

# Supervision for praktiserende læger i Danmark

Helena Galina Nielsen

*Denne artikel, som er en del af psykiatri-serien, er skrevet af en praktiserende kollega. Den diskuterer formålet med supervision i almen praksis, og der gives en fortrinlig historisk beskrivelse af udviklingen af supervision i dansk almen praksis. Endelig beskrives effekten af supervision og kravene til supervision i fremtidens sundhedsvæsen. Artiklen illustrerer, at supervision både giver et fagligt kvalitetsløft af mødet mellem læge og patient, og at supervision beskytter lægen mod udbrændthed og faglig isolation.*

## BIOGRAFI:

Forfatter er speciallæge i almen medicin, formand for Selskab for samtale og supervision i almen praksis og ph.d.-studerende ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København.

## FORFATTERS ADRESSE:

Virum Stationsvej 206, 2830 Virum.  
E-mail: galina@dadlnet.dk

Denne artikel omhandler supervision i almen praksis i Danmark. Først vil jeg beskæftige mig med forskellige definitioner. Herefter vil jeg give et historisk rids af supervisionens historie i Danmark, og endelig vil jeg diskutere, hvilken betydning supervision har for professionen almen praksis.

## Hvad er supervision?

Supervision er et velkendt begreb inden for mange fag. Sygeplejersker, pædagoger, lærere og socialrådgivere har haft det som integreret del af deres fag i mange år. I uddannelsen til psykoterapeut er det obligatorisk. Inden for erhvervslivet er det ligeledes blevet et udbredt begreb. Praktiserende læger har gået i supervisionsgrupper i mere end 30 år. Selvom *Kaltoft* allerede i 1995 skrev i *Månedsskriftet* om supervision (1), er det ikke veldefineret i forhold til almen praksis. *Larsen & Malmstrøm* skriver i 2002 (2) om det behov for supervision, der ofte vil være for de praktiserende læger i forhold til vanskelige konsultationer.

I Boks 1–4 er angivet nogle ofte brugte definitioner på supervision.

## Historisk baggrund

De første supervisionsgrupper for praktiserende læger i Danmark var de såkaldte Balint- og Bendixgrupper, henholdsvis opkaldt efter *Michael Balint*, der startede grupper for praktiserende læger i Eng-

*Brigid Proctor*, oprindelig sygeplejerske og en foregangskvinde inden for supervision i England både som supervisor og som formidler af dette emne, skriver i sin bog (3) om forskellige arbejdsopgaver, supervisionen kan have:

- den formative, hvis opgave er læring og facilitering af læring
- den normative, hvis opgave er at monitorere, i organisationens/systemets interesse eller egen monitorering ud fra standarder og etik
- den restorative, hvis opgave er støtte og genopladning af supervisanderne

Boks 1.

### Psykologisk pædagogisk ordbog

*Supervision er:*

- 1) en metode, hvorved personer, der beskæftiger sig med psykologisk rådgivning, får lejlighed til at gennemdrøfte og gennemarbejde problemer i åben og uformel atmosfære med specialister, fx ældre kolleger, enten individuelt el. i grupper
- 2) kollegial supervision forstået som indbyrdes, aftalt, støttende, igangsættende og pædagogisk orienteret samtale, hvor en mere erfaren fagfælle hjælper en mindre erfaren med at integrere faglige kundskaber og holdninger således, at fagfællen bliver bedre i stand til at agere i forhold til sit fags teorier og metoder; der er tale om en faglig dialog som giver muligheder for i et kollegialt forum at behandle det, der kan være svært i dagligdagen

Boks 2.

land, og den danske psykiater *Torben Bendix*. Formålet med grupperne var at lære lægerne at være opmærksomme på de psykologiske aspekter af konsultationerne, og i grupperne blev der i overvejende grad set på læge-patient-forholdet ud fra en psykoanalytisk referenceramme

(4, 5). I de oprindelige balintgrupper brugte man ikke udtrykket supervision. *Michael Balint* kaldte dem diskussionsgrupper, Balint-seminarer, case-konferencer, diskussionsseminarer eller forskningsseminarer. Han beskriver dog i sin bog (4), at han som model for de grupper, han dannede for de praktiserende læger i England, havde den supervisionsmetode, der blev brugt i Budapest i uddannelsen til psykoanalytisk psykoteraeut.

