

'Drop-in gruppesupervision' af yngre læger på en hospitalsafdeling

Af psykolog Hanne Ryborg Dreier

Denne beskrivelse er rettet mod den uddannelsesansvarlige læge på hospitalsafdelingen og indeholder en beskrivelse af uddannelsestilbuddet 'Drop-in gruppesupervision' samt en evaluering af forløbet. Supervisionen er gennemført af psykolog og specialist i sundhedspsykologi Hanne Ryborg Dreier. Beskrivelsen er ikke en detaljeret undervisningsmanual til udførende supervisor (her psykologen), men i højere grad ment som inspiration til denne samt den uddannelsesansvarlige.

Drop-in gruppesupervision er gennemført og evalueret som 1 ud af i alt 3 uddannelsestilbud i forbindelse med projektet "*Supervision af yngre læger, der arbejder med kræftpatienter i intensiv behandling*". Vi har i projektet undersøgt, hvordan mentaliseringsbaseret supervisionsundervisning (MBSU) kan styrke yngre lægers mentaliseringsevne og derigennem styrke deres relationelle kompetencer. MBSU er en supervisionsmetode udviklet af psykolog Hanne Ryborg Dreier.

Kolofon:

maj 2011

Ansvarlig: © Autoriseret psykolog og specialist i sundhedspsykologi Hanne Ryborg Dreier
Ryborg Terapi, supervision og kompetenceudvikling

E-mail: info@hanneryborg.dk

Tlf.: 26 22 56 86

ISBN: 978-87-91945-08-3

Design: Martin Scheuer/ad-man.dk

¹ Dreier, H.R. & Puggaard, L.B. Supervision af yngre læger, der arbejder med kræftpatienter i intensiv behandling I *Relationelle kompetencer – Metoder til at fremme relationelle kompetencer hos personale, der arbejder med kræftpatienter*, 2011

Drop-in grupp supervision

Til den uddannelsesansvarlige læge²

Drop-in grupp supervision er et forløb, der kan tages i enkelt sessioner eller som et sammenhængende forløb, hvilket betyder, at lægen kan komme, når han/hun har tid og lyst til det. Formålet med drop-in supervisionstilbuddet er at øge lægens mentaliseringsevne og samspils-sensitivitet således, at lægen i højere grad bliver i stand til at tilrettelægge sin kommunikationsstrategi efter patientens her-og-nu tilstand.

Supervisionen er i denne beskrivelse målrettet yngre læger inden for det onkologiske speciale.

Drop-in supervisionstilbuddet er form- og metodemæssigt udviklet til at imødekomme flere store udfordringer på onkologisk afdeling på Rigshospitalet:

- Den enkelte læge kommer igen og igen ud for at skulle give en alvorlig besked om behandlingseffekt og prognose.
- Der er løbende udskiftning i personalegruppen, hvilket betyder, at gruppen er forskelligt sammensat til hver supervisions-session.
- Personalets deltagelse i supervisionen vil altid være ustabil, idet de har skiftende arbejdstider.

Drop-in supervisionstilbuddet er udviklet som et tidsøkonomisk alternativ til klassiske supervisionsformer og med en fleksibilitet, der giver lægerne mulighed for at deltage uanset ansættelsestidspunkt og erfaringsniveau. Samt med frihed for den enkelte til at vælge tilbuddet fra for at få dagen til at hænge sammen.

MENTALISERINGSBASERET SUPERVISIONSUNDERVISNING (MBSU)

MBSU tager udgangspunkt i lægernes praksisoplevelser og indeholder formidling af psykologisk teori og metode bl.a.

- Krisepsykologisk teori – undervisning i kriseforståelse og krisestyring.
- Undervisning i mentaliseringssvigt og samtale med patienten der lider af dette – med inspiration fra Fonagy & Allens teori om mentalisering³.
- Undervisning i spørgeteknik og spørgsmålstyper med inspiration fra Michael Whites spørgemetoder inden for narrative praksis⁴

² For yderligere information om metoden MBSU kontakt cand.psych.aut., specialist i sundhedspsykologi Hanne Ryborg Dreier: hanneryborgdreier@gmail.com, www.hanneryborg.dk

³ Allen, J. G. & Fonagy, P. (2006). Handbook of mentalization-based treatment. Chichester, West Sussex, England. Wiley

⁴ White, M. (2008). Kort over narrative landskaber. Hans Reitzels Forlag

- Undervisning i 'forgreningspunkter' – de vigtige tidspunkter i samtalen hvor resten af samtalen karakter og stemning afgøres. Med inspiration fra Barnett Pearce CMM-teori (*Coordinated Management of Meaning*)⁵.

I MBSU benytter psykologen sig af glidende overgange mellem supervision, konsultation, kriseintervention og undervisning. Psykologen arbejder således fleksibelt, men med inddragelse af faste elementer såsom:

- afklaring af supervisionens fokus
- supervisanden interviewes
- analyse af patientens bevæggrunde / psykiske tilstand i den vanskelige samtale
- undervisning i relevante emner
- styrede reflekterende processer blandt de fremmødte (erfaringsudveksling) i forhold til forskellige måder at håndtere en given vanskelig situation.

