

BULLETIN

**Svenska Föreningen för Medicinsk
Psykologi**

I detta nummer:

Rapport från Balintkonferensen i Malmö/Lund

Den internationella Balintkongressen i Metz

- **De svenska bidragen**
- **Reserapporter från deltagarna**

Bidrag från 2014 års Skrivartävlingar och

Klubbrumssymposiet

Kalendarium

Nummer 2:2015

Årgång 48

ISSN 1653-3453

Kontakt: info@sfmp.se

Hemsida: www.sfmp.se

INNEHÅLL

Presentation av föreningen och styrelsen	sid 3
Redaktören har ordet	sid 5
Illustrerad rapport från Balintkonferens Malmö-Lund 24-26 april 2015	sid 6
Reseberättelser från Internationella Balintkongressen i Metz av	
- Pia Söderberg och Sonja Holmquist	sid 14
- Annica Carlsson	sid 15
- Kjell Reichenberg	sid 17
- Roland Koch	sid 18
Crisis as a chance for change, Plenart föredrag vid 19 th International Balint Congress av Roland Koch	sid 19
Poster abstracts 19 th International Balint Congress	sid 26
“The resident, the patient and the illness – Final report on a Balint project for hospital residents” av A Carlsson, H Jablonski, E-L Ryding	
”Meeting and learning – a Balint project with doctors in anaesthesiology and intensive care” av H Jablonski, D Bergman, E Stjärnfelt, E-L Ryding	
Skrivartävlingarna: fortsättning och ett bidrag från Klubbrums-symposiet	
Inledning och resummée av skrivartävlingarna	sid 27
Pristagare:	
- ”Kvällen är tidig i februari ” av Lottie Sällström Randsalu	sid 28
- ”Daganteckningar” av Marcus Lindsköld	sid 34
- ”Mitt sinnes hospital” av Johan Ringlander	sid 40
- ”Något för alla” av Karin Pokorny	sid 44
Bidrag från Klubbrumssymposiet SLS 25 september	
- ”En läkare blir till” av Olivia Marsh Landén	sid 47
Kalendarium	sid 50



Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

The Swedish Association of Medical Psychology

Member of the International Balint Federation

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi har till syfte att främja den vetenskapliga utvecklingen av medicinsk psykologi och psykoterapi samt att verka för de psykologiska,

psykosomatiska och holistiska aspekterna inom alla former av hälso- och sjukvård. Föreningen är öppen för alla intresserade. Den utgörs idag främst av läkare med varierande specialisering och till en mindre del av medlemmar med annan grundutbildning: psykologer, kuratorer, psykoterapeuter, sjuksköterskor och sjukgymnaster. Föreningen värnar särskilt om utvecklingen av dessa områden inom grund-, vidare- och fortbildning av läkare.

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

Föreningen ingår i Svenska Läkaresällskapets sektion för Medicinsk Psykologi, tillsammans med Psykosomatikföreningen och den psykoanalytiska föreningen. Inom Föreningen anordnar regelbundet halvdagssymposier, vanligen i Läkaresällskapets lokaler samt symposier och gästföreläsningar på den Medicinska Riksstämman..

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

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

Föreningsavgifter och uppdatering av uppgifter

Medlemsavgiften är 200:- (inkl. prenumerationsavgift för *Bulletinen* 150:-) och insätts på föreningens postgirokonto 651450-9. Ange yrke samt ev. specialintresse,

t.ex. Balintgrupper, undervisning i medicinsk psykologi, psykosomatik, konsultation etc. Glöm inte att meddela din **e-mailadress**.

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

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

Styrelsen 2015-2016 för Svensk Förening för Medicinsk Psykologi

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

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

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

Sekreterare: Elsa-Lena Ryding, doc, gynekolog, Karolinska Universitetssjukhuset Solna/Stockholm

Övrig ledamot: Rolf Künstlicher, barnpsykiater, psykoanalytiker, leg psykoterapeut, Stockholm

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

Övrig ledamot: Carin Gram, allmänläkare, Malmö

Redaktören har ordet

I detta nummer fortsätter vi redovisningen av resultatet av skrivartävlingarna, som i antalet insända bidrag nådde ett ”all-time-high”. I förra numret publicerade vi tre och i detta nummer de resterande fyra av de sju prisbelönda texterna. Samtliga finns på hemsidan.

Vidare återfinns en rapport från den lyckade Balintkonferensen i Malmö/Lund 24-26 april i samband med den internationella balintfederationens (IBF) council meeting; reseberättelser från IBFs internationella kongress i Metz med tre svenska bidrag och 8 svenska delegater på plats.

I Kalendariet aviserar vi planerna för de närmast kommande Balintkonferenserna även om exakt datum ännu ej kan anges.

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

Den senaste Bulletinen läggs ut på föreningens hemsida www.sfmp.se med 3-6 månaders fördröjning . På hemsidan hittar du också tidigare årgångar av dessa skrifter – även från deras ”pappersdistributionstid”. De innehåller många intressanta artiklar och essäer!

Besök gärna hemsidan! Och kom gärna med kritik, kommentarer och ändringsförslag. Vi uppdaterar den ett par gånger per år.

Med vänlig hälsning

Henry Jablonski

Redaktör för detta nummer av Bulletinen

Rapport från Balintkonferensen i Malmö-Lund 24-26 april 2015

av Henry Jablonski

De senaste tre åren har ett spirande samarbete mellan Balint-aktiva i olika delar av landet börjat ta form. Den skånska Balintledarutbildningen som avslutades 2012 har använt sig av en del externa lärare, t ex Dorte Kjeldmand och undertecknad och "hemvändaren" Jan Dock. Mer påtagliga blev kontaktytorna mellan blivande ledare på IBFs ledarskapskonferens i Charleroi hösten 2012. Då deltog 5 från Skåne och lika många från Stockholm. På våren 2013 hade Stockholms-kretsen med Elsa-lena Ryding, Lena Moegelin och undertecknad som organisatörer glädjen att ordna en lyckad tvådagarskonferens i Stockholm i samband med att vår förening var värd för IBFs council meeting, se SFMP Bulletin 2013:2.

På våren 2014 bjöds Juanita Forssell, Dorte Kjeldmand (som tyvärr fick förhinder) och undertecknad in till en fin studiedag hos det sydsvenska Balint-nätverket, se rapporten i SFMP Bulletin 2014:1. Då beslutades det att vi fortsättningsvis skulle försöka ordna årliga Balint-träffar med fokus på ledarskapsutveckling.

En lycklig tillfällighet gjorde att Sverige för andra gången på 2 år kom att stå värd för ett IBF council meeting i april 2015 och att en konferens i samma format som Stockholm 3-5 maj 2013 nu kunde arrangeras i Malmö-Lund fredag-söndag 24-26 april.

På fredagen hade vi en studiedag för Balintledarskap. Ett 20-tal personer från Stockholm, Skåne, västkusten, Småland och Östergötland deltog. Vi delade in oss i två smågrupper. Den ena leddes av Andrew Elder, psykoanalytikerutbildad allmänläkare från London. Den andra leddes av Stefan Bálint och undertecknad. Vi hann med tre intensiva arbetspass. Utvärderingen under den efterföljande slutdiskussionen var mycket positiv.

Dagen avslutades med en stadsparksvandring ledd av Carin Gram . Många deltagare till den efterföljande tvådagarskonferensen anslöt sig.

På lördagen och söndagen var Balintkonferensen förlagd till den onkologiska kliniken modernistiska och vackra byggnad i Lunds Universitetssjukhus. Jacob Engellau bestod ett 45-tal deltagare med både gott värdskap och en mycket intressant föreläsning om läkares anknytningsmönster och dess betydelse för deras kliniska arbete. Hans studie är banbrytande och väckte med rätta en intensiv diskussion. Anke Zwibowski höll följande dag ett föredrag med titeln "Counteracting abuse in Health Care from a staff perspective" – också det ett mycket angeläget ämne. Hennes studie utgick från ett maktperspektiv med patienters utsatthet i vård- och behandlingssituationer i fokus. Hon kunde på ett intressant sätt teoretisera och illustrera detta. I mitt tycke är det dock en brist att personals utsatthet i vården inte ingick i denna studie. Det finns förövare inom vården bland personal och det finns "förövar-subkulturer" i vården. Men det finns också bra och lyhörd personal som drabbas både av vårdkultur och av patienter.

På det viset var Jacob Engellaus presentation en påminnelse om de olika försvar och karaktärspansar som vi ikläder oss för att kunna fortsätta arbeta. I den bästa av världar är Balintgruppen till hjälp att reflektera över bl a denna utsatthet.

Också denna konferens innehöll tre smågruppsessioner där deltagarna fördelades på fyra olika smågrupper. I en av dem – ledd av psykoanalytikern Jean-Pierre Bachmann, Schweiz, och psykoterapeuten Esti Rimmer, England, erbjöds Balint psykodrama. För mig och jag tror alla andra deltagare i denna grupp var detta den första erfarenheten av denna Balint-teknik. Vi

hade bra ledare och var ett bra gäng, som med både allvar och skratt kunde gestalta läkar-patient-relationerna som presenterades. Flera röster uttryckte att denna metod var väl tidskrävande. Man kan bara med ett fall på 90 minuter. I våra egna Balintgrupper finns ett tryck hos medlemmarna att komma till, och med psykodrama-takten skulle en grupp på 6-7 personer som träffas v a v endast ge varje medlem utrymme var 3 månad. Men metoden har verkligen sina poänger i att tydliggöra den kliniska situationen. Hos mig väcktes tanken att man kanske skulle kunna använda psykodramats teknik som en ingrediens i ”de vanliga” Balint-diskussionerna, särskilt om man kört fast och ”är vilse” i den kliniska situation som avhandlas.

Dagen avslutades med en härlig middag på Konsthallen i Malmö med diplomutdelning till auktoriserade Balintgruppledare.

Ett stort tack till er fem i den lokala organisationskommittéen, Stefan Bálint, Carin Gram, Lena Bååth, Jacob Engellau och Elsa-Lena Ryding!

Håll utkik efter nästa Balintkonferens våren 2016!



Organisationskommittéen: fr v Carin Gram, Stefan Bálint, Jacob Engellau, Lena Bååth, Elsa-Lena Ryding







Lunchvinjetter under studiedagen för ledarskap den 24 april



En av de två grupperna under studiedagen för Balintledarskap



Psykodrama-Balintgruppen 25-26 april



Metz-kongressens huvudorganisatör Jean-Daniel Gradeler och IBFs generalsekreterare Pauls Sackin på Stadsparksvandring i Malmö. I bakgrunden Jacob Engellau och Andrew Elder



Sången ädla känslor föder..... danska och svenska bidrag under middagen på Malmö Konsthall



Det är kul med Bálint-samarbete i dubbel bemärkelse

Reserapporter från 19th International Balint Congress, 5-9 sept 2015 I Metz, Frankrike

Pia Söderberg och Sonja Holmquist, spec i allmänmedicin, Stockholm:

Resan till den 19:e internationella Balintfederationens kongress gick smidigt, några timmar efter starten i Stockholm anlände vi till kongresshallen Metz som ligger i östra Frankrike. Det är härligt att komma fram till så många varma kramar från de välkända deltagarna från hela världen. Många av dem har vi tidigare träffat i olika Balintgrupper under internationella konferenser. Att vi har delat upplevelser vid falldragningar under tidigare konferenser ger en gemenskap och det är just det som är styrkan i dessa möten. Man får en helt annan relation till varandra. De Balintgrupper med internationella deltagare vi har deltagit i tidigare har haft en respektfull och varm atmosfär.

Årets Balintkongress anordnades av den franska Balintfederationen. Det var ett gediget program med temat: "Importance of the Patient-Doctor relationship in the Contemporary Health care: relevance of Balint work". Ämnet var i allra högsta grad relevant och merparten av föreläsarna höll hög kvalitet. Det arbete som läggs ner i Balintgrupper kan nu forskningen visa på att det har positiva effekter bland annat för empatin. Vikten av att evidensbasera Balintgrupparbete framhölls också under presentationerna. Vår svenske kollega Roland Koch från Gotland höll en uppskattad föreläsning där han analyserat fyra uppsatser som varit med i skrivartävlingen ASCONA. ASCONA priset utlyses till medicinstudenter som inbjuds berätta om en personlig upplevelse av en läkar-patient relation. Det är en fantastisk ide att analysera dessa texter och det gav många tankar om hur studenter upplever möten med patienter och den stressen som de kan uppleva och som kan vara svår att hantera särskilt då de har så lite erfarenhet. De väckte många tankar om Balintgruppens roll under utbildningen och hur viktigt det är att ta hand om dessa upplevelser. I länder som Storbritannien och Tyskland är Balintgrupper mer vanliga under utbildningen. Vi tänker att Balintarbetet borde få ha en större plats även i den svenska utbildningen. Balintgrupper var ingen som vi kom i kontakt med förrän vi själva drog igång vår grupp i mitten av vår ST-utbildning.

En annan inspirerande presentation var den om Balintgrupparbete vid Bristol University och hur de arbetat med att råda bot på bristen på tillgången till Balintgrupper. Deltagarna var medicinstudenter under sitt första år med kliniskt arbete. Handledare av var ST-läkare i psykiatri som själva hade Balintgrupperfarenhet. Det var fint att höra hur projektet fick utvecklas under motstånd från de olika klinikerna i och hur förståelsen växte med tiden. Balintarbetet gjorde att klinikerna på sjukhuset tvingades och ville samarbeta för att möjliggöra fortsatt deltagande.

Varvat med föreläsningar hölls flera Balintgrupper. Vi deltog i varsin Balintgrupp för ledare med deltagare från bl a Danmark, USA, Israel, Frankrike, England, Australien och Sverige. Balintgrupperna under internationella möten och konferenser är som oftast de starkaste upplevelserna. Att få dela erfarenheter på ett djupare plan med människor från olika länder och med olika erfarenheter ger så fantastiskt mycket. Vi fick båda vara co-leader, falldragare och gruppmedlem under de tre sessioner vi var med på. Denna gång deltog vi i grupper där det erbjöds möjlighet att utöver vanliga fall också dra fall som man stött på i de grupper man leder. Det var mycket givande och gav en ny dimension till Balintarbetet. Hittills har vi bara stött på grupphandledning med vår handledare men att dra det i Balintgruppen gav värdefulla infallsvinklar och resonemang från gruppen. Vi står nu i färd med att dra igång vår första egna Balintgrupp så det gav mycket som vi kommer ta med oss för att utveckla vårt ledarskap.

