

Individuell veiledning og supervisjon i spesialistutdanningen i allmennmedisin

Om rammebetingelser, tenkemåte, metoder og verktøy

Hva går det ut på? Hvordan gjøre det? Hvordan starte og hvordan fortsette?



ALIS

Regionale rådgivingskontor
for styrket spesialistutdanning
i allmennmedisin

Forord

Dagens og morgendagens helse- og omsorgstjeneste trenger allmennleger med høy kompetanse. Det kreves nå av alle nye fastleger at de er spesialister, eller under spesialisering i allmennmedisin. Regjeringen har i tillegg vedtatt en forpliktende handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 – 2024 som skal sikre alle innbyggere tilgjengelige allmennlegetjenester av god kvalitet, uansett hvor de befinner seg og uansett hvem de er.

Ett av de 17 tiltakene i Handlingsplanen er etableringen av 5 regionale ALIS-kontor; Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar. Kontorene skal rådgi kommunene i sine regioner om rekrutteringstiltak som kan inngå i ALIS-avtaler, og bistå kommuner og helseforetak i utviklingen av den nye spesialistutdanningen i allmennmedisin som trådte i kraft 1. mars 2019. Målet er gode og enhetlige utdanningsløp. Alle kommuner med ALIS skal kunne tilby forutsigbare utdanningsløp med veiledning, supervisjon og læringsaktiviteter. Prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord har avdekket et stort behov for å utdanne individuelle veiledere og supervisører i allmennmedisin. For de regionale ALIS-kontorene er det derfor en hovedoppgave å utvikle et utdanningsprogram for som dekker dette behovet så snart som mulig. Vårt mål er å tilby de første kursene for individuelle veiledere og supervisører i alle deler av landet i løpet av høsten 2021.

ALIS-kontorene vil rette stor takk til initiativtakerne og forfatterne av dette heftet, Sverre Lundevall, Bente Aschim og Hans Høvik. Vi håper og tror at heftet og utdanningsprogrammet vil inspirere mange etablerte fastleger til å bli gode veiledere og supervisører. Det vil være av avgjørende betydning for at et økende antall medisinstudenter og nyutdannede leger ønsker å satse på en yrkeskarriere i allmennmedisin.

Svein Ragnar Steinert

Leder ALIS Nord, mai 2021

Det er november 2022 gjort en mindre revisjon av heftet. Det per dags dato 6 ALIS-kontor, da ALIS Oslo er under oppbygging høsten 2022. ALIS Øst har flyttet fra Hamar til Ringsaker som ny vertskommune. Det gjennomføres nå kurs i individuell veiledning og supervisjon, i regi av ALIS-kontorene, i alle regionene. Innholdet i heftet er oppdatert per november 2022.

ALIS Sør, november 2022

Om forfatterne

Vi som har skrevet dette heftet, Hans Høvik, Bente Aschim og Sverre Lundevall har lang erfaring som fastleger og som gruppeveiledere i allmennmedisin. Vi har opp gjennom årene hatt ulike oppgaver knyttet til spesialistutdanningen. Hans ledet utdanningsprosjektet ALIS Vest og leder Spesialitetskomiteen i allmennmedisin. Bente og Sverre har i mange år utdannet gruppeveiledere i allmennmedisin og koordinert Legeforeningens arbeid med veiledningsgrupper. Vi er alle tre opptatt av læring og veiledning: Hvordan skjer læring i spesialistutdanningen i allmennmedisin? Hvordan lærte vi selv?

Om vår egen læring

Praksiserfaringer er avgjørende. Så har vi i gode perioder hatt overskudd og tid til å reflektere over disse erfaringene, alene eller sammen med kolleger. På denne måten har vi lært gjennom *bekreftelse* (det vi gjør er godt nok) og *tilføyelse* (tilegnet oss nye ferdigheter eller kunnskaper) og *avlæring* (kvittet oss med uvaner og uheldige arbeidsmåter, kanskje etter å ha gjort feil eller fått klager). For denne typen læring gjelder det å være lydhøre for tilbakemeldinger fra pasienter, kolleger og medarbeidere. Det er ikke alltid lett, men evnen kan oppøves. Læring i allmennmedisin handler i stor grad om modning og refleksjon. Individuell veiledning og supervisjon vil være en god hjelp til dette.

Våre personlige opplevelser

Sverre

Min sykehustjeneste var i kirurgi på Kirkenes. Jeg var ikke den mest fingernemme assistentlege, men gjorde så godt jeg kunne. Det jeg husker best var at overlegen pleide å si *bra!* med sterk stemme, nesten uansett hva jeg gjorde. Selv om dette var en uspesifisert tilbakemelding, ga det meg trygghet og støtte. Jeg visste som regel selv når noe ikke var så bra. En veileder kan godt være raus med ros!

Bente

Som fersk allmennlege skulle jeg hjelpe en pasient med rus og psykiske problem. Dette var tidlig på 80-tallet og rusomsorgen var dårlig organisert. Jeg slet med å få ham til å møte fram, og å få med meg samarbeidspartnere. Jeg følte meg hjelpeløs og avmektig. Jeg hadde kontakt med en erfaren klinisk sosionom som også fulgte ham. En dag ringte hun og fortalte at han var blitt funnet død etter en overdose. Jeg ble fortvilet og spurte hva jeg kunne ha gjort annerledes. Hun svarte at hun ikke trodde det

var så mye noen kunne gjort i denne situasjonen, men hun skjønnte at jeg tok det hardt. Så sa hun med vennlighet og en viss resignasjon: «Du skjønner at også psykiatrien kan være dødelig». Jeg lærte at vi ikke klarer å hjelpe eller redde alle, og at det er en av byrdene i denne jobben.

Hans

Etter turnustjenesten midt på 80-tallet startet jeg som allmennlege i en liten kommune. Jeg hadde ingen individuell veiledning, men jeg kom tidlig med i veiledningsgruppe med en god veileder. Etter en tragisk hendelse med et barn jeg hadde hatt på legevakt ble jeg usikker på om jeg hadde gjort en god nok undersøkelse og vurdering. En pediater på lokalsykehuset og min gruppeveileder hjalp meg å bearbeide hvordan dette påvirket meg, og å reflektere over mitt arbeide som lege. Det ville vært mye vanskeligere for meg uten den støtten og forståelsen jeg fikk fra disse to. Min gode erfaring fra den gang har jeg nytte av som individuell veileder og gruppeveileder nå. Noe av det beste i ny spesialistutdanning er at unge leger får en erfaren kollega de kan diskutere alle vanskelige problemstillinger med.

Avveininger vi har foretatt, og valg vi har gjort som forfattere

Individuell veiledning i allmennmedisin er nytt for oss alle. Rammebetingelser og regler forandres nesten fortløpende. Jo mer spesifikk informasjon vi gir, jo raskere vil noe bli utdatert eller forvirrende. Men blir vi for generelle reduseres nytteverdien.

Som sentrale aktører i spesialistutdanningen er vi veiledere ikke detaljstyrt. Vi har frihet til å bruke skjønn, gjøre viktige erfaringer og justere virksomheten underveis. Dette er en viktig del av allmennmedisinsk fagutvikling. Vi har tatt med personlige kommentarer, konkrete tips. Eksempler på samtaler mellom veileder og ALIS er satt i egne rammer, slik at en travel leser kan bla forbi. Innholdsfortegnelsen er ment som en hjelp til å finne det du leter etter. Teksten er derfor blitt nokså omfattende, og bør leses etter lystprinsippet. Innholdsfortegnelsen er ment som en hjelp til å finne det du leter etter.

I teksten brukes hunkjønn om både veileder og ALIS. Kvinnene er snart i flertall, og *han/hun* blir for tungvint. En ALIS i allmennmedisin kalles også LIS3 i allmennmedisin. I dette heftet bruker vi ordet *ALIS*.

Vi ønsker deg god reise sammen med din ALIS

Sverre Lundevall, Bente Aschim & Hans Høvik

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Om forfatterne.....	2
Om vår egen læring.....	2
Våre personlige opplevelser	2
Avveininger vi har foretatt, og valg vi har gjort som forfattere.....	3
Innledning	7
Veiledning og supervisjon - to nøkkelord	8
Dokumenter og rammebetingelser alle veiledere må kjenne til	8
Fra Helse og omsorgsdepartementet.....	8
Fra Helsedirektoratet	9
Kommunens ansvar og planer	10
Kompetanseportalen.....	10
Kontrakt mellom veileder og ALIS?	10
Konvertering fra gammel til ny ordning	10
Ord og begreper som brukes i ny spesialistordning.....	10
Kompetanseportalen	11
Hvordan komme i gang?	11
Hvordan fortsette?.....	11
Konvertering fra gammel til ny ordning.....	12
Brukerstøtte for kompetanseportalen	12
Veiledningssamtale med kort referat	13
Rollen som individuell veileder	14
Omfang og godtgjørelse	14
Rammer for veiledningen.....	14
Hvem kan være veileder?.....	15
Rollen som supervisor.....	15
Omfang og godtgjørelse	15
Læringsmålene.....	17
Hvordan skal læringsmålene i allmennmedisin forstås?.....	17
To eksempler:	17

Læringsmålene for medisinsk kompetanse.....	18
Noen eksempler	18
Læringsaktiviteter	19
Erfaring som læringsaktivitet	19
Kurs som læringsaktivitet.....	19
Kompetansevurdering og godkjenning av læringsmål	20
Underkjenning av læringsmål?	21
Vurderingskollegium?	21
ALIS sine rettigheter	22
Veiledningssamtalene.....	23
Den første samtalen mellom ALIS og individuell veileder	23
Underveisevaluering av veiledningssamtalene.....	24
Pedagogikk for den individuelle veileder.....	25
Hva kjennetegner en god veiledningssamtale?	25
En dialogbasert åpen samtale er den grunnleggende form.....	25
Åpne spørsmål og oppfordringer	26
Praksistrekanten	27
P1 er handlingsnivået	28
P2 er begrunnelsesnivået.....	28
P3 er nivået for verdier, personlige holdninger og meninger	28
Eksempler på veiledningssamtaler etter praksistrekant modellen:	28
Samtale 1.....	28
Samtale 2.....	29
Tilbakemeldinger i veiledningssamtalene.....	32
Spesifikk ros	32
Kritiske tilbakemeldinger kan forberedes og ufarliggjøres	33
Språket ved tilbakemeldinger	33
Et eksempel på hvordan unngå at ALIS går i forsvar?	33
Veiledningssamtale - noen ganger kan man vente med å gi tilbakemelding.....	35
Talentoverslag – et hjelpemiddel ved tilbakemeldinger	37
En ALIS som er altfor grundig.....	38

Joharis vindu - et hjelpemiddel i veiledningssamtalene	40
Venstre kolonnen:.....	40
Det åpne feltet	40
Det skjulte feltet.....	40
Høyre kolonne.....	41
Det blinde feltet	41
Det ukjente feltet	42
Supervisjon i spesialistutdanningen i allmennmedisin	43
Felleskonsultasjon med supervisor	44
Hvordan gjøre det?	44
Forberedelse og planlegging	45
Gjennomføring av konsultasjonen	45
Samtalen etterpå.....	45
Praktiske behandlingsprosedyrer.....	46
Hvordan læres praktiske ferdigheter?	46
Supervisørens oppgave	46
Hvordan kan den individuelle veileder bidra?	47
Definisjoner.....	48

Innledning

Takk for at du er eller skal bli individuell veileder eller supervisor for en kollega som ønsker å bli spesialist i allmennmedisin! Det betyr at du påtar deg en oppgave som skal forbedre spesialistutdanningen. Sammen med ALIS blir du med i en felles innsats for kvalitetssikring av faget vårt.

Du har erfaring fra primærhelsetjenesten. Det kan være som allmennlege, sykehjemslege, helsestasjonslege eller legevaktslege mm. Når erfaringen kombineres med ditt eget engasjement for den brede virksomheten som kalles allmennmedisinen, har du grunnlaget som skal til for å bli en god veileder.

Det medisinskfaglige er viktig. Der lærer vi nytt hele tiden, og ferske ALIS kan ha mer oppdatert kunnskap enn deg. Det de har mindre erfaring i er å sortere ut viktig fra uviktig, å klare å finne en god balanse mellom praksis og resten av livet, å lære seg å skape gode pasientallianser og et godt arbeidsmiljø på arbeidsplassen sin, og å finne sin plass i et kommunalt fellesskap.

Du kjenner til alle allmennmedisinske gleder og frustrasjoner fordi det er dette du har opplevd i mange år. Både som veileder og supervisor vil du trenge kunnskap og ferdigheter, men først og fremst må du skape en god relasjon mellom deg og ALIS, slik du er vant til når du møter pasienter. Oppgavene som veileder og supervisor er mangfoldige og må tilpasses til det din ALIS trenger: Du skal oppmuntre og trøste, lære bort, gi råd, veilede, korrigere og evaluere.

Å være veileder for en ALIS er å inngå i en etisk handling. Du skal ivareta et annet menneske som kan føle seg sårbar og underlegen. Du har selv vært ny og usikker og det vil hjelpe deg å møte din ALIS med forståelse og innlevelse. Det er særlig viktig den første tiden. Det er fort gjort å tråkke over ALIS sine grenser. Veileder har makt ved måten veiledningen tilrettelegges, og hvordan tilbakemeldinger gis. I allmennmedisin med flat struktur og personlig atmosfære er det lett å overse denne ubalansen i maktforholdet. Vår grunninnstilling må være varsomhet og respekt for den andre. Etter at oppgaven som veileder eller supervisor er avsluttet vil du ha bidratt til at en ny allmennlege er trygg og glad i faget sitt.