Evaluering af Drop-in gruppesupervision

Drop-in supervisionen blev evalueret af de 10 deltagende læger gennem interviews og en spørgeskemaundersøgelse samt af de 2 psykologer tilknyttet projektet.

DEN TEORETISKE FORANKRING

Mentalisering

At mentalisere vil sige, at man på én og samme tid er opmærksom på, hvad der foregår i eget sind og i den andens sind. Evnen til at mentalisere gør os i stand til at forstå andres adfærd og regne ud, hvorfor andre tænker, føler og gør, som de gør.

Vi lærer alle at mentalisere som børn ved at blive "udsat" for mentalisering af vores forældre og andre omsorgspersoner. Vi har således alle den grundlæggende evne til at mentalisere, men vi anvender den sjældent bevidst og reflekteret. Mentalisering er et nyt ord for velkendte fænomener såsom empati, men er en samlet betegnelse for implicite og eksplicite fortolkninger af egne og andres handlinger. Handlinger som er meningsfulde udtryk for personens indre liv – behov, ønsker, følelser og fornuft⁶.

Bevidst mentalisering forudsætter opmærksomhed og kræver en mental indsats. Det er en form for bevidst nærvær, hvor man er bevidst om, hvad patienten tænker/føler og samtidig er opmærksom på sine egne tanker og følelser.

⁵ Pearce, W. B. (2007) Kommunikation og skabelsen af sociale verdner. Virum. Dansk Psykologisk Forlag.

⁶ Skåderud, F. & Karterud, S. (2007) At forstå sig selv og hinanden - en introduktion. In (pp. 13-1). København. Akademisk Forlag.

Mentalisering rækker derfor ud over empatibegrebet, da lægen også skal kunne have bevidsthed om sin egen sindstilstand og empatisere over sig selv. Det er hensigtsmæssigt, at læger, som forventes at kunne yde menneskelig omsorg i sin omgang med patienter, benytter sig af dette indefra/udefra perspektiv - en *mentaliseringsbaseret tilgang*⁷. Lægen har en stor del af ansvaret for at skabe en god og konstruktiv dialog med patienten. Han må derfor arbejde for at skabe så nuanceret og korrekt mentalisering som muligt. Den bedste måde man hjælper andre til at blive dygtige til at mentalisere er at udsætte dem for mentalisering og mentalisere sammen med dem⁸. Så når vi stiller krav til lægen om at have eget og andres sind på sinde i kommunikation, må vi samtidig sørge for arbejdsmæssigt at skabe rammer, hvor lægen selv bliver mødt med dette og får mulighed for refleksion og mentalisering. Psykologen er uddannet til at skabe sådanne rammer og kan skabe en dialog, hvor hun/han har lægens, patientens og eget sind på sinde – på én og samme tid.

Læger trænes og oplæres ofte i deres uddannelse til at tænke i psykologiske modeller. Desværre kan evnen til mentalisering formindskes, hvis modeltænkningen får karakter af kraftig forenkling af en kompleks virkelighed. Modellerne hjælper os umiddelbart, men blot på et overfladisk niveau til at forstå patientens psykiske reaktioner og udtryk. Det er forståeligt, at vi ofte fristes til at søge tilflugt i en tænkning præget af forsimplede modeller – med det formål at gøre virkeligheden mindre kompleks og mere umiddelbart forståelig for os. En fordel ved modeller er, at de kan skabe en afstand og distance til patientens smerte og kaos. Behovet for distance er forståeligt, men det er meget vigtigt, at lægen på samme tid formår at holde sig emotionelt åben og i kontakt på patientens perspektiv således, at patienten ikke oplever sig mødt med ligegyldighed, distance og kulde⁹.

Mentaliseringsevnen er normalt til stede på intuitiv vis, og når alt i en samtale går godt, kan lægen klare sig med denne intuitive mentalisering. Der er først brug for at mentalisere bevidst og eksplicit, når lægen støder på vanskeligheder i samtalen og dermed også i relationen. Visse situationer gør det særligt vanskeligt for lægen at mentalisere: Situationer, hvor lægen fx:

- selv kommer i affekt - bliver vred eller emotionelt berørt
- føler sig truet og under pres
- føler sig stresset

7 Bateman, A. & Fonagy, P. (2007) Mentaliseringsbaseret behandling af borderline-personlighedsforstyrrelse, en praktisk guide (1. udgave ed.) Kbh. Akademisk Forlag.

8 Ibid

9 Skåderud, F & Karterud, S (2007). At forstå sig selv og hinanden - en introduktion. In (pp. 13-1). København. Akademisk Forlag.

