

BULLETIN

Svensk Förening för Medicinsk Psykologi

I detta nummer:

**”Should I say something?” Essä om Balintledarskap av
John Salinsky**

Program för Balintkonferensen i Stockholm 5-6 maj 2016

2016 års skrivartävlingar avgjorda

- **Juryns motivering**
- **Fyra av de sju vinnande texterna**

Rapport från ett danskt Balintmöte i Slagelse

I Lennart Kaijs efterföljd - skånskt Balint-jubileum

- **Bilder från ”vimlet”**

Kalendarium

Nummer 1:2017

Årgång 50

ISSN 1653-3453

Kontakt: [info \(at\) sfmp.se](mailto:info@sfmp.se)

Hemsida: www.sfmp.se ; www.balint.se

INNEHÅLL

Presentation av föreningen och styrelsen	sid 3
Redaktören har ordet	sid 5
Balintkonferens 5-6 maj i Stockholm – Programmet	sid 6
”Should I say something?” av John Salinsky	sid 7
Skrivarpristävlingarna avgjorda! Juryns motiveringar	sid 10
”Hundra liv, en natt” av Jenny Håkansson	sid 12
”Fasaden” av Olivia Landén	sid 18
”Yggdrasil” av Anamaria Whitmer-Jacobsson	sid 20
”Debriefing” av Evelina Rosenquist	sid 23
Rapport från danskt Balintmöte av Henry Jablonski	sid 28
Rapport från skånskt jubileumsmöte av Stefan Bálint	sid 31
Kalendarium	sid 36



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 den psykoanalytiska föreningen. Inom Föreningen anordnar regelbundet halvdagssymposier, vanligen i Läkaresällskapets lokaler samt symposier och gästföreläsningar på den Medicinska Riksstämman..

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 vår tidskrift *Bulletinen* som utkommer med två nummer årligen eller ett dubbelnummer. *Bulletinen* och övrig information om föreningsaktiviteter, sektionsprogram, konferenser och möten här och på andra håll i Europa skickas till dig via email. Allt detta finns även på hemsidan www.sfmp.se som dock endast uppdateras flera ggr per år.

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 meddela din **e-mailadress**.

Medlemskap för studerande, AT-läkare, PTP-psykologer och motsvarande är gratis. Likaså utgår ingen avgift för medlemmar i föreningen som *helt upphört vara yrkesverksamma.*

Om du ändrar e-postadress – anmäl detta via www.sfmp.se/kontakt eller info@sfmp.se.

Styrelsen 2016-2017 för Svensk Förening för Medicinsk Psykologi

Ordförande: Henry Jablonski, psykiater, psykoanalytiker, leg psykoterapeut, Stockholm

Vice ordförande: Lena Moegelin, gynekolog, doktorand, ST-studierektor, Södersjukhuset, Stockholm

Kassör: David Svaninger, ST-läkare, allmänmedicin, Borås

Sekreterare: Carin Gram, allmänläkare, Malmö

Övrig ledamot: Jacob Engellau, överläkare, onkologi, leg psykoterapeut, Lund

Övrig ledamot: Anders Birr, överläkare, onkologi, Malmö

Redaktören har ordet

I detta nummer presenterar vi en fint skriven essä av allmänläkaren och Balintgruppledaren John Salinsky, Wembley, London. I förra numret fanns en intervju med den irländske psykoanalytikern Geraoid Fitzgerald. Johns essä kan ses som en fortsatt reflektion på samma tema: om balintgruppens väsen och synen på den egna rollen och uppgiften som Balintledare. Vi är tacksamma att vi fått Jon Salinskys medgivande att publicera hans text i vår Bulletin.

Programmet för Balintkonferensen på Södersjukhuset 5-6 maj hittar du här. Glöm inte att anmäla dig! Vi har tagit bort avgiften för sen anmälan.

Vidare: Juryns motiveringar för pristagarna i 2016 års skrivartävling och fyra av de sju prisbelönda bidragen. De resterande tre kommer i nästa nummer.

Och slutligen två rapporter från Balintmöten – ett jubileumsmöte för de skånska Balintvännerna på Österlen och ett danskt möte, en kombinerad Balintledarutbildning och Balintåterträff i Slagelse på Sjaelland.

Och så Kalendariet!

Som vanligt välkomnar Bulletinens redaktion pressmeddelanden, artiklar mm om avhandlingar och forskning inom föreningens intresseområde.

Besök gärna hemsidan! Och kom gärna med kritik, kommentarer och ändringsförslag.

Med vänlig hälsning
Henry Jablonski
Redaktör för detta nummer av Bulletinen

Should I be saying something now? Private thoughts of a Balint group leader.

by John Salinsky



Våren 2014 i Malmö: I mitten John Salinsky flankerad fr vän av Michèle Parée, IBFs vice president, Jacob Engellau, Paul Sackin, IBFs gen sekr, Jean-Daniel Gradeler, Frankrike, redaktören och Dorte Kjeldmand

I am sitting in a comfortable chair, one of a circle of chairs in which the others are occupied by eight congenial colleagues. They are all deeply engaged in a case discussion. But I am not saying anything. This is a Balint group and I am the leader or, if you prefer, the facilitator. My main function is to sit here, a quiet but powerful presence, radiating calm and reassurance; letting everyone know that this is a safe place where you can say anything you like and be listened to. You may admit to anything, even your stupidity, without confidentiality being breached or trust betrayed. I am the leader. This is what I do. But surely I should also speak from time to time? The group may need some guidance, some facilitation. From what I hear, they need it now because an alarm bell is ringing in my head. The intention of the Balint group is to focus on the doctor-patient relationship. We are all agreed about that. And yet, that is not what my group are doing now. They are not talking about the doctor-patient relationship. You may find that it happens in your group too. I would venture to say that most groups spend quite a lot of time this way.

So what do we talk about when we are *not* talking about the doctor-patient relationship? Well, for a start, we spend time discussing medical matters: clarifying the history, speculating about the clinical diagnosis and so on. What were those symptoms again? Have all the proper tests been done? (Yes, they have.) We need to do a certain amount of this. It's part of our

training and our dread of uncertainty. Then we get on to treatment. Have you tried this treatment? Someone will say. Or that? What about physiotherapy? Well, I often find it helps.

Sometimes the presenter is actively seeking advice. And there is always someone in the group with an ace consultant to recommend. If the patient's life is devastated by fibromyalgia, someone will say, do you know Dr Ben Cartilage? He specialises in Medically Unexplained Rheumatology. He's so brilliant. He will know what to do. I'll give you his email. Other people are making a note of the email too; while I squirm uncomfortably in my seat, wondering how to put a stop to this Cartilage-worship without being a wet blanket.

Another thing we do in groups is spend time agreeing about the patient's disgraceful behaviour and sympathising with the presenter's plight. This patient, it seems, just does not know how to conduct himself in a family doctor's surgery. Perhaps, we say, he or she should be firmly shown the door. Because he is clearly a liar, a scrounger, an opiate seeker, a drunk, a violator of boundaries. She won't listen to advice and she is *so* rude! He is too friendly, if you ask me. He is a racist and he doesn't wash. She obviously has a personality disorder of the *worst kind*. We should not have to put up with this sort of thing. We are not trained for it. Besides, he makes appointments and doesn't keep them. And when he does come, it's impossible to get rid of him.

The parallel process

While all this sort of thing is going on, as the leader, I sometimes seem to be just sitting and listening. Obviously my calmness is helping everyone to feel secure. But shouldn't I be saying something to get them back on track? One of our legendary old-time Balint leaders (I think it might have been Tom Main) told us that all that a group leader needs to say is: What about the doctor-patient relationship? But to say it in as many different ways as possible.

We know that even if we don't allude to it in any way, that relationship is always there in 'the parallel process.' You only have to watch and you can see the drama between the two protagonists being played out between the presenter and the group. But, as a group leader, should I mention this mysterious phenomenon? And if I do, will the others want to take it up or even know what I am talking about? Supposing my intervention sinks like a stone and I don't have a co-leader to rescue it, perhaps phrase it better? Maybe I should explain the parallel process to them. But that would be teaching, a leader-behaviour born of desperation, as we all agree. Perhaps it would be better to follow another piece of Balint wisdom and simply 'trust the group'. I don't know. You may be able to trust your group but I am not sure about mine.

Could Michael Balint help?

What would Michael Balint have done? We don't get much idea of what sort of group leader he was from *The Doctor, his Patient and the Illness*. But there are still a few people around who were in those early groups with him, and by all accounts it could be an unsettling experience. Everyone agrees that he was a very good listener to a presentation but after that the discussion could be more of 'a rough and tumble' as his colleague Robert Gosling has described it.¹ Michael didn't go in for making people feel safe and secure. But then he said it didn't matter because, to be a GP you had to be 'as tough as old boots'. According to Michael Courtenay, who was in the *Six Minutes for the Patient* group in the 1960s, Michael B could be very directive in telling the presenter what to do next and would even include mini-lectures on points of theory from time to time.²

So I can't expect much help from him, even if here were suddenly to return to earth. Because we just don't do that sort of thing now. In fact, the Council of the Balint Society would probably say, we're sorry, Dr Balint, but if you want to start leading groups again you will have to attend a few Balint Weekends and go through the accreditation process like

everyone else. (However, I must add that in his later years when he finally agreed to have student groups, he was much more gentle.)³

Enid Balint as group leader

So what about Enid Balint? What would she have done to get my group back on track? Michael Courtenay also mentions in his 2004 interview with me that when the couple were leading the group together, and Michael was being a bit too abrasive, Enid would intervene 'to protect the chicks.'² I was in two groups led by Enid and got to know her quite well. She was generally calm and made us feel secure and my impression was that she was always attentive and frequently helpful. She was certainly not afraid of intervening but I find it impossible to remember the details of what she said. I do remember her saying that when she was with a group of trainee doctors she always found herself talking more. However, in addition to my inadequate memories I also have in my possession a CD of Enid leading a demonstration group in 1988. Despite being recorded on a public occasion the discussion is so intimate that I felt I was there and even laughed along with the group members a few times. So what sort of things does she say?

To my surprise I found that her style was quite different from ours today. Her voice is quiet, sometimes murmuring, as if reflecting to herself. She contributes freely and seems more like an experienced group member than a leader. Often she seems to be talking directly to the presenter, telling him what she thinks has happened to him. Then she will review the patient's narrative, speculating on the feelings but without using any psychoanalytic terminology. She sums up the crucial elements in the doctor-patient relationship in a gentle, murmuring way and this seems to resonate with everybody. Magic!

The other psychoanalyst leaders at the Tavistock, with some honourable exceptions, were not like this. They tended to remain silent for a long time and then explain at great length and with great authority what the case was all about. Michael Balint always believed that a group leader had to be a qualified analyst. But they needed to know how to lead a Balint group too. After Michael's death, when there was a shortage of analyst leaders, Enid decided that certain GPs who had been well marinated in the Balint stew, might with some supervision become Balint group leaders. The supervision was in the form of the Balint Society group leaders' workshop which continues its (not very frequent) meetings to this day. In the early workshops we presented verbatim transcripts of our groups for discussion, or should I say dissection? Not by Enid, I should add, but by each other. We were very strict with each other about sticking to the doctor-patient relationship, which was always seen as the responsibility of the leader. Nowadays, we are much more friendly and there are no transcripts: so please come along and join us.

