

Gruppeveiledning

Versjon 1.0 (sist oppdatert 08.05.18)

1 Mål for gruppeveiledningen

Gruppeveiledningen er et faglig supplement til supervisjon og individuell veiledning i del 1 i kommunene og skal sikre kvaliteten i tjenesten. Målet for gruppeveiledningen er å

- Reflektere over faglig praksis, samt begrunnelser og verdier som ligger til grunn
- **Tilegne seg kunnskap for mestring, innsikt og forståelse** av psykososiale utfordringer som legeyrket bringer
- Danne et **faglig og sosialt nettverk** hvor legen kan hente kollegial støtte i hverdagen. Eventuelt bidra til dialog hvis konflikter oppstår på legekontoret og i kommunen
- Utvikle **faglig trygghet**
- Oppnå forståelse og innsikt i sitt spesialiseringsfelt for leger som velger en annen spesialisering enn allmenntilleggsmedisin.

1.1 Læringsmål/emner

I spesialistutdanningen for leger er det vedtatt læringsmål for alle deler av utdanningen. Med læringsmål menes hva en lege skal forstå, kunne og være i stand til å utføre og gjennomføre etter endt læringsprosess for henholdsvis del 1 og del 3 i spesialistutdanningen. Læringsmålene er publisert i [Spesialistforskriftens vedlegg II](#). For del 1 er det vedtatt læringsmål både i klinisk kompetanse og i kompetanse knyttet til generelle kunnskaper, holdninger og ferdigheter. Sistnevnte benevnes felles kompetansemål (FKM) og er godt egnet til refleksjon i gruppe, særlig tema knyttet til etiske problemstillinger og legerollen.

I Helsedirektoratets dokument «Spesialistutdanning for leger del 1–3. Felles kompetansemoduler (FMK)» presenteres læringsmålene i FKM med utdypende tekst, læringsaktiviteter og vurderingsformer¹. I dokumentet fremgår det også hvilke læringsmål som skal godkjennes i sykehuset og hvilke som skal godkjennes i kommunen og hvilke læringsarenaer som bør benyttes. Denne fordelingen skal følges dersom ikke annet er avtalt særskilt mellom kommunen og det helseforetaket LIS1 har vært ansatt i første året av del 1.

1

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Godkjenning%20og%20autorisasjon/Spesialistgodkjenning/Lege/Læringsmål%20for%20felles%20kompetansemoduler%20del%201-3,%20inkludert%20fordeling%20av%20læringsmål%20i%20del%201%20mellom%20foretak%20og%20kommuner.pdf>

I dette kapitlet presenteres de læringsmålene gruppeveiledningen bør bidra til å oppnå. Dette er ikke til hinder for at gruppeveiledningen også kan inneholde andre temaer som deltakerne finner spesielt relevant å ta opp.

1.1.1 Læringsmål som bør dekkes helt eller delvis i gruppeveiledningen

Gruppeveiledning for LIS 1 i kommunen skal bidra til læring i følgende kompetanser:

Etikk

- **FKM LM-02.** Kunne identifisere, analysere og håndtere noen etiske utfordringer i egen klinisk praksis under veiledning.
- **FKM LM-03.** Kjenne til og ha bevissthet om etiske utfordringer i et multikulturelt samfunn og et folkehelseperspektiv. (også i kurs i offentlig arbeid)

Forebygging

- **FKM LM-06.** Være kjent med begrepene overdiagnostikk/overbehandling og kunne reflektere over konsekvenser for pasient og samfunn. (også i kurs i offentlig helsearbeid)

Kunnskapshåndtering (samvalg) Knytte opp mot kasuistikk

- **FKM LM-26.** Kjenne til hvilke typer kunnskap en må innhente og formidle til pasienten, ved behandlingsvalg der pasientens preferanser og personlige avveininger er relevante (samvalg).
- **FKM LM-27.** Under veiledning kunne innhente og presentere kunnskap om hva pasienter kan forvente av forsvarlige og tilgjengelige behandlinger for hvert behandlingsmål som er viktig for pasienten (samvalg).
- **FKM LM-28.** Under veiledning kunne bistå pasienter i å veie kunnskap om fordeler og ulemper ved behandlinger opp mot hverandre og bli enige om behandling (samvalg).

Nærmere om LM innen kunnskapshåndtering, inkl LM 26-28:

Lov om pasient- og brukerrettigheter fastslår at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom forskjellige undersøkelses- og behandlingsmetoder, og at pasienten også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Integrasjon av kunnskap og pasientinvolvering gjennom samvalg er etterlyst i Nasjonal helse- og sykehusplan 2015, Legemiddelmeldingen 2015 og i Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet 2015.