Den danske psykiater *Torben Bendix* lærte de praktiserende læger terapeutisk samtaleteknik. I sit mangeårige samarbejde med de praktiserende læger fik han

*Lis Keiser & Mogens A. Lund:*

Supervision er en kontraktmæssig, tidsbestemt, støttende, igangsættende og fagligt kontrollerende proces, hvor en mere erfaren fagfælle hjælper en mindre erfaren fagfælle med at integrere faglige kundskaber og holdninger, således at fagfællen bliver bedre i stand til at agere i forhold til sit fags teorier

Boks 3.

*PB Rasmussen & K Bentzen:*

Supervision udgør et »arbejdsrum«, hvori lægen sammen med kolleger og en supervisor, efter behov, kan se på læge-patient-samtalerne fra mange vinkler. Supervisor ser ikke patienten. Supervisionens sigte er at øge deltagernes kompetence og autonomi. Der er således både et indlærings- og udviklingsperspektiv m.h.t. lægens faglighed. Supervisionen kan fokusere på patientens historie, på relationen mellem læge og patient og på lægen som terapeut. Supervision er ikke terapi, hverken for lægen eller patienten. Supervision kan foregå individuelt eller i gruppe

Boks 4.

tillid til, at de også kunne have terapeutiske samtaler med patienter med sværere psykiske lidelser.

I forbindelse med forskellige forsøgsordninger i Danmark med at indføre samtaleterapi i almen praksis i 1980'erne kommer supervisionsbegrebet mere på banen. De psykiatriske overlæger, der var med til at evaluere ordningerne, anbefalede supervision og træning, hvis de praktiserende læger skulle arbejde med samtaleterapi (6), men det blev dog ikke krævet, og der var ingen kompensation forbundet med at gå i supervision. Som konsekvens af disse ordninger, som i evalueringsrapporterne blev fundet nyttige, var der allerede i 1988 flere amter, der i en tillægsoverenskomst til landsoverenskomsten gav mulighed for, at de praktiserende læger kunne udøve samtaleterapi. I 1993 blev samtaleterapi bragt ind i de praktiserende lægers overenskomst med Sygesikringen med et særligt ydelseshonorar. Det forventes, at lægerne for at kvalitetssikre samtalerne deltager i supervisionsmøder, men i tilfælde af, at lægen på anden måde vedligeholder sine kompetencer vedrørende samtaleteknik, er det ikke noget entydigt krav (Boks 5).

Siden 1992 har praktiserende læger i Danmark deltaget i træningskurser i en supervisionsmetode inspireret af *Colin Coles' vinduesskema*, der beskæftiger sig med konsultationsprocessen. Denne supervisionsmetode, som er videreudviklet af praktiserende læger i samarbejde med en psykiater (*Larsen, Risør & Nystrup*), arbejder med konkrete konsultationer optaget på video, og er således udviklet i forhold til den almenmedicinske hverdag. Ved vinduesmetoden søger man at kombinere individuel procesanalyse og

### Samtaleterapi, ydelse 6101

En forudsætning for at benytte ydelsen er, at amtet ikke har opsagt adgangen til at benytte ydelsen eller har indgået en anden aftale om samtaleterapi med lægerne i henhold til § 2 eller i henhold til tillægsoverenskomst af 16.04.1999.

Der kan højst ydes 7 samtaleterapikonsultationer pr. sikret pr. år. For at benytte ydelsen skal denne på forhånd være aftalt mellem læge og patient.

Ydelsen skal indeholde egentlig samtaleterapi med anvendelse af relevante samtaleteknikker. Enkelstående ydelser til en patient vil derfor være undtagelsen. Det er en forudsætning, at lægen deltager i supervisionsmøder enten internt, mellem alment praktiserende læger eller eksternt med psykolog eller psykiater. Kravet til omfanget af deltagelse i supervisionsmøder er bestemt af de kompetencer om samtaleterapi og de herved tilknyttede samtaleteknikker, som lægen erhverver sig, og vedligeholdelsen af disse.

Boks 5.

kollegial gruppesupervision. Det støttende og ikkedømmende læringsmiljø er vigtigt i denne velstrukturerede metode (7).