Group leading today

The present day leadership style in the UK Society seems to have evolved in this workshop. Leaders were expected to keep a low profile. We had had enough of leaders who talked too much. I think we learned a lot from Enid's approach but we were unable to replicate her style. We wanted to encourage the group members to do the work – always a major part of Michael Balint's plan. So we gave ourselves points for saying little and not teaching the group about psychoanalysis. As most of us knew very little about this subject, we sensibly did not risk trying it on. I personally owe a great deal to the leaders of my first Balint group (1974-78) Michael Courtenay and Mary Hare .

It is interesting that the same or a very similar form of group leadership was developed at the same time in Europe and the USA, possibly the result of the mutual influences encouraged by the International Balint Federation and its Congresses.

Different ways of saying it

Let's get back to my current position. As I sit in my group wondering how to get the discussion back on track, I review the options that group leaders talk about among themselves. Basically I need to bring the discussion back to the patient and the doctor. (I should say that while we have been talking, I have continued to follow, with another part of my brain, the ongoing conversation in the group.)

First the patient: because, from what I am hearing, the patient as a person is being neglected. So I can ask the group to use their undoubted humanity and consider what it would be like to be in the patient's shoes. What is she thinking and feeling? Like all of us, she has been on a life journey which may have started well but has now gone disastrously wrong. How do we think this might have happened? Her father left the family home when she was eleven. Well that might have something to do with it. Then, coming back to the doctor, I might ask the group (not the doctor) how we would feel in her place. What is this patient doing to her normally composed and effective GP?

I could remind the group that if the doctor is feeling depressed, or helpless or even ill-used it is likely that the patient is feeling that way too. These could be feelings she is keen to get rid of; so she has handed them on to the doctor who has passed them on to the group. Now this is a psychoanalytic formulation and a very useful one. You can observe it in action everywhere. But let's not start referring to it as 'projection' or 'countertransference' and pretending to be psychotherapists which we are not. Sometimes the doctor will complain that, although he tried hard and ended up feeling terrible, he completely failed to discover the purpose of the patient's visit. Now here, if I am feeling bold, I could say: suppose the purpose of the visit was to make the doctor feel terrible and thus be relieved of feeling quite so bad herself? She might even come back in a better mood with some empathy for the doctor so that they can make a fresh start. For this to work it is better for the doctor to be able to contain the discomfort and humiliation or whatever it is without feeling the need to retaliate or punish the patient.

But how does a group leader put that in a brief, non-technical intervention without it sounding like a lecture and merely puzzling the group? That is tricky. Somehow they have to experience it and then reflect on it with the help of a very useful psychoanalytic idea.

The doctor, the patient and the Shadow

Now we all know that every doctor has some patients whom she always finds disturbing. And the group, if it goes on long enough, knows this too because she brings a series of patients who turn out to be very similar. The Balint research group that looked into 'doctors' defences' discovered, or rediscovered that these disturbing patients were often people who in some way resembled ourselves or people close to us.⁴ It's as if you look into the patient's soul and it's like looking into a mirror: you see an image of yourself staring back! Surely, you think, I can't be like that? Well, not entirely. It's just partly you. A part of yourself you would rather not know about, which Carl Gustav Jung referred to as The Shadow. Awesome. Balint can really help us know ourselves better. If we want to go that far. But I don't want to probe into my group members' private lives. They need to find this sort of thing out for themselves as a result of their experiences in the group.

It helps if another group member innocently remarks, 'She's another of your single mothers' or 'your alcoholic old men'. But how can I as a group leader make that more likely to happen? Should I at least mention the possibility of a connection between the doctor's unconscious personal preoccupations and her choice of cases? We are talking, I think, about a greater knowledge of ourselves, including the lower depths where the Shadow lurks. Is this what Michael Balint meant when he said that his aim was to bring about '*a limited though considerable change in personality*'?⁵ Robert Gosling, one of the Balints' associates at the

Tavistock put it very well when he wrote of the doctors who seemed to have undergone this change:

*As they felt more accepting of themselves they found they were more open to their patients and so began to understand them better;*¹

Whether everyone in my group will be able or even willing to reach such a level of self-knowledge (and self-acceptance) I don't know. I don't know if I have reached it myself. My feeling is that the difference is not so clear cut. I think that most of us vary considerably in our degree of self-awareness from day to day and from one patient to another.

The group leader decides

And now, I have to decide which of my store of insight-promoting interventions to offer to my group in order to set them back on the true path to Balint self-knowledge. To my amazement, I find that they are now talking about the doctor-patient relationship! And yet I still haven't said a word. It must be the result of something I said last week.

Disclaimers The group described in this article is entirely fictitious. So is Dr Ben Cartilage.

References

1. Gosling R. The General Practitioner Training Scheme. In: Stewart H, *Object Relations Pure and Applied*. London and New York: Routledge and the Institute of Psychoanalysis, London. 1996. p.88-100
2. Salinsky J and Courtenay M. An Interview with Michael Courtenay. *Journal of the Balint Society* 2004, 31: 23-26
3. Sackin P. Personal communication
4. Salinsky J and Sackin P. *What are you feeling, doctor? Identifying and avoiding defensive patterns in the consultation*. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2000.
5. Balint M. *The Doctor, his Patient and the Illness*. 1957. Reprinted Edinburgh, Churchill Livingstone, 1986.

Svensk Förenings för Medicinsk Psykologi 2016 års skrivartävling avgjord!

Vi vill rikta ett varmt tack till alla som skickat in bidrag vår åttonde skrivartävling. Trettiotre bidrag har inkommit till den allmänna tävlingen som riktar sig till personal inom hälso- och sjukvården. Ett mindre antal bidrag kom denna gång till student/AT- tävlingen, som är ett samarrangemang mellan Svensk Förening för Medicinsk Psykologi och Svenska Läkaresällskapetets Kandidatförening; vi valde att dela ut priser till de bästa. De insända texterna har även denna gång haft en del goda litterära och/eller poetiska kvaliteter. De har handlat om ett vitt fält av ämnen: Den unga läkarens osäkerhet, tillkortakommanden och insikter. Situationen i dagens sjukvård med kaos på akutmottagningen och starka upplevelser i vardagen på läkarstationen eller inom psykiatrin. Känslor och tankar i dödens närhet. Maktlöshet och hopp i vården av asylsökande.

Vi har delat ut ett förstapris på 6000:- i den allmänna tävlingen samt har beslutat om tre hedersomnämningar om 1500:- vardera. Första pris går till **Jenny Håkansson** för bidraget *"Hundra liv, en natt"*: En flödande berättelse om myllret i den djungel som är akuten och hur en vanlig natt där kan se ut. Berättelsen flyter sömlöst mellan patienter och olika

personalkategorier som alla få komma till tals. Olika förhållningssätt till patienterna beskrivs. Insiktsfullt och pricksäkert.

Hedersomnämningen tilldelas **Karin Boo** för bidraget "*Bakom draperiet*", **Emma Wanler** för bidraget "*Kim*" och gynekologen **Anamaria Whitmer-Jacobsson** för bidraget "*Yggdrasil*".

Bakom draperiet av Karin Boo: Här beskrivs en natt på en akutmottagning där man har svårt att ta hand om svårt sjuka och döende människor, trots att händelserna utspelar sig på en helt vanlig tisdag utan någon stor olycka i området. Ångesten kryper som giftgas mellan rummen. Den elegant koncentrerade skildringen fångslar och engagerar.

Kim av Emma Wanler: En mycket välskriven berättelse om mötet mellan en hotfull psykiatrisk patient och en ny och oerfaren skötare. Novellen är dramatisk och spännande. Den skildrar hur patienten Kim påverkar den unga skötaren, och hur hen kommer att förstå Kim på ett annat sätt.

Yggdrasil av Anamaria Whitmer-Jacobsson: En vacker text, som med ett starkt poetiskt språk beskriver hur våld och förlust kontrasteras mot födelse och liv på en förlossningsavdelning. Samtidigt ger berättelsen en bild av det nya Sverige, där människor från olika länder möts under Yggdrasils urnordiska grenverk. Bidraget är skrivet på engelska och illustrerar även hur personerna försöker kommunicera med alla till buds stående medel, hur detta faller platt eller når fram och kan skapa mening på ett nästan magiskt sätt. "Many Swedes speak silence fluently."

I student/AT- klassen delar vi ut ett förstapris på 8000:- samt delat andrapris på 2000:- var.

Första pris går till AT-läkaren **Olivia Landén** för bidraget "*Fasaden*".

"*Fasaden*" av Olivia Landén är en essä om utmattningssyndrom där skillnaden mellan läkaren och patienten egentligen bara är den stärkta vita bussarongen. I små detaljer skapas stor känsla som ger karaktärerna liv och lämnar rum för eftertanke.

Delat andrapris går till **Daniel Lisik** för bidraget "*Det snöar innanför mitt fönster*" och till **Evelina Rosenquist** för bidraget "*Debriefing*".

Det snöar innanför mitt fönster" av Daniel Lisik: En fin skildring av de olika reaktioner som utlöses av ett svårt besked, dels hos den unga patienten, dels hos den lika unga läkarstudenten. Beskrivet med inlevelse och empati och med reflektioner om hur viktiga just detta, inlevelse och empati, är i en sådan situation.

Debriefing av Evelina Rosenquist: En AT-läkare går i sin vardag. Hen får plötsligt veta att en arbetskamrat drabbats av en stroke på vårdcentralen och vi får följa den "debriefing" som chefen leder, och ta del av olika personers krisreaktioner. Berättelsen berör.

Vi säger GRATIS till pristagarna och tack alla, för er medverkan i skrivartävlingen!

Juryn

Pia Dellson Caroline Lördal Elsa-Lena Ryding David Svaninger

Hundra liv, en natt

av Jenny Håkansson

Medicinsk sekreterare, 28 år, bor i Hörby, arbetar i Lund. Skriver journaler på arbetstid och en och annan novell på fritiden. I den här texten vävs de båda världarna samman.

Det börjar redan i omklädningsrummet. Nej, tidigare än så förresten. I tvätten, där man träffar en kollega som också ska jobba. "Hej, är det du i natt? Vad trevligt!" Ett lugn sprider sig inom en. Hon är bra, hon är gammal, hon har jobbat här länge, hon vet precis vad hon gör, hon kommer att sprida stabilitet omkring sig, allt vad hon ska göra kommer att bli gjort i natt. Utanför förrådet. "Hej, hej! Du också?" Nickar igenkännande och artigt, men känner inte samma trygghet. Han är ny, han är ung, han har inte jobbat här så länge, han vet inte alltid vad han gör, han kommer sprida osäkerhet omkring sig och riktigt allt han borde göra kommer inte att bli gjort. Än har vi inte kommit längre än att hämta kläder men känslan, känslan för hur det här passet ska bli har redan börjat. För varje steg vi tar från och med nu kommer små detaljer bli bitar i ett pussel som är färdiglagt någon gång frampå morgonkvisten när vi alla får gå hem, men dit är det tio timmar eller mer.

