

BULLETIN

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

Oskar Lundgren om en klinisk essä sedd i backspegeln

Andrew Elder om ö Thoughts on retirement and the GP practice as
a safe place ö

Resultat av Skrivarpristävlingarna 2010

Fem prisbelönda bidrag

Peter Strang: Att straffa sig själv

Birgit Edin: I andra händer

Ellen Ekholm: Gränsland

Karin Hugelius: Ambulanslarm

Hanna Åsberg: Du fattar ingenting

Abstracts

Svenska presentationer och posters till IBF Congress Philadelphia

Verksamhetsberättelse 2010

Årsmötesprotokoll 16/3 2011

Kalendarium

Nummer 1: 2011

Årgång 44

ISSN 1653-3453

INNEHÅLL

Presentation av föreningen	sid 2
Den nya styrelsen	sid 3
Redaktören har ordet	sid 4
Oskar Lundgren: Penna och papper i läkekonstnärens professionella utveckling	sid 5
Andrew Elder: Facing ending - thoughts about retiring as a GP	sid 7
Resultat av 2010 års skrivartävlingar	sid 11
Peter Strang: Att straffa sig själv	sid 13
Birgit Edin: I andra händer	sid 19
Carina Bejlum: Liv och död	sid 26
Karin Hugelius: Ambulanslarm	sid 30
Hanna Åsberg: Du fattar ingenting	sid 33
Svenska abstracts till Balintvärldskongressen i Philadelphia sept 2011	sid 42
Föreningens verksamhetsberättelse	sid 44
Protokoll från föreningens årsmöte den 16 mars 2011	sid 47
Kalendarium	sid 49



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 balintgruppleddare och konferenser för utveckling av denna arbetsform. Föreningen är medlem av The International Balint Federation som f n är under svenskt ordförandeskap.

Föreningen ingår i Svenska Läkaresällskapets sektion för Medicinsk Psykologi, tillsammans med Psykosomatikföreningen och den psykoanalytiska föreningen. Inom såväl sektionen som föreningen anordnas 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 från föreningen och sektionen skickas till dig via email liksom fortlöpande aktuell information om föreningsaktiviteter, sektionsprogram, konferenser och möten här och på andra håll i Europa. Den finns även på hemsidan www.sfmp.se men med viss fördröjning.

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 ó anmäl detta via www.sfmp.se/kontakt eller info@sfmp.se.
Vi lämnar inte ut medlemmars e-postadresser!**

Styrelsen för Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi 2011-2012

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

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

Kassör: Rolf Künstlicher, barnpsykiater, psykoanalytiker, leg psykoterapeut, Stockholm

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

Övrig ledamot: Åsa Wallin, sjuksköterska, lärare, forskare, Karolinska Institutet, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Solna/Stockholm

Övrig ledamot: Oskar Lundgren, AT-läkare, doktorand, Linköping

Redaktör för detta nummer av Bulletinen: Henry Jablonski

Kontakt: info@sfmt.se

Hemsida: www.sfmt.se

Redaktören har ordet

I detta nummer redovisar vi resultatet av 2010 års skrivartävlingar publicerar fem av de sammanlagt sju prisbelönda bidragen publiceras. De övriga publiceras i höstnummret. Samtliga sju prisvinnande bidrag finns också utlagda på vår hemsida www.sfmp.se . Vi kommer att i nästkommande nummer redovisa i vilka andra tidskrifter som också publicerat bidrag till våra skrivartävlingar. Vi förbereder också workshops kring flera av texterna och eventuella presentationer på Medicinska Riksstämman i december i år med såväl vinnande som andra bidrag, som mycket väl kunde ha varit vinnande! Juryn hade en stimulerande och svår uppgift!

Från två Medicinska Riksstämmor hämtar vi:

- Oskar Lundgren, AT-läkare och forskare i socialmedicin i Linköping och vinnare av 2008 års studentskrivartävling har skrivit en betraktelse i backspegeln om sin prisvinnande kliniska essä som finns på www.sfmp.se i 2008 års dubbel-Bulletin-nummer.
- Andrew Elder, GP och ordförande i den brittiska Balintföreningen, höll 2009 en mycket uppskattad gästföreläsning om att dra sig tillbaka från yrkeslivet och om mottagningen som tryggt plats både för personalen och patienterna.

Vi publicerar också abstracts av de två svenska bidragen till den kommande Balint-världskongressen i Philadelphia 7-10 sept 2011, samt 2010 års verksamhetsberättelse och föreningens årsmötesprotokoll 16 mars 2011.

Föreningen kommer att ha ett omfattande program vid årets Medicinska Riksstämma, se länk i Kalendariet, särskild information kommer att skickas ut i början av hösten.

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 i slutet av året . På hemsidan hittar du också tidigare årgångar av dessa skrifter ó även från deras öppappersdistributionstidö. 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

Penna och papper i läkekonstnärens professionella utveckling

~ Skrivandet som redskap i odlandet av ett öppet sinne ~

av Oskar Lundgren

*You have to tune your instrument
before you play it out in the world.*

- Jon Kabat-Zinn

När jag läser min egen text om natten på den låsta psykiatriska avdelningen drygt tre år efter att jag skrev den kan jag inte låta bli att ställa följande frågor till mig själv: Hade jag känt, tänkt och reagerat på samma sätt om det hade hänt idag? Hade jag upplevt situationen på samma sätt när jag har genomgått den andra kliniska halvan av läkarutbildningen, arbetat i snart ett år som AT-läkare och tillgodogjort mig en begynnande träning i psykiatri? Med tanke på hur avgörande roll våra erfarenheter, kunskaper och förväntningar spelar då vi filtrerar livets råmaterial till en upplevelse i våra sinnen, så tror jag att svaren på båda frågorna ligger närmare ett nej än ett ja. Jag är tämligen övertygad om att min upplevelse hade varit en helt annan idag, men jag tror och hoppas att det inte automatiskt innebär att min förmåga att se den lidande människan bakom den psykiatriska symtombilden har gått förlorad; offrad på kunskapens och erfarenhetens altare.

När jag funderar över hur det kommer sig att några av mina kollegor inte hade tillräckligt med inre resurser till att se, möta, bemöta och erkänna det djupa lidandet hos vår patient kan jag inte bortse från möjligheten att lång erfarenheter och ytliga kunskaper kan ha varit tegelstenar i den mur som uppenbarligen fanns mellan deras inre värld och patientens. Murbruket må hända vara gjort av en generell, och mycket mänsklig, tendens att vända sig bort från både sitt eget och andras lidande, men då empati och medkänsla är djupt rotad i den mänskliga naturen¹ så tror jag att det kan vara lager på lager av inlärd strategier att slippa undan obehaget som oundvikligen uppstår i mötet med smärta, sorg och vanmakt, som utgör själva byggmaterialet.

Som nybliven läkare kan jag inte låta bli att undra ifall erfarenheter och kunskaper kan utgöra ett hot både mot min mognad och utveckling till en fullvuxen kliniker, och mot den känsla av meningsfullhet och glädje i det dagliga arbetet som blir resultatet av närvarande, äkta och uppriktiga möten människor emellan. Kanske oroar jag mig i onödan men om det finns en reell risk att man "stelnar" med erfarenheter så tror jag att ett regelbundet skrivande har potentialen att fungera som ett viktigt och potent redskap i arbetet med att odla de inre resurser som krävs för att parallellt utveckla en skarpsynt klinisk blick, ett flexibelt och närvarande sinne och ett öppet hjärta.

Med papper och penna, som både kompass och betryggande resesällskap, kan den skrivande läkaren ge sig ut på en inre upptäcktsfärd som kan öppna upp ett snävt personligt perspektiv till en oändligt mer flexibel och vidsynt utkiksplats. Från en sådan utkiksplats kan inlärd och delvis omedvetna reaktionsmönster upptäckas och medvetandegöras. En ökad medvetenhet öppnar på så vis upp utrymme för mer kreativa och mer adaptiva responser i såväl vardagliga som ovanligt knepiga kliniska situationer. Medvetna responser som har sin grund i ett klarsynt och flexibelt perspektiv har förstås en större potential att spegla de värderingar som är läkekonstens ledstjärnor och de högst privata motiv som får den enskilde läkaren att viga sitt liv åt att möta sina medmänniskor i deras mörkaste stunder. Genom att målmedvetet odla ett flexibelt sinne, och för all del även andra inre kvaliteter som kan leda till en större öppenhet, värme och närvaro i

mötet med patienterna, tar den reflekterande (skrivande?) läkaren själv ansvar för att hela hans, eller hennes, potential kommer patienterna till nytta. Skrivandet kan på så vis bli ett sätt att, som meditationsläraren Jon Kabat-Zinn skriver i citatet ovan, stämma sitt instrument (sig själv) innan man spelar upp det ute i världen.

Samtidigt som skrivandeprocessen har potential att öppna vårt inre och göra det mer flexibelt så innebär den per definition att man låter sinnet kategorisera, conceptualisera och pressa in en upplevelse i en trång språkdräkt som aldrig fullt ut kan motsvara den oändligt komplexa verkligheten som vi lever i. Skrivprocessen skulle alltså kunna betraktas som ett tveeggat svärd som både har potentialen att öppna upp för en större flexibilitet i vår varseblivning och tolkning av tillvaron, och samtidigt finns det en risk att samma process skapar en distans till det som verkligen har skett och som leder till en snävare betraktelsevinkel. Sannolikt är det med skrivandet som med de flesta andra aktiviteter – det finns möjligheter, och sedan finns det begränsningar.

En annan aspekt av skrivandeprocessen som utan tvekan förtjänar lite uppmärksamhet är dess terapeutiska potential. Utan att dyka på djupet i en komplicerad och omfattande fråga så stämmer mina egna erfarenheter mycket väl med de rön som pekar mot att det kan vara både psykologiskt och fysiologiskt hälsobringande att skriva om våra liv och de tankar och känslor olika upplevelser väckt inom ossⁱⁱ. Sannolikt kan skrivprocessen hjälpa oss att bearbeta upplevelser som vi annars hade burit med oss som en barlast genom livet och kanske också hjälpa oss att släppa taget om erfarenheter som ligger bakom oss i tiden.

Jag har många gånger undrat om inte själva skrivandet i sig kan utvecklas till en vuxen variant av trygg anknytningsprocess - till sig själv. En privat skrivstund innebär ju att man uttrycker sig fritt för någon som tagit sig tiden att lyssna, och med rätt inställning till det hela kan den lyssnande komponenten vara fördomsfri, tålmodig, öppenhjärtlig och förstående; kvaliteter som brukar framhävas hos en god terapeut. Beaktar man då att skrivbok och penna går att bära med sig vart man än går och båda två har tid när som helst så framträder skrivandet som ett attraktivt alternativ till en livs levande psykoterapeut. Den läkande potentialen i skrivandet varierar förstås med nivån av terapeutisk kompetens och insiktsfullhet hos den skrivande "lyssnaren", men med tanke på att en riktigt tjusig skrivbok, som räcker till många timmars terapi, kan kosta omkring en hundralapp så framträder skrivandet också som ett mycket prisvärt alternativ.

Som avslutning på just den här skrivande reflektionsstunden skulle jag vilja slå ett slag för idén att skrivandet kanske har sin allra mest självklara plats i en läkares liv som en lustfylld aktivitet som inte har något annat syfte än att vara en härlig upplevelse. Denna aspekt av skrivandet, som får en tydlig existencialistisk underton, är lätt att glömma bort eller helt missa att upptäcka då vi lever i ett samhälle som är besatt av produktivitet och ändamålsenlighet.

I den kliniska vardagen är effektivitet och målmedvetenhet hyllade kvaliteter, men som människor riskerar vi att både krympa och fastna i våra liv om vi inte kan balansera allt detta "görande" med mer kravfritt "varande". Och tillhör man det släkte som upplever det som lustfyllt att skriva så kanske denna aspekt av skrivandet är en av de mest värdefulla att ta till sig och bevara. Personligen tillhör jag tveklöst detta släkte och frågar du mig så finns det få ögonblick i livet som går upp mot att stiga upp tidigt, tända en brasa i kaminen, brygga mig en stor kopp rykande kaffe, slå mig ned med min slitna reservoarpenna och slå upp ett kritvitt oskrivet uppslag i en skrivbok, och sedan låta formuleringar flöda ner från hjärnbarken och ut i fingrarna, och låta pennspetsen dansa över det sträva pappret.

Facing ending: Thoughts about retiring as a GP

Andrew Elder

I was fortunate to work in one practice, in an inner city area of London, for most of my time as a GP. I arrived as a trainee in 1972 and retired from my partnership in April 2008. When I retired there were five partners, thirty-five members of staff (clinical and administrative) and we looked after 8500 patients in a fully National Health Service (NHS) practice. Our area was typical of an inner city, a very mixed multi-ethnic population, with a high incidence of social deprivation. Many of our patients were refugees or had sought asylum from recent wars.

One way of describing my experience of the practice would be as an extended family ó an organisation that provided a secure base, a home for my professional work over the years. In such a life story, my script would include a young doctor arriving, parental attachments, rivalries, ideological battles, divorces, younger partners arriving, the family extending, growing older, bouts of change fatigue, near burn-out, looking after colleagues in their dying days, becoming the attachment figure myself, embodying the history and ethos of the practice for a while, and then í lastly, coming to retirement, and trying to make as good an ending as I could. Although my separation was occasioned by retirement, partings of one sort or another are occurring all the time in practices. How are they managed? I found it difficult trying to continue to give some sort of security to patients so that they could express whatever they wanted to about my departure - whilst also feeling quite insecure myself as I approached my retirement date.

What help can we give each other in coming down the final straight? Are there any guidelines? Perhaps a protocol, a correct way to do it? There seems very little. Nothing much has been written, either reporting on how GPs manage this transition, or researching the effect on themselves or their patients. Anecdotes abound. Some doctors finish by being ill, some simply absent themselves and never turn up again. Others can never bring themselves to go. There is important research to be done on this subject. But don't forget, this is the personal side of medicine - the all-important but (officially) non-existent side - exactly what Balint work is all about. In the UK, registration is now with practices rather than individual doctors, lessening the sense of personal responsibility between doctor and patient. In truth, the relationship between a patient and his or her doctor can be one of the most intimate and emotion-laden relationships that people have. And yet, there is not much acknowledgement that this is so. Not much of a structure for leave-taking. No roadmap. My Balint colleague, Oliver Samuel, wrote about his retirement experience in the BMJ, in 1996, *On Hanging up my Stethoscope.* He concluded his piece with the words, *It is hard to stop being a family doctor.* I agree.

