

GRUPPESUPERVISION AF LÆGER PÅ ONKOLOGISK AFDELING

Lisbeth Hede Jørgensen & Claus Haugaard Jacobsen

Læger i et moderne sundhedsvæsen står over for tiltagende komplekse problemstillinger; hvor de er nødt til at forholde sig reflektivt til deres profession. At arbejde med meget syge mennesker kan være særligt belastende, når personalet kan identificere sig med patienterne. Således foreligger der dokumentation for, at hver tredje læge i onkologien har psykiske problemer som følge af sit arbejde (Graham & Ramirez, 2002). Artiklen redegør for nogle af onkologiske lægers arbejdsmæssige belastninger i krydsfeltet mellem komplekse arbejdsopgaver, som de ofte ikke er udrustet til at håndtere, deres generelle arbejdsmæssige betingelser og deres faglige kultur. Dernæst beskrives supervision som en både specifik og kompleks interventionspraksis, der i dag har vundet stor udbredelse i den livslange læring på forskelligartede arbejdssteder. Supervision er en intervention, der er velegnet til at kvalificere og udvikle medarbejderes kompetencer, til at skabe forandring og mestring af praksis samt til at opnå forståelse af den gensidige indvirkning mellem personlighedsmæssige forhold og arbejdsfunktion. Supervision kan således ses som en metode til at undgå eller begrænse arbejdsmiljømæssige belastningsreaktioner, idet de nævnte forhold udgør en mange-facetteret fremmelse af copingstrategier. Kort gennemgås empiriske fund inden for dette område. Artiklens sidste del fokuserer på (a) de konkrete vanskeligheder, der har været i forbindelse med etablering af en supervisionsgruppe for læger på onkologisk afdeling, (b) lægernes oplevelser af supervisionens gavnlige indvirkning på deres kompetencer, selvforståelse og trivsel, og (c) de observerede fordele ved gruppesupervision. Undervejs inddrages en række kliniske vignetter. Idet den ene af forfatterne er afdelingens supervisor, er der metodemæssigt tale om en deltagerobservation.

Hvert år rammes mange mennesker af en kræftsygdom. I 2001 fik over 30.000 danskere stillet en ny kræftdiagnose (Cancerregisteret, 2005). Kræft er en voldsom psykisk belastende sygdom for de mennesker, der rammes, og for deres pårørende. Uanset hvilken kræftform der er tale om, kommer kræftpatienten ind i et onkologisk behandlingsforløb, som typisk er karakteriseret ved tilbagevendende undersøgelser, behandlinger i form af kemoterapi og

Lisbeth Hede Jørgensen, cand.pæd.psych., klinisk psykolog ved Onkologisk afdeling, Ålborg Sygehus
Claus Haugaard Jacobsen, cand.psych., ph.d., professor, Institut for Kommunikation, Ålborg Universitet.

strålebehandling samt sygdomskontroller. Når de onkologiske læger møder patienter og pårørende, møder de foruden en patient med en somatisk sygdom endvidere mennesker, der lever under store psykiske belastninger, eller som har udviklet egentlige psykiske problemer som følge af deres sygdom.

Det kan være belastende at arbejde med alvorligt syge mennesker. Sådan har det altid været for læger, men nye forhold ved det nutidige samfund og det moderne sundhedsvæsen kan medføre større belastninger for lægerne. Nutidens patienter formodes også i langt større grad end tidligere at give udtryk for deres følelser, og de (og politikere) stiller store krav til sundhedssystemets effektivitet. Patienter og deres pårørendes tilgang til den moderne informationsteknologi har endvidere bevirket et generelt højt informationsniveau. Patienterne søger viden om deres sygdomme. De er kvalitetsbevidste forbrugere, som går i dialog med lægerne på baggrund af deres indhentede viden. Lægefaget har i lighed med andre fag oplevet en svækkelse af deres autoritet (Giddens, 1999) og tilsvarende krav om demokratisering og dialog. Dette har medført et behov for større kommunikative kompetencer, når lægerne skal argumentere for deres faglige vurderinger og beslutninger. Lægefaget har som tradition været præget af individualitet, men forandrer sig i disse år, som det formuleres i Lægeforeningens portal: ”Lægerollen har groft set ændret sig fra at være en beundret individualist til en relativt anonym og stereotyp sundhedsarbejder” (Lægeforeningens portal, 2009).

I denne artikel skitserer vi først vores forståelse af nogle af onkologernes arbejdsmæssige stressorer og potentielle belastende forhold. Dernæst redegør vi for, hvad supervision er, og argumenterer for, at grupp supervision er en velegnet metode til bearbejdning af flere (men ikke alle) af onkologernes belastninger. Supervision kan betragtes som en intervention, der kan fremme udviklingen af copingstrategier, der kan medvirke til at forebygge udbrændthed hos læger i onkologien. Herunder skitserer vi nogle retningslinjer for, hvordan en supervisionsgruppe kan rammesættes og ledes, så den fremmer lægernes kommunikative færdigheder, selvforståelse og interpersonelle forståelse og derigennem modvirker potentielle arbejdsmæssige belastninger. Endelig beskriver vi det konkrete arbejde med etablering af en supervisionsgruppe for læger på onkologisk afdeling ved Aalborg Sygehus og formidler nogle erfaringer med og overvejelser over, hvordan en supervisionskultur kan etableres under vanskelige forhold. Undervejs inddrages kasuistiske eksempler fra supervisionen. Eksemplerne er hentet fra et års systematisk nedskrivelse af referater af hændelserne i hver supervision. Referaterne blev skrevet umiddelbart efter hver seance. Supervisor kan betragtes som en deltagerobservatør og de nedskrevne referater som en form for feltobservation. Der var tale om en ustruktureret observation, hvor deltagerobservatøren ikke på forhånd havde fokus på specifikke temaer. Indholdet i supervisionen og dermed referatet var de oplevelser, som fyldte hos deltagerne.

Artiklen er skrevet med udgangspunkt i psykoanalysens såkaldte ”relationelle drejning”, der bl.a. betoner gensidig forbundenhed, gensidig emotionel

udveksling samt behandlerens involvering i og inddragelse af sig selv i behandlingsprocessen (jf. Jacobsen & Kjølbye, 2009 for en nærmere gennemgang af denne tradition og dens centrale begreber)¹.

1. De onkologiske lægers belastning og disses mulige kilder

I dette afsnit vil vi opremse en række potentielle kilder til de onkologiske lægers belastninger, idet vi især fokuserer på de forhold, der er relevante emner for drøftelse i en supervisionsgruppe. Med dette fokus mener vi os således ikke forpligtede til at give en udtømmende opremsning af potentielle arbejdsmiljømæssige belastninger.

Der foreligger dokumentation for, at det er belastende at være læge i onkologien. En nyere dansk spørgeskemaundersøgelse af det psykiske arbejdsmiljø blandt samtlige 121 yngre læger i onkologien konkluderer, at denne faggruppe på trods af meningsfuldhed og udviklingsmuligheder i jobbet har et væsentligt dårligere arbejdsmiljø end gennemsnittet hos danske lønmodtagere (Wieclaw, Paludan, Rosenkilde & Eriksen, 2008). Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø's landsdækkende undersøgelse af det psykiske arbejdsmiljø har ingen data, der kan vise, om onkologernes belastningsgrad afviger væsentligt fra andre lægelige specialer (H. Burr, personlig kommunikation, 12. august, 2009). Os bekendt foreligger der heller ikke andet steds danske undersøgelser, som dokumenterer eventuelle forskelle i onkologers og andre specialers belastning. En tidligere foretaget survey af 1133 engelske læger viser, at en tredjedel af alle onkologiske læger har psykiske problemer (målt bl.a. i form af psykiatrisk morbiditet og burnout) som følge af deres arbejde, men at denne belastningsgrad overordnet set ikke afviger signifikant fra resultaterne for andre lægefaglige specialer (Ramirez, Graham, Richards, Cull & Gregory, 1996). Dokumentation for, at arbejdet som onkologisk læge for manges vedkommende medfører store psykiske belastninger, findes bl.a. også hos Armstrong & Holland, 2004; Elit, Trim, Mand-Bains, Sussman & Grunfelt, 2004; Girgis, Hansen & Goldstein, 2008 og Isikhan, Comez & Zafer Danis, 2004). Som de væsentligste kilder til lægernes jobstress fandt Ramirez et al. (1996) a) oplevet overbelastning, b) oplevet ringe ledelse og knappe ressourcer, c) ledelsesmæssigt ansvar samt d) det at skulle forholde sig til lidende patienter. Vi skønner, at disse (til dels ikke-specialespecifikke) forhold også gælder for danske forhold, hvor ubesatte stillinger medfører et stort arbejdspress og vagtkrav samt ofte manglende (kvalificeret) kollegial sparring. Wieclaw et al. (2008) angiver overensstemmende, at de to væsentligste

1 Der henvises til en bred tradition, hvis hovedsammendrag bl.a. omfatter Ferenczi, den britiske objektrelationsteori (Klein, Bion, Winnicott og Fairbairn), amerikansk interpersonel psykoanalyse (Sullivan, Fromm-Reichmann, Thompson og siden bl.a. Aron og Fiscalini), tilknytningsteori (Bowlby og Ainsworth) samt Kohut og Stern.

kilder til stress er lægernes oplevelse af overbelastning samt dårlig ledelse og knappe ressourcer. I denne undersøgelses kvalitative del angav hele 93 % et stort arbejdspress og uforudsigeligt overarbejde (op.cit) som væsentlige belastninger. Til denne ofte sete opremsning af stressorer findes endvidere nogle positive forhold, som begrænser eller modvirker belastningsreaktioner.

