

Marianne Albertine Christoffersen Korsan

Betydning av veiledning og supervisjon for trivsel og læring blant leger i spesialisering (LIS1)-leger i spesialisthelsetjenesten

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i medisin

Veileder: Peter Hatlen

Januar 2021

Marianne Albertine Christoffersen Korsan

Betydning av veiledning og supervisjon for trivsel og læring blant leger i spesialisering (LIS1)-leger i spesialisthelsetjenesten

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i medisin

Veileder: Peter Hatlen

Januar 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Betydning av veiledning og supervisjon for trivsel og læring blant leger i spesialisering (LIS1)-leger i spesialisthelsetjenesten

Medisinstudent: Marianne Albertine Korsan¹

Veileder: Peter Hatlen²

1. Fakultetet for Medisin og helsevitenskap, NTNU, 7006 Trondheim, Norge

2. Regional utdanningscenter, Helse Midt Norge

Introduksjon

Veiledning og supervisjon har fått særskilt plass i den nye spesialistforskriften fra 01.03.2017 (1). Med veiledning forstås det timeplanfestede, skjermede og jevnlig møter mellom leger i spesialisering (LIS-lege) og veileder. En veileder er en lege som har nyttig klinisk erfaring og kunnskap om veiledning. Veiledningssamtalene skal invitere til refleksjon og være en arena hvor man kan ta opp både faglige og personlige temaer (2). Veileder har et ansvar for LIS-legens faglige progresjon og er også delaktig i sluttevalueringen av LIS-legen ved endt tjeneste. Med supervisjon forstås den daglige og situasjonsbetingede kontakten mellom LIS-legen og spesialisten (3). Til forskjell fra veiledning, som er planlagt aktivitet skjermet fra hverdagen, er supervisjon integrert i det daglige arbeidet og rettet mot det som skjer i klinikken. Med gruppeveiledning menes det jevnlig og skjermede møter hvor flere leger og en veileder er samlet samtidig.

For å møte de nye kravene til veiledning og supervisjon i spesialistutdanningen av leger, legges det ned store ressurser i utdanning av veiledere. Veilederkurs er nå blitt obligatorisk for LIS-2 og -3, og frivillig for ferdige spesialister. Likevel finnes det så langt (per desember 2020) svært få studier som undersøker om dette nye satsningsområdet utgjør en forskjell for trivsel og faglig progresjon blant leger i spesialisering. Vi ønsker å undersøke om økt veiledning, supervisjon og gruppeveiledning bidrar til økt trivsel blant LIS1 legene i Midt Norge, og i tillegg om det øker faglig utvikling og mestring i jobben som lege.

Material og metode

Populasjon

Alle LIS-1 leger som gjennomførte sin sykehustjeneste i 2019 og 2020 (4 kull totalt) fikk tilsendt et elektronisk spørreskjema fra det Regionale utdanningscenter Helse Midt Norge (RegUt) etter avsluttet tjeneste. Spørreundersøkelsen og svarene eies av de regionale fagdirektørene. Fagdirektørene har godkjent bruk av data til denne studien. LIS-1 leger som avla tjeneste ved sykehusene i Trondheim, Orkdal, Levanger, Namsos, Molde, Kristiansund, Volda og Tynset ble inkludert i studien. Totalt ble det sendt ut 298 spørreskjema.

I beregningene ble St Olavs hospital og Orkdal sykehus slått sammen i en kohort med navn St Olavs, Namsos sykehus og Levanger sykehus slått sammen med navn Helse

Nord Trøndelag (HNT) og Molde sykehus, Ålesund sykehus, Kristiansund sykehus, Volda sykehus og Tynset sykehus slått sammen med navn Helse Møre Romsdal (HMR).