Å velge, og å følge opp behandling basert på beste kunnskap, i tråd med hva som er viktig for enkelt pasienten, er en kjernekompetanse for leger. Leger må vite hva som kjennetegner en god beslutning, og være i stand til å integrere kunnskap i en god beslutningsprosess sammen med pasienten. Nasjonal helse- og sykehusplan gjengir åtte krav til denne type kunnskaps- og beslutningsprosesser:

1. *Det er klart og tydelig for både pasient og helsepersonell at det finnes en beslutning og ta, og beslutningen blir tematisert*
2. *Det er klart og tydelig for både helsepersonell og pasient at pasientens personlige prioriteringer er avgjørende for å finne riktig behandling*
3. *Alle tilgjengelige og forsvarlige behandlingsalternativer blir vurdert*
4. *Både helsepersonell og pasient har klart for seg hvilke fordeler og ulemper ved behandlingene som betyr mest for pasienten*
5. *Helsepersonell kommuniserer tydelig hva pasienten kan forvente av behandlingene*
6. *Pasienten er med og veier fordeler og ulemper opp mot hverandre*
7. *Pasient og helsepersonell samarbeider om å bli enige om hva som er beste behandling*
8. *Pasienten får nok støtte til å delta i beslutningen*

Disse åtte nøkkelferdighetene handler henholdsvis om behandlinger, beslutninger og kommunikasjon. I del 1 av spesialistutdanningen lærer kandidaten seg hvorfor og i hvilke tilfeller det er viktig å tematisere beslutninger i møtet med pasienten. Kandidaten lærer å innhente kunnskap om hvilke behandlingsalternativer som er tilgjengelige, og ansett for å være forsvarlige, i Norge, og hvordan behandlinger kan sammenlignes direkte mot hverandre, ut fra de utfallsmål ("behandlingsmål" eller "fordeler og ulemper") som er viktige for pasienten.

Betydningen av å involvere pasienten i beslutninger kan være mest åpenbar ved kroniske lidelser der behandling stadig revurderes, og hos pasienter som blir stilt overfor et irreversibelt, avgjørende behandlingsvalg, som kreftbehandling eller i situasjoner der et stort kirurgisk inngrep er ett av behandlingsalternativene. For en nyutdannet lege kan det enkleste være å tilegne seg ferdighetene i allmennpraksis, for eksempel i møte med pasienter som benytter legemidler ved kroniske lidelser.

Pasient- og brukermedvirkning

- **FKM LM-48.** Kunne involvere pasienter, pårørende, brukerrepresentanter og framtidige brukere som aktive partnere på det nivå partnerne selv ønsker i et likeverdig samarbeid for å ivareta brukermedvirkning på individnivå.
- **FKM LM-49.** Kunne anerkjenne og anvende pasienters erfaringskompetanse på en slik måte at pasienten selv oppfatter seg verdsatt og respektert.
- **FKM LM-50.** Kunne vise evne til å tilstrebe frivillighet og selvbestemmelse for pasientene og under veiledning kunne involvere pasienten mest mulig i prosessen når tvangsutøvelse vurderes nødvendig.

Nærmere om LM 48-49:

Målet er ganske omfattende og involverer nær alle sentrale aspekt. Tanken er å :

- 1) Fremheve brukermedvirkning
- 2) Fremheve individ
- 3) Fremheve at brukeren skal ha en aktiv rolle og ikke bare være en som er tilstede
- 4) Fremheve at brukere kan ha ulike ønsker når det gjelder grad av involvering
- 5) Fremheve at det skal være likeverdighet i samarbeidet.

Grunnlaget for brukermedvirkning er likeverdighet. Fordi det oftest er en maktubalanse (brukeren oppsøker en ekspert/hjelper), kan likeverd skapes gjennom at pasienten føler seg verdsatt og respektert. Selv om helsepersonell oppfatter at de har respekt for pasienten, er det ikke uvanlig at pasienten ikke føler seg respektert. Dermed må fokus må være på pasientens opplevelse og ikke spesialistens intensjon. Dette er vanskelig fordi spesialisten ikke kan kontrollere hvordan pasienten opplever situasjonen, men det kan måles ved å spørre pasienten om hvordan pasienten har opplevd konsultasjonen. Det er også viktig å få fram at pasientens erfaringer, opplevelser og verdier skal settes i fokus og begrepet erfaringskompetanse er valgt for å fremheve dette.

