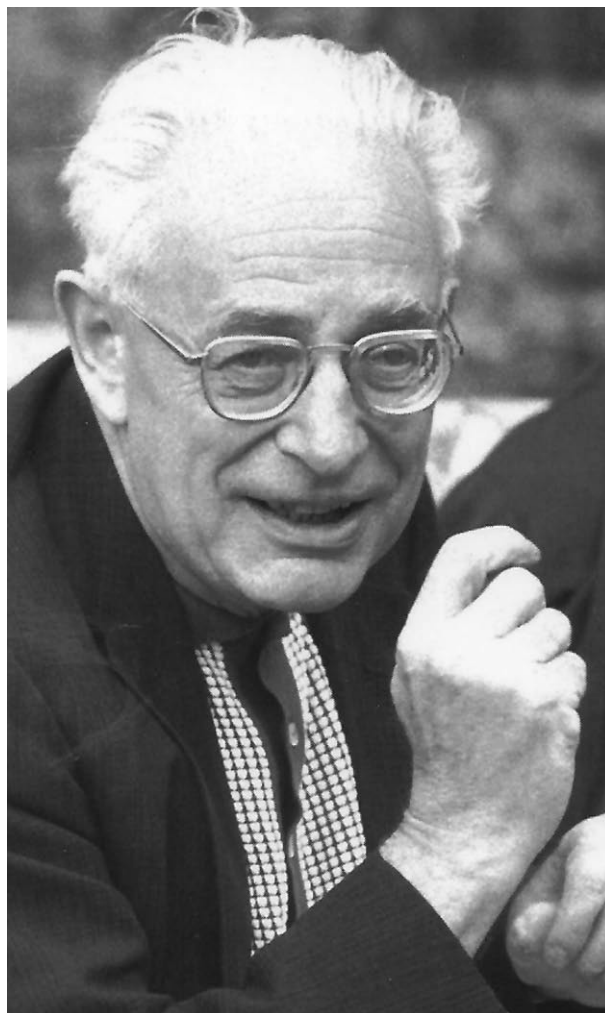


Michael Balint, (1896-1970) ungersk-bördig läkare och psykoanalytiker, utbildad i Budapest och Berlin, startade de första falldragnings-seminarierna för allmänläkare 1949 i London.



Läkaren, patienten, sjukdomen – och allt runt omkring

Hur falldragningsgrupper ad modum Balint kan bidra till att stärka läkarens roll och effektivitet

Alltför ofta upplever sig den somatiska läkaren stå ensam med sina tvivel och frågor. I en falldragningsgrupp utifrån läkaren och psykoanalytikern Michael Balints modell får läkaren stöd i sin yrkesroll. Här skriver psykiatern och psykoanalytikern Henry Jablonski om vad Balintgrupper kan tillföra en läkares vardag.

Under mina 20 år som Balintgruppledare i ett 15-tal grupper med totalt cirka 140 kolleger kan jag inte påminna mig om att ha träffat någon kollega som rent allmänt inte tycker om att vara läkare. Tillfredsställelsen med yrket [14] är underförstådd i grupparbetet som dock i huvudsak ägnas yrkets problematiska och mörkare sidor. De flesta av oss har väl märkt, att bara man kan formulera problemen och ställa de rätta frågorna till en djupt lyssnande omgivning, så ger sig svaren ofta av sig själva. Så sker ofta i Balintgruppverksamhet (BGV).

Genom fallpresentationerna och diskussionerna kan läkaren bli mer

medveten om sådana tankar och känslor i den kliniska situationen, vilka han/hon annars har en tendens att glida förbi, men vilka ändå påverkar läkarens handläggning och kliniska funktionsnivå. Om man förnekar eller bortser från sådana intryck i det kliniska mötet i stället för att integrera dem, ombildas de lätt till mer eller mindre förtäckta motreaktioner [1, 2, 13, 18]. Exempel på sådana kan vara:

- brister i kommunikationen med och uppföljningen av patienten
- eftergivenhet mot patientens och omgivningens orealistiska krav
- ett distanserat/objektifierande förhållningssätt till patienten alternativt

bristande distans

- tveksamma/onödiga och stundom plågsamma utredningar och omotiverat "radikala" behandlingar

Genom en respektfull och kollegial diskussion kan läkarens professionella manöverutrymme vidgas. Grupparbetet är både divergerande och fokuserat: Det är divergerande i det att den till skillnad från sedvanliga falldragningar försöker belysa läkar-patientrelationen och inte bara patientens problematik. Och till skillnad från psykoterapi berörs inte bara läkarens problematik utan också patientens. Arbetet är fokuserat för att man strävar att begränsa arbetet till just läkar-patientrelationen och inte i onödan fördjupar sig i angränsande områden, exempelvis läkarens privata problem, problem med chefer, mottagningspersonal, vårdgrannar etc. Det väsentligaste målet med BGV är att minska

“Balintgruppverksamhet är ett forum för att bearbeta yrkesrelaterade känslor som läkaren själv kan tycka hindrar och stör patientarbetet. Han/hon känner inte riktigt igen sitt normala professionella jag.”

oklarheten i behandlingsrummet och att få läkaren att arbeta på ett bra sätt med sina patienter.

“Vad talar ni om egentligen?”