Variabler

Vi har informasjon om LIS1-legen har hatt 2- eller 3-delt turnus, når vedkommende tok spørreundersøkelsen og ved hvilket sykehus vedkommende har avlagt sykehustjeneste. Svarene på spørsmålene om veiledning, supervisjon, læringsutbytte og trivsel ble brukt som variabler i analysene. Alle spørsmål hadde tre svaralternativer: "I stor/varierende/liten grad", "Bra/nøytral/dårlig", "Ila første måned/Ca. midtveis/Mot slutten av perioden", "0-1/2-3/>3" eller "Ja/Nei/Vet ikke".

Vi har ikke informasjon om kjønn eller alder.

Statistikk

Data fra mars 2019, september 2019, mars 2020 og september 2020 ble brukt i analysene. Skjemaet fra september 2020 var en revidert utgave av tidligere skjema, men uten store endringer.

SPSS-versjon 26 ble brukt for analyse av data. Signifikansnivå ble satt til p-verdi < 0,05 med tilhørende 95 % Monte Carlo-konfidensintervall.

Etiske aspekter

Dataen som er brukt i studien er anonymisert og ikke helserelatert. Vi ser dermed ikke at studien kan ha noen problematiske etiske aspekter.

Resultater

Generelt

Svarresponen lå på 35% (N=28), 39% (N=36), 26% (N=13) og 45% (N=35) i henholdsvis mars 2019, september 2019, mars 2020 og september 2020.

Av 112 LIS1-leger, hadde N=59 (53%) todelt turnus og N=53 (47%) tredelt turnus. N=36 (32%) av de 112 var tilknyttet St. Olavs, N=17 (15%) HNT og N=59 (53%) HMR.

Totalt var N=97 (86%) av LIS1-legene fornøyd med sykehusåret, resten var enten nøytrale eller misfornøyd. N=78 (70%) av LIS1-legene hadde deltatt i gruppeveiledning i løpet av året. Av disse hadde N=26 (33%) LIS1-leger dårlig erfaring med gruppeveiledning som læringsaktivitet, 37 (41%) varierende grad, mens 28 (30%) vurderte det som god læring (tabell 1).

Til sammenligning hadde 47 (42%) LIS1-leger gode erfaringer med individuell veiledning som læringsaktivitet, 43 (38%) varierende erfaringer og 20 (18%) hadde dårlige erfaringer. 2 (2%) hadde ingen erfaring med individuell veiledning som læringsaktivitet.

Totalt sett trivdes LIS 1 legene i alle regionale helseforetakene på medisinsk, kirurgisk og psykiatrisk avdeling (diagram 1).

Trivsel på avdelingene

Egenrapportert trivsel blant LIS1-leger i hele Helse Midt illustrert for tre avdelinger

