

Supervīzija ārsta praksē

Velga Sudraba

Veselības aprūpes speciālisti strādā paaugstināta emocionālā riska, izdegšanas un lielu ieguldījumu vidē. Divi galvenie uzdevumi klīniskajā praksē ir: (1) būt medicīniski prasmīgam un kvalificētam (noteikt pareizo diagnozi un piedāvāt visefektīvāko ārstēšanu) un arī (2) būt prasmīgam un lietpratējam interpersonālajā jomā (sekmīgi mijiedarboties ar dažādiem pacientiem un pārdomāti reaģēt sarežģītās, izaicinošās situācijās). Ārstiem ir nepieciešama jaunākā tehniskā un biomedicīniskā informācija, lai labi veiktu pirmo uzdevumu, un ievērojama profesionālā elastība, lai varētu efektīvi strādāt klīniskajā praksē ar noteiktu pacientu loku.

Speciālisti var uzlabot savas klīniskās un interpersonālās prasmes, gan piedaloties profesionālās pilnveides pasākumos, kas ietver virkni mācību aktivitāšu, piemēram, lekcijas, īsus kursus, seminārus utt., gan piedaloties profesionālajās supervīzijās, kas notiek vai nu individuāli, vai grupā un kas iekļauj izglītošanas, attīstības un mentorēšanas pasākumus. Veselības aprūpes vidē supervīzori tiek attēloti kā paraugs jaunajiem ārstiem, tādējādi supervīzoriem būtu jāiemerso tādas īpašības, kas ietver spēju komunicēt, iedvesmot, demonstrēt integritāti, godīgumu un konsekvenci (*Pope, 2009, kā minēts Subramaniam, Silong, Uli, & Ismail, 2015*).

Klīniskās supervīzijas un Bālinta grupas (sk. tālāk) sniedz ārstiem iespēju risināt sarežģītus gadījumus un sekmīgāk tikt galā ar klīniski izaicinošām situācijām.

Atšķirībā no Bālinta grupām, kur koncentrējas tikai uz ārsta un pacienta attiecībām, profesionālai klīniskajai supervīzijai ir plašāks ieskats – tā var uzlabot klīniskās zināšanas, pārskatot biomedicīnisko informāciju, ir iespējams apspriest diagnostikas grūtības, diferencāldiagnostiku, ārstēšanas īpatnības utt., var konsultēt jaunākos kolēģus.

Klīniskā supervīzija

Klīniskā supervīzija tiek definēta kā formāls atbalsta, refleksijas, mācīšanās un attīstības process, kas dod ieguvumu gan jauniem kolēģiem, gan pieredzējušiem veselības aprūpes speciālistiem viņu individuālās attīstības procesā (*NHS Employers, 2022*). Tā ir galvenais līdzeklis labas kvalitātes veselības aprūpes veicināšanai un

uzraudzīšanai (Ellis, 2014). Supervīzijā (gan individuāli, gan grupā) ir vieni un tie paši mērķi, kas tiek definēti šādi: cilvēcisko vērtību noskaidrošana; emocionālās pratības apgūšana; sociālo attiecību nozīmes atgūšana; lomu un prasmju modelēšanas mēģinājumu nodrošināšana; veselības aprūpes labākās prakses novērtēšana un izplatīšana; pasargāšana no vilšanās, dezorientācijas un izdegšanas (Morton-Cooper & Palmer, 2000, kā minēts Launer, 2007). Te redzams, ka nav būtisku atšķirību no citām supervīzijas darba jomām, – šie paši faktori ir svarīgi jebkurā citā sfērā.

Tomēr, domājot par atšķirībām, svarīgi izcelt, ka vide ir klīniska.

Tātad, pirmkārt, supervīzijas dalībnieki būs cilvēki, kuri strādā ar pacientu, nevis klientu, un jāņem vērā, ka cilvēks, kuram ir jāpalīdz, cieš ne tikai emocionāli, bet arī fiziski, kas, visticamāk, pastiprina regresijas procesu, upura lomu, sevis žēlošanas sajūtu, dusmas uz citiem (kuriem, viņaprāt, ir labāk, vieglāk, “paveicies”), bailes, ka nekad vairs nebūs labi, varbūt arī vainas sajūtu, “likteņa pirksta” sajūtu utt. Un, otrkārt, jāņem vērā, ka arī speciālistiem var būt virkne psihes aizsargmehānismu, jo ikdienā viņi sastopas ar ciešanām un sāk tās izjust mazāk empātiski, lai sevi pasargātu; vai paliek neapmierinātāki, jo, neskatoties uz ieguldīto darbu, ciešanas nebeidzas; vai pat piedzīvo bezspēcības sajūtu, par kuru izjūt dusmas un vainas sajūtu utt.

Profesionālām supervīzijām ir arī noteiktas priekšrocības (Health & Care Professions Council, 2021; Launer, 2007):

- 1) uzlabojas pacientu ārstēšana un aprūpe;
- 2) samazinās darba stress;
- 3) paaugstinās zināšanu līmenis un izpratne par klīnisko problēmu risinājumiem;
- 4) paaugstinās pašapziņa, pašvērtība un apmierinātība ar darbu;
- 5) samazinās darbinieku mainība un uzlabojas risku pārvaldība, kas nodrošina ekonomiskus ieguvumus;
- 6) veidojas publiska atbildība;
- 7) tās ir nehierarhiskas, jo vērstas uz praktizētāju, nevis organizāciju.

