

Refleksjonsgrupper – en metode for kvalitetssikring

Den nye pasientrollen stiller nye krav deg som lege. Ved medisinsk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus har vi utviklet og prøvd ut refleksjonsgrupper for leger som en metode for kvalitetssikring i møte med den nye pasientrollen. Her beskriver vi våre erfaringer med metoden.

Bakgrunnen for å starte med refleksjonsgrupper var ønsket fra leger ved medisinsk avdeling om et forum hvor vi kunne drøfte problemstillinger knyttet til kommunikasjon og endringer i legerollen som følge av den nye pasientrollen. Foruten oppdatert medisinsk kunnskap, tilgjengelighet og tilpasningsevne til den enkelte pasients behov stilles det økende krav til gode kommunikasjonsferdigheter.

Mens noen pasienter trenger deg som ekspert og autoritativ beslutningstaker, vil andre at du skal være en likeverdig samarbeidspartner. Du skal håndtere tidspress, andres og egne forventninger og følelsesmessige reaksjoner. For å møte denne kompleksiteten er det viktig å utvikle sin legerolle på en systematisk og kvalitativt god måte. Dagens en-til-en-veiledning av leger i spesialisering tar i varierende grad opp denne type problemstillinger. Refleksjon i gruppe kan gi større tilfang av både kollegastøtte og erfaringsbasert kunnskap.

I utviklingen av opplegget har vi fått støtte fra Legeforeningen. Vi har bygd på erfaringer fra veiledningsgrupper i allmennmedisin (Bente Aschim & Sverre Lundevall, upublisert notat) og fra et prosjekt med gruppeveiledning ved Kvinneklinikken ved Haukeland universitetssykehus, ledet av Harald Helland (1).

Refleksjonsgruppene passer godt inn i Diakonhjemmet Sykehus' overordnede verdier og med målsettingen om å bedre kommunikasjonen mellom lege og pasient. Sykehuset har fra 2012 innført obligatoriske kommunikasjonskurs for nyansatte leger (2).

Kvalitetsforbedringsprosjekt

Etablering av refleksjonsgrupper ble definert som et kvalitetsforbedringsprosjekt. Prosjektet ble forankret i ledelsen ved medi-

sinsk avdeling og fikk økonomisk støtte fra sykehusets fond for forskning, innovasjon og fagutvikling. Prosjektgruppen har bestått av leger fra medisinsk avdeling og av psykologspesialister fra sykehusets Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken. Prosjektgruppen forberedte seg til oppstart av gruppene med et todagersseminar, der det ble lagt hovedvekt på gruppeledelse og drøfting av aktuelle temaer for refleksjon, spilt inn fra legegruppen.

Vi opprettet to refleksjonsgrupper, som begge har hatt månedlige møter av to timers varighet i et møterom i sykehusets lærings-

«Temaer innen kommunikasjon planlegges innført i obligatorisk del av den nye spesialistutdanningen for leger»

og mestringscenter. Hver gruppe har hatt åtte deltakere, med jevn fordeling mellom leger i spesialisering og overleger og mellom kvinner og menn. Deltakerne ble rekruttert via en åpen invitasjon til avdelingens leger.

Hver gruppe er blitt ledet av et veilederpar bestående av en psykolog og en lege fra prosjektgruppen. Kjøreregler har vært «de tre p-ene»: presis, profesjonell og positiv, noe som blant annet innebærer taushetsplikt, avslått calling/telefon og forpliktende og aktiv deltakelse. Selve prosjektperioden varte ett år og ble avsluttet etter en evaluering, men ordningen med refleksjonsgrupper har fortsatt ved medisinsk avdeling.

Møtene ble gjennomført etter en fast struktur (ramme 1). Tema for dagen ble valgt i fellesskap etter en kort innledende runde rundt bordet (innsjekking). Det meste av tiden ble brukt til refleksjon. Mot slutten samlet vi trådene (oppsummering) og så på hva den enkelte kan ta med seg videre i sin kliniske praksis (konklusjon). Til sist evaluerte gruppen i fellesskap gruppemøtet, med vekt på form og innhold.

Erfaringer

Refleksjonsgruppene ble evaluert med bistand fra Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap ved Universitetet i Oslo. Det var

gjennomgående positive erfaringer som kom til uttrykk. De fleste sa at de hadde nokså stort eller stort utbytte av gruppene og at de ville anbefale deltakelse i refleksjonsgruppe til kolleger.

Spørsmål knyttet til legerollen og til samarbeid med og tilbakemelding til andre leger kom frem som de nyttigste temaene i refleksjonsgruppen. Andre viktige temaer var stress i hverdagen, håndtering av egne følelser og lege-pasient-forholdet.

Tre forhold ble trukket frem spesielt: Refleksjonsgruppene ble sett på som et fristed der det var mulig å diskutere temaer «som kverner rundt i hodene på alle», men som det ellers ikke ble snakket så mye om. Ledelsen av gruppene fungerte meget godt. Psykologkompetansen ble sett på som svært nyttig for å fasilitere gruppeprosessene. Det var vesentlig at psykologene også kjente legenes arbeidssituasjon godt. Sammensetningen av gruppene, med både overleger og leger i spesialisering, ga mulighet til å dele erfaringer og å belyse temaene fra begge grupper ståsted

Viktig med forankring

Refleksjonsgrupper er i dag videreført som et etablert tilbud til legene ved medisinsk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus. Vi har ikke grunnlag for å si at metoden har styrket legenes kommunikasjonsferdigheter, men den har utvilsomt løftet frem betydningen av kommunikasjonsferdigheter i den nye legerollen.

