

# PARAPLYT

Medlemsblad för Svenska Läkaresällskapet  
**SEKTION FÖR MEDICINSK PSYKOLOGI**



Årgång 11, Nr 1 (vår 2009)  
Hemsida: [www3.svls.se/sektioner/mp/](http://www3.svls.se/sektioner/mp/)

## Redaktören har ordet

Vår ordförande Ulf Sundequist flaggar i detta nummer om det spännande år vi i sektionen för medicinsk psykologi har framför oss, framförallt när det gäller möjligheten till en rejäl utvidgning av sektionen.

Till detta nummer bifogas även årsmötesprotokoll och verksamhetsberättelse för 2008. Det som kan lyftas fram från det gångna året var de bägge välbesökta symposierna på Riksstämman. Sektionens symposier på nästa stämma i Stockholm handlar dels om erfarenheter av stöd och katastrofberedskap fem år efter tsunamin, dels om hur man kan främja medicinsk-psykologisk fortbildning för klinikern.

Riksstämmosekreterare Henry Jablonski publicerar här ett anförande han höll vid den internationella/israeliska Balintkonferensen vid Döda Havet i samband med IBF:s council meeting i mars 2008.

Till sist publicerar vi de två vinnande bidragen i skrivartävlingen.

Trevlig sommar!

**Anna Krantz**

Tillförordnad redaktör

## Den nya styrelsen

<b>Ordförande</b>	Ulf Sundequist (SFPSM)
<b>Sekreterare</b>	Göran Rydén (SPAF)
<b>Vice ordförande</b>	Bengt Hamark (SFMP)
<b>Kassör</b>	Kristina Falck (SFPSM)
<b>Riksstämmosekreterare</b>	Henry Jablonski (SFMP)
<b>Vetenskaplig sekreterare</b>	Tord Nystedt (SPAS)
<b>Redaktör Paraplyt</b>	Anna Krantz (SPAS)
<b>Utbildningssekreterare</b>	Anne Stefenson (SPAF)

<b>REDAKTÖREN HAR ORDET .....</b>	<b>2</b>
<b>DEN NYA STYRELSEN .....</b>	<b>2</b>
<b>FRAMTIDENS KLINISKA FORSKNING – ETT NYTT, STORT FÄLT FÖR EN VIDGAD MEDICINSK PSYKOLOGI. ....</b>	<b>4</b>
<b>PROTOKOLL - ÅRSMÖTET FÖR SEKTIONEN FÖR MEDICINSK PSYKOLOGI .....</b>	<b>5</b>
<b>VERKSAMHETSBERÄTTELSE FÖR 2008 .....</b>	<b>7</b>
<b>KALENDARIUM.....</b>	<b>9</b>
<b>SEKTIONENS RIKSSTÄMMEAKTIVITETER.....</b>	<b>9</b>
<b>THREE CITIES, THREE SYNDROMES, THREE CHALLENGES FOR THE DOCTOR/THERAPIST .....</b>	<b>10</b>
<b>SVENSKA FÖRENINGEN FÖR MEDICINSK PSYKOLOGIS BÅDA SKRIVARTÄVLINGAR 2008 AVGJORDA.....</b>	<b>13</b>
<b>    PAPPAS VÄRSTA OTURSDAG .....</b>	<b>14</b>
<b>    ETT SVEK I TÅLAMOD .....</b>	<b>18</b>

# Framtidens kliniska forskning

## – ett nytt, stort fält för en vidgad medicinsk psykologi.

*Ordförandehälsning maj 2009.*

Vi är en Sektion inom Läkaresällskapet, vilket gör Riksstämman till vårt främsta forum för vetenskap och öppna diskussioner, inte minst när det gäller att påminna vetenskapen om att dess framsteg inte kan få klinisk betydelse förrän de kombinerats med kunskap. Detta sker vanligen först när de blivit betraktade med olika ögon, dvs. i ett samarbete. Alla de forskare, som de senaste decennierna belönats med Nobelpris i medicin, intygar, att de inte lyckats med något om de inte haft samarbetspartners, antingen kollegor från andra specialiteter eller representanter från andra yrkeskategorier, som stöd, inspiratörer och bollplank. I forskarsammanhang har man nu infört det för mig lite svårtolkade begreppet "translationell" forskning.

I den utredning om framtidens kliniska forskning, som Läkaresällskapet och Läkareförbundet tillsammans kommer att överlämna till regering och riksdag om ett par veckor, framhålls att den i daglig verklighet tillämpbara forskningen skall vara just translationell, dvs. **tvärprofessionell**. Själv vill jag gärna tillfoga att den bör vara integrativ. Direktivet är att vi så långt som möjligt ska samarbeta utan gränser. Glädjande är också att man ska tillåta och vara inställd på **långsiktighet**. Eftersom många av dem, som suttit i beslutande positioner inom medicinsk forskning, fått sin titel efter snabb, preklinisk, monofaktoriell forskning har detta inneburit ett hinder för att få loss medel till annat än ett 2-årigt, kvantitativt, helst förutsägbart projekt. I själva verket tar klinisk forskning mycket lång tid och måste få göra det. Till och med enklaste, klinisk, läkemedelsforskning har visat, att det tar 7 år från det att preparatet kan gå in i klinisk prövning till att det kan förväntas bli godkänt som vardagligt användbart läkemedel. Icke-farmakologisk klinisk forskning tar faktiskt i genomsnitt 24 år från idé till klinisk applikation.

Eftersom forskning kostar mycket måste också styrningen vara mer strikt med uppdraget att bevaka bland annat tvärprofessionalitet och långsiktighet. Stat och landsting lägger varje år ner 5 miljarder kronor på medicinsk forskning. Det säger sig själv, att om resultatet inte kan utvärderas förrän om 24 år ställs stora krav på att inte satsa fel från början. Men ska de riktigt nyskapande, stora upptäckterna kunna ske måste det samtidigt finnas utrymme för **ett visst risktagande**, men med det "translationella" arbetssättet minskar risken för alltför galna irrvägar samtidigt som gruppen får ökad uthållighet och minskad sårbarhet, dvs. större chans att nå målet. Den organisation som föreslås styra detta blir mer slimmad, statlig och förlagd till 6 Universitetsmedicinska centra (UMC). Universitetssjukhusbegreppet kan reduceras till att innefatta i princip ett sjukhus som i sin plan, budget och verksamhet har från UMC godkänd klinisk forskning. Allmänmedicin kan få större utrymme.

I nytänket ligger också insikten om betydelsen av teamutveckling, och såväl när det gäller implementering av syn- och arbetssätt som i rollen som medaktör i tvärprofessionellt, kliniskt forskningsteam kan medicinsk psykologi, psykosomatik, beteendemedicin, socialmedicin och andra närstående, helhetsinriktade aktörer nu hävda rätt till medinflytande och medagerande. Inför detta måste vi kunna stå starka, samlade och uthålliga. Jag ser det som glädjande att det finns signaler om möjlighet till vidgning om möjlighet till upptagande nya sub-sektioner i Sektionen för Medicinsk Psykologi, och även sondering om sammanslagning med annan sektion i Läkaresällskapet. Genom detta kan vi bli starkare inom sällskapet och få större inflytande vid universiteten, och föra "paramedicinska" utbildningar och forskningsprojekt ihop med medicinen. Vi har ett spännande år framför oss!