Of course, there is always the advice of friends and anecdotes. I remember vividly a Balint group at an Oxford week-end when a colleague presented a patient who was asking whether he could contact her after her retirement. How to respond? I would certainly recommend a Balint group during anyone's last year (or any other year, for that matter!) to help with processing your own feelings. Good advice came from another colleague who

said, "make sure you make arrangements that suit you." He had found himself doing a duty surgery for his last. I asked for a system which enabled nearly all the appointments in my last few weeks to be reserved for my own patients. A GP who retired last year from his practice in South London told me of his last two patients. One before last: "Doctor, you've been part of my family for 30 years, what makes you think you can just leave us now. How dare you!" And the last - an academic colleague who didn't even know he was going. Good advice has come from my friend Jeremy Holmes, a psychiatrist. I now think of this as Holmes' Law but I suspect it applies better in the more regular setting of a psychiatry out-patient clinic, and less so in the more unpredictable setting of general practice. "Have three appointments: one for telling the patient, one for discussing how they feel about it, and one for saying good-bye."

And of course, as always, to help you through, there are your patients. Most wish you well, tell you you're deserting them, want to discuss who will look after them, check that you're not ill, ask about plans, reminisce a bit (actually, rather a lot) and express their thanks for your help over the years. And, of course, healthy narcissism quickly takes over "oh, oh! yes! really..but *who will be looking after me?*" Others can't think about it at all. One couple whom I've seen a lot over the years, to whom I had given advanced warning, "Sorry, Andrew, when did you say you're going?...Oh, we'll both be dead by then, anyway!" I also remember a patient coming to see me, a year or so after one of my previous partners had retired, explaining to me that she had not been able even to come to the building for six months after he left. I'm not sure that he would have known how much he mattered to her. We know little about how these things affect people.

What of the process itself? A long notice period, if you can bear it, helps the patients and the practice. Fortunately my partners agreed to a period of overlap with my successor. Throughout the year we were able to have a weekly discussion of patients and then made some joint visits to housebound patients - for me to say good-bye and at the same time to introduce the new doctor. Personally I would have found it very difficult to leave without a known person to be handing over to. Balint work suggests that many of my patients have been in a kind of marriage with me, by no means necessarily in their best interest. Now, they will have to change partners, start off again. It will benefit some and be a loss to others.

I started telling some patients that I was leaving about a year before I left, and all patients received written notification three or four months before my departure date. There was plenty of denial and avoidance (not only mine). Sadly, quite a few were never able to say good-bye. A surgeon patient was so outraged by my departure he tried hard to set up in private practice with me. Others were clinging in a different way. I was surprised by the group who seemed to accelerate their consultation rate, coming with an alarmingly increased frequency just before the end - including some who came two or three times in a week, and on one occasion, an elderly lady who came twice in one day! But most, the more securely attached perhaps, were able to express their feelings about parting before finally saying good-bye. We would talk together about the various things that had happened, people who had gone - years of intimate contact recollected together before

parting. During this process, one or two people took me by surprise by recalling their first consultations, thirty years before. I would like to finish with two brief vignettes.

Four Generations

One day during my last six months before retirement, I walked across the waiting room. A two-year-old little boy is toddling around, and a smiling young mother who I know well, greets me. I go over to chat to her and enquire about how she is doing. When I first started as a trainee, I knew this little boy's great grandmother and great grandfather well. I looked after the great grandfather's terminal heart failure. The great grandmother died slowly from dementia and ended her days in a psycho-geriatric hospital. I looked after the grief of her daughter as she watched her mother slowly slide away from her over a painful period of some years. That daughter is now the little boy's grandmother, and is herself unwell with spinal stenosis. She and her husband had two children; one, the little boy's father, had diabetes at an early age; and the other, a girl had successful treatment for leukaemia in childhood. A year ago, I had seen the young daughter-in-law - yes, the woman in the waiting room, when she was tearful and depressed trying to cope with her little baby boy's repeated vomiting from a severe hiatus hernia. Her feeling of rejection when her baby vomited back almost every feed had been overwhelming for her. I saw her regularly for a little while and considered a referral for parent-infant psychotherapy at one stage.

This family will miss me after my retirement, as I will miss them. We have been part of each other's lives for a long time. But they are as much rooted with the practice itself as with individuals. After all I had taken over their care from my trainer, whose wife and family they might still enquire about. They have had many difficulties but there also seems to be a warm and friendly quality which helps each member of the family deal with adversity in a generous, even robust manner, generation by generation. They seem securely attached to each other, and to the secure base of their practice.

But there is another patient I want to mention in a little more detail. She had a terrible early history and, as a result, had very little capacity to trust anyone with her emotions.

A Secure Base in an Insecure World

During my last year in the practice, there were some patients who I was particularly concerned about leaving, and this patient was certainly one of them. It wasn't that she was facing any particular illness or crisis, in fact she had never had much in the way of illness for as long as I had known her. I had been her doctor for over twenty years following the retirement of one of my partners in 1985. She was single, in her forties, had no close relationships as far as I knew, was always impeccably well-presented, smart, and had a good job as a Senior Administrator in an International Publishing Company which she had held for many years. My feeling about her was always one of great emotional fragility. She very seldom consulted, maybe less than once a year, apart from during some periods of increased anxiety. Anything physical, however minor, could threaten her inner security and cause severe anxiety and her consultation rate would temporarily go up. Indeed, she teetered all the time on the edge of catastrophic anxiety but it was well concealed. Her childhood had been constantly anxiety-provoking and she had had no-one she could rely on with her feelings. Her internal view of her mother was of someone too

fragile and vulnerable to burden in any way, indeed she felt *she* had to protect *her*, rather than the other way round. She had one much older brother. Her father had died suddenly when she was five, following a cerebral haemorrhage. Her mother had severe mental illness and had required frequent hospital admissions. From the patient's account, she was extremely depressed and unstable. After the death of her father, her mother's condition deteriorated and from the age of eight or nine, my patient was doing her best to look after her. Some years later, when my patient was in her late teens, the mother committed suicide. My patient found her dead one morning.

She came in to see me about three months before I finished with a small bruise that was worrying her. There were some anxieties about her work and after a while I asked her whether she knew about my retirement. She did and we talked for a minute or two, during which she was able to tell me how important it had been for her to know that I had always been there.

She came again about two months later. She had never been able to talk much about the years before her mother's death, and now approaching the fire she wanted to come for a few appointments before I left to try and talk about it. In fact it was difficult to use words at all. Her anxiety levels were unbearably high but she began to talk. I suggested we might have a few appointments, if she liked, before I left, so that she could tell me whatever was on her mind before I retired.

Over three further appointments, and then one to say good-bye, she re-lived some of the horrors of the years, and last moments, leading up to her mother's death and the terrible feelings it had left her with ever since. All her early separations had been deeply traumatic. To some extent, in those appointments, she was able to re-live her deeply disturbing parting from her mother, at the same time as she was parting from me. This was a connection that we were able to make together and could gently discuss. Emotionally, she was able to bear something with me that she had not been able to bear before. If, through this, she was able to repair some of the inner damage done by her catastrophic early losses, I would be very pleased for her.

Our capacity to mourn, to let go, is fundamental to our capacity to change, grow and develop throughout the course of our lives. Every loss encountered gives rise to ambivalent feelings but our overall ability to internalise the good aspects of the person, or place, or experience being lost - helps us move on, without too much regret, denial, splitting, projection, or turning the lost object bad. These processes are really the stuff of life itself, beginning as they do at its earliest moments and continuing until we have to face the loss of life itself. And our capacity to face any of this is not unrelated to the security of our earliest attachments. As we now understand more fully, it is through these early attachment relationships that patterns are passed from generation to generation.

From the secure bases of our practices, we can make small but sometimes significant differences to this process. Maybe through helping a mother and her infant become more attuned to each other, but also in noticing and being sensitive to the many individual ways patients attach themselves to their doctors and to their practices as they seek our help.

SVENSKA FÖRENINGEN för MEDICINSK PSYKOLOGIS BÅDA SKRIVARTÄVLINGAR 2010 ÄR NU AVGJORDA

Först vill vi rikta ett varmt tack till ALLA som skickat in bidrag till Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologis femte skrivartävlan!

Inte mindre än 50 bidrag från 48 författare har inkommit. Läkare med många olika specialiteter finns bland författarna. Många bidrag kommer från sjuksköterskor och sjukgymnaster. De insända texterna har även denna gång haft goda litterära kvaliteter. Det har handlat om möten på sjukhus, i hemsjukvården och utomlands. Några har skrivit sina bidrag i poesiform. Många har avhandlat vårdens villkor, såväl patienternas som personalens. Mycket har skrivits om sorg, maktlöshet och stress men också om glädje, styrka och humor. Bland bidragen finns beskrivningar av dramatiska, intressanta och lärorika upplevelser.

Det har verkligen inte varit lätt att välja ut pristagarna. Vi hade velat uppmärksamma och publicera många, många fler! Men vi har ju tvingats att välja. I bedömningarna har vi ó förutom de litterära kvaliteterna ó vägt in textens angelägenhetsgrad, hur den beskriver klinisk verklighet, viktiga vårdproblem och människans existentiella villkor.

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

Första pris går till **Ellen Ekholm** för bidraget *öGränslandö* - en välskriven, varm och gripande skildring av en åldrad kvinnas sista tid i livet. Vi får ta del av såväl hennes egna tankar som de två vuxna barnens funderingar över det liv som varit och som snart ska ta slut. Författaren beskriver också deras tankar om det som händer omkring dem. En värmande berättelse! ö

Hedersomnämning får följande fyra bidrag ó utan inbördes rangordning:

Birgit Edin *I andra händer*. öEn realistisk och kritisk skildring av en multisjuk kvinnas vandring i vården. Trots att hon är mycket tydlig med vad hon vill, fattas beslut ständigt över hennes huvud. Inte minst anhörigas roll belyses bra. En klok distriktsläkare i inledningen och en inkännande undersköterska på sjukhuset är de enda som på allvar försöker tillgodose hennes önskemål. En berättelse som föder många tankar om på vems villkor vården utförs och hur vi möter den som förlorat mycket av sin autonomi.ö

Karin Hugelius *Ambulanslarm*. öEn berättelse, som med stark känslomässig närvaro gestaltar en dramatisk och utsatt situation, där en sjuksköterska långt från sjukhusets trygghet även får bära hela den drabbade familjen.ö

Peter Strang *Att straffa sig själv.* öEn varm, inkännande och väl formulerad berättelse med stor klinisk relevans om skam och skuld som roten till det onda. Scenen, där läkaren tar emot patientens outtalade men inte ovanliga förklaring till sin situation är väl gestaltad.ö

Carina Bejlum *Liv och död.* öEn berättelse som med klinisk och psykologisk relevans gestaltar förlossningsläkarens jourupplevelser med de snabba kasten från avvaktandets gnagande till handlingens befrielse. Författaren belyser också den ibland oklara gränsen mellan arbete och privatliv. ö

I studenttävlingen går **första pris** på 5000:- till **Hanna Åsberg** för bidraget *Du fattar ingenting.* öEtt dramatiskt möte på en hälsocentral mellan en ung AT-läkare och en patient med mångårig beroendeproblematik. Tack vare en klok handledares agerande omvandlas doktors osäkerhet, och oro till en god insikt i ansvarsfördelningen mellan personalen, patienten och inte minst anhöriga. Mycket lärorikt.ö

Hedersomnämning och 1000:- får **Evelina Rosenqvist** *Snart är det Mors dag!* öEn personlig berättelse om vad som kan hända under en kurs i globalmedicin i Latinamerika. Skribenten har stark känslomässig närvaro och gör - med sitt perspektiv från det svenska Universitetssjukhuset - kärnfullt formulerade iakttagelser och reflektioner över sin framtid som färdig läkare.ö

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! Samtliga prisbelönda bidrag kommer under våren att finnas tillgängliga på föreningens hemsida www.sfmp.se

Sektionen för Medicinsk Psykologi planerar också att göra ett symposium om skrivande på Läkarstämman i höst. Som deltagare i tävlingen kan du därför komma att bli kontaktad.

Vi vill uppmuntra er ALLA att fortsätta skrivandet och 2012 planerar föreningen en ny skrivartävling!

Maud Sjöström Lena Svidén Bengt Hamark

SFMPs skrivartävling

Att straffa sig själv av Peter Strang

Jag är dubbelspecialist inom allmän onkologi och gynekologisk onkologi och är idag professor i palliativ medicin vid Karolinska Institutet, samt verksam som överläkare vid Stockholms Sjukhems palliativa sektion (SSH är inget vanligt "sjukhem", utan har flera verksamheter: kommunal sjukhemsvård, (landstingsbeställd) palliativ vård, rehab vård, inklusive postoperativ rehab efter bl.a. cancerkirurgi.

Mitt bidrag är i novellform (fiktion) men med viss verklighetsbakgrund.

Både i mitt kliniska arbete som läkare i palliativ vård och i min forskning (min forskargrupp har fokuserat på existentiell kris och dödsångest i över 10 år) ser jag ofta hur viktiga och förbisedda de existentiella frågorna är. En sådan fråga är skulden, som kan vara reell, neurotisk eller existentiell, men som i samtliga tre varianter grundar sig på människans fria val. Människans frihet (enligt Jean-Paul Sartre, Viktor Frankl m fl) innebär att man alltid har ansvar för sina val och dåliga val leder till skuld.

I vården, inte minst i den palliativa vården ser jag detta ibland: människor med oförlöst skuld. Utåt sett har vi lyckats med "allt" (hemsjukvård, hjälpmedel osv) men patienten mår dåligt. Ibland är orsaken att man bär på skuld - ofta pga brutna relationer mellan den sjuke och hans eller hennes vuxna barn, ibland pga att man menar sig ha gjort en omoralisk handling (enligt ens egen skala) och skall "straffas" för detta. Den aktuella novellen belyser ett sådant scenario, i fiktiv form men med viss verklighetsbakgrund. Alla yttre data har ändrats för att patienten inte skall kunna identifieras och den verkliga händelsen utspelade sig för 20 år sedan.

