

# Veiledning av LIS i ny spesialitetsstruktur

---

## Innholdsfortegnelse

1.0	Sammendrag.....	3
2.0	Arbeidsgruppens anbefalinger.....	4
3.0	Innledning.....	4
3.1	Mandat.....	5
3.2	Arbeidsform.....	5
3.3	Arbeidsgruppens sammensetning.....	5
3.4	Rapportens struktur .....	5
3.5	Teorigrunnlag for veiledning.....	6
4.0	Beskrivelse av dagens veiledning.....	7
4.1	Dokumenter og forskrifter som regulerer veiledning av turnusleger. ....	7
	Veiledning av turnusleger i sykehus.....	9
	Veiledning av turnusleger i kommunehelsetjenesten .....	9
	Veileders rolle i dagens turnusordning.....	10
4.2	Dokumenter og forskrifter som regulerer veiledning av dagens spesialistkandidater .....	11
	Veileders rolle i dagens spesialistutdanning.....	12
4.3	Evaluering av dagens veiledning .....	12
	Evaluering av dagens veiledning i turnustjenesten.....	12
	Evaluering av dagens veiledning i spesialistutdanningen .....	14
4.4	Supervisjon av dagens turnusleger og spesialistkandidater.....	14
4.5	Oppsummering av dagens veiledning og supervisjon .....	15
5.0	Roller og funksjoner knyttet til veiledning og supervisjon av LIS i ny spesialitetsstruktur.....	15
5.1	Roller og funksjoner knyttet til veiledning og supervisjon av LIS i sykehus.....	15
5.2	Roller og funksjoner knyttet til veiledning av LIS i kommunehelsetjenesten.....	20
6.0	Praktisk gjennomføring av veiledning i sykehus. Bruk av ressurser.....	22
6.1	Årshjul.....	22
6.2	Ressurser til veiledning av LIS for den enkelte avdeling .....	23
7.0	Veilederutdanning .....	24
7.1	Læringsmål for veilederutdanning .....	24
7.2	Opplegg for veilederutdanningen i sykehus .....	25

7.3. Opplegg for veilederutdanning i kommunehelsetjenesten .....	26
8.0 Styrket pedagogisk kompetanse knyttet til supervisjon og veiledning.....	27
9.0. Veiledernettsverk lokalt/regionalt/nasjonalt .....	28
9.1 Lokale erfaringsseminarer .....	28
9.2 Regionale og nasjonale veiledernettsverk.....	29
10.0 Implementeringsplan .....	29
10.1 Utdanningsbehov av veiledere for LIS-1 i sykehus.....	29
9.2 Utdanningsbehov av veiledere for LIS 1 i kommunehelsetjenesten .....	30
Vedlegg .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Praktisk gjennomføring og kjøreregler for veiledning .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>

## 1.0 Sammendrag

I forslag til ny spesialitetsstruktur har Helsedirektoratet foreslått å styrke veiledningen av leger i spesialisering (LIS) ved å utvide veilederrollen og gjøre veilederutdanning obligatorisk for alle leger med veilederansvar. Undersøkelser av veiledningstjenesten for turnusleger og for LIS har vist at den ikke gjennomføres i tråd med regelverket. Kun én av tre LIS får veiledning månedlig slik normen tilsier.

I foreliggende rapport beskriver arbeidsgruppe 4 dagens ordning med veiledning av turnusleger og LIS og gir forslag til roller, funksjoner og organisering av veiledningstjenesten for LIS i ny spesialitetsstruktur. Veilederutdanningen er beskrevet med læringsmål. Gruppen anbefaler separate kurstilbud for veiledere i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Læringsmålene er de samme, men fordi veiledningen i praksis arter seg ulikt anses det som viktig at dette reflekteres ved å lage ulike øvingsarenaer.

Veiledningskursene for leger i sykehus bør knyttes til de regionale utdanningssettene og gå over to pluss en dag. Kurskomiteene bør bestå av leger med erfaring som veiledere i samarbeid med personer med pedagogisk kompetanse. Kursene bør være en kombinasjon av teori og praktiske øvelser og bør gi god trening i en-til-en veiledning og ledelse av gruppe. I perioden mellom første og andre kurssamling skal kursdeltakerne gjennomføre egen veiledning. Erfaringer fra egen praksis drøftes på kursets tredje dag. Utdanningssettene har en viktig rolle i utvikling og gjennomføring av veilederkursene.

Veilederutdanningen i kommunehelsetjenesten (del 1) for de som skal ha 1:1 veiledning, foreslås som et dagskurs med oppfølging av et dagskurs 4 – 5 måneder senere. De som har ansvar for gruppeveiledning av LIS i kommunetjenesten får eget 2 dagers kurs. Begge kurs foreslås gjennomført i regi av Fylkesmannen som i dag. Dagens ordning med to gruppebaserte veiledninger for LIS1 er foreslått videreført.

Gruppen foreslår at LIS får både individuell veiledning og veiledning i gruppe. Veiledningen gjennomføres med samme ressursbruk som i dagens anbefalinger. Veileders rolle i begge veiledningsformene er beskrevet i denne rapporten. Veiledningen bør være månedlig og ta utgangspunkt i legenes praksis.

Avdelingsleder har ansvar for at det settes av tilstrekkelig tid og ressurser til veiledning både for veileder og LIS. Tid avsatt til veiledning må tydelig fremgå i avdelingens tjenesteplan. Leder har også ansvar for at det utdannes tilstrekkelig antall veiledere for å dekke enhetens behov slik at denne kan gjennomføres i henhold til retningslinjene.

Som et ledd i styrking av veiledningen foreslår arbeidsgruppen at det etableres veiledernetter lokalt, regionalt og nasjonalt. Hensikten er å lære av hverandres erfaringer i forhold til veilederrollen og veilederoppavene. De nasjonale kursene bør arrangeres som tellende etterutdanningskurs.

I den nye spesialistutdanningen innføres felles kompetansemoduler som skal gå gjennom hele utdanningsløpet. Kompetansemodulene reflekterer legens ulike roller, og veileder får et ansvar i forhold til å belyse tematikk fra disse i veiledningen.

Ny spesialitetsstruktur legger opp til større grad av planlagt supervisjon og evaluering «bed-side» for å oppnå læringsmålene. Arbeidsgruppen anbefaler derfor å styrke den pedagogiske kompetanse hos alle LIS ved innføring av en obligatorisk modul i Del 2 av spesialistutdanningen.

## 2.0 Arbeidsgruppens anbefalinger

Arbeidsgruppens anbefalinger for å stryke veiledningen og supervisjonen av LIS er:

- Alle som veileder LIS (1 og 2/3) skal ha gjennomført veilederutdanning
- Veileder har, som en av sine viktigste funksjoner, å stimulere til refleksjon rundt utøvelsen av faget og i tillegg ha særlig fokus på legerollen og de nye felles kompetansemodulene (se beskrivelse av veilederrollen). I tillegg skal veileder vurdere LIS' egnethet og egeninnsats i forhold til måloppnåelse etter fastsatte retningslinjer (halvårlig)
- Veiledere skal få styrket vurderingskompetanse som del av veilederutdanningen
- LIS skal ha både en-til-en veiledning og gruppeveiledning
- Alle LIS skal tilbys veiledning ca. hver 4. uke
- Veiledningsgruppene skal bestå av max 7-8 LIS og bør ha 2 veiledere
- Oppstart av første en-til-en veiledning skal skje senest 3 uker etter oppstart som hhv. LIS 1 og 2/3
- Veiledningen skal ta utgangspunkt i legenes praksiserfaringer, spørsmål, dilemmaer og læringsbehov.
- Supervisjonen av LIS bør styrkes: Alle overleger og LIS har ansvar for å drive fortløpende supervisjon. Det bør utpekes lege(r) med spesielt ansvar for planlagt supervisjon «bed side». I del 1 kan dette være en erfaren LIS med nødvendig pedagogisk kompetanse.
- Alle LIS skal skoles med grunnleggende pedagogisk kompetanse gjennom å oppfylle læringsmål i felles kompetansemoduler som omhandler slik kompetanse
- Leger med spesielt ansvar for planlagt supervisjon «bedside» skal tilbys eget ferdighetskurs i slik supervisjon.
- Linjeledelsens ansvar knyttet til utdanningsoppgavene skal styrkes
- Tid til veiledning og planlagt supervisjon skal settes av på tjenesteplan
- De regionale utdanningssettene vil ha en viktig rolle i å utvikle og tilby veilederkurs, samt etter- og videreutdanningstilbud for veiledere og leger som har ansvar for planlagt supervisjon

## 3.0 Innledning

I arbeidet med ny struktur av spesialistutdanningen for leger har det fremkommet behov for å styrke veiledningen av LIS. I Helsedirektoratets Rapport IS-2079-3 (Fremtidens legespesialister: En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og – innhold) skisseres en rekke svakheter ved veiledningen pr. i dag som det er ønskelig å møte blant annet med krav om obligatorisk veilederutdanning for alle som skal veilede LIS.

Den nye spesialistutdanningen skal i tillegg til fordypningen i de enkelte fagområder også omfatte felles kompetansemoduler med læringsaktiviteter gjennom hele utdanningsløpet. De ulike temaområdene som inngår i fellesmodulene er: kommunikasjon, samhandling, opplæring av pasienter og pårørende, brukermedvirkning, ledelse, etikk, systemforståelse, lovverk,

organisasjonsutvikling, kvalitet, pasientsikkerhet, forskningsforståelse og kunnskapshåndtering. Tre forskjellige arbeidsgrupper har høsten 2015 utarbeidet læringsmål for disse nye modulene.

### 3.1 Mandat

Veilederne vil ha en nøkkelrolle i gjennomføring av ny spesialistutdanning, og for å styrke veilederkompetansen har Helsedirektoratet opprettet en fjerde arbeidsgruppe som er gitt følgende mandat:

*Beskrive roller, organisering og oppgaver for veiledningen i hele spesialistutdanningen, og læringsmål og opplegg for veilederutvikling.*

Turnustjenesten vil i ny struktur inngå som del 1 av spesialistutdanningen, slik at mandatet omfatter også veiledningen av LIS-1 i sykehus og distrikt.

### 3.2 Arbeidsform

Arbeidsgruppen har hatt seks heldagsmøter i perioden august 2015-mars 2016. Gruppen har diskutert seg frem til avgrensede arbeidsoppgaver som de ulike gruppe medlemmene har kunne jobbe med mellom møtene. Gruppen har forholdt seg til fortløpende oppdateringer fra arbeidet i de øvrige arbeidsgruppene, til arbeidet med revisjon av forskrift og til det pågående tverregionale prosjektet som våren 2016 jobber med overgang til ny spesialistutdanning.