Annika Carlson, Specialistläkare Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna:

Under första halvan av min ST inom Gynekologi och Obstetrik hade jag förmånen att få delta i en Balintgrupp tillsammans med andra ST-läkare på Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Jag kom att uppskatta Balintmötena mycket och när jag senare fick chansen att skriva mitt vetenskapliga ST-arbete om Balintgruppverksamhet så tvekade jag inte.

Studien som mitt ST-arbete byggde på genomfördes 2011, men flera föräldraledigheter har gjort att jag först i år, fyra år senare, var redo att presentera arbetet för en större publik. Tillsammans med mina handledare Elsa Lena Ryding och Henry Jablonski skickade jag in en poster inför IBF Congress i Metz, vilken blev antagen.

Således åkte jag på min första Balintkongress i början av September, för att fördjupa mina kunskaper om Balintverksamhet, knyta nya kontakter samt för att presentera min poster.

Kongressens tema var ”The importance of the doctor-patient relationship in contemporary health care: the relevance of Balint work”, och vi fick lyssna på många intressanta presentationer som berörde temat.

Den presentation som låg mest i tiden, och som var en av de mest spännande enligt mig var när den unge portugisiska ST-läkaren i allmänmedicin Luis de Pinho Costa, tillsammans med Albert Lichtenstein, Don Nease och Kyle Hoedebecke (samtliga från USA) presenterade sitt arbete ”Bringing the world together through Balint: creating a virtual Balint group for doctors around the world primarily”

Dr de Pinho Costa berättade om idén om den virtuella Balintgruppen som de tillsammans förverkligat. Med medlemmar från hela världen mötte gruppen svårigheter som trilskande mjukvara, olika tidszoner samt bristande internethastighet. Dock hade de haft regelbundna Balintmöten och några medlemmar, från USA och Österrike, kopplade upp sig live under kongressen.

Om man kan få Balintgrupper online att fungera tillfredsställande vad det gäller det tekniska, så kan de bli ett spännande och modernt komplement till de traditionella grupperna, i dagens högteknologiska samhälle. Dock, som någon i auditoriet påpekade, så ser man endast ansiktena på deltagarna, och den dimension som kroppsspråket tillför den traditionella Balintgruppen faller bort.

Spännande och innovativt hur som helst, anser jag.

Ett annat intressant och gripande inslag var när vi fick höra årets tre unga Asconapristagare, Sean Tan från Belfast, Khloe Frank från USA samt William Brierley från London läsa upp delar av sina vinnande noveller. Alla tre hade skrivit mycket gripande och tänkvärda noveller, men mest karismatisk i sin presentation var Sean Tan, årets förstepristagare.

Han beskrev i sin novell ”Tuesdays with Mrs Sax” sitt allra första möte med en patient, och hur han förvandlades från osäker, blyg och självmedveten läkarstudent till empatisk, intresserad och omsorgsfull medmänniska. Sean Tans presentation var väldigt medryckande och han fick stående ovationer. Hans mamma, Sidney, hade kommit ända från familjens hemland Malaysia för att höra sin son tala, och hennes (stolta) tårar smittade av sig i lokalen, och inte många ögon var torra efter Seans presentation.

Vad gör man annars på en Balintkongress då? Jo man deltar ju naturligtvis i en Balintgrupp! Detta var den viktigaste erfarenheten för mig som relativt ny i sammanhanget.

Min grupp var uttalat internationell, med deltagare från Australien, Israel, Serbien, Storbritannien, USA, Luxemburg, Tyskland och Frankrike. Flera av deltagarna var erfarna

Balintledare. Vi hade fem mycket intressanta och givande möten där jag slogs av hur lika vi människor är, oavsett ålder, kön eller nationalitet. Denna upplevelse bär jag med mig i hjärtat, och är den i särklass största behållningen jag fått av kongressen.

Arrangörerna av kongressen, med den roliga och karismatiska franske allmänläkaren Jean-Daniel Gradeler i spetsen, hade haft en stor utmaning när det gäller att överbrygga den språkliga barriären mellan kongressens franskspråkiga respektive engelskspråkiga deltagare. Detta hade man löst på ett strålande sätt genom att alla presentationer fanns översatta till franska, och samtliga viktiga budskap till församlingen gavs på såväl franska som engelska.

Förutom kongressens vetenskapliga innehåll hade man även planerat ett ambitiöst socialt program. Vi gick bl a flera guideade turer i den vackra staden Metz, samt åkte på utflykt till grannstaden Nancy, där vi besökte ett trevligt litet museum över den "Art Nouveau" tradition som med ursprung i Nancy spreds över Europa i början av förra seklet. Goda och rikliga luncher serverades i anslutning till Kongresslokalen där även avslutningsmiddagen hölls.

Jag gjorde flera nya bekanskap och hade en mycket trevlig och lärorik kongress. Jag blev väldigt sugen på att försöka återskapa Balintgruppverksamheten vid min hemmaklinik. Jag hoppas verkligen att jag får möjlighet att åka även på 2017 års kongress som kommer att äga rum i Oxford, England.



Annika, Pia och Sonja i Metz

Kjell Reichenberg, barnläkare, barn- och ungdomspsykiater, socialmedicinare, Göteborg:

Liksom vid tidigare internationella Balintkongresser och konferenser jag deltagit i var den stora behållningen att delta i en av kongressens egna Balintgrupper. Självt hade jag förmånen att få delta i en grupp för Balintledare.

Trots den delvis skilda kulturella bakgrunden är det förvånande att man som kliniskt verksam läkare kan få så mycket tillförsel för egen reflektion kring egna patientmöten. Och, att man som gruppdeltagare och gruppleddare faktiskt kan tillföra andra tankar som, åtminstone som det verkar, kan vara av nytta. En grupp typ den jag deltog i gagnas av att alla i gruppen accepterar och är vana vid grundstrukturen i en Balintgrupp. I gruppen i Metz fanns ändå utrymme att pröva några varianter av hur och när i reflektionen kring ett ärende den presenterande läkaren själv deltog i samtalet.

Efter att det abstrakt för poster jag själv skickat in till kongressledningen, *Physicians' reactions in volunteer clinics serving undocumented immigrants and hidden asylum seekers*, refuserats var mina förväntningar på den vetenskapliga delen av kongressen höga. Dessa förväntningar infriades inte till fullo.

Trots flera intressanta föredrag, några med också redovisning och diskussion om vetenskaplig metod, är mitt helhetsintryck att fortfarande redovisningar av karaktären "erfarenheter från..." framförs och att i diskussioner i anslutning till genomförda och tänkta studier problematiseringen kring tänkta utfallsmått för nyttan av Balintgrupper är otillräcklig.

Som motvikt till denna synpunkt vill jag framhålla studien *Learning from crisis: a chance for change. Narrative analysis of Ascona Balint essays* av Roland Koch och Finn Hjelmbrink.

Redovisades hur med en begriplig och transparent vetenskaplig metod analysen av de studerade uppsatserna gått till och hur analysresultaten kan tolkas med grundbegrepp från psykoanalytisk teori. Synd att så många av de intressanta referenserna återges med till franska översatta titlar trots att de i original är skrivna på engelska.

Men, det var verkligen ett privilegium att få möjligheten att i den egna Balintgruppen få ta del av så mycket klokskap och bli varse egna förbättringsmöjligheter som ledare, det vill säga uppmärksamma mitt eget behov av utbildning som Balintledare.



Kjell i föreläsningssalen, t v om honom Paul Sackin och Andre Matalon



Organisationskommittéen möttes i juni i Metz för en arbetsweek-end: Från höger: Jean-Daniel Graderler huvudorganisatör, nr 4 är Paul Sackin IBFs generalsekreterare, nr 5 Marie-Anne Puel fd Vice president of the IBF, och vid henne Christian Linclau, medlem av IBFs Task Force on Leadership och Michelle Parée, Vice president IBF

Roland Koch, Dr. med., ST-läkare i allmänmedicin, Gotland:

Inledning Dagen då Kongressen började fanns det gott om tid för att utforska Metz centre-ville med alla små patisseriesier. För att inte bli för deprimerad i kalorieräkandet togs det en liten existensiell svart franskt kaffe ("la demi-tasse"!) och sedan var det dags för lunch.

Vid kongressens början hälsades delgararna välkommen av kongressens huvudman - i ordets sanna bemärkelse - Jean-Daniel. Det är omöjligt att inte finna Jean-Daniel sympatiskt. Jag upplevde han som en blandning mellan pappa och den där klassläraren som är poppis bland alla flickor för han är så charmig (helt utan avundsjuka! Mannen har stil.)

Balint-grupp: Medan första dagen kändes lite nervöst så var stämningen löst så snart de små balintgrupperna hade första sammankomst. Jag hade tur att finna mig i en grupp där erfarna ledare (trots att käre Amos påstod att han inte var så erfaren) och erfarna deltagare blandades, samt en blandning av GP's och psykoterapeuter. Allt var i balans och arbetet kunde påbörjas omedelbart. Jag var den första att presentera ett fall och fick bra hjälp. Det kändes väldigt bra att ledarna bestämde att vi skulle enbart ha ett fall per presentation. I en och en halv timme diskuterades fallet utan att det kändes tråkigt eller repetitivt. Det var också tillåtande för alla olika språkkunskaper i engelska.

Reflektion Balint kongresser är svårt att beskriva, de måste upplevas. Jag fick ett fantastiskt varmt välkomnande för att jag som ASCONA pristagare återvände efter 6 år för att berätta om mina studier. Som jag hade hoppats fann forskningsmetoden intresse och några som var intresserade av samarbete. Att särskild de äldre kollegorna blir så glada att många unga representanter från sverige kommit har också noterats positivt. Jag blev väldigt motiverad att starta en balint-grupp där jag är just nu (Gotland) tillsammans med en mer erfaren Balint-ledare och håller aktivt på med att rekrytera medlemmar. Ser fram emot nästa mötet i Oxford!


Crisis as a chance for change

Plenart föredrag vid 19th International Balint Congress
av Roland Koch roland.koch@gotland.se

Inledning

Medan alla föredrag var relevanta för Balintarbete och man kunde hitta mycket inspiration för sitt arbete därhemma hade jag önskad fler vetenskapliga studier, kvalitativ som kvantitativt. När det gäller det akademiska så var sverige ändå framstående genom Elsa-Lena Rydings och Henry Jablonskys två postrar samt mitt föredrag som baserade på en kvalitativ forskningsmetod.

Jag blev ombedd att inkludera min presentation. Tyvärr finns det inte någon skript utan jag försökte att prata fritt under konferensen. Därför är det svårt att precis kunna återge min presentation. Jag skall försöka göra det genom att bjuda på slidesen med fritext-kommentarer på engelska. För övrigt hänvisar jag till min publikation som ni är välkomna att efterfråga genom mejladressen ovan.

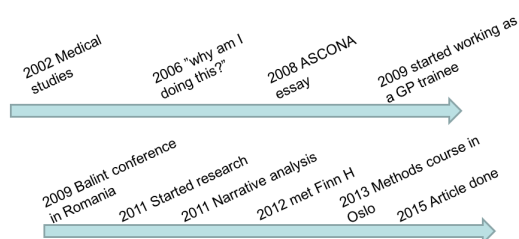
<p style="text-align: center;">Crisis as a chance for change</p> <p style="text-align: center;">Emotional processes reflected in student's stories about patient-student relationships Roland Koch, Dr. med. Klinte vårdcentral, Region Gotland, Sweden</p> 	
<p style="text-align: center;">Background</p> <ul style="list-style-type: none"> • Students give authentic accounts of their experience, rich in emotional language (Monrouxe, 2011; Pitkälä, 2003). • Patient encounters are often the core of student's narratives (Koskinen 2011). • Students actively process experiences by retelling them (Ginsburg 2003). 	<p>We know that students give authentic accounts of experiences about learning situations and the emotional and professional processes attached to them.</p> <p>If students write self-reflective essays, these often contain descriptions about a student-patient encounter.</p> <p>Students also actively process experiences by retelling them, be it written or orally.</p>

The questions

- When writing an ASCONA Balint essay, how does the student work as a narrator/playwright
- What emotional processes are contained in the narrative, both narrated and implied?
- What do we learn about the narrator through her story?

So if we look at the student essays of the ASCONA Balint writing competition, what do these tell us about emotional learning? Can we learn anything about emotional learning in medical studies by looking at these highly stylized and dramatized reports?

Timeline of this research



The idea for this paper was born at the 2009 international Balint conference, where I was one of the ASCONA prize winners. I talked to the other two prize recipients and we noted a lot of similarities between our essays. The main challenge of this research was finding a suited analysis method to research emotional processes in written reports.

Study material

- 4 student's reports about patient encounters (ASCONA prize essays)
- 2 men, 2 women, 4 different european countries
- 22-26 years old at time of writing


I was able to look at four Ascona Balint prize essays, written by two men and two women of different european origins. The authors were between 22 and 26 years of age during the time of writing.

Method



I did a pilot study with a different qualitative analysis framework, namely grounded theory and content analysis, but soon realized that these "dissecting" approaches would actually lessen the emotional content of the narratives. It was during a scientific methodology course in Malmö where I learned about narrative analysis and soon realized this was the way to go for the analysis of these texts. However, I knew no-one who actually had used the method or would be able to teach it. Through Dorte Kjeldman, I was able to contact Finn Hjelmblick, who became my senior researcher and mentor. I studied narrative analysis in Oslo.