Vad är det då för problem som man brukar diskutera i en Balintgrupp? Det kan variera om man arbetar inom öppenvård [12] eller på sjukhus. Men det finns också många gemensamma nämnare. Jag ska schematiskt nämna några områden, vilka också delvis överlappar varandra:

- ouppklarade möten med patienter som fortsatt att plåga läkaren psykiskt i årtal.
- rädsla för anmälan – realiteter och fantasier. Rädslan för att göra fel.
- möten med patienter som läkaren uppfattat som adekvata, men som i efterhand lett till klagomål till klinikledning/anmälan till HSN/patientnämnden.
- möten som läkaren uppfattat som katastrofala vare sig de lett till anmälan eller ej.
- möten där läkaren känt sig utsatt och kränkt av patienter
- att “bli tagen gisslan” av patienten
- olika former av rollförvirring, förförelse och folie-a-deux mellan läkare och patient

BGV är ett forum för att bearbeta yrkesrelaterade känslor som läkaren själv kan tycka hindrar och stör patientarbetet. Han/hon känner inte riktigt igen sitt normala professionella jag. Det gäller hela spektrat av känslor: irritation, diffus olust, likgiltighet, skuld och genans, vanmakt och hjälplöshet, förvirring liksom också förtjusning och förälskelse.

I gruppen förs diskussioner om misstag och felbedömningar och dess konsekvenser för läkar-patientrelationen. Rädsla för negativ kritik och ringaktning från kolleger, chefer, per-

sonal på mottagning och avdelningar är andra ämnen som ofta diskuteras.

Det finns möten där läkaren reagerat starkt känslomässigt. Även mycket erfarna och stabila kolleger kan bli skakade över livets och ödets styrka och behöva dryfta detta för att förstå och bättre kunna handskas med sådana existentiella situationer. Kolleger kan också rapportera hur de känner att de svikit patienten mänskligt eller svikit sin professionalitet. Det kan t ex gälla svåra överväganden och samspel med en patient och dennes anhöriga kring medicinerings av en livshotande sjukdom, om prognos och livskvalitet, mellan radikala behandlingsmål och livskvalitetsförbättrande åtgärder .

Somatoforma syndrom

Ett mycket vanligt problem, som också ägnas mycket tid, är mötet med öppet eller förtäckt kränkande och aggressivt krävande patienter. Detta kan vara uppenbart från början eller dölja sig i möten där utredningen och behandlingen tycks ha gått i stå och läkaren inte längre tycker sig kunna tänka klart.

Det kan i de svåraste fallen röra sig om patienter med multipla och samtidigt oklara diagnoser och dramatiska symtom, och som varit föremål för otaliga utredningar och invasiva ingrepp, ofta på flera olika kliniker och sjukhus. När dessa möten och fall presenteras i gruppen blir det nästan alltid tydligt att dessa patienter lyckats engagera många läkare och hela kliniker i en eskalerande “folie a deux”. En del – men långtifrån alla – av dessa patienter kan från början ha haft en organisk sjukdom. Men när denna “folie à deux” har pågått tillräckligt länge och övergått till att dessa patienter så att säga lyckats ta sjukvården som gisslan så har oftast iatrogena skador uppstått som både ger näring åt patienternas

krav och läkarens skuldmedvetna och klivna uppmärksamhet.

Läkare och sjukvårdsapparat är bristfälligt rustade att möta särpräglade och personlighetsstörda människor med alarmerande somatiska symptom, med eller utan organisk sjukdom. I flera av dessa fall kan vi tala om patienter med grava somatoforma syndrom, eller “maligna” konversionssyndrom. Ofta består dessa patienters intensiva krav på läkaren i att få dessa diffusa och ångestladdade tillstånd omvandlade/omdefinierade till organiska och behandlingsbara sjukdomar. På grund av denna besatthet (som ofta nog underblåses av sjukvården) ser dessa patienter sällan själva behovet att söka psykiatrisk hjälp. Det hjälper inte nämnvärt att man har läst om dem, och har en psykiatrisk kategori för dem, ja faktiskt inte heller särskilt mycket att man mött en del av dessa uttryck hos vissa patienter på en psykiatrisk klinik. Det kan ändå vara svårt att förstå sig på sådana patienter och än svårare att som somatiker relatera till dem, dels för att det är svåra möten i sig, dels för att läkar-patient-relationen och det medicinska uppdraget ser annorlunda ut inom somatiken jämfört med psykiatrin.

Sådana processer kan göras hanterbara och avgränsbara för läkaren, kliniken och patienten genom bearbetning i BGV med betydande resursbesparingar som följd.

Inom allmänläkarens praktik är många patienters symtom inte fullt så grava och kraven är något mindre omfattande. Men också primärvården tar emot en hel del patienter med omfattande problematik som ovan.

Sjukvårdens “vänlighetskultur”

Många gånger handlar gruppdiskussionerna också om hur läkaren, som försöker agera utifrån den vänlighets-

“Läkare och sjukvårdsapparat är bristfälligt rustade att möta särpräglade och personlighetsstörda människor med alarmerande somatiska symptom, med eller utan organisk sjukdom.”

kultur som genomsyrar sjukvården, kan känna sig både förbittrad och frustrerad över att ha blivit utnyttjad på grund av sin “snällhet”.

