
Gruppeveiledning – et udekket behov hos leger i spesialisering

DEBATT

KARIN ISAKSSON RØ

karin.ro@legeforeningen.no

Karin Isaksson Rø er ph.d., master i helseadministrasjon, spesialist i arbeidsmedisin og instituttleder for LEFO – Legeforskningsinstituttet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LASSE DJERV

lasse.djerv@nordlandssykehuset.no

Lasse Djerv er spesialist i psykiatri og overlege. Han er koordinator for leger i spesialisering ved Nordlandssykehuset og lærer ved Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TURID BIRGITTE BOYE

bboy@ous-hf.no

Turid Birgitte Boye er spesialist i psykiatri og enhetsleder ved Enhet for psykosomatikk/CL-voksen poliklinikk, Oslo universitetssykehus. Hun er professor II ved Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ØIVIND EKEBERG

uxoiek@ous-hf.no

Øivind Ekeberg er spesialist i psykiatri, spesialrådgiver og professor emeritus ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus, og Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Leger i spesialisering er pålagt gruppeveiledning i utdanningen. Vi deler her av våre erfaringer fra gruppebasert veiledning i onkologien.

Den nye spesialistforskriften for LIS 2 og 3 som trer i kraft i mars 2019, vektlegger klinisk gruppeveiledning innenfor alle spesialiteter (1). Våre erfaringer fra onkologiske avdelinger ved Oslo universitetssykehus og Nordlandssykehuset Bodø tilsier at gruppeveiledning møter et udekket behov for å kunne dele kliniske erfaringer og utfordringer, både blant leger i spesialisering og ferdig utdannede spesialister (2).

God kommunikasjon med pasienter og pårørende er viktig for pasienttilfredshet og god behandlingskvalitet (3). For å mestre krevende lege–pasient-situasjoner (4), eksempelvis formidling av dårlig prognose (5), trengs ikke bare ferdighetstrening i kommunikasjon (3), men også refleksjon og diskusjon om egenopplevde situasjoner.

Kasuistikker er relevante og nyttige

I mangel av organiserte fora for å ta opp mer hverdagsetiske dilemmaer (6), og når terskelen til kliniske etikk-komiteer oppleves høy (7), kan etikk, kommunikasjon og pasient- og pårørendemedvirkning tematiseres i gruppeveiledning. Her kan problemstillinger drøftes fra flere perspektiver (8).

Å la gruppedeltagere foreslå temaer for veiledning med utgangspunkt i dagligdagse hendelser og problemstillinger sikrer relevans og nytte, og fører over tid til tematisk bredde i utfordringer som klinikerne står overfor (9). Både at en deltager blir bedt om å forberede en kasuistikk eller et tema som presenteres i veiledningsøkten, og at deltagerne på forhånd avtaler et tema kan fungere godt. Sistnevnte strategi gir både deltagere og veiledere mulighet til forberedelse.

Veiledning i en travel hverdag

Det krever trygghet og tillit i veiledningsgruppen å ta opp krevende temaer med eksponering av egen usikkerhet (10). Til tross for stor variasjon i antall deltagere (fra 2 til 15) og hyppig utskifting (grunnet rotasjon, vaktturnus o.l.) ser vi at deltagerne kan nyttiggjøre seg veiledning. Ustabilitet fremmer imidlertid ikke trygghet, og en gruppe med 6–8 deltagere og stabilt oppmøte rapporterte om større utbytte (2). Felles erfaringsbakgrunn og plass i hierarkiet, som når gruppen består av bare leger i spesialisering, kan bidra til trygghet. Våre erfaringer tilsier likevel at det er nyttig med diskusjon mellom leger i spesialisering og spesialister ved flere av problemstillingene. Deltagere fra grupper med både leger i spesialisering og spesialister, der veileder spesielt ivaretok behovene til legene i spesialisering, rapporterte at de var mer fornøyde enn deltagere fra grupper hovedsakelig bestående av leger i spesialisering (2).