Kā norāda Londonas Tavistokas klīnikas vecākais lektors Džons Launers, daudzi ir pārsteigti, ka ģimenes ārsti nesaņem supervīzijas, bet risina problēmjautājumus koridorā, pie kafijas vai zvanot vietējiem speciālistiem. Vai tad Latvijā ir citādi? Ir daudz iemeslu, kāpēc pastāv atšķirības attiecībā uz supervīziju ārstiem un citiem palīdzošo profesiju speciālistiem (Launer, 2007). Tā saucamā pašpietiekamības (*self-sufficiency*) kultūra medicīnā var atturēt ārstus atzīt, ka viņiem ir nepieciešama palīdzība. Īpaši tas attiecas uz ģimenes ārstiem, kas ir strādājuši kā autonomi praktiķi, nevis komandas locekļi. Arī liela darba slodze ierobežo supervīzijas izmantošanu.

Droši vien lielākā daļa ārstu supervīziju uztver kā uzraudzību (*surveillance*) vai vadību (*management*), nevis kā kolēģu atbalstu (*peer support*), kas arī var kavēt supervīzijas izmantošanu. Tomēr jāatzīmē, ka tas attiecas ne tikai uz ģimenes, bet

arī uz citu specialitāšu ārstiem. Latvijā ārstiem psihoterapeitiem supervīzija ir obligāta sertifikācijas un resertifikācijas prasība, bet tas neattiecas uz citu specialitāšu ārstiem, pat ne uz psihietriem.

Klīniskās supervīzijas modeļi

Tiek piedāvāti vairāki klīniskās supervīzijas modeļi:

- 1) Proktores trīs funkciju modelis;
- 2) Psiholoģiskajā noturībā balstīta klīniskā supervīzija;
- 3) Atjaunojošā supervīzija: A-EQUIP modelis;
- 4) Džonsa reflektīvais modelis;
- 5) Niklina praksē balstītais modelis;
- 6) Rodžersa un Topinga-Morisa uz problēmu vērtais modelis.

Proktores trīs funkciju modelis

(Proctor's three-function model)

Uz šo modeli balstīti visi citi klīniskās supervīzijas modeļi, un tas ietver trīs atsevišķas supervīzijas jomas: normatīvo, veidojošo un atjaunojošo (Proctor, 2010). Modeļa autore ir Dienvidrietumu Londonas koledžas (*South West London College*) pensionēta konsultēšanas kursu direktore, supervīzijas grāmatu autore Bridžida Proktore (*Brigid Proctor*). Autore uzsver, ka galvenā ir modeļa atbalsta funkcija, uz kuras bāzes var veidoties normatīvie aspekti. Pirmā joma (funkcija) ir normatīva (*normative*) – tā koncentrējas uz mācīšanās vadības aspektiem, kas ietver pamata obligāto apmācību un turpinās kā profesionālā attīstība. Tā ir saistīta ar “rāmi”: speciālistiem tiek piedāvāta regulāra tikšanās vieta, lai viņi var apspriest savu praksi, noteikts laiks, mutiski vai rakstiski līgumi vai vienošanās, ko ierobežo vadlīnijas vai kodeksi. Proktore uzsver, ka pirmajā vietā būtu jāliek atjaunojošais uzdevums jeb joma, jo klīniskajā supervīzijā šajos saspringtajos apstākļos ir nozīmīga gan profesionāla, gan personiska iesaiste un atdeve. Ja supervīzija nav paredzēta kā atjaunojoša, pārējie uzdevumi netiks labi paveikti.

Otrā joma ir veidojoša (*formative*), un tā koncentrējas uz zināšanu un prasmju attīstīšanu profesionālajā izaugsmē un pašrefleksiju kā līdzekli pašapziņas tālākai attīstībai. Tās mērķis ir palielināt praktizējošā ārsta refleksiju par savu praksi, mācīties no savas un citu kolēģu pieredzes, apspriest ētikas dilemmas, neapdraudot sevi, un tas viss supervīziju klasificē kā unikālu veidojošu procesu. Trešā joma ir atjaunojoša (*restorative*) – tā ietver personīgo attīstību, koncentrējoties uz atbalstu, izdegšanas novēršanu un mācīšanos labāk pārvaldīt stresu. Galvenā vērtība ir darba alianse pretstatā hierarhijai.

Cilvēcīgās attiecībās supervīzijas dalībniekiem jāapzinās, ka jebkura no pusēm laiku pa laikam var justies ievainojama, un tam jābūt pieņemami un palīdzoši

gan dalībnieku labizjūtai, gan supervīzijas procesa attīstībai. Pētījumos (Snowdon et al., 2015, 2016) norādīts, ka veselības aprūpes speciālisti šīs jomas novērtē dažādi, augstāku novērtējumu piešķirot atjaunojošajai un veidojošajai funkcijai, bet zemāku – normatīvajai.

Pirmā klīniskā supervīzija jaunajam ārstam būs izšķiroša, jo tās laikā praktiķis izjutīs šī procesa potenciālu. Supervīzija var būt gan individuāla, gan noritēt kovīzijas formā (to bieži vien sauc par *peer* jeb “vienaudzū” (kolēģu) grupu) vai kā abu kombinācija, lai nodrošinātu, ka praktiķi ņem vērā savu labklājību, kā arī personīgo un profesionālo attīstību, identificējot prasmes, kuras attīstīt vai uz kurām koncentrēties. Proktora trīs funkciju modelis veido stabilu bāzi citu klīniskās supervīzijas modeļu izstrādei un attīstībai, tomēr, to izmantojot, nav svarīgi saprast, kāpēc ārstam ir emocionāla reakcija uz situāciju, un pakalpojuma uzlabošana nav izšķiroša.

