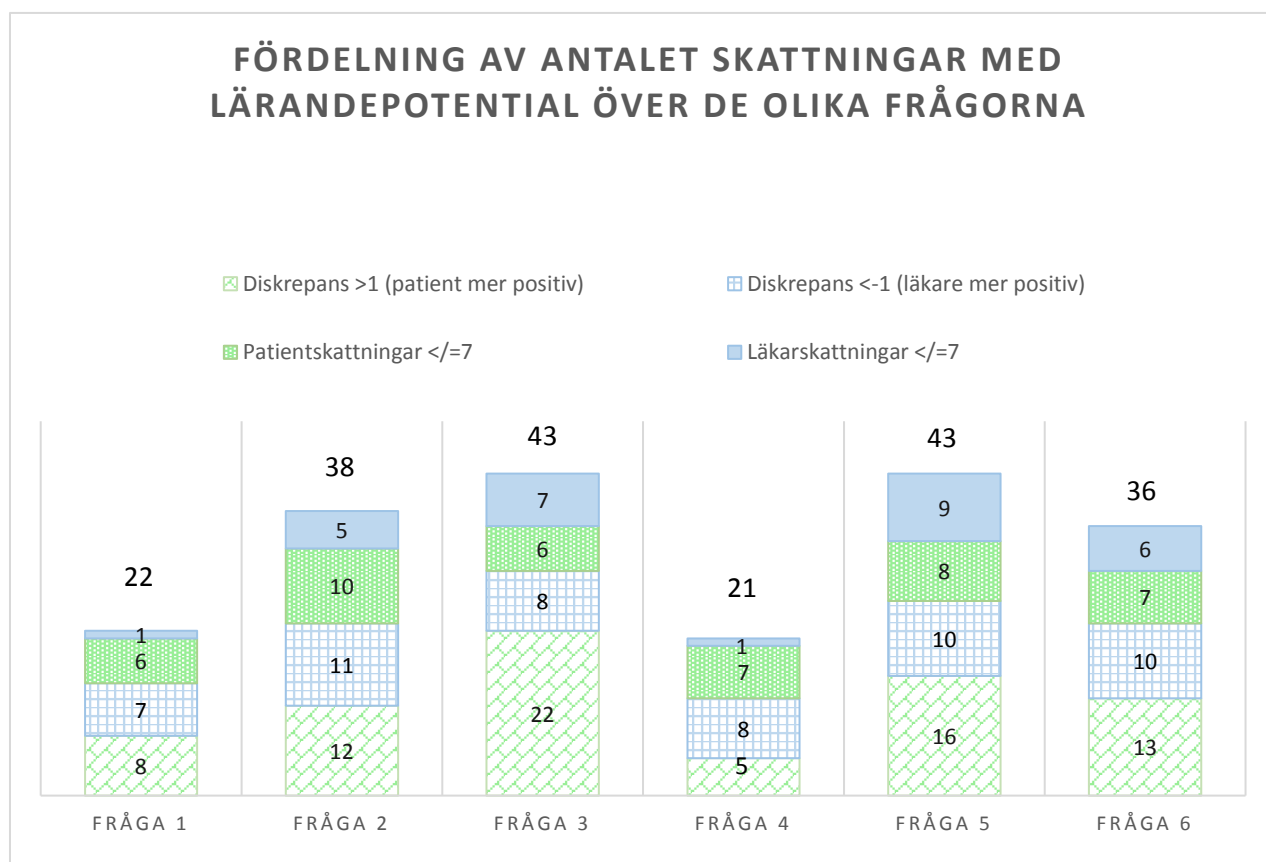


Diagram 7. Fördelning av antalet skattningar med lärandepotential över de olika frågorna. Diagrammet har även delat upp diskrepansen i: patienten mer positiv, läkaren mer positiv.

Diskussion

Läkarnas och patienternas skattningar

Resultatet av denna enkätstudie visar på att huvuddelen av alla konsultationer på Hässelby vårdcentral håller en god patientcentrerad kvalitet då 86 % av alla patientskattningar och 82 % av alla läkarskattningar har varit mycket positiva i sina omdömen (poängskattning mellan 9-10/10).