Systemforståelse, organisasjonsutvikling og ledelse

- **FKM LM-62.** Kunne reflektere over egen rolle og ansvar i et helhetlig helsevesen, og balansere rollen som pasientens hjelper med rollen som portvokter og forvalter.

Psykisk helse

LM 82 og 84 i Kliniske læringsmål for del 1², hører primært med til lokal veiledning, men berøres i forbindelse med kasuistikker.

- **LM-82.** Kunne anvende den kliniske beslutningsprosessen for pasienter med psykiske lidelser i allmennpraksis (depresjon, angst-/tvangslidelser, psykoser, søvnproblemer, rusavhengighet, vurdere selvmordsfare) under supervisjon.
- **LM-84.** Kjenne til prinsippene for utredning, behandling og omsorg ved kognitiv svikt.

Læringsmålene utgjør ikke alene innholdet i gruppeveiledningen. Det må i tillegg være rom for å ta opp ulike tema som gruppeveileder og/ eller deltakerne ønsker å bringe inn i gruppen. Det skal være rom for å dele vanskelig eller gode lærerike erfaringer.

1.1.2 Eventuelt andre læringsmål som kan være relevante

Pasient- og pårørendeopplæring

- **FKM LM-53.** Kunne identifisere og konkretisere individuelle behov for opplæring og legge til rette for læring og mestring.

Forebygging

- **FKM LM-05.** Kjenne til prinsipper ved ulike typer forebyggende arbeid på individ- og gruppenivå.

2 Gjennomføring

I dette kapittelet vil form og opplegg for gruppeveiledningen beskrives.

2.1 Målgruppe, varighet, antall deltakere og gruppeveiledere

Målgruppe: LIS 1 i kommunehelsetjenesten.

Varighet: 2-3 dager totalt fordelt etter lokale behov for hvordan det sekvenserer gjennom halvåret.

Antall deltakere: Maks 12, 8 er ideelt.

Kursledere: Gruppeveiledere med kompetanse i veiledning.

2.2 Pedagogiske virkemidler/undervisningsmetode

Gruppeveileder

Gruppeveileder skal lede samlingene ved å fasilitere god gruppedynamikk og stimulere til refleksjon i grupper. Veileder skal bidra til å skape et godt læringsmiljø for utvikling av primærmedisinske kunnskaper og ferdigheter.

Samling

- Gruppebasert veiledning og refleksjon basert på egen praksis. Gjerne kasuistikkbasert. Alternativet kan være aktuelle audiovisuelle hjelpemidler til innledning.
- Refleksjonsøvelser: F.eks. kan man presenterer en kasuistikk og to og to summer om alternativ tilnærming før det tas i gruppen.
- Audit: F.eks. sykemelding- og henvisningsstatistikk. Hver LIS 1 kan samle inn egne data og f.eks. to LIS 1 presenterer auditen for resten av gruppen.
- Det er viktig at gruppedeltakerne presentere egne kasuistikker og veileder innbyr til refleksjoner. Når gruppen presenterer kasuistikker, er det viktig at veileder inkluderer etiske og kulturelle aspekter.

Koordinering av tema

- Gruppeveileder oppfordres til kontakt med deltakernes individuelle veileder for å koordinere innhold i gruppe- og individuell veiledning

2.3 Vurdering av oppnådd kompetanse

I etterkant av samlingene bør det gjennomføres en vurdering av om deltakerne har oppnådd ønsket kompetanse i henhold til læringsmålene. En slik vurdering krever imidlertid at deltakerne på forhånd har fått informasjon om hvilke kriterier de skal vurderes på.

Helsedirektoratet vil utgi en veileder i vurdering i løpet av 2018. Denne veilederen vil gi noen føringer for hvordan vurderingen kan gjennomføres.

2.4 Evaluering

Deltakere bør etter endt samling gjennomføre en evaluering for å vurdere om gruppeveiledningen oppleves å være relevant for arbeidet. Innhold og tema bør evalueres etter endt samling, og innspill til tema basert på deltakernes behov og ønsker bør inkorporeres i senere samlinger for å sikre relevans på lang sikt.

Tilbakemeldinger kan innhentes ved:

1. Evalueringsrunde med deltakerne, åpen og muntlig ved avslutningen av samlingen.
2. Skriftlig anonym evaluering av samlingens ulike deler fra deltakerne.
3. Arrangører, undervisere og instruktørers evaluering ved møte etter samlingen eller underveis.