

Supervision af videooptagede samtaler

Jan-Helge Larsen, Ole Risør, Jørgen Nystrup & Charlotte Hedberg

Erfaringer fra praktiserende lægers hverdag

Videoptagede konsultationer kan være en stor hjælp til at lære os hvordan vi fungerer i konsultationen. Det kan dog være grænseoverskridende at vise sig frem for andre på en video. Det er derfor vigtigt at have »færdselsregler« for hvordan god supervision skal forløbe. Denne vel-skrevne artikel giver en indføring i metoden, der kan gøre os til bedre læger uden at vi såres.



BIOGRAFI

Jan-Helge Larsen er praktiserende læge siden 1975, lektor i almen medicin ved Københavns Universitet 1986-2006, kursusarrangør og underviser på Kalymnos-kurserne i konsultationsproces og video-supervision siden 1992. Supervisor.

Ole Risør er praktiserende læge siden 1976-2009, studielektor i almen medicin ved Københavns Universitet 1988-2006. Underviser på Kalymnos-kurserne siden 1992. Supervisor. Aktuelt sexolog på Herlev Hospital.

Jørgen Nystrup er ledende stabsoverlæge i psykiatri, Region Sjælland. Medforfatter til bogen Samtaletræning. Underviser på Kalymnoskurserne siden 1992. Supervisor.

Charlotte Hedberg er specialist i Allmänmedicin siden 1984, BA pedagogik. Ped. Adj. CeFam, Karolinska Institutet siden år 2000. Kurser i konsultationen siden 1992 og underviser på Kalymnos-kurserne siden 2001.

JAN-HELGE LARSENS ADRESSE:
Alberts Vænge 7, 2620 Albertslund.
E-mail: jhl@dadlnet.dk

»Hvorfor har du ikke diagnosticeret min depression for længe siden?»

På internettet fandt jeg ud af, at jeg havde en udmattningsdepression, så jeg vil have en henvisning til en specialklinik. Ved du, hvad du skal skrive på henvisningen?

Og så vil jeg også gerne have en sygemelding – ved du hvad du skal skrive på den?»

Mens hun talte, følte jeg mig i tiltagende grad krænket og vred, men så tænkte jeg på min erfaring fra supervisionen og valgte at sige til hende: »O.k., du må føle dig meget skuffet og ikke taget alvorlig af mig. Det beklager jeg«. Så begyndte patienten at græde, fordi hun følte sig meget lettet – og resten af konsultationen gik fint (praktiserende læge *Maria Tasola*).

Den indre supervisor

Videoptagelser af samtaler giver helt enestående mulighed for alene eller sammen med kolleger at se og høre på, hvad man foretager sig i konsultationen. Video kan hjælpe mig til at fastholde tiden: Ved at gense og genhøre dialogen og se, hvordan vi interagerer, kan jeg opdage sproglige mønstre og detaljer i ansigtets og kroppens udtryk. Videoen kan også – særlig hvis den er frisk – aktivere noget af den mere ubevidste viden og de ubevidste tanker hos lægen dvs. min indre verden: »Jamen her tænkte jeg, at jeg ville prøve ..., fordi det virkede hos X. Eller her ville jeg gerne have sagt ..., men afstod,

1. *Stemning*: Hvad fylder i konsultationsrummet? Fx tale eller tavshed, konflikt eller fred, liv eller træthed, tåge eller klarhed?
2. *Angst*: Hvordan viser angsten sig hos patienten – og hos lægen? Fx taler de meget eller lidt, smil eller vrede, bortforklaring eller oprigtighed?
3. *Forholdet*: Hvilken relation er der mellem læge og patient? I hvor høj grad er patienten kommet til orde, dvs. *du før jeg*? Søger en af parterne at få kontrol over samtalen? Prøver en at overbevise en anden?
4. *Indhold*: Hvad taler de om? Sag eller person, følelser eller tanker? Hvem skifter emne?
5. *Processen*: Hvor og hvordan forekommer konsultationsprocessens elementer (3)? Mangler der vigtige elementer?