I forhold til denne artikels sigte er det dog af mindre betydning, om onkologers belastningsgrad er større eller mindre end andre lægers. Det væsentlige for os er dels, at det klart er fastslået, at onkologer har et belastende psykisk arbejdsmiljø, dels at identificere og fokusere på de stressorer, som er omfattet af det, supervision retter sig imod.

Kræftramtes emotionelle reaktioner, og hvordan dette kan påvirke læger

Kræftpatienterne opfatter ofte kræftdiagnosen som en dødstrussel, hvilket kan give anledning til en akut krisereaktion. Psykiske reaktioner herpå i form af stress, depression og angst optræder hos 25-45 % af alle kræftpatienter (Carlson & Bultz, 2003). Undervejs har de fleste kræftpatienter og deres pårørende periodevis stærke emotionelle reaktioner i form af f.eks. sorg, håbløshed, afmagt og vrede. Hyppigt ses der forskydninger i familiodynamikken, som kan medføre stress hos kræftramte². Oplevelsen af det reelt livstruende element i canceren stiller dem over for almenmenneskelige eksistentialer såsom død, meningsløshed og ensomhed. Nogle gange udtrykkes følelserne direkte i mødet med lægen, mens de andre gange kommer indirekte frem. Patienten kan f.eks. udtrykke sin vrede ved at være meget konfronterende, hvilket kan opleves voldsomt, eller han kan være svær at få øjenkontakt med. Ofte er det de pårørende, som retter følelsesudbrud direkte mod lægen.

Mange læger fortæller i supervisorsgruppen og i andre fora, at det kan være meget emotionelt belastende at have med de pårørende at gøre. Endvidere er det generelt psykisk belastende at blive konfronteret med meget syge patienter, som den professionelle kan identificere sig med (Turner & Kelly, 2000; Armstrong & Holland, 2004). Især udgør det en belastning at skulle forholde sig så meget til døden. Den onkologiske læge kan blive påvirket gennem sin indlevelse i de kræftramtes situation, men også ved, at kræftramtes følelser aktiverer lægens egne følelser af sorg, magtesløshed og håbløshed. De kræftramtes emotionelle reaktioner kan også blive lægens. Belin (2002) beskriver den følelsesmæssige påvirkning fra arbejdet med psykiatriske patienter som at blive inddraget i et usynligt kraftfelt. Denne

2 Vi omtaler i det følgende både patienter og pårørende under termen ”de kræftramte”. Selvom der naturligvis er forskel på at være kræftpatient og pårørende, så er de følelsesmæssige stressorer, som lægerne møder i deres daglige arbejde, både knyttet til patienterne og deres pårørende.

metafor kan bruges i forhold til forståelsen af den emotionelle påvirkning mellem kræftramte og onkolog. Lægen og den kræftramte er bl.a. knyttet sammen af fællesmenneskelige grundvilkår. De kan blive syge og skal dø. Lægen kan således både påvirkes af mødet med den kræftramte og af mødet med sig selv (Graham & Ramirez, 2002). Man kan sige, at lægen konstant tvinges til at måtte forholde sig til fællesmenneskelige livsvilkår (eksistentialer) eller til at flygte derfra. Begge dele kan udgøre belastninger.

Arbejdet med uhelbredeligt syge patienter øger risikoen for udbrændthed blandt læger (Mariko et al., 2007). Et tilsvarende resultat findes hos de danske onkologer, hvor de følelsesmæssige krav udgør en meget væsentlig belastning, der med hele 64 % over referencegruppens niveau udgjorde den største afvigelse fra normen (Wieclaw et al., 2008; Armstrong & Hilland, 2004). Det onkologiske personale har en større grad af emotionel involvering i patienterne, end det er tilfældet med personalet fra andre medicinske specialer (Herschbach, 1992). Stor grad af emotionel involvering kan føre til burnout. I den engelske survey sås onkologerne tilsvarende at have den højeste score på skalaen for ”emotional exhaustion”. Derudover udgjorde de den gruppe blandt de forskellige lægelige specialer, hvor den samlede belastningsreaktion i det største omfang skyldtes det at skulle forholde sig til lidende patienter (Ramirez et al., 1996). En nyere australsk undersøgelse viste, at 32 % af onkologer med direkte patientkontakt havde en høj grad af emotionel udmattelse. Som de tre væsentligste prædiktorer fandtes 1) vanskeligheder med at kunne holde fri/orlov, 2) øget antal timer med patientkontakt og 3) oplevet behov for kommunikationstræning.

De kræftramtes specifikke psykiske reaktioner bestemmes endvidere af bl.a. deres tilknytningsstil og personlighed, herunder deres forsvarsmekanismer. Forsvarsmekanismerens primære funktion er intrapsykisk; nemlig at reducere angst ved at ændre eller forvanske forhold ved følelsesforvaltning samt af opfattelsen af selv og andre. Ofte anvender de kræftramte forsvarsmekanismer som projektion (i stedet for fuld erkendelse af egen sygdom fokuserer de på noget, der opleves som værende forkert ved de andre, f.eks. ved at se fejl og mangler ved behandlersystemet, ved at klage eller komme med vredesudbrud over for lægen), forskydning (de bliver optaget af ”sygdom”/fejl ved noget andet eller ved mindre betydningsfulde kropspedele – måske en ufarlig, men kosmetisk uskon vortes vækst) og benægtelse (manglende erkendelse af sygdom og handling i overensstemmelse med denne misopfattelse)³. Forsvarsmekanismer indvirker imidlertid også på det interpersonelle felt. Når mennesker udsættes for et stort pres, træder personlighedens mere arkaiske dele tydeligere frem, og andelen af primitive forsvarsmekanismer øges. Brug af primitive forsvarsmekanismer er bl.a. ka-

3 Læseren henvises til Vaillants case-illustration af, hvordan 18 forskellige psykiske forsvarsmekanismer kan komme til udtryk hos en kvinde, som pga. cancer har fået foretaget fuldstændig hysterektomi (1992, s. 248-251).

rakteriseret ved, at omgivelserne i højere grad involveres på en måde, hvor der ofte let vækkes stærke emotionelle reaktioner i de omgivende personer. Ud fra en relationel betragtning forsøger mennesker ofte ubevidst at iscenesætte deres ”indre dramaer” i deres aktuelle ydre relationer ved at lægge et nonverbalt og ubevidst ”pres” på dem, de indgår i samspil med. Således kan lægen både blive påvirket af kræftramtes stærke følelsesmæssige reaktion eller af mangel på samme. Lægen må forholde sig til dette i sit møde med patienten, da det ellers bliver vanskeligt at etablere en god kontakt med patienten samt en forståelse af patientens kommunikation, og dermed bliver det også vanskeligt at opnå en god behandlingsalliance og compliance. Som led heri og for at undgå eventuelle emotionelle belastninger må lægen erkende, hvilke komplementære roller han/hun tildeles, og hvilke følelser han/hun bliver bærer af. De kræftramte kan f.eks. være tilbøjelige til at opfatte og tildele lægen rollen som en autoritet; som en, der er ”stor og stærk”, eller som en ”tilknytningsfigur”, som man tyer til, når man føler sig truet, eller som den, der kan frelse – og det kan pludselig skifte til en detronisering, devaluering og skuffelse, hvilket alt sammen vækker stærke overføringsfølelser og tilsvarende stærke modoverføringsfølelser i lægen.

Adskillige forskningsbaserede artikler peger på betydningen af eller ønsket om forbedrede kommunikative redskaber hos onkologerne (Armstrong & Holland, 2004; Girgis et al., 2008; Graham & Ramirez, 2002; Ramirez et al., 1996; Wieclaw et al., 2008). Vi har ovenfor forsøgt at vise, hvordan læger ofte indgår i vanskelige kommunikative situationer. For os at se bør en adækvat kommunikationstræning i vid strækning sigte mod at opruste lægernes forståelse af det interpersonelle felt, de ofte befinder sig i.