### 3.3 Arbeidsgruppens sammensetning

- Elisabeth Søyland, utdanningsleder, Oslo Universitetssykehus (*leder av gruppen*)
- Åse Brinchmann-Hansen, fagsjef, Den Norske Legeforening
- Sverre Lundevall, fastlege, veilederkoordinator, Oslo
- Helge Haarstad, medisinsk fagsjef, St. Olav
- Kjersti Ødegaard, LIS, Helse Stavanger
- Øivind Irtun, Leder for programstyret for legers videre- og etterutdanning, UiT/UNN
- Monika Kvernenes, 1.aman. medisinsk pedagogikk, Universitet i Bergen (*sekretær*)
- Annelise Skeie, Veileder, Sogndal kommune

### 3.4 Rapportens struktur

Rapporten har tre hoveddeler:

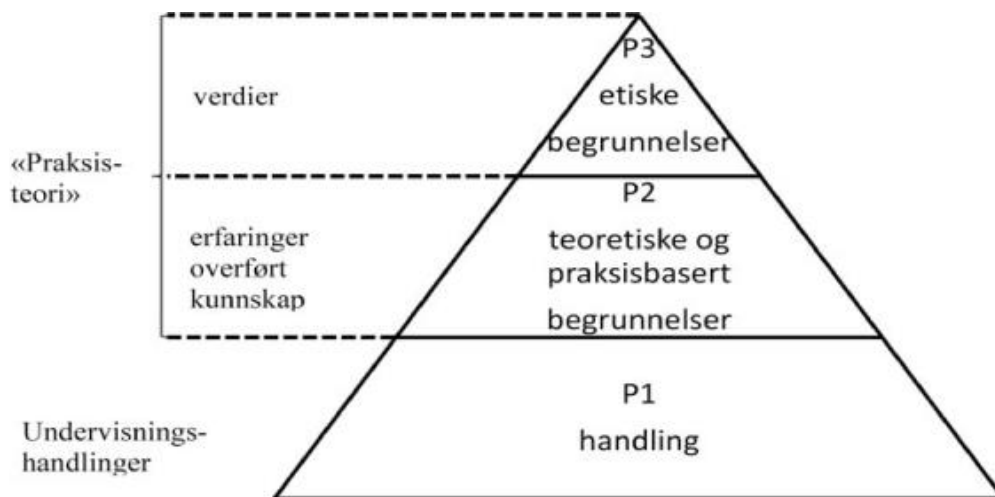
1. **Beskrivelse av dagens veiledning;** Forskrifter og evalueringer. (kap. 4)
2. **Forslag til veiledning og supervisjon av LIS i ny spesialitetsstruktur;** Forslag til endringer/forbedringer av dagens veiledning. (kap. 5 og 6)
3. **Tiltak for å styrke pedagogisk kompetanse og veilederkompetanse:** Forslag til hvordan veilederutdanningen bør organiseres og gjennomføres, inkludert læringsmål som beskriver den kompetansen veilederne skal ha etter gjennomført veilederutdanningen. (kap. 7 , 8 og 9)

Leger som gjennomfører turnustjeneste etter dagens regler omtales her som *turnusleger*. I dag er disse ansatt i midlertidig stillinger etter søknad. I ny ordning vil turnustjenesten inngå som Del 1 av spesialistutdanningen og turnuslegene vil da bli kalt LIS 1.

### 3.5 Teorigrunnlag for veiledning

Leger som inngår i spesialiseringssløp (LIS) driver yrkesutøvelse under opplæring. Det betyr at det må tilrettelegges for at læring finner sted ved hjelp av ulike virkemidler som undervisning og veiledning. I prinsippet er det glidende overgang mellom undervisning og veiledning, men veiledning er som oftest rettet mot individuelle behov og tar i større grad utgangspunkt i LIS-ens yrkespraksis.

I norsk medisinsk veiledningspedagogikk står *refleksjon over yrkespraksis* sentralt<sup>1</sup>. I modellen som omtales som «praksistrekanten» skisseres tre nivåer av profesjonell yrkespraksis hvor første nivå (P1) er yrkeshandlinger, P2 er teori og praksisbaserte begrunnelser og P3 er etiske begrunnelser (se figur under).



Modellen utgjør et rammeverk for å drive systematisk veiledning gjennom bevisstgjøring av hvilke begrunnelser som ligger bak legenes valg i kliniske situasjoner.

Den samme tredelingen finner vi igjen i Donald Schöns modell for refleksjon. Schöns arbeid er viktig fordi han tidlig viste betydningen av refleksjon over praksis for profesjoner som arbeider i spenningsfeltet mellom teori og praksis. Mange avgjørelser i medisinsk, klinisk arbeid må tas på grunnlag av *skjønn*. Det finnes sjelden fasit-svar. Refleksjonssamtaler med mer erfaren kollega øker bevissthet på hva vi gjør og hvorfor vi gjør.

Schön skriver om «den reflekterende praktiker» og skiller mellom *refleksjon i handling* og *refleksjon over handling*. I tillegg kan man tenke seg et tredje nivå som er refleksjon løstrevet fra handling hvor

<sup>1</sup> Lycke, Handal & Lauvås (2005) *Veiledning med leger under utdanning*.

man diskuterer og tar stilling til de verdier og teorier som ligger til grunn for praksis (se tabell under).<sup>2</sup>

Type refleksjon	Eksempler	Relasjon til yrkesutøvelse	
Refleksjon «løsrevet» fra handling	Teorigrunnlag, verdier, egen læringsprosess	Ingen handlingstvang	Veiledning
Refleksjon over handling	Tilbakeskuende, diskusjon/refleksjon over handlinger	Ingen handlingstvang	Veiledning/ Strukturert veiledning
Refleksjon i handling	Instruksjon, observasjon, umiddelbar feedback	Handlingstvang: foregår integrert i yrkesutøvelsen	Supervisjon

For å skille mellom de ulike formene for refleksjon skiller man ofte mellom begrepene veiledning og supervisjon:

**Veiledning:** brukes i hovedsak om de to øverste formene for refleksjon. Her er ingen handlingstvang og samtalen foregår avskjermet fra selve yrkesutøvelsen. I denne sammenheng bruker vi begrepet veiledning i betydningen regelmessige samtaler mellom spesialistkandidat og overlege/mer erfaren lege hvor hensikten er å kunne *reflektere* over praksis og gi begrunnelser for handlinger og valg i jobben som lege. Veiledningen har en viktig funksjon som læringsarena der kandidaten kan reflektere over og drøfte spørsmål, erfaringer og egen læring i en kontekst som ikke er preget av den kliniske hverdagspraksis.

**Strukturert supervisjon:** Innen helsefag brukes begrepet praksisveiledning. Enten vi bruker begrepet strukturert supervisjon eller praksisveiledning, menes her at man ikke bare observerer og gir feedback i en praktisk situasjon «bed-side», men også gir rom for refleksjon over handlingen og de valg man gjorde, i etterkant av handlingen.

**Supervisjon:** brukes om de fortløpende tilbakemeldingene og rådene mindre erfarne leger får fra mer erfarne kollegaer. Supervisjon foregår daglig i det kliniske arbeidet hvor yrkesutøvelsen er overordnet læringen. Supervisjon er som regel uregelmessig, tilfeldig og ikke-planlagt.

Både veiledning og supervisjon har som felles siktemål å støtte opp under spesialistkandidatens læring.

## 4.0 Beskrivelse av dagens veiledning

### 4.1 Dokumenter og forskrifter som regulerer veiledning av turnusleger.

I dag reguleres turnustjenesten gjennom følgende dokumenter:

- Turnus for leger. Rundskriv og veileder til turnusordning for leger (under revisjon). IS 6/2015
- Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger (Spesialistgodkjennings-forskriften)

<sup>2</sup> Schön, D. (1991) *The Reflective Practitioner*. Lauvås, P. og Handal, G. (2000) *Veiledning og praktisk yrkesteor*.

- Forskrift om praktisk tjeneste (Turnustjeneste) for leger ved loddtrekning (turnusforskriften)
- Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon
- Forskrift om lisens til helsepersonell
- Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus
- Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits

Fordi flere av forskriftene er under revisjon har arbeidsgruppen valgt å hente formålsbeskrivelsen for turnustjenesten fra Rundskriv og veileder til turnusordning for leger (IS 6/2015). Bakgrunnen for dette er følgende merknad i innledningen til Rundskrivet:

*Merknadene til forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger (Spesialistgodkjenningsforskriften) som omhandler turnus er fjernet fra forskriften. Dette rundskrivet erstatter disse merknadene i sin helhet.*

Formålet med turnustjenesten er:

*Turnustjenestens hensikt er at turnuslegen gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning, opplæring og supervisjon skal få nødvendig grunnleggende erfaring og praktisk rutine for å kunne utføre sin legevirkosomhet på en forsvarlig måte.*

Her er det også formulert delmål for sykehustjenesten og turnustjeneste i kommunehelsetjenesten.

I disse dokumentene spesifiseres det at arbeidsgiver har ansvaret for at det settes av tilstrekkelig tid til planlagt veiledning gjennom hele turnusperioden. Turnuslegen skal tildeles en personlig oppnevnt veileder hvis hovedansvar er å følge opp turnuslegen slik at tjenesten gjennomføres i tråd med målbeskrivelsen. Videre understrekes det at det er viktig at både veileder og turnuslege gjensidig vurderer og tar opp eventuelle problemer i henhold til målbeskrivelsen. Dette gjelder både turnuslegens egnethet og egeninnsats for å oppfylle målbeskrivelsen og eventuelle uheldige forhold på det aktuelle turnusstedet.

I rundskriv IS 6/2015 står det videre:

*Turnuslegen skal i tillegg få løpende veiledning i tilknytning til arbeidsoppgavene. Denne prosessen betegnes som "opplæring under supervisjon", og veiledningsoppgaver i denne sammenheng er ikke begrenset til den oppnevnte veileder. Det understrekes imidlertid at veileder har et «overoppsyn» med turnuslegen.*

I tillegg til disse regulerende dokumentene finnes det veiledende og normgivende skriv som har hatt innvirkning på tjenesten (omtales nærmere i avsnitt 2.2 og 2.3). Dette er hentet fra Legeforeningens Veileder for hhv. turnus i sykehus og turnus i kommunehelsetjenesten.



## **Veiledning av turnusleger i sykehus**

Den norske legeforening har hatt en sentral rolle i veiledningen av turnusleger blant annet ved å spesifisere kravene til veiledning og tilby veilederkurs.

I legeforeningens *Veileder for turnus i sykehus – En praktisk veileder om turnustjenesten utgitt av Turnusrådet (2005)*, understrekes det at:

- Veileder skal være kjent for turnuslege ved tiltredelse. Første veiledningssamtale bør finne sted senest innen tre uker etter tiltredelse.
- Veileder skal følge opp turnuslegen slik at tjenesten gjennomføres i tråd med målbeskrivelsen. I løpet av den første veiledningssamtalen skal legen og veileder enes om en plan hvor gjensidige plikter, ansvar og tjenesteforløp fremgår, og de skal diskutere seg frem til en plan for legens turnustjeneste.
- Arbeidsgiver har ansvar for at det settes av tilstrekkelig tid til veiledning. Anslagsvis 2 timer per møte. Turnusrådet mener at tre veiledningssamtaler er et absolutt minimum i løpet av turnusen på hver enkelt avdeling.
- Veiledningen skal ta utgangspunkt i turnuslegens praksis og foregå i dialog-form.
- Veileder skal bidra til at turnuslegen reflekterer over faglig praksis og begrunnelser og verdier som ligger til grunn.
- Veileder og turnuslege skal evaluere turnuslegens tjeneste og egeninnsats i forhold til måloppnåelse midtveis og ved slutten av hver periode.
- Veileder informerer turnuslege ved spørsmål om underkjenning av tjeneste.

*Veileder for turnustjeneste i sykehus* inneholder også en liste over de praktiske ferdigheter som bør være oppnådd ved hjelp av observasjon eller selvstendig arbeid i løpet av tjenestetiden. Det understrekes at listen er veiledende og ment som en hjelp til veileder og turnuslege under planlegging og gjennomføring av turnustjenesten. Legeforeningens *Veileder for turnus i sykehus*, inkludert ferdighetslisten, er nå under revisjon.