Supervīzijā abām tās pusēm (supervīzējamajam un supervīzoram) ir nepieciešamas noteiktas prasmes.

Supervīzoram nepieciešamās prasmes:

- 1) veidot drošu vidi, kas ietver gan fiziskas vides izveidi, gan aicinājumu sniegt informāciju, gan klausīšanos bez aizspriedumiem, gan sekošanu informācijai un tās pārbaudi, gan informācijas sniegšanu konkrētajam ārstam atbilstoši viņa zināšanām;
- 2) līguma un darba vienošanās izrunāšana, nosakot skaidru mērķi atbilstoši prasmēm (ko mēs drīkstam, kas mums jā dara utt.);
- 3) autoritatīva izaicināšana (pretstatā autoritārai), sniedzot un saņemot atgriezenisko saiti (vērtējošu un nevērtējošu), atzīstot un respektējot pieredzi un jūtas (ievainojamību, neaizsargātību, ciešanas, apjukumu, dusmas, kaunu, vainas sajūtu, nožēlu, lepnumu, baudu u. c., vienojoties par laika un robežu pārvaldīšanu);
- 4) supervīzijas procesa turpināšana, izmantojot savas prasmes.

Arī supervīzējamajam ir darbi un prasmes, kas jāattīsta. Vispirms ir nepieciešama reflektēšanas un komunikācijas spēja, kas ietver:

- 1) sagatavošanos supervīzijai, gatavojot pierakstus; mulsinošas, satraucošas, interesantas pieredzes identificēšanu, kur varētu gūt labumu, ja par to reflektētu; prioritātes izvēli;
- 2) problēmas izklāstīšanu tādā veidā, kas padara to pieejamu, dzīvīgu gan supervīzējamam, gan supervīzoram un ekonomisku laika ziņā;
- 3) mācīšanās mērķu noteikšanu un uzraudzīšanu;
- 4) arvien lielāku atvērtību supervīzora perspektīvām un spējai atšķirt, kas ir noderīgs;
- 5) atvērtību atgriezeniskajai saitei un spēju identificēt, vai tā ir noderīga (ja nepieciešams, jānorāda, ka šobrīd vairāk nevajag un vairs nevar “paņemt”);

6) atgriezeniskās saites sniegšanu supervīzoram spontāni: gan tad, ja atbilde bija noderīga, palīdzoša vai mulsinoša, gan kā pārskatu pārdomātākā veidā. Proktore iesaka (*Proctor, 2010*) profesionālim apdomāt, kurš no kolēģiem, draugiem, ģimenes, supervīzoriem varētu palīdzēt apmierināt šādas vajadzības:

- 1) uzticēšanās, runājot par savu darbu;
- 2) atgriezeniskās saites, norādījumu saņemšana;
- 3) profesionālu ideju, prasmju attīstīšana, informācijas iegūšana;
- 4) savu emociju izventilēšana, ja cilvēks jūtas nikns, vājš, noguris utt.;
- 5) distresa, baudas, kļūdu u. c. sajūtu un pārdzīvojumu atzīšana;
- 6) jušanās novērtētam, vērtīgam starp tiem, kurus uzskata par kolēģiem;
- 7) redzesloka paplašināšana;
- 8) fiziskās, emocionālās un garīgās labizjūtas palielināšana.

Autore iesaka arī atbildēt uz šādiem jautājumiem:

- 1) kuras vajadzības šobrīd tiek apmierinātas pietiekami labi;
- 2) kuras no tām ir vai varētu būt piemērotas supervīzijai;
- 3) kuras vajadzības būtu jāapmierina tagad;
- 4) kā to varētu izdarīt;
- 5) kuras vajadzības vispār nav apmierinātas;
- 6) kā tās varētu apmierināt, izmantojot savus resursus;
- 7) vai ir vēl citas profesionālās vajadzības.

Psiholoģiskajā noturībā balstīta klīniskā supervīzija (*resilience-based clinical supervision*)

Šis modelis ir izstrādāts Notingemas Universitātē Anglijā un koncentrējas uz to emocionālo sistēmu izpratni, kuras liek reaģēt noteiktā situācijā. Tā māca dalībniekiem, kā mazināt emocionālo reakciju, izprotot un pārdomājot, kāpēc viņi reaģējuši tieši šādā veidā, un ar laiku spēt regulēt šo reakciju, vienlaikus pievēršot uzmanību savai labizjūtai (*Stacey et al., 2017, kā minēts Stacey et al., 2020*). Īpašs uzsvars tiek likts uz jauno profesionāļu atbalstu, palīdzot pārejas periodā tikt galā ar sarežģītiem organizatoriskiem, attiecību un personīgiem procesiem, kas ietekmē katra pieredzi.