Lægers kultur og organisatoriske forhold

En undersøgelse foretaget af Grunfeldt, Whelan, Zitzelberger & Williams (2000) viser, at lægerne både oplever større emotionel udmattelse og mere stress end det øvrige onkologiske personale. En forklaring kan ligge i lægernes selvforståelse om, at de skal helbrede patienterne. En sådan selvforståelse forstærkes naturligvis af det eventuelle ovennævnte pres fra de kræftramte i retningen af, at lægen skal være en ”frelser”. I det onkologiske lægearbejde er det imidlertid ofte ikke muligt at helbrede patienterne, hvilket ifølge Kash og Holland (1989) får lægerne til at tvivle på deres faglige kompetence, bl.a. fordi den faglige selvopfattelse er knyttet til det, at de skal kunne helbrede. Mariko et al. (2007) skriver, at der er en større oplevelse af fiasko hos onkologiske læger, der ikke kan helbrede deres patienter, end ved andre medicinske specialer. Så lægernes arbejde med de uhelbredelige syge kræftpatienter og deres pårørende kan medføre, at de grundlæggende kommer til at føle sig som dårlige læger. Dette kendes fra supervision.

Eksempel fra supervision: *En yngre læge beskrev, hvordan hun følte sig dårlig, når hun skulle fortælle patienterne, at kræften havde spredt sig på trods*

af behandlingen. Hun blev ked af det på patientens vegne men følte også, at hun burde kunne hjælpe patienten.

En anden forklaring er, at lægernes arbejde er tilrettelagt således, at de arbejder mere alene end det øvrige personale. Dette gør dem mere sårbare over for de følelsesmæssige belastninger og udgør en risikofaktor i forhold til stress (Netterstrøm, 2002). Lægerne har ikke samme muligheder som plejepersonalet for at dele deres arbejdsoplevelser med kolleger. Dette skærpes let af vagter og turnus med stor udskiftning, hvor man hele tiden møder forskellige eller nye kolleger, af ubesatte stillinger og et dermed øget arbejdspress, samt af lægeverdens ambitioner og konkurrencekultur, som ikke indbyder til at blotte sine følelser af insufficiens og sårbarhed.

En tredje forklaring på, at lægerne er særligt belastet, er, at de ser mange onkologiske patienter, fordi kontakten ofte er kortvarig. Det er almindelig praksis, at de yngre læger, som er i et onkologisk ambulatorium, kan se op til 15 patienter pr. dag. Hertil kommer de mange patienter ved stuegang. Deres eksponering for kræftpatienter er derfor ofte større end det øvrige personales. Endelig peger mange af de ovennævnte undersøgelser på, at onkologerne ofte oplever ringe ledelse.

Lægernes personlige baggrund og erhvervsvalg

Ens valg af profession og af lægefagligt speciale – i dette tilfælde onkologien – er næppe tilfældigt. Ofte viser det sig, når man får tilstrækkeligt kendskab til lægernes personlige baggrund, at tidlige oplevelser og påvirkninger har stor betydning for deres erhvervsvalg. En empirisk undersøgelse af årsagerne til at vælge medicinstudiet peger på dyb identifikation med valget af profession, altruisme og ubevidste motiver i form af ønsker om at virke inden for et felt, hvor man kan udfolde reparation og sublimering ved at hjælpe andre, samt ønsker om at blive anerkendt som værende gavnlige (Milland et al., 2005). En litteraturgennemgang peger endvidere bl.a. på intellektuel nysgerrighed, interesse i mellemmenneskelige forhold og egoidealer, hvor det at nå professionelle resultater er særligt vigtigt. Her anføres også, at mange kæmper for at overkomme tab i teenageårene (Millan, Millan & Azevedo, 2007). Tilsvarende er det vores kliniske erfaring, at mange personer, der vælger arbejdet med specialer som det onkologiske, har oplevet tab eller har oplevet at skulle ”helbrede” eller løfte et stort ansvar alene (jf. også Siverston, 1988, der fandt, at pårørendes sygdom eller død udgjorde en væsentlig motivation for læges erhvervsvalg). Disse mere personlige motiver – bevidste eller ubevidste – interagerer naturligvis med de eksistentielle vilkår og rolleforventninger, som de kræftramte eksponerer lægerne for, samt med de arbejdsmæssige og lægekulturelle forhold. Sagt på en anden måde har de påvirkninger, lægerne udsættes for i deres arbejde, ofte en dyb og måske til dels uerkendt personlig resonans, som forstærker de arbejdsmæssige påvirkninger eller giver dem en særlig personlig betydning. Hvor det ovenfor er beskrevet, hvorledes de

kræftframtes adfærd vækker følelser i lægen, må det understreges, at dette finder sted som et samspil, hvor lægens ”egen parathed” til at opleve sådanne følelser må inddrages. Denne ”parathed” kan både stamme fra en personlig baggrund eller fra de fællesmenneskelige eksistentialer.

Hvad angår onkologers belastninger (og dette gælder generelt inden for arbejdsmiljøforskningen), er der ofte bemærkelsesværdige store individuelle forskelle på, hvem der udvikler hvilke belastningsreaktioner, som næppe alene kan forklares ud fra arbejdspladsmæssige eksponeringer og påvirkninger. Såvel konstitutionelle som personlighedsmæssige faktorer, herunder også påvirkninger fra opvækstfamilien, må inddrages for at opnå en mere komplet forståelse af den enkelte medarbejders reaktioner. Et væsentligt bidrag til denne ”organisations-individ debat” gives af Firth-Cozens (1992), der i en longitudinal undersøgelse af 170 lægers stressreaktioner, som både inddrog organisatoriske og personlige faktorer, herunder forhold til forældre, tidlige tab og separation, viste de personlige faktoreres betydning. Hun konkluderer, at inddragelsen af den tidlige familiehistorie er et væsentligt skridt fremad i forståelsen af belastningsreaktioner. Kombineret med erfaringerne fra supervisionsgrupperne synes dette at gøre sig særligt gældende i job, hvor f.eks. en tabs- og separationstematik er fremherskende.

Eksempel fra supervision: *En læge fortalte, at han havde talt med en patient, hvor der ikke var flere behandlingstilbud. Under samtalen med patienten begyndte lægen pludselig at føle sig magtesløs. Han fortalte, at han så gerne ville give patienten en ny behandling og dermed hjælpe med at holde fast i et håb om liv. Lægen havde imidlertid talt med en overlæge inden samtalen, som havde understreget, at der ikke kunne gives mere behandling. Måske havde lægen ikke kun overtaget patientens magtesløshed, men også fået kontakt med sin egen magtesløshed? Han beskrev den som en voldsom længsel efter at ordinere en kemobehandling mere, således at patienten kunne fortsætte behandlingen. Han vidste godt rent lægefagligt, at behandlingen ikke hjalp, og derfor var det nyteløst at ordinere. Han sagde, at han følte sig som en dårlig læge, som ikke kunne hjælpe patienten.*

Den magtesløshed, som lægen i det ovenstående eksempel kom i kontakt med, vil han sandsynligvis ofte møde på jobbet. Det er derfor centralt at få reduceret den følelsesmæssige belastning, som det medfører.

Sammenfattende har vi i dette afsnit dels præsenteret foreliggende dokumentation for onkologiske lægers arbejdsmæssige belastninger, dels har vi peget på en række forskellige kilder hertil. Disse kilder vil ofte interagere og aktivere forskellige lag i lægernes personlighed, hvorved belastningerne forstærkes. I det følgende vil vi vise, hvordan et supervisionstilbud kan udgøre et rum, hvor læger kan udvikle sig fagligt samt bearbejde/forebygge de emotionelle belastninger.

2. Supervision

Dette afsnit beskriver supervisions formål, form og indhold samt redegør for, hvordan supervision kan afhjælpe lægernes problemer.

Hvad er supervision?

Supervision består af faglige og rammemæssigt fastsatte møder mellem professionelle. Der anvendes metoder, som bl.a. kendes fra psykoterapi, pædagogik og konsultation, men i supervision indgår disse metoder i en særegen kombination. Supervision har som sit væsentligste formål ”at udvikle, videreudvikle, vedligeholde eller restituere den professionelle funktion” (Jacobsen, 2007, s. 25), samt at føre tilsyn med kvaliteten af det kliniske arbejde og regulere indlemmelsen i faglige fora og tildelingen af professionelle beføjelser. Inskipp & Proctor anfører tilsvarende, at supervisionen, foruden de formative og normative formål, har til hensigt at imødegå ”restorative needs which acknowledge the emotional impact of the work and help the carer regain their sense of psychological, physical, social, and spiritual well-being” (citeret hos Tehrani, 2007, s. 329). Ved supervision af personer, der arbejder med målgrupper, der er traumatiserede, i krise eller svært psykopatologisk forstyrrede, indtager den restituerende funktion ofte en central plads.

