

Ni år med samtalegrupper for medisinstudentar i Bergen

Samandrag

Dei ni siste åra har medisinstudentane ved Universitetet i Bergen fått tilbod om å ta del i samtalegrupper. Føremålet med gruppene har vore å førebyggje seinare mentale vanskar og å gjere studentane betre rusta til å møte det krevjande yrkeslivet etter studiet. Det siste året har gruppedeltaking vore obligatorisk for studentane. Dei fleste av dei meiner at framtidige studentar bør få tilbod om samtalegrupper, men at deltaking ikkje treng vere obligatorisk. Eit langsiktig forskingsprosjekt der ein skal evaluere om gruppedeltaking har effekt på den mentale helsa til studentane er starta opp.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Eva Biringer

eva.biringer@psyk.uib.no
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Bergen
5021 Bergen

Kirsten Stordal

Kjell Johansen

Kathe Aase

Dag H. Søvik

Juel Kristiansen

Edvin Schei

Kirsten Broch

Stein Nilsen

Ved Universitetet i Bergen har kommande lækjarar deltatt i samtalegrupper for medisinstudentar i ni år. Siste året har gruppene gått over 12 veker, med møter på halvannan time ein gong i veka tredje studieåret. Hovudføremålet med samtalegruppene har vore å førebygge seinare mentale vanskar og å gjere studentane betre rusta til å møte det krevjande yrkeslivet etter utdanninga. Medisin er eit teoretisk studium som krev mykje arbeidsinnsats, og i motsetnad til andre utdanningar for unge menneske som skal inn i ei hjelperolle (til dømes psykolog- og

sosionomutdanningane), har det ikkje vore vanleg med mentorgrupper eller anna spesiell oppfølging over tid for å lære medisinstudentane ei slik rolle. Etter at dei store kulla i Bergen kom i 1990-åra, har dessutan studentane opplevd ei framandgjerding i forhold til kullkameratane. Det er ikkje lenger vanleg å kjenne alle ein er på kull med, og dei store kulla gjer det vanskeleg for undervisarane å få nær kontakt med studentane og dermed å vere faglege og personlege førebilete. Det er såleis ikkje tvil om at samtalegruppene har ein viktig funksjon i utdanninga ved Universitetet i Bergen.

Gruppene har vore av to typar: temagrupper og sjølvutviklingsgrupper (1–3), og studentane har sjølv kunna velge kva gruppe dei ville vere med i. I temagruppene blir det diskutert konkrete tema som har med lækjarrolla å gjere, til dømes å takle jobbstress, å skilje jobb og privatliv og å overbringe informasjon om sjukdom/død. Sjølvutviklingsgruppene er lausare strukturerte. Målet med desse er å la deltakarene få arbeide med seg sjølv og dei indre prosessane sine for å utvikle seg til menneske med meir sjølvinnsett og indre tryggleik. Gruppeleiarane har i desse åra vore allmennlækjarar (temagruppene), psykiatarar eller psykologar (sjølvutviklingsgruppene) med særleg interesse for arbeid med gruppeprosessar. Det siste året har deltaking vore obligatorisk, og det kan synast som om dette har endra innstillinga til gruppene hjå studentane.

Gjev samtalegruppene vinst på lang sikt?

I 1990-åra blei det gjennomført studier som viste at lækjarar kunne ha høgare førekost av mentale helseproblem enn andre grupper (4, 5), og funn som kunne tyde på at suicid førekom hyppigare hos lækjarar enn i andre yrkesgrupper førte til oppslag i media (5–7). Faktorar som såg ut til å auka risikoen for mentale helseplager var låg grad av autonomi, tidspress og krevjande pasientarbeid (8). At helsevesenet slit med underbemanning, at helseinstitusjonane blir større og at finansieringa etter innføringa av DRG-systemet er innsatsstyrt, vil nok kunne auke den negative effekten av desse faktorane på yrkesgruppa i åra framover (9).

Eit longitudinelt forskingsprosjekt, leia av Brit Haver ved Universitetet i Bergen, skal vurdere om samtalegruppene kan ha ein førebyggjande effekt mot utvikling av mentale plager hos lækjarar over tid. I dette forskingsprosjektet blei studentkullet som starta i 2001 evaluert ved hjelp av ei rekke kliniske instrument før og etter å ha delteke i gruppene, og det er planlagt oppfølging etter sjettede studieår, etter turnus og fem år etter avlagt eksamen. Kull 2002 fungerer som kontrollkull, utan gruppedeltaking.

