

# HANDLEDNING

En dokumentation av handledningsuppdrag  
för Transkulturellt Centrum  
2005 – 2015

Bengt Erik Ginsburg

Stockholm o Gotland 14 SEPT 2016

## Inledning

Under de år som jag arbetat vid transkulturellt centrum har jag haft flera handledningsuppdrag som har rört det transkulturella fältet. Det gemensamma för uppdragen har varit mötet mellan vårdpersonal och asylsökande och nyanlända flyktingar. Syftet med den här dokumentationen är att redovisa hur jag tolkat dessa uppdrag och vad jag tänkt och gjort. Det är mina erfarenheter och reflektioner utifrån mitt personliga handledarperspektiv. Att själv kvalitativt utvärdera mina handledaruppdrag är inte något jag kan, vill eller bör försöka. Det är upp till respektive handledningsgrupp att bedöma och besvara. Det hindrar inte att jag också vill diskutera såväl det jag uppfattat som problematiskt som det jag uppfattat som positivt. Återkopplingen från de handledda har varit mycket uppskattande. Det faktum att handledningen har kunnat fortsätta under så många år talar för att det har haft ett stort värde. Jag har kontinuerligt gjort noteringar som bidrar till det empiriska underlaget för den här rapporten.

Mina grundläggande tankar om vad handledning innebär har bland annat inspirerats av de kontakter jag i slutet på 1990-talet hade i Holland med Johan Larsen, psykiater och specialist inom området psykologisk traumatisering och handledning. Larsen har angett två principiella grunder till behovet av handledning. Kognitiva skäl utgör en av dessa grunder. Det är behovet av ökade kunskaper och förståelse för att undvika villrådighet och inte uppleva arbetet för svårt och utom räckhåll. En annan grund utgör psykologiska skäl, risken för sekundär traumatisering eller ”compassion fatigue”. I handledningen uppmärksammas fixering i en position av för stor medkänsla och för litet distans. Det skulle annars kunna medföra att man trasslar in sig, tappar gränser, inte ser några framsteg, känner sig hjälplös och till slut blir ilsken. Men det finns också risker för en fixering i en motsatt position, med distansering och empatiförlust. Det är något som ofta kommer efter en period av för stort engagemang följt av

besvikelser och skuldkänslor. En handledning med varaktighet och kontinuitet är också ett stöd genom att det skapas ett rum för reflektion och återhämtning. Med handledning avses en relation där de som blir handledda behåller hela vårdansvaret och handledaren har ansvaret för handledningsprocessen och dess intensitet och ”energi”. Det är en relation som kännetecknas av ett muntligt kontrakt om varaktighet och regelbundenhet och optimal kontinuitet när det gäller deltagande. Det yttersta syftet med all handledning är naturligtvis patientens bästa.<sup>1</sup>

### **Handledningsuppdragen och dess förutsättningar**

Mina handledningsuppdrag har i huvudsak avsett vårdteam, dvs grupper. Ingångar till dessa uppdrag har varit olika, en omständighet som har kommit att prägla processerna. Några har aktualiserats efter en föreläsning eller konsultation och då har begäran riktats direkt till mig personligen. Relationer till gruppen och syften med handledningen har varit mer eller mindre definierade redan från start. Ibland har uppdraget kommit som en beställning till transkulturellt centrum och jag har blivit tillfrågad. I en sådan handledning har det varit nödvändigt att bygga upp en tillit och diskutera sig fram till ett mandat och bli överens om vad handledningen ska syfta till. Innehållet och energin i handledningsprocessen är beroende av tydliga och goda relationer, hur alla fungerar tillsammans. Det gäller såväl handledaren och gruppen som de handledda gruppdeltagarna sinsemellan.

Att handleda är enligt min mening att bli inbjuden. Bäst förutsättningar blir det därför om initiativet kommer från gruppen, att det är gruppen som upplevt problem(en) och formulerat behovet. Sämre förutsättningar blir det om initiativet kommer "uppifrån", från en chef eller från ledningen. Det kan för deltagarna upplevas som oklart, främmande och till och med kränkande om man uppfattat att ledningen uttryckt att gruppen har problem och behöver handledning. Då måste handledaren tillsammans med gruppen förhandla för att bli överens.

---

<sup>1</sup> Varför handledning. KANTT nr 1, 2000 sid 22-30. KANTT är en förkortning för Kansliet för Tortyr och Traumaskadade, som var ett statsfinansierat projekt vid socialstyrelsen 1995-2000. KANTT delade ut projektpengar, ordnade konferenser och gav ut en tidskrift.