<p style="text-align: center;">First read</p> <ul style="list-style-type: none"> • Read it as it is told (read, "listen" with open mind and heart) • Note spontaneous thoughts and feelings • Get a grasp of scope, genre and potential topics • Identify points of interests (passages that qualify as narratives) 	<p>The first step in the narrative analysis process I chose was to read the text with open heart and mind, eventually noting points of interest and spontaneous reactions.</p>
<p style="text-align: center;">What qualifies as a narrative?</p> <p style="text-align: center;">"The baby cried. the mommy picked it up" (Harvey Sacks)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temporal sequence of events • Conveyed meaning • Cultural context (mommy) • Who tells the story to whom? (A. Frank) • How does the story help in "holding one's own?" (A. Frank) 	<p>Harvey Sacks gave a very vivid example of a short narrative, taken from a children's book: "The baby cried / The mommy picked it up."</p> <p>Though short, the narrative represents a temporal sequence of events (first, the baby cried. Then, the mommy picked it up).</p> <p>It has a cultural context (compare this story being read to a western single-child mother or to an african or asian mother with many children - it also needs some idea of what a "mother" is supposed to be and to do).</p> <p>Lastly, it is important who tells the story to whom (Imagine the story being told by a child instead of an adult).</p>
<p style="text-align: center;">Analysis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identify and mark passages that qualify as narratives (Labov) • Sequential events are termed „Orientation, Complicating Event, Reflection, Coda“ 	<p>The temporal sequence of events can be categorized into types of events according to Labov. His approach also served as identifying passages that qualify for a narrative in the text. In further analysis, only these passages were used.</p>
<p style="text-align: center;">Stanzas</p> <ul style="list-style-type: none"> • a number of lines about a single topic or vignette <p>Example:</p> <p style="text-align: center;"><i>I wanted to take his hand, to tell him the truth, to tell him that he will not be alone facing death. (DP, 147-152)</i></p>	<p>Next, the narrative passages were re-written into stanza, converting prose into poetry and assigning a headline or "vignette" to each stanza.</p> <p>That way, the emotional impact of the narratives was actually increased and it made the following comparative narrative analysis easier.</p>

<p><i>DP, 147-152 in "Stanza form"</i></p> <p style="text-align: center;"><i>I wanted to take his hand, to tell him the truth, to tell him that he will not be alone facing death.</i></p>	<p>This demonstrates the conversion from prose into stanza form. Note that though the content is the same, this different form gives it a different emotional weight. The headlines or "vignettes" were useful in comparing different tropes and topics.</p>
<p style="text-align: center;">Comparative Analysis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribution of narrative Resources among the groups in play (A. Frank) <ul style="list-style-type: none"> – Compare at how the narrators act as playwrights – Are there similarities in where the play is staged (back stage, front stage, change of environment or pace)? – Are there similarities in the way the protagonists feel/act? – Compare recurring tropes, metaphors 	<p>Comparative analysis was inspired by Franks dialogical narrative analysis. The main point in Frank's approach being two questions: a) how does the story help the narrator in maintaining personal integrity? b) how are narrative resources (Tropes, Characters, Power) distributed among different groups within the narrative? (e.g. what is the role of the patient - does he or she hold any power?) This was complemented by Riessman's dramatization analysis, which sees the narratives as staged plays and the authors as playwrights.</p>
<p style="text-align: center;">Results</p> 	
<p>"Walking with Maria" (OL, 26-39)</p> <p style="text-align: center;">[...] she sat down and cracked a few jokes with some of us in the staff [...] I realized pretty soon that I could take the edge of a brewing eruption of wrath by joking with her. That made her break up in a smile and withdraw her spikes for a moment.</p> <p style="text-align: center;">(tension buildup, tense mood)</p>	<p>The narrators use dramatization as a way of improving the suspense for the reader and make the stories more interesting, but at the same time this dramatization reflects the narrator's level of stress during the time of the events. All four stories show a clear development in tension and stress.</p>

<p>“The chaos was a fact” (OL, 44-62)</p> <p>When Maria came out, a small army greeted her, with the snooty male nurse in the lead, wearing a too large doctor's coat. Maria was defiant, behaving like a five-year old girl in a grocery store [...]</p> <p>(use of metaphors, tension, comparisons)</p>	<p>In this text example of Maria in OL's narrative, the use of metaphors and the distribution of power illustrates the amount of stress the narrator perceives. ("A small child meets an army").</p>
<p>”I had to hold a leg” (OL, 64-71)</p> <p>What happened after that will always be one of my worst memories. [...] I had to hold a leg while the male nurse was pulling Maria's pants down and gave her the injection in her left buttock Maria was crying and begged dejectedly; ”Please... don't do this to me...”</p> <p>(Detachment, Trauma)</p>	<p>The stress peaks at the time of an identity crisis. The author's confusion of present and past tense - time of writing and time of events and even prophesizing that this memory will always (in all eternity) be one of his worst illustrates that stress can even accumulate into trauma.</p> <p>The leg is detached from the patient and the narrator loses grip over his own fate (he "has to" hold a leg - it is not a choice of his own). The hero lost his power and is subject to the chaotic events. Use of direct speech illustrates that the patient, Maria, is talking to the protagonist as if pleading for help, even though in reality she meant everybody present. This also illustrates the high degree of personal identification with the patient and in how far the student assumes responsibility of the patient in "their care".</p> <p>The greek term crisis "κρίσις - <i>krisis</i>" can be translated as decision, but also as event, permitting to loosely translate it into "event of decision making".</p> <p>It is indeed during this crisis the student makes an important decision. The crisis also marks the peak of dramatization in the narratives.</p>
<p>“I cannot hide from my own responsibility” (OL, 80-100)</p> <p><u>Student</u>: "the Danish philosopher Kirkegaard has written a poem where he recognizes that in order to help another human being, you have to meet her exactly where she is. This night we failed completely with this."</p> <p>(Protagonist's counterspeech, taking responsibility for the whole team / and the patient)</p>	<p>After the dramatic events, on the topic of responsibility, the student reflects and cites a philosopher (Kirkegaard). He again assumes responsibility for what has happened and, while acknowledging that he had no other choice, he comes to a conclusion what kind of doctor he wants to be in the future. It becomes a proclamation and a promise to Maria that he can and will do better.</p>

<p>"holding one's own" (A.Frank)</p> <p><i>I tried to regain composure but it was too late. /</i></p> <p>My shock had registered with the patient and a moment of awkward silence enveloped the room. (IAJ, 49-53)</p> <p><i>(concerned about maintaining a professional role and attitude)</i></p>	<p>All four narrators are very concerned about their professional stance and being professionals. They try to cling to the little professionalism they have, almost "play-pretending" to be doctors, while at the same time being a bit oblivious to their own resources as human beings. While they obviously have a lot of resources with them, they do not realize these at the beginning of the encounters, most often, these resources appear during or after the crisis. This struggle between professionalism and personal resources is often described as an "inner struggle" or "battle".</p>
<p>"Patient's student-centeredness"</p> <ul style="list-style-type: none"> • "A different kind of doctor" ? • "A doctor in training" ? • "A less dangerous doctor" ? • "She has got time to talk" ? • "She's insecure." • "I'll try to be nice to her." <p>Patient = teacher.</p>	<p>The patients are in no way just object of the medical care team's work, they are portrayed as individuals with needs, hopes and fears and often assume the role of a trainer or teacher in the narratives. Within the patient-student-relationship, they often break the "third wall" between doctor and patient, giving tips or actively testing and trying the student's resolve. While this is described as stressful, it also is the catalyst of emotional learning.</p>
<p>"Will I die"? DP, 164-198</p> <p><i>One day, [...] / he asked me: / "Did you see people dying of what I have?". /</i></p> <p><i>It was very hard for me to answer, [...student tries to explain the situation to the patient]</i></p> <p><i>I remember / that during this conversation, / I could not look him in his eyes. / He continued (insisted): / "Will I die?"</i></p>	<p>For instance, in this case, the patient persistently refuses to acknowledge the student's obvious problems about talking about death and dying, asking the same painful question ("Will I die?") again and again.</p>
<p>"Moment of truth" (RK, 80-84)</p> <p><i>He fixed my eyes with a stern blue gaze and inquired</i></p> <p>"Do you know how that feels? to lose your very own son? "</p> <p><i>I was so shocked that words failed me.</i></p>	<p>In this case, the patient tears down the student's defenses and inaptitude to dealing with emotional topics (and obvious lack of life experience) and forces an emotional response.</p>

<p>"you were good" (IAJ, 120-126)</p> <p><i>it was to my amazement that the patient sat up on the bed and said to me,</i></p> <p><i>"For a student in the first year of clinical training, you were good, you just need time to develop in confidence".</i></p>	<p>In this case, the patient sees the student's insecurity and gives reassuring comments about her performance, just like a mentor would do.</p>
<p>Patient-Student relationship</p> <ul style="list-style-type: none"> • The patient-student-relationship acts like a catalyst for emotional processes • "Teaching emotions" seems to require patient contact • Stress has a negative impact on emotional learning – there is the risk of trauma • Stress is a natural part of the process and needs to be acknowledged and revealed for the student • We need an environment that is secure and welcoming for emotions 	<p>In summary, the patient-student relationship acts like a catalyst for emotional processes. Patient contact seems to be a requirement for meaningful emotional experiences. At the same time it should be noted that patient encounters involve a high degree of stress for the participant, even with the risk of a traumatizing experience. We need to acknowledge this and tell this to our students. Within an environment that facilitates emotional learning, students may open and tell us about their experiences, which makes it possible to process the events further and learn from them. Student Balint groups are a way of providing such an environment.</p>

Abstract

The resident, the patient and the illness - Final report on a Balint group project for hospital residents

Annika Carlson, Henry Jablonski, Elsa Lena Ryding

This is the final report on a one year Balint project that was presented at the IBF congress in 2011. We invited residents from all somatic specialties at Karolinska University Hospital. The Balint group that was formed consisted of residents in oncology, infectious diseases, gastroenterology, nephrology and ob/gyn. In all 12 Balint group members and 28 controls (residents with no Balint group) were recruited.

After one year 8 Balint group members and 12 controls filled in the Jefferson Scale of Physician Empathy, the Psychological Mindedness Scale and the Work Environment Scale. We were not able to show any significant beneficial effects of one year of Balint group work for hospital residents compared to controls. However, numbers were very small; this study can be regarded as a pilot study. For future studies we suggest less extensive questionnaires combined with qualitative methods over a minimum of a two-year period.

Abstract

“Meeting and learning” – a Balint project with doctors in anaesthesiology and intensive care

Henry Jablonski, David Bergman, Elsa Stjärnfelt, Elsa-Lena Ryding

Summary The Dept. of Anaesthesiology and Intensive Care (A&IC) offers Balint groups to all doctors during one year.

Balint work in other settings than primary care require adaptation since work conditions, themes and problems brought into group work differ considerably. Its relevance for work environment and for individual participants needs to be evaluated. The often intense interaction between doctors adds a new dimension to the doctor-patient focus.

Qualitative methods may be more rewarding than quantitative.

We present the project plan and would like to discuss the scientific evaluation following the project.

Svenska Läkaresällskapetets Kandidatförenings och Svensk Förening för Medicinsk Psykologi 2014 års båda skrivartävlingar avgjorda!

I förra numret publicerade vi den fullständiga redovisningen av juryns arbete med de två skrivartävlingarna. Den ena är för med stud t o m AT. Här hade juryn att bedöma 22 insända bidrag. Den andra skrivartävlingen riktar sig till alla inom sjukvården och hade lockat till 36 insända bidrag. Som framgår är detta ett samarrangemang mellan Svensk Förening för Medicinsk Psykologi och Svenska Läkaresällskapetets Kandidatförening. Juryn har bestått av tre representanter från vardera föreningen: Elsa-Lena Ryding, David Svaninger och Åsa Wallin från SFMP och Caroline Lördal Sidenblad, Andreas Fernberg och Hanna Karlsson från Kandidatföreningen. *Samtliga sju prisbelönda bidrag finns på hemsidan www.sfmp.se.*

I detta nummer publicerar vi följande vinnande bidrag:

Andra priset i med. stud.-AT tävlingen som tilldelades **Lotti Sällström Randsalu** för bidraget *"Kvällen är tidig i februari"* med motiveringen:

"En både spännande och gripande historia om fosterdöd och förtvivlan på en förlossningsavdelning. Studenten följer en stressad underläkare, som inte får ro att kommunicera med den drabbade familjen. Hjälpen från den seniora kollegan haltar. Till slut har familjen gått hem utan läkarsamtal. Endast det lilla tysta barnet ligger kvar på ett skötbord... Författaren önskar att hon i framtiden kommer att våga möta sina medmänniskors sorg och kunna be om hjälp när hon behöver, men hon visar stor förståelse för hur situationen kan påverka personal. "

Vidare, de två hedersomnämningar utan inbördes rangordning som gick till **Marcus Lindsköld** för bidraget *"Daganteckningar"* och **Johan Ringlander** för *"Mitt sinnes hospital"*:

Johan Ringlanders *"Mitt sinnes hospital"* handlar om hur vissa patienter stannar kvar i studentens medvetande, och om en längre tids kontakt med en psykiskt sjuk ung man under ett sommarjobb. Författaren reflekterar över varför någon är frisk och någon sjuk, fastän mycket annat är lika ("Varför bränner inte jag cigarettpaket på ett badrumsgolv?"). Tillsammans med sin mentor tänker han över hur patientmöten kan påverka vår identitet som läkare.

Marcus Lindskölds "Daganteckningar" har formen av en löst hållen dagbok ur en medicinstudents liv under första kliniska terminen. Den beskriver inte något fördjupat patientmöte, men är värd ett hedersomnämning eftersom den är så rolig, respektlös, uppiggande och underhållande, samtidigt som den innehåller många relevanta tankar om medicinen i ett historiskt, etiskt och existentiellt perspektiv.

I den allmänna tävlingen gick hedersomnämning utan inbördes rangordning till **Karin Pokorny** för bidraget *"Något för alla"* och **Gustav Grandinson** för *"Bästa kniven"*, vars bidrag publicerades i förra numret.