Supervision tager altid ”udgangspunkt i supervisandens/supervisandernes kasuistiske fremlæggelse af eget sagsarbejde. Fokus er på forståelse af og refleksion over klienten, ... samspillet mellem klienten og supervisanden samt supervisandens egne tanker, følelser og handlinger i forhold til netop den fremlagte sag.” (Jacobsen, 2007, s. 25). Der er flere grunde til, at dette udgangspunkt vælges. Jo mere kompleks og kompliceret en behandlingssituation er, desto vanskeligere er det at udføre en optimal behandling alene på baggrund af fastlagte procedurer og regelsæt. Her er kontekstuelle afgørelser nødvendige (jf. Dreyfus & Dreyfus, 1999). Supervisionens afsæt i specifikke patientsager tillader den erfarne supervisor at foreslå mere optimerede tilgange. Men supervisor vil ofte opmuntre til, at supervisanden selv reflekterer over sagen og på denne måde indhøster erfaringer på baggrund af sin behandling af netop denne patient. Det refleksive arbejde med en supervisands specifikke cases fremmer brobygningen mellem almen teoretisk eller skolastisk viden og udført praksis i en specifik kontekst, hvorved supervisandens professionelle funktion og selv udvikles eller videreudvikles. ”Supervision kan dermed anskues som en erfaringsdannende funktion, idet den personligt indhøstede erfaring kan sættes i relation til fagets teorier og traditioner” (Nielsen, 2004, s. 158). Nielsen argumenterer endvidere for, at den klinisk arbejdende behandler ”i høj grad bruger sig selv og sine egne reaktioner som ’værktøj’, hvorfor der er behov for, at der udvikles et professionelt selv” (loc. cit.). Dette må afgjort siges at gælde i den onkologiske læges møde med de kræftramte.

Supervisorer vælger ofte at fremlægge sager, som volder problemer, som er vanskeligt forståelige, eller som er særligt belastende. Herved kan supervisionen tilgodese vedligeholdelsen eller restitueringen af supervisorens professionelle funktion. I arbejdet med psykisk belastede/belastende patienter som ”de kræftramte” og i sager, der rummer vanskelige dilemmaer, indtager behandleren let holdninger og udfører ofte handlinger, ”hvis primære formål er at beskytte en selv. Dette sker naturligvis, uden at man selv er klar over det. Det er vanskeligt for en ... [behandleren], som selv er involveret i processen, at opdage det uhensigtsmæssige ved sin måde at forholde sig på.” (Jacobsen & Mortensen, 2007, s. 9). I sådanne emotionelt belastende sager er det vigtigt, at supervisor tilgodeser supervisorens behov for støtte, anerkendelse og opmuntring samt rummer og tilbyder en vis bearbejdning af supervisorens følelser og oplevelser.

I lægers behandling af de kræftramte får de gennem supervision en mulighed for mere klart at erkende, opleve, italesætte og dermed også dele deres egne reaktioner på patienternes lidelse. Det kan f.eks. være følelser som sorg, angst og vrede. Det kan være afmagt og forvirring, urealistisk håb, eller der kan være tale om at dele hændelser, der har vakt f.eks. skyld- eller skamfølelse. Såfremt sådanne følelser ikke bearbejdes, men derimod holdes borte med psykiske forsvarsmekanismer, øger dette både risikoen for, at behandlerne udvikler belastningsreaktioner, og for, at de ikke forholder sig adækvat til ”de kræftramte”/yder en god behandling. Alene det at sprogliggøre sine oplevelser i supervision kan være medvirkende til ens erkendelse af, hvad der aktiveres i en selv som reaktion på en given behandling (jf. f.eks. Nørgaard, 2007). Supervisor kan ofte hjælpe med at italesætte og bearbejde u- eller førbevidste tanker, følelser og handlinger i supervisor og i ”de kræftramte”, som behandlerne umiddelbart ikke selv erkender.

Supervision og arbejdsmiljømæssige belastninger

Det anføres ofte i supervisorslitteraturen, at god supervision kan fremme adækvat coping og jobtilfredshed samt modvirke stress, burnout, compassion fatigue, sekundær traumatisering og lignende arbejdsmiljømæssige belastningsreaktioner (Hawkins & Shohet, 2000).

Til dato er der imidlertid kun foretaget et relativt beskedent antal empiriske undersøgelser af supervisors indvirkning på belastningsreaktioner og psykosocialt arbejdsmiljø. Majoriteten af de foretagne empiriske undersøgelser er foretaget blandt sygeplejersker eller socialarbejdere, som arbejder med klientgrupper, der bl.a. har været udsat for kriminelle handlinger (fx Salston & Figley, 2003), incest (f.eks. Hollingsworth, 1993), tortur eller andre traumatiserende hændelser (Rothschild & Rand, 2006), eller som har alvorlig psykopatologi. Blandt disse undersøgelser finder omkring to ud af tre en positiv korrelation mellem supervision og fravær af arbejdsrelaterede belastningsreaktioner hos personaler inden for sundhedsfaglige og lignende arbejdsfelter (jf. f.eks. Berg, Hansson & Hallberg, 1994; Howard, 2008;

Scaife & Walsh 2009 samt Spence et al., 2001), mens den sidste tredjedel ikke finder nogen signifikant sammenhæng. Endvidere peges der på, at supervision dækker over en række forskellige interventioner, der er udført med varierende a) kompetence og uddannelse af supervisorerne, b) mødehyppighed, c) varighed, d) format, reference og metode og e) antal, uddannelse og erfaring blandt deltagerne. Med andre ord er disse undersøgelser vanskelige umiddelbart at sammenligne. Skønt nogle af studierne er metodisk mangelfulde, og yderligere empirisk validering inden for en række områder og parametre fortsat er ønskværdig (jf. også Spence et al., 2001), findes der overvejende empirisk støtte for litteraturens påstand om supervisionens gavnlige indvirkning på supervisandernes psykiske arbejdsmiljø.

Det kan på sin vis betegnes som et bemærkelsesværdigt godt resultat, at majoriteten af undersøgelserne peger på supervisors gavnlige effekt på belastningsreaktionerne, når supervision definatorisk tager udgangspunkt i sagsarbejdet med patienterne og de personlige reaktioner på dette, og således ikke (direkte) beskæftiger sig med centrale potentielt belastningsreaktionsfremkaldende parametre som tildeling af ressourcer, arbejdspress, organisatorisk indflydelse og kontrol, arbejdstid, etc. En anden ting, som skal bemærkes, er, at litteraturen savner beskrivelser af, *hvilke strategier* der skønnes at være mest anvendelige til at modvirke belastningsreaktioner, og i det hele taget beskrivelser af, hvilke hjælpsomme processer der finder sted i supervisorsgrupper. Dog findes noget om dette hos Hawkins og Shohet (2000), Howard (2008) samt Scaife og Walsh (2009). Denne artikels fremstilling af en række kasuistiske vignetter fra en supervisorsgruppe med onkologer giver et beskedent bidrag til dette væsentlige, men relativt mangelfulde område.

Litteratur om psykologisk supervision af onkologiske læger

Selvom supervision synes at være et centralt tiltag i forhold til at imødekomme de nævnte belastninger, viser en litteratursøgning inden for området, at der ikke er skrevet meget om psykologisk supervision af læger i onkologien. En søgning på PsycINFO med ordene "oncology", "medical residents" og "supervision" fandt 8 artikler, der alle omhandlede det direkte arbejde med kræftpatienterne. Hvis man fjernede "oncology" som søgeord, kom der artikler bl.a. omhandlende Balint-grupper og psykiateres emotionelle reaktioner. En bredere søgning på PsycInfo med forskellige kombinationer af aspekter i forhold til supervision af yngre læger i onkologien såsom læger og supervision, supervision og burnout, cancer og burnout gav 26 artikler, hvoraf en del er inddraget i artiklen her. En tilsvarende søgning på MEDLINE gav 29 artikler, som handlede om uddannelse af personale samt den direkte patientkontakt. Kommunikationstræning var centralt i de artikler, som kommer frem i en søgning på MEDLINE. Aspektet om kommunikationstræning er inddraget i vores argumentation for, at lægen gennem supervision kan blive opmærksom på, at han mangler den specielle kommunikative kompetence,

som arbejdet med kræftpatienter kræver (jf. i øvrigt Heaven et al., 2006). Der fandtes således hverken i PsycInfo eller MEDLINE artikler, der primært omhandlede den psykologiske supervision af læger i onkologien. I den nylige danske undersøgelse (Wieclaw et al., 2008) er det i øvrigt interessant, at mange onkologer efterlyser supervision. I lyset af ovenstående udgør denne artikels perspektiv et unikt bidrag til feltet.