## **Veiledning av turnusleger i kommunehelsetjenesten**

Ordningen om turnustjeneste i kommunehelsetjenesten er avtalefestet i rammeavtale mellom KS og Legeforeningen ASA 4310. Rammeavtalen omtaler turnuslegene i punkt 11.1 og 11.2.

- Pkt. 11.1: berører kommunens avtale med veileder og stadfester at det skal legges til rette for at turnuslegen kan utføre sin tjeneste i henhold til forskrift om og målbeskrivelse for turnustjenesten for leger
- Pkt. 11.2: handler om avlønning av turnuslege og økonomiske forhold i forhold til å ha turnuslege, samt at veileder skal godtgjøres 3 timer kommunal lønn per uke.

Rammeavtalen omtaler *ikke* kompetansekrav til veileder og legger heller ingen føringer for selve innholdet i veiledningen.

Rammeavtalen reforhandles med jevne mellomrom (reforhandling pågår i skrivende stund) og mye av innholdet er blitt innbakt i den nye Fastlege-forskriften.

I legeforeningens *Veileder for turnus i kommunehelsetjenesten – En praktisk veileder om turnustjenesten utgitt av Turnusrådet (2005)*, understrekes det at:

- Kommunen har ansvaret for mottak av turnuslegene i kommunen. Kommune og lege kan gjøre avtale om mottak og veiledning av turnuslege.
- Veileder skal være allmennlege ansatt ved tjenestestedet.
- Turnustjenesten i kommunen skal gi turnuslegen opplæring i allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin og skal supplere turnuslegens erfaringer fra tjenesten i sykehus.
- Veiledningen skal være systematisk og foregå fortløpende gjennom hele turnustiden. I fastlegeavtalen får vertlegen betalt for i alt 3 timer veiledning per uke. Noe av denne tiden vil naturlig bli benyttet til fortløpende supervisjon, resten skal brukes til strukturert veiledning.
- Alle turnusleger skal i tillegg ha tilbud om 2 gruppebaserte turnusveiledninger som en del av kommuneturnus. Fylkesmannen er i dag ansvarlig for den gruppebaserte veiledningen, samt at det i hvert fylke er ansatt en eller flere gruppeveiledere (ofte ansatt deltid hos Fylkesmannen). Gruppeveiledningen er et faglig supplement til daglig veiledning i kommuneturnus og skal sikre kvaliteten i turnustjenesten.

Det er obligatorisk for turnusleger å delta på kurs og samlinger i regi av fylkesmannen.

### **Veileders rolle i dagens turnusordning**

Veileders oppgave, slik disse er beskrevet i gjeldende forskrifter og rundskriv. er i hovedsak todelt:

- a) Veiledning (både i forhold til de faglige læringsmålene og legerollen, inkl. etiske/personlige problemstillinger)
- b) Vurdering av om turnustjenesten er gjennomført i tråd med regelverket

Arbeidsgruppen ser viktigheten av å kommentere sistnevnte. I rundskriv IS-6/2015, s. 13 står følgende beskrevet som veileders ansvar:

*«Vurdering underveis i turnusperioden og evaluering ved slutten av hver periode. Dette er en del av grunnlaget for bevitnelsen i forbindelse med godkjenning av turnustjenesten. SAKs bevitnelseskjema skal signeres av veileder og den legen som er ansvarlig for tjenesten. Av bevitnelseskjemaet skal det fremgå om den praktiske tjenesten er fullført tilfredsstillende og i tråd med gjeldende regelverk og målbeskrivelse, samt inneholde en anbefaling om den praktiske tjenesten bør godkjennes.» (IS-6/2015, s. 13).*

Videre presiseres det at turnustjenesten kan underkjennes ved tilfeller av manglende kyndighet og/eller egnethet/skikkethet (IS-6/2015, s. 34). Dersom dette avdekkes skal turnusveileder umiddelbart gjøre turnuslegen oppmerksom på dette og informere ansvarlig leder om forholdet.

Der det avdekkes fare for at tjenesten ikke vil kunne godkjennes skal tjenestestedet støtte opp under og tilrettelegge forholdene slik at turnuslegen gis den nødvendige hjelp til å fullføre tjenesten.

Dersom tiltakene ikke behjelper manglende kyndighet og/eller egnethet/skikkethet skal tjenesten underkjennes. «*Ettersom ansettelse i søknadsbasert turnusordning er underlagt arbeidslivets regler, vil underkjennelse av turnustjenesten innebære at ansettelsesforholdet etter omstendighetene kan bringes til opphør, jf. arbeidsmiljøloven kapittel 15.*» (IS-6/2015, s. 36). Der dette blir aktuelt skal en begrunnet melding sendes Helsedirektoratet.

På samme tid presiseres det i Legeforeningens *Veileder for turnus i sykehus* at veileder skal være en støtte for turnuslegen. Spesielt gjelder dette hvis man må iverksette ekstra tiltak for at tjenesten skal kunne gjennomføres tilfredsstillende (s. 11). Også i andre dokumenter fra Legeforeningen omtales veileder og veilederrollen som en støttefunksjon for underordnet lege. På hjemmesiden til Legeforeningen om utdanning og spesialistutdanning beskrives veileder som LIS' «advokat», dvs. at veileder skal være advokaten til LIS overfor avdelingsledelsen.

Arbeidsgruppen har diskutert om det kan ligge en potensiell rollekonflikt i at veileder er både støttespiller (advokat) og samtidig er den som evaluerer turnuslegen. Det har vært påpekt at kombinasjonen av rollene kan gjøre det vanskelig å bygge trygghet og tillit i veiledningsrelasjonen. For å identifisere læringsbehov bør turnuslegen trygt kunne legge frem opplevde mangler i egen kompetanse uten frykt for at dette skal telle negativt i en senere vurdering. Tillitt anses derfor som viktig for at god veiledning skal finne sted.

## 4.2 Dokumenter og forskrifter som regulerer veiledning av dagens spesialistkandidater

Spesialistutdanningen starter i dag etter endt turnustjeneste. Ved forskriftsendring i 2012 ble autorisasjonspunktet for legene flyttet til etter gjennomført grunnutdanningen (dvs. etter avlagt cand.med.-eksamen).

I dag reguleres spesialistutdanningen av følgende bestemmelser:

- Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger. Fastsatt av Helse- og Omsorgsdepartementet i 2009 og endret i 2014. Bestemmelsene gjelder for alle spesialiteter. Bestemmelsene er utdypet i
- [Krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen av leger](#) (Vedtatt av sentralstyret i Den norske legeforening 24. mai 2005)

Deltakelse i veiledning legges som en forutsetning for å oppnå spesialistgodkjenning på lik linje med andre utdanningsaktiviteter (Generelle bestemmelser § 5 Krav til tjeneste). Godkjente utdanningsinstitusjoner skal ha et utdanningsutvalg hvor både over- og underordnet lege er representert. Utvalget skal sørge for å oppnevne en fast veileder for den enkelte LIS og være bindeleddet mellom LIS/veileder og avdelingens ledelse. Utdanningsutvalget skal også se til at veileder og lege i spesialisering i samarbeid utarbeider en utdanningsplan for den enkelte lege (Generelle bestemmelser § 8 Godkjenning av utdanningsinstitusjoner).

I krav til utdanningsinstitusjoner er veiledning beskrevet i punkt 3.1.3.3 og 3.1.3.4 (Krav til utdanningsinstitusjoner 3.1 Generelle krav til utdanningsinstitusjoner).

- Alle leger under spesialisering skal ha oppnevnt veileder som er spesialist i faget

- Veiledning skal gjennomføres regelmessig og skal inkludere evaluering av legen under spesialisering. Det planlegges veiledningsmøter minimum en gang per måned. Spesielt er hyppig og regelmessig veiledning nødvendig i første del av spesialistutdanningen.

### **Veileders rolle i dagens spesialistutdanning**

Legeforeningen har utarbeidet anbefalinger til hvordan veiledningen skal foregå og hvordan innholdet bør være. Målet med veiledningen er å øke LIS sin bevissthet på faglige valg og avgjørelser i videste forstand. LIS skal få hjelp til å løse medisinsk – faglige oppgaver, hjelp til å ta beslutninger bygget på profesjonalitet og hjelp til å kunne reflektere over egen medisinsk praksis.

Den månedlige veiledningen skal være avtalt på forhånd og være skjermet for telefoner og callinger. Utdanningsutvalget eller ansvarlig lege for utdanningen skal oppnevne personlig veileder for LIS.

Veileder har, i samarbeid med LIS, ansvar for at det innenfor rammen av avdelingens utdanningsplan utarbeides en individuell skriftlig utdanningsplan for LIS. Veileder skal bidra til at utdanningsplanen gjøres kjent for ledelse og kolleger som blir involvert i læringsprosessen.

Veileder skal videre:

- Være advokaten til LIS overfor avdelingsledelsen
- Veileder skal være LIS sin samtalepartner i alle spørsmål som angår utdanning, funksjon som lege og spesialist og i personlige spørsmål knyttet til læringsprosessen.
- Veileder har rett og plikt til å holde seg informert om alle sider ved LIS sin faglige progresjon og funksjon som lege ved avdelingen for å kunne gi korrekte tilbakemeldinger og råd.

## **4.3 Evaluering av dagens veiledning**

### **Evaluering av dagens veiledning i turnustjenesten**

Legeforeningen har i tidsperioden 2006 – 2015 gjennomført fem landsomfattende evalueringer av turnustjenesten. Hensikten har vært å innhente informasjon fra turnuslegene for å kvalitetssikre og forbedre tjenesten. Evalueringsrapportene er tilgjengelige på <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Turnustjeneste/Evaluering/>.

Evalueringen som ble gjennomført i 2006 viste at 1 av 10 turnusleger i sykehus ikke ble tildelt veileder. Videre svarte over 60 % av turnuslegene i kirurgisk tjeneste og 50 % av turnuslegene i medisinsk tjeneste at veiledningen ikke hadde vært systematisk (fra kortversjonen, s. 8). Evalueringen som ble utført i 2010 viste samme tendenser.

Også tallene fra evalueringen publisert i 2015 viser tilsvarende funn. Vel 80 % av turnuslegene på kirurgiske avdelinger og 90 % på indremedisinske avdelinger får tildelt veileder, men halvparten (52,5 %) av turnuslegene på kirurgiske avdelinger mener at veiledningen *ikke* har vært systematisk. Av

turnuslegene på indremedisinske avdelinger svarer vel 30 % at veiledningen ikke har vært systematisk og ytterligere 34 % at veiledningen bare delvis har vært systematisk.

I evalueringene er det også spurt om innholdet i veiledningen – hvilke temaer som er tatt opp. Ett av spørsmålene har vært om veiledningen har inneholdt diskusjoner om etiske dilemmaer. Av turnuslegene i kirurgisk tjeneste, som deltok i 2015-evalueringen, svarer nesten 80 % at det ikke har vært diskutert, mens vel halvparten av turnuslegene i indremedisinsk tjeneste svarer nei på spørsmålet.

På spørsmål om veiledningen inneholdt diskusjon om målbeskrivelsen for turnustjenesten svarer 40 % av turnuslegene på kirurgiske avdelinger at den ikke har vært diskutert. Vel halvparten av turnuslegene fra indremedisinske avdelinger svarer at målbeskrivelsen har vært gjennomgått.

