



KLINISK HANDEDNING I PRIMÄRVÅRD

- finns förutsättningar för gaffelmottagning?

Hanna Gröning
Paulina Klim

Huvudhandledare Ulf Jakobsson
Bihandledare Pia Strand

Lund 2023

Inledning

Svensk primärvård lider av brist på specialistläkare (1,2) och nationella vårdkompetensrådet bedömer att den bristen kommer att bli varaktig (2), samtidigt som det finns planer på att primärvården ska byggas ut för att utgöra ett nav för svensk sjukvård (3). En ökning av antalet ST-läkare och sedermera specialistläkare i primärvården, utan förluster vad avser kvaliteten, anses vara hela sjukvårdssystemets angelägenhet och inte enbart av vikt för primärvården (4). Utbildning till specialistläkare är lång och omfattade tidigare grundutbildning, följt av allmäntjänstgöring (AT). Från och med den 21 juli 2021 är läkarutbildningen 12 terminer lång, en termin längre än den tidigare, följt av bastjänstgöring (BT) som också blir den första delen i specialisttjänstgöringen (ST) (5) Grundutbildade läkare finns det gott om (6), men för att bli specialistläkare finns flaskhalsar i antalet AT/BT- och ST platser. En viktig faktor som påverkar dessa platser tillgänglighet är tillgången till handledning (5,7). God handledning är också nyckeln till den kvalitativa vidareutbildning som krävs för att utveckla specialistkompetens (8).

AT, BT- och ST är utbildningstjänster och de läkare som har en sådan tjänst kallas gemensamt för utbildningsläkare och tjänstgör under handledning av senior kollega. Tillgång till handledning är lagstadgad och det finns krav på schemalagd, återkommande handledning samt klinisk handledning (7,9), men hur den utformas är upp till verksamheten (10). Handledningskapaciteten ter sig vara avgörande för möjligheten att ta emot AT/BT-läkare som tillsammans med ST läkare i allmänmedicin alla har obligatorisk tjänstgöring inom primärvården (9,11,12).

Under den senaste tioårsperioden har åldersfördelningen inom läkarkåren förändrats betydligt med en tilltagande andel unga läkare och en minskning av andelen specialister över 50 års ålder. Det innebär att antalet utbildningsläkare med olika behov av handledning ökat samtidigt som antalet erfarna handledare har reducerats (7). Tidigare kunde bara specialister handleda AT-läkare, men nu kan även ST-läkare handleda AT-läkare och BT-läkare. Trots att det gör det möjligt för ett större antal läkare att handleda är bristen på handledare ett problem(5,7).

En arbetsgrupp bestående av representanter från Nationella vårdkompetensrådet, Sveriges läkarförbund (SLF), Svenska läkaresällskapet och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt rättsavdelningen på Socialstyrelsen har gett förslag på ökad handledningskapacitet genom att implementera innovativa handlednings- och instruktionsformer. Konkret åberopades nya former för handledning som kan ge ökad kapacitet och kvalitet. Ett förslag på struktur är så kallad gaffelmottagning, det vill säga att en specialistläkare handleder flera utbildningsläkare som har mottagning parallellt (7). En förhoppning är att ökad handledningskapacitet, genom till exempel gaffelmottagning, kan vara en del av lösningen till ökat antal utbildningsläkare inom allmänmedicin. I rapporten nämns även vikten av att varje specialistläkare tar ansvar för att tillhandahålla handledning, oavsett klinisk arbetsbörda (4). Samtidigt understryker Nationella vårdkompetensrådet att det är viktigt att kvalitetssäkra handledningen, så att inte ökad genomströmning leder till kvalitetsförsämringar (7). Även i SYLF's AT-rapport från 2022 finns förslag på ökad implementering av gaffelmottagning och upplägget beskrivs som ett sätt att möjliggöra både hög utbildningskvalitet och effektiv vårdproduktion (5,13).

Gaffelmottagning

Fredrik Walentin, överläkare i neurologi och f.d. studierektor på Örebro Universitetssjukhus arbetade för ett antal år sedan med en modell för mottagningsverksamhet för ST-läkare kallad gaffelmottagning. Begreppet implementerades sedan av Charlotte Alverbratt på Prostatacentrum i Göteborg inom ramen för ett projektarbete under 2017 med fokus på klinisk reflektion i vardagen (14). Detta mot bakgrund av en hög arbetsbelastning, en bemanning som bestod i fler ST-läkare än specialistläkare, ökad andel mottagningsarbete för ST-läkare med samtidiga utmaningar att upprätthålla en god arbets-och lärandemiljö för läkare som stannat på kliniken. Det efterfrågades fortbildning för ST-läkare, handläggning av patienter med bibehållen patientsäkerhet och en mottagningsverksamhet som gav utrymme för reflektion i vardagen. Utifrån en medarbetarenkät kartlades att många läkare uppgav brist på tid för reflektion i sitt arbete, i stället präglades dagarna av produktion (14).

Gaffelmottagningens upplägg

Gaffelmottagningen som studerades var ett upplägg där läkare, parallellt med patientarbete, ska ha tid för reflektion. ST-läkare träffade en patient per timme, sex patienter per dag jämnt fördelat på för-och eftermiddag. De hade både nybesök och återbesök, med en specialist tillgänglig för handledning. Två ST-läkare hade mottagning samtidigt och handleddes av en specialist som samtidigt var tillgänglig för sköterskors frågor. Det framgick i kallelsen att patienten skulle träffa ST-läkare men att patientansvarig läkare (PAL) var på plats. Sjuksköterskorna förklarade muntligt varför patienten inte fick träffa sin PAL. Majoriteten av de som var med i studien var positiva till upplägget. Specialistläkarna rapporterade att de kunde handleda med bättre kvalitet och med större inslag av reflektion och ST-läkarna upplevde en större tillgänglighet för handledning. Patienterna var nöjda med besöket hos ST-läkaren, men en del var besvikna på att inte träffa sin PAL (14). Genom att ST-läkare i högre grad kunnat arbeta på mottagningen under handledning av specialist har man även kunnat korta kötiderna för vissa åkommor (15).