Han såg Signe komma gående i korridoren på avdelning 2. Hon gick lätt framåtlutad med sin rollator som stöd. Kroppshållningen var stel, hon spände ryggen och höll krampaktigt i rollatorn med sina avmagrade händer. Sjukhusrocken hängde löst kring hennes tärda kropp. Trots att hon gick med böjd blick, såg han att anletsdragen var spända. Mikael var överläkare på avdelningen och kände Signe sedan flera år tillbaka. Hon hade tidigare behandlats för en livmodercancer men var nu inneliggande för en metastasutredning, på grund av nytillkomna smärtor i bäckenregionen. Utredning hade visat lokal spridning i lilla bäckenet och ett par mindre lungmetastaser. När hon kom närmare tittade hon upp och fick syn på Mikael. Han såg att hon blev glad över att se honom, de hade en god kontakt.

öGod morgon Signe, hur står det till idag?ö

öInte så bra, men man får inte klaga.ö

Hon tittade hastigt upp på honom med ett leende och försökte omärkligt räta på ryggen, sedan vände hon ned blicken igen mot händerna som höll om rollatorn. Mikael hann notera det spända draget kring hennes ögon.

öHar du ont idag också?ö

öJái ö

Han försökte fånga hennes blick men hon lät blicken glida, han visste att frågan var känslig. Hon hade haft ont allt sedan inläggningen men avböjde konsekvent hjälp. Mikael hade försökt erbjuda ett långverkande morfinpreparat i låg dos, men hon hade tackat nej. Hon ville inte ha behandling, hade hon förklarat, hon skulle kämpa med smärtan på sitt eget sätt.

öHur var natten, kunde du sova eller hade du ont då också?ö

öJag vaknade ett par gånger och kände lite värk, men det var inte så farligt.ö

Mikael tittade på henne och såg att hennes ögon blivit glansiga. Nattsköterskan Gerd hade rapporterat att Signe varit vaken nästan hela natten. Gerd hade försökt erbjuda en smärtstillande spruta som Mikael hade ordinerat på övid-behovs listan, men Signe hade tackat nej. Till slut hade hon gått med på att ta en Panodiltablett.

öDu vet att du kan få smärtstillande som har god chans att göra dig helt smärtfri? Det är inga höga doser och man blir inte beroende.ö

öJa vet, tack snälla du, men jag väntar med det. Nu skall jag gå vidare till dagrummet.ö

öOkej, men lova mig att du säger till om du vill ha hjälp.ö

öDet lovar jag.ö

Hon tittade honom hastigt i ögonen, gav honom en nick och samma vänliga leende hon alltid gav honom och började sedan gå mot dagrummet, återigen med stel rygg för att skydda sig mot smärtan. Det var tungt att se henne i det här skicket, Mikael visste av erfarenhet att enkel behandling med låga doser av morfin i kombination med paracetamol sannolikt skulle göra henne helt smärtfri, utan att hon blev påverkad av medicinen. De allra flesta ville bli smärtfria, men han hade lärt sig genom åren att ett fåtal patienter konsekvent tackade nej till behandling. Ibland på grund av en missuppfattning om att ömorfin var sista stadiet, ö började man äta morfin så var man snart död ö medan sanningen var det motsatta, det vill säga att svår smärta är skadlig för hälsan. I andra fall tackade man nej för att smärtan band ångest, hade han förstått. En patient som har ont i kroppen har inte tid att tänka på livets avslutning eller på döden, smärtan stjälar all ens vakna tid och alla tankar fokuseras på den kroppsliga smärtan. Så var det inte med Signe. Han blev inte klok på varför hon tackade nej.

öKanske är hon rädd för förstoppning och illamående?ö sa sjuksköterskan Lilian när de satt och fikade på eftermiddagen. öDu vet hur de pratar på rummen, jämför både

läkemedel och symtom. Förstoppning är nåt som alla gamla har respekt för. Hennes rumskamrat Berit har ju haft stora problem de senaste dagarna men hon tar inte sina laxermedel, det har vi märkt.ö

öDu har rätt, kan inte vi prata med Signe tillsammans? Hon litar ju på digö, sa Mikael.

Mikael menade vad han sa, Lilian var Berits patientansvariga sjuksköterska och mycket kompetent och trygg i sin roll. Han gillade verkligen att arbeta ihop med Lilian.

öDet är en bra idé, det är jobbigt att se henne gå omkring och ha ont i onödan.ö

öEller hur?ö

öJag pratar gärna med Signe, vilken tid kan du?ö

öVid tvåtiden skulle funka bra för min del, då är jag klar med inskrivningarna.ö

öDå säger vi det, jag talar om det för Signe.ö

Klockan två satt de alla tre i läkarrummet. Mikael noterade att Signe såg ängslig ut, samtidigt som hon försökte dölja det. Han gav Lilian en hastig sidoblick och Lilian nickade, hon ville att han inledde samtalet.

öSigne, vi är bekymrade över att du har så ont. Du vet att det finns bra smärtstillande mediciner som kan göra att du slipper smärtan. Men vi har säkert glömt att prata om biverkningar? Vi tänkte berätta om hur det vanligen går till.ö

öDet är snällt av er, men jag klarar migí ö Signe lät blicken glida iväg och Mikael såg att hon tittade ut genom fönstret där man såg en liten park. Han väntade in henne och snart hade han blickkontakt med henne igen.

öDet är ju så att man kan bli förstoppad av morfin och man kan bli lätt illamående i början, men vi har bra mediciner både mot förstoppning och illamående.ö

Han noterade att Lilian hade flyttat sin stol närmare Signe och lagt sin hand på Signes handrygg.

öVi sjuksköterskor är specialister på magarö, sa Lilian. öOfta är det enklast att börja med laxermedel i droppform, man tar några droppar laxermedel i en skvätt vatten, morgon och kväll. Skulle det inte räcka till, har vi många andra knep.ö

Lilian fortsatte att beskriva olika kostråd om fibrer, plommon och annat och Signe lyssnade intresserat.

öDet är jättesnällt av er, men jag tror jag väntar med detö, sa Signe när Lilian var klar.

öTänk på det i alla fallö, sa Mikael.

öDet skall jag göra.ö

Det fanns inget att tillägga, Signe markerade att hon var klar med samtalet.

Två dagar senare mötte han Signe igen i korridoren. Hon var tydligen på väg till sitt rum, men det gick mycket stappligt. Det var uppenbart att hon hade mer ont än vanligt, hennes försök till leende blev en spänd grimas.

öHur är det med dig, Signe?ö

öJag har så ontö, sa hon. öOch det är ett straffö, tillade hon med bortvänt huvud, knappt hörbart.

öEtt straff?ö

öJaí ö Hon tystnade för en stund. öEtt straff.ö

öÄr det något du vill prata om?ö Mikael försökte fånga hennes blick.

Hon skakade långsamt på huvudet.

öNejí Jag har inte pratat med någon om det. Men det är ett straff.ö

Han såg att hon inte hade långt till gråten och kände sig villrådig.

öVill du att jag följer dig till rummet?ö

öDet är snällt att doktorn frågar men jag klarar mig.ö

Hon började skjuta på rollatom i riktning mot rummet. Han såg att hon var sned i ryggen, hon lutade mot vänster, uppenbarligen hade hon mer värk på vänster sida. Det gjorde ont i honom att se henne ha så svår smärta utan att få hjälpa, men han nådde henne inte.

Nästa morgon när han gick sin informella rond var hon ensam på rummet. Hennes rumskamrat hade blivit utskriven och grannsängen stod tom.

öDu frågade mig igår om jag ville berättaí ö inledde hon trevande.

öJaí ?ö

öJag skall berätta. Så att du förstår.ö

öJag sätter mig här bredvid sängen.ö Mikael drog fram stolen som stod en bit bort, han ville sitta i ansiktshöjd när Signe berättade.

Hon nickade och började berätta, först trevande, sedan allt mer bestämt.

öFör länge sedan, ja jag var bara 19 år, så var jag kär. Det var en stilig man, Karl hette han.ö Hon tystnade en stund och tog ny fart.

öHan var 23 år och kom från en fin familj, hans far var bankdirektör.ö

Mikael nickade men ville inte avbryta henne.

öDen sommaren var som en dröm, vi sågs varenda kväll. Ja, han jobbade på banken hos sin far.ö

öMmmí ö Mikael nickade uppmuntrande.

öI augusti blev jag illamående. Först ville jag inte kännas vid det, det går ju magsjukor på sommaren, men ingen annan var sjuk.ö

Han förstod vart samtalet var på väg och att det var mycket smärtsamt för henne, det rann tårar på hennes kinder och hon torkade hastigt bort dem med en pappersnäsduk. Han tog hennes högra hand mellan sina händer och kände hur hon grep tag om hans hand.

öJa, till slut så förstod jag att jag var med barn. Jag tog mod till mig och berättade det för Karl, men han blev bara arg. øDu förstår väl att du måste göra dig av med barnetø var det enda han sa. Jag minns fortfarande hur chockad jag blev. Han hade ju sagt att han älskade mig, och så säger han såhär. Det var grymt, jag var ju bara nitton år.ö

Signe snyftade till och plockade fram en pappersnäsduk som hon hade innanför ärmen.

öNär vi träffades nästa dag sa han att han hade tagit reda på hur jag kunde bli av med barnet. Jag bara grät, men han var orubblig. Till slut fick han sin vilja fram.ö

Hon tystnade och tittade honom djupt i ögonen, innan hon fortsatte.

öJag visste att jag skulle blir straffad för det jag gjorde. Och nu sitter det härö, sa hon och pekade på sitt underliv. öDärför skall jag ha ont.ö

Mikael visste inte vad han skulle säga och kände sig hjälplös. Ur hans perspektiv hade hon gjort ett svårt men rimligt val i en situation utan bra alternativ. Hon hade gjort det som var minst dåligt. Samtidigt förstod han att hon hade en annan världsbild, hon delade inte hans bild och hon måste hitta sina egna svar.

öHur har du haft det under alla dessa år?ö

Hon tittade på honom innan hon svarade, samtidigt som hon torkade en tår som rann ner längs kinden.

öJag har straffat mig självö, sa hon. öVarje dag har jag straffat mig själv.ö

öÄr inte det ett väldigt långt straff?ö frågade han mjukt.

Hon blev tyst. Uppenbarligen hade hon inte tänkt tanken på det viset. Han såg hur hon räknade med hjälp av fingrarna.

öJa, du har rätt. Det är ju 60 år!ö

öÄr inte 60 år ett väldigt långt straff?ö

Hon tittade uppmärksamt på honom och han såg att hon tänkte intensivt.

öDu har rätt, 60 år är en väldigt lång tidö sa hon eftertänksamt

öRäcker inte 60 år som straff?ö

Han klämde hennes hand mjukt medan han sa det. Hon tittade på honom och såg att ögonen var glansiga igen, men hon verkade lättad, som om en börda höll på att falla från hennes axlar. Hon nickade.

öDu har rätt. Sextio år är ett långt straff.ö

öKanske jag kan prova en liten dos morfinö, tillade hon efter en stunds tystnad. öMen ta den lägsta dosen.ö

öDet skall jag göra! Jag går och pratar med syster Lilian så kommer hon in med morfinet och så förklarar hon det praktiska med laxermedel igen.

öDå väntar jag här.ö Nu log hon för första gången.

öDu skall se att det här blir bra.ö

Han reste sig och lämnade rummet. Medan han gick mot sjuksköterskeexpeditionen tänkte han på hur en självpåtagen skuld kan förmörka ett helt liv och hur mycket ett samtal kan betyda. När man ältar det hela i sitt huvud, får skulden orimliga proportioner, men får man sätta ord på det hela, hör man själv hur det låter och man hittar lösningar.

I andra händer

av Birgit Edin

Vad glad jag blev, extra glad eftersom svenska inte är mitt modersmål! Jag kommer ursprungligen från Tyskland och har bott i Sverige i drygt 7 år. När jag läste medicin arbetade jag på institutet för medicinsk psykologi i Giessen under tre år. Jag har länge varit intresserad av etiska frågeställningar. 2009 deltog jag i en tysk skrivartävling där mitt bidrag blev publicerat i antologin *Die Uhr läuft ab*. Jag trivs väldigt bra med mitt arbete som gastroenterolog på sjukhuset i Falköping.

När den 90 åriga Astrid kom för sitt årliga mottagningsbesök, såg hennes läkare direkt att Astrid hade tacklat av. Minst tio kilo hade hon gått ner i vikt och hon satt för första gången i rullstolen, eftersom vägen från bilen till mottagningen hade blivit för långt. Men hon var precis lika finklädad som tidigare med kjol och blus, matchande kavaj och skor. Till och med de fina guldörhängena kände doktorn igen.

öHur står det till med dig, Astrid?ö frågade doktorn.

öDet är braö, sa Astrid med sin låga röst som knappt hördes idag.

Läkaren kände hur dottern, som skjutit rullstolen stelnade till.

öHur är det med dina diarréer?ö, frågade läkaren som visste att patienten haft en kronisk inflammation i sin tarm i 40 år.

öSom vanligtö, sa Astrid lika tyst. Hennes ansikte var stelt som en mask.

öMen mamma, det stämmer ju inteö, motsade hennes dotter och fortsatte åt läkarens håll. öDu ser väl att hon har gått ner i vikt, det är hennes Crohn som spökar.ö

Det började kännas kvavt i det lilla mottagningsrummet utan fönster, medan dottern fortsatte. öHon äter ju knappt någonting, rusar till toaletten så fort hon äter något. Men hon hinner inte. Du kan inte tänka dig hur det ser ut i hennes lägenhet. Det finns kläder överallt, som hon har hängt upp för att torka. Hon behöver ha droppbehandling.ö

öJahaö, suckade doktorn. Astrid satt ihopsjunken i sin rullstol med läpparna som ett streck. öVad tycker du, Astrid? Vill du bli inlagd?ö

Det tog en liten stund innan hon svarade. Sedan tittade hon upp, rakt i läkarens ögon.

öNej, jag vill hemö, viskade Astrid, men rösten lät ändå bestämd. Det kändes tydligt att modern och dottern hade diskuterat ämnet förut.

Nu har jag blivit domare, tänkte läkaren, fast jag är samtidigt Astrids advokat. Hon kommer nog att gå med på om jag vill lägga in henne. Hon ser trött ut, för trött för att kämpa.