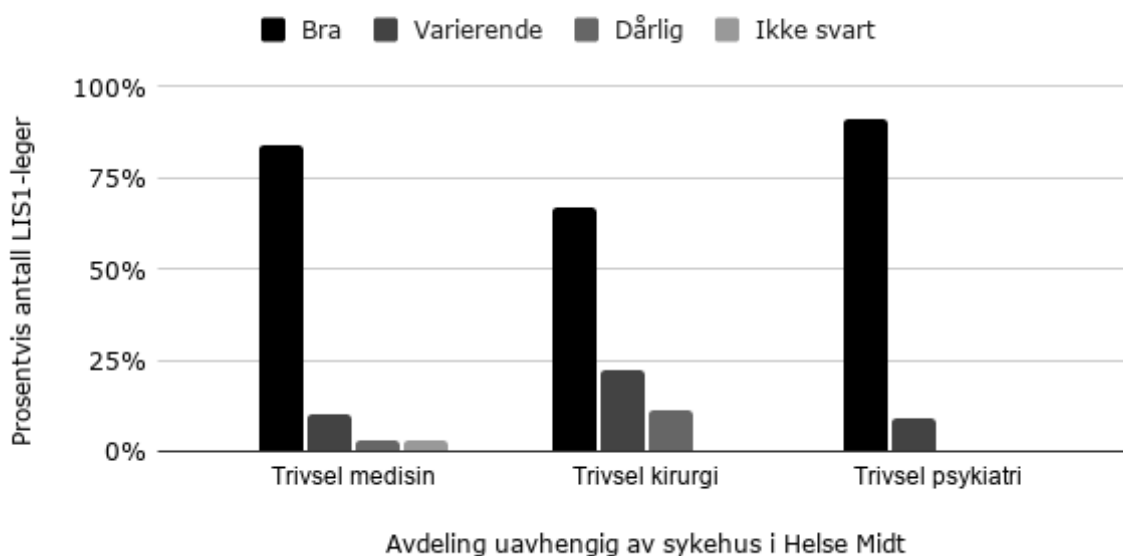


Diagram 1: Trivsel blant LIS1-leger i Helse Midt illustrert for tre sykehusavdelinger

Resultater medisinsk avdeling Veiledning

N=50 (65%) av LIS1-legene hadde hatt sitt første møte med individuell veileder innen en måned etter tiltredelse, N=11 (14%) "ca midtveis", mens N=14 (18%) hadde sitt første veiledermøte "mot slutten av perioden".

14 LIS 1 leger (18%) hadde >3 møter med sin individuelle veileder på medisinsk avdeling. N=43 (56%) hadde 2-3 møter, mens N=18 (23%) hadde 0-1 møte(r).

Hyppigheten av veiledersamtaler på medisinsk avdeling hadde en signifikant sammenheng med oppnåelse av læringsmål i indremedisin ($P < 0,001$. 95% KI 0,000-0,001). Det var også en signifikant sammenheng mellom hyppighet og grad av egenrapportert faglig progresjon i epikriseskriving ($P = 0,021$. 95% KI 0,018-0,023).

Det var en klar sammenheng mellom snarlig oppstart av veiledning, antall veiledningssamtaler og hvor godt LIS1 trivdes ved medisinsk avdeling ($P < 0,001$. 95% KI 0,000-0,001). Resultatene kan ses i tabell 2.

Resultater medisinsk avdeling Supervisjon

92 (82%) LIS 1 leger hadde "i stor grad" tilgang på supervisjon på medisinsk avdeling, N=13 (12%) i "i varierende grad", mens N=5 (4%) i liten grad. N=2 (2%) har ikke svart på spørsmålet.

På spørsmål om tilbakemeldingene gitt under supervisjonen ble sett på som læringsfremmende anga N=25 (71%) "i stor grad", N=9 (26%) "i varierende grad" og N=1 (3%) "i liten grad". Spørsmålet ble kun stilt i skjemaet sendt ut i september 2020.

Tilgang til supervisjon på medisinsk avdeling hadde en signifikant sammenheng med trivselen totalt sett over hele tjenesteperioden ($P=0,012$. 95% KI 0,010-0,014). Resultater vises i tabell 3.

Resultater kirurgisk avdeling

Veiledning

På kirurgisk avdeling hadde 35 (46%) av LIS1 leger sitt første veiledermøte "i løpet av den første måneden", $N=22$ (29%) "ca midtveis" og $N=20$ (26%) "mot slutten av perioden".

10 (13%) hadde flere enn 3 veiledermøter, 34 (44%) 2-3 møter og 33 (43%) ingen eller kun ett møte(r).

I tillegg var det en signifikant sammenheng mellom antall veiledningsmøter og læringsutbytte. ($P=0,011$. 95% KI 0,009-0,013).

Hypptigheten av veiledningssamtaler på kirurgisk avdeling hadde en klar betydning for hvor fornøyd LIS1 var med hele sykehusåret ($P=0,029$. 95% KI=0,026-0,033).

Resultater kirurgisk avdeling

Supervisjon

Det var $N=50$ (44%) som anga å ha tilgang til supervisjon "i stor grad", $N=42$ (38%) svarte "i varierende grad" og $N=19$ (17%) anga "i liten grad". $N=1$ (0,9%) har ikke svart på spørsmålet.

På spørsmål om i hvilken grad LIS1-legen opplever tilbakemeldingene under supervisjon på kirurgisk avdeling som læringsfremmende, svarer $N=24$ (69%) i stor grad, $N=7$ (20%) i varierende grad og $N=4$ (11%) i liten grad. Dette spørsmålet ble kun stilt i september 2020-skjemaet.