Når vi oplever intense følelser og kommer i stærk affekt, reduceres vores evne til mentalisering med den følgevirkning, at vi bliver mentalt blinde for andres sind. Evnen til god mentalisering er afhængig af situationen, og den vi agerer sammen med, dvs. den er påvirket af affektive og relationelle kontekster¹⁰. Når man er i affekt, fx er vred, kan man ej heller på dette tidspunkt mentalisere over sig selv og egen adfærd, da man opsluges af sin følelse af vrede. Som professionel er det meget vigtigt, men samtidig meget vanskeligt, at kunne mentalisere over egne emotioner og ikke lade sig opsluge og fange af disse. Bliver man opslugt, kan man ikke mentalisere og træffe konstruktive valg. At mentalisere over emotioner kræver, at man på én og samme tid:

- føler følelserne
- lægger mærke til de tanker, der er en følge af følelserne
- og prøver at gøre sig det klart, hvad baggrunden for følelserne kan være

Da vi ikke altid er 100 procent klar over, hvordan vores eget sind fungerer, er det ofte i samtaler med andre, at vi har muligheden for at opnå større klarhed over egne følelser og reaktioner – og således forstå os selv bedre. For at kunne se sig selv 'udefra' er de fleste mennesker afhængige af samtaler med andre.

Supervision, hvor man arbejder professionelt med at styrke lægens evne til kompetent mentalisering, vil give lægen større mulighed for at forstå, hvordan patienten har det, eventuelt også hvad patienten tænker og ikke mindst, hvorfor patienten handler, som han/hun gør. Samtidig med en øget bevidsthed i forhold til, hvad mødet med patienten vækker i lægen selv¹¹.

For patienten er det vigtigt, at lægen evner kompetent mentalisering og uddannelsesmæssigt bliver styrket i denne evne. Magter lægen ikke at mentalisere, kan han/hun i visse tilfælde, på ureflekeret vis, komme til at påtvinge sine egne opfattelser og egen vilje således, at patienten handler i overensstemmelse med lægens ønsker, behov eller overbevisninger frem for patientens.

Kompetent mentalisering giver lægen mulighed for at samarbejde med patienterne ved både at give udtryk for egne synspunkter samtidig med, at han/hun tager patientens perspektiv i betragtning og respekterer dennes individualitet og integritet.

¹⁰ Skåderud, F & Karterud, S (2007). At forstå sig selv og hinanden - en introduktion. In (pp. 13-1). København. Akademisk Forlag.

¹¹ Ibid

Drop-in grupp supervision

– som metode

Formål:

- At lægen opnår øget opmærksomhed på egne reaktioner på arbejdet
- At lægen får aflastning for oplevelser, der kan være personligt belastende i det faglige virke
- At øge lægens indsigt i patientens psykiske her-og-nu tilstand, således at han/hun bliver bedre i stand til at tilrette kommunikationen herefter (mentaliserings)
- At lægen opnår større personlig kompetence i arbejdet med patienter, hvor samarbejdet opleves som problematisk
- Kollegial støtte og erfaringsudveksling.

Form:

- Drop-in grupp supervisionen udbydes 7 gange med 14 dages mellemrum
- En session varer 30–40 min.
- Deltagerne er læger inden for det onkologiske speciale
- Der er tale om 'drop-in supervision' og således ikke et kontinuerligt opbygget og forpligtende forløb.

Kvalifikationer hos supervisor:

- Cand.psych.
- Erfaring og viden inden for det sundhedspsykologiske felt
- Kommunikation mellem læge/patient, når den er vanskelig
- Et bredt repertoire af viden og erfaring på området som der trækkes på – dvs. erfaring med lægernes praksis, indblik i de sygdomme, de behandler samt den type følelsesmæssige reaktioner patienterne typisk får på forskellige tidspunkter i sygdomsforløbet
- Evne til at formidle psykologisk viden så det kan anvendes af lægen i praksis
- Gerne efteruddannelse i konsultative processer og supervisionsprocesser.

Metode:

- Den anvendte supervisionsmetode er øjebliksfacilitering
- Supervisionen tager udgangspunkt i deltagerens praksisoplevelser, dvs. konkrete, aktuelle episoder fra arbejdslivet
- Supervisionen indeholder formidling af psykologisk teori og metode
- Supervisor styrer ordet og eksplorerer i de ting, der siges, skriver deltagerens input op på white-board, analyserer sammenhænge og dilemmaer sammen med deltagerne og underviser efter behov.

- Supervisor har ikke som udgangspunkt oplæg med, men har et bredt repertoire af *viden og erfaring* på området, som der trækkes på
- Hvis der undervises, kan man vælge at uddele hand-outs i pågældende stof gangen efter (idet man jo ikke på forhånd ved, hvad dagens tema bliver)
- Hele gruppen er i fokus på én gang i en af supervisor styret dialog og refleksion, hvor supervisor interviewer ind i lægernes udsagn
- Alle i gruppen taler med egen stemme og ud fra egne oplevelser og holdninger .

Spilleregler og kontrakt

- Tavshedspligt for såvel supervisor som deltagerne
- Engagement – dvs. når man er tilstede, er man også villig til at deltage i refleksionerne samt til at fortælle om oplevelser, der kan igangsætte en supervision
- Villighed til at tale om dét, der er svært at bære/løse.

Eksempel på indholdet i syv gruppesupervisioner

I gruppesupervisionen benyttes der glidende overgange mellem supervision, undervisning, vejledning/råd til håndtering af vanskelige samtaler / situationer samt kriseintervention over for en evt. kriseramt læge.