öMamma, du kan inte komma hemö, konstaterade dottern.

Astrid låtsades att dottern inte fanns i rummet.

Vädjande tittade Astrid läkaren djupt in i ögonen. Vad skulle läkaren göra? Det fanns inga tvivel om att Astrid var allvarlig sjuk. Blodvärdet var lågt och sänkan hög. Det kunde vara ett skov på hennes tarmsjukdom eller något elakartat. Hur medveten var Astrid om sitt tillstånd?

öJag ser ju också att du inte mår bra, Astrid, började doktorn försiktigt och Astrid vände blicken bort mot väggen. Ansiktet speglade inte några känslor men gesten var tydligt. öMen jag kan acceptera ditt beslut att du inte vill bli inlagd.ö Astrid tittade tillbaka till läkaren, forskande. Fanns det hopp i hennes blick?

öMen det kan inte jag, avbröt dottern. öHon klarar sig inte hemma, det ser du väl, och jag orkar inte längre, jag har blivit sjuk själv, det här går bara inte. Det är jag som tar hand om allt. Jag förstår också att det inte är kul att ligga på sjukhus, men mamma, nu måste du acceptera att du behöver hjälp.ö

Den aggressiva tonen besvarade doktorn och tydligen även patienten som igen stirrade mot väggen. Läkaren lyckades att fortsätta med mycket lugn röst.

öDet är helt klart att Astrid kan bli inlagd när som helst, om hon bara vill. Men det kan ju vara ett skov och då kanske en kortisonkur kan hjälpa henne. Men Astrid, det kan också vara något annat, något allvarligt, det kan till och med vara så, att ditt liv närmar sig slutet. Jag ser att du har blivit mycket svag. - Det finns två möjligheter nu. Antingen blir du inlagd och får näringsdropp, eller så får du kortisonpiller med dig hem och jag tar kontakt med kommunen för att du snabbt får hjälp hemma, så att din dotter blir avlastad. Vad vill du?ö

Astrid såg ännu tröttare ut än när hon kom. Hon ville lägga sig och vila. Hon bevärdigade sin dotter inte med en enda blick.

öJag vill hem, sade hon en gång till.

Dottern reste sig och andades tungt. Mamman var oresonlig och läkaren var på väg att skicka henne hem.

öSå kan du väl inte göra. Du kan väl inte skicka hem henne, när hon mår så dåligt. Det är till hennes bästa om hon blir inlagd och det vet du och du vill väl också hennes bästa, jag kan i alla fall inte ställa upp som läget är nu.ö Hon satte sig igen.

öDet är förstås viktigt att Astrid får den hjälp hon behöver, och det kan ju ta lite tid innan kommunen vårdplanerar henne. Ibland behöver man bli inlagd tills allt är organiserat.ö Dottern såg verkligen tagen ut och ett par dagar på sjukhus skulle troligen inte skada patienten. Astrid tittade på en fast punkt på väggen. öHur har det varit hittills? Hur ofta hjälper du henne?ö

Dottern skruvade på sig.

öProblemet är att hon ringer jämt í , tidigare kom jag ibland två gånger om dagen, men det orkar jag inte längre.ö

öNär var det senast du kom två gånger på en dag? Du var hos mig i förrgår i tio minuter. Jag ringde dig två gånger igår.ö Rösten var svag men något hotfull.

öMen hur många gånger har du sagt att du inte vill ha hjälp från kommunen?ö

öSnälla niö, avbröt doktorn, öjag tror säkert, att Astrid accepterar hjälp från kommunen nu, eller hur?ö Astrid nickade. öDet viktigaste är att du får larm och mat, eller?ö

öJag får redan mat från kommunen.ö

öMen då såö, läkaren suckade igen. öjag ringer och pratar med kommunen nu, så att det kommer någon till dig imorgon, då kan ni stämma av, vad som behövs. Du får en kortisonkur av mig. Blir du sämre och vill bli inlagd, kan du alltid komma till sjukhuset. Är ni införstådda med det?ö

Så blev det till slut. Doktorn hade frågat Astrid sammanlagt fyra gånger om hon ville bli inlagd och Astrid hade svarat alla gånger att hon ville hem, fast till slut verkade hon inte lika bestämt. Hon var inte den enda som var trött på samtalet som fördes i cirklar.

Vad håller jag på med, tänkte läkaren och gjorde en extra detaljerad anteckning av mottagningsbesöket med tanke att dottern uttryckte klart missnöje flera gånger och lastade över ansvaret på doktorn. Hon tittade på klockan. Sjuttio minuter hade det hela sammanlagt tagit. Det var tur att det var det sista mottagningsbesöket för dagen. Det hade varit så mycket enklare, om jag bara hade lagt in henne, tänkte hon.

Två veckor senare på en lördag fick Astrid så kraftiga buksmärtor att hon behövde åka in till akutmottagningen. Eftersom hon var känd på medicinkliniken blev hon inlagd på den medicinska akutvårdavdelningen efter att hon hade undersökts av kirurgen. De ville inte operera henne i första hand. Hon fick näringsdropp och smärtstillande. Buksmärtorna släppte och på söndag morgon mådde hon som vanligt igen och ville komma hem. När jourhavande överläkare träffade henne på rondan var hon påklädd och redo för att åka hem.

öMen Astrid, ska du verkligen gå hem idag?ö frågade överläkaren tveksamt. Kvinnan framför honom kunde knappt stå på sina ben och var mycket magerlagd.

öJodåö, svarade Astrid tyst som vanligt.

öDet finns plats på en annan avdelning. Jag tror att det vore bra om du kom dit ett par dagar för att vila upp dig. Tror du inte det?ö

öJag vill hem.ö Astrid tittade inte på läkaren som var i medelåldern och som i sin tur såg funderande på kvinnan. Det var säkert ingen idé att hon kom hem, hon skulle vara här omgående igen. Dottern hade talat om för sjuksköterskan att Astrid inte klarade sig hemma. Fast här gav hon ett förståndigt intryck. Sådana beslut var svåra att ta på en söndag.

öJag tycker att du ska ha näringsdropp, och så får vi se hur det går att äta. Dessutom är det bra att vi kontrollera om dina blodvärden. Så kan du diskutera vidare med avdelningsläkaren imorgon.ö Han tittade på kvinnan, som inte reagerade och bara stirrade rakt mot väggen, tog det som samtycke och lämnade rummet.

Ett dygn senare satt Astrid på sängkanten i sitt enkelrum på avdelningen och mådde illa. Framför henne stod en stor kanna med genomskinlig vätska som smakade salt. Oräkneliga gånger hade hon tidigare varit med om denna procedur som behövdes inför en coloskopi för att få rent tarmen. Idag tog det emot. Redan vid första glaset kom kväljningskänslan. Hur hon skulle klara fyra liter av det här laxermedlet visste hon inte. Men läkaren som hon träffade idag hade informerat henne att han hade lyckats med att klämma in henne i morgondagens redan fulla endoskopiprogram. Aldrig tidigare hade laxermedlet varit så vedervärdigt.

Efter ett tag kom sjuksköterskan in för att kontrollera hur det gick med drickande och behövde fastställa att Astrid inte hade druckit mer än ett halvt glas.

öOm du inte kan dricka det här, behöver vi sätter en sond på dig, Astrid, tarmen måste ju vara ren. Annars ser doktorn ingenting när han för in slangen med kameran i rumpan på dig.ö

Astrid lyssnade inte. I stället lade hon sig ner på sängen.

öJag vill inte. Jag mår illa.ö

öVad är det som du inte vill? Undersökningen är ju viktig. Vi måste ju veta vad som är fel på dig när du har så mycket diarréer för att kunna hjälpa dig. Och om du inte vill dricka så kan du få sond, då slipper du den otäckta smaken.ö

Efter en halvtimme kom sköterskan tillbaka med en vagn och en undersköterska för att assistera henne. De stoppade ner en tunn slang i näsan på henne. När den passerade halsen fick hon svälja och

slangen fortsatte ner i hennes magsäck. Nu behövde Astrid inte medverka. Laxermedlet kunde sprutas in i magsäcken.

Efter en timme började hon må illa. Fast det bara var fem meter till toaletten hann hon inte. Hon kräktes en liter laxermedel på golvet, satte sig utmattad bredvid och larmade efter sjuksköterskan. Samtidigt satte diarréerna igång.

Undersköterskan verkade något besvärad. I Astrids min avspeglades ingenting. Hon tittade frånvarande mot väggen.

öSå här kan vi inte fortsättaö, konstaterade sjuksköterskan när Astrid låg nytvättad i den obekväma sjukhussängen. öJag ringer doktorn och frågar hur vi skall göra.ö

Laxermedlet skulle gå in långsammare och personalen tog beslut att Astrid skulle få en blöja, den första på 87 år .

Natten blev hemsk. Blöjan byttes flera gånger efter två försök att lyfta Astrid på toalettstolen men hon var för svag för att sitta där en längre stund.

På morgonen var tarmen inte ren och i sådana fall får patienten vattenlavemang, en procedur, där man sprutar in vatten via ändtarmen för att tvätta rent tarmen. Proceduren är effektiv, men kräver att patienten kan sitta på toaletten efteråt, så att vatten kan komma ut igen. Astrid fick hållas av två undersköterskor under båda armar för att inte ramla ner från toalettstolen.

öJag vill inte.ö, sa Astrid.

öJag förstår dig, det var det sista lavemanget, nu får det duga. Du får vila lite. Undersökningen är ju först om tre timmar.ö Undersköterskan var medveten om att Astrid borde få ett lavemang till men hon vägrade att plåga den 90 åriga kvinnan ytterligare.

öJag är hungrig.ö

öMen du vet väl att du inte får äta nu utan först efter undersökningen, du har ju gjort det här förut, du kan ta lite kaffe eller saft.ö

öNej tack.ö

öJag hämtar någonting åt dig i alla fall, det är bra om du får i dig några kalorier.ö

Lite senare än planerat rullades Astrid i sin säng till endoskopimottagningen. Mycket hade förändrats, eftersom hon inte hade varit här på många år. Efter hon fyllt 80 år hade hon undvikit kontrollerna som alltid hade varit bra tidigare. I höger armveck hade de satt en plastslang för att kunna ge läkemedel under undersökningen om så skulle behövas. Men läkaren tyckte att hon skulle försöka utan eftersom

man tålde de smärtstillande och avslappnande medicinerna sämre, när man var 90 år och risken för komplikationer var mycket högre. Han lovade att hon skulle kunna få lite om det skulle bli outhärdligt.

öJag vill inteö, sa Astrid.

Läkaren tittade först på patienten sedan på remissen och suckade.

öMen Astrid nu har du klarat av hela förberedelseproceduren, som är mycket mer påfrestande än undersökningen själv och det går alltid att avbryta undersökningen om det blir för jobbigt.ö

Astrid sa ingenting och doktorn började med att sätta bedövningssalvan på ändtarmsöppningen. Sedan kom han med instrumentet. Doktorn kommenterade inte att tarmen fortfarande var dåligt rengjord. Det gick ändå ganska snabbt för honom att ta sig upp genom hela tjocktarmen till mynningen av tunntarmen.

Doktorn harklade sig.

öAstrid, jag har tyvärr dåliga nyheter. Det finns en tumör här som måste opereras bort.ö

Astrid tittade mot väggen.

En kirurg blev tillkallad som noterade personnummer och lovade att höra av sig och beställa några ytterligare undersökningar. Slemhinneprover på tumören togs samt kort.

Senare på eftermiddagen kom dottern på besök. Avdelningen hade ringt henne eftersom Astrid vägrade att prata med någon. Hon hade blommor med sig och en kaka och frukt.

öHej mammaö, sa hon och böjde ner sig för att pussa henne på kinden. öHur mår du?ö

öSom vanligtö

öDet är väl bra att vi nu äntligen vet vad som är fel. Jag visste att det var något mer allvarligt och jag har läst att de flesta blir botade med en operation. Det är ju synd att det tog så lång tid, men nu ska de operera dig snart, jag har redan ringt till kirurgmottagningen. Du blir opererad redan i nästa vecka, och om du vill kan du komma hem under tiden, fast det är väl bättre om du stannar på sjukhuset och äter upp dig. Du har ju blivit så svag.ö Dottern lätt glad men tittade bekymrad på mamman när hon inte svarade.

öVar undersökningen så besvärlig?ö

öVedervärdig!ö

öMen du har klarat av den. Du kommer att klara operationen och därefter bli så pigg som du var för två år sedan. Minns du när vi gick den rundan på fem kilometer varje vecka?ö

öJag vill komma hem.ö

öEfter operationen, ja.ö

Astrid tittade sin dotter rakt in i ögonen. öNu!ö

Dottern suckade. öInte idag, men jag kan fixa det till helgen.ö Det betydde i övermorgon. Astrid nickade. Hon provade blåbärskakan dottern hade bakat, den var god.

öTack för kakan!ö

Astrid blev opererad en vecka efter samtalet. Det var en besvärlig operation för kirurgteamet eftersom tumören hade vuxit in i omgivningen och det fanns dessutom många sammanväxningar efter tidigare operationer. Det var svårt att mobilisera tarmen för att den kunde sys ihop efter borttagning av tumören. Operationen tog många timmar.

Dagen efter operationen vaknade Astrid och hade mycket smärtor. Hon hade en slang i halsen för droppet, den förgrenade sig och ledde till flera droppställningar, en slang till näsan tillförde syrgas. En kateter satt i urinblåsan. På magen upptäckte hon ett jättestort förband. Hon lade tillbaka huvudet på kudden. Sjuksköterskan gav henne en smärtstillande spruta, varpå hon somnade igen.

På fjärde dagen hade Astrid plötsligt svårt att andas, hon ville larma men hade inte kraft till det. När hon upptäcktes en timme senare, gick det inte att få kontakt med henne. Hon syresatt sig dåligt och läkaren misstänkte en lungemboli. Dottern informerades.

Astrid avled dagen därpå.

