

# Håndbok for veiledningsgrupper i Allmenntmedisin

Program, læringsmål og ideer



Foto: Rune Eraker

Mai 2024

## Velkommen til gruppeveiledning!

«Allmenmedisin er et bra fag, men først og fremst en krevende og viktig praksis. I motsetning til de andre spesialitetene kan vi aldri trekke oss tilbake fra pasienten, verden eller oppdraget – uansett hva bestillingen er. Vi virker der og da, og må ofte sette sammen kunnskapen som trengs fra kilder langt unna lærebøkene. Men også fra dem, selvsagt.» *Elisabeth Swensen, gruppeveileder i allmenmedisin*

Læring skjer på flere måter. Gjennom praksis får hver av oss etter hvert et personlig arkiv av erfaringer. Det har vært beskrevet som korte filmer som kan hentes fram fra hukommelsen når man senere møter liknende problemstillinger eller kommer i liknende situasjoner. Erfaringslæringen fester seg bedre hvis man av og til kan stoppe opp, og reflektere over egen praksis sammen med en eller flere kolleger.

Individuell veiledning og supervisjon gjennom hele spesialistløpet er blitt en rettighet. Det er en viktig forbedring av spesialistutdanningen som vil bidra til at læring gjennom refleksjon over egen praksis skjer systematisk.

Våre helsemyndigheter har i tillegg bestemt at veiledningsgruppene skal videreføres som læringsaktivitet i spesialistutdanningen i allmenmedisin. Vi har fått klare signaler om å ta vare på de kvalitetene veiledningsgruppene har hatt i alle år siden 1985: Et trygt kollegialt fellesskap og et verksted for erfaringsutveksling og læring.

Det er fastsatt mange læringsmål som det skal arbeides med i gruppeveiledningen. Denne håndboka beskriver et møteprogram som er tilpasset disse. Læringsutbyttet fra møtene i veiledningsgruppa er også avhengig av forberedelsene: Å tenke, samle egne erfaringer, og stille seg selv spørsmål. Og å lese.

Læreboka i Allmenmedisin er et samlende læreverk på norsk. Denne bør alle deltakere ha tilgang til. Kliniske kapitler kan brukes som bakgrunnsstoff for kliniske møter. For leger som ikke kjenner norsk allmenmedisin gjennom studier i Norge, vil vi sterkt anbefale å lese de første 140 sidene i læreboka, Del 1. Dette gir en god innsikt i faget og hjelp til å forstå hvilken plass allmenmedisin har i vårt helsevesen.

## Basislæremidler

Allmennmedisin, Hunskaar S, red. Oslo: Gyldendal Akademisk,  
KVALLM

<https://podimo.com/dk/shows/eb0b2c6c-98ca-4b03-8cd4-3f6668fe1b67>

LISTRE <https://listre.podbean.com/>

Utposten: [www.utposten.no](http://www.utposten.no)

(Krever abonnement, ALIS kan få 1 år gratis nettverson)

Helsebiblioteket – allmennmedisin [Helsebiblioteket](#)

Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) [www.legehandboka.no](http://www.legehandboka.no)

Schei E. Lytt. Legerolle og kommunikasjon. Fagbokforlaget 2015

Malterud K, Nessa J, Stensland P, Thesen J. [Legekunst i praksis](#)

Håndbok i klinisk kommunikasjon:

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/473c173f8c9345be8a3300966f066e1b/handbok-kk-final-edition-3.0.pdf>

*Veilederkoordinatorene*

## **Innhold**

<b>Velkommen til gruppeveiledning!</b>	<b>2</b>
<b>Allmenntmedisin i primærhelsetjenesten</b>	<b>6</b>
<b>Praktisk organisering av veiledningsgrupper</b>	<b>7</b>
<b>Læringsmål og læringsaktiviteter</b>	<b>10</b>
<b>Første møte - Veiledningsgruppe et verksted for læring</b>	<b>19</b>
<b>Andre møte - Egen praksis og arbeidssituasjon</b>	<b>22</b>
<b>Tredje møte - Evidensbasert kunnskap</b>	<b>24</b>
<b>Fjerde møte - Veiledningspedagogikk</b>	<b>27</b>
<b>Femte møte – Etikk</b>	<b>30</b>
<b>Allmenntmedisinske arbeidsteknikker og Kloge valg</b>	<b>32</b>
<b>Diagnostiske teknikker og Utredning ved trett og slapp</b>	<b>34</b>
<b>Legeerklæringer og Sakkyndighetsarbeid</b>	<b>37</b>
<b>Risikofaktorer og forebygging av hjerte-karsykdommer og Motiverende samtale om livsstilsendringer</b>	<b>39</b>
<b>Håndtering av usikkerhet og MUPS</b>	<b>42</b>
<b>Kommunikasjon og bruk av video</b>	<b>47</b>
<b>Gjennomgang av videokonsultasjon</b>	<b>51</b>
<b>Oppfølging av pasienter med Diabetes og andre kroniske sykdommer</b>	<b>55</b>
<b>Praksisdrift og administrasjon</b>	<b>57</b>
<b>Psykiske lidelser i allmennpraksis</b>	<b>60</b>
<b>Offentlig helsearbeid og Kreftdiagnostikk</b>	<b>63</b>

<b>Samvalg og brukermedvirkning, og oppdatering på pasientorganisasjoner og selvhjelp</b>	<b>66</b>
<b>Uenighet og følelsesmessig vanskelige samtaler</b>	<b>69</b>
<b>Legevakt</b>	<b>71</b>
<b>Praktiske ferdigheter</b>	<b>73</b>
<b>Multisyke og legemiddelgjennomgang</b>	<b>76</b>
<b>Svangerskapsomsorg</b>	<b>77</b>
<b>Sykmelding</b>	<b>78</b>
<b>Henvisninger</b>	<b>79</b>
<b>Tvungen undersøkelse og behandling</b>	<b>82</b>
<b>Vanedannende medikamenter</b>	<b>85</b>
<b>Når bør vi snakke om alkohol?</b>	<b>88</b>
<b>Uheldige hendelser og klagesaker</b>	<b>92</b>
<b>Samarbeid med Arbeidsmedisin</b>	<b>94</b>
<b>E-helse</b>	<b>97</b>
<b>Leger og massemedier</b>	<b>98</b>
<b>Egenomsorg/ kollegaomsorg</b>	<b>100</b>
<b>Siste møte</b>	<b>104</b>
<b>Forslag og ressurser til egne kliniske møter</b>	<b>106</b>
<b>Evaluering av gruppa underveis. En metode</b>	<b>107</b>
<b>Læringsmål for veiledningsgruppa</b>	<b>108</b>
<b>Noen føringer fra Helsedirektoratet</b>	<b>116</b>

## Allmenntmedisin i primærhelsetjenesten

Da spesialiteten i allmenntmedisin ble opprettet i 1985, var fokuset på den allmenntpraktiserende legens arbeidsoppgaver. Slagordet var at man lærer allmenntpraksis ved å være i allmenntpraksis. Kravet for å bli spesialist var i kortversjon fire års allmenntpraksis og ett års sykehuspraksis. I tillegg krevdes et antall kurstimer. To år i veiledningsgruppe har vært obligatorisk fra starten. Møteprogrammet for veiledningsgruppene la avgjørende vekt på erfaringer og eksempler fra allmenntpraksis.

Etter hvert ble praksis fra andre deler av primærhelsetjenesten godkjent som tellende med inntil to år av det allmenntmedisinske praksiskravet. I dag kan og skal leger med stilling innen alle primærmedisinske fagfelt bli spesialister allmenntmedisin. Det kan være for eksempel kommunale legevakter, kommunale korttidsinstitusjoner, sykehjem og andre kommunale langtidsinstitusjoner eller private institusjoner. Et felles praksiskrav i spesialiseringen i allmenntmedisin er to årsverk i åpen uselektert allmenntpraksis. Dette betyr minst to år som lege på fastlegekontor. Gruppeveiledningen er nært knyttet til uselektert allmenntpraksis, med krav om at minst 12 av de 24 månedene i veiledningsgruppe tas parallelt med slik praksis i minst 50% stilling.

Hovedfokus er allmenntpraksis og problemstillinger fra den kliniske hverdagen på legekontoret. Samtidig vil mange deltakere i en veiledningsgruppe en del av tiden være i en annen praksis enn på et legekontor. Det betyr at de må hente sine eksempler og erfaringer fra andre arenaer. Mange tema som tas opp i gruppa er aktuelle enten man er i allmenntpraksis eller har en annen oppgave i primærhelsetjenesten. Å bli spesialist i allmenntmedisin handler ikke bare om kunnskaper og ferdigheter, men også om å modnes i rollen som allmenntmedisiner.

Det kollegiale fellesskapet i veiledningsgruppa kan bidra til at deltakerne:

- Sosialiseres inn i legerollen og oppleve økende trygghet i yrket
- Finner sin plass i det samlede norske helsevesen
- Lærer å være pasientens støtte og trygghet og være åpen for pasientens agenda
- Lærer å leve med å ta avgjørelser på usikkert grunnlag
- Lærer å ivareta egen helse og faglige utvikling som lege

## Praktisk organisering av veiledningsgrupper

Alle som er i spesialistutdanning i allmennmedisin, må delta to år i veiledningsgruppe. Påmelding skjer elektronisk på legeföreningen.no. Deltakerne får plass etter ansiennitet i spesialiseringssløpet. ALIS må jobbe i åpen og uselektert allmennpraksis i minst 50% stilling, eller ha avtale om dette når de får plass i veiledningsgruppe. Gruppene har vanligvis 6-10 deltakere, i noen tilfeller 12-14 med to veiledere. Veilederne er spesialister i allmennmedisin som har gjennomgått Legeföreningens veilederutdanning. Møter med færre enn tre deltakere, i tillegg til veileder, godkjennes ikke.

Veileder og gruppa sammen bestemmer hvor møtene skal holdes. Det kan være møtelokaler knyttet til veileders eller deltakers arbeidssted, som legesenter, sykehjem, universitet, kommunehus eller annet. De kan også holdes i private hjem. Lokalet bør være romslig nok til å dele gruppa i mindre enheter. Noen møter blir holdt i kommersielle lokaler/hotell når dette er eneste mulighet, det må klareres med veilederkoordinator.

Møtene kan være på 3 eller 6 timer. Som en time regnes 45 minutter. Med innlagt 15 minutters pause i hver bolk på 3 timer, og en times lunsjpause, varer en 6 timers møtedag 6 klokketimer, for eksempel klokken 9.00 til 15.00 med lunsjpause klokken 11.30-12.30. Programmet må inneholde minst 120 timer, og det godtas kun 10% fravær. Minimum antall timer for å få programmet godkjent er 108.

Mange veiledningsgrupper velger å ha ett heldagsmøte hver måned unntatt to sommermåned. Det kan holdes inntil tre overnattingsamlinger med til sammen maks 12 timer. Det vanlige er å ha to slike i løpet av de to årene med 9 timer pr overnattingsamling, slik at det også er god tid for gode utenom faglige aktiviteter.

Vanligvis gjøres det plass til to spesifikke temaer på en møtedag, generelle og/eller kliniske. Se seinere i boka for utkast til møteplan og forslag til møteopplegg.

Møtene avsluttes med en kort evaluering:

- Hvordan har dette møtet vært?
- Hvilke læringsmål har vi vært innom?
- Hva tar jeg med meg?

Minst en gang, gjerne etter det første halvåret, bør det gjennomføres en evaluering av hvordan gruppa fungerer. Trengs det endringer?

Over 15 minutters fravær fra et møte gir en times trekk i oppmøte. Man må være fysisk til stede for å få godkjent deltakelse. Deltakelse på videokonferanse godkjennes ikke.

Utgifter til reise og opphold i forbindelse med veiledningsgruppe som overstiger 5000 kr i løpet av de to årene vil kunne søkes refundert fra Utdanningsfond II.

<https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/fond-og-legater/utdanningsfond-ii/>

### **Forslag til struktur for heldagsmøter**

- Åpen post
- Møtetema I
- Lunsjpause
- Planlegging av videre møter
- Møtetema II
- Evaluering av dagens møte





## Læringsmål og læringsaktiviteter

For spesialiteten i allmenntidrett har HOD forskriftsfestet 88 læringsmål. I tillegg kommer felles kompetansemål som gjelder for alle spesialiteter. For å nå læringsmål kreves læringsaktivitet. De fleste læringsmål vil langt på vei nås gjennom praksis, støttet av individuell veiledning og supervisjon. Vi kan derfor si at veiledet praksis er den viktigste læringsaktiviteten. Det er den individuelle veileder som har hovedrollen når det gjelder å vurdere kompetanse og anbefale at læringsmål godkjennes.

Veiledet praksis alene er ikke nok. Helsedirektoratet har i et temahefte anbefalt flere læringsaktiviteter for å nå de ulike læringsmålene. For å få en solid spesialistutdanning bør ALIS gjennomføre flest mulig av disse aktivitetene. Helsedirektoratet anbefaler at 52 av de allmenntidrettslige læringsmålene (ALM) og 14 av de felles kompetansemålene (FKM) behandles i veiledningsgruppa. Vi har samlet disse bakerst i boka.

## Attestasjon av læringsaktiviteter i veiledningsgruppa

Veileder noterer i den elektroniske presenslista etter hvert møte hvilke læringsmål gruppa har vært innom. Vi anbefaler at veileder venter med å attestere i deltakernes kompetanseportal til programmet er ferdig.

Deltakere som ikke har mer enn 10 % fravær, og som har vært med og bidratt på vanlig tilfredsstillende måte får attestert de læringsaktivitetene som inngår i gruppas program.

Unntak:

- Deltakere som ikke har deltatt med videokonsultasjon får ikke attestert læringsaktivitetene knyttet til dette.
- Deltakere som har vært fraværende på møter som er avgjørende for ett læringsmål kan ikke få attestert for dette.

Ved tvil om en deltaker kan få attestert læringsaktiviteter tar veileder dette opp med den enkelte og med individuell veileder snarest mulig.

## **Veiledningsgruppas læringsaktiviteter kan deles i fire:**

Åpen post, Videokonsultasjoner, Forberedte generelle temaer og Forberedte kliniske temaer.

### **Åpen post**

Er anbefalt som start på alle heldagsmøter. Hvor lang tid som brukes på åpen post varierer fra en snau halvtime til to timer. Her deler deltakerne ferske opplevelser som lege. Det kan handle om pasientmøter, diagnostikk og behandling, kollegialt samarbeid, kurs de har vært på, suksesser, feilslag og spørsmål. Åpen post vil berøre mange sider av legelivet og legerollen, og dekke mange læringsmål i løpet av to år. Utgangspunktet er fortellinger eller kasuistikker.

Veileder bruker sin pedagogiske kompetanse til å styre åpen post. Styringen skjer gjennom åpne spørsmål til den som forteller. Slik kan fortellingen utvikles fra beskrivelse til begrunnelser og avveininger. Medisinskfaglig kunnskap og kjennskap til lover og regler kan trekkes inn. Legens holdninger og verdier kan komme fram ved spørsmål som «Hva gjør dette med deg som lege?» Hvis en fersk opplevelse er dramatisk eller kompleks, kan veileder velge å bruke hele veiledningsgruppa som et reflekterende team.

Målet er å etablere åpen post som et godt og trygt samtalemiljø, der deltakerne åpent kan komme fram med tanker og spørsmål. Veileder forklarer på første møte sin egen rolle og varsler hvordan hun vil styre åpen post: Fordele tiden. Av og til styre ved å stille spørsmål. Av og til avbryte. Av og til stoppe andre deltakere som er for ivrige og tar over en fortelling med egne liknende erfaringer eller for tidlige råd. Mange veiledere har brukt begrepet «åpen runde», der gruppedeltakerne har fått ordet etter tur i en runde slik de sitter. Da kan det skje at den neste som skal ha ordet blir opptatt med å forberede seg, og går glipp av det som blir sagt av foregående deltaker. Vår erfaring er at det fungerer bedre hvis veileder gir ordet tilfeldig på kryss og tvers til deltakerne. Ved sluttevaluering har mange gruppedeltakere fremhevet åpen post som det de liker best og det de lærer mest av. Mange av læringsmålene nedenfor vil med stor sannsynlighet bli behandlet gjentatte ganger i åpen post i løpet av de to årene veiledningsgruppa varer. Noen vil i tillegg bli diskutert som forberedte temaer.

## **Allmenntedisinske læringsmål i Åpen post**

ALM 001

Selvstendig kunne sikre faglig forsvarlighet av egen klinisk praksis

ALM 002

Kunne evaluere styrker og begrensninger i egne kunnskaper og ferdigheter, og selvstendig kunne veilede kolleger i tilsvarende evaluering

ALM 003

Selvstendig kunne reflektere over hvordan egen rolle som lege påvirker lokalsamfunnet og blir påvirket av lokalsamfunnet

ALM 004

Selvstendig kunne evaluere hvordan kultur, samfunn, historie og nasjonale strømninger påvirker forventninger til allmennlegens rolle

ALM 006

Selvstendig kunne ivareta pasientens behov for forebyggende helsetjenester i et klinisk og samfunnsmessig perspektiv

ALM 007

Sammen med pasienten kunne avdekke forhold ved levevaner, nærmiljø og arbeidsliv av betydning for liv, helse og pasientens tilgang til nødvendige helsetjenester

ALM 015

Selvstendig kunne prioritere i egen praksis og kunne bidra til at pasienten får rett behandling på rett sted til rett tid

ALM 023

Ha kunnskap om forekomst av symptomer og sykdommer i en uselektert populasjon

ALM 024

Ha kjennskap til hvordan faktorer i pasientens erfaringsbakgrunn, arbeidslivstilknytning og sosiale miljø og forutsetninger kan virke inn på sykdom og mestringssevne, og selvstendig kunne bruke denne kunnskapen i møtet med pasientene

ALM 026

Selvstendig kunne bruke tid og gjentatte konsultasjoner som virkemiddel i diagnostikk og behandling.

ALM 027

Selvstendig kunne inngå i en varig og forpliktende profesjonell relasjon til pasienten

ALM 030

Selvstendig kunne bidra til økt mestring hos pasienten og til lindring av pasientens plager

ALM 033

Ha kunnskap om betydningen av individuelle forskjeller i legesøkingsatferd og hvilke implikasjoner det har for fortolkning av symptomer, samt selvstendig kunne bruke denne kunnskapen i møte med den enkelte pasient

ALM 048

Kjenne til konsekvensene av at mennesket er fortolkende av natur og kunne ta hensyn til at de opplysninger, fakta og funn som blir omhandlet i et pasientmøte blir fortolket av både lege og pasient, der fortolkningene ofte bærer preg av tidligere erfaringer hos begge parter

ALM 051

Selvstendig kunne påpeke og handle på en hensiktsmessig måte når pasientsikkerhet er i fare

ALM 071

Selvstendig kunne diagnostisere og behandle kroniske sykdommer i primærhelsetjenesten, og kunne samarbeide med spesialisthelsetjenesten om slike pasienter

ALM 072

Selvstendig kunne diagnostisere de vanligste kroniske folkesykdommene

ALM 075

Selvstendig kunne koordinere pasientens helsetjenester i samarbeid med andre deler av helsetjenesten, der dette ikke er tillagt andre instanser

ALM 078

Kjenne til og kunne ivareta særtrekk ved diagnostikk og behandling av ulike aldersgrupper og etnisiteter

ALM 081

Ha kunnskap om spesielle fysiologiske og epidemiologiske forhold hos ulike etniske grupper

## **Felles kompetansemål i Åpen post**

FKM 04

Kunne håndtere etiske utfordringer i egen spesialitet, gjennomføre etisk refleksjon og veilede andre

FKM 46

Forstå ansvaret som legespesialist i ivaretagelsen av lovlighet, forsvarlighet, standardisering og god praksis

FKM 47

Ha kjennskap til at det finnes spesiallover, særskilte organer og saksbeholdningsformer av særlig betydning for den enkelte spesialitet

FKM 59

Kunne beskrive sammenhengen mellom egen arbeidsplass, andre deler av helse- og omsorgstjenesten og samfunnet for øvrig og diskutere hvilke roller ulike andre aktører kan ha for pasientgrupper spesialistens arbeid omfatter

FKM 60

Ha kjennskap til og kunne gi anbefalinger om tiltak for å fremme samhandling som gagnar den enkelte pasient og tjenesten som helhet

FKM 73

Kunne reflektere over hvordan egne egenskaper, holdninger og verdier påvirker arbeidsmiljøet og rollen som arbeidstaker, leder og kollega

## **Videokonsultasjoner**

God kommunikasjon mellom lege og pasient er allmenntilleggsinens viktigste verktøy. Deltakerne i veiledningsgrupper har siden midt på 1980-tallet fått gjennomgått opptak av egne pasientkonsultasjoner. Gruppeveilederne får opplæring i prosedyrer som sikrer at gjennomgangen av konsultasjonen gjøres på en respektfull måte, med størst mulig læringsutbytte både for «videolegen» og resten av gruppa.