Tilbakemelding frå studentane i år

Medan omtrent halvparten av studentane tidlegare har delteke i gruppene, var kull 2001 det første som hadde obligatorisk fram møte. Reaksjonane på dette frå studen-



Føremålet med samtalegruppene er å gjere studentane betre rusta til legeyrket. Gruppeleiar er allmennlækjar, psykolog eller psykiater. Foto Bjørn Erik Larsen

tane var todelte: Mange meinte at dei mista motivasjonen til å vere med då dei fekk vite at dei måtte. Andre meinte at det var bra at gruppedeltaking var blitt obligatorisk, då dette innebar at studentar med psykiske vanskar no blei med. Trass i dette siste er det likevel viktig å understreke at gruppene ikkje skal ha terapifunksjon, sjølv om leiarene ved nokre tilfeller har fanga opp og vist studentar som har vore hjelpetrengande vidare i hjelpeapparatet.

På kull 2001 (n = 132) meinte 64 % av dei 92 som levte evalueringsskjema at gruppene burde vere eit tilbod til framtidige studentar, men at det ikkje skulle vere obligatorisk å vere med. Berre to studentar meinte at gruppedeltaking burde bort frå undervisningsplanen. Temagruppene fekk gjennomgåande betre tilbakemelding enn sjølvutviklingsgruppene. Ein del studentar meinte gruppene kom noko tidleg, og at dei heller burde komme seinare i den kliniske delen av studiet. Nokre studentar føreslo ein modell der gruppedeltaking var obligatorisk dei første 12 vekene, og der dei som ønskte det deretter kunne forplikte seg til å møte gruppeleiaren sin jamleg resten av den kliniske delen av studiet.

På spørsmål om studentane trudde at deltaking i ei slik gruppe ville ha noko å seie for dei i eit lengre tidsperspektiv, svara 80 % at dei meinte det ville bety noko eller mykje for dei. Dei fleste meinte dei ville ha langsiktig nytte av å ta del i gruppene ved at dei blei kjende med ein rollemodell, ved at dei fekk førebudd seg på konkrete situasjonar dei kom til å møte i yrket og ved at

dei var blitt meir trygge/meistrande. Mange meinte gruppene hadde hjulpet dei til å utvikle seg på personleg plan ved at dei lærte å vere opne i kommunikasjonen med andre og å reflektere over seg sjølve i ein større samanheng.

Samtalegruppene – kor går vi?

Røynslene så langt viser at gruppene har blitt positivt mottatt av studentane, og at dei meiner at dei har hatt nytte av dei (2). Dette gjeld også etter at møtene har blitt obligatoriske. På bakgrunn av tilbakemeldingane frå studentane kan det sjå ut som om tema-grupper bør prioriterast framfor sjølvutviklingsgrupper i framtida. Det står att å sjå resultatane fra evalueringane etter turnus og etter fem år i yrket før ein kan seie at gruppene førebygger mentale helseproblem hos lækjarar på sikt. Det er likevel inga tvil om at framtidige lækjarar bør ha eit slikt eller liknande tilbod, til dømes mentorgrupper (10), under studiet. Trygge, opne lækjarar som meistrar yrkeslivet kjem til sjuande og sist pasientane til gode.

Ein av gruppeleiarane uttrykker det slik: «Noe av hensikten med gruppene er å bidra til at studentene bringer «noe annet» enn det rent faglige inn i studiet. Sett fra mitt ståsted som veileder omskriver jeg dette til å si at en bringer inn seg selv som person og som menneske..... De (vi) må lære oss å være direkte, nettopp ved å kunne tåle å kjenne på det ubehaget det koster å kjenne etter. Naturlig følge av dette blir for meg at vi som veiledere (og leger) må kunne tåle det ubehaget som følger av at vi ikke alltid

får den tilbakemeldingen vi forventer oss. Slik vil det også være i legegjerningen, noen ganger får vi ris for det vi mente var bra, andre ganger får vi ros uten å synes vi har gjort oss fortjent til det. Nettopp i dette ubehaget ligger kimen til ny læring.»

Vi takkar alle tidlegare gruppeleiarar for entusiasmen dei har vist opp gjennom åra.

Litteratur

1. Stordal K, Tveit A, Lund A. Selvutviklingsgrupper for medisinstudenter. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1932–3.
2. Stordal K, Roness A, Haaland G et al. Samtalegrupper for medisinstudenter. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2287–8.
3. Buanes F. Egen helse på timeplanen. HUBRO 2004; 11: 12–3.
4. Wall T, Bolden R, Borrill C et al. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. Br J Psychiatry 1997; 171: 519–23.
5. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold N et al. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. J Affect Disord 2001; 64: 69–79.
6. Hem E, Halvorsen T, Aasland O et al. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960–2000. Psychol Med 2004; 34: 1–8.
7. Lindeman S, Laara E, Hakko H et al. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. Br J Psychiatry 1996; 168: 274–9.
8. Tyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3527–32.
9. Høye I. Legekultur og kollegialitet under press. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2928–30.
10. Tveito M. Snart mentor for Oslo-studentene. Æsculap 2002, nr. 4: 10.