Både gjennomgang av målbeskrivelsen for tjenesten og diskusjoner og refleksjoner om etiske dilemmaer er av temaene som anbefales tatt opp i veiledningen. Funnene fra de nasjonale evalueringene av turnustjenesten tyder på at så ikke skjer. Rapporten konkluderer med at det synes å mangle en nasjonal standard for hva veiledningen skal inneholde og for hvordan den skal organiseres. (Ref: Nasjonal evaluering av turnus i sykehus 2015, Legeforeningens forskningsinstitutt, 2015).

Denne tendensen bekreftes i lokale undersøkelser som for eksempel i Helse Bergen. Turnuslegene her har evaluert tjenestetiden i sykehus systematisk siden 2013. Konklusjonen er at normen som er beskrevet i Legeforeningens Veileder for turnus i sykehus ikke følges når det gjelder hyppighet og systematikk i veiledningen. Turnuslegene får i snitt knappe 2 veiledningsøter (i somatikk). Mellom 18 % -56 % av turnuslegene har sitt første møte med personlig veileder mot slutten av perioden eller aldri. Det lages i liten grad plan med læringsmål. Yrkesetikk, yrkesroller og faglig progresjon/læring tematiseres kun delvis i veiledningen.

Legeforeningens nasjonale evalueringer av turnustjenesten har også inkludert turnus i kommunehelsetjenesten. Ett av temaene i evalueringen har vært 1:1 veiledning og supervisjon. Undersøkelsen i 2015 viste at 1 av 10 turnusleger *ikke* har fått tildelt veileder ved tjenestestedet. Av de som har fått veileder oppgir 13 % at de har forholdt seg til forskjellige veiledere.

Turnuslegene som tjenestegjorde i kommunene ble spurt om veiledningen hadde inneholdt samtaler om målbeskrivelsen for turnustjenesten og om etiske dilemmaer ble tatt opp. Svarene viser at 70 % har hatt samtaler om målbeskrivelsen og nesten 80 % oppgir at de har diskutert etiske problemstillinger med veileder.

På spørsmål om veiledningen hadde vært systematisk, svarer over halvparten at den ikke har vært systematisk eller bare delvis systematisk. De fleste (77 %) synes veiledningen har gitt nyttig læring.

Det finnes i tillegg en masteroppgave fra 2006 som undersøkte om turnuslegene får den praktiske erfaringen og veiledningen de trenger<sup>3</sup>. De sentrale funnene i undersøkelsen omfatter følgende:

- De fleste turnuslegene får den allmennt medisinske praksisen de trenger
- En stor andel av turnuslegene får ikke den veiledningen de har krav på

---

<sup>3</sup> Svein Steinert (2006) *Får turnuslegene den praktiske erfaringen og veiledningen de trenger?* Masteroppgave i Folkehelsevitenskap, Universitetet i Tromsø.

- Turnuslegene er mer tilfreds med veiledningen i kommuneturnus sammenlignet med sykehusturnus
- Kvalitetsproblemene er størst på de minste kontorene
- Kun ca. 1 av 4 oppgir at de har utarbeidet en skriftlig læringsplan for distrikts turnus
- Turnuslegene er mer tilfreds med veiledningen i kommuneturnus sammenlignet med sykehusturnus
- Kvalitetsproblemene er størst på de minste kontorene
- Kun ca. 1 av 4 oppgir at de utarbeidet en skriftlig læringsplan for distrikts turnus

Erfaringer tyder på at den fylkesvise gruppeveiledningen i kommehelsetjenesten ikke fungerer tilfredsstillende alle steder.

### **Evaluering av dagens veiledning i spesialistutdanningen**

I 2012 ble det gjennomført en landsomfattende evaluering av spesialistutdanningen for leger i Norge som omfattet alle sykehusspesialiteter. Hensikten var å undersøke hvordan legene selv opplevde nytten og kvaliteten på utdanningen og om de fikk den utdanningen de hadde krav på. Undersøkelsen ble utført av Legeforeningens forskningsinstitutt ved Cecilie Normann på oppdrag fra Medisinsk fagavdeling i Legeforeningen.

Undersøkelsen viser signifikante forskjeller i opplevelse av kvalitet på veiledning mellom fagområder, kjønn og helseforetak. De kvinnelige legene er mer fornøyde med veiledningen enn sine mannlige kolleger. Tilfredsheten med veiledningen er størst i de mellomstore helseforetakene. Legene i de psykiatriske fagene er mest fornøyde, mens leger i de indremedisinske fagene er minst fornøyde. Bare 49 % oppga at de hadde kommet i gang med veiledning i løpet av 1. måned og bare 36 % svarte at det var avsatt tid veiledningssamtaler i tjenesteplanen. Resultatene indikerer et betydelig forbedrings potensiale<sup>4</sup>.

### **4.4 Supervisjon av dagens turnusleger og spesialistkandidater**

Det finnes i dag ingen føringer for hvordan supervisjon skal gjennomføres. Det foreligger heller ingen krav til pedagogisk kompetanse som sikrer at den som gir supervisjon gjør dette på en hensiktsmessig måte som bidrar til god læring.

Undersøkelsen utført av Cecilie Normann i 2012 viser signifikante forskjeller i opplevelse av supervisjon mellom fagområder og kjønn og helseforetak. De fleste legene (86 %) opplevde at de fikk tilstrekkelig supervisjon fra bakvakt når de trengte det. På spørsmål om de fikk tilstrekkelig supervisjon for å utføre praktiske prosedyrer generelt, svarte imidlertid bare 61 % av legene bekreftende, og kun 60 % opplevde at de slapp tilstrekkelig til for å utføre praktiske prosedyrer i faget. Halvparten (52 %) oppga at de måtte jobbe utover avtalt normert arbeidstid for å få gjennomført de praktiske prosedyrene som de trengte for å få godkjent tjenesten. Legene som holdt

---

<sup>4</sup> Birkeli CN. Kvalitet koster. Om spenningen mellom spesialistutdanningen for leger og produksjon av helsetjenester. Masteroppgave i helsevitenskap. Trondheim: Norges teknisk – naturvitenskapelige universitet, 2013

på med en kirurgisk hovedspesialitet måtte signifikant oftere jobbe utover normert arbeidstid for å få gjennomført de praktiske prosedyrene enn leger innenfor andre fagområder<sup>4</sup>.

## 4.5 Oppsummering av dagens veiledning og supervisjon

Arbeidsgruppen støtter konklusjonen som gis i Helsedirektoratets rapport Rapport IS-2079-3: «Fremtidens legespesialister» vedrørende varierende kvalitet i veiledningen av LIS:

*Veiledningen fungerer ulikt. Hovedutfordringen ser ut til å være at det er mye opp til den enkelte veileder hvor forpliktende veiledningsansvaret tas og utøves. Det finnes eksempler på meget god veiledning og god struktur på utdanningen, og det motsatte. (s. 70)*

Arbeidsgruppen anser følgende som de viktigste utfordringene ved dagens veiledning av turnuskandidater og LIS:

- Det stilles ingen krav til veileders kompetanse i tilknytning til veilederrollen (ingen kompetansekrav utover at man skal være spesialist for å veilede LIS) (gjelder både i sykehus og i kommunehelsetjenesten)
- Manglende avsatt tid på tjenesteplan
- Manglende/uklare insitament for å veilede (ingen meritt, status, uttelling)
- Ingen krav til rapportering av veiledning av turnusleger (tilsvarende rapporteringskravet utdanningsutvalgene har for LIS i SERUS)
- Vanskelig sanksjonering ved manglende veiledning (etter gjeldende regelverk)
- Varierende kurstilbud for leger som ønsker å styrke sin veilederkompetanse (Legeforeningen tilbyr i dag veilederkurs, men har ikke hatt kapasitet til å tilby kurset nasjonalt)
- Manglende forståelse og holdning til veiledningens betydning
- Manglende kompetanse og bevissthet knyttet opp til god kunnskapsfremmende supervisjon
- Det foreligger ingen pedagogiske kurs eller læringsaktiviteter tilgjengelig for leger for å få kompetanse i strukturert supervisjon

## 5.0 Roller og funksjoner knyttet til veiledning og supervisjon av LIS i ny spesialitetsstruktur

I dette kapitlet utdypes de ulike aktørenes roller og oppgaver knyttet til veiledning og supervisjon av LIS.

### 5.1 Roller og funksjoner knyttet til veiledning og supervisjon av LIS i sykehus

#### **Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)**

HOD har i den nye spesialistutdanningen det øverste myndighetsansvaret, herunder ansvar forskrift og krav til utdanningssteder.

#### **Helsedirektoratet**

Helsedirektoratet skal blant annet følge med på helheten i spesialistutdanningen og gi råd om oppfølging, beslutte læringsmål som ligger til grunn for godkjenning av spesialister, anbefale læringsaktiviteter tilknyttet læringsmålene og utarbeide veileder for vurdering av LIS. Dette er aktiviteter hvis utøvende ansvar ligger hos avdelingsledelsen og veileder.

### **Regionale helseforetak**

RHF-ene har det overordnede ansvar for veilederutdanningen i regionen. RHF-ene ønsker å delegere dette ansvaret til nyopprettede regionale utdanningsentre som alle skal være tilknyttet de fire regionsykehusene (Universitetssykehuset Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland Universitetssjukehus og Oslo Universitetssykehus).

Det pågår et tverrregionalt arbeid for å etablere et felles IKT-verktøy hvor LIS kan dokumentere sin kompetanse og måloppnåelse. Den summative vurdering vil kobles opp til dette IKT-systemet. Å vurdere LIS sin måloppnåelse krever vurderingskompetanse hos veileder/leder. Det er tatt høyde for dette i læringsmålene for veilederkurset. Se for øvrig anbefalinger i kap. 8.

### **Regionale utdanningsentre**

De regionale utdanningsentrene vil i tilknytning til veiledning av LIS blant annet ha følgende oppgaver:

- Sørge for utvikling og gjennomføring av kurs for veiledere. Utvikling av kursene bør foregå i et samarbeid mellom de 4 utdanningsentrene for å bidra til en felles nasjonal plattform for veiledning.
- Tilrettelegge for etter- og videreutdanningstilbud i veiledning
- Sørge for etablering av regionale og nasjonale nettverk for veiledere
- Sørge for pedagogiske læringsaktiviteter som styrker planlagt supervisjon

### **Helseforetakene**

HF-ene har et overordnet ansvar for å sørge for at veiledning og planlagt supervisjon blir prioritert både budsjettmessig og organisatorisk i linjeledelsen. Veiledning og supervisjon må etterspørres av ledelsen.

### **Avdelingsleder**

Arbeidsgiver skal ha ansvar for at det settes av tilstrekkelig tid til veiledning og planlagt supervisjon. Det skal utdannes tilstrekkelig antall veiledere og leger med kompetanse til å gi planlagt supervisjon.

Ansvarlig leder, som ofte vil være seksjons- eller avdelingsoverlege, har ansvaret for at det settes av tilstrekkelig tid til planlagt veiledning både for veileder og LIS. Dette må gå tydelig frem i avdelingens tjenesteplan. Ansvarlig leder må legge til rette for og påse at alle som skal veilede LIS har veilederkompetanse i tråd med Helsedirektoratets retningslinjer.

Ansvarlig leder er videre ansvarlig for velfungerende utdanningsutvalg, som skal ivaretar LIS-utdanningen etter gjeldende regler for utvalget.