Veiledning og supervisjon - to nøkkelord

Begrepet **veileder** brukes i flere betydninger. I vår sammenheng er veileder en spesialist i allmennmedisin med mange roller og oppgaver som beskrives i dette heftet. En av disse oppgavene kaller vi **veiledning**. Det er ikke det samme som rådgivning. Veiledning er mer i retning av en nysgjerrig spørrende utforskning av ALIS sine læringsopplevelser, som kan ende med at ALIS gir seg selv et råd.

Supervisjon betyr i vår sammenheng å hjelpe, gi råd og vurdere ALIS i konkrete arbeidssituasjoner i den daglige virksomheten. En **supervisør** er en erfaren lege, eller annen fagperson med kompetanse på feltet, som har påtatt seg disse oppgavene.

Både veiledning og supervisjon er viktig for ALIS sin læring. Supervisjon er som regel knyttet til kliniske prosedyrer eller beslutninger som skal tas der og da, mens veiledningssamtaler skjer tilbaketrukket og beskyttet fra umiddelbare beslutningskrav. Hvis den individuelle veileder arbeider i samme praksis som ALIS, kan veilederen også være supervisør.

Se Helsedirektoratet sine nettsider om veiledning og supervisjon: [Veiledning og Supervisjon](#)

Dokumenter og rammebetingelser alle veiledere må kjenne til

Fra Helse og omsorgsdepartementet

- Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) 2016. Læringsmålene for alle spesialiteter inngår i forskriften. Forskriften finner du på lovdata.no: [Spesialistforskriften](#)
- Rundskriv 1-2/2019 - Spesialistforskriften med kommentarer.
Et godt råd: Ta utskrift av kommentarutgaven og les hele for å få en oversikt. Da er det lett å senere finne svar på det du eller ALIS lurer på. For en kortversjon av innholdet, se nettsiden alis.no. Rundskrivet finner du på Regjeringens nettsider: [Spesialistforskriften med kommentarer](#).

Fra Helsedirektoratet

- *Anbefalt utdanningsplan for spesialistutdanningen i allmennmedisin.*

Her finner du flere viktige dokumenter. Blant annet et oppdatert Excel ark med detaljerte anbefalinger om læringsaktiviteter for å nå læringsmålene. Informasjon om utdanningsplanen finner du på Helsedirektoratets nettsider: [Anbefalt utdanningsplan for allmennmedisin](#)

- *Temahefter for læringsaktivitetene knyttet til felles kompetansemål (FKM) og de allmennmedisinske læringsmålene (ALM). Disse kan skrives ut og brukes som arbeidshefter i den fortløpende veiledningen.*

- [Temahefte Allmennmedisin](#)
- [Temahefte for felleskompetansemål for ASA-spesialitetene](#)

- *Kompetansevurdering*

Dette er en overordnet nasjonal veileder for alle spesialiteter. Det må samles erfaringer og utvikles metoder for kompetansevurdering som er realistiske og tilpasset den allmennmedisinske kontekst. Dette blir en viktig del av fagutviklingen i allmennmedisin.

Les mer på Helsedirektoratets nettsider: [Kompetansevurdering av leger i spesialisering](#)

Kommunens ansvar og planer

Alle kommuner med leger under spesialistutdanning skal være registrerte utdanningsvirksomheter og tilby helhetlig utdanningsløp og veiledning.

Kommunen skal blant annet lage en *generell* utdanningsplan. Hver ALIS skal ha en *individuell* utdanningsplan som underskrives av ALIS, veileder og ansvarlig i kommunen. ALIS-kontorene har laget egne maler tilpasset allmennmedisin, de finner du på alis.no.

Kompetanseportalen

Kompetanseportalen benyttes for dokumentasjon av spesialistutdanningen. Alle LIS som skal søke spesialistgodkjenning etter ny forskrift må bruke kompetanseportalen.

Les mer om kompetanseportalen på Helsedirektoratets nettsider: [Kompetanseportalen](https://helsedirektoratet.no/kompetanseportalen)

Kontrakt mellom veileder og ALIS?

ALIS-kontorene har utarbeidet en mal for kontrakt mellom ALIS, veileder og kommunen, se alis.no. Slik kontrakt er ikke obligatorisk, men vi anbefaler bruk av kontrakt da en samtale mellom veileder og ALIS der disse punktene gjennomgås vil skape klarhet og legge grunnen for et ryddig samarbeid.

Konvertering fra gammel til ny ordning

Dette er en problemstilling individuelle veiledere kan møte. Mer informasjon om konverteringsprosessen finner dere på alis.no.

OBS: Fristen for overgangsordningen er utsatt til 31.12.2026 og frist for konvertering fra gammel til ny ordning er utsatt til 31.12.2023

Ord og begreper som brukes i ny spesialistordning

Helsedirektoratets har laget en nyttig liste med definisjoner (se **Definisjoner** s.48).

Kompetanseportalen

Mange lurer på om denne portalen og all trykningen blir for komplisert og tidkrevende. Heldigvis er de unge legene som har hatt LIS-1 tjeneste vant til å bruke kompetanseportalen og erfaringen er at kompetanseportalen er grei å bruke når man først har kommet i gang. Bruk den sammen med ALIS i veiledningssamtalene, se på læringsmålene, og diskuter temaene etter hvert, så er dette overkommelig.

Hvordan komme i gang?

1. ALIS må ta kontakt med kommunen (registrert utdanningsvirksomhet) for å avklare hvem som skal ha rollene som leder, veileder (og eventuelt supervisor).
2. ALIS registrerer seg som ny bruker med HelseID første gang hun logger seg på portalen.
3. Deretter inviterer ALIS inn leder, veileder og eventuelt supervisor i løsningen. Det kan inviteres flere supervisor, men kun én veileder og én leder. Dersom en person har flere roller (både veileder og leder), må ALIS sende én invitasjon for hver rolle. For veiledere som også har rollen som supervisor er det tilstrekkelig å logge inn som veileder, enten man skal dokumentere veiledning eller supervisjon.
4. Etter å ha mottatt invitasjon til portalen, må leder, veileder og supervisor(er) identifisere seg med HelseID før de kan opprette bruker. Det vil ikke være mulig å opprette bruker for rollene leder, veileder og supervisor før man har mottatt invitasjon fra ALIS.
5. Det er den kommunale lederen som tildeler ALIS kompetanseplanene ALM (88 læringsmål) og FKM (24 læringsmål). Det er ALIS sitt ansvar å få dokumentert sine læringsaktiviteter, og invitere supervisor, veileder og leder til å signere for oppnådde læringsaktiviteter og/eller læringsmål.

Hvordan fortsette?

- Både veileder og ALIS kan skrive forberedelse til, og referat fra samtalen. Kun veileder kan ferdigstille referatet i Kompetanseportalen. Når referatet er ferdigstilt kan det ikke endres. Både ALIS og veileder kan lese referat fra gamle veiledningssamtaler
- Når du som veileder logger inn på Kompetanseportalen: Du logger inn på «min veiledningskandidat», her finner du listen over læringsmålene i venstre fane og kan åpne de enkelte læringsmålene og finne utdypende tekst. Du kan se hvor mye ALIS har jobbet med de

enkelte læringsmålene. Når man arbeider med læringsmålene er de «gule», og når de er ferdig signert er de «grønne».

- Veileder eller ALIS logger seg på Kompetanseportalen og trykker på «veiledning» og «ny samtale».
- ALIS forbereder tema og foreslår læringsmål som skal gjennomgås. I tillegg kan selvfølgelig veileder også forberede tema. Veileder oppfordrer alltid ALIS til å ta med egne kasuistikker og opplevelser som utgangspunkt for veiledning.
- ALIS noterer stikkord for diskusjonen, for eksempel:
«Demens og førerkort», «Utredning og behandling av KOLS», «Laboratorieundersøkelser i allmennpraksis», «Konsultasjonsteknikk, uenighet med pasient» eller lignende.
- ALIS må finne hvilke læringsmål man har diskutert og eventuelt skrive det i referatet.
- Hvis du er både veileder og supervisor for samme ALIS kan det være fornuftig å begynne med konkrete og avgrensede læringsmål knyttet til supervisorrollen. Mange av prosedyrene i ALM 063, slik som gynekologisk undersøkelse, ryggundersøkelse eller hudbiopsi, kan gjøres sammen i en felleskonsultasjon etterfulgt av veiledningssamtale.
- ALIS må også legge inn kursbevis og andre dokumenter som trengs i spesialistutdanningen slik at veileder kan signere ut læringsaktivitetene som er fullført.

Konvertering fra gammel til ny ordning

ALIS har ikke brukt kompetanseportalen tidligere, og må lære seg dette. Fremgangsmåten er den samme; ALIS må opprette profil i kompetanseportalen og invitere veileder og leder inn i portalen.

Utfordringen er hvordan ALIS kan få dokumentert den kompetansen hun har oppnådd før konvertering. Dette forutsetter et godt samarbeid med veileder, kommunal leder, gruppeveileder og eventuelt tidligere kolleger for å påse at alle læringsaktiviteter og klinisk praksis er gjennomført. Det er flere eksempler på at leger med nesten fullført spesialistutdanning har konvertert til ny ordning og fått gjennomført utdanningen uten særlig mye byråkrati. Mer informasjon om konverteringsprosessen finner du på alis.no.

Brukerstøtte for kompetanseportalen

Ved spørsmål om bruk av kompetanseportalen kan du:

- Ringe 948 15 749
- Send epost til: liskommune@ihelse.net

Åpningstiden er mandag til fredag fra kl. 09.00 – 15.00.

Veiledningssamtale med kort referat

K - Jeg synes det er vanskelig å vite hvor omfattende utredning jeg skal starte med ved mange av problemstillingene pasientene har. På sykehus var det vanlig å ta en masse prøver og undersøkelser med en gang når pasienten ble innlagt. Jeg tenker på læringsmål ALM 034: *Selvstendig kunne gjennomføre trinnvis utredning med tilpasset bruk av ressurser.*

V - Ja, det er et læringsmål som beskriver en viktig forskjell på allmennpraksis og sykehusutredning. Hva tenker du om dette? Jeg vil gjerne at du forteller om en pasient du har hatt som du har vært usikker på.

K - I går kom det en kvinne på 45 år som klaget over mye hodepine det siste halvåret. Hun jobber som sekretær og sitter hele dagen og skriver på PC. Hun hadde også vondt i nakken og armene. Hun følte seg sliten og ba om sykmelding. Jeg tenkte at jeg ville utrede dette først og finne årsaken til hodepinen, så jeg gjorde en klinisk undersøkelse som var normal, og rekvirerte blodprøver med hematologi, SR og jern/vitaminer. Jeg lurte på om jeg skal bestille MR av hodet for å se om det er en hjernesvulst?

V - Hvis man innlegges på sykehus med hodepine er nok terskelen lav for å rekvirere MR, men hvordan vil det bli om vi rekvirerer MR på alle som forteller til fastlegen at de har hodepine? Jeg har lest en gang at livstidsprevalensen for hodepine er over 90%.

K - Det er vel feil ressursbruk å sende alle med hodepine til MR. Men hvordan kan vi sile ut de som har høyere risiko for patologisk MR?

V - Jeg sjekker innimellom det vi kaller «røde flagg». Kan vi se på en oversikt over dette når det gjelder hodepine, og se om denne pasienten har noen av de symptomene?

K - Ja, her er listen, det ser ikke ut som hun har noen av de farlige tegnene. Da tror jeg ikke jeg rekvirerer MR nå.

V - Det synes jeg er fornuftig. Hva avtalte du med pasienten?

K - Hun ba om sykmelding, og jeg skrev sykmelding frem til tirsdag, hun har ny time da når prøvesvarene har kommet, og så får jeg snakke mere med henne om hva som medvirker til hodepinen.

V - Det er fint. Når vi er usikre i allmennpraksis er det lurt å sette opp en kontrolltime. Ofte er plagene blitt bedre eller mere avklart når vi bruker tid som diagnostisk verktøy. Dette er et godt eksempel på hvordan vi skal tenke om ALM 034. Det er fint om du skriver noen stikkord i referatet.

Referat skrevet av ALIS:

Diskusjon om ALM 034. Hodepine, trinnvis utredning med tilpasset ressursbruk, diskusjon om utredning med MR. Røde flagg. Oppfølging med kontrolltime.

Rollen som individuell veileder

Omfang og godtgjørelse

Om omfang av veiledningen og godtgjørelse for veileder skriver Helsedirektoratet følgende:

«For å sikre et minimumsomfang på veiledningen for leger under spesialisering i allmennmedisin, skal veiledningen i gjennomsnitt være på minst fire timer per måned i 10,5 av årets måneder. At dette er satt som et gjennomsnittskrav, medfører at timetallet kan variere noe fra måned til måned ut fra hva som er mest hensiktsmessig. Samtidig må veiledningen til sammen være på minst 42 timer i løpet av et år, og tilbys så lenge utdanningen pågår. Kommunene får bevilget midler til å dekke lønnsutgifter til veileder med kr 1000 per time i 2022.»

Rammer for veiledningen

Veiledning skal skje i form av planlagte samtaler uten avbrytelser og hastverk. Til forskjell fra supervisjon er det ikke krav til pasientrelaterte handlinger eller beslutninger der og da. Tid og sted for veiledningssamtalene blir dere enige om. På dagtid eller på kveldstid? På legekontoret eller privat? Hva med en hyggelig time hjemme hos veilederen? Eller kanskje en vandrende samtale? Veiledningssamtaler bør oftest være fysiske møter, men kan også gjennomføres på videosamtaler eller telefon.