Sammantaget finns ett mycket stort behov av vidareutbildning av läkare, för vilka det krävs klinisk handledning. Antalet seniora läkare minskar och således också antalet möjliga handledare. Primärvården, där AT och BT båda har obligatoriska placeringar, och som dessutom har ett behov av utbildning av specialister, har ett omfattande behov av nya upplägg för handledning med hög kvalitet. Gaffelmottagning är ett upplägg för handledning som i Sverige introducerats i olika verksamheter, och som föreslås ha potential att både öka kvaliteten i lärande, handledning och öka vårdproduktionen. Det rapporteras om positiva erfarenheter av gaffelmottagning, men till synes finns det ingen synliggjord forskningsbaserad utgångspunkt för handledningsstrukturen. Det är därför intressant att undersöka hur klinisk handledning kan organiseras i primärvård, om det finns vetenskapligt stöd för gaffelmottagning eller andra upplägg i litteraturen som kan främja klinisk handledning i denna utbildningsmiljö och på så vis sannolikt underlätta vidareutbildningen av fler läkare.

Syfte

Syftet med denna litteraturoversikt är att undersöka evidensläget i litteraturen idag avseende klinisk handledning i primärvården, att undersöka om gaffelmottagning finns utvärderat och om det finns beskrivna förutsättningar för hur klinisk handledning i primärvård kan organiseras och implementeras utan att göra avkall på utbildningskvalitet.

Metod

Studien genomfördes som en narrativ litteraturstudie. Initialt gjordes en litteratursökning 230119 i MEDLINE (sökmotor PubMed) enligt hur SBU beskriver building block strategy där sökord kombinerades med booleska operatör [OR] till sökblock (17). För varje sökblock gjordes en separat sökning och sedan kombinerades sökblocken med [AND] för att få fram ett resultat (tabell 1).

Tabell 1. Översikt över första sökningen.

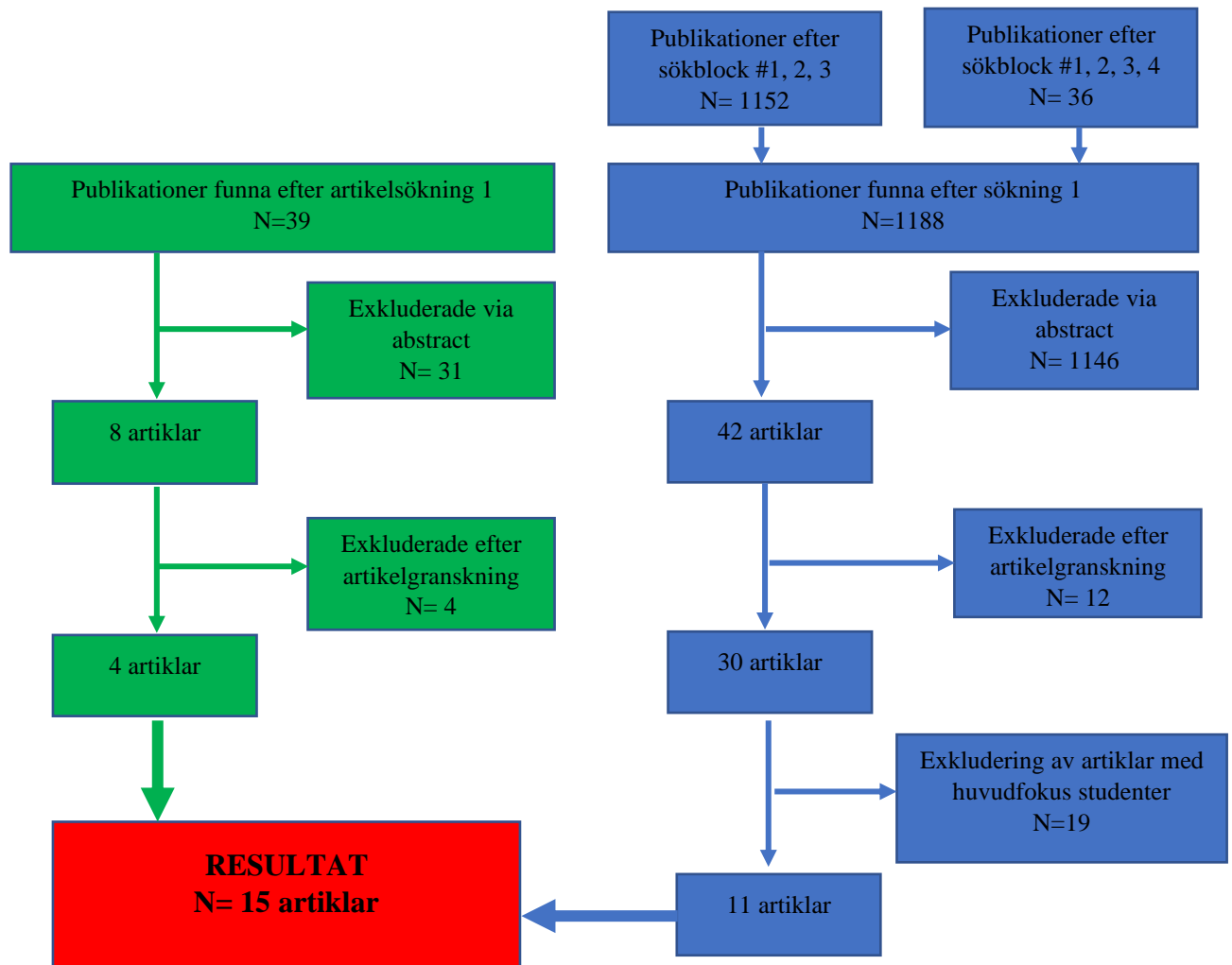
Första sökningen		
	Sökord	Träffar
Sökblock 1	Titel: primary care, primary health care, family medicine, general practice, ambulatory care. MeSH Primary care Kombinerade med [OR]	60 552
Sökblock 2	Titel: mentoring, supervising, supervisor*, teaching, learning, preceptor*, coaching. MeSH mentoring, preceptorship Kombinerade med [OR]	218 816
Sökblock 3	Titel: physician*, doctor*, internship, residency, graduate medical education, continuing medical education, medical student*. MeSH physicians, family physicians, internship, residency, medical graduate education, medical continuing education Kombinerade med [OR]	384 325
	Sökblock 1, 2, 3 kombinerade med [AND]	1152
Sökblock 4	Titel: medical practice management, schedul* MeSH Medical Practice management, organizational innovation and schedules, personnel staffing and scheduling Kombinerade med [OR]	37 832
	Sökblock 1, 2, 3, 4 kombinerade med [AND]	36

Utifrån den initiala sökningen framkom två nya termer kring handledningsstruktur: parallel consulting och wave consulting. En andra sökning gjordes 230202 på MEDLINE (sökmotor PubMed) enligt tabell 2.

Tabell 2. Översikt över andra sökningen.