De statistiska beräkningarna visar signifikant korrelation i fråga 2 (*Var läkaren enig med dig i din värdering av dina problem/besvär? / Var patienten enig med dig i din värdering av patientens problem/besvär?*). Samt i fråga 5 (*Fick du hjälp med det du allra helst ville ha hjälp med hos läkaren idag? / Tror du att patienten fick hjälp med det han/hon allra helst ville ha hjälp med idag?*) Detta tyder på att läkarna och patienterna i hög utsträckning haft likartade uppfattningar om konsultationen i dessa frågor.

Däremot utmärker sig fråga 5 (*Tror du att patienten fick hjälp med det han/hon allra helst vill ha hjälp med idag?*) med 9 stycken läkarskattningar och 8 stycken patientskattningar under 7. Endast i två konsultationer har både läkaren och patienten samtidigt skattat under 7 på denna fråga. Detta är ett exempel på behovet av att ifrågasätta tysta antaganden och med direkta frågor kalibrera uppfattningen under samtalet. Den parade jämförelsen visar att i 7 fall av 9 upplevde läkaren utan grund att de inte gett patienten den hjälp som de eftersökt. Samtidigt överskattade läkarna att de lyckats ge efterfrågad hjälp i 6 av 8 fall. Värt att notera i sammanhanget är att patienterna i mycket hög utsträckning skattade positivt på denna fråga och överensstämmelse i skattningar (+/-1) var 78 %.

Viktad kappa ger även en indikation på agreement på fråga 1 (*Uppfattade läkaren varför du kom idag? / Uppfattade du varför patienten kom idag?*) och fråga 2 (*Var läkaren enig med dig i din värdering av dina problem/besvär? / Var patienten enig med dig i din värdering av patientens problem/besvär?*) Däremot visar detta endast ett svagt samband.

Tendensen i enkätsvaren att patienterna skattar högre värden generellt jämfört med läkarna kan möjligtvis bero på att läkarna har för högt ställda ambitioner eller att läkarna är blygsamma och vill undvika självförhävelse (24). Vidare kan skillnaden möjligtvis förklaras av att patienterna överdriver tillfredsställelse i sina skattningar till följd av lojalitetskänslor eller en rädsla för framtida repressalier. Därutöver finns beskrivet i en tidigare studie av Marciniowicz L, et al. att patienter tenderar att svara mer positivt på slutna frågor med

graderade svarsalternativ jämfört med öppna frågor (35). Det är även visat att patienter tenderar att svara mer positivt om de fyller i enkäten direkt efter konsultationen jämfört med om de skulle fylla i enkäten vid ett senare tillfälle (36).

Att läkarna till övervägande del varit mer positiva än patienterna i fråga 4 (*Kände du att läkaren tog dig och dina besvär på allvar?*) är en indikation på att det föreligger en viss brist i patientcentrerad kommunikation. Om patienten upplever sig bli dåligt bemött; blir nonchalerad eller förminskad, kan förtroendet skadas och minskar möjligheten till gemensam förståelse. Skillnaden är inte stor men oroväckande då bekräftelse från läkaren ofta är av stor vikt för patienten – inte bara i form av respekt och känslan av att bli lyssnad på, utan även i betydelsen av konfirmation att läkaren uppfattat patientens tankar och oro om vad som händer i kroppen och bemöter dessa (37).

Lärandepotential

Att en konsultation har lärandepotential betyder inte att läkaren har presterat dåligt utan endast att den har potential för lärande eller utveckling vid eftertanke. Detta framkommer tydligt när man tittar närmare på fråga 3 (*Tror du att patienten begrep vad du sade? / Begrep du vad läkaren sade?*). Denna fråga har av patienterna besvarats med positiva skattningar samtidigt som läkarna i högre utsträckning har underskattat patientens förståelse. Således har läkarna i många av våra konsultationer upplevt en otillräcklighet i en aspekt som i många fall varit utan grund.