Hver session indledes med spørgsmålet :

"Er der nogen, der siden sidst har haft en oplevelse, som du kunne have lyst til at fortælle om og blive klogere på?"

Og til gang 2-7 spørges endvidere: "Er der nogen, der har gjort sig tanker fra sidste session?"

1. GANG

Temaer som udspringer af en case om en krisepræget vred pårørende:

- Interview af supervisanden der havde haft samtale med en vred pårørende og blevet rystet af dette.
- Kriseintervention i forhold til den rystelse lægen har som følge af kontakten.
- Analyse af patientens ståsted: Undervisning om typiske tegn på krise, afmagt og angst som lægen kan kigge efter i den måde, patienten reagerer på.
- Undervisning i hvorfor den følelsesmæssige reaktion på angst og fare kan komme ud som vrede.
- Undervisning om krisestyring, hvordan man gør og hvad, der menes med begrebet.
- Undervisning og styret refleksion i gruppen om: "Hvad sker der i os som læger, når vi møder vrede?"

Handouts blev udleveret den efterfølgende gang.

2. GANG

Temaer som udspringer af casen om den vrede pårørende fra 1. gang:

- Interview af en ny supervisand, som har haft telefonisk kontakt med den vrede pårørende og blevet skældt ud.
- Analyse af patientens bevæggrunde til at skælde ud og rase – udvide lægens forståelse for den afmagt og 'alenehed' den pårørende oplever i forhold til ansvaret i at stå alene med den dårlige patient.
- Undervisning i: 'Alt afhænger af øjet, der ser' – italesættelse af forskellighed i synsvinkel hos henholdsvis lægen/den pårørende. At lede efter den gode grund hos patienten i forhold til at se tingene, som han gør og anerkende dette.

- Undervisning i, hvordan man kan spørge ind til, hvad den pårørende havde håbet på, at lægen kunne 'ordne' for ham og, hvad der dermed er en 'frustreret' forventning. Samt undervisning i hvilken betydning det har for den pårørende, at lægen ikke kan 'ordne' det.
- Undervisning om forskellige kommunikative positioner vi kan placere os i under en samtale – fx *lægen som ekspert*, hvor han er en autoritet og afleverer budskaber og informationer og *lægen som lyttende, ledsagende og støttende*, hvor han er en samtalepartner, som bl.a. spørger ind til, hvilken betydning budskaberne har for patienten og, hvor håb og/eller bristede håb udforskes.

Handouts blev udleveret den efterfølgende gang.

3. GANG

Temaer som udspringer af at en læge flere gange har oplevet at en bestemt sygeplejerske blander sig for meget i lægens informationsgivning under en førstegangssamtale:

- Interview med supervisanden om hans oplevelser og frustrationer.
- Analyse af hvad der er provokerende for lægen ved denne indblanding.
- Analyse af sygeplejerskens bevæggrunde til at blande sig – hendes/hans gode grunde.
- Undervisning og styret refleksion i gruppen om: Hvad kan man gøre som læge, når sygeplejersken tager over, og man føler sin autoritet undermineret?

4. GANG

Planlagt undervisning om mentalisering og mentaliseringssvigt hos patienten Fokus på at 'opdage' mentaliseringssvigt og herefter med omhu og omtanke at vælge, hvilke ting man siger, undlader at sige, gør og undlader at gøre i forhold til patienten.

Indeholder undervisning om:

- Hvordan man opdager tegn på krise, eksistentiel rystelse og mentaliseringssvigt.
- Opmærksomhed på timing af de dårlige beskeder i forhold til, hvad patienten kognitivt og følelsesmæssigt magter at modtage.
- At give tid til at patienten kan fordøje de nye beskeder.
- At spørge ind til tanker og bekymringer de nye beskeder vækker hos patienten.
- Hvordan man bidrager til, at patienten samler sig igen og får genskabt sit overblik.

Handouts blev udleveret under undervisningen.

5. GANG

Temaer som udspringer af den vrede pårørende fra 1. gang. 2 læger har igen haft kontakt med den vrede pårørende. Den ene er blevet skældt ud af ham i en nattevagt, og den anden er blevet chokeret over hans adfærd over for hans terminalt syge kone.

- Interview med først den ene læge og dernæst den anden læge om det, de har oplevet.
- Det ene interview afstedkommer:
 - analyse af den pårørendes bevæggrunde til at skælde ham så voldsomt ud
 - styret refleksion i gruppen om "Hvilke ambitioner kan man have i kommunikationen med et menneske, der gang på gang er meget vredt og udskældende?"
 - undervisning om den effekt visse givne kommunikative positioner vil have på kontakten
- Det andet interview, hvor lægen er chokeret og rystet, afstedkommer:
 - kriseintervention i forhold til lægens rystelse og
 - en styret refleksion og undervisning om:

"Hvordan skelner man mellem, hvad der skyldes krisereaktioner i en persons adfærd, og hvad der evt. kan skyldes en psykiatrisk problematik?"