Till Riksstämman fokuserar vi på två godkända symposier. Det ena är en stor utvärdering av hälsa och återhämtning för de drabbade 5 år efter Tsunamin, belyst utifrån den enskildes kroppsliga och själsliga hälsa som från katastroforganisatoriska och terapeutiska aspekter. Det andra symposiet berör betydelse av fortbildning om emotionellt samspel i kliniskt arbete: "Utan tvivel är man inte riktigt klok – hur främja medicinsk-psykologisk fortbildning för klinikern?".

*Jag vill med detta önska er alla en fin, glädjeskapande, rekreerande sommar!*

*Ulf Sundequist, Ordförande*  
[sundequist@comhem.se](mailto:sundequist@comhem.se), 070-600 22 43

# PROTOKOLL

## Årsmötet för Sektionen för Medicinsk Psykologi

Klubbrummet, Svenska Läkaresällskapet den 12 mars 2009

Närvarande 8 personer enligt bifogad lista.

Ulf Sundequist, Henry Jablonski, Noomi Elander-Lindberg, Maud Sjöström, Birgitta Berg-Wikander, Lena Svidén, Kristina Falck, Tord Nystedt

1. Ordförande för sektionen Ulf Sundequist öppnade mötet och hälsade deltagarna välkomna.

Till ordförande för mötet valdes Ulf Sundequist, till sekreterare Henry Jablonski och till justeringsmän Noomi Elander-Lindberg och Lena Svidén.

2. Kallelse fastställdes ha utgått i laga tid.

3. Dagordningen fastställdes.

4. Verksamhetsberättelsen föredrogs och lades till handlingarna utan ändringar, se bilaga.

5. Kassören Kristina Falck meddelade att sektionens överskott var drygt 10000:-. Sektionens behållning är c:a 30000:-.

En mindre oklarhet i räkenskaperna från 2007 som diskuterades på det förra årsmötet är numera utredd av nuvarande kassören Kristina Falck och dåvarande revisorn Tord Nystedt och därmed lagd till handlingarna,

6. Revisorerna Christina Bolund och Urban Rosenkvist har reviderat sektionens räkenskaper. Revisionsberättelsen föredrogs i deras frånvaro av Ulf Sundequist. Räkenskaperna har förts i god ordning och föranleder inga anmärkningar. Årsmötet rekommenderas bevilja styrelsen ekonomisk ansvarsfrihet.

7. Årsmötet beviljade styrelsen ansvarsfrihet.

8. Inga motioner till årsmötet har inkommit.

9. Budget för nästkommande år presenterades. Beslöts att såsom tidigare tills vidare låta varje förening stå för styrelseledamöters resekostnader till styrelsesammankomster. Årsmötet fastställde den kommande årsavgiften till oförändrat 30:- per medlem.

10. Förslag om stadgeändring föredrogs av Ulf Sundequist, se bilaga.

Ändringar i stadgeförslaget 2009 02 03:

§2c: *tvärfacklig* utgår. Ersätts av *tvärprofessionell*.

Ett rullande 2-årigt styrelsepostschema reglerar arbetsuppgifterna i styrelsen mellan subsektionerna/delföreningarna och ersätter valberedningen, se exempel bilaga.

Förslaget antogs med denna ändring samt korrigerig av några stavfel och skickas nu vidare till Läkaresällskapet för godkännande.

11. Val av styrelse till nästkommande verksamhetsperiod

Föreslogs följande:

<b>Ordförande</b>	Ulf Sundequist
<b>Sekreterare</b>	Göran Rydén
<b>Vice ordförande</b>	Bengt Hamark
<b>Kassör</b>	Kristina Falck
<b>Riksstämmosekreterare</b>	Henry Jablonski
<b>Vetenskaplig sekreterare</b>	Tord Nystedt
<b>Redaktör Paraplyt</b>	Anna Krantz
<b>Utbildningssekreterare</b>	Anne Stefenson

Styrelsens firma tecknas av styrelsen gemensamt eller av styrelsens ordförande och kassör var för sig.

Årsmötet beslutade i enlighet med förslaget.

**12.** Birgitta Wikander förslogs att interimistiskt stå som sammankallande för valberedningen om mot förmodan stadgeförslaget ej går igenom hos Läkaresällskapet varigenom valberedningen inte behövs. Beslutades i enlighet med förslaget.

**13.** Val av 2 revisorer och 1 suppleant: Omvaldes Christina Bolund och Urban Rosenkvist.  
Suppleant Noomi Elander-Lindberg

**14.** Representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling utses av styrelsen.

**15.** Paraplyt och hemsidan. Nästa Paraplyt utkommer i april. Diskuterades behovet att kontinuerligt uppdatera hemsidan med referat från styrelsemöten och kalendarium. Adresser och telefonnummer till styrelsen efterfrågades, och nya styrelsen skall undersöka möjlighet till befattningskopplad e-postadress.

**16.** Ulf Sundequist informerade om kommande program: Tre Rikssymposieförslag har lämnats in – två med anknytning till Tsunamikatastrofen och ett med anknytning till utveckling av emotionell kompetens i vården - samt ett förslag på internationell gästföreläsare.

Påpekade bl a Henry Jablonski att man i sektionstyrelsen förde intensiva diskussioner 2007 och 2008 om medicinsk etik och behandlingsetiska överväganden vid vård i livets slutskede som förberedelse för vård deltagande på en aviserad studiedag på Läkaresällskapet. Av oklar anledning sköts denna på framtiden, och har ännu inte ägt rum, vilket med tanke på de nyligen timade händelserna på Astrid Lindgrens barnsjukhus kan beklagas. Den nya styrelsen skall ta upp frågan igen, antingen via Sällskapet eller som debattartikel i Läkartidningen.

Anne Stefenson förbereder i samarbete med Psykosomatikföreningen, psykolog Bertil Nordbeck och Psykologiinstitutionen i Lund en psykosomatikutbildning för ST psykiatriker, i nästa steg även riktad till ST-allmänläkare och därefter till ick-läkare.

**17.** Årsmötesordföranden avslutade mötet.

Ulf Sundequist

**Ordförande**

Henry Jablonski

**Sekreterare**

Noomi Elander-Lindberg

**Justeringsman**

Lena Svidén.

**Justeringsman**

# VERKSAMHETSBERÄTTELSE FÖR 2008

Tiden 2008-03-13 till 2009-03-12.

## MEDLEMSKAP:

Svensk förening för medicinsk psykologi	(SFMP)	(158 medl.)
Svensk förening för Psykosomatisk medicin	(SFPM)	(101 medl.)
Svenska psykoanalytiska föreningen	(SPAF)	(186 medl.)
Svenska psykoanalytiska sällskapet.	(SPAS)	(80 medl.)

Medlemsantalet var föregående år 525.

## STYRELSEN:

Ulf Sundequist	(SFPSM)	Ordförande; Riksstämmesekreterare
Henry Jablonski	(SFMP)	Vice ordförande
Göran Rydén	(SPAF)	Sekreterare
Kristina Falck	(SPFPSM)	Kassör
Anne Stefensson	(SPAF)	Ledamot
Anna Krantz	(SPAS)	Ledamot
Tord Nystedt	(SPAS)	Ledamot (adjungerad)
Lena Svidén	(SFMP)	Adjungerad representant i IPULS, avslutade sitt mandat under innevarande verksamhetsår

Styrelsen har haft fyra protokollförda sammanträden under verksamhetsåret.

Programgrupp: För sektionens program har styrelsen fungerat som programgrupp under året.

## ÅRSMÖTESFÖRHANDLINGARNA 2008:

Årsmötesförhandlingarna började med ett vetenskapligt program med temat:  
"SOCIALMEDICIN I SVERIGE IDAG - VAD GÖRS RUNTOM I LANDET?"