Om **Karin Pokornys** *"Något för alla"* skrev juryn: "Det är en lågmäld berättelse om att inte riktigt passa in som patient i vårdapparaten. Den skildrar det tysta kaoset i livet utan röd tråd där varje nytt intryck hamnar främst i medvetandet, och varje försök att vara vårdpersonal till lags går om intet i den grundläggande svårigheten att ta hand om sig själv. Författaren sätter stämningarna perfekt såväl i den ödsliga kulverten som i relation till den förtjusande flickfisken och är därmed väl värd detta hederspris."

Kvällen är tidig i februari

av Lottie Sällström Randsalu

Jag bor i Malmö med man, barn och katt. Innan läkarstudierna jobbade jag som frilansjournalist. Det känns inte som att mycket mer om mig själv och mina 17 fritidsintressen är relevant just här ☺

Fem minuter in i jouren kommer undersköterskan springande.

”Vi får inget hjärtljud på femman”, säger hon och flackar med blicken tills hon får syn på Torun, kvällens läkare, och vänder tillbaka mot det rum hon just kommit ifrån.

De nyss fyllda kaffekopparna skräller mot diskbänken när vi hastigt ställer ner dem.

Träklapper mot plastgolv.

Undersköterskan drar upp dörren utan att knacka. Rummet är mörkt, så när som på en golvlampa som står vid sängens huvudända, vänd mot raden av fönster. Hade det varit ljust ute hade vi blickat ut över rökrutan nere på innergården. Nu möter vi istället de suddiga spegelbilderna av oss själva.

Kvinnan ligger på rygg. Hon jämrar sig tyst, gnyr för sig själv. Ingen håller henne i handen, ingen rör vid henne förutom barnmorskan som envetet flyttar plastdosa och resårband över den bågnande magen i jakten på hjärtljud. Maken sitter i en fåtölj i hörnet vid fönstret. Han är inte långt bort men det ser ut som att han inte riktigt är där. Hela tiden stirrar han ner i golvet, stilla som en stenstod. Kvinnans mamma är också där, men det tar ett tag innan hon märks. Hon står och trycker i hörnet bakom sängens huvudända. Det känns som att hon gömmer sig. Hon håller sig i sängkanten, kanske för att inte ramla.

Kvinnan jämrar sig igen, försöker vända sig på sidan men barnmorskan stretar emot med sitt resårband. CTG:n förblir tyst.

Det är mörkt därute. Rummet vi står i är dunkelt och kvavt. Och så är det alldeles för tyst. Det känns som att det redan är mitt i natten, men jag vet att kvartifem-ekot inte ens har börjat.

Regnet slår försiktigt mot fönsterkarmen.

Kvällen är tidig i februari.

Torun byter plats med barnmorskan och fortsätter att leta hjärtljud. Efter en minut sänker hon axlarna och ser upp.

”Hämta Jesper”, säger hon lågt.

Hennes röst är stram, nästan vass. Hon behöver inte vända sig om och se på den hon tilltalat, undersköterskan Laila är redan halvvägs ut ur rummet för att hämta överläkaren.

Åter träskosteg i korridoren. Först på väg bort. Sedan tillbaka, i dubblett.

Överläkaren är lång, smal och senig. Han springer säkert halvmaror varenda söndag.

”När kom hon in?” säger han medan han ser på kvinnans mage.

”För en kvart sen”, svarar barnmorskan med blicken riktad åt samma håll. ”Vi tog in henne på rummet direkt.”

Överläkaren byter fot. Han för händerna bakom ryggen, sedan fram igen och knyter dem över sin platta mage. För att sekunden senare stoppa ner dem i rockfickorna.

”Hur länge har ni hållit på, Fatin?” frågar han med irriterad men tyst röst, vänd mot barnmorskan.

Hon skakar på huvudet, utan att möta hans blick.

”Tio minuter, inte mer. Laila gick och hämtade Torun direkt.”

Överläkaren böjer huvudet bakåt, drar efter andan och blundar hårt.
”Men för i helvete, vi måste ju snitta henne.”

Han står där mitt i rummet. Flaxar till med armarna så att rocken fladdrar. Han påminner om en väderkvarn, får mig att tänka på Don Quijote. Han har inte gått fram till kvinnan ännu. Han har inte hunnit hälsa på henne, eller på mannen eller på kvinnans mor som fortfarande står och trycker i hörnet.

Ingen har hunnit hälsa på dem. Den bågnande magen är i allas blickfång. Kanske får CTG:n liv om vi stirrar tillräckligt länge på den.

”Men det är ju dött”, väser Torun och vänder sig om mot överläkaren. Paniken lurar i hennes röst. ”Vi kan ju inte snitta henne. Barnet är ju dött.”

Jesper rycker till, som rycks han ur en eftermiddagslur.

”Nej. Nej”, säger han och möter Toruns blick, stirrar en kort stund på henne. ”Nej. Självklart inte. Vad fan tänkte jag på.”

Dörren går upp och ytterligare en barnmorska kliver in i dunklet.

”Torun. Sugklocka på tian.”

Barnmorskan vänder och går. Torun ser efter henne och sedan på Jesper. Han nickar tyst.

”Gå du. Jag tar det här.”

Torun rätar på ryggen och reser sig upp. Jag följer efter när hon nästan springer ut ur rummet, som skulle det svälja henne om hon gick för långsamt. Väl ute i den ljusrörsbelysta korridoren tvärar hon bort till avdelningens andra länga och försvinner in på rum tio.

*

Tre timmar senare har några saker skett. Det ena är att överläkaren har gått hem för kvällen. Det andra är att kvinnan på rum fem har fött sitt förstfödda barn. Sitt första, livlösa, barn. Under tiden har Torun jourat vidare. Besökt en nyopererad ovarialcancerpatient, gett en ung kvinna råd om hur hon ska undvika ytterligare recidiv av candidavaginit, sytt ihop en mellangård som var så sargad att den stod och fladdrade i vinden, lagt in en kvinna i vecka 30 för pågående värkarbete, förlöst en kvinna med akut snitt vars man var lika tacksam och gråtmild efteråt som han var tvärarg innan. Och så vidare.

Torun hade fullt sjå den kvällen. Inget snack om det. Men ändå skaver minnena i mig, jag som stod bredvid.

Minnet av undersköterskan som kom och bad Torun att gå in till kvinnan på femman, som vid det laget hade genomgått en hel förlossning för sitt döda barns räkning.

”De vill träffa dig. De vill träffa en doktor.”

Torun hade skakat på huvudet så att hennes tunga röda lockar studsade som fjädrar runt öronen. Några vita strån blänkte till i det skarpa ljuset.

”Inte nu. Jag måste till ettan först.”

Minnet av Fatin, barnmorskan, som en timme senare stack in huvudet på läkarexpeditionen och bad Torun att gå in till patienten.

”Hon säger att hon vill träffa en doktor innan hon går.”

Torun satt med telefonen i handen, hon hade just avslutat ett kort samtal med bakjouren. De båda hade olika åsikter om en kvinna som legat med svår huvudvärk sedan drygt ett dygn. En av dem ansåg att kvinnan hade begynnande preeklampsi och borde induceras, den andra ansåg att proverna talade för sig själva och att kvinnan hade en ovanligt enveten huvudvärk och att

de skulle avvakta till morgonen. Ingen av dem hade varit helt nöjd efter den korta avstämningen men beslut hade tagits och skulle implementeras.

”Går? Vadå går?”, sade hon och vände sig mot barnmorskan.

Fatin skruvade på sig i dörröppningen och såg ut att längta därifrån.

”Hon säger. Eller nej, det är faktiskt han som säger. Att de går härifrån om de inte får träffa en doktor snart.”

Toruns haka sköt fram mellan de röda testarna.

”Va?” Ögonbrynen for upp i pannan. ”Hotar de med att gå hem?”

”Alltså”, började Fatin. ”Jag tror inte de riktigt vet vad de gör.”

”Men...”

Torun slog ut med armarna och lät dem falla tungt mot de vita byxbenen.

”Jag har verkligen inte tid”, sade hon och suckade tungt. ”Jag kan ju inte gå till dem om jag inte har tid. Eller hur?”

Barnmorskan blinkade några gånger.

”Nä. Det är klart att du måste hinna för att hinna gå dit.”

Fatins röst var tunn, som is om våren.

”Eller hur”, sade Torun och såg rakt framför sig, ner på skrivbordet. Hon höll fortfarande den svarta lilla telefonen i ett stadigt grepp med vänsterhanden. ”Jag kan ju inte gå in till dem bara för att plötsligt vara tvungen att springa därifrån igen”, sade hon och lyfte upp en hög med papper. ”Det kommer ju bara nya grejer hela kvällen. Jag kan inte fatta när jag ska hinna in till dem.”

Hon lutade sig fram över skrivbordet och satte telefonen i klykan.

”Dessutom är det ju mycket bättre om de får prata med Jesper. Jag var ju trots allt bara inne hos dem i några minuter”, sade hon och suckade för minst hundra gången den kvällen.

”Han kommer ju in imorgon bitti, kan du inte säga det till dem?”

Förstrött förde hon handen till pannan och drog fingrarna genom håret. Nästan omedelbart fastnade hon i lockarna och slet irriterat loss handen. Några röda hårstrån singlar ner mot plastgolvet.

Barnmorskan harklade sig och backade ut genom den halvöppna dörren.

”Ska jag säga att du inte kommer då eller?”

Torun rullade in stolsbenen under skrivbordet igen, greppade diktafonen och vände blicken mot skärmen.

”Jag fattar inte när jag ska hinna in till dem”, sade hon tyst och skakade på huvudet.

”Nej, okej”, sade Fatin med handen på dörrkarmen. ”Men då går du inte dit nu i alla fall?”

Blicken Torun gav barnmorskan var trött.

”Nej. Det gör jag inte. Jag går in till dem så fort jag har lite vettigt med tid. När nu det ska bli.”

Och så till sist. Minnet av Laila som hittade oss i köket. Det var gott med lite kvällsmat vid tiotiden.

”De har gått nu.”

”Va?”

Torun slutade tugga, lyfte huvudet och såg på undersköterskan.

”Vadå gått?”

Hon fick en stum blick till svar.

”När då?”

”Nu. För bara en liten stund sen.”

Undersköterskans röst var uppgiven.

”Vi såg dem precis när de var på väg ut från avdelningen”, sade hon tyst. ”Vi kunde inte övertala dem att stanna kvar. De tyckte att de hade väntat tillräckligt länge.”

Det var tyst i köket. Det enda som hördes var det varma brummandet från diskmaskinen. Undersköterskan stod och väntade vid bordets kortsida. Frånvarande tuggade Torun vidare på sin medhavda Flygande Jacob, stirrade rakt framför sig som om hon sökte efter något på andra sidan av de mörka fönsterrutorna. Så reste hon sig plötsligt. ”Barnet?” Hon såg på sin kollega. ”Vad gjorde de med barnet?” Reflexmässigt förde undersköterskan sin hand mot munnen. ”Jag vet inte”, sade hon och rörde sig med ens ut ur köket. ”Jag gick ju direkt till dig.” ”Men herregud alltså”, mumlade Torun och sköt undan stolen bakom sig och hastade förbi undersköterskan.

I korridoren Fatin, barnmorskan.

”De bara gick.”

”Jag vet”, svarade Torun med hopbitna käkar medan hon fortsatte att gå. ”Var är barnet?”

”Barnet?” Barnmorskans röst bröts en aning. ”Ingen aning.”

Den allt större truppen av vitklädd personal närmade sig rum nummer fem. Träskoklappret studsade mellan väggarna. Fatin var först fram vid dörren, tog tag i den svala metallbågen och drog upp dörren.

Det var så stilla. Inga värkar. Ingen smärta.

Inga människor.

Eller. Jo förresten.

En.

En mycket liten.

En som inte levde.

En som låg alldeles stilla på skötbordet. I ljusgula lånekläder.

Detta barn skulle aldrig kunna trilla ner och slå sig.

De lämnade sitt barn. Det låg kvar i ett mörkt, tomt rum på ett sjukhus.

Kvällen är karg i februari.

*

Det tog flera veckor innan jag grät för dem.

Jourkvällen hade fortsatt, jag ägnade den åt att titta rakt fram, Torun ägnade den åt att varje arbetsfri stund repetera vad som hade hänt inför den som råkade vara i närheten. Vad hon hade gjort och inte hade gjort, vad de andra hade gjort och inte hade gjort. Varje gång kom de fram till att inga fel hade begåtts. Ibland tyckte jag mig ana en sekunds tvekan innan de jakande nickade åt varandra. Men de höll med varandra.

Just där och då, när de stod i köket och försökte värma sig med bejakande ord och stöttande blickar, vad gjorde bakjouren då? Varför var han inte där? Ingen hade ringt in honom, bett honom komma dit. Kanske trodde de inte att han behövdes, kanske ville de inte störa.

Kanske hade de faktiskt ringt in honom om de hade kunnat ana vart ångesten skulle föra människorna på rum fem.

Vem var jag att döma? Vem var jag att tycka?

Jag var bara någon utifrån. En fluga på väggen utan ansvar, kunnande eller helhetssyn. Utan legitimation, lön eller risk för påföljder. Jag var bara en grön medicinstudent. En någon, som

inte kunde undgå den sönderslitande sorgen som välldes ut ur rum fem den kvällen. Jag kunde inte känna deras smärta, men det behövdes inte för att ana vidden av den.

Hur avgrundsdjup måste inte desperationen ha varit för att få tre vuxna individer att lämna ett nyfött barn, hur dött det än må ha varit?

Det tog som sagt tid att känna. Kvällen gick. Dagen efter gick och veckan efter gick. Jag ringde min pappa och pratade. Min pappa kirurgen som jag alltid ringer när något kramar om hjärtat efter en dag på klinik. Jag berättade och han lyssnade. Han sade inte så mycket, men jag hörde hans andetag i telefonen och det räckte ganska långt.

Så några veckor senare, en etikdiskussion med kursarna. Plötsligt satt jag där med tårar strilande nerför kinderna.

Jag kommer ihåg tre saker: En av de yngre manliga kursarna såg livrädd ut, både för den historia jag berättade och för mina plötsliga tårar. Läkaren som höll i mötet som hade förutsett alltihop och lugnt sköt över ett paket näsdukar till mig. Och så minns jag min egen förvåning över att jag faktiskt inte hade gråtit över det förrän då.