Ansvarlig leder har ansvar for at hver LIS vurderes etter nedfelte retningslinjer.

Som i dag, anbefaler arbeidsgruppen at dersom det reises berettiget tvil om en LISs tjeneste kan anses tilfredsstillende utført, har ansvarlig leder ansvaret for å iverksette tiltak. Det må innkalles til møte mellom LIS, veileder og aktuelle ledere slik at relevante tiltak kan planlegges og iverksettes. LIS har anledning til å ha med tillitsvalgt.

Arbeidsgruppen støtter seg til forslaget i «Rapport IS-2079-3: «Fremtidens legespesialister» der det foreslås at hver avdeling/seksjon har en *utdanningsansvarlig lege* som har et hovedansvar for kvalitetssikring, koordinering og administrering av utdanningen på avdelingen, der ansvarlig leder ikke selv kan ivareta denne rollen på en tilfredsstillende måte. Utdanningsansvarlig lege, bør være medlem av utdanningsutvalget og ha tett dialog med ansvarlig leder. Det finnes gode eksempler på oppgavebeskrivelser for ansvarlig leder/utdanningsansvarlig lege blant annet i Danmark. Her har «uddannelsesansvarlig overlæge» et overordnet ansvar for all etter- og videreutdanning ved avdelingen og for å ivareta sykehusets utdanningsoppgaver på en tilfredsstillende måte. (se eksempel: [www.videreuddannelsen-syd.dk/dwn107103](http://www.videreuddannelsen-syd.dk/dwn107103)).

### **Utdanningsutvalg**

Det er p.t. ikke klart om ny forskrift om spesialistutdanning vil stille krav om at utdanningssteder skal ha utdanningsutvalg. Arbeidsgruppen mener uansett det er behov for at ordningen med utdanningsutvalg ved hver godkjente avdeling/seksjon videreføres etter dagens modell. Utdanningsutvalget skal ivarta LIS' interesser og påse at gjeldende anbefalinger vedrørende veiledning og øvrige utdanningsaktiviteter følges. Minimum én veileder og LIS skal være representert. Dersom avdelingen/utdanningsenheten har en utdanningsansvarlig overlege bør denne være en del av utdanningsutvalget.

Utdanningsutvalget skal på vegne av avdelingsledelsen utarbeide en utdanningsplan for avdelingen i henhold til læringsmål for LIS. Utdanningsutvalget skal sørge for å oppnevne en fast veileder for den enkelte LIS og være bindeleddet mellom LIS, veileder og avdelingens ledelse. Utvalget skal lage en plan for veiledning og sette sammen veiledningsgrupper.

Som del av avdelingens utdanningsplan tilrettelegger utdanningsutvalget, som tidligere, avdelingens internundervisning på minimum 2x 45 min pr. uke med relevant innhold. Tema fra felles kompetansemoduler bør med jevne mellomrom diskuteres i internundervisningen, og utdanningsutvalget bør ha et ansvar for at læringsmetodene som brukes i internundervisningen gir rom for refleksjon, interaktivitet og feedback.

### **Veileder**

Som i dag, vil veileder ha en viktig rolle i å hjelpe LIS i å nå læringsmålene. Et nytt element i ny spesialistutdanning vil være innføringen av nye felles kompetansemoduler. Veileder vil her ha en viktig rolle i forhold til å stimulere til refleksjon over tema fra disse modulene. I tillegg kan veiledningen ta opp temaer som utfordrende pasientkasus, legerollen i jobbsammenheng og privat, kommunikasjon og samarbeid med andre yrkesgrupper og kolleger, klinikknære etiske dilemmaer, m.m.

Arbeidsgruppen foreslår både en-til-en veiledning og gruppeveiledning av LIS. I de fleste tilfeller vil veileder ha både individuell- og gruppeveiledning, men i noen tilfeller vil dette kunne fordeles på forskjellige personer avhengig av sykehusets ressurser, størrelse og organisering.

Gruppeveiledning anbefales på følgende grunnlag:

- Temaene i felles kompetansemoduler er godt egnet til refleksjon i gruppe, særlig tema knyttet til etiske problemstillinger.
- Gruppeveiledning reduserer behovet for antall veiledere totalt. På denne måten kan veiledningen styrkes uten en økning i kapasitet.
- Det er gjort gode erfaringer med ulike «mentorgrupper» i grunnutdanningen som har felles trekk med gruppeveiledningskonseptet. Ved flere av de medisinske fakultetene har en etablert mentorgrupper for å styrke studentenes trygghet i legerollen.
- Tilhørighet til en gruppe vil bidra til erfaringsutveksling og utgjøre et nettverk for LIS`ene.

Ved UNN har de gjennomført en pilot med bruk av gruppeveiledning av turnusleger. De har høstet gode erfaringer. De har gjort fokusgruppeintervjuer for å danne seg en oppfatning om turnuslegenes læringsutbytte i gruppebasert veiledning. Funn viser at turnuslegene verdsatte at det var avsatt god tid til refleksjon samtidig som deler av gruppemøtene var strukturerte med oppsatte tema. Videre ble det fremhevet som viktig at møtene hadde rom for erfaringsutveksling (peer learning). Ordningen skal formelt evalueres i 2016.

Arbeidsgruppen mener en-til-en veiledning fortsatt må ha en sentral plass i veiledningen. LIS vil i løpet av spesialistutdanningen ha individuelle erfaringer som ikke alltid egner seg for diskusjon i gruppe. Der gruppeveiledningen består av LIS fra forskjellige avdelinger/seksjoner, vil en-til-en veiledningen ivareta spørsmål knyttet til lokale forhold og til den enkelte spesialitet.

### *Veileders rolle i en-til-en veiledning*

- Være personlig veileder i en-til-en relasjon med fokus på LIS-kandidatens særegne utfordringer. Veileder skal stimulere til refleksjon over læringsmålene, men også over kandidatens læringsprosess og trivsel. Spørsmål knyttet til yrkesidentitet og legerollen kan være sentralt. Veileder skal gi tilbakemelding/feedback (formativ vurdering) slik at LIS kan jobbe målrettet. Videre karrieremuligheter bør være et tema i en-til-en veiledningen, spesielt på slutten av Del 1 (både etter sykehusdelen og kommunedelen). Det er viktig at veiledningen blir tilpasset den enkelte LIS-lege basert på hans/hennes bakgrunn og behov. Det primære er at veileder skal ha en støttende funksjon for LIS.
- Veileder og LIS skal vurdere LIS sin tjeneste, tjenestested og egeninnsats i forhold til måloppnåelse ved slutten av hver periode. Arbeidsgruppen ser potensielle vanskeligheter i at veileder skal fungere både som en hjelper/støttespiller og en evaluator. Vi mener dette er noe veilederne må være bevisste på og ta opp med LIS ved oppstart av veiledningsforholdet.

Det må avklares hva som skal vurderes, hvordan vurderingen skal foregå, hva vurderingen skal brukes til og hva som er veileders rolle. Det er særlig viktig å gjøre en eksplisitt rolle - og forventningsavklaringer tidlig i prosessen dersom det skulle oppstå spørsmål om godkjenning av tjenesten.

### *Veileders rolle som gruppeveileder*

- Lede gruppeveiledning ved å fasilitere god gruppedynamikk og stimulere til refleksjon i grupper. Veileder skal bidra til at LIS reflekterer over faglig praksis, samt begrunnelser og verdier som ligger til grunn. Temaene i felles kompetansemoduler er godt egnet til refleksjon i gruppe, særlig tema knytte til etiske problemstillinger og legerollen.

Gruppene bør være på maksimum 7-8 LIS for å sikre tillit og trygghet i gruppen. Det er ønskelig at den samme gruppen følger hverandre så lenge dette er hensiktsmessig og mulig. Gruppene i Del 1 bør ha en veileder som følger gruppen gjennom hele løpet (generisk gruppeveileder) i tillegg til en gruppeveileder som tilhører et av fagmiljøene der en eller flere av legene i gruppen har sin daglige tjeneste. Minst en av gruppeveilederne bør være en lege med mye erfaring, fortrinnsvis ferdig spesialist. En av veilederne kan være en erfaren LIS som «går i lære» som veileder. De samme kravene til veilederkompetanse gjelder begge veilederne.

Gruppeveiledningens organisering må tilpasses lokale forhold.

Det anbefales at fagstoff fra FKM brukes som case og eksempler i gruppeveiledningen og veilederne må tilegne seg relevant kunnskap innen FKM. Det kan være en fordel at tema for FKM også behandles i internundervisningen samme uke. Det bør etableres tilgang til kasuistikker som belyser tematikken i felles kompetansemoduler. Dette bør være tilgjengelig på regionalt nivå.

### *Andre oppgaver som veileder*

Veileder vil i ny ordning få en utvidet rolle i forhold til vurdering. LIS vil i den nye spesialistutdanningen både bli vurdert *formativt* (dvs. at LIS gir feedback underveis i læringsløpet), og *summativt* (dvs. at veileder/leder attesterer på at LIS har nådd fastsatte læringsmål). Man skal ikke lenger kvittere på at LIS har gjennomført et bestemt antall prosedyrer, men vurdere LIS' kompetanse i forhold til et kvalitativt mål. Arbeidsgruppen mener det er behov for å styrke veileders kompetanse på vurdering. Læringsmålene for veilederkurset gjenspeiler dette.

### **Leger med særlig ansvar for planlagt supervisjon**

Arbeidsgruppen mener «ad hoc» supervisjon av faglige læringsmål bør bli ivaretatt som i dag av overleger og andre LIS. Den daglige supervisjonen i klinikken er viktig for LIS kandidatenes læring. Alle overleger og LIS har ansvar for å drive fortløpende supervisjon. Det bør imidlertid *i tillegg* utpekes lege(r) med spesielt ansvar for planlagt supervisjon «bed side». Dette for å ivareta innføringen av felles kompetansemoduler som bl.a. kommunikasjon, kunnskapshåndtering, kvalitetsforbedring. Leger som skal ivareta dette, kan med fordel være LIS2-legger. LIS2 bør tilbys kurs som kan ivareta

denne funksjonen. Kurset bør gi LIS2 mulighet for å tilegne seg grunnleggende pedagogiske ferdigheter. Arbeidsgruppen foreslår at dette vil bli et kompetanseområde i LIS 2-utdanningen. Det vil således ta ca. 2-3 år før denne kompetansen er helt på plass.

Det anbefales at LIS1 minimum 1 gang per måned blir fulgt av en LIS2 med særlig supervisjonsansvar hvor fokus spesielt skal være knyttet til praksisnær refleksjon over temaene i felles kompetansemoduler. Eksempel kan være at LIS2 gir tilbakemelding på kommunikasjon med pasienten, pårørende, samarbeidende personell m.m. i forbindelse med en visitt. LIS 2 som har denne rollen, må få avsatt tid til dette og det må gi meritt i en videre karrierevei.

Tilsvarende må LIS 2 og LIS 3 få planlagt supervisjon med feedback av en mer erfaren lege.

Det er ansvarlig leder som har ansvar for å utpeke leger med særlig supervisjonsansvar og for å legge til rette for at disse legene gis den nødvendige kompetansen for å utføre oppgavene.

## **5.2. Roller og funksjoner knyttet til veiledning av LIS1 i kommunehelsetjenesten**

Perioden i kommunehelsetjenesten skal gi opplæring i allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin. LIS1 skal få kjennskap til hele spekteret av kommunehelsetjenestens ansvars- og arbeidsområde, inkludert samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I det kliniske arbeidet legges det vekt på allmenntilleggsmedisinske arbeidsmetoder. Perioden skal supplere LIS1 sine erfaringer fra sykehustilleggsmedisintjenesten. LIS1 deltar i den kommunale legevaktstjeneste som en del av opplæringen.

