

BULLETIN

Svensk Förening för Medicinsk Psykologi

I detta nummer:

Andrew Elder: Balint Group Leadership: conceptual foundations and a framework for leadership development?

**Rapport från internationell Balintkonferens i Belgrad
”The Doctor, the External reality and Balint group work”
Bilder från konferensen**

2016 års skrivartävlingar

Läs de tre återstående vinnande texterna:

”Bakom draperiet” av Karin Boo

”Det snöar innanför mitt fönster” av Daniel Lisik

”Kim” av Emma Wanler

**Kort rapport och bilder från Balintmötet i Stockholm 5-6
maj 2017**

**Bilder från IBF:s Ledarskapskonferens i Warszawa 18-21
september 2016**

SFMP Verksamhetsberättelse för 2016

SFMP Stämmoprotokoll 6 maj 2017

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
“Balint Group Leadership: conceptual foundations and a framework for leadership development?” av Andrew Elder	sid 6
Rapport från Balintkonferens I Belgrad 19-21 maj 2017 av Fredrik Molin	sid 14
Inledningsföredrag på Belgradkonferensen: ”The Doctor, the External reality and Balint group work” av Henry Jablonski	sid 15
Bilder från konferensen	sid 27
Skrivarpristävlingarna avgjorda! Da capo: Juryns motivering	sid 31
De tre återstående vinnande bidragen	
”Balom draperiet” av Karin Boo	sid 33
”Det snöar innanför mitt fönster” av Daniel Lisik	sid 36
”Kim” av Emma Wanler	sid 41
Kort rapport från Balintmöte i Stockholm 5-6 maj 2017 med bilder	sid 47
Bilder från Warszawa sept 2017, IBFs Ledarskapskonferens	sid 52
Föreningens verksamhetsberättelse 2016	sid 53
Föreningens årsmötesprotokoll 6 maj 2017	sid 56
Kalendarium	sid 57



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.

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 i olika läkarkonferens-sammanhang.

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 eller www.balint.se som dock endast uppdateras några ggr per år.

Föreningsavgifter och uppdatering av uppgifter

Medlemsavgiften är 200:- (inkl. prenumerationsavgift för *Bulletinen* 150:-) och insätts på föreningens plusgirokonto 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 info@sfmp.se.

Styrelsen 2016-2017 för Svensk Förening för Medicinsk Psykologi

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

Vice ordförande: vakant

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 Andrew Elders inledande föredrag från IBF:s ledarskapskonferens i Warszawa 2016, som författaren vänligt ställt till vårt förfogande. Det var givande att ha ha tillfälle att diskutera texten på vårt Balintmöte i Stockholm i maj d å. Därifrån kommer en liten bildkavalkad.

Fredrik Molin rapporterar från en internationell Balintkonferens i Belgrad förra månaden, i vilken undertecknad var inbjuden att hålla inledningsföredraget. Också detta finns i detta nummer. Vi publicerar en bildkavalkad därifrån som Fredrik och den belgiske kollegan Luc Declaire ställt till Bulletinens förfogande

De tre återstående prisbelönda bidragen från 2016 års skrivartävlingar är med här. Grattis och tack till författarna och tack till juryn för engagerat och noggrant arbete.

Här finns bilder från Warszawakonferensen som Stefan Bálint ställt till förfogande. Rapporten från det mötet hittar du i Bulletinen 2016:2

Och slutligen Verksamhetsberättelse för 2016 och protokoll från årsmötet 6 maj 2016.

Och så Kalendariet!

Kom gärna med kritik, kommentarer och ändringsförslag.

Mycket läsnöje!

Med vänlig hälsning
Henry Jablonski
Redaktör för detta nummer av Bulletinen

BALINT SOCIETY LONDON LEADERSHIP DAY
FEB 10th 2017

**Balint Group Leadership: conceptual foundations and a framework for
leadership development?**

Donald Winnicott: 'A leader is an ordinary person in an extraordinary position'

av Andrew Elder

We meet today to think about the *difficult task* of leading Balint groups.

The Question

How much do we know about *how each other think* about Balint leadership? **How clearly do any of us conceptualise what we are doing when we lead?** Many aspects of leadership would be quickly agreed, at least in outline – clear boundaries, focus on the doctor-patient relationship - **but is that enough?** Against what theoretical background do we debate the relative merits of an intervention we might make (or, just as important, not make), or the value of a particular technique, or shift in emphasis? In short, is there a set of Basic Balint Concepts (a sort of BBC) which form an agreed *conceptual framework* for our work? After all, there are many close relatives to Balint work. **Is all group work that focuses on the doctor-patient relationship Balint work?**

Apart from the Appendix on Training in *The Doctor, His Patient and the Illness* (Balint M 1957) and the two chapters that Enid wrote later in *While I'm here, doctor* (Elder and Samuel 1987) and *The Doctor, the Patient and the Group* (Balint E et al 1993), the Balints wrote little about their approach to leading groups. The experience of Michael Balint's leadership has been described as 'like taking strong medicine' (Courtenay 1994). Enid had a deeply containing presence, and when leading a group created a secure but challenging atmosphere. It was her view that a Balint group was a special and highly sophisticated '*instrument*' for observing key aspects of the doctor-patient relationship which would otherwise go unnoticed and unstudied.

Underlying Principles: Psychoanalysis, Medicine and Mutuality

Although originally called research-cum-training seminars, Balint groups are rooted in the reality of the consulting room where body and mind are one and where the burdens of professional work are great. The research was twofold: to explore how things *are* in a particular doctor-patient relationship (not how they should be); and secondly, to evaluate the

changes that occur in the subsequent interactions between doctor and patient after discussion in the group. The training of course was to facilitate the participants' understanding and use of themselves as 'drug doctors'. Psychoanalysts and psychotherapists who work in Balint groups do not bring psychoanalytic theory but an open-minded attitude to enquiry and a special atmosphere of attention; deep listening, acceptance of contradiction and a long term view of human relationships with awareness of their unconscious aspects.

The mutuality of work between the two disciplines (psychoanalysis and medicine) has always been central to Balint work. At the outset both Balints were clear that an analyst (or psychiatrist, or psychologist) who had not been subjected to what they called the *thinking, feeling, despair and pleasure* of family doctors was not equipped to lead a Balint group. Whilst it remains true that psychiatrists and psychotherapists are required to gain experience of working in groups before training to become leaders, the Balints' phrase carries more than this. It expresses the need for leaders to be aware of what they don't know, and encourages them to feel and think *alongside* their group members in a spirit of shared enquiry. Whereas originally the creative partnership was between leader (PA) and group members (GP), that partnership now often resides in the co-leadership pair, one from the psyche professions and the other from medical practice. But in Michael Courtenay's words '**both must make a journey, in becoming Balint leaders – analysts and non-analysts alike – into a Balint 'space of special expertise' by working together**' (Courtenay, 2004).

The American literary academic Kathryn Montgomery states 'Despite its own emphatic claims to the contrary, medicine is not a science at all – and nor, incidentally, is it an art. Medicine is a practice.' (Montgomery 2006). Balint group leadership is certainly a practice and the internalised experience of *being in* a Balint group (for as long as feels necessary) remains the best possible starting point for our eventual attempts at leadership.

I now want to sketch what I see as one of the **cornerstones of Basic Balint Concepts**: the parallel process between consulting room and group **and vice versa between group and consulting room.**

Parallel Process: The Consulting Room and the Group

We speak a lot about parallel process in Balint work. The significance of parallel process arises from our particular understanding of the interpersonal relationship between patient and

doctor. In *The Basic Fault* (Balint 1968) Michael Balint uses a rather striking phrase to describe an early aspect of the mother-infant relationship: he calls it a harmonious interpenetrating mix-up. The professional-patient relationship may not always be harmonious but it can often be an interpenetrating mix-up! Echoes of these early parent-child relationships come into professional-patient relationships all the time and can be intensified by examination of the body and anxieties about death and dependency. Sometimes resembling a marital relationship, the long-term familiarity of the doctor-patient relationship can further entangle the mix-up. When a doctor brings a case to a Balint group, *patient and doctor arrive in the group together*. As members of the group listen to the freestyle presentation of a case, the presenter's emotions become clearer, as do their defences or blind spots. Sometimes the presenter demonstrates a close identification with the patient and at other times takes pains to distance herself. As Gosling expresses it, 'whatever the psychological distance, the patient is always present. It is one of the tasks of the leader to encourage the group to discover in what ways the patient may be influencing the doctor and to distinguish the patient's influence from the doctor's own distorting tendencies and professional needs' (Gosling and Turquet 1967). In other words, who is speaking? Is it the patient or the doctor? Perhaps we need to be careful when we use those apparently distinct and deceptively circumscribed words 'doctor' and 'patient'. Both are more porous than we imagine.

As discussion of a case proceeds, different aspects are taken up by (or will subdue) different members of the group according to their personal psychological disposition (often called valency). In a well established group, a leader may become familiar with the group member's personal patterns of reaction, enabling her to 'read' unconscious aspects of the case in the reactions of the group. The leader tries to listen to how the group takes up the case and how the other participants work with the presenter. It is these processes that are the focus of the group work as the detailed interaction between doctor and patient is revealed in the parallel between the reactions of the participants in the group and the presenting doctor. All this, of course, the poor leaders have to try and observe as well as being part of the process. The leaders have to be prepared to be alone in their role and to withstand the many pressures to which they will feel subjected.

Perhaps we can say, as a **Balint Basic** that there are three key inter-connected layers of relationship in a working Balint group. The doctor-patient relationship as expressed to the group by the presenting doctor; the relationship that develops between the participants in the

group and the presenter as the case is discussed; and the relationship between the leader(s) and the work of the group. Another important relationship for a leader to consider is that between herself and the presenting doctor.

(Elder 2007).

Work of the Group

Medicine is about serious matters. Tom Main, a close colleague of the Balints reminds us in a comparison between medicine and war, ‘that both are concerned with issues of life and death, crippledom and loss, sadnesses and terrors about external dangers; and both are also complicated by anxieties from the inner world, unconscious fantasies of primitive sadism, punishment and so on’ (Main T 1978). Just as doctors have their necessary defences which enable them to function in a professional setting, so do individual group members and groups as collective entities. Some of these defences will be personal or derive from disturbing aspects of the case whilst others will be connected with the unconscious preoccupations of the group itself.

How do we think about groups? **If we come to leadership without psychodynamic training do we simply absorb enough about group process to lead a Balint group?** There are many different theories of group dynamics. Michael and Enid Balint were not much interested in group theory. It was the Balints’ colleagues at the Tavistock – principally Robert Gosling and Pierre Turquet who developed Wilfred Bion’s theory of groups to elaborate the theoretical foundations of the work of a Balint group and the role of its leader. Their slim volume ‘The use of small groups in training’ (Gosling and Turquet 1967) sets out their ideas clearly and is an invaluable discussion on the role of the leader in a Balint group. They describe the unconscious defences found in all groups which distract the group from pursuing its primary task. How we think about our role as a leader in a Balint group depends on our view of how groups function (or refuse to function). Groups will sometimes do almost anything but stick to their task! Some of us may have a benign view of group function and feel that a group left to its own will work. I’m not sure I share this view. The balance between needing to lead and allowing the group to find its own way is a delicate one. **Facilitator, conductor or leader? Which term do we choose and why?** My personal preference is for leader: in the sense of leading into awkward places, creating space for the group where it may not want to go. If the leader can’t go there, what hope for the group? If the doctor can’t go there, what hope for the patient?