Vad gör man med en bevitnad sorg? Vad gör man med sorg som inte är ens egen, men som river i en? Var stoppar man undan minnet av en medmänniskas livslånga trauma?

En människa som ena stunden smärts för att snart få träffa sitt första barn och en kort stund senare har ett kramande underliv som ska förlösa ett dött barn. Så mycket som kan förändras på bara några minuter. Ett helt liv.

*

Vem var jag att döma? Vem var jag att tro att jag kunde se mer av en människas behov än vad en erfaren läkare kunde? Vem var jag att, i bästa telepatiststil, önska att denna läkare skulle ge en stund av sin tid till dem? Bara fem minuter. Hellre det än ingenting.

Vem var jag att tycka? Jag, som vid det laget kände mig ganska överflödig och inte ens frågade hur det var med henne, Torun, som gick allt snabbare mellan patienterna. Hon sprang som om hon försökte komma ifatt den tid hon jagat hela kvällen.

Alla kan missbedöma. Även en överläkare kan låta paniken välla upp och förblinda fokus för en sekund. Men man kan alltid backa ett steg och se klart igen.

Alla är vi rädda. En erfaren läkare med pondus och trygghet går inte heller fri. Alltid är vi rädda för någonting, har vi otur hamnar det mitt framför ögonen på oss när vi är som minst rustade att hantera det.

Andras sorg skrämmer. Men rädslan blir mindre om vi ser ett slag på den.

Det är svårt att inte räcka till. Att be om hjälp av den som kan ge den. Att kräva stöd av den som ska ge det.

Jag önskar att jag ska våga se mina medmänniskors sorg. Se utan att bli uppäten av den. Jag drömmer om att jag, när det är jag som är läkaren i situationer som denna, vågar möta stunden i all sin verklighet, hur svidande den än må vara. Möta, utan att försvinna in i den.

Jag önskar att jag ska våga be om hjälp när jag inte reder ut en situation. Oavsett om det handlar om medicin eller ren och skär mellanmännisklighet.

Kvällen är tidig i februari. Det är den alltid.

Människor går sönder varje dag. Ibland är det du, ibland är det jag. Ibland är det småtrasigt, ibland är det helt av på mitten.

Det är därför vi måste våga.

Vi måste våga se varandra utan rädsla.
Vi måste våga be om hjälp när en måste vara två.

Daganteckningar

av Marcus Lindsköld

Läkarstudent på termin 10 i Malmö. Intressen: medicinhistoria och anesthesiologi.

Högst upp på väggen i medicinklinikens aula på Malmö Allmänna Sjukhus hänger det en enorm tavla som illustrerar medicinhistorien. I konstverket blandas porträtt av pestläkare, DNA-molekylen och Asklepios stav med stora namn som Harvey, Fleming och Vesalius. Ingen, inte ens det äldre gardet i Sydsvenska Medicinhistoriska sällskapet vet när tavlan placerades där. Men jag vet, efter noggranna undersökningar, att den tillkommit åtminstone efter 1995. År 1954 invigde Tage Erlander aulan, och då var den inte där. På bilder från tillställningen kan man se den homogena flocken av äldre vita män i perfekta rader nere på golvet. Vita, flygiga tofsar av hår högst upp på skalpen. Tage Erlander står mitt i kärnan av folkhemmets välfärdssymbol i Sosse-Malmö: Allmänna Sjukhuset. Han har hornbågade glasögon och håller händerna avslappnat framför könet med fingertopparna mot varandra. På var sida om talarpodiet står en liten palm. Till höger i bild (patientens vänster) sitter en ung man med vad som ser ut att vara en cello. Självfallet vettskrämd, antagligen kandidat. Aulan i sig är inte helt olik en anatomisk teater, med branta åhörarläktare omslutande golvet i en halv ellips. Mörka träbänkar och höga ryggstöd. I 60 års tid har livrädda kandidater smugit in högst upp och runnit ner i bänkarna. Men längst ner återfinns icke ett uppsprättat lik och en skräckmästare som redovisar dödens patologisk-anatomiska diagnos. Nej, en högljudd dittvingad ST-läkare flaxar runt nere i ovalen, väsenskild från liket. På den första kliniska terminen när jag nästan 60 år efter Tage som nykläckt kandidat med tvättad hals och för stor rock kom in i denna traditionstyngda sal baxnade jag av den vidunderliga tavlan som hängde där uppe. I mitten på konstverket kunde jag skönja en text, och i pausen gick jag fram för att se vad det stod. Det var Hippokrates kända aforism:

Livet är kort, konsten lång
det rätta tillfället är flyktigt
erfarenheten bedräglig
omdömet svårt.

En sträng spändes inom mig. Jag torkade mig bakom öronen, knäppte rocken, rätade på ryggen och sade tyst för mig själv: Det var som fan.

Den terminen pratade vi om en sjukdom som fortfarande behandlas med åderlåtning, eller flebotomi som det kallas med en medicinsk term - ändock, man ska tappas på blod. Sjukdomen har många namn. Läkare kallar den hemokromatos. Hem, från grekiskans haima, som betyder blod, och chroma som betyder färg. Blodfärg. Det hela beror på en genetisk defekt som gör att tarmen tar upp för mycket järn från maten. Kroppen kan inte göra sig av med järn, och då lagras överskottet in i olika organ, som lever, bukspottskörtel och hjärta. Organen "blodfärgas", då järn är en viktig beståndsdel i blodets syrebärande molekyl, hemoglobinet. Sjukdomen har också ett mer allmogesverigeklingande namn, "jämtlandssjuka", för den var lite vanligare i Jämtland. Eller "bronsdiabetes", eftersom bukspottkörteln skadas av järninlagringen och slutar producera insulin. "Brons", eftersom man får gulsot då levern sviktar av skador från järnet. Förr diagnosticerades sjukdomen med leverbiopsi som sedan färgades in med berlinerblått (på engelska det mer vackert klingande "Perls' Prussian Blue") för att kunna se järnet i mikroskop. Det var den första syntetiska färgen och upptäcktes av en slump av en skojare i Preussen i början av 1700-talet. Inte nog

med att det är en vacker färg som patologer doppar glas i, det är också en antidot mot förgiftning av vissa tungmetaller och har givit namn åt cyanid, då kyanos är det grekiska ordet för blå. För fullständighetens skull kan nämnas att motgiftet vid cyanidförgiftning är det banala Vitamin B12 som, passande nog, är intensivt rött till färgen. Under 1800-talet industrialiserades framställningen av berlinerblått och färgen blev billig. Då blev det populärt bland de fattiga bönderna att måla sina möbler blå istället för den trista gamla falu röd de haft i alla år. Människan strävar ju som bekant upp. Hon bär stråna till sin bädd ett åt gången. Och det är alltså därför det betyder att man tabbat sig något oerhört om man, som talesättet, ”skitit i det blå skåpet” eftersom det är extra fint och nytt. Jag fick rysningar av tanken på den jämtske grisbonden med skrumplever och gula ögonvitor sittande bredvid sitt blå skåp, helt ovetandes om den räta linjen mellan hans dödsångest och möbelsnickeri.

Jag anade då att medicinen var något större än det dittills varit av två och ett halvt års bläddrande i amerikanska tusensidorsböcker, färgpennor, anatomimodeller, minnesramsor, spex, “ärtsoppa med punsch” och problembaserat lärande. Det skulle nu knytas ett band från allt detta över till en skröplig kropp på en sjukhusbrits. Detta under av evolution, framför vilken kandidaten står utlämnad, men förberedd på så vis att hen kan alla (näja) kranialnerver, vet (på ett ungefär) hur cancer ser ut i mikroskop samt (har ett hum om) hur protein fosforyleras i bestämda kaskader inuti en cell. Alltså ett band från akademien till alla dessa samhällets grundstenar som oavbrutet rullas in till Allmänna Sjukhuset dag som natt, år ut och år in. Vissa av de riktigt gedigna Kockums-gubbarna som skickas upp på medicinavdelning 5 för standardservicen - urvätskning, husets vin-antibiotika, lungröntgen och inhalationer - kallar det kort och gott för “allmänna”. Jag fick höra att den enda gången akutvårdsavdelningen varit helt tom var den 19 juni 2010 när kronprinsessan Victoria gifte sig! Hur våra äldre kämpade den dagen. En extra kudde under huvudet, upp med benen, kippa efter andan! Sen till slut - kapitulation. Ambulans iväg från teven. Kungahuset klarar sig utan dem. Slappa i huden, fnasiga, utmärglade, intorkade, febriga, konfusoriska rullas de in. De är bleka och har små utslag, blåmärken. De ska stagas upp. Tas om hand. Skjutas i vätska. Vederkvicka deras lemmar! Bekämpa mikroorganismerna som försöker röta kroppen - det är ännu inte deras tid! Men problemet - hur ska linjen dras? Hur ska avgrunden överbryggas mellan dessa övre medelklassens prästbarn från Småland som legat i Lund 5 terminer till kvarteret Korpen-tanten som slitit ut sin rygg på Kockums? Till bonden från slätten med gula ögonvitor? Hur ska vi nå fram till sjukdomen som döljer sig i människan?

Ta en sådan sak som neurologin. Något har eller har inte hänt inuti kroppen. Nervläkaren sitter där på en rullande pall och åker fram och tillbaks - rocken fladdrar där bak - narig i ansiktet, tre små barn hemma. Kanske redan druckit två koppar kaffe. Doktorn är inte ung längre, för det tar tid att bli doktor. Men det är inte viktigt här. Det viktiga - vi har icke tillgång till denna kropp vi ska undersöka eller hjälpa eller båda. Framför sitter en patient som börjat en liten vårdturné. Det har ringts till vårdcentral. En tid någon månad fram har bokats. Dagen för besöket kommer, och med den också rädslan: Har jag kräftan? Detta är alla patienters undran. Självklart undrar de mer specifika saker också som de läst på internet, alla de andra hemska sjukdomarna, men kräftan finns i tankarna. Det frågas och kläms och tas väl något blodprov och allmänläkaren - denna portvakt - remitterar runt lammen han vakar över i regionen. Så, till neurologen. Där rullar den vitklädde runt på pallen. Hur ska hen nå sjukdomen? Hur ska sjukdomen stansas ut ur denna kropp? Är doktorn en skulptör vid ett marmorblock? Är doktorn en avtäckare av verkligheten? Nej. Doktorn är en tjuv om natten som smygande ska hämta hem vad som eftersöks. Århundraden av observationer och experiment har lett till vad som är knep, ja, knep! På väggen hänger fåfängt “Une leçon clinique” där Charcot kämpar på. Så får neurologen banka, känna, utföra en liten dans med patienten för att locka fram sjukdomen. Eller om en så vill - hitta små vägar in i denna kropp som med en storartad elegans döljer sitt inre med fascior och membran. Och till sist -

sjukdomen har vi ändå uppfunnit. Reumatologerna sa till oss kandidater att sjukdomarna, de har vi alla hittat på. Men det gör ingenting för de är ändå samma sak allihop: inflammation! Och psykiatern menade att diagnoserna fanns i vår fantasi, för att tillfredsställa ett urbehov. Vi vet aldrig allt om sjukdomen. Vi känner några brottsstycken, och dessa griper vi envist tag i. Forsynt frågade jag neurologen hur vi skulle framföra till en ung patient att vi ville göra en bildundersökning av hjärnan. Patienten skulle ju bli orolig! Svaret:

- Vi ska säga att vi vill titta in i hjärnan för att se varför det gör ont i huvudet.

Hundrafemtio år tillbaka i tiden sitter Jean-Martin Charcot och stirrar i trans på en patient, suggererar fram symtom. Han vet det inte, men magnetresonans-tomografer är hans våta dröm.

“Vi ska säga att vi vill titta in i hjärnan för att se varför det gör ont i huvudet”. Precis där är den unge kandidatens brygga över till den långa korridoren på akutmottagningen på Malmö Allmänna Sjukhus fast som nu är Skånes Universitetssjukhus i Malmö, “SUS Malmö”. En patolog föreläste för oss under den massiva tavlan i medicinklinikens aula, karaktäristiskt rufsig i håret, ett lätt grått skimmer kring tinningen, rockfickorna gula av smuts. Överlägsen, butter, men ändå kvick och med en dialektal stringens frågade han oss med armen nonchalant över pulpeten: - SUS är ett ord på latin, vet ni ens vad det betyder på svenska?

Såklart visste ingen.

- Det betyder svin. Gris.

Jag blev alldeles torr i munnen.

Så visade patologen en infografisk poster gjord av den tyske gynekologen Fritz Kahn (vilken för övrigt överlevde en jordbävning i Marocko genom att gömma sig i en sarkofag!) som heter “Der mensch als industriepalast”. Den visade människokroppens funktioner som vore det en maskin med små arbetare där inne. Inte helt olik undervisningsfilmerna “En cellsam historia” jag hade fått se på tjockteve med VHS på en inrullad hylla i mellanstadiet. Han pratade om homeostas och så använde han sig av liknelsen som blivit så populär bland föreläsare på medicinska fakulteten: den om Odysseus seglats mellan Scylla och Charybdis - två havsmonster. För att komma på avstånd från den ena var Odysseus tvungen att segla för nära den andra. Det var först efter några terminer som en klasskamrat faktiskt läste Odysseen och där stod det klart och tydligt att Odysseus seglade närmre Scylla, för då skulle bara några ur besättningen dö istället för alla, om han hade kryssat närmre Charybdis. På så vis framstod inte analogin som särskilt passande för medicinska dilemman längre och jag frågade patologen vilket val som skulle motsvara Scylla, eftersom det ju var rätt val. Men han hade inte läst Odysseen.

På bilden han visade fanns också njuren med. När jag nu tänker på njuren dyker det upp en schematiserad Fritz Kahn-figur framför mig. Färgglad och pedagogisk men långt ifrån verkligheten. På obduktionerna ser jag hur det fantastiska sammanhang av människa som evolverats fram genom årmiljoner ter sig för blotta ögat. Det är - för att använda ett halländskt bondeuttryck - ett hie. En sörja av fett och gegga som luktar illa. Patologen sade om njuren att den väger som 20 kronor lösgodis, men har till uppgift att inuti kroppen upprätthålla urhavet vi en gång steg upp ur.