Händelserna med lärandepotential fördelar sig likartat över de enskilda frågorna förutom i fråga 1 (*Uppfattade läkaren varför du kom idag?*) och fråga 4 (*kände du att läkaren tog dig och dina besvär på allvar?*) (Se diagram 7). Dessa två frågor utmärker sig med färre skattningar som omfattas inom definitionen för lärandepotential. Detta talar för god kommunikation med empatiska och uppmärksamma läkare. Eventuellt föreligger en viss trend i fråga 1+4 att patienterna skattat lågt i samma utsträckning som för de övriga frågorna samtidigt som läkarna förhållandevis varit mer nöjda med sin prestation.

Genom att titta på lärandepotential i konsultationerna kan läkaren dels kalibrera sin verklighetsuppfattning för att identifiera eventuella problemområden, eller bättre förstå varför en viss konsultation i efterhand upplevts svår. Lika viktigt är lärdomen att läkarna i hög utsträckning undervärderar sin egen förmåga i relation till patientens uppfattning. Detta kan i

vissa fall bero på att läkarna har haft för högt ställda krav på sig själva och därmed upplevt sig otillräckliga.

Målet för en läkare i utvecklingen av sin konsultationsteknik bör aldrig vara att uteslutande eftersträva 100 % kundnöjdhet/tillfredsställelse (38). Att eftersöka patientens agenda betyder inte att läkaren därefter måste tillmötesgå patientens krav, utan är snarare plattformen för ömsesidig förståelse. En läkare som blidkar en patients krav på antibiotikaföreskrivning utan att indikation föreligger, belönas antagligen för tillfället med en mycket nöjd patient, men bedriver i själva verket inte patientcentrerad vård (39). Utfallsmåttet för en patientcentrerad läkarkonsultation och resultatet av densamma bör för patienten vara en meningsfull och värdefull åtgärd (40). Målsättningen för patientcentrerad vård i likhet med evidensbaserad medicin är att värna individens och generella populationens intressen och upprätthålla balans dem emellan (41).

En konsultation kan från läkarens sida vara av en väldigt god kvalitet men ändå skattas lågt av en missnöjd patient med orimliga förväntningar och krav. Ändock kan en dylik konsultation efter reflektion skänka läkaren erfarenhet och infallsvinklar inför nästa liknande situation.

Man kan då fråga sig om patientens subjektiva omdöme är den mest optimala mätmetoden för att avgöra grad av patientcentrering i konsultationen. Flertalet studier visar dock att patientskattningar med stor träffsäkerhet kan användas för att påvisa skillnader och beteenden i konsultationer jämfört med skattningar av oberoende bedömare (25, 14, 42, 15, 43). Patientstillfredsställelse har även visat sig vara en god uppskattning av vårdkvalitet och en prediktor för hälsorelaterat beteende hos patienten (44).

Jag vill lyfta fram att bedömningen och värderingen huruvida en konsultation är patientcentrerad bör pågå kontinuerligt hos varje vårdgivare och för varje situation i vår kliniska vardag. Dylika verktyg för självutveckling och kontroll såsom enkätfrågorna utgör, kan då verka för att processen medvetandegörs och underlättas (både för läkare och patient). Inte minst för att belysa omedvetna svagheter liksom en eventuell tendens att undervärdera ens egen prestation vilket som naturlig konsekvens annars skulle fördunkla resultatet. Min förhoppning är att läkarna som inkluderats i studien inspireras till fortsatt självutvärdering antingen såsom ett internt reflektionsverktyg när en konsultation haltar eller alternativt enligt studiens upplägg med tvillingenkäter.

Skillnader likheter med andra studier:

I originalstudien av Jøssang- Malterud poängteras att målet med studien inte är att inhämta objektiva vetenskapliga data och precisa utfallsmått för att gradera patientcentrering. Detta valdes bort för att prioritera genomförbarhet. Informationen som inhämtats är indirekt och kan inte beskriva vad som faktiskt utspelat sig under konsultationen (24).

I originalstudien uppmärksammas liksom i denna studie en tendens till att läkarna är mer negativa till konsultationen jämfört med patienterna. Även här diskuteras om skillnaden beror på att patienterna överrapporterar tillfredsställelse.