Parallel Process: The Group and the Consulting Room

Parallel process goes both ways. It is one of the cornerstones of Balint theory that the attitude of the leader and the atmosphere of the work in the group become incorporated in the doctors' work back in her consulting room. Eventually, the reflective function of the group (the third ear or third eye) is carried within the doctor when she is consulting. **Perhaps it is helpful to think about Balint work both beginning and ending in the consulting room, continuously circuiting through the group until internalised in the participating doctor.** Michael Balint was clear: 'perhaps the most important factor is the behaviour of the leader...if he finds the right attitude he will teach more by his example than by everything else combined' (Balint 1957). This takes us to the paradox of teaching. The injunction not to teach is easy to understand even if not to fulfil! Balint is clear about the ever present dangers of the teacher-pupil relationship and the mutual admiration society (Balint 1957). This is harder to avoid than we may think. **And it may be particularly so in mono-professional groups: a GP leader leading a group of GPs or a psychiatrist leading a group of trainee psychiatrists for instance.** But the second bit is trickier to study: that a leader is influencing the group all the time by his behaviour and attitude. So, we mustn't teach but everything we do is teaching! The question to study becomes not whether we teach but what we teach. For Balint this was about the group as a laboratory for learning deeper listening. 'After all, he said, the technique we advocate (in leadership) is based on exactly the same sort of listening that we expect the doctors to learn and then to practise with their patients' (Balint 1957). The emphasis on leaders not teaching arose from the Balints' concern that doctors should find **their own way and not short-circuit their experience of working through to new ways of thinking.** Although it is important for group members to feel free enough to explore their fantasies and irrational thoughts, the loop back to the consulting room also provides the necessary reality testing of the group's ideas. Leaders need to bear in mind that the presenting doctor is the only person in the group who has actual contact with the patient. For this reason, follow-up reports were always encouraged by the Balints and their colleagues.

Developments

Now I want to step aside and in the light of what I have said so far, consider some of the changes and developments that have taken place in Balint groups.

First, a word about co-leadership. Although many groups are still led by single leaders, there has been a slow growth in co-leadership as a preferred model, often with pairing between GP and psychotherapist. Co-leadership gives the possibility of a 'reflective pair' and the value of mutual de-briefing after a session. Leading on your own may feel more exposed but can also feel freer. For members of the group, the feeling of being contained by a parental couple will clearly be stronger in a group with co-leadership, and correspondingly, there may be more rivalry for a single leader's attention or a desire to pair with him or her. **Whether leading singly or in a pair, every case will put pressure on the leaders in different ways depending on the unconscious conflicts present in the case.** And there are many potential fault lines for the case material to exploit: different professional backgrounds, gender, and perceived or actual seniority relationships in the co-leadership pair. How does each leader think about their role? How much time is given to discussing these things? In on-going groups these issues increase in importance and underline the need for a clear structure of supervision for leaders.

Pushback

The technique of inviting the presenting doctor to 'pushback' during discussion of her case has been frequently debated in the last few years. In some countries it has become a widely used technique although it was not part of Balint methodology for the first thirty years or more. Clearly it has some merit, otherwise it would not have become so popular, but it also has some disadvantages. Some leaders may find it helpful to have additional structure when they are leading a group, others may find it encumbering or defensive. It is sometimes preferred by presenting doctors but preference by participants is not necessarily a good criterion for adopting practice. For those new to Balint it may be a help to have the reflective aspect of presenting a case protected, or 'ring fenced'. If we view pushback from the perspective of basic Balint concepts, it does interrupt the dynamic of the parallel process between doctor-patient relationship and the group (by removing the doctor you are also removing the patient), and it alters the structure of (what I earlier called) the listening laboratory in the group. However these affects are mitigated if the presenting doctor returns to the group for a sufficiently long period before the discussion is closed. There is also a danger that a group encouraged to fantasise in the absence of the presenting doctor loses contact with the clinical reality of the doctor's consulting room. The Balints were clear that the work should focus on the doctor's actual work and that the aim of this was for the benefit of the patient. If pushback is used, it gives rise to an additional layer of attention for the leader as its

use will alter the dynamics of the group discussion in different ways depending on the characteristics of the case presented. Pushback certainly underlines the experience of listening to oneself from the outside and thus can enhance the development of reflective capacity. As with so many things, leaders must find a way of leading that suits them but know why they have made that choice and what the relative merits and drawbacks are of their approach. **My main point is that we can only discuss these questions if we have a clear conceptual framework within which to do so.**

I'd like to give the last word on this to Enid Balint who wrote the following: **'Leading a Balint group well is extremely complicated and the more you change individual components, the more complicated you make it, until you might make it impossible'**

The last area I want to highlight is a subtle shift in the aim of Balint work towards a more explicit concern with morale. Low morale is of great concern but there is a need for clarity about the role of Balint groups as a potential remedy. Perhaps some confusion has arisen because of our need to undertake quantitative studies to demonstrate the benefit of Balint groups. In doing this, researchers have often used measurable outcomes related to morale. The relationship between Balint work and morale is complex. Clearly patients are unlikely to be helped by demoralised or depressed doctors. And doctors may need to have sufficiently good morale to work in a Balint group at all. Balint group leaders may need to pay attention to the morale of participants whilst not losing sight of the fundamental object of Balint work. The paradox is put very well in Gosling's description of the early days of the Tavistock GP training scheme. He says their stated motto was **"All ye who enter here, take up your burdens"**. He continues, 'No easy way out is offered. It is to be a struggle. Our general practitioners declare themselves to be harder worked as a result of coming to these seminars. The important change is that they understand their work better and derive more satisfaction from what they are doing; their morale is *therefore* higher' (Gosling and Turquet 1967). Nothing comforting or reassuring is being offered. **Improved morale may be the result of Balint work but is not the aim.**

The aims of a Balint group for medical students or for professional trainees are different from those for a long-term group. Outcome measurements for educational groups are quite properly tailored to relevant educational aims. Groups with different aims require correspondingly different approaches to leadership.

Conclusion

In all Balint work there is the need for a secure frame which enables the freedom and creativity of the participants to flourish. There are many ways in which we could think about the creativity of a Balint leader in attempting to embody that frame: use of clear language which resonates with the group members, free of euphemisms or jargon; supporting the creativity of members of the group - perhaps thinking of leadership as something that passes from member to member; and allowing the group members time to discover their own ways of thinking about the difficulties presented. Disturbing ideas tend to shut down thinking. A Balint group is a place in which to explore and play with new ideas. The space for exploration in the group is, to a certain extent, a function of the negative capability in the leader's mind. Borrowing from Keats, perhaps we could say: when a Balint leader is **capable of being in uncertainties, mysteries, doubts, without too much irritable reaching after fact and reason**. And for this to occur, the leader must be sufficiently comfortable to lead in his or her own way, not in any correct way, but keeping in mind the **Basic Concepts of a Balint Group and the Leader's Role within that Framework**.

References

- Balint E, Courtenay M, Elder A. *The Doctor, the Patient and the Group*. (Routledge 1993)
- Balint M (1957). *The Doctor, his Patient and the Illness*, Pitman: London
- Balint M (1968). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*, Tavistock: London
- Courtenay M (1994). The 'Good' Leader (personal communication).
- Courtenay M (2004) Lessons of the Masters, *Journal of the Balint Society* 32, 10-12
- Elder, A and Samuel, O. 'While I'm here, doctor' (Routledge 1987)
- Elder A (2007) The Role of the Balint Group Leader, *Journal of the Balint Society* 35, 15-18
- Gosling R, Miller D, Woodhouse D & Turquet P (1967). *The Use of Small Groups in Training*, Karnac Books: London
- Montgomery K (2006) *How Doctors Think: Clinical Judgement and the Practice of Medicine*, Oxford University Press (OUP): Oxford
- Keats J (1817) A letter to his brothers George and Thomas.
- Main T (1978) *Some medical defences against involvement with patients*. In *The Ailment and other Psychoanalytic Essays*, Eds: Johns J & Rayner E, Free Association Books: London (1989)
- Wilke G (2001) *How to be a Good Enough GP: surviving and thriving in the new primary care organisations* Radcliffe Medical Press: Oxford

Internationellt Balintmöte i Belgrad 19-21 maj 2017

av Fredrik Molin, allmänläkarspecialist, Göteborg

I Serbiens huvudstad Belgrad samlades cirka 50 deltagare i det anrika hotellet Palace, för att praktisera balintarbete i tre dagar. Temat för dagarna var ”The Doctor, the External reality and Balint group work”.

Mötet inleddes med tal av Rosa Sagic, ordförande för Serbian Balint Society, samt föreläsning av Henry Jablonski - som talade både på engelska och serbiska!

Flest deltagare kom från värdlandet Serbien, och sen kom andra från Ryssland, USA, Frankrike, Portugal, Tyskland, Finland, Sverige mfl. Dessa var uppdelade i fem balintgrupper, fyra engelskspråkiga och en serbiskspråkig. Varje grupp leddes av två ledare. Det hölls fyra sessioner fördelat på tre dagar i dessa grupper. Arbetet i min grupp fungerade relativt bra. Det som begränsade arbetet var det engelska språket, som deltagarna behärskade i olika grad. Ibland uppstod missförstånd, vilket kunde orsaka irritation bland vissa i gruppen. I vår grupp använde vi oss av ”pushback” då berättaren ska dra sig tillbaka och lyssna på gruppens reflexioner.

Temat hur den externa verkligheten, som ekonomi, politik, krig, påverkar vår arbetsmiljö belystes i flera av berättelserna.

På lördagen, innan lunch, samlades alla deltagarna i stora föreläsningssalen för ”en balintdemonstration”. Frivilliga fick komma fram och sätta sig i en ring i mitten. Jag valde att gå fram och delta. Bakom den inre ringen, fick de andra tyst sitta och lyssna. Arbetet i den inre ringen fungerade förvånande bra, mtp att så många satt runt omkring och observerade. Berättelsen var intensiv med många bottnar. Den inre cirkeln hade inga problem med att leva sig in i den, och det kom många bra kommentarer. Ledarna höll en låg profil. Efteråt kom flera olika kommentarer att ledarna intagit en beskyddande inställning gentemot Berättaren, och att i detta fallet var en berättigad inställning. Beskyddet innebar att vi undvek att dyka in alltför djupt i läkarens berättelse. Dels för att det var så många yttre åhörare med, dels för att Berättaren redan avslöjat flera personliga sidor hos sig själv i berättelsen.

Arrangemanget var väl planerat, och alla deltagarna var nöjda med en lagom blandning av balintarbete, umgänge och tid för återhämtning.