Psiholoģiskajā noturībā balstītas klīniskās supervīzijas modelis tika izstrādāts, paturot prātā šo perspektīvu un psiholoģisko noturību, kas nosaka veidu, kā mēs izdzīvojam sarežģītā pasaulē (*Walker & Salt, 2006, kā minēts Stacey et al., 2020*). Šis modelis ir svarīgs profesionālam mediķim, jo koncentrējas uz emocionālās reakcijas būtību, nodrošina ārstam vai māsaī drošu vidi, lai izpētītu savas jūtas un emocijas, sadarbojoties ar kolēģiem vai pacientiem, kā arī praktizējot pašrefleksiju, mazinot tās kritisko daļu un atzīstot situācijas, kuras nevar kontrolēt. Šajā ziņā psiholoģiskā noturība tiek uzskatīta par kolektīvu reakciju uz grūtībām un likstām, tā prasa daudzveidīgu, nelineāru uzvedību un sarežģītu resursu sistēmas mobilizāciju, kas

dod kopienai iespēju izturēt grūtības un atjaunoties (Joseph, 2013, kā minēts Stacey et al., 2020).

Modeļa ietvaros tiek piedāvātas apzinātības (*mindfulness*) tehnikas, kas palīdzētu pārorientēties un pozitīvi reaģēt sarežģītās situācijās. Izrādās, ka psiholoģiskajā noturībā balstīta klīniskā supervīzija savukārt balstās uz līdzjūtību fokusētas terapijas principiem (*compassion focused therapy*; Stacey et al., 2020). Tās mērķis ir mazināt ar darbu saistītu stresu un palīdzēt cilvēkam pārstrukturēt savu pieredzi, izmantojot strukturētu un pārdomātu diskusiju. Galvenais elements, ko izmanto šī modeļa supervīzijā, ir emocionālās regulēšanas modelis (Gilbert, 2014, kā minēts Stacey et al., 2020). Šis modelis, līdzīgi Bālinta grupai, pievērš uzmanību emocionālajām reakcijām, tomēr atšķiras ar to, ka neliek tik izteiktu uzsvāru uz ārsta un pacienta attiecībām, bet akcentē paša ārsta emocionālo reakciju lomu.

Uz līdzjūtību fokusētās terapijas pamatā ir uzskats, ka cilvēkiem ir attīstījušās trīs emocionālās reaģēšanas sistēmas:

- 1) draudu sistēma (*the threat system*), kas ietver mūsu ar draudiem saistītās (ja mūs kāds / kaut kas apdraud) jeb draudu izraisītās emocijas (dusmas, trauksmi, riebumu, skumjas utt.) un ar to saistītās aizsardzības uzvedības reakcijas (cīnīties, bēgt, sastingt, pakļauties, imobilizēt u. c.); no evolūcijas viedokļa tās ļauj uzreiz atklāt situāciju un reaģēt;
- 2) dziņu sistēma (*the drive system*), kas ietver arī emociju aktivēšanu un pastiprināšanu un to saistību ar atalgojumu (patīkamu satraukumu, prieku, baudu utt.). Šīs sistēmas funkcijas ir saistītas ar izdzīvošanas un vairošanās procesam nepieciešamo resursu identificēšanu, atklāšanu, iegūšanu un izmantošanu;
- 3) piederības / nomierinošā sistēma (*affiliative / soothing system*), kas ir saistīta ar piederības emocijām (apmierinātību, mierinājumu, drošību utt.) un ar sociālās iesaistes sistēmu, kas signalizē un reaģē uz drošības un saistību (*connectedness*) signāliem. Šī sistēma ir paredzēta piederības un piesaistes radīšanai (Porges, 2007, kā minēts Stacey et al., 2020), kā arī lai radītu dabisku regulējošu funkciju abām iepriekšējām sistēmām, un tā ir svarīgs supervīzijas procesa pamats.

Skaidra līdzjūtības un žēlsirdības attīstība un prakse var palīdzēt indivīdiem labāk pārvaldīt savas ciešanas, mazāk reaģēt uz sociāliem draudiem un samazināt paškritikas, trauksmes un depresijas pieredzi (Gilbert, 2005; Neff et al., 2007; Allen & Leary, 2010; Arch et al., 2014, kā minēts Stacey et al., 2020).

Kā psiholoģiskajā noturībā balstītas klīniskās supervīzijas mācību mērķus Notingemas Universitātes profesore Džemma Steisija (Jemma Stacey; Stacey et al., 2020) piedāvā:

- 1) attīstīt apzinātībā balstītu stresa mazināšanas stratēģiju, pozitīvas pārstrukturēšanas un stresa tolerances kompetenci;

- 2) klīnisku izaicinājumu gadījumā izmantot emocionālas regulēšanas sistēmu modeli, lai izpētītu un pārdomātu praksē gūtās emocijas;
- 3) identificēt un īstenot pozitīvu rīcību attiecībā uz pašaprūpi;
- 4) iesaistīties jēgpilnā diskusijā ar saviem līdzcilvēkiem, dodot ieguldījumu kolektīvās psiholoģiskās noturības attīstībā.

Un, kā liecina pētījums, klīniskās supervīzijas atjaunojošā un normatīvā funkcija (Proctor, 1987, kā minēts Stacey *et al.*, 2020) ir šī modeļa dominējošais uztvertais rezultāts (Stacey *et al.*, 2020).