Om läkare dagligen i alltför hög grad utsätts för kränkningar, hot, motsägelsefulla krav etc så hotas hans/hennes yrkesmässiga integritet. Det leder alltför ofta till stumhet och resignation. Det i sin tur får två negativa följder:

1. Läkarens förmåga att ta hand om sin stock av “vanliga” patienter försämras.

2. Kostnaderna för åtgärder som de “svåra” patienterna kräver skjuter i höjden när läkaren släpper greppet och känner sig tvingad till undersökningar och remisser som han inte tror på.

BVG utgör en träning i att identifiera och hantera negativa känslor och syftar till att göra läkaren mer effektiv och realitetsorienterad i sin praktik och i förhållande till sina patienter. Läkaren måste kunna införliva sin frustration och irritation i sin professionella självbild för att kunna vara adekvat med sina patienter. Att lära sig detta är en tidskrävande process och är en anledning till att BVG sträcker sig över en längre period.

Två exempel

Från en Balintgrupp i ett annat EU-land hämtar jag följande exempel (som också redigerats för sekretessens skull): Den falldragande läkaren är en vital och omtänksam kliniker och är mycket uppskattad av sina patienter. Hon har varit allmänläkare i 30 år. En patient med ett otal skiftande symtom och en massiv anamnes på omfattande utredningar och behandlingar har nyligen listat om sig till henne. Vid konsultationen lägger läkaren ner mycket möda att förstå patientens sjukhistoria och aktuella situation och att reda ut olika tankegångar för att försäkra sig

om en god handläggning. Patienten motsätter sig varje tanke, varje förslag som läkaren tar upp. Han fortsätter att kräva vad som för läkaren framstår som helt orealistiska åtgärder. Han anklagar läkaren för att inte förstå hur förfärlig hans situation nu är, och att doktorn inte tror på honom. Efter många vändor under konsultationen har de kommit till ett bräckligt samförstånd. När de skiljs skakar de hand. Läkaren håller bestämt fast patientens hand och säger med såväl empati som irritation: “Problemet är INTE att jag inte tror på er. Det gör jag. Problemet är att ni inte litar på mig!” Denna intervention tog patienten som intäkt för en rättslig anmälan, i vilken läkaren anklagades för fysiskt och psykiskt övergrepp. Patientens avsikt att skada läkaren lyckades dock inte. Gruppmedlemmarna diskuterar situationen ingående och personligt. Diskussionen kommer främst att gälla de känslor och överväganden som styrde läkaren vid mötet med patienten. Läkarens konfrontativa förhållningssätt ses både som ett sätt att få kontakt med patienten och att hävda läkarens handlingsutrymme. Patienten har en lång historia av icke-fungerande samspel med sjukvården. Han har ju missbrukat sjukvårdsresurser länge och mycket och läkare har i hög grad dansat med i en omfattande pseudo-hantering. Även om läkarens reaktion ses som adekvat väcks frågan om den är effektiv. En gruppdeltagare menar att om patienten accepterat läkarens påpekande hade förutsättningarna för ett gott omhändertagande klart förbättrats. En annan säger att effektivitet också beror på hur sammanhängande sjukvårdssystemet är. Kommer patienten att hitta en ny läkare som ger efter för hans orimliga krav, som redan kostat miljontals kronor? Eller kommer nästkommande läkare att ge

stöd åt att “vår” läkare hade ett välmenande och viktigt budskap till patienten, som denne skulle kunna ha nytta av att ta till sig?

I den bästa av världar skulle denna patient hänvisas tillbaka till “vår” doktor för att reda ut vad som hänt och detta skulle gradvis kunna leda till en mer tillitsfull läkar-patientrelation och därmed ett mer rimligt och avgränsat bruk av sjukvård [18].

Ett mer vardagligt exempel gäller en erfaren och tillmötesgående allmänläkare på en öppenvårdsmottagning. Han redogör för en patient, känd sedan flera år tillbaka, som ringt och begärt att omedelbart få komma på grund av något som lät alarmerande. Läkaren lyckades hitta en lucka på tio minuter för patienten samma dag. Undersökningen varade i själva verket 20 minuter, men läkaren kände sig ändå nöjd för han tyckte sig ha kunnat lugna patienten. Nu låg han efter i sitt tidschema. De sa adjö men i dörren vände patienten tillbaka och sa: “Jo, det var en sak till...” och började omständligt berätta om något som läkaren uppfattade som långt ifrån allvarligt.

Läkaren berättar i gruppen hur han kände en våg av irritation och ilska, men lyckades behärska sig och sa åt patienten att han fick beställa en ny tid för denna åkomma.

Kollegernas respons varierade. En gav sitt igenkännande stöd. En annan sa att hon främst kände sig arg på sig själv för att hon var naiv nog att ge vissa patienter mycket tid och förvänta sig tacksamhet i gengäld. En annan läkare menade att det var dumt att förvänta sig att patienter skulle vara “duktiga” och bara söka för en specificerad anledning. Hon brukar istället utgå från att de säkert har fler saker att fråga om och planera sin tid därefter. Vore hon i falldragarens situation skulle hon nog förebrå sig själv i stället. »

“Om läkare dagligen i alltför hög grad utsätts för kränkningar, hot, motsägelsefulla krav etc så hotas hans/hennes yrkesmässiga integritet. Det leder alltför ofta till stumhet och resignation.”