Det blev en utmaning för mig som handledare att hantera att gruppen ansåg att det var ledningen som hade problem. Utan ett gemensamt mandat som utgick från gruppens behov ansåg jag att handledningen blev meningslös och till och med kontraproduktiv. Det var bakgrunden till att en del handledningsuppdrag därför fick avslutas, eller prioriterades så lågt att de rann ut i sanden.

## **Handledningsteman**

De problem som kommit upp under handledningarna har varit skiftande men de går att se några områden/teman som återkommit. Av dessa vill jag nedan diskutera sju områden/teman.

### *1. Osäkerhet kring hantering av nya arbetsuppgifter*

En ny utmaning var etablerandet av vårdkedjan för det som kom att kallas ”de apatiska”. Mycket var nytt och det kom att handla om stödja personalen i att inte tappa professionalitet i föreställningen att det ”nya” enbart var nytt och främmande. Därefter gällde det att kunna möta det som var nytt och förvalta de nya erfarenheterna och på så sätt bygga och fördjupa kompetens. Och inte minst kunna vara trygg med att inte veta. För ett team som saknade erfarenheter av möten med nyanlända handlade det om att utveckla transkulturell kommunikation för att bemöta de nyanlända och deras vårdbehov.

### *2. Reflektioner kring komplicerade fall*

Komplicerade fall, multiproblematiska fall, oklara symtom och missförstånd förekom återkommande. Då handlade diskussionerna om att tolka sjukroller, göra prioriteringar, dra gränser för orimliga krav eller orealistiska förhoppningar och se vad som var rimligt att göra inom vården. Diskussioner kring komplicerade fall väckte mycket tankar som visade sig vara mycket generella och inte enbart transkulturella (se vidare sid 11).

### *3. Konflikter eller polariseringar inom arbetsgruppen eller mellan gruppen och omgivningen*

Polariseringar inom team förekom. Konflikter som bottnade i olika syn- och förhållningssätt behövde uppmärksammas och hanteras. I bästa fall kunde det vändas till något konstruktivt genom att det synliggjorde olika perspektiv på ett problem. När den handledda gruppen var en del av en större organisation kunde de bli föremål för avundsjuka, ses som utvalda. I den större gruppen/ avdelningen/ klinik, kunde man uttrycka en frustration över att handledning för andra krävande patientgrupper inte alls var tillgodosedd.

#### *4. Arbetsituation och resurser*

Arbetsituationen har för några av dem jag handlett varit mycket ansträngd. Knappa resurser, tidspress och svagt stöd från ledningen har kommit upp. Det har varit viktigt att tillåta sådana frustrationer att vädras, men med tydlig markering att det inte är i handledningen som det kan eller skall lösas.

#### *5. Tid att stanna upp, pröva tankar och mötas*

Det kanske allra viktigaste för de handledda var att den tid som avsatts för detta blivit som ett ”andrum” där man fått stanna upp och mötas också inom gruppen på ett sätt som man annars inte hunnit. Handledarens uppgift var att träda in som en nyfiken lyssnare, där de handledda fick berätta. Att ge sin berättelse till någon som är en intresserad lyssnare har ett stort, men ibland förbisett värde.

#### *6. Gränsdragningar, och medvetenhet om hur man undviker allianser eller falska löften*

Brist på erfarenhet i arbetet eller osäkerhet om vad man skulle, borde och kunde göra ledde till att man fick svårt med de professionella gränserna. Man ville vara den gode hjälparen, undvika konflikter och konsekvensen kunde bli att man väckte falska förhoppningar. Det är en konst att sätta gränser, att inte ta på sig sådant som är andras ansvar, att kunna hänvisa utan att avvisa.

## *7. Kompetensutveckling och tips*

Handledning är inte konsultation eller rådgivning men kan innehålla såväl konsultativa som rådgivande moment. En kommentar från de handledda har varit att de värderar högt att de förstår att jag som handledare har egna praktiska erfarenheter av det som de arbetar med. De har haft konkreta frågeställningar, som jag besvarat eller kunnat hänvisa dem var de kan hitta kunskap.