Boks 1. *Guide til at se på konsultation på video*

fordi jeg tænkte at det måske ville have været for konfronterende. Eller her minder patienten mig om min bedstemor ... Eller her fik jeg lyst til at trøste patienten ...«

Når jeg genser og hører mine samtaler på video, får jeg med tiden opbygget en mere realitetsforankret *indre supervisor*, som jeg kan konsultere i mit daglige arbejde (1). Alligevel er der altid noget jeg ikke ser eller hører, noget som er som en slags blinde pletter.

Spilleregler

Det er her mødet omkring videoen kan blive en stor hjælp. Samtidig kan jeg også i dette møde opleve en sårbarhed, fordi jeg forestiller mig, at kollegaen eller kollegerne vil finde alvorlige fejl og mangler. Derfor kan det være en hjælp at opstille nogle spilleregler, der sikrer, at jeg både får hjælp til at undersøge indholdet af videoen og at gruppen af kolleger får

lejlighed til at reflektere og bidrage med deres faglighed og udefraperspektiv.

Når man vælger at lade en kollega eller supervisor se med, bliver videoen et »fælles tredje«, en genstand, som kan analyseres og dermed til en vis grad betragtes udefra (2). Nu er vi på rejse sammen, og fokus flyttes væk fra mig som person og over på sagen, videoen og, hvad der sker – eller rettere: skete.

Det kan mindske ens tendens til forsvaret. Vi bliver hinandens vidner, vi genkender os selv i hinanden eller bliver modeller for hinanden. Vores faglige ensomhed brydes. Og i gruppen opstår der et frisprog, så jeg kan føle en lettelse fra mine faglige selvbegyndelser, en slags absolution for ikke at være perfekt.

Som praktiserende læger skal vi på kort tid (10-30 minutter) skabe en arbejdsrelation til patienten og sætte patientens komplekse historie ind i en referenceramme, så vi med vores viden kan hjælpe og rådgive. Det har ført til, at vi bl.a. ved brug af video er kommet frem til en kronologi for konsultationen, hvor vi adskiller patientens og lægens del, og på videoen kan vi undersøge om det lykkes (3).

I det følgende vil vi beskrive en supervisionsmetode til gruppe-supervision af konsultationer optaget på video. I vores kliniske arbejde udgør de følelser, vi modtager fra patienterne, en væsentlig, men oftest overset belastning. I *Balints* arbejde var udforskningen af følelserne central, mens dette synes at mangle i fx *Pendleton* et al's model (4-6). Vi bygger på en model af *Coles*, som vi har videreudviklet under vores ugekurser i konsultationsprocessen og videosupervision på *Kalymnos*, *Grækenland* i tidsrummet 1992-2009 (7-10).

Hvad vil jeg have kollegernes hjælp med?	
Lægen (Supervisanden)	Kollegerne
1. Hvilke følelser sætter patienten i gang i dig?	2. Hvis jeg sætter mig i lægens situation, hvilke følelser sætter patienten i gang i mig?
3. Jeg synes, at ... fungerede godt	4. Jeg synes at ... fungerede godt
5. Jeg ville ønske, at jeg havde gjort ... anderledes	6. Hvis det var mig, så ville jeg måske tænke eller gøre ...
7. Det, jeg tager med mig, er ... Det jeg gjorde, som fungerede godt, var ...	8. Selv tager jeg ... med mig
9. Nu føler jeg ...	10. Nu føler jeg ...

Tabel 1. Skema til gruppe-supervision.

Vinduesmetoden – supervision efter skema

Formålet med denne form for supervision er, at lægen bliver bedre til at tale med og omgås sine patienter.

Den kaldes *vinduesmetoden*, fordi man

åbner et vindue ad gangen i skemaet (Tabel 1) (8).

De faste rammer og klare regler for arbejdet med vinduesmetoden giver tryk-
hed og lærer deltagerne at forstå betyd-
ningen af en supervisorskultur.