## **Læringsmål ved videokonsultasjoner**

ALM 008

Selvstendig kunne ha en helhetlig tilnærming til pasient og pårørende, og kunne bruke kommunikasjonsferdigheter og -strategier for å hjelpe pasienter og pårørende til å fatte kvalifiserte beslutninger om egen helseatferd

ALM 042

Ha gode kommunikasjonsferdigheter, både muntlig og skriftlig, og kunne forstå pasientens nonverbale kommunikasjon

ALM 043

Selvstendig kunne skape trygge fysiske rammer som ivaretar pasientens verdighet, diskresjon, engasjement og sikkerhet

ALM 044

Selvstendig kunne kommunisere med en pasientsentrert tilnærming som støtter pasientens tillit og autonomi, og som er karakterisert ved empati, respekt og innlevelse

ALM 045

Selvstendig kunne tilpasse kommunikasjonen til pasientens ståsted og preferanser, og til pasientens situasjon og medisinske tilstand

ALM 046

Selvstendig kunne gjenkjenne når verdier, holdninger og perspektiver hos lege, pasient, pårørende og annet helsepersonell kan ha en betydning for tilnærmingen til pasientens helseproblemer og behandlingskvalitet

Gruppedeltakere som får gjennomgått minst en egen konsultasjon og deltar aktivt i gruppemøtene om dette, kan få attestert at disse læringsaktivitetene er tilfredsstillende gjennomført.

### **Forberedte kliniske temaer**

Klinisk allmenmedisin læres på flere måter. Det grunnleggende er den allmenmedisinske praksis i en uselektert pasientpopulasjon, der kandidaten får individuell veiledning og supervisjon. Emnekurs er også læringsaktivitet for en rekke læringsmål. For mange læringsmål er gruppeveiledning anbefalt som læringsaktivitet i tillegg til emnekurs.

En styrke ved veiledningsgruppa er at man deler egne erfaringer og spørsmål. Det er sjelden anledning til dette på kurs med mange deltakere. Omvendt passer undervisning i form av foredrag bedre på kurs enn i en veiledningsgruppe!

Ansvar for og planlegging av kliniske temaer kan veileder med fordel overlate til deltakerne. Der dette har fungert best har gruppa hatt en ordning hvor to deltakere sammen planlegger et klinisk tema. Ansvar for klinisk tema på hvert møte kan settes opp for et halvår av gangen. Da

kan de to som har ansvaret legge fram forslag i god tid, gjerne to møter i forveien.

Bruk litt tid på valg av tema. Aktiviser hele gruppa til å tenke høyt sammen: Hvem har egne erfaringer og kasuistikker de gjerne vil dele?

Når tema er valgt fortsetter planleggingen:

- Hva er det jeg strever med her?
- Hvor «trykker skoen»?
- Fins det artikler, filmer, deler av nettkurs eller andre nettressurser som kan brukes på møtet eller som egner seg som forberedelser?
- Finnes det ressurspersoner eller institusjoner som kan kontaktes, inviteres eller besøkes?

### **Kortversjon av arbeidsmåten**

Forberedelser:

Møtet forberedes gjennom idédugnad på foregående møte.

Alle leser relevant kapittel i læreboka og gjør seg kjent med relevante kliniske retningslinjer.

Alle finner fram til en kasuistikk der man ønsker veiledning eller diskusjon med kolleger.

Gjennomføring:

Kasuistikkene gjennomgås i plenum, i mindre grupper eller som reflekterende team.

Spørsmål fra kasuistikkene kan drøftes i plenum.

Uløste spørsmål prøver man å finne svar på ved hjelp av Helsebiblioteket eller NEL. Gruppa kan også avtale at noen av deltakerne jobber videre med dette til neste møte.

Veileder spør hva deltakerne kan ta med seg tilbake til sin praksis.

Bak i håndboka ligger en liste over noen kliniske temaer og forslag til opplegg og ressurser. Men her kommer det hele tiden noe nytt. Det beste er at gruppa former opplegg for kliniske temaer på sin egen måte.



## **Læringsmål for gruppas arbeid med forberedte kliniske temaer**

ALM 050

Selvstendig kunne effektivt innhente og bearbeide relevant medisinsk informasjon fra pasient gjennom anamneseopptak og andre kilder, inkludert pårørende der pasienten har gitt sitt samtykke

ALM 060

Selvstendig kunne utforske og fortolke objektiv informasjon i lys av subjektiv pasientinformasjon og egen erfaring med liknende kasuistikker og tilpasse dette til den aktuelle pasienten

ALM 071

Selvstendig kunne diagnostisere og behandle kroniske sykdommer i primærhelsetjenesten, og kunne samarbeide med spesialisthelsetjenesten om slike pasienter

ALM 072

Selvstendig kunne diagnostisere de vanligste kroniske folkesykdommene

ALM 073

Selvstendig kunne iverksette, følge opp og justere en målrettet behandlings- og oppfølgingsplan tilpasset den enkelte pasient med kronisk sykdom

ALM 074

Selvstendig kunne oppdage og agere på symptomer som tilsier behovet for endret behandlingsplan som medikamentjustering, henvisning videre eller innleggelse

ALM 076

Selvstendig kunne vurdere utfordringer, gjøre avveininger og prioritere når det foreligger mer enn en sykdom hos pasienten

ALM 077

Selvstendig kunne de viktigste interaksjoner med multifarmasi og etter en samlet vurdering kunne prioritere rett behandling for pasienten

ALM 078

Kjenne til og kunne ivareta særtrekk ved diagnostikk og behandling av ulike aldersgrupper og etnisiteter

ALM 079

Ha kunnskap om spesielle fysiologiske og epidemiologiske forhold under svangerskap, fødsel og barsel, og være oppmerksom på når det er behov for intervensjon

## **Forberedte generelle temaer**

Konkrete opplegg for forberedte temaer og tilknyttede læringsmål beskrives nedenfor. Målet er å få fram og diskutere deltakernes egne spørsmål, erfaringer, kasuistikker og opplevde situasjoner. Da skjer læring. Normalt bruker en veiledningsgruppe tiden mellom Åpen post og lunsjpause til det forberedte generelle temaet. Det kan bety 60-100 minutter. Veileders tidsstyring er viktig. Veileder må i starten også styre forberedelsene slik at opplegget blir realistisk i forhold til tiden som står til rådighet.

## **Veiledningsgruppas møteprogram**

Her er forslag til program for 20 heldagsmøter og noen enkle møter, som dekker læringsmålene for gruppeveiledningen. For noen heldagsmøter foreslår vi et klinisk tema som passer godt sammen med det generelle temaet. Vi anbefaler at de første møtene tas i den rekkefølgen vi foreslår. Møtene med videokonsultasjoner kan vente til gruppa er ferdig med sitt første år.

Hvis dere har innspill til forbedring av eller nye møter send oss gjerne en e-post.

## **Første møte - Veiledningsgruppe et verksted for læring**

ALM 002

Kunne evaluere styrker og begrensninger i egne kunnskaper og ferdigheter, og selvstendig kunne veilede kolleger i tilsvarende evaluering

FKM 20

Ha gode ferdigheter i å veilede og gi supervisjon

### **Forberedelse**

Før møtet får alle en melding fra veileder om å ta med en fortelling om noe de har opplevd som lege. Noe som har gjort inntrykk, noe de vil dele.

Alle gjør seg kjent med Helsedirektoratets temahefter:

ALLMENNEMEDISINSKE LÆRINGSMÅL [ALM](#)

FELLESKOMPETANSEMÅL [FKM](#)

### **Gjennomføring**

Bruk god tid til å bli kjent.

En metode er å starte med at deltakerne snakker sammen to og to. De intervjuer hverandre etter tur:

- Hvem er du?
- Hvorfor ble du lege?
- Hvorfor har du valgt allmennmedisin?
- Hvilke forventninger har du til veiledningsgruppa?
- På hvilken måte lærer du best?

Alle presenterer sin makker for gruppa, og det åpnes for oppfølgende spørsmål fra veileder og de andre.

## **Samtale om spesialistreglene og virksomheten i veiledningsgruppa**

Veileder gir en kort oversikt over spesialistreglene. Hvilke læringsmål skal gruppen innom i løpet av de to årene? Hvordan skal attestasjon av godkjente læringsaktiviteter foregå? Veileder får en oversikt over alle deltagerne i gruppen med følgende spørsmål:

- Hvor jobber du? (Minner om kravet om åpen uselektert praksis)
- Er kommunen du jobber i en registrert utdanningsvirksomhet?
- Har du en individuell utdanningsplan?
- Hvem er din individuelle veileder?
- Hvor er du i spesialiseringløpet?

## **Veileder forbereder gruppa på første gjennomføring av Åpen post**

Det er forskjell på rådgivning og veiledning. Begge deler er nyttig, men vi lærer mer hvis vi starter med å formulere spørsmål og tenke selv. God veiledning oppfordrer til dette ved å bruke åpne spørsmål. I Åpen post kan vi trene på å stille hverandre åpne spørsmål.

Hvis vi er rausere med spesifikke og positive tilbakemeldinger til hverandre, får vi et trygt og godt læringsmiljø i veiledningsgruppa.

Veileder oppfordrer alle ALIS til å sende navn på veileder og leder til gruppeveileder, og samtidig sjekke at den kommunen de jobber i er registrert utdanningsvirksomhet. Gjerne med lenken:  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/godkjente-og-registrerte-utdanningsvirksomheter>

## **Lunsj**

### **Åpen post**

Alle deltakere forteller sin historie. Veileder er tydelig i sin styring, griper inn i prosessen når det trengs, og forklarer hvorfor. Bruk god tid. Et mål på dette første møtet er å få en god opplevelse av Åpen post.

## **Grupperegler diskuteres**

Forslag:

Taushet utad om sensitive forhold knyttet til pasienter eller kolleger

Møte presis

Vente til pausene med mobilbruk

Møtereferat

Alle forbereder noe til hvert møte

## **Praktiske planer**

Møtedatoer for gruppa det første halvåret

Avtal hvordan deltakerne skal holde kontakt elektronisk mellom møtene

## **Forberedelser til neste møte**

Nestemøte handler om å bli godt kjent med hverandres arbeidssituasjon og om å bruke faglige spørsmål som utgangspunkt for læring. Gå gjennom opplegget, planlegg forberedelsene sammen og fordel oppgavene.

## **Evaluering av dagens møte der alle sier noe**

Hvordan har møtet vært ut fra forventningene dine?

Hva tenker du nå om dagens læringsmål?

## **Andre møte - Egen praksis og arbeidssituasjon**

ALM 005

Ha kunnskap om forhold ved eget yrke og praksis som kan påvirke helse og trivsel for legen og legens medarbeidere og samt kjenne til hvordan yrkesskade kan forebygges.

ALM 015

Selvstendig kunne prioritere i egen praksis og kunne bidra til at pasienten får rett behandling på rett sted til rett tid.

### **Forberedelser**

Alle tar med noe å dele i Åpen post. Gjerne noe en lurer på, ferske pasientkasuistikker, suksesser eller feilslag.

Alle forbereder en beskrivelse av sin egen praksis og arbeidssituasjon, og tenker over hva som er bra og hva de ikke er fornøyd med. Alle tar med to ferske medisinskfaglige spørsmål fra sin egen praksis. Velg spørsmål du tror det er mulig å finne svar på.

### **Gjennomføring**

#### **Åpen post**

#### **Om egen praksis**

Hver deltaker får ordet i tilfeldig rekkefølge. Beskriv din egen praksis og din arbeidssituasjon nå. Gi en vurdering av hva som er bra og hva du ikke er fornøyd med. Fortell om dine planer fremover. Veileder og de andre deltakerne stiller oppfølgende spørsmål. Bruk tiden fram til lunsjpausen. Veileder passer på at hver deltaker får like lang tid i fokus for gruppens oppmerksomhet.

#### **Lunsj**

#### **Planlegging av neste møte**

Grappa blir enig om et klinisk tema til neste gang. Les avsnittet om dette ovenfor. Hva kan egne seg som første kliniske tema? Noe vanlig som alle har erfaring med? Søvnproblemer? Luftveisinfeksjoner?

Bruk tid i grappa på valg av klinisk tema.

To deltakere får ansvar for den videre planlegging, og sender møteopplegg til veileder for gjennomsyn før det sendes videre til resten av grappa minst to uker før møtet.

## **Hvordan kan vi bruke faglige spørsmål som utgangspunkt for læring?**

Hver deltaker redegjør for sine to faglige spørsmål, som skrives på flipover. Veileder spør hvordan deltakeren vil finne svar på spørsmålet eller finne ut mer om det. Av og til må spørsmål omformuleres slik at de blir mer søkbare. Til slutt har gruppa en liste med alle spørsmål, og hver deltaker har en plan for å gå videre med sine spørsmål til neste møte.

Del opp veiledningsgruppa og diskuter tre-fire sammen:  
Vi er forpliktet til å drive faglig forsvarlig og holde oss faglig oppdatert.

Hva menes med faglig forsvarlig og hvordan gjør vi det?  
Hva leser vi, og hvordan tilegner vi oss kunnskaper?

Avslutt med gruppa i plenum: For å søke svar på faglige spørsmål i hverdagen er mange vant til å bruke NEL. Til neste møte skal alle også gjøre seg kjent med Helsebiblioteket. Les om dette i forberedelsene til neste heldagsmøte.

Her er en liten appetittvekker som vises i gruppen  
<https://www.youtube.com/watch?v=l1meNH7hN0Q>

### **Evaluering av dagens møte**

- Hvordan har møtet vært?
- Hva tenker du om læringsmålene for dette møtet?

## Tredje møte - Evidensbasert kunnskap

ALM 021

Selvstendig kunne tilegne seg evidensbasert kunnskap og fortolke den kritisk i relasjon til den allmenntilgjengelige hverdagen, og kunne benytte kunnskapen i faglige beslutninger og i veiledning av pasienter og kolleger.

ALM 056

Ha god evidensbasert kunnskap om diagnostikk og behandling av de vanlige og de mest alvorlige årsakene til ulike symptomer presentert av pasienter i en uselektert befolkning.

### Forberedelser:

Alle går inn på [helsebiblioteket.no](http://helsebiblioteket.no). På forsiden finner du *Pyramidesøket* for Helsebiblioteket. Dette er en søketjeneste som gir rask tilgang til flere kvalitetsvurderte kilder.

Du kan også bruke Helsebibliotekets eget søk. Husk å bruke filteret i venstremargen så trefflisten ikke blir for lang.

Under "Sykdom og behandling" finner du "Allmenntilleggsmedisin" med boksene Oppslagsverk og Retningslinjer. Gjør deg kjent med oppslagsverkene *BMJ Best Practice*, som har gode algoritmer og *UpToDate*, som er det største.

Lag gjerne en personlig bruker på UpToDate ved å følge denne oppskriften: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/lettere-a-fa-tilgang-til-uptodate-hjemmefra--slik-gjor-du-det>

Under *Faglig oppdatering* nederst på sida finnes forskjellige nyhetstjenester som er relevante for klinisk allmenntilleggsmedisin. Mange av nyhetene er samlet under *Effektiv medisinsk oppdatering*. Det går an å bokmerke denne sida og kikke innom fra tid til annen for å få med seg nyheter. Det finnes også andre nyhetstjenester man kan abonnere på under fanen *Faglig oppdatering*.

Er du interessert i effektvurderinger av behandling? Prøv boksen *Oppsummert forskning: theNNT*



Søk etter svar på dine egne to faglige spørsmål. Prøv i Helsebibliotekets kilder først. Kanskje må spørsmålet avgrenses eller presiseres?

### **Gjennomføring:**

Åpen post som vanlig

Evidensbasert kunnskap

Veileder sikrer at møterommet har nettilgang og pc med prosjektor eller TV-skjerm, slik at alle kan vise sine søk i Helsebiblioteket og andre steder. Hver deltaker presenterer sine spørsmål og viser sine søk.

Grappa tar en runde om hvordan Helsebiblioteket eller andre søkefunksjoner kan brukes framover både i gruppevirksomheten, og i deltakernes egen kliniske hverdag.

Tips: Grappa kan etablere en praksis for senere møter der det går på omgang å presentere et kort innslag: Effektiv medisinsk oppdatering.

### **Lunsj**

#### **Planlegging av videre møter**

#### **Klinisk tema**

#### **Evaluering av dagens møte**



## **Fjerde møte - Veiledningspedagogikk**

FKM 20

Ha gode ferdigheter i å veilede og gi supervisjon

FKM 22

Kunne formidle muntlig og skriftlig informasjon på en måte som blir forstått av mottaker

ALM002

Kunne evaluere styrker og begrensninger i egne kunnskaper og ferdigheter, og selvstendig kunne veilede kolleger i tilsvarende evaluering

Å lære grunnleggende veiledningspedagogikk er nyttig både for å forstå egen læring og for å kunne veilede kolleger.

Gjennom veiledningssamtaler forstår vi bedre hvordan vi selv utøver vårt fag og hvordan vi kan hjelpe hverandre til å bli bedre klinikere. En god veiledningssamtale likner på en empatisk lege-pasientsamtale.

Deltakeren oppfordres til å beskrive detaljert. Veilederen bruker åpne spørsmål. Åpne spørsmål kan ikke besvares med ja eller nei. De innledes ofte med hva, hvor, eller hvordan. Veiledningsgruppene er en god arena for å trene på veiledningssamtaler.

### **Forberedelser**

Alle tar med seg en aktuell problemstilling fra sin egen praksis de ønsker veiledning på.

Alle tar med utskrift av foreslåtte spørsmål på hvert nivå i metoden Praksistrekanten, som er gjengitt nedenfor.

### **Gjennomføring**

**Åpen post** gjøres kort. Hvis noen har noe viktig de ønsker å dele får de anledning til det.

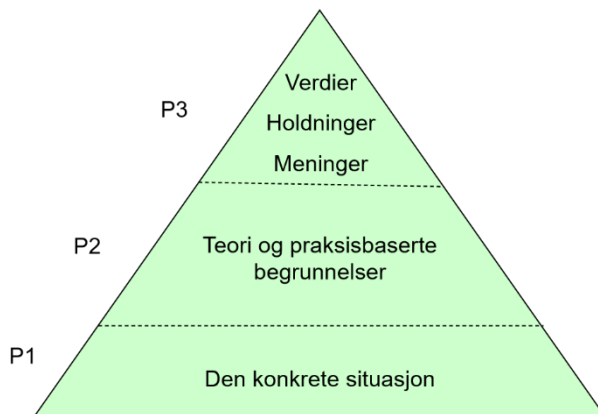
### **Veiledningspedagogikk**

Veileder forklarer forskjellen på åpne og lukkede spørsmål, og gir en introduksjon til metoden Praksistrekanten og arbeid i triader.

Veiledningsgruppa deles opp i triader der alle skal trene på å veilede, motta veiledning og observere. Deltakerne bruker sin medbrakte problemstilling.

Avslutt med en oppsummering av hva alle har lært og hvordan gruppa kan bruke dette videre.

## Praksistrekanten



Praksistrekanten er en modell for å beskrive og forstå hvordan vi jobber. Modellen er et godt hjelpemiddel til en systematisk veiledningssamtale. Denne modellen er utviklet av Handal, Lauvås og Lycke.

Det første nivået P1 handler om beskrivelser. Den konkrete situasjonen i praksis, selve handlingen, det som kan observeres og beskrives. Eksempel: En deltaker forteller om en konsultasjon med en pasient med hoste og feber. Veileder stiller åpne spørsmål for å få fram detaljer. Hva var rammebetingelsene? Hva ble gjort i konsultasjonen? Hva var funnene ved auskultasjon? Blodprøver? Vurdering? Tiltak?

Det andre nivået P2 handler om begrunnelser for vurdering og tiltak. Det kan være teoretiske kunnskaper, faglige anbefalinger eller klinisk erfaring.

Her skal veileder få fram forklaringen på hva som var grunnlaget for både diagnose og behandling hos denne pasienten med hoste og feber.

Det tredje nivået P3 handler om egne holdninger, verdier, meninger og følelser omkring problematikken og situasjonen.

Eksemplet videre: Pasienten ønsket å få antibiotika for sin febersykdom da hun skulle reise til Syden. Legens holdning er at en skal være trofast mot anbefalte retningslinjer. Legen etterkom ikke pasientens ønske. Avslutningen av konsultasjonen ble ubehagelig siden de ikke ble enige.

Her er åpne spørsmål som kan stilles på hvert nivå i Praksistrekanten.

### **P1 Den konkrete situasjon**

- Hva skjedde?
- Hvem var involvert?
- Hva sa pasienten?
- Hvem gjorde hva?
- Hva mener du med uttrykk som - eks: svake symptomer, grundig undersøkelse, god allmenntilstand?
- Hvilken behandling valgte du?

### **P2 Teori og erfaringsbaserte begrunnelser**

- Hvilke vurderinger gjorde du?
- Hvordan tolket du situasjonen?
- Hvilke handlingsalternativer hadde du?
- Hva var begrunnelsen for det du gjorde?
- Hva bygger du dette på?

### **P3 – Verdier, holdninger, meninger**

- Hva gjør denne situasjonen/konsultasjonen med deg?
- Hvordan tror du pasienten opplevde dette?
- Hvordan tror du andre ville ha taklet situasjonen?
- Hva ville du helst ha gjort?
- Hva holder deg tilbake fra å gjøre det?
- Hvordan trives du med denne type problematikk?
- Hvordan opplever du deg selv som lege inn i denne

### **Lunsj**

### **Planlegging av fremtidige møter**

### **Klinisk tema**

### **Evaluering av dagens møte**

## Femte møte – Etikk

### FKM 04

Kunne håndtere etiske utfordringer i egen spesialitet, gjennomføre etisk refleksjon og veilede andre.