Andra sökningen		
	Sökord	Träffar
Sökblock	All fields: "parallel consulting", "wave consulting" Kombinerade med [OR]	39

Första sökningen genererade 1188 artiklar publicerade från juli 1953 till januari 2023, den andra sökningen genererade 39 artiklar från februari 1985 till juli 2022 (figur 1). Granskning av artiklarna gjordes i flera steg. I första steget delades abstract upp i lika antal mellan författarna. Efter genomgång av samtliga abstracts, där de som uppfyllde exklusionskriterierna eller inte låg i linje med syftet, exkluderades, kvarstod 42 respektive 8 artiklar. Exklusionskriterier var andra yrkeskategorier än läkare, interprofessionell handledning, språk andra än engelska eller svenska, slutenvårdsverksamhet, olika beskrivningar av specifika programupplägg, internetbaserad handledning, avsaknad av tillgänglig fulltext eller icke-vetenskapliga artiklar. Utifrån SBU:s checklista för kvalitativ metodik och samhörande vägledning (18,19) gjorde författarna först en individuell bedömning av kvarvarande artiklar och sedan en gemensam bedömning kring huruvida artikeln skulle exkluderas eller inte. Checklistan från SBU som användes omfattar fem områden: teoretisk underbyggnad av studien, urval, datainsamling, analys och forskarens roll och har som syfte att identifiera i vilken utsträckning artikeln riskerar att snedvrider studiens resultat. Kortfattat har artiklarna granskats utifrån: att ifall författarna angivit att studien baserats på en teoretisk grund, även resten av studien gick i linje med angiven teori; att val av urval, rekrytering och inklusionskriterier var lämpliga i förhållande till frågeställning, huruvida det fanns faktorer som skulle kunna påverka datainsamling, hur man satt ihop fokusgrupper och om metoden för datainsamling är lämplig för att besvara frågeställningen; att analysen var väl beskriven, att resultaten grundade sig på underliggande data och att processen beskrivits noggrant och slutligen ifall forskaren påverkat studien genom egen förkunskap som inte presenteras i studien, om forskarens egna motiv påverkat urval och analys, om forskaren verkar ha haft någon relation till deltagarna samt om det funnit ekonomiska bindningar eller andra intressekonflikter. Bedömningen av artikeln utmynnade i en av tre kategorier: "Ja det finns en allvarlig risk"; "Nej, risken bedöms inte vara allvarlig"; "Oklart, det finns inte tillräcklig information för att bedöma risken". Endast artiklar som bedömdes som "Nej, risken bedöms inte vara allvarlig" togs med i det slutgiltiga resultatet som var 30 artiklar från första sökningen och 4 artiklar från den andra. För att få en hanterbar mängd artiklar sällades sedan artiklar, som hade studenter som enda studiepopulation, bort från första sökningen. Flertalet artiklar från den andra sökningen beskrev studenter och då det endast återstod fyra artiklar efter övrig granskning, inkluderades alla artiklar med studenter i denna sökning. Sammantaget har 15 artiklar inkluderats i slutresultatet (Tabell 3, Bilaga 1) och sammanställts i en integrerad analys.



Figur 1. Flödesschema över urvalsprocessen.

Etiska överväganden

Då genomförandet är i form av en litteraturstudie, utan empirisk del, som kommer baseras på redan genomförda studier och görs som ett kvalitetsarbete föreligger det i nuläget inget behov av etikprövning.

Resultat

Identifierade områden

Integrerad analys av artiklarna identifierade fem områden; handledningsklimat och handledares egenskaper, organisering av handledning i öppenvård, handledar-utbildningsläkare-och patientupplevelse av wave/parallell konsultation, vikten av handledarens tillgänglighet och primärvårdsspecifika karaktäristika.

Handledningsklimat och handledares egenskaper

Att kunna be om hjälp när det behövs beskrivs återkommande som en central faktor för god handledning och gott lärandeklimat (20–22). Att tvärtom inte kunna be om hjälp vid behov och därmed ha en känsla av att inte bemästra en klinisk situation är kopplat till dåligt lärandeklimat (20). När det gäller handledning i primärvård beskrivs följande faktorer för god lärandemiljö: att utbildningsläkaren blir en del av teamet och känner sig bekväm att fråga vem som helst på mottagningen, att strukturen på placeringen är fokuserad på att optimera inläring genom anpassningar efter utbildningsläkarens behov av stöd och hur långt vederbörande kommit i utbildningen. Samt att handledaren skapar en tydlig struktur för lärande och bistår i att fostra ett självständigt beslutsfattande (20,21). Att det finns en kontinuitet i handledarskapet med ett tydlig ansvar för handledningen (23) samt att handledaren ger kvalitativ återkoppling gynnar även lärandemiljön i primärvården (20,21,23,24).

Effektiva handledare beskrivs i linje med detta som tillgängliga (20), de har möjlighet att betitta en patient tillsammans med utbildningsläkaren, är involverade i patientens vård (24) och är delaktiga i åtgärdsplaner för patienten(25). Det framhålls som avgörande att på olika sätt anpassa verksamheten för utbildningsläkare för att aktivt avsätta tid för handledning (20).

Det finns studier som pekar på att studenter utvecklar sina kommunikationsfärdigheter (26,27) och sitt åtgärdsresonemang (26) genom att observera sin handledare i patientnära arbete. Dessa färdigheter liksom att lära ut praktiska färdigheter, fylla kunskapsluckor och avvägningen om när feedback ska ges verkar också utvecklas bättre vid enskild handledning än vid grupphandledning (27).

Organisering av handledning

Utbildningskvalitet i mottagningsverksamheter är bland annat beroende av den organisatoriska strukturen på mottagningen (24,28). De faktorer som behöver hanteras för att generera ett gott handledningsklimat är snäva tidsramar som medför ett snabbt flöde av patienter, motstridiga tidskrav på handledare i kliniken, brist på handledare som observerar sin utbildningsläkare i kliniken och handledare som inte känner till kunskapsnivån hos sin utbildningsläkare (24). Vid schemaläggning tappas ofta utbildningsläkarens behov av tid för reflektion och konsultation bort, för att de ska kunna ta en större del i produktionen. Det kan leda till allt för hög arbetsbörda, tidspress och en känsla av att bli utnyttjad (21).

I en litteraturöversikt, som avhandlar handledning inom öppenvård, från 1995 föreslås det två olika sätt att effektivisera handledning i öppenvård. Det första är att handledare utbildas i att handleda inom de tidsramar som finns i det nuvarande systemet. För att det ska fungera behöver handledare lära sig målinriktad handledning, kunna välja vad handledningen ska

handla om och kunna göra det inom några minuter. Den andra varianten är att ändra systemet och skapa mer tid för handledning, vilket kräver schemalagd planerad utbildning och handledning (24).

