
Smågrupper - kreative tenketanker eller pludrende prateklubber?

REDAKSJONELT

NORDBY K

Smågruppedeltakelse blir obligatorisk i etterutdanningen i allmennmedisin

Legers etterutdanning er en livslang prosess. I Norge etablerte man i 1973 tittelen allmennpraktiker Dnlf med enfemårig resertifiseringsordning. Med spesialiteten i allmennmedisin i 1985 fikk man et ytterligere strukturert opplegg omkring den nye spesialistutdanningen. Veiledningsgruppene ble et obligatorisk element i videreutdanningen, og dennesæregne norske utdanningsmodellen basert på grupper ble beskrevet som en suksess (1). Men etterutdanningskravene dreideseg fortsatt stort sett om kursdeltakelse, og utfordringene den gang var å få til mer allmennpraktikerrelaterte kursder allmennleger ikke lenger bare ble dosert annenlinjetjenestens erfaringer.

Da Olav Rutle overtok som leder for spesialitetskomiteen i allmennmedisin i 1994, startet han arbeidet med å revidere etterutdanningen. Han hevdet at den tradisjonelle kursformen i mange sammenhenger ikke evnet å få deltakerne til å endre praksis i lys av ny kunnskap, og at leger trenger forskjellige læringsaktiviteter for å videreutvikle seg faglig. Senere undersøkelser blant allmennleger i Telemark har vist hvordan kolleger har svært ulike preferanser for hvordan de helst skaffer seg nye kunnskaper og ferdigheter (2).

I det nye regelverket for etterutdanningen, ble det gitt plass for flere nye og mer praksisnære aktiviteter som praksisbesøk, felleskonsultasjoner og dags- eller ukesbesøk i annenlinjetjenesten. Smågruppeaktivitet ble sett på som meget sentralt og blir fra 2003 obligatorisk med 20 timer i hver femårsperiode. Erfaringene med veiledningsgruppene ergode (1, 3). Smågruppeaktivitet bidrar til å gi deltakerne et lokalt nettverk. En god gruppe vil raskt kunne gi deltakerne trygghet til å komme frem med faglige problemstillinger de er usikre på, og spørsmål som tas opp vil mye lettere enn på kurs bli diskutert med utgangspunkt i allmennlegenes hverdag (1, 4). Grupper vil også være et diskusjonsforum der man ikke kommer utenom å eksponere, og dermed forhåpentligvis også reflektere over, sine rutiner og holdninger.

Det har allerede i mange år eksistert smågrupper ved siden av eller i forlengelsen av de formelleveiledningsgruppene (4). Men er det rett å tvinge kolleger inn i en slik læringsform? Kan man trekke slutninger fra veiledningsgruppens strukturerte program og over til det villnis av grupper som kan oppstå? Og vil ikke industriens påvirknings- og medvirkningsmulighet bli ulike mye lettere overfor lokale smågrupper, med de betenkelige konsekvenser det vil kunne komme til å få? Nyordningen innebærer at kollegene må ta større ansvar for egen læring. I utgangspunktet må de selv organisere og drive sin egen smågruppe. De må også selv ta ansvar for det faglige innholdet og den pedagogiske form gruppen skal ha. Et reelt problem er at smågrupper vil kunne være lukket for nye deltakere. Lederne for fylkenes kurskomiteer er oppfordret til også å ta ansvar for å dra i gang smågrupper som f.eks. i utgangspunktet bare har som målsetting å være i aktivitet i 20 timer. Veilederkoordinatorerne planlegger å få ferdig et idéhefte om smågrupper i løpet av året. (S. Lundevall, personlig meddelelse).

Filosofien bak det nye regelverket har vært å oppmuntre til og til dels styre kolleger noe mer i retning av praksisnære aktiviteter. For å øve et mildt press i den retning, ble det besluttet å gjøre smågruppedeltakelse obligatorisk i etterutdanningen, men bare med 20 timer. Dermed skal ingen bli tvunget til å delta mer enn 20 timer idet som i verste fall kunne være en dårlig fungerende gruppe. Etter mange år med betydelig kursaktivitet blant allmennlegene behandler spesialitetskomiteen fortsatt spørsmål om ulike sider ved denne aktiviteten (5) og regner med at obligatorisk smågruppeaktivitet også vil medføre en rekke problemstillinger som vil måtte løses enten lokalt eller sentralt. De fleste problemer oppstått i veiledningsgruppene har vist seg å bli løst innad i gruppene (1), og det vil formodentlig også gjelde for smågrupper. Det mangler sikre tall, men siden 1985 har anslagsvis 2000 leger gått iverveiledningsgruppe, og det er således en betydelig gruppeerfaring og gruppekompetanse blant allmennlegene. Lederne for fylkenes kurskomiteer er oppfordret til å gi tilbakemelding til spesialitetskomiteen om aktiviteter som settes i gang eller oppstår lokalt, og om hvordan de fungerer. Spesialitetskomiteen vil på sin side samle slikt stoff i sin halvårlige informasjonsbulleteng Veilederposten som blir sendt kurskomiteene i tillegg til veilederne i allmennmedisin.

I februar 1999 ble alle spesialitetskomiteene anmodet om å vurdere behov for kurs opp mot andre læringsformer. Det ble antydnet at komiteene burde vurdere om ikke mer praksisnære aktiviteter burde erstatte deler av den nåværende utdanningsstrukturen. I allmennmedisin er dette arbeidet allerede gjort. Så vil fremtiden gi oss erfaringene - på godt og vondt.

Kjell Nordby

Kjell Nordby (f. 1948) er allmennpraktiserende lege og leder av spesialitetskomiteen i allmennmedisin.

LITTERATUR

1. Westin S, Østensen AI, Løvslett K, Prytz J, Telje J, Telstad W et al. A group-based training programme for general practitioners - a Norwegian experience. *Fam Pract* 1988; 5: 244-52.

2. Pedersen OB, Prestegaard K, Hjortdal P, Holm HA. Livslang læring - hvordan lærer leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2684-8.
 3. Krogstad S. Evaluering av det toårige utdanningsprogrammet i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisinske fag. Medisinsk Teknisk Senter, 1995.
 4. Lundevall S, Aschim B, Flottorp S, Herzberg A, Holst AL, Laudal M et al. Gruppebasert læring i allmennmedisinsk etterutdanning. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 1184-7.
 5. Nordby K. Årsrapport 1998 fra spesialitetskomiteen i allmennmedisin. Oslo: Den norske lægeforening, 1999.
-

Publisert: 20. april 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.