Dette er et stort og viktig læringsmål som er felles for alle spesialiteter. Allmennleger kan lett glemme etiske problemer og dilemmaer i de raske avgjørelsene vi må ta i hver dag. Dette møtet kan hjelpe oss til å øke vår evne til å identifisere etiske dilemmaer. Det er prosessen som er viktig. Ikke at man umiddelbart finner «løsningen». I allmenntidisin er etikk i samhandling mellom lege og pasient ifølge Reidun Førde det mest aktuelle.

I Temaheftet Felles kompetansemål er læringsmål FKM 04 utdypet i underpunkter. Her er noen:

- Ha kunnskap om etisk teori og analyse og kjenne premissene for at en beslutning er etisk akseptabel.
- Ha kunnskap om aktuelle kliniske spørsmål slik som livsforlengende behandling, pasienter med manglende beslutningskompetanse, konfidensialitet, samtykke, tvang, prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå, eutanasi og assistert selvmord, spesielle dilemma som kan oppstå i et flerkulturelt samfunn.
- Ha tilstrekkelig kunnskap og ferdighet til å kunne veilede annet helsepersonell i etisk drøfting.
- Kunne identifisere etiske dilemmaer i egen praksis og anvende metode for etisk analyse.
- Kunne håndtere etiske utfordringer som kollegial uenighet eller kritikk, ved medisinske feil eller varslinger.

### Forberedelser

Alle leser Etiske regler for leger, se lenke under.

Alle tar med en egen erfaring med et etisk dilemma. Det kan gjelde en pasient, eller et problem i praksisen, på arbeidsstedet eller med samarbeidspartnere.

### Gjennomføring

**Åpen post** gjøres kort. Hvis noen har noe viktig de ønsker å dele får de anledning til det.

## **Etikk**

Se filmen «Sammensvergelsen» og gå gjennom temaene som er foreslått til diskusjon etter SME-metoden.

<https://nettkurs.legeforeningen.no/course/view.php?id=43>

Grappa deles i triader der alle får belyst sitt eget dilemma. Veileder styrer tiden så alle får prøvd seg prøvd seg som problemeier, veileder etter SME-metoden, og observatør.

Oppsummering i plenum: Hvilke dilemmaer vi ser mest i vår hverdag? Hvilket forum har dere på arbeidsplassen der etiske problemer kan tas opp?

## **Ressurs til dette møtet**

SME-modellen seks punkter side 938

Legeforeningens nettsider <https://www.legeforeningen.no/om-oss/etikk/> her finner dere de etiske reglene, informasjon om Legeforeningens etiske råd og behandling av noen saker.

Legeforeningens nettkurs i etikk:

<https://www.legeforeningen.no/utdanning/kurs/nettkurs/>

Lenke til årsberetninger for rådet for legeetikk. Her finnes mange gode eksempler som kan diskuteres. [aarsberetning-for-raadet-for-legeetikk-2021.pdf \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/utdanning/kurs/nettkurs/arsberetning-for-raadet-for-legeetikk-2021.pdf)

## **Lunsj**

### **Planlegging av fremtidige møter**

## **Klinisk tema**

### **Evaluering av dagens møte**

## **Allmenntedisinske arbeidsteknikker og Kloke valg**

ALM 018

Kjenne til og selvstendig kunne vurdere utfordringer ved over- og underdiagnostikk, samt ved over- og under-behandling.

ALM 022

Ha kjennskap til særtrekk ved allmenntedisin og utfordringer ved legearbeid i uselekterte populasjoner.

ALM 049

Selvstendig kunne bruke forskjellige konsultasjonsteknikker og ha kunnskap om nytten av teknikkene ved ulike problemstillinger.

### **Forberedelser – Allmenntedisinske arbeidsteknikker**

Alle leser side 45-53 i Allmenntedisin.

Der beskrives ti allmenntedisinske kliniske arbeidsteknikker:

- Kontinuitet og forhåndskunnskap om pasienten
- Pasientsentrerte konsultasjoner
- Symptomrettet intervju
- Symptomrettet og avgrenset klinisk undersøkelse
- Klinisk-epidemiologisk tankegang
- Trinnvis diagnostisk prosess
- Få og selekterte tilleggsundersøkelser
- Tiden som diagnostisk hjelpemiddel
- Behandling som diagnostisk hjelpemiddel
- Helsekontroll, case-finding og screening
- Individuell helseopplysning i konsultasjonen

På foregående møte fordeles disse teknikkene mellom deltakerne, noen må kanskje ta to. Alle forbereder presentasjon av sin teknikk ved hjelp av en kasuistikk.

### **Forberedelser - Kloke valg**

To deltakere går gjennom [veiledningspakken](#) for Kloke valg-kampanjen, og planlegger gjennomføring og ledelse av møtet. Planen sendes veileder på forhånd.

Alle tenker gjennom egne erfaringer om overutredning, overdiagnostikk eller overbehandling.

Alle leser Kloke valg i allmenntedisin og Utposten 5-2018, Stefán Hjörleifsson [Kloke valg i allmenntedisin | Utposten](#)



## **Gjennomføring**

**Åpen post** som vanlig

### **Allmenmedisinske arbeidsteknikker**

Alle legger fram sin kasuistikk etter tur. Etter hver presentasjon diskuteres i gruppa: Er dette en metode vi er bevisste på å bruke? Hvordan bli enda bedre på å bruke denne metoden? Veileder styrer tiden så alle får presentert.

## **Lunsj**

### **Planlegging av videre møter**

#### **Kloke valg**

Deltakerne som har forberedt dette leder gjennomgang av veiledningspakken og stopper for diskusjoner underveis. Se også gjennom anbefalinger for allmenmedisin og andre spesialiteter på samme nettside.

### **Evaluering av dagens møte**

## Diagnostiske teknikker og Utredning ved tretth og slapp

ALM 056

Ha god evidensbasert kunnskap om diagnostikk og behandling av de vanlige og de mest alvorlige årsakene til ulike symptomer presentert av pasienter i en uselektert befolkning.

ALM 057

Selvstendig kunne vurdere subjektive symptomer og ha god kompetanse om hva disse symptomene kan være forårsaket av.

ALM 058

Selvstendig kunne fremskaffe nyansert objektiv informasjon om symptomer ved å ta i bruk ulike undersøkelser og praktiske ferdigheter relatert til allmennpraksis, og ved effektivt å selektere hvilke undersøkelser som er mest relevante i forhold til tids- og ressursbruk.

For å finne de få alvorlig syke blant de mange med mild sykdom, og for å skille dem med selvbegrensede symptomer fra dem som trenger mer hjelp, må allmennlegen kunne klinisk-epidemiologisk tankegang.

Følgende begreper er viktige å kunne:

Prevalens og Insidens

Presisjon, reliabilitet

Validitet (Sensitivitet, Spesifisitet og Nøyaktighet)

Sant positive - Falsk positive

Sant negative - Falsk negative

Positiv prediktiv verdi - Negativ prediktiv verdi

Sannsynlighetsratio for positiv test - Sannsynlighetsratio for negativ test

Pretestsannsynlighet - Posttestsannsynlighet

Avkastning

Hva er problemet med å spørre alle om fødselsdepresjon? Lav positiv prediktiv verdi, gir mange falsk positive.

Hvorfor må vi overprøve en negativ Streptest ved 5 positive Centorkriterier? Risiko for falsk negativ prøve.

Hvorfor måler vi blodsukker hos alle bevisstløse på legevakt? Høy avkastning, tross svært lav prevalens av unormal test.

## **Forberedelser**

Fordel begrepene mellom deltakerne. Hver deltaker forbereder en kort forklaring av sitt/sine begreper.

Les kapittel 1.4 i Allmenntmedisin, Den diagnostiske prosessen, og kapittel 2.1 om Tretthet og slapphet.

Ta med egen kasuistikk om utredning og oppfølging av pasient som presenterer tretthet/slapphet. Tenk gjennom og skriv ned hvilke av begrepene du bruker for å velge utredning og behandling i den aktuelle kasuistikken. De som ikke jobber i allmennpraksis, kan velge en annen hyppig forekommende klinisk problemstilling.

Gjør dere kjent med: [Anbefalte analyser ved ulike kliniske problemstillinger | Noklus.no](#)

Les også gjerne

Lundevall S. Allmenntmedisinske utfordringer: Hva må til for å utelukke sykdom hos de som er "friske og bekymret?" [Utposten nr 7, 2005 s 6-9.](#)

## **Gjennomføring**

**Åpen post** som vanlig

### **Diagnostiske teknikker og tretthet og slapphet**

Hver deltaker legger kort frem sitt eller sine begreper i plenum. Deretter deles gruppa i tre og tre, der alle legger frem sin kasuistikk om tretthet og slapphet. Bruk begrepene for å forklare din diagnostiske prosess.

## **Lunsj**

### **Planlegging av videre møter**

## **Møtet fortsetter**

Oppsummering i plenum hvor det noteres på flipover:

- Hvilke begreper har vi vært innom?
- Er det noen begrep vi synes er vanskelige å bruke?
- På hvilken måte kan dette være nyttig for deg i din kliniske hverdag?

Velg ut noen av kasuistikkene for gjennomgang i plenum, bruk gjerne reflekterende team. Bruk oppslagsverk ved behov. Oppsummer røde flagg og viktige somatiske sykdommer som kan gi tretthet og slapphet.

- Hvilke laboratorieprøver kan eller bør tas ved tretthet og slapphet? Vurder fordeler og ulemper med hver enkelt prøve.
- Hvordan finner vi ut hva pasienten legger i tretthet eller slapphet?
- Hvilke oppgaver har vi i møte med disse pasientene?
- Hvordan går vi frem når alle undersøkelser er normale? Hvilke ord bruker vi? Kan vises i rollespill.

En liten oppmuntring:

Fight fatigue: <https://www.youtube.com/watch?v=AgONiFWHM2g>

## **Evaluering av dagens møte**

## Legeerklæringer og Sakkyndighetsarbeid

ALM 013

Ha kunnskap om hvordan behandlerrollen skiller seg fra rollen som sakkyndig, og selvstendig kunne benytte teknikker for å tre ut av allmennlegerollen og gå inn i sakkyndighetsrollen.

ALM- 014

Selvstendig kunne beskrive pasientens medisinske utfordringer slik at det gis et riktigst mulig grunnlag for korrekte ytelser.

FKM 22

Kunne formidle muntlig og skriftlig informasjon på en måte som blir forstått av mottaker

Attester og sakkyndighetsarbeid er en sentral del av jobben som allmennlege, spesielt for fastleger. Det er et viktig arbeid som er nødvendig for at pasientene skal få ytelser og rettigheter de har krav på. I dette arbeidet har vi en annen rolle enn når vi driver ordinært klinisk arbeid.

Den viktigste mottakeren av våre erklæringer og sakkyndige uttalelser er NAV. Andre del av møtet vies til dette. Ellers skriver allmennleger en rekke andre erklæringer. Noen er på fastlagt skjema, med begrenset rom for skjønn. Typisk for dette er førerkortklæringer og transportstøtte. I andre situasjoner blir vi bedt av pasient eller pårørende å skrive en erklæring om pasientens behov, det kan for eksempel gjelde bolig eller hjelpemidler. I slike tilfeller går vi inn i rollen som sakkyndig, og må kunne dokumentere våre vurderinger.

### Forberedelser

Alle deltakerne tar [Nettkurs i Sakkyndig Arbeid](#) før møtet. Dette er obligatorisk læringsaktivitet for alle spesialiteter. Her finnes «[Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l.](#)». Alle må være kjent med denne. Kursets innhold er mest relevant for organspesialister, men det gir en innføring i hvordan man tenker og forholder seg når man utarbeider attester.

Gå inn på [NAV](#) og les:

- Orientering til legen om utfylling av Legeerklæring ved arbeidsuførhet, sykmelding
- Hvilke opplysninger trenger Nav ved arbeidsavklaringspenger
- Hvilke opplysninger trenger Nav ved uføretrygd

Alle tar med seg en «Legeerklæring ved arbeidsuførhet» som de ønsker å diskutere med kolleger, skrevet ut i tre eksemplarer. Slett personalia.

Alle tar med seg en historie om en attest/erklæring/uttalelse de syntes var problematisk. Det kan gjelde førerkort eller annet.

### **Les gjerne**

Mæland NF: Ti råd for den gode erklæring. [Utposten 5/2016](#)

Hanstad AM: Legene og attestene. [Utposten 3/2007](#)

## **Gjennomføring**

### **Åpen post som vanlig**

### **Attester og sakkyndighet**

En runde i gruppa knyttet til hva deltakerne finner mest problematisk, knyttet til Forskriften. Deretter veiledning i triader over deltakernes medbrakte problemstillinger. Samling til slutt hvis tiden tillater, med presentasjon av de vanskeligste sakene fra triadene.

### **Lunsj**

### **Planlegging av neste møte**

### **Legeerklæring ved arbeidsuførhet**

Kort runde i plenum om det vi har lest. Hva lærte du?

Legeerklæringene diskuteres i mindre grupper og vurderes selvkritisk i lys av det NAV etterspør.

Kort runde i plenum til slutt. Hvis dere har spørsmål, kan en deltaker kontakte NAV for avklaring.

### **Evaluering av dagens møte**

## **Risikofaktorer og forebyggelse av hjerte-karsykdommer og Motiverende samtale om livsstilsendringer**

ALM 006

Selvstendig kunne ivareta pasientens behov for forebyggende helsetjenester i et klinisk og samfunnsmessig perspektiv.

ALM 007

Sammen med pasienten kunne avdekke forhold ved levevaner, nærmiljø og arbeidsliv av betydning for liv, helse og pasientens tilgang til nødvendige helsetjenester.

ALM 008

Selvstendig kunne ha en helhetlig tilnærming til pasient og pårørende, og kunne bruke kommunikasjonsferdigheter og -strategier for å hjelpe pasienter og pårørende til å fatte kvalifiserte beslutninger om egen helseatferd.

ALM 032

Selvstendig kunne veilede og motivere pasienter for helsefremmende endringer i forhold til levevaner eller behandling på en måte som fremmer autonomi og mestring.

ALM 045

Selvstendig kunne tilpasse kommunikasjonen til pasientens ståsted og preferanser, og til pasientens situasjon og medisinske tilstand.

ALM 049

Selvstendig kunne bruke forskjellige konsultasjonsteknikker og ha kunnskap om nytten av teknikkene ved ulike problemstillinger.

Det er beskrevet spesifikke konsultasjonsferdigheter der vi kan øke pasientens motivasjon for livsstilsendringer. Dette kalles motiverende intervju eller motiverende samtale. Å investere tid og trening for å lære seg dette vil allmennleger ha glede av resten av yrkeslivet.

## Forberedelser

Alle tar med seg en kasuistikk som beskriver en pasient med risikofaktorer slik som høyt blodtrykk, høyt kolesterol, røyking og overvekt. Velg gjerne en pasient som allerede bruker ett eller flere medikamenter for dette. Still deg selv spørsmålene:

- Hvordan følger jeg opp den medisinske kontrollen her?
- Er den medikamentelle behandling i tråd med retningslinjene?
- Og: Hva tenker jeg om denne pasientens livsstil?
- Er det noe som burde endres for å redusere sykdomsrisikoen?
- Hva har jeg prøvd?
- Hva kan jeg gjøre?

To deltakere ser gjennom legeforeningens nettkurs "Forebygging av hjerte- og karsykdommer", og planlegger hvordan kurset kan gjennomgås av gruppa i fellesskap på møtet.

<https://www.legeforeningen.no/kurs/2018/10/33249/#tab1>

Alle gjør seg kjent med:

[Retningslinje for forebygging av hjerte karsykdommer](#)

Lytt på podcastene 1-3 og evt 4

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>

Les kapittel om motiverende intervju i Aktivitetshåndboka.

[motiverende intervju](#)

Veileder ser gjennom filmen der psykolog Peter Prescott, [MI Endringssnakk](#), skal motivere en overvektig pasient for trening og fysisk aktivitet. Planlegg hvor det er naturlig å stoppe filmen, og diskutere underveis når den vises i gruppa.

## Gjennomføring

**Åpen post** som vanlig

### Hjerte- og karsykdommer

Diskuter kasuistikkene i mindre grupper.

Gå gjennom nettkurset i plenum med stopp og diskusjoner underveis

## Lunsj

### Planlegging av senere møter



### **Motiverende samtale**

Se filmen MI Endringsnakk. Veileder styrer og ber deltakerne legge merke til hva som skjer i samtalen. Stopp for kommentarer underveis.

Resten av møtet brukes til ferdighetstrening i motiverende samtaler gjennom rollespill to og to, slik at begge prøver seg både i legerollen og i å bli utsatt for motiverende samtale. Den som skal motiveres kan godt spille seg selv. (Har du noe du gjerne vil forandre i ditt eget liv? Endre en uvane eller få til noe nytt?)

Eller rollespille en egen pasient.

Rollespillet bør ta utgangspunkt i at den som skal motiveres er ambivalent.

### **Evaluering av dagens møte**

## Håndtering av usikkerhet og MUPS

ALM 037

Selvstendig kunne reflektere over, tolerere og håndtere usikkerhet i diagnostikk og behandling.

ALM 038

Selvstendig kunne bidra til aksept for usikkerhet hos pasienter og pårørende.

ALM 048

Kjenne til konsekvensene av at mennesket er fortolkende av natur og kunne ta hensyn til at de opplysninger, fakta og funn som blir omhandlet i et pasientmøte blir fortolket av både lege og pasient, der fortolkningene ofte bærer preg av tidligere erfaringer hos begge parter.

FKM 21

Kunne kommunisere om sin egen og pasientens usikkerhet på måter som skaper trygghet og forståelse.

Allmennleger lever med tvil og usikkerhet. Vi tar hver dag beslutninger på usikkert grunnlag, og det meste går bra. Vi utvikler personlige strategier for å håndtere egen usikkerhet, og for å møte pasientens usikkerhet. Av og til kan usikkerheten være tung å bære. Det er godt å snakke om dette i en trygg kollegagruppe der vi kan dele egne tanker og strategier.

På det medisinske faglige kan både lege og pasient kan være usikre, ofte med god grunn:

Er det sikkert at dette barnet ikke har en alvorlig infeksjon? Kan disse symptomene likevel være tegn på kreft? Kan denne prøven være falsk negativ?

Like viktig er den relasjonelle usikkerhet:

Pasienten kan tenke: Har legen forstått? Er legen grundig nok? Kan jeg ha tillit til denne legen? Legen, som har det faglige ansvar for relasjonen, kan også komme i tvil: Kan jeg stole på disse opplysningene? Benekter han sitt alkoholbruk? Overdriver hun smertene? Har han forstått hva jeg har sagt? Stoler hun på meg? Hvordan kan vi få et bedre tillitsforhold?

## **Forberedelser**

Alle tenker over sine personlige strategier for å håndtere medisinskfaglig usikkerhet. Ta med et eksempel.

Alle tar med en selvopplevd situasjon der man som lege strevde med å møte usikkerhet hos pasient eller pårørende. Forbered deg på å rollespille pasienten eller pårørende.

Les kapittelet i læreboka om MUPS s. 233-39 og 242-45

## **Gjennomføring**

### **Åpen post**

### **Usikkerhet**

Grappa kan deles i to mens alle forteller om sine personlige strategier med eksemplene knyttet til medisinskfaglig usikkerhet.

Rollespillene gjøres i plenum med veileder som regissør. Start med en runde der alle sier noen stikkord om sin pasient/situasjon. Veileder noterer på flipover. Grappa avgjør rekkefølgen. Deltakeren spiller sin egen pasient eller pårørende. Veileder varsler at hun kan stoppe rollespillet slik at flere deltakere kan prøve seg i legerollen. Slik kan møtet med pasientens usikkerhet utforskes. Veileder åpner for samtaler innimellom der deltakerne beskriver hvordan legen møter pasientens usikkerhet og hvordan det fungerer. Skift pasient og gjennomfør det dere rekker av rollespill.

### **Lunsj**

## **Planlegging av fremtidige møter**

## **MUPS, Medisinsk Uforklarte Plager og Sykdommer**

Dette er en samlebetegnelse på tilstander vi møter mye i allmennpraksis, hvor man ikke har en enkel og entydig kausal medisinsk forklaring.

