
Etterutdanningsgrupper i allmenntidisin – organisering, betydning og potensial

ORIGINALARTIKKEL

TORUNN BJERVE EIDE

t.b.eide@medisin.uio.no

Avdeling for allmenntidisin

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: idé, utvikling av spørreskjema, datainnsamling, kvalitative analyser, tolking av resultater samt utarbeiding, revisjon og godkjenning av manuset.

Torunn Bjerve Eide er ph.d., spesialist i allmenntidisin, fastlege i Oslo og førsteamanuensis. Hun har mange års erfaring som medlem i smågruppe for egen etterutdanning.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

REBECKA MARIA NORMAN

Avdeling for forskning og analyse av helsetenesta

Folkehelseinstituttet

Forfatterbidrag: utvikling av spørreskjema, statistiske analyser, tolking av resultater samt utarbeiding, revisjon og godkjenning av manuset.

Rebecka Maria Norman er ph.d. og forsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ØYVIND BJERTNÆS

Avdeling for forskning og analyse av helsetenesta

Folkehelseinstituttet

Forfatterbidrag: statistiske analyser, tolking av resultater samt utarbeiding, revisjon og godkjenning av manuset.

Øyvind Bjertnæs er ph.d. og seniorforsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JON ØRSTAVIK

Den norske legeforening

Forfatterbidrag: utvikling av spørreskjema, datainnsamling, tolking av resultater samt utarbeiding, revisjon og godkjenning av manuset.

Jon Ørstavik er spesialist i samfunnsmedisin, har en master i helseadministrasjon og jobber som spesialrådgiver.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SIGURD HØYE

Antibiotikasenteret for primærmedisin

og

Avdeling for allmennmedisin

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: idé, utvikling av spørreskjema, kvalitative analyser, tolking av resultater samt utarbeiding, revisjon og godkjenning av manuset.

Sigurd Høye er ph.d., allmennlege, leder for Antibiotikasenteret og førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er leder for Antibiotikasenteret for primærhelsetjenesten. Senteret har utviklet kursopplegg som kan brukes av smågruppene. Det er ingen økonomiske interesser knyttet til dette.

Bakgrunn

Deltagelse i etterutdanningsgrupper (smågrupper) er en av flere obligatoriske aktiviteter for resertifisering av spesialiteten i allmennmedisin. Hensikten med studien var å øke kunnskap om gruppenes organisering, hvordan legene opplever deltagelsen og legenes holdninger til smågruppene som arena for kvalitetsforbedringstiltak.

Materiale og metode

Et digitalt spørreskjema med 28 åpne og lukkede spørsmål ble sendt til alle medlemmer i Norsk forening for allmennmedisin ($N = 8\ 645$) og alle smågruppesekretærer ($N = 1\ 281$) samt tilgjengeliggjort på Facebook-gruppen Allmennlegeinitiativet ($> 5\ 000$ medlemmer). Kvantitative resultater presenteres deskriptivt. Fritekstsvar ble analysert med tematisk analyse.

Resultater

De 555 respondentene hadde i gjennomsnitt vært med i smågruppen i 11,8 år (0–45 år). Blant disse svarte 508 personer (91,5 %) at de i stor eller svært stor grad var fornøyd med smågruppen. 306 (55,1 %) var helt enige i at det er lett å dele faglig usikkerhet i gruppen, og 489 (88,1 %) gledet seg alltid eller nesten

alltid til møtene. Gruppens betydning for trygghet og støtte samt som en viktig arena for fellesskap var integrerte tema gjennom alle svarene i den kvalitative analysen. Mange beskrev gruppen som viktig for å orke å fortsette som allmennlege.

Fortolkning

Allmennlegenes smågrupper er en viktig arena for støtte og fellesskap og for å utveksle vanskelige erfaringer og faglig usikkerhet.

Hovedfunn

Over 90 % av allmennlegene som svarte på spørreskjemaet, var i stor grad eller i svært stor grad fornøyd med smågruppen sin.

Rundt halvparten av respondentene vurderte smågruppen som en svært viktig arena for å diskutere de mest krevende pasientene.

I fritekstkommentarer ble smågruppene beskrevet som svært viktige for å orke å forbli i en krevende jobb og at de bidro til et godt faglig fellesskap internt på legekantoret og mellom legepraksiser.

For at eksterne kursopplegg skal bli tatt i bruk i smågruppene, anga respondentene det som positivt at kurs er poenggivende (90,5 %) og at de tar utgangspunkt i data fra egen praksis (50,6 %).

Deltagelse i etterutdanningsgrupper (løst organiserte kollegagrupper, populært kalt smågrupper) har siden 2003 vært en av flere obligatoriske aktiviteter for resertifisering av spesialiteten i allmennmedisin og rett til å beholde tilleggstakst som spesialist [\(1\)](#). I motsetning til spesialistkandidatenes veiledningsgrupper er det ingen forhåndsbestemt struktur på møtenes form, hyppighet eller tema, men det skal være 3–12 deltagere, minst tre møter per år og møtevarighet 1–6 timer. Man må ha minst 20 gruppetimer per femårsperiode. Det er ingen formalisert gruppeleder, men en sekretær som har ansvar for registrering av møtedeltagelse. Legemiddelindustrien kan ikke være involvert i smågruppemøter [\(2\)](#).

