

BULLETIN

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

Kerstin Wijkmark in memoriam

Verksamhetsberättelse 2009 och årsmötesprotokoll 17 mars 2010

Inbjudan till 2010 års skrivartävlingar

Kultursjukdomar, konflikter och allmänmedicinen

Missions impossible?

- två föredrag från The International Balint Congress 2009 i Brasov, Rumänien

Från Skrivarpristävlingarna 2008: Tre prisbelönda bidrag

Rapport om läkare och skrivande

Recension av antologi om sektsjuka

Kalendarium:

Nummer 1-2: 2010

Årgång 43

ISSN 1653-3453

INNEHÅLL

Styrelsen	sid 3
Presentation av föreningen	sid 4
Redaktören har ordet.....	sid 5
Kerstin Wijkmark in memoriam	sid 6
Föreningens verksamhetsberättelse	sid 7
Protokoll från föreningens årsmöte den 17 mars 2010	sid 11
Inbjudan till 2010 års skrivartävlingar	sid 12
<i>Kultursjukdomar, konflikter och allmänmedicinen</i> av Marcus Beland	sid 13
Två svenska föredrag till från 16th International Balint Congress 2009 i Brasov Rumänien:	
<i>REFLECTIONS FROM THE BATTLEFIELD - FROM MISSION IMPOSSIBLE TO POSSIBLE</i> <i>An evaluation of Balint Group Work for junior doctors in Obstetrics and Gynaecology at the Karolinska University Hospital</i> av Elsa-Lena Ryding, och Henry Jablonski	sid 16
<i>AN EXCEPTIONAL POSSIBILITY OR A MISSION IMPOSSIBLE</i> <i>Obligatory reflection groups during the first clinical year of a brand-new undergraduate curriculum</i> av Anders och Anita Häggmark	sid 24
Ur de båda Skrivarpristävlingarna 2008:	
<i>Jag väntade dig</i> av Marie-Louise Bergquist	sid 28
<i>Se till mig som liten är</i> av Sofia Trygg Lycke	sid 34
<i>Den randige ängeln</i> av Urban Lööv	sid 37
Rapport: <i>Läkare och skrivande – fortsättning följer....</i> av Lena Svidén	sid 41
Recension av boken: SEKTSJUKA - Bakgrund - uppbrott - behandling	sid 41
Kalendarium	sid 43

Styrelsen för Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi 2010-2011

Ordförande: Henry Jablonski, psykiater, ober. psykoanalytiker, Stockholm

Vice ordförande: Bengt Hamark, gynekolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Kassör: uppgiften delas fn av ordf och v ordf

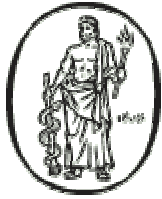
Sekreterare: cirkulerande

Övrig ledamot: Kjell Reichenberg, barnläkare, docent, leg psykoterapeut, Göteborg

Redaktör för detta nummer av Bulletinen: Henry Jablonski

Kontakt med oss i Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

Är du intresserad av att **bli medlem** i föreningen, gå in på hemsidan www.sfmp.se och klicka på **Kontakt**.



Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

The Swedish Association of Medical Psychology

Member of the International Balint Federation

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi har till syfte att främja den vetenskapliga utvecklingen av medicinsk psykologi och psykoterapi samt att verka för de psykologiska, psykosomatiska och holistiska aspekterna inom alla former av hälso- och sjukvård. Föreningen är öppen för alla intresserade. Den utgörs idag främst av läkare med varierande specialisering och till en mindre del av medlemmar med annan grundutbildning: psykologer, kuratorer, psykoterapeuter, sjuksköterskor och sjukgymnaster. Föreningen värnar särskilt om utvecklingen av dessa områden inom grund-, vidare- och fortbildning av läkare.

Studiet av relationen till patienten och förståelsen av patienten, såväl för läkare som för andra yrkesgrupper i vården, i s.k. Balint-grupper har sedan många år sin nationella förankring inom föreningen, som regelbundet arrangerar utbildning för balintgruppledare och konferenser för utveckling av denna arbetsform. Föreningen är medlem av The International Balint Federation som f n är under svenskt ordförandeskap.

Föreningen ingår i Svenska Läkaresällskapets sektion för Medicinsk Psykologi, tillsammans med Psykosomatikföreningen och de två psykoanalytiska yrkesföreningarna. Inom såväl sektionen som föreningen anordnas regelbundet halvdagssymposier, vanligen i Läkaresällskapets lokaler.

Vartannat år anordnar föreningen en skrivartävlan om det kliniska mötet ur etisk, medicinsk-psykologisk, teoretisk och/eller litterär synvinkel.

Som medlem i föreningen får du såväl vår tidskrift *Bulletinen* som sektionens tidskrift *Paraplyt*

Dessa publikationer och allt annat material från föreningen och sektionen skickas till dig via email.

Vill Du veta mera?

Gå in på vår hemsida www.sfmp.se! där aktuell info och tidigare publikationer är utlagda.

Föreningsavgifter och uppdatering av uppgifter

Medlemsavgiften är 200:- (inkl. prenumerationsavgift för *Bulletinen* 150:-) och insätts på föreningens postgirokonto 651450-9. Ange yrke samt ev. specialintresse, t.ex. Balintgrupper, undervisning i medicinsk psykologi, psykosomatik, konsultation etc. Glöm inte att notera din e-mailadress på inbetalningskortet.

Medlemskap för studerande, AT-läkare, PTP-psykologer och motsvarande är gratis. Likaså utgår ingen avgift för medlemmar i föreningen som gått i pension.

Anmäl gärna förändringar via www.sfmp.se/kontakt eller info@sfmp.se

Redaktören har ordet

Vår Balint-kollega och vän Kerstin Wijkmark gick bort den 19 nov 2009. Jag har med ett par av hennes Balintvänner försökt teckna ett levande minne av henne.

Markus Beland, allmänläkare i Jokkmokk skriver om kultursjukdomar i ett mycket tänkvärt inlägg.

Vi publicerar den sista två av de fyra svenska presentationerna och vid den 16:e internationella Balintkongressen som avhölls i Brasov 5-9 sept. (de övriga finns i förra numret) .Det är ingen tillfällighet att båda presentationerna oberoende av varandra i sina rubriker alluderar till Mission Impossible.....

I *detta nummer* finner du 2009 års verksamhetsberättelse och protokollet till föreningens årsmöte 17 mars 2010.

I de två senaste numren publicerade vi vinnande bidragen i Skrivartävlan 2008. Ni finner i detta nummer ytterligare tre prisbelönda bidrag: Samtliga 7 prisvinnande bidrag finns på vår hemsida.

Lena Svidén rapporterar om läkare och skrivande. Hon ingår också i juryn för 2010 års skrivarpris.

En recension av en bok om "Sektsjuka" – ett ämne som varit på föreningens dagordning de senaste 5 åren och diskuterats på bl a Rikssymposier och i hearings på Sveriges Riksdag

Som vanligt välkomnar Bulletinens redaktion pressmeddelanden, artiklar mm om avhandlingar och forskning inom föreningens intresseområde. Du kan också anmäla dig för medlemskap via hemsidan.

Både Bulletinen och sektionens tidskrift Paraplyt läggs ut på föreningens hemsida www.sfmp.se senast någon månad efter utskick. På hemsidan hittar du också tidigare årgångar av dessa skrifter – även från deras "pappersdistributionstid". De innehåller många intressanta artiklar och essäer!

Besök gärna hemsidan! Och kom gärna med kritik, kommentarer och ändringsförslag. Vi uppdaterar den 2-3 ggr per år.

Meddela förändringar av e-postadress så att ni inte missar föreningens information. Gå in på www.sfmp.se/kontakt . Vi lämnar inte ut medlemmars e-postadresser!

Förutom meddelanden i Bulletinen informerar vi fortlöpande om föreningsaktiviteter, sektionsprogram och information om konferenser och möten här och på andra håll i Europa via grupp-e-post.

Med vänlig hälsning
Henry Jablonski

Kerstin Wijkmark in memoriam

Kerstin Wijkmark har som tidigare meddelats avlidit. Hon efterlämnar maken Leo och barnen Hannes, Tove, Dag och Paula.

Vi inom den Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi (SFMP) nåddes av ett sorgebud: Kerstin Wijkmark gick bort 19 november förra året. Kerstin var medlem i vår förening i många år, deltog och bidrog såväl på våra nationella möten som på de internationella Balint-kongresserna. Hon var utbildad sjukgymnast och psykoterapeut, verksam i Linköping. Tonvikten i hennes yrkesutövning kom efterhand att ligga på de psykosomatiska och psykologiska områdena. Kerstin var under många år ledare för s.k. Balint-grupper - falldragningsgrupper för framför allt läkare där fokus ligger på mötet mellan läkaren och patienten, och den betydelse deras relation har för att behandlingen och vården skall fungera på ett effektivt, ändamålsenligt och mänskligt sätt. På senare år har forskningen om Balintgrupper kommit igång och visat vilken positiv betydelse de har för läkarens förmåga att klara den slitsamma kliniska vardagen, de "svåra" patienterna, och den egna personlighetens inverkan på (och påverkan av) utövandet av läkaryrket/läkekonsten. Kerstin hade själv skrivit om detta och hade vid sin bortgång samlat nytt forskningsmaterial. Kerstin var med all säkerhet den mest erfarna Balintgruppleddaren i landet. Hon hade bara ett par månader före sin död med klarsyn och sorg avslutat de fem grupper, som hon då hade igång och som hon tyckte så mycket om att arbeta med. Kerstin förkroppsligade många egenskaper som gjorde henne ovanligt väl lämpad att leda Balint-grupper. Hon var varm, innerlig, prestigelös, humoristisk och kunde lyssna med inlevelse, respekt och omsorg. Hon hade en vaken rörlig intelligens, var mycket kliniskt erfaren och genuint intresserad av människor. Hon hade en naturlig begåvning för psykiska skeenden - både de intrapsykiska och de som ägde rum mellan en grupps medlemmar. Hon växte upp i en liberalt sinnad juristfamilj och bar med sig en väl kalibrerad kompass för rättvisa som gav utslag för vardagligt maktmissbruk och översitteri. Ett annat aspekt av Kerstins intensiva, iakttagande och älskliga närvaro i livet var hennes konstnärliga och poetiska ådra som bl a tog sig uttryck i hennes fotokonst. Den spände över en vid motivkrets: natur, stadsmiljöer, porträtt. Hon var representerad på många fotoutställningar. Under Kerstins sista veckor i livet ordnades genom maken Leos försorg på Skådebanan i Linköping en utställning över hennes vackra och stämningsfulla fotografiska bilder med texter som Kerstin valt, bl a ur en diktsamling från Kerstins mamma Margareta.

Föreningen sände ett bidrag till WWF:s Rädda Östersjön-projekt som låg Kerstin varmt om hjärtat med hennes djupa anknytning till öländska stränder.

Kerstin saknas oss. Hennes bortgång är en stor förlust för Balintgruppverksamheten i Sverige. Hon hade så mycket kvar att ge. Men hennes person och gärning manar oss till fortsatt arbete för en effektiv och patientcentrerad sjukvård med Balintgrupper som viktig stödfunktion. Vi som fick rapporter från Kerstin och hennes nära från hennes sista tid kunde mitt i bedrövelsen glädja oss åt att hon fick behandling, vård och omsorg just på ett sådant sätt som hon själv alltid verkat för.

för vännerna och kollegorna i SFMP

Henry Jablonski

Verksamhetsberättelse 12 mars 2009 - 17 mars 2010

för

Svenska Föreningen för Medicinsk psykologi (SFMP)

Vi nåddes av ett sorgebud :Kerstin Wijkmark gick bort 19 november mindre än ett år efter sin pensionering. Kerstin var medlem i vår Förening i många år. Hon var utbildad sjukgymnast och psykoterapeut, verksam i Linköping. Hon var med all säkerhet den mest erfarne Balintgruppledaren i landet. Hon hade bara ett par månader före sin död med klarsyn och sorg avslutat de fem grupper, som hon då hade igång och som hon tyckte så mycket om att arbeta med. Kerstin förkroppsligade många egenskaper som gjorde henne ovanligt väl lämpad att leda grupper. Hon var varm, innerlig, prestigelös, humoristisk och kunde lyssna med inlevelse och respekt.. Hon hade en vaken rörlig intelligens, var klok, mycket kliniskt erfaren och intresserad och hade en begåvning för processer - både de intrapsykiska och de på gruppnivå. Kerstin hade en konstnärlig och poetisk ådra som bl a tog sig uttryck i hennes fotokonst, som spände över en vid motivkrets: natur, stadsmiljöer, porträtt. Hon var representerad på många fotoutställningar. Under vårvintern ordnades en postum utställning över Kerstins vackra, suggestivt intensiva fotografier på Linköpings stadsbibliotek.

Föreningen sände ett bidrag till WWF:s Rädda Östersjön-projekt som låg Kerstin varmt om hjärtat med hennes djupa anknytning till öländska stränder. Vi sörjer henne och hedrar hennes minne med en tyst minut på årsmötet.

SFMP har under verksamhetsåret, som en av fyra delföreningar i Sektionen för Medicinsk Psykologi, Svenska Läkaresällskapet, fortsatt sitt arbete för att främja utveckling av medicinsk psykologi och befordra intresset för psykologiska aspekter inom hälso- och sjukvård.