Det var også en klar sammenheng mellom tilgang til supervisjon på kirurgisk avdeling og hvor godt LIS1 trivdes med sykehusåret sett under ett ($P<0,001$. 95% KI 0,000-0,001).

Resultater psykiatrisk avdeling

Veiledning

$N=27$ (79%) av LIS 1 legene hadde sitt første veiledermøte "i løpet av den første måneden", $N=6$ (18%) "ca. midtveis", mens $N=1$ (3%) først "mot slutten av perioden".

Ca. halvparten av LIS 1 legene $N=18$ (54%) hadde flere enn 3 møter, $N=10$ (30%) mellom 2-3 møter og $N=5$ (15%) ingen eller kun ett møte(r).

Antall veiledningsmøter på psykiatrisk avdeling hadde en signifikant sammenheng mellom hvordan LIS 1 oppnådde sine læringsmål i psykiatri og forbedring av ferdigheter innen visittrutiner ($P<0,001$. 95% KI 0,000-0,001)

Vi fant en signifikant sammenheng mellom snarlig oppstart av individuell veiledning, hypptigheten av veiledningssamtaler og trivselen på avdelingen ($P<0,001$. 95% KI 0,000-0,001). Resultatene vises i tabell 2. Tidlig oppstart av individuell veiledning hadde også

en klar betydning for hvor fornøyd LIS1 var med hele sykehusåret ($P=0,005$. 95% KI=0,003-0,006).

Resultater psykiatrisk avdeling Supervisjon

N=40 (82%) følte at de "i stor grad" hadde tilgang på supervisjon ved psykiatrisk avdeling, N=8 (16%) svarte "i varierende grad" og N=1 (2%) "i liten grad".

På spørsmål om i hvilken grad LIS1 opplever tilbakemeldingene fra supervisor på psykiatrisk avdeling som læringsfremmende, svarer N=10 (67%) i stor grad, N=4 (27%) i varierende grad og N=1(6%) i liten grad. Dette spørsmålet ble kun stilt i september 2020-skjemaet.

Det er også klar sammenheng mellom grad av supervisjon og trivsel på psykiatrisk avdeling for sykehusene tilhørende Helse Midt ($P<0,001$. 95% KI 0,000-0,001). Resultatene vises i tabell 3

Gruppeveiledning			
	Deltakelse i gruppeveiledning		
	N	P-verdi	95% KI
Fornøyd med sykehusåret	112 (100%)	0,321	0,321-0,330
Forbedrede ferdigheter i kirurgiske prosedyrer	112 (100%)	0,005	0,003-0,006
Forbedrede ferdigheter i epikriseskriving	112 (100%)	0,025	0,022-0,032

Tabell 1: Sammenhengen mellom deltakelse i gruppeveiledning for LIS1 og egenrapportert trivsel og ferdighetsutvikling for alle LIS1-legene i Helse Midt uavhengig av sykehus.

Individuell veiledning			
Medisinsk avdeling			
	Trivsel på avdeling		
	N	P-verdi	95% KI
Oppstart veiledningsmøter	77 (100%)	<0,001	0,000-0,001
Antall veiledningsmøter	77 (100%)	<0,001	0,000-0,001
Kirurgisk avdeling			
	Trivsel på avdeling		
	N	P-verdi	95% KI

Oppstart veiledningsmøter	77 (100%)	0,895	0,889-0,901
Antall veiledningsmøter	77 (100%)	0,431	0,421-0,441
Psykiatrisk avdeling			
	Trivsel på avdeling		
	N	P-verdi	95% KI
Oppstart veiledningsmøter	33 (100%)	<0,001	0,000-0,001
Antall veiledningsmøter	33 (100%)	<0,001	0,000-0,001

Tabell 2: Sammenligner tid fra tjenestestart til første veiledermøte og hyppigheten av veiledningsmøter med egenrapportert trivsel på avdelingen. Tallene gjelder for alle LIS1-leger som har fullført turnustjeneste ved et av foretakene i Helse Midt i perioden mars 2019-september 2020.