Til tross for at gruppedeltagelse er obligatorisk aktivitet, og mange allmennleger forteller om smågruppene sine med stor varme og entusiasme, finnes det lite formalisert kunnskap om gruppene. Legeforeningen har kontaktinformasjon til gruppesekretærene, men ingen informasjon om gruppens sammensetning, varighet eller annet. I en studie fra 2005 anga halvparten av knapt 900 respondenter at de var med i en smågruppe, og 13 % hadde vært i samme gruppe i mer enn ti år [\(3\)](#). Forfatterne konkluderte med at det er grunn til å tro at obligatoriske smågrupper kan føre til et kvalitetsløft i norsk allmennmedisin. I en studie av veiledningsgruppene for spesialistkandidater fra 2007 var det høy grad av fornøydhet blant respondentene [\(4\)](#), men tilsvarende studie finnes ikke av smågruppene i etterutdanningen.

Regler for spesialisering og resertifisering endres over tid. Overgangsordningen fra gammel til ny spesialistforskrift, der etterutdanningen og smågruppene nå hører inn, utløper 31.12.2026. Det er ikke avklart hva etterutdanning og resertifisering vil omfatte etter dette, eller om smågruppene vil bestå i dagens form.

Gruppene har blitt en populær arena for å komme i kontakt med allmennleger, både for forskere og som arena for kvalitetsforbedringsprogram [\(5–8\)](#). Imidlertid foreligger det ikke kunnskap hverken om legene ønsker en slik rolle for gruppene eller om gruppene er en hensiktsmessig arena for kvalitetsforbedringsarbeid. Målet med denne spørreskjemastudien var å få mer kunnskap om hvordan spesialister i allmennmedisin opplever deltagelse i obligatoriske etterutdanningsgrupper og å utforske deltagernes holdninger til smågruppene som arena for kvalitetsforbedringstiltak.

Materiale og metode

Vi la til rette for at alle fastleger i Norge ($N = 5\ 100$ på invitasjonstidspunktet) og allmennleger i andre stillinger skulle kunne delta i spørreskjemastudien. Invitasjonen ble initialt sendt per e-post til alle de 8 645 medlemmene i Norsk forening for allmennmedisin, med en purring etter fire uker og en ny purring etter fire måneder (utsatt pga. sommermåned). Det ble videre sendt invitasjon direkte til alle smågruppesekretærer ($N = 1\ 281$, en person kan være sekretær i flere smågrupper). Invitasjon til studien ble også delt i den lukkede Facebook-gruppen Allmennlegeinitiativet med over 5 000 medlemmer på inklusjonstidspunktet, inkludert en påminnelse etter 14 dager. Det ble informert om studien i praksiskonsulentenes nyhetsbrev til allmennleger over hele landet. Datainnsamlingen foregikk fra mars til oktober 2023. Én av forfatterne (JØ) er ansatt i Legeforeningen og har derfra informasjon om at det på invitasjonstidspunktet var 1 563 aktive smågrupper.

Spørreskjemaet ble konstruert av artikkelforfatterne og pilotert blant 12 fastleger med både klinisk erfaring og forskningskompetanse. Basert på tilbakemelding fra disse ble skjemaet justert (se skjemaet i appendiks). Skjemasvarene ble innhentet digitalt ved hjelp av Nettskjema, en tjeneste ved Universitetet i Oslo. Kun de som svarte ja på at de deltok i smågruppe, fylte ut hele skjemaet og ble inkludert i analysene. Skjemaet inneholdt i alt 22 lukkede og seks åpne spørsmål. Det var seks spørsmål om gruppens viktigste funksjon (skår 1–7 på Likert-skala), ni utsagn om hvordan møtene foregår (fem forhåndsdefinerte svaralternativer), tre spørsmål om smågruppens sammensetning med tanke på alder, erfaring og bakgrunn (1–7 på Likert-skala) samt fem spørsmål om holdninger til organiserte kursopplegg for smågrupper (fem forhåndsdefinerte svaralternativer). Skjemaet ble avsluttet med spørsmålet: «Alt i alt, er du fornøyd med din smågruppe?», med en fempunkts skala fra «i svært stor grad» til «ikke i det hele tatt».

Innsamlet data ble direkte registrert og lagret på passordsikret tjeneste ved Universitetet i Oslo. Studien var ikke omfattet av helseforskningsloven, og det ble ikke spurt om personidentifiserende informasjon. Studien er derfor ikke

godkjenningsspliktig i Regional etisk komité og heller ikke registreringspliktig i Sikt. Invitasjonen ble sendt til medlemmer av Norsk forening for allmennmedisin i tråd med foreningens formål, Legeforeningens personvernerklæring og personvernombud.

Studien er del av innovasjon i offentlig sektor-prosjektet *RAK-antibiotika – Development and implementation of a quality improvement system for general practitioners in municipality health services*, finansiert av Norges forskningsråd (prosjektnummer 309805).

Analysen

Deskriptive resultater er angitt som frekvensfordeling, prosent og gjennomsnitt. Prosentandeler er beregnet som andel av de som besvarte det aktuelle spørsmålet.

For spørsmål om hvordan møtene foregår og holdninger til kursopplegg (med fem forhåndsdefinerte svaralternativer) ble de to høyeste og de to laveste svarkategoriene slått sammen. For spørsmål besvart på en Likert-skala med skår fra 1 til 7 angis enten antall og andel som svarte 7, eller summen av dem som svarte 5–7. For spørsmålet om gruppens sammensetning ble det konstruert en kombinert homogenitetsvariabel. Dette er videre beskrevet i resultatdelen.

Sammenhengen mellom fornøydhet med smågruppen og demografiske bakgrunnsvariabler ble undersøkt ved hjelp av enveis ANOVA og t-test.