Individuell veiledning er ment som en langvarig relasjon. ALIS skal ha *én* allmennmedisinsk veileder, i hvert fall én av gangen. Hvis ALIS har samme veileder over fem år, blir det en kontinuitet der veileder kan følge ALIS sin faglige modningsprosess fram til hun er blitt spesialist. Dette vil selvfølgelig ikke alltid la seg gjøre. Mange ALIS må skifte allmennmedisinsk veileder underveis. Det som tapes i kontinuitet kan oppveies av variasjon og nye impulser!

Også når ALIS har institusjonstjeneste bør hun ha kontakt med sin allmennmedisinske veileder. Det kan være nok med en samtale i måneden, og tema kan være hvordan det som læres på sykehus vil forstås fra et allmennmedisinsk perspektiv.

Hvem kan være veileder?

Veileder må være spesialist i allmennmedisin (det kan søkes om tidsbegrenset unntak ved særlig veiledermangel). I den perioden der ALIS er i åpen, uselektert allmennpraksis er det en fordel om veileder og ALIS arbeider på samme legesenter. Da vil det være lettere å få til individuell veiledning, og veileder kan i større grad også være supervisor og ha felleskonsultasjoner. Det er nyttig å opprettholde skillet mellom supervisjon og veiledning. Vi anbefaler at du klargjør for deg selv og for din ALIS hvilken rolle du har i ulike situasjoner.

Hvis veileder og ALIS arbeider på forskjellige kontor, kan kollegene på ALIS sin kontor være supervisører og inviteres til kompetanseportalen av ALIS og dermed gjennomføre felleskonsultasjoner.

En spesialist i allmennmedisin kan være veileder selv om hun ikke lenger selv jobber i allmennpraksis, men for eksempel i sykehjem, kommunal legevakt eller som nylig pensjonert spesialist. Når ALIS skifter arena til uselektert allmennpraksis må veileder ha tett kontakt med supervisører i ALIS sin gruppepraksis, og gjerne gjennomføre praksisbesøk og ha noen felleskonsultasjoner med ALIS der. Alternativt bør ALIS skifte veileder.

Rollen som supervisor

Omfang og godtgjørelse

Supervisjon er rettighetsfestet i spesialistordningen. Det er ikke satt krav til omfang utover at det er anbefalt «felleskonsultasjon med supervisor» som læringsaktivitet tilknyttet 10 læringsmål.

Supervisjon skjer der ALIS til enhver tid arbeider. ALIS skal ha supervisjon på alle læringsarenaer (for eksempel legekontor, sykehjem, sykehus eller legevakt) gjennom hele spesialistløpet. Det kan være en fordel med flere supervisører samtidig, for eksempel alle de erfarne kollegene i en gruppepraksis.

Det er ikke kommet noen sentral avtale om honorering av næringsdrivende leger som blir supervisører, for kommunalt ansatte leger vil supervisjonen inngå som del av arbeidet. På samme måte som det tar tid å være praksislærer for en medisinstudent, tar det tid å gi god supervisjon i tråd med spesialistforskriften.

Blant annet ved felleskonsultasjoner og attestasjon av praktiske prosedyrer har supervisøren omfattende oppgaver. Supervisøren skal være en erfaren allmennlege, hun trenger ikke å være spesialist. Andre kompetente fagpersoner kan også være supervisører, for eksempel jordmødre eller helsesykepleiere, de inviteres til å signere læringsaktiviteter på samme måte.

Læringsmålene

Spesialiseringen i allmennmedisin skal vare minst fem år etter fullført LIS1. Minst to år skal være i åpen uselektert allmennpraksis. I løpet av denne tiden skal ALIS nå kliniske læringsmål i allmennmedisin (ALM) og felles kompetansemål (FKM). Ved søknad om spesialiteten må ALIS legge ved dokumentasjon på at læringsmålene er godkjent. De fleste læringsmålene forutsetter at man har fått endel erfaring og modning i faget før de signeres som fullførte. De vil bli oppfylt i siste del av spesialistutdanningen, men målene kan styre læringen hele veien.

I *Temaheftene*, samt *anbefalt utdanningsplan* fra Helsedirektoratet, beskrives læringsmålene med utdypende tekst, sammen med læringsaktivitetene som er anbefalt for å nå hvert enkelt mål.

Ved første blick kan den lange listen med læringsmål i allmennmedisin virke overveldende. Noen læringsmål er spesifikke og praktiske, andre er omfattende og virker nesten uoppnåelige. Arbeidsgruppa som har foreslått læringsmålene har bestått av spesialister i allmennmedisin – dette er leger som deler vår virkelighet og har tenkt seg godt om. Det har tatt oss litt tid å venne oss til læringsmålene, men nå liker vi dem. Mange er nyskapende og verdiladet. De kan hjelpe oss å forsvare og videreutvikle pasientsentrert allmennmedisin.

Hvordan skal læringsmålene i allmennmedisin forstås?

To eksempler:

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

Kommentar: Betyr dette «Kjenn deg selv som lege, og hjelp din kollega til å bli kjent med seg selv på samme måte»? I så fall er det et mål vi kan bruke hele yrkeslivet på, og kanskje aldri nå. Det skal sannsynligvis forstås mer avgrenset: Hvis ALIS har tilstrekkelig med kunnskap og brukbart med ferdigheter, og ikke er unødig skråsikker eller uforsiktig er hun kanskje langt på vei?

ALM 044 Selvstendig kunne kommunisere med en pasientsentrert tilnærming som støtter pasientens tillit og autonomi, og som er karakterisert ved empati, respekt og innlevelse.

Kommentar: Dette er et læringsmål vi liker. For pasienter er det godt å bli møtt på denne måten, og det er ikke uoppgåelig. En metode for læring er felleskonsultasjoner med supervisor, som beskrives senere. Som gruppeveiledere i allmennmedisin og i kognitiv terapi har vi sett mange videokonsultasjoner som har disse kvalitetene. Er det derfor fastlegeordningen har så godt omdømme i befolkningen?

Læringsmålene for medisinsk kompetanse

Læringsmålene fra 056 til 075 handler om medisinsk kompetanse. Disse læringsmålene er ikke delt inn i sykdommer eller organsystemer slik det gjøres i lærebøker, og slik det er gjort med læringsmål i sykehusspesialitetene. Målene har isteden en form som ligger nærmere allmennmedisinens faglige egenart og vår hverdag.

Noen eksempler

- | | |
|----------------|---|
| <i>ALM 060</i> | 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 |
| <i>ALM 064</i> | Ha utviklet god seleksjonskompetanse og klinisk mønstergjenkjennelse |
| <i>ALM 071</i> | Selvstendig kunne diagnostisere og behandle kroniske sykdommer i primærhelsetjenesten, og kunne samarbeide med spesialisthelsetjenesten om slike pasienter |

Kommentar: Vi tror disse læringsmålene er i samsvar med ALIS sin faglige utvikling. I allmennmedisin skjer ikke læringen på *en* spesialavdeling av gangen, men i bredden og over tid. Samtidig skjer læringen ved at ALIS møter og håndterer pasienter med «alle lærebokas» ulike kontaktårsaker og diagnoser. Det er summen av spesifikke medisinskfaglige utfordringer som bidrar til medisinsk kompetanse. ALIS vil bygge videre på det hun har lært som LIS1 i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Vi foreslår at veileder ser tilbake på læringsmålene for kommunehelsetjenesten sammen med ALIS. Noen læringsmål er formulert som «under supervisjon kunne...». Av en spesialist i allmennmedisin forventes at hun kan fylle disse læringsmålene selvstendig, uten supervisjon!

Læringsaktiviteter

Som regel er det oppført flere læringsaktiviteter knyttet til hvert læringsmål. Eksempler er gruppeveiledning, emnekurs, felleskonsultasjon med supervisor, praksisbesøk.

Kommentar: Læringsaktiviteter er *anbefalt*, ikke *forskriftsfestet* slik som læringsmålene. Det er derfor rom for skjønn. Men det er lurt å følge anbefalingene. Det betyr å gjennomføre alle aktivitetene som er nevnt under hvert læringsmål. I tillegg har Helsedirektoratet kommet med en viktig klargjøring høsten 2020: *Individuell veiledning forutsettes som læringsaktivitet for alle læringsmålene.*

Individuell veileder skal gå gjennom alle læringsmål i ALM og FKM med ALIS. Grunnen til at dette ikke står oppført som læringsaktivitet for alle læringsmål er at det ville medføre over 100 rader ekstra i Excel arket.

Erfaring som læringsaktivitet

ALM 031 Selvstendig kunne yte adekvate primærhelsetjenester til pasientpopulasjonen gjennom hele livsløpet.

Anbefalte *læringsaktiviteter* som er oppført, er gruppeveiledning og arbeidserfaring fra ulike allmennmedisinske arbeidsområder.

Kommentar: Læringen av arbeidserfaringen som er nevnt her utdypes gjennom veiledningssamtalene om konkrete problemstillinger fra klinisk praksis. Der ALIS har praksiserfaring fra ulike arenaer slik som helsestasjon og sykehjem/ØHD/KAD bør veileder spørre: «Hva har du lært av dine erfaringer der?» Dette læringsmålet bør signeres i siste del av utdanningen etter flere år med veiledning individuelt og i gruppe.

Kurs som læringsaktivitet

Kurs er fortsatt en viktig læringsaktivitet i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Emnekurs i minimum seks ulike emner inngår som læringsaktivitet for en rekke av læringsmålene i medisinsk kompetanse.

Veileder kan oppmuntre ALIS til bevisste valg av emnekurs som gir breddekompetanse og passer til eget læringsbehov. Alle kursarrangører bør opplyse om læringsmål når kurs annonseres.

Kompetansevurdering og godkjenning av læringsmål

Det er kommunen, som registrert utdanningsvirksomhet, som har ansvar for godkjenning av læringsmål. Det er likevel den individuelle veileder som i praksis vurderer ALIS sin kompetanse, og bør kommentere på alle læringsmål når kompetansen vurderes oppnådd. Disse kommentarene vil være til god hjelp for kommunal leder når læringsmålet skal signeres til slutt.

For å vurdere kompetanse må du ha et *grunnlag*. Når det gjelder grunnlaget er utgangspunktet din kjennskap til ALIS gjennom mange veiledningssamtaler. Du trenger også å vite noe om hva ALIS gjør, ikke bare hva hun sier at hun gjør. Her kommer supervisjon inn. Supervisører vil ofte være kolleger i samme praksis som ALIS. Supervisører gir ALIS hjelp og råd i den daglige praksis på vanlig kollegial måte, men skal også ha felleskonsultasjoner og bistå med innlæring av praktiske ferdigheter. Den individuelle veileder kan, som vi har nevnt tidligere, godt være supervisor i tillegg. ALIS sin gruppeveileder bidrar til å gi grunnlag for kompetansevurdering. Det samme gjelder andre samarbeidspartnere.

Og du må ha en mening om hva som er *godt nok*. Hvor skal lista ligge? Vår erfaring er at de aller fleste av våre unge kolleger som er under spesialisering i allmennmedisin er kloke, kunnskapsrike og arbeidsomme og skal få godkjent sine læringsmål etter hvert som tiden er inne. De passerer over lista med god klaring!

Når veileder skal vurdere om et læringsmål er nådd og kan signeres av kommunal leder, anbefaler vi en samtale mellom ALIS og veileder der dere oppsummerer læringen av praksiserfaringene, veiledningssamtalene og de andre læringsaktivitetene.

Kommentar: Oppgaven med å vurdere kompetanse kan i første omgang virke skremmende for den individuelle veileder. Man vil gjerne rose, hjelpe, oppmuntre og bidra til læring underveis. Hvilket ansvar påtar veileder seg ved å vurdere når et læringsmål anbefales godkjent? Blir det en slags garanti til samfunnet for at denne ALIS holder mål? Hva skjer hvis veileder ikke synes at ALIS når læringsmålene? Overfor svake eller usikre ALIS har du som individuell veileder noen redskaper som ikke fantes før: Du kan åpent forklare din rolle for din ALIS og gi *tilbakemeldinger underveis*. Du må dele ansvaret med henne, med spørsmål av typen «Hva må til for at du skal nå dette læringsmålet?»

Og du behøver ikke bære tvilen alene. Samrør deg med supervisor og eventuelt gruppeveileder, samt kommunal leder. Hvordan kan vi hjelpe denne ALIS til å få den nødvendige kompetanse?

Helsedirektoratets veileder i kompetansevurdering finner du på: [Veileder kompetansevurdering av leger i spesialisering](#)

Underkjenning av læringsmål?

Så kommer det noen sjeldne unntak. Det kan være leger som av ulike årsaker har store problemer med å fungere i allmennmedisin eller som lege i det hele tatt, og som kanskje burde vært stoppet tidligere? Slike tilfeller er alltid vanskelige, og ingen er like. Som regel vil det handle om at du som veileder er i tvil om ALIS har god nok kompetanse til å oppfylle sentrale læringsmål:

ALM 001 Selvstendig kunne sikre faglig forsvarlighet av egen klinisk praksis

Kommentar: Av og til vil det være tydelige årsaker. Omfattende faglig svikt? Manglende evner til kommunikasjon? Psykisk sykdom? Atferdsproblemer? Rusmisbruk?