Tabell 3: Supervisjon			
Medisinsk avdeling			
	Tilgang til supervisjon på avdeling		
	N	P-verdi	95% KI
Trivsel på avdeling	77 (100%)	<0,001	0,000-0,001
Kirurgisk avdeling			
	Tilgang til supervisjon på avdeling		
	N	P-verdi	95% KI
Trivsel på avdeling	77 (100%)	0,003	0,002-0,004
Psykiatrisk avdeling			
	Tilgang til supervisjon på avdeling		
	N	P-verdi	95% KI
Trivsel på avdeling	33 (100%)	<0,001	0,000-0,001

Tabell 3: Ser på forholdet mellom tilgangen til supervisjon og egenrapportert trivsel på avdelingen. Gjelder for alle LIS1-leger som har fullført turnustjeneste ved et av sykehusene i Helse Midt i perioden mars 2019-september 2020.

Veiledning og supervisjon for hver enkelt region

Vi fant ingen forskjell mellom de 3 regionale helseforetakene og trivselen ($P > 0,05$) og tilgangen til supervisjon var lik alle steder ($P > 0,05$). Veiledningen på medisinsk avdeling kom raskes i gang ved St Olavs hospital og HMR. På kirurgisk avdeling og psykiatrisk avdeling fant vi ingen forskjell. Færrest antall veiledermøte hadde LIS 1 på medisinsk og

kirurgisk avdeling i HNT, der imot var det ingen forskjell av antall veiledermøte på psykiatrisk avdeling i de 3 regionale helseforetakene.

Diskusjon

Generelt

En skulle tro at veiledning og supervisjon øker trivselen blant leger i spesialisering (LIS). Etter vår viten (per desember 2020) finnes det ingen studier som har undersøkt dette spørsmålet og studien vår er en av de første som undersøker problemstillingen systematisk.

Generelt var LIS-1 legene i vår populasjon fornøyde med sykehustjenesten. Nesten alle fikk tilgang til individuell veiledning, men kun $\frac{2}{3}$ hadde tilgang til gruppeveiledning. Overraskende anga kun $\frac{1}{3}$ del av LIS legene gruppeveiledning som en god læringsmetode og kun 40% individuell veiledning som en god læringsmetode. Men det var ingen tvil at tidlig oppstart med veiledersamtaler og hyppighet av samtaler hadde stor betydning for trivsel. Det samme gjaldt for supervisjon og trivsel.

I en artikkel publisert i Dagens Medisin forklares det hvordan LIS1-leger nå, gjennom en nettside, kan bedømme sykehusene på veiledning, supervisjon, trivsel og arbeidsbelastning i turnustjenesten (4). Basert på tilbakemeldingene ser man at det er de mindre sykehusene som Tynset, Vesterålen og Narvik som kommer best ut. I artikkelen konkluderer de med at mindre sykehus har lettere for personlig oppfølging av sine ansatte, og at dette bidrar til økt trivsel (5). I vår studie fant vi imidlertid ingen signifikant forskjell mellom grad av trivsel og ved hvilket sykehus LIS1-legen hadde avlagt tjeneste.