Vi vil i det følgende opstille mål og principper for etablering af gruppesupervision for læger inden for det onkologiske område, som viser sig at være et hidtil forsømt felt. Dernæst vil vi med en række vignetter demonstrere, hvordan supervision med onkologer har en gavnlig effekt i forhold til lægernes egne reaktioner på deres job.

Formål med gruppesupervision for onkologiske læger

En gruppesupervision med onkologiske læger kan med fordel have som formål at hjælpe dem med bedre at kunne:

1. erkende, tale om og dermed dele egne følelser med supervisor og kolleger
2. forstå de kræftramtes og egen kommunikation og derigennem at udvikle deres kommunikative færdigheder
3. indtage en mere adækvat holdning til patienter og en selv
4. facilitere de kræftramtes erkendelse og selvindsigt

At fortælle om patientforløb i gruppesupervision muliggør supervisors, gruppe-medlemmers eller egen erkendelse af tidligere uerkendte holdninger, følelser, tanker og kommunikation til de kræftramte. Endvidere modificeres forestillingerne om at være ene om at have bestemte arbejdsrelaterede oplevelser etc. Som nævnt gør lægernes enearbejde dem sårbare over for de følelsesmæssige belastninger og udgør en risikofaktor i forhold til stress (Netterstrøm, 2002). I forbindelse med gruppesupervision på onkologisk afdeling, Aalborg Sygehus, har lægerne ofte nævnt, hvilken stor betydning det har haft, at de her har kunnet dele deres arbejdsmæssige oplevelser med kollegaer.

Et vigtigt princip i gruppesupervision er, at alle deltagerne på skift eksponerer sig. Ingen bør deltage i en sådan gruppe uden at fremlægge egne, vanskelige sager. Gruppeformatet tillader også, at der sættes (uformelle) fælles normer for, hvad man kan, frem for at man måske har urealistiske forestillinger om sine kollegers store evner. Alt dette tænkes at kunne modvirke arbejdsmiljømæssige belastninger.

Eksempel fra supervision: *En læge fortalte, at hun havde begået en fejl, og om hvordan det påvirkede hende emotionelt. De andre læger responderede ved at fortælle om de fejl, som de i deres arbejde havde begået. Efterfølgende*

de sagde hun, at det havde stor betydning for hende at få fortalt om fejlen, da hun ellers havde følt sig helt alene.

Det var vigtigt for supervisanden at høre, at kollegaerne også kan begå fejl. Supervisionen resulterer her i, at den individuelle skyld fjernes, og at fejl normaliseres. Som regel er det belastende at tro, at man er alene om noget, mens det at kunne dele noget med kolleger letter presset på den enkelte. Kollegerne knytter endvidere tættere bånd ved at "betro" sig til hinanden, og det modvirker en eventuel indbyrdes konkurrence.

Gruppesupervision tilbyder en privilegeret position for iagttagelse og læring. Overblikket kan mistes, når man selv fremlægger en sag, mens gruppe-medlemskabet tillader, at de øvrige medlemmer fra en mindre emotionel involveret position kan iagttage processen mellem supervisor og supervisand. Heraf drages ofte megen læring; ting, der kan være svære at erkende, når det drejer sig om én selv, kan nu forstås og tages til efterretning. Ofte vil en kollegas arbejde med en problematik vække resonans i de øvrige tilstedeværende, der hermed kan finde løsninger på egne problemer eller opdage hidtil uerkendte problemstillinger i deres arbejde.

Skønt gruppesupervisionens fire mål søges opnået i hver enkelt præsenteret sag, er det et overordnet mål at tilstræbe en varig, holdningsmæssig ændring hos lægerne samt en større refleksivitet omkring interaktionen med de kræftamte.

3. etablering af gruppesupervision på onkologisk afdeling

På onkologisk afdeling på Aalborg sygehus har der siden januar 2004 været et fast supervisionstilbud for de yngre læger med det formål at tilbyde rum for emotionel bearbejdning, afværge belastningsreaktioner samt fremme den faglige udvikling. Supervisionen har været ledet af en intern psykolog, som har skabt et rammemæssigt fastsat rum. Afdelingens overlæger har haft et andet supervisionstilbud, som artiklen her ikke beskæftiger sig med.

Der har været betydelige vanskeligheder i forbindelse med etableringen. Årsagerne er mange, men det faktum, at der er hyppige lægeskift i afdelingen, har gjort det svært at etablere en lukket supervisionsgruppe med et stabilt fremmøde. Ansættelsesperioden på onkologisk afdeling varierer for de yngre læger, men den er ofte kort. Derudover arbejder lægerne i skiftende vagter (aften, nat, weekend), hvilket betyder, at de har mange fridage på de hverdage, hvor supervisionen foregår. På baggrund af den manglende kontinuitet i tilstedeværelsen af læger på afdelingen er gruppen blevet etableret som en åben gruppe, selvom en lukket gruppe fandtes mest hensigtsmæssig. Fordelen ved en lukket gruppe er, at der er større mulighed for at skabe tryghed, samt at der kontinuerligt kan arbejdes med gensidig eksponering. Da det viste sig at være umuligt at etablere en lukket gruppe, var det nød-

vendigt at understrege vigtigheden i at møde stabilt op i den åbne gruppe, når man var på arbejde. Selvom supervisionen har været et tilbud for alle yngre læger på onkologisk afdeling, har der været en skævhed i, hvem der rent faktisk benyttede sig af tilbuddet. Der har været mellem 4-8 læger til stede ved hver supervision. Fra gang til gang har der været nogle forskellige personer til stede, men også nogle gengangere fra forrige møder, hvilket har skabt en form for kontinuitet. Blandt de yngre læger, som var på arbejde på supervisionsdagen, var der nogle mandlige læger, som aldrig deltog i supervisionen. Det var derfor primært kvinder, som var med i supervisionen. Alle deltagerne bidrog aktivt ved enten selv at fremlægge eller at reflektere over deres kollegers supervisionsmateriale. Det blev således tydeligt, hvilke læger der rent faktisk benyttede tilbuddet. Dette mønster gentog sig. Når der kom nye læger på afdelingen, var der blandt disse nogle – især mandlige læger – som aldrig deltog i supervisionerne.

Supervisionstidspunktet er fastlagt til den første mandag hver måned. Som et vigtigt skridt er det med ledelsens opbakning skrevet ind i lægernes arbejdschema, at der tilbydes supervision for de yngre læger den første mandag i måneden. Dette synliggør, at deltagelse i supervision er en del af onkologiske lægers arbejde. Den, der lægger vagtplanerne, har derfor en betydningsfuld rolle i forhold til at realisere, at flest mulig læger deltager i supervisionen. Supervisionstilbuddet omtales desuden i afdelingens introduktion til nyt lægefagligt personale, hvilket også har medvirket til supervisionens synliggørelse. Det er vores erfaring, at ledelsens opbakning til supervision er vigtig og helst også med dens jævnlige udmelding om betydningen af, at lægerne deltager heri. Således anerkender og legitimerer den lægelige ledelse det belastende i at arbejde med kræftpatienter.

I supervisionen har der været fokus på emotionel bearbejdning, men der har primært været arbejdet med udvikling af den professionelle funktion. Igennem systematisk nedskrivning af supervisionsmateriale lige efter hvert møde er det blevet tydeligt, at mange af de yngre læger har taget supervisionsmateriale med, hvor der har været fokus på kommunikationsvanskeligheder. De fortæller om, hvordan de har problemer med at få patienten til at forstå, at sygdommen er uhelbredelig, eller at behandlingen kan påvirke livskvaliteten negativt. Disse temaer har været gennemgående i supervisionen.

Bearbejdning af kommunikationsvanskeligheder kan være med til at sikre onkologernes faglige udvikling, men det kan også lette dem emotionelt. Armstrong og Holland (2004) argumenterer for, at forbedring af de kommunikative kompetencer kan reducere stress betydeligt hos onkologiske læger, hvilket desuden understøttes af Graham og Ramirez's (2002) belysning af, at manglende kommunikative evner forøger de yngre lægers stress. I denne sammenhæng er det værd at bemærke, at Heaven et al. (2006) har vist, hvordan personalers tilegnelse og praktiske applikation af tillærte kommunikative færdigheder styrkes, når sådanne kurser efterfølges af supervision.