Fritekstsvaret på spørsmålet «Fortell oss gjerne mer om hvilken betydning smågruppen har for deg» ble analysert ved en forenklet versjon av *template analysis* beskrevet av Brooks og medarbeidere (9). I denne analyseformen utvikles et kodeskjema (*template*) basert på et uttrekk av datamaterialet, som er utgangspunkt for videre koding. Analysen er hierarkisk og åpner for både deskriptive og fortolkende tema, i tillegg til integrerte tema på tvers av kodegruppene. Vi gjorde to tilfeldige uttrekk av 20 % av besvarelsene (43 av 216 svar). To av forfatterne (TBE og SH) leste igjennom hvert sitt uttrekk og kodet disse separat, deretter ble de enige om kodeskjema som utgangspunkt for videre analyse. TBE leste igjennom det totale materialet og kodet i henhold til skjemaet. I et siste kodemøte ble TBE og SH enige om endelig koding.

Resultater

I undersøkelsen deltok 579 leger, 24 av disse ble ekskludert fra videre analyser da de ikke var medlemmer av smågruppe. Dette etterlot 555 svar som datagrunnlag for påfølgende analyser.

Tabell 1 viser respondentenes kjønn, alder, helseregion, arbeidsforhold og spesialiststatus. Blant de 486 respondentene som var i klinisk jobb som fastlege eller vikar med egen pasientliste, var gjennomsnittsstørrelsen på listen 1 083 personer (minimum 203, maksimum 2 500). Landssnittet på samme tid var 986 (10).

Tabell 1

Demografiske data om respondentene ($N = 555$) på spørreskjemaundersøkelse i 2023 om etterutdanningsgrupper i allmenmedisin.

Demografiske data	Antall (%)
Kjønn¹	
Kvinne	323 (58,4)
Mann	230 (41,6)
Alder (år)	
25–39	97 (17,5)
40–59	326 (58,7)
≥ 60	132 (23,8)
Helseregion	
Nord	62 (11,2)
Midt	68 (12,3)
Sør-Øst	305 (55,0)
Vest	120 (21,6)
Arbeid	
Fastlege	471 (84,9)
Fastlegevikar	15 (2,7)
Allmennlege utenfor fastlegeordning	21 (3,8)
Samfunnsmedisin/administrativt	13 (2,4)
Pensjonist	19 (3,4)
Annet	16 (2,9)
Spesialiststatus	
Spesialist i allmenmedisin	502 (90,5 %)
Under spesialisering i allmenmedisin	47 (8,4 %)
Ikke spesialist i allmenmedisin	6 ((1,1)
Antall år som spesialist i allmenmedisin	
0–5	110 (21,9)
6–10	92 (18,3)
11–20	158 (31,5)
> 20	142 (28,3)

¹To personer ønsket ikke å oppgi kjønn

Av respondentene var 157 (28,3 %) med i mer enn én smågruppe. Disse ble bedt om å ta utgangspunkt i den smågruppen de oppfattet som sin hovedgruppe. 334 (60,2 %) hadde erfaring som smågruppesekretær.

I gjennomsnitt hadde respondentene vært med i smågruppen i 11,8 år (0–45). Når det gjelder gruppestørrelse, svarte 278 (50,1 %) at gruppen besto av 2–6 deltagere, 247 (44,5 %) svarte 7–11 deltagere og 30 (5,4 %) oppga at gruppen hadde 12 eller flere deltagere. Tabell 2 viser angitt møtehyppighet, møtested og møtevarighet samt utgangspunkt for medlemskap i gruppen. 265 (47,7 %) svarte at gruppemøtene varte 2,5–3 timer og 407 (73,3 %) at smågruppen møttes hver 2.–3. måned. Det vanligste møtestedet var et legekontor (380 respondenter (68,5 %)). De aller fleste sa seg enige i at smågruppen var et sted der man kunne dele faglig usikkerhet/utilstrekkelighet: 516 (93 %) av respondentene svarte alternativ 5–7 på Likert-skalaen, der 7 var «helt enig». 306 (55,1 %) respondenter skåret 7.

Tabell 2

Rapportert beskrivelse av etterutdanningsgrupper i allmennmedisin. Data fra spørreskjemaundersøkelse i 2023 ($N = 555$).

Tema og svaralternativ	Antall (%)
Møtehyppighet	
Ukentlig eller oftere / annenhver uke	111 (20,0)
Hver måned / hver 2.-3. måned	407 (73,3)
Hvert halvår / sjeldnere	37 (6,7)
Møtested¹	
Hjemme hos en deltager	179 (32,2)
På et av legekantorene	380 (50,5)
Kafé/restaurant	79 (14,2)
Annet	57 (10,3)
Møtets varighet (timer)²	
0,5-1	116 (21,3)
1,5-2	83 (15,2)
2,5-3	265 (48,6)
3,5-4	61 (11,2)
5-7	15 (2,8)
> 7	5 (0,9)
Utgangspunkt for medlemskap i gruppen¹	
Fastlegkontoret har felles smågruppe	213 (38,4)
Videreføring av veiledningsgruppe	131 (23,6)
Jeg ble invitert inn	106 (19,1)