Styrelsen för SFMP har under verksamhetsåret haft följande sammansättning:

Ordförande: Henry Jablonski

Vice ordförande: Bengt Hamark

Sekreterare: cirkulerande

Kassör: vakant, föreningens namn tecknas av ordf och v ordf

Övrig ledamot: Kjell Reichenberg

Övrig ledamot: Maud Sjöström

Revisorer: Noomi Elander-Lindberg, Juanita Forssell

Valberedning: Dorte Kjeldmand (sammankallande), Lotti Helström, Tina Nyström Rönnås

Henry Jablonski har varit SFMP:s representant och Lena Svidén adjungerad i IPULS-frågor i sektionsstyrelsen.

SFMP:s förra årsmöte avhölls 12 mars 2009. Vid detta möte hälsades Kjell Reichenberg välkommen i styrelsearbetet.

Föreningens styrelse har under året haft tre protokollförda möten och en omfattande email-kontakt

Föreningen har under året haft c:a 80 medlemmar, varav ca tio är hedersmedlemmar. Medlemmarna utgörs framför allt av läkare, de flesta allmänläkare och psykiatriker men även andra specialiteter och andra yrkesgrupper inom vården finns representerade.

Medlemsavgiften har varit oförändrad 200 kr. Pensionerade medlemmar betalar ingen avgift.

Föreningens ekonomi är relativt stabil pga av de fonderingar som gjorts tidigare år. Verksamheten går dock med ständigt underskott de senaste åren trots minimala administrativa kostnader och ett kraftigt vikande antal betalande medlemmar. Skrivarpriset, resekostnaderna för de styrelsemedlemmar som inte bor i Stockholm, samt de internationella aktiviteterna inom International Balint Federation är de tyngsta utgiftsposterna. Enligt styrelse- och förgårsmötesbeslut delas ansvaret för kassörsfunktionen av ordförande och vice ordförande. Det löpande kassörsarbetet har under året skötts av ordförande.

Föreningens tidskrift *Bulletinen* har utkommit med ett dubbelnummer 2008:2/ 2009:1 . samt ett nummer 2009:2. Henry Jablonski har varit tillfälligt redaktör. Redaktörskapet för sektionens *Paraplyt* är också olöst och beslut har fattats om ett mellanliggande föreningsrotorande redaktörskap.

Föreningens hemsida, www.sfmp.se har reviderats vid några tillfällen under året delvis med hjälp av extern hjälp – Johan Rhedin.

Föreningens skrivartävlingar 2008 med prisutdelning under 2009 väckte stort gensvar. Lena Svidén ansvarade för den framgångsrika marknadsföringen av tävlingen (Läkartidningen, Allmän Medicin, Vårdfacket, AT-stämman mm) och var också sammankallande i juryn. 25 bidrag kom in till den skrivartävling, som är öppen för alla, och fem bidrag till tävlingen för medicine studerande och AT-läkare. I juryn ingick - förutom Lena - också Bengt Hamark och Maud Sjöström. Resultaten offentliggjordes under våren. Ett förstapris, ett andra pris och 4 hedersomnämningar i den öppna tävlingen; ett första pris och ett hedersomnämning i student/AT-tävlingen utdelades. Resultat och texter publicerades i *Bulletinen*, *Paraplyt* och finns utlagda på föreningens hemsida www.sfmp.se. Bidrag har också publicerats i tidskriften *Allmänmedicin*, i SYLFs tidskrift *Moderna Läkare* samt i Vårdförbundets tidskrift *Vårdfacket*.

De många goda bidragen vid senare års skrivartävlingar har inspirerat till ett flertal framträdanden med rubriken "Läkare och skrivande – varför och för vem?". Det första hölls på Läkärstämman redan 2007. En sammanfattning av detta symposium finns i *Bulletinen* 2:2007/1:2008. Lena har därefter tillsammans med allmänläkare Tina Nyström Rönnås och onkolog Nina Cavalli Björkman haft seminarier på AT-stämman 2008 och 2009 med samma rubrik. Vi har fått mycket positiv utvärdering och ska upprepa det hela vid AT-stämman i mars i år.

Vid Svensk förening för Allmänmedicins årliga möte i Uppsala i höstas var Lena ånyo moderator för ett seminarium om skrivande läkare. Vid detta deltog allmänläkarna Torsten Green-Petersen, Erlend Svenson, Inge Carlsson samt Ingierd Hansson. Vi fick åter mycket fin respons och Lena framförde då ett förslag till nästa års programkommitté att man vid de årliga möten kan ha ett slags forum där skrivande (och intresserade icke-skrivande) läkare kan mötas och delge varandra sina erfarenheter och alster.

Två av student-bidragen översattes också med bistånd från Henry Jablonski till engelska för deltagande i den internationella schweiziskbaserade skrivartävlingen för medicine studerande - The Ascona Prize – till minne av Michael Balint. Prisutdelningen skedde i Brasov, Rumänien på den internationella Balintvärldskongressen. 16 bidrag från hela världen hade kommit in. Henry Jablonski ingick i den internationella juryn. Ett av de svenska bidragen kom i främsta förslagsrummet till ett av de tre priserna men ”föll på mållinjen”. Föreningen kunde dock glädja sig åt att en av dess medlemmar, Roland Koch, tyskbördig, blivande allmänläkare på Gotland, var en av de tre pristagarna, vars bidrag presenterades på världskongressen.

På *AT-stämman* under våren hölls på nytt en mycket uppskattad workshop om det personliga skrivandet. Lena Svidén höll i detta.

Inom sektionen har föreningen vidare aktivt deltagit i planeringsarbetet för symposier på Läkarestämman, planering av en psykosomatisk utbildning samt i besvarandet av remisser. Dorte Kjeldmand och Henry Jablonski representerade föreningen och - tillsammans med Ulf Sundequist – sektionen vid en planeringsdag för läkares kontinuerliga professionella fortbildning och utveckling CPD på Svenska Läkaresällskapet den 20 mars 2009.

Balintverksamhet

Det nordiska Balint-samarbetet har fördjupats under året och resulterade i ett Balintsymposium på nordiskt Allmänläkarmöte i maj i Köpenhamn. Helena Nielsen var samordnare och Dorte Kjeldmand bidrog från svensk sida. Juanita Forssell, Dorte Kjeldmand och Henry Jablonski har också fört fortsatta diskussioner med representanter för de danska och finska Balint-föreningarna om nordisk samverkan för fortbildning och kvalitetssäkring av Balint-arbete.

Föreningen representerades av Henry Jablonski vid den konferens och International Balint Federation council meeting, som ägde rum i Chicago i april.

Henry Jablonski omvaldes till President of The International Balint Federation för en andra tvåårig mandatperiod.

Inbjudan och Call-for-papers för Balint-världskongressen 5-9 september 2009 i Brasov (Transsylvanien) Rumänien, se www.balintcongress2009.com, som skickades ut till föreningens medlemmar, ledde till att tre svenska papers – Elsa-Lena Ryding&Henry Jablonski, Dorte Kjeldmand&Karen Glaser (USA) och Kjell Reichenberg - fick plenarstatus. Anita&Anders Häggmarks presentation ingick i en parallell workshop om Balintliknande grupper för studenter. Vår förening har tydligt manifesterat sin insats bland det dryga 20-talet presentationer som accepterades av kongressens internationella vetenskapliga kommitté, för vilken Henry Jablonski utsetts av IBF som koordinator. Dessa papers och ordförandes inledningsanförande presenteras i Föreningens bulletiner 2009:2 och den kommande 2010:1

Henry Jablonski var inledare och moderator för ett av IBF lanserat Balintsymposium på WONCA Europés Baselkongress 16-19 september tillsammans med Dorte Kjeldmand och Marie-Anne Puel (Paris). Symposiet hölls i en överfull sal och var uppskattat av åhörare och kongressledning. Texterna kommer att publiceras av WONCA Europe

På årets Riksstämman fick ett Balintsymposium Rixstämme-status med presentationer av Elsa-Lena Ryding, Henry Jablonski, Dorte Kjeldmand och Kjell Reichenberg. Symposiet avslutades med en demonstrationsgrupp på scenen. Läkarsällskapet hade också på Föreningens förslag inbjudit Andrew Elder, ordförande i det brittiska Balintsällskapet som gästföreläsare. Hans föredrag i anslutning till symposiet hade titeln: ” A GP practice as a 'secure base' - for both patients and professionals!”och var mycket uppskattat av åhörarna.

En Balint-studiedag i anslutning till Riksstämman i Stockholm fick tyvärr ställas in pga för få anmält intresse.

Under kursmomentet Professionell Utveckling (PU) vid Karolinska Institutet i Stockholm fortsätter de balintliknade grupperna på sjätte och sjunde terminen. Flera av gruppledarna har genomgått tidigare års balintledarutbildning och/eller är medlemmar i vår förening. Anita Häggmark är kursansvarig.

Stockholm 2010-02-15

För styrelsen
Henry Jablonski, ordförande

PROTOKOLL ÅRSMÖTE

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

Onsdagen den 17 mars 2010 kl 16.45-17.45 på Svenska Läkaresällskapet, Stockholm

Närvarande:

Lotti Helström, Henry Jablonski, Maud Sjöström och Lena Svidén

1. Val av ordförande, sekreterare

Valdes Lotti Helström till ordf, Henry Jablonski till sekr, och Maud Sjöström och Lena Svidén att justera årsmötesprotokollet

En tyst minut för att hedra Kerstin Wijkmarks minne avhölls.

2. Kallelseförfarande: Noterades att årsmötet var stadgeenligt utlyst

3. Fastställande av dagordning som godkändes.

4. Verksamhetsberättelsen föredrogs av Henry Jablonski och lades till handlingarna.

5. Kassaberättelse och 2010 års budget: Föredrogs av Henry Jablonski
Skriftlig revisionsberättelse av Juanita Forssell upplästes

6. Fråga om ansvarsfrihet:

Föreslogs godkänna den ekonomiska rapporten och att styrelsen beviljades ansvarsfrihet. Mötet beslutade enligt förslaget.

7. Motioner – inga har inkommit till årsmötet.

8. Fastställande av årsavgift: Föreslogs oförändrat till 200:- vilket godkändes.

9. Val av styrelse kommande verksamhetsår

Henry Jablonski, ordf, Bengt Hamark, v ordf, och Kjell Reichenberg (omval). Sekreterarfunktionen är ambulerande och kassörsfunktionen delas av ordf och v ordf. . Uppdrogs åt styrelsens att försöka lösa kassörs- och sekreterarfunktioner och att sträva efter adjungera ytterligare intresserade medlemmar till styrelsen.

Styrelsens firma tecknas av styrelsen gemensamt eller av styrelsens ordförande Henry Jablonski och vice ordförande Bengt Hamark var för sig.

10. Val av valberedning:

Dorte Kjeldmand sammankallande (omval), Lotti Helström (omval) och Maud Sjöström (nyval)

11. Val revisor : Juanita Forssell (omvaldes) och Christer Smeds (nyval) Suppleant: Noomi Elander Lindberg (omval)

12. Val av representanter i styrelsen för Sektionen för medicinsk psykologi

Henry Jablonski och Bengt Hamark

13. Bulletinen, Paraplyt och hemsidan www.sfmp.se publiceras resp. uppdateras.

14. Information om program: Det planeras en Balinträff i samband med Riksstämman I Göteborg 1-3 dec. Föreningen står för ett anmälda Rikssymposieförslag om Läkare och skrivande och har föreslagit gästföreläsare. Konferenser inom ramen för IBF kommer att aviseras. Skrivartävlan för 2010 kommer att utlysas. Lena Svidén kommer att under AT-stämman våren 2010 på nytt leda ett skrivarsymposium.

14. Övriga frågor: Inga övriga frågor.

Henry Jablonski, sekr

Lotti Helström, mötesordf

Justeras:

Maud Sjöström

Lena Svidén

2010 års skrivartävling

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder traditionsenligt vårdpersonal till skrivartävling

Texten ska beröra det medicinsk-psykologiska området. Vi välkomnar alla slags bidrag – personliga rapporter, litterära texter, filosofiska, human- eller samhällsvetenskapliga rapporter eller undersökningar. Det väsentliga är att texten på ett angeläget sätt belyser vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer, etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling i en tid, som ställer krav på såväl omprövning och förändring som på att bevara det goda och konstruktiva i befintliga former.

Bidragen får ej tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock ej får överstiga 8 sidor, (1,5 radavstånd).

Priset för det vinnande bidraget är 6 000 kr. Ytterligare 1-3 bidrag kan få hedersomnämning och pris på 1500 kr. Bidragen i word-format ska vara skivartävling tillhanda senast den 15 december 2010 – skrivartavling@telia.com.

De vinnande bidragen publiceras i föreningens tidskrift Bulletinen.

Ytterligare upplysningar kan ges av Maud Sjöström på samma mailadress.

2010 års skrivartävling

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder traditionsenligt med.stud/med.kand och AT-läkare till skrivartävling

Läkarutbildningen innehåller möten och kliniska situationer som blir betydelsefulla för den blivande läkarens syn på sig själv och sitt yrkesval.

Vi inbjuder till en skrivartävling på detta tema. Bidragen ska utgöras av

- en redogörelse för en egen upplevelse/klinisk erfarenhet under kliniska studier, klinisk tjänstgöring/praktik eller arbete inom vården, eller den dubbla erfarenheten av att vara/ha varit patient och medicinare
- en reflektion över betydelsen av denna erfarenhet såsom du själv har tänkt och känt kring eller bearbetat den på annat sätt: i grupp eller i enskilda samtal.
- vad denna erfarenhet betytt för synen på läkaryrket och ev. för den egna personliga utvecklingen, existentiell syn etc.

Bidragen får ej tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock ej får överstiga 8 sidor, (1,5 radavstånd).

Priset för det vinnande bidraget är 5 000 kr. Ytterligare något bidrag kan få hedersomnämning och pris på 1000 kr. Bidragen i word-format ska vara skivartävling tillhanda senast den 15 december 2010 – skrivartavling@telia.com. *OBS! Märk bidraget "student"!*

De vinnande bidragen publiceras i föreningens tidskrift Bulletinen.