Eksempler på dette er:

- kroniske muskelsmerter og fibromyalgi
- kroniske ryggmerter
- tensjonshodepine
- kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME)
- irritabel tarm

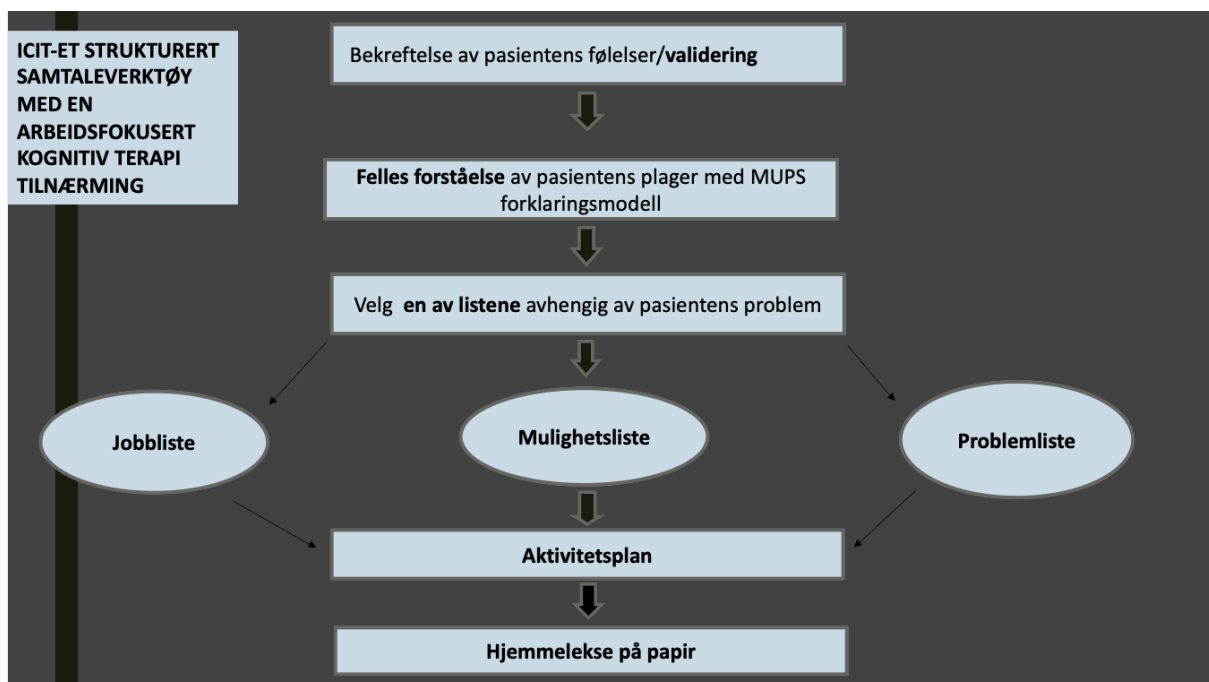
Disse tilstandene kan noen ganger by på store utfordringer for allmennlegen, og det er ofte ikke noen instans i andrelinjetjenesten som møter dem med noe annet enn utelukkelsesdiagnostikk. Mange leger synes disse pasientene er krevende å forholde seg til. Husk likevel at 'uforklart' ikke er det samme som 'uforklarlig'. Allmennlegen kan gi god hjelp til disse pasientene med utgangspunkt i nyere kunnskap om sykdomsmekanismer og mestringsstrategier.

Kort fortalt er det anbefalt at oppfølgingen av MUPS-pasienter deles i tre faser:

1. Utredning/avklaring
2. Gjøre opp status og oppnå felles forståelse - hvor står vi og hvor går vi?
3. Veien videre, tiltak og råd.

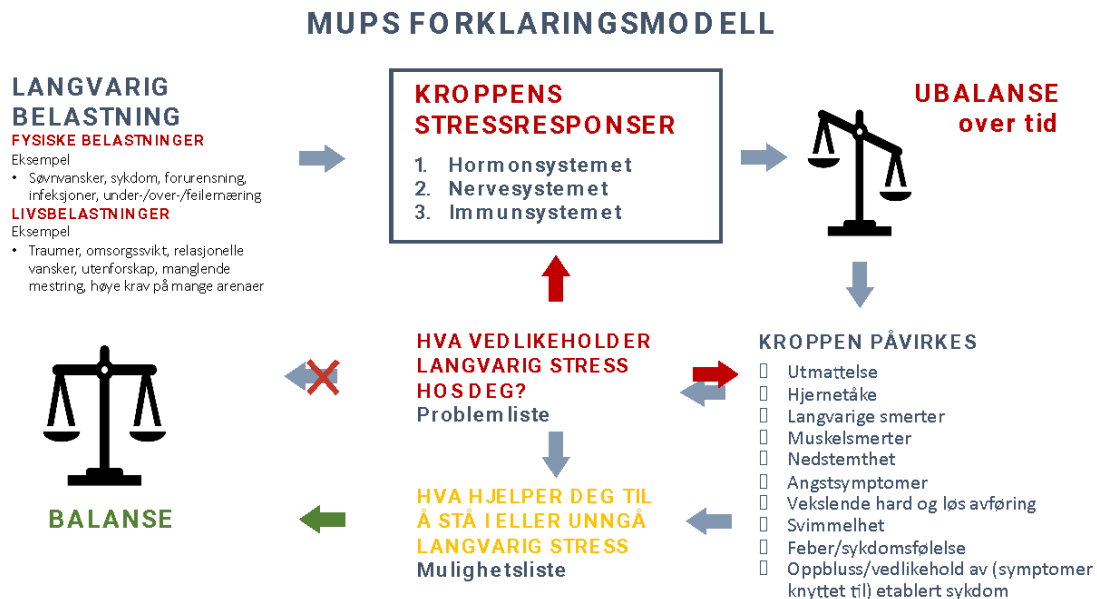
Allmennlege/gruppeveileder Cathrine Abrahamsen har utviklet samtaleverktøyet ICIT. Det er rettet mot denne pasientgruppen, spesielt med tanke på at de skal kunne stå i arbeid.

Her er en kort oversikt over strukturen:



Figur 1: Strukturen i ICIT

Forklaringsmodell i ICIT, som kan brukes for å gjøre opp status med pasienten.



Laget av Cathrine Abrahamsen, 2023, [icitdoc@gmail.com](mailto:icitdoc@gmail.com)

Her er en video som også forklarer bruken.

<https://ntnu.cloud.panopto.eu/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=8e5d93c2-9304-4553-b7e0-b0c000b3a74f>

Denne kan med fordel sees på forhånd, eventuelt under møtet, spesielt avsnittene 03.15-08.50 og 14.30-20.20.

Det finnes også kurs i dette, se evt. kurskatalogen.

På møtet går dere gjennom kasus dere har med fra egen praksis, eventuelt noen av de nedenstående. Se om ICIT kan brukes. Bruk rollespill i triader, 15 minutter for hvert.

### Oppgave 1 Sykmeldingsvurdering

Du er vikar for fastlege. Neste pasient er Arne på 55 år. Han har kjent fibromyalgi fra tidligere. Du rekker en rask titt i journalen at han har stadige sykmeldinger. Han er kundemottaker og mekaniker på bilverksted. Du ser at han har bestilt en time for sykmelding. Hvordan vil du som lege hjelpe Arne, og få han til å reflektere over hva han kan gjøre på jobb til tross for de plagene han har?

## **Oppgave 2: Behandling av MUPS**

Anne er 39 år. Hun har migrene, men har også stadig store plager med spenningshodepine. I tillegg har hun økt i vekt, mye muskelsmerter, og føler seg sliten og utmattet.

Tenk deg at du har utredet Anne grundig. Dere er enig om at hun er tilstrekkelig utredet, men hun føler seg likevel ikke bra.

Anne kan ikke forstå hvorfor hun har så mange fysiske symptomer.

Som Annes lege vil du gjerne gi en forklaring på plagene. Du har allerede hatt en time hvor Anne har fått oppsummert det som er gjort av undersøkelser og funn. Bruk MUPS forklaringsmodell fra samtaleverktøyet ICIT til å gi Anne en forklaring på at plagene hun har. Til å hjelpe deg kan du bruke teksten til MUPS forklaringsmodell.

Hvordan vil du gå frem for å hjelpe Anne? Rollespill, eller diskusjon om strategi.

## **Evaluering av dagens møte**

## **Kommunikasjon og bruk av video**

ALM 008

Selvstendig kunne ha en helhetlig tilnærming til pasient og pårørende, og kunne bruke kommunikasjonsferdigheter og -strategier for å hjelpe pasienter og pårørende til å fatte kvalifiserte beslutninger om egen helseatferd.

ALM 042

Ha gode kommunikasjonsferdigheter, både muntlig og skriftlig, og kunne forstå pasientens non-verbale kommunikasjon.

ALM 043

Selvstendig kunne skape trygge fysiske rammer som ivaretar pasientens verdighet, diskresjon, engasjement og sikkerhet.

ALM 044

Selvstendig kunne kommunisere med en pasientsentrert tilnærming som støtter pasientens tillit og autonomi, og som er karakterisert ved empati, respekt og innlevelse.

ALM 045

Selvstendig kunne tilpasse kommunikasjonen til pasientens ståsted og preferanser, og til pasientens situasjon og medisinske tilstand.

ALM 046

Selvstendig kunne gjenkjenne når verdier, holdninger og perspektiver hos lege, pasient, pårørende og annet helsepersonell kan ha en betydning for tilnærmingen til pasientens helseproblemer og behandlingskvalitet.

FKM 19

Kommunikasjonsferdigheter som verktøy i behandlingen

### **Forberedelse**

Alle leser «[Håndbok i klinisk kommunikasjon](#)» av NFAs faggruppe i klinisk kommunikasjon.

Alle tenker over om det er en egen opplevelse som pasient eller pårørende de vil dele med gruppa. Spesielt hvordan de ble møtt og hvordan kommunikasjonen var

### **Gjennomføring**

#### **Åpen post**

## **Kommunikasjon og videokonsultasjoner**

Alle som vil forteller om en erfaring som pasient eller pårørende, og beskriver, gjerne detaljert, hvordan kommunikasjonen var og hva det betydde.

Læringsmålene diskuteres i gruppa. Alle deltakere må vise minst en konsultasjon i løpet av de to årene i veiledningsgruppa for å få attestert læringsmålene. Det skal være en klinisk problemstilling der de fleste faser i konsultasjonen er med.

På hvilken måte kan videokonsultasjoner være materiale til læring? Veileder kan som introduksjon vise en egen konsultasjon, eller det kan vises en ferdig innspilt konsultasjon fra nettet.

F.eks. [Bad consultation 1](#)

Deretter har gruppa en samtale om praktisk gjennomføring ved video-opptak av egne pasientkonsultasjoner:

Det må innhentes samtykke fra pasienten. Bruk skjemaet nedenfor. Pasienten informeres om hva opptaket skal benyttes til, og at det slettes etter visning. Unngå å bruke pasientens fulle navn i forbindelse med visning av opptaket.

Bruk primært videokamera eller digitalt fotoapparat. Nettbrett eller smarttelefon kan også brukes. I så fall må filer ikke lagres i medium med tilgang for flere.

Det er lurt å prøvefilme først med medarbeider eller kollega i pasientstolen. Da får man sjekket kvaliteten på lyd og bilde. Ofte snakker pasienten lavere enn legen. Om man ikke får med både lege og pasient på filmen, sett søkelys på legen.

Velg en konsultasjon du ønsker veiledning på. Det kan være spørsmål om videre håndtering av pasienten, eller om du kunne oppnådd mer ved å føre samtalen annerledes. Du kan spørre en egnet pasient om neste konsultasjon kan filmes og vises i veiledningsgruppa. Mange pasienter vil reagere positivt på at legen vil lære mer om sin egen kommunikasjon. I noen tilfeller er det aktuelt å velge en pasient som illustrerer et spesielt klinisk problem, når dette er tema.



Se gjennom konsultasjonen etter opptak. Er lyd og bilde bra nok? Er den egnet til å vise?

Skriv et refleksjonsnotat som forberedelse til å vise video i gruppa. Det omhandler følgende:

- Bakgrunnsopplysninger om pasienten og om lege-pasientforholdet
- Hva ønsket du å oppnå i konsultasjonen?
- Hva er ditt prosjekt?
- Hva ser du at du trenger veiledning på?

Hvis konsultasjonen er lang, over 20 minutter anbefales å velge ut deler av den som skal vises.

Veileder bør få se notatet i forkant av møtet, og hvis mulig også konsultasjonen. Opptaket kan ikke sendes elektronisk.

Ta med opptaks- eller lagringsmedium og nødvendige kabler til møtet.

## **Lunsj**

### **Planlegging av videre møter**

Når passer det å starte med videokonsultasjoner? Videokonsultasjoner kan samles til en overnattingssamling, eller spres utover i flere møter.

### **Klinisk møte**

### **Evaluering av dagens møte**

## Tillatelse til opptak av videokonsultasjon

### Videoopptak - Legekonsultasjon

Du blir nå spurt om tillatelse til at din legetime blir videofilmet. Dette er planlagt brukt i en gruppe leger som holder på med spesialistutdanning i allmenmedisin. Hensikten er å se på samtalen mellom lege og pasient, spesielt med tanke på om legen forstår pasienten godt nok og omvendt. Ved å være med på dette hjelper du oss til å bli bedre til å samtale med pasienter.

\_\_\_\_\_ lege

Jeg tillater herved at det gjøres videoopptak av min legekonsultasjon til bruk i utdanningsgruppe for allmennpraktiserende leger og at det gis pasientopplysninger i den forbindelse. Navn på pasienten benyttes ikke. Opptaket tillates ikke brukt i annen sammenheng, og skal slettes etter bruk.

Dato \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

## Gjennomgang av videokonsultasjon

ALM 008

Selvstendig kunne ha en helhetlig tilnærming til pasient og pårørende, og kunne bruke kommunikasjonsferdigheter og -strategier for å hjelpe pasienter og pårørende til å fatte kvalifiserte beslutninger om egen helseatferd.

ALM 042

Ha gode kommunikasjonsferdigheter, både muntlig og skriftlig, og kunne forstå pasientens non-verbale kommunikasjon.

ALM 043

Selvstendig kunne skape trygge fysiske rammer som ivaretar pasientens verdighet, diskresjon, engasjement og sikkerhet.

ALM 044

Selvstendig kunne kommunisere med en pasientsentrert tilnærming som støtter pasientens tillit og autonomi, og som er karakterisert ved empati, respekt og innlevelse.

ALM 045

Selvstendig kunne tilpasse kommunikasjonen til pasientens ståsted og preferanser, og til pasientens situasjon og medisinske tilstand.

ALM 046

Selvstendig kunne gjenkjenne når verdier, holdninger og perspektiver hos lege, pasient, pårørende og annet helsepersonell kan ha en betydning for tilnærmingen til pasientens helseproblemer og behandlingskvalitet.

FKM 19

Kommunikasjonsferdigheter som verktøy i behandlingen

### **Forberedelser**

En eller flere av deltakerne har med videoopptak av en konsultasjon.

### **Gjennomføring**

Åpen post

### **Veileder forklarer:**

Det er den som viser video som er i fokus.

Det er lett å assosiere og få lyst til å snakke om egne pasienter eller egne faglige spørsmål når man ser på en konsultasjon. Slike diskusjoner må tas etterpå, ikke underveis. Dette er nødvendig for å ivareta kandidaten som eksponerer seg ved å vise sin konsultasjon.

Veileder varsler at hun vil avbryte digresjoner, og vende tilbake til konsultasjonen.

Veileder ber gruppa skrive ned stikkord om hva som skjer i konsultasjonen.

## **Oppskrift for gjennomgang av videokonsultasjon**

Gruppa sitter i halvsirkel rundt skjermen.

Veileder har flipover til notater, og alle har pen og papir for egne notater.

Filmviser presenterer sitt refleksjonsnotat.

Veileder og resten av gruppa kan stille oppklarende spørsmål.

Veileder spør filmviser om det er greit at filmen stoppes underveis for spørsmål og kommentarer. Filmviser oppfordres til å si fra ved steder/problemstillinger der det ønskes veiledning/diskusjon.

Filmen vises, med eventuelle stopp underveis.

Når filmen stoppes, gir veileder ordet til kandidaten først.

Husk åpne spørsmål av typen «Hva foregår her? Hva ønsker du å oppnå? Hva er du fornøyd med så langt i konsultasjonen?»

Deretter kan veileder og gruppa kommentere. Tilbakemeldingene bør være spesifikke, og beskrivelse må komme før bedømmelse.

FKM 19 og ALM 008, 045 og 046 kan trekkes inn der det passer til konsultasjonen.

Der det er naturlig kan veileder trekke inn resten av gruppa i en idedugnad: Finnes det andre måter å gjøre dette på? Forslagene skrives på flipover. Filmviser vurderer forslagene, og kan velge noe han/hun vil prøve ut i et rollespill.

Filmviser får avslutte med å fortelle hvordan dette har vært og hva den vil ta med tilbake til neste møte pasienten.

Veileder takker for film og diskusjon, før gruppa tar en liten pause



## **Evaluering av dagens møte**

### **Les gjerne:**

Schei E: Lytt. Fagbokforlaget 2015. En stor og grundig bok om pasientkommunikasjon, for en stor del basert på erfaringer fra norsk allmenmedisin.

Malterud K og Stensland P: Konsultasjonsmodeller. Kapittel i Malterud K (red): Legekunst i praksis.

## **Oppfølging av pasienter med Diabetes og andre kroniske sykdommer**

ALM 071

Selvstendig kunne diagnostisere og behandle kroniske sykdommer i primærhelsetjenesten, og kunne samarbeide med spesialisthelsetjenester om slike pasienter.

ALM 072

Selvstendig kunne diagnostisere de vanligste kroniske folkesykdommene.

ALM 073

Selvstendig kunne iverksette, følge opp og justere en målrettet behandlings- og oppfølgingsplan tilpasset den enkelte pasient med kronisk sykdom.

ALM 074

Selvstendig kunne oppdage og agere på symptomer som tilsier behov for endret behandlingsplan som medikamentjustering, henvisning videre eller innleggelse.

Av alle konsultasjoner hos fastleger utgjør kontroll av kroniske tilstander vel 50%. Det er veldefinerte medisinske tilstander som kroniske hjertesykdommer, diabetes, kreft, KOLS, revmatiske sykdommer og alvorlige psykiske lidelser. I tillegg er det mange dårligere definerte tilstander med redusert arbeidsevne, med stort innslag av smerter i bevegelsesapparatet, psykiske plager og MUPS-tilstander. Det er lett at det blir hyggelig snakk med gamle kjenninger og at strukturen i disse konsultasjonene blir utydelig, hvor viktige momenter kan bli glemt. Vi bør bruke slike konsultasjoner til å gjennomgå pasientens samlede medikasjon, informere om den kroniske tilstandens natur og prognose, og gi råd der det er naturlig.

### **Forberedelse**

Når møtet planlegges, gjennomfører gruppa en idedugnad. Hva er vanskelig med å følge opp pasienter med kroniske sykdommer og tilstander?

Ta med kasuistikker som belyser dette.

Alle leser kapittel 5.2 i læreboka Allmenntilstander: Pasienter med kroniske tilstander, side 986 -996 og skriver ned hvordan de følger opp disse pasientene ut fra sentrale elementer i dette kapitlet.

- Strukturert opplegg som står skrevet i pasientens journal
- Bruk av Nasjonale retningslinjer
- Bruk av maler i journalen
- Strukturert samhandling med andre aktører rundt pasienten
- Kjennskap til pasientorganisasjoner
- Kjennskap til lærings- og mestringssentre og deres tilbud til pasienter
- Legemiddelgjennomgang og utskrift av medisinalister

**Åpen post** på vanlig måte

### **Gjennomføring**

Først en runde i plenum om hvordan deltakerne bruker de angitte punktene i oppfølging av pasientene.

Kasuistikkene gjennomgås enten i plenum eller mindre grupper. Bruk punktene over i diskusjonen.

### **Lunsj**

#### **Planlegging av fremtidige møter**

#### **Klinisk tema diabetes**

#### **Forberedelse**

Temaet er for omfattende til å ta med alt. Grappa blir enige om på et tidligere møte hva de vil ha søkelys på. Alle tar med en aktuell kasuistikk som belyser det.

Alle setter seg inn i [retningslinjene](#) for forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes.

#### **Gjennomføring**

Gjennomgang av kasuistikkene i plenum. Veileder styrer dette. Bruk Praksistrekanten i gjennomgangen og få fram hvilke begrunnelser som ligger bak valgt behandling og strategi. Underveis slå opp i retningslinjene og se om det som ble gjort i kasuistikken samsvarer med anbefalingene. Hvis avvik, hva er grunnen

#### **Evaluering av dagens møte**



## **Praksisdrift og administrasjon**

ALM 001

Selvstendig kunne sikre faglig forsvarlighet av egen, klinisk praksis.

ALM 002

Kunne evaluere styrker og begrensninger i egne kunnskaper og ferdigheter, og selvstendig kunne veilede kolleger i tilsvarende evaluering.

ALM 015

Selvstendig kunne prioritere i egen praksis og kunne bidra til at pasienten får rett behandling på rett sted til rett tid.

ALM 016

Selvstendig kunne organisere egen praksis slik at pasienter som trenger mest, også får mest, og slik at legen er tilgjengelig ved behov for øyeblikkelig hjelp.

ALM 017

Selvstendig kunne fordele egen tilgjengelighet mellom egne pasienter og samarbeidspartnere

ALM 025

Selvstendig kunne tilegne seg relevant kunnskap om lokalsamfunnet.

ALM 088

Ha kunnskap om ulike organisasjons- og driftsmodeller som er aktuelle for å kunne ivareta en primærmedisinsk pasientpopulasjon på en slik måte at helsehjelpen blir kostnadseffektiv og fordelt slik at de med størst hjelpebehov blir prioritert.

FKM 72

Kjenne til hvordan organisering (arbeids/oppgavedeling og logistikk) påvirker kvaliteten i pasientbehandlingen.

## **Forberedelser**

To og to avtaler et gjensidig praksisbesøk og gjennomfører dette.

Rapportene tas med til møtet.

Tema for praksisbesøk velges ut fra styrker og svakheter ved de ulike kontorene, eller aktuelle problemstillinger som ønskes belyst i gruppa.