Svagheter

- Då studiens upplägg ej kan visa vilka eller hur många olika läkare som svarat på enkäten kan en enstaka läkare få stor genomslagskraft i materialet.
- Patienter med låg läsförståelse har möjligtvis haft svårigheter att delta i undersökningen. Patientgruppen med låg läsförståelse, utsatt social bakgrund, nedsatta kognitiva färdigheter och begränsade kunskaper i svenska språket har i andra studier visat sig vara minst nöjda med sin upplevelse av vården (36, 37).
- Studiens anonymitetsupplägg äventyrades av behovet av patienten skriftlig godkännande för inklusion i studien. Möjligtvis ledde detta till minskat deltagande.
- Enkätutdelningsförfarandet borde ha kompletterats med en uppmaning att öppna kuvertet innan läkarbesöket. Många patienter öppnade kuvertet först efteråt vilket omöjliggjorde för läkaren att delta.
- För att kunna dra direkta slutsatser utifrån varje enskild konsultation skulle studien behöva kompletteras med intervjuer av både läkare och patient. Alternativt att varje konsultation även eftergranskas av en expertgrupp. Med nuvarande upplägg kan endast mönster skönjas och antagande göras.
- Att enkäterna inhämtades konsekutivt under begränsat antal dagar ökar risken för påverkan av *confounders*.
- Bortfall på ca 50 enkäter på grund av saknad underskrift eller ej matchande par.

- Det kunde också varit intressant att kontrollera för eventuella könsskillnader i upplevelsen av läkarkonsultationen.
- Det tas ingen hänsyn i studien till patientens tidigare vårdkontakter och eventuella relation till vårdgivaren.
- Om studiens upplägg inkluderat kollegial sambedömning av inspelningar i efterhand skulle man kunnat fånga kollegialt konsensus. Detta skulle möjligen kunnat ge ytterligare information i de fall där läkare och patienten i olika grad varit nöjda med samma konsultation.

Styrkor

- Enkla frågor.
- Minimal tidsåtgång för medverkande deltagare.
- Utförandet kräver ej videoupptagning eller utvärdering av expertgrupp/kollegor. Detta är resurssparande och integritetsskyddande.
- Skänker deltagande läkare ett verktyg för fortsatt självutvärdering.
- Trots litet studiematerial ger resultatet ände en viss antydning till hur konsultationen upplevs av både läkaren och patienten.

Implikationer

De resultat jag fått fram kan användas som en grund på vårdcentralen för framtida diskussioner kring konsultationen som ett verktyg. Enkäten och självutvärderingsverktyget (Bilaga 1,2,4) kan förhoppningsvis inspirera till fortsatt egenutveckling och fungera som en mental checklista hos deltagarna.

Framtida studier:

Att från grunden i en kvalitativ studie kontrollera vilka gemensamma element som förekommer i lyckade konsultationer. Sedan implementera dessa i en förnyad enkätundersökning där konsultationerna även spelas in och efteråt utvärderas av en expertpanel. På detta sätt skulle konsultationerna granskas både subjektivt och objektivt. Detta skulle kunna tydliggöra de tillfällen då läkare och patienten upplever konsultationen olika. Det skulle även vara intressant att granska hur de inspelade konsultationerna är uppbyggda i tidsåtgång och hur detta påverkar slutresultatet. Ett annat exempel för framtida studier kunde

vara att genomföra intervjuer med patienter och läkare för att ta reda på hur de upplever konsultationerna.

Slutsats

Enkätresultatet visar att både läkare och patienter i hög utsträckning är nöjda med kvaliteten av konsultationerna på vårdcentralen. Resultaten pekar även på att konsultationerna i hög grad är patientcentrerade. Däremot påvisas händelser med lärandepotential i ca en tredjedel av konsultationerna. Detta styrker vikten av fortgående reflektion och medvetandegörande av konsultationen som ett verktyg på vårdcentralen.