Det fortsätter i omklädningsrummet. Medan civila kläder byts mot landstingets kliniskt vita kom-mer en kollega in genom dörren. Trött, lättad, lite irriterad men glad att vara på väg hem. Börjar berätta om kvällen. "Det är mycket där uppe. Det har gått i ett sedan jag kom. Skönt att gå hem, hoppas ni får det lugnare i natt. Hejdå!" Så försvinner hon och ut genom de olika omklädnings-rummens dörrar strömmar det en brokig blandning av personer i färgglada jackor, väskor och hals-dukar som viras ett extra varv eftersom någon sade att det började bli kallt. Genom samma dörrar en lika brokig blandning, om än med mer enhetlig klädsel, av personer som kastar ryggsäcken över axeln, rättar till håret lite i förbifarten, känner en extra gång på en ficka att det som alltid brukar ligga där ligger där i kväll också; ett block, en sax, en tejprulle, ett stetoskop eller en penna, vill inte glömma något. Några tar hissens, skyller på dåliga knän. Andra tar trapporna och ropar med glimten i ögat "Det är bra för knäna!" just innan hissdörren stängs. Kommer upp, blippar kortet i kortläsaren och dörrarna slås upp.

Det känns som att kliva rakt in i en djungel. Det är rörelser och ljud överallt. Patienter, anhöriga, sängar, britsar och bårar, droppställningar, skärmar, apparater och kollegor. Allt rör sig, allt låter. Läkare, undersköterskor, sekreterare och sjuksköterskor, alla banar sin väg till tavlan som visar nattens placering och man tar sig dit, passar på att gå förbi fikarummet på vägen för att stoppa in maten i kylskåpet och slår sig sedan ner bredvid kollegan som senaste timmen eller två bara långtat efter att man skulle komma så att kaoset kan lämnas över till någon annan. Så börjar rapporterna. I en kvart, tjugo minuter pågår rapportering på nästan alla stationer mellan alla yrkes-kategorier. Vad har hänt hittills? Vad tror vi? Vad är nästa steg? Vem ska hem? Vem ska bli inlagd? Vem kan ligga på valfri avdelning? Vem måste ha enkelrum? Vad måste göras nu med detsamma? Vad kan vänta lite? Vad börjar vi med? Runtomkring cirklar otåliga patienter och anhöriga. Ser bara att vi sitter och pratar, undrar när vi ska börja jobba och kommer med *sina* frågor. Hur länge måste min mamma vänta? När kommer doktorn till mig? Ska ni inte ta några prover, jag kom ju för en halvtimme sedan? När får jag gå hem? Kan jag gå ut och röka? Kommer jag in igen om jag går ut nu, dörren är ju låst? Kan jag få något att äta? När kommer min taxi? Kan ni inte bara ta mig lite snabbt först? Och så telefonen som ringer. Anhöriga som vill veta hur det har gått för deras kära som har legat där hela dagen men som vi inte vet något om eftersom vi kom nyss och inte har hunnit få rapport än. Jourer från vårt eget sjukhus och andra sjukhus som ringer för att tala om att hos dem finns ingen plats. Kollegor från avdelningar som ska ta emot patienter och vill ha

rapport. Kollegor från avdelningar som *har* tagit emot patienter och vill ha rapport. Patienter som gick hem i förmiddags, just innan läggdags började fundera på besöket och nu vill prata bara några minuter med doktorn ”Jaså, har han gått hem? Redan?”. Och så den dementa damen som ringer nästan varje kväll för att höra hur det är med maken som åkte in tidigare på dagen. En make som dog för flera år sedan. Frågan kvarstår, vad börjar vi med?

Det är ovanligt många patienter i natt. Många fler än vad vår akutmottagning är dimensionerad

för. Fast särskilt ovanligt är det faktiskt inte längre, så ser allt fler nätter ut. De som har jobbat här länge säger att det aldrig har varit så mycket som nu, att trycket aldrig har varit så högt på så få, att det är tyngre än någonsin. Allt fler slutar, få vill börja jobba här, få som börjar jobba stannar någon längre tid. Erfarenhet byts ut mot osäkerhet. Folk gråter när de går hem, blir sjukskrivna eller säg-er upp sig, orkar inte. Men det är inte på grund av patienterna. Det är på grund av scheman som är omänskliga och omöjliga att kombinera med privat- och familjeliv och det ständiga jagandet efter ersättare med de förhatliga sms:en som plingar till i luren mitt när man hämtar barn på dagis eller fikar med bästa vännen som man inte har sett på alldeles för länge, sms som käckt meddelar att det är ”först till kvarn” på extrapassen som du offerar din fritid för. Det är tre missade samtal efter trän-ingen och ett röstmeddelande som undrar om du vill jobba dubbelpass och sedan ändå ta ditt ordinarie pass nästa dag, semestrar som du får bonus för att avstå under sommaren med löfte om att vara ledig till hösten, en höst där din semester ändå nekas eftersom det inte finns tillräckligt med personal då heller. Det är brist på vårdplatser som förvandlar akuten till en vårdavdelning, där patienter stannar i ett dygn eller mer och arbetet som förändras från ett initialt omhändertagande och stabilisering till kontinuerlig omsorg, hjälp med måltider och uppspassning. Och det är brist på kollegor att dela jobbet med, för när patienterna bara blir fler och fler, är vi fortfarande lika många, eller lika få. Det gör något med människor att jobba i det här, och det ser inte ut att vara något hälsosamt. Men här och nu hinner ingen reflektera över det, inte med mer än en kommentar till någon kollega om att ”det här stället är ju sjukt”, sedan är det dags att skynda vidare.

Så vad börjar vi med? Nya prover på patienten på rum 19. Den gamla farbrorn på rum 3 som stapplade iväg mot toaletten när ingen såg och som nu har fallit och ligger på golvet. Ett förnyat status på kvinnan med yrsel. EKG på mannen med bröstsmärta som nyss blev inskriven. Reponering av den luxerade axeln på killen som har kommit för samma sak fyra gånger senaste månaden. Gips på flickan som har hoppat studsatta och brutit armen. En remiss för lungröntgen av damen med dyspné och andfåddhet. En inläggningsanteckning för mannen med höga levervärden och misstänkt malignitet, och en för intoxpatienten som än en gång har kombinerat alkohol och diverse tabletter. Ett samtal med anhöriga om deras gamla mamma ska ha HLR eller inte om hjärtat stannar. Spolning av katetern som mannen på rum 14 har fått stopp i. Suturering av ögon-brynet på killen som fått en puck i huvudet på hockeyträningen. Ny Ringer på kvinnan som ligger i korridoren för att vi ska ha lite uppsikt över henne. Nya vitalparametrar på mannen på rum 8. En akut remiss som ska faxas till psyk för bedömning av intoxpatienten. Lite fika till damen som har väntat sedan i förmiddags. Hon ligger förresten också i korridoren men bara för att det inte finns plats någon annanstans. Ett toalettbesök med farbrorn på rum 30. Upp till röntgen med tjejen som har trillat av sin häst och har ont i nacken. Ett samtal till HIA-jouren om kvinnan med förmaks-flimmer behöver läggas in eller om hon kan komma tillbaka i morgon för elkonvertering då. Och lite Spasmofen till killen med flanksmärta som nog har njursten igen. Bara till att börja med. I inskrivningen strömmar det in patienter. Gående kommer en ung kille med bröstsmärta, en kvinna med dyspné, en pojke som har cyklat och trillat, en man med influensasymtom som insisterar på att han behöver bli inlagd, en tjej med skoskav, en kvinna med ryggsmärtor

sedan flera år tillbaka, en kille med öroninflammation, en man som har satt en köttbit i halsen och en tjej som har skurit sig i armarna. Med ambulans kommer en gammal dam med avtackling, en man med bröstsmärta, en tjej som blivit misshandlad, en kvinna med buksmärta, en äldre herre med dyspné och en kille som ramlat från en stege och slagit upp ett jack i huvudet. Första timmen alltså.

Det blir många möten under en natt och det finns många fina teorier om bemötande, förhållnings-sätt och patientkontakt. Alla som jobbar inom vården har i sin utbildning studerat de sakerna som självklara delar. Men det gör inte att det är en självklar del i arbetet. För vissa använder alltid ett språk som patienten inte förstår. ”Så du har terapivikt i din pneumonibehandling?” till den åldrade, lite lätt förvirrade damen som fick penicillin för några dagar sedan men fortfarande tycker det är jobbigt att andas. Vissa använder sin roll för att uttrycka den mer omänskliga sidan av sig själva. ”Nu får du sluta lipa, du är väl ingen liten flicka längre? Det är ingen fara med ett finger i rumpan!” till tjejen som har varit med om en trafikolycka och skräckslaget vrider sig på britsen inför kirurgens undersökning av sfinktertonus. Vissa som är helt likgiltiga. ”Så du har inga pengar och inget kort med dig? Det var väl dumt. Då får du väl lösa det på något annat sätt.” till mannen som kom in med kramper, inte hade en tanke på att få någon plånbok med sig när ambulansen hämtade honom och som ber om hjälp att ta sig hem mitt i natten då inga bussar går. Sedan finns det andra som aldrig hade behövt läsa ett enda ord om bemötande utan bara har det i sig. De som sätter sig ner på knä för att tala med barn på deras nivå. De som pratar med patienten tills han eller hon verkligen har förstått varför det är bättre att gå hem och sova och gå till vårdcentralen i mor-gon än att sitta på akuten hela natten och ändå inte få träffa läkare förrän på morgonen. De som går långsamt och tålmodigt bredvid den gamla människan på väg ut till en väntande bil på parkeringen istället för att hämta en rullstol och köra vederbörande bara för att det går fortare. De som tar patientens hand, säger ”jag förstår” och lyssnar en stund när samtalet glider bort från de aktuella symtomen och in på sorgen efter en älskad andra hälft som nyss gått bort. De som bemöter varje patient som en människa, inte för att de har läst det i någon bok utan för att det är det enda som känns naturligt. Sedan finns det förstås de som kanske inte har det så naturligt men som är professionella ut i fingerspetsarna och lyssnar, rör och förstår just för att det stod i en bok men som ändå, och tack vare det, ser människan bakom sökorsaken.

Natten flyter på. Inflödet minskar något för varje timme men antalet patienter är fortfarande högt. Den där riktiga dalen då raderna på skärmen över inskrivna patienter blir färre och färre för att till slut bara vara ett fåtal, den kommer inte i natt. Några patienter som har varit här länge, fått lite be-handling och blivit aningen bättre har somnat. Andra har börjat tappa tålmodet och kräver behandling nu med detsamma, annars går de hem igen. Otaliga undersökningar görs, mängder med prover tas och läkemedelsordinationer effektueras i en aldrig upphörande ström. Framåt tvåtiden syns någon enstaka vitklädd människa gå in i fikarummet, plocka fram nattens mat ur en liten kasse med den paradoxala texten ”Today’s lunch” och för första gången sedan passet började sätta sig ner en stund, kanske en hel kvart. En efter en kommer man att smita in i fikarummet för lite påfyllning av energi när tillfälle ges. För en del kommer klockan bli fem innan det tillfället kommer.