LIS1 vil oppleve tiden i kommune forskjellig fra tiden på sykehus. For mange er dette første gang de får et selvstendig ansvar for medisinsk undersøkelse og behandling. Mange kommer også alene til en kommune der de gjerne ikke har nettverk fra før. LIS1 skal i kommunen finne seg til rette personlig og sosialt og samtidig bli kjent med nye sider ved legerollen. Ikke minst kan det å støtte LIS1 i å stole på egne vurderinger være en tidkrevende oppgave, spesielt i starten av tjenesten.

De første månedene av kommunehelsetjenesten skal LIS1 sette seg inn i mye nytt og praktisk, slik som EPJ, lokale henvisningsrutiner, praktisk trygdemedisin, praktisk farmakoterapi, en del praktiske ferdigheter. Akuttmedisin, legevaksarbeid og lokalt samarbeid i kommunehelsetjenesten. Opplæring i dette i form av fortløpende supervisjon og rådgivning vil ta det meste av tiden som er avsatt til veiledning.

I tillegg skal LIS1 veiledningen også her ivareta de generelle kompetansemodulene. I kommunehelsetjenesten er det særlig aktuelt å reflektere over kommunikasjon, brukermedvirkning og samhandling.

### **Fylkesmannen**

Fylkesmannen har delegert myndighet fra Helsedirektoratet når det gjelder ansvar for å arrangere kurs i offentlig helsearbeid for LIS1, mens de er i kommunehelsetjenesten. Fylkesmannen har også ansvar for den gruppebaserte veiledningen, samt at det er ansatt gruppeveileder i hvert fylke. Det er viktig at den fylkesvise gruppeveiledningen tilbys i alle fylker. De skal også bistå helseforetak og

kommuner for å sikre kobling for helseforetak som har kommunestillinger på tvers av fylker. Arbeidsgruppen mener denne ordningen bør fortsette slik den er skissert.

### **Kommunen**

I henhold til helse- og omsorgstjenestelov § 8-1 plikter kommunen til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder å ha stillinger til LIS1 slik at LIS 1-perioden kan utøves i tråd med gjeldende målbeskrivelse. Kommunene har arbeidsgiveransvaret for LIS1 de 6 månedene de er ansatt i kommunen. Kommunen er ansvarlig for at innhold og gjennomføring av de 6 månedene bidrar til å nå de fastsatte læringsmålene og har ansvaret for at veiledningen fungerer i henhold til nye retningslinjer. Kommunen plikter å legge til rette for at LIS1 deltar på kurs og veiledningsmøter som arrangeres av fylkesmannen. Dette tilbudet er en obligatorisk del av LIS1 i kommunehelsetjenesten. Arbeidsgruppen mener denne ordningen bør fortsette slik den er skissert.

### **Veileder**

Veileder for LIS1 i kommunehelsetjenesten har ansvar for veiledning i praktiske ferdigheter og kliniske problemstillinger i tillegg til å stimulere LIS1 til å reflektere over egen praksis. Veileder bør være spesialist i allmenntilleggsmedisin og ha gjennomført veilederkurs/utdanning for LIS1 og/eller være godkjent veileder i allmenntilleggsmedisin og/eller ha utbredt erfaring med enten gruppeveiledning eller en-til-en veiledning av leger.

Turnusveilederne i kommunehelsetjenesten er i dag lønnet for 3 timer veiledning per uke, dette inkluderer også supervisjon av turnuskandidaten. Etter gruppens mening bør dette videreføres. Veiledning skal gjennomføres en-til-en, av erfaren lege på samme legekantor som LIS1.

Det meste av tiden vil medgå til fortløpende rådgivning og supervisjon. Gjensidig observasjon av konsultasjoner bør inngå i supervisjonen.

For å sikre at det også foregår mer generell veiledning foreslår gruppen:

- 2 timer per måned avsatt til strukturert veiledning innenfor normal arbeidstid, der veileder og LIS 1 er skjermet fra andre aktiviteter og forstyrrelser. Dette vil innebære 6 seanser med veiledning.
- De to timene deles inn i hhv. "åpen post" helst med utgangspunkt i ett eller flere spørsmål eller dilemmaer som LIS1 har spilt inn, og "strukturert veiledning"/temamøter, der læringsmålene for LIS1 er utgangspunkt for diskusjon.

Vi har i dag ingen systematisk læring av pedagogiske prinsipper for supervisjon og ferdighetstrening i supervisjon og planlagt supervisjon. Dette kan være naturlig å ta inn i veiledningsgruppene. I tillegg kunne man tenke seg en dags ferdighetskurs, felles for sykehusspesialitetskandidater og allmenntilleggsinkandidater.

### **Ressurser**

De kommunene som i dag har turnusleger har allerede etablert avtale med fastlege om turnusveiledning og har ellers forpliktelser overfor både veileder og turnuslege ift. Turnusforskriften, Fastlegeforskriften, SFS og rammeavtalen (bolig, transport, lønn etc). Dette bør videreføres.

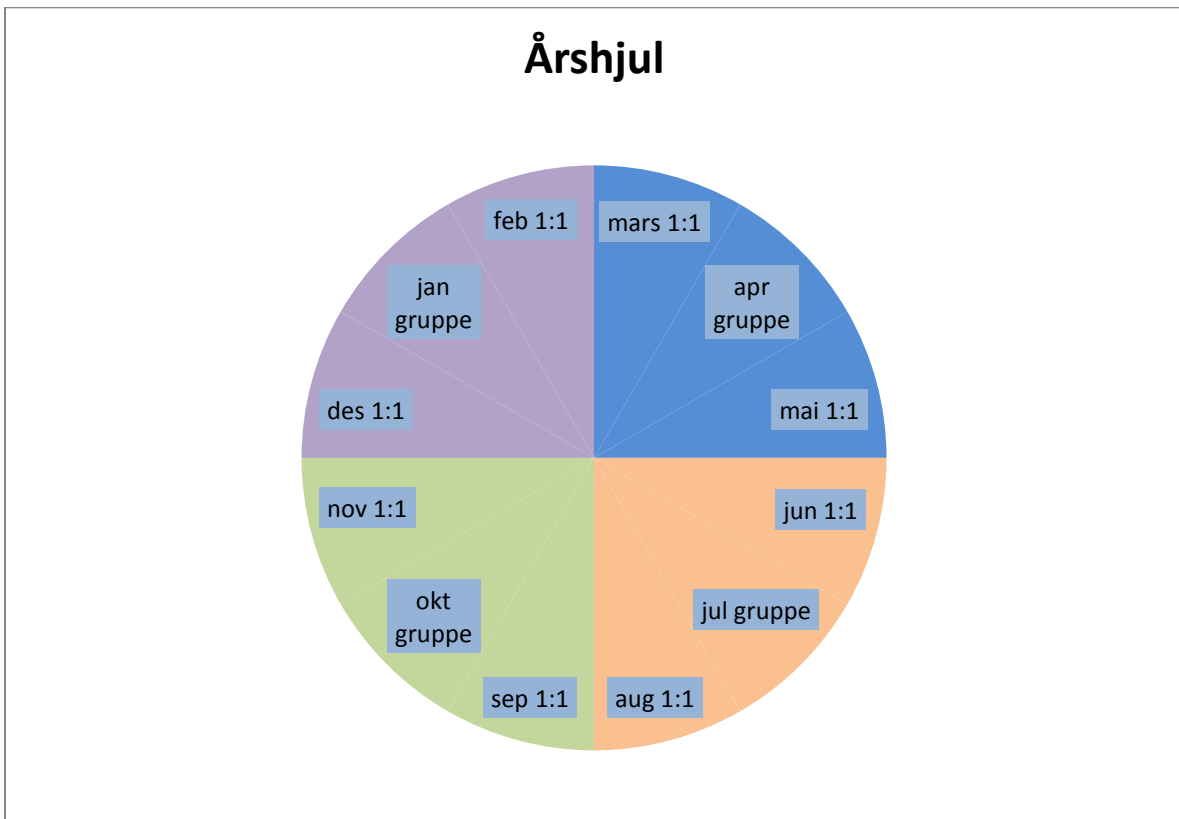
## 6.0 Praktisk gjennomføring av veiledning i sykehus. Bruk av ressurser.

### 6.1. Årshjul

Arbeidsgruppen foreslår følgende Årshjul for gjennomføring av veiledning i Del 1 på sykehus.

Gitt innføringen av felles kompetansemoduler anser arbeidsgruppen det som ønskelig med minst 4 gruppeveiledningsmøter i de 12 månedene LIS1 er i sykehus. Videre anbefaler gruppen at det innføres en-til-en veiledning tidlig i hver modul der bl.a. forventninger avklares og at hver modul avslutter med en-til-en veiledning som også gir rom for evaluering av tjenesten.

#### Eksempel på veiledning i Del 1



En-til-en	Bakgrunn, forventninger, læringsbehov, plan
Gruppe	Grundig presentasjon, bli kjent, skape trygghet i gruppen
En-til-en	Gjensidig midtveisevaluering av tjeneste og veiledning

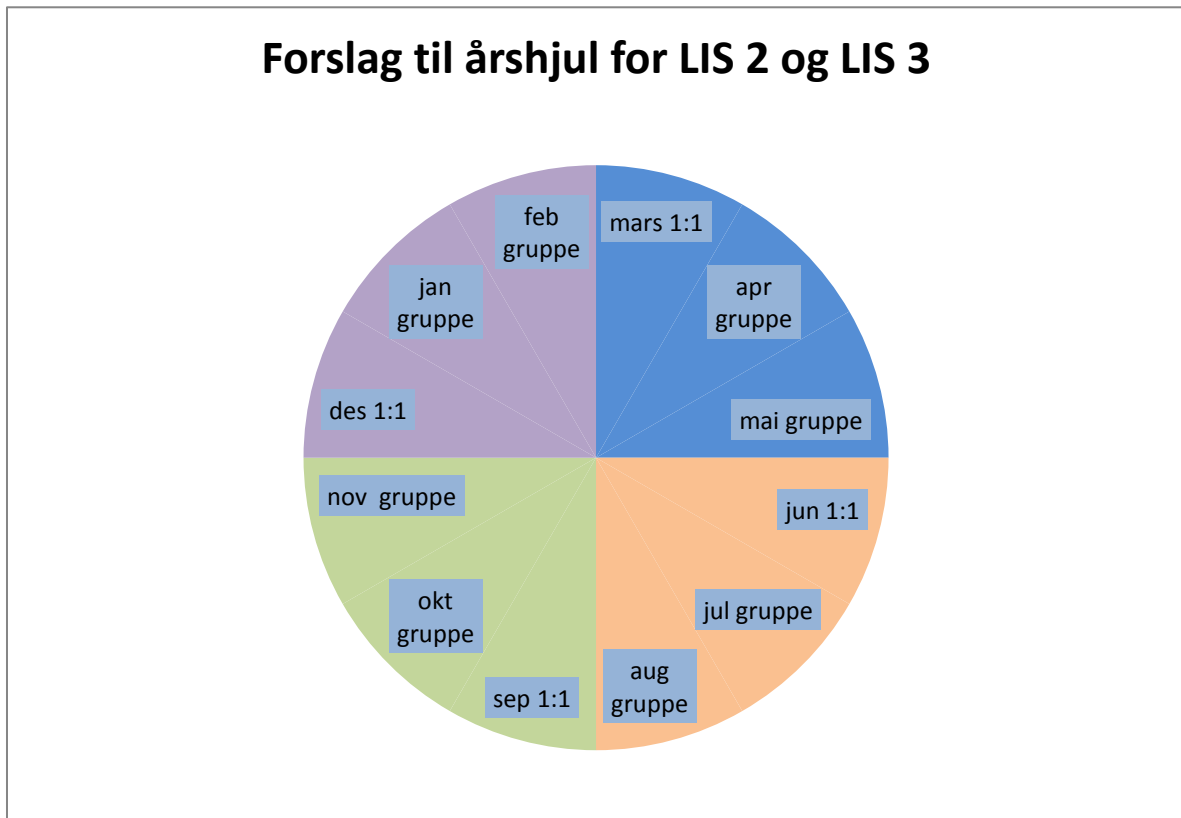
En-til-en	Bakgrunn, forventninger, læringsbehov, plan
Gruppe	Åpen post + tema
En-til-en	Bakgrunn, forventninger, læringsbehov, plan