Den serbiska Balintföreningens organisationskommittée: Fr vä Rosa Sapic, Mirjana Stojanovic-Tasic , Mara Vucurevic, nr 5 okänd
Bild: Fredrik Molin

The Doctor, the External Reality and Balint Group Work

av Henry Jablonski

This is a modified version of the introductory lecture to the conference arranged by the Serbian Balint Society hosting the IBF Council Meeting in Belgrade on May 19-21, 2017

Dragi srpski Balint-kolege,

Hvala vam na pozivu. Ja sam naravno time počašćen, ali nadasve se radujem ponovnom viđenju sa vama ovde u Beogradu.

Pre sedam godina bio sam gost srpskog Balint udruženja. Nataša (Vranjes) and Tanja (Popović)i - nikada neću zaboraviti vaš srdačni prijem i vašu gostoljubivost. To je dotaklo nešto u meni i učinilo me i dirnutim i oduševljenim. Ja sam možda neki ludak, ali obično ne tako lako zavodljiv ludak. To što sam posebno cenio su bili razgovori, realni i otvoreni, o važnim stvarima u životu, istovremeno ozbiljnost i neka vrsta oporog humora koji postoji u kulturama i kod ljudi koji izdržavaju i bore se uprkos teškoćama, koji uspevaju da održe

angažman i kultivisan život uprkos blizini nasilja i konflikata. Vaš grad odiše kulturom i znanjem.

Ja sam ovde slušao orkestre mladih koji su izvodili sve od narodnih melodija do pop muzike sa takvom osećajnošću da su mi bile pošle suze na oči. Ovde na jednom beogradskom trgu raspravljao sam o šahu sa beograđanima koji nisu znali nijednu englesku reč a ja nijednu srpsku. Tako porodično! Oni su me predstavili velikom Svetozaru Gligoriću, koji je tada imao 87 (osamdeset i sedam) godina, koji je tada sedeo u jednom kafiću u blizini i kojem sam se ja divio kad je igrao u Stockholmu 50 (pedeset) godina ranije.

Gligorić je naučio da igra šah kad mu je bilo 11 (jedanaest) godina. Bio je toliko siromašan da nije imao novca za vlastitu šahovsku tablu - napravio je svojeručno jednu sa figurama od vinskih čepova. Četiri godine kasnije postao je majstor Beograda. Bio je u partizanima za vreme rata. Jedan šahista partizanski oficir ga je kasnije izveo iz borbe. On je postao jedan od najvećih posleratnih šahista.

Gligorić - ljubazan, inteligentan, psihološki osetljiv, nepretenciozan i šarmantan. Bolje reći ne mogu naći ni za vas, dragi srpski kolege.

Hvala vam na organizovanju ove konferencije! Srećno vam u budućem Balint-radu.

A famous 20th century philosopher said: "If you do not have anything intelligent to say you can always tell a story". I will surely not please this philosopher, because I will tell you a few stories. Maybe, in the end you will agree with the philosopher. But hopefully these stories may initiate a discussion.

Let me first ask a couple of provocative questions:

Is Balint group work always compatible with the external conditions of the practicing doctor?

How may the external reality affect the scope and contents of Balint group work?

Do not expect me to provide you with a simple answer! I hope you will not try to offer me a simple answer either!

At this moment I expect you to object that the *external* reality and the working conditions of doctors are intertwined with their *inner* reality, the unique pathway through which individual doctors perceive their working conditions. As humans we have a variety of ways of coping with daily life situations. I would rather not use "coping strategies", as that term implies something conscious or behavioural to be easily corrected – you just change strategy.

Conscious strategy is just one aspect. Through Balint work as clinicians we have the opportunity to become increasingly aware of how our spontaneous or repressed reactions/responses are triggered by our daily interactions with people – be they patients or

staff members or colleagues. These aspects are often deeply imbedded in our personalities. It is a fascinating experience for doctors doing Balint work to compare the variety of such reactions and this tends to widen the perspectives for the individual members of the group.

Though the paper of Andrew Elder first presented at the Warsaw leadership meeting last year might bring about a change, in my view the frame of Balint group work is discussed too little these days. By that I do not primarily mean the Balint “liturgy” – whether to use push-back or not, whether to be allowed to address the presenter or not. I rather refer to how the Balint leader explores the motivation of the members, the institutional and general conditions of their working life, and how the leader manages to articulate and introduce the New Reality of the Balint group. The Balint group - with its frame, purpose and limitations - becomes a new part of the external reality of its members and intersects with other professional and private realities, which in turn have their frames and aims.

Over the past , say 5 years I have become increasingly concerned about the working conditions of doctors in public health care in Stockholm. I have never experienced before during my 30 odd years as a Balint group leader that competent and efficient GPs – I am not talking about vulnerable colleagues – would cut down on their working hours and salary or find alternative part time incomes (indeed a privileged option!) or leave their specialty altogether.

This leads to another question: What do doctors in general and GPs in particular want out of life?

On one extreme we have iconic colleagues like dr José Tomás de Sousa Martins of Lisbon fighting infectious diseases, tuberculosis particularly, in the poor parts of the city, and Henryk Goldschmidt of Warsaw, more known as Janusz Korzcak, the pediatrician and pioneer of children´s rights who created educational institutions for orphans and other socially extremely exposed children. These were doctors completely devoted to their mission, based on an enlightened and secular approach to their fellow human beings. They sacrificed their lives as a consequence of their commitment. There is something saintly about them. In fact there is still a hundred and twenty years after his death a pseudo-religious cult paying homage to dr Sousa Martins.

Then on the other extreme I am reminded of quite a few colleagues in a variety of medical specialties who are mainly concerned with their own well being and glory, keen to consume, discussing golf, tennis or sailing rather than patients, eager to closely follow the development of the stock exchange even when they are on duty, and so on and so forth. When I presented Balint work at a WONCA congress some years ago I had a conversation with a high ranking WONCA official, a GP professor, who cut me short by saying: “You know, what doctors want is a good and comfortable life.” As if advocating Balint work were contrary to it. Do I sound misanthropic? Then you hear me wrong. With the coming of age I have no illusions with some members of our profession but great hopes for others.

I think it takes a unique mix of personal and social conditions to shape doctors like Sousa Martins and Korczak. But for most doctors balancing a deep professional commitment and a decent private life *is* compatible, though at times it is complicated and conflicting. Such issues are part of Balint work. But it does not resolve the problems of skews in the health care system featuring hard working underpaid doctors on the one hand and other doctors who can benefit grossly, some of them without even delivering to the reasonable needs of the citizens which they are supposed to serve.

Balint group participation in Sweden is voluntary. That is why I meet with committed doctors, and why I am spared the contact with those doctors who habitually take it the easy way out. There was always much work for a committed doctor. But I never before experienced that clinical work became *chronically too much*. Competent and resourceful colleagues who have a decent private life are becoming emotionally exhausted and mentally depleted. My understanding of the situation is that they are worn down by trying to fulfill an administratively impossible work load. This also makes them less resistant to the secondary traumatisation inflicted on them by the predicament and demands of some of their patients. The significance of my impression was underpinned by a report in February this year: the prevalence of young female doctors, age 30-35, on the sick list in Sweden has more than trebled over the past 7 years, (from 2,7/1000 employed in 2010 to 8,6/1000 today) the main reason being burn-out/exhaustion depression and similar conditions. Just before I came here the radio news confirmed that a noticeable number of doctors in Sweden are leaving GP practice.

Our Serbian Balint colleagues have given thought to and are involved in research on how Balint group work can be used to deal with burn-out among doctors. Certainly this issue is not only Swedish and Serbian. Indeed, the research on doctor's work satisfaction is methodologically more accessible rather than trying to measure the impact of Balint group participation for the patients of the group member (see Kjeldmand D: The Doctor, The Group and the Task, 2006).

Today one often hears that Balint group work is important for the maintenance of the professional capacity of the doctor and the prevention of burn-out. The argument has a useful "political value" - to justify the establishment of Balint groups.

But is this its most important function? Is it essentially its aim? What happened to Michael Balint's formula *research with training*?

The social and medical context for Balint work

I once tried to describe the professional predicament of the general practitioner. But the more I have worked with other specialists the more convinced I am that this description fits doctors in other specialities of the public health service. It goes like this:

The art of general practice requires an ability to improvise constantly according to the climate that is created between the doctor and the patient. The purpose of the consultation is not always clear - there may be important hidden agendas.

Working as a clinician demands flexibility, good working capacity, professional integrity, tolerance, social competence, care and respect for the most varied expressions of life styles and demands. This job is full of inner contradictions and, at the same time, it offers a possibility to be near life and people. If you want to build an ivory tower – try another profession.

I should also add the importance of clinical intuition, which is a natural gift but also improves with experience and a continuous medical training, such as Balint group work, which will help you to find the balance between trusting and doubting your senses.

I am not alone in thinking that the function of the Balint group is primarily to support the doctor in

doing her work adequately, in making her the *best possible version of herself* to her patients. As I see it, burn-out prevention comes as a spin-off effect of this project.

I continue to be impressed by the personal qualities and training skills it takes to be a “good enough” doctor in public health. But I am equally impressed by a particularity: that colleagues bringing cases to the groups so often are so dissatisfied with what they have achieved with their patients. As it turns out after a discussion on the case in the group, this is often due to the fact that these doctors are confused. They cannot distinguish the external reality of the consultation with their internal psychic reality! They think that they have done a bad job, whereas a critical, *primarily non-supportive but respectful, scrutiny* will reveal that they have done a decent job, sometimes even outstanding. But this does not match the doctor’s own perception! With some colleagues it really takes time for them to understand that they are as good as they actually are. The psychological mechanisms are complicated and can be phrased in many ways hidden so to speak behind doors carrying signs like *transference* and *countertransference*, *projection* and *projective identification*, and *depressive introjective propensity*. Missenard conceptualised one aspect in an *Ideal Medical Self* which silently is exerting its power inside of many conscientious doctors, and serving as an unreachable standard of which we always fall short. It is a Procrustean inner situation which can deplete a good doctor. Not every doctor is conscientious, committed and sensitive. But doctors in voluntary Balint groups tend to be. Politicians and administrators for the sake of the citizens who have empowered them should promote and support such doctors. I dare even offer a cost-benefit analysis in support of this recommendation. Society will profit even when you see public spending as strictly a business enterprise.

The vicissitudes of Balint group work

I mentioned the confusion of the doctor. The value of a Balint group shows particularly when you find it is impossible to sort out your professional discomfort on your own. It is a little miracle how fast at times a group discussion can help a confused doctor to gain a deeper insight – to become more conscious and less impulsively acting out, or complying to unrealistic demands.

But Balint work is not always a dance on roses.

Balint group participation even under favourable external conditions may be temporarily upsetting because professional defenses and habits of the doctor, although dealt with in a considerate way, nevertheless constitute a challenge to the doctor's equilibrium.

Sometimes impossible working conditions of the doctors are exposed, against which they are defending themselves, like loyal children who try to make their best in a dysfunctional family by blind-folding themselves to the worst insights. With loyal and hard-working doctors it can take years to see "the naked truth" so to speak.

In view of these challenges the group must be open to feed-back of "bad/negative" feelings and thoughts that these discussions are triggering. A colleague may say:

"I felt really miserable after the previous meeting, I did not know what to do with myself and with all the view-points you offered. And you as a leader were not of much help either".