Inne på läkarexpeditionen pågår flera diskussioner, sinsemellan, med husjourer och jourer på andra sjukhus. Någon får ett lugnande besked från en äldre kollega, ”Ingen fara, du kan skicka hem honom.” och går för att meddela mannen med svullet underben att han får komma tillbaka i mor-gon för ett ultraljud men nu i natt kan han åka hem och sova. Någon blir uppringd och får besked om att en plats blivit ledig på ett sjukhus på andra sidan länet och

börjar fundera på vilken patient som är lämpligast att skicka dit. Samtidigt i en hörna sitter någon och dikterar, någon som kommer få en hel del punkter i sin anteckning eftersom orden drunknar i bakgrundssorlet med jämna mellanrum och kommer vara omöjliga för en sekreterare att uppfatta. I korridoren rör sig sjuk-sköterskor fram och tillbaka mellan disken, rummen och patienterna i korridoren. Tar prover och ger läkemedel. Samtalar med läkare och ringer avdelningar. Svarar på frågor. Tar fler prover och ger mer läkemedel. Undersköterskor rör sig i samma mönster. Hjälper på toa. Gipsar. Svarar på frågor. Sätter kateter. Fixar fika. Svarar i telefon. Hjälper till att klä av. Hjälper till att klä på. Och springer på ringningar från rummen i ett. Högst delaktiga men ändå avskilda sitter sekreterare på sina olika platser. Ser till att allt som ska dokumenteras och administreras blir gjort. Skriver diktat efter diktat med mumlande, smaskande, suckande läkare i öronen. Svarar i telefon. Lagar etikett-skrivare. Svarar på frågor. Skickar papper till hela länet och halva Sverige. Registrerar allt möjligt i tusen system. Och får ändå höra då och då att de bara sitter där.

Allt rullar på. Tempot är hiskeligt för alla i vitt, men för väntande patienter går tiden långsamt. Det går emellertid ändå framåt. Man börjar se en ljusning, börjar sakta komma ikapp. Om det inte händer något nu kan resten av natten bli ganska hyfsad ändå. Aldrig skulle man ha tänkt tanken. Larmtelefonen ringer. ”Man född -49. KOL. Nu bröstsmärta och andningssvårigheter sedan i går kväll. Gröna parametrar på tio liter. Kommer om fyra minuter.” Dörren till akutrummet öppnas och fem olika personer försvinner dit in från sina ordinarie positioner. Uppgiften de lämnade kommer vänta på dem tills de kommer ut från akutrummet igen. Alla gör det de ska, förbereder på olika sätt inför patientens ankomst. Det småpratas lite. Om någon serie någon sett som inte var bra. Om någon som ska resa iväg snart. Någon som är kissnödig och chansar på att hinna gå på toa innan patienten kommer. Resultatet i fotbollsmatchen som ingen har hunnit se mer än fragment i förbifarten av. Det blev visst förlängning. Så rullar ambulansen in och mitt i oavslutade meningar blir det tyst, allt fokus riktas mot patienten. ”Alla här som ska vara här?” Ambulanspersonalen börjar sin rapport. Samtidigt påbörjas ett arbete där var och en iakttar och lyssnar uppmärksamt på de punkter som är viktiga för respektive uppgift. När patienten lyfts över från båren till vår brits är han redan registrerad i alla våra system, hans andningsfrekvens är noterad och läkaren har en första uppfattning om läget. Några minuter senare är blodgasen på väg att analyseras, nya vital-parametrar lyser gröna på skärmarna och med en nick mot sekreteraren skickar läkaren en remiss för lungröntgen samtidigt som provrör efter provrör fylls med blod. Snart kan patienten stoppas om med en gul landstingsfilt och efter någon halvtimme rullas han in på ett rum och blir ännu en av alla de som ska dela på vår uppmärksamhet. Om några timmar kommer även han att undra hur länge han ska behöva vänta, han kom ju faktiskt in akut med ambulans.

Kort därefter ringer larmtelefonen igen. ”Intox på akutrummet om tre minuter. Ung kvinna som tagit tabletter och alkohol.” Samma människor samlas, samma procedur som förut och många, många gånger innan dess. Läkaren undrar vilken sorts tabletter det var men det vet man inte. Börjar fundera på om hon kan gå direkt från akutrummet till avdelning för att inte belasta teamen ytterligare. Någon berättar att förlängningen gick till straffar, men ”fel lag vann” muttrar någon annan. Så hörs ljudet av en rullande bår och två par stadiga skor i rask takt. Igenkännande nickningar gröna och vita människor emellan. Sorlet som tystnar. ”Då så, då kommer vi med Evelina som har tagit diverse tabletter, druckit vin och eventuellt en del annan sprit i kväll.” Doktorn avbryter, frågar vilken sorts tabletter men det är oklart. ”Vi hittade en del tomma kartor men har inte kunnat få något svar på om det är detta hon tagit eller inte.” Tablettkartorna läggs på podiet, läk-aren läser på dem och när patienten har lagts

över på britsen börjar hundra frågor för att försöka bena ut vad hon har tagit, hur mycket, när och varför. Men några direkta svar fås inte. Hon vill inte dö, hon vill bara inte leva heller.

Ytterligare några larm kommer under nattens gång. Den ständiga strömmen av personal fram och åter i korridorerna fortsätter. Patienters och anhörigas frågor, klagomål och önskningar fortsätter. Allt fortsätter. En upprörd dam stoppar en trött sjuksköterska. ”Ni bara springer, vet du det? Ni bara springer fram och tillbaka men ni hjälper inte någon.” Någoting inom den sjuksköterskan är på väg att brista när hon hör de orden men hon behärskar sig, förklarar snabbt att vi jobbar så fort vi kan men att det är jättemycket just i natt och sedan hastar hon vidare. Tänker frustrerat för sig själv ”Det är klart att vi springer, annars skulle vi ju inte hinna med någonting!” Någonstans under natten är det någon som går runt med en godispåse och det är förunderligt vad några små godis-bitar kan göra med stressad, upptagen, frustrerad och trött sjukvårdspersonal. En och annan har karaktär och tackar nej, men de flesta skiner upp och blir oproportionerligt glada för en bit lakrits, en seg råtta eller ett par geléhallon. De sekunder det tar att på vägen till nästa patient knapra i sig ett par sockerfyllda bitar blir en glad påminnelse om att livet är ganska gott ändå.

För livet är det vi har runt oss hela tiden och när det vi har runt oss är sjukdom, skador, lidande och klagande kan det vara svårt att komma ihåg att livet är mer än så. Lätt att mitt i stressen glömma att det finns en människa bakom varje sökorsak, personnummer och ansikte. Svårt ibland att stanna upp, om så bara för en liten stund, och verkligen se människan. Se den man har framför sig som mer än anamnes och status. Lyssna på mer än hjärta och lungor. Röra vid någon av om-tanke och inte bara för att palpera buken. Lätt att glömma att var och en av oss som vistas här i natt är en människa, ett liv. Att alla har något de lämnade hemma, såväl personal som patienter. Farbror på rum 3 har fyra barn och tio barnbarn men ingen av dem har hälsat på det senaste året. Han tänker där han ligger ensam i sin säng att han lika gärna kan dö eftersom ingen skulle sakna honom. Undersköterskan som tog EKG på mannen med bröstsmärta missade sin sons fotbolls-match än en gång och plågas av dåligt samvete natten igenom. Flickan som bröt sin arm på studs-mattan har föräldrar som bara bråkar och hon tänker att de måste bli sams nu när hon är skadad. Killen med ögonbrynet älskar sin hockey men ser inte fram emot att träffa flickvännen nästa dag som alltid tjarar om att det är farligt. Sjuksköterskan som hjälper till att sy hans sår fick under da-gen veta att hon har fått en lägenhet i staden dit hon flyttar om några månader och glädjen hon känner för det och för att få ett annat jobb går inte att ta miste på. Tjejen som trillat av hästen rider bara för sin mammas skull och har velat sluta senaste året. När de kommer hem i morgon ska hon säga det till henne. Killen med flanksmärta tänker på att han ska bli pappa om några månader, att han har hört att njursten ska göra lika ont som att föda barn och att han efter detta beundrar sin fru ännu mer för vad hon ska gå igenom. Kvinnan som kom in med dyspné är så trött på sitt jobb som lärare att hon nästan önskar sig någon liten sjukdom så att hon kan få komma bort från skolan, åtminstone ett par dagar. Sekreteraren som skriver diktatet om den misshandlade tjejen blir illa berörd när läkaren i lurarna räknar upp skadorna och hur de har tillfogats patienten, och hon tänker att hon ska vara lite mindre hård mot sin man i fortsättningen, han är ändå en väldigt snäll och bra man. Läkaren som fick en ledig plats på sjukhuset på andra sidan länet tänker på sin egna gamla mamma och att hon borde hälsa på henne snart när hon berättar för den gamla damen som har legat i korridoren hela dagen att hon ska få åka taxi mitt i natten till ett sjukhus många mil bort. Den dikterande läkaren i hörnan har sjuka barn hemma och mumlar i diktafonen mest för att hans tankar gång på gång återvänder till dem där hemma. Han vill ringa sin fru för att kolla läget men samtidigt inte väcka henne om de äntligen har fått somna. Mannen med KOL har ett eget företag som tar mycket tid. När han ligger där och väntar bestämmer han sig för att det är dags att lämna över företaget till sonen

och börja spela mer golf istället, innan det är för sent. Läkaren på intoxlarmeret som var så angelägen om att få veta vilken sorts tabletter tjejen hade tagit gör en av sina första nätter på akuten som färdigutbildad läkare och tänker febrilt inför varje uppgift på vad han har lärt sig och på att allt måste bli rätt. Han kommer att vara helt slut när han kommer hem. Kvinnan med yrsel har blivit inlagd, man såg en förändring på CT skalle och hon grubblar över vad det kan vara. Den äldre herren med dyspné ligger stilla invid väggen i korridoren och väntar på en plats på en avdelning. Mannen med bröstsmärta har fått gå hem, det var visst ingenting. En sekreterare öppnar ännu ett diktat och ler när hon tänker på vad som väntar henne när hon kommer hem medan en sjuksköterska går med ännu en blodgas och i tysthet faller en tår. Sambon flyttade ut i går och hon ser inte fram emot att komma hem till ett öde hus.

Det börjar ljusna ute och natten går mot sitt slut. Snart är det vår tur att i omklädningsrummet möta kollegor och berätta om hur passet har varit, lägga stetoskop, sax och pennor på hyllan, knäppa jackan och vira halsduken ett extra varv för att gå hem och krypa ner i sängen när alla andra börjar sin arbetsdag. Hon som är gammal och erfaren har gjort ett gott jobb. Han som är ung och oerfaren har gjort så gott han har kunnat. Tillsammans har vi alla tagit oss igenom den här natten. Patienter och anhöriga har passerat genom våra händer, och vi har passerat genom deras tillvaro. För en kort stund var vi delar i varandras liv. Kanske var vi bara ännu en vitklädd person som sprang och ännu en patient i mängden, kanske såg vi varandra åtminstone för en sekund genom den andras ögon som de människor vi är. Under tio timmar korsades våra vägar inom det som ryms på en akutmottagning från solnedgång till soluppgång. Hundra liv, en natt.