Ytterligare upplysningar kan ges av Maud Sjöström på samma mailadress..

Kultursjukdomar, konflikter och allmänmedicinen

av Marcus Beland, allmänläkare, Jokkmokk

Kultursjukdomar är sjukdomstillstånd eller syndrom som kanaliserar diffus sjukdoms- eller obehagskänsla i en kulturspecifik kontext. Symptomen formas efter tillgängliga och av samhället sanktionerade mönster och förändras i takt med samhällskulturen. En viktig förutsättning är att tillgång till rationell förklaring och behandlingsarsenal saknas samt att sjukdomen institutionaliseras (1).

Under de senaste decennierna har vi i Sverige upplevt en rad tidigare okända diagnoser som amalgamförgiftning, sjuka-hus-syndromet, el-allergi, fibromyalgi, whiplash-syndrom och utbrändhet. De utmärker sig genom en diffus och överlappande sjukdomsbild samt stor offentlig uppmärksamhet. Arbetsförmedlingens utredningsverksamhet för el-allergi ("Elrum") och den offentligt finansierade forskningsverksamhet kring amalgamförgiftning är bara två exempel på hur dessa sjukdomar institutionaliseras. Båda dessa institutioners nedläggning illustrerar vidare hur panoramat av kultursjukdomar förändras med tiden. Diagnosernas kortvariga och ibland epidemiartade förlopp, deras gemensamma "symptompool" samt en osäker behandlingsarsenal tyder på att de utgör landets samtida kultursjukdomar (2,3).

I en kultur som den svenska, där samhörighet och jämlikhet betonas och där öppen aggressivitet undviks, upplevs meningsskiljaktigheter och konflikter ofta som starkt obehagliga (4). Sjukskrivning och sjukdomsdiagnoser har utgjort en del av svensk konflikthantering sedan 70-talet när anställda uppmanades att "sjukskriva sig" för att undvika öppen arbetsmarknadskonflikt (5). Konflikt och aggression är påfallande vanliga företeelser i kultursjukdomssyndromen. Konflikter, exempelvis kring bemötande och sjukskrivning, finns inte bara på läkarmottagningen. Även i den offentliga debatten är konflikt vanligt förekommande, ofta med patientföreningar som aggressiva aktörer. Konflikter är inte heller ovanliga på patientens arbetsplats.

Kränkning eller att "inte bli tagen på allvar" är liksom ett centralt och återkommande tema. Konflikter utspelar sig även här. Patientföreningar, patientnämnder och offentliga medier skapar giltiga normer för vad som kan räknas som "kränkning". Att känna sig kränkt sanktioneras så som ett legitimt inslag i patientens kommunikation med läkaren och kan så användas som ett kraftfullt instrument till att få sina krav tillgodosedda. Läkarens strävan efter konfliktfri konsultation och rädslan för att kränka patienten utgör slutligen ett hinder för omprövning av diagnosen eller ett ifrågasättande av besvärens förmenta orsak. Patientens sekundära sjukdomsvinst, som kan vara långtidssjukskrivning eller samhällets omhändertagande, kan så bevaras.

Aggressionskänsla som inte får uttryck på annat sätt kan – när andra medel till kommunikation med omgivningen inte står till förfogande - konvertera till sjukdomssyndrom som uttrycker sig i kroppslig form. Genom sin diffusa karaktär skapar dessa syndrom ofta en känsla av frustration och otillräcklighet hos läkaren. Denna kan i sin tur leda till konflikt med patienten. En fråga är således om inte läkarens känsla av frustration, konflikterna mellan patient och läkare samt även patientföreningarnas ibland orimliga aggressivitet kan vara överföringar och motöverföringar av just den aggressionen och frustrationen som kan finnas i patientens bakgrund. Detta återkommande konflikt- och aggressionstema i en kultur som annars undviker just konflikt och aggressivitet är iögonfallande. Det kan vara en antydning om

att dessa syndrom i Sverige kan vara konversioner av oförlösta konflikter på det individuella såväl som på det kollektiva planet.

Allmänmedicinens roll i det svenska kultursjukdomsfenomenet är förmodligen betydligt större än vad som tidigare har uppmärksammats. Flertalet patienter med ”kultursjukdomssyndrom” passerar genom allmänläkarens dörr, där de ofta blir remissfall eller sjukskrivningsärenden. Allmänläkaren har således en nyckelroll i syndromets fortsatta utveckling. Att känna igen kroppsliga syndrom som konversioner av psykologiska eller sociala konflikter kräver kompetens och kunskap om de komplicerade samband som finns mellan konflikt, beteende och sjukdom. Dessvärre finns dock varken under allmänläkarnas ST-utbildning eller under den professionella vidareutbildningen explicita krav på att förvärva sådan kompetens (6). I landets biomedicinskt präglade medicinkultur är allmänmedicin förvisso inte ensam om att visa ett begränsat intresse för denna så viktiga aspekt av sjukdom. Med tanke på att psykologisk och social kompetens utgör en av allmänmedicinens grundpelare är detta ointresse dock högst anmärkningsvärt. Psykologisk kompetens, kritisk självreflexion och vaksamhet är förutsättningar för att upprätthålla den professionella handlingsförmågan. Dessa aspekter av den allmänmedicinska professionaliteten har ibland kommit alltför mycket på undantag. Det är inte osannolikt att denna brist har bidragit till att ge kultursjukdomarna det stora utrymme det har intagit i Sverige.

Ytterligare en faktor som sannolikt har bidragit till kultursjukdomsepidemin är att den svenska allmänmedicin i europeisk jämförelse är dåligt utbyggd. Antalet allmänläkare i förhållande till befolkningens mängd liksom antalet allmänläkare i förhållande till slutenvårdsmedicin ligger under det europeiska genomsnittet (7,8). Allmänmedicinens utbyggnad kan rimligen antas ha ett nära samband med primärvårdens kvalitet. Kontinuitet är här en viktig indikator. Kontinuitet i patient-läkarrelationen liksom kännedom om verksamhetsortens lokala förhållanden är allmänmedicinska grundstolpar och förutsättningar för att tidigt fånga upp tecken på en annalkande ”kultursjukdomskarriär”. Dessa tecken kan ur biomedicinskt perspektiv och vid en kortvarig läkarkontakt framstå som betydelselösa. För den allmänläkaren som känner patienten och dess sociala förhållanden kan de emellertid förmedla viktig information. En sådan patientkännedom växer enbart fram genom långvariga kontakter mellan läkare och patient, det vill säga genom kontinuitet. Dessvärre gynnas inte sådan kontinuitet av det rådande primärvårdsparadigmet. Den svenska primärvården har formats med slutenvård som förebild och ”folkhälsoarbete” liksom ”befolkningsansvar” har varit prioriterade mål (9). Vårdkedjor, telefonslussar och vårdcentraler bemannade med vikarier räcker möjligen till att täcka befolkningens behov i just dessa avseenden. En allmänmedicin med kontinuitet och patient-läkarrelationen i fokus kan emellertid inte frodas under dessa förutsättningar. Den kultursjukdoms- och sjukskrivningsepidemi som vi under det senaste decenniet har kunnat beskåda kan således ses som en kostsam konsekvens även av det rådande folkhälsoparadigmet inom primärvården. Det ointresse som landets sjukvårdspolitiska ledning hittills visat för frågan om kontinuitet och individualitet i primärvården, dvs. för allmänmedicin, är i detta sammanhang högst anmärkningsvärt.

Referenser

- 1) Johannisson K. Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter. Stockholm: Norstedts, 1990.
- 2) Beland M. Kultursjukdomar med högt pris. Läkartidningen 2002; 99: 3998-4001
- 3) Göthe CJ. Från skrivkramp till bildskärmsjuka. Folkvett 2000; 2 <http://www.vof.se/folkvett/20002fran-skrivkramp-till-bildskarmssjuka>

- 4) Daun Å. Svensk mentalitet. Stockholm: Rabén Prisma, 1998: 92ff, 211ff
- 5) Zaremba M: Arg, besviken, sjukskriven. Dagens Nyheter 2004-12-05
<http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=1058&a=351354>
- 6) Svensk Förening för Allmänmedicin. Förslag till ny målbeskrivning.
http://www.sfam.se/documents/malbeskr080127_000.pdf
- 7) Boerma, W, Fleming DM. The Role of General Practice I Primary Health Care. WHO Europe. Norwich: The Stationary Office Limited, 1998
- 8) Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Berkshire: Open University Press 2006.
- 9) Sjönell G. Husläkarfallet. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin, 1994

TVÅ SVENSKA BIDRAG TILL THE 16TH INTERNATIONAL BALINT CONGRESS I BRASOV 5-9 SEPT 2009

REFLECTIONS FROM THE BATTLEFIELD - FROM MISSION IMPOSSIBLE TO POSSIBLE

An evaluation of Balint Group Work for junior doctors in Obstetrics and Gynaecology at the Karolinska University Hospital

E L Ryding, Karolinska Institutet, Department of Woman and Child Health & H Jablonski,
psychoanalyst and psychiatrist in private practice, Stockholm, Sweden

*"We are soldiers fighting at the front!" one of the young doctors said about their everyday
working situation. The title of our presentation links to this expression.*

Abstract

*The authors present the problems and challenges about starting up and running a Balint
group at the Dept. of Obstetrics and Gynaecology at Karolinska University Hospital in
Stockholm. The conclusions were made after a discussion between the authors who were the
co-leaders of the group. These were mainly based on the analysis of the answers to a
questionnaire which was filled in after each session during four semesters by both the group
members and the leaders.*

*The authours conclude that starting a Balint group for junior doctors in a surgical speciality
requires a good preparation to reach a stable working group situation. The main topics of
the sessions were*

- *singular dramatic encounters with patients,*
- *to be exposed to impossible demands, and the lack of human support of superiors and
work-mates (midwives).*

The most important processes were

- *the recovery of professional self-esteem and the development of self-knowledge.*

*The contents of the sessions were those of a traditional Balint groups, though a quite some
time was spent on working on organisational problems in connection with the cases
presented. The evaluations by the group members of the sessions were positive especially
from their personal point of view. The leaders generally rated somewhat lower both on
various estimations of contents and on evaluation of sessions, but still decisively on the
positive side. A combined leadership with a psychoanalyst and a specialist in the current
speciality seems to be a good choice for a Balint group of junior doctors in a somatic
hospital.*

Background and start of the Balint group

In the autumn of 2006 Elsa Lena Ryding (ELR) holding the position of senior specialist at a
psychosomatically orientated out-patient clinic within the Department of Obstetrics and
Gynaecology (Ob & Gyn) contacted Henry Jablonski (HJ) on a project for starting Balint
group work at the department. The project was supported by the head of the department and
by some of the older specialists who had had a positive experience of participating in a Balint
group many years ago.

This was the beginning of discussions with the management group of the department that
lasted for three months. Meetings were held with the doctors in charge of the sections of the
department. A general presentation of Balint group work was also given at a morning meeting
attended by some 40-50 doctors. The conclusion of this process was that the working structure
and climate on *all* levels of the Department (including some reluctance among junior doctors)

did not allow for a regular Balint group. Instead it was agreed that a Balint-inspired, time-limited, semi-structured group would be a more adequate answer to the needs of the junior doctors. Thus seven 90 minute seminars over 12 weeks were offered to specialist registrars, substitute doctors and new specialists. They were lead (partly jointly and partly individually) by ELR and HJ.

A dozen doctors applied – with a few exceptions they were specialist registrars. Four of the seminars focused on a specific subject: Abortion, perinatal death, sexuality, and cancer. The last seminars were open as any Balint session. This project was well received. From the autumn of 2007 the Department has offered a regular and continuous Balint group which is jointly led by us. It is open to registrars and to all young substitute doctors who have some experience of Ob & Gyn and who expect to work at the clinic for at least half a year. Those who in the meantime have qualified as specialists have left the group though they are still working at the dept. New doctors are let in thus making for a slow circulation. In the last semester two registrars from the Dept of Paediatrics have joined the group., Over these two years the average number of doctors registered as group members were 9-12. Approximately 20 doctors in all have been taking part in our group work during the three semesters it has been running. The special working conditions at a Dept of Ob & Gyn and its impact on attendance rate in a regular Balint group was described by HJ (Jablonski 2007). In his experience the expected long-term attendance rate frequency is about 50 % to a Balint group for hospital doctors as opposed to GP groups where the corresponding figure is over 80% (Jablonski 2005).

Aims of the evaluation

What were the main topics and processes of the sessions?

How much space was devoted to various types of topics according to the participants and according to the group leaders?

How did the participants evaluate the discussions and the contributions by themselves and others? Ditto for the leaders.

What is special about group work with junior doctors of Ob & Gyn, compared to a traditional Balint group?

Which were the problems in starting and maintaining the group and which were the favourable factors?

Methods

We used reflection first individually and then in discussion between the two leaders from different backgrounds.

We also used a modified questionnaire developed by Dr Dorte Kjeldmand (DK) for her dissertation work for a Ph D “The Doctor, the Group and the Task” (2006) DK’s research results lend a reliability and validity to the items used in the evaluation. With regard to evaluation of contents they correspond to the traditional core items of Balint work: the doctor-patient interaction, the meeting with the patient and the feelings of the doctor elicited by clinical situations

DK used a 7-graded scale. HJ had previously found it sufficient for the purpose of evaluation to reduce it to a five-graded scale defining in words what every level stands for (Jablonski 2005). E L R slightly modified the questionnaire further. It was given to the participants at the end of *every* session. Space was given for free commentaries and criticism. The group members submitted their evaluations anonymously. The leaders marked their forms with an L.