### **Handledningsform, ramar och struktur**

*Former* för handledningen har varit olika beroende på gruppdeltagarnas önskemål och tidigare erfarenheter av handledning. Karaktären på de problem som aktualiserats och organisatoriska förutsättningar har också styrts. En uppskattad form, särskilt när grupperna varit mycket heterogena, har varit ett öppet forum som har stora likheter med arbetet i fokusgrupper. Det har inneburit att handledningstillfället inletts med att var och en i gruppen under några minuter får presentera något de önskar ta upp. Sedan har vi gemensamt valt vilka problem handledningen skall handla om och därefter enats om hur vi ska använda tiden.

Gruppdeltagarna har bollat synpunkter och olika perspektiv på problemen. Ibland har de gett konkreta frågor till mig för att få mina erfarenheter. Avslutningsvis har jag sammanfattat vad jag uppfattat. För en annan grupp användes reflekterande team, som var något helt nytt för gruppen. Det passade just den gruppen som uppskattade att det var ett sätt att prestigelöst dela med sig och lyssna på kollegors erfarenheter (se vidare sid 11).

*Ramar och struktur* behövs för att skapa trygghet och lugn. Alla behöver känna sig hemma med vad som gäller. Ramar och struktur skapas gemensamt med gruppen. Det handlar om formen för handledningen, om innehåll och gränser, vad handledning inte är. Men det får inte

bli oflexibelt. För varje grupp gäller särskilda förutsättningar. Jag har sett handledning som en inbjudan, en aktiv "gäst" i en verklighet som är gruppens. Det innebär att handledning av en grupp skett på deras arbetsplats, i rum som de erbjudit och på tider som passat in i deras arbetsschema. I några grupper har inte alla kunnat delta varje gång, där har antalet kunnat variera mellan 4-8 personer. Tidsramen har en hög prioritet, dvs att börja i tid och sluta i tid och att fördela tiden så att alla ska få del av tidsutrymmet. Det har varit viktigt att vi varit överens om att det som sägs i rummet stannar där. Om något bör föras vidare på arbetsplatsen är det de handleddas sak att hantera.

### **Handledning av team som arbetat med barn med uppgivenhet**

De uppdrag jag haft har dominerats av handledning riktad till den vårdpersonal som arbetade med det som kom att kallas "apatiska barn", asylsökande barn med uppgivenhetssyndrom.

Det var en utmaning för många och det blev snabbt ett laddat tema inte enbart för vården utan också för massmedia och politiker. För vården handlade det om att finna modeller för att möta dessa barns vårdbehov så att inget barn led allvarlig skada eller avled. Det var nytt för många och diskussionen om orsaker och vad som var den bästa vården var starkt polariserad.

Behovet av handledning var uppenbar och Transkulturellt centrum fick i uppdrag att rekrytera handledare. Efter en inledande utbildningsdag för berörd personal hade jag några planerande samtal med de grupper inom ASIH, S:t Görans psyk-akut och Sachsska barnsjukhuset som skulle ingå i den planerade vårdkedjan. Handledare söktes utifrån, bland annat från

Flyktingmedicinskt centrum i Östergötland, men det arbetet avbröts efter några

handledningstillfällen. Det var uppenbart att de inledande kontakter jag haft med grupperna hade skapat en relation som de inte var beredda att bryta. Den relationen pågick i tio år och avslutades hösten 2015. Jag vill stanna sammanfatta något av de erfarenheter som dessa

uppdrag givit mig som handledare såväl vad gäller handledningen specifikt som synen på och kunskapen om barnen med uppgivenhetssyndrom.

### *Okunskap och oro om konsekvenserna*

Tillståndet var eller uppfattades som något helt nytt ur ett kliniskt perspektiv. Ingen kunde ge en förklaring till detta tillstånd. Det ställdes många frågor men det gavs inga trovärdiga svar om vad det kunde bero på. Alla som mött dessa barn i vården vittnade om hur allvarligt det var. Några beskrev det som att komma i ett dödens väntrum. Det fanns en berättigad oro för att tillståndet kunde vara livshotande och det var viktigt att skapa en vårdorganisation som hade förmåga att hantera detta. Ett tufft uppdrag således i inledningsskedet när ingen säkert kunde veta hur förloppen skulle te sig. Dödsfall måste undvikas utan att man säkert visste vad man kunde göra, skulle göra och inte göra för att förhindra detta.