6. GANG

Temaer som udspringer af en læges oplevelse med en pårørende, der var meget dominerende og talende på patientens vegne:

- Interview med superviseren om hans oplevelser og hvilke aspekter, der gjorde samtalen vanskelig for ham.
- Analyse af den pårørendes bevæggrunde til at være så dominerende og talende – hendes gode grunde.
- Undervisning i samtaleteknik med par:
 - Man kan adskille dialogen således, at man på skift interviewer eller samtaler med henholdsvis patienten og den pårørende.
 - Når man gør dette, øges chancen for, at patientens budskaber og behov kommer tydeligere frem under samtalen.
 - Endvidere bliver forskelle i opfattelser og behov mellem patienten og den pårørende tydeligere, såfremt sådanne findes. Lægens opgave er via samtale at hjælpe denne bevidsthed på vej og evt. sætte ord på det.
- Undervisning og styret refleksion i gruppen om: Hvad kan man ellers gøre som læge, når den pårørende tager for meget over, og man ikke får patienten til at tale selv?

7. GANG

Temaer der udspringer af en læges oplevelse med en patient i krise. Patienten gav udtryk for at føle sig tabt mellem forskellige hospitaler og afdelinger og oplevede ikke, at nogen ville tage ansvar for hans forløb:

- Interview med superviserens oplevelser og følelse af ikke at kunne slå til i samtalen.
- Refleksion sammen med lægen omkring den afmagt, man føler, når der klares og skældes ud over systemet
- Analyse af patientens bevæggrunde til at 'brokke sig' sig – hans gode grunde til at anklage lægen og systemet.
 - Hvordan kan vi forstå patientens situation, og den måde han reagerer på?
- Undervisning om hvordan lægen kan lave krisestyring i de tilfælde, hvor behandling udsættes / en pt. føler sig tabt:
 - Lægen skal sammen med patienten finde veje at navigere i ved at medvirke til, at der lægges en plan fremover. Dermed hjælper lægen patienten med at få øje på 'næste skridt'
 - Det aflaster patienten, at lægen gør noget og viser villighed til at forsøge at hjælpe! Fx ringer et sted hen for afklaring, sender et brev afsted for at oplyse om noget eller henviser til en patientvejleder for at få vejledning
- Undervisning og styret refleksion i gruppen om, hvad de har erfaring med virker i denne situation.

Hvad kommer typisk op i drop-in supervisionen og, hvordan kan supervisor forholde sig - case-eksempler

Lægen oplever tvivl i forhold til egne kompetencer

Yngre læger søger ofte kollegial erfaringsudveksling - Hvad gør I andre? og har behov for at sparre med andre og få gode råd.

CASE

En mandlig læge var med som 'føl' hos en mere erfaren kollega i starten af sit introforløb, hvor han overværede en særlig vanskelig samtale, som han ikke selv ville vide, hvordan han skulle håndtere, hvis det havde været ham:

En mor med sygdom i næsen og hendes voksne datter kommer til undersøgelse. Der er mistanke om recidiv. Da patienten skal undersøges i næsen, siger datteren meget højt og meget befalende: *'Du rører ikke den næse!'*. Da kollegaen forsøger at tage styringen ved at sige *'Jamen, det er vi jo flere om at bestemme'* bliver datteren så vred, at hun griber fysisk ind ved at skubbe ham væk og stille sig i vejen i det øjeblik, han skal til at røre moderens næse. Datteren råber igen højt: *'Du rører slet ikke den næse!'* Kollegaen prøver herefter at forklare, at han skal undersøge næsen: *'Det er derfor, I kommer - der skal igangsættes behandling såfremt, der er recidiv'*, men dette har ingen positiv effekt på datteren. Den syge mor er beklemmt ved situationen. Så prøver kollegaen noget nyt ved at sige: *'Jamen hvad er dit problem - hvorfor er du så bange for, at jeg undersøger din mor?'* Datteren forklarer, at moderen har stor ømhed i næseregionen. Herefter siger han *'Jamen nu må du bare tie stille, fordi din mor må behandles. Det er din mor, det handler om og du tager fokus væk fra din mor!'*

Lægen, der bragte sagen til supervision, havde overværet en række forskellige måder at takle den pårørende på og ville gerne tale om, hvad andre gør i sådan en situation for at få en fornemmelse af, hvad han selv skal gøre den dag, han står i en lignende situation.

Supervisor fokuserer på supervisandens ønske om, at blive klædt på til en lignende situation. Supervisor faciliterer derfor en analyse af situationen på white-board med fokus på datterens reaktioner og bagvedliggende behov. Supervisor undersøger via en støttende og anerkendende tilgang, hvad super-

visanden har behov for at få hjælp til fra supervisor og de andre tilstedeværende. Supervisor sørger for, at alle tilstedeværende taler med egen stemme og ud fra egne erfaringer frem for at give gode råd om, hvad man bør og skal gøre i en sådan situation. Supervisor giver afslutningsvist plads til idé-generation og gode råd således, at ingen 'brænder inde' med disse samt for at udvide lægernes repertoire.

Lægen har behov for at fortælle og få luft for en belastende oplevelse

Yngre læger ser mange patienter og pårørende hver dag og kan blive udsat for belastende oplevelser fx patienter og pårørende, der har meget voldsomme følelsesmæssige reaktioner.

