

Psykolog tidningen

Tema: ARBETSMILJÖ

→ Neuropsykolog Agneta Sandström:

"Patienter med utmattningssyndrom sa att hjärnan dog, inte att de var deprimerade.

**Det gjorde mig nyfiken:
Vad händer egentligen inuti
de här människorna?"**

→ Ökad ohälsa på jobbet när arbetsmiljön digitaliseras

→ Mobbning på jobbet
– ett växande problem

AKTUELLT:

- Dela ledningsansvaret inom psykiatri
- Svårt införa nya behandlingsmetoder i vården
- Specialistutbildning lönar sig men löneskillnaderna otillräckliga
- Halland utvecklar vårdkedja för missbrukare

Psykologförbundet:

"Avstyrk regeringsförslaget att begränsa möjligheten till uppehållstillstånd!"

FORSKNING:

Lovande resultat med intensiv DBT i öppenvård för borderlinepatienter

34

inkomna
motioner till
kongressen

IPT

IPT A

IPT Nivå A
Start i Göteborg 20/10 2016

IPT B

IPT Nivå B
Start i Göteborg 25/8 2016

IPT är en evidensbaserad behandlingsmetod som vilar på forskning kring hur viktiga ens nära relationer är för ens mående. Vid depression är det vanligt med återkommande relationssvårigheter som tex. konflikter eller social isolering. Dessa svårigheter tenderar att negativt påverka ens relationstillfredsställelse och i förlängningen måendet.

IPT skiljer sig metodmässigt både från KBT och PDT, och kan just därför tillföra nya behandlingstekniker. IPT har visat god effekt i ett stort antal RCT studier på depression, och senare studier har visat att IPT också kan ha god effekt vid bl a bulimi, bipolär sjukdom, ångesttillstånd och PTSD (Cuijpers et al 2016).



UP
Unified Protocol
Start i Stockholm
6/10 2016



KBT
KBT för Psykodynamiker
Start i Göteborg och
Stockholm ht 2016

► **Verksam
Psykologi.
com**

Läs mer och anmäl dig på www.verksampsykologi.com
Alla kurser är ackrediterade som specialistkurser.

Följ oss för aktuell forskning,
verktyg och videos:

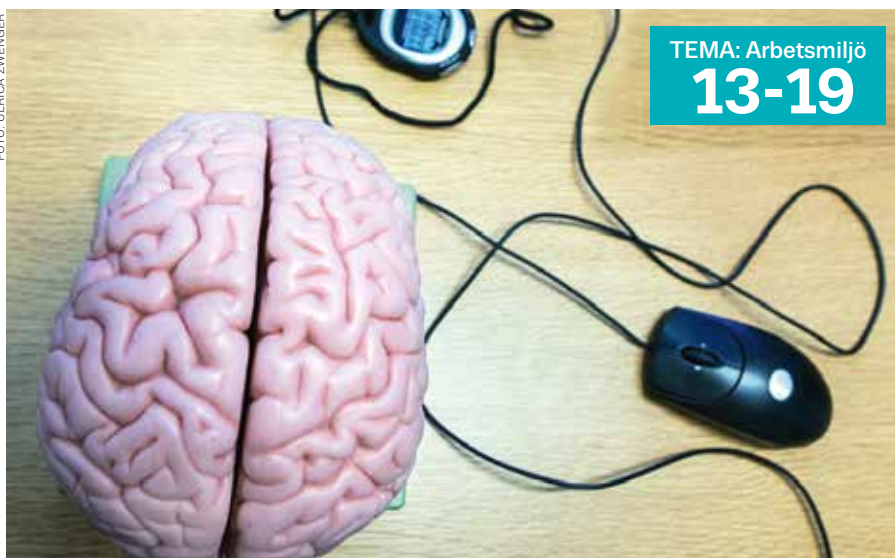


Facebook
[/verksampsykologi](https://www.facebook.com/verksampsykologi)



Twitter
[@VerksamPsy](https://twitter.com/VerksamPsy)

FOTO: ULRICA ZWENGER



TEMA: Arbetsmiljö
13-19

AKTUELLT

- 5** Arbetsmiljöforskare får pris
- 6** Stort intresse för kompetensutbildning till utländska psykologer
- 7** Svårt införa nya behandlingsmetoder i sjukvården
- 8** "Avstyrk regeringsförslaget om uppehållstillstånd"
- 11** Halland utvecklar vårdkedja för missbrukare

TEMA: Arbetsmiljö

- 13** Mobbning på jobbet ökar
- 14** Möt neuropsykolog Agneta Sandström som forskar om utmattningssyndrom
- 19** Ökad ohälsa när arbetsmiljön digitaliseras
- FAKTLIGT**
- 20** Om Psykologförbundets rapport *Tänk nytt kring psykiatri*
- 21 Kongressen 2016:**
34 inkomna motioner



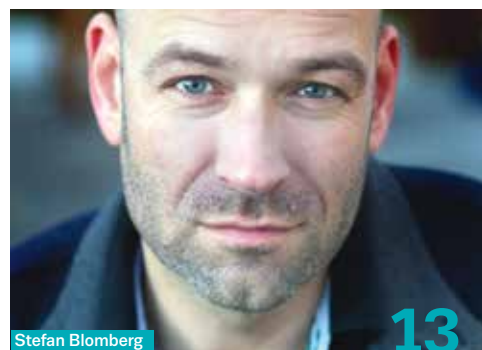
MEDLEMSSIDORNA

- 23** Ledaren
Av Anders Wahlberg
- 26** Fråga Ombudsmannen

FORSKNING

- 27** Forskningsnytt
- 28** Lovande resultat med intensiv DBT i öppenvård för borderlinepatienter

32 RECENSION & BOKTIPS



Stefan Blomberg

13



Martina Wolf Arehult



Sabina Gušić

28



Martin Björklind

20

Redaktören har ordet

Arbetsmiljö och forskning engagerar

Vi möter ett allt större intresse för arbetspsykologi i *Psykologtidningen*. Dagens arbetsliv innebär stora utmaningar och de nya föreskrifterna från Arbetsmiljöverket om den psykiska arbetsmiljön ses av många som ett steg i rätt riktning. Vi intervjuar neuropsykolog **Agneta Sandström** som har forskat om utmattningssyndrom och Försäkringskassans statistik visar att psykologer hör till de yrkesgrupper som drabbas hårdast.

Digitaliseringen av arbetslivet har lett till nya typer av arbetsrelaterade hälsoproblem. **Carl Åborg**, psykolog och forskare vid Uppsala universitet, har på uppdrag av Arbetsmiljöverket medverkat i en forskargrupp som tagit fram rapporten *Digital arbetsmiljö*.

Även forskningsmaterialet är uppskattat, det ser vi inte minst på det gensvar vi får via tidningens facebookside. Vi publicerar forskning på webben varje vecka.

Är du intresserad rekommenderar jag att gå in på psykologtidningen.se eller via oss på facebook mellan papperstidningens utgivning. Nytt är också att vi publicerar aktuella psykologjobb varje fredag på vår facebookside.

I år är det kongressår och fackliga frågor får självklart extra stort utrymme. Psykologförbundet har nyligen kommit med ett förslag till förbättrat och utökat samarbete mellan psykologer och psykiatrer i psykiatri. Läs intervjun med professionsansvarige **Martin Björklind** på sid 20.

Du är som alltid varmt välkommen att kontakta oss! Vi är intresserade av all slags feedback, tips på böcker att recensera, personer att intervjua och aktuella frågor att ta upp till debatt.

Carin Waldenström

Carin Waldenström, Chefredaktör
carin.waldenstrom@psykologtidningen.se

REDAKTIONEN:

Chefredaktör och ansvarig utgivare:
Carin Waldenström
08-567 06 453
carin.waldenstrom@psykologtidningen.se



Reporter, redaktör och stf ansvarig utgivare:
Kajsa Heinemann
08-567 06 452
mobil 0709-67 64 78
kajsa.heinemann@psykologtidningen.se



Reporter och redaktör:
Peter Örn
08-567 06 451
mobil 0703-09 10 42
peter.orn@psykologtidningen.se



Besöksadress:
Vasagatan 48, Stockholm

REDAKTIONSRÅDET:

Gerhard Andersson, professor i klinisk psykologi vid Linköpings universitet och KI.
Jenny Klefbom, psykolog och författare.
Jonas Ramnerö, psykolog och studierektor Sthlms univ.
Nora Hansson Bittar, studeranderepresentant

Formgivning: Marianne Tan
marianne@tanproduktion.se
Korrektur: Mats Wirstrom
Omslagsfoto: Ulrica Zwenger

FOTO: ULRICA ZWENGER



Kajsa Heinemann, Carin Waldenström och Peter Örn

Vi på redaktionen är nyfikna på vad ni tycker om *Psykologtidningen*! Vad är bra? Dåligt? Vad kan bli bättre? Vi välkomnar alla synpunkter!

Skriv till oss: redaktionen@psykologtidningen.se

Läs oss på: www.psykologtidningen.se

Vi finns också på: facebook.com/psykologtidningen.se



PT 2 2016

Psykologtidningens redaktion flyttar

Den 1 maj flyttar *Psykologtidningen* från förbundets lokaler på Vasagatan i Stockholm till Södermalm. Redaktionen kommer att dela lokal med Journalistförbundets medlemstidning *Journalisten*.

Vi ser fram emot att arbeta i en redaktionell miljö, och förbundskansliet behöver fler rum för kansliets personal så

detta är en bra lösning för alla.

Flytten innebär inga andra förändringar utöver det rumsliga. *Psykologtidningens* läsare kommer inte att beröras.

Den nya besöksadressen blir Nytorgsgatan 17 A i Stockholm.

CARIN WALDENSTRÖM
KAJSA HEINEMANN
PETER ÖRN

AKTUELLT

Kraftig ökning av psykologbesök

Det var sex gånger fler psykologbesök inom Stockholms primärvård 2015 jämfört med 2008. Hälso- och sjukvårdslandstingsrådet Anna Starbrink (L) i Stockholms läns landsting hoppas nu på en utbyggnad av den psykiska hälsovården och pekar på bland annat internet-psykiatri som en viktig möjlighet för det.

Läs mer på: www.psykologtidningen.se

INSÄNT

Internationellt symposium på Kuba

Hej, jag vill tipsa om ett internationellt symposium på Kuba. Temat är klinisk psykologi och forskning inom medicinsk psykologi, hälsa och angränsande fält.

Välkommen med intresseanmälan till International Clinical Psychology & Health Research Symposium i Santiago de Cuba, ICPHR, som avses arrangeras 21-28 juli 2016.

Mer info på: www.doodle.com/poll/dhk29mn9bu2pmamr där du även kan anmäla dig för att få löpande info rörande symposiet.

Eller mejla: PsychConventionSantiago2016@gmail.com

Med vänlig hälsning
KRISTER K BOMAN, psykolog,
forskare Karolinska institutet

Kongressen 2016
Vad vill Du veta?
Hör av dig!

Psykologtidningen

Utges av Sveriges Psykologförbund.

Postadress: Box 3287,
103 65 Stockholm
e-post: redaktionen@psykologtidningen.se
www.psykologtidningen.se
ISSN 0280-9702.

Annonser: Newsfactory
Eftertextannonser & material:
Madeleine Nordberg,
08-505 738 15
madeleine.nordberg@newsfactory.se

Textannonser: Simon Knudsen,
08-587 86 538
simon.knudsen@newsfactory.se

Prenumerationer och adressändringar:
Vasabyrån
Tel 08-567 06 430
msc@vasabyran.se

Pris: 600 kr inkl moms helår,
10 nr, 2016.
Utrikes 700 kr.
Lösnummer 60 kr

Plusgiro: 29 77 01-5
Bankgiro: 5675-9202

Psykologtidningen på nätet:
All redaktionell text
lagras elektroniskt för att

kunna publiceras också på internet. Författare som inte accepterar detta måste meddela förbehåll. I princip publicerar vi inte artiklar med sådana förbehåll.

TS-kontrollerad upplaga
12 000 ex 2014.

Medlem av

SVERIGES TIDSKRIFTER

Tryck:
Exaktaprinting,
Malmö



PRESSTOPP FÖR NOTISER

	4-5	6	7	8	9
Utgivningsdag	27/5	26/8	7/10	4/11	9/12
Manusstopp	9/5	8/8	19/9	17/10	21/11

Vetenskapligt pris för forskning om ledarskap

3 frågor till psykolog **Susanne Tafvelin**, som belönas med Umeå kommuns vetenskapliga pris 2016 för sin forskning om ledarskap och ledarutbildningar.



Susanne Tafvelin

Susanne Tafvelin har i sin forskning pekat på betydelsen av chefen som förebild, det vill säga att chefen lever som den lär och leder arbetet med tydliga idéer, mål och visioner, som något som även gynnar de anställdas hälsa. Andra faktorer som hon visat gynnar de anställdas hälsa är chefens förmåga att lyssna och ta sig tid för enskilda medarbetare, och stimulera till att ta ett eget ansvar och lösa uppgifter på sitt eget sätt.

1 På vilket sätt påverkar ledarskap hälsan hos anställda?

– Ledarskapet har inte en direkt påverkan på de anställdas hälsa, men det kan påverka enskildas egna resurser och även på ett negativt sätt genom att starta processer som leder till ohälsa. Enligt en norsk studie som jag nyligen fick ta del av kan det faktiskt vara värre

att ha en passiv och frånvarande chef än en riktigt elak chef, sett till risken att de anställda utvecklar ohälsa.

2 De senaste tio åren har forskning kring ledarskap och hälsa fått en allt större plats inom akademien och den samlade kunskapen på området är omfattande. Men det handlar till stor del om en teoretisk kunskap. Din forskning nu är inriktad på att omsätta teoretisk kunskap i praktisk tillämpning, främst gällande ledarutbildningar. Hur effektiva är de ledarutbildningar som i dag finns?

– Det finns studier som pekar på att de som genomgår ledarutbildningar bara tar med sig omkring 10 procent av det de lärt sig när de återvänder till sina arbeten. Vi måste hitta sätt att göra ledarutbildningar mer effektiva och hitta de faktorer som verkligen bidrar till ett förändrat och förbättrat ledarskap.

3 Du och din forskargrupp i Umeå samarbetar med bland annat en forskargrupp vid Karolinska institutet för att förbättra ledarutbildningarna och i förlängningen uppnå en bättre hälsa bland medarbetarna. Hur går den forskningen till?

– Vi testar olika upplägg för ledarutbildningar, och en av de faktorer vi vet har stor betydelse för att skapa effektiva ledarutbildningar är exempelvis rollspel, och då gärna med realistiska scenarier tagna från den egna vardagen, samt att deltagarna får en bra återkoppling på träningen och en individuell profil på det egna ledarskapet. ●

PETER ÖRN

■ Susanne Tafvelin får Umeå kommuns vetenskapliga pris 2016 bland annat för att hon visat på en stark utveckling och "vars forskning har potential att anta den samhällsutmaning som stress i arbetslivet utgör".

Närhet – årets tema på PS16



Dags för PS16, den årliga psykologstudentkongressen som lockar studerande och PTP-psykologer från hela landet. I år har turen kommit till Linnéuniversitetet i Växjö, och temat är "Närhet".

I över ett års tid har en grupp psykologstuderande vid Linnéuniversitetet ägnat mycket tid åt att planera och organisera kongressen, som pågår 22-24 april. Att de valde "Närhet" som tema förklarar Cecilia Lind och Runa Velander, som går sista terminen på psykologprogrammet och som delar på ordförandeskapet, så här:

– Närhet, kärlek och ömhet är hälsosamt, visar forskning, och samtidigt något väldigt vackert, men i dag har vi i Sverige en överdriven autonomitet och ensamhet. Vi vill visa att det finns ett annat sätt att vara mot varandra, både i terapeutiska situationer men också i vardagslivet, säger

Runa Velander och får medhåll av Cecilia Lind:

– Här på Linnéuniversitetet har programmet en klinisk inriktning och i det kliniska arbetet är alliansen, närheten, mellan terapeut och patient väldigt viktig för läkande processen och för att motverka psykisk ohälsa. Men närhet är också viktigt på ett personligt plan.