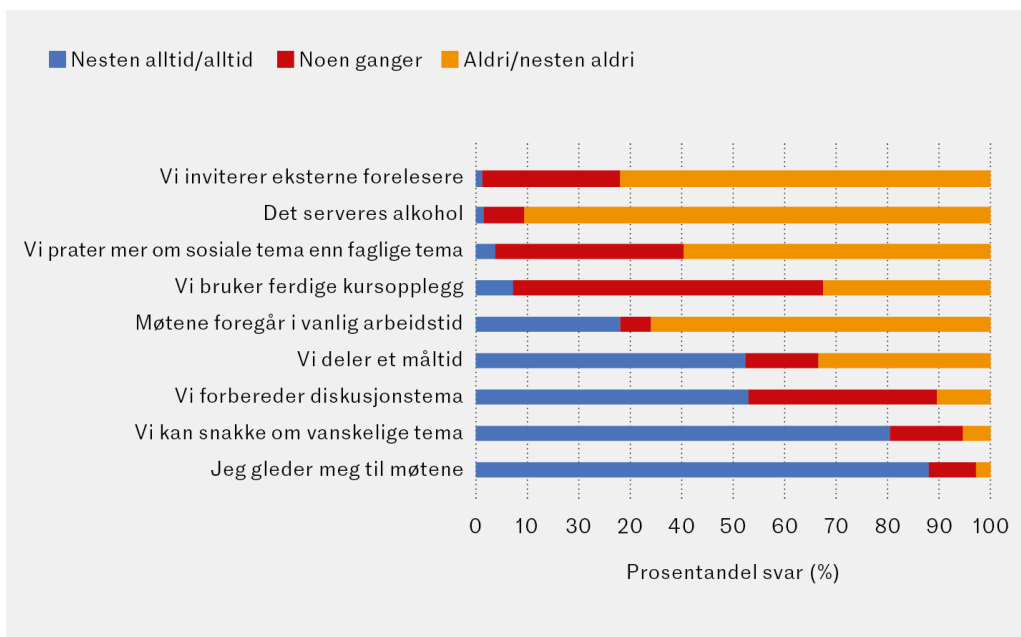
Tema og svaralternativ	Antall (%)
Legeforeningen hjalp meg	1 (0,002)
Startet gruppen i fellesskap	167 (30,1)
Annet	12 (2,2)

¹Flere svar var mulig. Prosentandel beregnet ut fra antall respondenter

²Manglende data for ti respondenter, gyldig prosentandel angitt

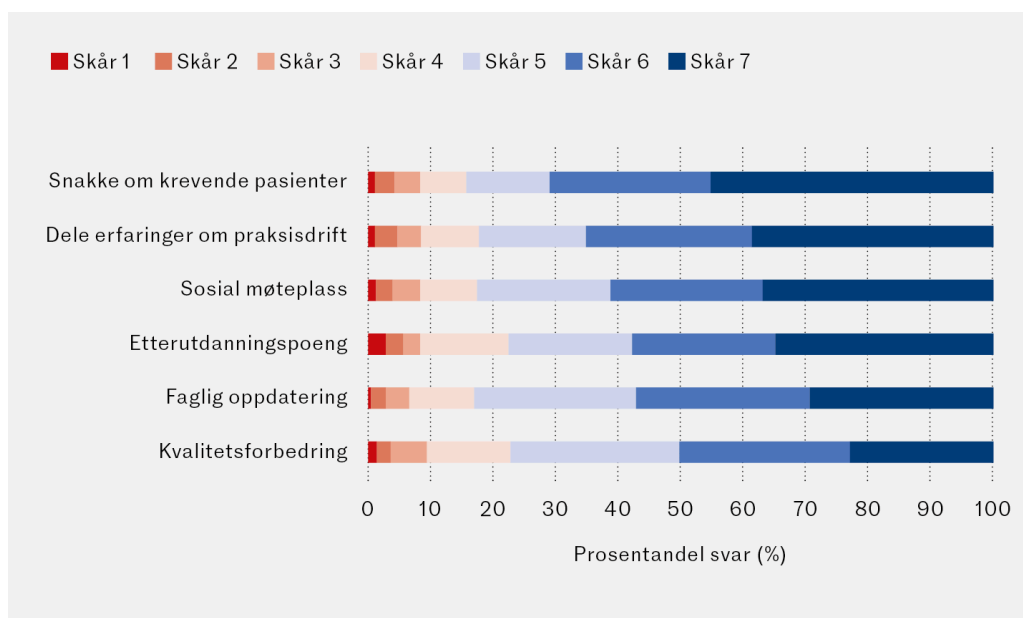
Vi ba også respondentene vurdere gruppens sammensetning med tanke på alder, kjønn og bakgrunn (f. eks. studiested, fødeland) på en skala fra 1 (svært forskjellige) til 7 (svært like). I en kombinert homogenitetsvariabel som inkluderte alle disse tre, var gjennomsnittet 4,6.

Figur 1 viser mer informasjon om hvordan møtene foregår. Et flertall på 489 respondenter (88,1 %) gledet seg «nesten alltid» eller «alltid» til møtene. 446 (80,4 %) svarte at det nesten alltid eller alltid går an å snakke om følelsesmessig vanskelige tema relatert til jobben. 366 (65,9 %) svarte at møtene aldri eller nesten aldri ble gjennomført i vanlig arbeidstid, og 398 (71,7 %) svarte at de aldri eller nesten aldri inviterte eksterne forelesere til smågruppemøtene.



Figur 1 Organisering av og innhold i etterutdanningsgruppene i allmennmedisin. Data fra spørreundersøkelse i 2023 ($N = 555$). Figuren viser prosentandelen respondenter som har svart «nesten alltid/alltid», «noen ganger» eller «aldri/nesten aldri» på ulike påstander.

Figur 2 viser hvordan respondentene vurderte smågruppens viktigste rolle (Likert-skala; 1 = ikke viktig, 7 = svært viktig). Blant respondentene svarte 394 (71 %) alternativ 6 eller 7 om gruppens betydning for å snakke om krevende pasienter. Tilsvarende skår på 6–7 hadde 362 (65,2 %) respondenter for viktigheten av å dele erfaringer om praksisdrift og 340 (61,3 %) for viktigheten av gruppen som sosial møteplass.