CASE

En kvindelig læge fortæller om sin oplevelse med en meget vred pårørende – en mand, hvis hustru på 43 år har uhelbredelig kræft. Familien har 4 små børn.

Da lægen var i færd med at forlade hustruens stue efter stuegang, fulgte manden med ud på gangarealet og begyndte her højlydt at skælde ud og brokket sig over lægens manglende kompetencer. Lægen gik eller nærmere flygtede ind på kontoret og satte sig ved en computer med ryggen til døren, alt imens manden fortsatte med at stå og skælde ud uden for kontoret. Lægen havde haft en hård dag i forvejen og følte ikke, at hun kunne tage mere på dette tidspunkt. Hun lod derfor sygeplejerskerne tage sig af den højtråbende pårørende. Lægen følte sig efterfølgende meget påvirket og rystet følelsesmæssigt. Oplevelsen havde også formået at så tvivl i hende omkring, hvorvidt manden havde ret i, at hun ikke var en særligt kompetent læge. Han ramte hendes egen følelse af usikkerhed i forhold til at være ganske uerfaren.

Lægen er fyldt op af oplevelsen og kan kun vanskeligt tage imod nye tanker og perspektiver. Lægen er præget af mentaliseringsvigt - i en tilstand af lettere krise - og kan ikke sætte sig i den pårørendes sted eller se situationen udefra.

Supervisors fokus er derfor på supervisandens følelser i forbindelse med den belastende oplevelse. Supervisor arbejder kriseterapeutisk og krisestyrende. Supervisor giver supervisanden plads til at fortælle og få luft for oplevelsen. Supervisor arbejder hen imod, at supervisanden får genetableret sit overblik og evne til at mentalisere. Supervisor etablerer et rum, hvor supervisanden får anerkendelse og støtte fra supervisor og gruppen i form af: "Det, du gjorde, var godt nok!".

Lægen har haft en vanskelig kontakt, der har frustreret ham – og har behov for at udvikle redskaber til at håndtere en lignende kontakt anderledes en anden gang

Yngre læger kan blive ramt af oplevelser, hvor de kan have vanskeligt ved at forstå patienters og pårørendes reaktioner og se de gode grunde til deres adfærd. Når lægen er ramt, bliver det svært at finde veje at gå i samtalen udover den emotionelle og automatiske reaktion, der kommer af sig selv, når man bliver provokeret.

CASE

En mandlig læge fortæller om en vred mand, der ringede ind i en nattevagt. Mandens hustru er døende, og familien har mindreårige børn.

Manden ringende om natten og fortalte, at hans hustru havde feber, og han ville have hende akut indlagt på onkologisk afdeling. Lægen kunne i journalen konstatere, at kvinden var udskrevet og afsluttet fra Rigshospitalet og viderehenvist til Palliativ Afdeling på Bispebjerg Hospital. Lægen fortalte derfor den pårørende, at hans hustru ikke kunne indlægges på Rigshospitalet, hvilket afstedkom, at manden skældte lægen voldsomt ud og kaldte ham mange ubehagelige ting. Den pårørende insisterede på at tale med lægens overordnede.

En kvindelig læge kobler sig på den mandlige læges fortælling:

Da hun i forbindelse med afslutningssamtalen fortalte parret om viderehenvisningen til Bispebjerg Hospital, oplevede hun også manden som ekstremt ubehagelig og ufølsom over for sin hustru, idet han, under konsultationen, havde sagt til hende:

"Nå, men så kan jeg og børnene jo ikke komme ud at besøge dig pga. afstanden. Er det det, du vil ha' ud af det!?"

Lægen, der i journalen kunne se, at de boede i nærheden, blev helt lamslået over at se den måde, manden behandlede sin dødssyge kone på.

Mens lægen fortalte dette til supervisor, fik hun tårer i øjnene.

Flere af de øvrige læger, der var tilstede ved supervisionen, havde selv oplevet manden, og hviskede til hinanden: *"Han er jo forstyrret!", "Han må være psykopat?!"*

Med de to lægers oplevelser er der flere behov rent supervisionsmæssigt på samme tid: Den kvindelige læge er ramt og har dels brug for at bearbejde sine følelsesmæssige reaktioner, og dels har hun, som sin mandlige kollega og resten af de tilstedeværende kolleger, behov for at forstå, hvad der kan røre sig i denne mand, siden han opfører sig grimt over for sin dødende hustru.

Supervisor interviewer lægerne, mens de øvrige deltagere lytter på. For at øge lægernes forståelse for, hvorfor manden opfører sig som han gør, faciliterer supervisor en analyse, en form for mind-mapping på white-boardet, hvor væsentlige aspekter fremhæves:

1. Hvad har lægen oplevet og undret sig over, samt de følelser dette afstedkom i ham/hende.
2. En analyse af hvad manden er præget af, hvad manden har behov for, hvad manden kommunikerer *mellem linjerne* i henholdsvis den telefoniske samtale om natten og afslutningssamtalen, hvor hustruen er tilstede.
3. En fælles vurdering af, hvad der kommunikativt er muligt at gøre i disse to situationer og hvilke dilemmaer, der kan opstå, som man må tage hensyn til.
4. Til sidst underviser supervisor om forskellige kommunikative positioner, man kan indtage – hvordan man gør det, hvilken effekt kan disse have på samtalen og kontakten samt på lægens egen følelse af at kunne håndtere samtalen godt og kvalificeret. Endelig beder supervisor de to involverede læger give feedback på, hvad de tænker, de kunne gøre en anden gang og på, hvilken måde disse nye tanker kan gøre en forskel på såvel handlings- som oplevelsesplan.

