

# ● Hvem kan supervisere praktiserende læger?

Af Helena Galina Nielsen



## Biografi

Helena Galina Nielsen er speciallæge i almen medicin, tilknyttet Forskningsenheden for Almen Praksis i København. Uddannet supervisor i 2000 og har arbejdet med projektet »Hvad er god supervision for praktiserende læger?« siden 2005.

## Forfatters adresse

Forskningsenheden for Almen Praksis i København, CSS, Øser Farimagsgade 5, 1014 København K.  
helenani@sund.ku.dk

I denne artikel beskrives, hvem der superviserer, og hvilke supervisionsmetoder praktiserende læger bruger i dag. Artiklen tager udgangspunkt i forskningsprojektet »Hvad er god supervision for praktiserende læger?«, som består af en spørgeskemaundersøgelse med et repræsentativt udvalg af praktiserende læger i Danmark og en kvalitativ undersøgelse, hvor artiklens forfatter har fulgt tre supervisionsgrupper med forskellige supervisorer og supervisionsmetoder.



Supervision er en psykologisk/pædagogisk metode, hvor man som læge enten individuelt sammen med en supervisor eller i en kollegial gruppe kan drøfte og reflektere over problemstillinger i sit professionelle virke (Se Boks og (1)).

## Historien

I Danmark har der eksisteret supervisionsgrupper for praktiserende læger i flere årtier. Samtidig med, at Torben Bendix i 1970'erne startede grupper med praktiserende læger (2), var praktiserende læge Kaj B. Rasmussen (3, 4) m.fl. i de samme år blevet inspireret af Michael Balint,

## ● Boks 1 / Definition på supervision.

Supervision er en regelmæssig aftalt aktivitet, der har til formål at udvikle, videreudvikle, vedligeholde eller restituere den professionelle funktion. Aktiviteten har til formål at kvalitetssikre patientbehandlingen og støtte den professionsudøvende i sit erhverv. Det sker ved at undersøge konsultationsprocessen, læge-patient-forholdet eller andre relationer, der har med det professionelle arbejde i almen praksis at gøre. Supervisionen kan foregå mellem en supervisor og én person eller en gruppe eller som kollegial supervision, hvor deltagerne på skift udfylder rollen som supervisor.

og siden blev også andre supervisionsmetoder brugt. Det primære formål med disse grupper var at træne og kvalitetssikre samtalebehandling, forbedre kommunikative færdigheder og at klare komplekse problemstillinger i konsultationerne. Samtidig med at den gruppebaserede efteruddannelse blev udbredt i midten af 1990'erne blev antallet af supervisionsgrupper også øget, idet der i 1995 blev indført i overenskomsten mellem Sygesikringen og de praktiserende læger, at det forventedes, at lægerne for at kunne yde samtaleterapi gik i supervision for at kvalitetssikre disse. I forbindelse med dette og øget fokus på psykiske lidelser (Nordisk psykiatri-audit 1998 og 2000) opstod der flere supervisionsgrupper. I amter, hvor der var en §2-aftale, blev supervision støttet i særlig grad, og i Københavns Kommune deltog 62% af de praktiserende læger i 2003 i en supervisionsgruppe. Ved en rundspørge til praksisudvalget og efteruddannelsesvejledere samme år opgjorde jeg, at en tredjedel af de praktiserende læger på landsplan deltog i supervision. Selv om antallet i København er faldet, efter at den særlige ordning er ophørt i 2004, og sidste år lå på ca. 30%, deltog omtrent en tredjedel af de praktiserende læger på landsplan fortsat i en supervisionsgruppe i 2008 (5). Det har ikke været muligt at få tal fra andre lande, om hvor udbredt det er for praktiserende læger at deltage i en supervisionsgruppe, men så vidt jeg kan forstå fra samtaler med læger i andre lande, har Danmark et pænt stort antal i forhold til andre lande.