Those without Balint experience may think that such a remark would be the start of a deteriorating mutual trust, but in my experience with only two exceptions in 31 years, it is the other way around: it is a way to assert oneself and constructively criticise group work. It will help the presenters to gradually work through their difficulties, and it will help the group and group leader to reflect on what we are doing to each other.

Is there a shift of aim in Balint work?

I have a feeling that there is a gradual shift of focus and aim of Balint work taking place in the past 15 years. Or was there a split all the time without my recognizing it?

- from exploration (research cum training as Balint said) *to* support
- from development *to* maintenance and prevention of burn-out
- from exploration of the psychological defenses of the doctor in relation to the patients *to* support of the existing defensive structures or diverse (and sometimes diversive) educational techniques intended to bring relief
- from making sense of feelings and thoughts *to* staging catharsis through expression of feelings, dramatizing scenes and educating group members how to reach feelings, even educating them how feelings should be expressed "properly" in a Balint group

Whether this is a developing trend or a long-lasting split I think it reflects how external conditions - including petrified local Balint traditions – affect and dilute Balint group work.

Now, I am brought back to a conference arranged by the Serbian Balint Society in 2010 here in Belgrade. I was invited to give a speech on the advantages of Balint work for the practitioner, to facilitate relatedness. A doctor in the audience said something like:

“I do not have time for relatedness. I see 40-45 patients in the morning, I have five minutes for each of them. I have to finish my surgery by early afternoon and rush off to my next assignment. I try to do the best with each patient but it is not enough. What use can I make of a Balint group?”

In retrospect I have to admit that I partially avoided her challenge. I said that the British GPs also only had, well, not five minutes but six minutes for the patient. Still they found it worthwhile to explore what went on in their meetings, and that we should not under-estimate our clinical and human capacity which makes it possible, often instantaneously, to sense what is happening in a meeting. I probably made other optimistic and light-hearted remarks which I have by now forgotten. This colleague was a solid woman, she was radiating: “*Cut the crap, what are you here for?*” I felt I would not mind being her patient. If I would have a serious medical problem she would surely recognize it and deal with it adequately.

There is a Swedish poem beginning: “Not for warriors, but for farmers who without complaint are toiling their soil, a God is playing the flute...”. I imagine my Serbian colleague similarly as such a hard working farmer. But my concern is that no God was playing the flute to her, that she just tried to manage day by day an enormous work load which – with all respect - few of us visiting Belgrade here today would find manageable. In retrospect I think that she gave voice to what I just said: to explore complicated relationships through Balint group work is also exacting. Yes, true that Balint work can give immediate relief to the presenter. But primarily Balint group work is *not* a quick fix., the individual professional development is not always uncomplicated.

So back in 2010 in Belgrade I should also have answered my Serbian colleague that she was right and added that Balint work is not the cure for unsustainable working conditions.

I will tell you another story: Some years ago I met with an Eastern European psychiatrist who told me that he was leaving public health to establish himself as a private practitioner. It was a big step. You have to visualize him as serious doctor committed to his patients. I congratulated him on his independence and wished him good luck in the transition. He then answered with an ironic smile: *“From now on I will work in cosmetic psychiatry”*. He had obviously not learnt the lesson: Never say anything jokingly to a psychoanalyst! I became quite upset at his way of characterizing the shift. I asked him why he described himself as a caricature? Was he not going to do a good job? Was he going to prostitute himself by only taking on members of the nomenclature who needed a shrink to get some distraction? Certainly not! Of course there was a painful inequality. Many of his previous patients at the psychiatric institutions could not afford treatment in private care. But most of them would also have great difficulties to benefit from a more extensive psychotherapeutic therapy.

While in public service he had tried to do something for his patients with the limited resources available. I knew that he had been brought up in a good psychiatric and psychotherapeutic tradition. I said that I imagined he now could care for people with substantial problems but who also had the inner resources to deal with them. He agreed.

I think this episode among other things illustrates the impact that the condition of the patients has on the doctor. I interpreted “cosmetic psychiatry” as partly an expression of guilt for abandoning very sick patients confined to the insufficient public psychiatric care system. Because, no matter how insufficient such a system is, good and well trained people make a difference.

Again, it is an administrative and political task to provide resources to attract competent and committed doctors to public service. Politicians and administrators all over Europe have many important lessons to learn from previous successes and failures.

I am reminded that in 1984 I was working as a senior psychiatrist at a psychiatric hospital, a previous asylum for chronic psychotic patients, in Stockholm. I loved the work, challenging, transforming the wards to become adequate for the patients, integrating hospital care with outpatient facilities. I took five hours off very week to have a few therapy patients as a private practitioner affiliated to the national health subsidy system.

Suddenly the rules changed: NHS affiliated parttime practice was not allowed for those publicly employed. The within weeks. To me it was a matter about being able to practice as a psychotherapist

and psychoanalyst for people with ordinary incomes, as the tax system only allows for wealthy persons to pay such treatments out of their own pockets. Within these weeks, at this hospital, we were seven psychiatric specialists turning in our resignation not to lose our NHS-affiliated private practices. The transition of this hospital from an asylum to a dynamic, efficient and caring psychiatric unit was thus hampered considerably. (As was my income leaving a deputy chief psychiatrist position. But I made up for it by working two night shifts a week as a GP emergency doctor in an ambulatory service, which was an important experience and probably made me a more adequate Balint leader) For many years I felt sad about leaving so abruptly I do not think I have done too bad a job as a private practitioner. But in retrospect, I think I would have been to better service to my society if it would have been possible to work part-time in both sectors.

Similarities and differences in the skews of health care systems

I suppose generally in Western Europe as I see it in Sweden, the deteriorating public health care has created a market of private medi-care insurance policies, hardly existing 20 years ago-. With a private insurance you get specialized medical attention faster than those in equal need who are not insured. Several private clinics and hospitals have contracts both with public health and private companies and insurance companies. These companies function as middlemen for the money that will unevenly trickle down to the health care services.

Another skew in Sweden and I assume also in other Western European countries derives from public health becoming “market orientated” insofar that private companies are entering as care-givers. This carries the possibility of performing more efficiently than institutions under public governance, meaning better value for tax-payers’ money But after all, public health is not a market economy. It has a much greater resemblance to the planned socialist economy. The allocation of money depends on political decisions, market mechanisms are secondary. The price for various services is decided by an administrative - not a market procedure. Quality and price measures are subject to political intentions which contain a smaller or larger amount of arbitrariness, instability and skews,, which shrewd private actors will know how to take advantage of, much faster than they can be corrected, and thus the totality of public health resources will be used inefficiently. As one consequence, in Sweden, the economic conditions for running GP health centres in a serious way has been undermined. In contradistinction, running an internet service for seemingly simple requests from patients all

over the country without any knowledge of the particular patient, is extremely lucrative. Each such 5-10 minutes consultation is generously paid, a multiple of a visit to the local GP centre, and more than 10 times the fee I could claim as an NHS affiliated specialist. Thus the local health care budgets are depleted by innovative entrepreneurs using loopholes in the system..

In the east as I understand, there are often parallel informal and well organized systems for paying extras within the public health care: You pay ward nurses, surgeons, otherwise you will not be treated or you will have to wait or be neglected. Here, if I got it right, the trickle down is direct, no external middlemen. Another skew consists in the medical hierarchies, which of course affects your "trickle down-position". As a doctor in primary care your options using your medical skills are very restricted and might affect your decision making in the end. You are not allowed to refer for more extensive diagnostic procedures, even when it is obvious from a medical viewpoint that they are required. Only the simplest and cheapest diagnostic procedures are at your disposal. You will have to refer to the next level. GP practice thus becomes less prestigious and competent, less efficient and less comprehensive – a place Western European GPs left many decades ago.

I am tempted to say much more about the macroeconomic consequences for health care with these systems but it is too far-reaching for this presentation.

Demanding patients can from time to time constitute a severe problem : in the west the doctor is not only a provider of care but the mediator of significant social benefits that she can authorize or not. The doctor also is the provider of subsidized attractive and or expensive drugs. Some patients are very difficult to resist and once you are caught in the web it is difficult to free yourself. In the east the demands of the patients can be aggravated by the instability of social conditions, doctors will not infrequently feel literally threatened if they try to maintain their professional boundaries. But this has become increasingly frequent in the West as well.

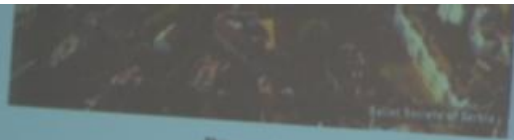
The entry of western pharmaceutical companies into new eastern European markets caused a largely unrestricted commercialization. People previously deprived of the latest fashions in every aspect of life during the communist era, through advertising – so I was told by Eastern European Balint doctors - have become attracted to the latest *pharmaceutical* fashion. Also in

Western Europe these days, neo-liberalism allows for an increasingly seductive and aggressive advertising.

Given all these circumstances, the autonomy of the doctor is relative. But when does it become a real threat to professionalism? Balint work can make these conditions clearer and visible, but also cause more pain and frustration. I remember a Balkan Balint colleague saying about a case: “To those whom you love you do not want to tell the naked truth”. (because it is thought of as too painful)

The Balint group is good for serious and constructive talks on subjects that cannot possibly be discussed in public. And I think that a good and trusting Balint group allows for saying uncomfortable truths out of concern. I also think protecting colleagues from relevant painful aspects of their work, also can cause long term injuries. Winnicott divided people into avoiders and seekers. I guess that most people are a little of both. But I think Balint work is designed for doctors with primarily a seeking – and not an avoiding - inclination. To see one's conditions as they are takes time. But in the end it will promote professional maturity and so the patients will have a better and more trustworthy doctor.

Copyright Henry Jablonski 2017

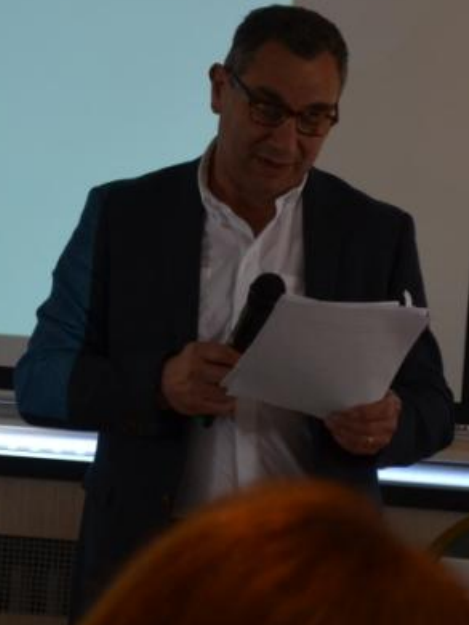


Presents:

The Doctor, the External Reality and Balint Group Work

May 19, 2017 - May 21, 2017

Palas Hotel
23 Toplicin venac- square
Belgrade





En av de fem smågrupperna på Belgradkonferensen: Den leddes av Mirjana Stojanovic-Tasic, psykiater (Bakre raden nr 4 fr vä och undertecknad. Fr vä Luc Decleire, Belgien;3:e från vä Nina Arzberger, Österrike, i mitten Anna della Casa, Italien. Från höger: Albert Lichtenstein, USA, Fatima Baptista, Portugal och Mark Budow, Israel. De serbiska deltagarna var dels allmänläkare från Belgrad, dels ST-läkare från en serbisk enklav i Kosovo, där Mirjana S-T leder Balintgrupper.