Atjaunojošā supervīzija: A-EQUIP modelis (*restorative supervision: A-EQUIP model*)

A-EQUIP modelī tiek izmantoti Proktora trīs funkciju modeļa elementi, un tie tiek attīstīti tālāk, papildinot ar vēl vienu funkciju – personīgās darbības un kvalitātes uzlabošanu. Supervīzija tiek izmantota, lai attīstītu prasmes aizstāvēt citus neatkarīgi no tā, kas tie būtu – pacienti, māsas vai citi veselības aprūpes speciālisti. *A-EQUIP* ir akronīms no *Advocating for Education and Quality Improvement* (Izglītības un kvalitātes uzlabošanas atbalsts; *NHS England*, 2017).

Šajā modelī:

- 1) tiek integrēts pacienta skatījums kā klīniskās supervīzijas centrālā daļa, nodrošinot pakalpojumu sniegšanu un organizācijai atgriezenisko saiti par pakalpojumu kvalitātes uzlabošanu;
- 2) ir iekļauti Proktora modeļa trīs elementi, saglabājot nepārtrauktu profesionālo attīstību, pašrefleksiju un efektīvu stresa menedžmentu;
- 3) tiek veicināta inovāciju attīstība, lai palielinātu apmierinātību ar darbu;
- 4) supervīzija tiek īstenota kā organizācijas centrālais elements, lai palīdzētu aizsargāt un atbalstīt profesionāļus. Šis supervīzijas modelis tika izstrādāts māsām, vecmātēm, pedagogiem, vadītājiem un citiem veselības aprūpes profesionāļiem.

Džonsa reflektīvais modelis (*Johns' reflective model*)

Džonsa reflektīvais modelis ir strukturētas refleksijas rīks, kas balstās uz Bedfordšīras Universitātes profesora Kristofera Džonsa ieteikumu (Johns, 1995) refleksijas laikā: pirmkārt, “skatīties uz iekšu”, apsverot savas domas un jūtas, un, otrkārt, “skatīties uz āru”, apsverot faktiskos notikumus un situācijas, apdomājot savas darbības attiecīgajā situācijā, vai tās bijušas ētiskas, kā arī apdomājot, kādi ārējie faktori tās ietekmējuši. Džonss piedāvā piecus savstarpēji saistītus posmus, kas ļauj apdomāt un analizēt savu pieredzi, procesu un rezultātu (sk. 1. attēlu).



1. attēls. Kristofera Džonsa piedāvātie supervīzijas posmi (Johns, 2017)

Katram posmam autors piedāvā jautājumus apdomāšanai:

- 1) kādi bija iegūtās pieredzes nozīmīgākie faktori;
- 2) ko cilvēks centās sasniegt, un kāds ir rezultāts un sekas;
- 3) kādi faktori (iekšēji, ārēji, zināšanas utt.) ietekmēja lēmumu pieņemšanu un attiecīgo rīcību;
- 4) kādas citas izvēles bija un kādas sekas radās;
- 5) kas mainīsies šīs pieredzes dēļ, kā cilvēks jūtas ar šo pieredzi, un kā šī pieredze maina attiecīgos izziņas veidus – ētisko, empīrisko, personīgo, estētisko (Johns, 2009; Johns, 2017).

Niklina praksē balstītais modelis (*Nicklin's practice-centred model*)

Šis modelis koncentrējas uz organizācijas lomām un funkcijām (vadības, izglītības, atbalsta), kas ir savstarpēji saistītas tādējādi, ka izmaiņas vienā ietekmē otru. Šis supervīzijas modelis attēlo supervīziju kā ciklisku analīzes, problēmas identificēšanas, mērķu noteikšanas, plānošanas, darbības un novērtēšanas procesu. Šis modelis ir līdzīgs Proktora modelim, bet trīs supervīzijas funkcijas tiek nosauktas citādi: vadības, izglītošanas un atbalsta funkcijas. Vadības funkcija vērš uzmanību uz darba slodzi un laiku, izglītošanas funkcija attīsta reflektīvo mācīšanos, savukārt

atbalsta funkcija palīdz supervizējamam tikt galā ar emocionālajiem pārdzīvoju-
miem (*Plummer & Hassan, 2010*).

Izglītošanas funkcija ir papildināta ar kognitīvās terapijas principiem, kad dalīb-
nieks apgūst jaunus domāšanas un problēmu risināšanas veidus. Autori (*Padесky,*
1996, kā minēts *Plummer & Hassan, 2010*) supervīzijā iesaka izmantot šādus jautā-
jumus: vai ārstam ir zināšanas un prasmes īstenot intervences labāk, efektīvāk? Vai
pacients terapijā progresē, kā varētu to sagaidīt? Vai kaut kas traucē, un kā to var
risināt?

Rodžersa un Toppinga-Morisa uz problēmu vērstais modelis (*Rogers & Topping-Morris problem focused model*)

Šis modelis tika izstrādāts, lai supervizors un supervizējamais var identificēt
klīnisko problēmu un, izmantojot problēmu risināšanas stratēģijas, sasniegt struktu-
rētu un izmērāmu rezultātu.

Literatūrā var atrast vēl dažus modeļus, tomēr tie nav tik populāri, piemēram, uz
risinājumu vērstis modelis (*solution-focused model; Marek et al., 1994; Thomas, 2013*)
un Herona intervences analīzes sistēma (*Heron's intervention analysis framework;*
Sloan & Watson, 2001).