Individuell veiledning

I legeföreningens skriv «krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanning av leger» har det tidligere vært nedfelt krav om at første veiledersamtale være gjennomført innen 3 uker etter tiltredelse (6). Dette er ikke spesifisert i den nye spesialistforskriften hvor det istedenfor legges vekt på gjennomsnittlig antall veiledningsmøter i løpet av hele perioden (15). En studie utført av Legeföreningensinstituttet (LEFO) i 2016 viser at N=853 (47%) av de spurte LIS-legene svarte at veiledningen hadde kommet i gang i løpet av en måned etter oppstart (7). Sammenlignet med LEFO sin studie finner vi relative like tall i populasjonen vår. Kun N=50 (65 %) av LIS1-legene ved medisinsk avdeling og N=35 (46 %) av LIS1-legene ved kirurgisk avdeling rapporterer å ha kommet i gang med individuell veiledning i løpet av de første 4 ukene. For psykiatri svarer N=27 (79 %) av LIS1-legene at de har startet opp med individuell veiledning innen den første måneden etter tiltredelse. På tross av vedtak om strengere krav til veiledning i den nye spesialistforskriften, ser vi fra vår studie at kun 60% av all individuell veiledning starter opp innen en måned etter tiltredelse. Spesialistforskriften trådte i kraft for LIS1-tjenesten mars 2017. I våre siste data fra september 2020, altså tre og et halvt år senere, ser vi fortsatt at hele 2 av 5 LIS1-leger ikke møter sin veileder før etter en måned eller senere etter oppstart. I lys av de funnene vi gjør i vår studie, nemlig at det er en signifikant sammenheng mellom hvor fort man kommer i gang med veiledning på medisinsk og psykiatrisk avdeling, og hvor godt man trives på avdelingen som LIS1 ($P=0,001$) så er snarlig oppstart av individuell veiledning et enkelt tiltak man kan gjøre for å bedre trivselen blant turnuslegene. Vi ser også at det er en signifikant

sammenheng mellom hvor mange veiledningsmøter man har på medisinsk og psykiatrisk avdeling, og hvor godt man trives på avdelingen ($P=0,001$). Det er viktig at enda flere LIS-1 leger i fremtiden får tidlig oppstart av individuell veiledning og at hyppigheten av veiledersamtaler økes.

I en tilsvarende datainnsamling fra 2015, også utført av LEFO, svarte 77 % av LIS1-legene at veiledningen hadde gitt dem nyttig læring (8). I vår populasjon anga rundt 40% at veiledning var nyttig med tanke på læringsutbytte, men bekrefter at det er en signifikant sammenheng mellom hvor godt LIS1-legen opplevde å nå læringsmålene i indremedisin og psykiatri, og hvor mange veiledningsmøter LIS1-legen hadde med sin veileder. Et moment som særlig vektlegges i den nye forskriften om spesialistutdanningen for leger er læringsmålsoppnåelse (9). Funnet i vår studie, at antall veiledningsmøter fører til at LIS1-legen i større grad oppnår sine læringsmål, underbygger viktigheten av veiledning i spesialistutdanningen for leger.

I en artikkel fra Sykepleien 2019 kommer det frem at god veiledning bidrar til bedre arbeidsmiljø og arbeidshelse. (10). Artikkelen konkluderer med at å være i en veiledningsgruppe gir fellesskapsfølelse noe som er verdifullt i en krevende arbeidshverdag hvor man ofte kan føle seg alene om ansvaret. Artikkelen trekker frem at å samtale om det som er vanskelig, slik man får mulighet til både i individuell veiledning og gruppeveiledning, kan være med å forebygge utbrenthet blant sykepleiere.

I en britisk artikkel fra august 2016 pekes det på at relasjonen mellom veileder og LIS-lege er den viktigste, enkeltstående faktoren som avgjør hvor effektiv veiledningen blir. LIS-legene som opplever at veiledningen er effektiv, er også de som er mest fornøyde med veiledningen de får (11). Artikkelen konkluderer med at det er avgjørende at både LIS-legen og veileder er like delaktige når det kommer til å planlegge hva som skal tematiseres for at veiledningen skal bli så konstruktiv som mulig.

Gruppeveiledning og supervisjon

En studie fra 2017 gjennomført ved Oslo Universitetssykehus (OUS) og Nordlandssykehuset i Bodø (NLSH) viser hvordan gruppeveiledning kan gjøre det enklere for leger å tilegne seg ferdigheter innen kommunikasjon og etikk (12). Dette samsvarer med det vi finner i vår studie om at både gruppeveiledning og individuell veiledning bidrar til faglig progresjon. Studien konkluderer med at gode rammevilkår som skjermet veiledningstid, stabilitet og kontinuitet, er avgjørende for å få best utbytte av gruppeveiledningen (12).