Tanja Popovic, psykiater, Belgrad och tillsammans med Natasja Vranjes stötteleare i den serbiska Balintföreningen. Fredrik Molin i förgrunden



Del av storgruppsmöte: Stående David Watt, ordförande i den brittiska Balintföreningen

Svensk Förenings för Medicinsk Psykologi 2016 års skrivartävling avgjord!

Vi publicerar liksom i förra numret juryns motivering tillsammans med de tre återstående prisvinnande texterna av Karin Boo, Daniel Lisik och Emma Wanler

Vi vill rikta ett varmt tack till alla som skickat in bidrag vår åttonde skrivartävling. Trettiofyra 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 Läkaresällskapet 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 psykiatri. 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 får 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 fångar 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 GRATTIS till pristagarna och tack alla, för er medverkan i skrivartävlingen!

Jury

Pia Dellson Caroline Lördal Elsa-Lena Ryding David Svaninger

Bakom draperiet

av Karin Boo

Jag är ST-läkare i allmänmedicin på Kristianstadkliniken i centrala Kristianstad. Tycker generellt mycket om att kommunicera och uttrycka mig med hjälp av det skrivna ordet. Efter en jobbig jour på medicinakuten tog jag upp mina upplevelser som patientfall i den Balintgrupp jag är med i och handledaren inspirerade mig att skriva och skicka in denna novell.

RIING RIING RIING! Den ilsket röda larmtelefonen kväver alla tankar. Fumlar upp den ur fickan och trycker grön lur. ”Man född -28. Misstänkt lungödem. På akutrummet om 3 minuter”. Trycker 5. ”Kvitterat”. Hjärtat slår som en slägga i bröstet. Jag klarar det här, jag klarar det här, jag klarar det här. Andas. Jag är en bra doktor, jag är en bra doktor, jag är... Var är PM:et???

Jag, två sköterskor och en sekreterare. Ett stort rum med lysrör kalla som is i taket. Det gnisslar lätt av våra tofflors steg mot plastgolvet. Två tomma britsar med glänsande orange klädsel, lätt att torka av. Övervakningsutrustningar med sladdar hängande mot golvet. Stängd dörr till ambulanshallen. Minutvisaren tickar långsamt. Fingrarna hamnar fel i plasthandsken. Den spricker. Tre försök innan jag lyckas hamna rätt.

Dörrarna öppnas och från en blinkning till nästa försvinner lugnet. Mannens ångest sprids som en giftgas genom rummet och kryper in under skyddskläderna på oss alla. Vi skyddar oss genom att påbörja arbetet så metodiskt vi kan. Infart. Syrgas. Blodtrycksmanschett. Stetoskop. Vätskedrivande. Morfin. PM-författaren vore stolt. RIING RIING RIING! Nu igen? Fumlar upp telefonen med plasthandsken på. Trycker grön lur. ”Man född -34. KOL. Saturation 60%. På akutrummet om 2 minuter”. Trycker 5. ”Kvitterat”. Jaha, nu då? Tankarna far som jagande svalor i huvudet. KOL. Lungödem. KOL. Lungödem. KOL. Lungödem. Fokusera! Mellanjouren. Jag ringer mellanjouren! En räddande ängel i vitt och med en aning till gloria kring huvudet kommer in genom dörren. ”Jag tar denna”. Lungödem. 0-HLR. 0-IVA. Läge för nitro? Näste man kommer in genom dörren från ambulanshallen. Mängden giftgas fördubblas. Akutteam två sätter igång lika metodiskt. RIING RIING RIING! DU MÅSTE SKÄMTA MED MIG! Fumlar upp luren igen och ser i ögonvrån att en svagt

rosaskimrande vätska börjar bubbla ur munnen på mannen bredvid mig. Giftgasen byter färg till rosa. Trycker grön lur. "Hjärtstopp. Man född -31. På akutrummet om 3 minuter".

Lungödem. KOL. Hjärtstopp. Två britsar på akutrummet. Två akutteam. Ingen mer vitklädd ängel finns att ringa in. Giftgasen tränger in i varenda por. Lungödem, KOL, hjärtstopp. En ska bort. Vem ska bort?

Lungödemet åker ut. Britsen rullas ut från akutrummet samtidigt som dörrarna till ambulanshallen öppnas och det rytmiskt pulserande ljudet från Lukas tränger in i rummet.

Tiden går. Hjärtstoppet dör.

Jag stapplar ut från akutrummet. Får knappt av mig plasthandskarna. Händerna dryper av svett. Giftgasen verkar ha läckt ut genom dörren från akutrummet. Patienterna är överallt. Folk hänger rastlöst i korridorerna, sitter på golvet, övervakningsutrustningen räcker inte till alla. Alla plaststolar är upptagna till patienter. Anhöriga får stå upp eller sitta på golvet. Ett av de tre båsena utanför sköterskornas glasbur har draperierna fördragna. Grönt med mörkblå applikationer. Nästa brits tio centimeter från draperiet. Jag kikar in. Mannen med lungödem. Ensam. Bakom draperiet. Övervakningsutrustningen larmar på alla parametrar. Ljudet förmår inte tränga genom sorlet runtomkring. Hur länge har han legat ensam där? Alla vitklädda upptagna på akutrummet. Förskräckta patienter står som förstenade runtomkring och vågar inte röra honom. Rosaskimrande vätska i mungipan. Döende. Ensam.

Vårdplatskoordinators mantra. 0 platser på huset. Eller, kanske en plats på en fyrsal.

FYRSAL? Moribund man med lungödem på fyrsal? Fullt i behandlingsrummen... eller vänta - ett behandlingsrum finns kanske. Ring och fråga.

Mannen med lungödem avlider efter 15 minuter på behandlingsrummet.

Han var inte ensam i dödsögonblicket. Han dog inte i hissen. Han var inte ensam i dödsögonblicket. Han dog inte i hissen. Jag gömmer mig på läkarexpeditionen. Känner hur kroppen börjar pulsera och det blir svårt att hålla emot. Tårarna dryper nerför kinderna. Var är människovärdet att ligga och dö bakom ett grönt draperi med ångesten drypande från kroppen samtidigt som livet rinner ut ur munnen som en lätt skummande hallonsaft utan någon som helst medmänniska som kan finnas där och trösta, hålla i handen, torka mungipan, smeka

handen över pannan? Har vi krig? Har det hänt någon stor olycka? Är det en helt vanlig tisdag i mars? Ja, det är en helt vanlig tisdag i mars.

Jag hör hur handtaget trycks nedåt. Försöker samla mig och torka tårarna men lyckas väldigt dåligt. Jag är ett pulserande vrak. Sköterskan: ”Måste du jobba här om du tycker det är så jobbigt?”. Jo, jag måste ju det. Socialstyrelsen säger att jag måste det. Men jag räknar ner passen. 2 avklarade, 17 kvar. Vårdcentralen är en hägring i horisonten.

Jag skriver till chefen. Undrar om vården verkligen inte är bättre rustad än att det kan bli så här på akuten? Jag skäms. Kommer med förslag till förbättring. Så som man ska göra när man klagar.

Efter en vecka kommer chefen till akuten. ”Lugnare här idag? Skönt. Det kan vara mycket här ibland. Så är det att arbeta här, man får försöka anpassa sig”. Chefen går. Akuttelefonen ringer igen.

Det snöar innanför mitt fönster

av Daniel Lisik

Jag är läkarstudent, termin 6 vid Sahlgrenska akademien. Vill undersöka nutidens kärna och förmedla den via text.

Onsdag, 16:01.

Någonstans förstod han att det där var grunden till en stor del av hans problem, liksom hos många andra som vet om sina brister men bara inte lyckas frigöra sig från dem. En av de första tankarna som han kunde tolka genom den täta dimman av sympatikuspåslag och tillbakahållna tårar, var att han hade glömt stänga fönstret hemma i köket. I den flammande ångesten, som gjorde honom såväl svettig som så frusen att det kändes som att hjärtat mer skakade än slog, blev det smärtsamt uppenbart att det var detta ständiga, förbannade smitande från konfrontation och svårigheter som hade lett honom hit.

Han höll sina alltför stora jeans uppe med händerna, som begravda djupt i fickorna trycktes knutna och iskalla mot hans lår. Det här hade han egentligen sett tecken på länge. Hur han till synes utan anledning hade börjat tappa aptiten. Först nästan omärkbart, för att sedan bli så påtagligt att han helt skippade frukost och inför kollegorna hittade på ursäkter för varför han inte hade tagit med sig matlåda ännu en gång, eller påstod att han skulle äta på pizzerian två gator bort för att istället gå en promenad i långsam takt runt kvarteret. Väl hemma minskade portionerna vid kvällsmaten stadigt i storlek, och allt mer av maten stannade inte särskilt länge i magen. Hur märkligt är det inte ändå, hur långt tankar hinner flyga iväg i vakuumet till ensamhet innan man förstår vart man egentligen är på väg, hur mycket man hinner förändras som människa innan man märker - eller tillåter sig märka - någon förändring. När han nu stod där, vid fåtöljerna i huvudentrén i Sahlgrenska Universitetssjukhuset efter besöket, med läkarnas papper i jackfickan tätt tryckta mot sitt bultande hjärta, kunde han inte riktigt svara på varför han faktiskt hade sökt hjälp över huvud taget. Framför sig såg han klart som på ett fotografi sig själv på golvet vid soffan i vardagsrummet. Någon annanstans - eller ingenstans - sedan flera dagar. Reklamblad i en växande hög på ytterdörsmattan. Och en del av honom såg inte det som ett sämre scenario än det här, även om han försökte intala sig annat.

Vart tar man vägen när man vet att ens väg håller på att ta slut? Hur ska man veta vilka vägar som leder till återvändsgränder när tiden håller på att bli knapp? Han försökte utan framgång samla tankarna. Det åskade inom honom, regnade våldsamt, och de små fragmenten av

rationella resonemang och idéer slogs sönder ögonblicket han fångade dem i sina handflator, blandades ihop med varandra och förvirrade honom bara ännu mer. Vissa ögonblick, när han tänkte på det att en dag plötsligt inte vara, fick han en sådan lust att springa tillbaka till sin läkare och bara släppa ut alla tårar han hållit inom sig, eller kanske gå till sjukhuskyrkan och hoppas att det fanns någon där som kunde lyssna. Men någonting hindrade honom, och stanna kvar där han stod kände han till slut också var ohållbart, för till slut skulle någon komma fram och fråga honom varför han stod där och agerade staty bland alla väntande. Så med medvetet raska steg för att verka ha något att göra eller någonstans att vara gick han till slut därifrån, bort mot korridorerna.