### *Ett massmedialt brus*

Intresset från massmedia var inledningsvis mycket stort, och periodvis har det varit så även fortsättningsvis. Vårdpersonalen kunde känna sig iakttagna och rädda att oförberedda möta massmediarepresentanter utanför dörren. Det som kom att benämnas de apatiska barnen var ett tema på många läppar. Det var ett laddat ämne som alla hade synpunkter på. Om man arbetade med vården av dessa barn upptäckte man snart att man inte kunde prata om jobbet i privatlivet. Man skyddade sig genom att inte gå in i några diskussioner som handlade om dessa barn.

### *Maktlöshet och meningslöshet*



Känslor av meningslöshet och maktlöshet går hand i hand. Det är lätt att uppleva vårdinsatserna som meningslösa när man inte ser att någonting händer. Det blir parallellprocesser. Man riskerar att smittas av maktlösheten. Kanske tar man då på sig uppgifter eller ger löften som ligger utanför det som är den professionella rollen. Det kan leda till konflikter och utmattning.Handledningen gav stöd i att behålla empatin, inte svika den professionella rollen och inte låta maktlösheten leda till ett gränslöst överengagemang. Ju mer man med tiden fick erfara vad detta innebar, vad man skulle och kunde göra och såg att det på sikt hade en mening, desto tryggare blev man i sin professionella roll. Den oformulerade nyttan uppfattas som meningslöshet. I handledningen sattes ord på den, nyttan formulerades. Man kunde då säga: ”Vi har sett det här förut i flera fall och vi har sett att det har gått bra. Det här är det vi kan och är här för att hjälpa er med och vi vet vad som behöver göras.”

#### *Misstänksamhet och tillitsbrist.*

Det finns i mötet med asylsökande och flyktingar ofta en dold eller öppen misstänksamhet hos allmänheten som inte heller behandlare är fria från. Frågor och ifrågasättanden väcks om asylskäl, om berättelser om traumatiska upplevelser, om identitet, nationalitet, släktförhållanden och ålder. Identitetshandlingar eller andra dokument som kan styrka berättelsen saknas. Kan man ifrågasätta en patients berättelse för att inte som vårdgivare bli blåst? Om man känner sig misstänksam, måste man då konfrontera patienten med det? Hur påverkas vårdkontakten i så fall? Är det negativt eller har det någon betydelse för vårdkontakten om det skulle vara så att patienten inte är trovärdig? Det är frågor man behöver reflektera kring. Ett förhållningssätt där man hellre riskerar att bli lurad än låter ett tvivel som är ogrundat styra.

När misstänksamhetens hegemoni råder blir det apatiska barnet lätt provocerande. Det är svårt att förstå eller förklara hur ett tidigare friskt barn under asylprocessen relativt hastigt blir liggande, orörlig, utan kontakt med eller reaktioner på omgivningen. Barnet måste sondmatas,

är helt avstängd från omvärlden. Det var något som i sin svåraste form var helt nytt. Det som också var svårt att förstå ur ett kliniskt perspektiv var att dessas barn som förblev liggande orörliga i månader inte fick liggsår, kontrakturer eller muskelatrofier. En tredje svårförklarad omständighet var att barnen och deras familjer kom från ett begränsat kulturgeografiskt område och flera barn drabbades samtidigt, dvs inom samma tidsperiod. Det är inte märkligt att misstänksamheten fick sina förespråkare också bland professionella. De talade om manipulation, medveten intoxication av barnen, och att barnen ljög.

Lansen (se sid 3) har påpekat att det kan vara svårt också för erfarna terapeuter att bryta traditionella tankemönster, att tänka utanför de modeller som gäller i det egna kulturella sammanhanget. Problem med självkänsla, bristen på tillit som föder misstänksamhet, patienters uppdelning av personal i extremt goda och onda, manipulativt beteende måste kunna ses som möjliga effekter av extrema trauman, svåra livsförhållanden och/eller kulturella skillnader. Det blir ännu mer komplicerat när ett barn är utsatt för detta.

Handledningen kom att handla mycket om att öka vårdgivarnas medvetenhet om detta och genom reflektion hjälpa dem att vara uppmärksamma på sina egna reaktioner.

### *Polarisering*

Misstänksamhetens förespråkare bemöttes av en stark kritik från personer som hade en helt annan tillit till de asylsökande och deras traumatiska erfarenheter. Många av dessa var aktivt delaktiga i stöd till asylsökande. Dessa åsikter, de totalt kritiska och de helt okritiska skapade en polarisering som också fanns i vården. Vad som togs upp i handledningen var att det kunde vara svårt att inte tvivla och ibland bli cynisk. Det viktiga var att då inte fastna i cynism. Man måste kunna och våga ”oscillera” mellan cynism och tillit.