Vad finns på programmet?

– Vi rekommenderar alla kliniska föreläsningar och de om sexualitet och genus då dessa ofta saknas på psykologutbildningarna men också såklart de om kärlek och närhet, säger Runa Velander.

– Vi har även satsat på brukarperspektiv, bland andra föreläser en transsexuell kvinna, en tjej med självskadebeteende, en som har ADHD och en som utsatts för sexuella övergrepp. Dessutom samtalar psykologen Jenny Jägerfeld och Kristina Sandberg, psykolog och författare, om närhet, fyller Cecilia Lind i.

Vad hoppas ni att deltagarna ska få med sig från PS16?

– Ökat mod att våga vara nära och visa kärlek privat, och att prioritera närhet i det kliniska arbetet. Men också ett ökat yrkesmässigt självförtroende och pepp inför framtiden! ●

KAJSA HEINEMANN



Cecilia Lind och Runa Velander

■ För mer info: www.ps16.se



Ökad risk för psykoser bland flyktingar

Flyktingar löper en väsentlig högre risk än andra utrikesfödda eller svenskfödda att drabbas av schizofreni och andra icke-affektiva psykossjukdomar. Det visar psykolog Anna-Clara Hollander och kollegor vid Karolinska institutet i en ny studie som har publicerats online i den brittiska tidskriften BMJ. Resultaten ger stöd för hypotesen om att traumatiska livshändelser i sig kan vara en riskfaktor för psykossjukdomar.

Den nya studien bygger på registerdata från 1,3 miljoner unga svenskar födda antingen i Sverige eller utomlands. Dessa följdes från att de fyllde 14 år – eller från att de anlände till Sverige, beroende på vilket som inträffade först – och under som längst 13 år. Under studieperioden fick 3 700 av dem diagnosen icke-affektiv psykos.

Resultaten visar att flyktingar hade en 66 procents högre risk att få diagnosen icke-affektiv psykos jämfört med utrikesfödda från samma regioner. Jämfört med inrikes födda var flyktningarnas riskökning nästan tre gånger så hög. Det var ett återkommande mönster att just flyktingsituationen bland utrikesfödda medförde en ökad risk oavsett från var i världen personen kom, med undantag från personer födda i afrikanska länder söder om Sahara där samtliga i studien hade en jämförbar riskökning jämfört med personer födda i Sverige. Den ökade risken för icke-affektiv psykos bland flyktingar gällde både män och kvinnor men var tydligast bland männen.

Forskarna bakom studien uppger att resultaten sedda i ett större sammanhang ger stöd för hypotesen om att traumatiska livshändelser i sig kan spela en stor roll för risken att insjukna i schizofreni och icke-affektiva psykoser. ●

Stort intresse för att erbjuda kompletteringsutbildning

Tio av landets elva lärosäten med psykologprogram vill erbjuda kompletteringsutbildning för psykologer med utländsk examen. Men det finns önskemål om en nationell samordning och generöst med planeringstid.

–Nu väntar en dialog med de lärosäten som är intresserade, säger Lovisa Hellberg på Utbildningsdepartementet.

I mitten av december 2015 gick Utbildningsdepartementet ut med en förfrågan till samtliga lärosäten med psykologprogram om intresset för att bedriva kompletterande utbildning för psykologer med utländsk examen. För att finansiera satsningen föreslår regeringen en schablonersättning med 100 000 kronor per helårsstudent.

Tio av landets elva lärosäten med psykologprogram har nu anmält intresse för att bygga upp en kompletteringsutbildning för dessa psykologer. Endast Karlstads universitet, som startade sitt psykologprogram hösten 2015, finns inte med bland de inkomna svaren.

– Vi har ännu inte bestämt hur utbildningen ska läggas upp, om den bara ska erbjudas vid något enstaka universitet eller bestå av en samordnad utbildning med flera lärosäten etc. Något lärosäte uppgav att de kan erbjuda en utbildning tidigast hösten 2018, så det kan komma att ta lite tid. Men att intresset är så stort känns mycket bra, säger Lovisa Hellberg, departementssekreterare på Utbildningsdepartementet.

Lunds universitet framhåller i sitt svar betydelsen av att satsningen blir

långsiktig. Detta för att undvika för stor ryckighet i såväl själva integrationsarbetet som i de utbildningsuppdrag lärosätena tar på sig.

Göteborgs universitet vill helst se en nationell samordning, och pekar på förslag som redan förts fram vid nätverksmöten för lärosäten med psykologprogram om regionala samarbeten, så som att kompletteringsutbildningen exempelvis ges i södra Sverige, Mellansverige och norra Sverige, och att antagningen alternerar mellan olika lärosäten inom res-

pektive region.

Även Linnéuniversitetet, Linköpings universitet, Karolinska institutet med flera, framhåller i sina svar betydelsen av nationell dialog och samordning.

Schablonersättningen på 100 000 kronor per student och år anses dock vara allt för låg. Både Karolinska institutet och Uppsala universitet anser att ersättningen bör fördubblas till 200 000 kronor per år och student, medan Stockholms universitet föreslår att det görs en utvärdering efter två år för en eventuell kostnadsjustering. ●

PETER ÖRN

"Organisatoriska förändringar försvårar införandet av nya behandlingsmetoder"

Ständiga organisationsförändringar inom sjukvården och allt för komplexa kunskapsunderlag gör att nya behandlingsmetoder mot exempelvis depression har svårt att nå ut i sjukvården, trots att de i studier visat sig både effektiva och rekommenderas i nationella riktlinjer. Det visar psykolog Linda Richter Sundberg i en ny avhandling.

I sin forskning har Linda Richter Sundberg, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin vid Umeå universitet, studerat hur myndigheter och andra nationella aktörer utvecklar och implementerar evidensbaserad kunskap i form av riktlinjer och överenskommelser, och vilka hinder som gör att ny kunskap kan ha svårt att nå ut i hälso- och sjukvården.

Myndigheter som ansvarar för att främja evidensbaserad vård, såsom Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), möter en rad hinder i det arbetet. Hon har specifikt tittat på insatser som syftar till att utveckla vårdens förebyggande arbete samt förbättra vård och behandling av depression.

Hindren på lokal nivå är bland annat upptagenheten av organisatoriska förändringar som försvårar införandet av nya metoder. Vårdgivarna upplever inte heller alltid de nya metoderna som mer effektiva än de beprövade, trots att det visats i vetenskapliga studier. Kostnadsaspekten spelar också en roll; det kan ta lång tid innan man tydligt ser hur investeringar i nya metoder betalar sig, säger Linda Richter Sundberg.

Men även avsändaren, myndigheten, har ett ansvar för att nya metoder ska få genomslag i den praktiska vardagen. Är nya riktlinjer allt för komplexa försvåras införandet.

Utformandet av kunskapsunderlagen spelar en viktig roll för huruvida de ska kunna anpassas till de lokala förutsättningarna. Nationella riktlinjer innefattar ofta stora områden och



Linda Richter Sundberg

är ibland mycket komplexa då de innebär en stor förändring av arbetssätt och vänder sig till flera nivåer i sjukvårdssystemet. En fördel i Socialstyrelsens metod för riktlinjeutveckling är att representanter från sjukvården involveras under utvecklingsprocessen, säger Linda Richter Sundberg.

Hon tror att det skulle behövas en bättre samordning mellan de nationella aktörerna i hälsosystemet, och att deras respektive kvaliteter och styrkor gemensamt bidrar till att skapa en effektivare och jämlikare vård. ●

PETER ÖRN

■ Titeln på avhandlingen är *Mellan evidens och praktik – Utveckling och implementering av kunskapsbaserade arbetssätt i det svenska hälsosystemet inom prevention och mental hälsa*.

■ Läs en längre intervju med Linda Richter Sundberg på www.psykologtidningen.se



Även berusade vittnen har bra minne

Alkoholpåverkade personer kan vara lika tillförlitliga vittnen som nyktra personer. Det visar psykolog Malin Hildebrand Karlén, Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet, i en doktorsavhandling.

Malin Hildebrand Karlén lät två grupper se en film där ett gräl mellan en man och en kvinna slutar i våld. Den ena gruppen fick i förväg dricka alkohol och hade då experimentet började en promillehalt på 0,7-0,8 i blodet. Den andra gruppen var en nykter kontrollgrupp.

Efteråt ställdes frågor om vad som hänt och hur vittnena bedömde hur aggressivt de medverkande i filmen uppträtt, liksom vems skuld det var att situationen utvecklades som den gjorde.

De påverkade vittnena kunde redogöra för händelseutvecklingen lika korrekt som gruppen opåverkade vittnen. Men de lämnade inte lika många detaljer som de opåverkade. Det handlar då om att vittnet får göra en så kallad fri återgivning av händelsen. Vittnesförhör inleds normalt med en fri återgivning för att sedan övergå i mer slutna frågor om vad specifikt som hände.

De berusade hade lika lätt som de nyktra att beskriva objekt och kännetecken som exempelvis färg på kläder. Däremot var de sämre på att beskriva handlingar och verbal information; vad personerna gjort och sagt till varandra.

På frågor om hur personerna på filmen uppträdde så var de alkoholpåverkade mer oberörda och uppfattade inte de våldsamma fysiska handlingarna lika allvarliga som den nyktra gruppen, och upplevde filmen som generellt mindre obehaglig.

Avhandlingens titel: *Alcohol-intoxicated witnesses to intimate partner violence. Memory performance and perception of aggression and guilt*. ●

Professionsförbund eniga:

"Avstyrk regeringsförslaget om uppehållstillstånd"

Regeringens lagrådsremiss att begränsa möjligheten att få uppehållstillstånd har kritiserats av flera fackförbund och ledarskribenter för dess långtgående konsekvenser för redan utsatta människor på flykt, inte minst barnen. Även Psykologförbundet är emot lagförslagen.

Psykologförbundet har på förfrågan av Saco skickat in ett remissvar till regeringens lagrådsremiss, "Begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige". I sitt svar beklagar förbundet att "regeringen nu i ett mycket hastigt tempo genomdriver förändringar av lagstiftningen som enligt vår mening medför bland annat stora inskränkningar i möjligheterna till familjeåterförening och som även försvårar integrationen".

Enligt Psykologförbundets remissvar saknas "genomgående konsekvensanalyser av förslagen både ur ett samhällsperspektiv vad gäller konsekvenserna för integration och kostnader för flyktingmottagande och ohälsa, och ur ett individperspektiv för de flyktingar i olika åldrar som förslagen riktas mot".

– Vårt remissvar ligger i linje med det upprop om flyktingmottagandet som Psykologförbundet i höstas skrev under

på Rådskonferensen. Den första delen handlar om att vi ser att osäkerhet runt asyl, som nu lagrådsförslagen för med sig, innebär ökad risk för stress, psykisk ohälsa och trauman för människor som redan är hårt drabbade, säger Anders Wahlberg, ordförande i Sveriges Psykologförbund och fortsätter:

– Sedan har vi påtalat att förslagen kraftigt försvårar möjligheten att ta vara på personer med utländsk utbildning, vilket går helt emot Psykologförbundets intensiva arbete inom det så kallade snabbspåret; att få utländska psykologer i arbete. Om det ska finnas villkor som egen försörjning för uppehållstillstånd främjar man inte att akademiker, så som psykologer, att utbilda sig och gå kompletteringsutbildningar. I stället för att ta tillvara på den kompetens som finns tvingas många ta ett annat jobb i stället. Det är ett slöseri med resurser och kompetens som vården och samhället behöver i dag.



FOTO: RENATO TAN



Anders Wahlberg

"Att begränsa möjligheten till uppehållstillstånd leder till ökad stress och trauman för människor som redan är hårt drabbade"



FOTO: ISTOCKPHOTO

Hur tror du att remissvaret tas emot?

– Ibland har vi fått väldigt gott genomslag på våra svar, och naturligtvis måste vi tro att vårt svar har betydelse och att de tar in våra synpunkter, annars kan vi lika gärna sluta svara. Sedan tror jag att det just i den här frågan är otroligt viktigt att vi är flera professionsförbund som uttalar oss i

"Förslagen är inte värdiga ett samhälle som vill ha en god och human rehabilitering för människor på flykt"

samma fråga. Det är en stark påtryckning som jag tror får genomslag, säger Anders Wahlberg.

Psykologförbundets remissvar har skrivits av en beredningsgrupp bestående av Anders Wahlberg, förbundsordförande, Ulrika Edwinson, förbundsdirektör och Nils Erik Solberg, förbundsjurist. Dessutom har flera psykologer på eget initiativ hört av sig till förbundet med synpunkter som sedan tagits med i remissvaret. Sabina Gušić som även är doktorand vid Institutionen för psykologi i Lund är en av dessa. Hennes huvudsakliga forskning berör dissociation hos barn och ungdomar som utsatts för extrem traumatisering i

form av krig och/eller organiserat våld.

– För oss som psykologer är det självklart och viktigt att ge våra synpunkter. Vi har kompetens att förstå vilken påverkan lagförslagen innebär och vilka konsekvenser de medför för människor



FOTO: PRIVAT

Sabina Gušić

på flykt, säger hon och fortsätter:

– Förhoppningen är att man avstyrker förslagen. Att man lyssnar och ser att de inte är värdiga ett samhälle som vill ha en god och human rehabilitering för människor på flykt.

Övriga psykologer som kommit med synpunkter till Psykologförbundet tillsammans med Sabina Gušić är Malin Martelius, Hedda Skyllbäck, Andrea Malešević och Karin Boson. ●

KAJSA HEINEMANN

■ **Lagrädsförslaget "Begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige", som är tidsbegränsat att gälla i tre år, föreslås träda i kraft 31 maj 2016.**

➤ Förslag på nationell satsning för asylsökande med psykisk ohälsa

Kulturanpassad internetbaserad KBT på olika språk bör erbjudas till asylsökande för att hantera lindriga psykiska symtom såsom ångest, oro och sömnbesvär. Det föreslår Sveriges kommuner och landsting, SKL, i en ny rapport. Vid misstänkt svårare problematik föreslås bland annat telefon- och videohandledning av specialister för vårdpersonal.

SKL har tillsammans med landstinget i Värmland genomfört en förstudie om tänkbara åtgärder för att möta psykisk ohälsa bland asylsökande. Studien, som resulterat i en rapport som nu överlämnats till regeringen, har utmynnat i en rad förslag som enligt SKL ska effektivisera och förbättra vården och omsorgen och leda till ökad psykisk hälsa bland asylsökande.

Kunskapen och kulturella skillnader i synen på hälsa och sjukdom kan variera mycket mellan asylsökande. Det leder till att många med ett vårdbehov vänder sig till fel vårdnivå, eller väntar för länge med att söka vård och riskerar därför att utveckla mer allvarlig psykisk problematik. I vissa grupper är psykisk ohälsa mer stigmatiserande än i andra, vilket också bidrar till att många drar sig för att söka vård.

Erfarenheter från Värmland visar hur viktigt det är att tidigt i asylfasen ge en lättförståelig muntlig eller skriftlig information, skriver SKL, och lyfter fram lokala exempel med informations-träffar på asylboenden som visar att en strukturerad hälsoinformation kan leda till färre akutbesök och att antalet asylsökande som genomgår hälso-

undersökningar ökar.

Slutsatsen efter SKL:s förstudie är att insatserna måste förstärkas på alla nivåer, från stödjande samtal till psykiatrisk specialistvård. Målsättningen är att insatserna ska leda till en positiv hälsoutveckling efter ankomsten till Sverige och öka förutsättningarna för en snabb återhämtning och etablering i landet. Då måste även frågan om psykisk hälsa regelmässigt ingå i de hälsoundersökningar som alla asylsökande genomgår (eller ska genomgå, men som ännu är långt ifrån heltäckande).

Det ska kombineras med en förstärkt hälsoinformation som är kultur- och språkanpassad samt hälsofrämjande insatser, parallellt med att personalens egen kompetens ökar med hjälp av bland annat den internetbaserade basutbildning som utvecklats av Transkulturellt Centrum.