Detta öppnade också för en diskussion om mottagningens rutiner. Vem talade med patienten på telefon? Vem satte upp akutbesöket – läkaren eller mottagningssköterskan? Hur rapporterades detta? Blir vi ibland irriterade på patienter i stället för på medarbetare som dumpar problem på doktorn för att slippa press, irritation och ångest själva i stället för att sköta sin uppgift i teamarbetet. Kan teamet fungera bättre?

I gruppen diskuteras också hur man kan förstå just den här patientens agerande. Det öppnar för en diskussion om hur man tänker och känner inför patienters skiftande sätt att knyta an och klänga sig fast vid doktorn. En viktig aspekt av BGV – i linje med patientens dubbla krav på läkaren – är att bli mer varse och odla den egna intuitionen och egna psykologiska kompetensen i samspel med den medicinska.

Balintgruppmedlemmen

När jag ska lista de motiv en läkare kan ha för att börja i en Balintgrupp vill jag schematiskt dela in dem i a/ ändamålsenliga professionella och personliga motiv respektive b/ dysfunctionella professionella och personliga motiv. Liket de patienter som söker oss på rationella och irrationella grunder, så vävs också vårt psyke av sammansatta och motsägelsefulla tendenser.

a. Läkaren är:

- tillräckligt mogen och erfaren för att ha erfarenhet av sina tillkortakommanden i olika kliniska situationer,
- tillräckligt nyfiken, ärlig och modig för att vilja undersöka sitt eget professionella agerande och tänkande, och
- tillräckligt inlevelsefull, engagerad och uppriktig mot kollegerna i gruppen när de tampas med sina svåra fall.

- medveten om ett bristtillstånd i grund- och fortbildning och i den pågående kliniska verksamheten

- motiverad att motverka “det professionella jagets isolering”.

b. Läkaren har:

- personligt öppet eller dolt terapi-behov

- personalkonflikter.

- önskan om att ha Balintgruppen som ett allmänt missnöjesforum i avsaknad av ett adekvat diskussions- och beslutsforum på kliniken/mottagningen.

Kontraindikationer för BGV?

“Men alla läkare passar väl inte att gå i Balintgrupp?” hör jag i andanom en skeptiska röst. Det vill jag genast instämma i. Helt kort anser jag att läkare som i grunden är mer forsknings- och medicinskt teknologiskt intresserade än kliniskt intresserade – dvs är mest intresserade av sjukdomar i sig och ganska lite av de människor som har sjukdomarna – är mindre motiverade och lämpade att delta i BGV. Men dessa intressen behöver inte alls utsluta varandra. Under min egen medicinarutbildning var bland andra chefen för den medicinska intensivvården på Södersjukhuset, Georg Matell, ett inspirerande föredöme för både högteknologi och humanism.

Känslighet i sig – såvida det inte rör sig om en betydande personlighetsmässig skörhet – är inte en kontraindikation för deltagande i BGV. Det finns däremot kolleger vars yrkesinställning:

- präglas av rigiditet (“man måste alltid säga hela sanningen till patienten”, “man måste alltid tro på patienten”) eller

- ger uttryck för socialt välanpassad cynism, eller

- ger uttryck för en aningslös naivitet (grundad i föreställningar om den

egna godheten eller tekniska skickligheten), och som vägrar att beröras av tvivel.

Sådana “vardagens fundamentalister” känner sig naturligt nog lätt obehagliga i BGV. Annorlunda uttryckt: ett forum för prövning och omprövning kan utgöra en alltför stor utmaning för dem.

Balintgruppleddaren - en extern konsult

Gruppleddarens uppgift består i att aktivt arbeta för att bevara ramarna för arbetet, att skydda gruppen och enskilda gruppmedlemmar från ett antal fallgropar, som blir särskilt påtagliga när arbetet är improviserat, och uppmuntra till hugskott och att försöka formulera oklarheter.

Av gruppleddaren krävs gruppsykologisk och psykoanalytisk/psykologisk kunskap. Han/hon ska ha kulturkompetens, dvs vara förtrogen med gruppmedlemmarnas arbetsområde.

Till gruppleddarens första uppgifter hör att formulera samarbetet inom ramen för ett kontrakt, som tydliggör mål, rollfördelning och avgränsningar mot annat slags grupparbete. Två aspekter vill jag betona som särskilt angelägna:

1. Sekretess: Det som diskuteras i gruppen stannar i gruppen! Det är avgörande för ett gott samarbetsklimat.

2. Ett realistiskt samarbetskontrakt: Gruppleddaren har att göra en noggrann bedömning om samarbetskontraktet är realistiskt. Diskutera eventuella tveksamheter med gruppen! Ta hänsyn till – gruppmedlemmarnas motivation, intrycket av gruppsamspel, medlemmarnas personligheter, – institutionella aspekter: bl a omvärldens acceptans för att gruppen bildas.

Principerna för hur nya deltagare tas in i gruppen bör vara klargjorda från början.

Gruppledarens motiv

Precis som gruppdeltagarna har gruppledaren a/ ändamålsenliga och b/ dysfunktionella personliga och professionella motiv.