Dagens ljus når aldrig djupet av detta urhav förrän patologen bräcker upp thorax med snickarverktygen, klipper mellan costae och sternum med en sax, inte helt olik en sådan jag har sett i ladugården hos mormor och morfar. En sådan de hade till fåren innan de elektriska kom. Morfar höll fast tackorna med knäna och befriade dem från ullen. Det var våldsamt men kärleksfullt. Och en sådan konst! Likt en obduktion...? Jaja.

Där inne i djupet sitter hjärtat omgivet av det som på banal svenska heter "hjärtsäcken". Kungaorganet kan icke ligga i en SÄCK! Därför heter det pericardium i det genom seklerna trevande förvridna grekisk-latinet som medicinen vilar på. I en krampaktig rörelse kämpar den tjockröda i fett inbäddade muskeln. Så stod jag och munandades i grupp som kandidat i den kaklade skräcksalen med den första uppsprättade kroppen jag såg. Det satt en fet propp i arteria interventricularis anterior på hjärtat som patologen grävt fram. Då förstår man. Han sträckte fram det till mig, och så fick jag hålla en människas hjärta - alltså ett riktigt människohjärta - i handen. Jag tog emot det som en fågelunge, för sådana har jag hållit i som barn och försökt rädda, och fått den här uppfattningen om liv och död som barn från landet har som försökt rädda små djur. Men inte tillnärmelsevis samma uppfattning som morfar. Han hade ju spanskan som 7-åring! Han lärde mig hur man sticker in tummen i abborrens mun och bryter nacken av den. Man måste hålla ett fast grepp om den slemmiga, hala kroppen. Jag fick göra det för morfar hade bara en hand. Den andra tog traktorn en vinterdag när mamma var 17 och skidade omkring på gården. De tog honom till Malmö Allmänna sjukhus, där jag är nu! Handkirurgerna här var bäst i landet, men handen kunde de inte sätta tillbaka och istället fick han en krok. Och på kalas hade han en lätt gummidoftande anspråksfull protes. Jag undrar var den är nu. Men tillbaka!

Fågelungar går nu icke att rädda. Visserligen har jag förstått att det är trams det där om "människans doft", men det är en klyftig idé av föräldrar för att låta barnen undgå den oundvikliga sorgen efter att fåfängt ha vårdat den moribunda fågelungen i en plastburk. Var det där jag ville bli läkare? Var det när jag såg tackorna föda fram kletiga benrangel till lamm? Så gav djuren upphov till både en blottlagd anatomi och en insikt om varats villkor i världen. Organismens kamp mot undergången tydliggörs i naturen, och det sökte mig när vi skulle flytta en patient till intensivvårdsavdelningen en kväll. Där ligger människan uppslangad och kvantifierad in i minsta vätskeförskjutning och jonbalans. Hon är så mycket kropp just då! Livets kemiska och rumsliga villkor ställs på sin spets, människan åter organism. Vi möttes upp av en doktor i för stora vita kläder, bred käke, MBT-sandaler, skepparkrans & krulligt hår - alltså bondsk. Ingen sade något, men alla märkte, hela hans väsen utstrålade: hit men inte längre! Genom denna dörr tränger döden icke in! Så: Slangar. Emulsioner. Kolloider. Vasopressorer. Från hundratals år av mänsklig strävan dessa ur djungeln utvunna molekyler som är halmstrån vilka tillsammans väver moirernas tråd.

Åter till hjärtat.

Så förstod jag hur aortaklaffen fungerade och varför den kallas fickklaff. Starka, funktionella påsar som newtonskt håller emot ett tryck på 120 millimeter kvicksilver (en sådan icke-intuitiv storhet!). En fysiolog med gul slips sade att han kunde känna radialispulsen och sedan klämma åt om arteria brachialis tills det slutade pulsera i handleden. Han visste med hur många millimeter kvicksilver han klämde sade han! Det är väl som George Bernard Shaw skrev: "Kandidater är ett riktigt pack. Lika nyckfulla som en pöbelhop, även om de kan hanteras av varje professor som vill sänka sig så lågt". Jag har efter den episoden aldrig igen hört om någon som kan ta detta alltför manuella blodtryck. Vi fick lära oss att andaktsfullt sitta så tysta som möjligt med de nya 500-kronors-stetoskopen (alla killar valde helsvarta) pressade mot vad vi gissade var någons armartär och sakta, försiktigt vrida den lilla ventilen och lyssna efter det som exotiskt nog kallas Korotkoffs ljud: när blodet tvingar sig genom det av manschetten sammanpressade blodkärlet. Väl på akutmottagningen, kaxig och stolt över mina färdigheter i tryckmätning, undrade chefen varför vi fortfarande lärde oss det då de sedan flera år haft automatiska blodtrycksmätare. Men på akuten fanns i alla fall levande patienter! Vita skynken fladdrade fram och tillbaka. Hoppfullt. En drömbild där medborgaren plötsligt får bli någon annan, dra på sig en vit (alltid vit) patientskjorta och assimileras in i kollektivet, kapitulera. Jag skulle ta hand om en patient med ett sår i ögonbrynet och började

fråga som en skjutjärnsdoktor dessa specifika grejer som bara måste vetas. De som är fundamentet i hålkortet som är att vara doktor. Som är det raster ur vilket läkekonsten avtecknar sig. Det är också tryggt för patienten. De tänker kanske att det här är la en trevlig påg men det är inte det viktiga här. Det viktiga är att han ställer frågor för det betyder att han kan något. Jag är i trygga händer. För det första som går förlorat hos den unge kandidaten och sedermera doktorn, det är all denna oro. Patienterna har googlat på internet och där står det klart och tydligt att de har kräftan. Fantasin öppnar upp en avgrund kring sjukdomen. För sjukdomarna är så hemska, de kan vara djupt inuti människan. Och de kan vara omöjliga att gräva ur utan att få med själva livet. För doktorn är sjukhuset som ett andra hem (ett enda hem?), men för patienten kanske ett förebud, en gång ner i en grav. Britsen en sarkofag.

Vi stack ner en kamera i näsan på en patient. Bedövningsmedel i näsborren. Det är blått och rinner ut lite, smakar illa. Patienten spottar och frustar. Men sen gör det inte ont. Den mycket lilla kameran letar sig fram längs den fina och smidiga slemhinnan i näsans golv. Kroppens tystnad är bruten. På en HD-skärm (tyvärr inte 3D, men det har de på urologen har jag sett med egna ögon) kunde vi se svalget, struphuvudet, stämbanden, struplocket som ligger blek och fet som ett rabarberblad mot tungbasen. Den som en gång sett det kan inte ta miste. Eller som den sjungande medicinskan, likt ett alviskt språk, utspottat med inövad obryddhet: pharynx, larynx, plicae vocalis, epiglottis. En doktor sa att det bästa som medicinen frambringat är bedövningsmedel. Men anestesi betyder inte "utan smärta", det betyder "utan att känna". Och med en plasthandskebeklädd hand över pannan på en livrädd, frustande patient, blått snor över hela hakan och en lång slang med kamera genom näsan ner i halsen frågar jag mig: Utan att känna? När blev medkänslan och den egna rädslan för cancer mindre framträdande än anatomitermer, diagnostik, och behandling? När blev den det. Är det det som är att vara doktor? Eller är det ett uttryck för rädslan kring det svåra? Jag hittade en tentamen för läkare från år 1697 där frågorna löd: "Vad bör man anse om läkarens lycka?" och "Varifrån kommer ängslan i melankolin?". Det fanns inget facit. Men det var ett prov på läkarens introspektion. Självt är jag ju så socialt ängslig att jag redan övat in mitt svar på cancerbeskedet för att göra det enklare för doktorn: "Jaså, jaha, så det var såhär det skulle sluta...ja, kostymen är sydd i det tysta! Säg doktorn, tror ni jag klarar mig till nästa fotbolls-VM?"

Doktorn svarar:

- Vi tittar på fotboll för att vi inte orkar stirra ner i vår egen avgrund.

Patienten hade tagit starka smärtstillande och druckit alkohol och jag sa till doktorn att det är väl ingen bra kombination? Så ska man väl ändå inte göra? Doktorn spände ögonen i mig och sa: "Glöm aldrig att det kunde varit du. Hade du varit i hans situation kanske du också sköljt ner en näve Tramadol med fem Åbro 7,3. Ibland kanske det behövs något för att ta emot gråten". I tentamen från 1697: "Kan det någonsin vara tillrådligt att ordinera ett rus?"

Något senare medan jag skamsade svansade efter den mycket gamle doktorn genom korridorerna frågade jag vad han skulle blivit om inte läkare. Han svarade bonde, och sedan att allt som händer är av en slump. Så kände vi igenom ansiktet, bankade på tänderna, kikade på trumhinnorna. Petade på nässkiljeväggen, lyste i ögonen. Så det starka ljuset. Bedövning. Blod. Stygn. Tystnad. En resa i tomografen.

Vi har gjort allt vi kan men nu kan vi inte hindra sjukdomen längre, sa doktorn till en liten man. Han var inte gammal, men genomsatt av metastaser. På en internmedicinsk avdelning är patienten ung om hen är under 75. Det kallas brytsamtal, det samtalet där en säger: det går inte att hindra detta som sliter i din kropp. Det går förvånansvärt snabbt att vänja sig vid detta. Det är precis som med allt annat, människan vänjer sig vid allt. Förutom sin egen död,

eftersom det ligger i dess natur att den måste vara ny. Öväntat samlad sade patienten till mig och doktorn:

- Ni ser så bekymrade ut. Vad är ni bekymrade över?

Och det fanns ju inget att svara på det, så jag sa inget och jag var ju bara kandidat. Doktorn fick säga något! Men hon sa inget tror jag, och då vände sig patienten mot mig och jag tänkte nej nej nej och sjönk ihop in i stora rocken som kändes så främmande just då. Och så frågade han:

- Och du då, kandidaten, hur känns det att stirra döden i vitögat?

- Det är hemskt, pressade jag fram, och så lipade jag lite.

Det finns så mycket lidande, men vad ska det betyda? Sorgen blir en fond mot vilken människan kan avveckla sig, och det som kännetecknar människan: hon vänjer sig vid allt. Människan klarar allt. Också detta att dö. Läkaren är grindvakten vid ängen framför floden Styx. Men det är den enda grinden! Doktor Glas skri i världen: "liv - jag förstår dig inte!" beskriver känslan inför detta stora - att finnas till i kanske åttio år. Och så döden. Väntad men ändå plötslig, ett andetag som rasslar ur det sista ur dig. Inte konstigt med idén att själen lämnar kroppen, för det är precis som spottade lungorna ut någonting extra. "En utveckling ej förenlig med livets bestånd", var en eufemism kirurgiprofessorn höll speciellt kär. Medicinöverläkarens pose var att ledigt dra upp byxorna vid låren, lägga det ena långa benet över det andra (precis så håret på benen kröp fram över de tunna strumporna i seglarskorna, alltid seglarskorna), andas in hastigt och med oändliga konstpauser diktera: Med palliativ medicin är det som med en lastångare som går för full fart in i Helsingborgs hamn - det gäller att sikta på det billigaste. Och för var gång det står klart att man gjort allt för människan i rummet, men avgrunden tillbaks till livet är för stor att överbrygga - då visar döden sitt ansikte från ett nytt håll, lite olika varje gång. Och det är inte så skrämmande när man börjar känna igen det.

Medicinklinikens aula är numera uthyrd till ett teatersällskap och jag har inte längre tillgång till den. Jag har ringt konstnären som målat tavlan, men hon svarar inte. Och jag har hittat en mindre storlek på rocken. Men det får vara sagt att Hippokrates passage var en ypperlig introduktion till verksamheten i paviljongerna här.

Jag vaknade till av applåderna som egendomligt nog förärades alla föreläsare. Sömndruckna stapplade vi ut i ljuset av dagen, det var morgonen efter en sommarstorm. Då når saltet från sundet in över Allmänna Sjukhuset och från slätterna åkrarnas doft som blandas med de vibrerande aromerna från planteringarna i sjukhusparken. Då doftar det av hav, gödsel och liv! Fullskalestatyn av en hjort utanför dialysen skimrar i grönt. Genom byggnaderna flödar landstinget förkroppsligat, driver runt likt ett evigt snurrande hjul, en ändlös rad av bilder. Uppfylld av allt detta rann en sista putslustig studentikos parafras ur min mun, viskade in i örat på min medkandidat:

Tiden är kort, texten lång
koncentrationen är flyktig
minnet bedrägligt
tentan svår.

Mitt sinnes hospital

av Johan Ringlander

Jag är 22 år och läser termin 7 på läkarprogrammet vid Örebro universitet. Under studierna har jag jobbat extra som skötare inom psykiatrin. Praktik och extrajobb har gett starka intryck, något jag använt i skrivande och musikskapande. Ingenting är lika intressant som människors öden och är det som inspirerar mig mest, både till att skapa och studera medicin.

”Dong!” så går plåtlocket återigen över de smutsiga arbetskläderna i tvättsäcken. Dagens arbetspass är över. Allt känns inte avslutat till trots, allt går inte att lägga ett lock på och låta någon annan ta hand om för att finna sinnesfrid efter arbetsdagens slut.

Vissa patienter kan man inte släppa i samma stund man tar av sig de vita landstingskläderna och kastar dem med *ett* däng i tvätten. När jag går hem från sjukhuset, finns de kvar – i mitt sinnes hospital.

I mitt sinnes hospital samlas patienter från olika arbeten på sjukhus och kliniska placeringar. Särskilt från den psykiatriska avdelning där jag jobbade en sommar remitterades patienter av olika skäl för vidare utredning, till mitt imaginära sjukhus, beläget någonstans i hjärnans mest synapsrika delar.

En ung man blev en dag inlagd på avdelningen. Jag kunde känna igen mig själv i hans liv, sätt och manér som innanför sjukhusets väggar räknades till sjukdomens symtombild.