Eksempel fra supervision: *En læge fortalte, at hun havde følt sig magtesløs under en samtale med en patient, der lige havde fået at vide, at der var spredning af kræftsygdommen. Lægen kunne mærke, at patienten blev ked af det, men vidste ikke, hvad hun skulle sige. Under supervision blev der talt om, hvordan lægen kunne hjælpe med at sprogliggøre patientens følelser i form af at spejle, at patienten så ked ud af det. Der blev også talt om vigtigheden i at facilitere de kræftramtes erkendelse.*

I eksemplet ses, hvorledes supervisionen er hjælpsom ved dels at give lægen mulighed for at forløse sit følelsesmæssige pres, dels ved at tilbyde kommunikative redskaber, der hjælper behandleren til at blive bedre afgrænset i forhold til patienten. At blive tilbudt sådanne handlemuligheder, når man føler sig afmægtig, er vigtigt, vel vidende at afmagt er den diametrale modsætning til kontrol eller indflydelse, der inden for arbejdsmiljøpsykologien kendes som væsentlige parametre i forhold til at afværge belastningsreaktioner. Denne supervision medvirkede endvidere til at give lægen handlemuligheder, som hun efterfølgende kunne benytte, når hun havde patienter, som skulle informeres om, at der ikke var flere behandlingsmuligheder. Vigtigheden af dette skal ses i lyset af de fremlagte data, der viser, at kommunikationsvanskeligheder kan medvirke til udvikling af stress og udbrændthed hos onkologer. Udvikling af de kommunikative kompetencer hos lægerne er vigtig både for den faglige udvikling (Johansson, 2004; Zachariae & Fisher Petersen, 2003), og fordi nutidens kræftpatienter giver udtryk for, at de ønsker, lægerne skal give dem mulighed for at udtrykke følelser og sætte fokus på den emotionelle del af det at have kræft.

Behovet for en kulturforandring

For at få etableret et fast supervisionstilbud på onkologisk afdeling har det været nødvendigt at arbejde med kulturforandring. Læger, der arbejder med det somatiske, har ikke en kultur, hvor der er tradition for at arbejde med emotionelle aspekter i mødet med patienten. Da supervisionstilbuddet startede, havde lægerne en forventning om, at der var fokus på patienterne. De kom ofte med meget konkrete problemstillinger vedr. patienternes psykiske reaktioner, som de gerne ville have en forklaring på. Denne patientfokuserede kultur er ikke af nyere dato. Ifølge Foucault (2000) har patienten og dennes sygdom, siden medicin som videnskab og profession blev født, været genstand for lægernes observation. I supervisionen på onkologisk afdeling blev der altså arbejdet med en forandring fra den klassiske medicinske tilgang med patienten i centrum til en tilgang, hvor der er fokus på interaktionen og den gensidige påvirkning. Dette kræver, at lægerne opgiver tanken om, at de er udenforstående observatører. De bliver inddraget i patientens emotionelle felt. Kulturforandring – den måde, hvorpå man forstår sin omverden – er sket i supervisionerne bl.a. som et skifte fra den patientfokuserede til den terapeutfokuserede supervision (Jacobsen, 2001), hvor lægerne har fået en

større bevidsthed om vigtigheden af at medinddrage og forstå sig selv som læge i relation til det arbejde, de indgår i. Det har kunnet iagttages, at enkelte har båret dette ændrede syn med sig ud af supervisorsrummet.

Eksempel fra supervision: En læge fortalte, at han og kollegaerne, efter de var kommet med i supervisorsgruppen, var begyndt at tale anderledes om deres oplevelser med patienterne i deres pauser. De kunne nu sidde i frokoststuen og tale om, hvor hjælpeløse de følte sig, når de ikke kunne helbrede patienterne.

Supervisionen kan altså bidrage til kulturforandringer, som rækker ud over supervisorsrummet. Det er betydningsfuldt i forhold til at skabe et bedre arbejdsmiljø, at de onkologiske læger begynder at tale med hinanden om de følelsesmæssige belastninger i deres arbejde, også når de ikke er til supervision. Erfaringerne fra onkologisk afdeling viser endvidere, at det er nødvendigt fortløbende at understøtte processen. For eksempel ved bevidst at sætte fokus på den relationelle del ved nyansættelser. De nye yngre læger, som starter i supervisionen, gør ofte som deres forgængere; tager patientsager med, som de gerne vil blive klogere på. For at kunne inddrage lægens eget bidrag og egne reaktioner i det relationelle samspil er det ofte nødvendigt at have et begyndende fokus på det, som fylder hos den pågældende læge, dvs. patienten, fordi blot det at tale om sin lægepraksis i et gruppeforum er en stor forandring. Herfra kan der så langsomt anlægges en mere relationel betragtning.

Det har betydning, at supervisionstilbuddet blev indskrevet i uddannelsesprogrammet, da det synliggør ledelsens bidrag til denne forandring. Det har således ikke kun været supervisors arbejde i supervisionen, der har påvirket kulturforandringen, men hele organisationens ønske om at skabe et supervisionstilbud for de yngre læger. Supervisor har spillet en vigtig rolle i sin kontakt til ledelsen i forhold til at sikre dennes reelle og formelle opbakning.

Supervisionen

I supervisionen har udgangspunktet været de oplevelser, som lægerne fandt problematiske i deres arbejde.

Eksempel fra supervision: En yngre kvindelig patient med kræft i hjernen blev ofte indlagt akut, når en konkret læge havde vagt. Patienten var som regel meget dårlig ved disse indlæggelser, hvorfor det handlede om hurtigt at få opstartet en behandling. Det var ikke så meget patienten, der var problematisk for lægen, men de pårørende, som lægen oplevede som meget aggressive. De pårørende ville altid tale i enerum med lægen, hvor patienten ikke kunne høre dem. Når hun gik i enerum med dem, stillede de altid samme spørgsmål; om der var nye behandlingsmuligheder, som den unge kræftpa-

tient kunne få. Lægen fortalte de pårørende det samme hver gang, nemlig at det var urealistisk med flere behandlinger, og at patienten var meget syg. Lægen beskrev, at de pårørende altid blev meget vrede på hende. Lægen prøvede at være meget tydelig i sin måde at kommunikere med de pårørende på, men hun syntes ikke, det hjalp. De forstod tilsyneladende ikke, at der ikke var flere behandlingsmuligheder. Lægen beskrev, at hun følte sig som jaget vildt, når de pårørende kom ind i afdelingen. Hun brød sig ikke om at tale med dem – især ikke med ægtefællen.

Igennem refleksion i supervisionen over det, der skete mellem ægtefællen og lægen, blev hun bevidst om, at den pårørende anklagede hende for at være en dårlig læge, hvilket fik hende til at føle sig magtesløs. På det dynamiske plan kan den magtesløshed, lægen oplever, både stamme fra hende selv, men der kan også være tale om en overføring fra ægtefællen, som ikke kan hjælpe sin unge hustru, som er døende af kræft. Især mænd er tilbøjelige til, når de er i en afmagtsposition, at puste sig op og så at sige skille sig af med afmagten ved at få andre til at føle noget lignende. Supervisionen gjorde dette klart for lægen, og gav hende mulighed for at se sig selv i den komplekse behandlingssituation.

I arbejdet med samspillets påvirkning er det helt centralt at forstå de kræft-ramtes reaktioner, samt hvordan det påvirker lægen følelsesmæssigt. I forhold til den professionelle udvikling er det vigtigt at være bevidst om, og især følelsesmæssigt at acceptere, at det er en del af det onkologiske arbejde, at mange kræftpatienter på et tidspunkt ikke kan helbredes. Lægen skal gennem opøvelse af kommunikative færdigheder være i stand til at tale med de kræftramte og de pårørende, også når helbredelse ikke er mulig. Dette indbefatter evnen til at tale om følelser – ikke mindst at kunne sørge og acceptere. Lægen kan desuden i supervisionen få indblik i, at et manglende følelsesmæssigt fokus i en samtale kan handle om ubevidst at beskytte sig selv imod de eksistentialer, som mødet med den kræftramte aktiverer hos lægen selv. Ved at få talt om dette i supervision er der mulighed for bedre at kunne håndtere dem bevidst.

Supervisionsgruppen

På onkologisk afdeling foregår supervisionen i grupper af yngre læger. Møderne indledes med, at supervisor spørger til, hvilke problemstillinger der er i gruppen den pågældende dag. Herefter vælger gruppen, hvilke problemstillinger der skal arbejdes med. Supervisanden bliver bedt om at fremlægge sit materiale for gruppen. Supervisor beder undervejs om refleksioner over lægens samspil med den kræftramte samt supervisandens egne tanker, følelser og handling i forhold til den fremlagte sag. Blot det at fremlægge for gruppen giver en mulighed for at få overblik over sin problemstilling. For mange supervisander er det af stor betydning at dele sine oplevelser med kolleger jf. målet med gruppesupervision.