Till a/ räknar jag:

- att gruppledaren tycker om, och respekterar, samt har ett genuint intresse för kollegernas verksamhet. Vidare att han/hon har ett intresse för att i kollegialt samarbete vaska fram ökad förståelse för vad som händer i mottagningsrummet och att i det sammanhanget också använda sin kliniska psykoanalytiska/psykologiska och medicinska erfarenhet

- respekt för den egna psykologiska/psykoanalytiska kompetensen, att vara beredd att pröva den i ett öppet sammanhang, t ex genom att våga gå emot gruppställningar och konventionella anpassningsmönster när det förefaller gruppledaren att detta inskränker kollegernas professionella handlingsutrymme

- att hävda sitt ledarskap kring rammar, innehåll och arbetsfördelning inom gruppen. Detta kan se ut på väldigt olika sätt beroende på gruppens karaktär.

Till b/ räknar jag:

- svårigheter med att hålla ramarna, t ex tiden och fördelningen av den, men att också vilja bli kollegernas terapeut, handledare eller mentor

- psykologisk distansering, brist på genuin närvaro, att inte ta sin brist på kulturkompetens på allvar

- att veta bäst och vilja att andra ska veta det också. En del, likt Michael Balint själv, är mer öppna med det. Andra döljer det i en tillbakadragen psykoanalytisk pose.

Vilken gruppledare går helt fri i denna checklista, kan man kanske fråga sig. Det viktiga är ändå att ledaren, med gruppens hjälp, är observant och kan korrigera sig i tid så att gruppen inte utvecklas till en sekt. Här finns värdet med sunt skeptiska och kritiska gruppdeltagare.

Hur startas BGV?

Förutsättningarna för läkare att starta BGV skiljer sig avsevärt mellan öppenvård/primärvård och sjukhus. En Balintgrupp för sjukhusläkare kräver större samordning och förankring administrativt och organisatoriskt för att den ska kunna fungera.

Inom primärvården är det vanligt att ett par läkare tar eget initiativ till att bilda en grupp. Man börjar rekrytera medlemmar genom att vända sig till kolleger på den egna mottagningen eller i grannskapet, med vilka man tänker att det skulle vara givande att samarbeta. Någon gång under denna process, ofta när gruppen är i stort bildad, kontaktar man en eller flera ledare för att diskutera samarbete. Man kan också använda den presumtiva gruppledaren som rådgivare i gruppbyggingsprocessen. Någon gång under denna process har initiativtagarna också förankrat sitt initiativ adminis-

trativt och försäkrat sig om tid för utbildningen och budget (=ledarens arvode). Det finns också formella former för upphandling och kvalitetssäkring som skall iakttas.

Mer sällan föreslår en chef inom primärvården att en Balintgrupp ska startas för sina medarbetare. Ibland deltar vårdcentralschefer i grupper där egna medarbetare ingår. Det brukar gå bra i en "platt" organisation förutsatt att chefen är klar över att detta ska ske på lika villkor för alla, d v s att han/hon inte utövar någon kontrollfunktion över de andra i gruppen.

När BGV startas på detta sätt sker ett ömsesidigt val mellan grupp och ledare.

Någon deltagare i gruppen utses till administrativt ansvarig – att samordna och hålla kontakt med uppdragsgivaren, till vilken jag också anser att gruppledaren bör ge någon slags redovisning, som dock aldrig får inverka på sekretessen. [11].

Grupper kan också startas på en gruppledares initiativ som inbjuder läkare att ingå i en grupp som ska startas. Då blir rekryteringen främst gruppledarens ansvar. Deltagarna känner inte varandra initialt, vilket har både för- och nackdelar jämfört med det förstnämnda tillvägagångssättet.

På sjukhus tar oftast klinikchefer/verksamhetschefer/ledningsgrupper initiativ till BGV. Man kan ha fått förslag till detta från sina medarbetare eller själv anse att detta skulle främja

»

Definition av Balintgruppverksamhet (BGV)

BGV utgår från att patienter behöver läkaren såväl för att a.. få en god medicinsk bedömning och behandling, som för att b.. få sin oro och sina funderingar om sitt tillstånd bemötta och bekräftade.

Balintgruppen består av jämbördiga kliniker (vanligen sex till tio personer) som frivilligt träffas regelbundet (vanligen varannan vecka i 90 minuter) över en längre tid för att i strikt konfidentialitet diskutera och bättre förstå det egna kliniska arbetet, det egna mötet med patienterna. I gruppen sker en ömsesidig konsultation. För att underlätta arbetsprocessen samarbetar de med en extern konsult. Denne har rollen som gruppledare, är väl förtrogen med läkarnas arbetsförhållanden och tillför en psykoanalytisk/psykologisk erfarenhet och kompetens.

BGV fokuserar på läkar-patientrelationen. Här identifieras och undersöks också de uttalade och uttalade krav och önskemål som ställs på läkaren inte bara genom patienten utan också av:

- mottagningspersonalen, kolleger och "vårdgrannar"
- försäkringskassan och arbetsgivaren
- administrativa direktiv och politiska kursändringar
- sociala och kulturspecifika konventioner i vården

patientarbetet och medarbetarnas professionella utveckling. Man kontaktar presumtiva gruppleddare. I samverkan med en ledare bjuder man in läkare inom sin domvärjo till ett informationsmöte. Där presenterar ledningen sina avsikter. Informationsmaterial kan ha skickats ut i förväg. Gruppleddaren ger en presentation av BGV och förutsättningarna för att den ska fungera (detta bör ha gjorts också till uppdragsgivaren!). Det är också bra om någon läkare som tidigare deltagit i BGV kan redogöra för sina erfarenheter och att man på mötet kan diskutera förväntningar och kritiska frågor. Efter detta kan intresserade anmäla sig. Ledningen och gruppleddaren gör sedan gemensamt en gruppindelning, bl a mellan specialistkompetenta och läkare under specialistutbildning. Jag har själv erfarenhet av bra samarbete i grupper, där både kliniskt erfarna ST-läkare och överläkare ingår. Men de skall då helst inte arbeta på samma klinik. Där man har kännedom om interna konflikter och dålig personkemi är det angeläget att placera i skilda grupper.