Skemaet indledes med en kontrakt med lægen (supervisanden) og efterfølgende åbnes skemaets ti vinduer et ad gangen, altid begyndende med lægen, dernæst kollegerne (Tabel 1).

Det at se en samtale på video sætter mange tanker og følelser i gang, og uden struktur kan gruppen let havne i en diskussion. I en diskussion søger hver af parterne at få ret, men det ønsker vi at undgå, fordi det kan skade læringsprocessen. For at fastholde, hvad der bliver sagt, påtager en af gruppens deltagere sig rollen som sekretær og udfylder supervisionskemaet, som lægen får til slut.

Det kræver lydhørhed og dyb respekt for kollegaens individualitet at supervisere. Som supervisor må man være venligt støttende og opmærksom over for lægen, mens man over for kollegerne må være tydelig i sin fastholdelse af metoden for at undgå krænkelser og for at skabe tryk i gruppen (10). Inden man ser videoen, opfordrer supervisor kollegerne til at notere det, som lægen gjorde godt.

Kontrakten

Hvis supervisionen tager udgangspunkt i en konsultationsvideo, indleder lægen (supervisanden) med at fortælle om sin patient, hvad han ønskede at opnå med konsultationen, og hvad han oplevede som problematisk og gerne vil have hjælp til.

Det indledende arbejde med kontrakten tydeliggør, hvor lægen befinder sig, også selv om han måske ikke på nuværende tidspunkt er klar over, hvilken hjælp han ønsker. Vi tilstræber altså en supervisororienteret tilgang, som er på linje med patientcentrering og tankerne bag *empowerment*, dvs. at vi søger at finde og

mobilisere kraften hos den, der søger hjælp. En kontrakt giver supervisionen en tydelig aftalt dagsorden og retning, også for supervisor og for gruppen af kolleger (11). Vi søger på denne måde at komme uden om den selvkritik, som de fleste læger er tilbøjelige til at fokusere på – ligesom i hverdagen efter konsultationen.

Følelser

VINDUE 1

I det første vindue i skemaet skal lægen/supervisanden give udtryk for sine – ofte modstridende følelser. Lægen vil almindeligvis indlede med at fortælle om sine følelser i forhold til præstationen, fx: »Jeg føler mig utilfreds med, at jeg så tidligt afbrød patienten?« Her må supervisor påpege, at præstationsfølelserne altid vil være der, men at de er uinteressante for læreprocessen. På denne måde flyttes opmærksomheden væk fra præstation og konkurrence. Det interessante er de følelser, patienten vækker i lægen – og her findes ingen rigtige eller forkerte følelser. Lægen kan fx føle både lyst til at hjælpe, magtesløshed, træthed og vrede i den samme konsultation.

De første gange gruppen arbejder med vinduesmetoden, kan det være lidt, inden lægerne kan beskrive deres følelser, fordi det føles uvant og fremmed, men med lidt hjælp fra supervisor kommer der flere forskellige følelser frem.

Videoen stimulerer ydermere lægen til at huske sine følelser ved at se og høre sig selv og patienten og ved at genkalde sig de oprindelige tanker og følelser. Videoen sikrer dermed, at den fælles undersøgelse af følelserne hele tiden er forankret i et konkret, fællestilgængeligt materiale.

VINDUE 2

I det næste vindue bliver det kollegernes tur til på samme måde at give udtryk for deres følelser: »Når jeg identificerer mig med lægen, føler jeg træthed og magtesløshed«, eller »Jeg føler vrede og nysgerighed«. På denne måde kan man få et billede af den mangfoldighed af følelser, som næsten enhver konsultation vækker, og af at lægerne kan reagere så forskelligt på den samme patient.

Når følelserne tages op og luftes, afgiftes de, og dertil kommer lettelsen og fællesskabsfølelsen ved at kunne dele sine oplevelser med kollegerne. Det er altså ikke bare mig, der føler frustration og usikkerhed, det er en del af vanskelighederne i lægearbejdet. Vi bliver hinandens vidner og ledsagere (12).