Fasaden

av Olivia Landén

Jag är AT-läkare i Jönköping och jag har använt skrivande som ett sätt att hantera och förstå mig själv och världen vi lever i, ända sen jag var liten. Den här texten är inte självbiografisk i strikt mening men sen jag började arbeta kliniskt har jag blivit mer uppmärksam på vilka sidor vi väljer att visa upp, och vad som krävs för att vi ska släppa garden mot varandra.

Jag har en lysande vit bussarong på mig idag. Den måste vara helt ny för den är stel och stram i tyget och inte mjuk och urtvättad som de andra. Stetoskopet ligger i fickan på framsidan och min namnskylt är blå med en liten tecknad giraff.

När jag ser henne i väntrummet blir jag påmind om vad en av föreläsarna sa innan vi tog examen från läkarutbildningen; *“Kom ihåg att för många av era patienter är mötet med er det viktigaste som hänt dem den månaden.”*

Jag har egentligen redan bestämt mig för vad hennes problem är. I boken står det ’huvudvärk och hjärtklappning’, hon är 36 år och i journalen har jag läst att hon har tre barn. Det känns som om jag har utarbetade trebarnsmammor med ångest och hjärtklappning varje dag hos mig på vårdcentralen. Ett barn går oftast bra, två fungerar för det mesta, men tre barn, där tar det stopp.

Jag har läst att hon är utbildad ekonom och det stämmer med mina tankegångar. Högutbildad. Prestationsinriktad. När jag ser henne sitta i väntrummet har jag diagnosen klar. Hon har en mörkblå kavaj som ser dyr ut, en vit blus och smala vita byxor. Fina ansiktsdrag, och man kan se att hon har ansträngt sig med håret och sminket. Några väl valda ringar på fingrarna, en märkesklocka och ett diskret halsband. Det är snyggt. Hon har byggt upp sin fasad noggrant idag. Ett försiktigt leende när jag presenterar mig och tar hennes hand. Redan där kan jag känna en liten darning. Som en fågelunges snabba, svaga hjärtslag mot handflatan.

Jag öppnar som vanligt. ”Vad kan jag hjälpa dig med idag?” Jag är lugn och avslappnad. Nästa patient har avbokat och vi har gott om tid.

”Joooo...” Hon tittar ner på sina ringar och stavelsen hänger tvekande mellan oss i den torra landstingsluften.

Sen rasar fasaden, bit för bit. Hon pratar om huvudvärken. Om hjärtklappningarna. Om hur det sticker och domnar i fingrarna. Om magsmärtan. Om mardrömmarna. Om tankarna som snurrar på efternatten, när ingen är vaken förutom hon. Om vilken dålig mamma hon är. Om hur hon funderat på skilsmässa bara för att få lite lugn och ro varannan vecka. Om hur ensam hon är.

Jag säger inte mycket. Jag antecknar lite grann och hummar sympatiserande. Jag frågar henne när hon senast prioriterade sina egna behov. Hon skrattar till, bittert. Jag frågar henne om hon pratat med sin man om hur hon känner sig. Hon skakar på huvudet, sorgset. När fasaden ligger i en liten hög vid hennes fötter gråter hon och smetar ut mascara. Jag är förberedd och ger henne en näsduk. Jag undersöker henne pliktskyldigast, ger henne numret till vår kurator och uppmanar henne att ringa dit. Jag betonar att hon måste börja prioritera sig själv. Be om hjälp. Inse att hon inte är övermänsklig. Förlåta sig själv. Jag ger henne en broschyr som förklarar varför man får kroppsliga symtom vid stress. När hon går därifrån tackar hon mig för att jag lyssnade, kollar sig snabbt i spegeln för att torka bort sminket som runnit ner på kinden, och rätar på ryggen.

Jag måste jobba över en timma och ringer till dagis för att berätta att jag blir sen. Igen. Jag får en klump i magen när jag hör deras väl dolda suck. Jag lämnade barnen under gråt och skrik i morse; Edwin vägrade att äta frukost och Ellie fick ett raseriutbrott för att hon inte fick ha på sig sin favoritklänning. Simon är nästan alltid sist kvar på fritids. Jag vet att han tycker om det eftersom han då ibland får en glass av personalen och får sitta och läsa sagor med dem i lugn

och ro, men hans besvikna blick när jag kommer sent gör att jag vill gråta. Min man är borta på affärsresa och jag kommer inte hinna laga mat idag så det får bli yoghurt och mackor till middag. Igen. Jag vet att läggningen kommer bli en mardröm, eftersom Edwin är inne i en sådan där trotsfas som aldrig vill ta slut. Jag kommer inte hinna kolla Simons läxor och han kommer att gå och lägga sig obemärkt medan jag har fullt upp med hans gråtande och skrikande småsyskon. Kanske att jag hinner med en godnattkram innan han försvinner. Sedan kommer jag ligga i sängen och inte kunna sova, med huvudet fullt av morgondagens måsten och undra om jag kommer drömma den där drömmen igen, som gör att jag vaknar gråtandes med hjärklappning. Den där drömmen där alla jag känner sitter på ett tåg, jag springer bredvid på perrongen och försöker hinna ikapp, men oavsett hur snabbt jag springer är det inte tillräckligt och tåget försvinner längre och längre bort.

Jag stänger av datorn och drar av mig bussarongen. Det stela tyget gör att huvudet fastnar och jag kämpar för att ta mig loss. Jag sitter fast. Hur mycket jag än sliter och drar, blir jag inte fri. När slutligen det lysande vita tyget ligger i en hög vid mina fötter suckar jag, klär på mig mina vanliga kläder, upptäcker och struntar i en grötfläck på tröjan och släcker ljuset på mitt undersökningsrum.

Yggdrasil
an American doctor, a Swedish hospital, a Syrian patient
av Anamaria Whitmer-Jacobsson

There is an atrium at the center of the maternity ward in Varberg, Sweden. A hospital built in the late 60s. Scandinavian modern design invites minimalistic decòr and advanced technology, without breaking the bank. Things are sleek and basic here. Tonight only low risk midwife births are registered on the huge white board. I am drinking tea in the staff room before I attempt a few hours sleep in the basement on-call-cubby. Its cold down there and the roof leaks in the personnel corridor.

I could stay and offer extra hands, even if mine are skilled in slightly different arts. If I remain aware of my professional bias towards pathology, my overly tuned desire to be of service and my experiential reference for complicated births, I can keep my interventions to a minimum. But this would demand stringent mindfulness, which is hard to produce for long periods of time in the middle of the night. I need complications or an emergency to be at my best night time. There is pure focus to be found here for me among the intellectual gymnastics and adrenaline; an ability to channel health to my patient with clarity. Yes I do well in an emergency. Most birth is not an emergency. I am gifted with them mainly during the day. I keep drinking my tea with the midwives.

And then it comes ...the harsh ringing sound from their pockets. Mine is quiet. As they rush to leave I aim my gaze at the warden tree I know stands in the middle of the now dark atrium. In Scandinavian mythology, old great trees were believed to have protective qualities connected to birth and death. Most yards have planted central trees. Our atrium has a poorly chosen magnolia, not intended for this climate, stone dead for several years now. I keep waiting for new life to sprout from the roots. It's a long wait.

The head midwife returns, there are now suddenly two pathological fetal heart traces, an arrested crowning and the ambulance transporting a mother whose husband had mistakenly had a glass of wine for dinner and could not drive her to the hospital. Swedish zero tolerance for driving under the influence not to be toyed with under any circumstances. And once again what shall we do with room 5, our Syrian mother.

She leaves her report as we both look out the window. She knows me. She waits, seconds or minutes. Many Swedes speak silence fluently. Swedish itself has fewer words than English, more space. I'm searching for the scaffolding of the dead magnolia, sure it will condense my prioritizing. I still can't see that tree and until I can I don't expect I will be able to see those patients' needs clearly either.

My eyes continue to focus, a mainly internal process of becoming exquisitely still. Why does a dead tree have leaves? I turn around and ask, "When did we change the tree? It's an ash tree isn't it?" She shrugs. "Yggdrasil the Nordic tree of life is an ash." She is unimpressed, but I am rejuvenated. This is the tree that carries and surrounds the world, the tree the gods held conference under and the Fates watered. Someone has chosen to plant this tree here. I can see it clearly with my beginner's mind and my night vision. We're ready for patients, about two minutes later than hoped, but with magnified focus. We have saved time.

We laugh about the ambulance. That will be a big bill for the parents to pay. I shake my head about the Syrian; not yet. I authorize more Oxytocin for the crowning. I take a scalp sampling from another baby, emptying the bladder with a catheter while waiting for the results and then quickly assisting her delivery with a surprisingly gentle vacuum traction. Moving from room to room. Allowing my hand to rest very still on each patient's body as we meet, setting the expectation of grounded contact. No matter the quick moves in between.

And then we are at room 5. These are the first two years of the Syrian conflict and we have yet to understand. Three years later the picture will have focused. My patient is seeking asylum. Her English is excellent. She has no family or friends in Sweden and no one has accompanied her from the migration agency's housing project. Her husband is in Germany awaiting papers. Pregnant she has escaped alone from Syria. A passing nurse mumbles something about rape, but hurries on before I have a full report. We are all empty handed we fear. My choice is to stand witness. But I worry that I will lose my clinical compass, if her dilemma is too unmerciful

I enter her room. She is crying softly, there is no one there. The midwife, and practical nurse are busy elsewhere. My sternum is heavy, even as my gloved hand probes the soft curves of her womb trying to understand. She begs for a cesarean. I fear we will not find another way for this baby. How can she bring it forth without her people to hold her? She asks again. I say yes. I say yes to whatever she would suggest, as I know not what would be of service for a woman in this situation. Medically it is an adequate choice at this moment, but not my usual turning over of every stone. I watch the loneliness in her spread out like a desert over the bed. Who will take care of her after the cesarean? It is better to give birth vaginally, I think. She and the baby are safe. We wait two more hours.

The loneliness is still filling the room and I can't leave until I address that. In my mind I wonder if I am trying to create refuge with surgery. I ask about her husband again. I do not ask about her parents and siblings, knowing the answer may be more than she can bear. This is a lesson I have learned the hard way. I ask about the child, attempting to paint a family circle in this way, no matter the status of the siblings or parents. She pauses.

Two hours is a long time to wait. She has surprisingly little pain despite the high dose Oxytocin drip. "What do you usually do when you feel scared or alone?" No answer. "Do you have a special place to visit in your imagination?" She shakes her head. "Do you know any poems, prayers?" No poems. We are quiet together. Finally I surprise myself suggesting "You could sing a lullaby from your childhood. The baby will hear it." She becomes stiff and I feel a fool. Why would I suggest such a trivial action as a surrogate for the enormous loss of her family? I must have lost sight of that ash tree. I am making matters worse. I smile apologetically, give her hand a squeeze and promise to return. I hurry to the operating room. Sometimes I am not still enough when I bear witness.

I perform another surgical delivery while she waits. Her midwife informs me that now the cervix has begun to swell. We prepare her for surgery and thinking of my previous foolishness I squirm internally. Even I need my own compassion. It is late.