Det nämns några olika möjliga upplägg beskrivna för klinisk handledning av studenter inom mottagningsverksamhet såsom att studenten observerar, gör enskilda moment i den kliniska handläggningen och assisterar den ordinarie läkaren i resten av besöket, att handledaren undersöker en rad olika patienter själv för att sedan välja ut fall att träffa igen tillsammans med studenten samt att studenten träffar patienten själv för att sedan presentera och diskutera fallet med handledaren och att studenten sedan observerar handledaren vid komplettering av anamnes och/eller undersökningar och konsultationens avslut. Det senare upplägget beskrivs dock som pressat då handledarna inte haft tid avsatt för handledning (24).

Att en student/utbildningsläkare träffar en patient på egen hand, utför inledande anamnes och status varefter handledaren ansluter och vid behov kompletterar med ytterligare klinisk undersökning återkommer dock i litteraturen som ett konkret förslag på hur tid kan fredas för klinisk handledning (24,26,29–33). Upplägget kallas ibland wave consulting (baserat på att man bokar två patienter samtidigt för att sedan ha en lucka likt en våg) (31), ibland parallel consulting (baserat på att handledare och utbildningsläkare träffar patienter parallellt) (26,29,30) och namnges ibland inte alls (24,32,33). I vissa beskrivningar ska studenten själv ha gjort förslag på vidare handläggning innan handledaren konsulteras, i andra fall görs detta gemensamt med handledaren. I vissa studier är handledaren helt friställd från övriga uppgifter, i andra har handledaren andra uppgifter parallellt med handledningen som till exempel egen mottagning eller administration (24,26,29–33). En artikel specificerar att studenten har 30 minuter avsatt för sin del, för att sedan ha 15 minuter avsatt för den gemensamma delen med handledaren (30).

Handledar-, utbildningsläkare- och patientupplevelser av parallell/wave konsultation

Ingen skillnad konstaterades i hur patienter upplever sig hjälpta mellan konventionell konsultation (där en läkare har en student med sig) och parallell konsultation. Dock visades att patienter upplever bemötandet i en parallell konsultation som mer empatiskt än vid en konventionell konsultation där en student sitter med under besöket (30).

Upplevelsen av wave/parallell konsultation varierar både för studenter och handledare (24,26,29,31). För att parallell handledning ska utgöra ett bra inlärningsmoment är det viktigt med klinisk kontakt med patienter, motiverade handledare där det ges möjlighet att diskutera diagnoser och åtgärdsplaner samt att studenterna får formell återkoppling (26,29). Det är också viktigt att studenterna har ett eget mottagningsrum för att möjliggöra egen mottagning (29,31). Där parallell mottagning har fungerat har studenter rankat det som en av de tre viktigaste inlärningsaktiviteterna under hela utbildningen, de andra två var att få assistera vid ingrepp och enskild handledning (29).

I tillägg till bristande lokaler har också dålig tillgänglighet till handledare och/eller skralt med tid avsatt för handledning lett till rapporter om att parallell mottagning inte fungerat för ST-läkare (31). Huruvida det funnits tid avsatt för reflektion efter mottagningsbesöket har också påverkat handledarnas upplevelse av upplägget. Utan tid avsatt har handledare upplevt det som stressigt, vilket i sin tur, påverkat studenternas möjlighet till diskussion och återkoppling negativt (24,26).

Vidare ses att studenter som får ta eget ansvar för en patient upplever att de utvecklar en ökad självständighet i patientkonsultationerna, utvecklar sina kliniska färdigheter och får ett bättre kliniskt resonemang. Även anamnes, undersökningsmetoder, differentialdiagnostik och åtgärdsplan utvecklas. Studentens inläring förstärktes också genom att förbereda för patienten och sedan reflektera efteråt (24,29).

Vikten av handledarens tillgänglighet

Tillgänglighet till klinisk handledning ökar när handledaren är helt friställd från egna patienter (32,33). En friställd handledare möjliggör också handledning för dubbelt så många utbildningsläkare med en klart högre tillgänglighet jämfört med när handledaren har egna patienter parallellt. En tillgänglig handledning verkar också vara korrelerat med graden av inläring under klinisk placering (33). Men även när läkare är helt friställda från egna patienter med syftet att fungera som handledare åt ST-läkare har man sett att mindre än hälften (47 %) av handledarnas tid faktiskt går till handledning. Övrig tid går till att hjälpa andra yrkesgrupper, konsultera kollegor, ringa samtal till patienter och ta hand om obokade patienter. En majoritet (96 %) av alla ST-läkare har behov av att fråga åtminstone en gång under ett arbetspass och även när handledaren inte har egna patienter parallellt upplever en betydande del av ST-läkarna (17 %) störningar under handledningen eller att de inte fick tillgång till handledning (12 %) då handledaren var upptagen med annat. Att vara missnöjd med klinisk handledning har visat sig vara korrelerat med väntetid till handledning, nedsatt tillgänglighet till handledning, för kort tid med handledaren och avbrott i handledning (32).

Studier från 80-och 90-talet visar att man redan då rapporterade att andelen ST-läkare som konsulterar sin handledare i samband med sitt patientbesök är 30 - 35 % i primärvård och i endast 2 % av fallen träffar handledaren patienten (24). Motsvarande siffror när handledaren är helt friställd för handledning är att ST-läkare konsulterar handledaren i 86 % av fallen och träffar patienten i 47 % av fallen (33).

Primärvårdsspecifika karaktäristika

Jämfört med sjukhusspecialiteter rapporterar specialister i allmänmedicin i högre utsträckning att handledning har en negativ inverkan på patientflöde och möjligheten att slutföra sitt arbete i tid. Som tänkbara förklaringar till detta lyfts att allmänläkare ofta har ett patientklientel med komplexa problem och skiftande psykosociala frågor som bidrar till att handledningen drar ner på patientflödet(34).

ST-läkare beskriver att arbetet i primärvården karaktäriseras av en stor blandning av åkommor, både akuta och kroniska besvär samt en stor variation av arbetsuppgifter omfattande allt från mottagningsverksamhet, hembesök och friskvård via BVC. De beskriver också att det tar tid för teamet att veta vad ST-läkaren klarar och hur kompetensen ska värderas (31). Handledare har rapporterat att det är en utmaning att identifiera optimala upplägg för handledning och lärande utifrån primärvårdens varierande sjukdomspanorama. Studenter har dock upplevt ett ökat självförtroende i patientmötet när de fått handlägga åkommor som låg utanför deras inlärningsmål (26).