Föredragshållare professor/överläkare Bo Burström, Socialmedicin SLL/KI, Stockholm.

Årsmötet valde följande till valberedning: Birgitta Berg Wikander (sammankallande).

## LÄKARESÄLLSKAPET:

Ulf Sundequist har representerat Sektionen i Sällskapets fullmäktige.

## UTBILDNING:

Lena Svidén har representerat sektionen i IPULS.

## PROGRAMVERKSAMHET:

Sektionen för Medicinsk Psykologi anordnade inga seminarier under året.

## RIKSSTÄMMAN:

Sektionen anordnade följande välbesökta symposier:

LÄKARENS MÄNNISKO- OCH SJUKDOMSSYN DÅ, NU OCH FRAMGENT tillsammans med Sektionerna för Psykiatri och Socialmedicin, och

KAN MAN MÄTA KORTISOL SOM STRESSMARKÖR SÅ ATT DET ÄR MENINGSFULLT? tillsammans med Sektionen för Socialmedicin.

**REMISSER:**

Inflödet av remisser under 2008 varit något högre än tidigare år. Totalt har Sektionen mottagit 13 remisser. Fyra av dessa besvarades inte, då de bedömdes ligga bortom Sektionens angelägenheter. 5 remisser besvarades med att Sektionen inte hade några synpunkter. Två remisser besvarades utförligt. Lista på remisserna bifogas.

**MEDLEMSBLADET PARAPLYT:**

Paraplyt har under verksamhetsåret 2007 – 2008 utkommit med två nummer och innehållet har hållit sig inom de ramar som beskrivits vid 2006 års verksamhetsberättelse.

Liksom de senaste året har redaktörsansvaret roterat mellan delföreningarna.

**HEMSIDAN:**

Styrelsen har under verksamhetsåret fortsatt samarbetet med Johan Rhedin på företaget Karamel och utarbetat en ny hemsida som länkats till Läkarsällskapets portal. Hemsidan har haft ca 40 besök/månad. Hemsidan sköts i samarbete med styrelsen (i första hand sekreteraren som sammanställer material som ska läggas ut) och Johan Rhedin, Karamel.

*Stockholm 2009-03-12*

*Ulf Sundequist*  
*Ordförande*

*Göran Rydén*  
*Sekreterare*

# KALENDARIUM

**16<sup>th</sup> IBF World congress 5-9 sept 2009, Brasov, Rumänien**

[www.balintcongress2009.com](http://www.balintcongress2009.com)

**Wonca Basel 16-19 sept 2009, Balintprogram kommer att aviseras**

[www.congress-info.ch/wonca2009](http://www.congress-info.ch/wonca2009)

**Franskt Balintmöte, Strasbourg 16-17 okt 2009**

info via [www.balintinternational.com](http://www.balintinternational.com)

**Läkarnas Riksstämman Stockholm 25-27 november 2009**

Föreningens och sektionens symposier och föreläsningar kommer att aviseras i särskilda utskick. [www.svls.se/](http://www.svls.se/)

**Reservera lördag den 28 nov för en Balintstudiedag i Stockholm, meddelande/inbjudan kommer efter sommaren.**

## SEKTIONENS RIKSSTÄMMEAKTIVITETER

**Stockholm 25 – 27 november**

Accepterade riksstämmesymposier (tider preliminära):

**Onsdag 25 november kl. 12.30 – 17.00**

Fem år efter Tsunamin – ohälsa och återhämtning hos drabbade samt erfarenheter av stöd och katastrofberedskap.

**Moderatorer:** Lars-Olof Wahlund och Abbe Schulman  
(med Sektionerna för Allmänmedicin, Psykiatri och Socialmedicin)

**Fredag 27 november kl. 10.30 – 12.00**

Utan tvivel är man inte riktigt klok  
– hur främja medicinsk-psykologisk fortbildning för klinikern?

**Moderator:** Henry Jablonski  
(med Sektionerna för Allmänmedicin och Pediatrik)

**Fredag 27 november kl. 12.30 – 13.30**

**Gästföreläsare:** Andrew Elder

# THREE CITIES, THREE SYNDROMES, THREE CHALLENGES FOR THE DOCTOR/THERAPIST

av Henry Jablonski

*Detta är ett anförande vid den internationella/israeliska Balintkonferensen vid Döda Havet i samband med IBF:s council meeting i mars 2008. Här deltog ett trettiotal internationella delegater och sjuttioital israeliska. Det ordnades även en grupp för intresserade anhängare till Balintdeltagare! Det israeliska Balint-sällskapet är mycket livaktigt och dynamiskt vilket alla, som deltagit på de internationella kongresserna, har kunnat konstatera.*

*Som framgår nedan hade ursprungligen ett IBF council meeting planerats till hösten 2006, men det fick ställas in pga kriget i södra Libanon under sommaren 2006 och den intensiva beskjutningen från Gaza mot södra Israel vid tiden för konferensen. Den gången deltog Heide Otten, Ernst Petzold, ytterligare en tysk kollega och jag i det årliga nationella Balintmötet. Det är till detta jag refererar i de första inledningsorden.*

Dear Israeli Balint colleagues,

(På hebreiska): It is a great pleasure for me to address you at the opening of this conference and to share with you the satisfaction of having this conference here

We meant to hold the IBF council meeting at Zichron Yaakov together with your national meeting in the autumn of 2006 but it was cancelled. Those of you who were there may recall at the closing session you discussed with us, the four foreign participants, the possibilities for the next years. One of you with more than a touch of irony said "l'shana habaa ....." It was an internal remark indeed, not meant for the ears of the visitors. But if so, it is not commendable to paraphrase a Passover saying. Maybe some of you thought a meeting like this would not take place.

Well, here we are. It did not take a miracle, it did not take 40 years but good work and the invitation of a very active and inspiring Israeli Balint society. To you, our hosts of this conference - well done and thank you for your invitation.

Dear Balint friends,

I suspect these words were Hebrew to you. To me too. But I had help. And I wish Albert Veress were here so I could assure him I will spare no effort to speak Hebrew in Hungarian and Romanian at our next world congress in Brasov next year.

I was expressing my delight in being here when I addressed our Israeli Balint friends in the opening of my speech.

The idea to hold an IBF council meeting has been on the agenda for about 4 years. It was scheduled for autumn 2006 but was cancelled. I am happy that it eventually materialised and that we have gathered here today. Coming to a place means also giving recognition to the people there. We know from our international congresses in recent years that the Israeli Balinters have contributed to and enlarged the scope of Balint work in a significant, stimulating and creative way. In my previous meetings with the Israeli crew I have been impressed by the intensity and high level of work. And here we will have a more thorough taste of the Israeli Balint flavour.

When we work in Balint groups we have a frame of time and space. But as we work on a case together we become oblivious of outer geography and time. As we meet in the groups at our international conferences it is quite clear that these discussions could take place anywhere on this planet and that clinical experiences can be shared regardless of national differences. Generally we have no problem in recognising ourselves in the clinical work of another colleague no matter where it has taken place. This common ground makes for the vitality and spontaneity of our meetings. Indeed geography and ethnicity can be everything between a very important issue to a most minor one.

Still here, it is difficult not to think of the significance of geography. This tiny area is in focus for the entire Western cultural hemisphere. With a little imagination we could expect to see the Roman Legion led by Petronius coming down the road. The fleeing Essenes have just dropped their holy scrolls into some cavities nearby. A few decades before - in a tense but still peaceful period - Jesus may have been here to pray and have a religious dialogue with these very Essenes whom he no doubt was very close to, maybe even a member himself of their community. And a few decades before that we may see before our eyes king Herod with his court retiring for his winter stay here. And certainly Peter O'Toole could drop in here any moment.