I am dressed in new green scrubs and watch the anesthesiologist over my mask. This is a repeat. We were here an hour ago with another patient. We don't need new words. But our eyes are warm and serious towards each other and they rest there for a moment longer than needed. This young man is a cold-water surfer; his shoulders could carry the world and he

moves with the ease of someone who understands flow. Kindness follows him unexpectedly not accustomed to his beauty either. The patient is in his youthful care now.

His palm on her cheek, he asks. "Are you scared?" His English is strong and she nods, continuing to cry. "Of course you are." he says mirroring her gestures. "That is why we are here. All of us." His eyes make slow contact with each and everyone of us in the room. Business stops for a moment even before our checklist is read. "We are here for you and we are not going to leave you." The silence is enormous and I can almost feel my heart expand back into the space it had left earlier. By the stillness I conclude no one wonders if it is really appropriate to say something like this, no one cites professional distance, false hopes. We simply feel the meaningfulness. He is my hero.

He orders the table lowered, so that I will not need to be uncomfortable and folds his own long body forward instead. I hold the scalpel and begin the quick incision, drawing a soft curve on her lower belly. The crying continues and the child moves wildly below the skin and muscles. Not a perfect day. No I do not feel at ease in this particular operation. Couldn't we have offered her this security before the operating room? Why are we so few at times? But we are here now and I quickly loose myself in the flow of my art. Pulling the abdomen open and separating the tissues with my gloved hands. Finally the smooth uterus is clear and there is a space between the thick layers of body we have drawn aside. I scratch a tiny smile on the uterine wall. My finger presses down. The tissue separates along the line I have etched as I move my index fingers wide. My thin hand reaches behind the pubic bone to slide down down into the deeper pelvis above the swollen cervix and cup around the child's head. I lift up towards maternal ribs, then tip the head to the side and strongly pull it through the incision. There is a moment to dislodge the shoulders. The child is out, waiting on the mothers legs for the cord to finish pulsating. Loosing patience as the placenta bleeds profusely, I milk the cord blood over to the baby, separating the child and mother. The rest follows easily as I attempt to replace all, exactly as I found it.

I have forgotten Syria, my hero, my exhaustion. There are only my fingers, the tissue and intention. Then there is singing. I hear a haunting melody wafting up from behind the blue curtain. A clear new voice is bringing a lullaby into our operating room. No, she will never leave us now. She is as clearly a part of belonging to us as we are to her. The ash tree still carries the world; we must just remember to notice it.

Debriefing

av Evelina Rosenqvist

För mig har alltid böcker och text varit det största intresset. Läraryrket har ett annat fokus, men det går inte att komma ifrån likheterna mellan läkekonsten och litteraturen, som båda berör alla människor i alla situationer i alla tider. Efter att precis ha blivit klar med min AT på ett medelstort sjukhus är nu framtidsplanen internmedicin på ett universitetssjukhus.

Kan du se det?

Fält som redan blivit skördade smälter in i varandra. Den lätta dimman som uppstår de här höstdagarna med hög, klar morgonluft, och rådjuren som står och betar mitt i den försvinner snabbt ur blicken när tåget rusar förbi. Försenat. Tåget ut från AT-orten med regionssjukhuset till vårdcentralen på landet. Mottagningsrummet med egna undersökningsinstrument, egna beslut. Patienter som väntar i väntrummet, svar som ramlar in i signeringskorgen. Resan som måste planeras, röntgensvaret pappa väntar på. Få det ur händerna, bara få det ur händerna så att du kan hinna med tåget tillbaka. Det snabba tåget, det snabba livet. Kliver ut på perrongen, spår 4, som en pil på en spänd bågsträng. Du är åtminstone ung och stark, och vad skulle kunna hända. Skyndar genom byns gator där någon enstaka hund och människa promenerar runt hörnet. Mot omklädningsrummet och morgonmötet som du kommer missa.

Ibland finns det i luften. Man går in i ett rum, hinner se ett par ryggar vända mot en, men förstår att de man möter precis har bråkat. Eller patienten som man träffar och bara får en aning, trots att det egentligen inte finns något objektivt att gå på. Sedan visar röntgensvaret cancerliknande förändring, eller proverna misstanke på alkoholmissbruk. Som ett sjätte sinne, om det hade kommit från ingenstans. Men det har det förstås inte, utan av allt man läst, alla man träffat som bildat ens lilla bank av erfarenhet. Och det är väl den där erfarenheten som gör att man kan driva primärvård med kvartslånga besök. Från akuten hade AT-läkaren ofta skickat hem patienter med orden ”du får söka din vårdcentral om det inte blir bättre”. Oftast när man inte hade någon aning alls om vad som var fel, bara att patienten var orolig över det och att det troligtvis inte skulle bli bättre. Sen helt plötsligt sitter man där själv och det finns ingen annanstans att hänvisa till. Och inte alltid så mycket man kunde lova att göra heller. På något sätt klarade personalen det, de flesta hade till och med varit på vårdcentralen i många, många år. Ingen blev rädd när AT-läkaren kom och frågade dem om en patient som var extra besvärlig att handlägga, tvärtom kom de ofta in och hjälpte till. Vågade mötas, när man inte kunde erbjuda så mycket mer än själva mötet. Förutom erfarenheten var det väl vad det handlade om. Och att alltid ha misstanken i bakhuvudet, *a high index of suspicion*, som läroböckerna kallar det. För man vet att det är så mycket som glider en förbi, som man aldrig lyckas ana. Ibland märker man inte alls vad som finns i luften.

Första patienten var en man som AT-läkaren hade träffat tidigare. Ramlat och skadat axeln i en sån där fallolycka som man nästan undrade om det fanns någon omedveten tanke bakom, käpprätt fall in i ett av stegen i en stentrappa utan att ha reagerat snabbt nog för att ta emot sig med händerna. Första veckan på jobbet efter en lång tids sjukskrivning för helt andra problem. Muskelskada som nog skulle bli helt bra inom några få veckor, men som för närvarande gjorde det svårt att lyfta eller klä på den hypotetiska Agda, 85, på äldreboendet där han var undersköterska. Eftersom det hade gått mindre än 90 dagar sedan förra sjukskrivningen skulle han dock nu jämföras med hela arbetsmarknaden, och någon ivrig handläggare hade ringt honom och sagt att han kanske redan nu skulle säga upp sig från jobbet för att göra sig tillgänglig. Fast så värst många jobb fanns det väl kanske inte på den lilla orten. Och åtminstone inget jobb där Agda, 85, kunde bli glad för en liten blomma på kaffebrickan eller lycklig de dagar han tog med sin hund.

Inte för att en 50-årig man med kulmage och tatueringar över hela underarmarna gärna visade sig ledsen i onödan, men man märkte ändå oron. Kanske satt delar av den i axeln, eftersom han ryckte till så fort man rörde vid den.

Den andra patienten var en kvinna med en hudförändring som inte såg ut som något farligt men satt olägligt till och därför skulle skäras bort. Det blev ett sådant där besök där man inte behöver diskutera något på djupet, utan bara kan skoja och skämta. Som tur var såg inte patienten de strida strömmar av blod som den assisterande undersköterskan torkade upp innan de hann rinna ner för ryggen, medan AT-läkaren något blek i ansiktet sydde igen såret så snabbt det gick.

Förmiddagsfika. Eftermiddagsfika. Först hade de inbokade rasterna känts som stora gap i schemat. Skulle verkligen samtliga ur personalen bara slå igen sina dörrar för att sitta och dricka kaffe och prata i vad som kändes som en evighet? På sjukhuset fick man fika när det fanns tid. Ibland inte alls, ibland långa stunder, beroende på dagens arbetsbörda. Men här behövdes visst en hel timmes inplanerat fika per dag? Redan efter två veckor på vårdcentralen insåg AT-läkaren att det faktiskt behövdes, och att det inte fanns mycket att invända. Även om det fanns läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor, sekreterare och arbetsterapeuter samlade i samma korridorer kunde det faktiskt bli ganska ensamt på mottagningsrummen. Inte bara för den sociala aspekten, utan också för att det var mycket man funderade på som kändes svårt på det egna rummet, men lätt när man fick diskutera det med någon annan över en kopp kaffe. Personalen här kände varandra också så väl att de visste precis var de skulle vända sig med vilken frågeställning. Och kanske ännu viktigare vem som bäst kunde muntra upp en i en viss situation.

Idag gick sorlet ganska högt i fikarummet, som låg i en backe, så att man åt ena hållet såg ut över en samling träd och häckar vid en parkeringsplats, och genom fönstergluggarna på väggen intill mest såg gräsmattan och ibland några fötter som vandrade förbi. På något sätt hade man lyckats göra det väldigt trevligt ändå, med färgglada dukar och växter som den ena sjukgymnasten hade tagit på sig att sköta om och hålla vid liv. AT-läkaren ställde sig i kön till kaffemaskinen, märkte inte riktigt vilka som stod framför. Det kändes som en helt vanlig dag. Efter två månader hade man äntligen lärt sig vad en vanlig dag var just här. På sjukhuset hade man fått byta arbetsplats för veckan så ofta att det knappt fanns några vanliga dagar. En mjuk hand landade plötsligt på AT-läkarens axel.

- Hade du hört vad som hände igår? Det var en sjuksköterska, han med stort burrligt hår, som frågade.
- Jaha, nej, jag var ju borta i går. En kurs inne på sjukhuset som vi måste gå.
- Okej, ja så kanske det var. Jag tänkte det var viktigt att alla visste i alla fall...
- Visste vad då?
- Petra blev sjuk.
- Okej...

Kanske var man lite mer förberedd på en sådan nyhet just nu, för bara en vecka tidigare hade de fått ringa in ambulans för receptarien som hade svimmat i entrén och var helt groggy efteråt. Det verkade mest ha rört sig om blodtrycksfall efter en stressig dag utan lunch, men man fick ju ta det säkra före det osäkra. AT-läkaren hade förstås suttit på sitt välisolerade rum då och inte märkt något av kalabaliken. Ironiskt nog när akutsituationer var något man kände sig mer trygg med efter året på sjukhuset än till synes lätta saker, som öroninflammationer eller ryggont.

- Vad var det som hade hänt då?

- Hon... hon fick åka in med ambulans. Egentligen var hon redan medvetslös när den kom. Det var en massiv hjärnblödning så de sen. Hon ligger intuberad och nedsövd nu. På intensivvården.
- Oj! Okej... Så, de skulle inte operera henne då?
- Nej, eller, jag har inte hört något om det.
- Och inte flytta till universitetssjukhuset heller?
- Nej, hon var kvar här nu då i alla fall. Får se vad som händer.
- Okej.

Ironiskt nog vet man då precis vad man kan vänta sig vid sjukdomar som gäller liv och död, fastän man inte ens vet vad man ska förvänta sig hos någon med en vanlig förkylning.

AT-läkaren satte sig i den mindre av sofforna. Personalen runt omkring pratade om något helt annat och snart var tankarna också inne i det. Men när det snart var dags att gå tillbaka bad chefen om allas uppmärksamhet.