Diskussion

Faktorer för god handledning och god lärandemiljö ter sig relativt väl kartlagda sedan tidigare liksom faktorer som påverkar handledning negativt (20–25). Återkommande beskrivs tillgänglighet till handledning som en avgörande faktor till gott lärandeklimat. Tillgänglighet ter sig dock delvis stå i konflikt med den produktion som förväntas av både utbildningsläkare och handledare.

Vi har inte funnit belägg för att gaffelmottagning, som helhet, är en utvärderad handledningsstruktur. Det finns dock evidens för att många komponenter av konceptet såsom tillgänglig handledare frigjord från annan klinisk verksamhet och med möjlighet till direkt återkoppling till utbildningsläkare leder till en god handledningssituation för både handledare och utbildningsläkare. Det verkar också autonomiunderstödjande, vilket är en viktig faktor för gott lärandeklimat och utbildningskvalitet, att utbildningsläkare har självständig patientkontakt inledningsvis.

Det som i litteraturen benämns som wave-mottagning respektive parallell-mottagning har likheter, men också en del skillnader jämfört med gaffelmottagning. I de fall av parallell-mottagning där handledaren är helt friställd från egna patienter är upplägget i princip detsamma. När det i ett sådant upplägg finns tid avsatt för handledning i schemat och lokaler som möjliggör utbildningsläkarens egen mottagning finns rapporter om god lärandemiljö och god tillgänglighet till handledning för flera utbildningsläkare samtidigt, som vid gaffelmottagning.

Patienter har inte rapporterat sämre bemötande eller sämre upplevd vårdkvalitet vid liknande upplägg som gaffelmottagning (30). Det är dock välkänt sedan tidigare att patient-läkarkontinuitet ger patienter positiva hälsoeffekter och är ett av de centrala målen i primärvården (3,35). Alverbratt problematiserar i sin uppsats kring att gaffelmottagning leder till bristande kontinuitet samt att gaffelmottagning möjliggör handledning i större utsträckning men eventuellt på bekostnad av just patient-läkarkontinuiteten (14). I en situation där valet står mellan att inte träffa någon läkare eller att brista i kontinuitet ter sig det senare som ett bättre alternativ. Samtidigt kan det finnas lösningar för handledning med bevarad kontinuitet mellan patient och läkare. Fredrik Walentin, pekar också på att patient-läkarkontinuitet bör beaktas vid handledning och att patienter som behöver återkommande besök bör följas av en läkare som planeras vara kvar i tjänst (36).

I flera diskussionsartiklar och ledare beskrivs en variant av wave-mottagning där handledare och utbildningsläkare träffar varsin patient parallellt. Handledaren förväntas avsluta sin patient efter denna tid och därefter finns i direkt anslutning gemensam tid för handledare och utbildningsläkare att få träffa utbildningsläkarens patient tillsammans för sambedömning. Följande tid i schemat ges utbildningsläkare möjlighet att avsluta sin patient och dokumentera medan handledaren träffar en tredje patient separat. Handledaren träffar alltså två patienter parallellt med att utbildningsläkaren handlägger en patient. Således finns tid avsatt för att handledarens förväntas träffa alla utbildningsläkarens patienter och inte bara sambedömning vid behov (37–41). Till skillnad från gaffelmottagning är förhållandet mellan handledare och utbildningsläkare 1:1 i denna beskrivning av wave-mottagning. Liknande upplägg som benämns som saxmottagning har omnämnts av Fredrik Walentin (36). Detta upplägg kan te sig mer resurskrävande än gaffelmottagning, men i likhet med vad Fredrik Walentin påpekar kan vissa fördelar med mottagningsstrukturen. Förutsatt att utbildningsläkaren arbetar utifrån handledarens patientlista kan utbildningsläkaren på så sätt avlasta handledaren. Eftersom

handledaren träffar alla patienter under dagen som alla är listade på handledaren, finns det teoretiskt en vinst i en viss bibehållen patient-läkarkontinuitet. Vidare bedöms patienten av två läkare som kan ge möjlighet till nya perspektiv. Med tanke på att det rapporterats att det kan ta tid innan man på en ny mottagning lär känna en utbildningsläkare (31) är detta också tilltalande för att snabbare lära känna, kartlägga en utbildningsläkares kunskaper och bygga relation. Det kan vara av extra värde i primärvården där kartläggning av utbildningsläkare är komplext utifrån det breda kunskapsfält där det tar tid att värdera utbildningsläkarens kompetens (31). Saxmottagning har även en vital funktion för utbildningsläkaren som snabbt får överblick över sina fortbildningsbehov.

En identifierad risk för ovan nämnda mottagningsstrukturer är dock att handledarens tid för handledning fylls av andra uppgifter så att handledningen i stället blir lidande. Nyckeln till att presenterade mottagningskoncept ska fungera är att handledaren är helt friställd från andra arbetsuppgifter utöver handledningsuppdraget. En handledare som är friställd kan handleda flera utbildningsläkare med god tillgänglighet och även om det skulle uppstå en tillfällig kö till handledning kan även detta utgöra ett läromoment genom att samtliga utbildningsläkare medföljer på sambedömningar eller auskulterar i handledningssituationen.

Metoddiskussion

Vi valde att använda oss av en bred tidsram och breda sökkriterier genom att inkludera översättning av olikartade benämningar och uttryck som finns för att beskriva primärvård och olika begrepp för utbildningsläkare. Detta för att fånga upp så många aspekter av klinisk handledning som möjligt. Det genererade ett stort antal artiklar som uppfattades ha ringat in syftet med litteraturstudien, att undersöka förutsättningar för och evidensläget av klinisk handledning i primärvård. Men samtidigt blev mängden artiklar i denna sökning väldigt stor och slutligen landade vi i att endast söka på titel och MeSH-termer i den första sökningen. Vi ser det som en fördel att vi sannolikt fick med ett brett spektrum av sökord, men det finns en risk att vi har missat relevanta artiklar när vi endast sökte på titel för att göra mängden artiklar hanterbar inom avsatt tid för genomförandet. Att vi använde MeSH-termer borde minska risken för att missa relevanta artiklar och det ser vi som en styrka. Det förblir okänt om relevanta fynd missats pga exklusion på basen av språk, men å andra sidan hade ingen av författarna kunnat med säkerhet tolka artiklar på andra språk än svenska eller engelska. Sammantaget uppfattar vi litteratursökningen som omfattande vad gäller klinisk handledning i öppenvård mellan åren 1953 och 2023. Trots ovan nämnda avgränsningar i sökningen hade vi fortfarande 1188 artiklar efter första sökningen. Vi hade en begränsad tid för genomförandet av litteraturstudien och behövde därför dela upp artiklarna mellan oss vid gallring av abstracts. En nackdel med detta är att det finns risk för att bedömningen av abstracts inte gjordes på exakt samma sätt. Bedömningen gjordes dock utifrån samma exklusionskriterier för att reducera risken att bedöma på olika grunder. I nästa steg granskades samtliga artiklar av båda författarna, både individuellt och gemensamt för att uppnå ett konsensusförfarande. Ytterligare en styrka är att vi granskat artiklarna utifrån validerad granskningsmall från SBU.