Denne ramme har siden været benyttet i lægeuddannelsen og benyttes fortsat i det afsluttende kursus i almen medicin på lægeuddannelsen.

I begyndelsen af 1990'erne blev der sat fokus på efteruddannelse i små grupper, og det blev initieret, at der overalt i landet blev startet efteruddannelsesgrupper (DGE: den smågruppebaserede efteruddannelse). Nogle af disse grupper udviklede sig til supervisionsgrupper. Andre steder, f.eks. i København, blev der oprettet både efteruddannelsesgrupper og supervisionsgrupper.

I 1996 blev supervisionsordningen i København evalueret. En af konklusio-

nerne i rapporten var, at deltagelse i supervision støttede en læreproces, der, ud over at forbedre samtalerne, havde konsekvens for de øvrige patientkontakter (8). I København deltog i 2003 62% af de praktiserende læger i supervisionsgrupper. På landsplan deltog godt  $\frac{1}{3}$  (9).

I 2002 udkom en evaluering af supervision af praktiserende læger i Ringkøbing Amt efter 1 års forsøgsordning (10). Samlet viste de 2 rapporter, at supervision gav lægerne *forbedrede kommunikative redskaber, større faglig kompetence, større arbejdsglæde, personlig udvikling og havde en forebyggende indflydelse på at føle sig udbrændt*. I Ringkøbing var der såvel psykiatere/psykologer som praktiserende læger, der superviserede.

Siden 2000 er der i det tidligere Århus Amt, med udgangspunkt fra Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Forskningsenheden for Almen Praksis, udviklet en supervisionsform efter den såkaldte TERM-model. Den fokuserer på færdigheder i konsultationsprocessen, såkaldte *micro skills* og har en kognitiv referenceramme (11). Denne model involverer såvel psykiatere som praktiserende læger og har betydet, at et stort antal praktiserende læger i regionen har fået supervision efter metoden, ligesom mange praktiserende læger er trænet til at yde supervision efter metoden.

I Nordjylland yder overlæger i psykiatri supervision for praktiserende læger specielt med henblik på, at de kan yde samtalerapi. Denne supervision er adskilt fra DGE. I øjeblikket er der store forskelle rundt om i landet på, hvor mange læger der går i supervisionsgrupper, hvilke former for supervision, der er tale om, hvordan det er finansieret, og

hvem der yder supervisionen. Der er stor overvægt af psykologer som supervisorer.

### Hvilke supervisionsformer er der tale om?

Som det kan ses af det ovenstående, har supervision i starten helt klart været knyttet til samtalerapi i almen praksis og med henblik på, at den praktiserende læge skulle kunne tage sig af flere patienter med psykiske vanskeligheder. Både Balintmetoden og Bendixmetoden beskæftiger sig med en terapeutisk holdning, som trænes både med henblik på egentlig samtalerapi, men også med afsmittende effekt på andre konsultationer. Endvidere vil der altid være et element af personlig udvikling hermed.

Supervisionsmetoden, der er udviklet og inspireret af *Colin Coles*, arbejder med konsultationstræning i en almenmedicinsk kontekst, hvor der ikke nødvendigvis ses på de psykoterapeutiske elementer. Men i forbindelse med, at det foregår i grupper med kolleger, er der en høj grad af identitetsskabelse. I Københavnerordningen, der også blev oprettet med henblik på samtalerapi, har man, for nogle af supervisorernes vedkommende, lige fra starten også haft fokus på egenomsorg og stresshåndtering.

TERM-modellen arbejder med træning af specifikke færdigheder i konsultationen. Den er udformet specielt med henblik på at behandle funktionelle lidelser, men kan ifølge lægernes evaluering benyttes til optimering af andre konsultationer også (11).

Der har således været forskellige formål med supervision, som kunne ses som henholdsvis et uddannelsessigte og et professionsigte.

I forhold til Storbritannien, hvor supervision ofte har et kontrollerende sigte, har det i Danmark handlet om frivillige ordninger i almen praksis, hvor de praktiserende læger selv vælger både den gruppe, de vil arbejde i, og supervisor, ligesom de selv vælger, hvor længe de vil fortsætte med aktiviteten.

### Andre landes erfaringer

Balintmetoden er kendt i størstedelen af verden og bliver fortsat brugt mange steder (12).