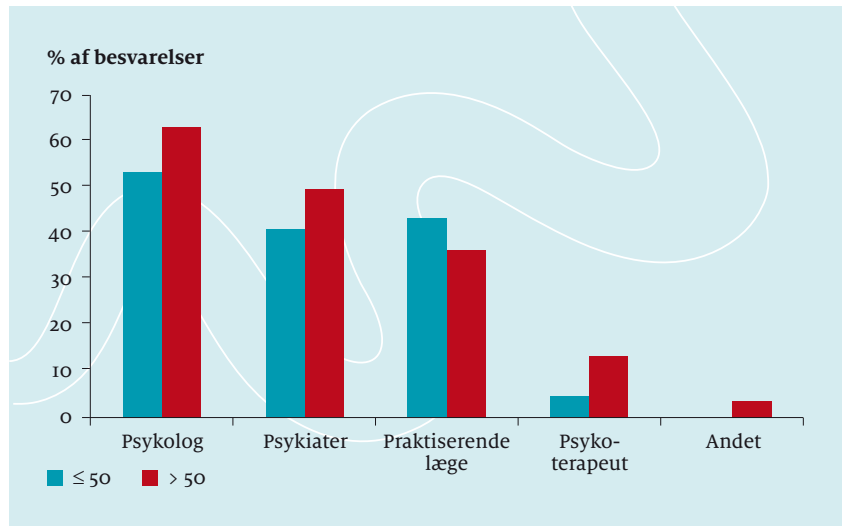
### Hvem superviserer?

I spørgeskemaundersøgelsen fra 2008 (5), som blev sendt til et repræsentativt udvalg af de praktiserende læger i Danmark, spurgte jeg om, hvem der var blevet benyttet som supervisor, og hvilke metoder der var blevet brugt. Mens det i de første år primært var psykologer og psykiatere, der blev brugt som supervisor, er der kommet et stigende antal af praktiserende læger, der fungerer som supervisor. Som det kan ses i Figur 1, har hovedparten af lægerne haft psykologer som supervisor og herefter kommer psykiatere. De modeller, der anvendes, fremgår af Figur 2.

Den hyppigst anvendte metode har været det reflekterende team, og ikke overraskende kommer kognitiv terapeutisk supervision på andenpladsen, da der har været stor fokus på, at de praktiserende læger skulle lære kognitiv terapi især med henblik på at behandle patienter med angst og depression. Bortset fra Kalymnosmodellen er metoderne udviklet i de psykoterapeutiske specialer. Således er det reflekterende team udviklet inden for systemisk familierapi, kognitiv terapeutisk metode fra kognitiv terapi og Balint-metoden ud fra psykodynamisk psykoanalytisk terapi.

Kalymnosmodellen har, selv om den uden tvivl også har »lånt« fra psykoterapien, været udviklet ud fra medicinsk pædagogiske og uddannelsesorienterede modeller (6). (De forskellige modeller gennemgås i en senere artikel).

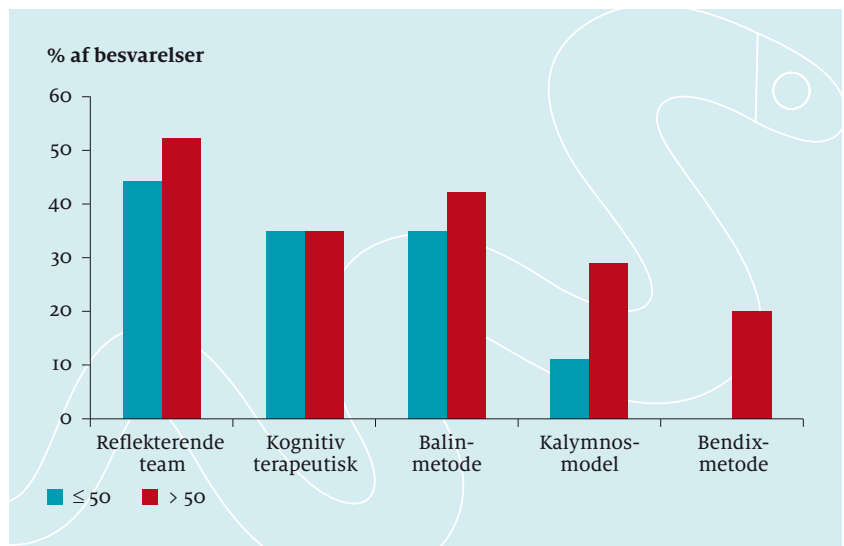
**Figur 1** / Supervisorer i 2008 i forhold til alder under og over 50 år.