Vurderingskollegium?

Om vurderingskollegium skriver Helsedirektoratet følgende:

«Leder avholder vurderingskollegium for å foreta en helhetlig sluttvurdering av måloppnåelse for en gitt spesialiseringsperiode. Et vurderingskollegium består av leder, veileder, en eller flere supervisører samt eventuelt andre relevante medarbeidere. For å fremme tillit og transparens deltar LIS som hovedregel i møtet. I de tilfeller der LIS ikke deltar bør veileder gi god informasjon til LIS før møtet for å motvirke utrygghet og usikkerhet.»

I allmennmedisin kan vi kalle det et vurderingskollegium hvis du som veileder tar initiativ til et møte med den ansvarlige leder i kommunen sammen med supervisører, gruppeveileder og andre som har jobbet sammen med vedkommende. Kanskje et møte med færre deltakere i første omgang?

Som veileder skal du ikke sitte alene med bekymringer for en dysfungerende ALIS. Dersom du ikke klarer å finne gode løsninger lokalt kan det være nyttig å ta kontakt med kommunal leder og/eller kommunelegeoverlege. Ditt regionale ALIS-kontor kan også bistå med rådgivning knyttet til regelverket.

ALIS sine rettigheter

Siden underkjenning knyttes til læringsmål og ikke bare til det mer diffuse «personlig egnethet» blir situasjonen mer konkret enn tilfellet var før. Spesialistforskriften beskriver ALIS sine rettigheter til ny vurdering og saksgang ved underkjenning:

«Dersom en lege i spesialisering i utdanningens andre eller tredje del ikke får dokumentasjon på at et læringsmål er oppnådd, har legen rett til en ny vurdering. Dersom lege under spesialistutdanning tilknyttet registrert utdanningsvirksomhet ber om det, skal fylkesmannen legge til rette for ny vurdering.»

Veiledningssamtalene

Samtaler med utgangspunkt i konkrete situasjoner og opplevelser er kjernen i veiledningen og bør ta det meste av tiden. Veileder bør også følge med på progresjonen i ALIS sin læring og personlige utvikling som allmennlege ved å stille spørsmål som dette:

- Hvordan følges utdanningsplanen?
- Hvordan oppleves de faglige utfordringene?
- Hvordan går det med de praktiske ferdighetene?
- Hvordan oppleves samarbeidet med kolleger og medarbeidere?
- Hvordan fungerer kommunikasjon med pasienter og pårørende?
- Hvordan oppleves balansen mellom arbeid og privatliv?

Den første samtalen mellom ALIS og individuell veileder

I første samtale er det naturlig å gå gjennom ALIS sin individuelle utdanningsplan. Planen baseres på den aktuelle kommunens generelle utdanningsplan. Det er den kommunale lederen som skal hjelpe ALIS med å fylle ut planen, helst sammen med den individuelle veileder. Hvis dette gjøres på et møte mellom de tre, kan det bli en nyttig diskusjon om hvordan veiledningen skal gjennomføres. Planen danner grunnlaget for det videre samarbeidet mellom den individuelle veileder og ALIS, og justeres når det trengs (Mal for individuell utdanningsplan finner du på alis.no).

Første samtale tar videre for seg hvordan samarbeidet skal foregå, og klargjør mest mulig åpent både veilederens og ALIS sine roller og oppgaver. Altså en samtale om samtalene.

Momenter veileder bør ta med i den første samtalen:

- Jeg vil gjerne høre hva slags erfaringer du har med veiledning og supervisjon som LIS1.
- Hvordan syns du systemet med læringsmål og vurdering har fungert?
- Hvilke forventninger har du til meg som veileder?
- Er det greit at jeg sier noe om min rolle som veileder?

Min rolle er å hjelpe og støtte deg i å oppnå spesialistkompetanse i allmennmedisin. Det innebærer at vi begge må være oppmerksomme på læringsmålene for spesialiteten allmennmedisin og de felles kompetansemålene som handler om legerollen og gjelder for alle spesialiteter.

- En viktig veilederoppgave er å gi deg tilbakemeldinger underveis. Jeg vil legge vekt på det du gjør bra, og være samtalepartner om medisinskfaglig læring. Samtidig er det naturlig at jeg som veileder vil se situasjoner eller oppdage områder der du må styrke deg. Det kan være medisinsk-faglige områder, og det kan handle om kommunikasjon med pasienter eller kolleger og andre samarbeidspartnere. Da vil jeg gi deg tilbakemeldinger slik at du får mulighet til å forbedre deg. Målet er at du blir tydeligere for deg selv som lege i spesialisering. Hvordan synes du dette høres ut?

Kommentar: En åpen beskrivelse av denne veilederoppgaven vil gjøre det lettere for veileder på et senere tidspunkt å korrigere ALIS. Veileder kan da minne om den første samtalen. ALIS-kontorene har laget en mal for avtale/kontrakt om individuell veiledning som undertegnes av både veileder, ALIS og kommunen (se alis.no). Denne kan presenteres i første veiledningssamtale og undertegnes der og da eller i neste veiledningssamtale

Underveisevaluering av veiledningssamtalene

Vi anbefaler å bruke tid på dette allerede etter fire-fem veiledningssamtaler.

Veileder kan si; «Vi er nå godt i gang med regelmessige veiledningssamtaler, og jeg trenger å vite hvordan du synes dette fungerer. Kan vi ha en samtale om det?» Videre opplegg for denne evalueringssamtalen blir opp til den enkelte veileder. Det som er nyttig å få fram fra ALIS er blant annet: «Hva får du ut av dette? Er det noe du savner? Noe du synes vi skal endre på? Hva tenker du om mine forberedelser, og hva tenker du om dine egne? Kanskje vi skal se sammen på punktene i veiledningskontrakten?»

ALIS-kontorene har laget et oppsett for de første seks veiledningssamtalene, hvor vi også beskriver rammer og anbefalt innhold. Oppsettet finner du på alis.no under «Hvordan komme i gang med veiledningen?».

Pedagogikk for den individuelle veileder

Så til det vi kan kalle ekte veiledning. Med det mener vi en samtale der veileder utforsker ALIS sine faglige opplevelser og kompetanse. Metoden er at veileder stiller åpne spørsmål. Noen kaller dette sokratisk utforskning. Sokrates ga ikke svar, men stilte spørsmål. Han brukte spørsmålene til å styre samtalen i den retningen han ville.

Hva kjennetegner en god veiledningssamtale?

Utgangspunktet bør være et konkret eksempel, som vi kan kalle *veiledningsgrunnlaget*. Det er en situasjon eller et tema ALIS bringer med seg til samtalen fordi det oppleves som vanskelig, viktig og verd å dvele ved. Det kan i starten være uvant for ALIS å komme på et konkret eksempel.

Noen ganger kan ALIS isteden foreslå et generelt tema og be om råd: *«Hvor streng skal man være med B-preparater?»*

Da gjelder det at veileder ikke faller for fristelsen til å svare på samme generelle nivå. *«Jeg tror ikke man skal være fanatisk motstander av B-preparater.»* Isteden bør veileder svare: *«Det er et viktig tema. Fortell om en konsultasjon der du lurte på dette, så har vi et utgangspunkt.»* Det konkrete eksempel gjør samtalen virkelighetsnær, og tilfører ofte emosjoner som er viktige for læring. Det er mindre risiko for at man snakker forbi hverandre. En annen måte å få fram et veiledningsgrunnlag er å be ALIS fortelle hva som skjedde på kontoret i går eller på siste vakt.

En dialogbasert åpen samtale er den grunnleggende form

Veiledningssamtaler skal inspirere til dialog der begge parter vil utforske den andres perspektiv, bygge på hva den andre har sagt og la seg bevege av den andre. Begge parter stiller hverandre spørsmål for å finne ut mer: *Asking questions from the position of not knowing*. I en åpen samtale mellom veileder og ALIS går læringen begge veier.

Dette læringsmålet som gjelder møtet mellom lege og pasient, passer like bra for møtet mellom veileder og ALIS:

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.

Dette læringsmålet er i tråd med filosofen Epiktet som sa at det ikke er en hendelse i seg selv, men vår tolkning av den som er av betydning. Det kommer ikke så mye ut av å slå fast at en pasient eller ALIS er «vanskelig». Der er mer å hente på å se på kommunikasjonen mellom oss, og hvordan situasjoner kan leses på forskjellige måter.

Motsatsen til en dialogbasert åpen samtale er diskusjoner der begge parter er opptatt av å vinne. Det kan bli en skyttergravskrig der læringsaspektet forsvinner. Å argumentere mot en ALIS fører sjelden fram.

Åpne spørsmål og oppfordringer

Dette er veileders viktigste metode i dialogen. *Åpne spørsmål kan ikke besvares med ja eller nei.* Grammatikken er viktig her. Åpne spørsmål starter vanligvis ikke med et verb. «Vet du hva klokka er?» er grammatisk et lukket spørsmål og kan for eksempel besvares med et ja. «Hva er klokka?» er et åpent spørsmål.

Gode åpne spørsmål starter ofte med *hva* eller *hvordan*. Dette høres lett ut, men vi glemmer ofte å stille åpne spørsmål i situasjoner der vi burde gjøre det.

Spørsmålet «Har du tenkt på at...?» høres fint ut, men er i virkeligheten et lukket spørsmål. Egentlig er det et råd kamuflert som et spørsmål. Vent med det!

En vanlig feil er å lukke sitt eget gode åpne spørsmål med et oppfølgingsspørsmål: «Hvordan gjorde du det? Gjorde du det sånn eller sånn?»

Kommentar: Alle leger har lært at i pasientkonsultasjoner er det lurt å starte med åpne spørsmål for å få tak i pasientens agenda. Senere i konsultasjonen kan eksaminerende lukkede spørsmål ha sin plass. For eksempel kan legens mistanke om høyt alkoholkonsum styrkes eller svekkes gjennom lukkede spørsmål: «Har du eller andre blitt skadet som

følge av at du har drukket? Har en slektning eller venn eller lege bekymret seg over drikkingen din, eller antydde at du bør redusere?»

Åpne spørsmål stilles fordi man er interessert og gjerne vil at den andre skal fortelle. Like effektivt som et åpent spørsmål er å se interessert ut og si «*fortell mer om det*». Hvis ALIS sitt eksempel er en konsultasjon gjelder det å spørre detaljert og konkret helt til veilederen ser situasjonen for seg: «*Når var det, hva sa pasienten, hva sa du, hvor godt kjenner du pasienten fra før, hva tenkte du?*»

Hvis ALIS spør «*forstår du hva jeg mener?*» så har du som veileder en gylden anledning til å få ALIS til å få formulere tydeligere hva hun mener. Svar ikke ja, men si heller «*jeg forstår ikke helt hva du mener, kan du forklare nærmere?*» Still deg nysgjerrig og vennlig uforstående!

Praksistrekanten

Når veiledningsgrunnlaget er tilstrekkelig beskrevet, kan veileder styre samtalen etter modellen *Praksistrekanten*. Tanken er å løfte samtalen opp fra det beskrivende nivå P1 til begrunnelser P2 og til personlige meninger og verdier P3. Dette kan bidra til refleksjon og læring. Her er modellen og eksempler på spørsmål for hvert nivå:

PRAKSISTREKANTEN



Lauvås P, Handal G. Veiledning og praktisk yrkesteori. Cappelen Akademisk 2000

P1 er handlingsnivået

- Be ALIS beskrive situasjonen. Gå i detalj og få et inntrykk av hva som skjedde. Bruk åpne spørsmål.

P2 er begrunnelsesnivået

- Hvorfor gjorde du det på den måten?
- Hvilke erfaringer eller kunnskaper eller retningslinjer bygger du på?

P3 er nivået for verdier, personlige holdninger og meninger

- Hva gjorde denne situasjonen med deg som lege?
- På hvilken måte blir du berørt av denne opplevelsen?
- Hvordan tror du pasienten og eventuelt andre involverte opplevde dette?
- Er det noe du tror du bør ta opp med pasienten senere?
- Hva kunne du gjort annerledes og hva hindret deg i så fall fra å gjøre det?
- Hva har du lært av dette?

Eksempler på veiledningssamtaler etter praksistrekant modellen:

Samtale 1

ALIS forteller deg at hun for første gang skal ha en mann som har bestilt time for å få Pre-eksponeringsprofylakse. Det er et forebyggende behandlingstiltak til hiv-negative med høy risiko for smitte. ALIS ønsker å være forberedt, men har også en del betenkeligheter med å skrive ut dette.

P1 nivå:

V – Så bra at du vil være forberedt før konsultasjonen. Jeg må innrømme at her har jeg ikke så mye erfaring selv. Si litt mer om dette.

K – Han er ny for meg, men jeg ser av epikrise at han har hatt mange partnere. Jeg må være medisinsk godt forberedt.

P2 nivå:

V – Hvor vil du kunne finne mer informasjon om dette?

K – Jeg kan kanskje ringe til infeksjonsavdelingen på sykehuset og høre om noen kolleger har erfaring. Jeg lurer på om det skal på blå resept? HELFO har kanskje informasjon.

V – Dette virker veldig gjennomtenkt. Jeg vil gjerne høre hva du finner ut.

P3 nivå:

V (fortsetter): Han er ny for deg. Du sa også at du var usikker på om du ville skrive det ut. Si mer om det.

K – Jeg må innrømme at jeg synes det er uansvarlig med hyppig partnerskifte når det er stor smitterisiko. Og jeg synes egentlig ikke at det skal betales av samfunnet, selv om det kanskje er på blå resept.