Gränsland

av Ellen Ekholm

Jag har arbetat med palliativ vård i tolv år - i tio år på Kärnsjukhuset i Skövde som kontakt- och konsultsjuksköterska för kirurgens palliativa patienter som vårdades hemma, därefter med verksamhetsutveckling på en nystartad enhet för palliativ utveckling och rådgivning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. I mitt arbete som sjuksköterska i palliativ vård har jag följt många människor genom deras sista tid, såväl unga som gamla, och många av dessa har berört mig förstås. Det är en sådan förmån att som delaktig åskådare få följa med på denna resa genom gränslandet tillsammans med dem och deras närstående. Jag kan inte tänka mig att jag någon gång kommer att lämna det meningsfulla arbetet med vård i livets slutskede. Skrivande är för mig en hobby och ett sätt att bearbeta såväl glädjeämnen som sorger i tillvaron. Det har jag alltid gjort och hoppas att jag även fortsättningsvis kommer att känna samma lust.

Den femte december klockan kvart i tre på morgonen drog hon sitt sista andetag. Det sista andetaget var ett i raden av ytliga lite rossliga andetag, det var inget speciellt alls med det och inget antydde att just detta skulle bli det allra sista.

När det hade varit ljust i tjugo minuter vaknade hon. Det var den fjärde december men det visste hon inte. Inte heller att klockan var lite mer än halv nio på morgonen. Det var inte viktigt för henne. Men hon noterade att det fanns dagsljus i rummet, trots att hon inte orkade slå upp ögonen.

En av de första tankarna hon tänkte var att hon ännu var vid liv. Hon hade brukat tänka den tanken i samband med uppvaknandet de senaste dagarna. Ibland gjorde henne tanken orolig, gav henne hjärtklappning och en tung känsla i bröstet, svårare att andas. Inte vetskapen om att hon fortfarande var vid liv utan vetskapen om att hon snart inte skulle vara det.

Denna morgon var hon dock lugn till sinnet.

Det var tyst i hennes sovrum och tyst inåt lägenheten. Utanför fönstret hörde hon svaga ljud av spårvagnar och ljud av en snöskyffel som skrapade regelbundet mot marken.

Hon förstod att det var morgon. Hade vaga minnen av att en sjuksköterska varit hos henne innan det dagades och pysslat med droppet eller något annat. Samma sjuksköterska hade småpratade lite om att det snöade lätt och att det var kallt och mörkt, nämnt att dagsjuksköterskan skulle komma lite senare.

Hon undrade nu flyktigt när lite senare kunde vara men brydde sig egentligen inte så mycket om det. Just nu kändes allt ganska bra. Hon låg bekvämt och hade inte ont någonstans. Hon trodde att hon fått en spruta av sjuksköterskan. Möjligen kände hon sig lite ensam. Hon önskade att hon hade haft någon hos sig. Helst en livskamrat som kunde skänka närhet och kärlek. Hon tänkte som hastigast på Inge som hon varit tillsammans med vid tillfället för sjukdomsbeskedet.

Deras förälskelse hade vid den stunden precis börjat övergå i djupare känslor och hon brukade då tänka att hon var lyckligt lottad som träffat en bra man som hon skulle kunna åldras tillsammans med.

Inges känslor hade dock inte visat sig starka nog att klara av ett cancerbesked. Med olust mindes hon Inges besvikna min när han förstod att han satsat på och investerat känslor i fel kvinna. Det gjorde ganska ont att minnas och därför försökte hon låta bli.

Men som hon saknade. Kanske inte främst denne Inge utan någon. Kanske sin exman som under många år var hennes bästa vän. Men inte skulle han komma och hålla om henne nu, efter det hon gjort mot honom. Det var inte tänkbart. Hon hade alltid varit en fysisk person som älskat kroppskontakt. Att hålla om, klappa på och ligga nära. Det var trygghet för henne.

En av sjuksköterskorna hade för ett tag sedan pratat med henne om skin hunger, ett begrepp som tydligen var vetenskapligt förklarat. Och hon kunde bara hålla med. Huden ropade efter att bli vidrörd. Och hon hade fått beröring av sjuksköterskan några gånger. Den beröringen hade ett annat fint namn; taktil massage. Sjuksköterskan hade förklarat att systematisk beröring av huden i form av mjuk massage lindrade smärta och oro, var avslappnande och gav ett stort välbefinnande. Det stämde. Hon hade mått jättebra både under tiden och en bra stund därefter. Men längtan efter mer och annat kom strax tillbaks igen.

Hon hörde att ytterdörren öppnades och att det prasslade i hallen av skor och jacka som togs av. öHallå mamma, det är Emiliaö

Lilla gumman, tänkte hon, vad gör hon här så tidigt. Kanske är det helg?

Emilia hördes komma in i rummet och ställa sig vid sängen. Hon strök över hennes kind och viskade öGod morgon. Är du vaken?ö

Som hon önskade att hon hade orkat svara, eller åtminstone öppna ögonen och titta på sin fina dotter. Men krafterna fanns inte till någotdera. Kanske senare, hoppades hon. Istället njöt hon av beröringen och av ljudet från dotterns andetag helt nära. öAlex kommer också snartö viskade dottern.

Strax därefter ringde dörrklockan och Alexömörka röst förkunnade hans ankomst. Efter ett par minuter kände hon en kall och stor hand läggas mjukt på pannan och hans röst återkom; öHej morsan. Hur är läget idag?ö

När hennes dotter och son började prata lågt sinsemellan kände hon att hon dåsade bort. Det kändes lugnt i rummet.

Hon vaknade till på nytt när dörrklockan ringde igen och fler människor kom in. Hon hörde en kvinna presentera sig som sjuksköterskan Pia och en man som läkaren Sture.

öVi vill prata lite med dig och dina barn idagö sa en av dem. Hon hörde dem rumstera om och förstod att de bar in fler stolar i rummet och satte sig kring sängen. En av dem, antagligen Emilia, satt på sängkanten och strök hennes hand.

Så tog den nyanlända läkaren till orda. öSom ni säkert har märkt har ju er mamma inte blivit bättre efter sista cellgiftbehandlingen utan snarast sämreö Hon noterade att det pratades om henne och inte med henne men hon lät det passera. Hon orkade ju ändå inte svara. Istället ansträngde hon sig att lyssna till det som sades. Hon hörde inte riktigt allt men uppfattade i alla fall att hon inte kunde få mer cellgifter och att inga undersökningar var nödvändiga varför hon inte behövde åka till sjukhuset fler gånger. Hemma skulle hon få hjälp med att må så bra som möjligt och sjuksköterskor och läkare skulle komma ännu oftare nu. Hon hörde ord som palliativ, närståendepenning, luftmadrass och morfinpump men förstod inte riktigt.

Emilias röst lät darrig och svag när hon frågade om näringsdroppet. Läkarens röst var inkännande men bestämd när den förklarade att droppet nu skulle göra henne mer skada än nytta. Sjuksköterskans milda röst förklarade saker som munvård och saliversättning.

Emilia snörvlade till och snyftade stilla. Åh vad hon önskade att hon kunde trösta sin dotter nu. Krama om henne och vagga henne som hon alltid gjort när något tråkigt eller skrämmande hänt. Hålla henne nära.

Hon kände hjärtat börja rusa och bröstkorgen bli trång. Det tog emot när hon andades. Emilia tycktes märka detta för klappandet av handen intensifierades och även kinden började smekas intensivt. En oro spred sig i rummet och en ökning av aktiviteten blev påtaglig. Strax kände hon ett lätt stick i låret och hörde den mjuka rösten från sjuksköterskan öSå, nu känns det snart bättre. Du har fått lite lugnande medicinö

När lugnet hade lagt sig fortsatte pratandet men nu orkade hon inte försöka lyssna längre.

Nästa gång hon vaknade tänkte hon som vanligt på att hon fortfarande levde. Därefter noterade hon röster i rummet. Hon kände igen sina barns men inte de andra. En myndig röst förkunnade att någon måste lyfta någon annan för att något skulle komma på plats. Hon undrade om detta rörde henne och förstod att det gjorde det när starka armar omslöt henne och försiktigt lyfte upp henne. Alexöröst killade mot hennes öra när han mumlade öSåja morsan. Du ska få en ny madrass. Det tar inte lång stundö. Det var skönt att vila i hans famn. Hon njöt av det men strax blev hon lagd på sängen igen. Nu på en madrass som surrade och tycktes röra på sig. Till all lycka lade de henne på hennes favoritsida, den högra och hon slappnade strax av och vande sig vid madrassen.

Någon började treva under hennes nattlinne och drog upp det över magen så hon huttrade till. öJag ska bara greja lite här och koppla en smärtpump så du inte behöver ha ontö sa en röst som hon då kände igen som sjuksköterskans. Hon kände ett litet stick i huden på bröstkorgen och sedan drogs nattlinnet ner igen. Hon hörde den milda rösten förklara för Emilia och Alex om morfin, extradoser och spärrtider. Alex ställde massor av frågor och hon hörde att han var orolig. Genast började hjärtat banka snabbare och andetagen kännas tunga. Några ögonblick senare kände hon ett nålstick i benet och en röst som än en gång pratade om lugnande medicin.

Hon dåsade bort igen.

Det var tyst i rummet när hon vaknade till. Och mörkt. Hon låg kvar på sin högra sida men nu gjorde det ont i höften och i magen. Hon försökt vända över på rygg men orkade inte trots att hon ansträngde sig så att hon flämtade och jämrade sig. Plötsligt kände hon en hand mot kinden och hörde Emilia öMamma, jag är här. Jag ska ge dig lite extra mot värkenö Sedan fortsatta Emilia att prata med henne men hon orkade inte riktigt lyssna. Efter en stund kom Alex in i samtalet och hon kunde somna om.

Emilia och Alex halvlåg i varsin fåtölj nära sin mammas säng. Ingen av dem ville gå och lägga sig fast de hade pratat om att turas om. De småpratade eller läste och någon stund blundade de men de hade hela tiden koll på mamman i sängen.

Hon hade haft ont för en stund sedan, det hade de tydligt märkt och efter att ha tryckt på den anvisade knappen på morfinpumpen hade mamman somnat om. Nu var klockan nästan halv två på natten om hon hade sovit lugnt i ett par timmar när hon började flåsa på det viset hon gjort ett par gånger tidigare och som sjuksköterskan hade kallat oro och som de förstod var dödsångest.

Sjuksköterskan hade sagt att morfinet kunde hjälpa lite men att de fick ringa efter henne eller någon av kollegerna om de ville så kunde de ge en spruta. Efter att ha tryckt på morfinpumpen tittade Emilia på klockan och sa öOm en halvtimme kommer de ju ändå. Vi kanske kan vänta?ö Alex nickade men inte utan skepsis.

Oron tycktes förvärras och smittade de två vid sängkanten. De tittade ideligen på klockan men denna gick långsamt och det var fortfarande tjugofem minuter kvar tills sjuksköterskan skulle komma.

öKommer du ihågö sa Emilia önär vi var små och var ledsna, hur mamma alltid höll om oss?ö

öJaö svarade Alex öHon höll ofta om oss. Alltid när vi skulle sova låg hon bakom oss i sängen, höll om och sjöng om regnbågen.ö

De log båda åt minnet.

öOch pappa brukade hålla om henne när hon var ledsen. Kommer du ihåg när mormor och morfar hade dött och pappa höll om henne i flera dagar medan farmor skötte om oss?ö fortsatte Alex.

Emilia nickade.

öJa, och när hon kom hem från sjukhuset efter missfalletö

De tystnade.

öTror duí ö sa Emilia och sneglade mot mamman i sängen.

Alex nickade igen.

öKanskeí ö

öMen madrassen då?ö funderade Emilia och kände med handen i sängen.

Alex tog upp telefonen och knappade snabbt in numret från lappen de fått av sjuksköterskan.

Emilia hörde och såg hans oro när han presenterade sig, beskrev mammans tillstånd och deras förslag. Han knäppte av och log lättat mot Emilia.

öInga problem. Madrassen anpassar sig automatiskt efter vikten.ö

Hon kände hur det blev varmt och behagligt tungt om ryggen och hörde hur någon sjöng svagt nära hennes öra öOvan regnbågen finns ett sagans land...ö

En arm höll om hennes kropp och hon tyckte sig känna ett annat hjärta slå.

Hennes eget hjärta hade hamrat på i bröstet en så skrämmande lång stund att hon tänkte att det nog inte skulle orka så länge till. Nu kände hon hur det långsamt lugnade sig och hon tyckte att det blev lättare att andas. Mardrömmarna om att snava och falla handlöst tycktes lösas upp och försvinna. Hon kände sig trygg.

Den femte december klockan kvart i tre på morgonen drog hon sitt sista andetag. Det sista andetaget var ett i raden av ytliga lite rossliga andetag, det var inget speciellt alls med det och inget antydde att just detta skulle bli det allra sista.

Ambulanslarm

av Karin Hugelius

Som kort presentation kan man skriva så här om mig:

Karin Hugelius är sjuksköterska med specialistutbildningar inom anestesi samt ambulanssjukvård. Hon har sedan sin sjuksköterskeexamen 1999 arbetat med barnsjukvård, som narkosköterska och som medicinsk koordinator på Räddningsverket. Sedan några år arbetar hon på ambulansen på Karlskoga Lasarett samt undervisar blivande kollegor på Örebro Universitet och deltar också emellanåt i internationella humanitära hjälpinsatser.

Prio ett larm. öMedvetlös vuxen, ingen andning. HLR pågåro står det i sökaren. Det är söndag morgon, andra advent. En vacker vinterdag, rimfrosten gnistrar i träden längs vägen där vi åker. Magen kurrar, jag har inte ätit frukost. Inte borstat tänderna. Nattens ambulanstransport av gör sig påmint och jag kväver en gäspning. Närmsta ambulans är upptagen, vi har ungefär 4 mil till adressen. Jag pratar med SOS Alarm, de berättar att det rör sig om en man i 40 årsåldern. Hustrun håller på med telefon- HLR tillsammans med en annan SOS operatör.