### Hvad er behovet for supervision?

Før der fandtes supervisionsgrupper, oplevede mange praktiserende læger næppe noget større behov for supervision. Når først man havde nedsat sig i sin egen praksis, måtte man klare udfordringerne hen ad vejen, og meget læring kom ud af egen erfaring fra talrige patientmøder samt fra forskellige efteruddannelseskurser. De første supervisionsgrupper blev initieret af psykiatere, som mente, at samtaleterapi godt kunne udføres i almen praksis, hvis der blev givet supervision af psykiatere eller psykologer (7). Kaj B. Rasmussen var promotor for dannelse af Balint-grupper i almen praksis med fokus på læge-patientforholdet i alle konsultationer (personlig meddelelse). De læger, der deltog i de første supervisionsgrupper, fandt ud af, at de fik et godt udbytte (4), og i en lille undersøgelse (8), hvor Ib Neubauer brugte en

**Figur 2** / Supervisionsmetoder 2008 i forhold til alder.



## Supervision

metode inspireret af systemisk familierapi, vises, at også patienterne har gavn af det. Siden blev ønsket om supervision gjort bredere end alene koblet til samtalerapi, og bl.a. i København (9) blev formålet med supervision udvidet til at diskutere andre komplekse problemstillinger i konsultationerne. Desuden blev det brugt som en mulighed for også at se på andre dele af praksislivet end alene læge-patient-forholdet. Bortset fra København og enkelte andre regioner, hvor supervisionsgrupperne opstod som selvstændige grupper, er de fleste grupper dannet som del af den gruppebaserede efteruddannelse. I min spørgeskemaundersøgelse siger 85% af de læger, der besvarede spørgeskemaet, at supervision bør være en del af efteruddannelsen, dvs. at også læger, som ikke selv gik i en gruppe, havde denne mening. En læge, der ikke gik i en supervisionsgruppe skrev: »Jeg mener, at supervision skal handle om hele praksislivet«. Det opfatter jeg som et udtryk for, at der kan være et behov, som ikke bliver dækket.

Mange af de læger, jeg har interviewet, har jeg spurgt umiddelbart efter en supervision, hvad der fik dem til at bringe en sag på supervision. Jeg har prøvet at sammenfatte et udsagn, der dækker det, der blev sagt på tværs af grupperne.

»Jeg tager noget på supervision, hvis jeg er i tvivl eller har et problem, jeg ikke kan komme videre med. Jeg har også brug for at få feedback og andre øjne på det, jeg laver i ensomhed bag min lukkede

Foto: Colourbox.



dør, og anerkendelse og bekræftelse på, at det er godt nok, det jeg laver. Jeg har brug for støtte til at tage mig af psykiske problemstillinger, men også lære, hvordan jeg bedst griber det an og laver samtalebehandling. Jeg vil gerne have redskaber eller forfine dem, jeg har, på det psykologiske område, og eventuelt komme dybere. Selv om det er vigtigst at kunne få hjælp til det, der volder mig problemer, tænker jeg også på gruppen, og vil helst tage lærerige og interessante sager med. Jeg vil gerne blive dygtigere, have et fagligt løft og blive bedre til at diagnosticere og behandle. Nogle gange har jeg brug for et konkret råd eller anvisning«.

