



# Utveckla din "inre handledare" med Kalymnosmodellen!

**Allmänläkarens vardag är utmanande och krävande. Vi befinner oss ofta under press och kan ha svårt att hitta och bevara vår integritet. Våra patientmöten rymmer många förväntningar och olika känslotillstånd. Det är nödvändigt för oss att hitta "en inre handledare" som hjälper oss att reflektera över våra konsultationer och över hur vi själva reagerar och fungerar i vårt arbete.**

Grupphandledning och video-handledning hjälper oss att utveckla vår "inre handledare". Denna artikel beskriver vilka erfarenheter och upplevelser läkare som deltar i sådan handledningsprocess kan förvänta sig.

Man kan fråga sig varför vi inte klarar av våra konsultationer på tio minuter? Ut går en glad patient och så har vi tre minuter att skriva journal, kanske skicka en remiss och två minuter att ta en kopp kaffe. Hur svårt kan det vara? Det finns många svar. Ett av dem är att vi under konsultationen inte hinner förstå vad som egentligen händer. Vi blir överväldigade (av allt möjligt), börjar ställa frågor – och så hamnar vi i diket.

## Vad är det som gör det dagliga arbetet på vårdcentralen svårt?

Vår roll, vår identitet, som läkare utmanas ständigt. Många vill blanda sig i vad som sker i konsultationen. Där finns krav från regionerna, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, försäkringsbolag, vårdprogram och från patienter som tillägnat sig kunskap via internet. Listan kan göras lång. Detta kan

göra att det blir svårare att hålla fast vid, och överhuvudtaget ha kontakt med, sina egna gränser.

I handledning har läkaren möjlighet att reflektera över sitt förhållningssätt, sin plattform och sina gränser. Det är viktiga frågor. "Vad händer med mig när en plågad patient som är beroende av benzodiazepiner, ber mig om mer medicin?", "Vad gör jag, när jag redan känner mig överarbetad och hungrig och en av mina patienter verkligen behöver en tid i dag?", "Jag har en patient, som är 38 år och håller på att dö i cancer från sina två små barn, hon har ont, och nu kan jag ordinera cannabis, men jag vet inget om den behandlingen och känner mig ensam med detta ansvar".

Vår vardag är sprängfylld med frågor av detta och av allehanda annat slag. Det är inte bara en tisdag i månaden som det dyker upp svåra (och spännande) dilemman. Det händer varje dag, och det händer många gånger dagligen. Dessutom är tempot högt. Vi behöver därför ett utrymme, där vi kan dela tankar och bekymmer med varandra och reflektera över dem. Det säger sig självt att om sådana erfarenheter inte då och då kan ventileras och delas med andra, kan vi komma att ge efter för några av våra egna grundantaganden ("Jag skriver inte ut beroendeframkallande medicin" eller "Jag finns alltid där för mina patienter"). Ibland krockar våra grundantaganden med varandra, ibland kämpar vi på med några väldigt belastande sådana. Om vi arbetar vidare utan medvetenhet om detta löper vi risk att fara illa av stress och att bli utslitna eller cyniska.

## Hur undviker vi att hamna i diket?

För att undvika att bli överväldigade i konsultationen – och hamna i diket – måste vi från första ögonblicket vi möter patienten ha tillgång till en inre del av oss som reflekterar och som har ett metaperspektiv på situationen. Ett sådant förhållningssätt motverkar känslan av att bli överväldigad eller allt för belastad av det patienten berättar eller ber om hjälp med. Vi behöver hitta vår inre handledare.

## Här till behövs (minst):

1. *Teori* om vad som händer i mötet mellan patient och läkare och *metod* för att kunna reflektera över det i handledning
2. *Träning* i detta för att så småningom bära med sig handledningen i sitt inre, att anpassa den till sig själv och den aktuella situationen.

## Mötet mellan läkare och patient, teori och metod

Det har skrivits mycket om patient-läkarmötet och om allt man bör komma ihåg under konsultationen [1-6]. Viktigt att påminna sig om är att patienten alltid bär med sig outtalade frågor, förutom sin symtombeskrivning: "Tycker doktorn att det är okej att jag är här?", "Tycker hen att jag är hysterisk?", "Är det farligt?", "Kommer jag att få hjälp?"

Laddningen kring dessa frågor, och de ibland starka känslor som följer, härstammar från det faktum att vi, när vi känner oss sjuka eller när kroppen "låter"/har symptom, kommer i kontakt med ett eller flera av våra existentiella grundvillkor, särskilt meningslöshet, ensamhet och död. Känslor förknippade med detta, jämte ångest och skam, uttrycks vanligtvis indirekt, tyst (aggression, däremot, kan visas tydligt, direkt).