En-til-en	Bakgrunn, forventninger, læringsbehov, plan
Gruppe	Åpen post + tema
En-til-en	Bakgrunn, forventninger, læringsbehov, plan

En-til-en	Bakgrunn, forventninger, læringsbehov, plan
Gruppe	Åpen post + evaluering av gruppeveiledningen
En-til-en	Gjensidig sluttevaluering av tjeneste og veiledning

En-til-en veiledning bør være av 1 times varighet. Gruppeveiledning av min 1,5 times varighet. Der kandidaten har 6 mnd tjeneste, kan de to midterste veiledningene slås sammen.

### Eksempel på veiledning i Del 2 og del 3



Arbeidsgruppen forslår mer gruppeveiledning i Del 2 og Del 3 som skissert over.

### 6.2 Ressurser til veiledning av LIS for den enkelte avdeling

Dagens krav er 1 times veiledning per måned for LIS-leger. Ressurser i antall timer avsatt til veiledning for 6 LIS-leger i dagens situasjon er:

$$6 \text{ (LIS)} \times 12 \text{ (1:1 veiledningstimer)} = \underline{72 \text{ timer.}}$$

Med skisserte modell vil ressurser avsatt til veiledere i Del 1 bli for 6 LIS:

$$6 \text{ (LIS)} \times 8 \text{ timer (1: 1 veiledningstimer)} \times (4 \text{ møter} \times 1,5 \text{ time} \times 2 \text{ veiledere}) = \underline{60 \text{ timer.}}$$

Med skisserte modell vil ressurser avsatt til veiledere i Del 2 og Del3 bli for 6 LIS:

$$6 \text{ (LIS)} \times 4 \text{ timer (1: 1 veiledningstimer)} \times (8 \text{ møter} \times 1,5 \text{ time} \times 2 \text{ veiledere}) = \underline{48 \text{ timer.}}$$

Ressurser avsatt til selve veiledningen er derfor omtrent tilsvarende dagens krav for Del 1, mens den for Del 2 og 3 med mer gruppeveiledning vil kunne reduseres til 48 timer.

Et nytt krav er at veilederne må ha dokumentert veilederkompetanse. Arbeidsgiver får således en merutgift med tanke på fravær av overleger i forbindelse med deltagelse på veilederkurs. Ressurser til utvikling og gjennomføring av kurs, se punkt om «Implementering».

## 7.0 Veilederutdanning

Gruppen anbefaler separate kurstilbud for veiledere i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Læringsmålene er overlappende, men praksis i sykehus og kommunen er forskjellig og dette bør reflekteres i veilederutdanningen. Dette betyr at innholdet i kursene også delvis vil være forskjellig for at de samme læringsmålene skal nås.

Læringsmålene gjelder både for en-til-en veiledning og gruppeveiledning.

Arbeidsgruppen er av den oppfatning at veiledningspedagogikken er og bør være grunnleggende lik for veiledning av LIS1 og LIS2/3. Det er derfor ikke behov for noe eget veilederkurs rettet mot de som skal veilede LIS2/3 – grunnpakken beskrives her vurderes som tilstrekkelig.

Kombinasjonen av en-til-en veiledning og gruppeveiledning anbefales videreført for LIS i Del 2 og 3. Det er naturlig at det er oftere gruppeveiledning i Del 2 og Del 3.

### 7.1 Læringsmål for veilederutdanning

Etter gjennomført kurs skal veileder i sykehus og kommunehelsetjenesten beherske følgende læringsmål, angitt på forskjellige nivåer som vist i tabellen:

	Type komp./nivå (1-4)
<b>Hovedmål 1: Forstå hensikten med veiledning og kunne anvende veiledningspedagogiske prinsipper i møte med spesialistkandidater</b>	
Delmål 1: Forstå forskjeller/likheter mellom veiledning og supervisjon	Kunnskap, 3
Delmål 2: Kjenne til at det finnes ulike refleksjonsnivåer knyttet til ulike praksissituasjoner (jfr, praksistrekanten)	Kunnskap 3
Delmål 3: Øke motivasjon til å drive god veiledning	Holdning 3
Delmål 4: Kjenne til grunnleggende prinsipper for læring og hvordan man i praksis kan tilrettelegge for læring. Kunne anvende dette i veiledningssituasjonen ved å få LIS til å reflektere over egen læring	Kunnskap 3
Delmål 5: Mestre grunnleggende kommunikasjonsferdigheter ved bruk av spørsmål som fremmer refleksjon og læring	Ferdighet 3
Delmål 7: Være oppmerksom på egen rolle i veiledningen samt kunne formidle god yrkesetikk og profesjonalitet ved selv å fremstå som en god rollemodell både faglig og medmenneskelig/sosialt	Holdning 3
Delmål 8: Kunne anvende fagstoff fra FKM i veiledningen	Kunnskap 2



Delmål 9: Forstå veiledningens rolle som kvalitetssikring av tjenesten for LIS og som ledd i avdelingens og kommunens utdanningstilbud	Kunnskap 3
<b>Hovedmål 2: Kunne vurdere og gi tilbakemelding på spesialistkandidatens læring og læringsutbytte</b>	
Delmål 1: Forstå betydningen av feedback og den fortløpende vurderingens rolle for læring	Kunnskap 3
Delmål 2: Kunne gi konstruktiv feedback (tilbakemelding) på faglig progresjon, legerollen og utførelse av tjenesten	Ferdighet 3
Delmål 3: Sammen med LIS kunne kartlegge læringsbehov og vurdere aktuelle læringsarenaer hvor læringsmålene kan nås (med utgangspunkt i forutbestemt utdanningsløp for stillingen/spesialiteten).	Ferdighet 3
Delmål 4 : Forstå nødvendigheten av, og kunne anvende vurderingskriterier til å vurdere spesialistkandidatens læringsutbytte (som et ledd av godkjenning)	Ferdighet 3
<b>Hovedmål 3: Kjenne rammeverk som regulerer utdanningen og har betydning for veiledningen.</b>	
Delmål 1: Ha kunnskap om målbeskrivelser og læringsmål for fagområdene som inngår i aktuelle del av spesialiseringen, inklusive læringsmål for felles kompetansemodulene og innrette veiledningen etter dette.	Kunnskap 3
Delmål 2: Ha kjennskap til forskrift om spesialistutdanning, inkl. de ulike aktørers ansvar og plikter, kjenne til prosedyre for godkjenning/underkjenning av tjenesten	Kunnskap 2
<b>Hovedmål 4: Ha kunnskap om og ferdigheter i gruppeprosesser, gruppedynamikk og gruppeveiledning</b>	
Delmål 1: Kunne vurdere hvilke temaer som egner seg for veiledning i gruppe	Kunnskap 2
Delmål 2: Kunne lede og fasilitere for læring i veiledningsgrupper	Ferdighet 3
Delmål 3: Kunne skape trygghet og tillit i veiledningsgrupper	Ferdighet 3
Delmål 4: Kunne reflektere over etiske problemstillinger som går på utførelse av faget og på legerollen	Holdning 3 Ferdighet 3
<b>Hovedmål 5: Kunne gjennomføre individuell veiledning på en god måte</b>	
Delmål 1: Kunne vurdere hvilke temaer som egner seg for 1:1 veiledning.	Ferdighet 3
Delmål 2: Kunne skape trygghet og tillit i 1:1 veiledningsrelasjoner	Ferdighet 3

## 7.2 Opplegg for veilederutdanningen i sykehus

Utdanningen av veiledere bør være minimum 3 dager; 2+1 dag med praksisperiode i mellom 2. og 3. dag. Veilederkursene bør gjennomføres med max 30 deltagere pr. kurs. Kurset legges opp som en kombinasjon av teoretiske og erfaringsbaserte elementer, med stor vekt på praktiske øvelser.

Kurset gjennomføres med følgende ramme:

- Forberedelse før kursstart i form av et E-læringskurs eller relevante artikler som gjennomgår teorigrunnlaget for veiledning.
- Dag 1: oppsummering/eksemplifisering av teorigrunnlag og praktiske øvelser i en-til-en veiledning
- Dag 2: oppsummering/eksemplifisering av teorigrunnlag og praktiske øvelser i gruppeveiledning
- Praksisperiode i 3-4 mnd. med innlagte oppgaver knyttet til en-til-en veiledning og gruppeveiledning. Utprøving og innhenting av erfaringer
- Dag 3: refleksjon over egen erfaring med veiledning (gruppe og en-til-en veiledning)

Utdanningen av veiledere må bygge på de erfaringene legene har fra veiledning, supervisjon og annen utdanning. Kurslederne bør legge opp til korte teoretiske innføringer med etterfølgende gruppe- og plenumsdiskusjoner med aktivt involvering av deltakerne. Kursdeltagerne må få anledning til å prøve ut ulike veiledningsmetoder innen en-til-en veiledning og gruppeveiledning.

En av veileders oppgaver er å stimulere LIS til refleksjon, særlig rundt felles kompetansemoduler. Veilederkursene gir *ikke* opplæring i felles kompetansemoduler. Det forutsettes at veiledere får anledning til å tilegne seg denne kompetansen på annet vis. Veilederkurset vil imidlertid i stor grad bruke fagstoff fra felles kompetansemoduler som case i kurset.

Arbeidsgruppen anbefaler at leger som har gjennomført Legeforeningens 2 dagers kurs i medisinsk veiledningspedagogikk, bør få dette godkjent som veilederutdanning i ny spesialitetsstruktur.

### 7.3. Opplegg for veilederutdanning i kommunehelsetjenesten

#### **Lege som skal veilede LIS 1**

For å styrke en-til-en veiledningen av LIS 1 foreslås 1 dags kurs + 1 dags oppfølgingskurs 4-5 måned senere. Kursene bør ha maksimum 30 deltakere, og formen på kursene kan være vekslende mellom plenum, arbeidsgrupper og ferdighetstrening i par.