Planlöst spatserade han genom olåsta gångar, tittade ständigt omkring sig och lade märke till de mest ointressanta detaljerna. Han försökte memorera nummer på avdelningar och rum, rabblade dem för sig själv igen och igen i slumpmässig ordning. Samtidigt kunde han inte låta bli att kasta korta blickar på patienter han passerade längs vägen, och hur mycket han än ogillade det kände han lite njutning av att se andra våndas som han. "Är du anhörig?" frågade plötsligt en blåklädd vårdanställd kvinna honom när han skulle till att svänga runt ett hörn och nästan råkade gå in i en glasdörr. "Nej, jag ska faktiskt hem." Utan att bry sig mer om något i sin väg tog han hissen ner till bottenvåningen, vänster, andra höger och huvudentrén ut.

De sena novembervindarna nöp tag i kinderna så fort han kommit ut från de kolossala svängdörrarna. Det doftade tungt fallande snö i luften och himlen var penslad i alla nyanser av grått man kan föreställa sig. Vid hållplatserna stod som nästan alltid mängder med människor. Vissa huttrade. Andra stod med öppna jackor och talade högt i telefon. Rök steg från hans mun medan han funderade på hur han skulle ta sig hem. Det skulle ta lång tid och även om han kände sig utmattad visste han att han inte skulle klara av att sitta still så länge. Allra minst skulle han klara av att komma hem igen. Han vände om och gick tillbaka in på sjukhusområdet, förbi huvudentrén, via gröna stråket och vidare genom bruna stråket tills han kom ut via södra infarten. Det var helt tomt i huvudet, åskan hade dragit förbi och lämnat efter sig bråte och fällda träd. De fåglar som överlevde hade flytt redan innan stormen började och vågade förmodligen inte återvända. Men en bit ner på Ehrenströmsgatan var det som att någon från ovan vred på kranen. Fördämningen på den överfyllda dammen till hjärtat brast. Han lät tårarna rulla nerför kinderna och slutade inte gå. Medan han gick förbi den oansenliga ingången till avskedsrummen i anslutning till bårhuset började han tänka på vilka sånger han ville ha på sin begravning. Han funderade på huruvida han skulle låta sin kropp användas för forskning och utbildning efter sin död. Bårhuset, som han just nu höll på att passera, centrerar

sin verksamhet runt människors död, och hur galet det än må låta, tyckte han att det fanns något vackert med det. Det ständiga kretsloppet, behovet vi har av varandra och hur det liksom finns en nytta och mening med allt, ett värde hos var och en av oss. Strax efter att han svängt runt hörnet mot Per Dubbsgatan började Pressbyrån skymtas bakom Jubileumskliniken. Det hade aldrig slagit honom hur väl just en sådan affärskedja passar på en sådan plats. Vad spelar priset för roll när man just vunnit tillbaka sitt liv, eller av precis motsatt orsak förstått värdet av det?

Han kom återigen fram till hållplatsen. Buss nr 7 skulle komma om fyra minuter, buss 16 om sju. Den hårda vinden hade torkat tårarna, men om man kom nära och tittade noggrant kunde man se spåren saltet lämnat kvar som efter en uttorkad flod. Andningen tilltog i styrka och blev utmattande snabb när han började tänka på att komma hem till lägenheten. Han ville fortsätta gå, gå, gå, fastän tröttheten började bli påtaglig och det kröp av utmattning i benen som bara ville vika sig runt varandra och slippa bära tyngden av kroppen. Den i sig var inget problem egentligen, men hans själ var desto tyngre just nu. Han gick iväg igen från hållplatsen, nu med riktning mot centrum. I motsatt riktning svepte 7:an förbi honom efter en kort stund. Mörkret hade börjat falla och i de två upplysta vagnarna hade en annan version av honom kunnat sitta; på väg till sin flickvän i Masthugget och en kväll av kelande i en soffa till en serie som egentligen bara hon gillar, men som han tittar på också bara för att göra henne lycklig, till sina vänner som han skulle möta upp på Brunnsparcken för att spela biljard med någonstans eller bara härja runt med som idioter.

Ett par minuter bort från sjukhuset gick han förbi en pappa hand i hand med en liten flicka. Hon såg ut att ha svårigheter med att gå, och en rektangulär bit på höger sida av hennes huvud var rakat. Det såg besynnerligt ut, tyckte han, en tom yta bland allt i mörkret ändå lite skimrande guldblont hår. Han hoppades innerligt att hon skulle bli bra igen. Största delen av samtalet mellan pappan och dottern försvann med vinden, men han lyckades snappa upp att de pratade om att äta på något gott ställe. Jag skulle inte hinna ens om jag hittade någon, tänkte han, jag skulle inte hinna bli mitt barns bästa vän och hjälte. Och medan han fortfarande gick i oförminskad takt insåg han att han inte skulle klara av att varken ta sitt liv eller gå runt särskilt länge till, så han vände tillbaka igen mot hållplatsen vid Sahlgrenska. Benen, särskilt fötterna, värkte och han ville bara lägga sig under hela resan. Men allra mest kände han sig som ett djur som vet att det är på väg att dö. Han ville bara smyga iväg från alla ögon han inbillade sig stirrade på honom i den gulaktiga, slitna vagnen och somna in i stillhet och tystnad. Vad som gnagde i hans tankar de sista tre-fyra stationerna var att han inte borde

gå till sjukhuset på datumet som stod på pappret. Varför skulle han som redan var dödsdömd för det första slösa på de viktiga resurserna, och för det andra riskera att det ledde till mer smärta än lycka för honom själv. Stapplande tog han sig upp de tre våningarna till sin lägenhet. Det var någonting med den ack så bekanta och subtila doften av städat golv som lyfte hans humör lite. Han vred om nyckeln och möttes av samma sak som alla tidigare gånger. Temperaturen i lägenheten var också den ingen annan än den vanliga. När han gick in i det mörka köket häpnade han däremot över vad han såg. På bordet, tallriken med kallnad soppa, tidningen och linoleumgolvet låg ett tunt, tunt sagolikt vitt täcke. Den vitaste och vackraste snön han någonsin hade sett. I total tystnad stod han och betraktade det fallande, kalla pudret. Han kände allt. Lycka och smärta. Vrede och förlåtelse för sig själv. Han kände varje millimeter av sin kropp, varje snöflinga som landade på huden. Det var som att alla, precis alla hans celler för första gången var vakna samtidigt, och det gjorde honom på något sätt lycklig. Fönstret var stängt.

Onsdag, 16:33.

Han skyndande sig igenom de till synes oändliga korridorerna under marken på Sahlgrenska. Då och då susade någon läkare förbi på sparkcykel. Det unika ekot låter, speciellt om man går och tänker på annat, mer som ett slags motoriserat fordon, och det ser lika delar komiskt som fräckt ut. Han brukade gå så där snabbt vid två situationer: Dels när han hade haft en alldeles utomordentlig dag och ville verka lite extra läkaraktig genom att låtsas skynda sig någonstans för att rädda ännu ett liv med sin övermänskliga expertis och intelligens, dels när hans dag varit raka motsatsen. När han gick kunde han tänka som bäst. Det var då han kom på nya idéer, de bästa lösningarna på problem som han grubblat på utan resultat vid ett bord, men hur snabbt han än gick den här gången kunde han inte släppa misstaget han gjort den dagen. Kanske för att det illustrerade ett så fundamentalt felsteg, inte rent medicinskt - han gick bara termin fyra trots allt - men på ett medmänskligt plan. Hela dagen hade han spenderat på en onkologisk avdelning, som en del av en kurs med verksamhetsförlagd utbildning. Den ordinarie handledaren var tvungen att gå iväg på något oväntat ärende och lämnade över studenten till en kollega. Denne föreslog att det kunde vara givande för studenten att närvara vid ett möte med en lite svårare sjuk patient. Obekvämt och nervöst var bara förnamnets första bokstav för studenten, men orädd för nya utmaningar och med en brinnande vilja att lära sig nya saker och utvecklas tackade han ja till erbjudandet. Vad han aldrig hade kunnat föreställa sig emellertid, var att han skulle bära med sig det patientmötet av helt andra

anledningar än de medicinska lärdomarna. En bit ifrån studenten, någon halv meter men på samma gång en ocean bort, satt en man alltför ung för att få en dödsdom kastad i ansiktet. Men det var vad han fick, och det på ett sätt som var så kliniskt korrekt att det på sätt och vis var svårt att kritisera läkaren, men som innehöll så lite empati och medmänsklighet att det var rent ut sagt smärtsamt att bara se på. Magsäckscancern hade hunnit sprida sig innan den blev upptäckt, till bukspottkörtel, bukväggar, diafragma. Mannen erbjöds inget hopp och trösten bestod i att det fanns behandlingsmöjligheter för att förlänga livet något. Studenten kände under hela samtalet en brinnande önskan att åtminstone sträcka ut sin hand till mannen, som satt där utelämnad till sig själv, samtidigt som osäkerheten i rollen likt permafrost förhindrade någonting att gro.

Att kastas in i ett nytt sammanhang kan vara både mycket givande och djupt destruktivt. Fast ju mer studenten tänkte på det där insåg han att det nog i de allra flesta fall inte handlar om sammanhangets natur, utan bara om händerna som placerar en i den okända tillvaron. Lite på samma sätt som man komma in i vuxenlivet genom att hjälpa mormor baka kakor och städa, eller genom att tvingas ta hand om sina småsyskon när föräldrarna är frånvarande. På det mest olämpliga sätt blev han, trots att han läst det i dussintals artiklar och hört mantrat säkerligen hundratals gånger, en gång för alla på riktigt medveten om innebörden i Hippokrates berömda ord; att förutom att försöka bota eller hjälpa sina patienter medicinskt alltid, alltid trösta. En onsdag i sena november med bitande vindar och tunga, gråa moln är det lika mycket vår plikt om inte mer, tänkte han medan han drog på sig jackan och kontrollerade att inget av värde var kvar i kläderna han slängde i tvätten, att ge det mänskliga och varma bemötande som patienter mycket väl kan vara i lika stort behov av som att man ger den medicinska behandlingen. Att fråga om patienten känner det här eller här är inte tillräckligt, minst lika viktig är följdfrågan hur det känns i själen att känna det.

KIM

av Emma Wanler

Jag är 31 år gammal och arbetar som psykolog inom barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm.

“Kim” kom till då jag läste en skrivarkurs parallellt med psykologstudierna.

Du vidrör mitt innersta, Kim. Det är så det känns.

Och det gör mig så fruktansvärt rädd.

...

Det är min första dag som skötare på den psykiatriska akutavdelningen. Jag står framför spegeln i det avlånga omklädningsrummet, där röda plåtskåp staplats på varandra, och fäster upp mitt sönderblekta hår med spännen. Nervositeten sjunger i min kropp, får mina händer att darra.

Jag är rädd för att inte duga. För att inte orka med. Den blå bussarongen och de vita byxorna med landstingets logotyp på ser för stora ut.

Mina kinder är runda, som på ett barn.

...

Du fixerar mig med blicken så fort jag kliver in i uppehållsrummet. Människokroppar sitter och står överallt; i den nedsuttna hörnsoffan vid teven, vid det runda matsalsbordet, på det röda plastgolvet, längs med de knottriga väggarna. Några är tysta. Några samtalar. Några pratar för sig själva. Några gråter. Det är människor överallt, men jag ser bara dig.

Och jag känner hur du ser in i mig.