Kommunikasjonstrening er per i dag ikke en formalisert del av spesialistutdanningen i indremedisin, men temaer innen kommunikasjon planlegges innført i obligatorisk del av den nye spesialistutdanningen for leger, som skal tre i kraft fra høsten 2017 (3). Dårlig kommunikasjon trekkes stadig frem som viktig årsak til misnøyen med leger, senest i Forbrukerrådets befolkningsundersøkelse om kvalitet og brukeropplevelse i helsevesenet fra 2015 (4). Ferdighetstrening er vesentlig for å bedre kommunikasjonen (2), og refleksjonsgrupper kan være et nyttig supplement i dette kvalitetsforbedringsarbeidet.

Samtidig ser vi flere barrierer knyttet til denne type indirekte pasientarbeid. Tidspress og fravær fra klinikken var de største. Fravær i klinikken innebærer ekstra belastninger for kollegene og oppgaver som må tas igjen etter arbeidstid. Her har holdningene til verdien av refleksjonsarbeid stor betydning, både egne

RAMME 1

Struktur på gruppemøtene

Innsjekking

Valg av tema

Refleksjon

Oppsummering

Konklusjon

Evaluering

holdninger og ikke minst kollegers og lederes holdninger. Det er lettere å prioritere denne type indirekte pasientarbeid dersom det anerkjennes som viktig kompetanse og det blir lagt til rette for at man er borte fra klinikken i to timer. Det krever forankring i ledelsen og tydelige føringer på verdien av denne type kompetanse.

Refleksjonsgruppene var et lokalt forankret prosjekt, utviklet og ledet av avdelingens leger og sykehusets psykologspesialister. Det innebar gruppeledere som kjente de lokale forholdene og ikke ble opplevd som om de kom utenfra. Videre har deltakerne understreket betydningen av kompetanse på gruppeledelse. Ved sykehus der man ikke har psykologspesialister, kan man søke denne kompetansen fra for eksempel lærings- og messtringssentrene, bedriftshelsetjenesten eller prestetjenesten.

Det har vært en fordel at møtene har vært gjennomført etter en forutsigbar mal hver gang, og at temaene for refleksjon har tatt utgangspunkt i aktuelle problemstillinger som kommer opp der og da. Det har vært vesentlig at deltakerne i disse to timene ikke blir forstyrret av telefon og calling.

Vi erfarte at 8–10 medlemmer er en passende gruppestørrelse. Fridager, vakt og avspasering gjorde at det i praksis som regel var seks deltakere i hvert møte. Deltakerne forpliktet seg til å være med i ett år om gangen, men vi erfarte at man bør ha muligheten for å ta inn nye deltakere etter hvert som noen slutter på grunn av svangerskapspermisjon, jobbskifte og annet.

Kompleksiteten i legerollen er stor, tempoet høyt og kravene mange. Vi jobber med liv og død, med syke mennesker i sårbare situasjoner. Det er lett å trå feil. Deltakelse i en refleksjonsgruppe innebærer at du tar

et metaperspektiv på din egen praksis, gir og får tilbakemeldinger og deler etiske dilemmaer med dine kolleger. Det gir trygghet, trivsel og kvalitet. Vi oppfordrer andre sykehus til å prøve ut tilsvarende opplegg og bidrar gjerne med innspill.

Tale Norbye Wien
tnwien@gmail.com
Ingrid Hyldmo
Nina Lang
Vegard Vevatne
Elin Fjerstad
Lill Karin Mensen
Arnstein Finset

Tale Norbye Wien (f. 1968) er spesialist i indremedisin og og nyresykdommer og tidligere overlege ved Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus. Nåværende arbeidsplass er Medisinsk avdeling, Bærum sykehus. Forfatteren har fylt ut ICME-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingrid Hyldmo (f. 1969) er psykologspesialist ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus. Forfatteren har fylt ut ICME-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Nina Lang (f. 1969) er psykologspesialist ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus. Forfatteren har fylt ut ICME-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Vegard Vevatne (f. 1981) er lege i spesialisering i indremedisin og i geriatri ved Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus. Forfatteren har fylt ut ICME-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Elin Fjerstad (f. 1964) er psykologspesialist ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus. Forfatteren har fylt ut ICME-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lill Karin Mensen (f. 1951) er spesialist i indremedisin og geriatri og overlege ved Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus. Forfatteren har fylt ut ICME-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Arnstein Finset (f. 1947) er dr.philos. og professor ved Avdeling for medisinsk atferdsforskning, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar fra Diakonhjemmet Sykehus for Fire gode vaner-kurs.

Litteratur

1. Husom N. Mester og svenn sammen om fagutvikling i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 225.
2. Hyldmo I, Fjerstad E, Bragason A et al. Kommunikasjon som verktøy i klinisk hverdag. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1925–6.
3. Spesialistutdanning for leger. <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/turnus-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger>. (9.1.2017).
4. Befolkningsundersøkelse om kvalitet og brukeropplevelser i helsevesenet. <https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2016/04/2016-PDF-Befolkningsunders%C3%B8kelse-om-kommunikasjon-i-helsevesenet.pdf> (9.1.2017).

Mottatt 25.1. 2017, første revisjon innsendt 12.2. 2017, godkjent 27.2. 2017. Redaktør: Kaveh Rashidi.

Publisert først på nett.