Man måste också se till att det faktiskt finns tidsmässig möjlighet att fortlöpande delta. Det är ett gemensamt ansvar för ledning och enskild deltagare. Ledningen måste se till att deltagare faktiskt har möjlighet att komma ifrån och de enskilda läkarna måste strukturera sitt arbete så att de

kan delta. Annars riskerar erbjudandet om BGV att bli ett slag i luften. Oregelbunden tjänstgöring, forskning, tjänstledigheter kan dock i enskilda fall vara absoluta hinder. Då är det klokast i att vänta till ett bättre tillfälle. Gruppleddarens ansvar består i att erbjuda en regelbunden mötestid som är rimlig och att inte acceptera ett uppdrag med mindre än att förutsättningarna för kontinuitet i arbetet är garanterade av uppdragsgivaren

Balintliknande grupp för läkare under utbildning

Det säger sig självt att medicine studerande och unga läkare som ännu inte har tydliga inre yrkesidentiteter och yttre arbetsroller också har andra behov än vad som erbjuds i "vanlig" BGV. I sådant grupparbete efterfrågas i högre grad mentorskap, falldragningsträning, utbildning, handledning och personligt stöd. Diskussioner i grupp kan fylla en viktig funktion för klinisk grundutbildning i kliniskt förhållningssätt, samtalsmetodik och psykiatri i öppen vård, för kamratstöd och för spegling.

Det är också viktigt att betona att gruppleddaren i en Balintgrupp för erfarna läkare inte har något behandlingsansvar. Däremot i en grupp för läkare under utbildning eller för studenter har ledaren/handledaren ett mer eller mindre uttalat direkt eller indirekt behandlingsansvar, vare sig

detta är erkänt eller inte! Om detta ansvar inte tas kommer gruppen kollektivt att axla denna funktion, vilket man kan ställa sig kritisk till eftersom detta bristfälligt kompenserar det man vill ha äldre, erfarna kolleger till!

Man må kalla sådana grupper student-balintgrupper eller AT-balintgrupper eller ej. Det är ändå viktigt att se hur de med nödvändighet måste skilja sig från en Balintgrupp för kliniskt mer erfarna läkare [5, 9, 19, 20, 21].

En Balintgrupp ger extra effekter

Det jag tagit upp med nödvändigheten av ramar och adekvat innehåll inom ramarna för Balintgruppen betyder inte att den lever ett avskärmat liv från resten av verkligheten. Intelligent, täta, förtroliga och nyskapande tankar utbyts i gruppen [4,6,8,18]. Detta får spin-off-effekter. Allmänläkaren Dorte Kjeldmand [12] har i sin färskas doktorsavhandling om Balintgrupper visat att allmänläkare i BGV trivs bättre och mår bättre i arbetet.

Man vågar efterhand visa mer av sin person, skämta med, eller ha en kraftfullt avvikande åsikt mot en kollegas utan att vare sig behöva vara rädd för att kränka hans/hennes integritet eller för att dialogen ska skadas. Grupparbetet leder oftast till både en ökad enskild integritet och ökad samhörighet. Syftet är dock inte att göra allmänläkaren till psykoterapeut utan att läkaren tydligare ska kunna se gränserna

Bakgrund Balintgruppverksamhet (BGV)

Michael Balint, ungersk-bördig läkare och psykoanalytiker, utbildad i Budapest och Berlin, startade de första falldragnings-seminarierna för allmänläkare 1949 i London. [1, 16, 17] Denna arbetsmetod är numera spridd till ett drygt 20-tal länder och organiserad i International Balint Federation (IBF) www.balintinternational.com, vars senaste världskongress avhölls i Stockholm 2005, se www.balint.se. Många Balintgruppleddare och Balintintresserade är medlemmar i den till IBF anslutna Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi (SFMP), i vars regi regelbundna seminarier och konferenser om BGV anordnas.

BGV utnyttjas främst av allmänläkare över hela landet [3]. Uppskattningsvis 30 procent av Stockholms allmänläkare har någon gång under sitt yrkesliv deltagit i denna fortbildning. Men också ett ökande antal sjukhusbaserade läkare finner BGV värdefull.

Balintintresserade kan kontakta Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi, Göran Roth goranroth@telia.com, eller henry.jablonski@spray.se

Enskilda läkare i Stockholmstrakten som är intresserade att ingå i redan pågående balintgrupper kan vända sig till Ingrid Wermelin de Lange www.balintgrupp.nu.

Inom SFAM. är Conny Svensson kontaktperson för BGV

för och betydelsen av sina egna interventioner och åtgärder i sin befintliga yrkesroll.