I vår studie svarer $N=78$ (70 %) av de spurte LIS1-legene at de har deltatt i gruppeveiledning i løpet av LIS1-tiden. Flere trekker frem at sykehusene må ha «*større fokus på å gjennomføre gruppeveiledning*». Ifølge en artikkel publisert i Tidsskriftet trekker de blant annet frem at å sette et fast møtetidspunkt gjør at møtene oftere gjennomføres og at flere leger deltar (13). Artikkelen konkluderer med at leger har utbytte av gruppeveiledning på tross av en hektisk klinisk hverdag. Artikkelen nevner også at gruppeveiledning kan bli en god arena for å bedre sine ferdigheter innen pasientformidling. I tillegg nevnes det at gruppeveiledning kan være mer tids- og kostnadsbesparende sammenlignet med individuell veiledning. Funnene i artikkelen samsvarer med de vi finner i vår studie, nemlig at det er en signifikant sammenheng mellom å ha deltatt i gruppeveiledning og faglig progresjon.

I en artikkel publisert i Tidsskriftet kommer leger i kirurgiske fag lavest ut på jobbtilfredshet blant alle spesialiteter (14). Dette samsvarer med funnene våre. Mens

N=65 (84%) ved medisinsk avdeling og N=31 (91%) ved psykiatrisk avdeling svarer at de trives bra på avdelingen, svarer kun N=52 (68%) at de trives bra ved kirurgisk avdeling. I svarskjemaet trekker flere av LIS1-legene frem at arbeidspresset er større på kirurgisk avdeling sammenlignet med de øvrige avdelingene. I samme artikkel finner de også at leger, på tross av økende arbeidsbelastning, har en høy grad av jobbtilfredshet. Forfatterne mener at dette funnet beror på indre verdier, som yrkesstolthet, snarere enn ytre faktorer som jobbsituasjon. Dette rimer med funnene fra vår studie, nemlig at selv om LIS1-legene trives mindre på kirurgisk avdeling, så er de alt i alt fornøyde med turnustjenesten.

Begrensninger

Studien vår har en del begrensninger. Svarresponsen er lav med gjennomsnittlig 36% per kull. Dette reduserer gyldigheten av våre resultater. I tillegg har vi ingen opplysninger om alder og kjønn. Disse 2 variablene kan ha betydning for utfallet og nye studier som inkludere begge variabler bør gjennomføres. Det finnes heller ikke informasjon om veiledernes teoretiske og praktiske kunnskaper knyttet til å veilede LIS, som for eksempel hvem som har deltatt på grunnkurs i pedagogikk og veiledning. Hvorvidt slik kursdeltakelse kan ha en positiv effekt på kvaliteten av veiledningen får vi ikke informasjon om i vår studie.

Vi ser en sammenheng mellom individuell veiledning, supervisjon, gruppeveiledning og trivsel. Det er naturligvis andre momenter som også bidrar til trivsel slik som bo- og livssituasjon. Dette har det ikke vært mulig å ta høyde for i denne studien siden disse data ikke ble registrert.

På grunn av lite data lå det begrensninger for hvilke statistiske metoder vi kunne benytte, og med metoden vi har valgt i denne studien fikk vi ikke korrigert for potensielle cofoundere.

Uansett viser studien vår at det er viktig med god veiledning og supervisjon siden begge bidrar til trivsel og god læring, selv om det fortsatt er rom for forbedring. Det foregår nå en nasjonal opplæring av leger innen veiledning og supervisjon som er obligatorisk for LIS-2 og LIS-3, og fakultativ for ferdige spesialister. En ny studie om 1-2 år med samme problemstilling vil kunne være nyttig for å se om denne opplæringen bidrar til ytterligere forbedring av situasjonen.