Følelser som arbejdsredskab

I sit samvær med og indlevelse i patienten får lægen overført følelser som fx hjælpeløshed, meningsløshed, smerte, ensomhed, vrede, sorg og angst for sygdom og død – jf. indledningscitaterne (13). Det samme gælder for gruppedeltagerne. Det er netop disse følelser, som ofte stiller sig i vejen for hjælpearbejdet. Supervisor kan så spørge gruppen: »Kan det mon være sådan, patienten har det?« Dette viser sig ofte at være rigtigt, og dermed får deltagerne den konkrete indsigt: At mange af de følelser, som vi mærker i os selv, stammer fra patienten og er udtryk for – undertiden kernen i – hvordan patienten har det. Det har patienten ubevidst formidlet til os.

Når lægen har lært at identificere de følelser, han får under samværet med patienten, kan han også lære sig at give dem tilbage til patienten på en empatisk

måde (som i indledningscitaterne og senere under punkt 6 i skemaet). Dette kan udløse en dyb lettelse hos patienten, som vil føle sig forstået på et følelsesmæssigt plan og opleve tillid til lægen (14). Fra at opleve sig alene og udsat kan patienten opleve fællesskabet ved at blive mødt, forstået, rummet og få en professionel til at ledsage sig. Dette modvirker de følelser af skam, ensomhed, nederlag, skyld og mindreværd, som kan være knyttet til rollen som patient.

For lægen betyder det, at han bliver opmærksom på, at den følelsesmæssige påvirkning stammer fra patienten, og at han undgår at blive offer for sine følelser og dermed ubevidst reagerer med forsvarsreaktioner (15). Tværtimod vil lægen kunne opdage styrken i at give følelsen tilbage til patienten. Denne erfaring kan senere indgå i lægens indre supervisor (1). Følelsernes smittekraft har de senere år fået et videnskabeligt grundlag (16).

Forsvar mod patientens følelser

Når patienten udtrykker sin smerte og andre følelser, er det for at få lægen til at forstå, hvordan han har det, selv at opleve en lettelse og for at få hjælp. Hvis patienten udtrykker sine følelser ved at være ked af det, vil han almindeligvis få trøst. Men hvis patienten udtrykker sine følelser i form af vrede eller aggression, kan lægen spontant reagere tilbage med vrede, fordi han tolker vreden som et angreb på sin identitet som hjælper (17). Lægens forsvar mod denne trussel eller mod magtesløshed og usikkerhed er at betegne patienten som »besværlig« (projektion (15, 18)). I stedet kan lægen under supervisionen opdage, at vreden er et forsvar mod magtesløshed og usikkerhed

i lægerollen. Som mange læger udtrykker det: »Jeg har så let ved at synes om patienter med medicinske problemer, som jeg kan klare«.

Hvis lægen fx reagerer med vrede og irritation på sin patient, mens kollegerne er ret neutrale, er der sandsynligvis tale om, at lægen reagerer på en tidligere oplevelse. På denne måde kan vinduesmetoden også tydeliggøre, hvordan lægens egen baggrund med minder og erfaringer kan fremkalde personlige følelser i mødet med patienten (13).

Ressourcer

VINDUE 3

I dette vindue er det lægens tur til at give udtryk for, hvad han synes, der fungerede godt (11). Ved at begynde her sikrer man sig, at der kommer noget positivt ind på kontoen, dvs. lægens oplevelse af at være god nok (5) – en modvægt til janteloven (19) og den vanemæssige fokusering på det, der ikke gik så godt. Samtidig giver lægen både kolleger og supervisor en ide om, hvor klart han ser sine stærke sider, og dermed hvor vigtigt det er, at kollegerne påpeger dem. Det kan ofte kræve stor overvindelse for lægen at fremhæve noget positivt, han har gjort, men det er en vigtig forudsætning for at kunne tage imod ros og positiv kritik fra kollegerne. Desuden kan det give supervisor et vigtigt fingerpeg om, hvor selvkritisk lægen er; nogle læger er så selvkritiske, at ros kan opleves direkte truende for deres selvopfattelse.