Geography may affect some people. Let me dwell on this idea a little and discuss three syndromes connecting odd and overwhelming states and geography. I will try to connect these syndromes to our clinical practice and to Balint work. Not only patients but also doctors can be affected in a way that have a bearing on these three syndromes – The Jerusalem syndrome, The Stockholm syndrome and The Stendahl syndrome named after the French author and early psychologist though that syndrome refers to a place in between Jerusalem and Stockholm – Florence.

#### The Jerusalem syndrome

It so happens that a person when visiting Jerusalem may become overwhelmed by confusing thoughts and feelings and develop a psychotic-like or psychotic state. Through a stage of anxiety and withdrawal the person comes to a state where strong urge to express a divine mission materialises, to give a speech at a holy place.

I will not burden you with the details and controversies about this syndrome. Let it be enough to say that it happens to people whether they had been psychotic before arriving into the holy land and the holy city or if they had idiosyncratic ideas or belonged to a religious sect that made them very susceptible or just were seemingly normal persons.

According to literature this state seems to be transitory in the classical cases and people turn to their normal selves after some time.

In a metaphorical sense this state is connected to what Balint called the apostolic function of the doctor. Mind you, Jesus of Nazareth started his mission as a Healer and preacher. One aspect is that our patients endow us with an apostolic mission. They wish us to heal them and to say something relieving etc. But the apostolic function is also an inner drive in the doctor to cure, rescue from pain and distress, and to teach/preach to the patients. Balint was very keen to point out that every doctor ought to explore for himself/herself how we preach our health gospel to our patients. Are we as doctors idiosyncratically, obsessed by certain ideas that we wish to preach to our patients? – yes I think many of us are; or do we adapt our preaching to the needs of the patients? – yes I think many of us do. Another aspect in a time of revival of traditional religiosity and New Age creeds is that the doctor is challenged through his patients with other gospels of health. How do you cope when your patients ask you for remedies and methods that you do not believe in yourself and that might even be harmful? Or when a patient wants to define the consultation in religious terms that come into conflict with your own basic standards?

**The Stockholm syndrome** is named after the robbery of a Stockholm bank in the 70'ies in which the bank robbers held bank employees hostage for 6 days. The victims became intimately emotionally attached to their victimizers. The hostage even defended their captors after they were freed from their six-day ordeal. Of course this is nothing new. It can be seen as a special case of identifying, lining up with the aggressor – a solution to handle fear, excitement by surrendering to and sharing another persons reality in a strange and threatening situation. By adapting the victim/hostage gets a sense of security, which exists between a loyal person and his abductor.

Now, does this not happen to the doctor from time to time with certain patients? The doctor may report in his Balint group that he felt strange, did comply to things he would never do with other patients. Indeed there are patients who can take many a doctor as hostage and there are also particular types of patients to which a certain doctor can be very vulnerable. Fears of setting boundaries, of losing the sympathy of his patients, fears of expressing adequate self-assertion. Those of you who have heard me preach my gospel know that I stress the importance of trying to come a little to terms with these situations and these personality traits in oneself which may make the individual doctor susceptible to being taken hostage. Being held hostage takes a lot of mental

energy which the doctor badly needs for other patients, and for his private life. In most cases not even the patient's true interest is promoted by such forced often subconscious compliance. It only gives the patient a false sense of control and a carte blanche for abuse and self-destructiveness. Once the doctor starts relating to his patient in a new way, in order to free himself from the hostage situation the outcome will be most varied. Some are very beneficial for the doctor-patient relationship – but some reveal the severe psychotic-like disturbance of the perpetrator-patient, which unfortunately may rule out any reality-based doctor - patient relationship.

**The Stendahl syndrome or the Florence syndrome consists of a variety of psychosomatic symptoms rapid heartbeat, dizziness, [confusion](#) and even [hallucinations](#) when an individual is massively exposed to [art](#), in a single place [Stendhal](#) described such a personal experience during his [1817](#) visit to [Florence](#), . The term can also be used to describe similar reactions e.g. being overwhelmed by a natural scenery or by music.**

When I read about the psychiatric description of this syndrome I have some reservations. It sounds to plain to say it is solely due to a massive exposure of beauty. Indeed you may be overwhelmed aesthetically but I would rather suspect it is *also* the profound and most varied human expressions found in the masterpieces that make for the overwhelming emotional impact. Just as with music. Walking in the Uffizis and Academia you will be moved. The expression of a face in a painting or the force of a Michelangelo body making its way through a rough rock is not only beauty. It communicates something, that we may relate to from within ourselves and it can touch something deeply buried in our souls which comes to our consciousness and overwhelms us.

The doctor may at times have similar experiences in the surgery. We meet with and are exposed to a lot of patients and situations, which are unique. If we are sensitive they may affect us, and at times shake us in a profound way. Our patients may tear down barriers of psychological defences that we usually have, and produce the most varied polysymptomatology just as to the visitor to Florence. But these meetings if we allow ourselves stay reasonably sensitive and manage the overwhelming quality, for instance by bringing it to our Balint group,- may bring new perspectives to life, open our minds, and remind us of something important but forgotten about ourselves,.

This is what I like about my own work as a psychoanalytic therapist. And I notice in my Balint groups with very experienced somatic doctors that they are still open to such meetings,

So with reference to these three places J, S and F and the three syndromes, I would conclude, that in Balint work we have to work alternately to keep up our aim to stay connected but at the same time trying to stay professionally independent from our patients – in other words to avoid the fallacy of being the hostage of our patient, - Stockholm

with our own apostolic function: firstly to accept that it is a part of good doctoring, secondly to adapt our preaching to what the patient wishes and demands and is able to cope with - Jerusalem

with how to cope with the emotional impact that our patients make on us and which at times can be overwhelming and confusing – Florence.

Finally, we have to work against the resistances against recognising all these states in ourselves. It is easy to protect yourself, to become mechanistic – to convert I-Thou to I-It relations, - - if you have a large work load and feel constantly under pressure to produce.

On behalf of the IBF Board and the council representatives here I wish to thank and congratulate the organisers for their excellent work and the Israeli Balint Society for hosting this conference and having us as your guests. I am looking very much forward to these two days of Balint training and the exchanging of ideas between us.. Thank you very much.

Copyright Henry Jablonski 2008

# SVENSKA FÖRENINGEN FÖR MEDICINSK PSYKOLOGIS BÅDA SKRIVARTÄVLINGAR 2008 AVGJORDA

Först vill vi i skribarjuryn rikta ett varmt tack till alla som skickat in bidrag till Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologis fjärde skrivartävlan!

Inte mindre än 25 bidrag från 22 författare har inkommit. Till studenttävlingen har vi fått 5 bidrag. De insända texterna har även denna gång haft goda litterära och/eller poetiska kvaliteter. Ämnesmässigt har de spånt över ett brett fält: filosofiska eller vetenskapliga diskussioner; kliniska möten alltifrån intensivvård till hemsjukvård; erfarenheter av sjukhusvård och psykiskt trauma. Starka kliniska vinjetter har skildrats, såväl allvarliga, humoristiska som ironiska och stillsamma poetiska betraktelser av klinisk vardag. Känslor av utsatthet, maktlöshet, meningslöshet men också glädje, återvunnen styrka och värdighet har beskrivits.

Vi i juryn har inte haft någon lätt uppgift, men det har varit roligt. I bedömningen har vi - förutom de litterära kvaliteterna – vägt in textens angelägenhetsgrad, hur den beskriver klinisk verklighet, viktiga vårdproblem och belyser människans existentiella villkor.