Det är en vacker villa, nästan som en gård, ute på landet. Inga grannar att tala om, närmsta hus skymtar några hundra meter bort när vi slirar upp på gårdsplanen framför huset, klämmer in vår ambulans mellan brandbilarna. Jag hoppar ut, öppnar bakluckan och ser min egen andedräkt i kylan. Tar med mig utrustningen och springer upp på farstubron, in i hallen. Till höger ligger vardagsrummet. Där sitter en kvinna och några ungdomar i soffan, stirrar mot mig, tysta. En brandman pekar menande upp mot trappen och jag tar den i två kliv. På golvet i sovrummet, mellan väggen och dubbelsängen med skrynkliga sängkläder ligger han, familjefadern, maken, sonen, arbetskamraten, jaktlagskillen och min patient. Två brandkillar kämpar med HLR, jag kopplar på defibrillatorn och suckar när jag ser det raka strecket. Vi försöker lite till, ger adrenalin, syrgas. Men jag inser ganska snart att han är borta. Vi kan inte ändra det som är definitivt. Narkosläkaren i telefonen håller med, jag står inne i badrummet och vi går igenom checklistan; ljusstela pupiller, asystoli, tidigare sjukdomar, given behandling osv. I rummet intill hör jag hur min kollega fortsätter med HLR. öHur vill du göra?ö säger narkosjouren och jag tvekar. Vem är jag att döma av? Men vem är jag att döma till att fortsätta? Han har varit borta så länge. Vi har 7 mil till sjukhus. Jag vet, men orden sitter långt inne. Jag går ut och lägger en hand på min kollegas axel, han upphör med bröstkompressionerna. Jag tittar upp på brandmännen som står omkring oss, svettiga och tagna av situationen. Försöker förklara att vi inte kan fortsätta. Att de gjort allting de kunde, men tyvärrí Ber dem om hjälp att

lägga upp honom i sängen igen. Slätar ut lakanet och lägger täcket över honom lite, som om han sov. Läger upp ena handen på täcket. Han ser lugn ut. Fast lite blåaktig. Vi står stilla alla omkring honom ett ögonblick, det känns bra. Värddigt på något vis. Jag önskar att det räckte här, men det gör det inte. En trappa ner sitter hans familj och väntar. Jag tänker att de måste ha hört att aktiviteten avtagit här uppe. Kanske förstår det redan? Jag tar ett djupt andetag och stålsätter mig. Det här är det värsta. Går nedför trappan, försöker nästan smyga lite, inbillar mig att det blir lindrigare då av någon anledning. Närmar mig gruppen i soffan, tänker på att se dem i ögonen. Jag har ingen plan, inga färdiga formuleringar i huvudet, tänker bara att eftersom det är barn med måste jag använda rätt ord så det inte blir några missförstånd. Jag presenterat mig, och så säger jag det som ligger närmast till hands. Vi har försökt hjälpa er pappa o man på alla tänkbara sätt ö. Jag rycker till av det plötsliga ljudet. Den yngsta dottern skriker hjärtskärande rakt ut; ÖTYST!!!!!!!!!!!! Säg inget mer! ö. Mamman drar henne intill sig och sväljer. Jag avvaktar en sekund. Sen fortsätter jag. Har jag börjat kan jag inte avbryta känns det som, ska inte dra ut på det. Beskedet tas emot med tystnad. Dottern gråter fortfarande, inborrad i mammas famn. Tonårskillen i soffan sitter stel och håller sin flickvän i handen. Mamman stryker sin dotter över håret och tårarna rinner sakta nedför de stela kinderna. Jag ser mig lite om, behöver en paus från deras ansikten. På matrumsbordet står en adventsljusstake, julduken är lite fläckig. Kanske hade de julmiddag här igår? Kanske pratade de om julklappar? Eller om vilken julsång de gillar bäst? Kanske spelade de spel?

Vi sitter tysta hos dem, min kollega och jag. Så småningom frågar mamman den vanliga frågan; vad händer nu? Känns alltid lika fel att börja berätta om dödsbevis, läkarintyg och begravningsbyråer. Som vanligt frågar vi om det är någon vi kan ringa? Någon som kan komma och vara hos dem? Mamman tänker efter. Nej, det finns ingen. Men vi står på oss. Vi vet att när vi åker om en stund så kommer världen att hinna ikapp dem. Finns det ingen som kan komma, en granne, släkting, barnens kompisars föräldrar, en lärare, någon? Min kollega får ett nummer till en släkting till sist. I väntan frågar jag om de vill se sin pappa. De tvekar. Men mamman vill. Jag följer henne upp till sovrummet. Står i bakgrunden, inbillar mig att det är så jag själv skulle vilja ha det, som en trygg skugga men ändå inte för nära. Hon sitter på golvet och lägger huvudet mot hans bröstorg. Jag vill inte ljuvlyssna på hennes tankar. Tar ett steg tillbaka. Så småningom kommer barnen också

upp, till o med flickan. Hon skakar i hela kroppen, min kollega håller henne om axlarna och leder henne fram till hennes mamma. Hela familjen samlad igen. Tiden nästan stannar. Rimfrosten på fönsterbläcket. Ett ögonblick av det vackraste som finns. Jag tänker att nu vet jag det igen. Att sorgen, det är inget annat än det största beviset på kärlek. Vi är stilla. Utan ord förklarar de sin kärlek till varandra. Tar farväl.

En stund senare sitter vi åter i soffan nere i vardagsrummet. Min kollega kokar te på spisen. Brer lite smör på kex. Mamman vill ha ost också. Väntar på läkaren som ska komma. Pappersarbetet. Till och med i döden måste vi fylla i blanketter och uppfylla byråkratin. Mamman sitter blek men samlad, hon håller sin tonårsdotter i handen hela tiden. Som om hon vill säga att jag lämnar dig inte. Det ringer på dörren och jag går för att öppna. Ett äldre par, frågande blickar som möter min. De anhöriga har anlant. Jag känner direkt att det är rätt. Den här familjen behöver den här kvinnans kloka blick och mannens fasta trygghet. Känns bra, även för mig.

När jag och min kollega tar farväl en liten stund senare så känns det som om vi känt varandra länge, mamman, barnen och vi. De nästan två timmarna vi delat kan inte mätas i tid. Sekunderna innan och evigheten efter. Jag kan inte låta bli att trycka mammans hand en gång extra. Det finns inga ord, men det känns inte tyst. När vi går ut mot ambulansen på gårdsplanen skiner solen. På radion spelar man julsånger. Vi säger inget, kollegan och jag, sätter oss i bilen och trycker öåtergåro på statuspanelen. Återgåo till vår vardag, vårt eget liv. Åter påminda om dess begrånsningar och sårbarhet. Och därigenom påminda om allt bra vi har. Solen skiner på träden och rimfrosten har börjat smålta här och där. Det är en vacker dag.

Du fattar ingenting

av Hanna Åsberg

Jag är 29 år, kommer från Hallstavik och läste läkarutbildningen i Umeå. Blev klar med min AT i Gävle hösten 2010. Har för närvarande ett vikariat på hematologen vid Gävle sjukhus, men planerar att börja ST i primärvården. I grundskolan och gymnasiet skrev jag en del noveller och dikter samt var med i ett par skoltidningar. Under läkarutbildningen fanns inte tid eller kraft till skrivande. Nu när jag börjat arbeta som läkare försöker jag komma igång igen. Jag gillar att skriva för att det är kreativt och ett bra sätt att reflektera över sina upplevelser.

Arbetsdagen hade precis börjat på hälsocentralen. Jag satt på mitt mottagningsrum och som vanligt började jag med att öppna datajournalens tidbok. Enligt den skulle jag förnya några recept innan det var dags för det första patientbesöket klockan nio. Överst på receptlistan stod Eva Larsson. Jag suckade och tittade ut genom fönstret, en vana som jag lagt mig till med när jag inte visste hur jag skulle hantera den brokiga rad av frågeställningar som ständigt uppstod på en hälsocentral.

Det var en ljum vårvinterdag, solen sken på plättar av brun jord och smältande snö utanför mitt fönster, och jag hade varit på hälsocentralen i några veckor. Jag var i slutet av min AT. I detta landsting inleddes AT:n med en månads tjänstgöring i primärvården, därefter väntade introduktionskurser och akutkurs innan tjänstgöringen på sjukhuset började. AT:n avslutades med resten av primärvårdsplaceringen, vilket brukade bli ungefär fem månader. Så nu var jag tillbaka på den hälsocentral där jag hade börjat för ett och ett halvt år sedan, men med ett litet bagage av nya erfarenheter från läkaryrket. Många var de kliniker som jag passerat på sjukhuset. Jag hade arbetat på nästan varenda avdelning och av de få ställen som jag inte hade tjänstgjort på, så hade jag passerat de flesta under någon journatt. Gud vet hur många jourtimmar som gått sedan jag var färsk AT-läkare för ett och ett halvt år sedan. Någon slags yrkesmässig och personlig utveckling borde detta ha lett till.

Men primärvården var annorlunda. Det var ett annat sätt att arbeta, ibland även var det också ett annat sätt att förhålla sig till patienterna. Vissa sjukdomar och tillstånd kände jag igen från sjukhuset, och dessa var inte alltför svåra att hantera. Patienter med högt blodtryck, hjärtsvikt och andningssvårigheter hade jag träffat på medicinkliniken. Buksmärta, vattenkastningsbesvär och sårskador hade jag handlagt på kirurgen. Frakturer och trauman hade jag stött på många gånger. Jag kunde göra en någorlunda suicidbedömning om patienten uppvisade tecken på depression. Men de typiska

primärvårdspatienterna, dem kunde jag bara lära mig om i primärvården och där hade jag mycket begränsad erfarenhet. Jag kände mig vilsen och fick fråga ofta. Min handledare, som hade arbetat som familjeläkare ungefär lika många år som jag själv hade levt, insåg inte hur dålig jag var på dessa patienter, tänkte jag för mig själv men sa inte detta till honom. Att bedöma en trumhinna, spegla larynx, behandla smärtor från rörelseapparaten, hantera sjukskrivningar med oklara psykiska diagnoser, sätta in en prolapsring ó ja, allt detta var knepigt för mig.

Det var en liten hälsocentral på en liten ort. Den var underbemannad och tyvärr finns det inga mirakelrecept för att rekrytera fasta läkare till sådana hälsocentraler. Två familjeläkare arbetade där sedan många år. De hade varit tre, men den tredje hade nyligen bytt till en annan hälsocentral och arbetade hos oss någon vecka då och då. Då tog han bara planerade återbesök, till exempel patienter med diabetes och högt blodtryck. Nu hade han påsklov, och skulle återkomma först någon vecka i slutet av maj. Alla hans patienter som behövde hjälp utöver dessa återbesök bokades på mig. Vissa av dessa patienter var egentligen för svåra för en AT-läkare, men de två andra familjeläkarna som arbetade heltid var redan överbelastade och kunde inte ta emot fler patienter.

En av dessa patienter var Eva. Jag hade inte träffat henne ännu, men vårdenhetschefen och några av distriktssköterskorna hade vid flera tillfällen pratat med mig om henne. De hade uttryckt stor oro för Evas Dexofenkonsumtion. Jag tittade i journalen och såg mycket riktigt att konsumtionen hade ökat under en period på ett par år och den var nu långt över den rekommenderade nivån. Den tidigare läkaren hade förnyat recept efter recept med allt högre doseringar, samtidigt som jag kunde läsa mellan raderna i journalen att han varit bekymrad och öatt den aktuella doseringen är över den rekommenderade maxdosen och att detta inte är hållbart på sikt vilket patienten är införstådd medö. Patienten hade vid ett tillfälle blivit remitterad till neurolog med anledning av hennes besvär med domningar och stickningar i kroppen. Neurologläkaren hade också noterat i journalen att öden höga konsumtionen av Dexofen inte är acceptabel vilket patienten informeras omö. Patienten hävdade, enligt journalen, att besvären med domningar och stickningar funnits sedan flera år och att Dexofen var det enda som hjälpte samt att hon hittills inte hade märkt av några negativa effekter av läkemedlet. På något sätt verkade det som att läkaren hade väntat på att Dexofen skulle avregistreras från marknaden, vilket det hade varit tal om en längre tid.

Kanske hade man hoppats att det var lösningen på problemet, eftersom det då inte skulle gå att skriva recept på läkemedlet längre. Men varje gång patienten hade begärt förnyat recept på Dexofen så hade det visat sig att det fortfarande fanns kvar på marknaden och receptet hade alltså förnyats.

Min chef och distriktssköterskorna tittade vädjande på mig och ville att jag skulle ta tag i Dexofenproblemet. Jag insåg snabbt att de hade helt rätt. Eva var beroende på Dexofen. Jag var förvånad och irriterad över att den tidigare läkaren låtit detta fortgå och att jag nu fått problemet lämpat i mitt knä. Än mer oroad blev jag när journalen nämnde att Eva var alkoholist, även om hon tycktes ha varit nykter de senaste åren. Kombinationen Dexofen och alkohol kändes minst sagt olustig.

Det beslutades att Eva skulle bokas in på ett läkarbesök till mig. Dock behövde hon ett förnyat recept på Dexofen innan besöket. Jag öppnade FASS, lusläste under rubriken dosering, dubbelkollade nät-FASS och pappers-FASS. Den rekommenderade dosen var högst åtta tabletter per dag. Hon hade fått utskrivet uppåt 30 tabletter per dag. Hur sjutton skulle jag göra med receptet?

Jag rådfrågade den ena familjeläkaren, som också dubbelkollade i FASS. Jo, det var en på tok för hög dosering. Den var antagligen toxisk. Hon hämtade den andra familjeläkaren, min handledare, som också såg klart bekymrad ut. Till slut bestämde vi tre att jag skulle skriva receptet men att patienten måste komma på ett snart besök. Fram tills dess fick hon komma och hämta sina Dexofentabletter hos distriktssköterskan varje dag.

De två familjeläkarna gick på semester. Kvar blev jag och en hyrläkare, som verkade vara en kompetent familjeläkare och som jag hade förtroende för. Evas namn fanns i tidboken och kröp allt närmare mig. Hon hade tid på skärtorsdagen. Jag gruvade mig för besöket och det jobbiga samtal som kanske väntade.

Skärtorsdagen kom, och Eva hade tid på eftermiddagen. Strax före lunch ringde en ST-läkare från intensivvårdsavdelningen på länssjukhuset. Det var Anders, en kille i min egen ålder som för övrigt nyligen hade avslutat sin AT och som jag kände sedan tidigare. Han önskade Evas journalkopia faxad till sig. Han berättade att Eva tagit åtta Dexofentabletter på morgonen mot sina domningar och stickningar, men det hade inte hjälpt och då hade hon druckit alkohol för att dämpa besvären. Hon hade kommit in akut med

andningsdepression och blivit inlagd med övervakning. Nu hade hon hämtat sig och var på väg att bli utskriven, men frågade efter recept på Dexofen.