VINDUE 4

Her er det kollegernes opgave at fremhæve det, der fungerede godt i konsultationen. Dette bidrager til at konsolidere

lægens gode adfærd og selvtillid, men også til at opdage noget, som han selv betragtede som selvfølgeligheder. Kollegernes feedback skal udgå fra patientens situation og med konkrete eksempler beskrive det, der fungerede og gerne med ord som beskriver følelse, fx: »Jeg blev glad og varm, da du ...«, »som patient følte jeg mig taget alvorligt, da du ...«. Man kan sagtens være generøs med at fremhæve det gode. For eksempel kan stor energi og grundighed hos lægen godt være en ressource men samtidig have en negativ side, nemlig at lægen arbejder unødigt hårdt.

Nogen kan måske tænke at gruppesupervision let bliver en klub for gensidig ros, men når trygheden er blevet etableret, kommer lægen af sig selv frem med noget, han ville ønske, han havde gjort anderledes.

Refleksioner

VINDUE 5

På denne måde bevæger supervisionen sig næsten af sig selv over i det kritiske og kreative femte vindue, hvor lægen reflekterer over, hvad han ville ønske, at han havde gjort anderledes. Det føles godt selv at få lejlighed til at formulere de mangler og muligheder, man er blevet klar over ud fra gennemsyn af videoen. For videoen er blevet en slags »fælles tredje«, som hjælper lægen til at se samtalen udefra (eksternalisering) og dele den med kolleger og supervisor (2).

Når lægen sammen med supervisor reflekterer over, hvad han ville ønske, han havde gjort anderledes, kan han afprøve det i rollespil og måske formulere noget supplerende til supervisionskontrakten. Og ud fra den ændrede kontrakt



Video vises i supervisionsgruppen.

Foto: Jan-Helge Larsen.

kan kollegerne målrette deres forslag i vindue 6.

VINDUE 6

Dette vindue er nok det sværeste, fordi enhver negativ kritik fra kollegerne kan udløse lægens forsvar og dermed skade læringsprocessen. Dette har vi søgt at undgå ved at omdanne gruppen til en slags reflekterende miniteam suppleret med rollespil (20). Imens sidder lægen bare og lytter til kollegernes refleksioner uden selv at deltage i diskussionen – og herligt fri for at skulle forsvare sig (måske siddende med ryggen til gruppen). Når man som kollega giver feedback, må man gøre sig klart, om man gør det for at hjælpe lægen eller for sin egen skyld fx for at vise sig klog eller få luft for sine frustrationer.

Når kollegerne frit kan reflektere, skabes der rammer for stor kreativitet i det vi

kalder for konsultationslaboratoriet (10). Den tillærte konkurrencementalitet blandt læger bruges her konstruktivt ved at de kappes om at komme med tanker, hypoteser og forslag (brainstorm). Vi ønsker ikke at fremme et bestemt synspunkt, men snarere at fremme udviklingen af flere ligeværdige synspunkter.

Når man kommer med forslag, må man forsøge at formulere det ved at fuldende sætningen: »Hvis det havde været mig, på en rigtig god dag, så ville jeg måske ...«. På denne måde presses kollegerne til at formulere konkrete handlingsforslag, som helt står for deres egen regning. Supervisor bør stoppe, hvis kollegaen trods alt kommer med kritik ad bagvejen fx ved at sammenligne: »Hvis det havde været mig, ville jeg være gået mere ind på patientens angst«. Og rette det til fx: »Hvis det havde været mig, ville jeg have spurgt patienten: Hvad er det, der bekymrer dig

mest?«. Sådan feedback indeholder konkrete handlingsforslag, der er lette at forstå, huske og tage stilling til.