Referenser

1. Docteur E, Coulter A. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård - Vårdanalys [Internet]. Myndigheten för vårdanalys. 2012 [cited 2017 Apr 26]. Available from: <http://www.vardanalys.se/Rapporter/2013/Patientcentrering-i-svensk-halso--och-sjukvard--en-extern-utvardering-/>
2. Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, et. al. WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001. [Internet]. World Health Organization, 2001.; Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whspaper37.pdf>
3. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper [Internet]. OECD: DIRECTORATE FOR EMPLOYMENT, LABOUR AND SOCIAL AFFAIRS GROUP ON HEALTH; 2006. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>
4. McKinstry B. Paternalism and the doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract.* 1992 Aug;42(361):340–2.
5. Bassford HA. The justification of medical paternalism. *Soc Sci Med* 1982. 1982;16(6):731–9.
6. Rogers C. Significant aspects of client-centred therapy. 1945;1:415-22.
7. Balint M. THE DOCTOR, HIS PATIENT, AND THE ILLNESS. *The Lancet.* 1955 Apr 2;265(6866):683–8.
8. Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients : a study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries [Internet]. Exeter [England] : Royal College of General Practitioners; 1984 [cited 2017 Apr 4]. Available from: <http://trove.nla.gov.au/version/22244082>
9. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, et. al. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract.* 1986 Mar;3(1):24–30.
10. Larsen JH, Risør O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Fam Pract.* 1997 Aug;14(4):295–301.
11. Larsen J-H, Neighbour R. Five cards: a simple guide to beginning the consultation. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2014 Mar;64(620):150–1.
12. Tuckett D. Meetings between experts : an approach to sharing ideas in medical consultations [Internet]. London ; New York : Tavistock; 1985. Available from: <http://trove.nla.gov.au/version/45508827>
13. Wåhlin S. Dagens sjukvård vinner på ökad patientcentrering. *Läkartidningen.* 2010 Nov 2;2010(44):2726–8.
14. Stewart M, Brown JB, Donner A, et. al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000 Sep;49(9):796–804.

15. Little P, Everitt H, Williamson I, et. al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 2001 Oct 20;323(7318):908–11.
16. Ekman I, Wolf A, Olsson L-E, et. al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur Heart J*. 2012 May 1;33(9):1112–9.
17. Matthys J, Elwyn G, Nuland MV, et. al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pr*. 2009 Jan 1;59(558):29–36.
18. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, et. al. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997 Feb 19;277(7):553–9.
19. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, et. al. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*. 1994 Jun 27;154(12):1365–70.
20. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, et. al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 1999 Jan 20;281(3):283–7.
21. Langewitz W, Denz M, Keller A, et. al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*. 2002 Sep 28;325(7366):682–3.
22. Socialdepartementet. Patientlag (2014:821) [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 4]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
23. Osborn R, Squires D. International perspectives on patient engagement: results from the 2011 Commonwealth Fund Survey. *J Ambulatory Care Manage*. 2012 Jun;35(2):118–28.
24. Jøssang O, Malterud K, Lundetrae N. [Better consultations with patients' help--a method for quality assurance in general practice]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 1995 Oct 20;115(25):3120–4.
25. Arborelius E. Hur kan man studera patient-läkarrelationen och vad får man fram? *Utposten*. 1995(24(4)):148–52.
26. Denscombe M. *The Good Research Guide: For Small-scale Social Research Projects*. McGraw-Hill Education (UK); 2014. 378 p.
27. Pendleton D, Schofield T, Tate P, et. al. *The Consultation: An approach to learning and teaching*. Oxf Univ Press 1984 2003.
28. Pendleton D, Schofield T, Tate T, et. al. *The New Consultation: developing doctor-patient communication*. Radcl Med Press. 2003.
29. Ahlén GC, Mattsson B, Gunnarsson RK. Physician–patient questionnaire to assess physician–patient agreement at the consultation. *Fam Pract*. 2007 Oct 1;24(5):498–503.
30. Stockholms stad. Statistik Stockholm - Översiktlig statistik. 2017 [cited 2017 Apr 13]. Available from: <http://statistik.stockholm.se/oversiktlig-statistik>