Konklusjon

Trivsel i LIS1-stillingen er assosiert med tidlig oppstart av og hyppige veiledningsmøter. God tilgang til supervisjon øker trivsel. Vi ser fortsatt et betydelig forbedringspotensial, og for at individuell veiledning og gruppeveiledning skal være effektive som læringsmetoder må kvaliteten heves.

Anheng

Forfatterne ønsker spesielt å takke de regionale fagdirektørene i Helse Midt for et godt samarbeid og for at vi fikk godkjenning til bruk av data fra LIS 1-undersøkelsen til denne studien. Videre en stor takk til Øyvind Salvesen, NTNU, for hjelp med statistiske spørsmål.

Kildeliste

1. Spesialistforskriften (2017/2019). *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger*. (LOV-1999-07-02-61-§3-5, LOV-1999-07-02-64-§5, LOV-2011-06-24-30-§8-1, FOR-2020-03-12-399). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>
2. Den Norske Legeforening. (2013). *Hva er god veiledning*. Pkt. 4 og 5. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/d0d49c68b2634fb889eff3aaec4dd70d/hva-er-god-veiledning.pdf>
3. Helse- og omsorgsdepartementet (2020, 30. august). *Veiledning og supervisjon*. <https://www.helse-og-omsorgsdepartementet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allmennmedisin/veiledning-og-supervisjon>
4. Storvik, A.G. (2018, 28.oktober). Nå måles sykehusene på hvor gode de er i opplæringen av LIS1-legene. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/10/28/na-bli-sykehusene-rangert-etter-hvor-god-lege-opplaring-de-gir/>
5. Storvik, A.G. (2018, 28.oktober). Tynset er favoritten blant ferske leger. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/10/28/tynset-er-favoritten-blant-ferske-leger/>
6. Den Norske Legeforening. (2005, 24.mai). *Krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanning av leger*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/5c7ead3aa7de40c88c204604705a6396/krav-til-utdanningsinstitusjoner-i-spesialistutdanningen-av-leger-pdf.pdf>
7. Birkeli, C.N/Legeforeningsinstituttet (2016). *Nasjonal evaluering av spesialistutdanning for leger*. (rapport 2017). <https://www.legeforeningen.no/PageFiles/299301/Nasjonal%20evaluering%20av%20spesialistutdanningen%20for%20leger%202016.pdf>
8. Birkeli, C.N/Legeforeningsinstituttet (2015). *Nasjonal evaluering av turnustjeneste for leger*. (rapport 2015). <https://www.legeforeningen.no/contentassets/ea5f46eb1dc7453d91502248df658427/turnusevaluering-endelig.pdf>
9. Nylenna, M.. (2018, 21.august). Veiledning eller supervisjon? *Tidsskriftet for den norske legeforening*. <https://10.4045/tidsskr.18.051>
10. Almvik, T.N. & Vråle, G. B. (2019). *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.75095>
11. Patel, P. (2016, 3.august). An evaluation of the current patterns and practices of educational supervision in postgraduate medical education in the UK. *Perspective on Medical Education*. <https://dx.doi.org/10.1007/s40037-016-0280-6>
12. Rø, Kari Isaksson (2018, 19.august). *Gruppeveiledning for LIS, erfaring fra onkologi*. Yngre leger. <https://yngreleger.no/artikkel/gruppeveiledning-for-lis-erfaringer-fra-onkologi>
13. Rø, K. I. Djerv, L. Boye, T.B. Ekeberg, Ø. (2018, 1.oktober). Gruppeveiledning – et udekket behov hos leger i spesialisering. *Tidsskriftet for den norske legeforening*. <https://10.4045/tidsskr.18.0569>
14. Nylenna, M & Aasland, O.G. (2010, 20.mai). Jobbtilfredshet blant norske leger. *Tidsskriftet for den norske legeforening*. <https://10.4045/tidsskr.09.0955>
15. Helse- og omsorgsdepartementet (2019, 28.februar). *Spesialistforskriften med kommentarer*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/296adc05dbec4ae1a1e015cbea31701e/revidert-rundskriv-spesialistforskriften-002.pdf>