Patientens känslor smittar ofta över till oss utan att vi blir medvetna om det. Vi kan hamna i ett tillstånd av maktlöshet, trötthet och irritation – negativa känslor som det kan vara svårt att befria sig ifrån. Kanske ger vi patienten skul-



**Grundantagande/core belief:** En förutsättning i människors föreställningsvärld som, utan att den behöver vara medveten, styr sättet att uppfatta och värdera sådant som händer i det dagliga livet. Exempel: Att allt nog ordnar sig till slut, att ingen går att lita på, att människan till sin natur är god, att det är samhället det är fel på.

Källa: Psykologguiden.se



Figur 1: Läkarens inre handledare. Från Roger Neighbour "The Inner Consultation". [1]

den för obehaget. Det är här metaperspektivet kommer in som ett redskap för att undvika känslomitta. Om vi lyckas upptäcka vad som sker i rummet, kan vi ge patienten kvitto på det hen berättar (figur 1) [7]:

"Det låter verkligen jobbigt ...", "Vad

bra att du kom..." "Jag vill gärna försöka hjälpa dig..."

I och med att vi bekräftar patientens känslor lättar bördan för både patienten och läkaren. Ju mer vi utvecklar dessa färdigheter, desto mer stärker vi vår inre handledare.

### Träning i klinisk metod och utveckling av metaperspektivet – den inre handledaren

Att utveckla sin förmåga till metaperspektiv tar lång tid. Vi behöver lära om, och därefter följer ett ständigt underhållsarbete. Läkarens egen hållning och integritet utmanas hela tiden av administrativa krav, rädsla att göra fel och av stämningar och känslotillstånd som finns i konsultationsrummet. Det är svårt att bli rutinerad! Kontinuerlig träning krävs.

På Kalygnoskurserna kan man lära sig grundprinciperna (se faktabara). Här får man en bra startdos! En veckas intensiv träning och handledning motsvarar vad man kan hinna med i en vanlig handledningsgrupp på hemmaplan under två år.

Under de första timmarna på kursen – då gruppbildning sker – arbetar handledaren med att skapa trygghet i gruppen. Deltagarna presenterar sig, och blir lugna när de noterar att handledaren genom att ge bekräftelse skapar trygghet och glädje i gruppen. Den stämningen tar deltagarna med sig, och får på så vis mod att arbeta ärligt och att våga visa litet av sig själva under veckans arbete.

I gruppen arbetar man intensivt med att filma och att se patientspel (rollspel). Man varvar mellan att vara läkare och att gestalta en av sina patienter. Man kan också ta med en konsultationsvideo "hemifrån". Medan man sitter med patienten

## Kalygnos-modellen

Kalygnos-modellen är en pedagogisk metod där man i en kollegial grupp interaktivt och problembaserat kan spela patientspel och på så sätt förstå, träna, tillämpa och tillägna sig personcentrerad klinisk metod och motsvarande förhållningssätt.

### Konceptet består av följande element:

1. Förberedelse inför kursen genom att läsa och reflektera över tre vetenskapliga artiklar om patientcentrering, samt att välja/ta med sig problematiska fall från sin egen kliniska vardag eller egna inspelade konsultationer.
2. Skapande av en trygg grupp.
3. En modell av konsultationen bestående av tre självständiga delar: Patientens del, Läkarens del och Gemensam del. I Patientens del ingår de fem korten.

Den Gemensamma delen innehåller svar på patientens frågor i Patientens del, resultat av läkarens undersökning, förhandling och säkerhetsnät.

4. Som redskap till samtalet i Patientens del används de fem korten (kvitto, sammanfattning, tanke, oro och önskan). Särskilt kvitto-kortet med utgångspunkt i patientens känslor [7]. Syftet är att skapa tillit och att få patienten att berätta det hen har förberett och på så sätt individualisera mötet.
5. En gestaltande pedagogik, där man gestaltar sin egen patient och upplever hur det känns att bli bemött (eller inte bli bemött). På detta sätt lär sig deltagarna de centrala elementen för ett bra möte med patienten.
6. Genom att spela in och återse pa-

tientspelen på video blir det möjligt att få både ett inifrån- och ett utifrånperspektiv på händelseförloppet. På så sätt stärks läkarens självbild och utvecklandet av den inre handledaren.

7. Handledning av video enligt Fönstermetoden eller Macro-Micro metoden [9, 10].
8. Alla lärare är kliniskt erfarna läkare som själva gått kursen, själva använder metoden i kliniken och har vidareutbildat sig i praktisk handledning i grupp. Lärarna har daglig handledning av sitt arbete under kursen. Lärarna skall dessutom ha kunskap om vad som kan belasta läkare, och hur man ser till att hålla housekeeping i vardagen.