V – Du har noen meninger om hans seksualliv og om samfunnsutgifter. Hvordan ser du for deg at det vil prege konsultasjonen dere skal ha? Hvordan vil du formidle det til ham?

K – Jeg håpet du kunne gi meg et råd?

V – Kanskje mitt råd blir å være nysgjerrig på pasientens perspektiv: Han har bedt om medisiner som er helt lovlig og som samfunnet mener er bra for å hindre smittespredning av et farlig virus. Hva tenker han?

K – Jeg skjønner jo at han kunne oppleve meg som veldig avvisende. Jeg tror jeg skal forsøke å møte ham litt mindre fordomsfullt enn jeg egentlig hadde tenkt før vi startet samtalen.

V – Det synes jeg høres veldig klokt ut. Du må fortelle meg neste gang hvordan den konsultasjonen ble!

Læringsmål

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.

Samtale 2

K – Fint at vi kan ha en veiledningssamtale i dag. Jeg tenker fortsatt mye på en pasient jeg hadde i forrige uke. Pasienten gråt og var fortvilet og snakket om at hun ikke ville leve lenger.

V – Det høstes vanskelig ut, kan du fortelle meg mer om henne?

K – Det er en 35 år gammel kvinne med 2 barn på 6 og 2 år. Ved siste fødsel fikk hun en stor rift og har nå et lekkasjeproblem fra endetarmen. Hun er under oppfølging ved Kvinneklinikken som prøver å hjelpe henne, men hun har nylig vært til gastrokirurg som mente at de ikke kan operere dette. Etter det gikk hun helt i kjelleren psykisk og sier til meg at hun ikke kan leve med dette, og er forferdelig lei seg.

V – Hvilke forventninger tror du pasienten hadde da hun kom til deg?

K – Jeg er usikker på hva hun ønsket at jeg skal gjøre. Hun går hos en psykolog som hun har hatt lenge, det er på grunn av angst som hun sliter med. Pasienten ba meg ringe til psykologen, og det gjorde jeg senere på dagen. Psykologen sa hun ville gi henne en rask time for å følge opp dette nå.

V – Hva tenkte du på etter konsultasjonen?

K – Det var det hun hadde sagt om at hun ikke ville leve lenger. Hadde jeg gjort nok? Jeg hadde jo ikke spurt konkret om suicidale tanker og planer og metoder, men jeg ble såpass satt ut at jeg ikke klarte å gjøre det systematisk slik jeg lærte på kurs om dette. Egentlig tror jeg kanskje at hun formulerte seg slik for å understreke hvor ille dette er for henne, men at det forhåpentligvis ikke er slik at hun vil gjøre noe så ille som å ta livet av seg. Men jeg klarte ikke å legge bort bekymringen. Så jeg ba en kollega, som er min supervisor, om et råd.

V – Og hvilket råd fikk du?

K – At jeg kunne ringe pasienten og si at jeg hadde snakket med psykologen. Og det gjorde jeg. Pasienten takket og sa at psykologen allerede hadde kontaktet henne. Vi avtalte en ny time. Hun kommer om to dager. Jeg har satt av ekstra tid.

V – Så denne pasienten får oppfølging av psykolog og av gynekolog. Hva tenker du om din rolle som fastlege oppi dette?

K – Jeg opplever at hun har stort behov for å snakke om problemet og møte forståelse.

V – Jeg tror du gir henne akkurat det, som en god fastlege skal. Tilbake til din tanke om at du kanskje skulle ha kartlagt selvmordsrisikoen mer eksplisitt da hun var hos deg. Hvordan ser du på dette nå?

K – Jeg tror det jeg gjorde fungerte bra. Altså å ringe psykologen og deretter ringe pasienten tilbake.

V – Ja, det virker sånn. Det er interessant det du sa om at du ble satt ut og ikke fikk deg til å eksaminere henne om selvmordsplaner. Men kunne vi gjøre et lite tankeeksperiment? Hvis du hadde gjennomført den systematiske kartleggingen du lærte på kurset om selvmordsrisiko. Hva ville blitt annerledes da?

K – Jeg hadde kanskje følt meg mer lettet fordi jeg hadde vært flink?

V – Flink og lydig? En som følger retningslinjene? Hvilken forskjell tror du det ville gjort for pasienten om du hadde stilt henne de spørsmålene?

K – Hun ville kanskje blitt litt overrasket? Men jeg tror ikke det ville gjort så mye fra eller til. Jeg tror egentlig at jeg gjorde det som var viktigst for henne. Jeg tror det var at jeg lyttet til hennes historie og viste empati for hennes fortvilelse, og sørget for videre oppfølging. På slutten av konsultasjonen sluttet hun å gråte og var roligere og mer samlet.

V – Jeg tror at du i realiteten gjorde en selvmordsrisikovurdering. Hva skrev du i journalen?

K – Jeg beskrev hennes fortvilelse, at jeg søkte råd, at hun ble roligere og at jeg sørget for oppfølging både av psykolog og meg. Jeg kunne kanskje skrevet at jeg ikke trodde det var noen umiddelbar selvmordsrisiko, og ikke behov for å legge henne inn?

V – Ja, du kunne ha skrevet at du har gjort en selvmordsrisikovurdering og at hun trygt kunne reise hjem med rask oppfølging.

V (fortsetter): Denne konsultasjonen og det du har lagt fram rommer veldig mye. Hva har du lært av dette?

K – Jeg lært er at det er godt å ha supervisjon. Det var godt å rådføre seg med en kollega i samme praksis. Og så innser jeg at jeg må passe på hva jeg dokumenterer. Men jeg tror jeg kunne trenge å øve litt på kartlegging av selvmordsrisiko.

V – Jeg også. Kanskje vi kunne ha rollespille med hverandre neste gang? En fordel med en veiledningssamtale er at vi ikke står midt i en travel klinisk situasjon der vi må ta standpunkt til noe. Det blir mer tid til å snakke om læring, og om rollen som fastlege. Jeg synes du er flink til å reflektere over din rolle som hjelper for pasienter i krise.

K – Ja, takk for at du lyttet. Det var godt å få snakke om det.

Tilbakemeldinger i veiledningssamtalene

Å gi tilbakemeldinger er noe av det viktigste en veileder gjør. Også supervisøren gir tilbakemeldinger, som regel i læringssituasjoner som likner mester-svenn læring. Resten av dette avsnittet handler mest om tilbakemeldinger i veiledningssamtalene.

Målet med tilbakemeldinger er at ALIS skal se seg selv tydeligere som fagperson.

For å kunne dra nytte av tilbakemeldinger må ALIS oppleve at hun blir godt mottatt. Du som veileder må vise at du ser ALIS som en fagperson som har verdifulle bidrag i veiledningen. Det kalles å skape en annerkjennelsesplattform. Dere to må danne et «vi». Dere har en felles oppgave, men har forskjellige roller.

Den vanligste feilen vi leger gjør på dette området er å gi hverandre for lite tilbakemeldinger. Vi glemmer det. Glemmer å rose. Og vi vegrer oss for å gi mer kritiske eller korrigerende tilbakemeldinger. Som veileder og supervisor har vi dette som en eksplisitt oppgave. Hvis man ikke gir positive tilbakemeldinger, eller kritikk når det er nødvendig, fratar man ALIS en viktig mulighet for læring!

Spesifikk ros

Positive tilbakemeldinger skaper en trygg relasjon og åpner for muligheten for å ta imot korreksjoner etter hvert. Alle unge leger er opptatt av mestring og trenger å få bekreftet at de lykkes. Samtidig vil ensidig og overfladisk ros svekke troverdigheten. Replikken «godt jobba» kan bli tømt for innhold hvis den gjentas til stadighet.

Positive tilbakemeldinger er mest nyttige når de er spesifiserte. Det er gøy med applaus, men enda bedre med en beskrivelse av hva som var bra. Psykolog Guro Øiestad anbefaler ordet *fordi* her: «*Dette var bra fordi du gjorde sånn og sånn.*» For å klare det må veileder og supervisor være observant og ha blick for detaljene i det ALIS sier og gjør.

Kritiske tilbakemeldinger kan forberedes og ufarliggjøres

Å korrigere er vanskelig, men nødvendig. For at terskelen for å gi konstruktiv kritikk skal bli så lav som mulig må dette ufarliggjøres. Veileder og ALIS må snakke om åpent om det i de første samtalene. Veileder må forklare sin rolle og be om ALIS sin tillatelse, for eksempel slik:

«Som veileder kan det hende at jeg ser arbeidsmåter eller ting du gjør som jeg synes du burde forandre på. Det kan også skje at kolleger, helsesekretærer eller andre du jobber sammen med observerer noe eller opplever noe som de ber meg ta opp med deg. Hva tenker du om det? Er det greit at jeg gir deg tilbakemelding hvis dette skulle skje? Hvilken erfaring har du fra før med å bli korrigert? Hva har fungert tidligere? Hva har du opplevd som krenkende og hva har du lært av?»

Veileder kan også be om at ALIS sier fra hvis tilbakemeldingen oppleves sårende. Sammen kan dere finne en tilpasset stil.

Språket ved tilbakemeldinger

Språket er viktig ved korrigerende. Ikke sett et stempel på den du veileder. «Du er...» erstattes med «jeg ser at du....» «Jeg oppfatter det slik....». Dette er lettere for ALIS å ta imot. Kategoriske utsagn er sjelden konstruktive for en som er i en prosess. Tro ikke at du kjenner andres motiver, vær nysgjerrig og spør. Noen temaer vil komme igjen og det vil kunne skje en god utvikling. Man høster ikke den dagen man sår. Dere skal holde sammen i flere år, og anledningen vil dukke opp på nytt. Det djevelske ordet «men» må du unngå. «Du var veldig god med den pasienten, men....» Det er «men» ALIS husker, ikke det du sa først.

Et eksempel på hvordan unngå at ALIS går i forsvar?

Bakgrunn: Veileder har fått tilbakemeldinger fra flere avdelingssykepleiere på KAD om en ALIS som er faglig dyktig, men oppfattes som arrogant og nedsettende av sykepleierne. Det er blitt økende misstemning rundt denne ALIS, så veileder velger å innkalle til en ekstra samtale. Målet er å gi en konstruktiv tilbakemelding som fører til en endring.

V – Hei. Takk for at du har tatt deg tid å komme til en ekstra samtale.

K – Det går greit for meg, jeg bare lurte på hvorfor det hastet sånn?

V – Jeg setter veldig pris på at du er så fleksibel. Jeg synes det er godt å ha deg som ALIS. Du er

kunnskapsrik og engasjert og interessert i å gjøre en god jobb.

K – Takk skal du ha, det er godt å høre. Jeg prøver så godt jeg kan.

V – Ja det vet jeg. Her er grunnen til at jeg har bedt deg komme: *Det oppsto en situasjon med sykepleierne på møtet i går og dette er blitt formidlet til meg.*

K – På møtet i går, jeg skjønner ikke?

V – Ja, det var på tavlemøtet. Kan du huske hva som skjedde? Jeg vil gjerne høre din opplevelse.

K – Opplevelse og opplevelse... Det var uenighet om en pasient og hva som skulle gjøres. Det var kanskje litt misstemning, men jeg som lege må ta en avgjørelse, det er tross alt min oppgave. **V** – Misstemning sa du, kan du utdype det?

K – Avdelingssykepleier sa at hun kjente denne pasienten godt og at pasienten ikke ville ha glede av at vi intensiverte behandlingen. Jeg oppfattet dette som ren synsing og sa vel noe i den retning. Jeg sto for min avgjørelse og avsluttet samtalen kanskje litt brått?

V – Det var noe av dette, at du var litt brå, som utløste reaksjonen fra sykepleierne. Har du vært i tilsvarende situasjoner tidligere når du samarbeider med sykepleiere?

K – Ja, jeg har jo hørt at jeg kan være litt rask, men vi har dårlig tidlig, særlig jeg som lege på vår avdeling. Lange utlegninger er ikke helt min greie.

V – Jeg vet at du er en faglig dyktig lege. Det setter også medarbeiderne pris på. I den situasjonen du fortalte om i går, ble din kommunikasjon oppfattet som noe arrogant og kanskje litt nedlatende. I lys av det du sier om din egen oppførsel og måten den ble oppfattet: Er det noe du kunne deg tenke deg å gjøre annerledes?

K – Det er vel ikke bare jeg som skal endre meg?

V – Nei, godt samarbeid og god kommunikasjon i en travel hverdag er alles ansvar. Men nå er det deg vi snakker om. Kunne du gjort noe for å endre din oppførsel, du sa jo selv at det ble misstemning?

K – Jeg ønsker selvfølgelig at vi skal samarbeide godt. Har du et råd?

V – Jeg tror det er bedre om du selv har et forslag.

K – Jeg kan forsøke å ta meg litt bedre tid? Og kanskje gi sykepleier tid til å forklare bakgrunnen for hennes motforestilling?

V – Det høres ut som en god måte å starte på. Du kan også aktivt etterspørre sykepleiernes mening slik at de opplever at deres kompetanse betyr noe for din avgjørelse. Kunne du trene på det i det neste møtet med sykepleierne?

K – Ja, jeg kan jo forsøke.

V – Bra! Vi kan ta dette opp på det neste fastlagte veiledningsmøte. Hvordan opplevde du samtalen med meg i dag?

K – Det er jo ikke greit å få kritikk, men det er også muligheten til å forbedre seg, jeg ser det.