At sidde fast i et problem bør naturligvis være en god grund til at drøfte og undersøge problemet i en supervisionsgruppe. Selvom udgangspunktet ofte er en vanskelig samtale eller led i en samtalebehandling, viser det sig imidlertid, at supervision også bliver benyttet til andre væsentlige problemstillinger i det professionelle virke. Det ses især i de grupper, der har eksisteret længe, at der opstår et behov for at gå dybere og tage andre problemstillinger med. Således ser de fleste grupper det som vigtigt at kunne drøfte en klagesag som en førsteprioritet, hvis der er behov for det. Ligeledes er det ikke ualmindeligt, at forhold til uddannelseslæger, personale og samarbejdspartnere kan undersøges i supervisionen. I spørgeskemaundersøgelsen var det kun en lille procentdel, der nævnte, at klagesager blev drøftet i supervisionsgruppen, men mange svarede slet ikke på dette spørgsmål. Når man ved, at dette er noget, som tynger læger rigtig meget, kan det undre mig.

### Hvem kan supervisere praktiserende læger?

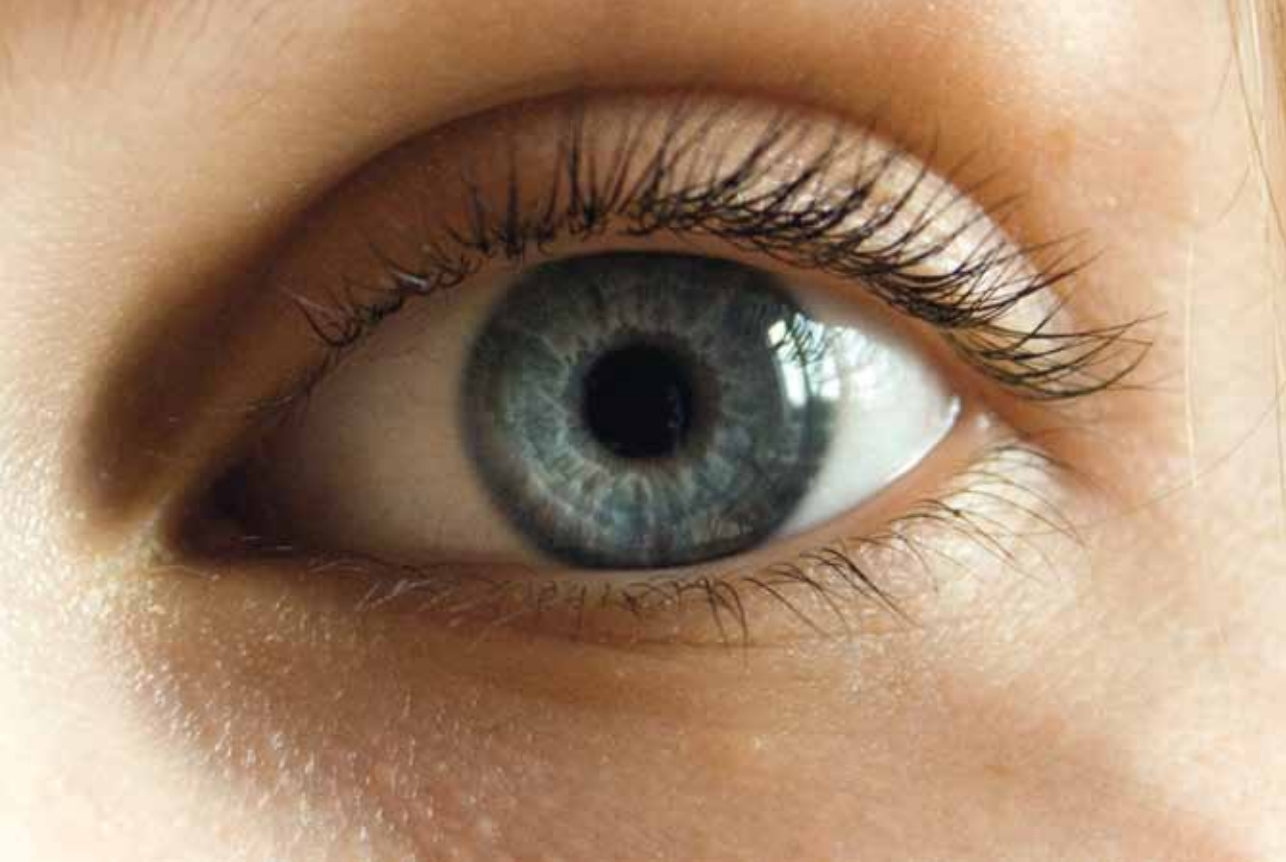
I de fleste professioner forventes en supervisor først og fremmest at være en erfaren kollega fra samme profession, der er uddannet til denne rolle (10). I lægeverdenen og blandt praktiserende læger findes ikke en formaliseret uddannelse (1). Som nævnt har udbuddet først og fremmest været psykiatere og psykologer, og de første praktiserende læger, der blev Balint- og Bendixsupervisorer, blev uddannet i deres supervisionsgruppe. Ligeledes har mange læger dannet grupper efter at have deltaget i Kalygnoskurser. I en efteruddannelsesgruppe, der var dannet i forbindelse med, at nogle læger havde nedsat sig i praksis, foreslog en af lægerne efter et par år, at de skulle prøve at få supervision af en psykolog, det havde hun prøvet i forbindelse med sin videreuddannelse. Den første reaktion fra gruppen var, at det var et mærkeligt forslag, hvorfor skulle de have en psykolog? Var det ikke mere oplagt at få en praktiserende læge? De blev dog enige om at prøve. Siden fortsatte gruppen i mange år, og da jeg talte med dem seks år senere, havde de samme supervisor og kunne ikke forestille sig, at det ikke skulle være en psykolog. I denne gruppe kunne alle professionelle problemstillinger bringes op, og supervisor var fokuseret på, hvad lægernes aktuelle behov var her og nu. Hvad, der kom på supervision, blev aftalt ved en dialog med gruppen efter en runde. Sagen kunne foruden vanskelige patient-