Du reser dig upp ur fåtöljen där du suttit. Mannen bredvid dig, iklädd en blå bussarong liksom jag, gör genast samma sak. Du penetrerar mig med blicken, du stirrar, du letar i mitt inre som om du skymtade något oerhört.

Jag ryggar ofrivilligt tillbaka.

Den trygga gotländska kvinna som jag går bredvid tar till orda. ”Kim, det här är Saga. Hon ska jobba här i sommar”.

Du rör dig långsamt emot mig. Långsamt men obönhörligt, som ett kattdjur som fått vittring på ett byte.

Dina svarta ögon smalnar när du upprepar mitt namn.

...

På hot- och våldutbildningen har jag fått lära mig att hantera följande:

Att parera slag.

Att ta mig ur strypgrepp (framifrån och bakifrån).

Att aldrig försöka slita loss händer som drar mig i håret (då kan delar av skalpen följa med).

Jag har inte lärt mig att hantera:

Den ström av rå skräck som flödar från din kropp till min.

Den oerhörda vanmakt som det väcker.

...

Andra veckan, tredje dagen. Jag sitter i en fåtölj och löser korsord, med ryggen strategiskt vänd mot väggen. En annan lärdom från hot- och våldutbildningen; att alltid hålla ryggen fri.

Jobbet börjar kännas mer välbekant nu. Jag har lärt mig rutinerna på ett ungefär.

Morgonmöte med genomgång av nattens incidenter, väckning, frukostservering, medicinrunda. Förmiddagskaffe, tillsynsrunda, lunch. Medicinrunda, eftermiddagskaffe, tillsynsrunda, matsservering. Tillsynsrunda, kvällsfika, medicinrunda, överlämning till nattpersonalen, hemgång.

Några av de inlagda har börjat tala med mig. Damen som är välfriserad och lyckligt gift, men ändå måste lägga in sig för elchocksbehandling varje höst, har berättat om sorgen över att ständigt ligga till last. Det tuffa tjevgänget som röker i trädgården har sakligt informerat mig om de bästa metoderna för att ta sitt liv inne på avdelningen (som att linda duschslangen runt halsen eller tillverka en hängsnara av sönderrivna lakan). Deras berättelser är hemska. Men de skrämmer mig inte på djupet.

Inte som du gör.

...

Den här eftermiddagen är avdelningen är tyst. De flesta vilar inför middagen. All fastanställd personal har stängt in sig på kontoret, där de dricker kaffe och surfar på Facebook. Men det vågar inte jag. Jag vill göra ett bra jobb. Vara till lags.

Plötsligt hörs ett skrik från ditt rum, som ligger längst ner i korridoren. Du har fått det rummet av ett särskilt skäl; för att det ska gå att avskilja dig från de andra patienterna när du blir aggressiv. För aggressiv, det blir du. Ofta.

Du kommer stormande ner för korridoren, du springer snabbare än vad jag någonsin trott att du skulle kunna; du, med din kraftiga kroppshydda och dina korta ben. Jag hinner inte reagera. På en sekund är ditt ansikte tätt intill mitt, din saliv stänker över mina kinder, din röst exploderar i mitt huvud och du sliter ifrån mig korsordstidningen som jag håller upp som ett skydd framför mitt ansikte. ”Varför undviker du mig, Saga?”, vrålar du. ”Vad är det du är rädd för?”

Du höjer din hand, och du slår.

...

På hot- och våldutbildningen har jag fått höra att människan reagerar på två sätt när hon blir rädd. Antingen med ilska, genom att gå till motattack. Eller med rädsla, genom att fly. Jag tillhör tydligen den andra kategorin.

...

Min rädsla styr mig, och jag skäms över det. Jag undviker att gå nära ditt rum. På morgonmötena konstateras att du tycks hysa en särskilt stark aversion gentemot unga kvinnliga vikarier; du har slagit fem av oss inom loppet av en vecka. Du anses vara en säkerhetsrisk på avdelningen, och därför beslutas det att du ska hållas på ditt rum, ständigt övervakad av två skötare. Vi unga vikarier behöver inte ha med dig att göra, säger chefen, en solbränd sjuksköterska med turkos eyeliner och likgiltig röst. Inte om vi är rädda. Det är okej att vara rädd.

Jag undviker dig så mycket jag kan. Men du verkar ha utvecklat en särskild hatkärlek till mig. När du ser mig ropar du mitt namn, högt: "Saga! Saga!"

Du ropar aldrig någon annans namn på samma sätt.

Varje natt drömmer jag om dina svarta ögon. Anklagande. Allseende. Som om du ser allt fult i mig. Jag får för mig att du kan lukta dig till min rädsla, på samma sätt som djur sägs kunna. Att din galenskap har gett dig en särskild gåva; förmågan att skilja trygga, stabila, hela människor från de trasiga, smutsiga, defekta.

Jag vet inte vad jag är mest rädd för; dig, eller de känslor som du väcker.

...

En julimorgon är vi få på morgonmötet. Alldeles för få. Parisa är hemma med sjukt barn och Göran har följt med en inlagd till sjukhuset. Några av vikarierna måste vaka över dig i dag. Annars går det inte ihop.

Luften i det stora konferensrummet är spänd. Vi vet att dagen kommer att bli lång och svår. Madeleine räcker upp sin hand och anmäler sig frivilligt. Jag vet att hon också är rädd för dig, även om jag inte tror att det rör sig om samma slags rädsla. "Någon mer?" säger chefen och ser sig omkring med sina eyelinerögon.

Jag vill inte, men jag känner pressen.

...

Du sover när vi stiger in på ditt rum. Natten har varit stökig; du har legat i bälte större delen av tiden. Vi sätter oss på varsin stol, så tysta som möjligt, för att inte väcka dig, och de första tjugominuterna går det bra. Du snarkar ljudligt, och jag granskar dig.

Ditt långa, flätade hår. Svettpärlorna som glittrar på din hud. Din bröstorg som långsamt hävs upp och ner.

Att du kan se så fridfull ut.

Plötsligt rycker du till, och öppnar ögonen. Sätter dig upp och stirrar på oss; först på Madeleine, och så på mig. ”Saga!” ropar du, med upphetsning i rösten. Jag reser mig upp. Spänner min kropp. Gör mig redo.

Du kommer emot mig, du sträcker på halsen så att ditt ansikte hamnar tätt inpå mitt. ”Ta det lugnt, Kim”, viskar jag, och försöker låta trygg. ”Varför kommer du aldrig och hälsar på mig, Saga?”, väser du. ”Varför tycker du inte om mig?” Mina ben skakar. ”Jag är ju här nu, Kim”, svarar jag matt.

Du kommer närmare och närmare, jag backar och backar. Madeleine har också rest sig upp, och våra kroppar bildar en slags mur mellan dig och dörren. ”Släpp ut mig”, säger du. ”Nej”, säger vi unisont, ”läkaren har bestämt att du ska vara här.” ”Släpp ut mig!”, säger du igen, den här gången högre, mer hotfullt. Du går rakt in i oss, du höjer dina knytnävar, du sparkar. Vi ställer oss på varsin sida av dig, vi håller fast dina armar, vi tvingar dig tillbaka till sängen.

Du är inte så stark som jag trott.

Din kropp skakar där den sitter fast mellan våra. Du pratar, mestadels obegripligt, på ett främmande språk. Du vrider dig, du gråter, du försöker komma loss, men dina rörelser är sega och kraftlösa. Jag tänker att det måste bero på medicinerna.

Hur mycket mediciner har du egentligen fått?

”Såja, såja”, mumlar jag och Madeleine. ”Ta det lugnt nu, det är ingen fara.” Jag hör att vi inte låter trovärdiga. Du måste uppfatta detsamma.

Till slut orkar du inte kämpa mer. Du resignerar. Du ger upp. ”Varför får jag inte gå ut”, viskar du. ”Jag vill bara ut, jag vill bara få komma hem”. Långsamt blir du slak och sjunker ner i fosterställning. Din kropp skakar fortfarande, men till slut somnar du.

Jag sätter mig på sängkanten och tittar på dig. Försiktigt, för att inte väcka dig, drar jag upp den gula landstingsfilten som ligger vid dina fötter över din mjuka, tunga kropp. Stryker med min handflata över din nakna rygg. Din hud är varm, liksom min. Ditt hjärta bultar hårt, liksom mitt.

Är det verkligen dig jag är rädd för?

Dina långa flätor ringlar sig ner över kudden, över dina tårindränkta kinder.

Dina kinder är runda, som på ett barn.

Bilder från Balintmötet i Stockholm 5-6 maj 2017

Den årliga Balinträffen ägde rum i Stockholm och var uppdelad i ett förmiddags-seminarium om ledarskapsutveckling och forskning, och tre regelrätta Balint-pass med falldragningar och diskussioner. Henry Jablonski redogjorde i Elsa-Lena Rydings frånvaro för hennes rapport om de fokusintervjuer av Balintgruppdeltagare på en ANOPIVA-klinik som hon och professor Christer Sandahl genomförde. Förmodligen bidrog den vackra helgen i maj till att så pass få kom. Det blev ändå ett mycket inspirerande erfarenhetsutbyte med 14 deltagare från Jokkmokk i norr till Malmö i söder, i övrigt från Skara, Göteborg, Linköping och Stockholm. Nästa nationella Balinträff äger rum i Malmö-Lund i mars-april 2018!



Per Orsander, allmänläkare Stockholm. I bakgrunden Pia Söderberg och Martin Eriksson, ST allm med, Stockholm



Magdalena Elfwén och Sonja Holmquist, allmänläkare Stockholm



Från hö Pia Söderberg, allmänläkare Stockholm, redaktören och Karin Buchanan



Redaktören lägger ut texten; flankerad av Pia Söderberg, Fredrik Molin och Karin Buchanan (skymd)



Stefan Bálint och Markus Beland, allmänläkare Jokkmokk på Södersjukhusets matsalsaltan



Bilder från IBF:s ledarskapskonferens i Warszawa september 18-21 2016

I Bulletinen 2016:1 publicerade vi flera konferensrapporter från Warszawakonferensen. Här nu också några bilder.



Huvudföredragshållaren Andrew Elder, vars text återfinns i denna Bulletin med författarens vänliga medgivande



Pia Söderberg i samtal med Ulrich Rueth, Muenchen



Stefan Bálint och Henry Jablonski

Verksamhetsberättelse 22 april 2016-6 maj 2017
för
Svensk Föreningen för Medicinsk psykologi (SFMP)

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

Styrelsen för SFMP har under verksamhetsåret haft följande sammansättning:

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

Vice ordförande: Lena Moegelin, gynekolog, psykiater, överläkare, Södersjukhuset, Stockholm

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

Sekreterare: Carin Gram, specialist allmänmedicin, Malmö

Övrig ledamot: Anders Birr, spec palliativ medicin, Helsingborg

Övrig ledamot: Jacob Engellau, doc, onkolog, leg psykoterapeut, Lunds Universitetssjukhus

Revisorer: Juanita Forssell, Christer Smeds, rev. suppleant Noomi Elander-Lindberg,

Valberedning: Kjell Reichenberg (sammanställande), Charlotta Hagstam, Sonja Holmquist

Henry Jablonski (ordförande) och Lena Moegelin (riksstämbosekreterare och remissamordnare) har varit SFMP:s representanter i sektionsstyrelsen.