F.eks: Personalpolitikk: ansettelse, ansvars- og arbeidsdeling, mulighet for fagutvikling for de ansatte. Hvordan fungerer legekantoret som team med fellesmøter, referat og skriftlige prosedyrer. Hvilke rutiner har kantoret for eget kvalitetsarbeid? Hvilke samarbeidsrutiner har dere med andre instanser?

Hva fungerer bra og hva er vanskelig der du jobber? Hvordan er samarbeidsklimaet? Hvordan fungerer det sosiale miljøet? Hvordan fungerer supervisjon og veiledning for deg på ditt kontor?

## **Ressurser til møtet**

[Veileder for næringsdrivende leger](#)

[Oppstarthåndbok i allmennpraksis](#)

[Dreiebok for overdragelse av allmennlegepraksis](#)

[Attest for gjennomført praksis besøk](#)

## **Gjennomføring**

### **Åpen post**

### **Praksisdrift og administrasjon**

Bruk en tavle og sett opp en oversikt over de forskjellige kontorene over de temaene dere ville se nærmere på.

For eksempel:

Antall ansatte, stillingsprosent– utdanning, antall leger – legedager faste møter personal- partner, driftsform, DA, AS, fastlønn, økonomi, fordeling av oppgaver på kontoret, internavtale, lønn/forsikring ansatte, skatt, organisering av Timebok. Hvordan sikre at alle pasientene får forsvarlig helsehjelp?

Bruk god tid på å snakke om praksisbesøkene. To og to legger frem sine erfaringer. Hva lærte dere av hverandre om organiseringen, og hva lærte dere av å være med på konsultasjoner? Hva fungerer bra og hva kan bli bedre?

### **Lunsj**

### **Planlegging videre møter**

Fortsett med å snakke om praksisbesøkene til alle har lagt fram sine opplevelser og erfaringer.

Resten av møtet brukes til å gå videre med spørsmål som har dukket opp. Veileder styrer dette.

En mulighet kan være å dele gruppa i par (ikke de samme som har besøkt hverandre) slik at to og to kan diskutere videre:

Hva fungerer bra hos deg og hva ønsker du å endre på? Er det noe her du kan ta med deg tilbake til din praksis?

Hvordan fungerer veiledning og supervisjon for deltagerne i gruppen?

Oppsummering i plenum med hovedtrekk.

### **Evaluering av dagens møte**

## Psykiske lidelser i allmennpraksis

Anbefaler at del 1 + del 2 gjennomføres som ett heldags møte

ALM 023

Ha god kunnskap om forekomst av symptomer og sykdommer i en uselektert befolkning

ALM 028

Selvstendig kunne arbeide pasientsentrert med fokus på pasienten, pasientens kontekst og pasientens presenterte problemer

ALM 072

Selvstendig kunne diagnostisere de vanligste folkesykdommene

ALM 084

Pasientforløp-tilrettelegge i primærhelsetjenesten og samhandle med spesialisthelsetjenesten

FKM 55

Kunne anvende metoder og pedagogiske prinsipper for å planlegge, gjennomføre og evaluere opplæring av pasienter og pårørende i samhandling med relevante profesjonsgrupper

En stor del av konsultasjonene i allmennpraksis er med pasienter som har psykiske symptomer. Halvparten av befolkningen vil ha en psykisk lidelse i løpet av livet. Pasienter med lettere psykiske lidelser skal ifølge Prioriteringsveilederen behandles i primærhelsetjenesten. Diagnose og eventuell bruk av medikamenter vil alltid være fastlegens oppgave. Hva er psykiske plager og hva er psykiske lidelser? Hva er normalreaksjoner preget av vanskelige livssituasjoner og kriser?

### Forberedelser til del 1

Alle gjør seg kjent med Prioriteringsveileder for psykisk helse. Dette er spesialisthelsetjenestens rettlledning for hvem som gis rett til behandling. Se på punktene for angst og depresjon

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykiskhelsevern-for-voksne/tilstander-for-psykisk-helsevern-for-voksne>

Alle gjør seg kjent med Pakkeforløp for psykisk helse

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>

To av deltakerne setter seg inn i diagnostiske verktøy som er gjennomførbare i allmennpraksis MADRS, HAD, BDI (alle ligger på NEL)

<https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/her-finner-duskaringsverktoy-for-traumer-stress-og-overgrep>

Alle tar med en kasuistikk der de ønsker veiledning. Det kan handle om grenseoppgangen mellom psykiske lidelser (der det kan stilles diagnoser) og normalreaksjoner på vanskelige livssituasjoner. Eller det kan handle om samarbeid og grenseoppgang mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

## **Forberedelser til del 2**

Alle tenker gjennom egen strategi for å informere pasienten om psykisk lidelse, behandling og prognose. Dette kalles psykoedukasjon. Hvilke ord bruker du? Gir du pasienten skriftlig materiale som supplement til den muntlige informasjon?

Alle gjør seg kjent med informasjonsmateriale som ligger på NEL og på [helsenorge.no](https://helsenorge.no)

<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjonvoksne>

God pasientinformasjon finnes også [www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no)

En deltaker setter seg inn i Selvhjelpsprogram for panikkangst

<https://www.kognitiv.no/psykisk-helse/ulike-lidelser/angstlidelser/panikklidelse/videobasert-selvhjelp-vedpanikklidelse/#> som ligger på hjemmesidene til Norsk

forening for kognitiv terapi. Velg en film eller et innslag som kan vises for resten av gruppa.

En deltaker gjør tilsvarende for depresjon.

<https://www.kognitiv.no/psykisk-helse/ulike-lidelser/depresjon/videobasert-selvhjelp-ved-depresjon/>

Alle leser tekst som NFA har foreslått vedrørende medikamenter og samtaleterapi ved depresjon:

<https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/anbefalinger/fagmedisinskeanbefalinger/norsk-forening-for-allmennmedisin/unnga-a-forskriveantidepressiva-til-pasienter-med-lettere-og-moderat-depresjon-forsamtaler-er-forsokt/>

Alle tar med to kasuistikker: En pasient med angst eller depresjon de har behandlet og lyktes med, og en pasient hvor de sliter og trenger veiledning.

## **Gjennomføring som heldags møte**

### **Åpen post**

#### **Del 1**

Felles diskusjon om grenseoppgang mellom psykiske symptomer, psykisk lidelse. Hva hardere fått ut av å lese Prioriteringsveilederen og Pakkeforløp? Hvilke erfaringer har dere med henvisninger? Med epikriser? Hva hører til i primærhelsetjenesten?

De to som har sett på de diagnostiske skåringsverktøyene presenterer disse kort, gjerne med egne erfaringer og tanker.

Bruk triader så alle får veiledning på sin kasuistikk om diagnosesetting og grenseoppgang.

### **Lunsj**

#### **Planlegging av videre møter**

#### **Del 2**

Felles samtale om psykoedukasjon og egne strategier og erfaringer. Hvilke hjelpemidler og pedagogiske metoder bruker dere når dere informerer om psykiske lidelser?

Hva tenker dere om NFAs forslag til uttalelse om Kloke valg ved behandling av depresjon?

De to deltakerne som har sett på programmene om panikkangst og depresjon viser et innslag hver.

Samtale om anvendelsen av dette i allmennpraksis. Hva er veiledet selvhjelp?

Gruppen deles opp og deltakerne deler sine vellykkete og sine vanskelige pasienthistorier. Gi hverandre veiledning.

I plenum se filmen The Black dog fra WHO. En 4 minutters australsk film om depresjon

<https://www.youtube.com/watch?v=ve66dbBjnsQ>

(The black dog var Winston Churchills betegnelse for depresjon)

### **Evaluering av dagens møte**

**Les gjerne:** Edvin Schei: Lytt. Kapittel om kognitiv terapi

Torkil Berge e al.: Håndbok i klinisk helsepsykologi. Gyldendal 2019

## **Offentlig helsearbeid og Kreftdiagnostikk**

ALM 006

Forebyggende helsetjenester i et klinisk og samfunnsmessig perspektiv

ALM 031

Adekvate primærhelsetjenester gjennom hele livsløpet

ALM 071

Kroniske sykdommer – samarbeide med spesialisthelsetjenesten

ALM 075

Koordinere helsetjenester i samarbeid med andre

ALM 078

Ulike aldersgrupper og etnisitet – særtrekk ved diagnostikk og behandling

### **Forberedelser**

I planleggingen av møtet får man fram hvilke kommunale oppgaver de ulike kandidatene i gruppa har. De som har samme type oppgaver, planlegger sammen, maks 10 minutter, til å fortelle om hva jobben består av og hvordan de samhandler med det kommunale apparatet og med fastlegene.

Hvis det er få som har kommunale oppgaver, bør man skaffe informasjon om oppgavene slik at en på møtet får et overblikk over følgende: Helsestasjon, sykehjem, fengsel, helsestasjon for ungdom, voldtektsmottak. Veileder fordeler oppgavene mellom deltakerne.

Myndighetene forventer at fastleger er engasjert i helsefremmende arbeid. Fastleger opplever at de i liten grad er blitt involvert i arbeidet og at det heller ikke blir etterspurt av kommuneoverlegen.

Her er en rapport fra 2020 om dette som anbefales på det varmeste:

<https://www.ks.no/globalassets/Allmennlegenes-rolle-i-helsefremmingog-forebygging-endelig-nett.pdf>

En deltaker får i oppgave å lese denne og velge ut noe å presentere for gruppa, som en innledning

### **Gjennomføring**

#### **Åpen post**

## Offentlig helsearbeid

Beskriv og diskuter de ulike kommunale oppgavene. Alle bidrar med det de har forberedt. Rapporten om allmennlegens rolle i helsefremming og forebygging presenteres. Diskuter fastlegens rolle i helsefremmende arbeid der dere jobber. Sitter dere på viktig informasjon som kommunen kan bruke i sitt helsefremmende arbeid? Hvordan fungerer samhandling med kommunen? Og hvordan kan den evt. bedres?

## Lunsj

### Planlegging av fremtidige møter

### Kreftdiagnostikk

#### Forberedelse

Grappa tenker gjennom om egne pasienthistorier fordeler de ulike kreftformene mellom seg utfra egne pasienthistorier, slik at flest mulig kreftformer blir belyst. Ta med første kontaktårsak, utredningsforløpet. Hva gjorde du bra, hva kunne du gjort annerledes?

Hver enkelt forbereder et tre minutters innlegg om hvordan diagnoseforsinkelse kan unngås for den kreftformen ens egen kasuistikk omhandler. Ta med vanlige symptom, diagnostiske poeng/fallgruver/tommelfingerregler, undersøkelser allmennpraktiker skal gjøre i tråd med diagnoseveilederen.

Alle ser gjennom følgende:

Fastlegens rolle i handlingsprogrammene for kreft:

[https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/fastlegens-rolle-ved-kreft.](https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/fastlegens-rolle-ved-kreft)

[Pakkeforløp for kreft](#)

[Diagnoseveiledere for fastleger](#) som angir kriterier for "begrunnet mistanke" om kreft.

En deltaker søker hos [kreftregisteret](#) og finner sist foreliggende årsstatistikk for Kreft i Norge. Hent ut oversikt over de vanligste kreftformene hos kvinner og menn i de ulike aldersgrupper fra 0 til 100. Sendes til alle i gruppa.



## **Gjennomføring**

Start med oversikten fra Kreftregisteret. Kommentarer? Noe uventet?  
Hvordan er erfaringene med Pakkeforløp for kreft?

Hver enkelt forteller sin kasuistikk.

Etter hver presentasjon kan det gis tid til korte kommentarer, men pass tiden, så alle slipper til.

## **Evaluering av dagens møte**

### **Ressurser til dette møtet**

<https://tidsskriftet.no/2019/05/kronikk/fastlegens-rolle-i-kreftomsorgen>

[Kreftlex](#) er et oppslagsverk for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft og er skrevet for helsepersonell som jobber innen kreftomsorgen.

Mye aktuelt stoff her. <https://www.helsebiblioteket.no/kreft>

## **Samvalg og brukermedvirkning, og oppdatering på pasientorganisasjoner og selvhjelp**

FKM 51

Metoder for brukermedvirkning, Kunne diskutere metoder for brukermedvirkning på systemnivå som gir bruker (representanter) reell mulighet til å påvirke beslutninger.

FKM 55

Metoder og pedagogiske prinsipper, Kunne anvende metoder og pedagogiske prinsipper for å planlegge, gjennomføre og evaluere opplæring av pasienter og pårørende i samhandling med relevante profesjonsgrupper

ALM 027

Selvstendig kunne inngå i en varig og forpliktende profesjonell relasjon til pasienten

ALM 028

Selvstendig kunne arbeide med pasientsentrert med fokus på pasienten, pasientens kontekst og pasientens presenterte problem

ALM 048

Kjenne til konsekvensene av at mennesket er fortolkende av natur og kunne ta hensyn til at de opplysningene, fakta og funn som blir omhandlet et pasientmøte blir fortolket av både lege og pasient, der fortolkninger ofte bærer preg av tidligere erfaringer hos begge parter.

## **Samvalg**

Å være i en relasjon til en pasient over tid handler ikke bare om pasientmøter, men om å bli kjent med et menneske og å bygge en relasjon sammen. Det handler om å være villig ikke bare til å lytte, og å validere, men faktisk å lære noe av pasienten. I kognitiv terapi bruker man begrepet «å stå skulder ved skulder» med pasienten. Det handler om å se det landskapet pasienten ser og ikke det vi vil at hun/han skal se. Dette perspektivet gjelder også pårørende slik det fremkommer i Pasient- og brukerrettighetsloven.

## **Forberedelser**

Alle leser [Pasient- og brukerrettighetsloven](#) særlig kapittel 3 om Rett til medvirkning og informasjon og kapittel 4 om Samtykke til helsehjelp.

Alle tar med en pasienthistorie der du har forsøkt å få til samvalg i den forstand at pasient- eller pårørendemedvirkning har vært vesentlig ved valg av behandling og/eller utredning.

## **Gjennomføring**

På engelsk heter det Shared decisionmaking. På denne filmen illustreres dette ved to konsultasjoner:

<https://www.youtube.com/watch?v=zpZ8JgE8DZc>

Se filmen sammen. Diskuter begrepet samvalg (shared decisionmaking) og diskuter de to konsultasjonene.

Deretter deles gruppa, og alle forteller sin pasienthistorie med samvalg. Hva var det som gjorde at dette fungerte godt? Hva kunne du gjort annerledes?

## **Oppsummering i plenum**

Hva har vi lært og kan ta med oss videre?

## **Lunsj**

## **Planlegging av fremtidige møter**

## **Pasientorganisasjoner og selvhjelp**

For våre pasienter vil medlemskap i pasientorganisasjoner ofte gi store gevinster. Det arrangeres kurs, de har medlemsblad med informasjon og tilbud, de treffer andre pasienter med samme diagnose som er utdannet i likemannsarbeid. I noen tilfeller vil en likemann kunne ledsage pasienten til legen.

### **Forberedelser**

Hver deltaker kartlegger nasjonale pasientorganisasjoner, og hvilke av disse som har lokale grupper. Sjekk nettsider og eventuelt ta en telefon i kartleggingsprosessen. Eksempler: Revmatikerforbundet, Diabetikerforbundet, Astma og allergiforbundet, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Rådet for psykisk helse, Landsforeningen for pårørende i psykiatrien (LPP), Nasjonalforeningen for folkehelse, Mental helse.

Hver deltaker gjør seg godt kjent med Selvhjelp Norge på denne lenken: [Senter for selvhjelp og mestring](#).

En deltaker finner ut mer om Lærings- og mestringssentre på de aktuelle sykehusene: Hvilke tilbud har de? Hvordan kan de kontaktes?

### **Gjennomføring**

Alle deler informasjon om organisasjonene de har funnet og en samler dette i en felles liste over organisasjoner med kontaktinformasjon og hva de tilbyr.

Hvilke egne erfaringer har dere med pasientorganisasjoner? Gir dere pasientene informasjon om at det finnes pasientorganisasjoner? Hvordan opplever dere samarbeidet med sykehus/andre institusjoner for å gi pasienter og pårørende informasjon? Hvordan kan alle disse ressursene bidra til selvhjelp?

### **Evaluering av dagens møte**

## Uenighet og følelsmessig vanskelige samtaler

ALM 047

Selvstendig kunne håndtere uenighet og følelsmessig vanskelige samtaler

Vi allmennleger kjenner oss ofte i spagat mellom lover, forskrifter og evidensbaserte medisinske retningslinjer på den ene siden, og pasientens velbegrunnede bestilling på den andre siden. Bestillingene kan for eksempel handle om B-preparater mot søvnløshet eller smerter, sykmeldinger på tvilsomt grunnlag eller antibiotika med usikker indikasjon. Konsultasjoner med uenighet kan være slitsomme og tappende. En dårlig følelse kan være med oss resten av arbeidsdagen. Hvordan minimere sjansen for konflikt, og hvordan håndtere de konflikter som likevel måtte oppstå? Veiledningsgruppa kan hjelpe oss å klare slike konsultasjoner best mulig. Det er god støtte å kunne dele ubehaget med kolleger. Det finnes gode råd, og det finnes kliniske ferdigheter vi kan øve på i rollespill.

### Forberedelse

Les Mæland: Hvordan sier vi nei? [Utposten Nr. 4 – 2019](#).

Ta med en aktuell historie der du og pasienten er uenige. Forbered deg på å være pasienten i et rollespill.

Ta med utskrift av kliniske ferdighetene som er listet opp på neste side. Til bruk under rollespill på møtet.

Lytt på podcast : [110 Fastlegen som portvokter by KVALLM \(soundcloud.com\)](#)

### Gjennomføring

#### Åpen post

### Uenighet og følelsmessig vanskelige samtaler

Pasienthistoriene brukes til å øve i triader, med en i pasientrollen, en i legerollen og en som observatør. Den som har med en kasuistikk, spiller pasienten. Observatøren passer tiden og stopper konsultasjonen senest etter et kvarter. Så får kollegaen i legerollen si hvordan dette kjentes, og får tilbakemeldinger fra «pasienten» og observatøren, før rollene roteres. Det er viktig at pasientrollen ikke spilles altfor vanskelig. Legen må få slippe til og trene på flest mulig av ferdighetene på denne lista:

- Start med å gi pasienten anledning til å snakke ferdig
- Vis at du lytter
- Oppsummer hvordan du har oppfattet pasientens agenda eller ønske, og begrunnelser.
- Spør mer om pasientens tanker, bekymringer og forventninger.
- Si at du har forståelse for pasientens måte å se det på.
- Spør om det er greit at du forteller hvordan du ser på dette som lege.

Når både legens medisinskfaglige agenda og pasientens egen agenda er kartlagt kan en form for forhandling starte:

- søk aktivt etter forhandlingsløsninger
- sett ord på uenighet
- når pasienten stiller et direkte spørsmål kan du som lege velge å ikke svare umiddelbart, men i stedet omgå eller validere. «Jeg skjønner godt at du spør om det, dette skal vi finne ut av» - vær ikke for rask med å gi konklusjoner og råd
- en fysisk undersøkelse kan være en måte å styrke relasjonen og vinne tid
- prøv å metakommunisere om samtalen dere har: «Opplever du at jeg vet det jeg trenger å vite for å hjelpe deg?»

Etter triadene med rollespill kan gruppa samles, og hver deltaker får ordet til å gi seg selv et råd eller to om konsultasjoner med uenighet

## **Lunsj**

### **Planlegging av neste møte**

**Klinisk tema.** Vi foreslår bruk av vanedannende medikamenter.

### **Evaluering av dagens møte**

## **Legevakt**

ALM 050

Selvstendig kunne effektivt innhente og bearbeide relevant medisinsk informasjon fra pasient gjennom anamneseopptak og andre kilder, inkludert pårørende der pasienten har gitt sitt samtykke.

ALM 058

Selvstendig kunne fremskaffe nyansert objektiv informasjon om symptomer ved å ta i bruk ulike undersøkelser og praktiske ferdigheter relatert til allmennpraksis, og ved effektivt å selektere hvilke undersøkelser som er mest relevante i forhold til tids- og ressursbruk.

ALM 060

Selvstendig kunne utforske og fortolke objektiv informasjon i lys av subjektiv pasientinformasjon og egen erfaring med liknende kasuistikker og tilpasse dette til den aktuelle pasienten.

### **Forberedelser:**

Ta med en fortelling om en episode der du har følt deg under press eller følt egen sikkerhet i fare på legevakt. Noter ned på forhånd: Hva var situasjonen? Hva gjorde du? Hva tenkte du? Hva følte du? Tenke gjennom hvordan du har det med legevakter? Hva du liker og misliker ved denne delen av allmenntilleggsmedisinen?

De som har en pasienthistorie fra legevakt som de ønsker å få veiledning på fra gruppa, tar denne med.

Alle ser gjennom og tar med på møtet liste over [utstyr for legevakt](#) fra Legevakthåndboken. En deltaker tar med en legekoffert og en deltaker tar med akutt koffert, eller liste over innholdet i disse.

### **Gjennomføring:**

Gruppa deles i to eller i triader og la deltakerne presentere historiene der de har følt seg presset. Samtalen omkring dette kan gjennomføres i triadeform.