møder også handle om arbejdsforhold eller relationer til uddannelseslæger.

Der er naturligvis forskel på, hvad der forventes, og hvilket udbytte en gruppe får, i forhold til hvilken professionel baggrund supervisor har. I de grupper, der eksisterer i mange år, afhænger det imidlertid først og fremmest af gruppens forhold til sig selv som gruppe og forholdet til supervisor, hvilket udbytte der fås. I en gruppe med psykiatere som supervisor, kan det primære fokus være på træning i samtalebehandling og vurdering af psykiske tilstande. Og i en gruppe, der arbejder efter Kalymnosmodellen ud fra videosupervision, kan det primære fokus være at analysere konsultationsprocessen og øve sig i at forbedre sine konsultationer. Men hvis gruppen arbejder godt sammen, og supervisor og gruppen er indstillet på det, bliver det naturligt at skabe grobund for at behandle andre sager også, der handler om hele praksislivet og eventuelt arbejde dybere med sin personlige udvikling (11). Der er visse betingelser for, at en supervisionsgruppe fungerer godt. Det er ikke altid nemt at skulle vise sig selv og sit arbejde for kollegerne. Der skal være tryghed og tillid til hinanden, som dels skal skabes af supervisor, dels opnås ved større kendskab til hinanden ved de kontinuerlige supervisionsmøder. En genkendelig struktur og regelmæssige møder er også medvirkende. Mange synes, at det giver noget særligt at have været på internatkurser sammen, hvor der har været mulighed for at lære hinanden bedre at kende. De læger, jeg har talt med, lægger vægt på, at supervisor kan noget særligt som supervisor. Det er vigtigt for lægerne, at de, når de bringer deres personlige arbejde på supervision, får en fornemmelse af accept og anerkendelse af supervisor og gruppen. Alle deltagere skal bidrage, og der skal være respekt for supervisor og hinanden. Tavshedspligt er naturligvis obligatorisk, og det faglige niveau skal være i orden. De læger, der bruger psykologer, værdsætter »den psykologiske« ekspertise og de læger, der bruger psykiatere, værdsætter den øgede viden om psykiatriske problemstillinger, der følger med, og oplever, at det forbedrer samarbejdet med psykiatrien. De psykologer og psykiatere, der fortsætter som supervisorer for praktiserende læger i mange år, bliver bevidste om almen praksis' arbejdsvilkår og får respekt for almen praktikerens særlige kompetencer. Nogle praktiserende læger foretrækker dog, at det også er praktiserende læger, der fungerer som supervisorer, og det må ses som en naturlig udvikling, at flere praktiserende læger bliver uddannet som supervisorer.