Artiklarna i vårt resultat är från flera olika länder, övervägande från USA, och ingen är från Sverige, vilket potentiellt kan vara begränsande utifrån tillämpbarheten. Samtidigt bör medicinsk undervisning vara universell i viss mån oavsett var den utförs och även om organiseringen av vården ser olika ut i respektive land.

Varje handledningsmoment är till stor del en subjektiv upplevelse och evidens inom området främst bygger på kvalitativa data. I en del artiklar, i vårt urval, finns utrymme för tolkning av resultat vilket följaktligen kan påverka även vårt resultat. En styrka är att vi har gått igenom ett förhållandevis stort antal artiklar och haft för avsikt att utvärdera ett brett perspektiv på organisation av klinisk handledning.

Slutsats

I ljuset av att handledning utgör en vital komponent i utbildning av nya specialistläkare, som det idag är brist på, är det hög tid att handledning prioriteras därefter.

Mot bakgrund av våra fynd föreslår vi ett dynamiskt förhållningssätt till handledningsstrukturer utifrån handledares, utbildningsläkares och patienters behov.

Renodlad gaffelmottagning verkar vara mer lämpligt där det inte finns höga krav på patient-läkarkontinuitet som när det till exempel finns väl avgränsade kliniska frågeställningar. Det ter sig mindre lämpligt vid omhändertagandet av patienter med stort och förväntat långvarigt vårdbehov på grund av bristande patient-läkarkontinuitet. En lösning för ökad patient-läkarkontinuitet skulle kunna vara en variant där samtliga utbildningsläkare utgår från handledarens patientlista, men det ter sig svår genomförbart om utbildningsläkarna är många till antalet, vilket verkar en del av syftet med gaffelmottagning. Då ter sig så kallad saxmottagning lämpa sig bättre. Saxmottagning verkar också som ett lämpligt inslag vid en, för mottagningen, ny utbildningsläkare eller som återkommande inslag för att kartlägga utbildningsläkares progress, något som idag görs genom fristående medsittningar.

Ytterligare kartläggning och utvärdering på området är nödvändig för att utforska optimal handledning som ej gör avkall på utbildningskvalitet och kontinuitet.

Författarnas bidrag

Båda författarna har gemensamt arbetat fram projektidé och skrivit bakgrund till arbetet. Tillsammans med handledarna har båda författarna varit lika delaktiga i att lägga upp studiedesign och formulera syftet med studien. Författarna gjorde all litteratursökning tillsammans. Vid genomgång av abstrakt, delades 1188 abstrakt mellan författarna för genomgång, all annan granskning av abstrakt och artiklar har skett gemensamt efter SBU:s mall för granskning av kvalitativa studier. Båda författarna har varit lika delaktiga i analys av artiklar, sammanställning av resultatet, formulering av slutsats samt utformning av litteratormatris. Sammantaget har båda författarna varit lika delaktiga i utformningen av alla de olika delarna av detta arbete.

Intressekonflikt

Inga jävsförhållanden angivna.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Artikelnummer 2023-2-8352 . [citerad 10 mars 2023] hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-2-8352.pdf>.
2. Socialstyrelsen och nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen och nationella vårdkompetensrådet; 2022; Diarienummer: S2021/06575 [citerad 10 mars 2023] Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-4-7865.pdf>.
3. Regeringskansliet -Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner. God och nära vård 2022: En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav [Internet]. Stockholm: Regeringskansliet -Socialdepartementet; Sveriges Kommuner och Regioner; 2022; Diarienummer: S2022/00607 https://www.regeringen.se/contentassets/0017bfa6b48748d9b13065eb7099b7d9/ok-god-och-nara-var-d-s2022_00607.pdf.
4. Isacson M, Ghorbani S. Se till att vårdcentraler kan anställa de läkare de utbildar. Dagens medicin [Internet]. 14 december 2022 [citerad 9 mars 2023]; Hämtad från: <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/se-till-att-var-dcentraler-kan-anstalla-lakarna-de-utbildar/>.
5. SYLF. Dagens AT-läkare, morgondagens specialister - hur ligger vi till? AT-rapporten 2022 [Internet]. Stockholm: SYLF; 2022. [Citerad 10 mars 2023]. Hämtad från: https://slyf.se/slyf/app/uploads/2022/09/AT-rapport_2022_slutversion_3.pdf.
6. Ström M. Läkartidningen. Brist på specialistläkare – men inte på underläkare [Internet] 24 februari 2021 [Citerad 9 mars 2023; Hämtad från: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2021/02/brist-pa-specialistlakare-men-inte-pa-underlakare/2023-03-09>.
7. Nationella Vårdkompetensrådet. Tre rekommendationer för att hantera övergången till den nya läkarutbildningen [Internet]. Stockholm: Nationella vårdkompetensrådet; 2022. Dnr 4.3-2600/2022-1. [citerad 9 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.nationellavardkompetensradet.se/globalassets/radets-kunskapsunderlag/2022-1-tre-rekommendationer-for-att-hantera-overgangen-till-den-nya-lakarutbildningen.pdf>.
8. Sveriges Läkarförbund. Handledaruppdraget [Internet]. Stockholm: Sveriges Läkarförbund; 2021 [citerad 10 mars 2023]. Hämtad från: <https://slyf.se/rad-och-stod/utbildning/handledaruppdraget/>.
9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 2015:8) [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [citerad 9 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20158-om-lakarnas-specialiseringstjanstgoring/>.

10. Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. (HSLF-FS2021:8) [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [citerad 9 mars 2023]. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2021-2-7212.pdf>.
11. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om allmäntjänstgöring för läkare (SOSFS 1999:5) [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [citerad 9 mars 2023]. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-10-13>
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/19995-om-allmantjanstgoring-for-lakare/2023-03-09>.
12. Sveriges läkarförbund. Bastjänstgöring, BT [Internet]. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2021 [citerad 10 mars 2023]. Hämtad från <https://slf.se/rad-och-stod/utbildning/bastjanstgoring-bt/>.
13. Nordin E. Gaffelmottagning ger mer tid till handledning och reflektion för ST-läkare. Sjukhusläkaren [Internet]. 25 februari 2022 [citerad 9 mars 2023]; Hämtad från <https://www.sjukhuslakaren.se/gaffelmottagning-ger-mer-tid-till-handledning-och-reflektion-for-st-lakare/>.
14. Charlotte. Alverbratt C. Ökad reflektion i den kliniska vardagen - möjligheter med gaffelmottagning på onkologen. Pedagogiskt projektarbete [Internet]. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset; 2020 [Citerad 10 mars 2023] Hämtad från <https://cancercentrum.se/globalassets/om-rcc/vast/nyheter/2020-03-13-gaffelmottagning-och-forandrade-arbetsatt-vande-dyster-utveckling/forbattringsarbete.pdf>. [Göteborg]: Västra Götalandsregionen; 2020.
15. Carpman A. Luft mellan patienterna har kortat kötiderna. Dagens medicin [Internet]. 3 april 2020 [citerad 2023-03-10]. Hämtad från: <https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/cancer/luft-mellan-patienter-har-kortat-kotiderna/>.
16. Edgren S, Edgren G, Hultin M, docent, Lindgren S. Medicinpedagogisk forskning krävs för utveckling av läkarutbildningen. Läkartidningen [Internet]. 2023 [citerad 10 mars 2023]; Hämtad <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/utbildning-och-forskning/2023/02/medicinpedagogisk-forskning-kravs-for-utveckling-av-lakarutbildningen/>.
17. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). SBU:s metodbok, Kapitel 4, Litteratursökning [Internet]. Stockholm: SBU; 2017. [citerad 27 mars 2023]. Hämtad från https://www.sbu.se/contentassets/0a957751db6e4dfc9ab752411366ae0d/sbushandbok_kapitel04.pdf.
18. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). SBU:s metodbok, Bedömning av studier med kvalitativ metodik [Internet]. Stockholm: SBU; 2022. [citerad 27 mars 2023]. Hämtad från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf.

19. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). SBU:s metodbok, Vägledning för granskning av studier med kvalitativ metodik[Internet]. Stockholm: SBU; 2022. [citerad 27 mars 2023]. Hämtad från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/vagledning_granskning_studier_kvalitativ_metodik.pdf.
20. O’Sullivan B, Hickson H, Kippen R, Wallace G. Exploring attributes of high-quality clinical supervision in general practice through interviews with peer-recognised GP supervisors. *BMC Med Educ*. december 2021;21(1):441.
21. Smith VC, Wiener-Ogilvie S. Describing the Learning Climate of General Practice Training: the learner’s perspective. *Educ Prim Care*. januari 2009;20(6):435–40.
22. Matthews C. Role modelling: how does it influence teaching in Family Medicine? *Med Educ*. juni 2000;34(6):443–8.
23. Mazor KM, Stone SL, Carlin M, Alper E. What Do Medicine Clerkship Preceptors Do Best?: *Acad Med*. augusti 2002;77(8):837–40.
24. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. oktober 1995;70(10):898–931.
25. Laidley TL, Braddock CH, Fihn SD. Did I answer your question? Attending physicians’ recognition of residents’ perceived learning needs in ambulatory settings. *J Gen Intern Med*. januari 2000;15(1):46–50.
26. Allan R, McAleer S. Parallel consulting method: student and tutor evaluation in general practice. *Educ Prim Care*. 03 september 2021;32(5):308–10.
27. Ahern CM, van de Mortel TF, Silberberg PL, Barling JA, Pit SW. Vertically integrated shared learning models in general practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. december 2013;14(1):144.
28. Probst JC, Baxley EG, Schell BJ, Cleghorn GD, Bogdewic SP. Organizational environment and perceptions of teaching quality in seven South Carolina family medicine residency programs. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. augusti 1998;73(8):887–93.
29. O’Donoghue S, McGrath D, Cullen W. How do longitudinal clerkships in general practice/primary care impact on student experience and career intention? A cross-sectional study of student experience. *Educ Prim Care*. maj 2015;26(3):166–75.
30. Duy Tran P, Martin Laurence J, Weston KM, McLennan PL. The effect of parallel consulting on the quality of consultations in regional general practice. *Educ Prim Care*. maj 2012;23(3):153–7.
31. Andrewartha J, Allen P, Hemmings L, Dodds B, Shires L. Escape to the country: Lessons from interviews with rural general practice interns. *Aust J Gen Pract*. 01 september 2020;49(9):606–11.

32. Xakellis GC, Gjerde CL. Ambulatory medical education: teachers' activities, teaching cost, and residents' satisfaction. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* augusti 1995;70(8):702–7.
33. Carey TS, Bennard B. Involvement of three types of preceptors with residents in an ambulatory care clinic. *J Med Educ.* juni 1988;63(6):479–82.
34. Latessa R, Beaty N, Colvin G, Landis S, Janes C. Family medicine community preceptors: different from other physician specialties? *Fam Med.* februari 2008;40(2):96–101.
35. Sveriges kommuner och regioner. Primärvårdskvalitet/Kvalitetsindikatorer/Indikatorer A-Ö/Kontinuitet [Internet]. Stockholm. Sveriges kommuner och regioner; 2023 [uppdaterad 11 januari 2023; citerad 10 mars 2023]. Hämtad från: <https://skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer/indikatorerao/kontinuitet.58443.html> 2023-03-10.
36. Walentin F. Produktiv utbildning-kan vi lösa både utbildningsuppdraget och vårduppdraget samtidigt? [Internet/Powerpointpresentation på Internet]. Örebro: Utbildningscentrum Örebro; 2022. [citerad 10 mars 2023]. Hämtad från: <https://slf.se/app/uploads/2022/03/220324-presentation-fredrik-valentin-1.pdf>.
37. Regan-Smith M, Young WW, Keller AM. An Efficient and Effective Teaching Model for Ambulatory Education: *Acad Med.* juli 2002;77(7):593–9.
38. Ferenchick G, Simpson D, Blackman J, DaRosa D, Dunnington G. Strategies for efficient and effective teaching in the ambulatory care setting: *Acad Med.* april 1997;72(4):277–80.
39. Sinsky CA. Riding the Wave: Seven Steps to Scheduling Success. *Fam Pract Manag.* november 2022;29(6):19–24.
40. Lehner V, Smith DS. Wave Scheduling: Efficient Precepting in the Outpatient Setting. *J Physician Assist Educ.* december 2016;27(4):200–2.
41. Qiao Ting Low C, Toh YL, Teo SWA, Toh YP, Krishna L. A narrative review of mentoring programmes in general practice. *Educ Prim Care.* 03 september 2018;29(5):259–67.