Figur 2 Rapportert betydning av etterutdanningsgruppene i allmennmedisin. Data fra spørreundersøkelse i 2023 ($N = 555$). Respondentene ble bedt om å vurdere smågruppens viktigste rolle blant forhåndsdefinerte alternativer. Figuren viser prosentandel respondenter som har bedømt de ulike kategoriene på Likerts skala med skår fra 1 til 7, der 1 er «ikke viktig» og 7 er «svært viktig».

Blant respondentene svarte 180 (32,4 %) at de aldri eller nesten aldri brukte kursopplegg laget av eksterne aktører, mens 335 (60,4 %) svarte «noen ganger» på dette spørsmålet (figur 1). Tabell 3 viser deltagerens vektlegging av ulike faktorer når de skal vurdere om slike kursopplegg kan være aktuelle for gruppen. 502 (90,5 %) respondenter oppga at det telte litt/svært positivt at kurset gir etterutdanningspoeng, og 281 (50,6 %) at det telte litt/svært positivt at det tilbys uttrekk av individuelle aktivitetsdata fra egen praksis (f.eks. egen forskrivning av ulike medikamenter). 259 respondenter (46,7 %) oppga at det telte litt/svært negativt hvis kurset krevde noe forberedelse hjemme.

Tabell 3

Rapportert betydning av ulike faktorer for bruk av eksterne kursopplegg i etterutdanningsgrupper i allmennmedisin. Data fra spørreskjemaundersøkelse i 2023 ($N = 555$).

Forhåndsdefinerte faktorer	Teller litt/svært positivt, n (%)	Nøytralt/uviktig, n (%)	Teller litt/svært negativt, n (%)
Kurset er poenggivende	502 (90,5)	49 (8,8)	4 (0,7)
Kurset tar utgangspunkt i kliniske data fra egen praksis	281 (50,6)	188 (33,9)	86 (15,5)
Kurset involverer hele legekantoret	156 (28,1)	247 (44,5)	152 (27,4)
Kurset strekker seg over mer enn én smågruppe	155 (27,9)	260 (46,8)	140 (25,2)
Kurset krever noe forberedelse hjemme	95 (17,1)	201 (36,2)	259 (46,7)

De fleste var fornøyd med smågruppen sin. 338 (60,9 %) svarte at de i svært stor grad var fornøyd med sin smågruppe, og 170 (30,6 %) var i stor grad fornøyd. 12 (2,2 %) var fornøyd i liten grad eller ikke i det hele tatt.

Det var liten eller ingen sammenheng mellom fornøydhet med smågruppen og demografiske bakgrunnsvariabler, inkludert alder, kjønn og antall år som spesialist (data ikke vist).

Tematisk analyse

Fra de 216 fritekstsvarene på spørsmål om smågruppens betydning identifiserte vi gjennom tematisk skjemaanalyse (9) sju hovedtema som utdypes under. I tillegg ble det på tvers av disse temaene gjennomgående rapportert om gruppenes store betydning for følelsen av *felleskap* med kollegaer, noe som ellers kunne mangle i en travel hverdag der man ofte jobber alene. Det ble også gjennomgående trukket frem at gruppen har stor betydning for *trygghet og støtte*, både i emosjonelt og profesjonelt vanskelige situasjoner. Disse to temaene ble derfor oppfattet som integrerte tema gjennom hele materialet.

De øvrige sju identifiserte hovedtemaene var:

En jobb å leve med. Svært mange ga uttrykk for at smågruppen var veldig viktig for dem, bidro til at de orket å stå i jobben som allmennlege og ga dem et faglig fellesskap som ellers manglet i allmennlegehverdagen.

Støtte i vanskelige situasjoner. Smågruppene ble beskrevet som svært viktige i vanskelige situasjoner, både ved pasientmøter, ved samarbeidsproblemer i egen praksis og også privat.

Møteplass for kollegaer. Gruppene ble oppfattet som en viktig møteplass for kollegaer, og mange ga spesielt uttrykk for at det var en fin mulighet til å høste erfaringer fra andres legekontor.

Gruppen forandrer betydning gjennom karrieren. Flere understreket det positive i å møte de samme kollegaene gjennom mange år. Gruppens hovedfunksjon kunne forandre seg fra primært faglig oppdatering til en møteplass for faglig og sosial støtte.

Frihet til å organisere gruppen som man ønsker. Det ble trukket frem som positivt og viktig at det ikke er strenge formalkrav til innholdet i gruppene.

Profesjonelt utbytte. Gruppene ble oppfattet som nyttige både for faglig oppdatering, for å sammenligne egen praksis med andres, og for å diskutere konkrete faglige utfordringer. Det ble også trukket frem som positivt at gruppene er obligatoriske, slik at man er nødt til å sette av tid til faglig oppdatering.

Gruppen er lite verdifull. Noen få opplevde pålegget om å delta i smågrupper som unødvendig og uheldig på grunn av tidsnød både på jobb og i privatliv.

Utfyllende kodeskjema, med hovedtema, undertema og representative sitater finnes i tabell 4.

Tabell 4

Resultat av tematisk skjemaanalyse av 216 fritekstsvaer på spørsmålet «Fortell oss gjerne mer om hvilken betydning smågruppen har for deg». Tabellen angir hovedtemaer, undertemaer, integrerte temaer og representative sitater (9). Data fra spørreskjemaundersøkelse i 2023 ($N = 555$).