Supervisor inddrager gruppen i supervisandens refleksionsarbejde ved at spørge til gruppens tanker i forbindelse med casefremlæggelsen. Supervisionsgruppens feedback nuancerer problemstillingen enten gennem gruppens kendskab til de konkrete patienter eller gennem inddragelse af erfaringer fra lignende situationer med andre patienter. Jones (2006) beskriver, hvordan fagfæller i sundhedsvæsenet kan støtte hinanden ved at tale om deres fælles kliniske praksis i gruppesupervision. I ovenstående eksempel med den pårørende, der hele tiden stillede de samme spørgsmål, var gruppens perspektiver med til at gøre supervisandens egen oplevelse tydelig. Supervisanden fandt ud af, at den pårørende ikke havde den samme adfærd over for alle lægerne, hvilket fik hende til at fokusere på sin relation til de kræftramte. Gruppen får her betydning for supervisandens indblik i det interpersonelle felt, som hun er en del af.

Eksempel fra supervision: *En læge fortalte om en kræftpatient, som havde været utrolig vred under en lægesamtale. Et af gruppemedlemmerne sagde, at han havde en anden fornemmelse af patienten. Han så ikke patienten som vred, men som meget bange. Da supervisanden hørte dette, gav det ham et indblik i sin egen måde at forstå patienten på. Det var hjælpsomt for ham at få et andet billede af patienten end én, der blot var vred. Han oplevede, at han fremover bedre var i stand til at kunne håndtere situationen.*

I supervisionerne fortæller gruppemedlemmer om forskellige vanskeligheder i forhold til udførelsen af det onkologiske arbejde. Nogle har svært ved at tackle de vrede kræftramte, og andre har det svært, når de kræftramte viser tegn på sorg eller håbløshed. Som professionel kan man være særlig sårbar over for visse temaer hos de kræftramte jf. den enkelte læges baggrund. Indsigt i egen dynamik indgår ofte i supervisionens refleksion med det formål at styrke lægens erkendelse og selverkendelse i mødet med patienten.

Eksempel fra supervision: *En kvindelig læge, der selv var i behandling for barnløshed, blev meget påvirket, da hun skulle modtage en kvinde med brystkræft, som havde opdaget kræften i forbindelse med behandling for barnløshed. Lægen blev bange for selv at få kræft. Under en samtale med patienten havde lægen meget svært ved at forholde sig til den faglige information, som hun skulle give. Hun følte sig følelsesmæssigt oversvømmet. I supervisionen fik hun talt med sine kolleger om den påvirkning, som hun havde oplevet i samspillet med patienten.*

Som i mange andre eksempler ses det her, hvorledes lægerne gennem supervisionen får hjælp til bedre at kunne adskille sig selv og deres egne reaktioner fra patienternes. I nærværende supervisionseksempel afdækkes endvidere nogle mere personlige og private forholds forstyrrende indvirk-

ning på lægens arbejde. At få et rum, hvor dette kan italesættes, reducerer ofte sådanne forholds indvirkning på patientinteraktionen.

Når en læge hører, at kollegerne har andre oplevelser i kontakten med de kræftramte, kan det bidrage til en større forståelse af sig selv som professionel. Herfra kan der arbejdes med adskillelsen i det interpersonelle felt således, at lægen bliver i stand til at møde den kræftramte med dennes behov. Altså at lægen kan indtage en mere adækvat holdning til patienten og sig selv.

Eksempel fra supervision: En læge beskrev en patient, som ikke ville høre på hendes information om bivirkninger. I supervisorsgruppen fik hun indblik i, at patienten tidligere havde følt sig dårligt behandlet af sundhedsvæsenet og derfor manglede en grundlæggende tillid til lægers information. Dette vidste lægen ikke, da hun talte med patienten. Hun havde derimod tænkt meget på, om det var hende, der var for dårlig til at informere. Efter supervisionen forstod hun patienten bedre og havde ikke længere følelsen af at være en dårlig læge.

Supervisor inddrager gruppen med flere mål for øje. Det ene handler, som beskrevet, om at få flere perspektiver på de konkrete sager og dermed indblik i samspillet. Det andet handler om at styrke den fælles onkologiske lægefaglighed, der kan modvirke den sårbarhed, som alenearbejde medfører. Supervisor kan spørge gruppen om, hvordan de kender noget lig det fremlagte. Ved et sådant spørgsmål styrker gruppen ofte deres kollega, og hans/hendes reaktioner normaliseres. Især hvis supervisanden præsenterer materiale, der vækker skamfølelse, eller supervisanden på anden vis bliver særligt eksponeret, er det vigtigt, at supervisor sikrer sig, at de øvrige gruppe-medlemmer giver sig til kende med analoge oplevelser – ikke mindst i miljøer, hvor konkurrence og rivalisering er fremtrædende – så supervisanden ikke føler sig alene eller ”hængt ud”. Supervisionsgruppen har også stor betydning i forhold til at styrke det fælles – der, hvor man som menneske kan blive berørt i arbejdet med de kræftramte.

Eksempel fra supervision: For den yngre læge, der i perioder var meget bange for at blive ramt af kræft, havde det stor betydning at høre, hvordan hendes kolleger var bange for selv at få kræft. Hun fortalte i supervision om, hvordan hun drømte om kræft om natten og ofte tænkte på, hvilken kræftbehandling hun selv ville vælge.

Når supervisionsgruppen bruges til at styrke det fælles, er det med udgangspunkt i det eksistentielle. Overordnet finder vi, at de situationer, som lægerne vælger at tage op i supervision, afspejler universelle forhold ved menneskelivet, herunder eksistentialer som død, ensomhed, angst og meningsløshed. Det er ikke blot vilkår for den kræftramte, men er grundvilkår

ved det at være menneske. Mange læger fortæller om, hvordan de påvirkes, når de møder jævnaldrende patienter, som, på trods af at de har levet sundt, alligevel har fået kræft. At drøfte sådanne forhold i supervisionen styrker oplevelsen af det fælles; det, man som menneske nødvendigvis må komme i kontakt med, når man har en profession, hvor arbejdet ofte består i at tale med mennesker om, at deres sygdom er uhelbredelig og livstruende.

Eksempel fra supervision: En læge fortalte, hvordan hun var blevet bange, da hun havde siddet i et ambulatorium med en kvinde, som havde brystkræft. Kvinden havde levet sundt og havde meget svært ved at forstå, hvorfor hun var blevet syg. Lægen fortalte, at kvindens livsstil mindede om lægens egen. Lægen blev ramt af samme meningsløshed som patienten. I supervisionen blev hun ved med at sige, at "brystkræft rammer i flæng", og "vi intet kan gøre for at undgå det". I gruppen gav man hende ret og delte dermed hendes møde med meningsløsheden.

I supervisionen har der været arbejdet med lægernes oplevede vanskeligheder i deres arbejde. De læger, som havde modtaget supervision, gav efterfølgende udtryk for at have mere ro, samt at supervisionerne hjalp dem i deres konkrete arbejde med patienterne. Det ser således ud til, at supervision kan medvirke til at reducere den belastning, som det onkologiske arbejde medfører, og som vi i artiklens første del har redegjort for. I de eksempler, som er inddraget fra deltagerobservatørens referater, er det tydeligt, at det er sådanne belastninger, som fylder i det onkologiske arbejde. Det drejer sig bl.a. om at lægerne identificere sig med deres patienter, får overført patienternes følelsesmæssige reaktioner, kommer i kontakt med egne eksistentialer og oplever kommunikationsvanskeligheder i arbejdet med de onkologiske patienter og deres pårørende. Vi har ovenfor demonstreret, hvordan supervision med onkologer har en gavnlig effekt på sådanne jobmæssige belastninger.

Afsluttende bemærkninger

I artiklen er der argumenteret for vigtigheden i at tilbyde supervision til læger i onkologien. Den følelsesmæssige belastning for disse læger er blevet dokumenteret, og vi har forelagt a) teoretiske grunde, b) forskningsresultater, c) og en række kasuistiske eksempler fra en supervisionsgruppe på onkologisk afdeling, Aalborg sygehus, samt d) vor generelle kliniske erfaring. Dette peger alt sammen på, at gruppesupervision er en velegnet metode til forebyggelse eller reduktion af visse arbejdsmiljømæssige belastninger. Endvidere er det illustreret, hvordan gruppesupervision kan fremme lægernes selverkendelse og forståelse af egne følelsesmæssige reaktioner, give en dybere forståelse af patienterne og de pårørendes reaktioner og ens egen indvirkning herpå, samt bidrage til at udvikle mange lægers kommunikative færdigheder – alle forhold, der kan øge kvaliteten af patientbehandlingen samt lægernes jobtilfredshed.