På grund av det stora antalet bra bidrag har vi beslutat att utöka antalet pristagare. Förutom ett första pris på 6000:- blir det hela fyra hedersomnämningar, vars författare får 1500:- vardera.

**Första pris** går till **Åke Lasson** för bidraget *"Pappas värsta otursdag"*. "Vi får ta del av några oförglömliga timmar på en akutmottagning. Det är en personlig, inklämmande och tidvis smärtsam berättelse om människans sårbarhet – men också om hennes styrka. Miljöbeskrivningen är pricksäker och texten tydliggör också den professionella läkarrollens möjligheter och begränsningar."

**Hedersomnämning** får följande fyra bidrag – utan inbördes rangordning:

**Sofia Trygg Lycke** *Se till mig som liten är*. "En berättelse om en sjuksköterska som följer en ung människas insjuknande och död, gestaltad med en sådan språklig och psykologisk förmåga att läsaren som tårögt följer skeendet också känner hopp."

**Marie-Louise Bergqvist** *Jag väntade dig*. "En närgången och personlig skildring av sorgen över ett förlorat barn, där språket även i sin form gestaltar skeendet – stundtals i ett plågat staccato."

**Urban Lööv** *Den randige ängeln*. "En beskrivning av ett skräckscenari i en framtida kall, datoriserad sjukvårdsmiljö, där ekonomiska krafter tagit över. Trots frånvaro av medmänsklig kontakt, och hjälplöst utlämnad, får vi följa hur en patient ändå lyckas överlista vårdapparaten."

**Erland Svensson** *Trons väg och doktors* "En värmande beskrivning av en distriktsläkares möte med sina patienter. Denne har en självklar kännedom om det samhälle han verkar i och ett arbete som möjliggör improvisation, nytänkande, gränsöverskridande och mycket omtanke. Det är en bild av den allmänmedicinska vardagen när den är som allra bäst."

**I studenttävlingen** går:

**Första pris** på 5000:- till **Oscar Lundgren** för bidraget *Ett svek i tålamod*.

"En berättelse om den nya, unga vikarien och ett övergrepp i vården. En fin språkbehandling ger gestalt åt människan bortom diagnosen. Med stark närvarokänsla skildras huvudpersonens självrannsakaande vända över sin delaktighet."

**Hedersomnämning** och 1000:- får **Marie Fröberg** för *Rädsla och trygghet*.

"En fångslande beskrivning som speglar invandrarproblematik och fördomar. Sjukvård i främmande land kan bli ödesdiger och skrämmande på grund av kulturskillnader och språksvårigheter. Vis av erfarenheten känner författaren ökad ödmjukhet inför livet och sin fortsatta yrkesutövning."

Vi i tävlingsjuryn gläds åt det stora intresse som visats tävlingarna och uppfattar att bidragen vittnar om att svensk sjukvård har många kloka och engagerade medarbetare!

Samliga prisbelönda bidrag kommer att under våren finnas tillgängliga på föreningens hemsida [www.sfmp.se](http://www.sfmp.se). Du kan fr o m april läsa alla vinnande bidrag på nätet. När du klickar på bidragens titel så kommer texterna upp!

År 2010 blir det en ny skrivartävlan!

Lena Svidén

Maud Sjöström

Bengt Hamark

## **PAPPAS VÄRSTA OTURSDAG**

av Åke Lasson

*Presentation av författaren::*

*" Jag är född 1948 och började läsa medicin 1968, dvs 1 år efter studenten. Under studietiden tänkte jag bli psykiatriker, men fick mitt 1:a läkarvikariat på kirurgen i Malmö. Gjorde AT i Karlstad, och har därefter arbetat som kirurg i Säfte, Kristianstad, Hässleholm och sedan 1980 på kirurgen i Malmö. Disputerade 1984 på biokemiska förändringar i blod och bukvätska på patienter med akut pankreatit. Har sedan dess sysslat helt med övre gastrointestinal kirurgi - innebärande cancerkirurgi på fr.a. magsäck, lever, pankreas, galla. Under tiden 1980 - 2005 har jag varit mycket forskningsaktiv, och fick väl utlopp för min skrivarlusta på så sätt under den tiden. Sista åren mindre forskning och då har min gamla ungdomsdröm om att skriva vuxit. Jag gick därför våren 2008 en skrivarkurs på Folkuniversitet (10 kvällar) och mitt bidrag som nu vann skrev jag där. Efter de kommentarer kursdeltagarna gav där har jag bearbetat bidraget till nuvarande form. Jag har ett tiotal liknande episoder i 1:a utkast och får väl se hur det blir med dem."*

Jag minns dem fortfarande så fasansfullt väl alla fyra, eller egentligen var de fem! Jag kan när som helst känna smärtan, otillräckligheten och vanmakten, trots att det är över 10 år sedan det hände. Samtidigt kan jag också känna glädjen och värmen över att ha fått lära känna dem i deras svåraste stund. Kanske är det framför allt den tappra mamman och ännu mer den lille 6-åringen som etsat sig fast i mitt minne.

Det var en helt vanlig vardagsförmiddag. Jag var jour på kirurgens akutintag på det stora sjukhuset. Larmet gick – trafikolycka på väg in med ambulans! Vi samlades lågmälda på det välutrustade akutrummet vid ambulansinfarten för att ta emot de skadade. Som vanligt var informationen diffus och sparsam. Två eller tre skadade. Oklart hur skadade? Alla förbereder sig både mentalt och praktiskt och väntar på första sirenen. Så kommer då första ambulansen i full fart med blåljus och sirenerna på! Adrenalinpådraget är maximalt! Ambulansmännen kommer springande med den första och sannolikt mest skadade – en man i 70-årsåldern med skador på bröstorg, huvud och vänster ben. Vi arbetar intensivt på det ena akutrummet för att rädda honom. Andra får ta hand om de andra skadade. Narkosläkaren sköter andningen, syrgas kopplas, jag undersöker mannen, kläderna klipps upp i rasande fart, dropp kopplas, EKG kopplas. Efter runt 20 minuters hårt arbete iväg till röntgen, mannen mår nu relativt väl och har inga livshotande skador enligt röntgen. Han åker upp till intensivvårds-avdelningen för fortsatt behandling, observation och senare operation av sitt brutna vänsterben, och jag går ned till akutintaget igen. Adrenalinet är "helt slut" och tröttheten efter de intensiva 45 minuterna tar över, samtidigt som det som hänt rullas upp för mitt inre, med olika frågor, funderingar och omdömen.