De øvrige deltagere inddrages løbende i refleksionerne men med styring fra supervisor.

Evalueringen af Drop-in gruppesupervision

Udbytte

Flertallet af deltagerne angav, at undervisningsformen var udbytterig for dem, og at de havde fået

- nye redskaber og følte sig bedre rustet til den svære samtale
- større teoretisk viden i 'nogen' eller i 'høj grad'

En af lægerne udtalte:

"Jeg kan huske en af de første uger, jeg var herinde, hvor jeg havde det kursus. Der fulgte jeg med min kollega, og han kom i en situation, hvor datteren var helt oppe og køre og nærmest havde sat sig mellem patienten og lægen. Jeg tænkte bare, at jeg ikke ville have vidst, hvad jeg ville have gjort der, og det ville jeg vide nu."

De to læger, der deltog regelmæssigt, fik det største udbytte. De lærte fx at opdage patientens reaktion og ændre strategi ud fra patientens reaktion. Den ene arbejdede med at stille udforskende spørgsmål og den anden med at interviewe og samtale med patienten og den pårørende hver for sig, når der var en meget talende pårørende med til samtalen.

Lægerne synes, det er godt, at have et rum, hvor de har mulighed for at spejle sig i hinanden, og at gruppesupervisionen har givet dem mulighed for at reflektere mere over deres egen praksis. En læge udtalte:

"...hvor jeg så har siddet med andre af mine yngre kolleger, hvor jeg tænker, så er jeg begyndt mere at reflektere og finde ud af, nej, sådan ville jeg ikke have gjort, så på den måde blive mere klar over, hvad min egen teknik er, og hvad det egentligt er, jeg bruger af måder til at komme i gang med samtalen i stedet for, at jeg i hvert fald tidligere havde min egen agenda...."

Formen

Supervisionsmetoden er egnet til supervision i en kollegagrube, der har kendskab til hinandens sager.

Lægerne i det evaluerede tilbud var enige om, at indholdet i supervisionen var vigtigt, og at formen af tilbuddet var god, især var det godt at have et åbent forum, hvor de kunne:

- Sparre med de øvrige introlæger
- Få bekræftet, at det, de gør, er rigtigt:

Jeg havde selv været i en lignende situation, hvor jeg godt kunne nikke genkendende til, at den situation havde jeg også været i. Og det synes jeg egentligt, at jeg havde

klaret, altså der var jeg tilfreds nok med, hvordan jeg selv havde gjort det. Så man kan sige, at der gik jeg det ligesom bekræftet...Lægearbejdet er jo meget ensomt..."

- Få hjælp til håndtering af svære samtaler med fx frustrerede patienter/pårørende:

"... Selv om det ikke er en selv, der har noget på, kan man godt tænke 'Den situation kunne jeg også meget nemt komme til at stå i kommunikationsmæssigt, og hvor patienterne reagerer sådan."

- Få andre synsvinkler på bestemte episoder fremfor at lægerne indbyrdes bare roser og bekræfter hinanden uden at tage kritisk stilling til, om man kunne have gjort noget andet:

"...Men man kan sige, her har man mere tid til at snakke situationen grundigt igennem, og der er en psykolog til også at se på nogle andre vinkler, hvor vi læger måske bare klapper hinanden på ryggen og siger 'Nå, men det var fint gået'"

- Få overordnet teori på det de bøvler med.

DET TIDSØKONOMISKE ASPEKT

Fordelen ved et drop-in gruppesupervisionsforløb er, at det kan 'presses' ind i lægernes travle hverdag, og er tilpasset lægernes tidsmæssige ressourcer, idet en supervisionssession typisk varede 30-40 minutter. Formen er også tidsøkonomisk for den superviserende psykolog, idet sessionen er kort, og fordi der som udgangspunkt kun er et minimum forberedelse. De fleste læger var dog enige om, at der også var klare ulemper ved de korte sessioner:

- At der var for lidt tid til supervisionen
- At supervisionen ofte blev afsluttet for abrupt pga. tidsnød
- At supervisionen lå på et dårligt tidspunkt. Lægerne angiver selv, at de føler sig urolige og ukoncentrerede om morgenen, idet de er ivrige og af og til pressede i forhold til at komme i gang med arbejdet og undgå at komme tidsmæssigt bagud resten af dagen. De plejer at bruge tiden fra 8.30 – 9.00 til at læse dagens journaler igennem og forberede deres samtaler.