Hovedtema	Undertema	Sitat
En jobb å leve med	Gir et pusterom	«Den har vært essensiell for min utdanning og det at jeg fortsatt er fastlege. Å møte kolleger med jevne mellomrom er et nødvendig pusterom. Ekstremt viktig med et fora for å kunne ventilere alt vi står i»
	Bidrar til trivsel	«Det hadde sikkert vært fint faglig og personlig sett å være mer ulike – på den annen side, utrolig hyggelig når vi gleder oss til å treffes, har blitt mer som venner, og alle er helt trygge på hverandre, kan ta opp alle tema og vise fram usikkerhet og kunnskapsmangel – alt i alt veldig fint å ha en passe formell, passe uformell arena å møte andre fastleger utenfor kontoret – for det er ellers lite kontakt mellom de forskjellige fastlegene i vår (store) kommune. Liker å være med smågruppa mi. Et tap at de legene som er i ny ordning ikke trenger gruppa og derfor prioriterer den bort. Dumt for oss alle og fellesskapsfølelsen»
	Er viktig for å stå i jobben	«Det er også stabiliserende i forhold til å være fastlege – en arena for å dele frustrasjoner og sorger i forhold til jobben. Det å ha kollegaer, utenfor kontoret, som kan støtte og oppmuntre føles helt essensielt i forhold til å bli værende i jobben»
Støtte i vanskelige situasjoner	Gir støtte på jobb	«Smågruppe er utrolig viktig for å dele faglige caser og ikke minst støtte fra kollegaer som har tid til å lytte, ikke minst om krevende pasienter og psykisk støtte i utfordrende situasjoner man opplever. Det betyr svært mye. Alltid mulig m debrief»
	Gir støtte privat	«Viktig for å snakke om det som er vanskelig i arbeidet, og hjelpe hverandre når vi sliter med ulikt privat eller profesjonelt»
Møteplass for kollegaer		«Møtested for å snakke – få støtte – fra kollegaer og venner over tid – det blir det sjeldent tid til i vanlig arbeids hverdag»
	Møter folk på andre legekontorer	«Vi har ikke hatt så mange møter enda, men hyggelig å ha fellesskap med leger i samme etableringsfase og få innspill til hvordan få dagen til å gå opp, diskutere kasuistikker, råd om hvordan håndtere ting på kontoret. Som fastleger trenger vi større fellesskap enn kontoret, noe smågrupper kan bidra til»

Hovedtema	Undertema	Sitat
	Fører til relasjonell kontinuitet med kollegaer	«Fra første dag hadde vi et godt samhold, og dette har vi fortsatt med. Vi har blitt gode venner og holder kontakten utenom smågruppe også. Vi deler erfaringer med pasienter, drift av kontoret, og får ventilert til kollegaer som står i det samme. Uten smågrupper er jeg overbevist om at min livskvalitet ville være lavere» «Åpen og tillitsfull arena gjennom 35 år»
Gruppen forandrer betydning gjennom karrieren		«Smågruppen har vært helt essensiell for et «godt liv» som allmennlege gjennom 40 år. Støtte, forståelse og omsorg fra kolleger som har gjenkjennelse. Møtehyppighet og temaer har endret seg opp gjennom årene»
Frihet til å organisere gruppen som man ønsker		«Viktig at det er så ustrukturert at alle har tid til å møte opp og delta uten forberedelse. Sånn blir det hyggelig og lavterskel morrakaffe av»
Profesjonelt utbytte	Faglig oppdatering	«Fin måte å oppdatere seg på, tvinger meg til å forberede meg til møte ergo sette av tid til faglig dypdykk. Samt at vi tipser hverandre om kurs og kommunale tilbud»
	Er poenggivende	«Når fastlegehverdagen er så travel, er det også viktig at man får poeng og at deltagelse er obligatorisk»
	Kan diskutere kasuistikker	«En arena for å drøfte mest krevende pasienter og situasjoner»
	Praksisdrift	«Man får ikke godkjent poeng hvis man samtaler om praksisdrift. Dette er merkelig, da drift er en så pass stor del av hverdagen hos en fastlege. Handler om å kvalitetssikre og gi pasienten riktig behandling»
	Sammenligne faglig praksis	«Smågruppen gir oss mulighet til å utvikle vår allmennmedisinske kompetanse og å kalibrere vår pasienthåndtering opp mot hva andre gjør»
Gruppen er lite verdifull	Negativt at det er pålagt	«Jeg mener smågruppers betydning er overvurdert som del av spesialitet og burde vært frivillig slik at de som opplever det som nyttig kan være med»
	Tidsnød	«Slitsomt at man må dette i tillegg til at man jobber seg halvt ihjel på egen jobb. Håpløst at dette stilles som et krav til etterutdanningen»
Integrerte tema		
Trygghet og støtte		
Felleskap		

Diskusjon

Vi fant at respondentene i gjennomsnitt hadde vært med nesten 12 år i samme smågruppe. De fleste oppga at smågruppene møttes hver måned eller hver 2.–3. måned, og de fleste rapporterte at de møttes på legekontorene, selv om 32 % møttes hjemme hos hverandre. Smågruppen ble opplevd som et sted der man kunne dele faglig usikkerhet og en viktig arena for å snakke om de mest krevende pasientene. 91,5 % svarte at de i stor eller i svært stor grad var fornøyd med sin smågruppe.

I fritekstsvarene var et stort flertall opptatt av å understreke smågruppens store betydning spesielt for fellesskap og som et sted å få støtte i vanskelige situasjoner, og mange trakk frem at smågruppene bidro til at de orket å stå i en krevende jobb.