Nere på akutintaget igen frågar jag hur det gick med övriga skadade. Skall jag ta över någon annan skadad? Nej, inte för tillfället. Den svårast skadade kom efter vår patient och var redan död vid ankomsten. Troligen hade han brutit nacken vid trafikolyckan, annars hade han inga andra skador att se enligt ambulanspersonalen. Men hans bil var ordentligt hopknycklad. Nu ligger han i det lilla rummet bredvid ambulansintaget, och man håller på att lokalisera hans anhöriga. Jag dikterar journal över det inträffade, och tar mig an nästa väntande akutpatient – en ung pojke med ont i magen. Det är inte så lätt att uppbåda mera energi för att ta sig an en ny akutpatient. Jag

börjar fråga honom om hans symptom, men det är inte lätt att direkt ladda om till hans ganska banala symptom efter sista timmens intensiva och livräddande insats. Efter en kort stund kommer ytterligare en ambulans, nu med den döde mannens fru och två barn. Sjuksköterskan kommer in, ber mig komma ut i korridoren och säger att jag nu måste ta hand om frun och barnen till den döde. Jag frågar om de är helt säkra på att det verkligen är frun och barnen till den döde. "Ja, helt säkra! Samma efternamn. Frun har också ett foto i portmonnän, som stämmer exakt med det körkort de hittat hos den döde." "Ta in dem på ett rum. Jag måste först se hur illa skadad den döde mannen är, för att se om jag kan gå in till honom med dem alla, eller bara med frun." "Skall du verkligen ta med barnen in till deras döda pappa, de är ju så små?" "Ja, går det är det absolut det bästa för deras fortsatta sorgearbete och bearbetning, anser jag!" "Tycker du verkligen det?" "Ja, absolut!" Detta är förstås ingen lätt fråga med något rätt eller fel svar. Här måste man bilda sig en egen uppfattning, och min bestämda erfarenhet är att det alltid är bättre att se hur det är än att fantisera om hur förfärligt det kan se ut. Dessutom tror jag, mot bakgrund av mina tidigare erfarenheter, att det är viktigt att se att den nära käre verkligen är död, för att inte leva i någon slags dröm/förhoppning att han trots allt lever och att jag inte vetat riktigt eller inte talat sanning.

Jag går in till den döde mannen. Han ligger på en smal bår i ett litet kallt och mörkt rum, med en sjukhusfilt över sig. Jag lyfter sakta på filten. Han är fullt påklädd och till synes helt oskadd, arbetskläderna prydliga och utan vare sig blod eller revor. Lite ljus strilar in genom det lilla fönstret, där en liten grå gardin skärmar av det mesta ljuset. Jag tittar noggrannare på den döde. C:a 50 år, ser svensk ut, nyrakad med ett litet sår på hakan, lite blek men fortfarande varm och inga andra synliga skador. Jag undrar om såret är från morgonens rakning eller från olyckan. När jag tar tag om hans huvud och rör det från sida till sida och undersöker nacken, känns det att den är helt av! Tänk att en enda, annars osynlig skada, kan räcka för att släcka ett människoliv! Jag tar ett litet kort och respektfullt farväl i det dunkla rummet. Det är alltid ett starkt och alldeles speciellt ögonblick att se på och vara den som konstaterar att en människa precis dött.

Väl ute igen pratar jag med syster. Jo, de har tagit in mamman, i 35-årsåldern, och hennes två pojkar på ett rum. Den litet äldre pojken är på väg från skolan, där man nu hämtar honom. Knack, knack! Jag tar ett djupt andetag, öppnar dörren och går in till dem – mamman och två av hennes pojkar. Så ung hon är, är min första tanke – säkert 15 år yngre än mannen. Så är vi helt ensamma – tre personer som vill veta hur det är med deras pappa och man - och jag som vet att han är död! Hur säger man det utan att känna sig som en bödel? Mamman gråter tyst och håller om sina två pojkar – den ene i 6-7 årsåldern, den andre i 8-9 årsåldern. Den äldre pojken gråter också stilla, medan den mindre frågar mamman vad som hänt. Nu är det min uppgift – att som total främling berätta för den lilla familjen att deras man och pappa är död. Att förklara hur han dött, visa honom för dem och göra det så fint och varligt som möjligt. Förstås en helt omänsklig uppgift! Deras värld kommer strax att slåss i spillror av mina ord, och erfarenhetsmässigt kommer de att för all framtid exakt ordagrant minnas en del av det jag strax kommer att säga. Jag måste alltså välja orden på "guldvåg". Försiktigt börjar vi prata om hur de kommit till sjukhuset och vad de sett och hört. På något sätt måste vi komma litet i fas med varandra innan jag berättar vad jag vet. Mamman berättar först tyst och försiktigt, men efter hand tar de båda pojkarna över och blir alltmera ivriga och detaljerade. Pappan hade kört hemifrån till sitt arbete som vanligt på morgonen. Äldste pojken gick till skolan och mamma körde med de mindre pojkarna för att lämna 9-åringen i skolan och den mindre till dagis. När de körde ut på motorvägen såg de ambulanser och en brandbil. En trafikolycka. Två helt förstörda bilar, den ena nästan helt utbränd och en massa bildelar liggande på marken. Man kunde se att det varit en svår trafikolycka, och att de inblandade måste vara allvarligt skadade. Trafiken leds sakta förbi av några poliser. Plötsligt säger minstingen - "men det är ju pappas jobbbil!!" Ja det är pappas bil. Men usch så krockad och hoptryckt den är! Mamma stannar bilen, går ur och får efter en stund prata med en av poliserna, som försöker mota bort henne och få henne att köra vidare. Vad är det som hänt? Jo, en trafikolycka med två skadade personer. De är redan på väg till sjukhuset. Hur skadade? Det får de inte säga. "Men det måste ni säga. Det måste varit min man i den ena bilen. Kan jag få se bilnumret? Ja, det är hans firmabil!" Polismannen blir med ens allvarlig, beskyddande och ber familjen att åka med i en av ambulanserna till sjukhuset. Under vägen dit berättar de två ambulansmännen litet mera om vad de sett och att de båda männen på olycksplatsen var allvarligt skadade, men inte att deras pappa faktiskt är död.

Så kommer 6-åringens spontana fråga "var är pappa?" Och mammans - "hur är det med honom?"

Jag hör mig själv – liksom på långt avstånd - säga: "Tyvärr....., tyvärr har jag sorgliga saker att berätta (dvs "Det lilla varningsskottet" jag lärt mig att man skall börja med i svåra situationer, så att deras sinnen blir litet förberedda på att det kommer ett hemskt besked). Det var precis som ni sade en mycket svår olycka för er pappa. Ni såg ju också själva att hans bil var helt förstörd." Jag hämtar andan några sekunder så att de skall hinna med - "Han blev så allvarligt skadad direkt vid krocken, att han inte klarade sig! Både polisen och ambulansmännen såg att han redan var död när de kom dit. Vi kunde tyvärr också se att de hade rätt när han kom till sjukhuset – han var död. Jag är så fruktansvärt ledsen!" Det blir alldeles tyst. Så tyst att varje andetag och rörelse hörs. Oh – om jag kunnat lindra det förfärliga jag sagt, kunnat hålla om dem alla och skydda dem från detta onda! Mamman gråter ännu mera och drar sina pojkar till sig. De blir en naturlig enhet, så tydlig att jag känner att jag inte skall hålla om någon av dem, inte bryta deras gemenskap. 6-åringen frågar mamman - "vad säger doktorn? Är pappa sjuk?" "Ja, min pojke pappa är sjuk. Så sjuk och skadad att han är död." "Död? Vad betyder det? Kan inte pappa följa med oss hem från sjukhuset nu?" Den större pojken gråter allt högre allt eftersom han börjar förstå vad jag sagt. "Vad säger Du? Har Du sett att min pappa är död?" "Ja, det är rätt. Det har jag tyvärr sett." Plötsligt knackar det på dörren och sjuksköterskan kommer in med den äldre pojken, som ser ut att vara i 13-14 årsåldern. Han har börjat få litet mörka fjun på hakan, på väg att bli man. På något sätt känner man tydligt att han är på väg att växa till som familjens äldste, när pappa inte är hemma. Han kommer direkt från skolan, där polisen hämtat honom, ser sin gråtande mamma och frågar vad som hänt. Mamma drar även honom till sig, så att de fyra blir ett, och säger varsamt att pappa krockat på vägen till arbetet, att han skadades så allvarligt att han inte överlevt olyckan utan är död. Pojken bryter sig loss, gråter och skriker om vart annat, viker sig plötsligt helt dubbel av smärta, ulkar och kräks rakt ut över golvet. Vi håller om honom – ömsom jag, ömsom mamma – men han slår sig loss och springer ut ur rummet. En av ambulansmännen, som ännu inte åkt iväg, följer med honom ut tillsammans med en i personalen – så att han får luft, kan kräkas och andas igen. En sådan fruktansvärd sorg! Och så tydligt att kropp och själ är ett! Efter en stund kommer den trygga ambulansmannen tillbaka med honom, och vi är åter ensamma. Vi fortsätter att prata, och så säger 6-åringen - "Var är pappa? Jag vill träffa honom!" Jag välsignar tyst 6-åringens naturlighet och att jag sett pappan så att jag vet att vi kan gå in till honom utan att skrämman livet ur dem. Mamman frågar tyst om de kan få se pappa och om det är bra för barnen. "Ja" säger jag - "det är säkert bra att vi går in till honom alla fem. Han är så fin där han ligger". Först vill 14-åringen inte gå med, men efter litet diskussion med mamman följer de alla med.

