



# Refleksjonsgruppe for ferske leger

---

## DEBATT

### LARS CHRISTIAN OPDAL

E-post: l.c.opdal@analyserom.no

Lars Christian Opdal er psykiater og psykoanalytiker, avtalespesialist i Oslo og psykoterpiveileder (psykodynamisk psykoterapi) ved Divisjon psykisk helse, Akershus universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### LJUBICA GLUMAC

Ljubica Glumac er psykiater og psykoteraapeut og medisinskfaglig ansvarlig overlege ved Akuttpsykiatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

Unge leger settes raskt i krevende mellommenneskelige situasjoner, uten at de er særlig godt trent i å forholde seg til sine egne følelser i møtet med pasientene.

Refleksjonsgrupper kan være et forum for erkjennelse og håndtering av egne følelsesmessige reaksjoner.

Følelsesmessige reaksjoner oppstår i alle møter mellom lege og pasient, selv om sammenhengen ofte kan være uklar (1). Pasientens tidligere relasjonelle erfaringer vil prege måten han eller hun uttrykker seg på, som en overføring (2). Legen vil på sin side bli følelsesmessig påvirket av pasientens form gjennom motoverføring (3). Slik kan legen få unik kjennskap til pasientens relasjonelle repertoar og innsyn i hvordan pasienten opplever forholdet til andre. Ofte resulterer dette i en sterk trang til å gjøre noe.

Samtidig er det klart at legen også møter pasienten med sin egen relasjonelle bagasje. Det er nødvendig at legen reflekterer over dette før tiltak iverksettes. Ellers øker risikoen for u hensiktsmessige handlinger.

Likevel oppfordres ikke dagens leger til å registrere egne følelsesmessige reaksjoner i møtet med pasientene. Tendensen går heller i motsatt retning: Både undersøkelse og behandling skal bygge på antatt objektivt grunnlag gjennom utfylling av skjema og sjekklister. Resultatet kan lett bli at subjektive reaksjoner ikke blir erkjent, men tvert imot ignorert. De følelsesmessige reaksjonene i møtet er der, men de blir ikke lyttet til. På denne måten kan viktig informasjon om pasienten gå tapt, samtidig som legen går glipp av muligheten til å reflektere over sine egne reaksjoner.

Hensikten med refleksjonsgruppen er å gi deltagerne et trygt, kollegialt forum hvor de kan sette ord på opplevelsen av møtet med pasientene, og dernest tenke høyt sammen om diagnostisk forståelse og behandlingsmessige tiltak.

## Hvordan legge til rette for åpen refleksjon?

Flere har ment at denne typen refleksjon best kan utvikles i grupper. Balint (4) fant at det

kunne være nyttig for leger å dele sine reaksjoner med kolleger når de sto i vanskelige behandlingsforløp. Andersen (5) arbeidet med «reflekterende team». Han fant at refleksjon over fastlåste kliniske situasjoner kunne gi nye muligheter for forståelse både for pasienter og leger. Norman og Salomonsson (6) utviklet «tankevevmodellen», som gir konkrete råd om hvordan en gruppe kan organiseres for å befordre åpen refleksjon. Inspirert av disse erfaringene har vi på Akuttpsykiatrisk avdeling ved Akershus universitetssykehus etablert en ukentlig refleksjonsgruppe for LIS1-leger (tidligere turnuskandidater).

Utgangspunktet for refleksjon er at en av deltagerne forteller om sin opplevelse av et møte med en pasient. Det legges vekt på å rapportere om «magefølelsen» og den subjektive fornemmelsen i møtet – det som har gjort inntrykk på legen.

Deltagerne føler seg mindre tynget av arbeidspresset når de forstår at de ikke er alene om å kjenne på hvor vanskelig dette kan være

De øvrige deltagerne reflekterer så omkring det som er presentert, ved å «tenke høyt sammen», mens den som har innledet, hører på. Det kan ofte være krevende for leder av gruppen å stoppe spørsmål til den som har innledet. Leger har en tendens til å stille spørsmål og er vanligvis ikke vant til å uttrykke egne følelser og assosiasjoner i kliniske drøftelser. Erfaringen er likevel at deltagerne raskt oppfatter verdien av å dele egne refleksjoner.

Den som i utgangspunktet fortalte om sin opplevelse av møtet med en pasient, får anledning til å kommentere til slutt. Hensikten med dette er at vedkommende skal ha mulighet til å sette ord på tanker som har dukket opp under refleksjonen dersom vedkommende ønsker det. Hensikten er ikke å gi noen fasit.

## Erfaringer med refleksjonsgruppe for LIS1-leger

Deltagelse i en refleksjonsgruppe gir god mulighet for å dele emosjonelle erfaringer åpent og ærlig. En viktig forutsetning er at gruppen oppleves trygg, kollegial og empatisk. I starten av karrieren kan dette være særlig verdifullt, fordi nyutdannede leger ofte føler seg usikre.

Trygghet i gruppen opprettholdes ved at den som har fortalt om sitt møte med en pasient, skjermes mot ytterligere spørsmål og kritikk. Deltagerne står fritt til å tenke høyt sammen ut fra det de har hørt, men den som har presentert, skal ikke behøve å «svare for seg».

I studietiden har deltagerne ofte lært at egne følelser må stenges av, slik at legen kan ta raske og riktige beslutninger på kortest mulig tid. En vanlig erfaring i gruppen er at deltagerne føler seg mindre tynget av arbeidspresset og bedre utrustet til å klare jobben når de forstår at de ikke er alene om å kjenne på hvor vanskelig dette kan være. Det blir lettere å opptre hensiktsmessig i møtet med pasientene når legen opplever at egne følelsesmessige reaksjoner er forståelige og gjenkjennelige i en kollegial gruppe.

Det er også mange eksempler på at refleksjonene resulterer i bedret forståelse både av pasientens vanskeligheter og av legens. Det som i første omgang kjennes som en svikt hos legen, kan ved ettertanke like gjerne beskrive pasientens fortvilelse og maktesløshet.

Våre erfaringer viser at det kan være nyttig for LIS1-leger å delta i en refleksjonsgruppe under tjenesten ved en akuttpsykiatrisk avdeling. Høyst sannsynlig gjelder dette også for mer erfarne leger.

---

### LITTERATUR:

1. Vaglum P. Irrasjonelle faktorer i lege-pasient-forholdet. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1906–9. [PubMed]
2. Freud S. The dynamics of transference. SE 1911; 12: 99–108.

3. Sandler J. Counter-transference and role-responsiveness. *Int R Psychoanal* 1976; 3: 43-7.
4. Balint E. The History of Training and Research in Balint Groups. *Psychoanal Psychother* 1985; 1: 1-9. [CrossRef]
5. Andersen T. Reflekterende processer. København: Dansk psykologisk forlag, 1994.
6. Norman J, Salomonsson B. 'Weaving thoughts'. A method for presenting and commenting psychoanalytic case material in a peer group. *Int J Psychoanal* 2005; 86: 1281-98. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 16. oktober 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0547

Mottatt 28.8.2019, første revisjon innsendt 14.9.2019, godkjent 18.9.2019.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no