31. Statistics Solutions. Correlation (Pearson, Kendall, Spearman) [Internet]. [cited 2017 Apr 13]. Available from: <http://www.statisticssolutions.com/correlation-pearson-kendall-spearman/>
32. Statistics Solutions. What is the Wilcoxon Sign Test? 2017 [cited 2017 Apr 13]. Available from: <http://www.statisticssolutions.com/what-is-the-wilcoxon-sign-test/>
33. Hammer Ø, Harper D, Ryan P. PAST: PALEONTOLOGICAL STATISTICS SOFTWARE PACKAGE FOR EDUCATION AND DATA ANALYSIS [Internet]. [cited 2017 May 16]. Available from: http://palaeo-electronica.org/2001_1/past/issue1_01.htm
34. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bull World Health Organ.* 2001;79(4):373–4.
35. Marcinowicz L, Borzuchowska A, Grebowski R. [Methodologic difficulties in measuring patient satisfaction--discrepancy coming from formulating questions]. *Wiadomosci Lek Wars Pol* 1960. 2002;55 Suppl 1:335–40.
36. Kinnersley P, Stott N, Peters T, Harvey I, Hackett P. A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Fam Pract.* 1996 Feb;13(1):41–51.
37. Andén A. Outcomes from GPs' Consultations. 2009 [cited 2017 Jun 22]; Available from: <http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:219802>
38. Andén A, Andersson S-O, Rudebeck C-E. Satisfaction is not all--patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2005 Oct 24;6:43.
39. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. *Ann Fam Med.* 2011 Mar;9(2):100–3.
40. Guyatt G, Montori V, Devereaux PJ, Schünemann H, Bhandari M. Patients at the center: in our practice, and in our use of language. *ACP J Club.* 2004 Feb 1;140(1):A11–2.
41. McWhinney IR. "An acquaintance with particulars..." *Fam Med.* 1989 Aug 7;21(4):296–8.
42. Stewart M, Brown J., Weston W, Freeman T. *Patient-Centred Medicine: Transforming the Clinical Method.* 2nd ed. United Kingdom: Radcliffe Medical Press; 2003.;
43. Henbest RJ, Stewart M. Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Fam Pract.* 1990 Mar;7(1):28–33.
44. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann.* 1983;6(3–4):185–210.
45. Peters E, Hibbard J, Slovic P, Dieckmann N. Numeracy Skill And The Communication, Comprehension, And Use Of Risk-Benefit Information. *Health Aff (Millwood).* 2007 May 1;26(3):741–8.

46. Fiscella K, Epstein RM. So Much to Do, So Little Time: Care for the Socially Disadvantaged and the 15-Minute Visit. *Arch Intern Med.* 2008 Sep 22;168(17):1843–52.

Bilagor:

Bilaga 1: Patientenkät

Bilaga 2: Läkarenkät

Bilaga 3: Informationsbrev

Bilaga 4: Självvärderingsschema

Bilaga 5: Anslagsinformation

Bilaga 6: Enkätcommentarer

Bilaga 6.

Reflektioner från enkäter

Dessa reflektioner lämnades in tillsammans med läkarenkäterna. Tillsammans med varje punkt förtydligas även hur läkaren och patienten skattat på fråga 6.

- Patienten skattat maximalt positivt. Läkaren 7 på fråga 6: *”Patienten önskade delvis lösningar som ej kan erbjudas. Gjorde mitt bästa för att förklara. Lärdom: vara ännu mer pedagogisk och lyhörd”.*
- Patienten skattat 9 fråga 6, läkaren 7: *” Vi skulle behöva mer tid, tex 45 min istället för 30 min”*
- Patienten 10 fråga 6 och läkaren 6: *” Lärdomar: Att bara lyssna kan vara svårt.”*
- Patienten 1 på fråga 6 och läkaren 4: *” Man kan inte göra alla nöjda”.*
- Patienten 10 och läkaren 9: *” Jag borde ha frågat om Tanke, Oro och Önskan - > pga språksvårigheter förutsatte jag att jag redan förstått.”*
- Patienten 10 och läkaren 9: *” För mycket på en gång, kände mig utnyttjad.”*
- Patienten 10 och läkaren 8: *” Lärdom: Att efterfråga patientens egna tankar”*
- Patienten 9 och läkaren 9: *” Pat kom för återbesök men hade också egen agenda, kunde ha frågat aktivt om denna. Lärdom: ”fråga aktivt om egen agenda trots ”tydligt kort återbesök” för specifik åkomma.”*
- Patienten 7 på helhet och på frågan om hen fick den hjälp hen ville ha, och läkaren 10: Patienten: *” Kom in till läkaren en kvart efter avtalad tid.”*
- Patienten 8 och läkaren 6: *”Oklart: vet ej.”*