V – Fint. Jeg har forresten tenkt på et læringsmål fra felles kompetansemål.

FKM 073

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

V – Hvordan synes du det passer på den samtalen vi har hatt nå?

K – Det er vel spot on, det!

Veiledningssamtale - noen ganger kan man vente med å gi tilbakemelding

K – Jeg hadde en veldig ubehagelig opplevelse i en konsultasjon i går.

V – Fortell!

K – Det er en eldre dame som alltid er sutrete og klagete og jeg sliter med at hun aldri virker fornøyd.

Fastlegen som jeg vikarierer for er visstnok bedre enn noen, og det påpeker hun nesten hver gang. I går kom hun sent på dagen og jeg hadde hatt det veldig hektisk, med en innleggelse som tok lang tid tidligere på dagen. Hun begynte med å klage på forsinkelsen og jeg begynte å forsvare meg.

V – Hva var det du sa til henne?

K – Jeg beklaget selvfølgelig situasjonen, men begynte å forklare at det var mye å gjøre og at det kunne skje uventete ting som jeg ikke hadde kontroll på. Hun sa ingenting og bare dro fram listen over alt som skulle gjøres for henne med ordene *«men da forventer jeg at du bruker like lang tid på meg, nå når jeg har ventet så lenge»*

V – Hva gjorde det med deg da hun sa det?

K – Jeg kjente både irritasjon og sinne og tenkte at hun var utakknemlig og uforstående. Så jeg sa vel et eller annet irritert: *«Men da får vi komme i gang så fort som mulig så får jeg se hvor mye vi rekker i dag»*

V – Hvordan gikk det videre?

K – Jeg gjorde så godt jeg kunne, men ble veldig kontant og oppførte meg nok som en ekspeditør overfor alle hennes ønsker. Ikke mange åpne spørsmål der nei! Så jeg var egentlig fornøyd med at jeg ga henne alt hun ville og klarte å avslutte etter 20 minutter.

V – Hvordan virket hun da hun gikk?

K – Egentlig virket hun ganske fornøyd, tror jeg. Hun nevnte ikke noe om sin fastlege.

V – Hva satt du igjen med?

K – Jeg var litt splittet. Jeg ba om forståelse som jeg ikke fikk, men jeg visste jo at det er ikke hennes vanlige stil, så det var dumt av meg. Men så klarte jeg å være saklig og effektiv etterpå og det er jeg

faktisk fornøyd med. Selve konsultasjonen opplevde jeg likevel som veldig lite tilfredsstillende, det er ikke slik jeg vil være.

V – Hva tror du om din relasjon til henne senere? Hvordan ser du for deg neste konsultasjon?

K – Jeg tenkte etterpå at kanskje dette var en pasient som er fornøyd med å bli «ekspedert» og få fullført lista si. Kanskje jeg tidligere har lagt for mye i å forsøke å skjønne henne og vært for åpen?

V – Interessant. Opplever du fortsatt denne konsultasjonen som ubehagelig?

K – Kanskje.

V – Jeg synes du er god til å kjenne på forskjellige tanker og følelser denne konsultasjonen har fått fram hos deg. Det er veldig verdifullt for din egen utvikling som fagperson. På travle dager må vi leger som regel bare feie ubehaget under teppet og gå videre. Men i veiledningssamtaler har vi tid til å stoppe opp og reflektere. Hvis jeg kan sortere litt, hører jeg tre temaer:

- Det med å bli forsinket. Hva gjør det med oss? Hvordan møter vi neste pasient som har ventet lenge? Du valgte å forsvare deg og forklare forsinkelsen for pasienten. Hvordan synes du det fungerte? Hvilke andre måter finnes?
- Så er det ditt forhold til denne spesielle pasienten som du beskriver som sutrete og klagete. Hvordan ser du for deg at du kan gjøre et eller annet som kan endre dialogen mellom dere så det blir bedre for begge parter?
- Så sa du at du ble veldig kontant, og du ble sånn som du ikke ville være? Da blir jeg veldig nysgjerrig på å høre mer om hvordan du vil være?

Er det noen av disse tre temaene du vil gå videre på nå?

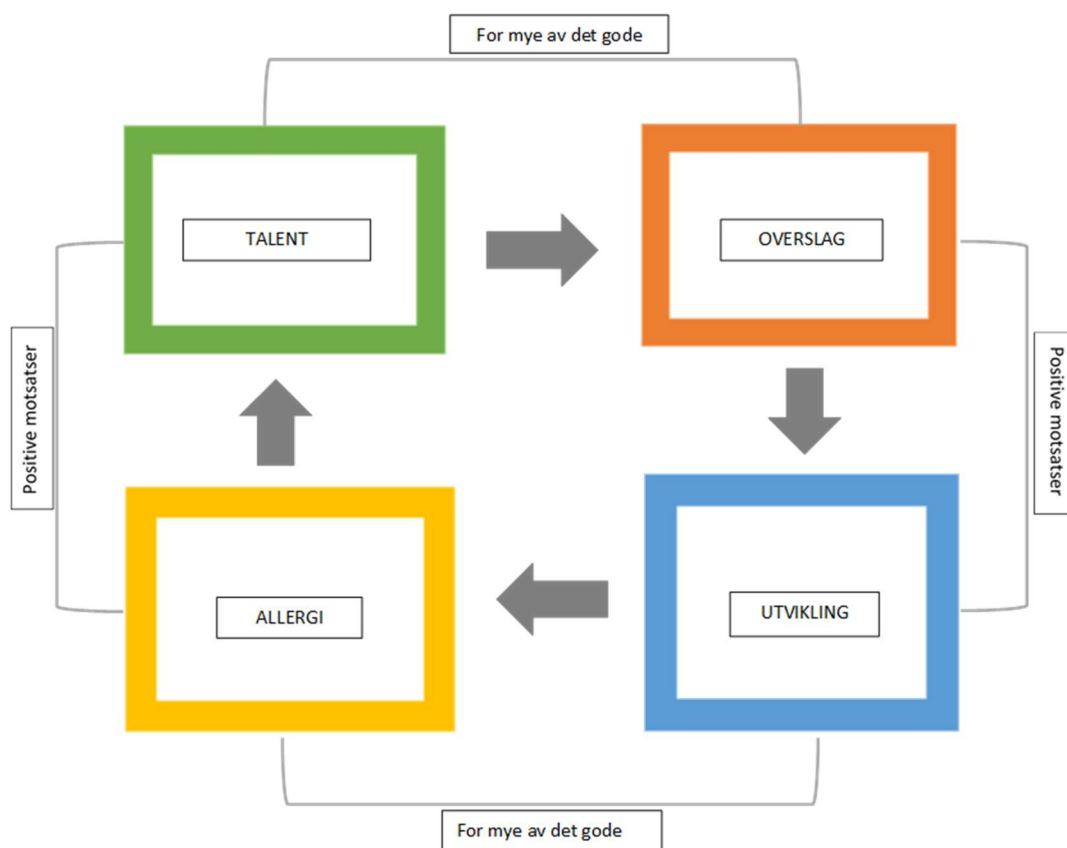
K – Jeg tror det er nok for i dag, jeg må tenke mer på dette.

V – Da noterer jeg stikkord så vi kan komme tilbake til dette neste gang.

Kommentar: Før du som veileder gir kritikk, så tenk gjennom dine egne beveggrunner. I eksempelet over opplever veileder at ALIS legger mye skyld på pasienten og at hun velger en strategi som ikke vil hjelpe henne eller pasienten. Veileder blir egentlig ganske engasjert og har lyst til å gi kritiske tilbakemeldinger og forslag. Men hun velger å vente. Hun følger et terapeutisk råd fra Irvin Yalom: «*Tilbakemeldinger - smi mens jernet er kaldt!*»

Talentoverslag – et hjelpemiddel ved tilbagemeldinger

Daniel Ofman (Core Qualities: A gateway to Human Resources, 2004) har utviklet en metode basert på en modell som på norsk heter Kjernequaliteter. Et menneskes kjernequaliteter kalles *talenter*. De kan bli for dominerende og føre til *talentoverslag*. I modellen har kvadranten under denne fått betegnelsen *utvikling*. Her pekes det på en ønsket utvikling der ALIS kan styrke andre kvaliteter. Den siste kvadranten har fått betegnelsen *allergi*. Den representerer det motsatte av kjernequaliteten, og som ALIS skal passe på å unngå.

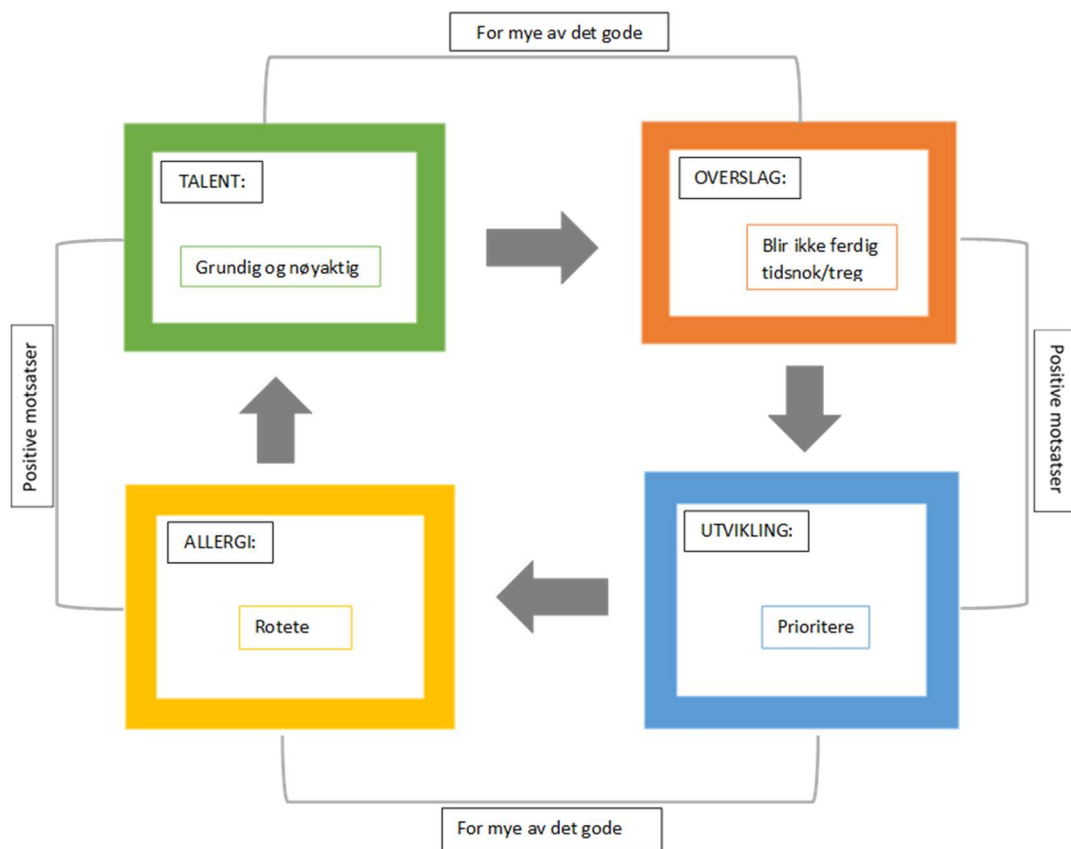


En tilbakemelding basert på denne modellen kan ta utgangspunkt i talentet som en ressurs. Da blir spørsmålet hvilke egenskaper personen kan styrke for å balansere talentet slik at det ikke blir overslag, og samtidig unngå en utvikling i retning allergi. Målet er å finne en sunn balanse av egenskaper. Metoden brukes mye ved lederutvikling. I organisasjoner kan gnisninger utløses av at nøkkelpersoner har ulike talenter. Samarbeidet kan bedres når dette blir tydelig.

Metoden kan være nyttig også i veiledning. Som veileder kan du se at din ALIS har egenskaper som er lette å rose og som kan kalles et talent. Av og til kan det brikke over og bli «for mye av det gode». Å korrigere er vanskelig fordi ALIS med rette vil oppleve talentet som sin sterke side, som en viktig del av sin identitet. Ved å sette lyset på ALIS sin talentoverslag gir du henne muligheten til å styrke andre egenskaper. Talentoverslagsmetoden kan hjelpe deg til å presisere at dette ikke handler om å kritisere talentet, men å gi ALIS en mer fleksibel måte å være på.

En ALIS som er altfor grundig

Din ALIS er svært grundig i sitt arbeid og fortjener ros og anerkjennelse for det. Overslaget kan bli at hun er rigid eller aldri blir ferdig fordi hun blir for opptatt av detaljer. Den ønskete utvikling er at hun blir mer fleksibel, lærer seg å prioritere og finne ut hva som er «godt nok». Ikke minst er dette viktig i et fag som allmennmedisin der hun ellers kan slite seg ut. Samtidig skal ikke ALIS gi slipp på sitt talent og ende opp som upresis, rotete og omtrentlig.