FLEKSIBILITETEN I DROP-IN

Fordelen ved drop-in formen er, at alle de yngre læger har mulighed for at deltage, uafhængigt af, hvornår de begynder i deres introstilling eller evt. vikariat. Denne form imødekommer dermed udfordringen ved den løbende ansættelse af yngre læger. Formen imødekommer ligeledes fleksibilitet i forhold til lægernes skiftende arbejdstider, idet lægerne kan deltage, hvis de er på arbejde på supervisionsdagen. Ulempen kan dog være, at deltagerne ikke oplever særlig stor grad af tryghed og kontinuitet i gruppen. Dette var ikke et formål i sig selv med denne supervisionsform, hvis der skal lægges vægt på tryghed, skal der

vælges en supervisionsform, hvor deltagerne i gruppen er de samme fra start til slut.

Udfordringen ved drop-in formen er endvidere, at der er risiko for, at lægen er mere optaget af sin arbejdsopgave og dagens logistik i det travle program end sine egne udviklingsbehov og derfor fravælger at deltage. Flere af lægerne udtalte, at de af og til vælger tilbuddet fra for at få dagen til at hænge sammen.

Fleksibiliteten i supervisionen giver dermed begrænsninger for udbyttet, som denne læge udtrykker det:

"... så er man dumpet ind midt i supervisionsperioden og så sidder man lige og hører 20 min. her og 20 min der. Så faktisk er det svært, synes jeg, at få et samlet hele omkring det".

En læge blev først ansat under supervisionsforløbet og blev ikke orienteret om tilbuddet før sidst i forløbet og havde således ikke mulighed for at deltage.

METODEN ØJEBLIKSFACILITERING

Strukturen bestemmes af supervisor fra gang til gang, men tager udgangspunkt i lægernes praksisoplevelser, med mindre andet er aftalt. At supervisionen tog udgangspunkt i oplevelser fra hverdagen, var der forskellige meninger om – dog overvejende positive:

"... Jamen, jeg synes det er godt, at vi tager udgangspunkt i noget fra vores hverdag, og så at der kommer noget teoretisk med på, så man ligesom kan udvikle sig – så det ikke bare bliver, ja noget lommefilosofi."

"... Jeg synes, der mangler lidt struktur, hvis jeg skal sige noget. (...) Altså nogen gange er det godt at blive drevet af input hist og her, men hvis der ikke er en rød tråd, så er det svært at gå derfra med noget. (...) Man kunne starte med at sige, at det her skulle være temaet, og så kunne vi komme med input. Men det blev mere og mere drevet af, hvilke oplevelser vi lige har haft, og så sidder vi sådan lidt og tænker 'Nå, hvad skal jeg finde på at bringe frem i dag.'"

Læger er ofte ikke bekendte med supervision og supervisionsformer, og enkelte efterspurgte bedre gennemskuelighed i hvor meget tid, der skulle bruges på henholdsvis undervisning og supervision på enkeltsager samt hvilke emner, der ville blive taget op hver session. Denne tydelige og kommunikerede fordeling mellem forskellige metodiske kompetence-udviklingsteknikker samt planlægning af indhold kan imidlertid ikke imødekommes under denne form, idet indholdet netop er planlagt til at være domineret af 'øjebliks-facilitering' – dvs. supervisor går ind i dét, der dukker op fra øjeblik til øjeblik under supervi-

sionssessionen og kan derfor ikke på forhånd fortælle, hvordan den vil udvikle sig.

Der er med denne supervisionsform dermed også risiko for tematiske gentagelser, hvilket også gjorde sig gældende i dette forløb.

TIDSMÆSSIG PLACERING AF SUPERVISIONEN I FORHOLD TIL LÆGERNES UDDANNELSESFORLØB

Det blev fremhævet, at placeringen af supervisionstilbuddet med fordel kan ligge så tidligt som muligt i lægens proces som yngre læge. Ligger det fx i de første svære måneder som introlæge, vil det formentlig være til god individuel støtte:

"...Den første supervision jeg var til, der havde jeg allerede været her i 3 mdr., og det var nok for mig de 3 hårdeste måneder, så det var sådan set dér, jeg havde mest brug for det. Men jeg synes nu, at det har en effekt, nu hvor jeg ved, at jeg kan fortælle mit, og høre at andre faktisk har besværligheder med det også."

I modsætning til dette står, at det også er en fordel, at lægen har stået i vanskelige samtaler og situationer, som han kan medbringe til supervisionen.

Anbefalinger til etablering af Drop-in gruppesupervision

Drop-in gruppesupervisionen

- Kan med fordel gøres obligatorisk i stedet for 'drop in'.
- Kan med fordel køre kontinuerligt over hele året – kun afbrudt af ferie.
- Kan kvalificeres yderligere og dermed forøge deltagerens udbytte, hvis man supplerer det med et individrettet tilbud, såfremt tidsøkonomiske ressourcer er tilstede. Det individrettede tilbud kan fx være i form af:
 - individuel ambulatoriesupervision, hvor lægens samtaler overværes af en psykolog (og evt. optages med kamera) med efterfølgende feedback.
 - et kommunikationstræningskursus med psykolog og skuespillere, hvor lægen træner sine vanskelige samtaler.