### **Handledning vid vårdcentral kring möten nyanlända**

Intill en vårdcentralen öppnades ett boende för nyanlända flyktingar. Eftersom detta var något nytt i området ledde det till funderingar om bemötanden, förväntningar och betydelsen av kulturella olikheter i vården. Här deltog hela gruppen läkare i handledning som skedde en gång per månad under ett års tid. Efter ett par inledande handledningstillfällen föreslog jag reflekterande team och gruppen var nyfiken att pröva detta. Gruppen fick i uppdrag att till nästa tillfälle välja ett aktuellt ärenden och den ansvarige läkaren förberedde detta.

Reflekterande team är en väl känd, strukturerad handledningsmetod. Jag vill bara kort beskriva stegen. Handledningen inleddes med att jag intervjuade den som ansvarade för ärendet och sedan fick de övriga reflektera medan jag och den jag intervjuat lyssnade. Sedan fick denne i sin tur reflektera över det som sagts och avslutningsvis en gemensam diskussion. Det blev mycket uppskattat och i återkopplingen från gruppen framkom att de tyckte det var ett prestigelöst och konstruktivt sätt att ge och få synpunkter och att dela med sig av erfarenheter.

Allt eftersom tiden gick blev osäkerheten kring de nyanlända allt mindre specifik. Problemen började omformuleras till att bli mer generella och i gruppen uppkom en önskan att få använda reflekterande team också för problem med ”svenska patienter”. Dvs de transkulturella aspekterna som dominerade inledningsvis tonades ner och i stället framträdde ett mer mångfacetterat panorama kring långtidssjukskrivningar, arbetslöshet, utanförskap och multipel sjuklighet eller svårtolkade vårdbehov.

## **Grupphandledning vs individuell handledning.**

Handledningsuppgifterna har varit såväl för grupp som individuellt. Alla uppgifterna har inlett som grupphandledning men några har sedan av olika skäl övergått till individuell handledning. För grupper har det varit viktigt med tid för berättande och reflektion och att söka svar på frågor från gruppen. Kunskap skapas genom att man kan bolla sina erfarenheter och ställa frågor och genom reflektion söka svar. Det är inte handledarens uppgift att vara sig fråga eller svara, men att se till att processen löper.

I den individuella handledningen har det mycket mer handlat om att fråga, att arbeta narrativt, att möta en utsaga med en fråga eller undran så att en erfarenhet formuleras och fördjupas. Den handledde skapar sin berättelse med hjälp av handledarens motfrågor.

### **Erfarenhet blir kunskap**

Handledningen pågick under en lång tid och med tiden ökade erfarenheterna. Att få utrymme och stöd i att diskutera dessa och få hjälp att sätta ord på detta var vägen till fördjupad kunskap. Återkopplingen från de handledda gällde bland annat hur den hade bidragit till att erfarenheter genom reflektion, perspektivskifte och dialog fördjupats. På så sätt blev personliga erfarenheter generell kunskap.

Det gick att se ett mönster i de kliniska förloppen för barnen med uppgivenhetssyndrom. Barnen gick väldigt snabbt in i uppgivenheten, ett akut insjuknande. De bröt kontakten med omgivningen, blev liggande, slutade äta och dricka. Reagerade inte på något, någon tår kunde komma vid sondbyten, men inga kräkreflexer. Det blev inledningen till en period av stabilt elände, som ett dödens väntrum. Under månader och år hände sedan ingenting. Ingen aktivitet, passiv mobilisering, sondmatning. Kliniska kontroller visade ingen avmagring, stabilt blodtryck och puls. Utanför pågick den legala processen, frågan om uppehållstillstånd eller avslag. Ingen tillfrisknade utan ett beslut om uppehållstillstånd, men det var inget trollspö. Efter månader, halvår eller ibland ännu längre tidsförlopp märktes först mycket

svaga tecken på att något höll på att hända. Det var någon av vårdgivarna som tyckte sig känna en liten ryckning i barnets hand, som inte känts tidigare. Så svag att man inte var säker, men kunde bekräftas av en kollega som också känt sig lika osäker. Efter veckor kom så återhämtningen långsamt, sonden kunde dras, aktiv mobilisering blev möjlig, ögonen öppnades och språket kom tillbaka. Den mycket långsamma återhämtningen kontrasterade mot det snabba insjuknandet. Det visar hur djupt drabbat barnet varit och att oron för allvarliga bestående men varit befogad.