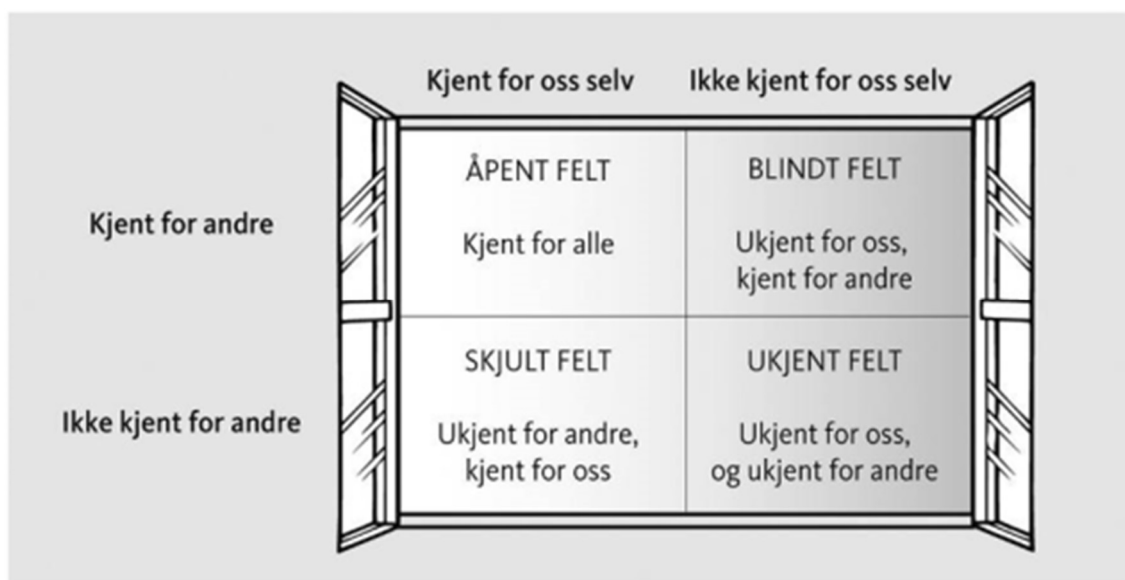
Læringsmål:

ALM 035

Selvstendig kunne prioritere forskjellige allmennmedisinske oppgaver og tiltak og være fleksibel i sin tilnærming til problemstillinger

Joharis vindu - et hjelpemiddel i veiledningssamtalene

Psykologene Joe Luft og Harry Ingram utviklet denne metoden på 1950-tallet for å tydeliggjøre kommunikasjonen mellom en selv og andre. *Joharis vindu* er det kalt fordi fornavnene til psykologene er brukt. De laget en figur som finnes i mange versjoner:



Venstre kolonnen: Det som er kjent for oss selv.

Det åpne feltet representerer det jeg vet om meg selv og det andre vet om meg, det «offisielle jeg'et».

Det skjulte feltet representerer det jeg vet om meg selv, men som andre ikke vet. Det er det jeg velger å holde skjult når jeg «holder fasaden». Under gitte omstendigheter kan jeg vise noe av det skjulte og får da et større åpent felt.

Det er individuelle forskjeller på hvor åpen man er. Å ha et stort åpent felt er en viktig forutsetning for å kommunisere og samhandle godt. Åpenhet i seg selv må likevel tilpasses situasjonen. Åpenhet om det

som er skjult for andre på et offentlig møte kan være galt, mens den samme åpenhet blant venner kan være verdifull.

Hvor stor åpenhet skal legen ha overfor sine pasienter? Hva er formålet med åpenheten? Er den nyttig for pasienten? For legen? Og hva er ulempene?

Noen pasienter spør om legens private forhold. Hvor setter legen sin egen grense? Også leger kan risikere å presse pasienter til å åpne for det skjulte. Spør vi av ren nysgjerrighet eller fordi dette bør ha plass i en vanlig lege-pasient relasjon? Pasientens grenser må respekteres og legen må spørre seg selv: På hvilken måte hjelper jeg pasienten ved å spørre om dette?

Det samme gjelder i en veiledersamtale. En lyttende veileder som ALIS har tillit til, kan hjelpe ALIS å åpne for det som er skjult. Hvis ALIS føler seg trygg til å snakke om feil hun har gjort og situasjoner hun strever med, gir dette viktig materiale til læring i veiledningssamtalene. Veileder kan bidra til mer åpenhet ved å dele eksempler på sin egen faglige tvil og usikkerhet. Samtidig må veileder respektere ALIS sine grenser.

Høyre kolonne: Det som er ukjent for oss selv

Det blinde feltet representerer det jeg ikke vet om meg selv, men som andre vet om meg. Hvordan ser jeg ut med andres øyne? Hvordan opplever andre meg? Hvordan oppleves jeg av pasienter? Av kolleger og samarbeidspartnere? Slike spørsmål bør vi som leger interessere oss for, selv om vi aldri kommer til bunns i dem.

En måte å få vite mer på er å be aktivt om andres tilbakemeldinger, og å øve oss på å takke for tilbakemeldinger. Veileder bør be ALIS om tilbakemeldinger på hvordan hun fungerer som veileder. Da viser hun at hun også trenger tilbakemeldinger, og kan bli klar over noen av sine egne blinde flekker i veilederrollen. ALIS kan ha viktige blinde flekker i sin legerolle.

Her er noen eksempler:

- ALIS er utdannet på et universitet hvor kommunikasjon ikke har vært viktig selv om det medisinsk-faglige er veldig bra. Supervisøren har hatt flere felleskonsultasjoner med ALIS

og lagt merke til at pasientens perspektiv nesten aldri tas opp. Hun sier: «Jeg har sett at du ikke pleier å spørre pasientene om hva de tenker om sykdommen eller livssituasjonen sin. Det som kalles pasientsentrert metode. Kan vi diskutere dette?»

- En nyansatt lege snakker gjerne politikk i lunsjpausen, og kritiserer ett parti mye. Hun er ikke klar over at en av medarbeiderne støtter dette partiet. Veileder som er i samme praksis sier: «Jeg forstår at du liker å snakke politikk i lunsjpausen, men det er litt følsomt hos oss. Alle medarbeiderne er nok ikke enige med deg, men for dem er det vanskelig å motsi en lege. Kunne du prøve å legge om stilen? Eller kanskje vi skal ta opp på personalmøtet hvordan vi snakker sammen i lunsjpausene?»
- En ALIS ser ikke ut til å vaske legeuniformen sin så ofte, og du har som veileder opplevd at det kan lukte uvasket. Skal du si noe om det? Du velger å gi et varsomt hint: «Du er kanskje ikke klar over det, men jeg har merket at...»

Det ukjente feltet i Joharis vindu representerer det jeg ikke vet om meg selv og det heller ikke andre vet. Dette feltet kan bli redusert når jeg er mer åpen om meg selv til andre, og mer åpen for andres syn på meg. Men noe vil alltid forbli ukjent.

Supervisjon i spesialistutdanningen i allmennmedisin

Vi har alle vært nye leger et sted og opplevd behovet for kollegial hjelp for å komme inn i rutiner og ta kliniske beslutninger. Når man står fast, trenger man svar der og da for å komme videre. I den nye spesialistordningen er supervisjon mer enn daglige råd. I stedet for å starte med å gi sitt råd kan supervisøren si: «Hvis du ikke hadde hatt meg å spørre, hva ville du gjort?» Da får ALIS kjenne hvordan det er å ta beslutninger på usikkert grunnlag, noe også erfarne allmennleger må gjøre hver dag. Ikke sjelden er ALIS sin eget forslag godt og kan støttes av supervisøren.

Det gir læring og peker mot et viktig *læringsmål*:

ALM 037 Selvstendig kunne reflektere over, tolerere og håndtere usikkerhet i diagnostikk og behandling.

En grunnleggende oppgave i supervisjon er å gi tilbakemeldinger. Først og fremst positive og bekreftende tilbakemeldinger. Jo mer spesifikk og konkret tilbakemeldingen er, desto nyttigere er den.

Noen eksempler:

«Det var bra at du møtte den pasienten på den måten. Du ga henne god øyekontakt og lot henne få prate seg tom uforstyrret. Spørsmålet ditt om hva hun tror mannen ville sagt var bra»

«Det er betryggende at du spør oss når du lurer på noe. Dine spørsmål får oss til å tenke. Du er god til å bidra på våre faglige møter»

Korrigeringer, også kalt *konstruktive tilbakemeldinger*, er vanskeligere å gi. Det er en ferdighet vi må trene på. Det er en hjelp for supervisøren å tenke på seg selv som en trener, ikke som en dommer. Supervisjonsoppgavene kan hjelpe et fagmiljø til å utvikle en ny væremåte, en kultur for læring og tilbakemeldinger! Supervisjonsoppgavene tar tid, og ambisjonene er høye både i spesialistforskriften og i Helsedirektoratets anbefalinger.

Felleskonsultasjon med supervisor

Dette er en nyskapning i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Det er anbefalt «felleskonsultasjon med supervisor» som læringsaktivitet tilknyttet 10 læringsmål. Det er ikke definert antall felleskonsultasjoner, dette må vurderes av veileder avhengig av innhold i konsultasjonene, og hvilke læringsmål som blir dekket. Vi anbefaler at majoriteten av felleskonsultasjonene bør gjennomføres mens ALIS er i åpen uselektert allmennpraksis. Felleskonsultasjon gir et direkte innsyn i ALIS sin måte å møte pasienter på, og hennes kliniske kompetanse. Vi anbefaler at den individuelle veilederen gjennomfører minst én felleskonsultasjon med ALIS. Felleskonsultasjon er anbefalt som læringsaktivitet for ni læringsmål i temaet «Kommunikasjon og samhandling». I mange konsultasjoner blir flere av disse læringsmålene berørt.

Her er to av *læringsmålene*:

ALM 045 Selvstendig kunne tilpasse kommunikasjonen til pasientens ståsted og preferanser, og til pasientens situasjon og medisinske tilstand

ALM 047 Selvstendig kunne håndtere uenighet og følelsesmessig vanskelige samtaler

Dette er eksempler på læringsmål spesialister i allmennmedisin kan bruke resten av yrkeslivet på å nærme seg. Og likevel kan vi når som helst komme «skjevt ut» i et pasientmøte. Her blir ingen utlært, men felleskonsultasjonene blir en metode til å tematisere kommunikasjon. Slik kan ALIS bevisstgjøres, modnes og utvikle sine kommunikasjonsferdigheter.

Hvordan gjøre det?

Det finnes ingen oppskrift for gjennomføring av felleskonsultasjon. Det er avgjørende at dette blir en positiv opplevelse for ALIS. Hun slipper supervisøren inn på sitt kontor og blottstiller seg. Supervisøren er i en maktposisjon, og det forplikter. Supervisøren må nærme seg denne oppgaven med varsomhet og respekt.

Her er noen momenter som kan være en hjelp for ALIS og supervisor til å finne sin egen form.

Like viktig som selve konsultasjonen blir forberedelsen og samtalen etterpå. Dette er et felles ansvar for ALIS og supervisor. Som generell forberedelse kan ALIS og supervisor se gjennom *læringsmålene ALM042-050* sammen.

Forberedelse og planlegging

- ALIS kan gjerne foreslå en bestemt konsultasjon. For eksempel med en pasient der ALIS lurer på noe og vil ha tilbakemelding?
- Hvordan kan timebøkene tilpasses slik at både ALIS og supervisor har god tid til en samtale etter konsultasjonen? Om mulig bør samtalen skje umiddelbart etter konsultasjonen, og ikke for eksempel på slutten av dagen.

Gjennomføring av konsultasjonen

- Hvordan forklare pasienten hva en felleskonsultasjon er? Vi tror ALIS bør gjøre det i starten av konsultasjonen.
- Hvordan unngå at supervisøren forstyrrer konsultasjonen, for eksempel ved at pasienten begynner å henvende seg til den mer erfarne supervisøren?
- Kan ALIS likevel aktivt be supervisøren om råd underveis i konsultasjonen?

Samtalen etterpå

- ALIS starter med å beskrive og vurdere sin egen konsultasjon. Supervisøren hjelper til ved å stille åpne spørsmål, på samme måte som ved andre veiledningssamtaler. Bruk god tid på dette. Det er et mål å få ALIS til å si både hva hun fikk til og hva hun strevde med.
- Hvordan kan supervisøren strukturere tilbakemeldingene på konsultasjonen? Vi foreslår at supervisor gjør strukturen eksplisitt, for eksempel slik: «Jeg tenkte å starte med å beskrive det jeg synes du fikk bra til, og så si noe om det du kanskje kan endre på. Er det greit at vi gjør det sånn?»
- Så kan ALIS og supervisøren sammen se på læringsmålene 42-50 og diskutere hvilke av disse målene som er blitt berørt.
- Til slutt kan supervisøren invitere ALIS til å si noe om selve opplevelsen med felleskonsultasjon.

Tips!

Det ble i 2020 laget et lettlest hefte med tittel; Håndbok i klinisk kommunikasjon. Hftet inngår i Allmennlegebiblioteket og ligger på Legeforeningens hjemmeside. På Oslo kommunale legevakt har veilederne god erfaring med å lese og diskutere dette sammen med ALIS. Du finner håndboken her: [Håndbok i klinisk kommunikasjon](#)

Praktiske behandlingsprosedyrer

Listen med undersøkelses- og behandlingsprosedyrer er samlet under læringsmålet:

ALM 063 Selvstendig kunne utføre praktiske behandlingsprosedyrer som brukes i allmennpraksis.

Hver enkelt av disse skal signeres av supervisor. Prosedyrene skal være utført minst en gang, og indikasjoner/kontraindikasjoner og tolkning av funn skal være drøftet. Her er noen eksempler:

- Ryggundersøkelse.
- Demensutredning med MMS og andre anbefalte tester.
- Innleggelse av spiral.
- Lungefunksjonstesting (spirometri).