Autori norāda, ka nepastāv viens modelis, kas atbilstu visām klīnicistu grupas
vajadzībām, un jebkurš mēģinājums uzspiest kādu modeli kā svarīgāku ir tuvredzīgs
un nav atbalstāms, tāpēc kā piemēroti un izmantojami var tikt uzlūkoti dažādie pielā-
gotie modeļi dažādām klīnicistu vajadzībām (*Fowler, 1996, kā minēts Ellis, 2014*).
Daudz lielāka loma ir nevis izvēlētajiem modeļiem, kuros ir aprakstītas arī koučinga
un mentoringa supervīzijas ārstiem (*Subramaniam et al., 2015*), bet gan supervizora
attieksmei pret supervizējamo un tādai supervīzijas norisei, kas palīdz attīstīt un
uzlabot spējas, kompetences un talantus, veicina mācīšanos un profesionālu pilnveidi
atbalstošā vidē.

Pretējā gadījumā runa ir par ļaunprātīgu supervīziju (*abusive supervision*):
supervizējamie, balstoties uz sociālo mācīšanos, īpaši, ja spēku pārsvars ir izteikts,
imitē supervīzijas laikā novēroto supervizora negatīvo uzvedību, kas izpaužas kā
iebidēšana (*Schyns & Schilling, 2013, kā minēts Subramaniam et al., 2015*). Tas
ne tikai supervizējamajam liek piedzīvot bezspēcību, nespēju reaģēt uz šādu uzve-
dību konkrētā brīdī, bet arī rada smagas sekas nākotnē darbā ar pacientiem. Šādu
attieksmi un emocijas ir izjutuši daudzi šīs nodaļas autore kolēģi, uzsākot super-
vīzijas pie teorētiski gudras, bet emocionāli vardarbīgas supervizores, un piedzīvo-
tais pat pēc daudziem gadiem parādās kolēģu sarunās. Jauniem speciālistiem, kuri
piedzīvo sāpīgu supervīzijas pieredzi, pastāv lielāka iespēja, ka tas radīs negatīvas
sekas, piemēram, lielāku kļūdu iespējamību (*Yun-xia & Liu, 2010; Paice et al., 2002,*
kā minēts *Subramaniam et al., 2015*).

Bālinta grupas

Sarežģītās situācijās, kurās daļa pacientu tiek uztverti kā kaitinoši, sarežģīti, satraucoši, tādi, kuriem “kaut kas nav kārtībā” utt., ārstiem tiek piedāvāts maz metožu, lai veiksmīgi tās atrisinātu. Šādi pacientu apzīmējumi norāda, ka ārstam ir radušās nevēlamas jūtas un reakcijas pret pacientu, piemēram, aizkaitinājums, nemiers, vilšanās, dusmas, apjukums u. tml. Lielākoties šādi klīniskie incidenti tiek uzskatīti par sarežģītiem un izaicinošiem. Tikt galā ar šādām situācijām palīdz Bālinta grupas.

Bālinta grupas nosaukums ir cēlies no ungāru psihoanalītiķa Maikla Bālinta (*Michael Balint*, 1896–1970) vārda. Strādājot Tavistokas klīnikā Anglijā, Maikls Bālints kopā ar Enidu Floru Eiholcu (*Enid Flora Eichholz*, 1903–1994), kas vēlāk kļuva par viņa trešo sievu, 1950. gadā izveidoja semināru ārstiem. Lekcijas tajā nenotika – ārstu izglītošana balstījās uz gadījuma prezentāciju un diskusijām nelielā (deviņu līdz desmit) cilvēku grupā psihoanalītiķa vadībā, kur dalībnieki dalījās ar vispārējās prakses problēmām, uzsvāru liekot uz ārsta un pacienta saskarsmes un attiecību jautājumiem. Tā vietā, lai veiktu bezjēdzīgas izmeklēšanas, Bālints mācīja ārstiem aktīvi meklēt trauksmes un nelaimes cēloņus un ārstēt nevis ar tabletēm, bet ārstnieciski izglītojot, un šīs izglītošanas mērķis bija insights. Grupas nodarbības notika reizi nedēļā vairāku gadu garumā, ļaujot sekot līdzi pacientiem un viņu progresam un grupas dalībniekiem justies ērti citam ar citu.

Pirmā Bālinta grupas darbības pieredze tika aprakstīta 1957. gadā izdotajā grāmatā “Ārsts, viņa pacients un slimība” (*“The doctor, his patient and the illness”*) (*Salinsky*, 2009). Lielbritānijā 1969. gadā tika izveidota Bālinta biedrība (*The Balint Society*), kas ir atbalstoša un uz sadarbību vērsta medicīnas organizācija, kurā darbojas ārsti un docētāji, kuri uzsver emociju un personīgās izpratnes izmantošanas nozīmi ārsta darbā un ārsta un pacienta attiecību terapeitisko potenciālu. Pašlaik Starptautiskajai Bālinta federācijā ir dalībnieki no 30 valstīm (*International Balint Federation*, 2023), tomēr Latvijas tur diemžēl nav.

Bālints bija psihoanalītiķis, tāpēc, iespējams, viņa vārda pieminēšana liek cilvēkiem satraukties, ka viņi tiks analizēti vai ka viņiem būs nepieciešamas speciālas zināšanas par psihoanalītiskajām idejām vai jēdzieniem. Taču Bālinta grupas koncentrējas uz klīnicistu ikdienas darbu, izmantojot ikdienas valodu, un grupas vadītājs izvairās no personīgas dabas jautājumu apspriešanas. Atšķirība no gadījumu apspriešanas, kas ir ieviesta daudzās klīnikās, ir tā, ka Bālinta grupā uzmanība tiek vērsta uz klīnicista un pacienta attiecībām un emocijām, uz pacienta uzvedības un simptomu nozīmi, nevis uz klīnisko saturu. Klausoties citus kolēģus, īpaši pieredzējušus, jaunie kolēģi ātri atpazīst līdzības ar savu pieredzi, tāpēc labākais veids, kā uzzināt vairāk, ir piedalīties Bālinta grupā.