Veiledningstid står alltid i fare for å bli nedprioritert til fordel for andre viktige oppgaver i klinikk eller forskning (11). En måte å løse dette problemet på, i tillegg til at enhetsleder selv eventuelt deltar, er å legge veiledningen til allerede fast avtalte legemøter for å vise at møtet er viktig. Erfaringsvis deltar flere leger regelmessig når møtene er faste (2).

Forankring hos ledelsen

Gruppeveiledning kan være både mer tids- og kostnadseffektiv enn én-til-én-veiledning. Problemstillinger kan belyses på mer differensierte og allsidige måter når det kommer innspill fra både gruppedeltagere og gruppeveileder.

Den nye spesialistforskriften understreker at utdanningsvirksomheten *skal* legge til rette for at legen får nødvendig veiledning. Planleggingen bør dermed være godt forankret og fremmet av ledelsen for å sikre mulighet for regelmessig deltagelse, skjerming av tid, passende antall deltagere og klarhet i hvordan temaer bestemmes (1). Veileders kunnskap, erfaring og håndtering av veiledningssituasjonen er avgjørende for gode og nyttige gruppeprosesser (12). Dette innebærer at det også må settes av tid til opplæring av gruppeveiledere, og at deres tid til veiledning må skjermes.

LITTERATUR

1. FOR-2016-12-08-1482. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482> (21.8.2018).
2. Isaksson Rø K, Djerv L, Boye TB et al. Gruppeveiledning for LIS, erfaringer fra onkologi. <https://yngreleger.no/artikkel/gruppeveiledning-for-lis-erfaringer-fra-onkologi> (21.8.2018).
3. Gulbrandsen P, Finset A. Skreddersydde samtaler – en veileder i medisinsk kommunikasjon. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2014.
4. Finset A, Ekeberg Ø, Eide H et al. Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. *Psychooncology* 2003; 12: 686 - 93. [PubMed][CrossRef]
5. Rogg L, Aasland OG, Graugaard PK et al. Direct communication, the unquestionable ideal? Oncologists' accounts of communication of bleak prognoses. *Psychooncology* 2010; 19: 1221 - 8. [PubMed][CrossRef]
6. Bringedal B, Isaksson Rø K, Magelssen M et al. Between professional values, social regulations and patient preferences: medical doctors' perceptions of ethical dilemmas. *J Med Ethics* 2018; 44: 239 - 43. [PubMed]
7. Førde R, Pedersen R. Clinical ethics committees in Norway: what do they do, and does it make a difference? *Camb Q Healthc Ethics* 2011; 20: 389 - 95. [PubMed][CrossRef]
8. Lycke KH, Handal G, Lauvås P. Veiledning med leger under utdanning. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010.
9. Stensen OA, Brinchman-Hansen Å. Hva er god veiledning? – en praktisk innføring i veiledning av leger i spesialisering i sykehus. <http://legeforeningen.no/PageFiles/40353/Hva%20er%20god%20veiledning.pdf> (12.4.2018).

10. Tveiten S. Veiledning – mer enn ord ... Bergen: Fagbokforlaget, 2008.
 11. Birkeli CN. Nasjonal evaluering for spesialistutdanningen for leger 2016. Oslo: Legeforskningsinstituttet, 2017.
<http://legeforeningen.no/PageFiles/283794/Nasjonal%20evaluering%20av%20spesialistutdanningen%20for%20leger%20LEFO%202017.pdf>
 12. Hougaard Jacobsen C, Mortensen KV. Supervision av psykoterapi og andet behandlingsarbejde. Almen og psykodynamisk supervisionsteori. København: Hans Reitzels Forlag, 2017.
-

Publisert: 1. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0569

Mottatt 4.6.2018, første revisjon innsendt 29.8.2018, godkjent 30.8.2018.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 31. august 2026.