Där fick jag, kanske för första gången, tid och utrymme att verkligen greppas av känslan att en patient är en hel människa och inte bara sin sjukdom, *utan* en *lika* hel människa som jag. Kanske var det mer än så, ett frö såddes till en djupare förståelse om vad människan är. En känsla av samhörighet – med den sjuka människan såväl som den friska.

Det var kontrasterna mellan de normala och de märkliga saker den unge mannen gjorde som fick mig något ur balans, som fick mig att tänka på mig själv och varför jag inte handlar på det viset.



Sommaren innebar problem för bemanningen av avdelningen. Någon ordinarie överläkare kunde inte ordnas under den mest eftertraktade semester månaden, någon hyrd och några tillförordnade fick rycka in. Det fanns ingen ordentlig kontinuitet för patienterna som för det mesta vistades länge på avdelningen. Frågorna ansamlades hos många utav dem och jag fick ta del av dessa. Av de långa samtal jag fick vara med om drabbade mig många starkt.

Det är tyst på avdelningen, patienterna ligger på sina salar. Den unge mannen är i det närmaste katatonisk och det finns inte en chans att sitta ned och samtala. Han gömmer sig under tröjans huva och tittar ned i marken, ingenting kan knappast bli porträtterat på ett bättre sätt. Ingenting tycks hända i mannens inre, ögonen är tomma. Det ger en obehagskänsla, jag får ett hål i magen.

Jag går iväg, andra sysslor kallar.

Ett längre ögonblick senare för vi ett samtal kring utbildning, fester, ”sturm und drang” och en mer allmän, ungdomlig ångest över livet. Vi diskuterar och babblar, inte som man gör mest kanske men som man kan när man känner en viss förtrolighet. Vetskapen om hans sinnesstämnings snabba svängningar gör sig icke besvär under samtalet men en aning av oråd smyger sig på när det lider mot kväll.

En kvinnlig skötare kommer fram till mig korridoren. Pannan är veckad och oron lyser igenom.

– Kan du hjälpa mig med en sak. Du är ju kille. Det är på toaletten och...

Den unge mannen sitter inlåst på toaletten och jag får uppdraget att öppna och se efter. Är det en svag doft av rök därifrån? Inte tillräckligt för att jag skall ana vad som väntar därinne. Jag knackar – inget svar- och för nyckeln till låset som öppnar med ett smäck, slänger upp dörren och ser att det brinner. Eld! Jag finner den unge mannen sittande på toalettstolen och framför sig har han en mindre brasa av ett cigarettpaket och fimpar. Jag stampar snabbt ut elden. Det ligger avbrända fimpar runtom i badrummet. Patienten sitter apatiskt på toaletten. Det bestäms att vi inte kan lämna honom ensam ens för en sekund. Jag får vaket och försöker prata med honom, det är frustrerande och fruktlöst. Nu har jag ingen aning om hur jag bäst skall förhålla mig till den unge mannen, vi som nyss kunnat prata fritt om gemensamma intressen. Nu är vi inte längre två medmänniskor som pratar fritt om livet. Nu är vi skötare och patient, frisk och sjuk.

– Vi får ringa in bakjouren, säger en luttrad skötarkollega.

Bakjour rings och kommer. Jag blir avlöst, får en kopp kaffe och går hem. Det är inte en sådan dag man visslande byter om från sjukhuskläderna och lämnar allt som har med sinnets sjukdomar att göra till nästa arbetspass. Tankarna följer mig in i natten:

– Brandlarmet, det utlöstes aldrig. Elden...

Elden och apatin diskuterar vi inte nästa dag, när vi en fuktig förmiddag sitter på avdelningens inhängande balkong och blickar ut över den sköna grönskan vid åns krökning. När vi sitter där kan vi förstå varandra, jag kommer en främling nära och är på ett djup man oftast inte når. Vi är människor vi två, jag och en främmande patient i psykiatrin.

Frågor han inte hade tid att ställa till läkaren, inte hade på tungan under korta och inte alltför frekventa samtal med olika psykiatriker, fick jag svara på i de fall jag kan kunde. Han frågade mig ofta, i min egenskap av läkarstudent, om de psykofarmaka han fått förskrivet, om biverkningar och verkningsmekanismer. Han frågade mig om varför just han hade blivit sjuk. Hade hans dekadenta leverne försatt honom i detta sjukdomstillstånd? Olika ungdomssynder radades upp, inte helt olika mina egna erfarenheter av studentliv.

– Vad tror du om den där gången...? Kan det ha varit något, tja, skumt i? Är det därför jag är här? säger han och ser in i mina svarslösa ögon.

Minnen från föreläsningarna i psykiatri ger inte särskilt mycket; varken bot, lindring eller tröst. Ord seglar förbi: Genetisk predisposition, miljöfaktorer, drogutlöst psykos. Människa, varför blir du galen? Det snurrar på i skallen:

– Varför bränner inte jag cigarettpaket på ett badrumsgolv? tänker jag, utan att säga det högt.

I en miljö där de flesta man träffar är sjuka, vänder man nog lätt på frågan många sjuka patienter ställt sig: "Varför är jag frisk?"

Extrajobb på psyket:

Det har gått någon månad och ett par veckor sedan sommarjobbets sista dag. Ett par patienter har fått stanna kvar medan jag har varit på resa, börjat för terminen och äntligen fått en definitiv frågeställning till mitt projektarbete. Den unge mannen är utskriven sedan ett par dagar.



Jag tänker efter mina upplevelser i psykiatrin alltmer på min identitet som läkare. Är det min roll i livet? Att vara den från födseln predisponerade, helgjutne läkaren, som om Hippokrates ed vore tatuerad på mitt bröst? Läkaren: Fanbärare för bot och läkemedel, vara ett renlärigt föredöme och kanske framförallt: Frisk.

”En läkare kan inte vara sjuk.” säger Ernst Hugo Järegård som den osympatiske neurokirurgen Stig Helmer på Rigshospitalet.

Han ser sig som antitesen till patienten. Liksom Järegård antar människan många roller, men under kostymen finns alltid bräcklighet och styrkor som vi alla delar.

I ett samtal med min mentor, en läkare med många års erfarenhet som universitetet har ordnat för oss läkarstudenter, får jag tillfälle att ta upp den gångna sommarens funderingar.

Vi pratar om de patienter man bär med sig, händelser och personer som är svåra och släppa, som kan tära på en, som kan få en att ligga vaken och tänka.

Han säger att det inte bara är patienter med dåliga utsikter som ger en medkänsla och skapar minnen som stannar kvar, ibland för ett helt liv. *Det kan även handla om* stunder då man *verkligen har* kunnat hjälpa en patient *eller*; funnit en kontakt på ett annat plan än den svåra vägen till att bli frisk.

– Handlar det om att favorisera patienter, frågar jag.

– Nej, det handlar om att de är människor, vissa kommer man bättre och snabbare överens med än andra, man får en bra kontakt ibland. Vissa tar man med sig ett helt liv.

Väl hemma efter vårt samtal, med ett glas vin och mäktig, stringent musik flödande från högtalarna, ser jag livets bottenlöshet och på samma gång dess oanade höjder. Jag tänker:

– Precis som jordens relation till universum, har vi en oändlighet under och en över oss.

Några dagar efter mentormötet ser jag hur den hoppfulla solen lyser in i mitt sinnes hospital. De gula strålarna träffar sjukhussängar med vita lakan och en gammal kvinna som ler. Jag har just gett henne beskedet att hennes högra lunga ser ut som den skall. Hon finns i mitt journalarkiv, medicinsk färdigbehandlad. ”Problemet” med mitt sinnes hospital, likt det riktiga sjukhus där jag verkar, är att patienterna blir utskrivna om de blir friska. De finns kvar i journaler men behandlingen är avslutad. De har fått adekvat behandling och mår ofta bättre än de gjorde när de kom in. Patienter som man inte får det avslutet med, de som aldrig blir riktigt bra, eller blir sämre, hänger otroligt starkt kvar. Har de, likt den unge mannen jag träffade, en rad gemensamma nämnare med en själv, krävs nog ett hjärta av stål, en själ utan empati, för att inte spegelneuronen skall aktiveras och, när minnena dyker upp, lägga sordin på livet för en stund och sätta igång tankar om livets oförutsägbarhet, märkliga vändningar och att man närsomhelst kan hamna som patient i psykiatrin. Kommer det *att* ringa varningsklockor innan jag är illa därän? Eller kommer mitt sinnes brandlarm aldrig att utlösas och min psykiska hälsa brinna inne?

Varför skriver jag "hospital"? Det är kanske ett sätt att hantera alltsammans, att placera det i en annan tid, då ord som "hospital" och "sanatorium" var vanliga i den svenska sjukvården. En tid jag kan fantisera om, foga in mina nutida upplevelser i och ge dem ett sken av något annat än sjukhuskorridorsrealistisk, tung vardag. Eller åtminstone för att få en distans till allt, ett sund mellan grannländerna friskt och sjukt. Mitt sätt att försöka hantera alla människoöden man drabbas, blir en del av och för en stund intervenerar i.

Någon gång blir alla utskrivna från det sjukhus av murbruk och tegelsten där jag verkar. Så även den unge mannen, men bakom pannbenet ligger de länge kvar i sina mörka salar, med frågor, hopp och lidande. Komplexa som bara en människa kan vara. En sådan som du. En sådan som jag.

Något för alla

av Karin Pokorny

Jag är ST-läkare i allmänmedicin med intresse för det psykiatriska området. Jag arbetar i dag på en vårdcentral utanför Göteborg i Ale kommun. Jag har en önskan om att i framtiden få vara en del av en primärvård där det finns utrymme för de psykiatriska diagnoserna, och i en organisation anpassad efter individ och behov.

Det är en lång korridor rakt framför honom där han står. Utgångspositionen från ingången. Den bakre, nedre ingången till sjukhuset där personalen brukar gå in. Ja, och han också förstås. Om man kommer från busshållplatsen måste man gå runt sjukhuset för att hitta ingången. De låser kl 20.00 så man måste komma innan dess, för att slippa det vanliga akutintaget. Där på akuten är det så mycket människor. Stressigt och otäckt. Han hittar ju på sjukhuset. Känner till lönngångar och hemliga vrår. Var man kan gömma sig, vilka trappor han ska välja. Han hittar i kulvertarna. Tror han i alla fall. Det brukar ju gå bra att hitta. Om han inte har druckit för mycket förstås. Idag har han druckit åtminstone en kvarting whiskey-Jack Daniel's, men det var ett tag sedan nu. Han har inte druckit på flera timmar. *Hoppas att man inte blåser för mycket.* Han är i källaren på sjukhuset där han så många gånger varit, där han kan känna sig trygg.

Inte en människa i sikte där han står. En lång rak kulvert. En kulvert. *Varför heter det kul-vert? Vad är kul? Sjukhus är inte roliga.* Det är nästan alldeles tyst, men det knäpper och smattrar i taket. I taket löper en massa gröna rör, vissa i metall. *Undrar vad det är i rören? Rörpost? Post i rör? Blod?* Det är väldigt ljus i korridoren i alla fall, lysrörljus som är så hemskt starkt att titta rakt på. Det gör nästan ont i ögonen om man stirrar rakt in i ljuset. Stirrar man rakt in länge och sedan tittar bort, kan man se änglar dansa framför ögonen. *Undrar var akuten ligger egentligen. Jag trodde att jag hittade.* Tur att det är stora vita pilar och tydlig text målad på golvet. Akuten rakt fram står det. Han tar ett steg, och ett till. Kängan är tung. Varje steg är som ett ton som ska lyftas. Kängan gör ont också, skaver i hälen. Det är nog ett sår där nu. Snart är han nog framme. *Åh vad kallt det är här!* Han möter en man i korridoren som skjuter på en bår. En filt över någon. *Är det en död? Är det någon jag känner?*

Sköterskan ler. Hon är snäll. Hennes lockiga blonda hår ramar in det runda vänliga ansiktet. De härliga kinderna som är som små clementinhalvor, fast rosa förstås. Det är Eva som jobbar på akuten ikväll. Eva känner honom och han känner Eva. De har träffats så många gånger där. På samma ställe, på samma plats. Hon rör vid honom. Hon tycker inte att han är äcklig eller fel. Hon sätter ingen varningstriangel på honom. Men hon är inte bara snäll. Hon låter en geting sticka honom i armvecket och suga nektar ur honom. Han vet att han måste låta henne göra det. Annars får man inte träffa doktorn. Och får man inte träffa doktorn, så får man inte sova. Allt hänger ihop: Nektar, blod, säng. *Jag är så trött, känner mig så trött och konstig.* Men hon är snäll hans ängel Eva, hon brukar ge honom en ostsmörgås. Efter att han fått sprutan brukar han få smörgås och sedan får man sova. Längre. Till morgonronden.

Han sitter och tittar på akvariet i väntrummet. Han är ensam i rummet. Han sitter på en stol som är hård, fast den har rött stoppat tyg. Inte mycket stoppning kvar där egentligen. Han är så benig också, inte något fett på kroppen. En smutsig, gammal och trött kropp. Ett benrangel. Men så är det när man är fattig, fast man bor i ett litet lusthus.

Han tittar på fiskarna i akvariet. Han ser en fisk. Han ser två fiskar. Botten består av en massa småsten. De har ett litet hus på botten i akvariet. Ett hus som ser ut som ett slott. Fiskarna kan simma in och ut genom slottets port och fönster. Det är ett pampigt slott i guld, fast i miniatyr förstås. Sedan har fiskarna en alskog också, som rör sig och dansar i akvariet. Det är säkert 20 fiskar i akvariet. De är i olika färger och storlekar, men många orange små. De orange är flest, i majoritet så att säga.

En fisk säger hej till honom. Det är en flickfisk. Hon simmar orädd fram mot glaset och tittar rakt på honom med sina små fiskögon. Hon kan simma och vara still på samma plats samtidigt. Ganska begåvad alltså. Hon trycker nosen mot rutan. Hon är platt och turkos, med ränder i gult och svart på sidorna. Hon är några centimeter stor. Hon är väldigt vacker. Fruktansvärt vacker. *Undrar vad hon vill?* Hon säger inte så mycket mer än hej. Sedan hör han Eva ropa på honom .