The first part of the questionnaire has 14 items concerning how much of the session that was devoted to 14 various topics defined. The second part was an evaluation of the discussions and of the contribution by self, other members and the leaders. A mean score was calculated for each item during each of the three consecutive semesters, one score for the participants and one for the leaders. The questionnaire is shown in a supplement. The case histories have been altered in order to avoid recognition.

Results and discussion

Topics and process

The junior doctors most often chose to rapport on acute and dramatic single meetings with patients. The need for a too late “debriefing” was great. After a traumatic experience they are often required to just go on with their tasks. Support was offered for the midwives involved by other midwives, but the doctors were often forgotten. For instance a young midwife was taken off duty after her experiencing the delivery of a dead baby for the first time. Nobody asked about the junior doctor, who in fact also had this experience for her first time. The junior doctors needed to talk about their feelings of anxiety, horror, sorrow... They also needed to talk about their disappointment with their superiors and with their work-mates (mainly midwives) who had not taken care of the them after a difficult experience.

Anders remembered one of his first days on the delivery ward as terrible. The consultant and the more experienced registrar were performing a caesarean section when a pregnant woman came in without signs of foetal heartbeats. The young doctor was urgently asked to help several of the ward midwives. He tried in vain to find the heart of the foetus with inadequate equipment. After a while, an older colleague came back from the operation theatre, asked for a better ultrasound machine and found a foetal heart beating slowly. The woman was immediately delivered by emergency caesarean but the infant was dead. After this event the head midwife performed a kind of debriefing and “absolving” session, during which all interest was directed towards the crying midwife who had been in charge of the woman who had lost her baby. The consultant summed up that everybody had done just fine in the circumstances (which was not entirely clearcut and could have been more thoroughly scrutinised) and then he left the ward. Anders was left with his feelings of inadequacy and disappointment with his older colleague, the consultant.

Another frequent type of case was single encounters with patients or next-of-kin who were dissatisfied, demanding and/or aggressive. The registrars needed to hear that they had done all that was possible. The other participants identifying with the presenter (too) readily gave support. But the interventions from the leaders stressed the patient’s situation and personality, and then discussions could be taken further towards an understanding of the situation and also of the individual reaction of the presenting doctor..

Some of the group members proved to have a “natural” talent for Balint group work. They brought vitality, social competence and responsiveness into the group, and they were not prestigious. The others could learn from these more psychologically minded comrades and thus gradually overcome their initial resistance to explore themselves..

This self-reflective process was i.e. expressed when they reported a development in their ability to communicate in difficult situations. “Well, you all know, I am the angry doctor. But this time I was thinking... “

In a few members of the group professional identity and behaviour were strongly linked to personality idiosyncrasies. One doctor was very sceptical during the first sessions. She was very reluctant to think about her own part of a patient-doctor encounter. When the psychoanalyst leader after some time focused on these aspects in her case presentations she became upset and offended. She was calmed down by the senior obstetrician. She came back and developed into a working participant who had a lot to give in the group. She could in hindsight comment on the considerable personal turmoil these discussions had meant to her. She had been furious with the psychoanalyst as a leader and felt that more or less her whole

person was questioned. Yet, she had seen the point, learnt, and realised how a profoundly rooted personality trait in herself affected her relations with her patients and could invade a lot of her off-duty time. Hardly ever did the junior doctors report on an ongoing process with a patient. This is due to their work situation which rarely allows longer contacts.

Content of the sessions

The space taken for 14 various types of topics is shown in Table 1. The meeting with the patient, and demands, limits, control was often discussed according to both the residents and the leaders as well as unpleasant work-related experiences and work-related feelings in the case presenter and the other group members. There was a tendency for the group members to score higher than the leaders on most of these items. We interpret this as an expression of the greater experience of the leaders.

The topics discussed were those that “should” be handled in a traditional Balint group. But, there was less talk about the patient’s history and psychosocial situation. *Organisational problems* were much more often discussed than in groups of out-patient practitioners. We felt that it was important to allow for such discussions under strict confidentiality, since they constituted important and real problems. We tried to inspire the group members to cope with the organisational problems themselves, and – if possible – find ways of constructively discussing these issues with the senior colleagues involved or at the doctors’ staff meetings.

Table 1: Content of the sessions

	SS 07	AS 07 Leader	SS 07	AS 07 Leader	SS 08	SS 09
Meeting patient	3.8	4.3	4.1	4.0	4.3	4.1
Life history of patient	2.4	1.8	3.2	1.7	3.4	1.8
Psychosocial situation	3.1	2.6	3.9	2.4	3.8	2.6
Medical issues	2.9	2.6	2.9	2.8	2.9	2.7
Demands, limits, control	4.0	3.6	4.2	3.0	4.0	3.6
Individual/group process	3.3	2.6	3.8	3.0	3.7	2.7
Psychological theories	3.3	2.3	3.8	1.8	3.4	2.3
Counseling	3.1	2.2	3.8	1.8	3.8	2.5
Organization	3.0	2.5	3.5	3.2	3.1	2.6
Unpleasant work-related experiences	4.8	4.7	4.7	4.9	3.8	3.7
Work-related feelings of case presenter	4.7	4.3	4.4	4.8	4.3	4.1
Work-related feelings of others	4.0	3.4	4.3	3.2	4.1	3.0
Non-work-related feelings of case presenter	2.1	1.7	4.0	1.8	3.2	1.8
Non-work related feelings of others	3.5	1.5	4.0	1.2	3.8	1.5

5=very strong emphasis 4=emphasis above average 3=average 2=less emphasis than average 1=not discussed
SS=spring semester AS=autumn semester

Evaluation of the sessions

The group members reported a high satisfaction with the discussions even more from a *personal* point of view than from a *clinical* point of view (Table 2). This contrasts with evaluations from Balint groups of experienced GPs who find the discussions generally more rewarding from a clinical than from a personal point of view. Possibly the GP’s definition of a “clinical” problem is wider and more holistic, whereas hospital doctors have a more strict medical definition of “clinical”.

The discussion climate was reported as good. Even if we as leaders were less satisfied with some sessions, this was not reflected in the scores made by the participants. There was a strong, and rising, sense of solidarity among the young doctors. Except for one junior doctor

who had been in a group member during her internship, none had previous experience of Balint work. Though the method had been explained during the introduction they were not really in a position to be overly critical of our use of the method.

The contribution of other participants and leaders was estimated as better than one's own contribution. This was also the case with the leaders. The female obstetrician tended to estimate her contribution as less important than that of the male psychoanalyst. We have discussed between us if this is a Swedish or a universal phenomenon. Since most of the specialist registrars and substitute doctors, at the Dept and all but one (sporadic) participant in the Balint group, are female, we have not been able to really reflect on the influence of gender.

There was a tendency of rising scores over time in spite of the group was not the same from one semester to next, and no junior doctor participating more than two whole semesters. The explanation may be that the group grew more and more "popular" and/or that the leaders got more used to the situation and each another. Also, the group during the first semester was more heterogeneous with regard to clinical experience. One young doctor who had just begun the same week at the Dept. was almost silent with big ears and eyes. After the summer holidays her attitude in the group had changed to the extent that HJ literally thought she was another person! But in the following semesters we did not allow doctors with no experience at all in the speciality to join. Nor did any of the specialists take part, and group members who became specialists left.

Table 2. Evaluation of the sessions

	SS 07	SS 07 Leader	AS 07	AS 07 Leader	SS 08	SS 08 Leader
Discussions clinically rewarding?	3.8	3.3	4.1	3.3	4.3	3.2
Discussions personally rewarding?	4.1	3.4	4.0	3.1	4.7	3.7
Discussion climate in the group?	4.4	3.7	4.8	4.3	4.9	4.2
Did we follow the method agreed upon?	4.0	3.9	4.4	3.8	4.1	3.9
Estimation of own contribution to the group work?	3.4	3.2	3.4	3.2	3.9	3.4
Estimation of other group members' contribution?	4.0	4.0	4.4	4.1	4.7	3.8
Estimation of group leaders' contribution?	4.1	3.8	4.4	3.5	4.5	3.5

5=very good 4=good 3=acceptable 2=poor 1=very poor

Comparison with the traditional Balint group

What is special about a Balint group for residents of Ob & Gyn? We work with young colleagues who already have a significant medical knowledge but who do not know much about the significance of themselves to their patients, Nor do they know what the patients might signify to them. In a group of GPs due to the continuity of clinical contacts the psychosocial aspects, the life histories of their patients naturally add to the meaning of the patient-doctor relationship. As discussed by HJ (Jablonski 2007) the hospital environment seems to present particular obstacles. The structural complications are the irregular working hours and the fragmentation of working tasks, as well as a greater hierarchy in a hospital department. The specialist registrars and especially the young substitute doctors without a secure position, are at the bottom of the doctor's hierarchy, and in some respects (non-medical decisions) also subordinate to the head nurses and the midwives. The psychological obstacles are also mainly institutional, such as the institutional ways of coping with anxiety (Menzies Lyth 1988). (for instance by shutting off emotions), institutional dysfunctions, lack of holding structures (i.e. anxious members of staff demanding consultation or intervention "that cannot wait" though it

actually can wait). Individual psychological defences tend to be stronger as severe disease and immanent death is very present constantly in the daily working life in which the doctors are taking decisions that imply crucial and dramatic changes in the lives of their patients.

“We are front soldiers!” one of the registrars said about the everyday situation in an Ob & Gyn department. She herself was used to completely shutting off her feelings at an emergency, to be able to be focused, take quick decisions and do the necessary but painful things to her patients. In such situations, the patient-doctor relationship is actually less important than saving a life. At times, it was difficult and problematic for our young colleagues to feel that they could stay caring and human. Sometimes several times daily they have to change between these emergencies and ordinary consultations, during which a broader understanding of the patient’s problem is needed. The front soldier has to, minutes after the battle, show empathy in a discussion where the patient’s own view of the problem must be noted and respected.

Problems and experiences

Starting the group was facilitated by a thorough preparation in collaboration with the management of the Dept.. The seminars on specific subjects were helpful as an introduction to the Balint method. Thus the feeling of uncertainty and insecurity in the junior doctors about what was going to happen in the sessions - the risk of “cultural shock” - was diminished

In our opinion a non-traditional manner of looking at the framework of the sessions is necessary, with young hospital doctors, especially with those from a surgical speciality. We allowed beepers for those who were working at the delivery ward or the gynaecological emergency ward. We allowed coming late, with an explanation. We allowed leaving early for those who had to be on “afternoon duty” from 16.00. Of course these comings and goings disturbed the sessions, but we were not discouraged, but tried to do the best of the situation. We know that several attempts of Balint work at hospitals have failed because the leaders did not accept a more flexible framework than the traditional one.

We were impressed by those members who demonstrated clinical maturity and amazing psychological minded-ness in spite of their relative inexperience as doctors. As their leaders we could really harvest “low-hanging grapes” by just providing the framework for reflection. We were even more moved by those doctors who worked against their own inner strong defences and resistances, and endured and developed through the emotional turmoil that their group participation brought about - such as mentioned above.

The problem of drop-outs, and how to deal with them, is well-known. We have three examples of drop-outs or threatening ditto.

Anne came to the group with an air of scepticism towards the idea of discussing patient-doctor relationships with a critical mind. She seemed quite content with herself. Then she dominated one session with a case that happened several years ago, an extremely nasty case which had had personal implications for Anne. Something about the patient, it appeared, had reminded her of someone close to her. The case made a profound impression on all of us and the discussions were lively. Anne did not come back to the group. There was always something else to do...

Anita is a young woman with a temperament. She is well liked at the department because of her warm and lively personality, and for her competence. She came to the first sessions like a whirlwind, presenting dramatic cases, but not very willing to reflect. She could not always accept the comments of HJ, and there were some animated discussions about frames and limitations in clinical work. Later, Anita confessed that she had been thinking of not coming back to the group, but after all she had decided to absorb, learn and think about modifying her behaviour in certain aspects. And she really did!

Angela did not seem to grasp the meaning of our discussions. She presented a case with the intent to complain about the investigations made by others. She was not able to look at who was the patient and why did the encounter not go well. After this she was absent for several sessions. She was brought back by an enthusiastic colleague but still did not seem to grasp what the group is about. After an individual meeting with ELR she confessed that she had felt exposed, and found the leaders arrogant and we decided that she was better off without the group. Angela may be an example of a person whose rigid defences do not allow for the personal exposure in a Balint group.

Even though this Balint group is part of the educational offer at the department, it could and should *never* be compulsory. It is not a part of the supervision of the Dept. which is compulsory for the specialist registrar in order to get a specialist certificate. The Balint group does not belong to a formal qualifying system. That would change the relations and the dynamics of the group. To have a group leader from the inside of the department added to the legitimacy of our continued work. It has made the group a part of the inner world of the Dept., and an obvious part of the education provided for registrars. My (ELR) fairly independent position at the Dept. as responsible for psychosomatics, we consider essential for the participants of the group. They do not have to face me as a superior in the everyday work. The support of a colleague from their future speciality makes it easier to absorb or reject the suggestions of the psychoanalyst (HJ). Of course there would not have been a Balint group without the psychoanalyst, who could look at the clinical situations and patients from the outside and with a deeper psychological perspective. But when he was a few times too far out on the psychoanalytical sea for most of us to understand, we hauled him in and tried to express the problem in other words.

To me (ELR) the Balint work has been a possibility to have more regular contact with these young doctors. Before it was more sporadic and the contact with my unit was quite scarce. It gives me an opportunity to influence them towards a holistic view of our speciality, which I feel very strongly about.