Vi går ut i den livliga korridoren på akutintaget och jag går sakta före dem, öppnar försiktigt dörren till pappans lilla rum och går in. Jag konstaterar tacksamt att ingen varit inne och flyttat mannen eller ändrat på något sedan jag var där. Mamman håller beskyddande om alla sina tre pojkar när de försiktigt närmar sig den döde. 6-åringen säger - "men pappa är ju inte död, det ser jag ju! Han ligger bara och vilar sig. Pappa res dig nu och följ med oss hem" - men inget händer. Mamman gråter allt högre, smeker sin mans kinder, som nu kallnat litet och omfamnar sina tre pojkar. Den äldste kastar sig över pappans döda kropp och kvider ur djupet, vänder sig om och kräks igen. 9-åringen smeker sakta pappans döda kropp under filten.

Så naken smärta! Så grymt! Så fruktansvärt orättvist! Här ligger en trebarnspappa död, medan både hans fru och hans tre pojkar behöver honom! För en timme sedan var de fortfarande en hel familj. I det ögonblicket förbannar jag mitt yrkesval! Hur skall jag kunna lindra deras smärta? Vad kan jag säga? Absolut ingenting! Det finns ingen tröst att ge! Inget hopp! Jag kan bara vara närvarande i all smärta och sorg, otillräcklighet och vånda. Samtidigt ger denna stund en otrolig närhet till dessa människor jag aldrig träffat tidigare. Vi har på något sätt något "heligt" tillsammans, en otroligt stark gemensam upplevelse. En upplevelse som för alltid binder oss samman! Känslan av samhörighet är så stark att hela jag blir varm. Så schizofrent – fasa och ödmjukhet och värme på samma gång! Hur kan man tvivla på en högre makt – om den kallas Gud, Allah, Buddha eller något helt annat – den måste finnas! Jag tycker mig få en kort skytt av något förmer just i denna stund.

Vi gör oss ingen brådska, de får själva bestämma hur länge vi skall stanna. I mitt inre tackar jag slumpen, som gjorde att min personsökare inte sagt "beep-beep" under tiden – vid sådana stunder

är det otroligt viktigt att inte bli störd. Ändå är vårt arbete så – man kan alltid bli sökt och störd, vad man än gör! När de fyra som "blev kvar" gråtit, klappat, smekt och hållit om pappan tillräckligt många gånger går vi tysta ut ur rummet, genom den livliga akutkorridoren och tillbaka till tystnaden där vi tidigare suttit. Under tiden har personalen ordnat fram kurator och barnpsykiatri-personal för det fortsatta svåra omhändertagandet av familjen. Men - först vill vi fem vara själva ytterligare en stund. Vi sitter tysta, som för att smälta det vi sett och pratat om. De två yngre pojkarna turas om att hålla pappas klocka, som man tagit hand om, och 6-åringen säger - "vad den är fin, pappas klocka. Men – titta mamma, den har stannat. Det här var nog pappas värsta otursdag!" Vi gråter alla. Efter en stund säger 9-åringen - "vad får han för straff, han som körde på pappa?" Och då det oerhörda – deras otroliga mamma som säger - "men det var inte den farbrorns fel. Han kunde inte hjälpa att pappa och han krockade. Så får Du inte säga! Det var en ren olyckshändelse."

Hur orkar hon i denna stund säga så? Vara så mänsklig? Ännu en gång känner jag den ödmjukhet för människans oerhörda storhet jag ofta upplever i livets svåraste stunder. Hon är en "madonna", ett "sakrament" i denna stund. Hon inger oss alla en sådan trygghet och kärlek, att jag klart känner att hon och hennes tre pojkar tillsammans reder ut detta! Vi pratar och pratar, men jag minns inte mera om vad. Jag tror att vi alla "eftersläcker" det som hänt den senaste timmen, för att på något vis orka gå vidare.

Efterhand känns det helt naturligt att ta in kuratorn, barnpsykiatri-personalen och en kvardröjande ambulansman för att de skall kunna fortsätta och ersätta mig. Jag har på något sätt gjort mitt, berättat det värsta som kan hända för dem, varit med dem när de sett sin döde pappa och man. Jag känner mig på något sätt "förbrukad" - vi har upplevt döden, helvetet och himlen tillsammans – men jag förknippas troligen alltför mycket med döden och smärtan för att kunna hjälpa dem att komma vidare. Eller..., är det kanske min egen ångest och förtvivlan som gör att det känns så? Inte vet jag. Men – dessa fem, de tre pojkarna, deras döde pappa och deras fantastiska mamma finns för alltid kvar i mig! Till en början smärtsamma, men efterhand har det smärtsamma bleknat och ersatts av enbart varma känslor för familjen. De "stör" inte! Inte alls. Tvärt om – ibland dyker mammans lugn, styrka och omsorg om sina pojkar upp, liksom den lille 6-åringens öppna, klara blick och - "det här var nog pappas värsta otursdag". Ändå blir aldrig livet och jag själv riktigt detsamma efter en sådan upplevelse – man blir litet mera allvarlig, mera ödmjuk och rädd om livet.

# ETT SVEK I TÅLAMOD

av Oskar Lundgren

Presentation av författaren: "Jag bor i ett litet hus på landet några mil utanför Linköping, tillsammans med fästmö Cecilia, hund och häst. Nu under våren läser jag termin 10 på läkarutbildningen i Linköping och försörjer mig genom att arbeta 25 % som forskare i ämnet beteendemedicin. I min bakgrund finns 2,5 års psykologistudier varav två terminer på psykologprogrammet. Jag har också arbetat drygt 10 år som frilansskribent och vikarierande reporter; främst på Östgöta Correspondenten och en veckotidning som heter Östgötatidningen."

Det första jag mötte när jag gick på mitt nattpass var skrik och gråt. En medelålders kvinna jag aldrig träffat tidigare stod i dörren till avdelningens kök och med tårarna rinnande från trötta ögon gjorde hon sitt yttersta för att förolämpa resten av personalstyrkan som stoiskt försökte dricka en kopp kaffe. Då arbetsplatsen i fråga var en sluten psykiatrisk avdelning gissade jag att vi hade fått in en ny patient.

Distraherad av min ankomst lämnade hon köksdörren och hälsade med ett ilsket,

"Vem faan är du då?"

Med ett lite krystat leende förklarade jag lugnt att jag var skötare, sommarvikarierande sådan och en del av nattpersonalen som snart skulle lösa av kaffedrickarna i köket.