Vårdarbetet har varit en lång lärande process för såväl mig som handledare som för vårdpersonalen. Allteftersom åren gått, barnen har överlevt och så sakta vaknat upp har personalen fått svar på de mest oroande frågorna - hur förloppen skulle bli och om det skulle kunna leda till döden. Den kunskapen kunde de bara få genom att själva få se hur det gick. I handledningen har vi talat mycket om vikten av att lita på det man ser, än på det man hör. Man hade ju samlat stor erfarenhet av barnens tillstånd genom att vistas i deras rum. Skeptikerna som misstrodde barnen uttalade sig utifrån hörsägen.

I den lärande processen framtonade ett mönster. Det visade sig att det man gjort inom ramen för vården av dessa barn var framgångsrikt och uppskattat av familjerna och barnen. Vårdinsatserna bestod av regelbundna besök, kontroller av puls, blodtryck och vikt, säkerställande av näringstillförsel, hjälp med mobilisering och stöd till föräldrar. I det korta perspektivet ifrågasattes det meningsfulla med under handledningen. I det längre perspektivet framstod det meningsfulla tydligt. När barnet mår som sämst råder ett elände, men det är ett stabilt elände och vårdens uppgift är att barnet tar sig igenom detta utan att skadas på sikt. Den förebyggande effekten av detta var betydande. Frågan som till en början ställdes om vad man kunde och skulle göra fick sitt svar och hade nu blivit en praktisk klinisk kunskap.

När erfarenheten blev kunskap kunde man i mötet med nya fall säga: ”Vi vet att det blir en tid av elände, men vi vet att det kommer att gå över. Vi vet vad vi ska göra och att meningen är att så långt som möjligt skydda barnet från att ta skada på sikt och vi vet att det är viktigt.”

”Till början tyckte vi att vi var oerfarna, naiva men förhoppningsfulla. Nu är vi erfarna, professionella och fulla av tillit.”

Den gråtande patienten väcker frågor kring bemötande och förhållningssätt. Hur avgöra när man kan/ska bryta gråtandet och hur göra det? Det ska hanteras inom en stram ram med kort om tid och uppgifter som måste klaras av inom tidsrymden.

Handledningen öppnade upp för ett sökande efter formuleringar om det egna arbetet. Här gavs tillfällen att sätta ord också på vaga upplevelser, på sådant som man trott sig se eller känna och få det bekräftat av en kollega. En kunde säga: ”jag tyckte mig känna en liten vibration i barnets hand idag, men det var väl inbillning”. Då säger kollegan: ”men, det kände jag också och jag tänkte som du och trodde inte att det var sant”. Det var första gången det kom en berättelse om tidiga tecken på att barnets tillstånd höll på att vända.

”Att bli berörd har effekt” säger en av de handledda. ”Bearbetande förutsätter att man lyckats skapa ett dialogfält som båda parter investerar i. Lyssnande är också ett slags dialog, men här saknas överenskommelsen om att det finns något som är värt att arbeta med, något tema.”

### **Vad kan handledningen ha betytt för de handledda?**

”Handledningen bidrar till att skapa tillit, trygghet, meningsfullhet och bekräftelser, den öppna upp och förenar världar”. Trygghet och tillit är både mål och medel, dvs handledningen ska genomsyras av trygghet och tillit men också öka de handleddas professionella tillit. Det hjälper personalen att sätta gränser och hantera konflikter med empati. I början hände det att man tog på sig uppgifter som inte hörde till vårduppdraget. Det var svårt att säga nej när

någon bad om hjälp med att få något fixat när man själv kände sig osäker på vad man egentligen kunde göra. Handledaren är ett ”smittskyddsombud” mot misstänksamhet, meningslöshet och maktlöshet.

Handledningen fick en delvis oväntad positiv effekt genom att öppna upp och förena världar. Deltagarna beskrev att andra verksamheter som deltog i arbetet med patienterna till en början upplevdes som främmande världar. Ibland förstod man inte hur de tänkte eller vilka förhållningssätt de hade. Genom diskussion och reflektion under handledningen ökade förståelsen för olikheter och det gemensamma synliggjordes.