Kollegerne arbejder med at hjælpe – ikke i form af gode råd – men ved aktivt at gå ind og afprøve deres forslag ved eventuelt at rollespille lægen. Lægen kan spille sin patient og mærke efter, om kollegaens intervention ville have fungeret. Ofte formidler lægen i rollen som patient (supervisoranden) en omfattende ubevidst viden om patienten og kan senere berette om, hvor betydningsfuldt det opleves at lægen (i rollespillet) spørger til patientens forestillinger, frygt og forventninger (3).

Hvis man som supervisor mærker nogen mislyde, eller hvis balancen tipper, må man øjeblikkeligt gribe ind.

Det reflekterende miniteam afsluttes, enten når der ikke fremkommer flere handlingsforslag, hvis supervisor vurderer, at lægen ikke er modtagelig for mere, tiden er gået, eller hvis hans konto er ved at gå i minus (5).

Læring

VINDUE 7

I dette vindue fortæller lægen, hvad han tager med sig fra supervisionen. Ofte bliver det en dybere forståelse af at være i patientens position, hvordan man påvirkes, og hvad man kan gøre. Indirekte fortæller han også lidt om, hvad han har hørt – eller kan huske af, hvad der hidtil er blevet sagt.

Når der i skemaet også er et spørgsmål om, hvad han gjorde godt, hænger det sammen med, at supervisor må sikre sig, at lægen kan huske noget af alt det positive, der er blevet sagt af kollegerne. Hvis han intet kan huske af kollegernes ros, kan det være et tegn på, at angstniveauet

har været for højt eller selvopfattelsen for negativ, og så kan det måske være godt at få sekretæren til at repetere noget af den ros, der er noteret på skemaet.

VINDUE 8

Her opfordres kollegerne til at sammenfatte deres egen læring af denne session. Derved kan det blive tydeligt, at deltagerne tager noget forskelligt med i forhold til, hvor de befinder sig i deres læringsproces. Og det man selv formulerer, husker man bedre. Desuden lærer man af at høre, hvad kollegerne har lært.

Sikkerhedsnet og slutfølelser

VINDUE 9

Ligesom skemaet blev indledt med at spørge om lægens følelser, bør supervisionen også afsluttes med at spørge om følelsen.

Det skal da være sådan, at lægen har det bedre ved supervisionens afslutning i forhold til de eventuelle negative følelser, han havde over for patienten i starten. Men også følelserne i forhold til supervisionen skal være o.k.

VINDUE 10

Også kollegerne skal have mulighed for at give udtryk for, hvordan de har det, og hvad deres slutfølelse i forhold til patienten og hele processen er.

På denne måde fungerer vinduerne 9 og 10 som sikkerhedsnet for supervisor, som tjekker, om supervisionen kan afsluttes. Er slutfølelsen god nok til, at supervisionen kan afsluttes her, eller ligger der noget ufærdigt, som må afklares? Reglen er nemlig, at når supervisionen er slut, taler man ikke mere om, hvad der skete. Ellers vil det kunne starte en ny proces,

som i så fald finder sted uden supervisors og alle deltageres nærvær og strukturrede samarbejde.

Diskussion

Det er tankevækkende, at videosupervision i gruppe bruges så lidt blandt praktiserende læger trods de indlysende muligheder. En af forklaringerne kan være, at videoen i detaljer viser kollegerne, hvordan man arbejder (21). På overfladen handler supervision om fagligt at blive dygtigere og dermed også om, hvorvidt jeg er god nok, men på et dybere plan kan supervision opleves som om, det handler om, hvorvidt jeg er god nok som menneske (8, 21).

Det er denne sårbarhed, man har søgt at tage højde for i de supervisionsmodeller, der er udviklet siden 1980'erne (5-8). Man søger her at regulere kollegernes adfærd, så man undgår at krænke eller skade supervisanden, og man tilstræber at gøre det både sikkert og lærerigt at vise sin konsultation for en gruppe kolleger. Heri indgår også klare regler med hensyn til tavshedspligt og opbevaring/sletning af videooptagelserne.