### Afslutning

Det kan således konkluderes, at de praktiserende læger kan superviseres af en supervisor, der er uddannet til det, og som formår at skabe de betingelser, der skal være til stede, for at lægerne kan få det optimale udbytte. Det kan være psykologer eller psykoterapeuter med anden baggrund, der har speciel interesse i almen praksis og måske erhvervs-



---

Et øje, der ser og reflekterer.

Foto: Colourbox.

---

psykologiske kompetencer. Hvis supervisionen skal bruges specifikt for at efteruddanne i psykiatri og samtalebehandling, er det naturligt at vælge en psykiater; hvis det er kognitiv terapi, er en kognitiv terapeut et naturligt valg.

Læger i alle specialer får som regel som opgave at supervisere yngre kolleger eller andet personale, og kompetencen som supervisor burde trænes, som en del af alle specialeuddannelser. Denne artikel bygger som nævnt på mit forskningsprojekt i almen praksis. De udsagn, jeg har fået ved at spørge praktiserende læger, der har mange års erfaring med supervision i velfungerende grupper, kan naturligvis ikke tages til udtryk for, at alle praktiserende læger bryder sig om eller har behov for supervision. Men som det personorienterede speciale med så mangeartede problemstillinger, almen medicin er, synes jeg, at kontinuerlig supervision, som bl.a. har vist sig at være forebyggende for udbændthed (12), har en vigtig plads. Ligeledes synes jeg, at flere praktiserende læger bør uddannes som supervisorer. I den forbindelse kunne jeg tænke mig, at vores videnskabelige selskab DSAM anså det som en vigtig og oplagt opgave at organisere en sådan uddannelse som en del af videre- og efteruddannelsen.

*Økonomiske interessekonflikter: ingen angivet.*

1. Nielsen HG. Supervision – hvad er det? Månedsskr Alm Prakt 2012;90:997.
2. Bendix T. Din nervøse patient. 3. udg. København: Lægeforeningens forlag, 1986.
3. Balint M. The Doctor, his patient and the illness. London: Churchill Livingstone, 2000.
4. Rasmussen P, Bentzen K. Superviseret samtalebehandling. København: Lægeforeningens forlag, 1997.
5. Nielsen H, Söderström M. Group supervision in general practice as part of continuing professional development. Dan Med J 2012;59(2):A4350.
6. Larsen J-H, Risør O, Nystrup J et al. Supervision af videoptagede samtaler. Månedsskr Prakt Lægegern 2010;88:601-10.
7. Nielsen HG. Supervision for praktiserende læger i Danmark. Månedsskr Prakt Lægegern 2007;85:1215-24.
8. Byriel C. Den gode samtale. Ribe Amt, 1995.
9. Nielsen HG. Supervision i København. Månedsskr Prakt Lægegern 2008;86:673-82.
10. Jacobsen CH, Mortensen KV. Supervision af psykoterapi. København: Akademisk forlag, 2007.
11. Vang O, Engsig A, Ehlers D et al. Supervision i udvikling. Månedsskr Prakt Læge- gern 2009;87:310-6.
12. Nielsen H, Tulinius C. Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route? Educ Prim Care 2009;20:353-9.