Även om syftet inte heller är att diskussionerna i BGV ska lösa administrativa problem så kan en del falldragningar blotta en hemmablindhet. Det kan leda till att man tar upp dessa frågor på administrativ nivå, på den egna mottagningen och åstadkommer förändringar. I andra fall där förändringar inte är möjliga, är det ändå en lättnad för den enskilde läkaren att klarare inse begränsningarna i den arbetsmiljö han/hon verkar i. Ibland är Balintgruppen den enda fasta struktur som finns i läkarens vardag. På det viset står den som modell för värdet av ramar och gränser för att man över

längre tid ska kunna göra ett hyggligt arbete [9, 15, 17].

Men BGV är inte bara "blod, svett och tårar". Läkaryrkets många glädjeämnen kan också delas i en Balintgrupp. Det finns mycket glädje i att samarbeta med kloka, erfarna och engagerade kolleger, som tar varandra på allvar och som har både humor och humör. Själv tycker jag att det är ett privilegium att få arbeta som Balintgruppledare. En välfungerande grupp kan hjälpa en hårt pressad kollega förvånansvärt snabbt med att klargöra en svår klinisk situation. Det är en glädje att då se lättnaden, allvaret och den återtagna professionella självkänslan som ofta blir resultatet för den läkare som presenterat fallet.



Henry Jablonski
psykiater, oberoende psykoanalytiker
och ordförande i Svenska Föreningen
för Medicinsk Psykologi, subsektion
till Läkarsällskapets sektion med
samma namn.

Källor:

1. Balint M: The Doctor, His Patient and The Illness. London: Churchill Livingstone 1957 (omarb 1964)
 2. Balin E, Norell S: Six Minutes for the Patient.- interaction in general practice consultation London Tavistock Publications 1973
 3. Dock J: The legacy of Michael Balint – how did we take care of it in Sweden. Proceedings of the 14th International Balint Congress, Stockholm 2005, s. 171-74 (ä i Bulletinen för SFMP 2006:1)
 4. Eckerlund E, Edström E m fl: I Balints fotspår – en Balintgrupp reser till London, AllmänMedicin årg 13, 1992, s. 184-85
 5. Helström L: "Epikris" för AT-Balint. Bulletinen för SFMP 2004:2
 6. Jablonski H: Balintgruppverksamhet – fortbildning för effektivare läkarvård, Läkartidningen vol 89, 1992:36, s. 2867-28-69
 7. Jablonski H: Det splittrade arvet efter Balint, AllmänMedicin årg 13, 1992, s. 183-84
 8. Jablonski H: Doktorn och fallfragningsgruppen, AllmänMedicin årg 20, 1998, s. 90-91
 9. Jablonski H: Defining Balint work, Proceedings of the 13th International Balint Congress, Berlin 2003, s. 71-84
 10. Jablonski H: The doctor in the health care system and the benefits of Balint group work, Proceedings of the 14th International Balint Congress, Stockholm 2005, s. 19-24
 11. Jablonski H: A method for evaluation and assessment of Balint group work, Proceedings of the 14th International Balint Congress, Stockholm 2005, s. 165-170
 12. Kjeldmand D The Doctor, the Task and the Group - Balint Groups as a means of Developing New Understanding in the Physician-Patient Relationship, doktorsavhandling (under public sept 2006)
 13. Main T: Some medical defences against involvement with patients. J Balint Society, London 1978:7 s 3-11, även i Salinsky J, Sackin P, se nedan
 14. Matalon A: Pleasures of doctoring as reflected in Balint groups, Proceedings of the 13th International Balint Congress, Berlin 2003, s.58-62, äv.Bulletinen för SFMP, Stockholm 2004:2
 15. Matalon A m fl: Communication, relations and Balint groups, Proceedings of the 14th International Balint Congress, Stockholm 2005, s. 25-29, äv Bulletinen för SFMP, Stockholm 2005:2
 16. Moreau-Ricaud M: Michael Balint – Le renouveau de l'Ecole de Budapest, Paris: Editions Eres, 2000
 17. Moreau-Ricaud M: Balintgruppen 50 år, Bulletinen för Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi, Stockholm: 2004:2
 18. Salinsky J, Sackin P: What are you feeling Doctor? Identifying and avoiding defensive patterns in consultation. Radcliffe Medical Press 2000 (svensk översättning Studentlitteratur Lund)
 19. Suckling H, Schoenberg P (England): What effect does a Balint group have on medical students? Proceedings of the 14th International Balint Congress, Stockholm 2005, s. 55-60
 20. Torppa M, Makkonen E: A study of medical student Balint groups in Finland. Proceedings of the 14th International Balint Congress, Stockholm 2005, s. 61-67
 21. Turner A (USA) : Making space for the doctor-patient relationship through Balint training in the first year of medical school. Proceedings of the 14th International Balint Congress, Stockholm 2005, s. 42-51
- Wermelin de Lange, I: Att arbeta som Balintledare, Bulletin för SFMP 2006:1

Röster om Balintgrupper



”Ibland blir frågeställningarna mycket personliga och då gäller det för ledaren att sätta en gräns. Balintgruppen får inte bli en terapigrupp för någon eller några av deltagarna.”