Det här beroendet var långt värre än jag hade trott och klumpen i magen växte. Eva hade varit nära att avlida av kombinationen dextropropoxifen och etanol. Förbannade apoteket, varför hade de inte dragit in läkemedlet ännu? Alla visste att det var en livsfarlig kombination och alla pratade om att läkemedlet skulle avregistreras, men månad efter månad fanns det kvar på marknaden.

Under skärtorsdagen blev det flera samtal fram och tillbaka mellan mig och Anders på intensivvårdsavdelningen. Till slut lyckades han ordna en psykiatrisk bedömning av Eva innan utskrivning. Psykiatern ifråga hade, märkligt nog, föreslagit att hon skulle få fortsätta med Dexofen, en bedömning som varken jag eller Anders kunde ställa oss bakom. Samtidigt som jag satt i telefonen med honom stod Evas man i väntrummet på hälsocentralen. Från mitt rum hörde jag hur han pratade med hög röst med en av distriktssköterskorna och att han lät upprörd. Jag ville helst undvika honom i det här läget. Eva skulle bli utskriven från sjukhuset men kunde inte vara helt utan Dexofen under påskhelgen, då skulle hon bli abstinent. Anders försökte skicka henne till avgiftning men hon vägrade. Överenskommelsen blev till slut att distriktssköterskan skulle dela Dexofentabletterna till Evas man, som ansvarade för att ge dem till Eva under helgen och se till så att hon inte drack någon alkohol. På tisdagen efter påsk ordnade vi en akut besökstid hos mig.

Påskhelgen består av fyra dagar. Långfredag, påskafton, påskdagen och annandag påsk. Jag hade inte planerat så mycket, utan hade tänkt ha en lugn och avkopplande helg. Istället gick jag hemma och väntade på tisdagen och kunde inte distrahera tankarna.

Så kom dagen. De två ordinarie familjeläkarna var fortfarande på semester och jag och hyrläkaren försökte hålla hälsocentralen flytande. Jag pratade med henne i förväg och vi var överens om att beroendet måste behandlas och brytas omedelbart. Eva dök upp med sin man. Besöket började ännu värre än vad jag hade förväntat mig. Det var en fientlig stämning i rummet från första sekund.

öJag måste ha de här Dexofentabletterna, det är det enda som hjälper mot stickningarna och domningarna, sa Eva. Hon såg lite svettig ut och hade en lätt motorisk oro. På väg in i mottagningsrummet hade hon rört sig långsamt och stelt, men nu satt hon på stolen med

spända, uppdragna axlar och hon hade ett yvigt kroppsspråk när hon talade. Hennes blick flackade något.

Jag gick igenom vårdtillfället på sjukhuset föregående vecka, förklarade att det var livsfarligt att kombinera Dexofen och alkohol och att hon kunde ha dött.

öMen jag har inte druckit på flera år, jag har varit nykter, det är säkertö, sa Eva. öDet var bara i torsdags, för jag hade så besvärliga stickningar. Jag vet att jag inte ska dricka när jag tar Dexofen, jag lovar att inte göra det igen.ö Hon pratade snabbt och forcerat.

öDu kan inte fortsätta så här. Det är farligt att ta så höga doser Dexofen. Jag bedömer att du har ett beroende och det måste behandlas. Det gäller även om du inte drickerö, sa jag med lugn men bestämd röst.

öDet är inte beroende som är problemet, det är domningarna och stickningarna! Jag behöver hjälp mot det. Du kan läsa i journalen. Jag har varit till hur många läkare som helstö, fortsatte Eva med allt högre tonläge.

öJag vet detö, sa jag. öMen allt det här har komplicerats av du har en beroendeproblematik. Nu måste vi behandla beroendet först, för att vi ska kunna behandla dina andra besvär sedan.ö

Nu bröt Evas man in med hög röst: öMen så här kan hon ju inte ha det! Du kan inte bara vägra att skriva ut medicinen! Hon har ju fått massa recept av er förut. Hur ska hon kunna sova på nätterna med domningarna och stickningarna? Hon har sökt hjälp i en massa år och nu finns det äntligen något som hjälper mot hennes besvär, då ska du ta bort det? Vad är det för vård?ö Han stirrade argt på mig.

Jag försökte hävda min pondus. Det var svårt. Jag var en 28-årig kvinnlig underläkare mot ett argt medelålders par som spände ögonen i mig. Vem som helst hade kunnat titta in i rummet och sett figurerna och tänkt på en gråblek mus som kämpade mot två elefanter. Jag hade varit naiv som trott att jag åtminstone skulle få Evas man med på min sida. Jag hade trott att han hade velat att Eva skulle få hjälp med sitt beroende. Men nej då, Evas problem var inte beroende utan det var oro, sömnsvårigheter, domningar, stickningar. Om jag inte skrev ut medicinen så skulle Eva börja dricka igen och då var det mitt fel att hon fick ett återfall. Var det verkligen vad jag ville?

Det var första och hittills enda gången som jag som läkare fått en riktig utskällning av en patient eller en anhörig. Eva och hennes man gick på. Jag var en dum läkare, jag fattade

ingenting. Jag var feg som inte ville skriva ut Dexofen. Jag var rädd att åka dit. Jag ville inte hjälpa dem. Inte egentligen.

Fram till den dagen hade jag inte insett vad medberoende innebar. Eva var svårt beroende och hennes man var svårt medberoende. Dessa två sidor av samma sjukdom påverkar hela tänkesättet och gör det omöjligt att nå fram med logiska, medicinska argument, sådana som vi läkare är vana att använda oss av. Efter en stunds retorisk kamp gav jag upp och hämtade hyrläkaren. Hon var betydligt äldre och mer erfaren och hon tycktes inge mer pondus.

Hyrläkaren vände sig mot Eva. öAldrig i livet att du ska bestämma vad jag skriver utö, sa hon. öDet är jag som håller i receptblocket.ö Sedan lämnade hon den diskussionen och erbjöd Eva remiss till en avgiftningsklinik eller till beroendecentrum. Eva och hennes man var fortfarande irriterade, men något mindre förbannade än för en stund sedan. Men hyrläkarens förklaring att det var en tidsfråga innan Dexofenet skulle ge organskador tycktes ändå ta lite skruv.

Efter ytterligare en stunds diskussion lämnade paret mottagningen i vredesmod, utan recept, utan remiss till avgiftning och utan att vi planerat någon fortsättning. Eva var snabbast ut och redan långt ute i korridoren när hyrläkaren hejdade Evas man och sa till honom med låg röst:

öDu, gå inte på det här. Det här är hennes ansvar.ö

Mannen tittade förvånat på hyrläkaren. Han tycktes avvärpa sig på något sätt, ansiktsdragen slätades ut, axlarna sjönk ned och den hårda blicken mjuknade. Kanske, kanske började det spira ett frö. Att hans fru hade ett beroende. Att hon behövde en förändring.

Efter deras besök var jag skakig i hela kroppen, händerna darrade och pulsen gick i 110. Jag gick och berättade för en av distriktssköterskorna om vad som hänt. Hon tyckte att det var bra att jag hade satt ner foten och sagt nej.

Jag oroade mig för fortsättningen. Eva och hennes man var förbannade på mig och jag hade verkligen misslyckats med att upprätta en terapeutisk allians. De kanske var arga på hela hälsocentralen och i så fall hade jag sabbat allt framtida samarbete. Eva som hade varit nykter i flera år skulle antagligen gå direkt till Systembolaget och ta sig ett rejält återfall i alkohol och säkerligen peta i sig några Dexofen också. Om hon inte fick tag i

tabletterna via ett elektroniskt recept, så kunde hon köpa dem för svarta pengar på gatan. Hon skulle snart ligga på intensivvården igen och nästa gång skulle hon säkert inte överleva. Om jag hade skrivit ut receptet, så hade det formellt varit mitt ansvar och HSAN hade gett mig en varning. Nu gjorde jag inte det, så på pappret var jag ren, men indirekt var det mitt fel om hon dog. I alla fall nästan. Det var ett moraliskt dilemma och jag hade ingen lust att ha hennes liv på mitt samvete. För att trösta mig själv upprepade jag hyrläkarens fras i mitt huvud. *Eva, det är du som börjar dricka, inte jag. Att ta ett återfall är ett aktivt val.* Det var inte jag som hade skrivit ut Dexofen i flera års tid, det var inte jag som höll i flaskan, det var inte jag som hade en beroendesjukdom.

Efter tisdagens besök gick allt fort. Halva hälsocentralen var engagerad i Evas problematik. Eva ringde till mottagningen och suicidhotade. Hon skrek till receptionisten att hon ville ha Dexofen. Psykologen erbjöd en samtalstid dagen därpå, men Eva vägrade komma. Distriktssköterskan ville göra ett hembesök, men Eva sa bestämt nej. Chefen var någon slags sammanhållande spindel i nätet och noterade allt som pågick. När jag gick hem på tisdagseftermiddagen hade jag fortfarande den där klumpen i magen. På kvällen satt jag hemma i soffan och tittade på nyheterna på tv, men kunde inte fokusera utan såg framför mig hur Eva söp sig redlös och sedan tog Dexofen och slutade andas.

På onsdagsmorgonen blev jag uppringd av en familjeläkare som hade varit jour under natten. Eva hade hotat att ta livet av sig igen och hon kunde inte sova. Familjeläkaren hade åkt dit och gjort en suicidbedömning. Hon tyckte inte att det var bra att sätta ut Dexofenet tvärt eftersom Eva skulle bli abstinent, hon behövde förstås avgiftning. Jag förklarade att vi försökt med detta, men Eva vägrade och vi klarade inte av att behandla henne i öppenvård. Hon och maken hade noll insikt, det gick inte att behandla henne på frivillig väg. Jag och hyrläkaren trodde inte att det var läge för LVM heller och det var för övrigt ett beslut som inte låg på vårt bord.

På onsdagseftermiddagen ringde Eva till mig och grät i telefonen. Det hördes att hon var rejält påverkad, hon lät slirig på rösten. Antagligen var hon full men det kunde vara Dexofen eller något annat också. Senare fick jag veta att hon hade blåst noll på alkometern samma dag. Hon berättade att hon mådde jättedåligt, det stack i hela kroppen, hon kunde inte sova, hon behövde hjälp. Kunde hon få hjälp med sömnen om hon blev inlagd? Skulle hon få hjälp med domningarna och stickningarna på avdelningen? Hon

verkade desperat och upprepade frågorna gång på gång. Jag lirkade och lovade utan att lova för mycket. Jaha, ja men då kanske hon kunde tänka sig att åka dit i alla fall. Hennes beroende var inte så farligt, men om hon fick hjälp att sova skulle det bli lite bättre i alla fall. Den här gången accepterade hon mitt förslag om hembesök och remiss för inläggning.

Jag och distriktssköterskan, som nu utvecklat ett finstämt samarbete i fallet Eva, agerade snabbt. Det gällde att få iväg Eva på avgiftningskliniken innan hon ändrade sig. Distriktssköterskan skulle åka hem till Eva samma kväll med en sömntablett, och sedan skulle distriktssköterskan och psykologen göra nytt hembesök påföljande morgon med somatisk kontroll och så försöka få in Eva i taxin till avdelningen med remissen i handen. Allt förbereddes på eftermiddagen, nästa morgon fanns inte mycket tid utan allt måste flyta på. Vi ringde avgiftningskliniken, vi beställde taxi, vi skrev remissen, vi gjorde i ordning väskan med blodtrycksmanschett, saturationsmätare och alkometer.

Jag var orolig för distriktssköterskan, som skulle åka ensam hem till Eva på eftermiddagen. Eva var beroende, psykiskt labil, storväxt och hon kunde bli aggressiv. Jag föreslog att distriktssköterskan borde ta med sig en kollega. Själv var jag fullbokad på mottagningen och kunde inte följa med. Distriktssköterskan, som var en optimistiskt lagd person, sa lika käckt som alltid: öDet ordnar sig ska du se! Jag har hand med folk.ö Torsdagsmorgonen kom, jag hade fullt upp med patienter på mottagningen, men jag tänkte på Eva som borde vara på väg till avgiftningen nu. Jag hoppades, hoppades, hoppades intensivt att hon hade kommit iväg.

Vid förmiddagens fikarast sökte jag upp psykologen och distriktssköterskan och frågade hur det hade gått. Jodå, Eva hade satt sig i taxin och åkt. Det hade gått som på räls vid hembesöket imorse.

Oroligt vände jag mig till distriktssköterskan: öHur gick det igår kväll? Du gjorde ett hembesök ensam hos Eva. Jag tyckte det kändes olustigt.ö

Hon lutade sig fram mot mig, blinkade med ena ögat, smålog. öJag ringde på dörren, Eva släppte in mig och gav mig en kram. Hon fick sin sömntablett.ö Hon såg nöjd ut, men inte förvånad, ungefär som om det var precis den händelseutvecklingen hon hade förväntat sig. Jag gick omkring och flinade resten av dagen. Något slags förtroende måste Eva ändå ha fått för personalen på vår hälsocentral. Även om jag, läkaren, var budbäraren som hon

skjutit, så hade hon kramat distriktssköterskan. Hon hade ringt och gråtit och bett om hjälp. Och hon hade lagt in sig för avgiftning. Hennes beroendesjukdom skulle alltid finnas där, även om hon blev nykter och ren från tabletter och alkohol och allt vad det innebar. Vi kanske hade räddat hennes liv, åtminstone för ett tag. Det var en seger, en liten men kanske ändå en stor seger över Beroendet.

Eva och hennes man lärde mig något om ansvar och beroende. Om läkarens ansvar, patientens ansvar, anhörigas ansvar. Att jag vågar stå för mina medicinska beslut och säga nej. Att en patient med beroende kan vara helt omöjlig att resonera med och att en anhörig med medberoende kan vara minst lika svår att hantera. Att patienterna i slutändan ändå på något konstigt sätt kan vara tacksamma och vilja ta emot hjälp även om de varit förbannade, gråtit, skrikit och hotat.

Efter den här händelsen blev jag så intresserad av beroendesjukdomar att jag köpte en omfattande bok i ämnet.