- Jag ville bara säga att det blir ett möte efter lunch idag, istället för den vanliga arbetsplatsträffen ska vi prata om det som hände igår med Petra. Det blev en väldigt bra handläggning igår när det var som mest akut, och jag vet att ni hanterade det bra.

Återbesök för högt blodtryck, återbesök för diabetes. Tänkte på det en del. Nybesök för magbesvär. Tänkte inte på det alls. Lunchen, med tankarna kvar i dagens besök, men något i bakhuvudet som ville göra sig påmint. Under de två månaderna hade AT-läkaren sett Petra varje dag, men pratat med henne bara någon gång per vecka. En rak och lite kantig kvinna i 50-årsåldern, när civilklädd alltid i stora stickade tröjor som liksom lindade in de hårda hörnen. Likadant med personligheten. Norrländskan och vandringarna i skogen, att hon liksom drog sig undan lite ibland och kunde komma med någon bits kommentar som alla skrattade åt lindades in av sjuksköterskerollen och den vardagliga samvaron. Barnen bodde långt bort, men hon hade ju sin man. Frågade man något hade hon alltid tid, även om hon inte bjöd in till samtal. Såg hon sjuk ut? Hade man lagt märke till något, något som inte var efterhandskonstruktioner. Nej, egentligen inte. Lite ledsen ibland kanske, eller kanske bara trött.

Fikarummet började fyllas på av de olika personalkategorierna när det var dags för mötet. Tydligt var några där från företagshälsovården också, några som hade mer erfarenhet av liknande situationer. När alla var samlade tog chefen till orda. Det var organiserat och tydligt, men mänskligt, som alltid med henne.

- Vi har försökt att informationen ska nå ut till alla som är här, och nu ses vi alltså för att prata om det som hände igår. De av er som var inblandade sågs ju redan igår strax efter att det hänt, som ett debriefingmöte, men jag ville att vi alla skulle få prata igenom det. Som ni vet blev ju Petra Haug sjuk under gårdagen, hon hittades medvetslös i sköljrummet. Ann-Mari och Karin hittade henne och började med akuta åtgärder, och Hamid var snart också där. Sedan var det flera andra som hjälpte till medan vi väntade på ambulansen. Det dröjde ju inte lång tid innan hon fick åka in till regionssjukhuset. Vi har inga definitiva besked än, men jag har haft kontakt med hennes man Ulf. Röntgen visade alltså en stor hjärnblödning, troligtvis ett sprucket aneurysm på ett kärl i hjärnan. Den satt så till att man inte kunde operera, och nu ligger hon alltså nedsövd inne på sjukhuset. Ulf var ju såklart chockad, men han hälsade att han var så tacksam över den insats ni alla gjorde här. Han skulle höra av sig senare på eftermiddagen, när de hade haft möte med läkarna på intensivvården. Nu har vi två personer från företagshälsovården här med oss som är här för att hjälpa oss dels med det

praktiska runt omkring men också att få bearbeta vad som hänt. Jag tänkte att ni som var med först ska få berätta vad som hände och hur ni upplevde det.

Ann-Mari satt närmast chefen, på kanten av soffan. Hon var en äldre undersköterska som alltid hade ett småleende på läpparna och mer lyssnade än pratade själv. I början hade AT-läkaren tyckt att hon verkade lite fränkopplad från allt som hände och sades, men det var nog mest hennes lugna sätt. Hon tog till orda.

- Ja, vi kom ju upp från fiket igår eftermiddag, och Petra hade ju inte varit där, men så är det ju ibland, att man blir sen eller får jobba in rasten. Senast såg vi henne innan vi gick hit, och då var det inget konstigt. Sen hörde jag då att det kom snarkningar från sköljrummet, från bakom dörren. Först tänkte jag att någon låg där och sov, men nej, så kunde det ju inte vara förstås. Men kanske att en patient hade blivit dålig och låg därinne. Man kunde liksom inte koppla... Så jag hämtade Karin om vi skulle behöva vara flera. Men inte kunde jag tro att det var Petra som låg därinne. Och sen hjälpte vi henne till ambulansen kom.

Hela tiden det där småleendet, och de lugna ögonen. Ann-Mari och Petra hade arbetat tillsammans i över tio år på vårdcentralen, och känt varandra långt dessförinnan när de båda var nya i området.

Sen blev det Karins tur att prata. Hon var en nyexaminerad sjuksköterska som kom från trakten men bara hade jobbat på vårdcentralen några månader.

- Vi fick en sån chock när vi såg att det var Petra. Och som hon såg ut, hopsjunkin mot en vägg. Och hon hade kräcks ner sig alldeles. Hon var medvetlös då redan, hon svarade inte alls. Det var så trångt därinne, vi försökte lyfta ut henne. Jag sprang och hämtade akutvagnen och bad Hamid komma, han var närmast. Vi gjorde akuthandläggningen, jag satte nålar. Pulsen var normal men blodtrycket var ganska högt. Ett tag tappade hon nästan luftvägen. Vi hittade inte sakerna vi skulle behöva då. Men sen kom hon tillbaka. I andningen alltså.

Det blev tyst. Susanne, en av sjukgymnasterna, grät öppet. Läkarna stod samlade i ett hörn, flera stod. AT-läkarens handledare fingrade på sitt halsband. Specialisten som arbetat där längst såg sammanbiten ut. Det var sällan han visade några känslor. Chefen fick be Hamid, som var hyrläkare men ofta hade uppdrag på just den här vårdcentralen att berätta sin version. Han höll sig lite för sig själv, behövde kanske inte diskutera saker så ofta, men hade goda medicinska kunskaper.

- Ni hade redan hunnit en bit när jag kom, sa han. Det fanns egentligen inte så mycket att göra för mig, jag lyssnade på hjärtat, på lungorna. Tittade i pupillerna, den ena var ju förstörd. Kanske var hon lite svagare på ena sidan av kroppen.
- Ja, det tyckte vi också när vi hjälpte henne, sa Karin.

Några fler fick berätta om vad de hade upplevt. En undersköterska hade cyklat raka spåret till sin gamla mamma efter att arbetsdagen var slut, hon bodde ju ensam, och vem vet vad som skulle hända om det hände något. Sedan pratade en av personerna från företagshälsovården om enkla praktiska saker runt omkring, som man kanske inte hade tänkt på, men också om själva situationen. Hon hade själv blanka ögon.

- Jag har förstått att Petra var en uppskattad medarbetare här, och förutom att ni alla är ledsna för hennes skull väcker det ju såklart tankar om det som vi

alla som jobbar i vården vet – att oväntade saker kan hända så plötsligt. Man blir medveten om sin egen dödlighet. Samtidigt ska man inte ge upp hoppet. Sjukvården idag är fantastisk! Ni ska se att det går bättre än vad ni tror.

Den äldste av läkarna muttrade något och det bestämda draget kring hans mun djupnade. AT-läkaren tänkte många saker, men sa inget högt.

- Ja, sa en av sjuksköterskorna, faktiskt berättade jag det här för en vän igår kväll. Hennes man hade haft samma sak sa hon, nu körde han bil...

Plötsligt ljöd det som en skarp signal genom rummet, det ringde i en mobil. Chefen lyfte den, for upp och sprang ut ur rummet, snabbare än vad en chef brukar springa. Man hörde hur hon pratade längst bort i korridoren utan att någon kunde uppfatta orden. Nu hade flera tårar i ögonen.

- Hennes saker står kvar på hennes rum, sa en av sekreterarna. Jag undrar om vi borde ha plockat i ordning dem och skickat med dem igår.
- Nej, sa arbetsterapeuten, det kunde man ju inte tänka på. Inte i en sån situation.

Plötsligt hördes en skärande snyftning, nästan ett skrik, från längst bort i korridoren. Flera rusade dit. AT-läkaren ville, men blev stoppad av handledaren.

- Det är bra om det inte är för många.

Chefen kom in i rummet som när man läser en tidningsrubrik med dåliga nyheter. Personen från företagshälsovården bleknade.

- Det var Ulf, sade chefen. Hon stammade till efter meningen. Ibland såg hon mycket yngre ut än vad hon var.
- Nu hade de pratat med läkarna. De har förklarat henne hjärndöd.

En första stötvåg gick genom rummet.

- Hennes barn är på väg för att ta farväl, de vet inte hur illa det är än. Ikväll kommer de stänga av respiratorn.

Den andra stötvågen. Allt frös till is. Handledaren släppte händerna ut med sidorna, vände sig om och gick ut i köket. Den äldste läkaren tittade på de som samlats i rummet utan att blinka, såg bara lugn ut. Hade inte någon sagt att han också förlorat sin fru så här plötsligt, en gång för många år sedan?

Sjukgymnasten som grät hade begravt huvudet i händerna när beskedet kom. Sköterskan bredvid henne hade lagt armen omkring. Det var som små blommor som stiger upp ur snön om våren – en efter en, på spridda ställen i rummet, brast personalen ut i gråt. Vissa tyst, andra mer högljutt. Det var bara den äldste specialisten som inte hade tårar i ögonen, och så Ann-Mari. AT-läkaren hade stått upp, men satte sig ner. Tårarna hade funnits i ögonen ett bra tag, men plötsligt snörpte det också till i bröstet, och värkte i det där området i ländryggen. Sorgen och rädslan som tog fysisk form, satte sig i kroppen, som det kanske var för många av de patienter man träffade.

För visst kunde man sörja någon som man inte känt så väl? Sakna hennes närvaro? Tänka att det där skulle man nog fråga just henne om sedan på fikarasten, bara för att komma ihåg att man aldrig skulle få chansen. Och sörja över de andras sorg, märka av kärleken som fanns det. Ja, för visst var det just kärleken som fanns där, bakom arbetskläderna, bakom de professionella relationerna?

Efter en lång stund som kändes ännu längre pratades det igen, framför allt om vad som skulle hända nu. Chefen var åter chef, sa att det ju skulle bli en minnesstund såklart. De skulle samla ihop Petras grejer, och ta med dem till Ulf, det måste de, men det var det

förstås ingen brådska med. De måste också prata med personalen som inte var där just idag, alla måste få informationen. Och kanske för patienterna också när de kom, de som träffat Petra genom alla år. Den gamle gubben som ringde varje dag med sina funderingar och frågor, den enda underligare än den andra. Petra som alltid tog samtalet.

Plötsligt skrattade Ann-Mari till. Alla tittade på henne.

- Jag kommer sakna hennes pannkakor med ketchup. Vem äter ens det? Och om man kommer från norra Norrland? Varje torsdag åt hon det, sina pannkakor med ketchup.

Ann-Mari såg sig runt, mitt i tårarna var det ändå många som log. Åt det välbekanta, åt det de aldrig skulle glömma.

- Ja du, Petra Haug...

Kan du se det?

Bakom deras böjda huvuden letar de sig sakta in, de ljusa strålarna. Solen har rört sig runt huset, visar sig bakom dem, når fram genom träden som börjat skifta färg. Reflekteras i kopparna de håller i var dag, gula och gröna, i bordsskivan, i tårarna. Krukväxten i fönstret, som du inte lade märke till igår.

Stillheten i rummet. Personen som går förbi där ute på gatan. Och de vackra, vackra löven.