Lena Svidén, distriktsläkare, Stockholm:

Lena Svidén, distriktsläkare, Stockholm:

”Jag deltog i drygt åtta år i en Balintgrupp i Stockholm under 1990-talet. Vi var omkring nio allmänläkare i huvudsak från samma vårdcentral. Gruppen leddes av en och samma psykoanalytiker och deltagarna kom och gick i begränsad omfattning. När jag bytte arbetsplats och slutade i gruppen hade vi varit en stabil kärna på sex personer genom alla år. Jag minns faktiskt inte hur jag kom i kontakt med fenomenet Balintgrupp, sannolikt på något höst-

eller vårmöte i Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

Som allmänläkare kan man inte ”välja bort” patienter som är krävande, obehagliga, inställsamma eller på annat sätt svåra. Hos alla allmänläkare finns en liten grupp sådana patienter som tar oproportionerligt mycket tid och kraft. Man måste finna ett (ofta personligt) förhållningssätt för att också dessa patienter ska få hjälp samtidigt som man själv inte ska fara illa. Och det är just detta man lär sig i en Balintgrupp! Med kollegers hjälp

och – under ledning av en erfaren terapeutiskt utbildad ledare – får man nya infallsvinklar på sina känslor och sitt bemötande. Nästan alla patienter är intressanta eller i varje fall hanterbara! Ledaren måste dock se till att inte någon deltagare dominerar.

Ibland blir frågeställningarna mycket personliga och då gäller det för ledaren att sätta en gräns. Balintgruppen får inte bli en terapigrupp för någon eller några av deltagarna.

Det är viktigt att inga funderingar om patienterna förs vidare i kafferummet – allt måste avhandlas gemensamt i gruppen och stanna där.

Min erfarenhet är att det kan bli svårt om fler än en i gruppen mött samma patient.

Sammanfattningsvis tycker jag att detta är en alldeles förträfflig form av fortbildning. Ännu många år efter det att jag slutat i Balintgruppen bär jag med mig diskussionerna och vet hur jag ska hantera knepiga patienter. Eller annorlunda uttryckt : Det finns (nästan) inga riktigt svåra patienter!”

Cattis Grant

Lotti Helström, överläkare, Akutmottagningen för våldtagna kvinnor, Södersjukhuset, Stockholm:

”Jag har arbetat med psykosomatiska frågor inom gynekologi sedan 1980-talet och det föll sig naturligt att jag blev intresserad av Balintgrupper när jag läste om dem. Jag deltog själv i en Balintgrupp på Akademiska sjukhuset i Uppsala som höll på i flera år.

Fördelen med grupparbetet är att du som läkare förstår att just läkaren i sig är ett läkemedel. Att den egna personen har så stor betydelse för patientens läkeprocess. Man måste dock se upp så att diskussionerna inte kantrar över till att handla om den egna vårdorganisationen eller att gruppledaren börjar handleda kring rent medicinska frågor. Balintgruppen är ett forum där du får tala om



”Fördelen med grupparbetet är att du som läkare förstår att just läkaren i sig är ett läkemedel. Att den egna personen har så stor betydelse för patientens läkeprocess.”

Lotti Helström, överläkare, Akutmottagningen för våldtagna kvinnor, Södersjukhuset, Stockholm:

negativa känslor som så ofta trycks undan; vanmakt och osäkerhet.

Jag tror att det ofta är bäst om handledaren själv är läkare eller psykoanalytiker. De senare har stor förståelse för begreppet överföring och just

det handlar många patientmöten om. Alla läkare passar dock inte i en Balintgrupp – man måste ha en önskan och vilja att granska sig själv och sina handlingar.”

Cattis Grant



”Det är förunderligt att läkare inte har handledning eller regelbundet kollegiestöd. Jag tycker att det är en nödvändighet för alla som arbetar med människor.”

Ingrid Wermelin de Lange, leg. psykoterapeut i Stockholm,

Ingrid Wermelin de Lange, leg. psykoterapeut i Stockholm, certifierad Balintgruppleddare:

“Det är förunderligt att läkare inte har handledning eller regelbundet kollegiestöd. Jag tycker att det är en nödvändighet för alla som arbetar med människor. Inom psykiatri, psykoterapi och socialtjänsten tillhör det mer regel än undantag. Läkare är mycket kompetenta människor men i kontakten med vissa patienter kör man fast. Det är svårt att förstå alla dramer som

en del patienter iscensätter.

I Balintgrupperna skapas en härlig grupp känsla genom att vi hjälps åt att förstå svåra fall. I de grupper jag lett har åldrarna varierat - allt från unga ST-läkare till erfarna 60+. Det gemensamma för dem är att de är nyfikna människor som vågar visa att de har svårigheter och kan be om hjälp. Det kan förstås kännas ovant att överge den invanda trygga positionen och blotta sig för andra. Att vara läkare innebär att man vanligen har ett ensamarbete.

Om någon vill starta en Balintgrupp rekommenderar jag att man först förankrar detta hos kolleger och överordnade. Finns det någon som kan ta på sig ledarskapet? Finns det någon handledare? Jag rekommenderar också läsning av Michael Balint och gärna litteratur om gruppprocesser. I gruppen är det viktigt att skapa en icke-värderande, stödjande atmosfär och att man värnar om såväl falldragande läkare som patienten. Eftersom arbetet går ut på att fånga det omedvetna skeendet mellan läkaren och patienten kan allt som sägs vara av vikt. Man får säga vad som helst utan att behöva känna sig dum.

Att vara med i en Balintgrupp är som att ibland lustfyllt ibland motsträvt börja läsa en bok som bara blir mer och mer spännande.

Jag tycker att Balintgrupper är egenvård som alla läkare och behandlare egentligen behöver för att kunna behålla glädjen i jobbet!”

Cattis Grant