Dersom dere mangler egne kasuistikker kan disse brukes som grunnlag for diskusjon:

Prydz P. Kasuistikker til diskusjon og refleksjon – akuttmedisin og legevakt. [Utposten nr 1 - 2012.](#)

Nasjonalt Kompetansesenter for Legevaktmedisin:

[Studiehefte om etikk i legevaktarbeid.](#)

Her finnes 10 kasuistikker for diskusjon.

Sjekklista fra Legevakthåndboken gjennomgås. Sjekkes mot hva deltakerne har tilgjengelig på sin legevakt, og hva som finnes i medbrakt legekoffert og akutt koffert.

Gruppen diskuterer hva som trengs i deres vaktområde av utstyr til: Oksygenbehandling, Pulsoksymetri, Svelgtube, Ventilering, Intubering, Cricotyrotomi, Sugning av luftveiene, Venepunksjon, Intraossøs infusjon, Defibrillering.

Del erfaringer fra situasjoner der dere har trengt slikt utstyr!

### **Les gjerne:**

Kvammen B. Historier fra virkeligheten. Aprilspøk eller akuttmedisin. [Utposten nr 1 - 2005, s 44-45.](#) Kirkenes-legen forteller om alle vakthavende distriktslegers mareritt: Bussulykken. Historien er både utrolig og oppbyggelig.

### **Lunsj**

#### **Planlegging av fremtidige møter**

### **AHLR eller annen ferdighetstrening**

ALM 068

Selvstendig kunne yte allmennmedisinsk akuttbehandling og kunne stabilisere pasienten i påvente av videre behandling i spesialisthelsetjenesten.

Hvis dere planlegger AHLR- eller annen ferdighetstrening bør dere kontakte ambulansetjeneste eller akuttmedisinsk sykehusavdeling for lån av utstyr og ved behov instruktør. Gjennomfør trening som planlagt.

### **Evaluering av dagens møte**



## Praktiske ferdigheter

ALM 063

Selvstendig kunne utføre praktiske behandlingsprosedyrer som brukes i allmennpraksis.

Bryst: Undersøkelse av bryst og aksiller
Akuttmedisin: Avansert Hjerne-Lungeredning Barn og voksne
Akuttmedisin: Bruk av defibrilator
Akuttmedisin: Venepunksjon
Akuttmedisin: Intraossøsnål anlegging. Trenes på dukke/modell
Akuttmedisin: Skadestedsarbeid
Akuttmedisin: Bruk av helseradio
Bryst: Undersøkelse av bryst og aksiller
Fys.med/ort: Hofte-undersøkelse
Endokrinologi: Bruk av skjema for årskontroll Diabetes
Fys.med/ort: Leddundersøkelse
Fys.med/ort: Nakke-/ryggundersøkelse
Gynekologi: Innlegging av spiral
Gynekologi: Innlegging og uttaking av spiral og p-stav
Gynekologi: Vurdere bekkenbunnsfunksjon, inkludert post-partum
Gynekologi: Utredning urininkontinens
Hjerte/kar: Auskultasjon av hjerte og halskar
Hjerte/kar: Blodtrykkstaking, inkludert ortostatisk blodtrykk
Hjerte/kar: 24-timers BT – taking og tyding
Hjerte/kar: EKG-taking og tyding
Hud: Behandling av store sår og brannskader
Hud: Behandling av brannskader
Hud: Dermatoskopi
Hud: Behandling av akutte og kroniske sår
Lunge: Bruk av hjelpemidler i astmabehandlingen
Lunge: Auskultasjon, perkusjon
Lunge: Bruk av hjelpemidler i astmabehandlingen, Oksygentilskudd, PEF, Forstøver
Mage/tarm: Anoskopi
Mage/tarm: Inspeksjon, Auskultasjon, Perkusjon og Palpasjon
Mage/tarm: Rektoskopi
Obstetikk: SF-mål, fosterlyd og leievurderinggenitalia: Undersøkelse av ytre genitalia og prostata
Mannlig genitalia: Undersøkelse av ytre genitalia
Mannlig genitalia: Prostataundersøkelse
Nevrologi: Demensutredning, herunder MMS

Nevrologi: Orienterende nevrologisk status, Hjernenerver, Sensibilitet, Kraft, Reflekser, Motilitet, Koordinasjonstester, Cerebellarfunksjon.
Psykiatri: Kjenne til kriterier og beherske bruk av tester i utredning (MADRS; AUDIT og andre validerte skjema)
Småkirurgi: Abscess
Psykiatri: Suicidalitetsvurdering
Småkirurgi: Insisjon av abscess
Småkirurgi: Hudtumor/nevus/aterom/lipom
Småkirurgi: Fjerning av hudtumores
Småkirurgi: Inngrodd negl/kilereseksjon
Småkirurgi: Lokal- og ledningsanestesi
Urinveier: Blærekateterisering
Urinveier: Urinmikroskopi
ØNH: Hørselstesting inkludert audiometri og tympanometriEpistaxis
ØNH: Behandling av epistaxis
ØNH: Fjerning av fremmedlegemer
ØNH: Perifer vertigo, testing
ØNH: Tympanometri
ØNH: Rhinoskopi
Øye: Fremmedlegeme kornea
Øye: Oftalmoskopi
Øye: TonometriVisus, Donders test, Fargesyn, cover test
Øye: Visus, Synsfelt, Fargesyn og strabismeundersøkelse

Alle disse prosedyrene er knyttet til læringsmål 063 og skal gjennomgås i praksis med supervisjon. Noen av dem kan utføres i veiledningsgruppa, og det kan være nyttig med et tre timers møte til dette.

### **Forberedelse**

Se gjennom lista. Hvilke prosedyrer trenger dere øvelse i? Hver deltaker velger ut en som skal presenteres for gruppa på møtet. Det finnes filmer i Helsebiblioteket som viser mange av prosedyrene.

Planlegg praktiske klær på møtet som muliggjør undersøkelser på hverandre.

### **Gjennomføring**

De avtalte prosedyrene presenteres, og øves på hvis mulig.

Gruppa kan diskutere forskjellige måter å gjøre dette på, og hvordan det passer inn i konsultasjonene.

Diskuter: Hvordan kan slike prosedyrer bidra til å skape tillit mellom pasient og lege?

## **Multisyke og legemiddelgjennomgang**

ALM 076

Selvstendig kunne vurdere utfordringer, gjøre avveininger og prioritere når det foreligger mer enn en sykdom hos pasienten.

ALM 077

Selvstendig kunne de viktigste interaksjoner ved multifarmasi og etter en samlet vurdering kunne prioritere rett behandling for pasienten.

### **Møte om multisyke**

Eldre pasienter med flere sykdommer og svekket funksjonsnivå er en stor utfordring for allmennlegen. Dette temaet får stadig større plass i medisinsk litteratur og forskning. På engelsk brukes begrepet «frailty». Det oversettes vanligvis til «skrøpeligheit» på norsk, selv om dette ikke er helt sammenfallende.

Det kan være vanskelig å vurdere pasientens tilstand når det foreligger flere sykdommer. Hos eldre og skrøpelige pasienter vil man også erfare at kjente kliniske tilstander ter seg annerledes enn det som ellers er vanlig. Videre kompliseres bildet av mange forskjellige medikamenter.

### **Forberedelse**

Alle tar med en aktuell pasienthistorie med legemiddelliste. Det kan handle om funksjonssvikt, eller legemiddelgjennomgang hos multisyk og skrøpelig pasient.

Les Ranhoff: Akutt funksjonssvikt – et vanlig klinisk problem hos eldre pasienter. [Utposten nr 6, 2015.](#)

Les om legemiddelgjennomgang:

<https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/sjekkliste-forlegemiddelgjennomgang#gjennomforing>

### **Gjennomføring**

Kort felles diskusjon om ting deltakerne har merket seg og ønsker å ta opp. Deretter diskusjon om medbrakte pasienthistorier og gjennomgang av legemiddellister i mindre grupper. Hvis få og kompliserte historier, kan reflekterende team brukes.

### **Evaluering av dagens møte**

**Les gjerne:**

Lærebok i allmennmedisin, kap 4.4 Alderdom og 4.6 Omsorg ved livets slutt

[Britiske anbefalinger](#)

## **Svangerskapsomsorg**

ALM 079

Ha kunnskap om spesielle fysiologiske og epidemiologiske forhold under svangerskap, fødsel og barsel, og være oppmerksom på når det er behov for intervensjon.

### **Forberedelse**

Grappa fordeler problemstillinger knyttet til svangerskapsoppfølging, f.eks: overvekt, hyperemesis, alvorlig bekkenløsning, blodtrykksstigning og preeklampsi, avvikende SF-mål, fosterdiagnostikk og genetisk veiledning, depresjon, usikker omsorgsevne, rus, medikamentbruk, diabetes, autoimmune sykdommer, eller annet som gruppa synes er interessant. Deltakere som har kasuistikker knyttet til disse områdene tar dette med.

Alle gjør seg kjent med retningslinjene og Tryggmammamedisin.no

### **Gjennomføring**

Grappa samlet i plenum. Først diskuteres rutiner på legekontorene og hvordan kontroller utføres. Deretter diskuteres de medbrakte problemstillingene i lys av retningslinjene. Dersom tid foreslås reflekterende team brukt på 1-2 mer sammensatte kasuistikker.

### **Fordypning og alternative kilder**

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes>

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>

<https://relis.no/content/5035/Biologiske-legemidler-ved-graviditet-og-ammning--en-oppdatering>

<https://tryggmammamedisin.no/> <https://www.fhi.no/fp/gravide-og-fodende-kvinnens-helse/>

<https://helsenorge.no/gravid/mat-og-drikke-nar-du-er-gravid>

## Sykmelding

ALM 014

Selvstendig kunne beskrive pasientens medisinske utfordringer slik at det gis et riktigst mulig grunnlag for korrekte ytelser.

FKM 43

Forstå forskjellen mellom hvordan data samles inn og analyseres i forskningsarbeid, forbedringsarbeid og revisjons- kontroll og tilsynsarbeid og vite hvordan resultater fra forbedringsarbeid publiseres.

FKM 46

Forstå ansvaret som legespesialist i ivaretagelsen av lovlighet, forsvarlighet, standardisering og god praksis.

På dette møtet får dere mulighet til å benytte egen statistikk fra sykmeldingspraksis til å vurdere og planlegge kvalitetsforbedring. Det er spesielt en øvelse i å være kritisk til datakilder, vurdere forskjell mellom naturlig og unaturlig variasjon og planlegge praktisk kvalitetsarbeid.

Innholdet til gruppemøtet er utviklet av Senter for Kvalitet i Legekantor ved Nicolas Øyane og finnes her:

<https://www.skilnet.no/innhold/veiledningsgrupper/>» [Ressurs for veiledningsgrupper – SKIL – Senter for Kvalitet i Legekantor \(skilnet.no\)](#)

## **Henvisninger**

ALM 019

Selvstendig kunne formulere henvendelser og henvisninger slik at de inneholder relevant informasjon og bidrar til oppnåelse av nødvendig helsehjelp for pasientene.

FKM 60

Ha kjennskap til og kunne gi anbefalinger om tiltak for å fremme samhandling som gagnar den enkelte pasient og tjenesten som helhet.

Et godt samarbeid mellom allmennleger og andrelinjetjenesten er viktig for våre pasienter. Henvisningene legges til grunn når andrelinjen prioriterer inntak av pasienter. Det satses mye på å gjøre samhandlingen bedre. Mange steder har allmennleger deltidsstillinger som praksiskonsulenter (PKO) på sykehusavdelinger. De skal være brobyggere mellom første og andrelinjen.

I dette møtet går deltakerne kritisk gjennom egne henvisninger.

## **Forberedelser**

Gruppen gjennomfører en kort idédugnad om hvilke sider av samarbeidet med andrelinjetjenesten dere vil diskutere. F.eks.

- Hvilke erfaringer har dere med å få råd eller veiledning over telefon eller melding med sykehusleger?
- I hvilke tilfeller velger dere å gjøre mer enn bare å sende en henvisning, for eksempel å sende melding eller ringe?
- Hvilke erfaringer har dere med Fritt Sykehusvalg?
- Hvordan oppleves forholdet mellom private og offentlige tilbud i spesialisthelsetjenesten?

Alle tar med seg fem anonymiserte henvisninger (tre kopier av hver) til møtet. Velg tilfeldige henvisninger du allerede har skrevet, så det gir et realistisk bilde. En metode kan være å gå tilbake i timeboka og velge de fem første henvisninger du skrev i forrige måned.

Alle gjør seg kjent med henvisningsveilederen, og tar med utskrift av denne til møtet.

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/59886ab989bb486087ee26f48a473c85/hdirshenvisningsveileder.pdf>

## **Gjennomføring**

Gruppen deles i grupper på tre og tre. Hver deltakers henvisninger gjennomgås en for en. Den som har skrevet henvisningen kommenterer først.

- Finn sterke sider og svakheter ved henvisningen.
- Er den for kort? For lang? Mangler noe viktig?
- Hvordan tror du den blir lest av en som ikke kjenner pasienten?
- Bruk veilederen, har dere fått med det viktigste?

Avslutt med diskusjon plenum.

- Hvordan fungerer samarbeidet der dere er?
- Hva kan dere gjøre for at det skal bli best mulig?
- Hvordan kan dere få til forbedringer?

## **Les gjerne**

Kunsten å henvise <https://tidsskriftet.no/2018/08/debatt/kunsten-henvise>





## **Tvungen undersøkelse og behandling**

Klinisk tema først utformet av veileder Sigurd Førre og hans veiledningsgruppe.

ALM 47

Ha kjennskap til at det finnes spesiallover, særskilte organer og saksbehandlingsformer av særlig betydning for den enkelte spesialitet.

Enkelte ganger opplever vi at pasienter motsetter seg undersøkelse eller behandling i situasjoner der vi som leger tenker at vedkommende ikke forstår rekkevidden av sitt avslag. Som oftest er det mulig å oppnå frivillighet og samarbeid ved å forklare og gi medisinske begrunnelser. Andre ganger klarer vi ikke å overbevise pasienten.

Noen ganger kan vi bruke tid på å komme til enighet med pasienten, andre ganger må vi handle raskt. Disse situasjonene er alltid utfordrende både for pasient og lege og ofte en stor belastning for lege/pasientforholdet.

Pasientens selvbestemmelsesrett er grunnleggende for alt legearbeid. Situasjoner der pasientens autonomi reduseres eller settes til side er regulert i ulike deler av norsk lovverk. I dette møtet skal vi se på ulike kliniske situasjoner og sette oss inn i lovreguleringen ved ulike former for tvangsbruk.

### **Forberedelser**

Alle finner en kasuistikk fra egen praksis hvis mulig. Ta med relevante innleggesskriv og annen dokumentasjon.

Her er noen eksempler:

- Melding fra mor om at datter har isolert seg og falt ut av studiet sitt. Mor tenker at dattera er alvorlig psykisk syk. Datter vil ikke til lege.
- Konsultasjon der du mistenker alvorlig psykisk sykdom hos tidligere frisk pasient.
- Forverring av tilstand hos pasient med schizofreni. Det er behov for innleggelse.
- Senil dement pasient. Pårørende og hjemmetjeneste mener det er påkrevd med institusjonsplass. Pasienten vil ikke ut fra hjemmet sitt.
- Rusavhengig pasient som ikke er psykotisk holder på å gå til grunne av rusmiddelbruk. Motsetter seg frivillig behandling.

Alle leser [Helsedirektoratets kommentarversjon](#) av Psykisk helsevernloven, spesielt kapittel 2 og kapittel 4 §4-4 og 4-4a. En deltaker forbereder et innlegg på 5- 10 minutter om samtykkekompetanse.

Se omtale av [Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A](#) på [helsedirektoratet.no](#)

En deltaker forbereder et innlegg på 5-10 minutter om tvungen rusomsorg i institusjon. Se s 1011 i læreboka, og konferer med lokal rusomsorg om hvordan dette praktiseres.

### **Gjennomføring**

Gruppen jobber i triader med medbrakte kasuistikker slik at alle som har en får diskutert sin. Varighet inntil 1 time.

Gruppen samles. Det settes av tid til temaene samtykkekompetanse, vergeoppnevning og tvungen rusomsorg. Forberedte innhold holdes, og temaet diskuteres i lys av relevante kasus man har diskutert i triadene.

### **Les gjerne:**

Anne Kjersti Befring: Legens plikt til å hjelpe og pasientens rett til å nekte. [Tidsskr Nor Legefor 2001; 121: 1408-1409.](#)



## **Vanedannende medikamenter**

ALM 028

Selvstendig kunne arbeide pasientsentrert med fokus på pasienten, pasientens kontekst og pasientens presenterte problem.

ALM 029

Selvstendig kunne tilpasse behandling og oppfølging til hver enkelt pasient.

ALM 030

Selvstendig kunne bidra til økt mestring hos pasienten og til lindring av pasientens plager.

ALM 046

Selvstendig kunne gjenkjenne når verdier, holdninger og perspektiver hos lege, pasient, pårørende og annet helsepersonell kan ha en betydning for tilnærmingen til pasientens helseproblemer og behandlingskvalitet.

Utskriving av vanedannende medikamenter synes de fleste utdanningskandidater er et vanskelig tema. Det har i alle år vært mye behandlet i veiledningsgruppene.

### **Forberedelser**

Alle leser kapitlet [Når pasienten vil ha B-preparater](#) i boka Legekunst i praksis. Der foreslår John Nessa ti bud for god samhandling i slike konsultasjoner.

Alle skriver ned sine egne eller legekantoret sin praksis for utskrivning av vanedannende medikamenter, formelle eller uformelle.

Alle velger en pasienthistorie de ønsker veiledning på fra gruppa. En eller to av dem bør gjelde førerkortproblematikk, det må avtales på forhånd.

Gjør dere kjent med [trappned.no - Nedtrapping av vanedannende legemidler](http://trappned.no)

Gjør dere kjent med [veilederen om vanedannende medisin](#)

### **Gjennomføring**

Gruppa er først samlet. Alle legger fram det dere har om egen forskrivningspraksis på legekantoret for utskrivning av vanedannende medikamenter. Kort diskusjon.

Deretter organiseres gruppa som reflekterende team, ett eller to avhengig av deltakertallet. Teamet/teamene velger pasienthistorier etter

tur, og organiserer tida slik at flest mulig deltakere får behandlet sine historier.

### **Les gjerne**

Maler for brev til pasienter og nedtrappingsmaler:

[Psykofarmaka og opioder. Aktuelle brevmaler og nedtrappingsmaler](#)

Bramness JG, Lid TG. God forskrivning av benzodiazepiner i allmennpraksis. [Utposten nr 5 – 2017.](#)

Ohldeck C. Nedtrapping av bensodiazepiner i allmennpraksis. [Utposten nr 1 -2011, s 44-45.](#)



## Når bør vi snakke om alkohol?

Møtet er utarbeidet av Torgeir Gilje Lid, veileder i allmenntilleggsmedisin og forsker/PhD.

ALM 028

Selvstendig kunne arbeide pasientsentrert med fokus på pasienten, pasientens kontekst og pasientens presenterte problem.

ALM 029

Selvstendig kunne tilpasse behandling og oppfølging til hver enkelt pasient.

ALM 030

Selvstendig kunne bidra til økt mestring hos pasienten og til lindring av pasientens plager.

ALM 046

Selvstendig kunne gjenkjenne når verdier, holdninger og perspektiver hos lege, pasient, pårørende og annet helsepersonell kan ha en betydning for tilnærmingen til pasientens helseproblemer og behandlingskvalitet.

Fastleger møter pasienter i alle livsfaser og med hele spekteret av sykdommer, helseplager og bekymringer. Alkohol kan spille en rolle ved mange vanlige helseproblemer.

- Hvordan prater vi om alkohol med våre pasienter og når bør vi gjøre det?
- Hvilke kartleggingsverktøy finnes, og hva er mest anvendelig?

En viktig utfordring for fastlegen er at alkohol noen ganger kan være en direkte årsak, og andre ganger en utløsende årsak eller en kompliserende faktor. Alkoholvaner kan derfor være relevant i sammenheng med et helseproblem også uten å være den direkte årsaken til helseproblemet. En annen viktig utfordring er at alkoholforbruk både er helt normalt og samtidig noe som kan være skambelagt. Det er derfor lett å overse at alkoholvaner kan være relevant for pasientens helseproblem før det er tegn på misbruk eller avhengighet.



## Forberedelser

Alle leser:

Kapittel 5.4 i læreboka Allmenntidisin om pasienter med rus og avhengighetsproblemer

[Kronikk- Helt normalt å spørre om alkohol](#)

Til fastlegen: Når og hvordan snakke om alkohol. Se tekst under. Kartleggingsverktøyene finnes [her](#).

Alle tar med en kasuistikk som illustrerer alkoholproblem i allmenntidisin, og tenker gjennom når vi skal tenke på alkoholvaner som relevant for helseplager eller sykdom.

## Gjennomføring

Start med <https://soundcloud.com/kvallm/37-alkohol-vaner-og-endringer>

Kasuistikkene belyses i triader, der alle får belyse sin kasuistikk, eller en kan bruke reflekterende team med rollespill av utfordrende kasus

Grappa i felleskap setter opp en liste over tilstander/situasjoner der alkohol kan være en medvirkende årsak til helseproblemer. Avslutt med en runde i grappa.