I Tyskland har der i mange år været indbygget supervision både i lægeuddannelsen og speciallægeuddannelsen til almen praksis, idet det har været obligatorisk, at man skulle deltage i en balintgruppe og uddanne sig ved deltagelse i et bestemt antal balintseminarer. Som praktiserende læge, det kan være i almen praksis, gynækologi eller intern medicin, kan man få en ekstra ydelse i forbindelse med psykosomatiske samtaler (Psychosomatische Grundversorgung: [www.psychosomatik.com](http://www.psychosomatik.com)).

I England, hvor balintmetoden blev grundlagt i 1950'erne, og man således har længst erfaring med balintmetoden, har *Burton & Launer* forsøgt at øge interessen for supervision såvel i videreuddannelsen som i efteruddannelsen af praktiserende læger. De mener, at der bør udvikles nogle supervisionsformer, der tager udgangspunkt i de praktiserende lægers egen kontekst, og de understreger, at supervision i almen praksis ikke bør ses som noget specielt, men som et aspekt af mange forskellige aktiviteter, der foregår allerede (13).

*Launer* arbejder på Tavistockklinikken bl.a. med at lave supervisionskurser for



Foto: Scanpix.

praktiserende læger efter en systemisk/narrativ tilgang. Han har også medvirket til, at begreberne supervision, mentor og coach er indføjet i målbeskrivelsen for specialet almen medicin i England ([www.rcgp.org.uk/education/education\\_home/curriculum.aspx](http://www.rcgp.org.uk/education/education_home/curriculum.aspx)).

### Den praktiserende læges arbejde

Almen praksis er karakteriseret af mange kontakter med stor variation af henvendelsesårsager. I (14) beskrives, at den praktiserende læge skal være såvel frontlinjelæge som gatekeeper, ressourceforvalter, vejleder, støtteperson, koordinator, sundhedsovervåger og kontrollant. Praktiserende læger er samtidig selvstændigt erhvervsdrivende med en klinik, som drives som en virksomhed med tilhørende administration. Almen praksis' arbejdsområder er under forandring, flere og andre arbejdsopgaver lægges ud fra sygehuse, og der bliver mere fokus på samarbejde og *shared care*. Tilgangen til almen praksis følger ikke behovet, og der

er begyndende lægemangel i specialet (14).

### **Specialet almen medicin**

I definitionen af specialet står blandt andet: Praktiserende læger er personlige læger; primært ansvarlige for den samlede og vedvarende behandling uanset alder, køn og sundhedsproblem. De tager sig af den enkelte i forhold til dennes familie, lokalsamfund og kultur i respekt for den enkelte patients autonomi. De integrerer fysiske, psykologiske, sociale, kulturelle og eksistentielle faktorer i den behandlingsplan, de sammen med patienten udarbejder, styrket af den viden og tillid, der opstår ved gentagne kontakter.

For at udøve faget indarbejder den kompetente kliniker kompetencer inden for tre områder: Kliniske opgaver, kommunikation med patienten og praksisorganisation.

I den nye målbeskrivelse for specialet almen medicin er beskrevet, hvilke kompetencer og roller lægerne skal indlære, når de skal uddanne sig til at blive praktiserende læger.

Der indgår, at uddannelseslægerne i det sidste år af uddannelsen, fase 3-ama-nuensistiden, skal deltage i regionale supervisionsgrupper.

I det uddannelsesprogram, som er formuleret i region øst, lægges der bl.a. vægt på refleksion som læringsstrategi. Endvidere påpeges vigtigheden af, at uddannelseslægen sikrer sig den faglige og personlige udvikling, der kræves for at blive professionel almenmediciner. Som en mulighed nævnes etablering af supervisionsgrupper i lokalområdet, eventuelt allerede i fase 1.

For den uddannelsessøgende kan su-

pervisionens opgave således være både indlæring af kommunikationsredskaber, stimulation af evnen til refleksion, personlig og professionel udvikling.