Det var intressant att konstatera att kulturella olikheter, som hade att göra med att människor kommer från olika delar av världen inte blev dominerande teman för handledningen.

Komplexa vårdfrågor som initialt handlade om nyanlända flyktingar synliggjorde stora likheter med många svårigheter vårdfrågor som gällde ”svenska”. Handledning blev en hjälp att sortera och kunna hålla fler tankar i huvudet och flera bollar i luften. Det finns alltid en risk i all ensidighet vare sig man kulturaliserar, psykologiserar, socialiserar eller medikaliserar problem och svårigheter. Handledningen kan här ha bidragit till att motverka sådana inlåsnings effekter.

Handledningen ger kunskap både utifrån det kunnande som handledaren förmedlar (”giving”) och utbytet av kunskaper mellan deltagarna (”exchange”). Men det finns en tredje dimension, som inträder när handledningen är som allra bäst, det är att det i rummet skapas ny kunskap, som är något mer än utbyte, ett ”delande” (”sharing”). Kunskap bidrar till att besvara frågor, men frågorna blir inte färre. Kunskap i sig väcker nya frågor. Ju mer man vet, desto mer vet man att man inte vet. Handledningen bidrar här med att man blir trygg med att leva med obesvarade frågor. Att kunna formulera frågor, sätta ord på problem är fundamentalt i utvecklingsprocesser.

## Vad har handledningen betytt för handledaren

Handledningen har varit en läroprocess för handledaren. Det har skett en successiv förskjutning av maktpositioner med tiden. Inledningsvis var jag som handledare den mest erfarne, den som ägde processen, som bestämde över början och avslutningen. Det gav mig som handledare makt. Medvetenhet om detta för att undvika maktmissbruk handlade om att tänka på att ge de handledda makt och utrymme. Det jag i det sammanhanget uppfattade som viktigt var att visa nyfikenhet, lyhördhet, flexibilitet och se de handledda som experter på sina respektive områden. Det gällde att stå emot lusten att prata och tillrättavisa eller ge råd som inte efterfrågats, att kunna ”sätta sig på sina händer”. Med tiden ökade de handleddas erfarenheter av vården och samtidigt växte tryggheten med handledningssituationen. Det blev mer jämlikt och därmed också alltfler berättelser.

Att disponera tiden var en utmaning. Ett handledningstillfälle med tre personer under 90 minuter gav helt andra förutsättningar än ett med 6 personer under 60 minuter. Som handledare hade jag den tid till förfogande som erbjöds. När tiden var kort och gruppen större blev tidsupplevelsen påtagligt närvarande. Av respekt för tiden la jag en klocka på bordet framför mig och tiden blev en dialogpartner. Det kunde ibland medföra att jag kort tappade fokus. Med längre tid och färre deltagare blev upplevelsen av tiden friare. Trots detta kunde ändå upplevelsen bli ”är tiden redan slut, det gick så fort”.

Handledningsuppdrag är för handledaren en unik väg att få ta del av viktiga erfarenheter och en källa till kunskap som också behöver förvaltas. Den här dokumentationen hoppas jag visar detta. Min respekt för dem jag handlett är stor och de är värda att deras erfarenheter dokumenteras så som de förmedlats till mig. Jag har valt att göra dokumentationen så anonym som det varit möjligt, även om jag tror att de som jag handlett bör kunna känna sig stolta med det som de gjort och berättat.



## **Sammanfattning**

Handledning handlar om relationer, tillit och ett fält för dialog. Enligt min mening äger de handledda rummet, problemen och vårdansvaret. Det innebär att det är en inbjudan från de som ska handledas till handledaren.

Från berättelser om erfarenheter som är personliga skapas i handledningen kunskap som är generell.

Motöverföringar och risk för sekundär traumatisering hanteras i handledningen. Det kan skydda de handledda från att fastna i misstänksamhet, cynism eller maktlöshet eller att drabbas av sekundär traumatisering genom ett gränslöst överengagemang. Handledaren fungerar som ett motöverföringarnas ”smittskyddsombud”.

Handledning är inte rådgivning eller konsultation men kan innehålla sådana moment.

Handledarens kanske viktigaste uppgifter är att hålla energin i processen igång och upprätthålla respekten för tiden. Form, ramar, struktur skapas gemensamt i rummet med lyhördhet och stor flexibilitet.

Genom reflektion och möten mellan olika perspektiv kan traditionella tankemönster ifrågasättas och brytas.