- Hvilke nye ideer har jeg fått for å snakke om alkoholvaner med pasientene?
- Når blir alkohol et problem?
- Hva har jeg fått lyst til å lære mer om?
- Hvilket [Kartleggingsverktøy](#) egner seg best?

## Til fastlegen: Når og hvordan snakke om alkohol.

Av Torgeir Gilje Lid

Alkoholforbruket kan ha betydning for mange ulike helseproblemer og sykdommer. Alkoholforbruket i Norge har økt betydelig de siste tiårene, og alkohol vil derfor hyppigere enn tidligere være en medvirkende faktor ved mange vanlige helseproblemer. En relativ stor andel av befolkningen har alkoholproblemer, og trenden er økende.

Omsetningstall viser nærmere 40 % økning på to tiår (1). Relativt sett er økningen størst hos de godt voksne, og særlig blant kvinner (2). Det er en kjent sammenheng mellom totalforbruk og helseskader i en befolkning (3). Det økte alkoholforbruket i Norge utgjør et betydelig folkehelseproblem og samfunnsproblem.

Når bør fastlegen snakke med sine pasienter om alkohol? Fastleger møter pasienter i alle livsfaser og med hele spekteret av sykdommer, helseplager og bekymringer. Alkohol kan spille en rolle ved mange vanlige helseproblemer som for eksempel søvnforstyrrelser, angst og depresjon, hypertensjon, fordøyelsesplager, arytmi osv, men også ved samlivsproblemer og problemer på arbeidsplassen. En viktig utfordring for fastlegen er at alkohol noen ganger kan være en direkte årsak og andre ganger en utløsende årsak eller en kompliserende faktor.

Alkoholforbruket kan derfor være relevant i sammenheng med et helseproblem også uten å være den direkte årsaken til helseproblemet.

En annen viktig utfordring er at alkoholforbruk både er helt normalt og samtidig noe som kan være skambelagt. Av disse grunnene er det lett å overse at alkoholforbruk kan være relevant for pasienters helseproblem før tegnene på misbruk eller avhengighet er tydelige. Det er derfor fornuftig å fokusere mer på mulig *sårbarhet* og *risikabelt drikkemønster* enn på tegn på *misbruk* og *avhengighet*. Sårbarhet er individuelt, og det er stor variasjon både mellom mennesker og hos den enkelte over tid.

Mange helseproblemer og sykdommer gir økt sårbarhet for alkohol, for eksempel ved psykiske lidelser og mange somatiske lidelser. I tillegg kan behandlingen pasienten får gi økt sårbarhet, for eksempel ulike medikamenter (særlig ved polyfarmasi), men også ved kirurgisk behandling. Sårbarheten vil også øke ved livskriser og ved økende alder. Alkoholforbruket kan derfor være relevant ved svært mange ulike helseproblemer og bekymringer, og fastlegen bør bruke disse anledningene til å avklare sammen med pasienten om alkoholforbruket kan være relevant for pasientens helseplager når eller for behandlingen

og helsetilstanden framover. Fastlegen er i en unik posisjon til å ta opp alkoholforbruk når det kan være relevant, fordi det ofte er en god relasjon på forhånd og pasienten har tillit til fastlegens mandat om å hjelpe den enkelte på best mulig måte. Det å snakke om alkohol ved mange ulike helseproblemer og bekymringer formidler direkte til pasienten nyttig informasjon om mulige sammenhenger mellom alkoholforbruk og helse. Dette bidrar på sikt til økt kunnskap hos befolkningen om slike sammenhenger.

1 Folkehelse rapporten 2014

2 HUNT3 (2006-2008)

3 Horverak Ø, Norlund S, Rossow I. Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk. Rapport nr. 1. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2001

## Uheldige hendelser og klagesaker

ALM 42

Kunne anvende forbedringskunnskap til å forbedre klinisk praksis, pasientforløp og/eller administrative arbeidsprosesser på egen arbeidsplass.

Ingen allmennleger unngår uheldige hendelser i sin praksis. Noen medfører klager som innebærer en ekstra påkjenning uansett utfallet av klagesaken. I et trygt og støttende arbeidsmiljø kan uheldige hendelser føre til læring, både for den involverte legen og kollegene. Dette møteopplegget er hentet fra den forrige håndboka, og referansene/litteraturen er gamle. De har allikevel gyldighet i dag, dersom dere ønsker å bruke tid på dette temaet.

Her er to sitater som introduksjon:

*En uheldig hendelse har alltid to faser. Den første fasen rommer alt det som går forut for og fører til hendelsen. Den andre fasen er håndteringen av hendelsen etter at den har hendt.* - Peter F Hjort

*I de siste 20-30 år har helseretten endret seg. Taushetsplikten er blitt uthulet. Pasientene har fått vidtgående rettigheter når det gjelder innsyn i sykejournaler, muntlig informasjon og forsvarlig behandling. I tillegg kommer rett til behandling, rett til klage og selvbestemmelsesrett. Når pasientens rettigheter utvides, innskrenkes helsearbeidernes bestemmelsesrett. Dermed kan det bli lettere for helsearbeiderne å gjøre noe som kan karakteriseres som uriktig, feilaktig og/eller uforsvarlig.*

- Jusprofessor Asbjørn Kjørstad

### Forberedelser

Alle tar med seg en fortelling om en klagesak eller en annen uheldig hendelse de selv har vært involvert i.

Alle leser Peter Hjorts artikkel Uheldige hendelser i helsetjenesten - forebygging og håndtering. [Tidsskr Nor Legeforen 2000; 120:3184-9.](#)

Alle leser Per Stenslands kapittel [Uheldige medisinske hendelser](#) - om å ha gjort og å gjøre feil - i boka Legekunst i praksis.

En deltaker forbereder en kort orientering om Helsepersonellovens forsvarlighetskrav, bruk denne artikkelen: Molven O et al. Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven [Tidsskr Nor Legeforen 2006; 126: 643 - 4.](#)

### **Gjennomføring**

Først går man gjennom den forberedte korte orienteringen om Helsepersonellovens forsvarlighetskrav.

Deretter kan gruppa diskutere Peter Hjorts artikkel og Per Stenslands kapittel.

Hvis noen i gruppa har opplevd klagesaker som har vært en ekstra stor påkjenning, kan fortellingen om denne tas i plenum. Ellers deles gruppa i to mens man forteller om sine egne uheldige hendelser.

Avslutt med en runde der hver enkelt sier noe om sitt forhold til dagens tema.

### **Les gjerne**

Innerdal C. "Når leger gråter." (2018) <https://fastlegen.no/artikkel/når-leger-gråter>

## **Samarbeid med Arbeidsmedisin**

ALM 052

Ha kunnskap om kompetansen hos andre yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten og selvstendig kunne samarbeide med ulike aktører til pasientens beste.

ALM 055

Ha en godt utviklet samhandlingskompetanse ved å kjenne rammebetingelser, arbeidsmåter og prosedyrer fra en eller flere godkjente utdanningsinstitusjoner innen primær- eller spesialisthelsetjenesten.

ALM 007

skal allmennlegen sammen med pasienten kunne avdekke forhold ved levevaner, nærmiljø og arbeidsliv av betydning for liv, helse og pasientens tilgang til nødvendige helsetjenester

FKM 59

Kunne beskrive sammenhengen mellom egen arbeidsplass, andre deler av helse- og omsorgstjenesten og samfunnet for øvrig, og diskutere hvilke roller ulike andre aktører kan ha for pasientgrupper spesialistens arbeid omfatter.

FKM 23

Kunne kommunisere om eget fag på en måte som er tilpasset mottakere som kollegaer, samarbeidspartnere, pasienter og media.

FKM 60

Ha kjennskap til og kunne gi anbefalinger om tiltak for å fremme samhandling som gagnar den enkelte pasient og tjenesten som helhet.

Arbeidsmedisin, samfunns- og allmennmedisin, ASA, de eneste spesialitetene som ikke regnes som sykehus-spesialiteter. Vårt felles prosjekt er at pasienten, arbeidstakeren eller innbyggeren skal unngå sykdom og skader. Her er det flere felles samhandlingspunkter og arenaer som belyses i dette møtetema.

Som allmennmedisiner har vi regelmessig samhandling med samfunnsmedisinerne, i kommune, NAV og forvaltning. Dette dekkes av andre møter. Få utenom faget, kjenner arbeidsmedisinerens rolle i bedriftshelsetjeneste (BHT) eller arbeidsmedisinske institusjoner.

Arbeidsmedisineren skal være sakkyndig for myndighetene, bl.a.

Arbeidstilsynet, NAV og rettsapparatet. De skal kunne gi andre deler av helsevesenet kvalifiserte vurderinger av helseskadelige påvirkninger i arbeid og eventuelle konsekvenser av eksponeringene. I en BHT er det

oftest kontakt med behandlende lege/fastlege i sykefraværsoppfølging og trygdemedisinske spørsmål knyttet til yrkesskade/- sykdom.

Det er viktig å minne om plikten til å melde alle sykdommer og symptomer som kan mistenkes å være forårsaket av faktorer i arbeidsmiljøet til Arbeidstilsynet på skjema 154b, dette er beskrevet i [§5,3 i arbeidsmiljøloven](#).

Nytt [meldeskjema](#) for arbeidsrelatert sjukdom ([arbeidstilsynet.no](#))

### **Forberedelse:**

Gjør dere kjent med de vanligste rollene for arbeidsmedisin. Les side 6-8 i veiledningshåndboka for arbeidsmedisin. Veiledningshåndbok for arbeidsmedisin

Les om meldeplikt for arbeidsrelatert sykdom på [arbeidstilsynet.no](#).

Se gjennom søknad prosess for svangerskapspengene.

<https://familie.nav.no/om-svangerskapspengene#slik-soker-du>

Les om Miljørelatert sykdom:

<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/arbeidsmedisin/om-arbeidsmedisinske-veiledninger/introduksjon>

<https://tidsskriftet.no/2022/08/fra-fagmiljoene/klimaendringer-og-helse>

Tenk gjennom de siste ti sykmeldingene du har skrevet. Hvor mange av disse kan tenkes å være arbeidsrelatert og dermed meldepliktig? Har du meldt fra?

Er der noen som kan skyldes miljøpåvirkning?

Tenk gjennom dine tre siste svangerskapskontroller, hvor ofte kunne tilrettelegging gjort arbeidshverdagen bedre dersom BHT var med i samarbeidet?

Inviter evt. til et felles veiledningsmøte med en arbeidsmedisinsk veiledningsgruppe, eller en veileder/deltager fra arbeidsmedisin kan bli invitert inn til et møte i gruppa for å informere, svare på spørsmål og diskutere aktuelle fellespunkter.

### **Gjennomføring:**

Deltakerne legger frem sine problemstillinger om meldeplikt og svangerskapstilrettelegging. Disse diskuteres i plenum eller mindre grupper.

Oppsummer sammen i gruppa.

Når er det aktuelt å kontakte arbeidsmedisiner?  
Hvordan gjør dere dette?  
Hvor mange av dere gjorde dette tidligere?

## **Evaluering**

### **Om legearbeid ved de arbeidsmedisinske avdelingene**

Ved de arbeidsmedisinske avdelingene jobber det LIS i arbeidsmedisin, ferdige legespesialister og overleger. Arbeidsoppgavene til legene består blant annet av utredning av pasienter som henvises med spørsmål om arbeidsrelatert sykdom.

Henvisningene kommer fra fastleger, bedriftsleger og spesialisthelsetjenesten. I tillegg utformes spesialistklæringer til NAV og forsikringsselskap når pasienter har søkt om godkjenning av yrkessykdom. Legene ved avdelingene bidrar også med rådgivning til bedriftshelsetjenester, fastleger, arbeidsgivere og andre etter henvendelse, og kan også bistå med undervisning og opplæring av personell i bedriftshelsetjenester eller andre faggrupper.

Ved de arbeidsmedisinske avdelingene pågår det ulike forskningsprosjekter, og legene har mulighet både til å drive egen forskning frem til PhD eller bidra inn i allerede pågående forskningsprosjekter hvor hensikten er å øke kunnskapen om sammenhenger mellom påvirkning i arbeid og helse. På noen avdelinger bedrives også til dels miljømedisinsk virksomhet. Arbeidsoppgavene likner da de arbeidsmedisinske oppgavene, men eksponeringen er i disse tilfeller en eller flere faktorer i det generelle miljøet. Ved alle de arbeidsmedisinske avdelingene vil legene samarbeide med andre fagpersoner hvor fokuset er å bruke kunnskap om eksponering og helseeffekter til å skape gode arbeidsforhold, generere ny kunnskap og bidra til utredning av pasienter som har pådratt seg sykdom som kan knyttes til eksponeringer i arbeidet eller miljøet.



## E-helse

ALM 72

Kjenne til hvordan organisering (arbeids/oppgavedeling og logistikk) påvirker kvaliteten i pasientbehandlingen.

### Forberedelser

Gjør deg kjent på [helsenorge.no](http://helsenorge.no),

Les artikkelen Digital dialog, [Gratulerer med en glimrende 376 plass](https://doktorinord.no/nyheter/digital-dialog-gratulerer-med-englimrende-376-plass), <https://doktorinord.no/nyheter/digital-dialog-gratulerer-med-englimrende-376-plass>

Gjennomfør kurs:

[Nettkurs norm for informasjonssikkerhet](#)

Tenk gjennom bruken av:

Journalen i EPJ, meldinger til hverandre på legekantoret på EPJ, e-meldinger med kommunen (Bestillerkontor, PLO), henvisninger/epikriser/dialog til/fra spes.helsetjenesten, dialog med NAV, E-meldinger og E-konsultasjoner til pasientene. E-resepter og Multidose. Kjernejournal, Sysvak, etc

To deltakere belyser hver sin vanlige dag på kontoret i EPJ og meldinger, etc.

To deltakere i samarbeid setter seg inn i hva vi kan forvente av fremskritt videre, og tanke om hva de ønsker skal bli bedre.

### Gjennomføring:

De som har forberedt seg presenterer som beskrevet.

Diskuter i grupper på 3-4:

- Hva må vi ha kjennskap og kunne for å håndtere våre oppgaver som fastlege?
- Hva bør vi ha kjennskap til i dialog med våre pasienter?
- Hvordan fungerer systemene hos dere?
- Hva savner vi?

## Leger og massemedier

ALM 23 Kunne kommunisere om eget fag på en måte som er tilpasset mottakere som kollegaer, samarbeidspartnere, pasienter og media.

"Å komme i avisa" har for mange leger vært oppfattet som den ultimate trussel. I vår tid er det minst like stor frykt knyttet til å bli hengt ut i sosiale medier, legelisten.no etc. I virkeligheten er det minst like mye positiv som negativ omtale av leger i mediene. De fleste journalister ønsker å beskrive virkeligheten på en forståelig måte for sitt publikum. Det bør derfor være mulig for leger å få et mer avslappet forhold til kontakt med medier.

## Forberedelser

Deltakerne leser Legeforeningens informasjonshefte [Legen i media](#), 2012- utgaven. Dette er en god forberedelse til å møte mediene, både i virkeligheten og i rollespill.

Alle deltakere finner fram presse-, nett- eller bloggoppslag der allmennleger omtales eller intervjues. Ikke nødvendigvis oppslag med negativ vinkling! Dersom deltakeren selv er omtalt eller intervjuet, blir dette ekstra spennende. De som har vært intervjuet av en TV-kanal, avis eller andre sosiale medier finner dette fram hvis det er tilgjengelig.

Tre deltakere planlegger hver sin forhistorie og forbereder seg på å være journalist som intervjuer en kollega. Hvis noen av deltakerne kjenner en journalist som kan delta på møtet og foreta intervjuene kan det være enda bedre! Vedkommende bør da trekkes inn i forberedelsene.

Forhistorien for intervjusituasjonen kan være:

Misfornøyd pasient eller pårørende har kontaktet journalisten.

Det har vært en ulykke.

Driftsmessige forhold slik som ventetid til lege, åpning av nytt legesenter.

Det er smittsomme sykdommer i lokalmiljøet (Ius, RS-virus etc). Saker der taushetsplikten begrenser uttalemuligheten. F.eks. "Farlig psykiatrisk pasient løs i bygda".

Oppstart av helsefremmende tiltak som legen er involvert i.

## Gjennomføring

Deltakere som selv har vært intervjuet eller omtalt i medier legger fram oppslagene og forteller om omstendighetene, hva han/hun ønsket å oppnå i kontakten med mediet, og hvor fornøyd han/hun var med resultatet. Deretter ser dere på presseoppslagene de øvrige deltakerne har funnet. Diskuter hva dere selv ville gjort.

Andre del av møtet brukes til intervjuer i plenum. Dette bør ta minst halve møtetida. Hver av dem som har forberedt et intervju tar med seg en kollega bort i et hjørne, lar vedkommende sette seg inn i forhistorien og forberede seg på å bli intervjuet.

Deretter kjøres de tre intervjuene. Det bør være realistisk lagt opp, ikke overdrevent press fra intervjuer sin side.

Etter hvert intervju får først "legen" og så "journalisten" redegjøre for sin opplevelse av situasjonen. De andre deltakerne kan foreslå alternative spørsmål og svar. Dette kan rollespilles på nytt om ønskelig.

Et tips: Vurder å ta videoopptak av intervjuene. Det kan være lærerikt å se seg selv som intervjuobjekt, og kanskje morsomt å vise opptaket på avslutningsfesten i veiledningsgruppa?

### Les gjerne

Stensland P. "For tiden uskikket som lege". [Utposten nr 1/2010](#).

Aarseth S. "Leger og sosiale medier". Tidsskriftet (2019)

<https://tidsskriftet.no/2019/09/debatt/leger-og-sosiale-medier>

## Evaluering av dagens møte

## **Egenomsorg/ kollegaomsorg**

Dette er et tema som har en sentral plass i Legeforeningens Etiske Regler, kap2 §3: «En lege bør ta vare på egen helse og søke hjelp dersom denne svikter.»

Det er imidlertid noe uklart hvilket FKM som er knyttet til dette sentrale området. Det nærmeste vi kommer er:

FKM 73

Kunne reflektere over hvordan egne egenskaper, holdninger og verdier påvirker arbeidsmiljøet og rollen som arbeidstaker, leder og kollega.»

ALM 005

Ha kunnskap om forhold ved eget yrke og praksis som kan påvirke helse og trivsel for legen og legens medarbeidere og samt kjenne til hvordan yrkesskade kan forebygges.

Det er skrevet mye bra og relevant om dette. Et par artikler som må leses før møtet:

[Legerollen Ressurs og risiko - Utposten](#)

[Drømmen om overskudd - Utposten](#)

### **Forberedelse:**

1. Hva er det viktigste du gjør for å ta vare på din livskvalitet og din helse?
2. Hva vil du gjerne endre på for å ta vare på din livskvalitet og din helse?
3. Hvordan kan du tilnærme deg kolleger som du synes burde ta bedre vare på seg selv?

### **Gjennomføring:**

Gruppen er samlet. Hvis to veiledere, kan gruppen deles.

Alle får ordet etter tur: Hva har du merket deg spesielt av det du har lest? Diskusjon etterpå, styres

av veileder.

Alle får ordet etter tur om spørsmål 1 og 2. Diskusjon etterpå, styres av veileder.

Alle får ordet etter tur om spørsmål 3. Diskusjon etterpå, styres av veileder.

Under spørsmål 3 må man være forsiktig med å ta fram konkrete eksempler, da dette lett vil kunne være gjenkjennbart.

Her er et kasus man kan bruke:

(vedlegg 1)

Etterpå kan deltakerne fylle ut dette skjemaet for å kartlegge sin egen situasjon.

(vedlegg 2)

Til slutt får alle ordet for å gi seg selv minst ett råd som de skal ta med seg fra møtet, knyttet til temaet.

## **Vedlegg 1**

### **Kasus – kollega med problem**

Jeg har en kollega i min praksis, mann 48 år. Spesialist i allmennmedisin, har jobbet der i 15 år. Nå har jeg oppdaget at det ofte mangler notater fra hans konsultasjoner. Enkelte notater synes også å være skrevet mye seinere, de er korte og preget av begrenset husk om hva som foregikk i møtet.

Jeg har gått gjennom timelistene hans for to dager i forrige uke, og finner at notatene mangler fra nærmere halvparten av konsultasjonene.

For to dager siden fikk jeg høre av en av legesekretærene at nevnte kollega hadde glemt å henvise en pasient til utredning for rektalblødning. Pasienten hadde kommet seg til kir pol via personlige kontakter etter to måneder og fått påvist en cancer recti. Sekretæren hadde gått inn i journalen og sjekket, og henvisning var ikke skrevet. Hun synes også han har virket mer fjern den seinere tida og vanskeligere å få i tale. Hun spurte meg om hva vi burde gjøre med dette, og jeg svarte – uten å tenke meg mye om – at jeg skal ta det opp med angjeldende kollega.

Vi er tre fastleger og en turnuslege i praksisen. Vår tredje kollega, en mann på 61 år, er sykmeldt etter et hjerteinfarkt. Det er nylig ansatt en vikar.

Jeg har ikke så mye kontakt med angjeldende kollega. Han er skilt og har voksne barn. Han jobber svært mye, har mange pasienter og er vanligvis seinere ferdig enn meg. Jeg har ikke holdepunkter for misbruk og har heller ikke registrert sykdomstegn.

Hva bør jeg gjøre?