Doktorn är ung och har mörkt lockigt hår med snälla bruna ögon. Fast ändå inte helt ung. Säkert pappa till en eller två ungar. Doktorn kanske är kring 40 år. Han verkar stressad i ögonen, fast det ska han inte visa. *Han verkar okej ändå. Är han ny här?* Doktorn är från Grekland. Men han pratar svenska. Det går ju faktiskt att förstå. Doktorn vill att han ska prata och berätta. *Åh vad trött jag är!* Han försöker fatta sig kort, för att inte stressa doktorn. Doktorn har så mycket att göra. Doktorn ska hinna hem också. Och hjälpa alla andra. *Det är bäst att prata fort med doktorn. Och att prata högt! Så att han förstår bättre, och hör bättre. Doktorn är ju från Grekland, sa jag det?*

2,7 promille? Blåste jag så mycket? Nä, det kan inte stämma. Doktorn tittar på honom med mer ledsna ögon nu. Det känns inte bra att göra Grekland ledsen och besviken. Grekland vill ju bara hem och äta moussaka och fetaost med sina barn, kanske har de en dvärgschnauzer där hemma också. *Nu blåste jag för mycket ändå!*

Doktorn ställer så många frågor. Han har inte läst hela journalen, men det är ju klart. Den är lång och tråkig. Sida upp, sida ner. Samma sak. In, ut, upp, ner. Det är roligare att prata med patienten direkt. Doktorn frågar honom om lusthuset. Han får förklara att han inte behöver betala någon hyra. Det är "free of charge". Han får vara ifred där och det finns el. Det är inte särskilt kallt heller. Så länge ingen märker att han är där så är det perfekt, lusthuset alltså. Nästan som en etta utan kök, ja och utan toalett förstås. *Och kommunen?* Men han sover dåligt där. Han vill sova. Han måste sova.

Han gör så gott han kan när han svarar på alla frågor. Nej, inga mediciner. Nej, ingen familj. Nej, inga självmordstankar. Nej, inga konstiga symtom. Han säger inget om flickfisken. Det blir så mycket oro då. Bättre att låta bli. Sådana saker ska man hålla för sig själv. Ja, det att djur pratar med honom - men så har det ju alltid varit. Sedan han var en liten grabb. Det är ju inget konstigt symtom. Frågorna fortsätter. Nej, ingen krampsjukdom. Nej, inga hjärtfel. Nej, inga självmordstankar nu heller. Han försöker prata snabbt och högt, men doktor verkar inte förstå att han bara måste få sova till imorgon. Så att han kan orka en dag till. Fixa pengar till käk till exempel. Doktorn säger att han är för full? *Inte läggas in?* Han pratar om tillnyktringen. *Nej det går inte, då dör jag hellre.*

Doktorn verkar lite orolig för honom. Doktorn vill ju väl. Han föreslår att man kan komma tillbaka imorgon. När man blåser mindre. Så att man kan prata då. *Men det är ju nu jag måste få sova. Kanske kan man få en tablett med sig?* Han får inget med sig. Han får gå hem. Så då går han. Eva ler mot honom när han går ut. Hon säger till honom att komma tillbaka imorgon. Så att han kan få en spruta, medicin och sova. Hon tycker att han ska till tillnyktringsenheten. Han vill inte det. Han har varit där tidigare. Han vet vad han vill. Han vill sova och prata med vårdarna på avdelningen. Kanske är vårdarna han känner där. De som är snälla och som känner honom lite. De som förstår honom. Nej, nu kommer han inte tillbaka

igen. Nu får han försöka sova själv. Han vet ju var man kan köpa något att få sova på. Han har nog en tjuga, kanske man skulle försöka köpa något på vägen hem.

I väntrummet går han fram till akvariet. Fiskarna är kvar. När han står där och tittar på dem så simmar flickfisken ut från slottet. Hon ler mot honom och säger: "*Det kanske inte finns något för alla?*"

Han tittar sorgmodigt tillbaka mot henne och ger henne ett tandlöst leende. Sedan så vänder han på klacken och börjar gå mot trappan. Ner mot kulverten. Tillbaka hem till lusthuset.

En läkare blir till

av Olivia Marsh Landén

Olivia inbjöds att delta med sitt bidrag till skrivartävlingen i Föreningens skrivartävling som ägde rum den 25 september på Svenska Läkaresällskapets lokaler i Stockholm

Jag är en läkarstudent från Huskvarna som just nu studerar termin 11 i Linköping. Utöver skrivande är mina stora passioner sexualupplysning, resor, böcker och bläckfiskar.

Jag sitter på rondens första dagen på avdelningen.

Överläkaren väntar på att Cosmic ska vakna och säger till de övriga rонddeltagarna ”Jaha, ska vi se vad vi har för irriterande patienter idag då?” med en menande blick, vilket framkallar små artiga skratt runt bordet. Jag skrattar inte.

Jag vill säga något. Jag vill säga något om härskartekniker. Jag vill säga något om förakt och hur kan man vara läkare om man ser ner på alla patienter. Jag vill säga något om cynism. Det vill jag säga.

Jag håller i blocket och tar en klunk te och fokuserar på nästa patients medicinlista.

Igår kom jag på vad jag borde ha sagt.

Jag blir introducerad inför hela personalen. Jag får ett eget rum på vårdcentralen med en namnskylt utanför. Jag blir introducerad som ”Min blivande kollega”. Sköterskor kommer och frågar mig om saker. Ibland kan jag till och med svara. Jag går runt i mina vita kläder med självsäkra steg. Jag har namnskylt, stetoskop i fickan och överfallslarm. Jag känner mig som en riktig doktor.

Jag blir ignorerad. Jag blir tystad. Jag blir avbruten. Jag blir avvisad. Jag blir förvirrad.

Överläkaren vänder på klacken och försvinner ut ur rummet. Jag undrar om jag ska gå efter eller stanna kvar. Jag följer efter och försöker hinna ikapp. Han går in på toa. Jag vänder om i korridoren och försöker se oberörd ut. Jag undrar om någon såg mig.

Jag donerar ägg. Jag tar sprutor i ett speciellt schema. Jag undersöks med en ultraljudsstav som är som en dildo fast det heter inte dildo. Den har en latexhylsa på sig som är en kondom fast det heter inte kondom. Den är insmord med något som är glidmedel fast det heter inte glidmedel. Jag tar blodprov. Jag genomgår ingreppet med att plocka ut ägg. Jag får intravenös smärtlindring som jag blir salongsberusad av. Jag ligger i sängen efteråt och har ont.

Sjuksköterskan lägger handen på min axel när hon ger mig smärtlindring. Jag känner hur jag slappnar av när hon rör mig. Jag känner mig liten. Jag vill egentligen ha en lång varm kram av henne. Jag sitter på bussen hem och grimaserar av smärta varje gång den åker över ett gupp. Jag känner mig nöjd av att ha hjälpt ett barnlöst par.

Jag kommer på uppföljning. Jag får reda på att jag har en konstig hormonell rubbning. Jag får höra att jag varit uppe på en rond för knepiga fall för hela kliniken. Jag frågar om de misstänker hypofystumör. Jag vet att det är den vanligaste orsaken. Jag blir lite irriterad på hennes svar att de inte misstänker tumör. Jag kan handskas med sanningen! Jag tar blodprov. Jag går tillbaka till hudkliniken där jag har praktik och är med som kandidat på en rond för knepiga fall. Jag går hem och googlar allt jag kommer över om hypofysinsufficiens. Jag har adenom som arbetsdiagnos. Jag vet inte vad jag ska svara när min partner ringer, från en annan stad, och frågar som i förbigående hur jag mår. Jag försöker lugna honom när han missförstår mig att jag kanske har en hjärntumör. Jag försöker lugna mig själv. Jag går och lägger mig i min ensamma säng. Min frontallob kör en konstant ström av lugnande statistik. Jag stirrar in i väggen i mörkret. Min amygdala håller inte med. Jag flyttar mig så att ryggen

ligger emot väggen och föreställer mig att det är min partners rygg. Jag hatar distansförhållanden.

Jag ligger i en MR och irriterar mig lite på röntgensköterskans enkla instruktioner. Som om jag vore en patient. *Hallå! Jag har varit med i typ fyra olika forskningsprojekt. Jag kan den här MR-processen som min egen bakficka. Du behöver inte säga till mig... Nej, för jag förstår precis att jag måste ligga helt stilla... Jag är lite speciell, förstår du. Jag är inte som de andra patienterna. Jag är vårdpersonal. Jag kan det här. Jag kan briljera om mina kunskaper i T1 och T2-viktning. Vi är liksom inte vårdgivare och patient, du och jag, utan kollegor. Om jag bara går och klär om mig till vita kläder skulle vi kunna sitta i personalrummets soffa och dricka kaffe som jämlikar. Och jag skulle inte behöva känna mig så förbannat... Så himla... Du vet... Så där liten.*

Jag tar en arteriell blodgas på en patient, lyckas på första försöket och patienten tycker att det inte alls gjorde ont, det var uppenbarligen ett riktigt proffs som hade stuckit honom. Jag går in i ett rum och lyckas diagnosticera rätt bakterie i en sårinfektion, bara genom lukten. Jag hejar på en gammal handledare som minns vad jag heter även utan min namnskylt och verkar glad att se mig. Jag lyssnar på ett par lungor, "basala rassel höger sida" tänker jag tyst för mig själv och överläkaren lyssnar, "Basala rassel höger sida" säger hon. "Just precis," tänker jag och ler för mig själv. Jag syr ihop ett gapande, blödande sår och lyckas småprata under hela proceduren, helt ovetande om vad jag pratade om. Jag upptäcker ett embryo till läkarintuition, som ett sjätte sinne, som viskar diagnoser till mig som sedan visar sig vara korrekta. Jag skär bort en skivepitelcancer på en underarm och sms:ar alla jag känner för att berätta att jag plockat bort en cancer helt själv. Jag utelämnar den triviala detaljen att det var en bit underarmshud och inte en avancerad spridd ovarialtumör. Jag får beröm. Jag känner mig som en riktig läkare.

Jag glömmer bort vad pancreas heter på svenska. Jag uttalar "Sköldkörteln" "Shöldschorrteln". Jag lyssnar på en bröstkorg och hör inte ett enda hjärtslag. Jag säger fel namn till patienter på avdelningen. Jag sitter vid Cosmic och får slå mig själv på fingrarna för att inte gå in och kika i min egen journal. Jag får hjärnsläpp av de olika delarna i ett neurologstatus. Jag kan tusen minnesramsor men har glömt bort vad de står för. Jag minns aldrig om F kommer efter G i alfabetet eller tvärtom. Jag gjorde en minnesramsa om det. Jag glömde bort den.

Jag är patient. Jag blir avbruten efter 18 sekunder. Jag förkastar inombords läkarens förfärliga samtalsteknik med ledande frågor. Jag slåss emot en stark önskan att säga till honom att slå lite längre ner på patellarsenan, så sparkar också jag till. *Lite längre ner. Men kom igen, inte på själva patella. Hallå!?* **På senan!** Jag går därifrån lite irriterad.

Jag blir uppringd av en föreläsare som vi har haft. Jag inser att han ringer i egenskap av min läkare. Jag har inte något adenom.

Jag andas ut.

Han säger att jag kanske inte kommer kunna få barn på naturlig väg.

Jag andas in.

Jag vill inte diskutera det här med en föreläsare. Jag gillade aldrig hans föreläsningar.

Jag cyklar hem med en sten i magen.

Jag är på BVC och gullar med små bebisar. Jag gör grimaser och får dem att skratta. Jag tar varje tillfälle i akt att stryka dem över den sammetslena huden på kinden. Jag killar dem under

de små, små fötterna. Jag sträcker fram lillfingret och får sedan kämpa med att bända bort de små, små fingrarna som håller mig i ett järngrepp. Jag får höra att jag är så bra med barn. Stenen i magen växer.

Gynekologen ringer. Hon vet inte varför mina värden svängde så där, men nu är de nästan normala. Hon tror att det var en reaktion på medicinerna. Hon tror inte att det är några problem med att få barn på naturlig väg. Efter samtalet slänger jag mig ner i soffan och pustar ut. Jag googlar graviditetsbloggar.

En man är döende på avdelningen. Hans fru sitter i stolen bredvid hans säng. Hon ser så liten ut. Jag lägger min varma hand på hennes axel när läkaren har gått och frågar lågmält och uppriktigt hur hon mår. Hon lyser upp och ser tacksamt på mig. Nästa gång vi ses lyser hon upp igen och ler mot mig. ”Ni är så fantastiska på den här avdelningen” säger hon till överläkaren och tittar rakt på mig. Jag känner mig som en riktig läkare.

Nästa gång en överläkare fäller en sarkastisk kommentar om en patient säger jag utan att tveka; ”Ja, visst är det jobbigt när alla inte är lika perfekta som du?”

Resten av rummet hajar till och ler sedan mot mig.

Han blir tyst.

Mitt hjärta bankar. Mina händer skakar.

Efter några sekunder säger han; ”Ja, det var en onödig kommentar, du har helt rätt. Så borde jag inte ha sagt.”

I slutet av placeringen erbjuder han sig att vara referens åt mig om jag vill söka jobb på sjukhuset.

Jag känner mig som en riktig läkare.

Jag tror att jag kommer klara av det här.

KALENDARIUM 2015/2016

Medicinska Riksstämman Stockholm 4 dec 2016

**"Liv och död och alla våra möten vad är det inom oss som orkar?" se www.sls.se
Föreningens workshop utifrån texter från skrivartävlingen 2014**

Balintkonferens i Skåne i april, kallelse och program kommer Malmö-Lund

Journees Balint d'Annecy – Psykodrama workshop (konferensspråk franska)

5-8 maj 2016, Annecy, France

(Les details sont ici): <http://www.psychodrame-balint.com/Annecy/ANNECY.html>)

IBF Leadership conference Warszawa sept-okt 2016 kallelse och program kommer