För de asylsökande som uppvisar lindrig psykisk ohälsa föreslås bland annat så kallat hälsostöd, i form av grupp-träffar då man talar om hur flykten kan påverka hälsan, vad migrationsstress är och symtom på det, vad som kan göras i förebyggande syfte och hur och när man bör söka vård. När hälsostödet

inte är tillräckligt, eller vid mer uttalad psykisk ohälsa, kan internetbaserad KBT vara ett alternativ.

SKL uppger att en kulturanpassad KBT-behandling redan har utvecklats och nu ska provas inom ramen för en forskningsstudie. Kulturanpassad KBT ska kunna ordnas av primärvården och utföras via behandlingsdatorer på vårdcentralen eller asylboendet, och med behandlingsstöd via internet eller telefon.

För asylsökande med svårare psykisk ohälsa finns det ett stort behov av att öka kapaciteten av specialiserad vård med en transkulturell kompetens, skriver SKL. Ett sätt att öka tillgängligheten till den här kompetensen är med hjälp av telefon- och videohandledning av personal. Telefonlinjerna ska bemannas med specialister med erfarenhet av transkulturell psykiatri och traumabehandling, och kunna ge såväl allmänna råd och konsultation om specifika patientärenden till vårdpersonal. Vid videokonsultationer kan hela personalgrupper delta i samtal om transkulturell psykiatri och traumabehandling.

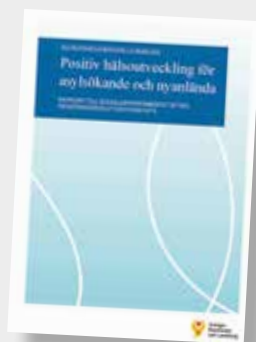
Telefonbaserad handledning bygger på erfarenheter från bland annat landstinget

i Värmland och Transkulturellt

Centrum i Stockholm som erbjuder bokade konsultationer via telefon. Inom ramen för förstudien har telefonhandledning på lokal nivå utvärderats under en period på fem veckor, och som då bemannats med en specialistläkare i allmänmedicin med mångårig erfarenhet av att arbeta med asylsökande. Under dessa fem veckor användes tjänsten aktivt ett tiotal gånger, och det handlade då främst om diagnosticering och symtompresentation.

SKL föreslår nu att förstudien och de förslag som presenterats sprids nationellt och utgör ett stöd för ett regionalt utvecklingsarbete i landsting och regioner. Redan i april bör förslagen göras tillgängliga via internet, skriver SKL, och på nationell nivå föreslås en processledning som hjälper till med den nationella spridningen, med behovsanalyser etc. Genomförandefasen för det första "produktpaketet" planeras att starta i augusti/september 2016. ●

PETER ÖRN



■ LÄS RAPPORTEN *Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända*, på www.skl.se

Psykiatridagarna 2016

Konferens, 9-10 mars, Stockholm

Psykolog Sven-Eric Alborn:

”Missbruksvården behöver fler psykologer”

i vissa fall har de som vårdas med stöd av *Lagen om vård av missbrukare* ofta lika omfattande psykiatrisk problematik som patienter vårdade med stöd av *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*. Det förklarade psykolog Sven-Eric Alborn, då han under Psykiatridagarna 2016 presenterade hur Region Halland utvecklar en mer integrerad vårdkedja för missbrukare.

Den största gruppen med missbruksproblem, omkring 80 procent, har ett arbete, familj och ett etablerat socialt liv. När de upptäcks av vården så är det oftast inom den somatiska vården. Studier har visat att över 50 procent av de patienter som läggs in på en medicinklinik har en riskkonsumtion av alkohol. Många av dessa bör nås på ett tidigt stadium inom primärvården, vid tidiga insatser kan en begränsad vårdgivning ofta ge bra resultat.

När personer med missbruk kommer i kontakt med socialtjänsten och psykiatrin har de ofta en mer omfattande social och psykiatrisk problematik, berättade Sven-Eric Alborn, psykolog och utvecklingsledare på Psykiatriförvaltningen Region Halland.

– Det illustrerar hur bred problematik det handlar om och visar hur viktigt det är att vi arbetar tillsammans och skapar en integrerad vårdkedja mellan psykiatri, kommuner, närsvårds och brukarorganisationer, sa Sven-Eric Alborn.



Sven-Eric Alborn

Sven-Eric Alborn kom till Region Halland år 2014 för att, tillsammans med representanter för övriga vårdgivare och brukarorganisationer, bygga upp en integrerad beroendevårdkedja.

– När jag kom till Region Halland fanns inte mycket missbruksvård inom psykiatrin, trots att beroendesjukdomar faktiskt hör hemma inom psykiatrin enligt de båda diagnosmanualerna DSM och ICD. Socialtjänsten har av samhället fått i uppgift att ha ett övergripande ansvar för att personer med missbruk erbjuds vård, vilket

kan tolkas som att missbruk inte tillhör psykiatrin, sa Sven-Eric Alborn, och fortsatte:

– Ska missbruksvård fungera bra bör den vara en kombination av socialtjänst, primärvård, och psykiatri, i samverkan med brukarorganisationer som kan ge personer med missbruk stöd till drogfrihet och gemenskap i det dagliga livet.

I Region Halland låg bristerna i missbruksvården på flera plan: Inom psykiatrin ställdes krav på att personer ➤

➤ med beroendeproblem skulle vara fria från sitt missbruk innan de kunde erbjudas öppenvård, kommunerna hade olika behandlingskultur och behand-

la motivationsprogram och struktur i bemötandet av enskilda patienter. SIP-planer (samordnad individuell plan) ska ligga till grund för fortsatt

– För att det här ska fungera krävs det samverkan i alla led, från det politiska ner till verksamheterna, sa Sven-Eric Albörn.



”Ska missbruksvård fungera bra bör den vara en kombination av socialtjänst, primärvård, och psykiatri, och i samverkan med brukarorganisationer”

lingsupplägg för missbrukare beroende på vilken kommun i regionen det handlade om etc.

– Men det fanns och finns en stark politisk önskan om att få till stånd en större samverkan mellan vårdgivarna och förstärka psykiatrins insatser. En samverkansgrupp mellan vårdgivarna och brukarorganisationerna hade redan utarbetat ett principförslag som gått ut på remiss, och det vi ägnar oss åt nu är egentligen att omsätta dessa förslag i praktiken, sa Sven-Eric Albörn.

Den psykiatriska satsningen innebär att det till hösten startar en slutenvårdsavdelning med 12 vårdplatser och 4 tillnyktringsplatser som servar hela regionen. Där ska det även finnas en kurator som ansvarar för kontakter med brukarorganisationer och koordination med socialtjänsten. En psykolog ska bland annat arbeta med att utveck-

lä motiveringsprogram och struktur i bemötandet av enskilda patienter. SIP-planer (samordnad individuell plan) ska ligga till grund för fortsatt

Öppenvården ska förstärkas med tre psykiatriska beroendeteam som ska samverka med primärvård, socialtjänst och brukarorganisationer.

– Psykologerna är viktiga att få med. I dag finns allt för få psykologer anställda inom missbruksvården, förutom i storstäderna, vilket är mycket konstigt.

Det finns också ett förslag på hur missbruksvården för unga ska se ut, med en samverkan mellan Bup, kommunernas ungdomsgrupper och den specialiserade missbruksvården för vuxna.

En samverkansgrupp med representanter på mellancheftsnivå från kommuner, primärvård, psykiatri och brukarorganisationer leder arbetet med att bygga upp vårdkedjan.

En viktig del av den nya organisationen är kompetensutvecklingen av personal. Det som främst handlar om basutbildning ska ges gemensamt till de olika vårdgivarna. Mer specialiserade utbildningar hoppas Sven-Eric Albörn ska kunna ges i samverkan med universitet och högskolor.

– Vi har också haft ett brukarråd som varit och är mycket involverat i hela förändringsarbetet. Ett brukarråd bör finnas med i alla förändringsprocesser, sa Sven-Eric Albörn. ●

TEXT OCH FOTO: PETER ÖRN

■ **Psykiatridagarna 2016** arrangerades av Centrum för kunskapsutveckling. Gabriel Wikström, folkhälso-, sjukvårds- och idrottsminister inledde Psykiatridagarna med att tala om regeringens framtida satsningar inom psykiatri. Läs referat från Gabriel Wikströms medverkan på Psykologtidningen.se: ”Vårdcentraler specifikt för psykisk ohälsa leder till ett sluttande plan”

■ **Läs debatt om missbruk i *Psykologtidningen*:** ”Ett gemensamt ansvar för psykologkåren” (nr 1 2016)

”Ge mer utrymme åt beroendefrågor på psykologutbildningen” (nr 1 2016)

”Minischetti för fram värdefulla synpunkter, men missar ett viktigt perspektiv” (nr 1 2016)

”Integrerad behandling effektiv vid missbruk och psykisk ohälsa” (nr 2 2016).

AKTUELLT

Psykoterapeututbildningar får godkänt vid ny granskning

Fem psykoterapeututbildningar som riskerade att få examenstillstånden indragna till följd av bristande kvalitet har åtgärdat problemen. Universitetskanslersämbetet, UKÄ, ger vid en uppföljning nu utbildningarna betyget hög kvalitet.

Under 2014 fick de aktuella fem psykoterapeututbildningarna kritik av UKÄ för bristande kvalitet, och gavs ett år på sig för att åtgärda problemen för att inte

riskera att få examenstillstånden återkallade. De handlade om psykoterapeututbildningarna vid Göteborgs universitet, Lunds universitet, Linköpings universitet, Svenska institutet för kognitiv psykoterapi samt Umeå universitet.

Bristerna handlade bland annat om brister i examensmålen att studenter ska visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och insikt i aktuell forsk-

nings- och utvecklingsarbete, kritiskt granska och använda relevant information, samt identifiera etiska aspekter på eget forsknings- och utvecklingsarbete.

Nu har UKÄ följt upp den granskning som påvisade brister och konstaterar att samtliga utbildningar åtgärdat problemen, och att de därför behåller examenstillstånden. ●



Ohälsa till följd av mobbning ett växande problem

Upp till nio procent av de anställda uppger att de utsatts för mobbning på sitt jobb. En stor grupp blir sjuka av mobbningen vilket kan leda till långtidssjukskrivningar och förlust av arbetet.
– Det största felet som många arbetsgivare gör är att man låter folk uttala sig anonymt i mobbningsärenden. Det kan skada oerhört, säger psykolog Stefan Blomberg.

Stefan Blomberg är verksam på avdelningen för Arbets- och miljömedicin på Universitetssjukhuset i Linköping. I dagarna utkommer han med boken *Mobbning på jobbet – uttryck och åtgärder*.

– När jag och mina kollegor på Arbets- och miljömedicin har arbetat med mobbningsfall har vi sett att det saknades en praktiskt inriktad bok som kan vara till hjälp för att hantera mobbning. Boken är tänkt som en praktisk handledning och har kommit till på uppdrag av min arbetsgivare, berättar Stefan Blomberg.

Trots att mobbning är ett vanligt problem och att många drabbas saknar chefer och HR-personal ofta adekvat kunskap om hur ärenden ska hanteras, påpekar Stefan Blomberg.

– **Det största felet är** att av missriktad hänsyn låta människor vara anonyma. Jag har mött många fall där personer varit utpekade utan att ha fått möjlighet att försvara sig mot anklagelser om att missköta sig på arbetet. Det är helt fel tillvägagångssätt som leder till stora svårigheter för den enskilde.

– I stället är det viktigt att den som utpekats får en möjlighet att bemöta anklagelser och få veta vem eller vilka som står bakom. En mobbningsutredning ska, för att fungera, upplevas som oberoende och fristående från parterna i konflikten. Helst ska utredningen göras av någon helt fristående från arbetsplatsen.

Viktigt är också att resultaten från utredningen inte återrapporteras muntligt utan i form av en skriftlig rapport. Detta för att det ska vara transparent vilka bedömningar som har gjorts och vilka åtgärder som föreslås. Finns inte en sådan process kan tilliten raseras på arbetsplatsen vilket förvärrar problemen.

”Att utbilda chefer i konflikthantering är en bra förebyggande åtgärd”

Hur kan man då förebygga att mobbning uppkommer? Stefan Blomberg ser det som en process på olika nivåer i samhället.

– På samhällsnivå har vi fått de nya föreskrifterna från Arbetsmiljöverket för att motverka psykisk ohälsa och mobbning i arbetslivet som är en bra utgångspunkt. På organisationsnivå behöver arbetsgivaren ta fram en policy och ett handlingsprogram för att motverka mobbning.

När det sker i samråd med medarbetarna synliggörs de risker som finns i organisationen, säger Stefan Blomberg och fortsätter:

– Arbetsgruppen behöver också utarbeta en gemensam värdegrund. Den kan till exempel handla om att om man upptäcker att någon behandlas illa på arbetsplatsen så måste man säga till. På individnivå har alla skyldighet att bidra

FOTO: RIKARD KNUTSSON



Stefan Blomberg

till en god arbetsmiljö.

Det är också viktigt att det finns en tilltro till att allvarliga konflikter på arbetsplatsen kommer att hanteras och lösas på ett bra sätt.

– Då utvecklas inte mobbning, utan man får stopp på processen. Att utbilda chefer i konflikthantering är en bra förebyggande åtgärd. ●

CARIN WALDENSTRÖM

■ Stefan Blomberg är ny ordförande i föreningen för Arbets- och organisationspsykologer inom Sveriges Psykologförbund.

AGNETA SANDSTRÖM

■ **YRKESVÄG:** Barnmorska inom förlossningsvården. Neuropsykolog och forskare. Doktorexamen 2010 med avhandlingen *Neurocognitive and endocrine dysfunction in women with exhaustion syndrome*, Institutionen för folkhälsovetenskap, Umeå universitet. I dag psykolog vid Rehabcenter Remonthagen i Östersund.

■ **OM SIN FRISPRÅKIGHET:** "Jag vill prata så att folk förstår, och bestämde mig tidigt för att inte helt domesticeras av forskarspråket. Det kan också så lätt användas till maktmissbruk."



”Vi vet så otroligt lite om vad som egentligen händer i hjärnan”

Neuropsykologen Agneta Sandström är ovanligt frispråkig för att vara forskare. Hon pratar gärna om sin forskning om utmattningssyndrom, men lika engagerat om politik, vikten av en ”hjärnergonomisk” arbetsmiljö och konsten att ”tomglo”.

TEXT: ANNA KÅGSTRÖM FOTO: ULRICA ZWENGER

Agneta Sandström lutar sig framåt. Hon pratar om effektivitet, men inte utifrån arbetsgivarnas synvinkel, utan från arbetstagarnas. De, som i effektivitetens namn, ska göra lika mycket jobb på färre anställda, prestera mer, le bredare och trola ännu mer med knäna. Hon talar om samhällsförändringen och om hur arbetsmiljöproblemen som uppstår – och inte sällan gör folk sjuka – numera läggs på varje enskild individ.

– Tänk, om arbetsgivaren sagt så till Gruv-7:an på 1970-talet: ”Nu blir det bara halva styrkan, ni får blir effektiva-re.” Inte fasiken hade de kammat med-hårs, de hade gått i strejk!

Offren i jakten på effektivitet blir de röda plupparna i statistiken över långtidssjukskrivningar. Sedan 2010 ökar sjuktalen igen. Agneta Sandström refererar till en undersökning i *Läkartidningen*, som visar att långtidssjukskriv-

ningarna bland läkare – som statistiskt sett tillhör den allra friskaste gruppen i samhället – har ökat med hela 40 procent åren 2009–2014. Den övervägande orsaken är psykiatriska diagnoser, och de som främst blir sjuka är unga kvinnliga läkare.

– Det är otroligt oroväckande, säger Agneta Sandström. Man tycker att regeringens borde tillsätta en haverikommission.