Vinduesmetodeskemaet giver både supervisor og deltager en tryghed i kraft af rammernes gennemsigtighed. Men skemaets klare struktur kan også forlede en til bare at følge det mekanisk, hvis supervisor ikke sørger for fordybelse, efterhånden som trygheden i gruppen øges. Særlig vigtigt er det at få tydeliggjort følelserne, fordi de udsiger noget centralt om patient-læge-forholdet.

Vinduerne 1 og 2 rummer den gift, der i supervisionsprocessen skal afgiftes, så de alternative handlemåder dukker op, men også så empatien kan blive konkret.

Vinduerne 3 og 4 har til formål at fokusere på ressourcer, ikke på det generelt gode, men på at beskrive specifikt, hvad der fungerede godt.

Rollespillene i vindue 6 kan give liv i laboratoriet og mulighed for eksemplarisk læring.

Skemaet hindrer dog ikke, at man som supervisor kan begå fejl. Hvis der opstår konflikter, må supervisor tage det som udtryk for, at der findes behov i gruppen, som han ikke har været opmærksom på. Ofte drejer det sig om nogen, der ikke har fået tilstrækkeligt med positiv feedback, eller har fået for mange »gode« forslag til, hvad han kunne have gjort anderledes.

Der kan også opstå svære situationer, hvis en eller flere i gruppen fungerer dårligt, fx sprogligt på grund af udenlandsk herkomst eller på grund af en særlig personlighed. Så kan vedkommende let blive gruppens »patient« og kan føle sig utilpas i rollen uden rigtig at kunne formulere det.

Vinduesmetoden er i al almindelighed en metode, der har indbygget sikkerhed mod at krænke lægen. Det er også en metode, der oftest hjælper en gruppe til at fungere godt sammen. Tilbagemeldingerne til supervisor i vindue 7 og 8 er derfor tit: »Jeg har lært ..., og det er meget værdifuldt for mig«. Og tilbagemeldingen i vindue 9 er ofte: »Jeg føler mig afgiftet og beriget både af caseanalysen og af det intellektuelle samspil med kollegerne. Jeg har lyst til at komme hjem og møde patienten igen!«

Økonomiske interessekonflikter:

Alle forfatterne er medarrangører af Kalyminoskurserne.

LITTERATUR

1. Neighbour R. *The Inner Consultation*. London: MTP Press Ltd., 1987.
2. Bruun G. *Storytelling i terapi og supervision*. København: Dansk psykologisk Forlag, 2009
3. Larsen J-H, Risør O, Putnam S. PRACTICAL: A step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Family Practice* 1997;14:295-301.
4. Balint M. *The Doctor, his Patient & the Illness*. London: Pitman, 1957.
5. Pendleton D, Schofield T, Tate P et al. *The Consultation*. Oxford: Oxford University Press, 1984.
6. Kaltoft S, Thorgaard L. *Lægen som lægemiddel*. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 2005.
7. Coles C. Self assessment and medical audit: an educational approach. *BMJ* 1989;299:807-8.
8. Larsen J-H, Risør O, Nystrup J. Gruppesupervision af video. *Månedsskr Prakt Lægegerm* 1997;75:163-76.
9. Larsen J-H. Om at være supervisor – nogle råd til min kollega. *Månedsskr Prakt Lægegerm* 2008;86:1363-73.
11. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxon: Radcliffe Publ., 2006.
14. Larsen J-H, Hedberg C. Tillid – om at sige: Jeg vil prøve at hjælpe dig! *Månedsskr Prakt Lægegerm* 2007;85:679-87.
17. De Haes HCJM. Responding to patients emotions: The different reactions to sadness and anger. *Patient Educ Couns* 2009;76:1-2.
20. Andersen T. *Reflekterende processer*. København: Dansk Psykologisk Forlag, 2005.
21. Hawkins P, Shohet R. *Supervision in the helping professions*. London, Open University Press, 2007.

En komplet litteraturliste kan fås ved henvendelse til jhl@dadlnet.dk.