Föreningens styrelse har under året haft två protokollförda möten, ett på Skype och ett ”in corpore”. Vi har haft fortlöpande email-kontakt

Antalet registrerade medlemmar är relativt oförändrat c:a 105, dock har antalet inbetalda medlemsavgifter för 2016 inskränkts till 38. Medlemmarna utgörs framför allt av läkare, de flesta allmänläkare och psykiatriker men även andra specialiteter och andra yrkesgrupper inom vården som sjuksköterskor, psykologer, sjukgymnaster finns representerade. Kontakten med Balint-aktiva i hela landet sker genom våra möten och genom vår hemsida, via vars kontaktformulär ett dussintal förfrågningar besvarats.

Medlemsavgiften har varit oförändrad 200 kr. Pensionerade medlemmar som *helt* upphört med yrkesverksamhet samt medicine och psykologie studerande betalar ingen avgift. Föreningens ekonomi är relativt stabil pga. av de fonderingar som gjorts tidigare år. Skrivarpriset, resekostnaderna för de styrelsemedlemmar som inte bor i Stockholm, resestipendier för fortbildning, medlemsavgift till IBF och deltagande i aktiviteterna inom International Balint Federation är de tyngsta utgiftsposterna. I år har styrelsen också beslutat om ett mindre forskningsstöd för den multicenterstudie som påbörjats om Balint-gruppen och läkares arbetsmiljö.

Föreningens tidskrift *Bulletinen* har utkommit med ett c:a 50 sidigt nummer; Henry Jablonski har varit redaktör.

Föreningens hemsida, www.sfmp.se och email-lista till medlemmarna fungerar tillfredsställande.

Föreningen evaluerar och prövar auktorisation av Balint-ledare i Sverige. Auktorisationskommittén består av Stefan Balint, Juanita Forssell, Henry Jablonski och Dorte Kjeldmand. Auktorisationskriterierna har kompletterats för en kategori Ledare på väg mot auktorisation, vilka också uppförs på listan. I skrivande stund finns 13 auktoriserade Balintledare och två ”På väg”. Under året har en ansökning prövats och lett till auktorisation.

2016 års skrivartävlingar avgjorda: Föreningens juryrepresentanter bestod av Elsa-Lena Ryding, David Svaninger och Pia Dellson. Trots initialt god förankring med SLS Kandidatförening (KF) styrelse i januari 2016 fallerade samarbetet. Caroline Lördal, som tidigare varit KF-representant och fortfarande är medlem i KF var jurymedlem ännu en gång. Antalet bidrag till den allmänna tävlingen var ett 30-tal men till student/AT endast fyra! – detta i kontrast till 2014 års tävling som noterade rekordstort deltagande. Sammanlagt 7 priser delades ut. Dessa texter finns på föreningens hemsida och publiceras successivt under vår och höst 2017 i *Bulletinen*. Eftersom Riksstämman upphört arbeta vi på att finna andra fora att genomföra läsning och diskussion av kliniskt relevanta texter. Framtidens Specialistläkare, AT-stämman och SLS tisdagskvällsmöten har nämnts.

Balintverksamhet

Våra skånska kollegor med Stefan Balint i spetsen organiserade med Anders Birr, Jacob Engellau och Jessica Wihl ett halvannan dags Balintmöte i Malmö-Lund bestående av ett halvdags forskningssymposium och en Balintledar-studiedag. En utförligare redogörelse finns i *SFMP Bulletin* 2016:1, www.sfmp.se

Vi kom överens om att försöka ha ett möte varje år och att alternera mellan Stockholm och Skåne. Nästa äger rum 5-6 maj, då också årsmötet avhålls.

Vårens IBF Council Meeting ägde rum i Salzburg. Pia Söderberg, som också var IBFs revisor, och Henry Jablonski var SFMPs representanter. Sammanlagt ett 40-tal delegater från Europa, USA och Israel hade samlats. Det av IBF vart annat år anordnade Leadership Conference ägde rum i Warszawa i september. Från Sverige deltog Pia Söderberg, Sonja Holmquist, Kjell Reichenberg, Stefan Balint och Henry Jablonski. Andrew Elder, avgående koordinator för Leadership Task Force Group presenterade en viktig text om Balintledarskap, som vi kommer att fortsätta arbeta med lokalt. Rapporter från Warszawa finns i *Bulletinen* 2016:1 på www.sfmp.se

Henry Jablonski var inbjuden som observatör till Balint-Psykodramaföreningens möte i Annecy i maj 2016 (se rapport *Bulletinen* 2016:1) och att föreläsa vid den franska Balintföreningens möte i Paris september 2016 om Balintgruppens plats under den medicinska utbildningen från ett internationellt perspektiv (publicerad i *Société Medical Balint Bulletin* och under publicering i den brittiska *Balint Journal*) samt att delta som gästlärare i den danska

Balintutbildningens weekend i Slagelse i mars 2017, där också fördjupat nordiskt samarbete diskuterades med lärarna och den danska styrelsen.

Till IBFs internationella kongress i Oxford har tre svenska papers lämnats in och två godtagits för plenar presentation. Ett drygt 10-tal svenska delegater förväntas delta.

Samarbetet med SFAM kring Balint-frågor och skrivartävlingarna har fungerat utmärkt. Sonja Holmquist och Dorte Kjeldmand är Balintrepresentanter i SFAM. Balint finns numera i SFAMs kurskatalog med angivna CDU-poäng. Sonja Holmquist har skrivit en utmärkt kort och sammanfattande text för SFAMs hemsida. SFAM och tidskriften AllmänMedicin har också hjälpt oss att marknadsföra konferenser.

Pia Söderberg har varit en av IBFs två revisorer. Hon har under året varit mycket aktiv i sitt stöd till IBFs styrelse, vilket uppskattats.

Elsa-Lena Ryding och Henry Jablonski presenterade i juni 2016 resultaten av forskningsprojektet på ett kliniskt möte på det Stockholms sjukhus där ”Mötas och Lära” - ett 1-årigt Balintgrupp-projekt ägt rum.

Stefan Bálint som lett en 2-årig utbildning för Balintledare som avslutad juni 2013 fortsätter med regelbundna möten med utbildningsgruppen för handledning på Balintledararbetet, diskussioner kring enskilda problem samt träning i Balintledarfunktionen. Det senare i form av att utbildningsgruppen utgör en Balintgrupp. Denna verksamhet stöds ekonomiskt av region Skåne genom dr. Ola Björgell. På detta sätt har en vidareutbildning av verksamma Balintledare ägt rum som kommer att leda till att antalet auktoriserade Balintgruppledare fortsätter att öka.

I Stockholm har tre nya grupper startat under året och en utbildnings- och handledningsplan vuxit fram för ”På Väg”-ledarna. Förhoppningen är att ytterligare 2-3 ska påbörja sin resa mot auktorisation.

I Helsingborg har en grupp startats för sjukhus-kliniker och förhoppningsvis kommer fler att starta nästkommande år.

Dessa nystartade gruppen ingår i en multicenterstudie som påbörjats om Balint-gruppen och läkares arbetsmiljö. Elsa-Lena Ryding är forskningsledare för projektet.

Björn Landström och Fredrik Molin rapporterade att man i Skaraborgs Län och Göteborg börjat erbjuda Balintgrupper till samtliga ST-läkare inom allmänmedicin.

Stockholm i april 2017
För styrelsen

Henry Jablonski, ordförande

PROTOKOLL ÅRSMÖTE

Svensk Förening för Medicinsk Psykologi

Lördagen den 6 maj 2017 kl 12.00-13.00 i konferensrum Tanto, Södersjukhuset, Stockholm

Närvarande:

Stefan Balint, Markus Beland, Fredrik Molin, Björn Landström, Per Orsander, Henry Jablonski

§ 1. Valdes Björn till ordförande, Henry Jablonski till sekreterare, och till justeringspersoner Per Orsander och Markus Beland.

§ 2. Fastslogs att årsmötet var stadageenligt utlyst (minst 2 veckor före utsatt datum).

§ 3. Dagordningen godkändes.

§ 4. Verksamhetsberättelsen föredrogs av Henry Jablonski och lades efter komplettering till handlingarna.

§ 5. Då kassören fått förhinder föredrogs den ekonomiska rapporten och årsredovisningen för 2016 av mötets sekr.

Framfördes av Fredrik Molin att föreningens bankuppgift ”postgiro” kan orsaka huvudbry vid inbetalning av medlemsavgifter. Bör ändras till ”plusgiro”.

§ 6. Skriftliga revisionsberättelser av Juanita Forsell och Christer Smeds föredrogs av mötets sekr.

Löpande räkenskaper samt förvaltningen av Schmidtska/sfmp-fonderna i Avanza Bank bedömdes vara i god ordning. Revisorerna rekommenderade årsmötet att bevilja styrelsen ansvarsfrihet.

§ 7. Årsmötet beviljade styrelsen ansvarsfrihet för 2016.

§ 8. Föreslogs att nästa möte hålls i Skåne i första halvan av april 2018 med ungefär samma inriktning och tidsramar som årets. Föreslogs bjuda in de danska och finska Balintkollegorna. Förslaget från förra årsmötet om Göteborg som mötesplats sköts på framtiden.

§ 9. Fastställande av årsavgift: Föreslogs oförändrat till 200:- vilket godkändes. Studenter och de pensionärer som helt upphört vara yrkesverksamma betalar ingen avgift.

§ 10. Valberedningen har rekommenderat omval av styrelsen. Följande valdes: Henry Jablonski, ordförande (omval), David Svaninger kassör (omval), Carin Gram, sekreterare (omval), Jacob Engellau (omval), Anders Birr (omval). Styrelsens firma tecknas av ordföranden Henry Jablonski och kassören David Svaninger var för sig eller av samtliga styrelseledamöter gemensamt.

Ett stort tack till Lena Moegelin, som nu avgår ur styrelsen.

Som representanter i styrelsen för Sektionen för medicinsk psykologi, som f n är vilande, fortsätter Henry Jablonski (sektionens ordf) och Lena Moegelin.

§ 10. Val av valberedning: Kjell Reichenberg sammankallande, (omval), Sonja Holmquist (omval) och Charlotta Hagstam (omval).

§ 11. Val av två revisor: Juanita Forsell (omval) och Christer Smeds (omval). Suppleant: Noomi Elander Lindberg (omval).

§ 12. Mötesordförande tackade de närvarande och förklarade mötet avslutat.

Stockholm den 6 maj 2017

Björn Landström, ordf

Henry Jablonski, sekr

Justeras:

Per Orsander

Markus Beland

KALENDARIUM 2017/2018

IBF International Balint Congress, Oxford 6-10 september 2017
se www.balintinternational.com

Nästa svenska nationella Balintmöte äger rum i Malmö-Lund i mars-april 2018, mer information följer

Nästa IBF Leadership konferens äger rum i Helsingfors i sept 2018, mer information följer

2019 års IBF International Balint Congress äger rum i Oporto, Portugal i sept 2019