**Två svenska abstracts till IBF 17th World Balint Congress 7-11 sept
2011 I Philadelphia.**

Poster abstract

**THE RESIDENT, THE PATIENT AND THE ILLNESS ó A BALINT GROUP
PROJECT FOR RESIDENTS FROM VARIOUS SOMATIC HOSPITAL
DEPARTMENTS**

Elsa Lena Ryding, MD, PhD, Assoc. Professor, Dept of Women's and Children's Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, elsa-lena.ryding@karolinska.se
Henry Jablonski, MD, MSc, Psychiatrist, Psychoanalyst in private practice

Background

Balint groups for residents in obstetrics and gynecology, as well as in family medicine, have been evaluated previously. At Karolinska University Hospital we were encouraged to plan educational projects for the furthering of the professional development of residents of *all* specialities.

Methods

Twelve residents from five somatic specialities registered for a 14 sessions Balint group, and nine for the control group.

Before and after the intervention:

A questionnaire used by Nease in the Resident Balint Outcomes Study

The work environment scale used by Kjeldman in her dissertation work "The Doctor, the Group and the Task"

After each session:

An evaluation questionnaire developed by Kjeldman for both group members and leaders

Results

Empathy and psychological mindedness

The median empathy score was 100 (range 81-111) The psychological mindedness score was 113 (range 102-129). There was no difference between the two groups. The scores resemble those reported in the Resident Balint Outcomes Study.

Work environment

The reported experiences resembled those of the non-Balint members in the Kjeldman study. There was a tendency of a worse situation for the control residents.

Evaluation of the sessions and individual themes

The group work was appreciated. Becoming the "right" kind of doctor, and role models were main themes. Cases will be presented.

Conclusion and further plans

Residents from various clinical fields may work well together in a Balint group. In the next phase of the project we intend to look at possible changes in scores compared with before the intervention, and compared with a larger control group.

Paper abstract

The Doctor, Her Patients and the Gifts

-the meaning of gifts as reflected in Balint group work as training with research
by Henry Jablonski, MD, M Sc, psychiatrist and psychoanalyst, Sweden

An ongoing Balint group of experienced GPs discussed cases of gifts made to physicians, including the story of the patient, of the doctor-patient relationship, the doctor's feelings about the gift and the deeper meaning or symbolic significance of the gift for the doctor-patient relationship. The GPs concluded that "poisoned" gifts dominated their practices threatening their own mental health and contributing to burn out, making gifts a worthy focus for discussion/study in a Balint group. Such study can highlight important issues in daily GP practice and serve as a pre-study for research on a larger scale, involving multiple Balint groups.

Verksamhetsberättelse 17 mars 2010 - 16 mars 2011

för

Svensk Föreningen för Medicinsk psykologi (SFMP)

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

Styrelsen för SFMP har under verksamhetsåret haft följande sammansättning:

Ordförande: Henry Jablonski

Vice ordförande: Bengt Hamark

Sekreterare: cirkulerande

Kassör: vakant, föreningens namn tecknas av ordf och v ordf

Övrig ledamot: Kjell Reichenberg

Revisorer: Juanita Forssell, Christer Smeds, rev. suppleant Noomi Elander-Lindberg,
Valberedning: Dorte Kjeldmand (sammankallande), Lotti Helström, Maud Sjöström

Henry Jablonski och Bengt Hamark har varit SFMP:s representanter i sektionsstyrelsen.

SFMP:s förra *årsmöte* avhölls 17 mars 2010.

Föreningens styrelse har under året haft ett protokollfört möte, ett antal percapsulam-sammanträden och en omfattande email-kontakt

Föreningen har under året haft c:a 35 *medlemmar*. Medlemmarna utgörs framför allt av läkare, men även andra yrkesgrupper inom vården finns representerade.

Diskussioner har förts om hur vi skulle kunna vända det kraftigt sjunkande medlemstalet och engagera yngre generationer läkare och sjukvårdspersonal i föreningen.

Medlemsavgiften har varit oförändrad 200 kr. Pensionerade *icke yrkesverksamma* medlemmar betalar ingen avgift.

Föreningens *ekonomi* är relativt stabil pga av de fonderingar som gjorts tidigare år.

Verksamheten går dock med ständigt underskott de senaste åren trots minimala administrativa kostnader pga kraftigt vikande antal betalande medlemmar..

Skivarpriset, resekostnaderna för de styrelsemedlemmar som inte bor i Stockholm, samt de internationella aktiviteterna inom International Balint Federation är de tyngsta utgiftsposterna.

Enligt styrelse- och fg årsmötesbeslut delas ansvaret för kassörsfunktionen av ordf och v ordf. Det löpande kassörsarbetet har under året skötts av ordf.

Föreningens tidskrift *Bulletinen* har utkommit med ett dubbelnummer 2009:2-2010:1 . Henry Jablonski har varit t f redaktör. Redaktörskapet för sektionens bulletin *Paraplyt* är också olöst, Svenska Psykoanalytiska Föreningen står i tur för redaktörskapet.

Föreningens *hemsida*, www.sfmp.se har reviderats vid två tillfällen under året med hjälp av extern webbmaster.

Föreningens skrivartävlingar 2010 med prisutdelning under 2011 har väckt stort gensvar ó ett 50-tal bidrag till huvudtävlingen och 5 bidrag till student-/AT-tävlingen. Maud Sjöström har varit samordnare och sammankallande för tävlingsjuryn i vilka även Lena Svidén och Bengt Hamark ingår. Resultaten offentliggörs under våren 2011.

På Läkaresällskapets riksstämma 1-3december presenterade sektionen och föreningen ett symposium med titeln öKlinisk vardag och läkares skrivandeö.

Elsa-Lena Ryding höll ett inspirerande föredrag om sin egen diktning som följeslagare genom hennes kliniska liv från dissektionsbordet som medicine studerande till den stundande pensioneringen, Oskar Lundgren reflekterade läste stycken ur sitt prisvinnande bidrag 2008 och reflekterade över sin egen personliga och kliniska utveckling och de allmänna erfarenheter man dra ur denna vad gäller känslighet och avskärmning i den kliniska vardagen.

Åke Lassons vinnande bidrag öPappas värsta otursdagö framfördes av moderatorm Henry Jablonski i Åkes frånvaro. Symposiet bevistades av 25-30 deltagare och väckte en livlig diskussion.

På sektionens och föreningens förslag hade allmänläkaren och författaren John Salinsky, London bjudits in att föreläsa om öFranz Kafka and his short story A Country Doctorö. Moderator vart Henry Jablonski. Föreläsningen var mycket uppskattad hos ett 50-tal åhörare och följdes av en än mer livfull diskussion.

Lena Svidén tillsammans med allmänläkare Tina Nyström Rönnås och onkolog Nina Cavalli Björkman ordnade ett skrivarseminarium på AT-stämman 2010.

Inom sektionen har föreningen vidare aktivt deltagit i planeringsarbetet för symposier på Läkarstämman samt i besvarandet av remisser

Balintverksamhet

Styrelsen har under året haft kontakt med Balintaktiva i Malmö-Lund-regionen kring en planerad Balint-ledarutbildning där och med Balintföreträdare i Linköping för att där uppmuntra och stödja fortsatt Balintarbete efter Kerstin Wijkmarks alltför tidiga bortgång.

Det nordiska Balint-samarbetet har fördjupats under året och resulterar i ett Balintsymposium på nordiskt Allmänläkarmöte i maj 2011 i Tromsö samordnat av Jörgen Ströbeck ordf i Det Danske Balintselskab.

Juanita Forssell, Dorte Kjeldmand och Henry Jablonski har också fört fortsatta diskussioner även med representanter för de danska och finska Balint-föreningarna för fortbildning och kvalitetssäkring av Balint-arbete. Det nordiska samarbetet har också omfattat den IBF ledarskapsutvecklingskonferens som avhålls i Köpenhamn 28-30 april 2011.

IBF council meeting avhölls i Oxford i samband med brittiska Balintföreningens week-end konferens med nordiskt deltagande från Sverige, Danmark och Island. Henry Jablonski representerade den svenska föreningen.

Inbjudningar till utbildningar i Balint arbete (Oxford week-end conference, den danska föreningens utbildning) och psykosomatiska konferens (i Görlitz) har utgått till föreningens medlemmar, liksom ett Call for Papers till IBF 17:e Internationella Balintkongress som avhålls i Philadelphia, Pennsylvania, USA 7-11 september 2011.

Henry Jablonski har nominerats till President of The International Balint Federation för en tredje tvåårig mandatperiod.

Henry Jablonski var inledare och moderator för ett av IBF lanserat Balintsymposium på WONCA Europé Malaga-kongress 6-9 oktober 2010 tillsammans med Andrew Elder, GP, London, Marie-Anne Puel, allmänläkare Paris och Don Nease, assoc. prof Family Medicine, Ann Arbor, University of Michigan. Han bidrog också i ytterligare ett symposium om Balintarbete som leddes av Don Nease.

Under kursmomentet Professionell Utveckling (PU) vid Karolinska Institutet i Stockholm fortsätter de Balintliknade grupperna på femte och sjätte terminen. Flera av gruppledarna har genomgått tidigare års Balintledarutbildning och/eller är medlemmar i vår förening. Anita Häggmark är kursansvarig.

Elsa Lena Ryding och Henry Jablonski har under året genomfört ett forskningsprojekt enligt Balint-modell med ST-läkare från olika kliniska specialiteter på Karolinska Sjukhuset, Solna.

Stockholm 2011-02-15

För styrelsen
Henry Jablonski, ordförande

PROTOKOLL ÅRSMÖTE

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

Onsdagen den 16 mars 2011 kl 16.45-17.45 på Svenska Läkaresällskapet, Stockholm

Närvarande:

Bengt Hamark, Lotti Helström, Henry Jablonski, Lena Moegelin, Elsa-Lena Ryding, Maud Sjöström, Lena Svidén.

1. Valdes Lotti Helström till ordf, Henry Jablonski till sekr, och Lena Moegelin och Elsa-Lena Ryding att justera årsmötesprotokollet.
 2. Kallelseförfarande: Noterades att årsmötet var stadgeenligt utlyst
 3. Dagordningen godkändes.
 4. Verksamhetsberättelsen föredrogs av Henry Jablonski och lades efter korrigeringar till handlingarna.
 5. Kassaberättelse och 2011 års budget: Föredrogs av Henry Jablonski.
 - a. Beträffande förvaltningen av Scmidtska/sfmp/Avanzamedlen har styrelsen under året delegerat till Henry Jablonski att sköta den löpande praktiska förvaltningen.
 - b. Årsmötet rekommenderade att beslut om väsentliga förändringar i dispositionen av fondmedel görs efter protokollförda styrelsebeslut.
 6. Skriftlig revisionsberättelse av Juanita Forssell och Christer Smeds upplästes
 - a. Revisionsrapporten föredrogs som innefattar löpande räkenskaper och förvaltningen av Scmidtska/sfmp/Avanzamedlen , allt i god ordning. Rekommenderades styrelsemedlemmar att välja billigast möjliga färdmedel med tanke på minskade medlemsintäkter. Revisorererna rekommenderade årsmötet att bevilja styrelsen ansvarsfrihet.
 7. Årsmötet beviljade styrelsen ansvarsfrihet för 2010.
 8. Motioner ó inga har inkommit till årsmötet.
 9. Fastställande av årsavgift: Föreslogs oförändrat till 200:- vilket godkändes. Pensionärer som inte är yrkesverksamma betalar ingen avgift.
 10. Val av styrelse kommande verksamhetsår
 - Henry Jablonski, ordf,
 - Lena Moegelin (nyval),
 - Elsa-Lena Ryding (nyval),
 - Rolf Kuentlicher (nyval),
 - Åsa Wallin (nyval),
 - Oskar Lundgren (nyval)
- Styrelsens firma tecknas av styrelsen gemensamt eller av styrelsens ordförande Henry Jablonski och styrelseledamoten Lena Moegelin gemensamt.
11. Val av valberedning:
 - Lotti Helström sammankallande (omval),
 - Dorte Kjeldmand (omval),
 - Bengt Hamark (nyval),
 - Kjell Reichenberg (omval)
 12. Val revisorer :
 - Juanita Forssell (omval)

- Christer Smeds (omval)
 - Suppleant: Noomi Elander Lindberg (omval)
13. Val av representanter i styrelsen för Sektionen för medicinsk psykologi
- Henry Jablonski
 - Lena Moegelin
14. Bulletinen kommer ut under våren och hemsidan www.sfmp.se publiceras resp. uppdateras med bl.a. stadgar.
15. Information om program: Se sektionsprotokoll.
16. Övriga frågor:
- a. Bengt Hamark tog upp behovet av att bredda föreningen och styrelsen så att den blir representativ för föreningens uppdrag. Styrelsen behöver bl.a. representanter som är ansvariga för medicinsk psykologisk utbildning, handledning och medicinsk etik.
 - b. Information om skrivarjury-arbetet.
 - c. Stort tack till skrivarjuryn: Maud Sjöström, Lena Sviden och Bengt Hamark.
 - d. Avtackades avgående styrelseledamöter.
 - e. Ordföranden tackade årsmötesdeltagarna och förklarade mötet avslutat

Stockholm 2011-03-16

Henry Jablonski, sekreterare Lotti Helström, mötesordf

Justeras:

Maud Sjöström

Elsa Lena Ryding

KALENDARIUM

17th International Balint Congress

Philadelphia USA 7-11 september 2011

Program och abstracts, se hemsidor

www.balintinternational.com och www.americanbalintsociety.org

The Oxford Balint Weekend 2011, Thursday to Saturday, 22-24 September, Corpus Christi College, Oxford., se länk till www.balint.co.uk, kontakta David Watt.

Riksstämman i Stockholm 30 nov ó 2 dec 2011 se www.sls.se:

Gäsföreläsning Don Nease, Assoc. Prof. Family Medicine, Vice President of the International Balint Federation, University of

Colorado, USA: Finding the balance between heart and brai

Föreningens och sektionens fullständiga program och symposier under Riksstämman meddelas senare, liksom planerade Klubbrumssymposier på SLS Klubbrum.

Övrigt

Balint week-end konferens I Sofia våren 2012, tid och program meddelas senare, se www.balintinternational.com

The 2nd IBF Leadership Conference äger rum i Bryssel i oktober 2012 och The 18th IBF World Congress i Heidelberg hösten 2013, exakta tider och program meddelas senare, se www.balintinternational.com

-
- ⁱ DeWaal, Frans (2007) *Our Inner Ape* - a leading primatologist explain why we are who we are.
- ⁱⁱ Pennebaker, James (1997) *Opening Up* - The healing power of expressing emotions.