In all, I (HJ) think that this co-leadership had a great synergetic effect on the group work. As an outsider I observed how these young doctors started taking ELR “into use”. When discussing a complicated issue, sometimes ELR as a very experienced holistic clinician would make a short comment and this would help the group members to calmly focus on the issue in a way that no psychological “sermon” from me could ever achieve. But I was also pleased to notice that my own medical clinical reflections were recognised as relevant by the group members. Spiritual mentorship is an important part of the group work for doctors in training. Paul Sackin (2005) in his Michael Balint Memorial Lecture elaborated on this theme.

Critique of evaluation methods

We cannot rule out that we might have got a less favourable evaluation if the anonymous questionnaires had been collected and processed by someone other than ourselves. Our view of how well the group worked is, for better or worse, our personal view. We feel, however, that the combination of qualitative and quantitative data, as in the Kjeldman thesis, gives a fairly comprehensive picture of our work.

Conclusions

To start a Balint group for junior doctors in a surgical speciality requires good preparation, but is worth-while. The main topics of the sessions were singular dramatic encounters with patients, to be exposed to impossible demands, and the lack of human support of superiors and work-mates (midwives). The most important processes were the recovery of professional self-esteem and the development of self-knowledge. The content of the sessions were as in traditional Balint groups, though a larger part had to be taken up by organizational problems. The participant’s evaluations of the sessions were positive especially from a personal point of view. The leaders generally rated somewhat lower on both various estimations of content and on evaluation of sessions, but on the positive side. A combined leadership with a psychoanalyst and a specialist in the current speciality seems to be a good choice for a Balint group of residents in a somatic hospital.

References

Jablonski H: A method for assessment and evaluation of Balint work, Proceedings of the 14th International Balint Congress, Stockholm 2005

Jablonski H: Emotions and emotional conflicts in hospital doctors - a report and some reflections on Balint group work in hospitals, Proceedings of the 15th International Balint Congress, Lisbon 2007

Kjeldmand D: The Doctor, The Task and the Group, Thesis for a PhD, Department of Public Health and Caring Sciences, Uppsala University, 2006

Menzies Lyth, Isabel. "The Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety", in Containing Anxiety in Institutions, Free Associations, London, 1988. pp 43-85.

Sackin P: 16th Michael Balint Memorial Lecture, Journal of the Balint Society, Vol 33:2005 Supplement:
Questionnaire for evaluation and assessment of Balint group work (revised 2006)

Content

5=very strong emphasis 4= emph above av 3=average 2=less emph than av 1= not discussed

Meeting with patient

Life history of patient

Psychosoc sit of pat

Medical issues

Demands, boundaries, control

Individual-/group process

Psychological theory

Counselling to presenter

Organisational/political issues

Unpleasant work-related experiences

Work-related feelings of presenter

Dito with other group members

Non-work-related feelings in presenter

Dito in other group members

Other issues - which?

Evaluation

5=very good 4=good 3=acceptable 2=poor 1=very poor

Were discussions generally clinically educational?

Ditto on a personal (non-professional) level?

Discussion climate in the group (safety, openness etc)?

Did we follow the agreed on working method?

The contribution of the others to the group work?

Your own contribution to the group work?

The contribution of the group leader to the work?

Free comments (positive and negative criticism):

AN EXCEPTIONAL POSSIBILITY OR A MISSION IMPOSSIBLE

Obligatory reflection groups during the first clinical year of a brand-new undergraduate curriculum.

Anders Häggmark, GP, Karolinska Institutet, Center for Family and Community Medicine
Anita Häggmark, Psychoanalyst in Private Practice, Stockholm, Sweden

For two years we have both – in different ways – been involved in the education of medical students in Stockholm. We have often discussed the similarities of our experiences in reflection groups (Student-Balintgroups) and primary care training. Among other things our thoughts about the students' capacity for empathy, that we discussed in a paper at the IBF Congress in Lisbon 2007, have been brought up again.

We will start by describing our different starting points:

The undergraduate medical education at the Karolinska Institutet Stockholm has got a new curriculum, which has been introduced gradually since the autumn 2007.

Some of the changes are:

- A reduced core curriculum and instead an increased volume of optional courses
- One term for an obligatory scientific project
- Primary care for 4-7 days each term.
- Professional development running throughout the programme.

The total length of the undergraduate course is unchanged, 11 terms. Therefore much stress is laid upon learning "essential facts" during this reduced core.

The Primary Care training

Anders' role – at the Center for Family and Community Medicine – has been:

- To recruit Health Centres and supervisors for undergraduate placements. From spring 2009 we have about 170 Health Centres in Stockholm joining the programme, giving supervision to 1400 students.
- To be one of the organisers of primary care teaching during clinical medicine, the 6th and 7th terms.

During that year primary care is meant to be an "arena" for the students, where they can meet many patients with varying symptoms. There is a focus upon the whole consultation including planning of investigations and treatment. The students' role progresses from being a listener to that of a team member (own consultations with supervision), and it is planned that the students will do their own consultations sooner rather than later.

Professional development and the reflection groups

In the undergraduate curriculum at the Karolinska Institutet in Stockholm the professional development module consists of 10 weeks scattered over 10 terms.

It is during the year of clinical medicine that the reflection groups take place as a part of professional development. From the beginning the aims of the groups were rather diffusely defined, so there was an opportunity to suggest student- Balintgroups as an option.

Anita's task has been to organise these groups, above all to find interested and capable leaders. One problem was, that there was almost no flexibility with the time-table.

There are four hospitals for the students' training during the year of clinical medicine, four groups at each hospital with separate directors, course administrators and time-tables. The time for the groups was – and still is – limited: four to six sessions of 90 minutes each year, two of the hospitals giving more time than the others.

There are 8-10 students in each group, and the participation is obligatory. This was discussed before starting the groups and the student representatives were the most eager in pleading for obligatory reflection groups. Anita's first thought was that such groups should be voluntary, but now she is not sure. The students join the group sessions with very different degrees of motivation, but there are few that in the end think that such groups are totally useless. There are also students, who have asked for the groups to be continued, thus introducing the possibility of some voluntary groups later.

The groups are called "reflection groups" as the concept of Balintgroups was quite unknown among most of the course leaders at the hospitals.

When we started the first groups, we had no clearly formulated aims, but as we found that there are obvious differences – but also similarities – with the work in an ordinary Balint-group, we made a tentative list of aims:

- Increased knowledge of the student's own reactions and their significance in relation to the patient.
- Increased knowledge of the patient's psychological reactions.
- Getting the courage to examine routines of care.
- Increased knowledge of how to keep one's own mental health and thereby the capacity of empathy.

Some examples of themes for the group work:

- The significance of frames for the consultation.
- The ability to bear not knowing everything.
- The student's own reactions (and defences) when meeting a patient.
- Thinking about ethical dilemmas
- What is "a good doctor"?
- The student's role such as responsibility in the student-patient relationship, the relationship with the supervisor and so on.

When Anita presented the list to one of her groups, their reactions were: "Should we manage to accomplish all these things?" And: "To bear not knowing everything –that's valid for graduate doctors- not for us?" Soon after that comment the group was worried because they had forgotten everything during the summer and it was painful to start the new term!

One of the students said: "It would be enough with one item from the list – THE STUDENT'S ROLE".

That reminds us of what Heather Suckling pointed out in her paper at the International Balint Congress in Lisbon 2007. Several of the themes that she discussed are well recognised in our groups. Heather's groups met during the first clinical year – about the same terms as our groups. But there are differences: the English groups are voluntary and run for one hour a week over 12 weeks. This continuity will obviously help with the formation a good working group. On the other hand our students have expressed how they appreciate that the groups run throughout the year.

Anita's groups take place at one of the hospitals and we are happy at least to have six sessions a year, even though they are on Friday afternoons.

We have to use the time we have got as well as possible hoping that the course directors will give the groups higher priority in the future.

A year when the student's capacity for empathy is in danger?

We will focus upon this first clinical year – the terms of clinical medicine – and discuss how the student might use the reflection groups as well as their training in primary care.

From the, in some ways, rather protected life during the pre-clinical stage it can be something of a shock to enter clinical reality. The illusion of knowing quite a lot is suddenly lost and sometimes it is replaced by a painful feeling of knowing nothing at all. Students often feel that they are hovering between these two extremes.

The student seldom stays for more than one week on a particular ward. As a student in one of the reflection groups said: “ You have just learned to find where the ward toilet is, when it is time to leave”. A common theme in the reflection groups is how confusing it can be to meet the different cultures of so many wards.

One reason for this schedule is that the wards are much more specialised today than they used to be, so it is a way of meeting patients with different diseases.

In a way it seems like a good idea, but it might not enhance the student-patient relationship and the development of empathic capacity.

Primary care gives the students the possibility of seeing many patients and that is something they are eager to do. They are attached to the same health centre during the two terms, which gives a continuity. Nevertheless there have been unexpected difficulties. One criticism from the students has been that there is too much focus on history-taking . They think that this is too similar to the pre-clinical stage “ And we do know how to take a history !”It is as though history taking could always be accomplished in the same way-“one should just follow the model for questioning as learned in the hospital!” The student might vacillate between: “I know this already, just taking a history is boring” and “What's the use of meeting a patient , when you don't know his diagnosis?- I have no idea how to handle it.”

Patients in primary care often have no clear diagnosis and present with diffuse symptoms. They might not fit well with the model for focused history taking. There is a need for attentive and empathic listening. This seems to be natural and even thrilling for some students but confusing and irritating for others.

One conclusion is that in this first clinical year the students feel that it is so urgent to learn medical facts – and there seems to be such a short time for it – that all the time must be useful in a strict medical way. It might seem disturbing – and threatening - to focus on the doctor/student –patient relationship at the same time, allowing free space of thoughts and feelings, where empathy can grow

The reflection group gives the students an opportunity to talk about their own experiences of meeting patients, even when they feel confused and worried. For many of them this will be a relief but for some students it might rather threaten their self-esteem.

In the groups they are sometimes preoccupied with discussing organisational problems – important of course, but the patients could be forgotten. As a leader you have to be open-minded and listen out both for the problems of being a student in the organisation and for the sometimes hidden reactions connected with the student-patient relationship.

Hunting good role models

The students are really hunting good role models and in the reflection groups they often express their disappointment with bad ones. Unfortunately there are bad models - as for instance the student, who got advice on how to do quick consultations –“Don't look at the patient!”

What about a good role model for a doctor? A doctor with no deficiencies in medical knowledge? A doctor whose patients never get disappointed ? No, that doctor is a fiction , but it must be possible for the student to discuss, for example why the doctor at the health centre does not order investigations in the way the student just has learned at the hospital. The students very much appreciate those doctors, who are willing to discuss such things without fear of losing their prestige, the doctors who show the students as well as the patients respect and empathy.

In the reflection groups bad models usually involve relationships: supervisor-student and supervisor-patient and especially when the three meet together. There is often no possibility to talk about the feelings in such a situation when it happens – they are usually expressed in later written evaluations.

These situations are challenges to the student's role: on one hand to be the good pupil accepting everything from the supervisor and on the other hand – if criticizing - to feel the danger of appearing as superior, risking offending the supervisor.

One example from a reflection group: The supervisor has difficulties with the Swedish language, the patient is a depressed woman with diffuse pains and a complicated social situation. The student discovers several misunderstandings between the doctor and the patient, feels very uneasy but remains silent. The other group members understand the dilemma very well, they give other similar examples and we discuss the conflict – to be empathic with the patient or try to save the supervisor's self-esteem without knowing if he/ she really is so vulnerable.

Not easy to be a student

Is the first clinical year a period of increased vulnerability? We think this question is connected with our earlier one: is this a year when the student's capacity for empathy is in danger? Our hypothesis in our 2007 paper was that empathy might seem to disappear, but in fact gets concealed because of the student's defences that intensify in vulnerable situations.

We think that our actual experiences seem to be in agreement with that hypothesis.

Clinging to medical facts, denying all other aspects, can happen for some students. For them obligatory reflection groups might be a good idea.

This year is really in many ways challenging for the students, and we think it is very important to have the reflection groups to give space for all the different aspects of being a student, meeting patients in a complicated training situation.

References:

Häggmark A. and Häggmark A: “A limited but considerable change of the doctor's personality” – an outcome to long for or to fear?

Proceedings of the 15th International Balint Congress, Lisbon 2007

Suckling H. What effect does a Balint group have on medical students?

Proceedings of the 14th International Balint Congress, Stockholm 2005

Suckling H. The student's role ; a common concern brought to the Balint groups.
Proceedings of the 15th International Balint congress, Lisbon 2007

UR SVENSKA FÖRENINGEN för MEDICINSK PSYKOLOGIS SKRIVARTÄVLING 2008 TRE HEDERSOMNÄMNINGEN

Ni finner i detta nummer tre ytterligare prisbelönda bidrag:

Samliga sju prisbelönda bidrag finns tillgängliga på föreningens hemsida www.sfmp.se. När du klickar på bidragens titel så kommer texterna upp!

Jag väntade dig av Marie-Louise Bergquist

Presentation av författaren: "Jag är barnsjuksköterska och har i princip under min yrkeskarriär arbetat med det som min berättelse skildrar - barnintensivvård och neonatal intensivvård.

Fast vi behövde ju inte det, vi kom aldrig så långt. Det blev alltså en totalt omvänd situation med sorglig utgång för vår del - en process som jag följt andra i vid så många tillfällen. Nu fick andra följa mig."

Har du barn? Markera något av följande alternativ:

- 1.Ja
- 2.Nej
- 3.Vet inte

Kvinnan håller ett nyfött barn i sin famn. Den lille vilar hjärta mot hjärta med huvudet tungt i kvinnans ena hand. Den andra handen håller hon under stjärten. Hon mumlar små ord med läpparna tätt intill den fjuniga kalotten. Fontanellen pulserar av liv.