Undervejs er der gjort praktiske og strategiske overvejelser i forhold til de problemer, der har været i etableringen af den konkrete supervisionsgruppe. Foruden selve udvekslingerne og refleksionerne i gruppen er der bl.a. blevet peget på behovet for kulturforandringer samt for, at supervisor sikrer ledelsesmæssig og organisatorisk opbakning. Det er vort håb, at disse erfaringer vil kunne være til hjælp i etableringer af lignende tiltag på andre onkologiske enheder eller på hospitalsafdelinger med tilsvarende belastninger og problemstillinger.

LITTERATUR

- ARMSTRONG, J. & HOLLAND, J. (2004). Surviving the stress of clinical oncology by improving communication, *Oncology*, vol. 18, s. 363-37.
- BELIN, S. (2002). *Galskabens magt*. København: Hans Reitzels Forlag.
- BERG, A., HANSSON, U. W. & HALLBERG, I. R. (1994). Nurses creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: Comparison between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of advanced nursing*, vol. 20, s. 742-749.
- CARLSEN, L. & BULTZ, B. (2003). Cancer distress screening. Needs, models and methods. *Journal of psychosomatic Research*, vol. 55, s. 403-409.
- CANCERREGISTERET (2005). Sundhedsstyrelsen. <http://www.sst.dk>
- DREYFUS, H. L. & DREYFUS, S. E. (1999). Mesterlære og eksperter læring. I: K. Nielsen & S. Kvale (red.). *Mesterlære. Læring som social praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- ELIT, L., TRIM, K., MAND-BAINS I. H., SUSSMAN, J. & GRUNFELT, E. (2004). Job satisfaction, stress and burnout among Canadian gynecologic oncologist. *Gynecologic oncology* vol. 94 (1), s. 134-139.
- FIRTH-COZENS, J. (1992). The role of early family experiences in the perception of organizational stress: Fusing clinical and organizational perspectives. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 65, s. 61-75.
- FOUCAULT, M. (2000). *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels Forlag.
- GIDDENS, A. (1999). *Modernitet og selvidentitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- GIRGIS, A., HANSEN, V. & GOLDSTEIN, D. (2008). Are Australian oncology health professionals burning out? A view from the trenches. *European Journal of Cancer*, vol. 45, s. 393-399.
- GRAHAM, J. & RAMIREZ, A. (2002). Improving the working lives of cancer clinicians. *European Journal of cancer care*, vol. 11, s. 188-192.
- GRUNFELT, E., WHELAN T., ZITZELSBERGER, L. & WILLIAM, A. (2000). Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association*, vol. 165, s. 166-169.
- HAWKINS, P. & SHOHET, R. (2000). *Supervision in the helping professions (2. ed.)*. Buckingham. Open University Press.
- HEAVEN, C., CLEGG, J. & MAUIRE, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling*, vol. 60, s. 313-325.
- HERSCHBACH, P. (1992). Work-related stress specific to physicians and nurses working with cancer patients. *Journal of psychosocial oncology*, vol. 10, s. 79-99.
- HOLLINGSWORTH, M. A. (1993). *Responses of female therapists to treating adult female survivors of incest*. Doctoral dissertation, Western Michigan University.

- HOWARD, F. (2008). Managing Stress or enhancing wellbeing? Positive psychology's contribution to clinical supervision. *Australian Psychologist*, vol. 43 (2), s. 105-113.
- ISIKHAN, V. COMEZ, T., ZAFER DANIS, M. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, vol. 8, s. 234-244.
- JACOBSEN, C. H. (2001). Supervisors valg af fokus og rolle – som funktion af superviserens faglige udvikling. *Matrix*, vol. 55, s. 195-227.
- JACOBSEN, C. H. (2007). Supervision og de tilgrænsende områder. I: C.H. Jacobsen og K.V. Mortensen. *Supervision af psykoterapi. Teori og praksis*. København: Akademisk forlag.
- JACOBSEN, C. H. & MORTENSEN, K. V. (2007). Indledning. I: C.H. Jacobsen og K.V. Mortensen. *Supervision af psykoterapi. Teori og praksis*. København: Akademisk forlag.
- JACOBSEN, C. H. & KJØLBYE, M. (2009). Den relationelle psykiatri: Psykopatologi og behandling. I: S. Broeng (red.): *Fokus på relationer: Psykiatri i praksis*. København: Hans Reitzels Forlag (s. 75-91).
- JOHANSSON, A. (2004). *Kommunikation i onkologien, Kræftens psykologi*. København: Hans Reitzels forlag.
- JONES, A. (2006). Group-format clinical supervision for hospice nurses. *European Journal of Cancer Care*, vol. 15, s. 155-162.
- KASH, K. M & HOLLAND, J. C. (1989). Special Problems of physicians and house staff in oncology. I: J. Holland: *Handbook of Psychooncology*. Oxford University press.
- LÆGEFORENINGENS PORTAL. Læger.dk
<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/19.03-2009>
- MARIKO, A., MORITA, T., AKECHI, T., SUGAWAA, Y., FUJIMARI, M., AKIZUKI, N, ET AL., (2007). Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients. *Psycho-Oncology*, vol. 16, s. 421-428.
- MILLAN, L. R., AZEVEDO, R. S., ROSSIM E., DEMARCO, O. L. N., MILLAN, M. P. B., & ARRUDA, P. C. V. (2005). What lies behind a student's choice for becoming a doctor? *Clinics*, vol. 60 (2), s.143-150.
- MILLAN, L. R., MILLAN, M. P. B. & AZEVEDO, R. S. (2007). The Psychological motivation to choose a medical profession. I: P. R. Zelic: *Issues in the Psychology of Motivation*. Nova Publishers s. 7-21.
- NETTERSTRØM, B. (2002). *Stress på arbejdspladsen. Årsager, forebyggelse og håndtering*. København: Hans Reitzel forlag.
- NIELSEN, J. (2004). Curriculum og erfaring – et spændingsfelt for klinisk psykologisk supervision *Nordisk Psykologi*, vol. 56 (2), s. 155-176.
- NØRGAARD, N. L. (2007). *Den helbredende samtale*. Frederiksberg: Forlaget samfundslitteratur.
- RAMIREZ, A. J., GRAHAM, J., RICHARDS, M. A., CULL, A. & GREGORY, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: the effect of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, vol. 347, s. 724-728.
- ROTSCHILD, B. & RAND, M. (2006). *Help for the helper. The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York. W.W. Norton.
- SALSTON, M.D. & FIGLEY, C.R. (2003). Secondary Traumatic Stress Effects of Working With Survivors of Criminal Victimization. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 16, (2), s. 167-174.
- SCAIFE, J. & WALSH, S. (2009). Personal development and the emotional climate. I: J. Scaife: *Supervision in clinical practice. A practitioners guide (2.ed.)*. East Sussex: Routledge.

- SIVERSTON, S. E. (1988). Why medical students become medical students. *Wisconsin medical journal*, vol. 87, s. 23-25.
- SPENCE, S. H., WILSON, J., KAVANAGH, D. ET AL. (2001). Clinical Supervision in Four Mental Health Professions: A Review of the Evidence. *Behaviour change*, vol. 18, (3), s. 135-155.
- TEHRANI, N. (2007). The cost of caring – the impact of secondary trauma on assumptions, values and belief. *Counselling Psychology Quarterly*, vol. 20 (4), s. 325-339.
- TURNER, J. & KELLY, B. (2000). *The concept of debriefing and its application to staff dealing with life-threatening illness such as cancer, AIDS and other conditions. Psychological debriefing theory-practice and evidence*. Cambridge university press.
- VAILLANT, G. E. (1992). Vaillant's Glossary of Defenses. I: G.E. Vaillant. *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- WIECLAW, J., PALUDAN, M., ROSENKILDE, M. & ERIKSEN, J. G. (2008). Psykisk arbejdsmiljø blandt yngre læger på onkologiske afdelinger. *Ugeskrift for læger*, vol. 170 (7), S. 536-540.
- ZACHARIAE, B. & FISCHER PETERSEN, A. (2003). Læge-patientkommunikation i onkologisk ambulatorium – en undersøgelse af sammenhæng mellem lægens kommunikationsstil, patienttilfredshed og ændring i patientens stemningsleje og oplevede evne til at mestre sygdom og behandling. *Delpublikation nr. 4 i skriftserien om "De mellem menneskelige relationer"*. Psykoonkologisk Forskningsenhed Århus Kommunehospital.