Vi möts i hennes arbetsrum på Rehabkliniken Remonthagen, högst upp i en backe i utkanten av Östersund. Solen är på besök och kilar in sig mellan byggnaderna längs Storsjöns sluttningar. I huset mitt emot står längdskidor ännu på vänt på balkongerna. Till vardags arbetar Agneta Sandström som psykolog med hjärnskadade patienter. Behandlingen är multimodal och påminner till dels om den som numera ofta rekommenderas till människor med utmattningssyndrom: Hjälp att

sova, liksom att äta och motionera regelbundet. Hjälp att motverka försämrade kognitiva förmågor genom att avgränsa intryck i vardagen, pausa och identifiera återhämtande beteenden. Kunskap om diagnosen att överföra till sin omgivning. Samtal. Men att enbart medikalisera och individualisera symtomen vid dysexekutiva funktioner – som vid utmattningssyndrom – leder fel, enligt Agneta Sandström:

– Jag fick en patient, en ensamstående trebarnsmamma, som sades ha progredierande kognitiva funktionsnedsättningar. Men det hon behövde var ingen psykologisk behandling, hon behövde en hemhjälp!

Att med politiska medel underlätta för småbarnsföräldrar och för föräldrar till barn med särskilda behov är en av Agneta Sandströms käpphästar. Därutöver behöver arbetet anpassas till att bli mer ”hjärnergonomiskt”, det vill

”Flera pratade om att hjärnan dog. De refererade inte till sig själva som deprimerade. Det gjorde mig nyfiken: Vad händer inuti de här människorna?”



► säga med väl avgränsade arbetsuppgifter, inflytande över hur arbetet läggs upp, arbete i rimlig mängd och med rent fysiska möjligheter att skärma av intryck. Det betyder att öppna landskap går bort, inget är så svårt att inhibera som när någon rör sig långt ute i ens synfält. Och det kan omöjligt vara upp till den enskilda individen att ”ta ansvar” för detta:

– Många av dem som insjuknar är personer som dagligen har kontakt med många människor och ständigt måste leverera: psykologer, journalister, folk inom vården... Inte minst inom primärvården arbetar folk som inte har någon makt över sitt jobb, har jättemycket att göra och förväntas vara trevliga och le hela dagarna, samtidigt som nästan alla är missnöjda med dem.

När neuropsykologen Agneta Sandström under 1990-talet började med sin forskning fanns det ingen konsensus kring det som i dag diagnosticeras utmattningssyndrom. Dessutom ansågs patientgruppen kontroversiell; var de inte bara lata, bortskämda, gnälliga? Eller – eftersom majoriteten var kvinnor – så-

dana där ”duktiga flickor”?

– Det är så taskigt med detta skuldbeläggande. Under hela uppväxten talar samhället om för unga tjejer att ”du måste prestera på topp, annars kan du inte göra vad du vill”. I dag, med ett skolsystem som kräver att du ska prestera ditt bästa vid exakt varje prov, har de unga det ännu värre.

År 2010 doktorerade Agneta Sandström med avhandlingen *Kognitiv och neuroendokrin dysfunktion hos kvinnor med utmattningssyndrom*. Studien gjordes i tre steg, med bland annat neuropsykologiska test, funktionell magnetröntgen, mätning av hippocampus samt utsöndringskurva för hormonet kortisol. Resultatet var entydigt.

Utmattningssyndrom ger en mätbar nedsättning av aktiviteten i frontalloberna, liksom en flackare utsöndring av kortisol, jämfört med hos friska patienter.

Agneta Sandström kunde alltså validera det patienterna upplevde angående sina försämrade kognitiva förmågor: minskad förmåga att inhibera, alltså avgränsa kringgårdande ljud, ljus och rörelser. En försämrad förmåga att

bibehålla koncentration samt att planera och genomföra saker. En ouslinlig trötthet.

En del i kritiken mot studien var argumentet att utmattningssyndrom främst drabbar personer med en sedan tidigare ökad sårbarhet för insjuknande, och/eller människor som lever med ett svagt psykosocialt stöd.

Agneta Sandström hittade inga belägg för sådana samband. Förvisso fanns det i hennes undersökta patientgrupp en liten övervikt av sårbarhetsfaktorer som posttraumatiskt stressyndrom efter exempelvis sexuella övergrepp i barndomen, personer som vuxit upp med omvårdnadssvikt eller ett eget, svårt sjukt barn. Psykosocialt visade patientgruppen som helhet goda indikatorer.

– När jag lyssnade till patienterna var det så tydligt att det fanns ett ”före” och ett ”efter”. Flera pratade om att ”hjärnan dog”, och de refererade inte till sig själva som deprimerade. Det gjorde mig nyfiken: Vad händer inuti de här människorna?

Agneta Sandström är uppvuxen på

flygflottiljen F15 utanför Söderhamn, där pappa var anställd som stridspilot, och senare i den lilla orten Matfors. Det diskuterades mycket politik i hemmet. Vid 16 år flyttade hon hemifrån och utbildade sig till barnmorska i Sundsvall. När hon och maken senare flyttade till Umeå fanns inget intressant barnmorskejobb. I stället kom Agneta Sandström att utbilda sig till neuropsykolog, arbeta med behandling och inleda sin forskning.

Så – mitt i steget – drabbades hon själv av en livsomvälvande händelse och outgrundlig sorg. Hennes äldsta och då tolvåriga dotter blev påkörd utanför familjens köksfönster. Sorgen gjorde att Agneta Sandström inte längre orkade möta PTSD-drabbade eller andra patienters skörhet i behandling, och forskningen sattes på paus.

”Jag hatar att säga att det var bättre förr, men när managementkulturen till och med tagit över i familjen behöver hjärnan pausa”

– Något gick sönder i mig. Jag är inte lika modig och driftig längre, jag skulle säga att jag i dag lever på 60 procent av min förmåga.

När familjen så småningom bytte stad och fick en ny utsikt på Frösön utanför Östersund kunde hon så sakteliga komma tillbaka. 2010 dispute-rade hon – stolt – iförd samisk kolt till doktorshatten. Att Agneta Sandström tillhör skogssamesläkten Lussi utanför Jokkmokk var inget hon – ”på goda grunder” – talade högt om under barn- domen. Först som vuxen har hon kommit att omfamna sin samiska identitet.

– Det blev ett jäkla hallå om det där med disputationen i släkten. Till och med min man sa: ”Men ska du inte ha på dig en fin klänning?” Men pappa grät av stolthet.

Den statliga rasismen är högst påtaglig i släkten. Farmor, som Agneta Sandström ofta var hos i Jokkmokk, var en av dem som blev skallmätt av representer för Rasbiologiska institutet på

1920-talet. Den typiska dubbelheten av stolthet och internaliserad skam bär också Agneta Sandström.

– Att bo i Norrland och vara same är fortfarande en skam, för folk här gillar inte samer. Hot och ”lappskämt” är vardag. Många i södra Sverige känner inte till det här, eller hur den svenska staten historiskt har byggt in de här motsättningarna i samhället.





”Jag är världsmästare på att sitta på en stol på gården hemma och bara glo, i timmar”

► Sedan flera år står en samisk flagga i fönstret i arbetsrummet.

– Jag fick den av en samisk patient. När hon förstod att jag också var same började hon att prata om helt nya saker.

Fortfarande kvarstår många frågor kring vilka skador stressrelaterade symtom kan åsamka hjärnan. Kanske kommer Agneta Sandström att forska vidare, intresse saknas inte. Nyligen blev hennes slagkraftiga tips om att dagligen ”tomglo” – alltså att göra ingenting – en klickrakett i sociala medier.

– Jag är världsmästare på att sitta på en stol på gården hemma och bara glo, i timmar. Enligt den svenska, kristna bondekulturen är det ju annars något som är typiskt för alkoholister och lymlar.

För att freda hjärnan behöver människor i dag inte enbart en mer psykiskt friskvårdande arbetsmiljö. Även hem- och familjeliv kan behöva åtgärdas:

– Jag hatar att säga att det var bättre förr, men i ett samhälle där managementkulturen till och med har tagit över i familjen behöver hjärnan pausa. I längden klarar inte hjärnan att man på fritiden samtidigt tittar på tv, pratar i telefon och surfar på internet.

I behandling av utmattningssyndrom bör återhämtande och nedvarvande beteende individanpassas och befrias från

”klassbetonat svammel” om vad som är fint och fult, menar hon.

– Vissa varvar ner med wordfeud, andra behöver lyssna på radio för att somna. Nu är det ju faktiskt populärt att sticka igen, det är bra för dem som gillar det.

Dessutom måste den del av mindfulness-kulturen som snarare är religionsutövning än psykologisk behandling granskas:

– Jag har oerhört svårt för det där tjetet om att ”allt är kärlek och ljus” och att man ska eftersträva en ständigt, perfekt balans. Det bygger på en felaktig idé om att leva, man kan inte vara i total jämvikt – det blir en omöjlig prestation i sig. Om den typen av mindfulness ska bekostas med skattemedel måste allt sådant tugg rensas ut. Dessutom är det inte lämpligt för vissa patienter att sitta still på det sättet, det kan tvärtom framkalla ångest och rent av psykosgenombrott.

För vissa patienter är återhämtning snarare att vara i rörelse, menar hon, förutsatt att varje individ får stöd att finna sin träningsform för att undvika övertränning.

Att ibland vara förbannad eller missnöjd är också av godo – precis som alla affekter:

– Missnöje är mycket bra, det är

den som gör att folk lämnar dåliga äktenskap, som har gett oss föräldraförsäkring och grundläggande mänskliga rättigheter. Särskilt kvinnor borde omfamna sitt missnöje lite oftare.

Kan det komma en medicin mot symptomen på utmattningssyndrom? Agneta Sandström tvekar:

– Kanske en bra sömnmedicin, som gör att man sover bättre och stoppar den där ”skvalpigheten” i hjärnan som gör att man ligger och åltar och inte kan varva ner. Sömnstörningar är ofta den tidigaste och mest avgörande komplikationen för utmattningssyndrom, och ett kraftigt varningstecken. Till slut kan det vara den störda sömnen som driver hela processen.

Huruvida de synliga förändringarna i hjärnan vid utmattningssyndrom kan repareras är ännu en öppen fråga.

– Vissa patienter blir bättre, andra tycks bli återställda. För storhopen gäller att de lär sig strategier för att leva med sina försämrade kognitiva förmågor. Generellt fungerar då tidigare inlärda saker bättre, även om arbetsminnet fortfarande kan vara påverkat. Det absolut svåraste för en hjärnskadad patient är att lära nytt eller att uppdatera kunskap. Men fortfarande vet vi så otroligt lite om vad som egentligen händer i hjärnan. ●

För lite psykologisk kunskap när arbetsmiljön digitaliseras

Digitaliseringen av arbetslivet har lett till nya typer av arbetsrelaterade hälsoproblem. Om psykologisk kunskap användes i större utsträckning skulle en del av dessa problem förmodligen kunna undvikas. Det tror psykologen Carl Åborg, Uppsala universitet, som på uppdrag av Arbetsmiljöverket ingått i en forskargrupp som tagit fram rapporten *Digital arbetsmiljö*.

Allt fler använder digitala verktyg i sina arbeten, men kunskapen om hur den här utvecklingen påverkar arbetsmiljön och utvecklingen av arbetsrelaterad ohälsa är relativt begränsad. För att få en bättre bild av kunskapsläget gav Arbetsmiljöverket i uppdrag åt några forskare vid Kungliga Tekniska Högskolan (KTH) och Uppsala universitet, med professor Jan Gulliksen (KTH) som ansvarig, att ta fram en kunskaps-sammanställning över området. Som en av psykologerna i gruppen fokuserade Carl Åborg främst på sambanden mellan digitalisering, psykologi och hälsa.

– Snart arbetar alla på något sätt med datorer samtidigt som arbetsrelaterade besvär ökar liksom kurvan för sjukskrivningar. Det är en av anledningarna till att Arbetsmiljöverket ville ha den här sammanställningen, säger Carl Åborg.

Forskargruppen blev dock lite besviken när de började sammanställa det vetenskapliga kunskapsläget: Det fanns ganska få forskningsstudier som granskat sambandet mellan digitalisering och ohälsa, området är relativt svårdefinierat och digitalisering är i sig ett begrepp som inte kan generaliseras.

– Men ända sedan 1980-talet har man sett en koppling mellan utökad datorstöd i arbetet och fler subjektiva besvär så som stress och muskuloskeletal besvär, exempelvis nackbesvär. Och nu ser vi en koppling mellan stora förändringar med digitalisering och allt fler psykiska diagnoser, säger Carl Åborg.

– När arbetsuppgifter flyttar in i datorns mer abstrakta värld ställs helt andra krav på våra kognitiva funktioner,

som perception, minne etc. Det leder i sin tur till en ökad risk för stressrelaterade åkommor. Man kan få svårare att koppla av och få en bra sömn, vilket i nästa led ökar risken för att utveckla lättare psykiska besvär. En oroväckande hög andel i den här gruppen utvecklas sedan åt fel håll och drabbas av långa sjukskrivningar.

”De fackliga organisationerna har alltid varit medvetna om problematiken, de ser ju hur deras egna medlemmar drabbas, så därifrån finns ett stort intresse”

Att de kognitiva kraven ökar till följd av digitalisering går inte att hindra, men skulle den psykologiska kunskap som ändå finns om hjärnan användas i större utsträckning kanske ohälsan kunde minska. I dag agerar systemutvecklare, arbetsmiljöansvariga och psykologer på olika arenor och inte ens inom forskningen finns några gemensamma plattformar att verka på, säger Carl Åborg.

– **Det är svårbegripligt** att den psykologiska kunskap som finns om exempelvis hjärnans kognitiva funktion, arbetsminnet och människans förhållande till förändring inte används i större utsträckning. Tittar vi på hur systemen är uppbyggda så är de ofta mycket ologiska och kräver ständigt nya inloggningsar, nya lösenord, olika system använder olika verktyg etc., vilket gör det svårare

att koncentrera sig på själva arbetsuppgifterna, säger Carl Åborg.

– Vi har ju även mycket kunskap om hur människan reagerar på förändringar, vilket borde kunna användas då nya system införs. Det kan handla om sådana faktorer som vikten av medinflytande och den enskildes möjligheter att påverka i förändringsprocessen. Tar



Carl Åborg

man inte till sig förändringarna och börjar använda systemen på rätt sätt, på grund av okunskap eller ovilja, blir ju också arbetet ineffektivt.

Att Arbetsmiljöverket, som är tillsynsmyndighet för arbetsmiljön, ändå har beställt rapporten *Digital arbetsmiljö* vittnar om en medvetenhet om problematiken och en vilja att hantera den, tror Carl Åborg.

– Jag tror att rapporten kan bidra till förbättringar. De fackliga organisationerna har alltid varit medvetna om problematiken, de ser ju hur deras egna medlemmar drabbas, så därifrån finns ett stort intresse. Nu får också Arbetsmiljöverket en kunskapsöversikt och kan med hjälp av bland annat den ställa högre krav på arbetsgivarna i framtiden, säger Carl Åborg. ●

PETER ÖRN

Förslag om samarbete inom psykiatrin:

Psykologiskt och medicinskt ledningsansvar på lika villkor

Nyligen publicerades Psykologförbundets rapport *Tänk nytt kring psykiatrin*.

– Syftet med rapporten är att ta fram förslag för att förbättra samarbetet mellan psykologer och psykiatrer i psykiatrin, berättar Martin Björklind, professionsansvarig på Psykologförbundet.

Det har tidigare inte gjorts någon genomgång av likheter och skillnader i kompetens, arbetsuppgifter och ansvarsområden för olika yrkesgrupper i psykiatrin.

– Många talar om roll-diffusion och otydlighet när det gäller vem som ska göra vad inom psykiatrin. Arbetsuppgifter och ansvarsområden tycks ibland växa fram utan att vara förankrade i de faktiska arbeten som utförs, grundkompetensen hos medarbetarna och de behov patienterna har, säger Martin Björklind.

Mot den bakgrunden lanserar Psykologförbundet en modell för psykiatrin som tar sin utgångspunkt i en analys av yrkesgruppernas olika ansvarsområden.

Martin Björklind har djupintervjuat ett antal chefer och specialister inom psykiatrin. Intervjuerna har kompletterats med en enkätundersökning som 40 psykologer och 19 specialistläkare från landets samtliga regioner och landsting har besvarat.

I svaren framkommer såväl positiva som negativa faktorer för samarbetet mellan de båda yrkesgrupperna.