Modern och barnet.

Var aldrig vi.

Vi var aldrig de två.

Hon var inte jag, jag blev inte hon. Mitt barn omslöt aldrig av mina beskyddande armar.

Mina läppar viskade aldrig små ord i fjunet.

Det fanns inget fjun och mina läppar skrek. Bara tomrummet fanns kvar att hålla om.

Fostret. Barnet. Han. Min son. Vincent. Dog oförklarligt i 17:e graviditetsveckan.

Jag kämpar ännu med förlusten. Försöker bli människa igen. Det går sådär.

Mina händer. Minns ännu tyngden av honom.

Mina ögon. Såg och minns honom också.

Modern och barnet.

Jag hade hållit tillbaka min längtan och glädje så länge. Till slut gick det inte längre. Att hejda. Jag såg mitt barn på ett ultraljud. Jag var tvungen att våga tro på att jag skulle bli mor till ett barn. Köpte en bärsjal.

En tidig morgon 5 dagar senare vaknar jag med svåra magsmärter och förstår att det är illa. Ambulanspersonal står i hallen. Jag förstår att det är illa när vattnet går. Hoppet kämpar för livet och vi hoppas tillsammans på vägen till sjukhuset.

Barnmorskan säger att det hade varit bättre om det varit blod som rann. Jag förstod.

När doktorn säger ”tyvärr” förstod jag ingenting.

”Men den levde ju för 5 dagar sedan.” Säger jag. Protesterande. Som om han har fel.

”Varför?” viskar jag med skötet ännu blottat.

Ett par samtal ringer jag. Får en kopp te. Ser att barnmorskan hört min gråt. Gråter inte igen förrän dagen efter.

Överlämnas till vårdavdelning med en tröstekram och nästa barnmorska tar över.

En ny doktor bekräftar det jag vet men inte förstår och jag ska tydligen föda barn under dagen. Ringer Någon som kommer.

Ett barn föds i en plåtpotta på toaletten på ett stort sjukhus. Ser inget. Känner framförallt inget. Jag har gjort det jag förväntades göra. Jag har fött.

Alla är snälla. Jag är trevlig. Sparar till morgondagen det jag vet att jag har kvar. Kanske glömmer de bort.

På natten öppnar jag fönstret för att se hur långt det är till marken från 6:e våningen.

Dagen börjar med frukost och piller som ska stoppa bröstmjölksproduktion, gynundersökning, provtagning. Försöker få mitt tomma huvud att fungera så att jag kan ställa de frågor jag borde ställa. Mina varför får inga svar.

”Klandra inte dig själv.” Säger doktorn. Säger barnmorskan. Men vem då?

Det knackar på dörren och de kommer tågande. Får en högtidlig känsla. De skrider liksom in. Barnmorskan först med ett litet vitt paket i de framsträckta händerna, doktorn strax efter.

Okej, det är så här det går till. Jag har läget fullständigt under kontroll. Betraktar.

”Får jag känna om det väger något.” Säger jag.

”Visst, det är ditt.” Säger barnmorskan.

Hon lägger det lätta lilla lakanspaketet i mina händer.

Det finns. Det har hänt. Och jag är inblandad i det.

”Ser det ut som en baby?” Frågar jag.

Någon har lagt barnet så fint. Lite på sidan med händerna under kinden så som bara ett litet barn kan ligga. Benen lätt uppdragna.

”Vad fint det ligger.” Säger jag. ”Det ser inget vidare ut.” Säger jag också.

”Nja, jag tycker nog att han ser ut som att han har haft det ganska bra inne i dig.” Säger doktorn.

Får en plasthandske så att jag kan känna och ta. När jag ser att det är en liten pojke går jag sönder.

Har inte registrerat att de sagt ”han” hela tiden.

Doktorn håller om mina axlar, barnmorskan klappar mig på huvudet. Mellan oss ligger min son. Min kylskåpskalla, döda lilla unge.

De frågar om han heter något.

”Vincent betyder seger.” Gråter jag.

De frågar om jag vill vara ensam med honom.

”Gå inte!” Skriker jag. Kanske. Skulle jag bli galen om jag lämnades ensam.

Jag har honom länge hos mig därefter. Första gången barnmorskan kommer in skriker jag att jag inte vet hur jag ska orka leva.

Andra gången att jag inte vet hur jag ska kunna sluta gråta.

Tredje gången att jag inte vet hur jag ska kunna lämna honom.

Vad har han här att göra. Vill stoppa tillbaka honom in i värmen, tryggheten och välviljan.

Jag förstår inte. Är det jag som sitter på ett sjukhus med ett dött barn i knäet?

Han flyttar från sängen upp till mitt knä. Jag ser och ser honom igen. Alla fina detaljer och strukturer. Allt det som kännetecknar en människa finns. Han har allt utom livet.

De små fingrarna, tårna, den fina munnen, revbensbågarna. Varför,ungen min? Varför min unge?

Vänder och vrider på honom. Tankarna snurrar. Har jag gjort något fel? Borde jag ha förstått att det inte var brysselkålen jag åt till middag? Om jag bara kommit tidigare, då kanske?

Han är vacker, underbar och han är min. Det här är vad jag åstadkom.

Jag visar barnmorskan en av Vincents knäskålar som är hjärtformad. "En hälsning till dig."
Säger hon.

Det skulle varit vi, länge. Jag ville sjunga vaggvisor, läsa godnattsagor. Hålla om dig, trösta dig. Älska dig, vara din mamma.

Hemma gråter jag mest. Tårarna droppar ner i maten som jag inte vill ha, inte äter, inte lagar. För inte så många dagar sedan hade jag berättat om barnet jag väntade, nu skulle jag ringa runt och ta tillbaka honom. Varje gång jag berättade om honom och vad jag hade varit med om så gräts det.

Allt. Har tappat sin mening. All förväntan. Borta.

När jag går ut ser jag gravida överallt. De kan men inte jag. Försöker titta bort. En stod och blockerade ingången till en affär jag skulle gå in i.

Svettig, blodfattig, trött och så förtvivlad. Så mycket jag måste göra.

Alltid. Varje dag. Hela tiden. Överallt. Gör det ont.

Den fysiska tomheten i min kropp. Det gör obeskrivligt ont. Sorgen river och sliter. Det finns ingen vila. Ingenstans att fly. Absolut ingen tröst. Sorgen ryms inte i min kropp.

Min barnmorska från mödravården ringer på månadsdagen efter min förlust och undrar hur jag har det. ”Klandra inte dig själv.” Säger hon. Säger de på gynmottagningen. Säger doktorn som var med och visade mig Vincent. Jag ställer samma frågor till alla, får samma svar.

Rasmus från något telebolag ringer också. 2 gånger. Och Arne från något religiöst samfund har fått för sig att ringa och jag orkar inte mer. Stänger av telefonen och går in i Tystnaden tillsammans med svår huvudvärk och vakna nätter.

Där är jag rätt länge.

Jag ser min son varje dag. Han sitter fast med hjärtformade magneter på kylskåpet. 2 ultraljudsbilder, en dödsannons, ett kort från en blomsterbukett.

Jag och Någon sjöng och läste för dig på vår minnesstund på kyrkogården. Jag sjöng en vaggvisa. Strödde rosenknoppar i dammen.

Saknar dig så. Det som skulle bli du, mitt nästanbarn.

Jag var inte beredd på mina starka känslor för dig. Men jag hann tänka och känna mycket under de där veckorna, månaderna som vi faktiskt fick tillsammans. Jag bar på framtiden.

Du gjorde en resa från de skrynkliga lakanen i sjukhussängen in i mitt hjärta.

2 grannar i huset har fått barn. Och på TV gör de reklam för graviditetstest.

Att någon så liten kan lämna ett så stort tomrum efter sig. Sorgen är oändlig. Obeskrivlig. Outhärdlig.

Ibland undrar jag om det har hänt. Var jag ens gravid?

Jag ville. Hålla dig tätt intill, lyssna på dina snusande andetag, lära känna dig. Jag ville. Visa dig världen. Min lille.

Varför? Saknar dig till tårar.

Mina vänner tyckte att dödsannonsen var fin. Och namnet.

Jag hade uppskattat din storlek hyfsat bra. Någon på patologen tyckte att det där halva grammet också var viktigt. Det var det.

Tyvär var det inga fel på dig.

Du skulle ha varit född nu.

Mina bilder av oss två är så levande.

Försökte i drömmen rädda livet på ett mycket för tidigt fött barn. Vi befann oss båda i en kuvös. Barnet blödde kraftigt från hjärtat och jag försökte utan resultat att med kranar och ventiler att stoppa blodflödet. Blodet steg i kuvösen, barnet drunknade och jag hade blod upp till läpparna men jag överlevde.

Naturligtvis var det vi.

Kuvösen är kanske den plats där vi båda fanns, lite avskärmade från omgivningen. Då och nu och framgent. Livet rann ju bokstavligen ur dig och delvis ur mig. Barn och blod.

Jag gjorde nog också allt jag kunde för att du skulle leva och växa i mig.

Det lilla barnet kanske även är jag, inte vuxen nog att hantera det som hänt. Jag har också ”blött kraftigt”, inte trott att jag skulle överleva.

Men det har jag. Med blodsmak i munnen.

Hela jag är sorg. Fyller inte riktigt ut mig själv.

Jag är en som förlorat barn. Jag har ett före och ett efter.

Mitt barn finns i en minneslund på en kyrkogård. Jag har inga barn men jag blev mor.

Jag kysste aldrig min son. Vi såg aldrig varandra i ögonen. Vi låg aldrig hud mot hud. Men jag fick möjlighet. Att knyta an. Kanske. Blir jag mig själv igen. Tack vare det. Någon gång.

Sorg efter ett litet barn mäts inte i centimeter, veckor eller månader. Jag vet nu. Och alla ord är otillräckliga.

Kvinnan gråter efter sitt barn. Längtan sträcker sina armar mot barnet. Det är inte där. Hon försöker skyla hålet i sitt bröst. Förgäves.

Beklagar mig ibland över att jag inte förmår känna glädje. ”Du har ju sorg.” Säger vännerna. ”Har jag?” Säger jag. Förvånad.

Se till mig som liten är **av Sofia Trygg Lycke**

Presentation: Jag är sjuksköterska sedan 1993. I starten av min yrkesbana arbetade jag på olika avdelningar främst på Karolinska Universitets sjukhuset i Huddinge.

Sedan 2002 arbetar jag med barn och ungdomar som lider av kraftig övervikt och går en grundutbildning i dynamisk psykoterapi vid Erica stiftelsen i Stockholm.

Det hördes ett vrål intill henne där hon satt och skrev på sjuksköterskeexpeditionen. Det var ett ilsket högljutt ångestfyllt vrål. Hon reste sig och gick ut i korridoren. Såg sig omkring med händerna i bussarongfickorna, flipprande med korkarna till droppen i högra fickan. Det var lugnt från salarna, förutom vid 2: an 3 som som vanligt låg och ringde hysteriskt på klockan. Hon såg ryggen på sin kollega på väg dit och strax efter slutade den uppmanande signalen låta ut i korridoren. Nej, den upprörda rösten kom från läkarrummet.

Hon gjorde ett snabbt överslag på vem det kunde vara som läkaren tagit in. Det måste vara den unga killen, Christoffer. Han som gjort en leverbiopsi och som nu skulle få sin dom. Småcellig levercancer med en överlevnad på cirka sex månader. Det stack till i henne av medlidande både för patienten och för den snälla, underbara alltid hoppingivande läkaren som var den som var tvungen att berätta.

Sjuksköterskan ställde sig utanför läkarrummet, osäker på vad hon skulle göra. Hon hörde patientens upprörda röst där inne.

"Ni har fel! Jag kan inte vara drabbad! Gud tar hand om mig! Gud skulle aldrig låta detta hända mig, han kommer att hjälpa mig!" Hon kunde inte höra läkarens svar, hörde bara hennes lugna mumlande röst. Innan hon hann bestämma sig för om hon skulle gå in för att hjälpa läkaren slogs dörren upp och patienten rusade ut. Hans ögon var vilda och hans kropp spänd som beredd för att slåss. Han fick syn på henne men stirrade bara med sina vackra aggressiva ögon. Så vände han sig mot läkaren igen och skrek: "Du har fel. Du kommer få ångra det här. Du ska få se."

Därefter sprang han bort genom korridoren, slog upp dörren och försvann ut. Sjukhuspersonal och patienter som kommit skyndande för att se vad som stod på, såg på varandra med varierande ansiktsuttryck.

Hon gick in till läkaren som satt med händerna för ansiktet. Visste inte vad hon skulle säga men la sin hand på hennes axel, kramade litet och försökte förmedla medkänsla för den förtvivlan och den ilska över den svåra uppgiften det innebär att ha ett arbete där man måste förmedla dödsdomar till människor.

Christoffer, patienten var 30 år och djupt religiös. Så var han fostrad och hans tro hade fört honom långt bort från det liv han föddes till. Hyn var chokladbrun och håret stort och svart. Kroppen vältränad av kampsport. Han var styrka, skönhet och livskraft. I hans sinnevärld fanns inte sjukdom med som alternativ.

Sjuksköterskan såg inte till honom på flera månader. Hon frågade läkaren om honom ibland. Fick svaret att han kom på besöken att han fortfarande förnekade sin sjukdom och att han bad. Hans tro var hans allt.

Sedan hände det att han blev bättre och det var ett under. Han bad till Gud och han trodde så starkt och det visade sig vid nästa leverbiopsi att cancern faktiskt hade gått tillbaka en hel del.