Bālinta grupas sesija ilgst no 90 minūtēm līdz divām stundām. Sesijas laikā var tikt aplūkoti viens vai divi gadījumi. Dalībnieki sēž aplī. Piesakās dalībnieks, kas grib risināt savu gadījumu ar pacientu. Ja tiek pieteikti vairāki gadījumi, tad grupa nobalso, kuru gadījumu viņi vēlas apspriest. Sākumā dalībnieks izstāsta gadījumu ar pacientu – vai pacients bijis emocionāli satraucošs vai grūti saprotams, vai tas bija “grūtais” pacients utt. Pārējie grupā klausās, nepārtraucot stāstītāju. Kad stāstītājs ir pabeidzis, grupas vadītājs aicina izteikties pārējos – tās var būt emocionālas reakcijas, padomi ārstam, jautājumi, fantāzijas par to, kas varētu notikt. Tā nav stāstītāja pratināšana vai pamācīšana, bet gan aktīva iesaiste apspriedē, turklāt pašu stāstītāju uz šo laiku (20–30 min) “izslēdz” no “prāta vētras” – viņš kļūst par pasīvu vērotāju un klausītāju. Kad grupas apspriede ir beigusies, stāstītājs tiek aicināts pievienoties sarunai un reflektēt, kas viņu uzrunāja, kas šķita nozīmīgs un vērtīgs. Beigās grupas vadītājs aicina runātājus pateikt dažus noslēguma vārdus un arī pats var izdarīt kopsavilkumu par sesijas norisi.

Grupās vadītājs ievēro to, ko sauc par Bālinta programmu (*Balint Agend; Salinsky, 2009*). Tās pirmais mērķis ir padarīt grupu par drošu vietu, kur tiek ievērota konfidencialitāte, kur dalībnieki droši var runāt par savu darbu, savām jūtām un arī kļūdām. Grupās vadītājs atturēs no uzmācīgiem jautājumiem par prezentējošā ārsta personīgo dzīvi un vēsturi. Personiski stāstījumi var tikt pieļauti, ja tie ir brīvpātīgi, jo šī nav terapeitiska grupa, lai gan iedarbība var būt terapeitiska (*Salinsky, 2009*).

Otrs vadītāja mērķis ir saglabāt diskusiju par ārsta un pacienta attiecībām. Viņš var jautāt grupai: kā dzirdētais par pacientu licis ikkatram grupā justies? Dūsmīgi vai skumji? Vai pacients ir patīcis? Vai dalībnieki vēlētos šim pacientam palīdzēt? Vai arī turēties no viņa pa gabalu? Grupu var aicināt apsvērt, kā pacients jūtas un kādu ārstu pacients būtu vēlējis? Grupa, kurai pacients nepatīk vai liek justies slikti, var lietot izvairīšanās stratēģiju un runāt vispārīgi. Tad vadītāja uzdevums ir pārstāvēt pacientu un izteikties, kā pacients varētu šajā gadījumā justies, piemēram: “Ja es būtu šis pacients, es šobrīd justos pamests un vientuļš.” Tādā veidā vadītājs piedāvā turpināt diskusiju par ārsta un pacienta attiecībām un emocionālajiem pārdzīvojumiem. Ja grupai ir divi vadītāji, tad viens no viņiem vada diskusiju, bet otrs vēro dalībniekus – kurš izvairās iesaistīties diskusijā, kurš cenšas neraudāt vai nedusmoties utt.

Ārsti var neapjaust, cik emocionāli smags un sarežģīts ir viņu darbs, un neapziņāties, ka viņu kolēģi saskaras ar līdzīgām problēmām un grūtībām. Bālinta grupas dalībnieki pakāpeniski mācās izmantot savas jūtas un reakcijas uz pacientiem, lai labāk izprastu savus pacientus un efektīvāk veidotu saskarsmi, nevis lai viņu atbildes reakcijas kļūtu par stresa avotu abiem. Klīnicista reakcija uz pacientu bieži sniedz vērtīgas norādes par pacienta psihoemocionālajām grūtībām un personības iezīmēm.

Ieguvumi no dalības Bālinta grupā (*Salinsky, 2009; Benson & Magraith, 2005; Balint Society of Australia & New Zealand, 2023*):

- 1) grupa ir droša vide, kur var runāt par darbu ar pacientiem starppersonu aspektiem;
- 2) darbs grupā palīdz izvairīties no izdegšanas darbā;
- 3) jaunākiem kolēģiem palīdz mācīšanās no pieredzējušākiem kolēģiem;
- 4) grupa māca ārstiem uztvert pacientus kā cilvēkus ar savu dzīvi un pieredzi sociālā kontekstā ārpus klīniskās telpas;
- 5) grupa ļauj dziļāk izprast gan pacienta, gan arī savas jūtas;
- 6) grupa ļauj izprast, ka daži pacienti vai emocijas var rezonēt ar to, kas notiek ārsta iekšējā vai ārējā dzīvē;
- 7) darbs grupā palīdz elastīgāk un līdzjūtīgāk reaģēt uz dažādiem pacientiem.