– Väl fungerande samarbeten kännetecknas av

ödmjukhet inför att den egna professionen är en del i en helhet och att patienten sätts i centrum, säger Martin Björklind.

Samarbetet fungerar sämre då psykologiska och medicinska behandlingar inte ses som likvärdiga delar i behandlingen, när roller och ansvarsområden är otydligt formulerade och ansvaret skevt fördelat mellan yrkesgrupperna.

– Ytterligare faktorer som försvårar möjligheterna till samarbete är läkarbristen inom psykiatrin och hyrlä-karsystemet, säger Martin Björklind.

När det gäller kompetenser för de båda yrkesgrupperna är områden som diagnostik, differentialdiagnostik, problemformulering och behandlingsplanering att se som gemensamma kompetenser. Som psykologens specifika kompetens lyfts bland annat fram neuropsykologisk diagnostik och personlighetsdiagnostik, psykologisk behandling och psykoterapi, medan somatisk differenti-aldiagnostik och farmakologisk behandling ges som exempel på psykiatrikernas specifika kompetens. Alla områden behövs och kompletterar varandra för att ge patienten god vård.

Vad skulle då kunna förbättras i samarbetet mellan läkare och psykologer i vuxenpsykiatrin?

– Flera deltagare i undersökningen nämner minskad administration, ökade resurser och tydligare roller och ansvarsområden som vägar till förbättring. Många lyfte också fram önskemål om ett mer utvecklat samspel mellan medicinsk och psykologisk behandling, säger Martin Björklind.

Mot den bakgrunden har Psykologförbundet tagit fram en organisationsmodell med ett tvärprofessionellt team som grund för vårdarbetet.

– Patientens vård ska sättas i centrum och patienten är expert på sitt eget liv. Vårdpersonalen ska fungera som samordnare för behandlingen för att uppfylla bästa möjliga vård för patienten.

Vården ska vara öppen och transparent när det gäller bedömningar och vårdplanering och patienten ska vara delaktig i beslutsfattandet.

Psykiatriker och psykologer ska ha gemensamt ansvar för diagnostik och behandling utifrån sina respektive kunskapsområden, föreslår Psykologförbundet.

– I teamen ska det finnas både specialistläkare och spe-

"Jag blev överraskad att så många, både psykiatrer och psykologer, tydligt föreslår ett förbättrat och mer utvecklat samarbete"

cialistpsykologer med ansvar för medicinsk respektive psykologisk ledningsfunktion.

– Jag blev överraskad över att det var så pass många i undersökningen, både psykiatrer och psykologer, som tydligt föreslår ett förbättrat och mer utvecklat samarbete mellan psykologer och läkare. Det gäller inte bara i teamen i psykiatrin, utan även under utbildningar, som till exempel gemensam handledning och utbildning, säger Martin Björklind.

– Vår totala kunskapsmassa i dag är stor och verksamheterna mer komplexa än förr. Det finns inte en profession som kan greppa över hela fältet, utan det krävs samarbete och respekt för varandras kompetens.

Synen på ledningen av vårdarbetet hos vissa läkare anses dock kunna försvåra samarbetet mellan yrkesgrupperna.

34 motioner till kongressen – varav två om *Psykologtidningen*

Totalt 34 motioner har inkommit till Sveriges Psykologförbunds kongress 2016, vilket är en mer än till kongressen 2013. Somliga motioner återkommer (begränsa utbildningsplatser, prioritera arbetsmiljön) men här finns också radikala förslag som krav på sex timmars arbetsdag och att förbundet ska vara mer aktivt i samhällsdebatten.



Martin Björklind

– En del har svarat att läkarnas roll, som den traditionellt har sett ut inom psykiatri inte ligger i linje med en modell för ökat samarbete. Även om systemet med patientansvarig läkare, PAL, är borta kan det finns kvar spår av det. Det ansvaret vill vi ska tas både av läkare och av specialistpsykologer, säger Martin Björklind.

Psykologförbundet föreslår att man arbetar för att bli- vande specialistpsykologer skolas in i att ta ett över- gripande ansvar som delas med läkarna, så att de båda yrkesgrupperna sida vid sida leder psykiatri.

– Jag är övertygad om att patienten skulle vinna på en sådan modell, säger Martin Björklind. ●

TEXT OCH FOTO:
CARIN WALDENSTRÖM

■ Läs hela rapporten på:
www.psykologforbundet.se

Arbetsmiljön är en viktig fråga för psy- kologer, som enligt Försäkringskassans statistik tillhör den arbetsgrupp som särskilt drabbas av arbets- relaterad stress och psykisk ohälsa. Flera motioner handlar om just arbetsmil- jön för psykologer.

En föreslår att Psyko- logförbundet ska göra en översiktlig kartläggning av arbetsgivarens förväntning- ar på anställda psykologer vad gäller antal patienter och utredningar per vecka – samt hur dessa har föränd- rats under de tre senaste decennierna. En annan motion föreslår sex timmars arbetsdag för psykologer, samt ”för alla som arbetar i Sverige”.

För att locka fler psykologer att arbeta som chefer före- slår styrelsen inom Dalarnas läns landsting att förbundet ska organisera chefsutbild- ningar som ger psykologer ökad kompetens inom ledarskap. Samma styrelse föreslår att Psykologförbun- det i sina fackliga kurser har med praktiska moment i hur en förhandling vid konflikt kan se ut, samt tar fram en handbok i fackligt arbete och förhandling till med- lemmar.

Studeranderådets styrelse har inkommit med flera mo- tioner, varav en handlar om att förbundet ska verka för att höja kompetensen inom transkulturell psykologi för psykologer men också hos andra yrkesgrupper, samt upprätta ett nätverk i trans- kulturell psykologi.

En annan handlar om att införa en studenthandläg- gare på kansliet, en tredje föreslår att förbundet ska ”undersöka hur väl utexa- minerade psykologstuden- ter anser att utbildningen förberett dem för arbets- livet”. Och ytterligare en vill att förbundet arbetar för inrättandet av psykolog- assistenttjänster.

Några motioner berör orga- nisationen. Babe Strömberg från Lund föreslår att kon- gressen ska fatta beslut om att ”medel till lokal facklig verksamhet framöver även kan komma att utgå som ersättning för förlorad ar- betsinkomst i syfte att lokalt förtroendevalda därmed kan beredas möjlighet att driva specifika, för förbundet, prioriterade frågor”.

Och Stefan Jern föreslår att kongressen fattar beslut om stadgeändringar rörande medlemskapet i förbundet. Utöver dessa finns bland

de 34 motionerna även motioner om att förlänga specialistutbildningen, att kvalitetssäkra PTP-tjänstgö- ringen samt ett önskemål att Psykologförbundet ska vara mer aktivt i den aktuella samhällsdebatten.

En motion som berör *Psy- kologtidningen* handlar om tidningens självständighet i förhållande till förbunds- styrelsen; motionen föreslår att kongressen ”fastslår vikten av att ha en *Psyko- logtidning* som står otve- tydligt fri i förhållande till förbundsledning, samt att kongressen ger förbunds- styrelsen i uppdrag att utan onödigt dröjsmål ta fram ett förslag som så långt som möjligt säkerställer denna ordning”. ●

KAJSA HEINEMANN

KONGRESS 2016

■ Valet till kongressom- bud börjar 2 maj. Omröst- ningen sker via en webb- enkät, som mejlas ut.

■ Gå in på ”Dina sidor” för att se att din mejladress är korrekt så att du kan delta i omröstningen.

■ Psykologförbundets kongress pågår 18-20 november 2016.

Specialistutbildning lönar sig – men löneskillnaderna ändå otillräckliga

En specialistutbildning ger utdelning i högre lön för samtliga anställningsgrupper. Det visar Psykologförbundets lönestatistik för 2015. De privatanställda specialisterna hamnade med en månadslön på i genomsnitt drygt 44 000 kronor högst bland specialistutbildade psykologer.

Då löneenkäten för 2015 presenterades i *Psykologtidningen* nr 2 2016 hade uppgifter för specialistutbildade psykologer ännu inte sammanställts. Nu visar den sammanställningen att det i genomsnitt ger omkring 5 000 kronor mer i månadslön att skaffa sig en specialistutbildning. Underlaget är 3 146 specialistutbildade psykologer som svarat på löneenkäten 2015.

Bäst löneläge återfanns bland privatanställda, med en medellön på drygt 44 000 kronor (icke specialister 38 446 kronor). Därefter landstingsanställda med 42 471 kronor (icke specialister 36 496 kronor), följt av

statligt anställda (41 867 kronor mot 39 360 kronor för icke specialister) och kommunalt anställda psykologer

"Det borde vara en betydligt större skillnad i lön mellan specialister och icke specialister"

med specialistutbildning (41 359 kronor mot 38 142 kronor för icke specialister).

Även om det finns en tydlig lönevinst med att genomgå en specialistutbildning så är den inte tillräckligt tydlig, säger Mahlin Lenerius, förbundssekreterare på



Mahlin Lenerius

FOTO JOHAN PAULIN

Psykologförbundet.

– Det borde vara en betydligt större skillnad i lön mellan specialister och icke specialister. Det är viktigt att det finns en tydlig plan från arbetsgivaren och arbetstagaren för hur en specialistutbildning ska för-

ankras i arbetet och bidra till löneökningar, säger Mahlin Lenerius, och fortsätter:

– I dag har många psykologer en specialistutbildning men där den inte är förankrad i själva arbetsuppgifterna, och då ger den inte heller en löneökning. Psykologer är en yrkesgrupp som ändå gärna förkovrar sig, men det är viktigt att det ger utdelning i lön. ●

PETER ÖRN

Rättelse:

I lönefoldern (bifogades i *Psykologtidningen* nr 2 2016) hade tabellen för privat sektor kommit med två gånger (sid 6). En rättad version av lönefoldern finns på: www.psykologforbundet.se

GODKÄNDA SPECIALISTER

Klinisk psykologi – med inriktningen Missbruks- och beroendepsykologi

ANN-SOPHIE LINDQVIST BAGGE:

A retrospective 30-years follow-up study of former Swedish elite male athletes in power sports with a past anabolic androgenic steroids use.

– med inriktningen Barn- och Ungdomspsykologi

EVA NAHNFELDT:

Mammors och pappors upplevelse av föräldrastress

– med inriktningen Psykologisk behandling/psykoterapi

KRISTINA JUHLBERG:

Behaviour: the missing variable?

A study of performance anxiety in musicians.

MARTIN JOHANSSON:

Psykoterapeuters erfarenheter av psykoterapi med traumatiserade patienter.

ROGER OLSSON:

Föräldraträning via internet: Hjälptill självhjälp för föräldrar till barn med normbrytande beteenden.

JAIME JONSSON:

CBT for a Person With Schizophrenia Systematic Desensitization for Phobias Led to Positive Symptom Improvement.

MONICA BUHRMAN:

Guided Internet-Based Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Pain.

HÅKAN LINDHOLM:

Samtalsbehandlares arbetsmiljö och dess effekt på patienternas förbättring i specialistbehandling för ätstörningsproblem.

SARA STENEY:

Boosterprogram sex månader efter Internetförmiddad KBT vid tvångssyndrom: en randomiserad kontrollerad klinisk prövning.

– med inriktningen Neuropsykologi

NIKLAS FRÖST:

Neuropsychological Group Intervention and Working Memory Training after Acquired Brain Injury.

NATASCHA EKDAHL:

Mental trötthet efter förvärvad hjärnskada.

DANIEL MAROTI:

Computerized training improves verbal working memory in patients with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS). A pilot study.

Arbets- och Organisationspsykologi – med inriktningen Arbetsmiljöns Psykologi

ERIK STRENGBOM:

Arbetsschemats inverkan på sömn och återhämtning hos vårdpersonal.

Fler godkända specialister i nästa nummer



LEDAREN

Anders Wahlberg, psykolog och förbundsordförande

"Vi har haft stor påverkan på den nya arbetsmiljöföreskriften"

Den 31 mars firades det på Psykologförbundets kansli för då började en ny viktig föreskrift kring organisatorisk och social arbetsmiljö att gälla. Sällan, om ens någonsin, har en föreskrift från Arbetsmiljöverket fått en sådan uppmärksamhet. Arbetsmiljöverket har marknadsfört den så väl att ingen arbetsgivare ska vara omedveten om att den finns. Man har bland annat gjort filmen *Utmaningen – en film om den sjuka jobbstressen*. Se gärna filmen, som finns på Arbetsmiljöverkets hemsida, med dina arbetskamrater. För psykologer är många saker i filmen ingen nyhet, men den ger en bra beskrivning och jag hoppas att ni tipsar er arbetsgivare om den.

Föreskriften belyser i första hand två områden, ohälsosam arbetsbelastning och kränkande särbehandling. Det har funnits föreskrifter på detta område sedan tidigare. I den senaste föreskriften på området *Psykiska och sociala aspekter på arbetsmiljön* från 1980 stod:

"Samtidigt är datorerna värdefulla hjälpmedel i många arbetsuppgifter. Datorsystemens möjlighet till informationspridning bör utnyttjas. När datorer används som planeringsinstrument och som styrinstrument för arbetspro-

cesser bör de anställda ges möjlighet till medverkan i uppläggningsen av arbetet."

Det har hänt en del på området sedan dess och problemen i arbetsmiljön ser annorlunda ut i dag även om teknikstressen finns kvar.

Psykologförbundet har haft stor påverkan på den nya föreskriften. Vi har träffat Arbetsmiljöverket och diskuterat innehållet. Vi har också fått föreskriften på remiss. Av de sju synpunkter vi

"Att föreskriften kommer nu är verkligen passande. Psykiska sjukdomar motsvarar drygt 40 procent av alla sjukfall, vanligast är akut stressreaktion"

hade på innehållet ändrades sex av dem i slutprodukten. Det visar att psykologisk kunskap tas vara på och att vi kan påverka.

Att föreskriften kommer ut nu är verkligen passande. Psykiska sjukdomar motsvarar i dag drygt 40 procent av alla sjukfall och vanligaste diagnosen är akut stressreaktion. Den motsvarar

14 procent av alla sjukfall. Antalet personer med akut stressreaktion har ökat från cirka 15 000 år 2012 till 26 000 år 2014.

Problemet stannar dock inte vid att medarbetare blir sjukskrivna, redan när de är kvar på jobbet så minskar produktiviteten. Arbetshälsoekonomen Malin Lohela Karlsson menar att ett genomsnittligt produktionsbortfall för en person som upplever arbetsmiljöproblem på jobbet ligger på 30-40 procent. I snitt blir det mellan 12 och 16 timmars bortfall i veckan, per person. Detta är viktig kunskap att förmedla till arbetsgivarna.

Föreskriften är viktig för psykologer på två sätt. Dels är vi absolut inte undantagna från arbetsmiljöproblem, i många fall precis tvärtom vilket bland annat vår arbetsmiljöundersökning visar. Därför måste vi använda föreskriften i vårt fackliga arbete.

Dessutom är det här vårt kunskapsområde. I arbetet med att förstå, utreda och åtgärda arbetsmiljöproblem behövs vår kunskap och våra insatser. Det spelar ingen roll inom vilket område som du arbetar inom. Problemen finns överallt och vi behövs för att lösa ett av de stora samhällsproblem som vi har i dag.

ANDERS WAHLBERG

NYTT FRÅN FÖRBUNDET

Boka in redan nu!

**Psykologidagarna 2017,
30 – 31 mars i Stockholm.**

Psykologförbundet har

11242

medlemmar
31 mars

**Tänk nytt
kring psykiatrin**

Psykologförbundets förslag till ny organisationsmodell för psykiatrin.

Finns på: www.psykologforbundet.se

Varför ska jag jobba fackligt?

Psykologförbundets representanter ute i landet gör med sin lokala kännedom ett viktigt arbete. Att jobba fackligt kan för en del kanske verka krångligt och tidsödande. Men vi behöver vara fler som engagerar oss för att kunna påverka. Maria Nemark, ordförande i Region Skånes psykologförening och Tove Gelin, ordförande i Psykologföreningen i Göteborgs stad, berättar varför det är viktigt.