Kommentar: Blant allmennleger vil det alltid være delte meninger om hvilke prosedyrer som bør inngå i en slik liste og hvordan prosedyrene skal gjennomføres. De aller fleste prosedyrene er viktige, og sentrale i en allsidig spesialistutdanning. Listen minner oss om at allmennmedisin også er et praktisk fag. Oppmerksomhet på de praktiske prosedyrene kan motvirke en utvikling i retning av å bli rene «pratedoktorer»! Praktiske prosedyrer og fysiske undersøkelser er en viktig del av kommunikasjonen mellom lege og pasient og kan bidra til et godt og tillitsfullt forhold. De er helt nødvendige både i diagnostikk og behandling.

Hvordan læres praktiske ferdigheter?

Læring av praktiske ferdigheter skjer på flere måter. Det arrangeres kurs der ferdigheter demonstreres og innøves. Noen ferdigheter kan diskuteres og trenes på i veiledningsgrupper. De fleste praktiske prosedyrer kan du finne som instruktive filmer på internett.

Utførelsen av praktiske behandlingsprosedyrer skjer likevel som ledd i en pasientkonsultasjon der nettopp indikasjoner og kontraindikasjoner, og ikke minst tolkning av funn inngår. Hovedmetoden blir derfor mester-svenn læring. Dette skjer i praksisfeltet med erfaren kollega som supervisor.

Supervisørens oppgave

Supervisøren kan starte med å spørre seg selv: Hvordan utfører jeg denne prosedyren? Er det i tråd med god praksis? Bør jeg forbedre mine egne ferdigheter eller arbeidsvaner?

Supervisør og ALIS bør se gjennom den aktuelle opplæringsvideoen før utførelsen av den praktiske prosedyren dersom det er aktuelt. Ofte er det helt korte videosnutter på få minutter og disse vil forebygge uheldig praksisvariasjon og unoter.

Utførelse av prosedyrene inngår i den løpende praksisen for både supervisør og ALIS. Undervisning av ALIS vil kreve fleksibilitet og vilje til å bruke ekstra tid underveis i en travel praksisdag. Det er nyttig for ALIS om supervisøren husker på å invitere henne inn for å vise utførelsen av en prosedyre. I neste omgang må supervisøren se ALIS gjennomføre prosedyren i en konsultasjon, på en tilfredsstillende måte. Dette kan planlegges på et morgenmøte der ALIS og supervisør ser på sine timebøker. Samtale om indikasjon og kontraindikasjon og tolkning bør skje før konsultasjonen og kan eventuelt fortsette på slutten av dagen.

Hvordan kan den individuelle veileder bidra?

Vi tror veileders rolle blir å minne om, motivere og inspirere. ALIS-ens foretrukne måter å lære praktiske ferdigheter på kan være et eget tema i en veiledningssamtale. Man kan se på listen sammen og diskutere hvilke prosedyrer ALIS vil starte med. Veileder kan spørre om hvordan supervisjonen fungerer, og gi ALIS råd hvis det trengs. Det er ALIS som må ta initiativet for å lære de praktiske prosedyrene hun trenger. Hun kan ikke forvente at supervisøren passer på dette. Den individuelle utdanningsplanen kan være til god hjelp her.

Definisjoner

Definisjonene er hentet fra Helsedirektoratets høringsutkast desember, 2020: Nasjonale faglige råd om veiledning av leger i spesialisering.

- **ALIS-kontor** – ALIS er en forkortelse for allmennlege i spesialisering. ALIS-kontorer er opprettet blant annet for å bistå kommunene i tilrettelegging for spesialistutdanningen av allmennleger. [Det finnes per november 2022 seks regionale ALIS-kontorer som dekker hele landet].
- **ASA-spesialiteter** – Forkortelse for spesialitetene i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin.
- **Felles kompetansemål (FKM)** – Består av et sett av læringsmål, som strekker seg gjennom hele utdanningsforløpet til den enkelte LIS og som er felles for alle spesialiteter.
- **Formativ vurdering** – Se «Underveisvurdering».
- **Godkjent utdanningsvirksomhet** – Er et helseforetak, privat sykehus, privat rusinstitusjon, laboratorium eller annen virksomhet som er godkjent for å kunne tilby utdanning i en eller flere medisinske spesialiteter ([Spesialistforskriften §19, lovdata.no](#)).
- **Gruppeveiledning** – Veiledning gjennomført i grupper av fortrinnsvis 6-8 leger med kompetent gruppeveileder. Ulike metoder for læring kan tas i bruk. Det grunnleggende fellestrekket ved gruppeveiledning er at gruppen deler erfaringer og hjelper hverandre til refleksjon over tema som tas opp.
- **Individuell utdanningsplan** – En plan som bygger på [den generelle] utdanningsplanen for spesialiteten. Den spesifiserer hvilke læringsmål, både fagspesifikke læringsmål og felles kompetansemål, LIS skal oppnå for å bli spesialist, hvilke læringsaktiviteter som må gjennomføres for å få godkjent læringsmål, og ved hvilken læringsarena læringsmålene kan godkjennes. I planen vil det også fremgå om LIS-en skal ha spesialiseringsperiode utenfor virksomheten for å kunne oppnå gitte læringsmål. Det er utdanningsvirksomhetens ansvar at LIS har en individuell utdanningsplan ([Spesialistforskriften §25, lovdata.no](#)). Se også utdanningsplan.
- **Kompetanse** – Evne til å utføre en oppgave på riktig måte, som følge av læring, med den nødvendige kombinasjon av kunnskaper, ferdigheter og holdninger.
- **Kompetanseportalen** – Et digitalt verktøy som skal støtte prosessen og dokumentasjonen av utdanningsforløpet for LIS-er. Kompetanseportalen er til bruk for registrering av innfridde læringsaktiviteter og godkjente læringsmål, samt dokumentasjon av veiledningsmøter. Verktøyet kan brukes av LIS, supervisor, leder og veileder. Helsedirektoratet krever at Kompetanseportalen

tas i bruk for at spesialistutdanningen til den enkelte LIS skal kunne godkjennes ([Rundskriv I-2/2019 Spesialistforskriften med kommentarer punkt 2.4 s. 9](#)). ([regjeringen.no](#))

- **LIS** - Forkortelse for lege i spesialisering.
- **Læringsaktivitet** - Det pågår kontinuerlig læring gjennom daglig praksis, men i denne sammenheng knyttes begrepet læringsaktivitet til en nærmere definert og strukturert aktivitet som gjennomføres med sikte på å oppnå læringsmål. Alle læringsaktiviteter skal signeres, og ved signering vil man ha gått god for at læringsaktiviteten er tilfredsstillende gjennomført.
- **Læringsarena** - Betegnelse for den organisatoriske enheten der læringen finner sted.
- **Læringsmål** - Med læringsmål i spesialistutdanningen for leger menes hva en legespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre etter endt utdanning. Læringsmålene vedtas av Helsedirektoratet og blir fastsatt i forskrift.
- **Læringsutbytte** - det faktiske resultatet av en læringsprosess.
- **Medisinsk pedagogikk** – Et tverrvitenskapelig kunnskapsområde hvor fokus er undervisnings- og læringsprosesser og profesjonsutvikling innen medisin og beslektede fag. Internasjonalt er fagfeltet medisinsk pedagogikk stort og flere universitet i Norge har vitenskapelige stillinger innen medisinsk pedagogikk.
- **Observasjonsverktøy** - Strukturerte skjemaer og metoder for systematisk og fokusert observasjon og vurdering av kompetanse.
- **Prosedyreliste** - Liste over prosedyrer innen en spesialitet der det er angitt et minimum antall repetisjoner som bør gjennomføres for å sikre mengdetrening og læring.
- **Registrert utdanningsvirksomhet** - En registrert utdanningsvirksomhet er en kommune som er registrert for å legge til rette for gjennomføring av utdanning i spesialiteten allmennmedisin. For spesialitetene samfunnsmedisin og arbeidsmedisin er en registrert utdanningsvirksomhet en kommune eller en annen offentlig virksomhet eller en privat virksomhet som er registrert for å legge til rette for gjennomføring av utdanning i spesialiteten samfunnsmedisin eller arbeidsmedisin ([spesialistforskriften §19](#)) ([lovdata.no](#)).
- **RegUt** – Hver av de fire helseregionene har et regionalt senter for utdanning av leger i spesialisering (RegUt). Disse skal sikre regional og nasjonal samordning av læringsaktiviteter, kursinformasjon og utdanningsløp.
- **Simulering** - Medisinsk simulering er praktisk trening for leger og annet helsepersonell med sikte på å oppøve kompetanse for eksempel på pasientbehandling uten at pasienten involveres i treningen. I simuleringen er pasienten en avansert treningsdukke eller en markør som responderer på den behandlingen som blir utført av deltagerne.

- **Sluttvurdering** - Endelig og samlet vurdering av kompetanse knyttet til ett eller en samling av læringsmål. Foretas etter at tilhørende læringsaktiviteter er gjennomført og attestert. Ansvaret for sluttvurdering av læringsmål er lagt til leder i utdanningsvirksomheten. Sluttvurdering kalles også summativ vurdering.
- **Spesialiseringsperiode** - Avgrensede perioder innenfor spesialistutdanningen, f.eks. seks måneder med spesifikke læringsmål og aktiviteter som skal oppnås. Avsluttes med en samlet vurdering av læringsmål. I helseforetakene brukes begrepet ofte ved avtaler om opphold ved andre læringsarenaer.
- **Summativ vurdering** – Se «Sluttvurdering».
- **Supervisjon** - Bistå, rådgi og vurdere LIS i konkrete arbeidssituasjoner i den daglige virksomheten. Gjennomføres fortrinnsvis ved fysisk tilstedeværelse, men kan foretas på telefon eller via digitale kanaler.
- **Supervisor** - Erfaren lege eller annen relevant fagperson som bistår, rådgir og vurderer LIS-en i konkrete arbeidssituasjoner i den daglige virksomheten.
- **Tilbakemelding** - Informasjon fra veileder eller supervisor til LIS-en om mestringen av en oppgave. Tilbakemeldingen kan være en bekreftelse, en justering eller en korrigerende.
- **Underveisvurdering** - Vurdering foretatt underveis i et læringsforløp med vekt på tilbakemeldinger som skal fremme læring. Kan være knyttet til daglig virke eller en nærmere definert læringsaktivitet. Underveisvurdering er også kalt formativ vurdering.
- **Utdanningsplan** - Det skal lages en overordnet utdanningsplan for den enkelte spesialitet som angir hvordan virksomheten vil sikre at LIS kan oppnå læringsmålene [kalles også generelle utdanningsplan]. Utdanningsplanen skal blant annet inneholde en oversikt over hvilke læringsmål og læringsaktiviteter som virksomheten kan oppfylle og hvilke læringsarenaer innenfor og utenfor virksomheten som skal kunne tilby de ulike læringsmålene. Virksomhetenes ansvar for å utarbeide en slik plan er forskriftsfestet. Se også individuell utdanningsplan.
- **Utdanningsvirksomhet** – se Godkjent utdanningsvirksomhet eller Registrert utdanningsvirksomhet.
- **Veileder** - Kompetent lege som skal fremme refleksjon, gi råd, følge opp faglig progresjon i henhold til utdanningsplan og bidra i vurderingen av LIS (både fagspesifikke læringsmål og felles kompetansemål). Med kompetent menes at veileder i utdanningens første del skal være en lege med nødvendig erfaring. Veileder i utdanningens andre del skal være en spesialist i et av fagene som omfattes av del to. Veileder i utdanningens tredje del skal være spesialist i det aktuelle faget ([spesialistforskriften §25](#)) ([lovdata.no](#)). I tillegg til medisinskfaglig kompetanse er det viktig at

veileder kan bruke veiledningsmetodikk og metoder for kompetansevurdering, og har tilstrekkelige kommunikasjonsferdigheter. Videre har en kompetent veileder god innsikt i relevante læringsmål, og veileders ansvar og oppgaver i spesialistutdanningen. Leder i helseforetakene, kommunene og eventuelt andre offentlige og private arbeidsgivere med ansatt LIS har ansvaret for at det oppnevnes en individuell veileder til den enkelte LIS

([spesialistforskriften §25](#)) ([lovdata.no](#)).

- **Veiledning** - Refleksjon, råd og oppfølging av faglig progresjon under spesialiseringen og bidrag i vurderingen av LIS. Veiledningen innebærer planlagte og regelmessige møter mellom LIS og veileder. Møtene skal være skjermet fra andre arbeidsoppgaver. For allmennmedisin er individuell veiledning forskriftsfestet til minimum fire timer per måned i 10,5 av årets måneder ([Rundskriv I-2/2019 Spesialistforskriften med kommentarer §2, tredje ledd, s.14](#)). ([regjeringen.no](#))
- **Vurdering** - Bedømmelse av en læringsprosess og læringsresultater i form av læringsfremmende tilbakemeldinger underveis i læringsprosessen (se underveisvurdering) og endelig vurdering av oppnådd kompetanse (se sluttvurdering).
- **Vurderingskollegium** - Leder avholder vurderingskollegium for å foreta en helhetlig sluttvurdering av måloppnåelse for en gitt spesialiseringsperiode. Et vurderingskollegium består av leder, veileder, en eller flere supervisører samt eventuelt andre relevante medarbeidere. For å fremme tillitt og transparens deltar LIS som hovedregel i møtet. I de tilfeller der LIS ikke deltar bør veileder gi god informasjon til LIS før møtet for å motvirke utrygghet og usikkerhet.

Informasjonen i klammeform er oppdatert per november 2022 fra ALIS-kontorene.