Rapport från danskt Balintmöte i Slagelse

av Henry Jablonski

Historiens har fört in Balintverksamheten under olika organisatoriska vingars beskydd i olika länder. Det finns både likheter och skillnader mellan Sverige och Danmark.

Vår svenska förening heter Svensk Förening för Medicinsk Psykologi och fanns långt innan Balintgrupper fanns i Sverige. Efter hand skrevs in i stadgarna att det skulle finnas en representant för Balintgrupper i styrelsen. Allteftersom annan medicinsk psykologi i medicinsk utbildning och fortbildning falnade så kom Balintverksamheten att alldeles ofrivilligt bli den dominerande delen av föreningens verksamhet sedan ett drygt 15-tal år tillbaka. Numera heter vi Svensk Förening för Medicinsk Psykologi – The Swedish Balint Society.

På liknande sätt har jag förstått att det är med den danska Balintverksamheten. Den är organiserad i Det Danske Selskab for Samtale og Supervision i Almen Praksis, som är en sammanslagning av det lilla danska Balintsällskapet och Bendix-sällskapet, ett sällskap som grundades av den psykiatern Torben Bendix och som syftade till att fortbilda och utveckla psykoterapeutisk kompetens för allmänpraktiker. Vår sydliga systerförening har liksom vi löst anonymiteten kring Balint-metoden genom att lägga till The Danish Balint Society. Läsning av föreningens historia <http://www.balintsociety.dk/index.php/om-sssap/selskabets-historie> fyller mig av respekt och beundran. Förutom Bendix har Sören Kaltoft, Lars Thorgaard och andra fortlöpande i skrift och gärning etablerat dynamisk handledning och Balintgrupparbete i dansk allmänläkarpraxis. Inget bör idealiseras, men det tycks mig som att det finns en god jordmån för mötet mellan dynamisk psykoanalytiskt orienterat psykoterapeutiskt synsätt, dynamisk psykiatri och allmänpraktik. Häri liknar Skåne och Danmark varandra mer än Skåne och övriga Sverige. Montesquieu kanske hade rätt: Vi blir stelare ju kallare det blir....

I Danmark finns en tradition av kollegiala samtals- och samrådsgrupper för allmänpraktiker, så kallade Tollman-grupper, som sedan länge varit ägnade att öka utbytet och minska isoleringen för allmänpraktiker, som ju oftast arbetar i 2-3-manna-mottagningar som de själva är delägare i. Det har därför inte inneburit någon kulturell nydanelse att introducera en 1-årig obligatorisk grupphandledning i allmänläkares fase-3-uddannelse (= svensk ST). Denna kan ske i form av en Balintgrupp, som träffas en gång per månad. Flera av dessa grupper fortsätter långt efter det obligatoriska året gått.

De olika kompetenser och ledartraditioner som förenas i Det Danske Selskab är väl ägnat att möta den fortbildningssituation och de utmaningar som den innebär. Det finns en viss konkurrens med andra ledare, t ex kognitiva beteende terapeuter och andra grupp-konsulter med större fast oftast med mindre klinisk förtrogenhet, vilka gärna tar sig an uppdragen. Den finns också en lockelse hos ST-läkare att skaffa sig extra verktyg genom någon psykoterapeutisk ”crash course”. Jag noterar också att liksom här finns en asymmetri i relationen till Kalymnos-metodens främsta företrädare. Medan de danska Balintföreträdarna är positiva och verkar som utbildare inom Kalymnos, så finns det ett motstånd hos centrala Kalymnos-företrädare att se Balint som ett självklart komplement och nästa steg för allmänläkare.

Den danska ledarutbildningen sträcker sig över 3 år och omfattar 9 tvådagars internat. Intag sker varje år, dvs en långsamt cirkulerande grupp. De ordinarie lärarna är Erik Pedersen, fd allmänläkare, psykiater och grupp-psykoterapeut, Jörgen Ströbech, allmänläkare och

psykoterapeut och Tove Mathiesen, psykiater, psykoanalytiker och gruppanalytiker. Eleverna är undantagslöst allmänläkare.

Man bjuder ofta in gäst-lärare till dessa möten och det var som sådan jag i slutet av mars kom till Slagelse, en liten stad på Sjaelland med en förtjusande kursgård Liselund som grundades under 1900-talets första årtionde av några religiösa entusiaster, vilka ligger begravda i ett hörn av den fina parken. Jag flög till Kastrup, tog tåget in till Hovedbangaarden på 15 minuter, där Jörgen Ströbech mötte upp. Inom en timme med bil var vi på Liselund. Arkitekturen och den generösa och opretentiöst omhändertagande miljön där skapar goda förutsättningar för öppna och förtroliga samtal. Torsdagseftermiddagen och fredagsförmiddagen var helt vikt för ett antal grupsittningar med de 6 allmänläkare som går utbildningen. Man presenterade såväl patient-fall som situationer ur de egna Balintgrupperna. På den andra dagens eftermiddag anlände fyra kollegor som tidigare gått utbildningen. Det ändrade gruppdynamiken, men i allt väsentligt tillfördes gruppen nya idéer. Det var snarare de nytillkomna som saknade att inte ha följt processen från start. Jag hade förhandsdistribuerat några texter: John Salinskys i detta nummer av *Bulletinen* och två egna om Balintgruppens ramar och om de institutionella förutsättningarna för Balintgrupper. Jag tror att dessa texter tillförde utbildningen något, men konstaterade nöjt att detta inte tog alltför mycket plats och att fokus låg på *deltagarnas egna möten*. I mitt eget arbete som gruppleddare har jag ofta tänkt hur psykologiskt begåvade allmänläkare är i sitt vardagliga arbete. Så också i Slagelse. Det var väldigt givande att träffa denna trevliga, öppna grupp, vars medlemmar personlighetsmässigt tycktes komplettera varandra väl.

Den danska Balintrörelsen står inför utmaningen att svara upp mot fase-3-gruppernas fortbildningsbehov – ett bra skede i läkarkarriären att lägga grunden för fortsatt Balintarbete. Rekryteringen till ledarskapsutbildning ligger också i stöpsleven. Vi diskuterade möjligheterna till utbyte inom Norden. Det är möjligt för svenska Balintledaraspiranter att gå den danska utbildningen. Frågan är dock om inte behovet i Skåne av utbildning f n är hyggligt tillgodosett. Avstånden till Stockholm, och andra delar kan utgöra en svårighet. Jag vill ändå varmt rekommendera dem som funderar på att bli Balintledare att delta i ett sådant möte i Slagelse för att pröva på.

Under alla förhållanden inspirerade detta möte till att försöka ordna gemensamma nordiska möten såväl i Skåne, i Danmark och varför inte i Finland framöver. Vi är alla små föreningar och skulle kunna ha stor glädje av att lära av varandra.

Ett för mig nytt inslag i Balint-sammanhang var de schemalagda Morgensang och Aftensang. Vi samlades och sjöng ur den danska sångboken – en uppdaterad och 5 gånger så tjock volym som min barndoms ”Sjung Svenska Folk”. Och så sjöng vi 6-7-8 sånger tillsammans – svenska och danska från Carl Nielsen och Cornelis Vreeswijk till ”En vänlig grönska”. Vilket bra sätt att börja och sluta en intensiv arbetsdag!



Det danska Balintmötet i Slagelse: I mitten Tove Mathiesen, th om henne Selskabets ordförande Stine Lei Fredslund; tredje resp femte från höger Erik Pedersen och Jörgen Ströbech

I Lennart Kaijs efterföljd – skånsk Balintåterträff av Stefan Bálint

På ett vintrigt, soligt Österlen, i Jacob Engellaus vackra sommarhus i Maglehem träffades 13 gamla och unga Balintgruppmedlemmar i mitten av januari i år.

Trettiofyra år tidigare hade den dåvarande professorn i psykiatri, Lennart Kaij, bitt Stefan Bálint att överta en grupp. Denna grupp, har naturligtvis under årens lopp genomgått en långsam förändring. Medlemmar har slutat och nya har kommit till. Men den lever fortfarande och är till sin form sig ganska lik. Idag, precis som då, träffas vi 1 ggr/månad, på kvällstid, hemma hos Stefan, under 4 x 45 minuter. Tiden ägnas åt att äta och prata om angelägna problem, handledning på Balintgrupparledarskap, litteratur, kliniska fall samt Balintgrupparbete i syfte att träna Balintledarskap och öka den psykologiska förståelsen för processer i vården. Numera är vi nog mera konsekventa vad det gäller att träna deltagarna i Balintgruppleaderskap i striktare mening.

Den ursprungliga gruppen bestod av onkologer, kirurger, någon dubbelspecialist onkologi/psykiatri och en specialist-sjuksköterska. Den nuvarande gruppen består i huvudsak

av onkologer, några dubbelspecialister i onkologi/psykiatri, någon i onkologi/palliativ medicin, några i onkologi/leg. psykoterapeut och en specialist i allmänmedicin. En del av denna grupp har genomgått en skraddarsydd s.k. steg I utbildning i psykoterapi och handledning, med fokus på patient-läkarrelationen. Flera i gruppen har efterhand blivit auktoriserade Balintledare och är mycket aktiva som sådana och inom Balintföreningen.

Så här på Österlen möttes äldre och nyare gruppdeltagare - en del för första gången, för andra ett återseende efter många år.

Temat för vårt möte var: *Alla våra patienter, nu döda eller levande (ännu inom oss levande), som vi träffar och har träffat, som berört oss; lämnat oss kalla, likgiltiga, hatiska; väckt hjälplöshet, förakt, ömhet och kärlek.... Var tar detta myller av människor och öden vägen inom oss? Hur påverkar de oss?*

Det blev naturligtvis en mycket intensiv och personlig diskussion, med utbyte av erfarenheter. Jämförelser mellan hur sjukvården var ”då” och hur den är ”nu” diskuterades. Mötet mellan patient och läkare kanske i sig inte förändrats så mycket, när det väl kommer till stånd. Men sjukvårdens struktur har förändrats. Någon sa: ”Det är mycket vi kan göra nu, som vi inte kunde göra då. Men samtidigt har något av det personliga mötet och det personliga ansvaret gått förlorat”.

Jag tror att alla var djupt berörda av sammankomsten.



Fredrika Killander; Sofia von der Golz; Carina Modéus, Jessica Whil; Göran Balldin; Jacob Engellau.



Aspegren

Maria Albertsson och Knut



Fredrika Killander ; Jacob Engellau; Göran Balldin; Maria Albertsson; Knut Aspegren;
Birgitta Berglöf



Carina Modéus; Anders Birr; Magdalena Cwikel; Barbro Silfverberg; Fredrika Killander



Stefan Bálint, Maria A, Knut A



Fredrika Killander; Sofia von der Golz; Jessica Whil



Magdalena Cwikiel; Birgitta Berglöf; Pia Dellson; Knut Aspegren

KALENDARIUM 2016/2017

Balintstudiedagar 5-6 maj Stockholm, se sid 6 denna bulletin och www.sfmp.se eller www.balint.se

IBF Council meeting med Balintkonferens i Belgrad 19-21 maj 2017, se www.balintinternational.com

IBF International Balint Congress, Oxford 6-10 september 2017 se www.balintinternational.com (registreringen öppnade 1 april)