### **Fra mesterlære til professionssupervision**

I håndværksfag er det almindeligt med supervision eller mesterlære, og mange forbinder netop dette begreb med supervision. I de sundhedsfaglige fag indgår meget håndværk, som ikke kan indlæres alene teoretisk, og det er naturligt, at der efter skoleuddannelse eller vekslende med skoleuddannelse foregår praktik under supervision. Denne form for supervision er oftest én til én, altså som mesterlære, hvor en mere erfarne og eventuelt ældre kollega indimellem overværer det arbejde, som eleven udfører, og fungerer som rollemodel. I de specialer inden for lægefaget, hvor håndværk er en stor del, foregår det på samme måde. Skal man være kirurg, skal man foretage operationer under direkte supervision. En akupunktør, der ikke er uddannet læge, må kun udøve akupunktur, hvis der er en aftale om supervision af en læge.

I alle lægespecialer er der desuden tale om mere end et håndværk i dets oprindelige forstand, idet det meste af vort arbejde indebærer relationer til én eller flere personer. De mange professionelle relationer til mennesker, både i helt almindelige hverdagssituationer og i situationer, hvor de er påvirket af svært traumatiske begivenheder, kræver både indlevelsessevne og psykisk robusthed.



## Praktiserende læger som supervisorer

Enhver praktiserende læge er uddannelsesansvarlig overlæge i sin egen klinik. De mange praktiserende læger, der har uddannet læger i deres praksis, har fungeret som supervisorer, idet det er en uundgåelig del af tutorrollen. Mange har i denne mesterlærefunktion været gode forbilleder og med succes arbejdet ud fra egen erfaring. Supervision – den erfarne fagmands vejledning af mindre erfarne kollegaer – er på den måde velkendt. Mulighederne for at uddanne sig i denne rolle inden for lægeverdenen har været sparsomme. Der har i nogle områder, f.eks. i København, dog været tilbud om enkeltstående undervisningsdage og workshopper, og Lægeforeningens centraliserede kurser på Kalymnos, ledet af praktiserende læger *Jan-Helge Larsen*, *Ole Risør* og psykiater *Jørgen Nystrup*, har bl.a. indeholdt træning i *Colin Coles'* model: Vinduesmetoden og det reflekterende team (7).

Den første formaliserede supervisoruddannelse for praktiserende læger blev iværksat på initiativ af interessegruppen i DSAM, Forum for samtaleterapi, fra 1997 til 2000. Sytten praktiserende læger fra hele landet deltog i denne uddannelse, som blev en uddannelse i Balintmetoden med *Lars Thorgaard* som hovedansvarlig lærerkraft. Alle de deltagende læger har sammen med det materiale, der blev bragt til supervision i løbet af uddannelsen, bidraget til (15), som således fremstår som en kursusrapport og et forskningsprojekt. Denne uddannelse er ikke siden gentaget.

Af denne supervisorgruppe opstod imidlertid initiativet til at starte en ny

### Væsentlige elementer i almenmedicinsk supervision

- Om læringsmiljøet omkring supervision blev der lagt vægt på, at det foregår på en nysgerrig og ikkedømmende måde
- Det skal være et respektfuldt rum til eftertanke og stimulation af kreativitet.
- Det kan være en hjælp til at se på konsultationsprocessen
- Generelt er der et uddannelsesaspekt indeholdt
- Aktivitetens formål er blandt andet at sikre kvaliteten i det daglige arbejde
- Andre problemer i det professionelle liv, som organisation af sin praksis, samarbejde og konflikthåndtering, er også emner, der kan bringes på bane
- Supervisionen kan ses som et element af egenomsorg og et forum, hvor måder at drage omsorg for sig selv kan læres

(Fra lærerseminaret på Knudshoved 5.–7. marts 2006)

Boks 6.

supervisoruddannelse for praktiserende læger. For at kunne udfylde intentionerne med den nye målbeskrivelse, der foreskriver supervision i fase 3 af videreuddannelsen til almen praksis, og med udgangspunkt i interessegruppen under DSAM ved navn Forum for samtale og supervision i almen praksis (tidligere Forum for samtaleterapi), blev det planlagt at starte en uddannelse, hvor de mest almindelige og velprøvede supervisionsmetoder, der bliver benyttet i Danmark, skulle indgå. Som del i planlægningen af denne blev praktiserende læger med mange års erfaring med supervision både som supervisorer og supervisorer indkaldt til et lærerseminar, som blev holdt i Knudshoved marts 2006. På dette lærerseminar drøftedes de væsentligste aspekter ved almenmedicinsk supervision (Boks 6).