Maria Nemark

Maria Nemark:

– Det är bra att vara fackligt engagerad en period för då förstår du hur kvarnen mal. Du får en systemförståelse och kan på ett annat sätt rikta din energi om du är missnöjd. Kanske kan du inte så mycket om det fackliga från början. Det är mycket "learning by doing" förutom de kurser som finns. Men det finns alltid folk att fråga och det är bättre att det är någon som jobbar fackligt än ingen. Ren närvaro är en stor uppgift, att arbetsgivaren vet att det finns någon som håller ögonen på dem. Finns vi inte där så syns vi inte. Lönerna påverkas mycket av att vi är med. Det syns i löneförhandlingarna. För arbetsgivaren är det lättast att hjälpa dem som är där och skriker. De andra som är tysta tror man är nöjda. Det finns andra fackföreningar och vi måste vara framme vid grytan.

Tove Gelin:

– Om ingen jobbar fackligt har vi inte någon möjlighet att samverka med arbetsgivaren och påverka vår arbets- och lönesituation. Jag tror inte alla förstår att det är den lokala fackliga förening-

en som har störst möjlighet att direkt påverka arbetssituationen lokalt. Politiker och kommunledning saknar ofta kunskap kring vad psykologer gör och kan göra, vilket bidrar till att våra arbetsförutsättningar snabbt kan försämrars genom olika beslut.

– Saknas lokala föreningar måste medlemmar vända sig till ombuden i Stockholm. De behöver täcka stora geografiska områden och saknar relation till den lokala arbetsgivaren, vilket gör det svårare att representera medlemmar och följa upp. Som litet förbund är kontakt och samverkan med övriga Sacoförbund viktigt. Vi är inte en så stor yrkesgrupp i jämförelse med andra föreningar så därför måste fler av oss engagera sig om vi ska ha möjlighet att påverka.



Tove Gelin

Hur mycket tid tar det?

Tove Gelin:

– Det varierar beroende på vilket fackligt uppdrag du har och hur många som är engagerade. Som ordförande tar arbetet genomsnittligt ett par timmar i veckan. Att vara ledamot i den lokala styrelsen tar ungefär två till tre timmar i månaden.

– Förhandlarna arbetar mest under perioden för lönerevision.

I vår förening har de avsatt arbetstid för att utföra detta. Många upplever nog att de har för lite kunskap för att engagera sig, men de flesta som börjar jobba fackligt har ingen erfarenhet. Genom att vara med i styrelsen lär du dig mycket. Ju fler som engagerar sig, desto lättare att behålla kunskap och kontakter när enskilda personer slutar.

Berätta något konkret ni gör!

Tove Gelin:

– Vi har erbjudit medlemmarna löneskola för större kunskap om löneprocessen, jobbat för att förbättra arbetsmiljön för psykologer i olika stadsdelar, ordnar after work och informationsträffar och har representerat Psykologförbundet i West Pride. Men största arbetet har ändå varit att arbeta för högre löner.

Hur kommer jag igång?

Elin Eos, ombudsman:

– För att bli förtroendevald krävs att du har dina kollegors förtroende att företräda dem på arbetsplatsen. Självkärl är ni alla medlemmar. Kontakta därefter Psykologförbundet, då det är förbundet som formellt utser dig. Olika regler kan gälla beroende på var



Elin Eos

du jobbar, vi hjälper gärna till med råd om hur du kan engagera dig!

Vilket stöd kan jag få som förtroendevald?

Elin Eos:

– Som förtroendevald har du alltid möjlighet få råd och stöd av oss på kansliet. Vi ombudsmän hjälper dagligen förtroendevalda med frågor om den fackliga verksamheten. Utöver det finns mycket information på vår hemsida. Vi erbjuder också regelbundet utbildningar till förtroendevalda, nätverk samt vår medlemsrådgivning.

■ Läs hela intervjuerna med Tove Gelin och Maria Nemark på www.psykologforbundet.se Här kan du också hitta råd från ombudsman Elin Eos.



FOTO: ULRICA ZWENGER

För Nytt från förbundet svarar press- och informationsansvariga **Susanne Bertman:** susanne.bertman@psykologforbundet.se

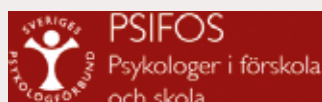
På gång i Psykologförbundet

KONGRESS 2016 18-20 NOV SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND

Nytt om kongressen

Motionstiden är nu slut och **34 motioner har kommit in**, lika många som till förra kongressen. De handlar bland annat om specialistutbildningen, arbetsmiljö, psykologutbildningen, förbundets organisation, stöd till förtroendevalda, synlighet i samhällsdebatten och PTP. Förbundsstyrelsen kommer nu att behandla motionerna.

Valet till kongressombud påbörjas 2 maj. Omröstningen sker via en webbenkät som mejlas ut. Gå in på Dina sidor och se till att din mejladress är korrekt så att du kan delta i omröstningen.



Psifos kompetensdagar och årsmöte

Vad: Konferensen "Psykologens mångfacetterade roll i skola och förskola".

Tid: 14-16 september 2016.

Plats: Linköping (mer info kommer).

Yrkesföreningen Psykologer i förskola och skola arrangerar två kompetensdagar med inbo-

kade föreläsare som kommer att tackla flera av de utmaningar psykologen står inför i den professionella vardagen. Presentation av föreläsare och konferensschema publiceras på Psifos hemsida inom kort!

Årsmötet äger rum onsdagen den 14/9, kl. 16:30.

Välkomna till Linköping!

KALENDARIVM

APRIL

Seniorerna Södra, föreläsning 27
Seniorerna Västerbotten, möte 29

MAJ

Seniorerna Södra, utflykt 11
Seniorpsykologerna, årsmöte och studiedagar 19-20

JUNI

Seniorerna Södra, utflykt 2
Seniorerna Västerbotten, lunch 3
FS, möte 9-10

Hela seniorpsykologernas vårprogram 2016:
www.psykologforbundet.se/seniorpsykologerna

FS-möten 2016:

9-10 juni
19 augusti

17-18 november
18-20 november (KONGRESS)



"Olika barn, lika värde

Barn och förälder i ett mångfacetterat samhälle"

**Nationell konferens för psykologer i mödra-
och barnhälsovård
21-23 september 2016**

Plats: Mittuniversitetet Campus Östersund, Kunskapens väg 8, Östersund.

Tider: Registrering från kl. 10.00 (21 september), konferensen inleds kl. 12.30 och avslutas kl. 13.30 (23 september).

Axplock ur programmet:

"Pappa till Stålmannen"

Olika barn, olika föräldraskap! Fredrik Westin berättar om hur det är att vara förälder till "Stålmannen" och om utmaningar i föräldraskapet till barn med särskilda behov.

Barns sexualitet och sexuella utveckling

Johanna Thomtén är psykolog och lektor i psykologi på Mittuniversitetet. Hon forskar och föreläser bland annat om sexualitet och brinner för att öka psykologers kompetens inom sexologin.

Normkritik i praktiken – för ett inkluderande bemötande

David Flato från Jämsätt, som åker land och rike runt för att föreläsa och inspirera kring ett jämställt bemötande för alla barns lika värde, föreläser.

Om maskulinitet

Jesper Fundberg har länge varit verksam vid Malmö högskola och är känd för sin avhandling *Kom igen gubbar* som handlar om hur maskulinitet formas och vidmakthålls inom pojkfotbollen.

Övriga föreläsningar: *Förlossningsrädsla* av Elisabeth Rondung, *Tvåspråkiga barn* av Marie-France Champoux Larsson, barns uppväxtvillkor och hälsa med mera samt föreningens årsmöte.

Info kring konferensens schema, programpunkter och information kommer fortlöpande ut på föreningens hemsida:
www.mbhv-psykologerna.com

Festmiddag: torsdagen 22/9 på Gamla Teatern i Östersund!

Pris: 2 500 kronor för föreningens medlemmar, 2 900 kronor för icke medlemmar. Priserna är inklusive festmiddag.

Anmälan: Görs via föreningens hemsida www.mbhv-psykologerna.com och är öppen 2 maj-30 juni. Efter detta datum debiteras ytterligare 400 kronor.

OBS! Anmälan är bindande och giltig när fakturerat belopp finns föreningen tillhanda. Ingen återbetalning, men platsen kan överlåtas. Reservation för ändringar.

Vid frågor, mejla: fbl.mbhv@regionjh.se

Välkommen till Östersund!

FRÅGA OMBUDSMANNEN

Har du en fråga om anställning, arbetsmiljö eller avtal?

Mejla: redaktionen@psykologforbundet.se



"Semesterdagar – vem bestämmer när jag ska vara ledig?"

FRÅGA:

Jag är osäker på hur många betalda semesterdagar jag har rätt till.

Hur räknar jag ut det? Och kan jag själv bestämma när jag kan ta ut min ledighet eller är det arbetsgivaren som avgör det?

SVAR:

Vi har fått in många frågor om semester. Det är svårt att svara specifikt på just dina frågor då antalet betalda semesterdagar som du har rätt till beror på var du arbetar, om det finns kollektivavtal, hur gammal du är och hur länge du arbetat på samma ställe. Men generellt kan man säga: Enligt semesterlagen har alla anställda rätt till 25 dagars semesterledighet per år om anställningen påbörjas senast den 31 augusti, annars fem dagar. Saknas kollektivavtal gäller semesterlön, som enligt lagen uppgår till 12 procent av den semestergrundande lönen under intjänandeåret, motsvarande 25 dagars semesterrätt.

Semesterledighet inom kommun och landsting gäller som följer:

- 25 semesterdagar (till och med 39 år)
- 31 semesterdagar (från och med 40 år)
- 32 semesterdagar (från och med 50 år)

Om du börjar den 1 januari och har en anställning som varar hela året, så har du rätt till betalda semesterdagar direkt. Om du däremot har tagit ut alla dagar och slutar tidigare än den 31 december, så kan du bli återbetalningsskyldig motsvarande beloppet för de semesterdagar som du har fått för mycket. Intjänandeår och semesterår sammanfaller och är detsamma som kalenderår.

Semesterledighet inom statliga anställningar:

Villkorsavtal-T i åldern till och med 29 år har 28 semesterdagar. Från 30 års ålder utgår 31 semesterdagar och vid fyllda 40 år blir det 35 semesterdagar. I avtal AVA-T, som varit anställda minst i 3 månader, är antalet semesterdagar nästan identiskt med Villkorsavtal-T, med undantag för anställda som fyllt 40 år; de har en dag färre semesterdagar. Intjänandeår och semesterår sammanfaller och är detsamma som kalenderår.

Semesterledighet inom privat sektor:

För anställda inom Almega Vårdföretagarna Bransch E och F gäller intjänandeår och semesterår med kalenderår. Anställda i Bransch D och de flesta andra avtal tillämpar semesterlagens regler. Man tjänar in semester år 1 (normalt intjänandeår från 1 april till 31 mars) och kan ta ut betald semester först år 2 (normalt semesterår från 1 april till 31 mars). För att få betald semester redan under anställningsåret måste du alltså förhandla dig till förskottssemester. Sådan förskottssemester behöver inte återbetalas om du säger upp dig själv efter mer än fem år, eller om du blir uppsagd på grund av arbetsbrist. I annat fall räknas den av i samband med slutlön. Antal betalda semesterdagar: 25 (till 39 år), 31 (40-49 år) respektive 32 (50 år och uppåt). Semesterdagar finns i vissa avtal, andra avtal innehåller bara 25 semesterdagar.

Som arbetstagare har du i princip rätt att få ut huvudsemester (minst fyra sammanhängande veckor) under peri-

oden juni-augusti. Arbetstagaren har även rätt att få besked om semesterns förläggning två månader, eller om särskilda skäl föreligger, senast en månad, i förväg.

Semesterlön (om arbetsgivaren omfattas av kollektivavtal) innebär månadslön plus semestertillägg. Grunden är att man behåller sin månadslön under semestern och att man till det får ett tillägg som varierar från avtal till avtal.

Kommuner och landsting: 0,605 procent av fasta kontanta månadslönen/semesterdag.

Privat: 0,6 procent av aktuell månadslön vid semestertillfället.

Staten-Villkorsavtal-T: 0,49 procent för varje betald semesterdag av den för arbetstagaren vid semestertidpunkten aktuella fasta lönen per månad.

Staten – AVA-T: 0,65 procent av aktuell fast lön för varje betald semesterdag.

Om du har kvarstående semesterrätt när en anställning upphör utbetalas den i form av semesterersättning senast en månad efter slutdatum. Då beräknas varje dag vara värd 4,6 procent av gällande månadslön plus semestertillägget enligt kollektivavtal.

LEIF PILEVÅNG
Ombudsman

■ Har du fler frågor är Du välkommen att ringa vår medlemsrådgivning, mer info finns också på: www.psykologforbundet.se/Lon-och-avtal/Anstallning/Ledighet-och-semester/

Ohälsa i arbetslivet är ett strukturellt problem – inte ett "kvinnoproblem"

Arbetsrelaterad ohälsa är inte ett "kvinnoproblem", det är ett strukturellt problem som till stor del bygger på olikheter i arbetsorganisation och psykosocial arbetsmiljö mellan olika sektorer. Och de sämsta villkoren återfinns ofta i kvinnodominerade sektorer. Det visar en ny kunskaps-sammanställning från Stockholms universitet.

På uppdrag av Arbetsmiljöverket har en forskargrupp vid Stockholms universitet gjort en kunskapssammanställning av forskning om sambandet mellan organisatoriska faktorer, psykosocial arbetsmiljö och ohälsa, och huruvida det varierar mellan män och kvinnor. Bakgrunden till uppdraget är att ohälsotalen är högre bland kvinnor än bland män, att kvinnor står för en större andel av sjukfrånvarouttaget och att fler kvinnor än män tenderar att lämna arbetsmarknaden i förtid.

Kunskapssammanställningen visar bland annat att alltför höga krav och begränsade resurser i arbetet generellt hänger samman med lägre arbetstrivsel, en ökad vilja att säga upp sin anställning, och en sämre psykisk och fysisk hälsa.

Organisatoriska faktorer och den psykosociala arbetsmiljön formas av hur arbetet är organiserat, och det kan variera mycket mellan yrken, organisationer och sektorer. Höga krav i kombination med begränsade resurser återfinns ofta i kvinnodominerade yrken inom skola, vård och omsorg. Och i dessa sektorer har såväl män som kvinnor en förhållandevis hög ohälsa.

– Det är viktigt att uppmärksamma att det inte är ett "kvinnoproblem", det är ett strukturellt problem snarare än ett könsrelaterat. Kvinnor och män är till exempel verksamma inom olika sektorer på arbetsmarknaden och det är en ojämn fördelning av kvinnor och män på olika hierarkiska nivåer, säger Magnus Sverke, professor vid Psykologiska institutionen och projektledare för kunskapssammanställningen, i ett pressmeddelande.

Forskargruppen konstaterar att sättet att organisera arbetet – så som det tar sig uttryck i organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö – har betydelse för anställdas hälsa, välbefinnande och engagemang i arbetet, och att sådana samband tycks vara generella och gälla såväl kvinnor som män. Och eftersom könssammansättningen kan variera mycket mellan olika sektorer är en viktig utmaning i det framtida arbetsmiljöarbetet att systematiskt



Magnus Sverke

kartlägga hur arbetsvillkoren ser ut i olika sektorer, yrken och positioner.

Men det finns trots allt redan i dag en gedigen kunskap om vilka organisatoriska och psykosociala faktorer som kan bidra till positiva arbets- och hälsorelaterade utfall, och det är därför angeläget att organisera arbetet på ett sådant sätt att alla har en god arbetsmiljö, såväl kvinnor som män, yngre som äldre, utlandsfödda som svenskfödda i olika yrken, organisationer och sektorer på arbetsmarknaden.

Källa: Kunskapssammanställning 2016:2 *Kvinnors och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall.* ●

Kvarstående autism trots tidiga insatser

Trots tidiga insatser från ett habiliteringscentrum specialiserat på autism hade 9 av 10 förskolebarn fortfarande stora svårigheter vid en uppföljning efter åtta år då barnen var i skolåldern. Det visar en ny doktorsavhandling av Martina Barnevik Olsson, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, vid Sahlgrenska akademien i Göteborg.