#### *Forslag til innhold første kursdag:*

- Presentasjon og erfaringer med veiledning av LIS 1 til nå.
- Orientering om veiledning av LIS 1 på sykehus og om de nye kompetansemodulene.
- Veilederrollen. Blant annet hvordan balansere støtte og evaluering?
- Begrepsavklaringer, skillete mellom supervisjon og veiledning
- Ferdighetstrening i en-til-en samtaler (både supervisjon og veiledning)

#### *Forslag til innhold andre kursdag:*

- Erfaringer med veiledning og med veilederrollen
- Ferdighetstrening

#### *Kurs for å styrke gruppeveiledning av LIS1 i kommunehelsetjenesten*

Dagens ordning med to gruppebaserte veiledninger for LIS 1 foreslås videreført. For å utdanne veiledere til å lede slike grupper trengs egne kurs 1 dag + 1 dags oppfølging etter samme mal som over, men der ferdighetstreningen handler om gruppeledelse og veiledning i gruppe. Fortrinnsvis bør det være spesialister i allmennmedisin eller samfunnsmedisin som leder gruppebaserte veiledninger av LIS 1 i kommunehelsetjenesten

Kommunene har et naturlig ansvar for at slike kurs arrangeres siden LIS 1 arbeider i kommunehelsetjenesten. Kostnadene ved kursene kan dekkes ved at kursdeltakerne betaler kursavgift som refunderes av kommunen. Praktisk og administrativt kan ansvaret legges til Fylkesmannen i hvert fylke, som tradisjonelt har drevet kurs for turnusleger.

### **Lege som skal veilede LIS 2/ 3 i allmennmedisin**

Lege som skal veilede LIS 2 og LIS 3 i allmennmedisin vil ha to typer veiledning i sin spesialisering:

#### *1:1- veiledning – veiledet tjeneste ("EU-veiledning"):*

Veiledet tjeneste er den praktiske tjenesten en lege som hovedregel må ha gjennomført for å få godkjenning som allmennlege. Dette er regulert i "forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon".

Legen må gjennomføre 36 måneder med veiledet tjeneste. Av disse må minst seks måneder gjennomføres i sykehus og minst seks måneder i allmennpraksis. Den veiledelede tjenesten må gjennomføres i minst 60 % prosent stilling. Dersom legen arbeider deltid må veiledningsperioden forlenges tilsvarende.

Veileder må enten være godkjent allmennlege eller spesialist i allmennmedisin. Kommunen er selv ansvarlig for oppnevning av veileder.

Veiledningen skal være praktisk rettet og pasientnær. Dette skal inkludere praksisbesøk, drøftelse av enkelte pasienter, aktuelle medisinske og praksisorienterte emner, samt rådgiving over telefon ved behov. Veiledningen må ta utgangspunkt i den enkelte leges behov for veiledning. Legen må fortelle veilederen hvilke medisinske eller andre emner som ønskes gjennomgått. Elementer fra grunnkurs A og B skal vektlegges i veiledningen.

#### *Gruppeveiledning for LIS 2/3 i allmennmedisin vil foregå som nå i 2 år.*

LIS 2/3 i samfunnsmedisin og arbeidsmedisin vil ha gruppeveiledning i henholdsvis 3 og 2 år, slik som nå. Leger med veilederansvar for LIS 2/3 skal være spesialist i allmennmedisin eller samfunnsmedisin.

Legeforeningens veilederkoordinatorer arrangerer hvert år tilbud om to døgns samling for veiledere i allmenn- samfunns- og arbeidsmedisin fra hele landet. Samlingen er organisert som et kurs der programmet er forskjellig fra år til år, men der det alltid er mye egenaktivitet og god tid til erfaringsutveksling og nettverksbygging. Dette fungerer som etterutdanning for veiledere. Vanligvis kommer det rundt 40 deltakere.

## **8.0 Styrket pedagogisk kompetanse knyttet til supervisjon og veiledning**

### **Styrket vurderingskompetanse**

Å attestere på at LIS har nådd fastsatte læringsmål, krever vurderingskompetanse som skiller seg fra dagens system hvor man kvitterer på at LIS har gjennomført et bestemt antall prosedyrer.

Vurderingskompetanse er derfor inkludert i veilederutdanningen. I tillegg anbefaler arbeidsgruppen at det utvikles et e-læringskurs for veiledere og andre som skal gis tilgang til å godkjenne læringsmål. Dette for å sikre en omforent tilnærming til vurderingskriterier og vurderingsprosess.

### **Kompetanseutvikling for leger med planlagt supervisjonsansvar**

De fleste sykehusleger gir supervisjon til turnusleger i det daglige arbeidet på avdelingene. Supervisjonen kan foregå ad hoc eller systematisk.

Supervisjon av LIS1 skal etter planen knyttes til de ulike temaområdene i felleskompetansemodulene, der dette er naturlig. En mer erfaren LIS bør ha dette ansvaret, men det fordrer en satsing på at pedagogisk kompetanse blir en del av spesialistutdanningen. Pedagogisk kompetanse er viktig med hensyn på supervisjon, men også i forhold til det å lede tverrprofesjonelle team, pasient og pårørende opplæring, delta i internundervisning og andre formidlingsoppgaver. Arbeidsgruppen foreslår at et grunnleggende kurs i pedagogikk innføres tidlig i Del 2. LIS2 bør få et ansvar for den planlagte supervisjonen av felles kompetansemøduler i klinisk praksis.

Arbeidsgruppen tenker det er naturlig at de regionale utdanningssettene får et ansvar for å utvikle kurs i medisinsk pedagogikk. Kurset kan gå over 1-2 dager kombinert med e-læringskurs. Danmark har allerede innført obligatoriske 2 dagers kurs i pedagogikk for LIS på andre året. Målet med kurset er at alle LIS skal kunne:

- Lære å lede team
- Lære å gi supervisjon med feedback
- Lære kompetansevurdering

Målet må på sikt være å utvikle «train the trainers»-kurs i planlagt supervisjon. Dette for å styrke lokal utdanningskompetanse, samt kurstilbudet lokalt.

### **Karrierestige**

Det bør utvikles en mulig karrierestige innen medisinsk utdanning. I flere land er det opprettet egne masterstudier innen «medical education». Tilsvarende bør utvikles i Norge. Det å ha en Master i "medical education" bør meritteres til lederstillinger. Man bør allerede nå tenke en trinnvis karrierestige der kurs innen supervisjon, pedagogikk og veiledning kan gi kompetansegivende poeng.

## **9.0. Veiledernetverk lokalt/regionalt/nasjonalt**

### **9.1 Lokale erfaringsseminarer**

Arbeidsgruppen anbefaler at det etableres halvårige eller årlige erfaringsseminar for veilederkorpset på avdelings - eller klinikknivå. På mindre sykehus kan det være aktuelt å arrangere ett felles erfaringsseminar for veilederne på tvers av avdelingene.

Hensikten med seminarer er å lære av hverandres erfaringer i forhold til veilederrollen og veilederoppgavene. Erfaringsseminarene gir også mulighet for å etablere praksisfellesskap som kan styrke veilederidentiteten og bidra til at motivasjonen for veilederoppgavene styrkes.

Det er viktig at representanter fra ledelse og utdanningsutvalg deltar på seminarer for å fange opp informasjon som kan forbedre veiledningen. Erfaringsseminarene bør foregå i arbeidstiden og bør være drevet av veilederne selv. Det kan være aktuelt å bringe eksterne ressurspersoner inn i seminarer for å belyse spesielle tema, men det vanlige vil være at bare veilederne kommer sammen for erfaringsdeling. Både overleger og leger i spesialisering, som veileder, bør delta. Veilederne bør

selv avgjøre om leger som blir veiledet skal delta på seminarerne. Ansvarlig linjeleder bør ha et særskilt ansvar for å legge til rette.

## 9.2 Regionale og nasjonale veiledernetverk

For å sikre at erfaringer med veiledning deles på tvers av avdelinger og sykehus og at veilederne får faglig oppdatert påfyll, foreslår arbeidsgruppen at det arrangeres årlige nettverksmøter på regionalt eller nasjonalt nivå. Ansvaret for nasjonale kurs kan rullere mellom de regionale helseforetakene. Arbeidsgruppen tror denne type nettverksmøter er viktige for å styrke og forbedre veiledningen.

I de primærmedisinske spesialitetene allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin tilbys veilederne årlig et oppfriskningskurs som er lokalisert til Sola og derfor kalles "Solakurset". Samlingen går over tre dager og gjennomføres med et variert program som inkluderer kunnskapspåfyll, praktiske øvelser og erfaringsutveksling. I tillegg vektlegger kursarrangørene sosialt samvær.

Tilsvarende modell bør også innføres for veiledere i sykehus og tilbys som et etterutdanningskurs for leger. Det anbefales at arrangering av kurset rulleres mellom de ulike regionale utdanningssentrene.

Legeforeningens veilederkoordinatorer arrangerer hvert år tilbud om to-døgns samling for veiledere i allmenn- samfunns- og arbeidsmedisin fra hele landet. Samlingen er organisert som et kurs der programmet er forskjellig fra år til år, men der det alltid er mye egenaktivitet og god tid til erfaringsutveksling og nettverksbygging. Dette fungerer som etterutdanning for veiledere i allmennmedisin. Vanligvis kommer det rundt 40 deltakere.

## 10.0 Implementeringsplan

### 10.1 Utdanningsbehov av veiledere for LIS-1 i sykehus

#### Antall kurs i veiledning ved oppstart september 2017

Spesialistutdanningen av LIS1 starter september 2017. Det antas at ca. 900 LIS1 starter i løpet av 2017/2018 fordelt på to opptak, september 2017 og mars 2018.

Behovet for ferdig utdannede veiledere i sykehus vil være ca. 7-800 veiledere i løpet av 2017/2018 under forutsetning at enkelte veiledere veileder flere enn en LIS1. Dette betyr i praksis at det må gjennomføres ca. 25 kurs på landsbasis i løpet av et år. Halvparten av kursene (12-13 kurs) bør arrangeres før oppstart i september 2017. Dag 3 av kurset kan arrangeres etter oppstart, slik at erfaringene fra veiledningen kan brukes i kurset.

#### Ressurser

Estimert pris per dag for kurs er 20-30.000kr basert på tilsvarende kurs som tilbys fra høyskolene. Det betyr at ca. 1 mill kr. må være på plass for vi kan begynne å utvikle kursene høsten 2016.

#### Planlegging og gjennomføring

Arbeidsgruppen ser for seg at utvikling og organisering av kursene forankres i de regionale utdanningssentrene. Det må etableres egne kurskomiteer regionalt som planlegger, leder og sikrer

29.05.2016

innholdet i kurset. Tidlig etablering av disse kurskomiteene er viktig. Arbeidsgruppen foreslår september 2016 som målsetting for å starte dette arbeidet. Finansiering og administrativ støtte som annonsering, påmeldinger, kursbevis etc må avklares i forkant.

### **Veiledning og planlagt supervisjon som meritterende del av spesialistutdanningen**

Veiledning i spesialistutdanningen bør gi tellende poeng i etterutdanningen. På samme måte må LIS2, som har et særlig supervisjonsansvar og tatt kompetansehevende kurs, få tellende poeng.

## **9.2 Utdanningsbehov av veiledere for LIS 1 i kommunehelsetjenesten**

Arbeidsgruppen har ikke planlagt implementeringen detaljert ennå. De første LIS1 legene vil starte i kommunene ett år etter implementering av ny spesialiststruktur i sykehus (mars 2018).

Myndighetene, evt Fylkesmannen, bør kartlegge veilederkompetansen til veilederne i kommunene og tilby veilederkurs for veilederne som i dag ikke tilfredsstillt kravene. Veilederkompetansen bør være på plass når LIS1 starter i kommunehelsetjenesten september 2018.