Implikasjoner

Vi vet at kontinuitet i lege-pasient-forholdet er assosiert med både mindre bruk av helsetjenester og lavere mortalitet (11). For å oppnå god kontinuitet er det essensielt at fastleger blir i jobben over år. Våre funn taler for at smågruppene spiller en viktig rolle som bevarende faktor for å bli i jobben.

I perioden 2010–19 har man sett en signifikant økning av helsefarlig stress blant fastleger (12), og tiltak mot utbrenthet er viktig. Vi har vist at smågruppene er en viktig arena for å ventilere vanskelige situasjoner og kan dermed være en forebyggende faktor mot utbrenthet.

I en studie fra 2020 oppga mange leger at mangelen på et faglig miljø var en viktig årsak til at de sluttet i allmennmedisinen (13). Dette er på linje med våre funn, der mange understreker at smågruppen kan være den eneste arenaen der man har mulighet til gode faglige diskusjoner med kollegaer.

Vi har i tidligere studier vist at norske allmennleger er positive til kvalitetsforbedring og er motivert for å drive faglig god praksis, men at de møter mange strukturelle sperrer mot kvalitetsforbedringsarbeid (8, 14). Legene i disse studiene var positive til eksterne kursopplegg for kvalitetsforbedring, så sant slike opplegg var praksisnære og overkommelige og gjerne foregikk i faglige fellesskap (8). I Irland har allmennlegene et lignende tilbud om såkalt *small group learning*, og en studie fra 2015 viste at legene opplevde både faglig forbedring og ikke minst et viktig faglig fellesskap i disse gruppene (15). De irske gruppene er noe mer strukturerte enn de norske og ledes blant annet av utdannede kursledere. Godt tilrettelagte kursopplegg for dem som skal drive gruppeveiledning eller individuell veiledning kan over tid bidra til å bygge opp veiledningskompetanse også i Norge.

Av våre respondenter anga halvparten at det var litt eller svært positivt at kursopplegg tok utgangspunkt i egne praksisdata. Noen slike kurs finnes allerede via Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) og Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL), og våre funn taler for at man fortsatt skal legge vekt på kursopplegg som gir lett tilgang på egne praksisdata til bruk i allmennlegenes smågrupper. Nesten halvparten av respondentene syntes det var negativt hvis

slike kurs krevde hjemmearbeid i tillegg til tidsbruk i smågruppen, men mange var åpne for at kursene kunne strekke seg over mer enn ett gruppemøte. Disse resultatene vil være nyttige for planleggingen av videre kursopplegg.

Studien gir ny kunnskap om et felt som er lite belyst med forskning tidligere. Den gir dermed viktig grunnlagskunnskap i arbeidet med eventuelle endringer i etterutdanningen for allmennlegespesialister samt i arbeidet med kvalitetsforbedringstiltak for allmennleger.

Styrker og svakheter ved studien

Det er utfordrende å få travle leger til å delta i spørreskjemastudier, så også i vår studie. Dette samsvarer med vår erfaring fra tidligere studier blant norske allmennleger (16). Såkalt undersøkelsestretthet (*survey fatigue*) er et kjent fenomen i internasjonal forskning (17, 18) og kan gjøre det utfordrende å få tilstrekkelig svarprosent i spørreskjemastudier.

Vi la til rette for å invitere alle allmennleger til studien, men vi har ikke oversikt over hvor stor andel som faktisk fikk informasjon og dermed hadde mulighet til å delta. Norsk forening for allmennmedisin har omkring 9 000 medlemmer og antas å nå frem til de fleste klinikere i norsk allmennmedisin, men man kan velge å ikke være registrert som medlem av foreningen. Vårt materiale består av 555 leger. Med 1 563 aktive smågrupper som hver består av 3–12 personer, betyr det at vi har fått svar fra en ganske liten andel av alle som deltar i smågrupper. Vi har ikke eksakte tall på hvor mange som deltar i slike grupper, og det blir ikke korrekt å beregne svarprosent med utgangspunkt i antallet fastleger i landet, ettersom invitasjonen gikk ut bredere enn til fastlegepopulasjonen.

Det er en viss fare for seleksjonsskjevhet. De som har svart, kan være noe mer positivt innstilt til smågruppene enn de som ikke har svart. Aspekter som fremheves i invitasjonen til spørreundersøkelsen, kan påvirke svarsansynligheten alt etter hvor viktig disse aspektene er for den enkelte som inviteres (*leverage-saliency theory*) (19). Vi inviterte allmennleger til å delta i en studie om betydningen av smågruppene, og det er grunn til å tro at det blant respondentene er en overrepresentasjon av leger som føler at smågruppene har en relativt stor betydning. Dersom fornøydheten med smågruppen er stor, vil trolig også opplevd betydning av smågruppen være større. Slike seleksjonseffekter er ikke ukjente, men en nylig norsk studie viste likevel at effekten var liten (20). Alt i alt konkluderer vi med at resultatene er gyldige for dem som har svart, men at generaliserbarheten til alle som deltar i smågrupper, er noe usikker.