I oktober 2006 startede således en su-

**Udsagn om formålet med supervision, formuleret af kursusledere og kursister på 2. delkursus på Knudshoved, november 2006**

- At deltage i et kollegialt forum hvor man kan lære nogle af de almenmedicinske fagspecifikke teorier og metoder, sådan som de bliver nødvendige i samtalen med patienter
- At udvikle en indre supervisor, som gør det lettere for lægen at håndtere vanskelige samtaler, drage omsorg for sig selv – og for patienterne
- At deltage i en gruppe hvor man kan lære at bearbejde nogle af de følelser, man konstant udsættes for i konsultationerne, så lægen i højere grad bliver i stand til bevidst at dosere sig selv som lægemiddel og undgå udbrændthed
- At være kvalitetsudviklende for lægen og kvalitetssikrende for hans/hendes arbejde
- At der gives mulighed for indlæring af kommunikationsredskaber, stimulation af evnen til refleksion, personlig og professionel udvikling

(Formuleret af *Jan-Helge Larsen & Jette Elbrønd*)

Boks 7.

pervisoruddannelse for praktiserende læger med de fleste af de supervisorer, der havde deltaget i lærerseminaret. Der blev sat speciel fokus på at leve op til målbeskrivelsen for almen medicin, idet kravet om supervisionsgrupper for fase 3-ama-nuenser skal opfyldes fra 2007. I marts 2007 har 22 praktiserende læger gennemgået denne uddannelse (Boks 7).

**Hvilket udbytte har de praktiserende læger af supervision?**

Tidligere undersøgelser i Danmark har, som anført, vist, at deltagelse i supervisionsgrupper har givet lægerne forbedrede kommunikative redskaber, større faglig kompetence, større arbejdsglæde,

personlig udvikling og har haft en forebyggende indflydelse på at føle sig udbrændt (12, 14). *Kjeldmand*, praktiserende læge i Sverige, argumenterer i sin ph.d.-afhandling for, at læger bliver mere patientcentrerede af at deltage i balintgrupper (12). I Sverige er grupperne ofte tværfaglige, og det har uden tvivl indflydelse på det tværfaglige samarbejde. I forbindelse med det store pres, der i øjeblikket lægges på almen praksis, i form af lægemangel, nye arbejdsopgaver, stigende forventninger fra patienter og offentlighed, diskussion af kerneydelsen i almen praksis, negativ presseomtale etc., vil der uden tvivl være fortsat behov for supervision for praktiserende læger med henblik på professionel støtte og forebyggelse af udbrændthed.

**Hvem skal yde supervisionen?**

Hidtil har de fleste supervisorer for praktiserende læger været psykologer, psykiatere og psykoterapeuter og kun få praktiserende læger. Det er oplagt, at det har været professioner, der i forvejen havde uddannelse i at supervisere. Det er også oplagt, at man for at lære noget af andre faggrupper må få supervision af disse i forbindelse med efteruddannelse i netop disse fags kompetencer. Lige så oplagt er det, at uddannelsessupervision og professionssupervision inden for vort eget speciale almen medicin primært bør ydes af almenmedicinere eller professionelle med grundig viden om vort fag og vore specielle arbejdsvilkår. Hidtil har der dog ikke være tilstrækkeligt mange praktiserende læger, der har været uddannede supervisorer. Der er derfor behov for kontinuerligt at uddanne almenmedicinske supervisorer.



### Supervision i forhold til shared care

I de nyere referenceprogrammer for angst og depression peges på, at der er behov for supervision af de praktiserende læger. I forbindelse med opdatering af ny psykiatrisk viden eller nye kompetencer inden for f.eks. kognitiv terapi er der brug for specialister, som oftest vil være psykiatere eller psykologer. Samtidigt mener jeg, at det i forbindelse med øget *shared care* af psykiske lidelser vil være relevant med supervision ydet af såvel psykiatere, psykologer som praktiserende læger med særlig viden på dette felt, som tilbud til både psykiatere, psykologer og praktiserende læger. Her er der nye kompetencer som både psykiatere, psykologer og praktiserende læger skal lære. Man kunne forestille sig tværfaglig efteruddannelse af supervisorer med henblik på at optimere dette.