Glädjestrålade över beskedet gick han den gången från avdelningen. Han pratade med alla patienter och personal, berättade för alla att han hade besekrat det onda. Han skulle bli frisk. Hans tro hade gjort honom frisk.

Christoffers utstrålning lämnade ingen oberörd. Han var styrka och skörhet i samma person. Kanske hans tro hjälpte honom att få leva några månader längre. Kanske hans vilja och livskraft och hans starka önskan att livet inte fick, inte kunde vara så hemskt som det blev för honom.

Nästa gång sjuksköterskan träffade honom var han redan döende. Han hade kommit in till sjukhuset kräkande blod. Han hade magrat, var gul i huden och hade buken full med vätska.

”Hej, vännen”, sa hon och han vände sina stora mörka ögon mot henne. ”Jag har förlorat” sa han. ”Den har vunnit över mig men jag är inte rädd, Gud tar emot mig, jag är inte rädd.”

Så bad han att få berätta för henne om sitt liv och självklart hade hon inte hon inte tid till det men hans bedjande ångestfyllda ögon gjorde att hon tog besöksstolen och satte sig vid sängkanten för att lyssna.

Hon la sin hand på hans och hon såg hur ung och full av liv hennes egen hand var och hur gul, mager och sjuk hans redan hunnit bli.

”Jag är inte rädd” sa han, ”men jag längtar efter mamma. Jag skulle så gärna vilja se henne en gång till i mitt liv.”

”Var är din mamma”, undrade hon. ”Var finns hon nu?”

Han och hans lillebror bodde i byn, i landet långt från Sverige. Sin pappa hade dom inget minne av. Han flyttade till stan för att jobba och där träffade han en ny kvinna och bildade en ny familj.

Han hade sin mamma, en mamma som gjorde allt för sina två pojkar. Dom var hungriga ibland och dom hade dåligt med pengar men hon sjöng sin mammasång för honom och hans bror. Hon kysste dom ofta och hon skrattade med dom då de lekte så den röda jorden virvlade omkring runt eldhärden utanför deras lilla hus. Och på kvällen då de skulle sova berättade hon sagor. De handlade om hur livet varit förr och hur det skulle bli när de hade det bättre ställt.

De sov tätt ihop på golvet i huset de tre tillsammans.

Hans mamma kunde vara hård också. Han mindes att hon luggade honom om han betedde sig illa mot sin lillebror. Då grälade hon och han blev rädd.

I byn där de bodde hjälpte barnen till på risfälten. De behövdes och han Christoffer var ju ”man i huset” vilket mamma ofta sa till honom. Han tyckte att han tog bra hand om henne och han tog hand om sin bror.

Så kom det en dag några vita till byn. Dom kom med budskap om något bättre och dom byggde en skola där alla barn skulle få gå. Dom kom med det kristna budskapet. Christoffer var fem år då han började skolan och hans lillebror tre. Han älskade skolan. Snabbt lärde han sig läsa och skriva, något som hans mamma inte kunde. Hans kunskapstörst var stor, det såg det barnlösa missionärsparet. Dom såg en fattig mamma med två små barn som med nöd och näppe klarade sig. Barn som var duktiga i skolan och som dessutom snabbt anammade gudstron de själva hade.

När två år hade gått och deras mission var till ända ville de adoptera pojkarna och ta dem med till sitt hemland, Sverige. Där skulle dom få gå ännu mer i skola. Där väntade dem ett helt annat liv än barfota dansen i byn.

Sju och fem år gamla kom dom till Sverige med sin nya mamma och pappa.

”Min svenska mamma var inte som den förra”, sa Christoffer. Hon var noga att man skulle sitta rak i ryggen vid bordet och hålla kniv och gaffel i rätt hand. Hon var noga med att man

kunde alla glosor och skötte sig i skolan och tvättade händerna före maten. Allt var fint, kallt och rent i nya landet. Han tyckte om skolan och han älskade Gud som gav honom tröst. Men på kvällarna när lillebror i smyg ville prata om riktiga mamma och om lägerelden och barnen hemma, då han bad honom sjunga mamma sången för honom då gick han ibland med på det fast tårarna kom. Andra gånger blev han arg och slog sin bror och sa att han aldrig mera fick prata om henne.

”Nu är mina adoptivföräldrar döda,” sa han. ”Dom var gamla när dom tog oss och dom var så glada över oss för aldrig hade dom trott att dom till slut skulle få några barn. Jag saknar så min riktiga mammas ögon. Hennes mat och hennes kyssar. Kanske hennes glädje över oss.” Hon, sjuksköterskan såg på honom, kände hans längtan, hans oro.

En eftermiddag då kaffet just blivit serverat öppnades dörren till sjukrummet och Christoffers bror kom in, han klappade Christoffer kärleksfullt på huvudet. Den sjuke undrade hur det hade gått? Får hon komma? De hade sökt visum för sin mamma och försökte få henne hit till Sverige innan det var förbi. Så de får träffas en enda gång till men det är bråttom och papper och tillstånd tar sån tid. Snälla doktorn har skrivit intyg och ringt det är bara lite tid kvar. Tårar längs brödernas kinder, år av tålmodig längtan, saknad så stor. Strid om tiden mot byråkratin och mot döden.

När hon gick av sitt pass frågade han henne oroligt: ”Du kommer väl i morgon? Du är väl hos mig då?”

”Ja, jag kommer, sju imorgon bitti vet du, då kommer jag och jag ska gå in till dig först.” I henne tankar och känslor om att han inte fick bli övergiven.

På morgonen den sista dagen säger Christoffer: ”Idag kommer det att ske. Idag dör jag. Jag vill att du är med mig, snälla var med mig då jag dör”. Hon känner ömhet och empati. Hon ser i hans ögon att nu är det dags och han är inte rädd. Om hon är med är han lugn. Idag slutar hans längtan och han kommer att få ro.

”Ja, Christoffer jag är med dig hela tiden idag.”

Så vill han bli ren och kräver att få gå och duscha trots att han inte stått på benen på flera dagar. Hon stöttar honom under armen, han är så liten nu hans starka kropp är redan på väg. Fötter och händer stora och ådriga, vit nästipp och gulblek hud. Fast håret är fortfarande ungt och vackert.

Han sitter på duschstolen och hon låter varmt vatten för sista gången strila ner över hans rygg. Hon skrubbar honom mjukt och varsamt som om han blivit ömtålig av allt som gör ont. Han pratar om mamma, hur hon tvättade dom i baljan i huset. Hur hon kokade vatten och skrubbade dom och skrattade åt deras plaskande och slingrande för att försöka undkomma. Hon tvättar hans hår och lyssnar på hans ord. Hon tvättar hans hår som en mamma skulle ha gjort. Kärleksfullt och noga. Han vill vara fin när han ska komma till Gud.

Sängen har hennes kollegor bäddat rent med dubbla lakan i botten. Hans bror har kommit och de pratar plötsligt sitt modersmål. Hon tycker det känns skönt att få en paus. Hon pysslar om i rummet, går till expeditionen. Går till medicinrummet, blandar hans dropp hans smärtstillande pump behöver fyllas på.

När hon kommer tillbaka är han förvirrad, levern klarar inte längre av att rena blodet. Han doftar sjukdom. Brodern ser olycklig ut när Christoffer pratar osammanhängande på modersmålet. Brodern översätter och säger att han säger att han snart är hemma nu. Att han

snart ser mamma. Brodern ropar på svenska: ”Nej du är här du är inte hemma. Du ska äta nu, jag har mat med mig, mammas mat.”

Christoffer vaknar upp men är fortfarande förvirrad. Gifterna snurrar elakt i blodet. Han gråter och säger att han vill till mamma. Han ser inget fast ögonen är öppna men han är hungrig. Hans bror börjar mata honom med mat som han säger att mamma har lagat. Broderns tårar strömmar ner över kinderna och han sjunger sakta mamma sången. När han inte orkar mera tar sjuksköterskan över. Hon matar och småpratar lugnande och Christoffer blir stilla av hennes röst. När hon torkat honom runt munnen, gett honom lite att dricka så somnar han och det blir tyst i rummet.

Han vaknar med ett ryck. Sätter sig upp i sängen med vidöppna inåtvända ögon som inte ser världen. Han letar efter sin brors hand. Säger att han är hemma nu. Ligger sig ner på kudden, ler, sträcker armarna mot taket. Ropar: ”Mamma jag är hemma.” Hans bror snyftar tyst: ”Nej, nej.”

Hon lägger sin hand på broderns rygg, känner hur den skakar. Hon smeker Christoffers panna, han ler lyckligt. För sitt inre ser hon två små pojkar som leker på en gata med röd jord. Dom är smutsiga i ansiktet, deras stora bruna ögon glittrar av livsglädje. Hon hör deras mamma ropa och dom rusar i kapplöpning mot henne. Mamman sätter sig ner låter båda komma upp i famnen. Tar så den stora och snurrar honom runt, runt så han blir yr, yr och lycklig. Solen skiner, det är varmt och han är äntligen hemma hos henne igen.

Efter döden var han lätt att göra i ordning. Blommorna och händerna längs täcket. Rullen under hakan. Öppna fönstret, låta själen flyga.

Hon tyckte att livet var grymt. Hans längtan förfärlig. Det han sökte kunde hon inte ge men hon gav av det hon hade. Sin värme och mjukhet och han tog emot och han var inte rädd.

Copyright: författaren och sfmp 2009

Den randige ängeln

av Urban Lööv

Hur man än längtar sig över bergen, hålls man kvar - som i en mardröm...

Det är Antons tanke, där han ligger i sin vårdsäng och genom fönstret ser ut över det kuperade landskapet.

Detta grepp som håller en kvar i livet... varför? "Livsvilja", säger en del...

Anton skakar sakta sitt huvud. Om jag bara kunde... skulle jag göra mig fri... som en vråk fri... i tysthet glida bort härifrån...

Tre skarpa signaler avbryter Antons tankeflykt; klockan är 16.00 och två aggregat surrar genast igång; vätskor flyter i genomskinliga slangar in i hans vener. Frustrationen spänner käkarna i det magra ansiktet och får Anton att uttala en tyst bön: *Gud, skär av strömmen till det här satans stället; stäng av all den här vansinniga apparaturen – kan ingen lyssna! Släpp mig fri!*

Men aggregaten tickar till och surrar på - med kylig takt och digital precision... Och - sanningen att säga: ett simpelt strömavbrott skulle inte störa aggregatenas drift; säkerheten i systemet är omfattande - genomtänkt och högdatoriserat.

"Driftsäkerhet och optimala behandlingsresultat till rimligt pris!" Det var ju ett av de argument som vårdkoncernen MEDICARE INTERNATIONAL framgångsrikt hade använt sig av, när driften av sjukhuset skulle övergå till privata händer. I hård konkurrens hade vårdkoncernen vunnit kampen om entreprenaden och ännu ett MEDICARE CENTER hade skapats. Idag, juni 2013 - två år efter övertagandet betraktades driften av det före detta oansenliga, lokala lasarettet vara *"ett mästerverk i rationell vårdhantering; effektiv och tekniskt fulländad"*, som de uttryckte det; de politiker som länge slagits för Den Nya Vårdideologin.

Anton ligger stilla i sängen och betraktar kameran i taket som osvikligt vrider runt och övervakar patienterna - eller vårdobjekten - som de numera kallas.

Det allseende ögat...

Betraktelsen väcker ett minne hos Anton - från sin ungdoms dagar - då han en tidig höstmorgon gav sig av på en ensam tur i skogen och småningom kom till det där tallbevuxna berget, som han nyfiket tog sig upp på, och från toppen sedan - den hänförande fria sikten åt alla håll och känslan av trygghet; förnimmelsen att vara sedd av något allseende... Under den allseende kameran i taket känner Anton ingen trygghet - han känner sig hotad.

I en helt annan del av huskroppen, i Kontrollrummet, sitter vårdtekniker Helmut Schultz, rastlöst trummade med fingrarna på databordsskivan. Om Helmut kunde sägas; att han var en karaktär med behov av kontroll och i detta sitt arbete fick han sitt lystmäte - "nästan i övermått" - kunde han själv tycka, eftersom han allt som ofta blev sysslolös på grund av den effektiva automatiseringen. Härifrån Kontrollrummet kunde han övervaka all de drygt 350 vårdobjekten; visuellt via monitorer och via de laboratorievärden som kontinuerligt matades in i "Professorn".

Förstrött följer Helmut en videokameras svep på monitorn. Kameran riktas mot säng efter säng, stannar upp några sekunder, zoomar in, zoomar ut och vrider sig vidare till nästa. På sänggavlarna sitter nummerskyltar - objektidentiteten. På monitorn ser vårdtekniker Schultz vårdobjekt C-86:307 zoomas in. *Den gubben var ordentligt uppkopplad!* ler Helmut för sig själv. Han konstaterar att C-86:307 har slangar till och från blodkärnen, urinkateter och kontakter med sladdar fästade på bröstet, alltsammans kopplat till Doktor Smart; ett kombinerat analys- och behandlingsaggregat som via internätet kommunicerar med Professorn. Med förinställd regelbundenhet skickar aggregatet provsvar till huvuddatorn, som kalkylerar och ordinerar läkemedel tillbaka till aggregatet, som i sin tur injicerar det ordinerade. *Ha! Läkare, labbpersonal och sjuksköterska - allt i ett - tala om effektivitet och kontroll!, utbrister vårdtekniker Schultz nöjt.*

Anton ser kameraögat glo fram och tillbaka. *Undrar om den kan läsa ens tankar också...* Dyster i sinnet vänder han blicken mot det lilla fönstret i rummet; ser att solen står lågt men fortfarande lyser upp de skogsgröna kullarna därute. Det är vackert... ljuset... Plågsamma

minnesbilder tränger sig plötsligt på: Halvvägs över gatan, bilen från ingenstans, allt blir... svart. Sedan: vaknar till och allt är så helt stilla, huvudet som vilar mot asfalten och solen som ... värmer, och den där känslan att liksom vilja uppgå i dess strålar... Åter svart och nytt uppvaknande; vassa lysrör och vassa röster: Förlamad från nacken och ner, lägg honom på C-86.