"Ja ha, och hur gammal är du?", sa hon och hade snabbt fått något vagt flirtigt i blicken.

Innan jag hann svara började hon skratta hysteriskt och tillade,

"Du är hur som helst för ung för mig... du påminner om min son Fredrik", och så kom återigen tårarna.

När kvällsstyrkan gav rapport fick jag veta att kvinnan, som vi kan kalla Maria, hade kommit in sent på eftermiddagen tillsammans med två poliser. De hade tvingats plocka upp henne i en tobaksaffär där hon hade gjort sig osams med ägaren och ställt till en ordentlig scen innan polisen hunnit dit.

Vad som hade startat bråket var oklart men poliserna hade sagt att Maria hade hunnit hålla ut tre burkar lösgodis på golvet, spottat på butiksägaren och sparkat en annan kund på låret. Den inskrivande AT-läkaren hade kontaktat Marias 18-åriga son, som hade blivit lugnad av beskedet att hon nu var intagen. Han hade insett att hans mamma varit på väg in i en manisk episod och hade vid tre tidigare tillfällen under veckan som gått pratat med öppenvården. Maria hade inte sovit på en vecka och sakta men säkert tappat fotfästet, igen...

När kvällsfikat serverades hade Maria lugnat ner sig och såg nästan lite skamsen ut där hon satt och fingrade på en ostfralla och drack ett glas mjölk. När de andra patienterna gick och la sig satte hon sig i en tv-soffa och småskojade med några av oss i personalen. Andra hade hon bestämt sig för att ogilla och de blev istället konstant provocerade.

Jag tillhörde uppenbarligen av de godkända skötarna och jag upptäckte att det gick att ta udden av ett annalkande vredesutbrott genom att skämta. Små sarkastiska eller ironiska kommentarer fick henne att spricka upp i ett leende och dra in taggarna en stund.

Timmarna gick och en av de mer rutinerade skötarna, en storväxt och ganska bitter kvinna, började tjata på Maria att det nog var dags att gå till sitt rum och försöka sova. Maria vägrade gång på gång och höll några gånger på att elda upp sig till nya tårar, och nya förolämpningar.

Maria blev allt tröttare och började nicka till i soffan. Där tyckte min bittra skötarkollega att gränsen gick, men efter ett nytt vredesutbrott (som jag fick lugna med en gemensam promenad till patienternas äckliga rökrum) blev det bestämt att vi skulle göra ett undantag och lämna Maria i fred, ljudligt snarkandes framför Tv:n.

Strax före tre vaknade Maria och var omänskligt kissnödig. Hon låg kvar på soffan och skrek på hjälp istället för att ta sig till en toalett. Rädd för en olyckshändelse i soffan lyckades den bittra skötarkollegan lura i Maria i en rullstol för omedelbar transport till närmsta toa.

Medan Maria skötte sina bestyr hade skötarkollegan gått för att hämta den manliga nattsköterskan som tidigare under kvällen inte visat sig ute på avdelningen. När hon kom ut från toan möttes hon således av en mindre patrull med en snorkig manlig sjuksköterska iklädd en för stor läkarrock i täten.

Maria trotsade som femåring i en mataffär och vägrade högljutt följa de order om att gå till sitt rum som sjuksköterskan mumlade fram genom sin mustasch. Detta blev droppen för den bittra skötaren som helt sonika började slita i Maria, som av någon anledning åter satt sig i rullstolen.

Kaoset var ett faktum och efter några diffusa hot om olika former av tvång, och ett halvhjärtat försök att släpa Maria till rummet, meddelade sjuksköterskan att alternativet var att få ytterligare en spruta.

Under hela denna förveckling hade jag förbluffat tagit ett steg bakåt och där hade jag stått och känt mig osäker på om jag borde säga åt min bittra kollega att sluta dra och slita i patienten.

Maria fick ett ultimatum och blev informerad om vad som väntade om hon inte ställde upp på sjuksköterskans krav. Storgråtande fortsatte hon att vägra gå till sitt rum och valde med en hjärtskärande beslutsamhet att ta konsekvenserna hon nyss fått förklarade för sig.

Det kom ytterligare två unga skötare från våningen under och assisterade vid insläpandet av Maria till hennes rum. Väl där fick sjuksköterskan ett fullt glas vatten hållt över sig när han erbjöd tabletter att sova på, och i väntan på att bakjouren skulle infinna sig satt vi tre stycken och höll fast Maria i hennes säng. Jag hatade varje sekund och frågade mig själv hur jag hamnat på det här bisarra stället.

Det som sedan hände kommer alltid förbli ett av mina mest obehagliga minnen från tiden som mentalskötare. Läkaren kom och förklarade för Maria att då hon hade vägrat att svälja de tabletter sjuksköterskan erbjudit var vi tvungna att ge henne en spruta. Jag fick hålla i ett ben medan sjuksköterskan drog ned Marias byxor och gav henne en spruta i den vänstra skinkan. Maria grät och bad uppgivet,

”Snälla... gör inte så här mot mig...”

Medan molekylerna i sprutan fann sina receptorer satt jag och en av de unga skötarna på varsin stol i Marias rum, och korta snyftningar från sängen var de ända ljud som bröt den tunga tystnaden.

När Maria somnat gick jag långsamt ut till köket där jag fann två kollegor som jag nu kände en djup avsmak för. Sjuksköterskan skyllde hela den problematiska händelse-utvecklingen på en alltför dålig intagningsmedicinering då Maria kom till kliniken.

”De här maniska patienterna måste få ordentlig hjälp att landa och de ska sprutas ordentligt när de kommer in så att de kan få sova”, sa han och försvann in på sin expedition.

Själv satte jag mig ett mörkt hörn i dagrummet, som nu hade blivit kusligt tyst, och försökte greppa vad det var jag egentligen hade jag varit med om. Av alla tusen tankar som for genom huvudet trängde många frågor upp till ytan: Hade vi gjort det rätta? Hade vi gett Maria en god vård? Visste hon inte sitt eget bästa? Vad kunde vi ha gjort annorlunda?

Det skulle inte vara svårt att rättfärdiga tvångsinjiceringen som nödvändig och korrekt, men jag kunde inte komma ifrån den besvärliga känslan att det inte hade behövts om de som förde befälet denna natt bara hade haft en liten gnutta tålmod. Jag hade hela kvällen sett en kvinna vars ögon skrek efter kontakt och närhet, som vädjade efter hjälp, och det var smärtsamt uppenbart att hon var livrädd för att sitta ensam i ett litet trångt rum med raslösheten, ensamheten och den avgrundsdjupa smärtan.

Den danska filosofen Kirkegaard har skrivit en ofta citerad dikt om att man för att hjälpa en människa måste möta henne precis där hon befinner sig. Den här natten misslyckades vi fullständigt med detta.

Jag har tänkt på denna natt många gånger och jag önskar att jag hade haft modet att säga åt min äldre kollega att sluta dra och slita i patienten. Men jag var en nykomling, en ung läkarstudent med några veckors erfarenhet av psykiatri jämfört med mina kollegors decennium. Jag var inte

stark nog att sätta mig på tvären och fann mig inte tillräckligt snabbt för att göra något. Jag kommer inte undan mitt eget ansvar; jag var där och jag stod inte upp för patientens bästa. Samtidig kan jag se klart att det största sveket begicks av mina äldre kollegor som uppenbarligen hade glömt bort de värden all sjukvård måste vila på om den inte ska bli ovärdigt, omänskligt och skada mer än den läker och tröstar.

Copyright: författaren och sfmp 2009