27,1 % av respondentene var med i mer enn én smågruppe, og 60,2 % hadde erfaring som sekretær for smågruppe. Dette underbygger den mulige seleksjonseffekten og kan tyde på at de mest engasjerte og muligens mest positive er overrepresentert i vårt materiale. Vi har ikke informasjon om hvorvidt noen av respondentene er med i samme smågruppe. Vi har heller ikke informasjon om noen kan ha besvart spørreskjemaet mer enn én gang. Vi kan derfor ikke si helt sikkert at angitte prosentandeler gjenspeiler gjennomsnittet av gruppene. 3,4 % av respondentene var pensjonister, man kan derfor tenke seg at de ikke bidrar med informasjon om hvordan dagens fastleger vurderer

smågruppene. På den annen side har de sannsynligvis lang deltagelsestid i gruppe og dermed verdifulle erfaringer. Ettersom de har valgt å fortsette i gruppen etter pensjonsalder, er det sannsynlig at de er tilbøyelige til en positiv vurdering av gruppen, og at de således kan bidra til en mulig skjevhet. 8,4 % anga at de ikke var spesialister, og det er mulig at også leger under utdanning oppfatter smågruppene som et nyttig faglig forum. Det ble presisert i undersøkelsen at man ikke undersøkte veiledningsgrupper for leger i spesialisering (ALIS), men vi kan ikke helt utelukke at enkelte har besvart undersøkelsen med veiledningsgruppen i tankene.

Konklusjon

Allmennlegene i vår studie var i hovedsak fornøyd med sine smågrupper. Gruppene ble opplevd som et forum der det er lett å dele faglig usikkerhet og vanskelige erfaringer fra pasientarbeidet. Dette ble underbygget gjennom kvalitativ analyse der det fremkom at gruppene er en viktig arena for kollegial støtte og fellesskap, og smågruppene ble beskrevet som sentrale for å orke å fortsette i en utfordrende jobb. Selv om under $\frac{1}{3}$ opplevde faglig oppdatering og kvalitetsforbedring som en av gruppens viktigste funksjoner, brukte $\frac{2}{3}$ iblant kursopplegg laget av eksterne aktører. Godt tilpassede, poenggivende kurs med tilgang til data fra egen praksis kan bidra til at slike tilbud blir godt mottatt.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Johannesen LB. Smågrupper i etterutdanningen i allmennmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2241–2.
2. Den norske legeforening. Allmennmedisin. Smågrupper. <https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Allmennmedisin/smagrupper/#Formelle%20krav%20til%20sm%C3%A5grupper%20> Lest 1.8.2024.
3. Treweek S, Flottorp S, Fretheim A et al. Hva gjør fastleger for å holde seg faglig oppdatert? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 304–6. [PubMed]
4. Prestegaard K, Lundevall S. Populære og lærerike grupper. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 780–1.
5. Frich JC, Høye S, Lindbæk M et al. General practitioners and tutors' experiences with peer group academic detailing: a qualitative study. BMC Fam Pract 2010; 11: 12. [PubMed][CrossRef]
6. Høye S, Lindbæk M. Riktigere bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten. Michael 2021; 18 (Suppl 28): 134–40.
7. Gjelstad S, Høye S, Straand J et al. Improving antibiotic prescribing in acute respiratory tract infections: cluster randomised trial from Norwegian general practice (prescription peer academic detailing (Rx-PAD) study). BMJ 2013; 347 (jul26 1): f4403. [PubMed][CrossRef]

8. Eide TB, Skjeie H, Høye S. Quality improvement work in general practice; a Norwegian focus group study. *Scand J Prim Health Care* 2024; 42: 677–85. [PubMed][CrossRef]
9. Brooks J, McCluskey S, Turley E et al. The Utility of Template Analysis in Qualitative Psychology Research. *Qual Res Psychol* 2015; 12: 202–22. [PubMed][CrossRef]
10. Helfo. Fastlegestatistikk. <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk> Lest 26.6.2025.
11. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022; 72: e84–90. [PubMed][CrossRef]
12. Rosta J, Bååthe F, Aasland OG et al. Changes in work stress among doctors in Norway from 2010 to 2019: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2020; 10: e037474. [PubMed][CrossRef]
13. Birkeli CN, Rosta J, Aasland OG et al. Hvorfor velger leger seg bort fra allmennmedisin? *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.19.0597. [PubMed][CrossRef]
14. Eide TB, Øyane N, Høye S. Promoters and inhibitors for quality improvement work in general practice: a qualitative analysis of 2715 free-text replies. *BMJ Open Qual* 2022; 11: e001880. [PubMed][CrossRef]
15. Dowling S, Finnegan H, Collins C. Does participation in CME SLG (small group learning) influence medical practice? The experience of general practitioners attending CME SLG after the introduction of the Medical Practitioners Act. *Ir Med J* 2015; 108: 109–11. [PubMed]
16. Eide TB, van Poel E, Willems S et al. Changes in work tasks and organization of general practice in Norway during the COVID-19 pandemic: results from a comparative international study. *BMC Prim Care* 2023; 24 (Suppl 1): 227. [PubMed][CrossRef]
17. Brown RF, St John A, Hu Y et al. Differential Electronic Survey Response: Does Survey Fatigue Affect Everyone Equally? *J Surg Res* 2024; 294: 191–7. [PubMed][CrossRef]
18. Ghafourifard M. Survey Fatigue in Questionnaire Based Research: The Issues and Solutions. *J Caring Sci* 2024; 13: 214–5. [PubMed][CrossRef]
19. Groves RM, Singer E, Corning A. Leverage-saliency theory of survey participation: description and an illustration. *Public Opin Q* 2000; 64: 299–308. [PubMed][CrossRef]
20. Bjertnaes O, Skudal KE, van den Berg MJ et al. International survey of people living with chronic conditions (PaRIS survey): effects of general

practitioner non-participation on the representativeness of the Norwegian patient data. BMC Health Serv Res 2024; 24: 1257. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 16. september 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0074

Mottatt 30.1.2025, første revisjon innsendt 2.5.2025, godkjent 29.7.2025.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. juni 2026.