Anton suckar tungt där han ligger och frågar sig: *Varför fick jag inte tas upp av det där underbara ljuset...och slippa det här...den här sjuka mardrömmen!*

Bredvid Helmut i Kontrollrummet sitter Victor – en ung praktikant från Vårdteknikprogrammet. Helmut gäspar och sträcker på sig.

- Ja du Victor... vad ska vi hitta på åt dig nu då... Jo, vänta ska vi se här... Titta här.. ett vårdobjekt som har 12-36 timmar kvarstående levnad...Ja, det ser man här, säger Helmut och pekar på skärmen. Det är beräknat av Professorn, som vi brukar kalla huvuddatorn, ha ha... Ja du förstår, fortsatte Helmut, med tanke på att objektet ifråga inte har något försäkringsbolag som betalar för antal levnadsdagar, så ska vi inte låta det ligga och ta upp plats i onödan.. Vi ska därför förkorta processen lite grann. Det är ingen konst, vet du, är ju en rent en rutinmässig manöver: bara att knappa in objektet ifråga och avsluta med *delete*.
- Vad händer då, undrar Victor.
-
- Jo du grabben, flinar Helmut, med det lilla tangenttrycket skickas en signal till det aggregat som vårdobjektet är kopplad till, och en dödlig injektionen skjuts in i venen - processen avslutad ! Lätt som en plätt! Ja! Det ska du få göra nu.
-
- Jag? Njæ... jag vet inte...

Helmut's leende stelnar av...

- Ja, hör du, som jag sa är en sån här liten manöver rutin i det här jobbet, så det är inget att tveka för.... Om du vill bli godkänd, vill säga...
- Eehh.. jo det är klart... jag bara tänkte... mm men... eh, var det bara att trycka på den här tangenten då..?, stammar Victor.
- Exakt så bara, bekräftar Helmut torrt.
- Okej...
-

Klick

- Sådär..?

Victor tittar frågande på Helmut.
Helmut ler stort.

- Jajamensan, grabben! Du har precis sparat in onödiga utgifter åt företaget, det var väl inte så svårt va?...ha, ha, ha...

- Nnej då, lätt som en plätt, som du sa, svarar Victor.

Det börjar skymma och bli mörkt på sal C-86; blir svårt att urskilja detaljer, men Anton hör en medpatient några sängar bort som jämrar sig och strax därefter Doktor Smarts surrande... Det har burits in kaffe till sängborden och snart kommer säkert en matare också... Anton lyssnar ofrivilligt till surrandet, som sen blir till två olika... *jag hallucinerar...*, tänker Anton, men blir sen varse källan till det nya surrandet; en geting irrar uppe vid taket och detta gör Anton fascinerad; hur kan något så... okontrollerbart, som en biologisk insekt lyckats ta sig in... hit? Och det är nära att Anton till och med ler, när han kommer att tänka på att han ju faktiskt är dödligt allergisk mot getingar... Anton betraktar getingens cirklade hit och dit, tycks nu börjat söka sig runt mellan sängborden... *på jakt efter sött?*, funderar Anton - och plötsligt slår honom en tanke som pirrande växer sig allt klarare... Han sluter ögonen länge och tar ett beslut som sänder lugn genom hans sargade kropp...

Bredvid kaffekoppen på sängbordet ligger två sockerbitar. Med uppbådande av all sin tynande kraft, böjer Anton nacken mot bordet och kommer på tredje försöket tillräckligt nära för att med tungan slicka fast den ena av sockerbitarna. Med tungan utsträckt mot den gloende kameran, ut emot den sterila och elektronikbelamrade patientcellen, mot hela den kalla och hotfulla omvärlden, vädjar han i tankarna till den surrande insekten: *snälla, vackra, lilla randiga ängel, kom hit, så får du sött...kom!*

Efter en väntan som Anton upplever som en evighet, händer då det som han sänar slutat hoppas på: getingen avbryter sitt vilsna letande, sätter kurs mot Antons säng och landar på den halvt upplösta sockerbiten på den lipandes tunga. Snabbt drar Anton in den randige ängeln i munnen och sväljer. Han känner stinget i halsen och sedan den våldsamma allergiska reaktionen, som likt en eld flammar upp inuti honom och ut i hela kroppen, det går inte att andas, och strax känner Anton den så bultande pulsen avta alltmer för att därefter helt sluta, och han suggs uppåt, som genom en tunnel, ser sin plågade kropp där i sängen medan han själv fortsätter uppåt, mot ett bländande och fridfullt ljus, och han ser plötsligt de gröna kullarna och den glittrande älven långt under sig medan han suggs allt närmare det varma ljuset.

På sal C-86 tjuoter ilska signaler och vårdtekniker Schultz knappar vilt på sitt tangentbord, men det är inte längre något som rör Anton. Anton är fri.

Copyright: författaren och sfmp 2009

Läkare och skrivande – fortsättning följer....

av Lena Svidén

Vinnande bidrag i vår förenings skrivartävling 2008 har - som du säkert noterat - publicerats i såväl de föregående numren av Bulletinen som i Paraplyt.. Bidrag har också publicerats i tidskriften Allmänmedicin, i SYLFs tidskrift Moderna Läkare samt i Vårdförbundets tidskrift Vårdfacket.

De många goda bidragen vid senare års skrivartävlingar har inspirerat till ett flertal framträdanden med rubriken ”Läkare och skrivande – varför och för vem?”. Det första hölls på Läkarstämman redan 2007. En sammanfattning av detta symposium finns i Bulletinen 2:2007/1:2008. Undertecknad har därefter tillsammans med allmänläkare Tina Nyström Rönnås och onkolog Nina Cavalli Björkman haft seminarier på AT-stämman 2008 och 2009 med samma rubrik. Vi har fått mycket positiv utvärdering och ska upprepa det hela vid AT-stämman i mars i år.

Vid Svensk förening för Allmänmedicins årliga möte i Uppsala i höstas var undertecknad ånyo moderator för ett seminarium om skrivande läkare. Vid detta deltog allmänläkarna Torsten Green-Petersen, Erland Svenson, Inge Carlsson samt Ingierd Hansson. Vi fick åter mycket fin respons och jag framförde då ett förslag till nästa års programkommitté att man vid de årliga möten kan ha ett slags forum där skrivande (och intresserade icke-skrivande) läkare kan mötas och delge varandra sina erfarenheter och alster.

I sammanhanget kan också nämnas att SFAM Skåne sedan 5 år under ett veckoslut i maj ordnar skrivarseminarier med Merete Mazzarella för intresserade läkare. Är du intresserad håll utkik efter dessa!

Och glöm inte Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologis nästa – 2010 års - skrivartävling som utlyses i denna Bulletin och också finns på www.sfmp.se

Recension

SEKTSJUKA - Bakgrund - uppbrott - behandling

Boken är den första i sitt slag, som författats och getts ut i Sverige. Det unika ligger i den kunskap som författarna förfogar över i ämnet - teoretiska, praktiserade och självupplevda.

Detta är en efterlängtd bok

- därför att den är heltäckande
- därför att den undvikit så många fällor som en lång rad forskare, politiker och vårdpersonal - inte minst inom psykiatrin - hittills hamnat i
- därför att den kommer att vara grunden för den utbildning, behandling och rehabilitering som så länge saknats

Boken fokuserar på väsentligheter. Här ett fåtal citat:

”Det är få som söker upp den här typen av rörelse, man blir oftast värvad eller född i den.”
(Håkan Järvå, leg psykolog).

”När man utvärderar en grupp så bör det göras utifrån hur kärnmedlemmarna har det. Att de i utkanten inte drabbas betyder ju inte att det är en etisk, transparent grupp utan manipulativa tekniker.” Om Mind control (**Helena Löfgren, beteendevetare**)

”GPA, Group Psychological Abuse Scale, är ett mått på i vilken grad en grupp använder sig av tankereformering” (som är ett korrekt begrepp i stället för alla infekterade benämningar, typ hjärntvätt). Om Psykiska övergrepp (**Löfgren**)

”...det pågår en akademisk strid kring olika begrepp ...och det finns krafter som vill normalisera den socialisering som sker inom olika religiösa sekter och totalitära rörelser. Tyvärr drabbas det ibland tredje person, de som mår dåligt efter ett avhopp, då de ofta blir misstänkliggjorda, inte bara av sina forna vänner utan även av företrädare för vården och den akademiska världen.” (**Järvå**)

”...är det extremt viktigt att personen i initialskedet känner sig trodd av terapeuten. Oavsett vad patienten berättar för fantastisk historia för dig måste du visa honom eller henne att du tror på den.” Hela kapitel 3, som beskriver hur terapeuten bör uppträda för att inte skada i stället för att hjälpa är enastående. (**Järvå**)

Under rubriken Behandling av besvär och symtom relaterade till uppbrott från en sekt gör oss **Leena Maria Johansson, docent, psykiater och forskare vid CeFAM, Karolinska Institutet** uppmärksamma på en lång rad viktiga frågor för att en behandling över huvud taget ska ge något resultat. Hon påpekar att det vanliga anamnesupptagandet inte innehåller frågor av typen: Är du med i eller har du lämnat någon grupp eller församling? Orsakssamband till de psykiska besvären kan därför förbli dolda (vilket givetvis får stor betydelse för ”mörkertalet”)

- Vidare: Risken finns att den hjälpsökandes överklighetsupplevelser och föreställningar om t ex demoner misstolkas som psykotiska och behandlas med antipsykotiska läkemedel. Likaså kan meditationsövningar, chanting och lovsång under lång tid ha lett till alternerande medvetandetillstånd med perioder av eufori och självtranscendens, som byts mot förvirring och dissociation.

- Många sektberoende/avhoppare medicineras därför med antipsykotika eller får ECT på felaktig indikation. Den rätta diagnosen och orsakssambandet är svårt att ställa efteråt, då patienten blivit påverkad av den givna behandlingen. I kapitlet Skuldbeläggning får man i **Helena Fogelbergs, beteendevetare**, redogörelse veta vad hennes patient Anders varit med om, och hur han behandlats av psykiatrin.

Till sist - **Julia Isomettä, socionom och diakon** och **Gudrun Swartling, arbetsterapeut inom psykiatrin**, som under många år genom råd och föredrag gett vårdpersonal värdefulla kunskaper om den här patientgruppen, har gjort en fantastisk insats för att hjälpa avhoppare. De har samlat på sig erfarenheter, både praktiskt/handgripligen och som professionella och är en viktig kunskapskälla som bör tillvaratas vid fortsatt arbete med rehabilitering. I boken delar de med sig en del av sina erfarenheter.

En av de första erfarenheterna de gjorde i sitt outtröttliga arbete var ett genombrott. De upptäckte att människor som kom från vitt skilda destruktiva grupper kunde känna igen sig i varandras erfarenheter. Upptäckten betydde att oavsett vilken ideologi/religion gruppen levde efter var de manipulativa metoderna desamma. Samma slutsats har t ex dragits av **NKVTS**

(Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress) i Oslo i deras Rapport nr 3 och 4/2008 om en omfattande utredning som gjorts på uppdrag av det norska Barne- og likestillingsdepartementet.

Barbro Westerholm har skrivit förordet. Med sin läkarbakgrund har hon förstått problematiken och lagt ner mycket tid och kraft på att försöka hitta fler politiker som har nog civilkurage för att våga engagera sig i frågor, som motarbetas av starka intressen. Hon är en berömvärd kvinna och har aldrig gett upp.

Vi lyckönskar alla människor som vill och vågar lämna sin grupp och hoppas på en ljusare framtid för dem efter att så många som möjligt i ansvarig ställning läst och lärt av **denna nästan heltäckande beskrivning av hur man kan spänna upp ett "brandsegel" för dem som hoppar.**

KALENDARIUM

1. Psykosomatisk Balintkonferens i Görlitz 27-30 maj 2010

(östra Tyskland vid floden Neisse) i samband med IBF council meeting (konferensspråk engelska) Se www.balintinternational.com

2. Week-end Balint Conference of the British Balint Society in Oxford 1-3 okt 2010,

se länk till www.balint.co.uk

Förfrågningar: David.Watt David.Watt@gp-f84093.nhs.uk

3. Wonca Europe, Malaga 6-9 oktober 2010

“Family Medicine into the Future - Blending Health and Cultures”
www.woncaeuropa2010.org/ 2 Balint workshops har anmälts av IBF

4. US Balint Leadership Training Intensive

Thursday October 21 – Sunday October 24, 2010
The Engleside Inn, Beach Haven
Long Beach Island, NJ www.americanbalintsociety.org

5. Riksstämman i Göteborg 1-3 dec 2010 se www.sls.se,

Föreningens program förmiddagen den 3 dec:

Sektionssymposium: *Klinisk vardag och läkares skrivande – om vad, varför och för vem?*

Åke Lasson, överläkare kirurgi, Malmö, SUS, Oskar Lundgren, AT-läk och doktorand i samhällsmedicin, Linköping, Elsa-Lena Ryding, överläkare G&O, Karolinska, Solna
Moderator: Henry Jablonski

Gästföreläsning John Salinsky, London Franz Kafka´s A Country Doctor”

6. 17th International Balint Congress

kommer att hållas i Philadelphia USA i september 2011, ytterligare info kommer

www.balintinternational.com och www.americanbalintsociety.org

)