Pēc darbošanās Bālinta grupā klīnicisti spēj ārstēt plašāku pacientu loku nekā iepriekš, dara to efektīvāk un mazāk stresaini. Pacienti, kuri, iespējams, tikuši uzskatīti par garlaicīgiem un apnicīgiem, kļūst interesanti. Bet tie, kuri iepriekš uztverti kā “grūtie”, kļūst par apsveicamu izaicinājumu. Koncentrēšanās uz katra gadījuma izpratni, nevis drudžainu risinājumu meklēšanu, veicina ārsta personības izaugsmi, jo tiek apzinātas gan savas “aklās zonas”, kuras rada ierastus un nederīgus veidus, kā reaģēt uz noteikta tipa pacientiem vai situācijām, gan arī savas stiprās puses, tāpēc ārsts kļūst brīvāks savā profesionālajā darbībā un var veiksmīgāk reaģēt uz pacienta vajadzībām.

Nevienu no modeļiem nevaru izcelt kā labāku par kādu citu. Jo vairāk zināšanu, prasmju un kompetenču var izmantot un pielāgot konkrētai situācijai, jo veiksmīgāk var strādāt. Savā profesionālajā darbā esmu piedalījies gan individuālās, gan grupas supervīzijās, gan *peer* jeb kolēģu grupās. Un esmu arī vadījusi gan individuālās, gan grupu supervīzijas. Šobrīd piedalos divās kolēģu grupās – runājam gan par pacientu, gan supervīzijas gadījumiem –, un ļoti palīdz kolēģu skatījums no cita pieredzes punkta (pat ja izglītības mums ir līdzīgas – psihodinamiskās psihoterapijas vai supervīzijas izglītība), kolēģu atbalsts, dažādu emociju piedzīvošana, projektīvās identifikācijas atpazīšana, kurā vairāk vai mazāk “iekrītam” visi. Pat nevaru iedomāties, kā būtu strādāt, ja šis viss nebūtu iespējams.

Avoti un literatūra

Balint Society of Australia & New Zealand. (2023). *Why Balint groups for clinicians?*

Benson, J., & Magraith, K. (2005). Compassion fatigue and burnout: The role of Balint groups. *Australian Family Physician, 34*(6), 497–498.

Ellis, J. (2014). An impact analysis of Clinical Supervision in an NHS Ambulance Service (2013).

- Health & Care Professions Council. (2021). *The benefits and outcomes of effective supervision*.
- International Balint Federation. (2023). *Member societies and countries*.
- Johns, C. (1995). Framing learning through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 226–234. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22020226.x>
- Johns, C. (2009). *Guided reflection: Advancing practice*. John Wiley & Sons.
- Johns, C. (2017). *Becoming a reflective practitioner*. John Wiley & Sons.
- Laurer, J. (2007). Moving on from Balint: Embracing clinical supervision. *British Journal of General Practice*, 3, 182–183.
- Marek, L., Sandifer, D. M., Beach, A., Coward, R. L., & Protinsky, H. O. (1994). Supervision without the problem. *Journal of Family Psychotherapy*, 5(2), 57–64.
- NHS Employers. (2022). *Clinical supervision models for registered professionals*.
- NHS England. (2017). A-EQUIP: A model of clinical midwifery supervision.
- Plummer, S., & Hassan, H. (2010). Reflecting on judgement and decisions in clinical supervision. In M. Standing. *Clinical judgement and decision-making in nursing and inter-professional healthcare* (pp. 191–205). McGraw-Hill Education.
- Proctor, B. (2010). Training for the supervision alliance. In J. R. Cutcliffe, K. Hyrkäs, & J. Fowler. *Routledge handbook of clinical supervision* (pp. 23–34). Fundamental International Themes Routledge.
- Salinsky, J. (2009). A very short introduction to Balint groups. *The Balint Society*.
- Sloan, G., & Watson, H. (2001). John Heron's six-category intervention analysis: Towards understanding interpersonal relations and progressing the delivery of clinical supervision for mental health nursing in the United Kingdom. *Leading Global Nursing Research*, 36(2), 206–214. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01961.x>
- Snowdon, D. A., Millard, G., & Taylor, N. F. (2015). Effectiveness of clinical supervision of physiotherapists: a survey. *Australian Health Review*, 39(2) 190–196. <https://doi.org/10.1071/AH14020>
- Snowdon, D. A., Millard, G., & Taylor, N. F. (2016). Effectiveness of clinical supervision of allied health professionals: A survey. *Journal of Allied Health*, 45(2), 113–121.
- Stacey, G., Cook, G., Aubeeluck, A., Stranks, B., Long, L., Krepa, M., & Lucre, K. (2020). The implementation of resilience based clinical supervision to support transition to practice in newly qualified healthcare professionals. *Nurse Education Today*, 94, 104564. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104564>
- Subramaniam, A., Silong, A. D., Uli, J., & Ismail, I. A. (2015). Effects of coaching supervision, mentoring supervision and abusive supervision on talent development among trainee doctors in public hospitals: Moderating role of clinical learning environment. *BMC Medical Education*, 15, 129. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0407-1>
- Thomas, F. N. (2013). *Solution-focused supervision: A resource-oriented approach to developing clinical expertise*. Springer Science & Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6052-7>