I (16) beskriver *Kates*, at der er behov for i den psykiatriske videre- og efteruddannelse, at psykiatere lærer at samarbejde med praktiserende læger, hvilket indebærer viden om de praktiserende lægers arbejdsvilkår, bedre kommunikation, konsultativ virksomhed og supervision. Med baggrund bl.a. i denne holdning om lige værdighed af alle aktører i sundhedsvæsenet er det lykkedes i Canada at udvikle et omfattende velfungerende system for *shared care*. For at få et optimalt udbytte af supervision er det væsentligt, at supervisorer har tilstrækkelig viden om den kontekst og de arbejdsvilkår, som de superviserede har.

### Afslutning

Danske praktiserende læger har været bekendt med og har deltaget i supervisionsgrupper i mere end 30 år. I perioden

mellem 1994 og 2004 var der særlig stor tilslutning i forbindelse med, at de fleste amter ydede støtte til supervisionsordninger. Amternes primære interesse for at støtte supervision gjaldt efteruddannelse af de praktiserende læger inden for samtaleterapi, idet det skulle forbedre (og billiggøre?) behandlingen af patienter med psykiske lidelser. Det har dog tidligt været klart mange steder, at supervision også var nyttigt for de praktiserende læger af andre grunde, idet den bl.a. var med til at øge arbejdstilfredshed og forebygge udbrændthed. Andre specialer med mange tætte interpersonelle kontakter har som krav, at der er indbygget supervision i såvel grunduddannelse som efteruddannelse; det samme krav burde være gældende inden for almen praksis. Der er igen kommet fokus på at forbedre behandlingen af patienter med psykiske lidelser. Når der igen tales om supervision af de praktiserende læger, vil jeg understrege betydningen af, at det foregår i en ligeværdighed, og at supervisorerne har viden om den praktiserende læges kontekst og arbejdsvilkår, ligesom det er af stor vigtighed, at praktiserende læger inddrages i udviklingen, så der med rette kan tales om *shared care*. På den måde vil supervision være til gavn både for de praktiserende læger og for deres patienter.

### Økonomiske interessekonflikter:

ingen angivet.

### LITTERATUR

1. Kaltoft S. Supervision, et nødvendigt værktøj i samtalebehandling. *Månedskr Prakt Lægegern* 1995; 73: 1299–310.
2. Larsen J-H, Malmstrøm L. Lægen og den besværlige patient. *Månedskr Prakt Lægegern* 2002; 80: 1597–606.

3. Proctor B. Group supervision: a guide to creative practice. SAGE, 2004.
4. Balint M. The doctor, his patient & the illness. London: Pitman, 1957.
5. Bendix T. Din nervøse patient. København: Lægeforeningens forlag, 1991.
6. Barner-Rasmussen P. Evaluering af samtaleterapi i almen praksis. Ringkjøbing Amtskommune, 1992.
7. Larsen JH, Nystrup J, Risør O. Konsultationsprocessen og video-supervision. København: Lægeforeningens Uddannelsessekretariat, 2004.
8. Rasmussen PB, Bentzen K. Superviseret samtalebehandling. Lægeforeningens forlag, 1997.
9. Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. DSAM og DPS, 2004.
10. Krøll V, Folmer E. Supervision til praktiserende læger – betydning og udbytte Ringkjøbing Amt. 2002.
11. Fink P, Rosendal M, Toft T. Udredning og behandling af funktionelle lidelser i almen praksis. TERM-modellen. Tidsskrift for praktisk lægegering, 2003.
12. Kjeldmand D. The doctor, the task and the group: Balint groups as a means of developing new understanding in the physician-patient relationship [PhD-thesis]. Uppsala University, 2006.
13. Burton J, Launer J. Supervision and support in primary care. Radcliffe Medical Press Ltd., 2003.
14. Almen lægepraksis i Danmark. Tidsskrift for Praktisk Lægegering og Forskningsenheden for Almen praksis i Århus, 2005.
15. Thorgaard, Kaltoft. Lægen som lægemiddel. Månedsskr Prakt Lægegering, 2005.
16. Kates N. Sharing mental health care training psychiatry residents to work with primary care physicians. Psychosomatics, 2000.