Bilaga 1

Tabell 3. Litteraturmatris över studier i resultatdelen.

Nr i referenslista	Författare År Land	Studiens titel	Syfte	Metod
20	O'Sullivan B, Hickson H, Kippen R, Wallace G. 2021 Australien	Exploring attributes of high-quality clinical supervision in general practice through interviews with peer-recognised GP supervisors.	Utforska egenskaper för högkvalitativ kliniska handledning i allmänmedicin.	Kvalitativ intervjustudie.
21	Smith VC, Wiener-Ogilvie S. 2009 Storbritannien	Describing the Learning Climate of General Practice Training: the learner's perspective	Beskriva lärandemiljön vid mottagningsarbete för ST-läkare i allmänmedicin utifrån utbildningsläkarens perspektiv.	Kvalitativ studie med fokusgrupper.
22	Matthews C. 2000 Saudiarabien	Role modelling: how does it influence teaching in Family Medicine?	Samla och kategorisera vilka lärandebeteende som handledare minns från sin egna utbildning. Utveckla och använda ett frågeformulär för att samla information om kartlagda lärandebeteenden. Dra slutsatser från utbildningsläkares uppfattningar om lärandebeteenden för att utveckla inlärningsmoment.	Kvalitativ intervjustudie med kvantitativ analys av insamlad kluster-kategoriserad data?

Klinisk handledning i primärvård - finns förutsättningar för gaffelmottagning?

Hanna Gröning, Paulina Klim

23	Mazor KM, Stone SL, Carlin M, Alper E 2002 USA	What Do Medicine Clerkship Preceptors Do Best?	Undersöka studenters upplevelse av ämnen kopplade till klinisk handledning där utbildningsläkare och specialister är handledare Kartlägga potentiella mer och mindre gynnsamma handledaregenskaper.	Kvalitativ enkätstudie.
24	Irby DM. 1995 USA	Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature.	Undersöka variation i patientunderlag och mottagningsmiljö i öppenvård. Undersöka mängd, duration och innehåll, i handledar-adept interaktionen i öppenvård. Beskriva vilka karaktäristika som är utmärkande för effektiva kliniska handledare och effektiva metoder för lärande i öppenvård. Beskriva vad studenter och utbildningsläkare lär sig i öppenvården.	Litteraturoversikt över artiklar gjorda mellan 1980-1994 på ämnet inläring och undervisning i mottagningsverksamhet i öppenvård.

Klinisk handledning i primärvård - finns förutsättningar för gaffelmottagning?

Hanna Gröning, Paulina Klim

25	Laidley TL, Braddock CH, Fihn SD. 2000 USA	Did I answer your question? Attending physicians' recognition of residents' perceived learning needs in ambulatory settings	Utvärdera hur väl handledare kan känna igen utbildningsläkares självskattade inlärningsbehov i öppenvård. Identifiera huruvida igenkännandet kan förutses samt att identifiera samband mellan korrekt igenkännande och graden av utbildningsläkares tillfredsställelse.	Enkätstudie.
26	Allan R, McAleer S. 2021 Storbritannien	Parallel consulting method: student and tutor evaluation in general practice	Utvärdera parallell konsultation som metod och huruvida det hjälper studenter att utveckla färdigheter i konsultationsmässiga, kliniska och diagnostiska resonemang.	Mixed-method, intervju och enkät komponent.
27	Ahern CM, van de Mortel TF, Silberberg PL, Barling JA, Pit SW. 2013 Australien	Vertically integrated shared learning models in general practice: a qualitative study	Utforska utbildares och andra intressenters uppfattning av grupphandledningsmodeller i primärvården.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer.

Klinisk handledning i primärvård - finns förutsättningar för gaffelmottagning?

Hanna Gröning, Paulina Klim

28	Probst JC, Baxley EG, Schell BJ, Cleghorn GD, Bogdewic SP. 1998 USA	Organizational environment and perceptions of teaching quality in seven South Carolina family medicine residency programs	Utforska sambandet mellan organisatorisk miljö och lärandekvalité inom ST i allmänmedicin.	Kvalitativ enkätstudie.
29	O'Donoghue S, McGrath D, Cullen W. Educ Prim Care. 2015 Irland	How do longitudinal clerkships in general practice/primary care impact on student experience and career intention? A cross-sectional study of student experience	Undersöka studenters upplevelse av longitudinell handledning i primärvård. Identifiera de faktorer som studenter rankar högst som befrämjar inläring. Avgöra hur inläringserfarenheter påverkar karriärval.	Tvärsnitts-enkätstudie.
30	Duy Tran P, Martin Laurence J, Weston KM, McLennan PL. 2012 Storbritannien	The effect of parallel consulting on the quality of consultations in regional general practice	Utreda patienters syn på konsultationskvalitet vid användande av parallellkonsultation jämfört med konventionell konsultations modell i primärvården.	Tvärsnitts-enkätstudie.
31	Andrewartha J, Allen P, Hemmings L, Dodds B, Shires L. 2020 Australien	Escape to the country: Lessons from interviews with rural general practice interns.	Utforska hur ST-läkare upplever primärvårdsplacering i glesbygd i Tasmanien.	Kvalitativ intervjustudie.

Klinisk handledning i primärvård - finns förutsättningar för gaffelmottagning?

Hanna Gröning, Paulina Klim

32	Xakellis GC, Gjerde CL. 1995 USA	Ambulatory medical education: teachers' activities, teaching cost, and residents' satisfaction	Kvantifiera hur mycket tid handledare lägger på olika lärande respektive icke lärande aktiviteter. Dela in användning och kostnad av inlärningsresurser utifrån vilken nivå utbildningsläkaren har. Uppskatta hur handledares olika uppgifter påverkar utbildningsläkarens väntetid och nöjdhet med handledning.	Kvalitativ observationsstudie.
33	Carey TS, Bennard B. J Med Educ. 1988 USA	Involvement of three types of preceptors with residents in an ambulatory care clinic	Undersöka om generalister eller specialister bör undervisa i öppenvård samt undersöka hur väl undervisning genom handledning fungerar i öppenvård.	Kvalitativ enkätstudie.
34	Latessa R, Beaty N, Colvin G, Landis S, Janes C. 2008 USA	Family medicine community preceptors: different from other physician specialties?	Jämföra tillfredsställelse hos handledare i allmänmedicin med handledare i andra specialiteter.	Enkätstudie.