Martina Barnevik Olsson har följt upp en grupp förskolebarn som fick autismdiagnos mellan 2 och 4,5 års ålder. Barnen erhöll tidiga insatser från ett habiliteringscentrum i Stockholm som är specialiserat på autism hos förskolebarn, och uppföljningen gjordes efter 8 år. Föräldrarna till barnen intervjuades när barnen var mellan 9 och 13 år.

Nio av tio barn hade fortfarande stora



Martina Barnevik Olsson

svårigheter inom autismområdet, liksom tecken på andra utvecklingsneurologiska svårigheter, trots att de fått tagit del av adekvata tidiga insatser.

Förutom autismproblematiken hade barnen svårigheter med bland annat uppmärksamhet, aktivitetsreglering samt tal- och språksvårigheter. De flesta föräldrarna ansåg att barnen hade otillräckliga stödinsatser i skolan.

Även så kallade regleringssvårigheter (problem med ätande, sömn och skrikighet) undersöktes under barnens två första levnadsår, genom att kartlägga BVC-sköterskornas anteckningar och jämföra dem med en grupp barn i samma ålder och med samma kön och från samma områden. Resultaten visade en signifikant skillnad sett till hur många gånger föräldrarna sökt för regleringssvårigheter hos barnen (44 procent jämfört med 16 procent i jämförelsegruppen). Av de 15 barn med flest söktillfällen kom 14 från studiegruppen.

Martina Barnevik Olsson menar att resultaten visar på vikten av att uppmärksamma dessa problem på BVC för att stötta familjerna och följa barnens utveckling, eftersom dessa problem kan vara en indikator för senare utvecklingsavvikelse.

Avhandlingens titel är *Autism spectrum disorder – first indicators and school age outcome.* ●



Etsning av Abraham Bloteling, 1670 © Rijksmuseum, Amsterdam

Lovande resultat med intensiv DBT i öppenvård för borderlinepatienter

DBT i förstärkt öppenvård för patienter med borderline personlighetsstörning visar lovande resultat vad gäller bland annat minskad frekvens av självskada och suicidalt beteende. Det skriver psykologen och psykoterapeuten Martina Wolf Arehult som tillsammans med DBT-teamet på Akademiska sjukhuset i Uppsala har tagit fram ett DBT-program speciellt riktat mot patienter med mest uttalad instabilitet och lägst funktionsnivå.

Vid borderline personlighetsstörning (BPS) förekommer starka känslsvängningar och svårigheter att reglera känslor, vilket kan ha orsakats av eller leda till olika former av svårigheter såsom identitetsstörning och låg självkänsla, instabila relationer, impulsivitet och självdestruktiva beteenden [1]. Tidiga behandlingsinsatser är viktiga; självskadande beteende förekommer hos cirka 60-80 procent av patienterna [2], upp till 10 procent avlider som ett resultat av självmord och cirka 20 procent av patienter i heldygnsvård har en borderline-diagnos [1].

I ett flertal forskningsstudier, oftast med en behandlingslängd på ett år, visar resultaten att dialektisk beteendeterapi (DBT) är en effektiv behandling för personer med BPS [3]. DBT har en förhållandevis god spridning i Sverige och enligt en pågående kartläggning av Föreningen DBT Scandinavia finns åtminstone ett sjuttioal DBT-team. Man skulle således kunna säga att läget ser relativt ljus ut för denna patientgrupp.

Men hur hjälper vi BPS-patienter som är alltför instabila för att kunna skrivas ut från heldygnsvården eller de patienter som inte lyckas påbörja eller tillgodogöra sig DBT i vanlig öppenvård på grund av alltför hög instabilitet och låg funktionsnivå? För denna subgrupp av BPS-patienter utvecklades DBT i förstärkt öppenvård (DBT FÖ), som är ett intensivt dagsjukvårdsprogram i miniformat.

Standardformen är utformad för öppenvård

DBT inkluderar både individualterapi och färdighetsträning i grupp, liksom telefoncoachning för patienter och konsultationsmöten för behandlingsteamet [4]. Standardformen av DBT är främst utformad för öppenvård och har bland annat visat sig kunna reducera självskadande och suicidalt beteende, antalet dagar i heldygnsvård, besök på akutmottagning och risken för terapiavbrott [3]. I USA [5] och Tyskland [6, 7] har mer intensiva, men följaktligen också kostsammare DBT-program utvecklats för heldygnsvården. DBT-programmet för inlagda patienter som genomförs i Tyskland omfattar en tre månader lång behandling. Det har rapporterats måttlig till stor effekt för denna form av DBT [6, 7]. På den tyska DBT-föreningens hemsida (Dachverband DBT) anges att det finns ett femtiotal certifierade DBT-avdelningar i Tyskland, det totala antalet avdelningar som arbetar med DBT kan dock antas vara betydligt större än så eftersom inte alla kliniker eftersträvar en certifiering och därmed inte finns med på hemsidans kartläggning.

Även om det kan finnas fördelar med ett intensivt program på en avdelning, där patienten dygnet runt kan förstärkas i att använda effektiva strategier för känsloreglering, kvarstår flera nackdelar med ineliggande vård: En ökad risk för A) att patienter påverkas negativt av andra patienters dysfunktionella beteenden, B) att patienter får svårt att ta steget till vanlig öppenvårdsbehandling, och C) att sociala nätverk slås sönder, att stödinsatser från kommunen avbryts, att återgång till jobb eller utbildning försvåras samt att generaliseringseffekten av behandlingen försvåras, något som sammantaget kan öka risken för ett kroniskt förlopp och socialt utanförskap.

Intensivt DBT-program i förstärkt öppenvård

DBT-teamet på Akademiska sjukhuset i Uppsala fick under 2011 i uppdrag att arbeta fram ett DBT-program som var speciellt riktat mot BPS-patienter med mest uttalad instabilitet och lägst funktionsnivå, en subgrupp som ofta kräver upprepade insatser från heldygnsvården samtidigt som dessa patienter ofta har stora svårigheter med att tillgodogöra sig behandling i vanlig öppenvård. Ett dagsjukvårdsliknande program i miniformat efterfrågades för att säkerställa ett tillräckligt intensivt stöd för patienterna, samtidigt som kostnaderna begränsades och nackdelarna med intensiv ineliggande vård (se ovan) kunde undvikas.

Det finns sex dialektiska dilemman att ta hänsyn till när intensiva program för borderlinepatienter utvecklas:

1. *Behandlingen ska ge ett intensivt stöd och stark kompetensutveckling, samtidigt som tid till återhämtning i hemmiljö ges.*
2. *Behandlingen ska ge ett socialt sammanhang och samhörighet, samtidigt som sociala nätverk i hemmiljön byggs upp eller återaktiveras.*
3. *Behandlingen ska ge en daglig struktur och uppmuntra till positiva aktiviteter, samtidigt som patienten tränas i att skapa daglig struktur och positiva aktiviteter på egen hand.*
4. *Behandlingen ska bidra till att initiera och stärka samverkan mellan vårdgrannar, samtidigt som patienten själv är en aktiv kommunikationspartner och bygger upp relationer som kvarstår efter avslutad behandling.*
5. *Behandlingen ska tillåta att patienter återgår till arbete eller arbetsträning, samtidigt som ett terapeutiskt stöd kan kvarstå.*



- 6. Under behandlingen ska patientens förmåga att krishantera stärkas, samtidigt som patienten tränas i att förebygga kriser och minska sårbarheter för att undvika kriser längre fram.

DBT-baserad gruppverksamhet

DBT i förstärkt öppenvård (DBT FÖ) är i första hand en anpassning av standard-DBT och inkluderar således de fyra traditionella behandlingselementen, samt tillämpar de flesta klassiska behandlingsprinciper och terapeutiska strategier som återfinns i DBT [8]. DBT FÖ har också influerats av de behandlingsformat som tagits fram för heldygnsvården [5, 6, 7].

DBT FÖ är en intensiv och komplex behandlingsform som byggs runt en DBT-baserad grupp-

verksamhet. Totalt genomförs åtta olika grupper återkommande under de 16 behandlingsveckorna; vissa grupper baseras på färdighetsträ-

ningen i standard-DBT [9], andra återfinns i DBT-programmen inom heldygnsvården [5, 6, 7], medan några grupper har utvecklats av teamet i Uppsala (se nedan). Patienterna kommer till mottagningen fyra dagar i veckan för att delta i gruppverksamheten. Tiden struktureras i två 60-minuters sessioner, samt en halvtimmes paus som ska ge tid till återhämtning och fika liksom tid för terapeuter att vid behov ge patienter individuellt stöd. Utöver detta tillkommer tider för individuella samtal som genomförs en gång i veckan med undantag för den första veckan då två samtal genomförs. DBT FÖ blir därmed betydligt mer intensivt än standard-DBT i vanlig öppenvård.

Under en kort förberedelsefas (inför starten i DBT FÖ) träffar patienten sin blivande individualterapeut två gånger och går igenom förutsättningarna för behandlingen. Dessförinnan har en omfattande bedömningsfas genomförts där patientens instabilitet och funktionsnivå bedöms. Under förberedelsefasen är det speciellt viktigt att diskutera vad som kan komma i vägen för en behandling, och en första krisplan arbetas fram och terapeuten presenterar gruppregler och DBT-principerna. Under denna fas förklarar terapeuten även varför det inte är möjligt att delta i behandlingen om man är inlagd.

Hierarkiskt ordnade behandlingsmål

Behandlingen i DBT FÖ är i övrigt upplagd enligt den struktur som beskrivs i standard-DBT [4]: En

orienteringsfas inleder de sexton behandlingsveckorna och syftar bland annat till att formulera hierarkiskt ordnade behandlingsmål. Under en teampresentation presenterar terapeut och patient tillsammans behandlingsmålen för teamet och får feedback och förslag som ska hjälpa dem att genomföra det som har planerats [6, 7]. Efter denna presentation påbörjas den egentliga behandlingsfasen där sessionernas innehåll bestäms utifrån vilka beteenden som har registrerats i veckokortet på liknande sätt som i standard-DBT [8].

Följande åtta DBT-baserade grupper ingår i DBT FÖ:

1. *Veckomålsgruppen inleder varje vecka i DBT FÖ och ersätter de morgon- och kvällsmöten som finns på DBT-avdelningar i Tyskland [6, 7]. I DBT FÖ syftar veckomålsgruppen till att patienterna ska förbättra sitt mående genom att formulera och offentliggöra ett beteendemål som de vill arbeta med under veckan. Oftast betyder detta konkret att patienten vill öka frekvensen av ett specifikt funktionellt beteende. Under veckomålsgruppen följs gamla veckomål upp och varje patient får tid till att formulera nya: Vilket konkret mål/beteende vill jag jobba med kommande vecka? Vilka hinder finns det för mig att genomföra det som behövs för att nå detta mål? Vilka färdigheter behöver jag för att kringgå detta hinder och nå mitt mål? Hur säker är jag på en skala från 0-10 att jag kommer att nå mitt mål?*

2. *Liksom i standard DBT ingår två timmars färdighetsträning i veckan [15]. Gruppen följer en fast upplagd struktur med en timmes hemuppgiftsgenomgång och en timme där ett nytt tema introduceras. Gruppen syftar till att patienter lär sig och tränar på effektiva färdigheter inom tre olika moduler (Känsloreglering, Stå ut-färdigheter samt Relationsfärdigheter).*

3. *Medveten närvaro-grupp genomförs en timme i veckan där medveten närvaro introduceras och tränas på liknande sätt som under färdighetsträningen i standard-DBT [9].*

4. *Basgruppen är en psykoedukativ grupp som genomförs två gånger i veckan och är en anpassning från en liknande grupp i det tyska DBT-programmet [6, 7]. Gruppen syftar till att öka patienternas kunskaper inom olika områden som är relevanta för deras tillfrisknande. Dagens tema bestäms av deltagarna och kan till exempel vara: Hur hanterar jag nedstämdhet, hur motverkar och bryter jag dissociation, hur vårdar jag relationer osv. I DBT FÖ genomförs basgruppen enligt följande mall:*
1) kort introduktion till dagens tema inklusive egna

”Under en teampresentation presenterar terapeut och patient tillsammans behandlingsmålen”

exempel från deltagarna och eventuell kort genomgång av bakgrund och orsaker, 2) diskussion om olika färdigheter som hjälper patienter att effektivt hantera svårigheter i relation till temat, 3) besvara de specifika frågor som patienterna har formulerat i samverkansgruppen (se nedan), samt 4) avsluta gruppen med ett förslag till veckomål om någon vill jobba vidare med temat under kommande vecka.

5. Samverkansgruppen är i första hand en administrativ grupp en timme varannan vecka där patienter träffas själva och får ett forum att diskutera vilka frågor som ska besvaras i basgrupperna (se ovan), vem som presenterar en kedjeanalys (se nedan) samt andra synpunkter och önskemål som rör programmet. Samverkansgruppen tar också fram nya förslag på positiva aktiviteter som kan användas under avslutningsrundan (se nedan).

6. Under 2014 infördes Balansgruppen en timme varannan vecka. Den syftar till att ge DBT FÖ ett förstärkt fokus på levnadsvanor och patienters möjligheter att minska sina sårbarheter. Patienterna arbetar igenom arbetsblad för ett antal områden med betydelse för sårbarheter såsom att normalisera matvanor, att minska drog- och alkoholkonsumtion, att förbättra förmågan att hantera kroppsliga sjukdomar och att ta hand om sin kropp, att förbättra sömnhygien samt att förbättra förmågan att uppnå en tillräcklig och god fysisk aktivitet.

7. I DBT FÖ utformades en Kedjeanalysgrupp redan från början, där en i förväg bestämd patient presenterar 1) en kedjeanalys av ett dysfunktionellt eller funktionellt beteende, eller 2) ett emotionsprotokoll av en emotionell reaktion i en specifik situation. Presentationen görs i gruppen med stöd från gruppledare, därefter försöker gruppen hjälpas åt med att ta fram ett lösningsförslag på hur beteendepulser och primära känslor kan hanteras med hjälp av färdigheter. Patienterna uppmanas till att vara kreativa samt icke-dömande och validerande gentemot sig själva och varandra.

8. Varje dag avslutas med en avslutningsrunda i gruppen. Patienter uppmanas berätta om aktiviteter som de har planerat in för dagen eller helgen och

som potentiellt kan leda till positiva känslor hos dem. Ett tydligt budskap är att detta är nödvändigt för att på sikt kunna uppleva positiva känslor oftare och få ett liv värt att leva. Vid behov kan förslag ges till patienten från andra gruppmedlemmar eller från gruppledare, eller från en lista med förslag som regelbundet revideras av patienterna i samverkansgruppen. Vid behov genomförs ytterligare wind down-övningar där patienter gemensamt gör en medveten närvaro-övning, en distraktionsövning eller övningar som förväntas utlösa positiva känslor (såsom att titta på en kort och rolig YouTube-film) för att hjälpa patienter att byta fokus och eventuellt reglera känslor innan de går hem [9].

I DBT-FÖ finns ett starkt fokus på att hjälpa patienten att bygga upp tillräckligt socialt stöd på hemmaplan, till exempel genom insatser från kommun, samt att stärka samverkan mellan vårdgrannar och förbättra kommunikationen mellan exempelvis försäkringskassa, arbetsförmedling, boendestödjare eller anhöriga. Behandlingen inleds och avslutas därför oftast med ett nätverksmöte.