### **Evaluering av møtet**

## Kartleggings skjema – Egenomsorg

Tenk gjennom balansegangen mellom Utbrenthet/utmattelse og Engasjement/motivasjon. I hvor stor grad bidrar disse forskjellige arenaene til utmattelse eller engasjement hos deg? Kryss av på skalaen fra 1-6 i forhold til hvordan du opplever din arbeidssituasjon.

Utbrenthet  
Utmattelse  
Redusert arbeidskapasitet  
Distansering

Engasjement  
Arbeidsglede  
Motivasjon  
Dedikasjon

1-----2-----3-----4-----5-----6

### Arbeidsbelastning

1-----2-----3-----4-----5-----6

### Ressurser (i deg og rundt deg – det du trenger til å gjøre jobben)

1-----2-----3-----4-----5-----6

### Kontroll og fleksibilitet (innflytelse over egen arbeidssituasjon – medbestemmelse/autonomi)

1-----2-----3-----4-----5-----6

### Organisasjonskultur og verdier (hvordan er ting i legepraksisen?)

1-----2-----3-----4-----5-----6

### Jobb – rekreasjon balanse (familie, venner og fritid)

1-----2-----3-----4-----5-----6

### Sosial støtte (ledelse, veiledning, kolleger, kollegagruppe, venner, familie)

1-----2-----3-----4-----5-----6

### Følelse av meningsfullt arbeid

1-----2-----3-----4-----5-----6

### Mestringsfølelse

1-----2-----3-----4-----5-----6

## **Siste møte**

ALM 001 Selvstendig kunne sikre faglig forsvarlighet av egen, klinisk praksis.

ALM 002 Kunne evaluere styrker og begrensninger i egne kunnskaper og ferdigheter, og selvstendig kunne veilede kolleger i tilsvarende evaluering.

Grappa har hatt to år sammen. Det siste møtet er viktig til oppsummering med både faglige og personlige erfaringer. Vi anbefaler at det brukes et heldagsmøte på dette. Det kan være aktuelt at grappa samles til festlig sammenkomst/middag i forbindelse med dette.

Kanskje er det tatt bilder/film underveis?

### **Forberedelser:**

Veileder melder i god tid fra om møtet til [veiledningsgrupper@legeforeningen.no](mailto:veiledningsgrupper@legeforeningen.no). Da får alle deltakerne tilsendt lenke til elektronisk evaluering, slik at det kan fylles ut på møtet.

Eventuelt:

Alle velger ut en lege som har betydd mye for en i legejobben. Det kan være en lege du kjenner personlig, en foreleser fra studietida, en veileder i turnustida, en som markerer seg i samfunnet eller lignende. Forbered et 2 minutters innlegg om hva den personen har betydd for deg i din jobb.

### **Gjennomføring:**

Grappa er samla i plenum under hele møtet.

### **Åpen post**

Muntlig oppsummering og evaluering av gruppearbeidet - spørsmål:

- Hvilke forventninger hadde du da du startet i veiledningsgruppe?
- Hvordan har det vært for deg å delta i denne grappa?
- Hva har denne prosessen gjort med deg som lege?
- Hva har skjedd med din identitet som allmennlege?
- Hvilke møter har vært viktige eller minneverdige?
- Hvordan synes du veilederen har fungert?

Tilbakeblikk på halvveis-evaluering.

Deretter fyller deltakerne ut questback-evaluering

Veileder gir sin vurdering av gruppas arbeid og liv.

Mulig å gi individuelle tilbakemeldinger hvis veileder føler det naturlig.



Veileder som referanse ved framtidig jobbsøk?

Attestasjon av læringsaktiviteter i Kompetanseportalen.

Etter dette kan tida brukes på det dere synes passer best. Her følger noen forslag fra oss:

### **Veien videre i faget**

Det kan være nyttig å tenke over hvor veien går videre i faget. For mange vil det være viktig å få seg en spesialinteresse i faget. Dette kan gjerne «dyrkes» på deltid ved siden av allmennpraksis. Mulighetene er mange:

Forskning

Undervisning/veiledning

Fagutvikling – se Nfas faggrupper

Tillitsvalgтарbeid

Praksiskonsulent sykehus eller kommune

IT-utvikling

og andre ting

Deltakerne oppfordres til å tenke over hva som kan passe for dem.

Veileder kan gjerne gi råd.

Alle forteller i plenum om den legen som har betydd mye for en i legejobben. Veileder kan gjøre det samme.

Kanskje noen kjenner til noen «utviklende selskapsleker» som kan brukes nå?

**Slutt og avskjed.**

## **Forslag og ressurser til egne kliniske møter**

Her er noen ressurser til forberedelse, dere velger selv hvordan dere vil gjennomføre disse møtene.

## **Terminalomsorg og etiske problemstillinger i sykehjem**

Fosse A. Å leve og la dø - lindrende behandling i kommunehelsetjenesten. [Utposten 5/2011.](#)

Brelin S. Palliativ behandling - ikke bare smerte! [Utposten 1/2012.](#)

Breckan K Tomasli H. Kasuistikk fra sykehjem. [Utposten 3/2015.](#)

## **Spiseforstyrrelser**

Allmennedisin s 557-560.

Bratlien D Søndena M. Allmennlegens tilnærming til pasienter med spiseforstyrrelser. [Utposten 5/2007.](#)

Aalmen MH et al. Allmennlegers erfaring med pasienter med spiseforstyrrelser. [Tdnlf 9/2020.](#)

Mogstad KL. Kroppsklemma. Cappelen Damm 2017. Bok av allmennlege, inneholder mye godt om ordbruk og formuleringer knyttet til temaet.

Skårderud F. Sterk/svak – håndboken om spiseforstyrrelser. Aschehoug 2013. Fordypningsstoff, mer om somatisk oppfølging.

Olin M et al. Selvportrett. Film om fotografen Lene Marie Fossen som døde av anoreksi 34 år gammel. 2020. Tilgjengelig på [NRK.](#)

Spiseforstyrrelsesforeningen <https://www.spisfo.no/>

## Evaluering av gruppa underveis. En metode

### Pedagogisk sol

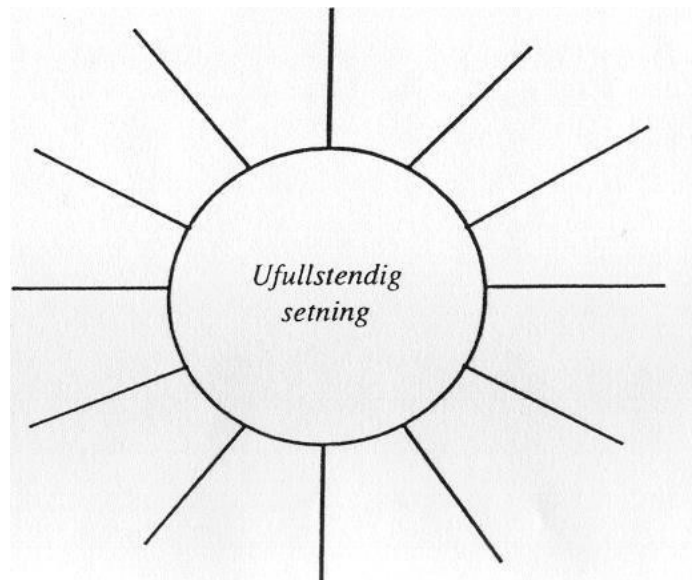
Pedagogisk sol er en tegnet sirkel med en ufullstendig setning i – og med stråler rundt seg til fullførelse av setningen.

Eksempler på ufullstendige setninger for evaluering av gruppa er

- Gruppa fungerer best for meg når.....
- Jeg lærer best når.....
- Opplegget hadde fungert bedre for meg hvis .....

Veileder velger en av setningene og ber deltakerne fullføre setningen hver for seg på et ark. Deretter leser alle opp sin fullførte setning og veileder noterer, uten å endre ordlyden, på flipover så alle kan se.

Deretter velges de andre ufullstendige setningene på samme måte. Den pedagogiske sola på flipover er nå forhåpentligvis innholdsrik. Dette gir oppmerksomhet og oppdagelse for hvordan den enkelte opplever gruppa. Dette er grunnlaget for diskusjon om det er behov for å endre på opplegget i gruppa for å få den til å fungere bedre.



## Læringsmål for veiledningsgruppa

Læringsmål for Gruppeveiledning Allmenmedisin 29.11.19

ALM 001

Selvstendig kunne sikre faglig forsvarlighet av egen, klinisk praksis.

ALM 002

Kunne evaluere styrker og begrensninger i egne kunnskaper og ferdigheter, og selvstendig kunne veilede kolleger i tilsvarende evaluering.

ALM 003

Selvstendig kunne reflektere over hvordan egen rolle som lege påvirker lokalsamfunnet og blir påvirket av lokalsamfunnet.

ALM 004

Selvstendig kunne reflektere over hvordan kultur, samfunn, historie og nasjonale strømninger påvirker forventningene til allmennlegens rolle.

ALM 005

Ha kunnskap om forhold ved eget yrke og praksis som kan påvirke helse og trivsel for legen og legens medarbeidere og samt kjenne til hvordan yrkesskade kan forebygges.

ALM 006

Selvstendig kunne ivareta pasientens behov for forebyggende helsetjenester i et klinisk og samfunnsmessig perspektiv.

ALM 007

Sammen med pasienten kunne avdekke forhold ved levevaner, nærmiljø og arbeidsliv av betydning for liv, helse og pasientens tilgang til nødvendige helsetjenester.

ALM 008

Selvstendig kunne ha en helhetlig tilnærming til pasient og pårørende, og kunne bruke kommunikasjonsferdigheter og -strategier for å hjelpe pasienter og pårørende til å fatte kvalifiserte beslutninger om egen helseatferd.

ALM 009

Selvstendig kunne innarbeide forebygging, helsefremmende tiltak og helseovervåkning i klinisk praksis.

ALM 013

Ha kunnskap om hvordan behandlerrollen skiller seg fra rollen som sakkyndig, og selvstendig kunne benytte teknikker for å tre ut av allmennlegerollen og gå inn i sakkyndighetsrollen.

ALM 014

Selvstendig kunne beskrive pasientens medisinske utfordringer slik at det gis et riktigst mulig grunnlag for korrekte ytelser.

ALM 015

Selvstendig kunne prioritere i egen praksis og kunne bidra til at pasienten får rett behandling på rett sted til rett tid.

ALM 017

Selvstendig kunne fordele egen tilgjengelighet mellom egne pasienter og samarbeidspartnere.

ALM 018

Kjenne til og selvstendig kunne vurdere utfordringer ved over- og underdiagnostikk, samt ved over- og underbehandling.

ALM 019

Selvstendig kunne formulere henvendelser og henvisninger slik at de inneholder relevant informasjon og bidrar til oppnåelse av nødvendig helsehjelp for pasientene.

ALM 021

Selvstendig kunne tilegne seg evidensbasert kunnskap og fortolke den kritisk i relasjon til den allmennt medisinske hverdagen, og kunne benytte kunnskapen i faglige beslutninger og i veiledning av pasienter og kolleger.

ALM 022

Ha kjennskap til særtrekk ved allmennt medisin og utfordringer ved legearbeid i uselekterte populasjoner.

ALM 023

Ha god kunnskap om forekomst av symptomer og sykdommer i en uselektert populasjon.

ALM 024

Ha kjennskap til hvordan faktorer i pasientens erfaringsbakgrunn, arbeidslivstilknnytning og sosiale miljø og forutsetninger kan virke inn på sykdom og mestringsevne, og selvstendig kunne bruke denne kunnskapen i møtet med pasientene.

ALM 025

Selvstendig kunne tilegne seg relevant kunnskap om lokalsamfunnet.

ALM 026

Selvstendig kunne bruke tid og gjentatte konsultasjoner som virkemiddel i diagnostikk og behandling.

ALM 027

Selvstendig kunne inngå i en varig og forpliktende profesjonell relasjon til pasienten.

ALM 028

Selvstendig kunne arbeide pasientsentrert med fokus på pasienten, pasientens kontekst og pasientens presenterte problem.

ALM 029

Selvstendig kunne tilpasse behandling og oppfølging til hver enkelt pasient.

ALM 030

Selvstendig kunne bidra til økt mestring hos pasienten og til lindring av pasientens plager.

ALM 031

Selvstendig kunne yte adekvate primærhelsetjenester til pasientpopulasjonen gjennom hele livsløpet.

ALM 033

Ha kunnskap om betydningen av individuelle forskjeller i legesøkningsatferd og hvilke implikasjoner det har for fortolkning av symptomer, samt selvstendig kunne bruke denne kunnskapen i møtet med den enkelte pasient.

ALM 037

Selvstendig kunne reflektere over, tolerere og håndtere usikkerhet i diagnostikk og behandling.

ALM 038

Selvstendig kunne bidra til aksept for usikkerhet hos pasienter og pårørende.

ALM 042

Ha gode kommunikasjonsferdigheter, både muntlig og skriftlig, og kunne forstå pasientens non-verbale kommunikasjon.

ALM 043

Selvstendig kunne skape trygge fysiske rammer som ivaretar pasientens verdighet, diskresjon, engasjement og sikkerhet.

ALM 044

Selvstendig kunne kommunisere med en pasientsentrert tilnærming som støtter pasientens tillit og autonomi, og som er karakterisert ved empati, respekt og innlevelse.

ALM 045

Selvstendig kunne tilpasse kommunikasjonen til pasientens ståsted og preferanser, og til pasientens situasjon og medisinske tilstand.

ALM 046

Selvstendig kunne gjenkjenne når verdier, holdninger og perspektiver hos lege, pasient, pårørende og annet helsepersonell kan ha en betydning for tilnærmingen til pasientens helseproblemer og behandlingskvalitet.

ALM 047 Selvstendig kunne håndtere uenighet og følelsesmessige vanskelige samtaler.

ALM 048

Kjenne til konsekvensene av at mennesket er fortolkende av natur og kunne ta hensyn til at de opplysninger, fakta og funn som blir omhandlet i et pasientmøte blir fortolket av både lege og pasient, der fortolkningene ofte bærer preg av tidligere erfaringer hos begge parter.

ALM 049

Selvstendig kunne bruke forskjellige konsultasjonsteknikker og ha kunnskap om nytten av teknikkene ved ulike problemstillinger.

ALM 050

Selvstendig kunne effektivt innhente og bearbeide relevant medisinsk informasjon fra pasient gjennom anamneseopptak og andre kilder, inkludert pårørende der pasienten har gitt sitt samtykke.

ALM 051

Selvstendig kunne påpeke og handle på en hensiktsmessig måte når pasientsikkerhet er i fare.

ALM 056

Ha god evidensbasert kunnskap om diagnostikk og behandling av de vanlige og de mest alvorlige årsakene til ulike symptomer presentert av pasienter i en uselektert befolkning.

ALM 057

Selvstendig kunne vurdere subjektive symptomer og ha god kompetanse om hva disse symptomene kan være forårsaket av.

ALM 058

Selvstendig kunne fremskaffe nyansert objektiv informasjon om symptomer ved å ta i bruk ulike undersøkelser og praktiske ferdigheter relatert til allmennpraksis, og ved effektivt å selektere hvilke undersøkelser som er mest relevante i forhold til tids- og ressursbruk.

ALM 060

Selvstendig kunne utforske og fortolke objektiv informasjon i lys av subjektiv pasientinformasjon og egen erfaring med liknende kasuistikker og tilpasse dette til den aktuelle pasienten.

ALM 071

Selvstendig kunne diagnostisere og behandle kroniske sykdommer i primærhelsetjenesten, og kunne samarbeide med spesialisthelsetjenester om slike pasienter.

ALM 072

Selvstendig kunne diagnostisere de vanligste kroniske folkesykdommene.

ALM 073

Selvstendig kunne iverksette, følge opp og justere en målrettet behandlings- og oppfølgingsplan tilpasset den enkelte pasient med kronisk sykdom.

ALM 074

Selvstendig kunne oppdage og agere på symptomer som tilsier behov for endret behandlingsplan som medikamentjustering, henvisning videre eller innleggelse.

ALM 075

Selvstendig kunne koordinere pasientens helsetjenester i samarbeid med andre deler av helsetjenesten, der dette ikke er tillagt andre instanser.

ALM 076

Selvstendig kunne vurdere utfordringer, gjøre avveiiinger og prioritere når det foreligger mer enn en sykdom hos pasienten.

ALM 077

Selvstendig kunne de viktigste interaksjoner ved multifarmasi og etter en samlet vurdering kunne prioritere rett behandling for pasienten.

ALM 078

Kjenne til og kunne ivareta særtrekk ved diagnostikk og behandling av ulike aldersgrupper og etnisiteter.

ALM 079

Ha kunnskap om spesielle fysiologiske og epidemiologiske forhold under svangerskap, fødsel og barsel, og være oppmerksom på når det er behov for intervensjon.

ALM 081

Ha kunnskap om spesielle fysiologiske og epidemiologiske forhold hos ulike etniske grupper.

ALM 088

Ha kunnskap om ulike organisasjons- og driftsmodeller som er aktuelle for å kunne ivareta en primærmedisinsk pasientpopulasjon på en slik måte at helsehjelpen blir kostnadseffektiv og fordelt slik at de med størst hjelpebehov blir prioritert.



FKM 04

Kunne håndtere etiske utfordringer i egen spesialitet, gjennomføre etisk refleksjon og veilede andre.

FKM 13

Kunne lese og forstå og vurdere hypoteser i en forskningsprotokoll, og kjenne til relevant lovverk og grunnleggende forskningsetikk.

FKM 19

Kunne bruke kommunikasjonsferdigheter som verktøy i behandlingen (terapeutisk).

FKM 21

Kunne kommunisere om sin egen og pasientens usikkerhet på måter som skaper trygghet og forståelse.

FKM 22

Kunne formidle muntlig og skriftlig informasjon på en måte som blir forstått av mottaker.

FKM 43

Forstå forskjellen mellom hvordan data samles inn og analyseres i forskningsarbeid, forbedringsarbeid og revisjons- kontroll og tilsynsarbeid og vite hvordan resultater fra forbedringsarbeid publiseres.

FKM 46

Forstå ansvaret som legespesialist i ivaretagelsen av lovlighet, forsvarlighet, standardisering og god praksis.

FKM 47

Ha kjennskap til at det finnes spesiallover, særskilte organer og saksbehandlingsformer av særlig betydning for den enkelte spesialitet.

FKM 59

Kunne beskrive sammenhengen mellom egen arbeidsplass, andre deler av helse og omsorgstjenesten og samfunnet forøvrig og diskutere hvilke roller ulike andre aktører kan ha for pasientgrupper spesialistens arbeid omfatter.

FKM 60

Ha kjennskap til og kunne gi anbefalinger om tiltak for å fremme samhandling som gagnar den enkelte pasient og tjenesten som helhet.

FKM 70

Enhetlig ledelse og egen rolle Kjenne til prinsippene for enhetlig ledelse og forstå forholdet mellom enhetlig ledelse og egen rolle som fagperson.

FKM 71

Forstå legespesialistens ulike roller (eks faglig leder, teamleder, prosjektleder) og forskjellen på disse rollene og rollen som linjeleder.

FKM 72

Kjenne til hvordan organisering (arbeids/oppgavedeling og logistikk) påvirker kvaliteten i pasientbehandlingen.

FKM 73

Kunne reflektere over hvordan egne egenskaper, holdninger og verdier påvirker arbeidsmiljøet og rollen som arbeidstaker, leder og kollega.

LISTRE- podkasten: <https://listre.podbean.com/>

## Noen føringer fra Helsedirektoratet

I temahefte om felles kompetansemål, som gjelder for alle spesialiteter, står det om læringsaktiviteter:

"Det pågår kontinuerlig læring gjennom daglig praksis. Begrepet læringsaktivitet brukes om en nærmere definert og avgrenset aktivitet (teoretisk eller praktisk) som gjennomføres med sikte på å oppnå læringsmål. En læringsaktivitet kan være kurs, gruppeveiledning, e-læring, praktisk trening ved en bestemt arena etc. Attestasjon på gjennomført læringsaktivitet skal som hovedregel ikke bare være en bekreftelse på at aktiviteten er gjennomført, men også en bekreftelse på at den relevante kompetansen er oppnådd".

[Temahefte Allmenmedisin - V5.0 01.07.21.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

[Temahefte Felleskompetansemål](#)

Anbefalt utdanningsplan:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allmenmedisin/anbefalt-utdanningsplan>

### **Godkjenning av læringsmål og gjennomføring av læringsaktiviteter**

Utdanningsvirksomheten skal sørge for at legen får løpende vurdering av om læringsmålene er oppnådd, og at oppnådde læringsmål godkjennes så snart som mulig.

I vurderingen skal det innhentes anbefalinger fra veilederen og reist en av dem som har deltatt i supervisjonen. Attesterte læringsaktiviteter som bekrefter oppnådd kompetanse vil utgjøre et viktig grunnlag for godkjenning av læringsmål, men er ikke tilstrekkelig for at læringsmålet blir godkjent. Ved godkjenning av læringsmål skal den totale kompetansen oppnådd gjennom læringsaktiviteter, daglig praksis og annet være vurdert. Det er ikke krav om at hvertøter med fæ læringsmål skal ha en skriftlig definert læringsaktivitet, heller ikke at alle læringsaktiviteter må gjennomføres dersom kompetansen allerede er oppnådd, eller oppnås like godt eller bedre på annen måte.