Under programmets utveckling har preliminära data visat att behandlingen kan leda till minskad frekvens av självskada och suicidalt beteende, samt minskat antal dagar i heldygnsvård. I intervjuer har patienter berättat om en hög acceptans för programupplägget i stort och i synnerhet för den DBT-baserade gruppverksamheten som tycks skapa socialt stöd, stärka motivationen till förändring och ökad kunskap om både psykisk ohälsa och effektiva färdigheter. I januari 2016 påbörjades en randomiserad kontrollerad studie där DBT FÖ jämförs med traditionell psykiatrisk behandling under väntelista i en första utvärdering. Studien ska inkludera totalt cirka 60 patienter och beräknas pågå i närmare tre år. ●

MARTINA WOLF AREHULT

Fil. dr, psykolog och psykoterapeut, avdelningschef för DBT-teamet, Atstödningsenheten och Affektiva behandlingsenheten, Akademiska sjukhuset, Uppsala



REFERENSER

1. Lieb K, Zanarini M C, Schmahl C et al. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet* 2004, 364, 453-61.
2. Chapman A L, Specht M W, Cellucci T (2005). Borderline Personality Disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role? *Suicide and life-threatening behaviour*, 35, 388-399. <http://dbt-scandinavia.se/>
3. Lynch T R, Trost W T, Salsman N, Linehan M M (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 181-205.
4. Kåver A, Nilsson A (2002). Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. *Natur och kultur*.
5. Swenson C R, Sanderson C, Dulit R A, Linehan M M (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72, 307-324.
6. Bohus M, Haaf B, Simms T et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.
7. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C E et al. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38: 875-887.
8. Linehan M M (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
9. Linehan M M (2014). *DBT © Skills training manual*. New York: Guilford Press.

”Likheter och särdrag hos behandlingsmetoder vid depression”

Varför inte börja med några nedslående siffror? Ungefär 5 procent av de vuxna i västvärlden uppfyller varje år kriterierna för egentlig depression, med allt vad detta innebär av personliga, sociala och ekonomiska påfrestningar. Till de i särklass mest studerade behandlingarna hör KBT, men bara cirka 50 procent av de patienter som behandlas för depression med KBT och/eller beteendeaktivering återhämtar sig. Den andra hälften har endast begränsad nytta eller ingen nytta alls av behandlingen.

Ännu dystrare är att det bland återhämtade klienter finns en högst betydlig andel som återfaller och endast en tredjedel av patienterna som genomgått psykologisk behandling är fria från depression 12 månader senare. Dessa nedslående siffror presenteras i ett inledande avsnitt och utgör fond för antologins fortsatta och mer upplyftande tema – vikten av att fortsätta utvecklandet av effektivare psykologisk behandling vid depression.

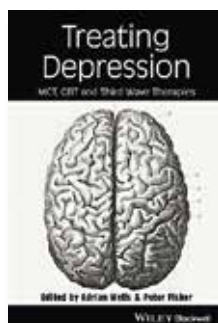
Inom Becks schemateori (CBT) för depression, liksom inom beteendeaktiveringstraditionen (BA) uppmärksammas förstås behovet av att hitta effektivare terapier som också förebygger återfall. Dessutom har en rad nyare inriktningar utvecklats från KBT under senare år, till exempel metakognitiv terapi (MCT), Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) och Acceptance and Commitment Therapy, ACT.

Varför inte stanna upp här en kort stund: Hur många av oss kliniker och läsare är kapabla att jämföra modeller, redogöra för behandlingsprinciper, centrala interventioner och evidens

från mer än, låt säga, två olika perspektiv, till exempel BA och ACT eller CBT och BA?

Efter en första sektion av samlingsvolymen *Treating Depression* där bland annat diagnostik, epidemiologi, psykobiologiska processer samt efficacy för KBT avhandlas, får i den andra sektionen ledande företrädare för CBT, MCT, BA, MBCT och ACT presentera respektive modell med teoretiska begrepp, konceptualisering och evidens för metoden. I den tredje sektionen av volymen får sedan frontfigurer för respektive perspektiv genomföra depressionsbehandling av den fiktiva klienten Gail.

I två särskilda kapitel guidas läsaren genom en kritisk granskning av respektive modell, deras särdrag, likheter, styrkor och svagheter (det första jämförande kapitlet av John Keefe och Robert DeRubeis) och senare, efter respektive genomförda behandlingar av fallet Gail,



TREATING DEPRESSION
MCT, CBT and Third Wave Therapies
Red: Adrian Wells & Peter Fisher
Chichester: Wiley Blackwell (2016)

en motsvarande granskning i ett kapitel av Robert Leahy.

Några slutsatser som Leahy drar är, att även om CBT är den av modellerna som i behandlingsforskning har störst mängd empiriskt stöd, kan man inte vara nöjd med behandlingsresultaten och det finns i dag heller ingen definitiv kunskap om att någon av modellerna överträffar de andra.

Kanske kan detta vid första anblick låta motsägelsefullt, men det Leahy refererar till är att modellerna inte tillräckligt testats mot varandra i jämförande studier och att de verk samma mekanismerna och processerna i behandlingarna ännu i stora drag är okända.

Några uppenbara särdrag som blir tydliga och som vi själva finner intressanta är att det i endast en av modellerna CBT, bearbetas negativa kognitioner (negativa tankar och schema) på innehållsnivå. I de övriga behandlingarna har man ett tydligare fokus på kognitiv process, sättet att förhålla sig till negativa tankar och på att motverka ruminerande/ältande (vilket förutsätts utgöra en mycket viktig depressiv process).

Mindfulness och acceptans är centrala inslag i tredje vågens modeller (ACT och MBCT) medan man i MCT betraktar det första av dessa inslag som alltför omfattande, oprecist och onödigt och det andra som överflödigt och otidligt begrepp. I stället använder MCT interventioner som Attention Training Technique och Detached Mindfulness, DM (DM kräver inte omfattande övning och skiljer sig också på flera andra sätt från traditionell mindfulness).

Modellerna skiljer sig förstås också åt vad gäller bredd; CBT, MCT och

KRISHANTERING I ARBETSLIVET

Av Magnus Brolin, Per Calleberg
och Mikael Westrell
Studentlitteratur, 2016



Människor reagerar olika på allvarliga händelser. Många klarar sig bra, andra inte. Det finns dock ett tydligt samband mellan svår exponering för en allvarlig händelse och omfattande och långvarig psykisk påverkan. Den kan visa sig både i form av posttraumatiska stressreaktioner och i nedsättning av allmänt psykiskt välbefinnande.

Magnus Brolin och Per Calleberg, båda psykologer, samt Mikael Westrell, socionom, har samtliga lång erfarenhet av krishantering i arbetslivet. Boken beskriver dagens kunskapsläge och vad som fungerar när det gäller krisstödsinsatser. Ett centralt tema i boken är ledarskaps betydelse.

Boken ger praktiska råd om hur krisberedskap skapas i en organisation, från planering och utformande av en krisgrupp till handlingsplaner, utbildning och övning. Den tar även upp hur stödet praktiskt kan utformas för yrkesgrupper som påverkas sekundärt, exempelvis inom polisen.

Den vänder sig till alla som i sitt yrkesliv kan möta personer som varit med om traumatiska upplevelser och ger värdefulla kunskaper till drabbade och deras anhöriga.

Boken kom ut första gången 2011 och fick då ett bra mottagande, andra upplagan har reviderats och uppdaterats. ●

NÄTMOBBNING

Handbok för skolan
Av Ann Frisé och Sofia Berne
Natur & Kultur, 2016



I slutet av 2012 inträffade det så kallade Instagram-upploppet, och medias uppmärksamhet riktades mot Göteborg. Nätmobbing var plötsligt på allas läppar. Forskarna beräknar att cirka en av tio skolelever utsätts för nätmobbing, en typ av mobbing som kan pågå dygnet runt och var än den utsatta befinner sig.

Skolan har ett ansvar att utreda och åtgärda nätmobbing. Men hur då? Ann Frisé, psykolog och professor, samt Sofia Berne, psykolog och forskare, båda vid Göteborgs universitet har skrivit boken *Nätmobbing – Handbok för skolan*. Boken vänder sig till lärare, specialpedagoger och personal inom elevhälsan. Författarna tar även upp aktuell svensk och internationell forskning om nätmobbing.

Boken tar upp en rad exempel och handfasta råd som ger läsaren kunskap för att både förstå och hantera nätmobbing och den fungerar även som en kunskapskälla för föräldrar och andra som vill veta mer om nätmobbing. ●

ACT är ju mer av generiska modeller där depressionsbehandling endast är ett av tillämpningsområdena. MCT är dessutom intressant genom att modellen tydligt specificerar problematiska psykopatologiska processer (så kallade CAS-aktivitet samt dysfunktionella metakognitioner) samt föreskriver interventioner riktade exakt och systematiskt mot just dessa processer.

Är det här då en bok för den som vill integrera och välja det bästa ur varje modell? Extremt tveksamt! Redaktörerna Adrian Wells och Peter Fisher – tillika författare till kapitlet om MCT – varnar starkt för detta och lyfter här fram

psykoterapi leder just till otydlighet och till förlorad precision i behandlingen enligt Wells och Fisher eftersom flera av interventionerna i de andra modellerna är direkt inkompatibla med MCT.

Hela upplägget med att tydliggöra särdrag och likheter genom att låta framstående företrädare för olika behandlingsmodeller beskriva sin respektive modell och sedan behandla ett fiktivt fall blir synnerligen informativt, tycker vi. Det här greppet har vi sett minst en gång tidigare och det blev inte mindre lyckat den här gången, i stället blev det mer omfångsrikt och mer av jämförande analyser. Den som är intresserad också av några av de mest lovande modellerna för behandling av generaliserat ångestsyndrom (GAD) finner ett motsvarande upplägg i tidskriften *Cognitive and Behavioral Practice* (2013) där Intolerance of uncertainty CBT på liknande sätt jämförs med Acceptance-based BT, Emotion Regulation Therapy och MCT.

Bör *Treating Depression* då läsas på varje psykolog- och psykoterapeutprogram där KBT-inriktning finns? Givetvis. Ska man som psykolog/psykoterapeut med intresse för KBT vid depression läsa den? Det tycker vi. ●



PETER MYHR
Psykolog, psykoterapeut, psykotera-
pihandledare



GÖRAN PARMENT
Psykolog, psykoterapeut,
specialist i klinisk psykologi
och psykotera-
pihandledare

”Att blanda MCT med annan psykoterapi leder till otydlighet och förlorad precision”

den överhängande risken för begreppslig och terapeutisk avdrift. Terapeuten riskerar då att utveckla en hemsnickrad terapi utan uns av – eller med högst osäker evidens. Wells och Fisher framhåller vikten av att tydliggöra skillnader i respektive modeller. Detta för att dels möjliggöra ökad teoretisk och klinisk/praktisk förståelse för olika terapeutiska principer, dels för att det ska vara möjligt att empiriskt nå ökad kunskap om verk samma mekanismer.

Teori- och metodintegritet betonas kanske starkast i MCT, som ju är en transdiagnostisk modell som syftar till att kunna förstå och behandla i stort sett alla former av psykopatologi. Att blanda till exempel MCT med annan

- **Intervju med Jon Petter Stoor,** psykolog som fått uppdrag att kartlägga samers psykiska ohälsa
- Rapport från PS16
- Allt fler landsting har journal via nätet
- **Forskning: Emotional Detectives** – känslolokaliserad KBT för barn

Nr 4-5 utkommer 27 maj

"Vi behöver veta hur vården ska nå samer med psykisk ohälsa, inte minst de med suicidtankar"



FOTO: ULRICA ZWENGER
Jon Petter Stoor

Här hittar du alla som arbetar inom Sveriges Psykologförbund

Serviceområden:

■ **Förhandlingar/arbetsrätt**
08-567 06 400

■ **Professionsjuridik**
08-567 06 400

■ **Profession**
08-567 06 400

■ **Information**
08-567 06 400

■ **Organisation, administration**
Ansökan om medlemskap, 08-567 06 430
Medlemsregister, 08-567 06 430
Medlemsförsäkringar, 08-567 06 407
Organisation, stadsgeografier m m,
08-567 06 407

■ **Psykologföretagarna**
08-567 06 460

Kansli

■ **Postadress:** Box 3287, 103 65 Stockholm

■ **Besöksadress:** Vasagatan 48

■ **Telefon:** 08-567 06 400
Växeln öppen: 8.30–12 och 13–17 (fred – 16.30)

■ **E-post:**
post@psykologforbundet.se

■ **E-post till personal:**
fornamn.efternamn@psykologforbundet.se

■ **Fax:** 08-567 06 499

■ **Psykologförbundets hemsida:**
www.psykologforbundet.se

■ **Plusgiro:** 373267-4
Bankgiro: 767-2066

Direktnummer till personalen:

Susanne Bertman, 08-567 06 413,
mobil 0709-67 64 13,
press- och informationsansvarig.

Martin Björklind, 08-567 06 411,
professionsansvarig.

Carl Johan Brunnerbäck, (ledig),
assistent.

Ulrika Edwinson, 08-567 06 402,
förbundsdirektör.

Elin Eos, 08-567 06 403,
ombudsman.

Joanna Hagström, 08-567 06 415,
webbredaktör.

Carl-Axel Holmberg,
förhandlingschef (föräldraledig).

Mahlin Lenerius, 08-567 06 407,
förbundssekreterare.

Leif Pilevång, 08-567 06 410,
ombudsman.

Eva Shaw, 08-567 06 454,
administratör

Linda Solberg, 08-567 06 408,
förhandlingssekreterare.

Nils Erik Solberg, 08-567 06 412,
förbundsjurist.

Emily Storm, 08-567 06 406,
ansvarig för Psykologiguiden.

Jenny Wahlbäck, 08-567 06 405,
ombudsman.

Specialistkansli

Maria Lindhe, 08-567 06 477,
central studierektor specialistutbildningen.

Håkan Nyman, tf rektor specialistutbildningen
specialist@psykologforbundet.se

Kristina Wallin, assistent (föräldraledig)

Förbundsstyrelsen

■ **E-post till förbundsstyrelsen:**
fornamn.efternamn@psykolog.net

Anders Wahlberg, ordförande,
anders.wahlberg@psykologforbundet.se,
08-567 06 401, 0709-67 64 01.

Kerstin Twedmark, 1:e vice ordförande,
kerstin.twedmark@telia.com,
0708-55 48 87.

Ulrika Sharifi, 2:e vice ordförande,
ulrika.sharifi@liv.se, 0730-98 22 20.

Thomas Drost, thomas.drost@psykolog.net,
0737-02 47 70.

Björn Hedquist, bjorn.hedquist@
kbtinstitutet.se, 08-644 91 80.

Patrik Holmberg, holmberg.patrik@
gmail.com, 0737-39 26 23.

Martina Holmbom, martina.holmbom@
gmail.com, 0660-897 49.

Kristina Pollack, pollack.kristina@
gmail.com, 08-767 82 29.

Magnus Rydén, magnus.ryden@
arbetsformedlingen.se, 0703-95 55 69.

Anna Sandell, anna.sandell@
stenungsund.se, 0732-30 49 28.

Emma Henning, emmahenning@
hotmail.com, studerandedamot.

Per Fallén, falleniusper@gmail.com,
0739-82 16 61, studerandedamot.

Förhandlingsansvariga

www.psykologforbundet.se/
facklig information

Etikrådet

Kristina Taylor, 0760-08 86 53, ordförande.

Ann-Christine Cederquist, 0706-24 63 53,
vice ordförande.

Birgitta Johansson Niemelä,
018-611 42 84.

Seppo-Matti Salonen,
031-747 89 63.

Anita Wäster, 010-487 07 21.

Bo Hejlskov Elvén, 0706-52 51 13.

Specialistrådet

Håkan Nyman, ordförande,
Ingela Palmér, Carl Åberg och Sofia Strand.

Studeranderådet

Angelica Hörberg, delat ordförandeskap.
Siri Mogren, delat ordförandeskap.

Vetenskapliga rådet

Lennart Melin, ordförande,
lennart.melin@psyk.uu.se

IHPU – psykologutbildarna AB

Box 3287, 103 65 Stockholm
ihpu@psykologforbundet.se

VD: Ulrika Edwinson, 08-567 06 402.

Henrik Johansson, 08-567 06 409,
utbildningsledare.

Berit Emilsson, 08-567 06 404,
administration IHPU.

Psykologföretagarna

Box 3287, 103 65 Stockholm
psykologforetagarna@
psykologforbundet.se, 08-567 06 460
Hemsida: www.psykologforetagarna.se

STP – stiftelsen för tillämpad psykologi

Box 3287, 103 65 Stockholm
Eva Bergvall, 0707-61 20 26,
eva.bergvall@stadshuset.goteborg.se

